

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



Del I Provinsialläkartiden

Jan Kuuse och Bengt Dahlin
2005

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



Bengt Dahlin

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



Jan Kuuse

PROJEKTET

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

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

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

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

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

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

SAMMANFATTNING

Om tiden fram till 1920

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

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

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

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

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

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

Perioden 1920 – 1960

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1960-talet

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

Tillväxten skapade resurser som medgav en kraftig ökning av såväl offentlig som privat konsumtion. De ekonomiska realiteterna kunde nu svara upp mot de sociala ambitionerna. Den

offentliga sektorn byggdes ut. Det gällde i särskilt hög grad offentliga huvudverksamheter som hälso- och sjukvård, socialvård och utbildning.

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

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

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

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

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

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

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

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

Apoteken

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

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

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

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

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

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

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

Självständigt apotek inrättades i Lerum 1948.

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

Epilog

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

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

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

Asklepiosstaven och Asklepioseden

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

Asklepios eden:

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



Asklepios

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

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

Del I.

Provinsialläkartiden

MEDICINHISTORIA I MITTENÄLVSBERG FRAM TILL 1969

Prolog

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

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

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

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

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

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

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

ALLMÄN BAKGRUND

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

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

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

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



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

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

Minnet av digerdöden levde länge kvar i folkmedvetandet och fick näring genom ständigt nya pestepidemier. Det var först på 1720-talet som sjukdomen helt försvann från Europa, i

samband med att den pestbärande loppan hos den svarta råttan, som utkonkurrerades av den ofarligare brunråttan

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



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

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

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

Grundsatsen att socknen skulle ta hand om de sjuka och fattiga framkallade ett behov av att lagstiftningsvägen reglera hemortsbegreppet för att kunna bestämma till vilken socken en person hörde. Genom olika lagar försökte man hindra socknarnas strävan att vältra över sjuk- och fattigvårdsbördan på annan socken. Hur bestämmelserna om sjukas och fattigas hemortsrätt skulle tolkas kom länge att bli en allvarlig tvistefråga, ofta i osympatiska former. Det blev ett

slags allas krig mot alla och kallades därför allmänt för *sockenkriget*. Under 1700-talet blev principen om socknens skyldighet att ta hand om sina sjuka och fattiga allmänt accepterad. Men det dröjde till 1763 års hospitalsordning, innan denna skyldighet uttryckligen fastslogs.

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

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

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

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

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

PROVINSIALLÄKARORGANISATIONEN BYGGS UPP

Hur det började

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

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

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

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

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

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

Provinsiälläkaruniformen

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



Provinsiälläkarens behörighet

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

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

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

När Provinsial Medicus började sin tjänst var han tvungen att anmäla sig i Collegium medicum där "Tro och Ämbets Eden" avlades. Läkaren var tvungen att bo i residensstaden. Han skulle värna om nödlidande och vårda efter bästa förmåga samt prioritera de sjukaste. Han förpliktigades "att med nödig hjälp bispringa de fattige af christelig kärelek utan vedergällning och detta så mycket villigare i anseende till den ständiga lön han af Publico njuter." Om hospital fanns i staden skulle han kostnadsfritt vårda de sjuka därstädes. Detsamma gällde andra städer vilka bidrogo till provinsiälläkarens lön. Läkaren fick inte dröja längre hos en patient än nöden krävde. Vid utbrott av farsoter skulle han bistå landshövding och magistrat. Vid resor utanför provinsen var han tvungen att anmäla detta till landshövdingen. Han var tvungen att åta sig alla typer av smittosamma fall samt utan betalning tillhandagå domstolar i medico-legal verksamhet

och utfärda rättsintyg när så påfordrades. Liköppning kostade 2 daler silvermynt. För sjukbesök i hemstaden fick han första gången en halv daler silvermynt och därefter en halv karolin. Kallad utanför staden fick han fri resa och underhåll samt en halv daler för varje mil och för varje dag hos den sjuke en daler. För besök nattetid var ersättningen dubbel. Han skulle också övervaka länets barnmorskor och apoteksväsendet bl. a. genom årliga visitationer.

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

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

Provinsialläkarinstruktioner

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

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

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

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

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

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

Gifwen Stockholm i K:ds: Cammören den 12. April.
1 7 4 4



Cum Gratia Et Privilegio Sæ Ræ Majtæ.

STOCKHOLM, Tryckt uti Kongl. Tryckeriet,
Nes Directeuren PER. MORÉN.

X.

Sker han intet resa, utom Brevlingen, utan
Landshöfdingens skriftliga tillstånd; Men dock
icke sig till en sådan resa öfvertala låta, så han i
sitt samwete är öfvertygad, at the Patienter, som
sig thes wårdnad innom Brevlingen eller Staden
the han bor, anförtrödt, i så swåra och öfrenty-
liga sjukdomar skadde äro, at the genom hans fram-
wåro kunde lemnas i sädret fara till hälsa och lif.

XI.

Om på någon ort innom Brevlingen spörjes
gångse eller smittosam sjukdom; och Landshöfdin-
gen honom anmodar therom at undersöka, der han
sig ingalunda theifrån undandra; utan heldre
låta sig angelägit wåro, at som Sjuksumman the-
rom kassa sig noga underrättet, och efter högsta för-
stånd wåro betänkt på the medel, som nås SUDs
the Högstes hjälp, måge lånda sådan forset at
deta, som icke thes utwidgande at förekomma: Så
han och Landshöfdingen samt Magistraten å orten
Sjuksumman med handen gifwa der, och med them
öfverlägga the anstalter, som i sådan bedräfflig hän-
delse nödige äro.

XII.

Endr från Domstolarnes innom Brevlingen han
anmodad wårder, at gifwa underrättet och uplys-
ning, om Quæstiones Medico-Legales, der han
them themed utan betalning tillhanda gå, och thet
efter sitt hölla wett och samwete, som han thet tän-
ke bestoora in för SUD.

XIII.

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

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

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

otjenlig väderlek vid bergningstiden eller andra tillfälligheter, farsoter eller skada kunna befaras; och då anmäla förhållandet hos landshöfdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare afböja hvad innevanarnes helsa kunde vara af menligt inflytande.”

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

1851 skriver provinsialläkare Gustav Varenius i Alingsås om kaffets effekter:

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

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

Förste provinsialläkare Nils Englund skriver 1920:

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

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

1867 skriver dåvarande provinsialläkaren i Alingsås, Berggren:

”I Januari strängare köld; yrväder en tredjedel af månaden. Februari regning. I Mars sträng barvinter med skarp blåst ("nare"). April snöig och kall; termometern sällan uppe vid +10 grader C. Maj månad isynnerhet abnormt kall; den 2 låg snö i drifvor; nattfroster och N.O. vind större delen af månaden; Den 13 Maj k. 10 f.m. +2 grader C. Den

21 föll snö hela dagen, marken ännu grå; d. 25 hade temperaturen på en vecka ej öfverskridit +5 grader C, fortfarande nattfroster, inga löfträd utslagne. September ovanligt kall med nattfroster. I nästan hela December en för orten ovanlig köld. Rågen, som kommit sent och vid otjenlig väderlek i jorden, led mycket af den barkalla våren, gick mångenstädes ut och lemnade i det hela en afkastning långt under medelmåttan till kvantiteten och ofta blandad med mjöldrygor. Äfven af potatis blef mycket klen skörd. Tryckande priser på lefnadsförnödenheter under hösten. Efter den 22 December, då thermometeren sjönk till här på flera år ej nådde -25 grader -27 grader C., förevisades många fall af frostskada.”

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

1851 meddelade Gustav Varenius om distriktets befolkning

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

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

Förebyggande av ohälsa

Som vi konstaterat har provinsialläkarväsendet vuxit fram ur statens önskan att förebygga epidemier, - att minska barnadödligheten och att befrämja bättre hygien. Speciellt oroad var man av den höga barnadödligheten. Under 1700-talet dog vart fjärde barn under det första levnadsåret. Främsta dödsorsakerna var smittkoppor och mässling. Årligen dog i mitten av 1700-talet cirka 9000 barn. Mellan en tredjedel och en fjärdedel av dem dog i kopporna. Koppymning introducerades men ansågs vanskelig före tre års ålder. Många som överlevde

kopporna blev blinda, döva och lytta redan i barnåren. Barnmorskeutbildningen skulle byggas ut för att hindra barnsängsfeber. Även brännvinsupandet borde åtgärdas.

Nils Rosén von Rosenstein menade att dödligheten borde minskas till hälften genom förbättrad hälso- och sjukvård, Redan 1756 gjorde han de första ”variolisationerna” i Sverige. (se under smittkoppor). I sin bok om barnsjukdomar propagerades för amning och bättre hygien samt av vikten med nära kontakt mellan mor och barn. Provinsialläkarna sågs som nyckelpersoner i förstärkandet av förebyggande hälsovård. Provinsialläkarinstruktionerna var styrmedel mot hälsomålen.

I ett ”Tal om farsoter, som härja bland rikets allmoge” (1764) såg Abraham Bäck, Collegium Medicus preses, liksom Linné och Rosen von Rosenstein sambandet mellan kosthåll och hälsa. Bäckes förslag var förbättring av lantushållningen i alla dess delar, bättre bostäder för de lägre folkskikten i stad och på land, långt bättre barnavård ända från födseln samt mödraundervisning. Bäck stödde sig på provinsialläkarnas rapporter.

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

Sverige var föregångsland med olika upplysningsskrifter. Bilden visar omslaget på den första skriften om spädbarnsvård utgiven av Collegium Medicum 1755. Källa: Folkhälsa och sjukvård.

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

Sverige var föregångsland med olika upplysningsskrifter.

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

Källa: Folkhälsa och sjukvård.



Nils Rosén von Rosenstein (1706 – 1773) var ledamot av Collegium medicum och Vetenskapsakademien. Han föddes i Sexdrega utanför Borås. Fadern var kyrkoherde där – se persongalleriet.



Om Nils Rosén sammanfattas:

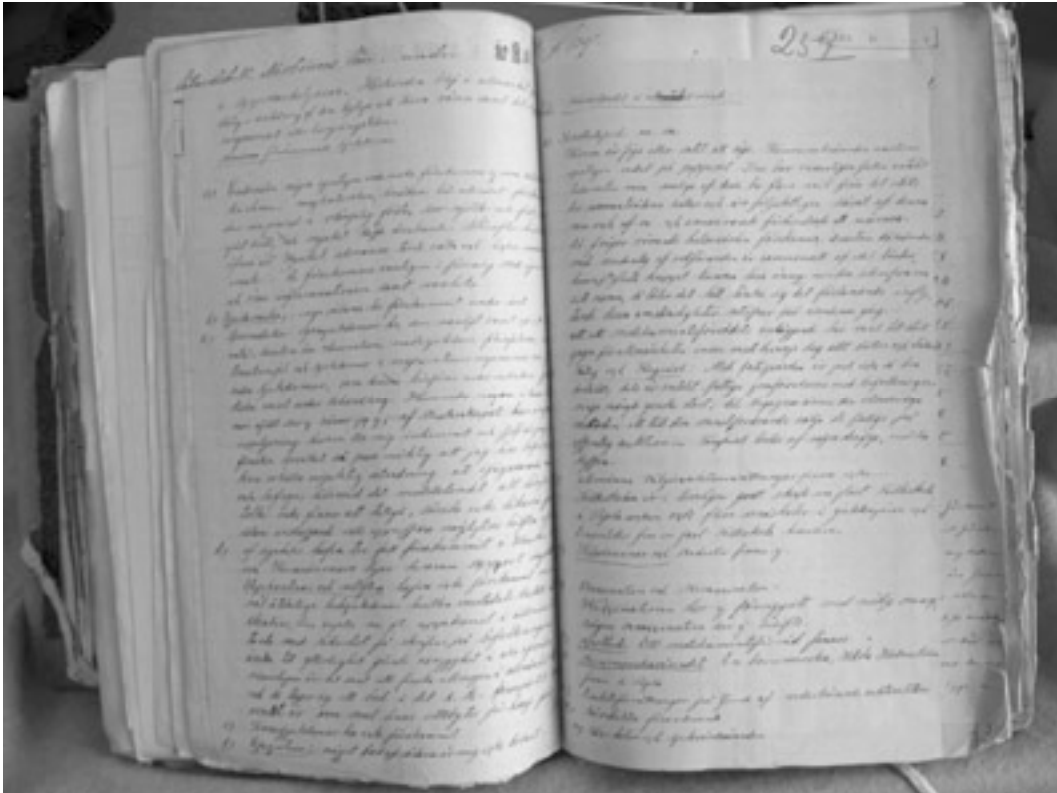
Nils Rosén, 1762 adlad Rosén von Rosenstein, f 12 februari 1706 i Sexdrega nära Göteborg. Fadern var kyrkoherde. Rosén von Rosenstein blev student i Lund 1720, medicine adjunkt 1728, medicine doktor 1730, assessor i Collegium medicum 1734, »benådad med Kongl. Lifmedici fullmagt« av Konung Fredric 1735, ledamot av Kungl. svenska Vetenskapsakademien 1739, professor i Uppsala 1740x1757, archiater från 1746.

Professor Nils Rosén von Rosenstein gav ut den första anatomiläroboken »Compendium anatomicum« (1736; 2:a uppl. 1738), var en av föregångsmännen för smittkoppsympning och var dessutom den som införde kinabark i behandlingen av febersjukdomar.

Rosén von Rosenstein betraktas som den svenska pediatrikens fader, var en av sin tids mest framstående läkare och utgav bl. a »Underrättelser om Barn-Sjukdomar och deras Bote-Medel« (Stockholm: Kongl. Wet. Acad. 1764), den första svenska boken om barnsjukdomar. Den översattes till åtta språk och gavs ut i 25 upplagor på svenska. Handboken producerades i 40.000 exemplar. Den var aktuell i cirka 100 år som lärobok i barnsjukdomar.

Professor Nils Rosén von Rosenstein avled den 16 juli 1773 i Uppsala. Han är begravd i Uppsala domkyrka.


Provinsialläkarjournal



Följande om Nils Roséns avhandling om journalen är hämtat ur en artikel i Läkartidningen, Nr 51x52 • 2003 • Volym 100, av INGA NILSSON, forskarstuderande och PETER NILSSON; docent, enhetschef; båda vid enheten för medicinens historia, Lunds universitet.

Mycket av vad Rosén anförde i sin avhandling om journalen 1730 gäller även för dagens patientjournal. För Provinsialläkarnas årsrapporter under 1800-talet gällde helt och hållet de kriterier Rosén hävdade i avhandlingen.

"Den medicinska dokumentationen i patientjournalen utvecklades med stor sannolikhet i samband med den naturvetenskapliga medicinens begynnande framgångar under 1700-talet. När Nils Rosén (1706x1773), adlad Rosén von Rosenstein 1762 (se även personbeskrivningar), anträdde en studieresa till utlandet 1729 vistades han längre tider i Holland och framför allt i Leyden, där den världsberömda kliniker professor Herman Boerhaave verkade. Till dennes klinik kom lärjungar från hela världen. Rosén introducerade Boerhaaves kunskaper i Sverige. Kunskaper om läkarutbildning och om dokumentation. Under sin resa gjorde Nils Rosén ett två dagars besök i staden Harderwijk i Holland 1730 för att få Medicinae-Doctorsgraden. Disputationen handlade om medicinsk journalskrifning x De historiis morborum rite consignandis. «Att samtidens läkare var inriktade på att systematisera blir förklarligt när den naturvetenskapliga medicinens framgångar ökade. Linné var ett gott exempel på detta med sin systematisering av växt- och djurriket. Roséns doktorsavhandling finns bevarad i ett samlingsband i Athenaeum Bibliothek und Stads Archief i Deventer, Holland. Källorna till doktorsavhandlingen har hämtats från denna. Titelbladet uppvisar en bild av Harderwijks universitets sigill."

 <p>DISPUTATIO MEDICA INAUGURALIS, DE HISTORII MORBORUM RITE CONSIGNANDIS Cum FAVORE DEO Opt. Max. Et Aulicorum Magnifici Consilii D. GOTFRIDI MASCOVII J.U.D. Ejusdemque in Illustri Ducatus GUELPHICÆ & COMITATUS ZEPHORIÆ Academiæ, quæ est HARBERGICI, Professoris Ordinarii, NEC NON Cæsaris Augustissimi Senatus Academiæ, Nihilominus Facultatis MEDICÆ, Doctoris, PRO GRADU DOCTORATUS, Summiusque in MEDICINA Honoribus & Privilegiis rite & legitime constitutus, Ejusdemque dispensationi submittit NICOLAUS ROSEN, SVEVICUS Ad diem 13. Nov. hora lægeque juliana.</p> <p>HARDEROVICI.</p> <p>Apud JOHANNEM RAMPEN, Academicæ Doctoris Celsæ & Comitiæ Zephoricæ Typ. P. L. CII, LN. CCXXX.</p>	<p>Ove Hagelin på Hagströmer Biblioteket, Karolinska institutet, har spårat och funnit professor Nils Rosén von Rosensteins doktorsavhandling om medicinsk journalskrivning från år 1730 i Holland. Översättning från latinska originalet utfördes av fil kand Dag Jungner, Helsingborg.</p>
---	--

"Betydelsen av den medicinska dokumentationen i patientens journal belyses genom Nils Roséns inledningsord: Att läkekonsten har till fulla dokumenterade sjukdomsförlopp att tacka för sin utveckling är så visst, att tvivel därom icke kan råda. Rosén fortsätter: Till nytta kan de vara endast när dokumentationen är fullständig; halvdana, ofullständiga och i avsaknad av nödvändiga omständigheter gör beskrivningarna mera skada än nytta."

Tydligt förekom både bristfälliga och fullständigt förda anteckningar i patientens journal även då. Det fordrades kunskap om den medicinska dokumentationens innehåll för att läkaren skulle kunna särskilja de bristfälliga från de fullständigt förda anteckningarna.

Arton kriterier

För att läkaren skulle kunna göra urvalet ansåg Nils Rosén det nödvändigt att han hade hjälp av kriterier:

Att anföra dessa kriterier är skälet till denna skrift. Försåvitt en läkare vill nedteckna en i varje avseende fullständig sjukdomshistoria, får han inte utelämna någon omständighet som kan vara av betydelse; alltså må han anteckna:

1. Trakten, dess geografiska läge samt dess tillstånd med hänsyn till utdunstningar, vatten, luft etc.
2. Växlingarna i klimat, oväders kommande och gående, vindars farande, förhållandet mellan torrt väder och fuktigt. Man bör således vara utrustad med de bästa barometrar, termometrar, hygrometrar etc.
3. Levnadssättet hos befolkningen, samt mathållningen.
4. Traktens sjukdomar: endemiska och epidemiska. Dessa omständigheter är långsökta; likväl finns ingen som inte har sin betydelse; och för att den sjukes natur må kunna djupare utforskas, bör ett omnämmande göras.
5. Könet, ty kvinnor och män är olika funtade. På grund av långt ostadigare nervsystem, inträdande eller upphörande eller illa fortgående månadsrening, och än mer på grund av barnafödandets vedermödor behandlas kvinnorna mycket annorlunda än män.

6. Åldern: denna är av största betydelse. Barn har mjuka senor samt mycket vätska, unga människor har senorna spända, gamla har stela sådana samt trängre kanaler; härav skiljaktig disposition för skilda sjukdomar, och behandlingen blir varierande.
7. Kroppsbyggnaden, ty det är i sanning av stor vikt att vi känner till: är den sjuke av mera fast eller mera slapp skapnad? är kärnen få? eller rymliga, eller trånga? 8.
8. Utsöndringarnas tillstånd, och då särskilt beträffande avsöndring och uttömning via buken och som urin, enär kraftiga människor alltid svettas mera än klena, men däremot avger en mindre kvantitet urin.
9. Blodavgång: naturlig samt artificiell; ty de som vant sig vid att åderlåta sig kan inte utan våda avbryta detta.
10. Sjukdomar som föregår, som t ex när en inflammation först inträffar och därpå ännu en sjukdom uppstår, då anser vi att det är var som ansamlas.
11. Vätskornas tillstånd: hurudan är deras sammansättning, och är kroppen full av saft eller ej? eller bubblar en orena vätskors dypöl?
12. Inre organs tillstånd: hurudan är magens och inälvornas sundhet? plågas de av uppstötningar eller kramper? hurudant är blodflödet genom levern? och lungornas kondition?
13. Nervsystemets tillstånd: hysteriker och hypokondriker, t ex, uppjagas av mycket obetydligare orsak än andra.
14. Kroppskrafternas tillstånd: är de nedsatta i enlighet med naturens gång, eller är de det verkligen just på grund av akut sjukdom?
15. Sinnesförfattningen: denna har den största betydelse, ty om den sjuke är ängslig, förslappas spänningen och kraften hos vad som har fasthet, och vätskornas cirkulation blir långsammare. Om vrede upptändes, blir kroppen mera sammanpressad, och vätskorna drivs häftigt samman. Faller skräck på, sammandrager sig det yttre av kroppen våldsamt, och vätskorna drives upp mot brösthålan och huvudet.
16. Levnadssättet: stillasittande eller rörligt? militärens? ämbetsmannens? om hantverkarens, vilket hantverk?
17. Mathållningen: är dieten riklig? vilken föda intar den sjuke? rökt kött? saltat? vilken dryck nyttjar han?
18. Särskild vana beträffande dryck, sömn, kroppsrörelse, nyttjande av tobak, nyspulver; ty den som av vana konsumerar mycket skadas mindre vid ett större intag, och kroppsarbetaren tröttnas mindre av arbete än den vid sådant ovane, och är starkare.

"Efter dessa 18 anförda kriterier må läkaren: ... med största noggrannhet nedteckna hela sjukdomsförloppet: sjukdomens början, tilltagande, status, avtagande och upphörande, remedier som tillgripits, såväl dietetiska som farmaceutiska, samt ordination och kvantitet. Samvetsgrant må han här anteckna vilka förändringar som efter botemedlets intagande inträtt, och först därefter kan ett sannfärdigt och icke vilseledande omdöme om remediernas verkan avges."

Nils Rosén anför avslutningsvis:

"Det gagn vi har av dessa med sådan noggrannhet dokumenterade sjukdomsförlopp är tydligt nog.

1. *Vi lär ju att särskilja också sjukdomar som är svåra att hålla isär från varandra.*
2. *Vi avslöjar också föregivna orsaker till dem.*
3. *Vi förmår vida säkrare och bättre bilda oss en uppfattning om utgången av en sjukdom.*
4. *Vi upptäcker läkemedlens verkan.*
5. *Vi förvärvar oss en vana att med klokhet nyttja desamma.*
6. *Slutligen höjer vi vår konst till en sådan grad av säkerhet, att den inte står tillbaka för någon annan vetenskap, och beträffande förmåga till förhandsutsaga ej ens för astronomin. Därigenom kan konstens utövande vara till välsignelse. Att detta inom kort månne ske, därom ber vi innerligen!"*

En ung man vid namn Abraham Bäck inskrevs som student vid Uppsala universitet och började vid 17 års ålder sina medicinska studier under Nils Rosén. Abraham Bäck tog sannolikt upp Roséns idé för journalskrivning. Ett antal kriterier för den medicinska dokumentationen samt förslag om kontinuerlig journalföring presenterades av archiatern (läkaren) Abraham Bäck år 1746 vid ett tal i Collegium Medicum (Kungliga Svenska Vetenskapsakademien). Han tar den medicinska dokumentationen i patientjournalen som ett av argumenten för att bygga ett nytt och modernt sjukhus i Stockholm. Det uppfördes, och Abraham Bäck blev utsedd till överläkare på den medicinska avdelningen vid öppnandet av Serafimerlasarettet i Stockholm den 30 oktober 1752

Provinsiällkartjänsterna fram till 1900

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

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

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

Utvecklingen av provinsiällläkarväsendet i Sverige kan illustreras med följande tabell.

Antal tjänsteläkare 1700 – 1920

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

Älvsborgs län

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

Älvsborgs län fick dock sin provinsiällläkare och snart 1774 delades distriktet i två, norra med Vänersborg och södra med Borås som centrum. Bägge fick också var sitt lasarett 1782.

Olika läkarkategorier i öppen vård

Rikets ständer beslöt 1829 att tillmötesgå de ständigt återkommande kraven att förbättra

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

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

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

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

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

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

Provinsiälläkarnas årsrapporter

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

Provinsiälläkarnas fortlöpande rapporter var en del i ett större sammanhang av centralförvaltningens informationsinsamling om hälsotillståndet i riket. Man tog också in rapporter från prästerskap, landshövdingar, hushållningssällskap och lantmätare om landets näringsliv, jordbruk, ekonomi m, m, Myndigheterna resonerade klokt och praktiskt då de utformade sina bestämmelser vilka tämligen detaljrikt reglerade olika befattningshavares göromål. Lagar och förordningar formulerades mycket omsorgsfullt och lämnade sällan utrymme för misstolkningar. F T Berg var medicinalråd och ledamot av kommissionen för Tabellverket. Han skulle senare bli den förste chefen för Statistiska Centralbyrån (SCB). På hans initiativ utarbetades ett särskilt formulär som provinsiälläkarnas årsrapporter från och med 1851 skulle följa. I rapporterna skulle uppgifter lämnas om distriktets topografi, areal, befolkning, allmogens levnadssätt, brännvinsmissbruk, barnavård och allt som kunde vara av vikt för bedömning av hälso- och sjukvården. Det innebär att årsrapporterna från 1850-talet blev mer styrda men ofta också fylliga.

Då landstingen 1963 övertog provinsiälläkarnas uppgifter, ”befriades” läkarna från årsrapportskyldigheten.

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

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

Rapport rörande embetsgöromålen och sundhetstillståndet inom ett provinsialläkardistrikt

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

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

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

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

Provinsialläkarens skyldigheter

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

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

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

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

Farsoternas bevakning var en viktig del i provinsialläkarens arbete.

Klipp ur Gustav Varenius årsrapport 1853:

a) Neryfeber.

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

b) Skarlakansfeber

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

c) Kikhosta

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

d) Rödsot.

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

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

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

Om kvacksalvare i distriktet skriver Varenius 1851:

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

Norunga.

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

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

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

Apoteksvisitationer

Provinsialläkaren ålades att visitera apoteken en gång årligen samt även följa upp apotekarens arbete. Han var tvungen att i görligaste mån underlätta för apoteken genom att förskriva enkla kompositioner.

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

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

Medicolegal liköppning 1859 G. Varenius:

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

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

Igenkänningstecken: Kroppslängden 11 1/2 qvarter.

§ 1 Yttre besigtningen

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

§ 2 Inre besigtningen

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

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

Uppläst på stället betygar såsom närvarande vittne Hans Andersson, Olof Andersson, Johannes Klen och David Jonsson i Fjällestorp, hvilka biträtt vid liköppningen begära därför. 1 Rdr, riksmünt hvardera.

Utlåtande

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

Alingsås i extra provinsialläkarexpeditionen

Den 21 juli 1859, G. Varenius

Rättsliga processen

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

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

Läkardistriktens omfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Läkartäthet 1840 – 1920

Ett mått på människornas levnadsstandard utgör tillgängligheten till läkare, vilket kan avläsas i läkartätheten. Som tidigare nämnts hade en svensk tjänsteläkare 1840 i genomsnitt ett

patientunderlag på 26 000 personer. Femtio år senare, 1890, hade tjänsteläkarkåren i det närmaste tredubblats medan landets folkmängd inte alls ökat lika snabbt. Det innebär att läkartätheten stigit och att patientunderlaget minskat till i medeltal 13 000 personer per tjänsteläkare. Fram till 1920 ändrades bilden inte så mycket. Antalet tjänsteläkare fortsatte visserligen att växa men inte mycket mer än befolkningsökningen, varför patientunderlaget per läkare då uppgick till 11 000 personer.

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

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

Om utländska läkares kompetens

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

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

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

Provinsialläkarens huvudmän

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

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

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

År 1813 omorganiserades ledningen för landets sjukvård. Collegiet upphörde och ersattes av ett sundhetskollegium, som 1877 blev ett statligt verk, Medicinalstyrelsen. År 1968 slogs detta verk samman med ett motsvarande för sociala ärenden. Det nya verket blev Socialstyrelsen. Cheferna behövde inte längre vara läkare och medicinalråden blev byråchefer och sålunda ej beslutsfattare.

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

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

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

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

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

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

Vilka bekymmer de extra provinsialläkartjänsterna vållade kan utläsas i Provinsialläkarföreningens första jubileumsskrift. Läkarna var beroende av kommunalpolitikerna. "*Läkaren skall vara alla till nöjes, icke ha allt för stora anspråk, men han måstedärjämte noga tillse, att ej*

komma i kollision med någon inflytelserik persons enskilda intressen.” Han kunde riskera att på godtyckligt sätt skiljas från sitt uppdrag.

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

Provinsialläkarens arbetsvillkor 1800 - 1920

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

Provinsialläkarnas ekonomi och arbetsförhållanden

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

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

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

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

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

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

Sundhetsinspektörer – Förste provinsialläkare

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

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

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

BARNMORSKOR OCH SJUKSKÖTERS KOR

Barnmorskor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



En barnmorska klipper av navelsträngen. Litografi år 1850.

Källa: Barbro Holmdahl

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

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

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

När ”Madam Larsson” 1869 ansökte att bli antagen till jordemoder skulle man först fråga sockenmännen i Lundby om de ville vara med och dela på kostnaden, och därmed avfördes frågan den gången. 1876 tycks det emellertid ha blivit slag i saken. Madam Larsson anställdes, de 100 kronor man prejade av Sven Andersson för att denne skulle få rätt att sälja öl vid

järnvägen skulle användas för att hyra ett rum åt barnmorskan. Denna skulle få uppbära ersättning efter en låg taxa ”men ej neka den hjälp, som har knappa tillgångar.” År 1893 finner vi henne installerad i ett rum i skolhuset. Rummet skulle emellertid i förekommande fall få användas för kommunala sammanträden. 1909 blev hon pensionerad.

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

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

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

Exempel på komplicerade hemförlossningar

Gustav Varenius 1851:

”Till min kännedom har kommit att:

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

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

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

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

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

Enligt uppgift från Pastorsembetena biträdde Barnmorskan Hallberg vid händelsen N:o 5, Barnmorskan Jeurling vid händelsen N:o 4,

hvaremot vid de öfriga ingen sådan fanns. Jag blef kallad till händelsen N:o 2 men fick återbud, innan jag hunnit från mitt hemvist afresa, emedan dödsfallet inträffat.”

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

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

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

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

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

Först 1908 blev varje kommun skyldig att anställa en barnmorska.

Utveckling av barnmorskeväsendet i Älvsborgslandstinget

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

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

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

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

Ur 1:prov.läk årsrapport 1917 Nils Englund

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

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

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

Repetitionskurs har under år 1917 genomgått endast at 5 barnmorskor,

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

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

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

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

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

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

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

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

Äfven för år 1917 må anmärkas:

att antalet barnmorskor på landsbygden somligstädes ännu är alltför ringa;

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

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

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

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

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

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

Sjuksköterskor

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

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

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



Källa: Barbro Holmdahl

Sjuksköterskan utbildas

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

Ur Barbro Holmdahl bok om sjuksköterskeutbildningen hämtas:

1916 års utredning om kvinnor i vården skrev:

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

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

säng i avdelningssköterskans rum. På dagarna hjälpte hon sköterskan på natten turades de om att hjälpa de svårast sjuka.

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

Röda korsets skola i Göteborg.

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



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

Bilden hmtad från Barbro Holmdahls bok.

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



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

Sjuksköterskekåren växte

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

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

Barnuppfödning 1895

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

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

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

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

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

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

Ur 1:e prov.läk Nils Englunds årsrapport 1917

Landstinget har under 1917 haft 20 distriktsköterskor anställda.

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

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

Instruktion för hemsköterskor:

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

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

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

SJUKDOMARS NATUR OCH BEHANDLING

Sjukdomsuppfattning/sjukdomslära

Sjukdomsuppfattningen, vad som gör att människor drabbas av sjukdom, har varierat över århundradena. Ett antal ”läror” har konkurrerat som förklaringsmodeller. Här några exempel hämtade ur en artikel ur Svensk Medicinhistorisk Tidskrift 1999:

Signaturläran (*lika botar lika*) levde kvar genom hela 1700-talet. Naturen har botemedel för alla sjukdomar.

Humoralläran (*blod-slem, gul galla- svart galla*) förblev riktgivande ända till mitten av 1800-talet genom åderlätning eller blodiglar.

Iatromekaniska läran framkom under början av 1700-talet. Den ansåg att kroppen i såväl hälsa som sjukdom var en levande maskin, som vid behov restaurerades med enkla ingrepp. I holländska Leyden bedrev Herman Boerhaave en karismatisk bedside undervisning enl. denna lära samtidigt som han tog hänsyn till äldre medicinsk litteratur. Lärjungar till honom var bl a. 20 – 25 svenska läkare bland dem Rosenstein och Linné. Man får inte förglömma att Linné också var läkare. Hans professur i Uppsala var ursprungligen praktisk medicin, men efter byte med Rosenstein till teoretisk medicin undervisade han om farmakologi, symtomlära och dietik. Mer än 80 avhandlingar i medicin ventilerades för Linné.

Annorlunda sjukdomsuppfattning hade Stahl (död 1734) som hävdade att obalans i själen (**animism**) gav sjukdomar.

Hoffman (död 1742) spekulerade över spasm och avslappning i kroppens fibrer och fokuserade på magsäcken. Hoffmans droppar (sprit och eter) verkade stimulerande, även på matsmältningen, under flera århundraden.

Under 1700-talet blossade flera idésystem upp.

Vitalismen talade om störningar i livskraften som sjukdomsorsak. Sven A Hedin (död 1821) var i sina pedagogiska skrifter påverkad av vitalismen, men yttre faktorer spelade en utlösande roll såsom luftens beskaffenhet (miasman) och ledde till den hippokratisk-metereologiska sjukdomsläran. I praktiken att man t ex förbättrade luften med granriskvistar i sjukrummet.

Mesmerismen, den animala magnetismen, (Mesmer död 1815) hade då som nu inslag av spekulation och suggestion.

Elektroterapi, att bota sjuka med elektriska stötar ur Leidenflaska, blomnade vid 1700-talets mitt, men återuppväcktes av en enda mans insats i Vallda och Släp, G. F. Hjortberg (död 1776) som behandlade tusentale patienter på sin prästgård för gikt, förlamning och hysteri.

Humoralpatologin var läran om att sjukdomar orsakas av att kroppens vätskor kommer i obalans eller blir skämda. Man räknade med fyra kroppsvätskor: blod, slem, gul och svart galla. Vätskeläran har också gett namn åt temperamenten. Vi har fortfarande kvar uttryck som ”att inte vara vid sunda vätskor”, vilket i och för sig kan vara relevant dagen efter en festnatt. Därför blev uttömningsterapier av olika slag användbara. Sådana behandlingar som åderlätning, koppning, anbringande av iglar och svettkurer var standard.

Provinsialläkarnas årsrapporter under 1800-talet ger en bild av hur man då upplevde sjukdomarna och hur de behandlades. Man hade dåliga om inga kunskaper om vad som orsakade sjukdomarna och inte heller hur de vanliga farsoterna (infektionssjukdomarna) spreds. **Miasmaläran** ansåg att dålig luft var en orsak till bl. a. spridning av epidemier. Luften var ju gemensam för alla där de vistades. Malaria har fått sitt namn efter miasmaläran. Under 1700-talet och större delen av 1800-talet härskade humural- och miasmaläran när det gällde diagnoser och behandling. Diagnoserna kunde knappast bli annat än symtomdiagnoser.

Bakteriologin kom ju t.ex. först på 1860-talet efter det att Pasteur upptäckte bakterierna. Det var mest en symtombehandling med de naturläkemedel man förfogade över.

År 1835 skriver prov.läk. Billengren, Ljungby:

"Då man bemödar sig att utforska orsaken till de sjukdomar som här - tid efter annan - och nästan alltid på något ställe inom Häradet varit gängse, har man största anledningen söka den uti väderleken och den täta förändring af värme och köld, hvarföre de sjuke varit blottställda. De bestämda inflytanden Luft- konstitutionen har på en hel trakt eller nejd och dess invånare, föranleda - i min tanka - epidemiska sjukdomar; Och ehuru man ej kemiskt kan förklara naturen af atmosfärens tillstånd, synes likväl tydligt, att vexlingen af värme och köld reagerar starkt på organismen och gör många förändringar på människokroppen. Men ehuru denna sjukdom - i anseende till sin första uppkomst varit en följd af Luftens inverknings, tyckes den likväl understundom äfven meddelat sig genom smitta, då den engång börjat. Såsom exempel kan jag anföra: I November månad insjuknade flere af fångarne i Ljungby Häradets häkte och det dröjde ej länge förr än fångvaktaren insjuknade och flere som ståt i beröring dels med honom, dels med fångarne."

Gustav Varenius, provinsialläkare i Alingsås skriver i sin årsrapport 1851:

"Väderlekens och årsväxtens förhållande i allmänhet, så vidt detsamma varit af beskaffenhet att utöfva märkbart inflytande på helsotillståndet och sjukdomslynnets."

Vintern var ojemn, ruskig utan köld. Våren, som kom sent, sommaren och hösten voro kalla och regnige. Sedan vid årets början vattuflöde, så starkt, att gator, källare och hus deraf i mer eller mindre mån fylldes, att vägar öfverhöljdes och utskuros, att broar och vattenvärk utflöto, fortfarit från sista hälften af December, inträffade temmeligen stark barvinter i slutet af Januari. I slutet af Februari föll snö, som låg kvar inuti Mars. Våren blef sen. Juni och Juli månader utmärktes af uthållande torrka, hvarigenom bemedlades allmän foderbrist. I slutet af Juli och under hele Augusti inträffade tidtals regn, hvarigenom sädesväxten upphjelpes betydligt."

Man antager allmänt, att denna väderlekens beskaffenhet föranledde ej blott att den frodväxte halmen i sädesslagen i allmänhet blef mindre fullständigt matad, hvilket förhållande med någon serskildt förefanns ända till missväxt, utan äfven, att den lilla äring rågen gaf, var så beskaffad, att den begagnad till bröd, framkallade dragsjuka. Denna åkomma har dock ej varit så intensiv, att mig veterligen läkarehjälper deremot behöft anlitas."

Hösten var i allmänhet utmärkt för jemn god väderlek. Under mine af neryfeber, rödsot, kikhosta och cholera nätter och dagar föranledde, trägne resor, hade jag i allmänhet att glädja mig åt godt väder och någorlunda godt väglag. Jag plågades hvarken af öfverdrifven varme eller köld. Också kunde jag alltid spåra rödsotens och cholerans uppkomst genom smitta från andra orter."

Gustav Varenius fortsätter sin beskrivning 1851:

"Vintern var mild, våren tidig, sommaren liksom hösten ovanligt torr. Som äfven 1853 var ovanlig torrka från sommaren början, afstannade de flesta vattenvärk tidigt sommaren 1854, uttorrkade då ej blott de flesta kärr och mossar utan äfven grundare sjöar."

Denna uttorrkning orsakade enligt min åsigt rödsot. Ej blott inom Alingsås district utan, som jag skulle tro, öfver om icke hela riket så de fleste dess delar härjade denne farsot. Så uppges exempelvis i N:o 78 af

Aftonbladet för tisdagen den 3 April innevarande år, ett uti Jönköpings district, der sjukdomen ifråga förekom hela året, deri dogo 272 personer. Om bland dem äfven innefattas de i staden Jönköping aflidne 63, är mig ej klart af Aftonbladets uppsatts i ämnet. I Jönköping, likasom här och troligen öfverallt voro dess flesta offer barn. Att sjukdomen herrskade hela året är följdriktigt af antagandet, att den framkallas genom uttorrkning. Genom den från början af Juni månad 1853 nästan oafbrutet fortfarande torra väderleken hade nemligen jorden redan det året blifvit utorrkad.”

Sjukdomsbeskrivningar på 1700-talet och början på 1800-talet

Här ges endast något fåtal exempel. Sjukdomsdiagnoserna är oftast symptomdiagnoser och behandlingarna också symptomatiska med bakgrund till den uppfattning om sjukdomars orsaker som då gällde – se detta avsnitt. Exempel ges också i farsotsavsnittet. **Cephalgi – huvudvärk**

Uttömmande medel. Spanska flugan, som hos en 60-årig man gav biverkan – stranguri (svårighet att kasta vatten).

Chloros

Chlorosis Denna sjukdom, förr en prioriterad egendom för den så kallade bildade klassen, hvilken just igenom sin så kallade bildning tycktes skaffa sig den, har i sednare åren också hemsökt den arbetande folkklassen, så väl ibland bönderne som i städerna, mest angripande personer mellan 14 och 25 år, sällan har jag sett någon besvärad deraf som öfverlagit det 50:de och blott et par gånger flickor af omkring 10 års ålder. Må den Skånska slättbygden, då jag mest haft tillfälle att observera sjukdomen, har man svårt att föreställa sig något endemiskt inflytande där de friska vindarne öfversjuta hela landet, hvars vegetation i färg och frodighet öfverträffar större delen af det öfriga rikets, ock då hos manfolket ingen, och hos quinnorne ingen annan anaemisk sjukdom är gängse;- må hända kunde skrofler, under barnåren grundlägga sjukdomen,- stundom har jag observerat den såsom följe af långvarig och missvårdad gastralgie, och kan hända (jag önskar att jag misstoge mig) kunde man ibland till denna sjukdom söka samma grundorsak, som så ofta skaffat gossepatienter med phimosis, antalet af dessa sednare är sannerligen icke obetydlig. Bland jernmedel har jag funnit det mjölksyrade i förening med svafvelsyran Quinin och Valeriana, verksamast.

(Schagerström, Landskrona, 1849)

Diarré och retlighet i tarmarne, gastriska lynnet

Salmiac Mixtur med Gummi Arab och Valeriana infusion. Vid reactionens aftagande uteslöts Salvinica och till Valeriana sattes efter olika indicationer, vid starkare diarré och retlighet i tarmarne, Solutio Acid phosphor, och vid öfvervägande lidande i nervsystemet S:ol Valeriana jemte Valeriana infus. Solut. Camph. Spirit. vid Typhomanie och krafternes betydligare sjunkande. På Buken starka Senapismer

Kräkmedel, ljumma bad, Cremor Tartasi med Rhabarber, Calomel och Rhabarber, blodutömmningar och oleösa Emedsioner användes med fördel, någon gång nux Vomica i små dosis

Dragsjukan, Theomani, Chorea

Swedenborg, Sölvesborg, 1841

”På senhösten angrepos flera personer af dragsjuka, hvilken här var en följd af den dåliga, med Secale cornutum uppfyllda råg; hvilken allmänt

användes till bröd Sjukdomen visade sig hos alla lika, börjande med kräkning, kyla, brytning i rygg, och i allmänhet gastriska symtomer. Sedan tyngd i hufvud, mattighet och svaghet i extremiteterna, med kramp, och i hög grad försvårad andedrägt – Urinen blek och sparsam, öppning trög – De sjuke klagade öfver plågor i maggropen och en osläcklig törst.”

Sjelfva paroxysmen varade från 1 – 3 timmar, under hvilken tid armar och ben voro uti ständig rörelse. Efter 14 dagar till 3 veckor började convalescensen, hvilken gick långsamt, emedan de sjukas krafter voro uttömda, och krampen i extremiteterna svårligen ville gifva vika. Kräkmedel användes genast, och repeterades på de flesta efter några dagar. Laxermedel föreskrefvos äfven. Plågorna i maggropen lindrades af en der pålagd senapsdeg – Valeriana under convalescensen fullbordade curen – Af denna sjukdom afled icke någon –

Annan utsago:

”...visade sig isynnerhet efter Sädesbergningen då folket började tillita den nya grödan. På flera ställen granskade jag säden, hvaraf de sjuke låtit få mala till sitt bröd, och fann Mjölökor ej allenast uti Rågen, utan äfven i kornet. Folket uppmanades frånskilja Mjölökorna, hvilka äro orsaken till de giftiga verkningarne; men någre använde dem, oaktat varning, till föda åt sina Svinkreatur. Äfven desse sjuknade och flere dogo. Genom stark torkning förlorar Mjölökorna en stor del af sin giftiga natur; liksom de visa sig verksammast i färskt bröd och varm blodkorf. Hos de personer, som någon längre tid varit angripne af denna sjukdom, hade den lemnat efter sig slöhet i tankeförmågan.

Kräkmedel och Digestiver, i förening med sundare och bättre lifsmedel, hafva merändels varit tillräcklige att i början häfva denna sjukdom. Längre avancerad hafva bad och nervin någon gång Zink och Assa foetida, måst tillgripas.

En annan utsaga

....Denna Raphanie eller Dragsjuka ledde sitt ursprung från skadlig inblandning uti eller beskaffenhet hos säden, hvilken, illa bergad vext under ett nästan jemnt ihållande regnväder. jag förskaffade mig prof utaf säden, isynnerhet råg, som de sjuke förtärt. Den innehöll ej raphanus raphanistrum; men deremot en mängd svarta korn (secale cornutum).

Emetica och Laxermedel kunde jag sällan använda, emedan jag ej nog tidigt kallades till de sjuke. Deremot gafs med nytta: Ol.C. C. Ruti ficat. 3j och Tinct. Valerian. 3j 15 á 20 droppar 3, 4 gånger om dagen samt några koppar Thé på Valeriana med tillsats af fol. Aurantii.

Var krampen svår och förenad med andtäppa, verkade ingenting mera lindring, än ett pulver bestående af: {...} Oxid. Zincici gr. {...} Assa foetid. folior. Digital. purp. Opii depurat. Sinqulorum granum., som intogs hvarje afton.

Hvad som mest bidrog till sjukdomens häfvande, var en förändrad lefnads ordning och bättre lifsmedel, frie från skadliga inblandningar, och isynnerhet bröd af väl bergad säd.”

Epilepsi – Mb Caducus – fallandesjuka

Åderlåtning. Valeriana, bävergäll och torkad oxgalla. Spansk fluga i nacken.

Frossa

Frossa eller febersjukdom var benämningen på malaria, som också förekom Sverige långt in på 1800-talet. Att extrakt på kinabark var verkningsfullt upptäcktes redan i mitten på 1600-

talet. Medlet infördes till Europa av jesuitermunkar. I Sverige var Nils Rosén von Rosenstein den förste som införde behandlingen med kinabark mot frossan. Hans namn kom långt in på 1900-talet att bevaras i Roséns bröstdroppar mot hosta. Roséns bröstdroppar eller Vinum glycyrrhizae opiatum. Bröstmixturen innehåller 2 % opium (max dos 10 g). Eftersom många missbrukade medicinen (opiet) var man tvungen att så småningom receptbelägga den.

Rec/ Roséns bröstdroppar

Saccarum	2
Extr. Glycyrrhizae	2
Stigma varosi	2
Opium	2
Vinum de Marsala ad	100

M.D.S 30 – 50+ droppar mot hosta 3 gånger dagligen (vuxendos).

Gastrialgie. (Cardialgie)

”Gastrialgie. (Cardialgie) har egentligen på de tre sistförflutne åren, visat sig allmän innom Districtet, samt synes ännu vara i tilltagande. Den visar sig i sin vanligaste form, med bristande matlust, plågor i cardia, hvilka ofta sträcka sig åt sidorna samt oftast beledsagas af plågor i motsvarande del af ryggen, stundom åtföljas dessa plågor af upstigande hett vatten i halsen, och pyrosis, – Likväl ej alltid; – någon gång kräkningar efter maten, alltid känning af illamående efter densamme, – i bland märkes en svullnad med ömhet för vidrörande i cardia; – exeretiones alvi ha aldrig visat någon karakteristik på sjukdomen, emedan den ibland åtföljts af ordentlig ibland af lös, men likväl oftast af trög öppning; – Efter en tid afmagras kroppen, flera nervösa symtomer visa sig och sjukdomen slutar stundom med chlorosis. Wid percussion märkes alltid vädersamlingar i tunntarmarne, sterkorala i groftarmarne efter öppningens beskaffenhet, sällan inforetes. Ganska sällan angripes manspersoner, oftast yngre quinns personer från 15 till 24 år, ofta är sjukdomen beledsagad af amaenorrhoe eller Dysmenorrhoe, hvilken tyckes likväl ej vara orsak, utan snarare följer af sjukdomen, emedan, då gastralgien häfves, alltid menstrationen återkomer. – Tjenstepigor äro de som mest angripes och påstå sig få denna sjukdom af arbete och mest lyftning, att detta påstående egentligen är en yttring af den kända skånska kommodititen och den sjukdomen åtföljande nedstämda och missnöjde lynnet, är sannolikt några verkligen starka subjecter har jag sällan sett angripne af sjukdomar, och då några inflammatoriska symtomer åtföljt den ha de endast varit lokala. – Orsaken till sjukdomen skulle jag egentligen villa söka i den här brukliga starka och indigesta födan vanligtvis af salt rökt fläsk, potatis (ofta sjuka) och svart bröd och alltid till dryck, maltdricka, hvilket förvaras in i boningsrummen, antingen måste vara färskt eller surt, och dessutom aldrig är vederbörligen kokadt.”

(Schagerström, Landskrona, 1849)

”Att tjenstepigorne i städerne ofta angripes af gastralgie är visserligen samma äfven här, torde orsaken lätt kunna sökas i diaeten. – De tvänne föregående åren har sjukdomen vanligtvis temmeligen lätt blifvit häfwen, med förändrad diet, Subnitrea, Bismuth + Magnesia, den förra till 2 à 3 gran, 3 à 4 gånger på dagen samt beskt thei. sistledne år har den för det mästa fordrat topiska bloduttömningar och ökade Bismuthsportioner till 6 a 8 gran pro dosis samt om ej detta hjälpt Nux vomica och {..}sicatorer i cardia, t.o.m. någon gång Strychnin, endermiskt.”

Ischias betecknade man 1862 som en reumatisk sjukdom, framgångsrikt behandlad med terpentin in- och utvärtes men också med spansk fluga lokalt.

Masksjukdomar och Scabies – skabb

Maskpulver och laxermedel. Jalaparot eller rabarberrot med kvicksilver.

Nervsystemet och psyket

Valeriana i olika beredningsformer användes flitigt.

Redan 1841 propagerade en provinsialläkare på Gotland för motion som terapi.

”Medicinska gymnastik för fruntimmer: De flesta af de yngre patienterna hafva lidit af menostasi. Symptomerna hafva varit: gulblek hy, förslappadt och förtvinadt muskelsystem, elak andedrägt, förlorad matlust, betydlig afmagring, mattighet, förstoppning o.s.v. Redan under första veckan hafva sådana patienter erhållit god matlust och sedan de efter två å tre månaders fortsatt gymnastisk behandling erhållit eller återfått reglerad menstruation, hafva de, med helsans färg på sina kinder jemte jemvig och fyllighet i hela organismen, friska och glada lemnat inrättningen; och detta oagadt åtskilliga förut förgäfves varit underkastade en långvarig behandling med medikamenter.- Här vore nu stället att utveckla de allmänna principerna för medicinska gymnastikens användbarhet som läkemedel och helsomedel i allmänhet. ”

Nervös Feber, Febris remittens nervosa

”Denna karakteriserade sig hufvudsakligen genom en hög grad af svaghet, tyngd i hufvudet, olustighet, hufvudvärk, sömnlöshet och delirier: Pulsen vanligtvis liten, svag och hastig; men ibland mycket föränderlig. Urinen ömsom röd ömsom blek. Torrhet i munnen; vanligen belagd tunga. Sjukdomens förlopp var oregelbundet och obestämt. Vanligen räckte febern tre veckor eller en månad. Utgången var sällan kritisk. Metastaser på nerverne isynnerhet döfhet och minneslöshet - förekommo ofta.

I början af sjukdomen användes kräkmedel, diluerande drycker såsom lingonvatten och hafresoppa; Senapiser applicerades på Vaderne, och invertes gafs Chlorvatten uti Althaeae Dekokt samt slutligen Valeriana med Salmiak och China.

Svaga och dåliga födoämnen torde man, ej utan skäl, här få anse som en inverkan omständighet till denna febers uppkomst; och att den spridde sig till flere härleder sig i misstanke derifrån, att många personer finnas sammanhopade inom trånga och små rum. Detta oaktadt tillfrisknade alla, som erhöllo Läkarevård.

Ett inflammatoriskt tillstånd i hjernan syntes visst i början vara förhanden, ehuru det blott var en nervös retning deri.

Den i hög grad stegrade retligheten fordrade lokala bloduttömnigar medelst iglar, kalla fomentationer på hufvudet, senapsdegar på Vaderne och invertes Calomel med Opium samt Vesicatorier Valeriana infusion med Salmiak användes äfven någongång; och vid stor svaghet med hufvud affectioner och liten, mjuk och tom puls gafs Campher och mosehus. Till dryck gafs hafresoppa blandad med utspädd Svafvelsyra.

Sällan öfvergick Sjukdomen i ett paralytisk tillstånd, och jag hade glädjen se, att alla de sjuke, som jag hade under min vård, tillfrisknade.”
(1835 Billgren, Ljungby)

Andra utsagor:

"Beträffande Behandlingen har jag i början af sjukdomen vanligtvis gifvit lindrigt lösande och kylande medel och användt koppning eller blodiglar i nacken, när hufvudvärken varit mycket intensiv. Under det nervösa stadiet har Solut. acidi phosphoriei med Valeriana förordnats jemte mucilagenosa, förnämligast Saleb vid benägenhet för diarrhe. Har diarrhéet blifvit hotande har infus. Ipecacuanha med Vin. Opii crot. gifvits jemte stärkande lavement med Opium. Vid complication med catarrhala lidanden i bronchieerne har Dococ. Senegae förordnats och vid de nämnde 2:ne fallen af typhös inflammation hos lungorna Camphora och Moschus."

"Ferbris remittens nervosa synes skilja sig från alla andra febrar genom en viss torpor Sensurum. De sjuke visa bekymmerslöshet för allt, äro liknöjde och fästa ingen uppmärksamhet hvarken på sig sjelfve eller sin omgifning. Unga subjecter från 20-40 år sjukna mest, 6-10 års barn hafva icke heller varit undantagne derifrån. Denna sjukdom börjar vanligen med vissa förebud såsom ömhet i lederna, mattighet i hela kroppen, tröghet och olust till arbete, benägenhet till sömn, förlorad matlust, hufvudvärk som försvinner och återkommer, slut. rysningar och frossa. Desse förebud räcka 4 å 6 dagar, någongång kortare - sällan längre. Efter frossan börjar febern med stark hetta och exacerbationer om aftnarne, stor mattighet, svindel, tyngd i hufvudet, kraftigare puls, stark törst."

"Omkring 9 dygnet har febern uppnått sin höjd. De sjuke klaga nu endast öfver tyngd i hufvudet, svindel då de vilja resa sig, hetta i ögonen, susning för öronen och lomhörighet, många yra då andre ligga i ett stilla slummer. Detta fortfar till 18:de och 21 dygnet. Ögonen framstående och glänsande, pulsen liten och hastig, tungan röd, ibland torr, dunkelbrun eller svartaktig, kan ej räckas utom tänderne; hos någre har den varit öfverdragen med gult slem, smaken oangenäm och ofta benägenhet till Kräkning. Då sjukdomen tagit en dödlig utgång, har döden oftast inträffat under ett soporöst tillstånd eller också ett paralytiskt, så att den sjuke hvarken kunnat tala eller svälja."

PredikoSjukan, Bättringsropare, Jumpers, Chorea

Denna religiöst, fanatiska yttring spreds över Sverige i böjan på 1840-talet. Man skrev flera avhandlingar om tillståndet som betecknades som en nervös sjukdom. Gustav Varenius kom i kontakt med den i Hjo-trakten och har en lång utläggning i sin årsrapport 1843 om orsakerna och de olika författarnas åsikter om sjukdomen. Han ger också fallbeskrivningar. Om jumpers skriver han:

"Att den karakteriseras genom en under vakande tillståndet på obestämda tider anfallsvis påkommande mer eller mindre fullkomligt alienation eller suspension af sinnenas rätta bruk, bristande medvetande och sjelfbestämning /vilja/ under abnorm, merändels förhöjd verksamhet af fantasien, som gör att sjuka tycker sig lefva i en annan krets än dem som omgifver honom, tror sig inspirerad af en högre makt, ser syner och hörer englaröster, jemte en bestämd och oemotståndlig drift" /Ser den sjuke och hörer en bestämd och oemotståndlig drift?/ "att tala i religiösa ämnen; /"predikan," "ropa"/ samt af en än eldig, svärmisk, nästan förklarad blick, än af ett slags magnetisk slummer, ofrivilliga muskelrörelser, ryckningar eller förvridningar." Sidan 264 "Den epidemiska" /,?/ "Religiösa ecstasen deremot synes uppkomma af inre

psykiska incitament; åsynen af de skakande predikoupptredena, åhörandet af de excentriska, inbildningskraften eldande och serdeles genom den religiösa känslan upprörande tal et. och består uti omstämning af hjernans verksamhet, utmärkt af fantasins orimliga utflykter i det öfversinnliga och andesyner." /utflykter icke utflygter i andesyner?/, jemte oemotståndlig drift att tala i religiösa ämnen." Sidan 314 "Angående denna egna sjukdoms behandling kan man vara kort, då erfarenheten lärt, att den i de flesta, i de lindrigare fallen förutan allt slags tillgörande, lätt försvinner af sig sjelf; emedan den äfven i svårare, merändels om än också ibland långsamt; upphörer och öfvergår till helsa, samt blott sällan lemnar några anmärkningsvärda efter-sjukdomar efter sig; och den kanske endast i de svåraste behöfver kraftigare åtgärder, i de nemligen der den uppträder i sin mest utbildade form, med starkare anfall af en fullt omedveten psychisk hänryckning, våldsamma kramper och infallande i dvala, eller och i förening med andra påtagligen betydande symtomer, inflammation, congestioner, gastricism, flatulens, hysteri m.fl.

...Enligt detta Herr Sondéns ordande finnas således 1:mo fysisk eller, som han vanligast kallar den, Sydenhams chorea; 2:do en mani att dansa, som han benämner choreomani; 3:tio ett epidemiskt, religiöst vansinne, som han kallar melancholia saltans; 4:to det i Småland år 1841 utbrutne, epidemiska roperiet. Alltså, utom två olika dansmanier, ännu ytterligare den i Småland och Vestergöthland åren 1841, 1842 och 1843 gångbara predikomanien. Jemföras detta med det nyss förut anförda yttrande, att man kan kalla chorien melanchorea saltans eller hvad man vill, samt att denna enda sjukdom är medeltidens chorea....

"...Hos de s.k. Jumpers eller springare äro gränssorna mellan religiös fanatism och utbildadt vansinne ännu svårare att uppdaga.Vid sina sammankomster veta de att genom vissa ord, hvilka icke äro något mindre än betydelsefulla, försätta sig uti ett tillstånd af andäktigt rus eller hänryckning, hvar under de knappt synas mäktiga öfver sina sinnen Man har der sett fruntimmer under den våldsamma ecstatiska krampen få missfall, andra inför allas ögon afkläda sig och nakna löpa i floderna; hundraåtals falla i dåning sedan raseriet och krampen nedtagit alla deras krafter; andra härma hundar, skälla och morra, samt löpa på fyra fötter hvilket symtom bland konvulsionerna förekom blott i några enskilda fall af konstaterad sinnesrubbnig, men här öfverfaller hela skaror; liksom ville de äfven i det yttre ådagalägga sin förskräckliga förnedring af menniskonaturen. Barn, som vid dessa Campmeetings äro vittnen till denna vansinniga hänryckning, blifva lätt, i anseende till deras retligare och svagare nerver, ett rof för dylika kramper, hvilkas betydelse de ej förstå, och bibehålla ofta för hela sin lifstid en svår nersjukdom, som uppkommer under stor sinnesöfverspänning och förskräckelse, aldrig gifver vika för några slags medicin."

I sjukdomens första början användes kräkmedel, för att häfva hudens krampaktiga tillstånd. Äfven andra medel begagnades, för att lindrigt inverka på huden, för att befordra afsöndringar och utömningar såsom infusioner på Chamomill och fläder med tillsats att Spiritus Mindereri och Salmiak. När sjukdomen blef rötaktig, måste mera antiseptiska medel begagnas såsom Mineralsyror, och Valeriana der svagheten var mera

irritabel, och Arnica der svagheten var mera topid och tillståndet soporöst.

Under tillfriskningen, som gick långsamt, gafs China. Hos några uppkom Metastaser vid Öronkörtlarne. Utaf 20 insjuknade, afledo 3:ne.”

Rheumatism och gikt (pådagru i foten och cirhagra i handen)

Vesicatorier (blåsdragning) med spansk fluga som drar ut slemmet. Antiscorbutica och bad. Giktpiller (kardborrerot) och hjothornsolja (stärkande enl. signaturläran).

Scorbut – skörbjugg

Antiskörbjuggsmedlet var en dekokt på späda torkade tallskott – tallstrunt, skörbjuggsört och vattenklöver Externt behandlades med Empl. Griseo (zinksalva).

Scrophler

”Skrofler Denna sjukdom kan man anse såsom här verkligen endemisk, och den har på de mellan 30 och 40 år, sen jag här varit läkare visar sig lika allmän. Nästan alla barn som i det första året ha ovanligt kall och mjellhvit hudfärg, kan man vara temligen säker på att längre fram träffa angrepne af Skrofulösa åkomor såsom upsvällde halskörtlar, svälld näsa, och öfverläpp, carierade tänder, redan vid deras förste utsprickning, chroniskt hufvud-och andra hudutslag, ögonsjukdomar, m.m. Ofta blir likväl af dessa barn, ofta pubertetsåren igenom god fysisk upfostran med passande diaet och i synnerhet saltsjöbad, starka och friska menniskor. Sällan förekomma här mersenterial Skrofler, men då de visat sig ha de alltid vikit för Chlorcalcium. (Schagerström, Landskrona, 1849)

Scrophler äro här allmänna, synnerligen bland Allmogens barn. Uti hvarje större hushåll träffas ett eller flera, af ulcerationer och Fistulösa sår vanställdt barn.

Orsaken till denna sjukdom torde finnas uti Mödrarnes vana, att ända till andra året uppföda barnet vid bröstet, och oftast fortsättes härmed så länge, till dess ett yngre gör det förre denna föda stridig.

Äfven bidrager till denna sjukdom osund föda, hufvudsakligen bestående af potatis deraf barnet ej allenast vid måltiderna undfägnas, utan träffar hela dagen ätande denna dess käraste spis –

Enligt min erfarenhet utgör Jod det säkraste läkemelet mot Scrophler. Icke allenast i mindre svåra händelser, utan uti sjukdomens mäst inrotade former med degenerationer och verklig Scrophulös aftyning har jag lyckats, under ett längre bruk af Jod, återställa flera af dessa olyckliga varelser. Solution af Jodkalium har jag funnit göra större och varaktigare nytta än JodTincturen. Uti ulcerationer har jag använt Jodsalva, och i allmänhet nyttjat Jod både in och utvärtes.”
(Swedenborg, Sölvesborg, 1841)

Slaganfall – hemipares, kontrakturer och paralys – förlamning

Lindrig laxering och fysioterapi med bad, immebad, borstningar, frotteringar samt Bals. Vit. Hoffman (sprit och eter). Intern beh. Med blodrenande dekokt och extern med dagmaskolja på förlamade senor och muskler samt unhv. Nervinum (extrakt av 12 blommor, dagmaskolja, terebint mm). Loka Brunn.

Sockersjuka/diabetes

Diabetes nämns sällan i sjukdomsbeskrivningarna på 1800-talet. Före upptäckten av bukspottskörtelns roll och insulinets introduktion under 1900-talets första decennier var behandlingen svält, fläsk och alkohol. De flesta dog inom något eller några år i diabeteskoma,

vilket var det man med behandlingen ville förebygga. Då både fett och proteintillförsel stimulerade produktion av syrabildande ämnen i kroppen tillstötte ofta ”ketoacidos” (försurning av kroppsvätskorna), vilket också ledde till döden. Man försökte i första hand normalisera blodsockernivån genom svält kortare tid, 2 – 10 dagar, i kombination med kolhydratfattig och fettrik kost. Konjak och whisky rekommenderades i liten mängd åt gången, men kunde under dygnet uppgå till 35 cl.

Vattusot - anasarca – hjärtinsufficiens

Den allmänna svullnaden i form av vattusot bedömdes som obotelig hos äldre. Behandlingen var Bröstptisan (medicinskt te) bl. a. innehållande Tussilago och Lungört jämte ett dussin andra materia medica. Vinum Scilliticum innehöll sjölokextrakt i gott franskt vin. Sjöloken – Scilla – har glykosider med positiv inotrop effekt på hjärtat och finns redan beskriven i den egyptiska Papyrus Ebers. Behandling med Folium digitalis (en skotsk gummas kunskap) publicerades 1785 av W. Withering.

Läkemedel och dess användning på 1800-talet

Läkemedel som befolkningen på 1800-talet hade tillgång till var dels vilt växande eller i trädgårdar odlade kryddor och rötter dels andra hjälpmedel som man kunde tillreda. Det fanns beskrivningar på tillredning av: Lavemang, svett- och urindrivande drycker, blodrenandes dekokt, skörbjuggsdryck, åderlåtning, blodiglars bruk, magstärkande teer, magdroppar, islandsmossa, bad.

Om Läkemedel för ett sockenapotek (ur Per Hembergs bok) :

Opium, är en växtsaft, intorkad till ett fast ämne likt lakrits. I större mängd är det ett dödande narkotiskt gift. I noga avmätt kvantitet är det ett kraftigt och välgörande medel som läarkonsten har att använda. Dess verkan är att: 1. nedstämna retlighet i kroppen, hvarigenom kramp, spasmer och många deraf beroende plågor lindras. 2. att stilla pulsslagens häftighet och såmedelst att förekomma de framdrifningar och uttömningar af vätskor som häraf uppstå. 3. befordra sömn.

Prinsens droppar, Liquor cornus Cervi succinatus, gavs vid hastigt påkommande illamående.

Chinapulver, febernedsättande medel som kommer från barken av ett lövträd i Sydamerika eller Västindien. Det gavs vid febrar eller frossor, migrän, fallandesot Det gavs också vid krampdans eller danssjuka (chorea), en komplikation till vissa infektioner.

Spansk fluga, eller Spansk flugeplåster gavs utvärtes (emplastri cantharide). Medlet bereddades med pulver av en skalbagge från södra Europa som innehöll cantharidin. ”Spnska fluga nyttjas med mycken förmån vid alla de tillfällen der man vill afleda retningen från ett angripet inre organ som 1. mot fluss i huvudet, tandvärk och öronfluss n.m. Då sätts spanska flugan bakom örat, 2. mot hufvudvärk, ögonens sjukdomar, slag m. m. då sätts den i nacken eller på tinningarna, 3. mot håll och stygn, då midt öfver det lidande stället. Vid ländryggvärk sattes medlet vid ryggslutet, vid ischias från yttre sidan av knäleden ned mot benet.

Blodiglar, fanns på de flesta apotek. De insamlades från dammar och stillastående vatten och förvarades i sjövattnen som byttes en eller två gånger i veckan. De äkta blodiglarna var mörkbruna med några ljusgula prickiga ränder på ryggen. De helt svarta hästiglarna fungerade ej. När man satte på blodigeln tvättades först kroppsdelen och gneds in med en aning grädde eller blod. Igeln fick sitta kvar tills den sugit sig full och därefter släppte den spontant. Blodiglar ingick i behandling av exempelvis strypsjuka hos små barn, vid hjärnvattusot (hydrocefalus) samt vid yttre skador efter fall och stötar, vid ledvrickning m. m. Ibland också vid fulslag (panaritium) en allvarlig infektion i handen.

Blodiglar var eftertraktade och en apoteksvara och handelsvara av stor betydelse.

Dr Axel Huss skriver:

”Det är skäl att befara, det dessa nästan outhärliga djur snart hos oss utdödas, om ej tjänliga medel vidtagas att hämma den aldeles offantliga utförseln till andra länder af både fullväxta iglar och späda ungar. Att utverka en hög exporttull på denna vara torde kanhända vara enda medlet att åtminstone till betydlig del minska denna för vårt land olyckliga industri.”

Eller en provinsialläkares kommentar.

”Att öfverhoppa Kong. Collegium med ytterligare jeremiader öfver den brist på blodiglar, som här, liksom annorstädes under de senare åren ingvieterat så väl Läkare, som Folket i allmänhet, är ej min mening, liksom det är onödigt, att orda öfver anledningen till denna brist, hvilken Kong. Collegiums känner bättre än jag; jag vill endast och allenast ha äran inberätta, att jag hos Länets Hushålls- Sällskap utverkat anslag af 50 R. B:co på hvardera af 2:ne år, till bildande af 5 pulmier om året a 10 R. B:co hvardera, till upmuntran för Länets fattigare innevånare att i våra små insjöar eller så kallade tjernarsom icke sakna tillgång på iglar, uppsöka och fånga desamma emot särskild betalning för hvarje igel. Utom hufvudändamålet, att först och främst förse vår {...} ort med denna magtpåliggande vara och sedermera kunna lemna öfverskottet åt andra behöfvande ställen, har hos mig kommit i betraktande införandet af en förut i Länet okänd industrigren, mot hvilken folkets medfödda indolence och ovana hitintills lagt öfvervinneliga hinder. Alla förra munteliga uppmaningar dertill å min sida hafva ingenting uträttat, emedan denna industri är ny, och att få en dylik etablerad begåfvo mera klingande skäl, än jag haft tillfälle använda. Jag tror på lyckliga följder af dessa mercurer, hvilka jag hoppas att Kong. Sundhets Collegium äfven gunstigt täckes gilla.”

Sandel, Sandelolja ur veden på sandelträdet har använtsmycket inom både österländsk och västerländsk medicin mot gonorré, blåskatarr och urinvägsinfektioner – den hindrar gonokockers delning när den utsöndras via urinen. Den var en av de främsta medlen mot gonorré och sjukdomar i urinvägarna fram tills antibiotika och sulfa kom på 1940-talet. Dosen är upp till 0,5 gram eller 5 – 20 droppar tagen flera gånger dagligen. (källa: Shenet: Sandelträessens).

Nya behandlingsmetoder

Skolmedicinen på 1700-talet och en bit in på 1800-talet ansåg att sjuka människor skulle genomgå ”uttömmande behandling”. Man ansåg att sjukdomen fanns i kroppsvätskorna och om olika vätskor tömdes ut i stora mängder så kunde patienten bli frisk. Åderlåtning och lavemang, avföringsmedel och iglar var medlen som användes.

Nils Rosén von Rosenstein, pediatrikens fader, sade med kraft ifrån att små barn inte fick åderlätas. Han ansåg att man inte kunde ta efter gamla metoder, obekräftade teorier utan måste bygga på egna iakttagelser och erfarenheter, som kombinerats, grupperats och systematiserats till erfarenhetsbaserad (empirisk) vetenskap.

Dessutom lanserade Nils Rosén von Rosenstein idén om sjukdomsförebyggande vård och sådan behandling av redan sjuka personer, som syftade till att förebygga och förhindra att sjukdomsutvecklingen blev värre än nödvändigt. Kinabarken (kininet) mot frossan (malaria) fungerade både som sjukdomsförebyggande medel och behandling av redan sjuka personer. Nils Rosén fick utså hård kritik då han lanserade dessa behandlingsmetoder.

Att söka bot vid slutet av 1800-talet

Vården och omhändertagandet av de sjuka började här som på alla andra ställen med att människor med speciellt intresse och kunnande utövade från hedenhös nedärvda kunskaper i läkekonst. Redan i våra landskapslagar finns föreskrifter om läkare. I Södermannalagens

Manhelgdsbalk står: "Laga läkare heter den som helat haver järnhugget sår, benbrott, inälvssår, avhugg, genomstunget sår med tvenne hål."

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

"...Verklig läkarhjälp var på den tiden mycket sällsynt. – Folk levde och levde tills de dog -. heter det. Men smått läkekunnigt folk var det inte ont om. En som ofta rådfrågades vid sjukdomsfall var den så kallade "Flodafrun", fru von Proschwit på Floda herrgård. Hon gav dem goda råd och medicin och hjälpte dem på alla sätt. "Kloka gumor" fanns det också här och var i stugorna. Burta (Berta) på Tolsjötorp var sålunda vida känd för sin förmåga att "måla" d. v. s. mäta folk mot gulsot. Den hälsobringande mätningen utfördes i all stillhet ute på någon loge eller annat fredat ställe förmedels gula trådar varmed patientens kropp omsorgsfullt uppmättes på alla håll. Om kurens effektivitet har tyvärr intet tillförlitligt intyg kunnat erhållas. "

Fram till 1895 sköttes sjukvården i Herrljungaområdet, förutom av de "kloka gubbarna och gummorna" och barnmorskan i Ljung, av provinsialläkaren i Alingsås, till vilket distrikt Herrljunga då hörde. Han var också järnvägsläkare och hade mottagning för järnvägspersonalen ett par gånger i månaden. Han tog då också emot andra patienter. Även doktor Quensel i Vara hade vissa dagar mottagning i Herrljunga. Efter tillkomsten av järnvägen växte samhället snabbt och det uppstod krav på delning av det stora provinsialläkardistriktet. År 1895 inrättades Herrljunga extra provinsialläkardistrikt. Till extra provinsialläkare utnämndes dr Richard Hagelin (1851-1929).

Ur Hugo Kjellgrens (f 1875) minnen från Herrljunga på 1880 -90 talen är följande hämtat.

"Vid sjukdomsfall sökte man fru Karolina Johansson, ortens barnmorska. I svårare fall var det doktor Berger i Alingsås som fick rycka in. Han var järnvägsläkare. Och när han kom till Herrljunga i tjänsteärenden passade sjuka i "långa rader" på att söka honom. Han var en liten tjock herre med glasögon framför de små vattniga, ljusa ögonen. Ansiktsfargen var mera blå än röd, rösten lite hes. En vänlig man, som inte skrämde någon och som åtnjöt stort förtroende bland de sjuka. Senare ordnade doktor Quenzel i Vara mottagning i Herrljunga vissa dagar i veckan.

En apoteks- och förbandslåda fanns vid järnvägsstationen och omhänderhades av C. N. Johansson som genomgått samaritkurs. Han var gift med ovannämnda fru Karolina Johansson. Det var dyrt att söka läkare och man drog sig i det längsta för att söka honom. Man prövade giktringar eller voltakors eller sökte kloka käringar eller gubbar. Med dem kunde man tala mera obesvärat och de togo inte så mycket för hjälpen. Sylta var en av dessa kloka. Hon botade gulsot genom att lägga avklippta naglar och hårtussar från patienten under tröskeln. Hon ordnade också kärleksdrycker och spådde i kort. Smacken var en annan. Han botade vitsot (bleksot) med en dekokt på pors och "litte annat". Porsen kallades sedan länge för "smackaris".

Och banmästare Magnusson kunde "stämna blod". Det berättades bl. a. att en man som hette Breding, vid en jakt hade skjutit sig i halsen. Folket i en närbelägen stuga skickade en pojke till Magnuson för att be om hjälp. Under tiden sökte de själva stoppa blodflödet, men var nära att giva upp, ty det såg hopplöst ut. Då upphörde blodflödet plötsligt av sig självt och den skadade kunde föras till Borås lasarett och blev fullt återställd. KusmeSven, försökte sig på lite av varje "kusma mä ett å

annat" och drog bl. a. ut tänder. Från sin praktik som tandläkare berättades att han en dag fick besök av en man som hade ont i en tand och bad Sven draga ut den. Jo det gick nog för sig. Sven satte fast tången och började draga och bända i tanden, vilken han verkligen lyckades att draga ut. Dock inte förrän han ryckt och dragit patienten tre gånger runt den lilla stugan. När allt var över och det blev fråga om betalningen, sade Sven att det fick bli för tjugofem öre. Då utbrast karlen mycket belåten: "En armen gång va ja hos tannadoktorn i Alingsås, å feck ut ena tarm, å dä s€ille han ha ena krona för. Å ändå så röckte han mäk ente en gång å stolen". En annan gång kom Jönses Karl-Johan till honom i samma ärende. När Sven ryckt och bämt ett tag föreslog Karl-Johan honom att "sätta fast tånga i skruvstat, så saja dra sjólver". På så sätt blev även han hjälpt.

Hast-Andreas drog också ut tänder. En gång hade "Palma-Johannesa Manda tannavark å geck te'n för te å bli hjälpter. Ho hade mä säk sina bägge brör Joan å Agust som sålle hõlla'na männa dä pågeck. När Andreas nu hade röckt å bämt ena stönn, så ble Manda arger, kan veta, å högg tak om hansa arm å skrek: La mä vela litte tokastõlle."

En flicka hade fallandesot och man sökte en klok gubbe. Hans namn hade min sagesman glömt. När mannen hade sett på flickan och gjort en del frågor förklarade han att nog kunde han bota henne. Allt som behövdes var: "ett littet tefat mä bio frå henna mor. Dä sålle ho drecka varnt". Efter en tid kom mannen och tillbaka och frågade hur det stod till med flickan. När han då hörde att hon ingalunda blivit bättre, förklarade han att detta hade han "nästlingen väntat, for käringa va for gammel kan veta. Men pajken där (min sagesman) så fresker ut å han va onger...". Ja han va så fresker att han slängde ut "doktar'n" utan större besvär."

Mentalvårdens tidigaste historia

Berättad av Lars Egedius och varligt redigerad av författarna.

Mentalvården före 1800

I mentalvårdens tidigaste skeden, under medeltid och fram till senare delen av 1800-talet, utövades läkekonsten när det gäller själsliga, sjukliga sinnestillstånd av prästerskapet, de s.k. själåsörjarna, av ”kloka gummor och gubbar”, i andra kulturer än vår västerländska också av schamaner, ”andeutdrivare”, av olika slag.

Förklaringsmodeller och behandlingsmetoder var oftast anknutna till religiösa processer, inflytande av onda andar, etc. som hos den drabbade kunde observeras i det yttre beteendet, i form av kramper, hysteriska känslostormar och som inte antogs kunna förklaras av yttre omständigheter eller rent medicinska orsaker. Det var därför en naturlig och logisk åtgärd att det lades åt gudar och prästerskap att ombesörja ”vård och behandling”. M. Foucault har i boken *Vansinnets Historia*, bokförlaget Aldus, utgiven 1973, beskrivit de ofta bryska metoder som kunde komma i bruk för att kureras sinnessjukan. Avskildhet och förvaring utanför byarna, på de avlägset belägna dårhusen var det som återstod om inga andra mer gudomligt riktade metoder hjälpte. Det förhärskade en tämligen fatalistisk syn på de själsliga sjukdomarna och att inte mycket var att göra i botande, kurerande syfte förutom att isolera och driva ut det onda med andebesvärjelser, pryglig, späkning, botgörelse m.m. Man levde också i villfarelsen att den själsligt sjuke bokstavligen kunde smitta andra, varför man ibland satte den sjuke på en flotte och lät honom eller henne flyta iväg nerför floden och så var problemet löst. Detta tillämpades på de större floderna i Europa som tidvis, i likhet med senare tiders hemlösa och rotlösa, kunde befinna sig i en tillvaro som präglades av ständigt bortschasande bemötande och ledde till ett miserabelt utanförskap.

I upplysningstidens Europa, mot sjuttonhundratalets senare del, med tillkom mer allmänt institutionella former för någon slags form av vård och behandling av de sinnessjuka, om än inte alltid tillkomna i en välgrundad läkande eller botande övertygelse, men åtminstone i lindrande och humanistiskt syfte. Behandlingsmetoder som exempelvis varma och kalla bad, placering i slänggunga, isolering i madrasserade rum, fastbindning, m.fl., hade fortfarande en inriktning på utdrivning av det onda som den sinnessjuka led av. Ännu fanns ingen tillgång på andra metoder än de i huvudsak fysiskt inriktade, även om man på vissa institutioner försökte att, om än främst i allmänmänskligt syfte, tala med den intagne.

Vid sjuttonhundratalets mitt hade den i Leipzig verksamme magnetisören A. Mesmer utvecklat en, visserligen fysiskt inriktad men psykiskt verksam metod, grundad på vad han benämnde Animal Magnetism, en kraft och ett fluidum som fanns i universum och som antogs inverka på både djur och människors livsyttningar och som också kunde användas i sjukdomsbehandlande syfte. De kramper och skakningar som uppstod under behandlingen antogs vara tecken på den animala magnetismens närvaro och sågs därför som välgörande för den sjukdomsdrabbade. Metoden bestod i att den som skulle behandlas, ofta flera på samma gång i grupp, fattade tag i varandras händer och bildade en sammanhållen ring runt ett vätskekar med nedsänkta metallstavar. Mesmer utförde därpå magnetiserande strykningar på de deltagande, varvid dessa genomförs av kramper och skakningar som antogs befria den behandlade från det onda. Metoden har senare ansetts vara en tidig form av suggestiv hypnosbehandling. Behandlingen var åtminstone kortvarigt framgångsrik och många reste långa vägar till Leipzig för att genomgå behandlingen.

Mentalvården efter 1800

Den nya tidsandan i Europa, Upplysningstiden, med ett större intresse för och behov av naturvetenskapligt förankrade grunder, ledde till att metoder och teorier som exempelvis Mesmers Animala Magnetism ifrågasattes och förkastades som framsprungna ur inbillade och magiska, helt ovetenskapligt förankrade sammanhang, även när framgångsrika och påvisbara

resultat förelåg. En tillsatt Europakommitté bestående av företrädare för den tidens framväxande naturvetenskap, fastställde att Mesmers behandling visserligen kunde ha en positiv effekt på den behandlade men att detta i så fall enbart var resultatet av inbillning, och att förklaringen fanns att finna i att den behandlade så starkt trodde på behandlingen. Att man med denna slutsats samtidigt, från kommitténs sida, gav ett indirekt och oavsiktligt erkännande åt de psykiska krafter och processer som var verksamma, inom den behandlade och mellan denne och behandlaren, är en helt annan sak.

Under detta skede, mot mitten av artonhundratalet och framåt, fortsatte utvecklingen mot en alltmer sekulariserad och medicinskt förankrad syn på de mentala ohälsa. Bl.a. läkaren Jean Martin. Charcot, vid nervkliniken La Salpêtrière utanför Paris, utvecklade behandlingsmetoder, som tillämpades på kvinnliga patienter ur Paris överklass, som bedömdes lida av s.k. hysteriska sjukdomstillstånd. La Salpêtrière och de behandlingsmetoder som praktiserades där, blev världsledande vid denna tid när det gällde behandling av psykisk ohälsa. Charcots metodik bestod i att med hjälp av hypnos försätta patienten i ett trancetillstånd där hon eller han sedan kunde vara mottaglig för beteendekorrigerande och lugnande uppmaningar, s.k. suggestioner. Charcots behandlingsmetoder, liksom tidigare Mesmers, var dock fortfarande förbehållna de mer besuttna och välbeställda i samhället och kom därför inte den bredare befolkningen till godo, inte heller de på undantag satta i dåtidens dårhus, hospital, asylor och fattigstugor.

En av Charcots lärjungar var neurologen och senarePsykoanalysens upphovsman, Sigmund Freud. Han besökte Charcot i Paris och tillägnade sig behandlingsmetodiken att med hjälp av hypnos behandla patienter. Elaka tungor har hävdad att Freud aldrig blev lika framgångsrik, som hypnotisör, som sin kollega Breuer som också utbildad sig hos Charcot. Samma elaka tungor hävdar att detta nederlag gav upphov till att Freud istället kom att utveckla psykoanalys, en metodik som kräver, alternativt inbjuder till, ett mer passivt mottagande och agerande hos behandlaren. Både Freud och Breuer och deras senare efterföljare i Wien och centrala Europa, behandlade till största delen inte ”vanligt folk” utan relativt utvalda och privilegierade patienter. En belastande uppfattning som fortfarande än idag tillskrivs deras numera vidareutvecklade behandlingsmetoder och de patienter som kan komma ifråga för behandling.

En metodik i början på 1900-talet

En efterföljare i Sverige inom detta, av många betraktat som ett fält utanför den vedertagna medicinska skolan, var läkaren och psykologen Poul Bjerre, verksam under nittonhundratalets första hälft. Bjerre tog emot patienter i sitt hem, i likhet med provinsialläkarnas ”öppna dörrars system”, oftast tillgänglig på och utanför s. k. arbetstid. Bjerre behandlade med hypnos och suggestioner allehanda psykiska, psykosomatiska och även somatiska ohälsotillstånd, använde sig av sin familj och sina barn i uppmjukande kontakt med patienterna i en icke institutionell hemmiljösituation som bidrog till positiva och förstärkande behandlingseffekter. Bjerre utvecklade, på psykoanalytisk grund, den metodik som går under beteckningen Psykosyntes, en metod som framhäver själens egen läkedomprocess och helhetssträvan. Också hos Bjerre handlade det i första hand om individer med relativt goda resurser och till övervägande delen boende utanför mentalsjukhusen.

FARSOTER – EPIDEMISKA SJUKDOMAR

En av provinsialläkarnas allra främsta uppgifter var att bekämpa tidens farsoter eller epidemiska sjukdomar. Farsot är ett äldre namn på en epidemisk sjukdom med stor och ofta snabb spridning. Det finns exempel på hur länder och kulturer mer eller mindre gått under som följd av farsoter. Ofta har farsoterna varit krigens ständiga följeslagare. Farsoter är något man normalt förknippar med äldre tider – då de också var vanligare – men långt in på 1900-talet har även Sverige drabbats av ”farsoter” i form av epidemier/pandemier som influensaepidemier Ryska snuvan 1874-75, Spanska sjukan 1918-19, Asiaten 1957- 58 och Hongkong 1968-69 dessutom polioepidemier på 1910-, 1930-, 1940- och 1950-talen.

Farsoterna spreds via kommunikationsleder. Till Sverige kom sjukdomarna med fartyg. Oftast anlände fartygen först till handels- och hamnstaden Göteborg. Från Göteborg var Alingsåsregionens smittspridningsvägar Göta älv, riksvägen mot Stockholm och järnvägen som byggdes i mitten av 1800-talet.

Se Tabeller – Infektionssjukdomar I.

Epidemibekämpning – Epidemisjukhus

Den första koleraepidemin, som nådde Sverige 1834, skulle leda fram till en kommunal hälsovårdsorganisation. Den fick ansvar för livsmedelshygien och vatten- och avloppssystem. Provinsialläkaren fick särskilt stor betydelse för att bekämpa epidemier och för sjukvårdens utbyggnad. Han var både ämbetsman, som rapporterade om situationen i sitt distrikt, och praktiskt verksam läkare. Genom inrättandet av förste provinsialläkartjänster på länsplanet flyttades dock en del av ämbetsmannarollen över på dessa befattningshavare.

En tabell över smittosamma sjukdomar ur en provinsialläkarrapport

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Dysenterier	1	2			2	1	1	1	11	11	2	8											46
Stomatit pulmonum	1	1		3	1	1	1	1	1	1	1		9	2									31
Scarlatina	1	1		2	5	2	1	1	1	1													16
Peritonit	10	8	5	8	9	2	1																88
Antussis	2																						8
Struma thyroidea			11	8	14	5	20	2	9	1	9	3	19	1	16	1	6	1	6	1	8	1	107
Asphixia thymica			2	8	1				1														17
Tubis intermittens				8	1	5	6							3									28
Scrophulosa cutanea				14	6	5		2		2		5	6	1									80
Gyngivales				4		2								1									9
Albuginis				1	1		2																8
Albuginomas			2	8	3						3	2		8									25
Lepidosis					3				8														7
Tubis gastrica					2		3					2											9
Syphilis							2				1	1		8	1								9
Articulus							1		1	2				1									9
Crup												1	1	2									3

Ernst J Almqvist, förste provinsialläkare i Älvsborgs län, rapporterade 1897 om ”epidemisjukhuset” i Alingsås:

”Såsom epidemisjukhus används ett gammalt boningshus med tre små låga rum på nedre botten och två äfven mindre ofvanpå. Af de förra två boiserade, ett tapetseradt, de senare rappade och kalkmålade. Utrustningen tämligen klen, intet badrum finnes, utan badning får ske i sjukrummen. Portativa klosetter saknades men skulle nu genast anskaffas, hvilket var väl behöfligt, då å sjukhuset vårdades flere

tyfoïdpatienter. Under året är 15 vårdade vid sjukhuset. Inhemsk kolera 6.”

Den efterföljande förste provinsialläkaren i Älvsborgs län Nils Englund skriver i sin årsrapport 1899:

”De väsentliga behof, som omtanken om befolkningens hälsa och förvärfsförmåga kräfver att få afhjelpa, dessa äro:

1:o Bättre ordnad tillsyn och vård åt de i epidemisk sjukdom sjuke.

I allmänhet inskränker sig sjukvården vid epidemiska sjuikdomar till att för de sjuke läkare rådfrågas och medicin anskaffas under det att någon sakkunnig och öfvad vård icke beredes åt dem. Vanligen sökes ej läkares råd för de sjuke förrän sjukdomen hotar taga en farlig vändning.

Epidemisjukvården måste innebära ej blott att den insjuknade på lämpligaste och bästa sätt vårdas och behandlas, utan jemväl, att detta sker så, att sjukdomens spridning förebygges. Första och oundgängligaste villkoret härför är, att det finnes skolade sjuksköterskor, som besörja sjukvården och öfvervaka isoleringen.

I tätare bebodda samhällen och i synnerhet i fabrikssamhällen, hvarest folket ej blott bor sammanträngda många hushåll i samma byggnad, utan der jemväl flera personer arbeta tillsammans inom samma arbets-salar, hvarest pålitlig isolering av de sjuke och smittade sålunda ej kan under nuvarande förhållanden åstadkommas, der kräfves med nödvändighet särskilda epidemilokaler.

Ett fullt verksamt hämmande af de epidemiska sjukdomarne omöjliggöres i allmänhet derigenom, att de första sjukdomsfallen ej i tid anmälas, utan sjukdomen får sprida sig till flera, stundom vidt skilda ställen, innan några åtgärder vidtages. Det är sjelvkligt, att om de första sjukdomsfallen blifva bekantgjorda och åtgärder genast vidtages, skulle dessa åtgärder blifva både mindre omfattande och mera verksamma. För att komma derhän behöfver emellertid befolkningen mera allmänt bibringas kunskap om de epidemiska sjukdomarnes igenkänningstecken och spridningssätt samt en allvarlig insigt och erinran om sin skyldighet att vid inträffade fall af smittosam (epidemi) sjukdom ej blott ofördröjligen anmäla detta för kommunalnämndens (hälsovårdsnämndens) ordförande, på det att från dennes sida erforderliga åtgärder skyndsamt må kunna vidtagas, utan jemväl at sjelf söka göra allt för att förekomma sjukdomens utbredning.

För att bibringa folket sådan kunskap böra lättfattliga upplysningar och råd angående de epidemiska sjukdomarne allmänt spridas bland befolkningen. Enär näppeligen någon enskild person befinnes villig bekosta affattandet, tryckning och spridning af sådana råd och upplysningar, torde lämpligast vara, att kommunerna genom ett litet anslag beredde möjlighet för deras åstakommande. Genom ett anslag af exempelvis 10 kronor från hvarje kommun i Älvsborgs län skulle ett tillräckligt antal (150.000) exemplar kunna erhållas.

Gifna föreskrifter lemnas oftast obeaktade, derest de utan påföljd kunna åsidosättas. Fördenskull böra kommunalnämnderna med stöd af Hälsovårdsstadgan § 30 bestämma vite (intill högst 20 kronor) mot uraktlåtenhet att iaktta de föreskrifter, som i vederbörlig ordning gifves mot smittosamma sjukdomars spridning.

Enär smittrening efter smittosam sjukdom i allmänhet göres för att skydda de omkringboende och således är till dessas (kommunens) förmån, helst som det hushåll, som drabbats af sjukdomen vanligtvis

icke har under de närmaste åren något vidare af densamma att befara, synes billigheten kräfvä, att ifrågavarande skyddsåtgärd, smittrening, bekostas af det allmänna, hvilket här vill säga kommunen.

En sådan anordning skulle göra, att smittrening utan dröjsmål kunde verkställas äfven hos de medellöse samt att kostnaderna för densamma kunde genom större inköp på en gång af desinfektionsmedel nedbringas för hvarje särskilt fall till en obetydlighet. Ett stort antal kommuner inom länet hafva under året utsett åt sig smittrenare och låtit dessa undergå kurs i förfaringssättet; ett första steg har sålunda redan tagits; det är emellertid önskligt att målet fullföljes, så att kommunerna gälda alla kostnader för smittrening vid epidemiska sjukdoma, och att alla kommuner inom länet ansluta sig till ett sådant tillvägagående.”

Pesten

Under 1600- och början av 1700-talen var pesten den mest fruktade farsoten.

Pesten är en infektionssjukdom som orsakas av en bakterie som främst sprids med infekterade loppor från råttor men som också kan spridas från andra djur.



Under 1300-talet drabbades Europa, som tidigare nämnts, av pesten i form av digerdöden. Därefter hemsöktes Europa av upprepade pestepidemier, men från 1600-talet med allt längre mellanrum. De nordiska länderna drabbades av pesten en sista gång 1710-13. Bara i Sverige dog åren 1710-11 cirka 100 000 människor i pest. När pesten härjade som värst dog de svagaste. Bland dessa fanns de spetälska (leprasjuka), och därmed bidrog pesten till att ”utrota” lepran. I Norge och på vissa ställen i Norrland fanns dock lepran kvar under en längre tid.

I västra Europa försvann pesten omkring 1720, medan det i öster dröjde till slutet av århundradet. I det Balkan som behärskades av turkarna skulle det dröja ända till 1830 innan pesten försvann.



En pestläkare i Rom
”Dr Snabel”
Gravyr av P.Fürst
Med.hist. museet i Köpenhamn

Nils Rosén, som vi berättar om på flera ställen, drabbades i hemmet i Sexdrega utanför Borås av pesten och ”dog”. Om Mils Roséns fromma föräldrar (fadern kyrkoherde, modern kyrkoherdedotter) hade följt paragraf 17 i Kungl. Maj:ts förordning den 8 november 1710 till punkt och pricka, så hade vi inte haft en av Sveriges mest framstående läkare – pediatrikens fader, se personbeskrivningarna. Föräldrarna ville inte finna sig i de ”ogudaktiga” direktiven om omedelbar begravning av pestens offer. När pojken efter ett dygn liggande i den kalla vedboden, skulle svepas visade han tecken på liv och slog upp ögonen.

Pestens försvinnande från Europa berodde på flera faktorer. Länderna införde strängare kontroller med hjälp av hälsopass för resande, karantäner och särskilda pestlasarett. Militärgränsen tvärs över Balkan mellan de habsburgska och turkiska imperierna hade under 1700- och början av 1800-talen som en huvuduppgift att skydda den icke-turkiska delen av Europa mot pest. Som tidigare nämnts innebar bättre renhållning att svartråttan trängdes undan. Dess ersättare brunråttan är också mottaglig för pest, men den har inte levt så nära människan och har därför varit mindre farlig som smittkälla.

Troligen uppträdde pest åtskilliga gånger under de många krigen men veterligen enda gången denna farsot nämnes lokalt i tingsprotokollen är 1654, då landshövding Ribbing talar om ”then hestige pestilentie, som grufweligen rasatt hafwer” på den norska sidan av älven och även vunnit insteg i svenska Askims härad. Landshövdingen varnar befolkningen för att besöka eller att ha någonting att göra med folk från pestsmittade gårdar.

Böldpesten hälsade senast på i Sverige 1927 efter att inte ha konstaterats på cirka 200 år. Den 5 augusti detta år kom en norsk ångare (Ramsholm) till Gävle från Senegal via Rotterdam med fyra fall av böldpest, som snabbt konstaterades. Fartyget fick ligga i karantän i närheten av Stockholm (Fejans karantänstation). Fartyget behandlades med koloxid- och cyanväterökning. Inga sekundärfall uppträdde.

Lepra

Spetälska, lepra, var en fruktad, ”oren” sjukdom under tidig kristen tid (jmf berättelsen om Lazarus i Lukasevangeliet). Lepran dök upp i Rom omkring 100 f.Kr. och spreds sedan med de romerska legionerna. Kanske spreds den till Amerika av de nordiska vikingarna för den fanns redan där när Columbus kom 500 år senare. Mörkret kylan och de trånga, instängda bostäderna uppe i Europa gynnade leprans spridning på 1200-talet. Samtidigt kom digerdöden som rasade från trakt till trakt och utplånade mer än en fjärdedel av befolkningen, i Frankrike närmare tre fjärdedelar. De överlevande fann att de leprasjuka hade dött i pesten och lepran var ”utrotad”. Under medeltiden var lepran spridd över hela Norden. I Norge fanns lepran kvar länge. Vid 1800-talets mitt hade man där ännu 3000 sjuka. Ända fram till 1930-talet insjuknade människor i vårt land i lepra.

Spetälskan är inte särskilt smittosam och det var få smittade som utvecklade sjukdomstecken. Inkubationstiden kunde vara ända upp till 30 år.

En norrman Armaaur Hansen, läkare vid vårdanstalten för spetälska i Bergen, fann leprabacillen (*Mycobacterium leprae*. Hansens bacill).

Lepran hade samma samhällsroll som senare tuberkulosen i Sverige. Leprans smittsamhet mellan individer upptäcktes tidigt och drev samhället att ”befria sig” från de sjuka. De spetälske kläddes i en svart kåpor och särskilda handskar, fick en lång käpp, tiggarskål och en skallra. De tvingades i bästa fall att bo utanför stadsmurarna men folkhysterin kunde göra att de brändes på bål. Kyrkor utanför stadsmurarna sörjde för de utstöttas andliga behov. Så småningom byggdes särskilda inrättningar för leprasjuka. I Sverige kallades dessa helgeandshus när de sköttes av klostren/kyrkan. Om de drevs av en riddarorden benämndes de hospital (lat. Hospitalis, gästfri). I hospitalen gavs också plats åt andra kroniskt sjuka framför allt sinnesslöa och sinnessjuka.

Länge var förebyggande åtgärder enda utvägen tills på 1950-talet då man fann läkemedel som botade sjukdomen. Spetälskan var inte längre något medicinskt problem.

Malaria - frossan

Malariaparasiten, överförs vid stick av en mygga som lägger ägg vilka utvecklas till larver i sötvatten. För att myggan skall kunna fortplanta sig fordras ett varmt klimat. Tillbaka i tiden i Sverige fanns malariamyggan främst inomhus i fåhus. Sjukdomen är utbredd i varmare länder och skördar många liv. Varje år insjuknar mellan 300 och 500 miljoner människor i malaria. Av dessa dör 1-2 miljoner, de flesta barn, i Afrika söder om Sahara. I och med den pågående växthuseffekten finns stor risk att vi återfår malaria i Sverige, som praktiskt taget varit utrotad sedan 1800-talet.

Malariasjukdomen var en av de stora dödarna på 1700-talet då Nils Rosén började sin läkargärning. Han var den förste i landet som på allvar intresserade sig för kinabarken. Tack vare hans verksamhet och energiska undervisning om kinabarkens verkningar och användbarhet vid febersjukdomar kunde man redan på 1700-talet komma en god bit på väg att utrota malarian i vårt land.

Smittkoppor

Smittkoppor (variola) var en epidemisk sjukdom som varit känd sedan flera tusen år, mängder dog i sjukdomen. Genom en världsomfattande vaccinationskampanj i WHO:s regi är sjukdomen emellertid utrotad sedan 1980. Den var extremt smittsam, eftersom virus spreds med mikroskopiska droppar i luften. Den var i praktiken värre än både pest och kolera. Sjukdomen yttrade sig som blåsor i hud och slemhinnor. Hos dem som överlevde omvandlades blåsorna till koppor som efterlämnade ärr. Dödligheten var hög. Den vanligaste barnsjukdomen på 1700-talet och första hälften av 1800-talet var kopporna, som skördade många offer. Bara i Europa dog under 1700-talet 60 miljoner och ännu fler blev koppärriga. I Turkiet hade man med viss framgång prövat ympning. Smittämnet från en sjuk överfördes direkt till den som skulle ympas. En tråd doppades i koppsekret från den sjuke och lades i ett snitt på armen på den som ympades. Metoden kallades variolisation och är föregångaren till all slags vaccinationer under de kommande århundradena. Efter en tid slog kopporna ut. Om man överlevde kuren var man immun men det innebar stora risker. Metoden användes både i England och i USA när smittkopps epidemier drabbade länderna. Många ympade avled och metoden var mycket kontroversiell.

Livmedikusen Nils Rosén von Rosenstein (1706-1773) blev en förkämpe för smittkoppsympningen, variolisationen, i Sverige. Han kom att intressera sig för den smittkoppsympning som praktiserades i England sedan 1720-talet. 1717 hämtade lady Mary Wortley Montago (1689-1762) variolisationen från Turkiet till England. Rosé sände en av sina dukigaste elever, David Schultz (senare von Schultzheimer), till England för att studera metodiken. Det var Nils Rosén som själv genomförde de första smittkoppsympningarna i Sverige. Han började med sina två egna barn., ett tvillingpar Johanna Maria och Nils födda 1752 med katastrofala resultat. Nils von Rosenstein förlorade sin lilla dotter medan tvillingbrodern överlevde. Rosenstein blev med tiden Svenska Akademiens förste sekreterare och var känd som författare och kunglig informator. År 1759 ympade Rosenstein kronprinsen (blivande Gustav III) och hans syskon med framgång. Han fick av riksdagen 100.000 daler kopparmynt i belöning. De fem ”kungabarnen” fick tack vare variolisationen ett bestående skydd mot smittkoppor, ett skydd som varade livet ut. Detta till skillnad från den nya, förenklade och mindre riskfyllda ympningsmetoden, vaccinationen, som lanserades vid sekelskiftet och måste upprepas flera gånger under livet för att ge fullgott skydd.

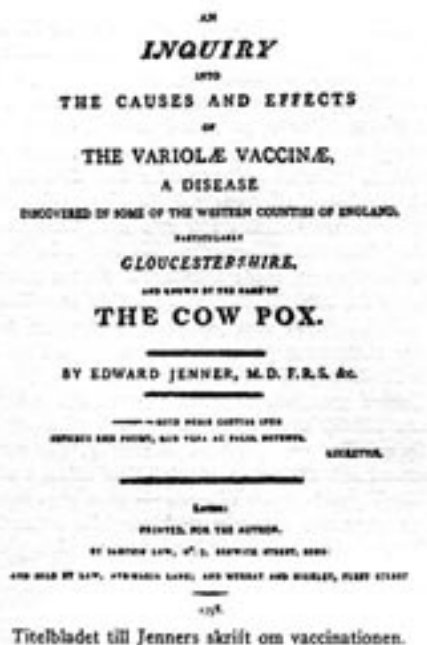
En mycket betydelsefull upptäckt gjordes på 1798 av den brittiske läkaren Edward Jenner (1769 – 1823). Han var då provinsialläkare i en liten by några mil utanför London. Jenner fann att mjölkerskor som fått kokoppor var skyddade mot den livshotande sjukdomen smittkoppor. Det hade många läkare före honom hört men inte trott på.

Kokoppor uppträdde som små varfyllda blåsor på boskapens hud. De som skötte boskapen fick ibland liknande blåsor. De blev annars inte sjuka och de fick aldrig smittkoppor.



Jenners vaccinationsteknik.

Jenner publicerade på egen bekostnad sina experiment i en mindre skrift, ”The inquiry”, utgiven på eget förlag 1798.. Skriften spreds snabbt över världen och rönen blev accepterade. Både Napoleon och Wellington lät inokulera sina arméer före slaget vid Waterloo. Hoven i Europa, liksom president Jefferson i USA tog också snabbt efter.



Tack vare denna iakttagelse kunde vätska från kokoppor med kokoppsvirus överföras från djur till människa. Förfarandet kallades vaccination, av det latinska ordet för ko, vacca. Pasteur intresserade sig för smittkoppsvaccineringen. Han ansåg hypotesen obevisad, vilket den också var, som framlagts av Jules Guérin att ”det mänskliga vaccinet var en produkt av kokoppor på

människa och sedan humaniserats genom att överföras från människa till människa”. Hur stor Jenners upptäckt var illustreras av att 300 miljoner i hela världen dött i smittkoppor. De överlevande blev vanställda av fula ärr eller blinda.

Endast tre år efter det att Jenner publicerat sina rön om hur vaccination med kokoppor gav skydd mot smittkoppor genomförde E Z Munk af Rosenschöld, läkare och professor i Lund, den första vaccinationen i Sverige.

Esaias Tegner syftade bl a på smittkoppsvaccinet när han ville förklara landets förbättrade hälsotillstånd under 1800-talets första del.



En ung läkare som propagerade för vaccinationens införande i Sverige i början av 1800-talet skildrar smittkoppsjukdomen:

”Det stora elände, som människan får lida av många och elakartade koppor, kan ej beskrivas med ord utan blott ses i naturen eller rättare blott kännas av den, som har dem. Hela kroppen från huvud till fötter är betäckt med otaliga sammanflytande koppor och bränner som eld. Ansiktet är fasligen uppsvullet och vanställt. Ögonen äro berövade ljuset, nästan luften. Det tillsvullnade rosslande svalget törstar efter vatten och kan ej svälja ner det. Lungorna andas en ruten stank. Ur ögonnästena flyta tårar och var, ur munnen beständigt en skarp saliv, ur tarmarna ruttna ekskrementer, ofta blandade med blod och var. Hela kroppen är en böld, den sjuke tål ej att röras vid och själv kan han ej röra sig. Han ligger kvidande på ett ställe. Sömnen flyr hans läger. Hans ousägliga plågor och kval störta honom i vanmakt.”

En lag tillkom om obligatorisk vaccinering i Sverige 1811, och redan på 1830-talet vaccinerades 80 procent av landets barn. Efter 1816 skulle varje socken ha sin ”vaccinateur”, vanligen klockaren eller skolläraren. För vaccineringen fanns en särskild taxa för hemmansägare och en billigare för torpare medan de medelösa – sådana fanns många på denna tid – skulle få sina barn vaccinerade gratis. Femtio öre var en vanlig ersättning för en lyckad koppning. Mycket pengar på den tiden. För ersättning till vaccinatören för de senare togs kollekt upp i kyrkan. Man tog vaccin av barn som hade koppor i lindrig form. Vaccinationens stora betydelse framhövdes jämt och ständigt på sockenstämmorna och 1838 utfärdade provinsialläkare Modin i Alingsås en utförlig ”bruksanvisning” hur vaccineringen skulle tillgå, som upplästes från predikstolen.

Då vaccineringen kom i vanrykte bland befolkningen ökade de ovaccinerade vilket resulterade en ny våg av smittkoppor i slutet av 1800-talet med många nya dödsfall bland barnen. De sista fallen i Sverige uppträdde 1963. Smittkoppor kom med en sjöman från Australien och Jakarta. Av de smittade var tre ovaccinerade varav två avled, 19 hade fått en vaccination, två avled och 5 var revaccinerade, ingen avled.

Provinsialläkare Gustav Varenius, Alingsås, skriver i sin årsrapport 1858 om koppor: 1858

”Den 2 Februari afgaf jag genom Kon. Bfhde till Högloff. Kgl. Sundhetscollegium rapport om resor till Starrkärrs och Lerums socknar för der utbrutna smittkoppor. Den 8 April afgaf jag till: Kon. Bfhde rapport om smittkoppor i Algutstorp. Den 12 Juni ingaf jag till Kon.

Bfhde rapport om koppor i Bälinge socken. Den 19 Augusti afgaf jag till Kon. Bfhde en rapport lydande:

Lördagen den 14 dennes besökte jag å torpet Snipehall under Tollereds drängen Andreas Simonsson, som, sedan längre tid tillbaka anställd som smed vid jernvägen i grannskapet af Floda eller Krösekillen, insjuknat i smittkoppor 14 dagar, innan jag besökte honom. Kopporna voro så talrika, att på hans kropp knappast fanns någon fläck, så stor som en fingerspets, fri från dem. Enär torpet Snipehall är beläget inom en fjärdingsvägs afstånd från Tollereds fabrik och under samma tak som Andreas Simonssons föräldrar, hos hvilka jag besökte honom, finnes ett annat hushåll med flera barn, är fara värdt, att sjukdomen kan spridas till fabriks befolkningen. Under sådant förhållande får jag på grund af 1§. provincialläkareinstructionen ödmjukast hemställa, att Kon. Bfhde enligt 11§ momentet g i Kgl. Majts. Nådiga för ordning angående, hvad till förekommande och hämmande af farsoter och smittosame sjukdomar bland rikets inneånare iagtagas bör. af den 30 sistl. December täcktes dels bötfälla chefen för statens jernvägar, för det han, i stället för att å dertill lämpligt sjukhus låta vårda ifrågavarande Andreas Simonsson, låtit forsla honom till ifrågavarande torp, dels ålägga nämnde chef att vid högsta möjliga vite ofördröjligen föranstalta att alle jernvägsarbetare, hvilka angripas af smittosame sjukdomar, bli vårdade av dertill passande sjukhus, så att icke i år förnyas det i fjol lyckade försöket att från jernvägen till orterna omkring honom sprida rödsoten eller andra vid honom möjligen uppkommande smittosame sjukdomar

Ödmjukast har jag äran anhålla om dels del af det eller de beslut, Kong. Bfhde kan finna skäligt fatta på grund af denna hemställan, dels besvärshänvisning för den dertill missnöjde.

Den 4 och 9 December afgaf jag genom Kon. Bfhde rapport om smittkoppor i Hemsjö socken.

Med anledning af ofvan intagne rapport till Kon. Bfhde {som} jag från denna myndighet inhändigat: " Till prov.läkaren Hr. Dr. Varenius. I anledning af Hr. Doctors i skrifvelse af den 19 sistl. Augusti gjorda anmälan, att drängen Andreas Simonsson å torpet Snipehall insjuknat i smittkoppor, anmodas Hr. Doctor upplysa, huru bemälde patient nu befinner sig och om någon af husets folk eller i närheten deraf blifvit af sjukdom angripen. Venersborg i Landscancelliet den 4 September 1858.

På Landshöfdinge embetets vägnar C. O. Almqvist J. M. Ryding." Härå svarade jag:

"Till Kon. Bfhde öfver Elfsborgs län med Dahls land! Uti skrifvelse af den 4 sistl. September har Kon. Bfhde med föranledande af en af mig den 10 sistl. Augusti till Kon. Bfhde afgifven rapport anmodat mig upplysa, huruvida någon af husets folk eller grannskapet blifvit angripen af smittkoppor, sedan drängen Andreas Simonsson å torpet Snipehall, insjuknad deri under arbete vid jernvägen, blifvit till sina å nämnda torp, boende föräldrar hemförlofvad. Jag har dröjt med afgifvandet af denna upplysning, emedan kopporna sedan dess tid efter annan visat sig i grannskapet af nämnda torp, hvarest Andreas Simonssons syster Alida af den varit angripen. Vid Tollereds fabrik ha flera barn insjuknat. Sednast hafva hos den person, som sköter gasverket der, fem barn varit mer och mindre angripna. Dessutom enligt mine rapporter af den 4 och 9 December smittkoppor brutit i Hemsjö socken. Svårt, fast icke omöjligt är väl att spåra farsotens spridande från hus till hus, men ådagalagdt är, att i tre af de för mig uppgifna fallen förste sjukdomshändelsen inträffat med

vid jernvägen anställd person, som hemkommit sjuk till sine anhörige, bland hvilke derefter ett eller flera sjukdomsfall inträffat. Enligt för mig i vittnens närvaro gjorde uppgifter skall Johannes Olofsson i Doms eller Domsåsen af Essunga socken i Barne härad, sedan jernvägsarbetets början försörjande sig med skoarbete åt de i grannskapet af Floda station använde jernvägsarbetarne, först insjuknat. Han förständigades genast att bege sig från orten. Sjuk, som han var, tilläts det honom icke att med locomotivet afgå till Vårgårda station, utan måste han fortskaffa sig, bäst han kunde. Under loppet af sommaren eller hösten har jag på ett torp under Vårgårda, tillhörigt Herr Capetainen Wästfeldt, besökt Andreas Gustaf Bengtsson i Siened Sörgården, som under arbete vid Fogelviks jernvägsstation insjuknad i nerv feber, med anledning deraf afskedad derifrån, troligen skolat omkomma af vanvård, derest icke nyssnämnde Herr Capitain varit menkligare än chefen för statens jernvägsbyggnader. Ehuru Andreas Gustaf Bengtsson icke tillhörde Herr Capitainens underhafvande, tillät han icke blott den förres svärmöder, som har sin bostad under Vårgårda, att hos sig inhysa sin sjuke måg, utan bekostade äfven en resa af mig till den sednare, sedan jernvägsstyrelsen, i hvars arbete han insjuknat, lämnat honom åt sitt öde. Man har för mig uppgett, att sådant, ehuru med svårare påföljd, inträffat med vid jernvägen anställd arbetare från Skaraborgs län. Emedan berättelsen, mig meddelad af Hr. Stadsläkaren Berggren, bekräftats af Hr. Borgmästaren Vahlberg, har jag trott mig böra anföra den till den kraft och verkan, sådant kan medföra. Om genom det sålunda anförda ytterligare blifvit styrkt, att chefen för statens jernvägsbyggnader utan afseende på hos honom gjorde påminnelser om det omenskliga i hans sätt att vårda de af honom så kallade frie jernvägsarbetarne fortfarande vållar att genom dem smittosame sjukdomar spridas till deras anhörige, så är det väl icke för bittida att mot honom tillämpa gällande författningar, sedan han i 4 år saklöst fått snart {sagdt} håna dem. Ett ytterligare stöd för min åsigt härutinnan hämtar jag från sista raderna af 42 sidan af handbok för sockne och sundhetsnämnder rörande allmänne helsovården 1858 utgifven af Kgl. Sundhetscollegium. Huru vill man i öfrigt tillämpa dessa författningar mot den lägre befolkningen, om Hr. Öfversten och commendeuren Eriksson i sin egenskap af chef för statens jernvägsbyggnader för saklöst öfverträda dem, äfven om sådan öfverträdelse händelsevis icke orsakat skada? Alingsås i extra provinsialläkareexpeditionen den 5 januari 1859."

Dessutom enligt mine rapporter af den 4 och 9 December **smittkoppor brutit i Hemsjö socken**. Svårt, fast icke omöjligt är väl att spåra farsotens spridande från hus till hus, men ådagalagd är, att i tre af de för mig uppgifna fallen förste sjukdomshändelsen inträffat med vid jernvägen anställd person, som hemkommit sjuk till sine anhörige, bland hvilke derefter ett eller flera sjukdomsfall inträffat. Enligt för mig i vittnens närvaro gjorde uppgifter skall Johannes Olofsson i Doms eller Domsåsen af Essunga socken i Barne härad, sedan jernvägsarbetets början försörjande sig med skoarbete åt de i grannskapet af Floda station använde jernvägsarbetarne, först insjuknat. Han förständigades genast att bege sig från orten. Sjuk, som han var, tilläts det honom icke att med locomotivet afgå till Vårgårda station, utan måste han fortskaffa sig, bäst han kunde. Under loppet af sommaren eller hösten har jag på ett torp under Vårgårda, tillhörigt Herr Capetainen Wästfeldt, besökt

Andreas Gustaf Bengtsson i Siened Sörgården, som under arbete vid Fogelviks jernvägsstation insjuknad i nerv feber, med anledning deraf afskedad derifrån, troligen skolad omkomma af vanvård, derest icke nyssnämnde Herr Capitain varit menckligare än chefen för statens jernvägsbyggnader. Ehuru Andreas Gustaf Bengtsson icke tillhörde Herr Capitainens underhafvande, tillät han icke blott den förres svärmoder, som har sin bostad under Vårgårda, att hos sig inhysa sin sjuke måg, utan bekostade äfven en resa af mig till den sednare, sedan jernvägsstyrelsen, i hvars arbete han insjuknat, lämnat honom åt sitt öde. Man har för mig uppgett, att sådant, ehuru med svårare påföljd, inträffat med vid jernvägen anställd arbetare från Skaraborgs län. Emedan berättelsen, mig meddelad af Hr. Stadsläkaren Berggren, bekräftats af Hr. Borgmästaren Vahlberg, har jag trott mig böra anföra den till den kraft och verkan, sådant kan medföra. Om genom det sålunda anförda ytterligare blifvit styrkt, att chefen för statens jernvägsbyggnader utan afseende på hos honom gjorde påminnelser om det omenskliga i hans sätt att vårda de af honom så kallade frie jernvägsarbetarne fortfarande vållar att genom dem smittosame sjukdomar spridas till deras anhörige, så är det väl icke för bittida att mot honom tillämpa gällande författningar, sedan han i 4 år saklöst fått snart {sagdt} håna dem. Ett ytterligare stöd för min åsigt härutinnan hämtar jag från sista raderna af 42 sidan af handbok för sockne och sundhetsnämnder rörande allmänne helsovården 1858 utgifven af Kgl. Sundhetscollegium. Huru vill man i öfrigt tillämpa dessa författningar mot den lägre befolkningen, om Hr. Öfversten och commendeuren Eriksson i sin egenskap af chef för statens jernvägsbyggnader för saklöst öfverträda dem, äfven om sådan öfverträdelse händelsevis icke orsakat skada?

Alingsås i extra provinsialläkareexpeditionen den 5 januari 1859."

Numeriska förhållandet med kopporna har enligt vederbörande presterskaps uppgifter varit som följer.

	Insjuknade	Döde	Tillfrisknade
Algustorps pastorat	9	1	8
Lundby	20	4	16
Alingsås pastorats landsocknar	28	8	20
Starrkärrs pastorat	7	4	3
Lena pastorat			
Summa	64	17	47

Från Östads pastorat uppger pastorn, att några fall af lindriga koppor visat sig. Vaccinationsjournalen för Långareds socken innehåller, att smittkoppor der varit gängse, hvilket föranledt mera allmän omympning med den utgång, att vaccinen slagit an på 180 bland 182 omympade. Ingen omympad eller nyligen ympad angreps af koppor.

Ur provinsialläkarrapporter. Vaccinatörer, deras namn.

1898 Berger

Lundquist Anna för Östad socknar

Andersson Johanna för St. Lundby socknar

Edgren F. för Lerum socknar

Lindsjö Sofie för Skallsjö socken

Förste provinsialläkare Nils Englund skriver, Vänersborg den 12 februari 1917:

”Den i och med 1917 i kraft trädde Lag om skyddskoppympning har medfört en ganska väsentlig ökning i arbetet för Förste provinsialläkaren, i det denne skall granska och fastställa alla planer och förslag till ympnings- och besiktningmöten; granska och attestera alla rapporter om värkställd ympning och besiktning m. m., m. m. För det vidsträckta Älfsborgs län med dess talrika, 222 socknar, har detta vållat ett ganska betydande och tidsödande arbete.

Till provinsial-, extra provinsial- och stadsläkarne inom länet har ut sändts följande, i Allmänna Kungörelser införda, cirkulär:

Älvsborgs läns Allmänna Kungörelser år 1917.

Till provinsial-, Extra provinsial- och Stadsläkarne i Älfsborgs län

På anmodan från Kungl. Medicinalstyrelsen får jag härmed till samtliga offentliga ym-pare inom länet kungöra nedanstående cirkulärskrivelse med vissa anvisningar angående skyddskoppympningen.

Därvid har jag att fästa de offentliga ymparnes uppmärksamhet på önskvärldheten av:

att de förberedande arbetena för uppgörande af planer för ympnings- och besiktning-möten ju förr dess hällre påbörjas, där så icke redan skett.

»Då jämlikt 11 § i lag om skyddskoppympning hälsovårdsmyndighet må under vissa förhållanden antaga särskild besiktningförrättare, bör uppmärksamheten även fästas å denna omständighet.

Enär tiden ännu icke medgivit utfärdande av de närmare råd och anvisningar, som det tillkommer Medicinalstyrelsen att utfärda, vill Styrelsen i detta sammanhang erinra om följande omständigheter rörande ovannämnda frågor.

Beträffande planerna för ympnings- och besiktningmöten torde vid deras uppgörande böra tillses, att mötena icke göras talrikare, än vad som kan anses för allmänheten nödvändigt, varvid bör tagas i betraktande, att det nu icke gäller ympning av spädbarn utan huvudsakligen fem-, sexåringar.

Vad angår utförandet af besiktningar är det helt visst det riktigaste, att ymparen själv utför besiktningarna, ty därigenom kan han lättare och bättre bedöma sin ympningsteknik och därefter vidtaga åtgärder. Det är sålunda lämpligt, att läkaren icke begagnar sig av med- givandet att anlita särskild besiktningförrättare i större utsträckning, än vad som värkligen anses nödvändigt. Vid antagandet av särskilda besiktningförrättare synes det Medicinalstyrelsen önskvärt, att förutvarande av kommuner anställda vaccinatorer och vaccinatriser, i den mån så kan finnas lämpligt och föreskriften i § 8 i nådiga instruktionen för ympare och besiktningförrättare det medgiver, därtill antagas.

Vad här ofvan sagts gäller landsbygden samt städer, köpingar och municipalsamhällen, som icke hava egna tjänsteläkare.

Vidkommande städer, köpingar och municipalsamhällen med egna tjänsteläkare äga hälsovårdsnämnderna själva att på sätt lämpligast prövas, anordna skyddskoppympningen. Me-dicinalstyrelsen vill endast erinra om, att hälsovårdsnämnd icke äger att uppdraga ympningen åt annan läkare än stadens egna tjänsteläkare, såvida icke Medicinalstyrelsen, efter därom gjord framställning, befriat

tjänsteläkaren från uppdraget och förordnat annan ympare i dennes ställe.

För att för allmänheten underlätta skyddskoppymningen synes det Medicinalstyrelsen synnerligen önskvärt, att allmänheten beredes tillfälle att undergå ympning även vid andra tillfällen än offentliga möten, vilka ju icke förekomma ofta. Detta synes bäst kunna ske, om läkarna t. ex. genom annonser eller tillkännagivanden på annat sätt uppmuntra till enskild ympning å läkarnas mottagningsrum å särskilda härför lämpade tider och mot skälig ersättning av de ympade, enär ersättning av statsmedel icke utgår för sådan enskild ympning.»

Tjänsteläkarna hafva, hvar och en inom sitt distrikt, tjänstgjort som ympare och, med vissa smärre undantag, jämväl som besiktningssman.

Vid det längre fram lämnade Sammandrag af inkomna summariska förteckningar öfver skyddskoppymningen inom länet lämnas vidare besked rörande densamma»

Huru den nya lagen om skyddskoppymning möjligen kan komma att verka för skyddskoppymningens främjande, är ännu för tidigt att yttra sig. En omständighet är att beakta, som en följd af lagen: den nämligen, att lagen, i vanliga fall, förpliktar till ympning före det år barnet fyller 6 år.

Förutsatt, att allmänheten mera allmänt uppskjuter barnens ympning till denna sena ålder, blir det en betydande del af Sveriges hela folkmängd, som är oympad och synnerligen mottaglig för koppsmitta.”

Det skulle alltså dröja innan vaccinationen helt slog igenom i Sverige. I sina årsrapporter så sent som på 1930-talet skrev exempelvis provinsialläkaren i Sollebrunns distrikt – till vilket bland annat Östad och Stora Lundby då hörde – att en ansevärd del av skolbarnen inte var vaccinerade. Provinsialläkaren tyckte detta var anmärkningsvärt, eftersom olika lagar om vaccination antagits. Missförhållandena berodde enligt honom främst på slöhet från föräldrarna.

Om det så sent som på 1930-talet fanns vissa brister i bruket att vaccinera sig, är det föga förvånande att det också fanns sådana under det föregående århundradet. Av vissa journaler från 1800-talets mitt kan man sluta sig till att bruket att vaccinera sig – trots att det påbjudits som obligatoriskt – inte var helt allmänt. Därför finner man att smittkopps-epidemierna kom och gick under 1800-talet, men de resulterade då i klart lägre antal dödsfall än tidigare. Exempelvis dog fyra tusen människor i Sverige i smittkoppor 1851-52, som då var den vanligaste dödsorsaken bland landets folksjukdomar. Under åren i mitten av 1850-talet registrerades emellertid knappast några dödsfall i smittkoppor. Sedan ökade dödsfallen åter mot slutet av decenniet. En sista uppgång i smittkoppsdödligheten noterades i Sverige åren kring 1875. Uppenbart är dock att smittkoppor, som under 1700-talet varit en av de vanligaste folksjukdomarna i landet, under 1800-talet drastiskt gick tillbaka. Man kan tydligt se effekten av vaccinationen med sekelskiftet 1800 som klar brytpunkt.

På regional nivå kan konstateras att smittkoppor i Älvsborgs län var allmänna åren 1852 och 1858, medan de däremot inte alls förekom 1854-56.

Beträffande lokal nivå gäller för Alingsås provinsialläkar-distrikt att 1840-talet – enligt de i och för sig knapphändiga årsrapporterna – kännetecknades av mycket få epidemiska sjukdomar. 1850-talet visar emellertid en helt annan bild. Alingsås-distriktet drabbades av smittkoppor 1850-52, varav flera dödsfall i Stora Lundby, Skallsjö och Lerum. År 1852 insjuknade 45 personer i Stora Lundby och Lerum – som då bildade gemensamt pastorat – och av dessa dog 15. I Östad insjuknade samtidigt tre personer av vilka två avled. Inga fall rapporterades i distriktet 1853-57. Koppor kom emellertid tillbaka 1858-59, då de flesta dödsfallen i distriktet drabbade Stora Lundby och Skallsjö.

1980 var smittkoppor utrotade på jorden. Att detta lyckades tillskrev man

- Att endast människa är värdorganism.
- Ingen latent fas följde efter den akuta.
- Internationellt samarbete och resurser.
- Ett effektivt vaccin.
- Vaccination av personer kring ett nytt fall – effektiv epidemiologisk metod.

I Sverige fanns ett lagstadgat vaccinationstvång fram till 1980. Det ifrågasattes i många år för att risken för nya epidemier var försumbar och en studie i Stockholm där av 300.000 vaccinerade 1000 fick så allvarliga komplikationer att de hamnade på epidemisjukhus och några småbarn dog.

Dysenteri

eller *rödsot* som sjukdomen tidigare kallades, är en tarminfektion som ger blödningar i tarmen. Denna fruktade farsot härjade periodvis i Europa, inte minst i krigstider. I Sverige rasade en svår rödsotsepidemi åren 1773-84, då cirka 15 000 personer per år dog i farsoten – d.v.s. under perioden sammanlagt 180 000 människor. Andra stora rödsotsepidemier inträffade 1808-13 med sammanlagt 50 000 döda och 1851-60, då cirka 26 000 människor dog i farsoten. Bara under 1857 dog 10 650 svenskar i rödsot.

Rödsot/dysenteri orsakas av bakterier som tillhör släktet *Shigella* eller av en encellig parasit – amöbaparasit. Organismerna överförs mellan människor på samma sätt som salmonellainfektioner via livsmedel eller vatten som förorenats av avföring. Med dålig hygien följde ofta rödsot, som allmänt betecknades som en ”snusksjukdom”. Symtomen var feber, kraftiga knipsmärter i buken och ofta blodiga eller slemmiga avföringar.

Dysenteri förorsakad av shigellabakterier diagnostiseras genom förekomst av bakterier i avföringen. Denna form av infektion behandlas med antibiotika och förebyggs med god livsmedels- och vattenhygien. I tropiska och subtropiska länder är amöbainfektion (amöbadysenteri) mycket vanlig och ger de smittade diarré och smärter i buken. Behandling sker med preparat tillhörande gruppen nitromidazoler.

I 1850-talets Sverige skördade rödsoten lika många dödsfall som koleran. Det var i synnerhet Älvsborgs län som då utgjorde landets smitthärd för rödsot och var det främsta området för farsotens utbredning.

Gustav Varenius beskrev i 1853 års rapport hur farsoten under sommaren bl. a. spreds från Göteborg till Ale och Vättle härad. Inom hans distrikt insjuknade under året 200 personer i rödsot varav 47 dog. Bara i Lundby, Östad och Skepplanda pastorat insjuknade 110 personer och av dessa avled 21. Varenius nämner särskilt hur en piga, som kom hem från Göteborg, förde sjukdomen till Skallsjö och hur en dräng på motsvarande sätt spred rödsoten till Östad.

Varenius: skrev: ”*Från Lerums socken av Lundby pastorat har också anmälts att en mängd personer insjuknat men tillfrisknat, hvilkas antal för mig icke blifvit uppgifvet.*”

Följande år, 1854, slog rödsoten till igen, och nu med ännu större kraft. I årsrapporten skrev Varenius att:

”Den mycket torra sommaren i hög grad bidrog till att rödsoten fick fotfäste och spridning. Torkan var så omfattande att de flesta kärr och grundare sjöar torkade ut.

I hela Alingsåsdistriktet insjuknade 325 personer i rödsot och av dem dog 77. De flesta av offren var barn. Detta år härjade rödsoten värst i Skallsjö socken, där 237 människor insjuknade och 52 dog. Stora Lundby och Lerums socknar kom däremot lindrigare undan. Av det ringa antalet insjuknade dog nämligen endast en person i vardera socknen. I Östad noterades inte enda dödsfall.”

Med anledning av rödsotens härjningar skrev Varenius, att han under 1854 fick göra resor och ett antal ämbetsförrättningar främst i Skallsjö och avge rapporter om läget till såväl landshövding som Sundhetscollgium.

Provinsialläkare G. Varenius beskriver målande rödsoten i sin årsrapport 1854 till Kungl. Sundhetscollegium.

”Rapport rörande embetsgöromålen och sundhetstillståndet inom Alingsås extra provinsialläkardistrikt 1854.”

Till hans distrikt hörde bl. a. Skallsjö, Lundby, Lerum och Östad socknar.

Utdrag ur rapporten:

1:o Väderlekens inflytande på hälsotillståndet.

Vintern var mild, våren tidig, sommaren liksom hösten ovanligt torr, Som även 1853 var ovanlig torka från sommarens början, afstannade de flesta vattenvärk tidigt sommaren 1854, uttorkade då ej blott de flesta kärr och mossar utan även grundare sjöar.

Denna uttorkning orsakade enligt min åsigt rödsot. Ej blott inom Alingsås distrikt utan, som jag skulle tro, öfver om icke hela riket så de fleste dess delar härjade denne farsot. Överallt vore de flesta offren barn.

2:o Allmänne förekommande sjukdomar.

2:o c. Rödsot.

I Skallsjö socken insjuknade 237 av dessa dog 52. Motsvarande tal var i Lundby 7/1, Lerum 3/1, Östad 2/0. I hela districtet insjuknade 325 varav 77 dogo.

När sjukdomen blef allmän ansåg jag nödigt utfärda en för alla begriplig regime, innehållande vad i allmänhet vore att iagttaga. Sedan jag inhändigat Kungl. Collegie svar på mitt concept och därefter omarbetat det sändes det till Kon. Bfhde, som gick i författning om dess tryckning och utdelande till districtets sockennämnder. Manuscriptet lydde som följer: (endast delar redovisas här).”

I Varenius rapporter finns också råd och anvisningar om hur rödsoten borde behandlas:

” Hufvudvärk, frysning, lindrig feber, knip i magen samt känsla av mattighet i hela kroppen utgöra ofta förebud till rödsot. Då någon under en rödsotsepidemi angripes af dessa förebud, bör han genast taga kräkrotspulver, om han är löslifvad. Följer derefter icke förbättring, så tages hvarannan timme i minst två dagar af äldre personer en matsked av oljeblandningen. Om en sådan blandning enligt recept ej finnes på stället kan man sammanblanda like vigtsdelar linolja, ättika och socker, af hvilken blandning tages lika mycket som af den från apotheket enligt recept bekomna oljeblandningen....

Så länge oljeblandningen begagnas, är nyttigt att dagligen sätta lavement af ljum, vällingstjock lösning af stärkelse i vatten eller ljum, vällingstjock hafresoppa. Å magen lägges senapsdeg eller ett gråpapper, å hvilket man, sedan det blifvit indränkt i brännvin strött finstött skarpppepar. Senapsdegen eller gråpapperet får icke ligga så länge, att blåsa uppkommer, utan utbytes mot en smörduk eller varm gröt, så snart skinnet bifvit rödt.

Till dryck passar vatten, hafresoppa och söt mjölk, men icke svagdricka eller caffè; till mat löskokta ägg, råg- eller hafremjölsgör med söt mjölk.

De sjukas uttömningar nedgrävas skyndsammast. De kärl, hvilka begagnas till dessa uttömningar, sköljas ofta med vatten, hvori jernvitriol (vanlig skosvärta) blifvit upplöst. De friske böra icke vid sina uttömningar sätta sig i grannskapet af det ställe, der de sjukas uttömningar blifvit nedgrädda.

Af sjuke begagnade kläder böra väl rengöras, innan de begagnas af friske. Sänghalm begagnad af sjuke uppbrännes. I sjukrummen, hvilka hållas snygga och rena, anställes dagligen rökning med enris och väderväxling. Om möjligt böra friske icke bo i samma rum som sjuke. De friske böra innan de gå ut om morgarne förtära något. För karlar passar härtill en besk sup, för qvinnor en kopp caffè eller en smörgås. Det är otjenligt att förtära färsk eller sur svagdricka. Omogen eller rå frukt samt färsk potatis äro skadliga. Allt öfverlastande af magen bör undvikas."

Ur en annan provinsialläkarrapport om behandlingen 1843:

"Wid behandlingen har man fått fästa stort afseende på de locala retningarne i tarmkanalen och febern. Tillståndet har merändels varit Astheniskt, och fodrat kräkmedel, digestiver, fördelande och uppmjukande ingnidningar, ljumma bad, uppmjukande lavemanger, och som dryck mucilaginösa Dekokter af Saleb, Althaea och Lago, och Pulvis alove i små portioner. Linolja och Vinättika användes någon gång äfvensom Calomel och Rhabarber. Der sjukdomen antog en mera putrid form, gafs nu Vomica gr. {...}, Murias ferricum grj Pulv. Gummosus och Sauharum {...} gr.X 2 à 3 gånger om dagen med lyckliga resultater."

Koleran

Koleran, i Sverige ofta kallad 1800-talets "pest", var redan under klassisk tid en benämning på en magsjukdom. Benjamin Rush i Philadelphia beskrev 1793 barnkoleran i en avhandling med titeln "An inquiry into the Cause and Care of Cholera Infantum. Ännu 100 år senare dog en fjärdedel av de barn som då föddes innan de nått fem års ålder. Hälften av dödsfallen berodde på barnkolera. Kolerasyntomen är mycket frekventa tarmtömningar med vattentunn avföring – diarré. Sjukdomen orsakas av en liten böjd bakterie, *Vibrio cholerae*, som sprids med vatten och livsmedel. Om sjukdomen inte behandlas kan den uttorkning av kroppen som är en följd av diarrén leda till döden. Människor drabbades utan förvarning. Efter några timmar kunde de vara döda. I dag förekommer kolera i länder med tropiskt och subtropiskt klimat.

I början av 1800-talet spreds kolera från Sydostasien först till Ryssland och senare – i början av 1830-talet även till Västeuropa. De sociala missförhållanden som rådde i många av Europas städer åskådliggörs bl. a. av Victor Hugo (*Les misérables*) och av Charles Dickens (*Oliver Twist*).

När Finland haft kolera 1831 spreds inte smittan till Sverige Sundhetsstyrelsen gav ut anvisningar om åtgärder mot kolera 1834 och man trodde att de fått åsyftad verkan. Så blev det inte. Man visade till slut i mitten av 1800-talet att orsaken till barnkoleran låg i förorenad, bakteriebemängd mjölk. Sjukdomens flesta offer var artificiellt uppfödda barn. Läkarna tog snabbt lärdom av detta och propagerade för bröstuppfödning eller beredning av bakteriefria mjölkblandningar. Pasteuriserng (upphettning) av mjölk började förekomma omkring 1914. Den lärdom man vann vid lösande av barnkolerans problem kom att tillämpas på andra sjukdomar som spreds genom infekterade födoämnen. Bland dessa tyfus, dysenteri, halsinfektioner, scharlakansfeber och kreaturstuberkulos.

Till Sverige fördes kolera först till Göteborg 1834 med en sjöman, Anders Ryberg 52 år och hans hustru Anna Persdotter 55 år. Bägge avled bara efter 12 timmars insjuknande.

Under perioden 1834-73 drabbades Sverige av nio vågor av koleraepidemier. Vid den största av dessa, 1834, insjuknade mer än 25 000 personer av vilka drygt hälften dog.

I Göteborg dog var tionde person till följd av koleraepidemin 1834. För att förhindra spridning av farsoten vidtogs avspärningar, och varje natt samlades det senaste dygnets offer in. Föregången av en trumpetare passerade en karavan genom staden på väg till kolerakyrkogården. Det var kärror fullastade med likkistor, dragna av utmärglade hästar. För att stå ut med uppgiften måste kuskarna dricka sig berusade. Av andra städer tillhörde Jönköping dem som drabbades värst. Var tredje invånare i staden insjuknade i kolera och var sjätte dog. Som vanligt var det de fattigaste stadsdelarna som angreps värst.

Enligt Folke Vigårds krönika "Lerums socken genom tiderna" :

"Den detta år härjande Cholera Farsoten wisade sig här i Pastoratet först den 3 augusti uti Aspewik i Lerums socken under Jonsered..." Så börjar en skildring 1834, signerad Vicarie Pastore T M Ratki – han vikarierade för den tydligt svårt åderförfalkade prosten d,r Blomdahl. Av socknarna i häradet slapp Lerum lindrigast undan med 23 döda. 18 dödsfall inträffade i augusti och 5 i september. Av offren var 16 män och 7 kvinnor (Lerums kyrkoarkivalier). Provinsialläkaren doktor Forsell i Alingsås besökte orten efter någon tids förlopp men sedermera anlände efter särskilt förordnande en medicine kandidat Regnell från Stockholm. Särskilda kolerakyrkogårdar invigdes i Lundby, Angered och Bergum. Lerum övervägde också att skaffa sig en sådan (sockenstämmoprotokoll 131/8 1834) men därmed blev inget av, eftersom "i anseende till att denna sjukdom nu i aftagande sig widar". Plats var dock utsedd nämligen på Torp Södergårdens mark så vitt framgår ungefär där nuvarande Adeltorpsvägen möter Stationsvägen."

På olika platser anlades särskilda kolerakyrkogårdar, som snabbt fylldes. En av dessa iordningställdes i Stora Lundby socken – Gråbo – i samband med 1834 års koleraepidemi då 59 Lundbybor dog. Vid det tillfället jordades dock inga döda där. Koleran återkom 1853 och då dog 16 personer i Stora Lundby. Det är osäkert om samtliga begrovs på den tidigare avsatta begravningsplatsen. Helt säkert är att sex Lundbybor där fick sitt sista vilorum. En minnessten på platsen restes till hundraårsminnet 1953.

Kolerakyrkogården anlades i anslutning till ett mer än 1000 år gammalt gravfält på Hjällsnäs Mo. (Riksantikvariets fornminnesinventering på Hjällsnäs Mo) Se karta och bild.

Källa: Stora Lundby, en resa genom tiden



Under 1850-talets koleraepidemier märks några toppar åren 1850, 1853 och 1857, vilket innebar att cirka 20 000 människor i Sverige dog i kolera under detta årtionde. Som jämförelse kan nämnas att ungefär lika många under samma period dog i rödsot.

På anmodan av medicinalrådet Fredrik Teodor Berg sände Gustav Varenius – med tanke på föregående års epidemi – i början av 1851 skrivelser till bl. a. sundhetsnämndsordförandena i Stora Lundby och Skepplanda om risken för kolerasmitta från Göteborg. Särskilt skulle fartygstrafiken på Göta älv och länsgränsen mot Göteborgs län uppmärksammas. Någon epidemi utbröt inte heller 1851 eller 1852, men den återkom 1853

Liksom 1850 nådde koleran 1853 Alingsåsdistriktet via Göteborg. Vid dessa två tillfällen härjade – enligt Varenius – dock farsoten inte alls lika våldsamt som den gjorde 1834. Om spridningsvägarna 1853 skrev han bl. a. följande:

”Från Göteborg spreds koleran till Skallsjö fyra gånger – först till Näs fabrik, sedan till Svensered, Skallsjöhed och Rönndalen, varifrån den spred sig till Foglekärr och Näs fabrik, dit den samtidigt fördes från Brännet i Lundby socken. Från Skallsjöhed fördes koleran till Skallsjöstom och Apelsås, där två barn, vilkas mor varit sjuksköterska på Skallsjöhed, insjuknade fastän modern ej varit angripen av kolera. I Svensered blev farsoten efter en stor begravning – där man trotsat förbudet mot omfattande folksamlingar – särskilt våldsamt, och därifrån spreds den sedan till Iglakärr och Vik”.

Till Stora Lundby kom koleran från Göteborg två gånger, först till torpet under Hans Larsgården i Hjällsnäs, sedan till Bäckamaden under Skepplaskog. Därifrån spreds den till Kyrkekullen, Brännet och sannolikt även till ett annat torp under Hans Larsgården i Hjällsnäs.

Att koleran på 1850-talet inte fick samma våldsamma utbrott som 1834 berodde på att man blivit bättre på att sätta in preventiva åtgärder. Varenius framhöll att koleran i de allra flesta fall föregicks av diarré. Om man snabbt kunde behandla diarrén med lämpliga medel, skulle man också i de flesta fall förhindra koleras utbrott. Thielemans cholera droppar var enligt Varenius ett sådant medel:

”Jag anser Thielemans droppar för ett gott, nära nog suveränt medel mot den diarré som föregår koleran.”

Man satsade också från samhällets sida på att bekämpa de stora farsoterna och epidemierna. Dessa insatser finansierades med medel ur medicinalfonden. Under 1850-talet gick 75 procent av dessa kostnader enbart till kolerasjukvården.

Kolerastatistik: antalet insjuknade, tillfrisknade och döda 1850 och 1853 samt döda 1834 inom Alingsåsdistriktets område

Pastorat	Insjuknade 1850	Friska 1850	Döda 1850	Insjuknade 1853	Friska 1853	Döda 1853	Döda 1834
Alingsås	2	1	1	2	-	2	163
Hol	1	1	-	-	-	-	-
Lena	-	-	-	5	3	2	20
St Lundby	-	-	-	65	30	35	212
Östad	-	-	-	6	4	2	-
Starrkärr	-	-	-	3	1	2	17
Skepplanda	37	19	18	-	-	-	183
Totalt	40	21	19	81	38	43	595

Källa: G. Varenius årsrapport 1853

Beträffande koleraepidemin 1853, som inträffade under höstmånaderna, redovisade Varenius också antalet kolerafall för distriktets olika socknar. I följande uppställning särredovisas socknarna inom Stora Lundby och Östads pastorat. Det var också i dessa pastorat som kolera detta år märktes mest.

Kolerareport från socknar i Stora Lundby och Östads pastorat av Alingsås provinsialläkardistrikt. Antalet anmälda fall september-december 1853.

Socken	Insjuknade 1853	Döda 1853
Skallsjö, Svensered	27	14
Skallsjö, Hed	7	3
Skallsjö, Nääs fabrik	5	2
Skallsjö totalt	39	19

Socken	Insjuknade 1853	Döda 1853
St Lundby, Hjällsnäs by	21	14
St Lundby, övrigt	5	2
St Lundby totalt	26	16

Socken	Insjuknade 1853	Döda 1853
Östad	6	2
Socknarna totalt	71	37

Källa: G. Varenius årsrapport 1853

Tabellerna visar att de västligaste delarna av Alingsåsdistriktet, nämligen Stora Lundby och Skepplanda pastorat, drabbades svårast av koleraepidemierna såväl under 1834 som på 1850-talet. Närheten till Göteborg är förstås den rimliga förklaringen. De höga dödstaten under 1834 kontrasterar också tydligt mot de klart lägre talen under 1850 och 1853.

I tabellen över antalet kolerafall från socknarna i Stora Lundby och Östads pastorat 1853 är det främst en sak som förbryllar. Från den del av Stora Lundby pastorat som ligger närmast Göteborg – Lerums socken – finns inte ens något sjukdomsfall anmält. Med tanke på koleras spridningsvägar från Göteborg till Skallsjö och Stora Lundby socknar förefaller det märkligt om sjukdomen helt skulle ha gått Lerum förbi (vilket den inte helt gjorde enl. Folke Vigård). En

möjlig förklaring till frånvaron av uppgifter för Lerums del kan vara försummelse från anmälares sida, men härom vet vi intet.

Ur Provinsialläkare G. Varenius årsrapport 1853.

"Beträffande choleras väsende har jag ännu icke stadgat någon åsikt. Deremot anser jag, att cholera är smittosam i ordets egentligaste bemärkelse, ehuru ja icke tilltror mig bestämma vehiclet för smittans transporterande från person eller ort til annan.....

.....Att cholera kan uppkomma i Europa utan att införas genom smitta, anser jag icke möjligt....

Varenius ansåg (se nedan att vädret inverka på choleras spridning (luften = miasman).

.....Varenius hänvisar till Conradi. Till bevis för choleras miasmatiska (luftens beskaffenhet) anför Conradi att han i Christiania 1833 på lika lång tid angrep ett mångdubbel större antal än 1850, ehuru han i en handvändning sednare uppger, att sjukvården 1850 var ordnad enligt visitations och urrejningsystemet, hvilket borde kunna anses vara en tillräcklig orsak till den anmärkta olikheten i sjukdomsantalen, äfven om man ignorerar, att alla äldre smittosamma sjukdomar, t ex syphilis, först uppträdt som allmänne farsoter. Om miasmataföräktarne ej nöja sig med det sednast anförda till belysande af den omständigheten, att icke alle, som komma i beröring med kolerasmitta, deraf angripas, torde till deras ytterligare lugnande kunna anföras, att ännu icke förekommit någon smitta af den beskaffenhet att alle, som kommit inom dess verksamhetskrets blifvit angripne. Så t ex händer, att utaf två karar, hvilka omedelbart efter hvarann utsatt sig för venerisk smitta, den ene gått fri, medan den andre varit impregnerad af miasma, så skulle det väl äfven sträckt sitt inflytande till denna ö."

Råd mot kolera i mitten på 1800-talet

Ur G. Varenius rapport 1853

"Meningarna äro troligen icke delade derom, att de praeventiva åtgärderna utgöra summan af choleras behandling.....

Jag anser nemligen att cholera de allra flesta fall föregås af diarrhé. Om detta genast behandlas med tjenliga medel så kommer cholera i de flesta fall icke till utbrott.

så är det alldeles nödvändigt att der cholera utbrutit eller väntas minst en gång dagligen tillfråga alle arbetare, om de har magplågor. Att så skett vid Nääs fabrik och i Hjällsnäs by, har, tror jag hufvudsakligen bidragit till sjukdomens mildhet på dessa ställen.

I Svensered, som på ¼ mils afstånd från Nääs fabrik ligger nära nog gent mot den på andra sidan om en intill båda gränsande sjö, och i Lundby socken. Der försumlighet i afseende på visitationssystemet föreföll, inträffade talrika fall af utbildad cholera."

Ur G. Varenius rapport 1854.

"Huvudvärk, frysning, lindrig feber, knip i magen samt känsla av mattighet i hela kroppen utgöra oftast förebud till rödsot. Då någon under en rödsotsepidemi angripes af dessa förebud, bör han genast taga ett kräkrotpulver, om han är löslifvad. Följer därefter icke förbättring, så tages hvarannan timme eller 6 gånger dagligen i minst 2 högst 4 dagar af äldre personer en matsked af oljeblandningen.

Om en sådan blandning enligt receptet ej finnes på stället kan man sammanblanda like vigtsdelar linolja, ättika och socker af hvilken blandning tages lika mycket som af den från apotheket enligt receptet bekomna oljeblandningen.....

..... Så länge oljeblandningen begagnas, är det nyttigt att dagligen sätta lavemang af ljum, vällingjock af stärkelse i vatten eller ljum, vällingjock hafresoppa med eller utan tillsats af något söt mjölk, olja eller ägghvita. Å magen lägges senapsdeg eller ett gråpapper, å hvilket man, sedan det blifvit indränkt i brännvin, strött finstött skarpppeppar. Senapsdegen eller gråpapperet får icke ligga så länge, att blåsa uppkommer, utan bytas mot en smörduk eller varm gröt, så snart skinnet blifvet rött.

Till dryck passar vatten, hafresoppa, söt mjölk, tjärnmjölk, söt mjölk och vatten, men icke svagdricka eller caffè; till mat löskokta ägg, smörgås, råg eller hafremjölsgröt med söt mjölk.

Den sjukas uttömningar nedgrävas skyndsammast. De kärl, hvilka begagnats till dessa stoltömningar, sköljas ofta med vatten, hvari järnviatriol (vanlig skosvärta) blifvit upplöst. De friske bör vid sina stoluttömningar sätta sig i grannskapet af det ställe, der de sjukas stoltömningar blifvit nedgräfd.

Af sjuke begagnade kläder böra väl rengöras, innan de begagnas af friske. Sänghalm begagnad af sjuke, uppbrännes. I sjukrummen, hvilka hållas snygga och rena, anställes dagligen rökning med enris och väderväxling. Om möjligt böra friske inte bo i samma rum som sjuke.

De friske, hvilka icke må ligga tillsammans med de sjuke, böra, innan de gå ut om morgnarna, förtära något. För karlar passar härtill en besk sup, för quinnor en kopp caffè eller en smörgås. Det är otjänligt att förtära färskt eller surt svagdricka, liksom i allmänhet att, då man är mycket upphettad, bolma i sig mycken dryck på en gång. Omogen eller rå frukt samt färsk potatis äro skadliga. Allt öfverlastande av magen bör undvikas.

Förkylning undvikes likaledes. Härtill hörer, om man ej kunnat undvika att bli våt, att så fort som möjligt förskaffa sig torr beklädnad.....”

Det är tydligt att den tidens vetenskap inte spreds snabbt ut till provinsialläkarna. En något annorlunda syn på kolerans ursprung och behandling beskrivs i tre avhandlingar 1836, 1838 och 1849.

Jac. Sönerbergs avhandling 1838, Lund. ”Cholera Asiaticae brevis expositio”. Israel Hwasser 1836, Uppsala. ”Om Cholera-Farsoten” och Olof Glas 1849, Uppsala. ”Om Cholera Morbus”.

Litt; Den asiatiska koleran som disputationsämne i Sverige. Lars Hambræus. Svensk Medicinskhistorisk Tidskrift, Vol. 3, Nr 1 1999.

”Alla sägas vara ense om att koleran orsakas av ett speciellt gift, men om vilken natur detta har råder den värsta oenighet, om det kommer från något i kroppen, eventuellt från djur, eller från något i lufthavet, men med skärpa påpekas att när smittan kommer till en ny ort, gör den det med någon tillresande som ankommer från en smittad ort och på den nya orten insjuknar och smittar de andra i huset.

Strikt isolering har dock kunnat förebygga nya fall, men klorångor eller rökning med kamfer har inte bättnat. Ej heller har det hjälpt att inta någon sorts medicin, snarare är det till skada för friska att intaga någon sådan. Man skall istället söka hålla luften ren och hålla god renlighet. Den fattigare delen av befolkningen, som är hänvisad till dåliga bostäder är mera utsatt. Likaså tillrådes måttlighet i mat och dryck, för omogen frukt För den redan sjuke är det angeläget att försöka hålla denne vid

gott mod, särskilt läkarens förhållningssätt är viktigt. Någon speciell behandling finns ej, man måste anpassa den efter sjukdomsbilden, hålla honom varm, ge svett drivande medel, om nödvändigt också starkare sådana, som eteriska oljor, konjak med tillsats av kamfer eller opium, ev. ipecacuanha, ensamt eller tillsammans med de andra medlen. Särskilt är detta bra i början av sjukdomen. Ett uns koksalt upplöst i 6 uns vatten och imatat skedvis brukar fungera bra som kräkmedel. För att minska ängslan och oro är nervlugnande medel bra, som t ex valerianatinktur....”

Opium i små doser och ofta upprepat har under den inledande fasen med sin svett drivande kraft åstadkommit förbättring, alltför fritt bruk därav har följts av slaganfall. Under själva sjukdomen var det mindre skyddande.....”

En nutida läsare skulle önska påpekanden om att de kolerasyuka behöver riklig vätsketillförsel!

Man stod också maktlös då man inte kände till kolerans ursprung. Man levde i ständig skräck, såsom Johan Olof Wallin, som i egenskap av kyrkoherde i Nicolai församling i Stockholm hade att hjälpa församlingsbor i Gamla stan och på Riddarholmen i deras nöd. Han skildrade detta i dikten Dödens ängel.

Dödens ängel

av Olof Wallin

I Adams barn som av jorden födens
och vänden åter till jorden om!
I ären mine, I ären dödens,
allt sedan synden i världen kom.

Jag står i öster
och når till väster
och tusen röster,
I tidens gäster
Jag bär till eder med Herrens ord
från luft och lågor och hav och jord.

I sväven lätta i dansens ringar,
I stojen yra i nöjets lag,
och myrten blommar och lyran klingar...
men över tröskeln stiger jag:
då stannar dansen
då sänkas ljuden

då vissnar kransen
då bleknar bruden
och sorg är änden, som skriften sagt,
uppå all glädje och glans och makt.

Jag är den starke, som haver makten,
till dess en starkare koma skall.
På höga fjällen, i djupa schakten
det är min anda, som susar kall.

De smittans ilar
som rensa länder;
de nattens pilar,
som ut jag sänder.
De slå sitt offer, och slaget ål
ej mur av koppar, ej sköld av stål.

Det var engelsmannen John Snow som 1849 kom att visa på kolerans vattenburna spridning. Han var den förste epidemiologen. Han uppmärksammade att London försörjdes med dricksvatten ur Themsen från två vattenverk, ett norr om staden och ett söder ut. Genom att stänga en pump (Broad Street) från det södra vattenverket minskade kolerautbrotten kraftigt i detta område. Han konstaterade att kolera var en vattenburen smitta. År 2003 valdes han till Englands under tiderna mest framstående läkare någonsin. Förutom denna bragd lanserade han anesthesiologin (läran om bedövning) i England.

Tyfus (nervfeber)

Tyfus, eller nervfeber som sjukdomen förr kallades, orsakas av den mest aggressiva Salmonellabakterien. Smitta överförs till människor via mat och vatten. Bakterien ger upphov

till inflammation i tunntarmens vägg och sprider sig i kroppen via blodet. Efter någon vecka kan långvarig och svår diarré uppträda.

I Sverige härjade nervfebern tillsammans med ovan nämnda farsoter i större omfattning fram till 1800-talets början. Särskilt i krigstider uppträdde nervfeber och rödsot i så stor omfattning att dödstalen överträffade födelsetalen.

En provinsialläkare beskriver förloppet av sjukdomen:

”Den började vanligen med frossa, ömhet och värk i kroppen, het hud, accelererad puls, ömsom belagd vit, ömsom röd, tunga, orolig sömn, rödbrun urin, ömsom förstoppning, ömsom slemig diarrhé. Cerebralförmer voro ej heller sällsynta. Sjukdomens duration varierade mellan 14 - 28 dagar. Medelålders personer af båda könen och barn voro mäst däraf angripne. Mortaliteten var ej stor. Några barn och försupna karlar blefvo dödens offer. Behandlingen med kräkmedel, laxantia oleosa i början, antiphlogistiska mixturer, locala bloduttömningar och vesicantia vid behof, samt slutligen Valeriana, Angelica eller Arnica lyckades nästan alltid, blott man ej för tidigt afbröt den antiphlogistiska regimen. Af saltmixturer eller syror fann jag ungefärligen samma nytta. Oftast begagnade jag en mixtur af Murias Kalci., hvaraf jag fann lika nytta, som af mixtura Salina, och föredrog till bruk för dess lindriga pris.

Då det ofta i början är svårt att afgöra, om febern är rent nervös eller inflammatorisk, emedan regelmässighet i sjukdomens gång saknas, och förhållandet emellan respiration och puls ej är lika; så anställde jag dels generella bloduttömningar genom Åderlåtning, dels locala genom iglar eller koppning, helst local- affectioner åt hufvud och bröst oftast dertill indicerade. Syrorna (någon gång Phosforsyra) och Valeriana med Salmiak hafva derefter, i förening med bad och Spanska flugor, visat sig verksammast.

En annan utsaga

De Medicamenter jag brukat emot denna Feber hafva varit Krek-Laxer- Svett och feberstillande medel, samt till dryck Kornvatten blandad med Syrup: Vitrie.: I början af Sjukdomen har ibland åderlåtning varit velgjörande Senapismer och Vesicatorier har efven vid vissa tillfällen varit af nöden. Som stärkande medel har jag begagnat en Infusion på Kina och Valeriana, Bangens Nervdroppar och rödt vin åt de svagaste.”

Vid mitten av 1800-talet hade nervfeber som dödlig sjukdom i Sverige minskat i omfattning. Under 1840-talet rapporterades således inga dödsfall i Alingsås provinsialläkardistrikt, men febern återkom sporadiskt under vissa år på 1850-talet. I Varenius rapport från 1851 kan man läsa, att 18 fångar vid Alingsås kronohäkte insjuknat i nervfeber. De hade smittats av fångar i Vänersborg. Efter behandling kunde alla 18 tillfriskna, men en vaktare smittades och avled.

I Östad utbröt en nervfeber epidemi 1852-53. I den lilla kyrkbyn drabbades 80 personer av sjukdomen, varav 11 dog. Varenius skrev i sin rapport 1852:

”I Östads kyrkeby utbröt på sommaren och hösten i den vestligaste hemmansdelen nervfeber, som sedan spred sig från hus till hus mot öster så att prestgården som ligger östligast drabbades först vid nyårstiden 1853.

Då jag dagarna för juhl tillkallades, hade 60 peroner tid efter annan insjuknat och fem af dem med döden avgått. Bland de döde voro två pigor, den ena 22-årig, en 16 och en 6-årig flicka, syster, samt en ung man lärare i pastoratets folkskola. Genom nu pågående laga skifte komma de fleste af de tätt sammanbyggde åbyggnaderne att utflyttas.

Innevånare, hvarken rike eller fattige, äro jemngodt bergda. De yngre bland dem gå vanligen på arbete till Götheborg. Åbornas antal är omkring 30. Vid byns vestra ända är gästgifvargård.”

Även på 1860-talet kunde epidemier av nervfeber förkomma inom distriktet. Således drabbades Skallsjö och Hemsjö socknar 1865-67 av nervfeber epidemier, där ett stort antal människor insjuknade och åtskilliga dog.

Behandlingen i början av 1800-talet kunde vara:

”Tartr- Kalicio- Stibios. grj på Solut. Cetr. Kalic. 3 viij, samt Champherts- Emulsion hafva alltid gjort största nytta, äfvensom Valeriana- infusion och, i svårare fall, förenad med infusion på Rad. Serpentariae. Då krafterna börja sjunka får man gripa till China och Vin. Dessutom bör pat. nyttja ljumma bad så ofta som möjligt.

Andra kurer har varit: Locala och äfwen, ehuru mera sällan, allmänna bloduttömningar (koppning, blodiglar), Laxermedel, Salmiak, Mineral syror, Camphert, Arnica, Valeriana, Kalla omslag, Tvättningar med Vatten och Ättika, Varma grötomslog, Heta Terpentin Omslag, Vesicatorier, Sinapermer o.s.w.

*Kräkmedel användes i början af sjukdomen äfvensom afförande och kylande medel, derefter en lösning af Nitrum eller Salmiak med Rhabarber och Hoffmans droppar. Vid blodcongenstioner åt de inre delarne gjordes med nytta, isynnerhet hos mera blodfulle, åderlåtning; kalla omslag på hufvudet och utvertes dirivantia. Antog sjukdomen en mera nervös karaktär, gafs Quinin, upplöst i M R. Acida med Moschus e. Chinin uti Infusum Valerianae. Chlor, behörigen utspädd, visade sig äfven verksam i förening med bad. Vesicatorier i nacken och Liquor Nerv. Bangii invertes mildrade, under Convalescencen, den långvariga hufvudvärken, och China i förening med **Valeriana** och **Serpentaria**, svaghets tillståndet.”*

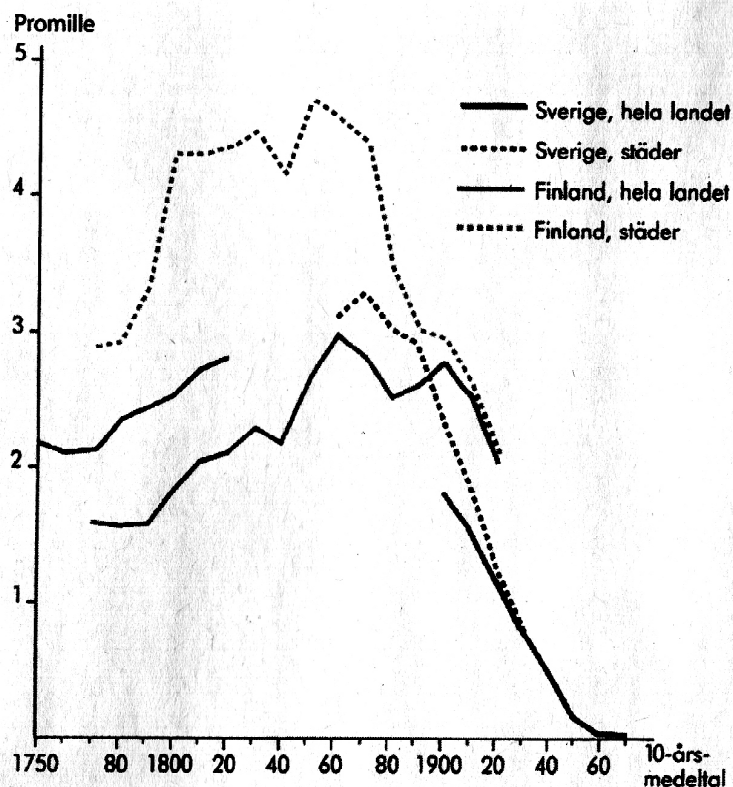
Tuberkulos (TBC, lungсот)

I de tidiga medelhavskulturerna var tuberkulos en vanlig sjukdom, och i Sverige lär den ha förkommit från 1100-talet. I spåren av 1800-talets industrialisering och urbanisering följde inte bara ekonomisk tillväxt och standardhöjning utan också trångboddhet och slum särskilt i större städer. Detta skapade i sin tur en gynnsam grogrund för tuberkulos.

Smittan sprids vanligen med upphostningar och drabbar främst äldre och klena personer. Infektionen angriper främst lungor och lungsäckar. Den kan via blodet spridas till andra organ och där utveckla livshotande tillstånd. Då symtomen i inledningsskedet är lindriga kan den sjuke sprida smitta utan att själv veta om det.

Tuberkulosen var en sjukdom som drabbade vuxna i större utsträckning än andra infektionssjukdomar. Sjukdomens spridning var i hög grad beroende av i vilken mån man exponerades. Därför var dödligheten ett stort problem för den fattigaste befolkningen i städerna, som i regel bodde i trånga och dragiga bostäder. Olika delar av Sverige drabbades olika hårt. Under tidigt 1800-tal var dödligheten i lungсот störst i Mellansverige, men senare fick den sin största utbredning i Norrland.

**DÖDLIGHETEN
i lungsvot/tuber-
kulos per 1 000
av folkmängden
i Sverige och
Finland åren
1750–1980.
Efter B I Puranen
1984.**



I kyrkböckernas dödsorsaker har tuberkulos många namn som; lungsvot, bröstsjukdom, tvinsot, trånsjuka, håll och styng. De äldre dödlighetssiffrorna för tuberkulos är inte helt relevanta beroende på att endast lungsvot eller lungtuberkulos, som är en variant av tuberkulos – om än den mest omfattande – registrerades hos Tabellverket. Det var först längre fram på 1800-talet som det samlande begreppet ”tuberkulos” infördes. Som dödsorsak kulminerade lungtuberkulosen i Sverige omkring 1875. Näst efter ålderssjukdomar var tuberkulos vid sekelskiftet 1900 den vanligaste dödsorsaken. Så sent som på 1930-talet dog årligen nära 10.000 personer i lungtuberkulos.

Från Alingsås provinsialläkardistrikt har inga fall av lungsvot nämnts i årsrapporterna. Det kan tyckas märkligt, då särskilt Gustav Varenius varit mycket utförlig i sin rapportering. En trolig förklaring är att Sverige vid denna tid – långt fram på 1800-talet – inte hade medicinska botemedel att erbjuda mot sjukdomen. Eftersom den var så allmän och ansågs obotlig, tycktes någon rapportering inte vara behövlig eller meningsfull.

Det var först 1882 genom Robert Kochs odling av tuberkelbacillen och upptäckten av tuberkulin, ett protein från tuberkelbaciller, som verkligt rationella insatser kunde göras mot tuberkulos. Robert Koch var tysk läkare och bakteriolog, och hans banbrytande insats bidrog i hög grad till att han fick 1905 års nobelpris i medicin.

Efter Robert Kochs insatser kunde tuberkulosbehandlingen bli mer effektiv. Man började isolera tuberkulospatienter när man insåg att sjukdomen var smittosam. Pasteurisering (upphetning) av komjölk efter 1915 och kontroll av kreatursbesättningar med tuberkulintest var viktiga ingredienser i tuberkulosens bekämpande. Andra viktiga milstolpar i kampen mot tuberkulos var vaccinationer och skärmbildsundersökningar. Selma Lagerlöf ger hälsoupplýsning kring tuberkulos och vaccination i böcker som Nils Holgersson och Körkarlen.

Det verkligt effektiva botemedlet mot tuberkulos fick vi först när antibiotika introducerades på 1940-talet.

Louis Pasteur införde 1865 metoden att upphetta vin för att förhindra efterjäsning eller annan kontamination. Detta förfaringssätt överfördes sedermera till bekämpning av tuberkelbakterier i mjölk.

De första "folksanatorierna" i landet uppfördes på 1890-talet. Sanatorierna förlades alltid i naturskön miljö med hälsosamt klimat, gärna i bergstrakter nära skog och sjö. Slutligen lyckades man på 1920-talet framställa ett vaccin mot tuberkulosbakterien, BCG-vaccinet. Man injicerar levande men försvagade bakterier, BCG, *Bacille Calmette-Guérin*. Det kallades även calmettevaccin. Vaccinationen ger ett visst skydd, men inte fullständigt. I Sverige vaccinerades alla nyfödda barn från 1940-talet till 1975. Många kommer säkert ihåg det årligen återkommande tuberkulinprovet i skolan. Man fick en spruta i armen som sedan förväntades ge en rodnad som tecken på att på att eleven hade ett fullgott skydd mot tbc. Var resultatet negativt blev det vaccinering, calmettevaccinering.

En läkarstuderande från Jung, Ingeborg Jungner, skrev 1916 en artikel i Hygienisk tidning om den bristande västgötska renligheten som bidrog till den utbredda tuberkulosen på Västgötaslätten. "Något om hygienien i en bondgård på mellersta Västgötaslätten". Köket var platsen där alla vistades. På natten, när sängar och soffor var utdragna, var det svårt att ta sig fram mellan bäddarna. "Det är uppenbart att luftförsämningen i ett sådant rum ofta blir synnerligen stor", skrev Ingeborg. Hon fick belägg för sina farhågor om tbc:n. På pastorsämbetet i Jung kunde hon se dödsorsakerna i församlingen. Mellan 1904 och 1915 var 30% av alla dödsorsaker tuberkulos. "Under de sista åren har man emellertid rätt allmänt börjat desinficera hemmen efter dödsfall i tuberkulos", berättade hon.

Lues/syfilis, Lues venera. Testicul. Venereus, Chanker. Ulcus uvulae

Syfilis var en icke ovanlig "pest" som ofta drabbade de välsituerade och indirekt deras hustrur. Societetsläkarna levde gott på detta och den kvicksilverbehandling som förekom (t.ex. Carl von Linné och Axel Munthe). Under 1800-talet räknade man med att mellan 5 och 20 procent av befolkningen var syfilissmittade. I sitt tredje och sista stadium efter år av symtomlöshet fick omkring 6 procent av fallen nervskador i ryggmärgen med förlamningar (tabes dorsalis, förtvining av ryggmärgen) och hjärninflammationer i form av megomani (storhetsvansinne). Neurosyfilis var en av orsakerna till att sinnessjukhusen fylldes så snabbt på den tiden en annan var alkoholism.

Behandlingen av könssjukdomar var på 1800-talet ofta olika kvicksilverberedningar:

T ex av pat. som hade sår i svalget och testikelinflammation. Laxering, bad var tredje dag, påstrykning av ungv. Neapolitanum (gråsalva – kvicksilver) blandat med bocktalg och skirat ister) så att salvationen ökades-

Gustav Varenius skriver 1843 om behandlingen:

"Hvad behandlingen af venerisk sjukdom beträffar, anser jag mig böra nämna att decoctum Zittmanni enligt Chelii och Benes receptformlen (med calomel) ännu aldrig lämnat mina och de sjukas, hvilka jag låtit begagna densama, förhoppningar ouppfyllda."

Folke Vigård skriver i sin krönika

"I början av 1800-talet hade tydligen en annan plåga fått fotfäste för då uppmanades allmogen vid flera tillfällen att ge tillkänna om de visste någon som misstänktes för venerisk smitta, varvid ibland nämndes flera personer. Dessa ålades att låta undersöka sig av läkare i Göteborg "samt om misstankarne äro grundade genast uti Cur varde försatte. 1829"

bestämdes att "visitation genom Prosteriet medium skulle ske i Lerum," (sockenstämmoprotokoll 29/5 1829)."

Från Thorwalds krönika om Bergum, 1989 har följande sockenstämmoprotokoll hämtats:

"År 1810; Beklagar sig allmogen över att Pehr Börjesson i Torvhög i många år dragits med venerisk sjukdom samt att han är så illa därän att man p.g.a. smittorisken ej vill att han skall få vara med vid nattvardsgången, såvitt det inte kan styrkas, att hans sjukdom inte smittar. Han ansågs vara så pass välbärgad att han på egen bekostnad borde söka vård vid Lasarettet, för om möjligt bli botad. Rotemästaren skulle framföra allmogens önskemål till Pehr.

År 1821; noterade man att man nu inte kände till något fall av venerisk smitta (Pehr Börjesson död eller botad?). Prästen underströk vikten av att man uppsökte läkare, om man får besvär som möjligen kan tyda på någon venerisk åkomma. Han varnade för kvacksalvare som snarare ökar än minskar besvären!"

Könsjukdomar i Älvsborgs län 1921 – 1927

År	Syfilis		Gonorré	
	antal	män/kvinnor	antal	män/kvinnor
1921	56	50/6	64	56/8
1922	25	14/11	245	198/47
1923	12	7/5	77	60/17
1924	13	9/4	53	42/11
1925	8	5/3	160	124/36
1926	7	3/4	186	159/27
1927	7	5/2	199	154/45

Man ser en markant minskning av syfilis och en stark ökning av gonorrén under denna korta tidsperiod.

Syfilis var inte längre något problem däremot fortsatte gonorrén att öka fram till 1980-talet för att därefter minska kraftigt och "ersättas av klamydiainfektioner.

Källa: Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län.

"Barnsjukdomar"

Mässling, scharlakansfeber, difteri kikhosta, vattkoppor och röda hund kallar man oftast barnsjukdomar eftersom smittämnet finns i befolkningen och dyker upp som större eller mindre epidemier under åldrarna 1 – 7 år. De ger oftast livslång immunitet. Något läkemedel finns inte, förutom mot scharlakansfebern. Förebyggande vaccinering rekommenderas istället.

Många av barnsjukdomarna blev mera allmänna i slutet av 1800-talet dels p.g.a. att människor blev allt rörligare men också för att flera av dem förväxlades med smittkoppor. Även om sjukdomarna i sig ej ofta är dödliga så dödade tillstötande infektioner av andra slag, oftast lunginflammation.

Under 30-årsperioden 1861-90 var dödligheten i ”barnsjukdomar” i vårt land:

mässling	32 590
scharlakansfeber	86 960
difteri	81 040
kikhosta	28 580

Källa: BiSOS, Hälso- och sjukvård

Efter 1890 skedde en markant minskning i dödligheten i dessa sjukdomar.

Difteri

Redan i första århundradet beskrev Aretaeus svalgdifteriens svårare former. De första beskrivna epidemierna var på 16- och 1700-talenn. Först mot slutet av 1800-talet, då bakteriologin utvecklades, visade sig sjukdomen orsakas av en stavformig bakterie. Inkubationstiden är kort, bara någon dag. Bakteriens gifter sprids i alla delar av kroppen och ger allmänna och allvarliga problem. Företrädesvis angrips barn i skolåldern. Infektionen sprids genom droppsmitta men den kan överleva på leksaker och i födoämnen. Vid epidemier finns det också fullt friska smittbärare.

Sjukdomen mest dramatiska manifestation är krupp eller strupsjuka. Den igenkändes först i början av 1800-talet som en form av difteri. Det finns ett flertal halsinfektioner doktorn måste kunna skilja ut från den äkta kruppen:

Falsk krupp kallas en vanlig virusorsakad halsinfektion hos små barn. Den ger inte de allmänsymptom som den äkta kruppen har.

Epiglottit är en annan ofta livshotande halsinfektion, där struplocket svulnar och kan ge kvävning.

En annan infektion som primärt slår sig på halsmandlarna är Mononucleos, körtelfeber. Den kan uppvisa med difteri identiska symptom, men är sällan livshotande.

Dödligheten bland de cirka 10.000 difterifall, som inträffade i Göteborg mellan 1917 och 1943 var omkring 4 %. Ju yngre den sjuke var ju större risk var det för en olycklig utgång. Den av Behring 1913 upptäckta metoden med serumbehandling, tycktes i början ge goda resultat på dödligheten. Men under de svåra epidemier, som härjade på kontinenten under mellankrigstiden, trodde man sig påvisa att serumbehandlingen kunde orsaka dödsfall. Därför kom den i vanrykte. Förekomsten av difteri/strypsjuka i Älvsborgs län kan utläsas ur tabellen Infektionssjukdomar.

Difteri ger ofta men ej bestående immunitet. I början på 1940-talet fick man fram ett vaccin mot difteri, som sedan använts i det s.k. tripplevaccinet som givits i spädbarnsåldern och som praktiskt taget utrotat difterin.

En provinsialläkare berättar 1814:

”Af 11 barn, som här af voro angripna, deribland 7 voro gossebarn, lyckades det mig endast, att till helsan återställa 3, hvilka alla voro flickor – De 2:ne fingo iglar, kräkmedel och Calomel. Det ena Jod, både in och utvärtes.”

Ur 1:e prov.läk. rapport 1917:

”Till följd av difteriepide mi i Hedefors, Lerum förbjöds barnen därifrån att under höstterminen bevista skolan”.

Scharlakansfeber, Skarlatina

Scharlakansfeber har som självständig sjukdom en betydligt kortare historia än difteri. Under långliga tider gick alla utslagssjukdomarna under samlingsrubriken ”morbilli” – den lilla sjukdomen (i motsats till den stora – pesten), ett namn som sedermera förbehållits för mässling.

En provinsialläkare rapporterar 1841:

”Skarlakans – Febern – Den yppades i januari, spridde sig hastigt och vidt omkring, och upphörde först i juli – Ingen ålder skonades – Doch såg jag ej någon patient öfver 40 år –

Sjukdomen hade en så deciderad fallenhet för vatten utgjutningar, att sådana sällan uteblefvo, genom dessa blef den ganska mördande – Först svullnade öfre ögonlocken, sedan partes genitales, därefter hela kroppsytan och slutligen skedde utjutning i underlivets, Bröstets och äfven Hjernans, ehuru mera sällan, caviteter – Det var oftast en Hydrops frigidus –

Sjukdomen uppträdde, synnerligen i början, ofta så lömskt, utan feber, inflammation af hals eller hud, att man först af desquamation och vattensvullnaderne kunde upptäcka dess närvaro – Under Mars blef dess lynne mera inflammatoriskt, med häftig feber och stark affection af Hufvud, Svalg och Hud – Utom vattensamlingarne voro äfven Bulnad i öronen samt Kjörtel indurationer ej sällsynta följder däraf –

Behandlingen rättades efter Sjukdommens karakter; men vanligen var den följande: Ett måtligt yttre varmt förhållande, heldst i sängen – Emeticum – Lindriga laxantia och diaforetica samt bad – Under dess våldsammaste period begagnades Iglar – Kroppens tvättning med Kalt vatten – Chorvatten o:d: alt efter olika indication –

Mot Vattsoten fant jag, för barn, fördelactigast, en infusion af {.}vj – viij vatten på {.}j- {...}: ipecacuanhae försatt med 60 gran aether: nitr: samt {.}j Syrupus juniperi – Här af gafs 1 matsked hvarannan timma, hvaraf under jämna quäljningar, en prosus svett följde, som ofta inom korrt häfde det onda – Transpiration underhölls därjämte genom varma bad

För äldre fant jag drastisca purgermedel, Jalappa med Calomel, repeterade hvarannan eller tredje dag, fördelactigast – Diuretica fant jag alldrig tillräckliga; ehuru diverse sorter där af användes –.”

Sjukdomen är sedan slutet av 1800-talet endemisk hos oss. Ännu vid sekelskiftet var scharlakansfeber en rätt fruktad sjukdom, som hade rätt hög dödlighet. Se även tabellen Infektionssjukdomar.

Sjukdomen var den vanligaste orsaken till inläggning på epidemisjukstugor och epidemisjukhus under 1900-talet.

Skarlatina orsakas av hemolytiska streptokocker, som slår sig ned på halsmandlarna och ger tonsillit kombinerat med typiska utslag och fjällning., som är penicillkänsliga. Därför är sjukdomen lätt att bota sedan penicillinet introducerades på 1940-talet. Komplikationer var ofta allvarliga njur- och hjärtskador, som penicillinet förhindrade.

Mässling

Mässling är säkerligen en mycket gammal sjukdom i Europa. Först på 1600-talet avskildes den från de övriga utslagssjukdomarna. Sedan dess har man sett den följa européerna i spåren, var de dragit fram.

Mässling är en mycket smittosam virussjukdom. Mottagligheten är praktiskt taget hundra procentig. Den var kanske den allvarligaste av barnsjukdomarna tills mässlingsvaccinet introducerades på 1970-talet.

Mässling kan ge allvarliga komplikationer som i olyckliga fall leder till döden. Mässlingsepidemier har t ex flera gånger härjat på Grönland med många döda i sina spår. På samma sätt drabbades Nya Världen när européerna kom dit. I kölvattnet av många krig har mässlingen också tagit många offer (Fransk-Tyska kriget 1870-71, Boerkriget 1899-1902).

En provinsialläkare skrev 1836:

"Eftersjukdomar; hvilka, då händelsen var sådan, bestodo i bröståkommor och ögonsjukdomar. De förra hjälptes med expectorantia, såsom kermes, sulphur auratum, Gummi Ammoniacum, Senega, samt dessutom dragmedel och någon gång bloduttömningar efter olika för handen warande indicationer; de sednare, eller ögonsjukdomarne, försvunno under bruket af ögonvatten af Sulphas Zincimen, hvartill, vid större retlighet, sattes, Musilago Seminum Cydoniorum och litet Vinum Opii.

Med fördel användes invertes Aqua sambuci, Solutio Citratis Kalici med Tartras Stibico Kalicus och Sal Ammoniacum.

Inandning af varma fläderångor visade sig äfven välgörande. Så framtv svårare eftersjukdomar skulle undvikas, måste den synkritiska behandlingen, medelst en lindrigt svettdrifvande regime, länge fortsättas."

De mässlingepidemier som förekom fram till 1875 kom utifrån och spreds från kuststäderna inåt landet. Göteborg var inkörsport för västra Götaland. Om mässlingsförekomst i Älvsborgslandstinget se tabellen infektionssjukdomar.

Wenersborgs Provincial- Läkare distrikt för år 1846. C. F:r. Kjellberg:

"Messlingen, jag tror uti den intill Bohuslän belägna delen.- I slutet af October inkom den till Wenersborg med inflyttadt tjenstefolk.- Smittan utbredde sig så hastigt, att inom Lancasterskolorna, hvilka besökas af omkring 150 barn, öfver halfva antalet på ett par dagar insjuknade.- Uti vår högre Apologert skola, der antalet Lärjungar är ungefär lika stort, hade likväl i slutet af November, då skolan uplöstes, ingen insjuknat; dock hade all försitighet blifvit iakttagen att förekomma smittans utbrott bland lärjungarne.-

Under December månad spridde sig sjukdomen allmänt inom Staden; och finnas för närvarande högst få hus, hvilka smittan ej besökt.- Dödligheten och svårare eftersjukdomar hafva likväl, med undantag ibland de mest utfattiga, varit obetydliga.- Sjukdomen har angripit, ifrån barnet vid Modrens bröst ända till den 50 års gamle mannen; likväl har jag icke hört att någon, som förut haft sjukdomen, uti den infallit.- Under Messlinges fortgång hafva få andra sjukdomar visat sig.- Endast några få fall af hals och bröstaffectioner samt nerffeber.- Wenersborg den 30 Januari 1847."

Ur "Läkarebok" 1933 av Henrik Berg MD, Fil Dr

" Denna vanliga barnsjukdom undgås knappast av någon människa. Den är i våra dagar jämförelsevis ofarlig, och i alla händelser, om den rätt behandlas, hos ett förut starkt barn en ganska oskyldig sak. Om den däremot vanvårdas eller behandlas oriktigt, kan den bliva ödesdiger genom följsjukdomar, som antingen uppträda omedelbart eller längre fram i tiden.

I forna dagar var mässlingen en mycket fruktad farsot. På de tider, då vattenbehandling av feber var okänd (sorgligt nog tro än i dag de flesta människor, att just vid mässling det ej går att använda vattenbehandling) och då bloduttömning (genom åderlätning m. m.) var ett suveränt medel att sänka temperaturen, grasserade mässlingen så väldeligen, att den anställde härjningar, som påminde om kolerans. Ett exempel må anföras. År 1712 anställde mässlingen förfärliga härjningar i Ludvig den fjortondes familj i Frankrike. Hans sonson, hertig Ludvig av Bourgogne insjuknade med hela sin familj i mässling. Den 12 februari dog hertiginnan, den 18 februari dog hertig Ludvig, den 8 mars dog dennes äldste son hertigen av Bretagne. Sonen numro två (då endast två år) genomgick sjukdomen, men

var så klen, att man ej trodde, att han skulle kunna bliva gammal. Det var den sedermera så usle Ludvig den femtonde.

Symptomer. - Efter ett inkubationsstadium av 8-14, oftast 13 dagar ter sig sjukdomen i början som en vanlig förkylning. Ögonen bliva röda, svullna och rinnande. Trötthet och feber inställa sig. På tredje-femte dygnet kommer utslaget och uppträder först å hårda och mjuka gommen (Koplik'ska fläckarna) i form av ungefär linfröstora röda fläckar och seden i ansiktet. Sedan går det till bröst, buk och rygg, slutligen till armar och ben. Utslaget är rött och består av mindre fläckar, som äro taggiga och upphöjda. Dessa sammanflyta ibland, i andra fall lämna de normal vit hud emellan sig. De höja sig något över hudytan. Ett ymnigt utslag är ett mera gynnsamt tecken än ett sparsamt. Efter två, tre, högst fem dagar börjar febern sjunka och utslaget går tillbaka, i det att det antager en mera brun färg. Nu börjar avfällningsperioden, under vilken små, klillknande fjäll avsättas. Denna period avslutas omkring 14 dagar efter utslagets framträdande. Samtidigt med utslaget finns regelbundet bröstkatar. Denna kan lätt övergå till kapillärbronkit eller unginflammation (bronkopneumoni). Strypsjuka(febrinös krupp) kan lätt tillstöta. Övriga komplikationer äro tuberkulos (se nedan), mellanöroninflammation, njurlidande m. m.

För svaga, blodfattiga, av engelska sjukan eller av kikhosta lidande barn eller för barn under två år är mässlingen en farlig sjukdom. - Om skrofler eller tuberkul finns, orsakar sjukdomen ofta en utbredning av tuberkulosen.

Orsaker. - Mässlingen är en smittosjukdom. Den parasit, som orsakar den, är till sin natur ännu fullkomligt okänd. Smittan sker genom beröring med patienten eller genom sammanboende med den sjuke i samma rum ell våning. Indirekt smitta genom friska personer, som varit i beröring med det sjuka barnet, eller genom föremål, som någon tid varit avlägsnade från detsamma, tycks ej förekomma. Smittan tycks utgå från näsan och luftrören. Den, som en gång haft mässling, får nästan aldrig mer sjukdomen.

Behandling. - Den sjuke isoleras under 3 veckor. Barn, under 2 år samt rakitiska, skrofulösa, tuberkulösa eller med tuberkulös hereditet belastade barn böra icke utsättas för smitta. Vid minsta misstanke på difteritisk krupp, bör bakterieprov tagas. Mässlingen är en utslagsfeber.-' Säsom sådan bör den behandlas med vatten. Varje utslagsfeber, av vad namn det vara må, bör så behandlas. Utslagsfeberns egen karaktär visar på det tydligaste, att här föreligger en strävan att genom huden befria kroppen från feberns toxiner (gifter). Enligt denna vink måste vi rikta vårt huvudsträvande på att så mycket som möjligt stärka och rätt behandla huden samt avleda utåt huden.

Av allmänheten behandlas mässlingen ofta, för att icke säga oftast, förvänt. Det råder en allmän tro, att mässling är en sjukdom, som måste övergå alla, att sjukdomen ej är farlig och att den snart går över. Men det är ej så. Mässlingen drabbar ej alla. Den anfaller endast den, som direkt varit i beröring med mässlingssjuka. Vidare är den långt ifrån ofarlig. För Henocho i Berlin dogo av de sjukliga och dåligt närda barn under 2 år, som intogos på hans sjukhus (charitén), 551/3 procent av de av mässlingangripna och av alla mässlingspatienterna 30 procent. Oftast nöjer allmänheten sig med att "hålla den sjuke varm", att hålla halvmörkt i rummet och att giva barnet bröstsaft för hostan. Ej sällan är luften i sjukrummet mycket dålig. I all synnerhet är naturligtvis detta fallet i hem, där trångboddhet är för handen. Med denna behandling få mässlingspatienter lätt lunginflammation och ofta dö de av denna följsjukdom. De, som överleva behandlingen, bliva ej sällan sjukliga. Särskilt få de ofta skrofler och tuberkulos. Förklaringen är den, att en förut latent (slumrande) tuberkulos genom mässlingen blir "uppväckt" och övergår till lungrot eller mitiartuberkulos.

Det är således ej nog med, att vid luftskygg och vattenskygg behandling barnen ofta dö i mängd under en mässlingsepidemi, utan en genomgången mässling lägger ofta grund till en följande klenhet. Baginsky anmärker: "det finns knappt någon sjukdom, som i samma grad som mässling gör barnlungan tillgänglig för ett inträngande 'av tuberkelbacillen". Detta är beklagligt, så mycket mer som det knappast torde finnas någon oskyldigare febersjukdom än mässling, blott den behandlas rätt "Tyvärr", säger D:r Ruddock, "är mässlingens olämpliga behandling så vanlig, att den är en bland de mest ödesdigra sjukdomar särskilt hos barn".

Sjukrummet bör, om möjligt, vara isolerat. Luften i detsamma bör vara frisk och bör gärna hållas fuktig genom avdunstning av vatten i rummet. Detta bör icke först så, att rummet skall vara utkylt. Rummet skall vara varmt, men bör vara fyllt med frisk luft. Dieten m. m. bör anordnas så, som är angivet under artikeln Feber

Vattenbehandling. - Vid mässlingens behandling spel det ljumma helbadet en stor roll. Man ger åt det febersjuk barnet på kvällen ett ljumt helbad på 33-30 grader och 3-5 minuter. På morgonen gives våt avrivning med rumsvarmt vatten. I svårare fall användes våt inpackning. Dock bör man med densamma endast åstadkomma mät liga värmeförluster. Efter inpackningen bör man ej giv halvbad utan en kraftig avrivning (Winternitz). Mot brös katarren användes vtvärmande bröstomslag

Medikamentös behandling. - Den besvärliga "mässlingshostan" är nästan oundviklig och beror på en inflammation i luftrörens slemhinna. Upphostningen bör dili underlättas t. ex. genom drickande av ljumt Emservaten. Däremot bör ej hostan "stillas" genom opium (bröstsajt med opium, Roséns bröstdroppar).

Det upphostade slemmet bör för smittas undvikan uppsamlas i en särskild kopp, som dagligen tömmes, eller på en näsduk, som får ligga på en särskild tallrik och dagligen ombytes för tvättning.

Efterbehandling. - Då sjukdomen ger sig, bör konvalescenten mycket väl bevaras för kall luft och ej under minst 14 dagars tid gå ut. Sjukrummet bör efter överstånden sjukdom omsorgsfullt rengöras. Patientens sängkläder böra omsorgsfullt piskas, spolats och rengöras."

BÖRJAN TILL FÖRBÄTTRAD FOLKHÄLSA

Inom medicin och sjukvård gjordes allt flera betydande framsteg. De flesta av dessa landvinningar gjordes i andra länder och spreds sedan till vårt land. Inom vissa avgränsade områden låg dock Sverige genom personliga insatser långt framme vid den medicinska frontlinjen. Trots dessa framsteg kan med fog hävdas, att den förbättrade folkhälsan och ökade livslängden i ännu högre grad berodde på förebyggande vård, bättre kost och hygien samt allmänt förhöjd levnadsstandard. Från 1800-talets början spelade en mer positiv attityd till ökad amning, förbättrad spädbarnsvård och vaccination mot smittkoppor en stor roll. En effekt härav blev den minskade barnadödligheten. Tidigare – under 1700-talet – hade vart tredje barn inte upplevt tioårsåldern. Under senare hälften av 1800-talet påverkades hälsotillståndet också av ökad produktivitet i jordbruket. Då 75 procent av svenskarna vid denna tid hade sin utkomst från jordbruket, var den höjda produktiviteten i denna näringsgren av utomordentlig betydelse och gav förutsättningar för bättre kosthåll och högre standard.

Befolkningsstatistik, folkökning och jordreformer

I Sverige inleddes obligatorisk folkbokföring genom 1686 års kyrkolag. Kyrkoböckerna innehåller dock först från 1749 uppgifter från samtliga församlingar. Den första sammanställningen gjordes då för hela rikets befolkning genom det nyinrättade Tabellverket (1749), som 1858 ändrade namn till Statistiska centralbyrån (SCB). Därmed har Sverige världens äldsta sammanhängande och heltäckande befolkningsregister. Den förste chefen för Tabellverket, Pehr Wargentin, var astronom och statistiker och spelade en stor roll genom att bygga upp och analysera den nya statistiken. Under denna tid var dödsorsaksstatistiken den enda källa som fanns tillgänglig för att studera sjukdomars utbredning. Med hjälp av tabellerna är det möjligt att göra statistik över sjukdomarnas framfart i Sverige på 1700-talet vilket är unikt för Sverige. Det var präster och inte läkare som fyllde i uppgifterna vilket gjorde att det blev fel ibland. Inte heller läkarna kunde vid denna tid ställa säkra diagnoser. Bakteriologin som exempel kom ju först på 1860-talet.

En bakomliggande faktor till att Tabellverket inrättades var att man från statsmakternas sida ville uppmuntra till äktenskap och barnalstring. Man önskade ett tillstånd som skulle ”leverera undersåtar till billigt pris” och undersåtar som hölls i arbete från barnåren. Det var en del i det merkantilistiska systemet.

Eftersom smittkoppor dödade många barn var det viktigt, att som en första utgångspunkt samla relevanta demografiska uppgifter genom Tabellverket. Verkets mortalitetstabeller byggde på formulär som Abraham Bäck, en av 1700-talets mest berömda läkare, utarbetat och som hade 33 kolumner för dödsorsaker som bl. a. Koppor, lungsot och frossa.

Sveriges folkökning var 1750 - 1850 långt större än någonsin tidigare i landets historia, och under denna period var ökningen klart kraftigast under 1800-talets första hälft. Tillväxten kan inte förklaras av stigande födelsetal. Mot de relativt konstanta födelsetalen kontrasterar däremot dödligheten – framför allt barnadödligheten – som visade klart fallande siffror särskilt efter 1820. Detta var alltså den främsta bakomliggande faktorn till folkökningen. I sin koncisa sammanfattning: *freden, vaccinen och potäterna* har Esaias Tegnér's förklaring till händelseutvecklingen blivit klassisk. Det bör dock framhållas, att smittkoppsdödligheten började gå tillbaka, innan vaccineringen startade. Befolkningen tycks alltså ha byggt upp en viss egen motståndskraft mot epidemiska sjukdomar.

Genom olika skiftesreformer under senare delen av 1700-talet och början av 1800-talet kunde den odlade jorden sammanföras i större sammanhängande ägor. Brukningsmetoderna blev mer rationella än som varit möjligt på de tidigare splittrade ägorna. De gamla byarna sprängdes, och en betydande utvidgning av åkerarealen ägde rum. Samtidigt som jordreformerna förbättrade möjligheterna till försörjning utgjorde de en förutsättning för den starka befolkningstillväxten. I sin tur pressade den fram en omfattande nyodling. Ny mark lades under plogen, och på de nya jordarna odlades framför allt havre och potatis.

Den starka folkökningen inom jordbruksbefolkningen ledde under 1800-talet till en omfattande hemmansklyvning. Fastän jordstyckningen och nyodlingen var långtgående, kunde de inte hålla jämna steg med den ännu kraftigare folkökningen. Det innebar att jordbrukets underklasser, såsom torpare och backstugusittare, fördubblades mellan 1810 och 1860, medan de egentliga böndernas numerär i stort sett var oförändrad. Befolkningstrycket skapade alltså en tydlig proletarisering inom jordbruksbefolkningen. Det anmärkningsvärda är att dödligheten här minskade och att människorna blev märkbart friskare under denna period. Någon påtaglig höjning av inkomsterna för jordbrukets underklasser skedde inte förrän vid mitten av 1800-talet. En positiv faktor var förstås den billiga och närande potatisen, och den roll den fick, inte minst för jordbrukets underklasser.

Utvecklingen i Stockholm och Östsverige – Göteborg och Västsverige

Vad folkökningen beträffar är det intressant att jämföra Göteborg med Stockholm och Västsverige med Östsverige. Mellan 1750 och 1850 steg Stockholms folkmängd med 30 procent, medan Göteborgs steg med 170 procent. Demografiskt sett expanderade Göteborg då i en takt som överskred den för riket i genomsnitt.

Stockholms relativa stagnation hade flera orsaker. I det här sammanhanget är det värt att understryka, att den demografiska bilden för Stockholm visar en klar avvikelse från den allmänna utvecklingen i landet. I Stockholm låg nämligen dödlighetstalen kvar på så höga nivåer, att födelsetalen inte kunde hålla jämna steg med dödstalen. Utan en ständig inflyttning hade Stockholm alltså inte kunnat bibehålla sin folkmängd. Man har sökt efter förklaringar till de höga dödlighetstalen i den tidens Stockholm. Forskningen har främst pekat på skrämmande sociala och socialhygieniska förhållanden som bakomliggande orsaker. Att särskilt männen i Stockholm visade en markant överdödlighet har i första hand setts som ett resultat av en enorm alkoholkonsumtion. I Stockholm var alkoholförtäringen per capita högre än på landsbygden, vilket ytterligare bidrog till att förstärka den sociala misären i Stockholm. Den socialhygieniska situationen i Stockholm var – särskilt under 1700-talet senare del – den sämsta som Sverige då hade att uppvisa.

Forskningen har emellertid inte bara kunnat visa på demografiska skillnader mellan Stockholm och Göteborg utan också mellan Väst- och Östsverige. Under perioden 1750-1850, som föregick det industriella genombrottet i Sverige, kännetecknades de västsvenska landskapen Halland, Bohuslän, Västergötland, Dalsland och Värmland av hög fruktsamhet, låg dödlighet och en kraftig folkökning. Östsverige hade av motsatta skäl en klart svagare folkökning. Exempelvis var folkökningstakten bland jordbrukets underklasser under första hälften av 1800-talet dubbelt så hög i Västsverige som i mälardelens landskapen.

Kommuner och Landsting

Kommunen

På landsbygden utgjorde socknen basen både för kyrkliga och världsliga angelägenheter. Från 1600-talet utökades socknens verksamhetsfält. Utom de rent kyrkliga ärendena kom det att omfatta fattigvård, tillsyn över lösdrivare, folkundervisning, förvaltning av sockenmagasin och åtgärder rörande hälsovård.

Med 1862 års kommunalförordningar, som upphöjdes till lagar 1866, lades grunden till den kommunala organisation som fortfarande består.

Ur socknen bildades två slags kommuner: 1) den borgerliga landskommunen och 2) den kyrkliga församlingen.

Genom kommunalförordningarna 1862 bestämdes befogenheterna för kommunen (på landsbygd) och för staden: rätten att vårda sina "gemensamma ordnings- och hushållningsangelägenheter". I och med dessa lagar fick man också rätt att beskatta kommuninnevånarna. Detta ledde bl. a. till att man fick möjlighet att anställa barnmorskor i bygderna, något som Sundhetskollegiet förordat redan 1830. I sin tur ledde det till minskad dödlighet i samband med förlossningar.

På landsbygden utgjorde varje socken en kommun fram till 1952. Två eller flera socknar kunde dock vara förenade till en kommun.

En ny kommunindelning verkställdes 1952 i syfte att skapa större administrativa enheter, den s k storkommunreformen. En andra kommunindelningsreform genomfördes successivt 1962 -1974. För vår del bildades nuvarande Lerums kommun 1969 genom sammanslagning av Östad, Stora Lundby, Skallsjö och Lerum. Ett enhetligt kommunbegrepp infördes 1971, då städer, municipalsamhällen och köpingar kommunalrättsligt sett avskaffades.

Numera finns det två kommuntyper: primärkommuner och sekundärkommuner (landsting). År 1993 fanns det 286 primärkommuner och 23 sekundärkommuner. I landstinget ingår automatiskt alla primärkommuner i ett län.

Landstinget

Landstinget är en sekundärkommun för självstyre i länen med kommunal beskattningsrätt och ansvar för vissa speciallagsreglerade uppgifter, främst hälso- och sjukvård. Dagens landsting har sitt ursprung i 1862 års kommunalreformer. Genom 1862 års förordning stadgades, att det i varje län vid sidan av länsstyrelse och kommuner skulle finnas ett landsting med självständigt ansvar för länets utveckling. Därmed skapades de tre nivåer som fortfarande existerar: stat, landsting och kommun.

Stora Lundby/Lerum – två exempel

Den allmänna demografiska trenden för västra Sverige kan ytterligare bekräftas med uppgifter från Stora Lundby socken. Befolkningsstatistiken, som bygger på uppgifter från prästerna, visar att Stora Lundby år 1750 hade en folkmängd på cirka 800 personer. Femtio år senare hade antalet vuxit till 1 015 för att år 1850 uppgå till 1 660. Det innebär att folkmängden i socknen under hundra år mer än fördubblades. Precis som för regionen i dess helhet var ökningstakten i Stora Lundby under 1800-talets första hälft klart högre än under 1700-talets senare hälft. Medan Stora Lundbys folkökning 1750-1800 uppgick till 25 procent, uppgick den 1800-1850 till hela 65 procent. Ökningen förklaras främst av hög fruktsamhet och låg dödlighet. Det mest uppseendeväckande var inte att nativiteten steg, för det gjorde den inte, utan att dödligheten generellt föll. I allmänhet översteg födelsetalen klart dödstalen. Det var endast under kortare men intensiva perioder av epidemier – främst rödsot, smittkoppor och kolera – som antalet döda var fler än antalet födda. Sedan vaccin mot smittkoppor på 1790-talet tagits fram i England, började man i Stora Lundby år 1805 vaccinera barn mot sjukdomen. Vaccineringen fick också effekt, genom att antalet smittkoppsfall minskade betydligt. Som kommer att visas längre fram skulle det emellertid dröja länge – såväl nationellt som lokalt – innan vaccineringen blev allomfattande. Smittkoporna återkom därför långt in på 1800-talet om än i minskande omfattning.

Andra förändringar, som under perioden var belysande för Västsverige, återfinns man också i utvecklingen för Stora Lundby. Befolkningsökningen ledde till ett större tryck på den odlade jorden, vilket i sin tur medförde att jordbrukets underklasser kraftigt ökade. År 1750 fanns det i socknen 127 bönder och 4 torpare. Hundra år senare hade böndernas antal minskat till 85 medan antalet torpare ökat till 75. Under tiden hade också antalet backstugusittare och drängar stigit betydligt.

Den gamla goda tiden” – en dagsverkares liv på 1890-talet

Berättare JOSEF WALLIN

”År 1889 arrenderade min far och mor ett litet skogstorp 7 km från herrgården. Torpet låg vid Lilla Härsjön i Lerums socken, Älvsborgs län. Vi kunde föda en ko samt gris och några höns. Far måste göra 2 dagsverken per vecka, för de andra dagarna fick han kr 1:75 per dag; inte mycket att försörja en stor familj på.

Jag kom till världen som nr 4 av 16 syskon. För att hjälpa upp ekonomin fick vi följa med mor till skogen och hugga björkris till stallkvastar. På sommarn gick det nog bra, men när vintern kom, med snö och det blev isbark på träden, blev det mindre trevligt för mor. Varje år bar hon ju på en liten. Med kläderna stelfrusna och en tung risbörda på ryggen kunde man nog ha önskat henne något angenämare. Tio öre styck för kvastarna, det blev 2 kr för ett tjog, sen bära dem ut till vägen, där en bonde tog dem med till staden, nära 3 mil att köra. När far kom hem på kvällen fick han sitta i köket då vi gått och lagt oss.

När far skulle börja vårarbetet fick han låna en häst från gården, men inte förrän patron var klar med sitt. Det blev sent ibland, så jag och min äldre bror fick hjälpa far med att dra harven. Flera gånger blev det att vända sig om och se efter så inte harvpinnarna tog i mina bara fötter. När någon bror eller syster skulle komma till världen fick far hämta barnmorskan. Det var en bäck om rann under vägen, en gång hade den stigit så hästen vägrade att gå över. Då fick far ta barnmorskan på ryggen och vada över. Vid barnmorske- besök blev det fest för oss barn, då kom granngummorna med "sängamat" till mor, sagogrynssoppa med russin eller korinter i; det mesta fick vi barn.

Jag nämnde att vi hade bara en ko, så mjölken tog slut ett par dagar på året. Under den tiden fick vi gå till en bonde 2 km hemifrån och köpa

mjölk. En dag när min bror kom hem med mjölken så föll han i förstun, och flaskan blev tom. Han fick vända om, men fick då bara hälften mjölk; den söndagen blev det sen middag för oss.

En vinterdag kom en granne genom skogen med häst och släde för att hämta en plog. Hemvägen tog han över sjön, den var genare. Far förklarade hur han skulle köra, för det var gott om strömdrag. Efter några minuter hörde vi hemska nödrop. "Nu har han gått igenom isen", sa far, fick tag i en yxa och sprang ner till sjön. En granne som hört ropen kom till hjälp. Efter ett par timmar var hästen på det torra, men ploget försvann i djupet.

Vi hjälpte far att bryta mark, det var gott om sten. Vi använde en ekstam med en hästsko i ena änden, för att den inte skulle slinta när vi tog upp de stora stenarna. Det blev nyodling. Då köpte far en ko till. När patron fick veta detta, blev det en arbetsdag till i veckan att göra gratis!

En dag var en stor älgdjur nära på inne i ladugården, dörren stod öppen, bara bakbenen var utanför tröskeln, han kände väl vittring av korna, men försvann sen in i skogen.

Jag skulle hjälpa till att tröska en dag, men den dagen kunde ha blivit min sista. Jag var nog inte mer än 8 år då, räckte knappast upp till veven, den tog tag i min rock och snodde om, så jag gjorde ett par varv i luften innan mor fick se mig, för hon stod och matade in. Om jag hade slagit huvudet i golvet vet jag inte hur det slutat.

Åren gick, det började bli trångt i stugan med ett rum och kök. Min äldste bror fick plats i en handelsträdgård. En dag då han höll på att spruta giftblandning på träden, blev det stopp, han tänkte sig väl inte för, utan tittade efter var felet var, då kom strålen i ögat och brände upp synnerven, så han miste synen. Han fick då ett par begagnade byxor samt en kavaj av disponentfrun, som frågade om han var nöjd, och därvid blev det.

Om far skaffade en stenarbetare som lade grunden, och vi högg virket, skulle patron släppa till skogen. Allt var klart. Vi hade hjälpt till, både små och stora, så vi skulle få ett nytt stort hus, men därav blev intet. En dag när far var bortrest kom det karlar med 5 par hästar och lastade på allsammans, han hade ångrat sig, ville inte bygga så långt bort i skogen.

Vi flyttade efter 18 års slit och släp. Ännu finns det några stenar av grunden kvar efter 70 år. Det var på "den gamla goda tiden"!

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

"...det var klenst beställt med en sådan församlingsangelägenhet som fattigvården. Det är först i vår egen tid som vi sett de hemtrevliga och välskötta ålderdomshemmen skapas. Den gamla stugan vid väggkanten, som då var tillhåll för ortens fattiga, hade ingenting mer än ändamålet gemensamt med den präktiga gård, som nu är ett hem för de gamla och orkeslösa i socknen. Det var ett fruktansvärt ruckel. Hela stugan rymde endast två rum, egentligen ett rum och kök, ett för gubbarna och ett för gummorna. De största glädjeämnena i fattigstugan voro nog snuset och kaffet. Men vilket kaffe! För sina fattiga slantar (ofta ihoptiggda) inköpte de gamla i "boa" ett halvt fjärdedels skålpund åt gången av den dyrbara gåvan, vilket sedan till oigenkännlighet utdrygades med rostat råg eller korn – och sedan festades det i fattigstugan...".

Mentalvården utvecklas

Berättat av Lars Egedius och varsamt redigerat av författarna

Under slutet av 1800-tal och fram under 1900-talets första hälft behandlades patienter med psykisk sjukdomsbild med metoder av fysiskt, fysiologiskt och kirurgiskt slag. Ett exempel på detta är lobotomi, ett direkt kirurgiskt ingrepp som gjordes i patientens hjärna för att skilja av de impulsvägar som bedömdes orsaka den psykiska ohälsan hos patienten.

Metoden, som fick stor spridning från slutet av 1930-talet, gick ut på att man skar av nervbanor från pannloben till djupare liggande regioner i hjärnan som är centrum för känslolivet. Tanken var att ingreppet skulle dämpa ångest och oro men många patienter blev istället helt apatiska. Vad det också, i lobotomins tidiga tillämpning, ledde till var en ofta markant, allmän personlighetsförändring, med känslomässig förflackning och s. k. vegeterande, passivt och indifferent beteende. Inte bara det oönskade försvann hos patienten utan till stora delar också det unika, värderade och karaktäristiska i personligheten hos patienten.

Metoden utvecklades av den portugisiska läkaren Egas Moniz som fick nobelpriset 1949. Efter ett tag började kirurgerna experimentera med olika metoder. Den amerikanske läkaren Walter Freeman uppfann en metod som gick ut på att söva patienten, placera en ishacka i ögats övre del och sedan knacka in ishackan med en hammare tills den nådde fem centimeter in i hjärnan. Efter många års lobotomerande så växte dock kritiken och obuktationer visade att många patienter avlidit av omfattande hjärnskador.

Mer än 9000 personer lobotomerades i Skandinavien under 1940- och 1950-talet. I förhållande till befolkningen så låg de skandinaviska länderna i topp när det gäller att utföra detta ingrepp.

Att vi numera kan betrakta en metod som lobotomi i dess tidiga form som både inhuman och dess effekter alltför oåterkalleliga, bör ställas i belysning av att det som senare skett. Utveckling och tillförande av de andra behandlingsmetoder som senare har tillförts den psykiatriska sjukvården, fanns då inte att tillgå. Detta glöms lätt bort i en nutid där alltmer förfinade och specifika metoder har utvecklats och kommit i tillämpning i klinisk psykiatrisk praxis. Idag används metoden knappt alls, utan man medicinerar istället med psykofarmaka.

En annan metod att behandla svåra, djupgående och handikappande känslomässiga sjukdomstillstånd, är det som i dagligt tal benämns Elbehandling eller Elchock. Denna metod, ECT, Electro Convulsive Therapy, består i att strömförande elektroder förs mot patientens tinningar, vilket framkallar kramper och spasmer, till det yttre liknande de som uppkommer spontant hos epilepsidrabbade patienter. Syftet var att dessa elchocker skulle lyfta patienten upp ur de plågsamma melankoliska, långvariga och ofta återkommande depressionstillstånd som patienten lider av. Målgruppen för sådan behandling har i första hand varit patienter med uttalad eller bedömd självmordsproblematik. Behandlingen är dramatisk till sin form för den som bevittnar den och för patienten själv en inte alltid så helt behaglig upplevelse. Behandlingen ges i serier på upp till tiotalet behandlingar i följd, beroende på effekt. ECT har visats ge en snabbare och mer kraftfull effekt än antidepressiva läkemedel (Semple 2005, s 286). Effekten är dock inte permanent, utan man måste följa upp med läkemedelsbehandling för att patienten inte skall bli sjuk igen. Trots att ECT använts under många år är behandlingen fortfarande kontroversiell.

Under 1950-talet tillkom ett i högsta grad väsentligt bidrag till de behandlingsinstrument som fanns att tillgå inom den psykiatriska sjukvården. Från att tidigare huvudsakligen haft patienter mer eller mindre sängliggande, isolerade och förvarade på mentalsjukhusen, tillkom nu farmakologiska preparat av helt annat slag än de begränsat verksamma som tidigare funnits att tillgå. Dessa nya, syntetiserade preparat, de s.k. klorpromazinerna, varav t. ex. Haldol och Hibernal är väl kända, var avsedda att kupera de psykiska sjukdomsprocesser som benämns psykoser, dvs. vanföreställningar, hallucinationer, m.m. De möjliggjorde att man nu kunde

behandla, både orsakerna till sjukdomen men också de symtom, beteenden och reaktioner som sjukdomen gav upphov till, på ett ur allas behov mer lättadministrerat sätt. Det skall dock också framhållas att dessa nya psykofarmaka, i huvudsak de tidiga s.k. neuroleptika, också framkallade oönskade kraftiga biverkningar, som kunde leda till att ”det man vann”, ofta var på bekostnad av det man förlorade. En allmänt sederande, lugnande och dämpande effekt uppnåddes oftast på bekostnad av en allmän och generell mental avtrubning hos den medicinerade patienten. Detta var inte helt olik det man genom lobotomi tidigare erfarit, dock med den stora skillnaden att det nu inte behövde leda till irreversibla, oåterkalleligt bestående konsekvenser för patienten.

Den revolution och förnyelse, som inleddes med de nya farmakologiska instrumentens inträde i mentalvården i stort, medförde ett flertal positiva konsekvenser också i övrigt. Den nu markant ökade fysiska rörligheten hos patienten under vårdtiden på avdelningen och det lika drastiskt reducerade behovet av att isolera patienter rumsligt gjorde att en mer allmänmänsklig social miljö skapades. Det som tidigare föranletts av de stora risker för fysiskt våld och skada i samband med okontrollerbara aggressiva utbrott, m .m, då en eller flera patienter vistades samtidigt i samma utrymmen, kunde nu ,med adekvat medicinering kuperas. Det fanns också andra, rent administrativa fördelar, t.ex. att fler patienter nu kunde behandlas av färre personal, vilket i sin tur gjorde att personal kunde frigöras för andra uppgifter i vården av patienten än de som tidigare varit möjliga, när arbetsuppgifterna huvudsakligen varit inriktade på ”tillsyn, förvarande och förplägnad”.

De tidigaste preparaten inom den psykiatriska sjukvården hade ,som nämnts ovan, patienter med psykos eller med djupa affektiva sjukdomstillstånd som målgrupp. Det rörde sig i första hand om diagnostiserade psykosor och melankolier. För dessa patienter utgjorde den nya behandlingen ett stort steg från den tidigare ensidiga och begränsade vård som stått tillbuds. Livskvaliteten höjdes avsevärt under detta skede till följd av behandlingen för patienterna och till följd av en positivare arbetsmiljö och en mer konstruktiv yrkesroll för personalen. Inte oväsentliga faktorer som inverkar på behandlingseffektens utfall.

Under decennierna som sedan följde har utvecklingen lett fram till allt mer differentierade och selektivt verksamma preparat inom den läkemedelsgrupp som i dagligt tal benämns neuroleptika. Till gagn för patienter och behandlare, har fokus allt mer kommit att vara riktat mot att nedbringa de olika negativa och oönskade biverkningar som förelåg hos de tidigaste preparaten och som ibland ledde till att patienten avbröt sin behandling eller helt vägrade .

Under denna epok, under sextio- och sjuttioal, förekom en icke obetydlig förskrivning av mer eller mindre kontinuerligt pågående farmakologisk behandling av melankolier och depressioner, ibland utan vare sig systematiserad utvärdering eller slutpunkt. Den behandlande läkaren utförde och utvärderade i den kliniska vardagens möten med patienten den insatta farmakologiskt baserade behandlingen, efter bästa förmåga men på ibland tämligen ofullständiga, subjektiva och ostrukturerade grunder. Få möjligheter stod till buds att mer objektivt bedöma effekter av behandlingen, förutom med hjälp av patientens och anhörigas subjektiva, dock nog så väsentliga, uppgifter och utsagor. Det kliniska allmänintryck som behandlaren fick i mötet med patienten var naturligtvis dessutom också en viktig och betydelsefull del av utvärderingen men det förutsatte också en relativt tät kontakt med patienten. När denna behandlingsform fördes ut i öppnare vårdformer utanför sjukhusen och patienten var i sin vanliga livsmiljö i samhället utanför, blev det betydligt mer svårbedömt vad som lett till vad ,i behandlingshänseende. Många s.k. oberoende och beroende variabler och faktorer tillkom då ,vilket komplisserade utvärdering av behandling. Ofta inleddes därför den farmakologiska behandlingen på sjukhus, som inneliggande patient för att säkerställa möjligheter till utvärdering. Detta kunde dock i sin tur leda till relativt långvariga inneliggande vårdperioder för patienten. Det medförde då också stora konsekvenser för patienternas möjligheter att

upprätthålla det vanliga livet utanför, i form av arbete, familjeliv, m. m. Behandlingen var , som tidigare nämnts, till övervägande delen, riktad till de grava sjukdomstillstånd där detta liv utanför, för närvarande inte var särskilt aktuellt.

SJUKHUSEN OCH ANNAN SLUTEN VÅRD

Som nämnts inledningsvis (under rubrik bakgrund) inrättades på medeltiden klostersjukhus, där inte bara klosterpersonal utan också allmänheten kunde få vård. Inom klostersjukhusen utvecklades med tiden en viss medicinsk kompetens. I gamla Lödöse vid Göta älv byggdes 1243 ett Dominikanerkloster med Sankti Jörghins Hospital. Hospitalen blev till sin funktion, sedan pesten upphört att härja, lika Helgeandshusen d v s förvaringsplats för åldringar, obotligt sjuka, epileptiker och dårar. År 1528 beslutade Gustav Vasa att hospitalet i Lödöse skulle flytta till Gråbrödraklostret i Nylöse. Efter reformationen 1527 löd hospitalen under staten. Efter Göteborgs stads tillkomst 1619 – 1621 döptes Nylöse hospital om till Göteborgs hospital. Ur en inspektionsrapport 1857: ”mindre pålitliga hjon fjättrades ännu med fotbojor vid sängar, ävensom att de vansinnige i allmänhet saknade sysselsättning”. År 1872 byggdes det nya Göteborgs hospital i Backa på Hisingen. 1931 försvann Hospital ur offentligt språkbruk. Göteborgs hospital blev Sankt Jörgens sjukhus, ett mentalsjukhus.

Det första moderna sjukhuset i Sverige var Serafimerlasarettet i Stockholm som öppnades 1752. Sjuka från hela landet kunde få vård och samtidigt kunde läkekonsten praktiskt studeras. Men till skillnad från de äldre hospitalen tog man vid Serafimerlasarettet bara emot sådana patienter som bedömdes möjliga att bota. Kroniskt sjuka och döende hänvisades till andra vårdformer. Jämfört med andra länder gick utbyggnaden av den svenska sjukvården ganska långsamt, men under 1700-talets senare del inrättades lasarett i länen.

Riksdagen beslöt år 1756 att minst ett lasarett borde inrättas i varje län. På vissa orter skulle också kurhus skapas för den veneriska smittan, som börjat sprida sig alltmer.

I brist på narkos var kirurgin vid denna tid oftast en grym och blodig specialitet, som främst var begränsad till behandling av sårskador och amputationer. Någon bukkirurgi kunde man till exempel inte bedriva. Den som i Sverige höjde kirurgins anseende var Olof af Acrel (1717-1806), ”den svenska kirurgins fader”. Han gav sig ut i Europa som fältskärsgesäll och skaffade sig kunskaper i anatomi och krigskirurgi hos berömda kirurger vid universiteten. Han förenade den teoretiska kirurgin med barberartraditionerna, och när Serafimerlasarettet startade, blev af Acrel dess överkirurg. Det var först med Serafimerlasarettet som den egentliga sjukvården i Sverige inleddes. Det är också betecknande för den tidens uppfattning att af Acrel i sitt första förslag till det nya lasarettet räknade med *två sjuka i varje säng*. År 1765 fick länen tillstånd att ordna egna lasarett. Sedan af Acrel 1776 blivit generaldirektör för landets samtliga lasarett, organiserade han deras fortsatta utbyggnad, och de kom därigenom att bli föregångare till länslasarett, då landstingen bildades 1862.

Bland medicinare ansågs kirurgin dock fortfarande som ett simpelt hantverk, och den gamla striden mellan kirurger och medicinare fortsatte ännu en tid. Sjukhusens utveckling kom emellertid att gynna kirurgin. Här kunde kirurgerna ta hand om sina patienter vid olycksfall eller icke akuta sjukdomar, och vid dödsfall kunde de obducera och söka dödsorsaker.

I Sverige grundades även Karolinska institutet 1810. Det var från början endast avsett för kirurgutbildning, men 1861 avskaffades kirurgie magisterexamen och institutet fick fullständiga medicinska examensrättigheter. Därmed kom de kirurgiska och medicinska professionerna att förenas, och den gamla motsättningen mellan universitetsutbildade läkare och de på hantverkstraditioner verkande kirurgerna löstes upp.

För behandling av sinnessjuka tillkom stora institutioner från 1820-talet. Dessa institutioner hade flera hundra intagna med verksamheten inriktad på vardaglig fostran och arbetsträning. Andra specialiserade institutioner inrättades under 1800-talet och verkade i gränsområdet mellan sjukhus, skolor och uppfostringsanstalter.

Under 1800-talets senare hälft inleddes en process som resulterade i genomgripande förändringar av hälso- och sjukvården. Medicinska framgångar i samband med bakteriologins genombrott ledde till klart förbättrade möjligheter för kirurgin och för att förebygga sjukdomar.

På det organisatoriska planet innebar tillkomsten av landstingen att dessa 1864 tog över huvudmannaskapet för lasaretten och ansvar för vissa specialreglerade uppgifter, främst hälso- och sjukvård.

Från och med då kan man se en klar tendens till sjukvårdens specialisering. Uppdelningen i vårdenheter för kroppssjukvård och sinnessjuka har redan nämnts. Egentliga epidemisjukhus kom först 1875, och under resten av seklet uppfördes sanatorier för turberkulosvård. Kring sekelskiftet 1900 fanns således ett stort antal institutioner för olika slags specialiserad vård. Det centrala ämbetsverkets namnbyte 1877 från sundhetscollegium till medicinalstyrelse kan ses som en bekräftelse på att en ny tid var på väg.

Sveriges yngre läkare – SYLF – representerades vid läkarmöte i Stockholm 1930 av Einar Perman. Han hävdade att det var av största vikt att läkarna ”lär” ut til befolkningen vilka symtom och symtomkomplex som är särskilt farliga och därför kräver omedelbar läkarbehandling. Dessutom framhöll han:

”Man får ej patienterna att söka hjälp enbart genom att bygga sjukhus och genom ökande av sjukvårdsmöjligheterna. Det fordras även upplysning om den oerhörda betydelsen av tidig diagnos”.

Sjukhusen i Älvsborgs län

Borås lasarett

Beträffande sjukhusens utveckling i Älvsborgs län kan framhållas, att länet länge var uppdelat i två sjukvårdsdistrikt – det norra och det södra. Till det södra distriktet hörde Borås, Alingsås och Ulricehamn med omkringliggande åtta häradar. Dessa häradar bestämde tillsammans med städerna Ulricehamn och Alingsås att upprätta ett eget sjukhus i Borås. Detta invigdes 1782 med plats för 6 sängar. Vårdplatserna ökade till 18 år 1797. Enligt en provinsialläkarrapport 1784 (provinsialläkaren i staden var tillsynman för lasarettet) hade det på lasarettet dittills vårdats 25 patienter ”som alla gått friska ut” utom en. Denna hade redan vid inkomsten varit svag av venerisk sjuka. Särskilt syfilis var denna tids stora sjukvårdsproblem. Ett nytt och större lasarett med 50 sängar byggdes 1828 efter det att Borås drabbats av en stor eldsvåda 1822. I början av 1840-talet inrättades i staden en särskild byggnad för vård av sinnessjuka. Borås fick 1893 åter ett nytt lasarett med 130 sängar inklusive isoleringsrum för sinnessjuka. 1910 fick lasarettet en röntgenavdelning. Denna hade en särskild sköterska för verksamheten. Sedan början av 1900-talet tillkom också underläkare.

Vänersborgs lasarett

Älvsborgs läns norra distrikt fick sitt första lasarett i Vänersborg 1783. Det omfattade då 8 sängar men byggdes ut efterhand.

För att finansiera det nya lasarettet i Vänersborg tillfrågades berörda församlingar om de ville bidra med medel. Från Östad noteras att sockenstämman i december 1784 behandlade frågan om bidrag. Tanken var att varje hemman under en femårsperiod skulle bidra med ett visst belopp. Stämman ansåg sig dock inte ha råd med denna utgift. Som skäl anförde man att Östads socken var den ”magraste i hela länet” och att den under fem år hemsökts av missväxt. Detta hade medfört stor skuldsättning, och många hade blivit ”så försvagade i desse näringslöse tider, då här också är allmän penningbrist, att de ej förmå betala wanliga skatter”. Några nya skattebördor eller utgifter ville man inte åta sig. Slutligen framhöll man att man aldrig kunde samtycka till ”det dyra Lazarett, hvilket blir svårt och kostsamt at underhålla, och är icke tjenligt för os almoge”.

Senare skulle Östad församling lämna bidrag till lasarettets verksamhet, men man ifrågasatte ofta om bidraget var motiverat. Vid en sockenstämma 1848 påpekade många att socknen i flera år lämnat betydande medel till länets lasarett utan att man därför blivit berättigad till någon friplats eller annan förmån i samband med vårdbehov. Under sammanträdet hänvisade kyrkoherden till en tidigare kunglig förordning, där det stadgades om fördelning av medel till lasarett som insamlades vid barndop, bröllop och andra sammankomster. Enligt förordningen

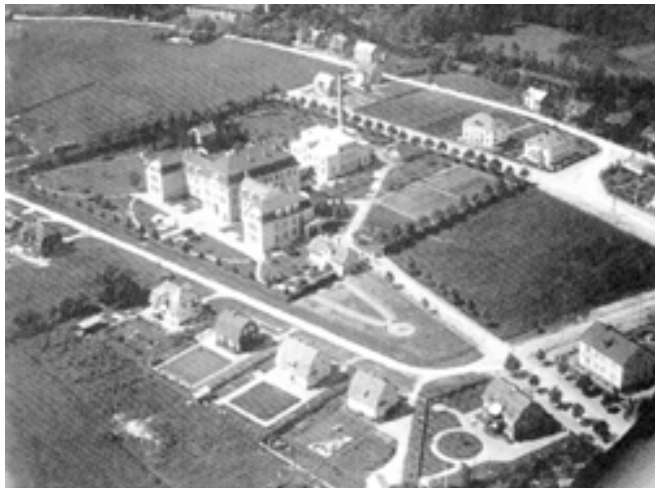
skulle hälften av insamlade medel lämnas till lasarett och hälften till församlingens fattiga. I det läget beslutade sockenstämman i Östad att lämna bidrag i enlighet med förordningens fördelningsprincip.

Vid sidan av lasarett inrättades sjukstugor i länet. Den första uppfördes i Billingsfors 1872. Sedan tillkom sjukstugor i Ulricehamn 1875, Svenljunga 1876, Åmål 1885 och i Trollhättan 1912. Bakom tillkomsten låg initiativ från respektive orter, och den var ofta en följd av kompromisser i sjukvårdsfrågor.

Alingsås lasarett

Det kom att dröja ganska länge innan det södra distriktet fick ett andra lasarett. Vid 1904 års landsting motionerades i landstinget om inrättande av en sjukstuga i Alingsås. Planerna ändrades och man utredde byggande av ett lasarett. Friherre Jonas Alströmer motionerade 1906 om byggandet av lasarettet. Motionen vann gehör med 49 ja och 24 nej. Beslutet överklagades av en del dalslandsrepresentanter utan resultat. Hofintendenten Axel Kumelin, arkitekt för Medicinalstyrelsen, fick uppdrag att rita och Alingsås lasarett bygget kom igång 1907. Lasarettet kunde tas i bruk 1910 med 101 sängplatser.

I den första lasarett-direktionen 1906 fanns provinsialläkare Gustav Nystedt. Lasarettet byggdes ute på landet i Sörhaga. Det gick kor och hästar runt staketet till lasarettet. Baksidan vette mot nuvarande Södra Ringgatan.



Epidemisjukhus i anslutning till lasarettet byggdes 1915-16. Maten från lasarettets kök kördes med linbana till epidemisjukhuset. 1934 användes huset till kroniskt sjuka – senare benämnd avdelning 8.

En om- och tillbyggnad gjordes 1929 till 130 platser. På 1930-talet tillkom en förlossningsavdelning.

Institutioner för mentalvård i västsverige

Gamla tiders institutioner, som ex. vis ”Bracka”, Gibraltar i Göteborg, liksom ”Resta” i Vänersborg, Beckomberga i Stockholm. m.fl., bedrev verksamheten i en tidsanda och en samhällskultur som starkt präglades av samhällets egna och även patienters och anhörigas behov av att detta skedde i avskildhet, ofta livslång, från det övriga samhället. Institutionerna förlades därför, som tidigare nämnts, till de rent rumsligt geografiska utkanterna av våra samhällen, ofta och gärna till ”rena landsbygden”, som exempelvis Lillhagens sjukhus och St. Jörgens sjukhus utanför Göteborg. Tanken var säkerligen också att vistelsen ”på landet” kunde ses som välgörande för den mentala och fysiska hälsan i sig, med frisk luft och tillgång till institutionens egna trädgårdar och jordbruk, med stärkande och orosdämpande fysiska aktiviteter i form av sunt kroppsarbete, m.m.

Det medförde dock också, att för den stora allmänheten av befolkningen, den okända, skrämmande och ”mystiska mentalvården” och dess patienter, kom att omgärdas av myter, fördomsfulla antaganden och påståenden. Denna den tidiga psykiatrin, från tjugo- och trettioal och fram till början av sextioal, gjorde inte heller något nämnvärt för att minska detta. Den

levde sitt eget liv ute på sina institutioner, där även dess personal ofta både arbetade och själva bodde. Man hade ofta egen kyrka, eget bageri, egen kyrkogård, m. m. kort sagt, ett samhälle i eller snarare utanför det övriga samhället, på både gott och ont.

INDUSTRIALISERING OCH EKONOMISK TILLVÄXT I SVERIGE

I Sverige kom det industriella genombrottet relativt sent och kunde genomföras utan verkligt stora friktioner. Ur flera synpunkter var det sena inträdet i industrialiseringsprocessen ingen nackdel. Man kunde nämligen ta lärdom och undvika en hel del av den tidiga industrialismens barnsjukdomar. Den ökade produktiviteten i jordbruket gav förutsättningar att flytta över arbetskraft från modernäringen till andra näringsgrenar som industri och tjänster med ännu högre tillväxtpotential. Dessa samhällsekonomiska överföringsvinster gav en betydande ekonomisk tillväxt och resulterade i högre levnadsstandard. Den togs exempelvis ut i form av bättre kost, bostäder (med avlopp och rinnande vatten), hygien och sociala förhållanden. I sin tur påverkade dessa förändringar också människors villkor i medicinskt hänseende.

Vid mitten av 1800-talet var Sverige ännu ett fattigt land i Europas periferi. Huvuddelen av befolkningen sysselsattes då i jordbruket. Som förut påpekats kom industrialiseringen relativt sent till Sverige, men när processen väl på allvar kom i gång från 1890-talet gick den desto fortare. Omkring 1920 hade Sverige således utvecklats till en fullvärdig medlem i de mogna industrinationernas krets. Det innebar vidare att bruttonationalprodukten per invånare avsevärt stegrats. Till denna utveckling hade bl. a. en rad ”snilleindustrier” baserade på svenska uppfinningar bidragit. Samtidigt hade befolkningens standard kunnat höjas på flera olika områden. Här kan nämnas den obligatoriska folkskolans betydelse för utbredningen av läskunnighet, arbetsamhet, ordningssinne och inte minst för framväxten av ett demokratiskt politiskt system. I Sverige kunde en relativt harmonisk strukturomvandling från jordbruks- till industrisamhälle kombineras med ekonomisk tillväxt och en gradvis övergång till full demokrati. Med införandet av kvinnlig rösträtt i Sverige markerar tiden omkring 1920 också sista steget i demokratiseringsprocessen.

Med industrialiseringen följde också en koncentration av arbetsplatser, bostäder och människor till större städer. Under industrialiserings- och urbaniseringsprocessen kom hygienaspekten allt mer att uppmärksammas. I de stora och växande städerna med sin trångboddhet pockade bostadsfrågan på en lösning. Det var i städerna där man bodde tätast som man först ordnade med dricksvattenförsörjning, markdränering och avlopp. Under lång tid hade det ur hälsosynpunkt varit gynnsammare att bo på landet än i städer. Men vid sekelskiftet 1900 blev dödligheten lägre i städerna än på landsbygden. Det förklaras av att de allmän- hygieniska förhållandena som gaturenhållning, vattenledning, avlopp, födoämneskontroll och sjukvård blev gynnsammare i städerna. Vidare förbättrades industriarbetarnas arbetsförhållanden genom yrkeshygien och lagstadgad yrkesinspektion. Sedan folkskolan i Sverige blivit obligatorisk 1842, byggdes mot slutet av århundradet nya, ljusa och luftiga skollokaler. Vid större skolor ordnades med läkar- och tandläkarvård samt med gymnastik, simundervisning och bad.

Den förbättrade hygien märktes inte bara i Sverige utan i alla mer industrialiserade länder. Siffrorna visar tydligt att dödligheten minskade påtagligt under 1800-talets senare hälft, och att de skandinaviska länderna redovisade den klart lägsta dödligheten. Som en särskild kommentar till uppgifterna framhölls att dödligheten i städerna sjunkit så att den särskilt i de skandinaviska, engelska och tyska städerna blivit lägre än på landsbygden.

Dödligheten per 1 000 invånare i några europeiska länder

Land	1840-talet	1890-talet
Ryssland	40,3	32,7
Österrike	32,8	26,8
Tyskland	26,8	22,2
Holland	26,2	18,4
Belgien	24,4	19,1
Frankrike	23,3	21,5
England	22,4	18,2
Sverige	20,6	16,3
Danmark	20,4	17,4

Källa: Sundberg Carl a. a s. 150

Det kan vara av intresse att lyfta fram ett räkneexempel från denna tid (sekelskiftet 1900). I räkneexemplet antogs att varje dödsfall motsvarades av i genomsnitt 34 sjukdomsfall. Med detta som utgångspunkt ville man också få en ungefärlig måttstock på sjuklighetens minskning. Om dödligheten i en stad på 100.000 minskade med 1 promille – d.v.s. att antalet dödsfall blev 100 färre än förut – innebär det också att sjukdomsfallen minskat med 3.400. Den tidens statistik visade också på att varje sjukdomsfall innebär ett arbetsbortfall på i medeltal 20 dagar. I exemplet ovan skulle alltså den minskade sjukligheten ha inneburit en inbesparing av 68.000 arbetsdagar.

Mellan 1840-talet och 1890-talet minskade dödligheten i Sverige med 4 promille. Det innebär att dödsfallen mellan de två perioderna blivit 16.000 färre baserat på en befolkning av 4 miljoner invånare. I enlighet med räkneexemplet ovan skulle det också betyda att sjukdomsfallen skulle ha minskat med 544.000, d.v.s. med mer än en halv miljon. Det visar på ett pedagogiskt sätt vilken betydelse och konsekvens den minskade dödligheten kunde ha. Man måste beakta att detta är ett räkneexempel med 100 år på nacken. Där förutsattes bl. a. att övriga faktorer än den minskade dödligheten mellan de två angivna perioderna var konstanta. Den minskade dödligheten medförde i verkligheten att medellivslängden ökade. Det innebär i sin tur att gruppen äldre blev fler och att sjukdomsfallen hos dessa rimligen ökade mer än tidigare. Därför är det sannolikt att sjukdomsfallen inte minskade i den omfattning som räkneexemplet visar. Vilken inverkan en sådan omständighet exakt kan ha haft för räkneexemplet går inte att fastställa. Bortsett från detta är det intressant att se hur man för cirka hundra år sedan såg på sammanhangen mellan dödlighet och sjukdomsfall.

Industrier i Alingsås och Säveåns dalgång

Till skillnad från många länder i Europa skedde den tidiga industrialiseringen i Sverige till stor del i brukssamhällen på landsbygden. I Lerumsdelen av Säveåns dalgång och området kring sjön Sävelången uppkom tidigt en bruks- och industritradition. Säveån som kraftkälla var en viktig faktor vid lokaliseringen, liksom västra stambanan och riksvägen mellan Göteborg och Stockholm, som sträcktes genom området. I Floda fanns således ett mindre järnbruk, som var

verksamt mellan 1738 och 1858. Mellan Hedefors och Stenkullen anlades på 1790-talet Gamlebo Kullens bomullsspinneri – det första mekaniska bomullsspinneriet i Sverige. Fabriken tillkom inte särskilt långt efter det att den första mekaniska spinnermaskinen tillverkats i England 1771. Genom att spinneriet brann ner 1846 upphörde dock verksamheten.

Alingsås

En av föregångarna i svensk industri var Jonas Alströmer (1685 – 1761) i Alingsås
Ur Uppfinningarnas Bok , band 6, 1875 års utgåva. Hämtas:

” Alströmers föräldrar var fattiga, så han var tvungen att lämna hemmet tidigt och försörja sig själv. Han fick därför mycket lite skolundervisning. Han arbetade som bodgosse i Eksjö, renskrivare och i Ryssvågen. År 1707 följde han med sin vän Alberg till London för att hjälpa denne att starta en affär. 1710 övertog han affären och skötte den framgångsrikt.



1709 blev han borgare i London och naturaliserad engelsman. Han lade märke till den stora skillnaden mellan Englands och Sveriges industriella utveckling. Då tänkte han att man i Sverige borde införa eller återupprätta de näringar som var viktigast för rikets välbefinnande.

När Karl XII återkommit från Turkiet begav sig Alströmer (1715) till Göteborg och erbjöd sig att arbeta för kungen. Här stannade han i två år och använde tiden till att, genom resor i Bergslagen och till de främsta städerna, lära känna landets förhållanden och produkter. Därefter reste han genom norra Tyskland till Holland och bodde två år i Amsterdam för att lära känna detta lands handel och industriella arrangemang. År 1719 återvände han till England och reste till norra Englands viktigaste industristäder. Han fick också i uppdrag att inkassera de pengar som Storbritannien i det nyligen uppgjorda fredsfördraget hade förbundit sig att betala till Sverige.

Sedan Sverige efter Karl XII:s död slutit fred med sina många fiender, ljusnade utsikterna för genomförande av Alströmers planer. 1723 återvände han till Sverige via Frankrike. Nu startade han ett manufakturverk i Alingsås. De första väveriarbetarna lejdades i Frankrike och Holland. Fastän utförelse av maskiner, redskap och råmaterial var strängt förbjudet, lyckades han i Holland lasta ett fartyg med sådana varor. Efter stora svårigheter

med myndigheter och fabrikanter, som försökte hindra exporten, lyckades han skaffa maskiner även från England.

Alströmers stora planer var nära att stranda på grund av penningbrist, men med finansiering huvudsakligen från värmäländska bruksägare, lyckades han 1725 bilda ett bolag. Vid 1726 års riksdag togs flera beslut som var viktiga för att företaget skulle kunna verka. Fredrik gick själv in som delägare i företaget. Vid ett besök i Alingsås, när verksamheten kommit igång, lät han hela sin betjäning klä upp sig med de nya alstren från Alströmers företag.

Detta blev grundvalen för den svenska industrin. I Alingsås, vars folkmängd inom kort växte från 300 till 1 800 invånare, upprättades tid efter annan klädes-, fris- och yllevävstolar, bomullsväveri, vaddmakeri, spinnerier för ull, kamelhår, silke, lin och bomull, stora ylle- och silkesfärgerier, kattuns-tryckerier med flera verk. De utländska mästare som Alströmer hade fört med sig undervisade efter hand ett stort antal svenska lärlingar. Genom dessa spreds yrkesfärdigheten också till andra städer.

Det var inte bara i England och Holland som Alströmer hade problem för sina textila ambitioner. Göteborgs köpmän befarade att de skulle drabbas av minskad lönsamhet, om Sverige kunde tillverka mycket och mycket inom sina egna gränser och därmed minskade importen. Köpmännen i Göteborg gjorde vad de kunde för att motarbeta Alströmer.

Industrin tillväxte så att redan 1754 14 000 och 7 år senare 18 000 personer var sysselsatta vid väverierna. Värdet av de exporterade slöjdvarorna uppgick till 50 tunnor guld varav 2/3 blev inkomst till staten. En viktig orsak till framgången var att Alströmer så långt möjligt använde sig av inhemska råvaror. För detta ändamål ägnade han särskild uppmärksamhet färavel och importerade avelsfår från England och Spanien. På kungsgården Höjentorp inrättades ett stamschäferi. För bomullstygs- och klädesfabrikationen infördes från Holland många olika färgväxter, som Alströmer lät utplantera på sina gårdar.

För att värna om den gryende industrin tog Alströmer efter det engelska mönstret och fick igenom ett omfattande skydds nät, som bl a lade hög tull på, eller helt förbjöd import av vissa konkurrerande varor. Han inrättade en särskild manufaktur där fabrikanterna kunde få räntefria lån. Ibland kunde uppmuntringsgratifikationer delas ut för att främja export.

I syfte att sätta fart på affärerna bildade Alströmer flerahandelskompanier, och han genomdrev viktiga handelsfördrag mellan Sverige och en del andra länder.

Han såg också till att ett sockerraffinaderi anlades i Göteborg och på Kungsholmeni Stockholm anlades det första engelska garveriet i Sverige. Han ägnade sig också åt järnförädling och införde odlingen av potatis och tobak i Sverige.”

Hedefors bruk

Vid Hedefors fanns Sävveåns största vattenfall, och där uppstod tidigt kvarnar och sågar. Här uppfördes 1884 också en textilfabrik, som drevs av vattenkraft. I ett inledningsskede hade företaget 125 anställda, av vilka många var kvinnor. Under sina verksamhetsår var Hedeforsfabriken den största arbetsplatsen i Lerums socken, och som mest sysselsattes omkring 150 personer. Fabriken var främst ett väveri för tillverkning av konfektionstyger. Kring denna anläggning växte ett typiskt mindre brukssamhälle fram. Företagsledningen lät bygga bostadshus åt de anställda, som själva drev en kooperativ handelsbod. För sjukvården ansvarade företaget bl a genom en anställd sjuksköterska. En av sjuksköterskorna var Aina Nord, (f. 1906 död 1975, mor till Karl-Erik Ahlsén, fotograf i Lerum), som arbetade där på 1930-talet. Hon kom senare att arbeta hos Dr Nyman i Lerum som vikarie för syster Britt Holmberg och också tillsammans med syster Ingeborg i Lerum. Aina utbildades på Sahlgrenska sjukhuset. En annan allt i allo var Augusta Jonsson (med sonen Ove Jonsson – Floda Möbler).

Fabrikens verksamhet upphörde i slutet av 1950-talet.

Näås fabriker

Den största fabriksanläggningen i området utgjorde Näås fabriker som 1833 grundades i Tollered, Skallsjö socken. Företaget omfattade främst ett bomullsspinneri men även sågverk och snickerifabrik och hade som mest cirka 500 anställda. Tollered utvecklades till ett typiskt brukssamhälle, som dominerades av det stora företaget. Här växte en kooperativ handelsbod ”bolagsboden” fram. Beträffande sjukvården fanns det sedan gammalt en mindre sjukstuga – i

första hand avsedd för epidemivård. En sjukvårdsutbildad barnmorska var på sjukstugan verksam i bolagets tjänst. Efterhand ersattes barnmorskan med en examinerad sjuksköterska, som förutom sina mottagningar i sjukstugan även gjorde sjukbesök i hemmen.

Näas fabriker engagerade också en läkare från Alingsås, dr Hagelin, som till en början hade mottagning i sjukstugan en gång i månaden. Längre fram utökades mottagningarna till en gång i veckan. I den mån de anställda anlidade företagets förtroendeläkare hade de alltså möjlighet till fri läkarvård. Dessutom hade de anställda rätt att få läkemedel till halva kostnaden, när det gällde medicin som läkaren ordinerat. Denna organisation av sjukvården fortgick ända fram till 1969. Då var den allmänna sjukvården på landsbygden så pass utbyggd, att egna insatser från företagets sida ansågs obehövliga. Pensionärerna fick även efter nedläggningen av sjukstugan fri läkarvård.

Den sista sjuksköterskan i bolagets regi var Barbro Svalin, som övergick i landstingstjänst som distriktssköterska i Lerum 1975. Före henne fanns ”syster Siri”. Barbro berättar om fullt väntrum på morgnarna och hembesök i Tollered på eftermiddagarna. När grannarna hörde att hon var i närheten fick hon fler besök än det planerade. Dr Hagelin från Alingsås kom en gång i veckan. Han skrev bl.a. ut ett mindre läkemedelsförråd som Barbro kunde ta ur till patienterna vid behov. Läkemedlen var kostnadsfria för brukets anställda.

Då sjukstugan lades ned beslutade landstinget och bolaget om en gemensam mottagning där en gång per vecka bemannad av distriktssköterska från Floda. Man fick omkring 35 besök per månad på mottagningen.

För vård av äldre personer, som tillhörde Näas fabrikers personal eller dess anhöriga, inrättade företaget 1916 ett eget ålderdomshem – Furåsen – i avsikt att bl. a. avlasta Skallsjö gamla ålderdomshem vid Orrås. Driftskostnaderna vid ålderdomshemmet Furåsen bestreds av företaget fram till mitten av 1950-talet, då Skallsjö kommun fått väsentligt utökade resurser för sin åldringsvård. Genom kommunens nya ålderdomshem – Sävegården i Floda – kunde verksamheten vid företagets ålderdomshem avvecklas.

Britanniafabriken

Den yngsta av de lokala industrianläggningar i Sävendistriktet som här refereras till var Britanniafabriken i Stenkullen, grundad 1893 av en tysk industriidkare. Under lång tid omfattade tillverkningen främst matbestick och husgeråd i lättmetall. Britannia är en metallegering av tenn med tillsats främst av koppar. Den var tidigare vanlig vid tillverkning av hushållsartiklar men har på senare tid knappast använts. På grund av försämrade avsättningsmöjligheter tvingades man lägga ner tillverkning av husgeråd i början av 1960-talet, då fabriken produktion av industriartiklar fick ökad betydelse.

Stenkullens samhälle växte fram i anslutning till Britanniafabriken. Ett fördelaktigt läge utmed riksvägen Göteborg-Stockholm och västra stambanan har också bidragit till samhällets utveckling. Även om Britanniafabriken länge var den dominerande arbetsplatsen i Stenkullen, blev den aldrig riktigt stor. Några år efter starten – i slutet av 1890-talet – arbetade 45 anställda vid fabriken. Det högsta antalet sysselsatta – 50 personer – uppnåddes 1910. Arbetsstyrkan minskade därefter gradvis, så att den 1960 uppgick till ett femtontal och under 1990-talet endast till fyra anställda.

Beroende på Britanniafabriken begränsade storlek – särskilt i jämförelse med fabriken i Tollered och Hedefors – blev Stenkullen aldrig ett utpräglat brukssamhälle. De patriarkaliska system som var förhärskande i brukssamhällen som Tollered och Hedefors fanns inte i Stenkullen annat än som ansatser. Alltså lät Britanniafabriken göra om ett mejeri till arbetarbostäder, som inrymde åtta lägenheter, vardera med ett rum och kök. Under lång tid saknades avlopp, och dricksvatten måste hämtas från en källa på andra sidan järnvägen. Månadshyran för lägenheten uppgick 1915 till 22 kronor, vilket motsvarade 15-20 procent av månadsinkomsten för en slipare vid fabriken. Företaget uppförde alltså inte någon ny arbetarbebyggelse, utan man utnyttjade endast befintliga byggnader.

Även när det gällde andra samhällsinsatser var företagets agerande begränsat. Vid fabriken inrättades dock från 1894 en sjukkasse, dit en viss del av lönen avsattes. Den sågs som ett komplettering till det bristfälliga sociala skyddsnetet i den tidens samhälle. Sjukkassan var i bruk fram till dess att den allmänna sjukförsäkringen infördes. Kassen fungerade också som en form av kontroll av de anställda. Böter för förseelser kunde nämligen utdömas och genom löneavdrag erläggas till sjukkassan.

Britanniafabrikens sjukassa

Stadgarna för sjukassan hade följande lydelse:

Firmorna Colman & Co, Johann Friedrich Colman i Werdohl, Tyskland, inrättade 1862 en sjukassa för sina arbetare hvilken sjukassa undertecknad firma anslutit sig till.

Alla i firman sysselsatta tillhöra sjukassan. Undantagande sådana som ej äro anställda mer än en vecka.

Såsom understöd beviljar Kassen:

Från sjukdomens början fri Läkare, Medicin, äfvensom under arbete Glasögon, Bräckband & dylika hjälpmedel.

Genom sjukdomsfall förorsakad förtjenstlöshet ersätter sjukassan med hälften av den genomsnittliga arbetsförtjensten såvida denna ej öfverstiger Kr 3,50.

- För medlemmar vars förtjenst bestäms genom accord antages medelantalet af de 3 sista veckornas förtjenst eller en likställd medlems förtjenst.
- Under sjukdom förstås äfven olycksfall.
- Dagen då sjukdom anmäles antages såsom sjukdomens början.
- Premierna erlägges postnumerando.
- Understöd beviljas dock endast till och med den 13 veckan.
- Föreståndarne kunna i stället för understöd bevilja fritt uppehälle å sjukhus
- Då anhöriga det tillåta t ex gifta och minderåriga.
- I andra fall ovillkorligen då sådant erfordras.
- Hvarje sjukdomsfall måste genast anmälas för före ståndarne.
- Öfver anmälan utskrifves ett qvitto som legitimerar hos läkaren.
- Wid anspråk på understöd måste medlem medföra attest från läkaren hvilken bestyrker hans oförmögenhet till arbete.
- Så snart läkaren förklarar medlem frisk måste härom göras anmälan.
- Wid dödsfall utbetalas det 20 dubbla af hans genomsnittliga förtjenst per dag hvilken afgöres genom föreståndarne.
- Summan utbetalas 24 timmar senast efter skedd anmälan hvarvid dödsattesten skall medföras till Enka eller anhöriga hvars plikt det är att ombesörja begrafning.
- Premierna fastställas till höjd af 1 1/2 % hvilken afdrages af arbetsförtjensten.
- Premierna afdrages alltid för fulla antalet dagar utan afseende om arbetaren genom eget förvållande felat.
- Sjukdomsfall befriar från premier.
- Firman bidrager med 50 % av alla premier som erläggas av medlemmar.
- Medlem ålagda pligter för förseelser tillfaller sjukassan.
- Firman ställer för egen kostnad bokföring öfver kassans medel, hvilken vid årsslut revideras.

Sammanfattningsvis kan konstateras att industrialiseringen i Lerumsområdet i hög grad koncentrerades till Sävveåns dalgång, som löper genom den södra delen av den nuvarande kommunen. I dessa delar – tillhörande Lerums och Skallsjö socknar – uppstod också typiska brukssamhällen, som helt kom att domineras av ett företag och en arbetsplats. De norra kommundelarna – Stora Lundby och Östad – berördes däremot inte alls på samma sätt av industrialiseringen, och de kom i allt väsentligt att bevara sin agrara karaktär ända fram till omkring 1960. I Gråbo och delvis i Sjövik var på 1960 och 1970-talen exploatering av grusåsar viktig för sysselsättningen. Förste ägaren av grustakten, Einar Samuelsson såg på sina anställda ungefär som en bruksföretagare. Senare tillkom i Gråbo en elementhusfabrik i Skanskas regi och i Sjövik en betongelementfabrik.

Brukssamhällena präglades av en patriarkalisk anda som å ena sidan tog sig uttryck i kontroll och de anställdas bundenhet vid bruksföretaget. Å andra sidan utvecklades i brukssamhällena tidigt en omsorg om de anställdas välfärd. Inte minst inom sjukvårdens område blev bruksarbetarna därför bättre lottade än kollegerna i andra arbetsmiljöer. Den sjukvård som tillhandahölls vid bruken kom också till viss del att längre fram bli normgivande för samhället i stort.

Avslutningsvis kan sägas att bruksandan vid Sävveåns industrimiljöer senare under 1900-talet blev starkt uttunnad. Genom urbaniseringsprocessen kom Lerumsområdet alltmer att präglas av närheten till storstaden Göteborg och omvandlas till ett relativt anonymt förortsdistrikt. Dock återuppstod Stenkullen från och med 1980-talet som kommunens industriområde.

SAMMANFATTNING AV TIDEN FRAM TILL 1920

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

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

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

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

Tillsammans bidrog ovan nämnda förhållanden till att risken för farsoter och epidemier reducerades. Kring sekelskiftet 1900 hade de stora farsoter, som tidigare drabbat Sverige, i allt väsentligt spelat ut sin roll. Som tidigare framgått hade man emellertid ännu inte fått grepp om tuberkulosen. Vissa, mera sporadiska epidemier skulle också dyka upp framöver. Det gällde spanska sjukan 1918 och polion vid olika tillfällen på 1900-talet. Sammanfattningsvis kan därför perioden 1800-1920 kallas de krympande epidemiernas tidevarv. En folkrörelse mot tuberkulos startades och de första sanatorierna byggdes på privat initiativ för att i början av 1900-talet övergå i landstingsregi och därmed bli allt fler.

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

Sjömannen ber inte om medvind.

Han lär sig segla.

/Gustav Lindborg/

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 binäringar 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 boskapsskötsel. 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. Sävåns 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 styrt 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 brukssamhällets 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 små snilleindustrier, 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 socialdemokratiske 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. Födelsehalten 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 ensamma mödrar att behålla sina barn hemma. De styrande männen hade haft svårt att förstå att ensamma mödrar inte både kunde vårda sina barn och samtidigt ha tolv timmars arbetsdag. I Stockholm 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, d. v. s. 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, mödrahjälp 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 undervisningssjukhusen 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 överfyllda 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 provinsialläkardistriktet 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 arbetsvillkor 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. Höjer ägnade sina återstående yrkesverksamma år till omfattande internationellt engagemang i bl.a. Indien, Ghana och Vietnam.

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 läns hälsovårdskonsulenter. 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.

Trots alla motgångar att få igenom sina tankar på en för befolkningen bättre hälso- och sjukvård kom så småningom hans arbete att få stort genomslag. Den obligatoriska

sjukvårdsförsäkringen och den s.k. Sjukronorsreformen 1970 var den sista kompletteringen av de förslag Höjer väckt 20 år tidigare.

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 Højdenhemmet 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 sjuksköterska.

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."

Medicinsk och hygienisk folkupplysning

Almanackan var en av de första kunskapsspridarna till befolkningen. Under 1600-talet gavs råd om åderlåtning, koppning och badning. Hjorters almanacka i Uppsala 1737 – 1739 innehöll Nils Rosén von Rosensteins "Berättelser om huscurer" och "Huscurer för åtskilliga barnsjukdomar". Dessa sammanställdes i en bok "Underrättelser om barns sjukdomar och deras Botemedel". Linné bidrog med Huskurer om frossan (1742) och Anmärkningar om brännvin (1748) Vetenskapsakademin (grundad 1739) hade ambition att sprida kunskap till allmänheten. Den populärmedicinska och hygieniska litteraturen ökade under 1800-talet. Genom folkskolereformen 1842 lärde sig de flesta att läsa och bl. a. C.C. Hartmanns Läkarbok under 1828 – 1880 gavs ut i sju upplagor. I böckerna, som gavs ut, behandlades ämnen som TBC, blodbrist, sexualhygien, nervsvaghet m. m. Man gav allmänna råd om motion, frisk luft och bad.

Under slutet av 1800-talet började renlighet i hemmen och personlig kroppshygien att uppfattas som förutsättning för hälsa, "Hygienismen". Folkbildningsorganisationer och enskilda engagerade sig tidigt i folkbildningsarbetet. Ellen Key (1849 – 1926) är en välkänd hygienivrare, andra är Lubbe Nordström (1882 – 1942) Verdandis skriftserie spred artiklar som

Renlighet och frisk luft (Hjalmar Öhrwall 1900), Om vården av späda barn (Ragnar von Post 1901), Bad är hälsa (Ragnar von Post 1903). Tidskrifter som vände sig till professionen var Hygiea (1839 – 1939), Eira (1877 – 1903).



Illustration över hur personlig tvättning bör gå till (Toll 1919)

Livförsäkringsbolagens intresse för förebyggande arbete ökade efter sekelskiftet 1900. man önskade av ekonomiska skäl minska dödligheten bland klienterna..

Den första ljudfilmen kom 1926. Filmen visade sig mycket användbar för hälsouppllysning. Nationalföreningen mot tuberkulos producerade 1930 en upplysningsfilm ”Kampen mot tuberkulos”. Röda Korset och svensk Filmindustris skolfilmsavdelning var andra aktörer.

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 följd. 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.

Den äldre nykterhetsrörelsen hade sina rötter från 1700-talet. Målet var att minska alkoholkonsumtionen. Under 1800-talet blev tillgången till billig sprit allt större. Ett antal måttlighetsföreningar organiserades. I Göteborg infördes Göteborgssystemet 1865 med försäljning enbart från AB Göteborgssystemet. Göteborgssystemet är egentligen uppkommet i Falun redan år 1850 men erhöll större utbildning först år 1865 i den stad, som sedan fått gifva det sitt namn. Grundsatsen i detsamma är, ”att inom resp. kommun brännvinshandeln öfverlämnas åt ett bolag, som å sina tillskjutna medel uppbär endast sedvanlig ränta men öfverlämnar hela den öfriga vinsten att användas till samhällsnyttiga ändamål”.

Från 1905 sköts all brännvinsförsäljning i landet av särskilda bolag under viss statlig kontroll. 1912 infördes AB Göteborgssystemet anmälningsbevis och individuell registrering av spritinköp. 1914 AB Stockholmssystemet började sin verksamhet med att införa motbokstvång och individuell ransonering.

Brattssystemet (1914 – 1955) innebar att alkohol endast fick köpas av den som av ett systembolag hade personligt tillstånd i form av en motbok.



1917 AB Vin & Spritcentralen bildas och tar över all partihandel.

Svenska Nykterhetssällskapet bildades 1837. Grundaren var Peter Wieselgren, präst som ägnade sig åt folkbildning och speciellt kampen för fölnykterheten. Storhetstiden för rörelsen var 1880 till 1930-talet. man organiserade ”bildningscirklar”, som byggde på föreläsningar och diskussioner. **Arbetarrörelsen**, som uppkom genom 1880-talets fackföreningsrörelse och socialdemokratin, hade starka inslag av folkupplysningsverksamhet. År 1880 bildades Stockholms Arbetarinstitut och 1912 Arbetarnas bildningsförbund, **ABF**. Undervisningen baserades på föreläsningar och studiecirkelverksamhet, där biblioteket utgjorde centralpunkt för verksamheterna. Arbetarrörelsens bildningsideal sammanföll under 1920-talet alltmer med nykterhetsrörelsens. Arbetaren skulle utvecklas till ”medborgare” med viljestyrka och behärskningskonst. Hela livet skulle bli ett ”skötsamhetsprojekt”

Svenska Röda korset bildades 1865 som en del av den internationella Rödakorsrörelsen med senare medlemsorganisationer i 153 länder. Verksamheten omfattade ursprungligen frivillig vård av sjuka och sårade i fält. Det svenska Röda korset kom att satsa på utbildning och sjukvård. Enligt stadgarna (1925) skall organisationen bidra till, förutom olika stödåtgärder till samhällets traditionella sjukvårdsverksamhet, ”en spridning av medicinsk upplysning till befolkningen”. Det var skälet till att man började producera olika ”ströskrifter” med inriktning på folkhälsoarbete. Man spred kunskap om enklare sjukvård (omhändertagande och förbandsteknik) samt betydelsen av god hygien och riktig kost. I mitten av 1930-talet hade sex broschyrer producerats. ”Hälsan är allt” fick störst spridning,



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 upplysningskampanjer 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 s k jubileumssanatorierna 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 lungsotspatienter.

Mycket starkt pådrivande i kampen mot tuberkulos var **Svenska nationalföreningen mot tuberkulos** som bildades 1904 med lokalavdelningar i olika delar av landet. Organisationen inrättade också s. k. dispensärer där befolkningen kunde undersökas med hjälp av lungröntgen i syfte att tidigt upptäcka lungtuberkulos. Samma år, 1904, 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 godtogs dess förslag att landstinget i princip skulle överta all tuberkulosvård i länet. Från Tuberkulosföreningen fick tinget 1911 legendomen Bolltorp utanför Alingsås för uppförande av ett sanatorium där.

En hälsorörelses skapare – Are Waerland

Perioden 1930- och 40-talen blev en genombrottstid för folkligt hälsoengagemang. Exempel var hälsorelaterade folkrörelser som Svenska föreningen för Folkbad, Svenska Vegetariska Föreningen, Svenska gymnastikförbundet, Svenska Frisksportförbundet, Förbundet Allnordisk Folkhälsa och Hälsofrämjandet. Även brett förankrade organisationer som ABF, KFUM och Röda Korset stod för folkhälsorelaterad verksamhet.

På 1920-talet skapade bröderna Roland och Markus Hentl begreppet frisksport. I mitten av 1930-talet engagerade sig Are Waeland i folkhälsoarbetet. Han blev samtidens mest oförsonliga kritiker av den officiella folkhälsopolitiken i egenskap av lekman. Han påverkade debatten i Sverige i mer än 20 år. Waeland (1876 – 1955), som var finlandssvensk folkbildare, anslöt sig till Frisksportförbundets riksomfattande föredragsserie om hälsa 1937 men lämnade snart förbundet. Han fortsatte att driva sin verksamhet i Allnordisk Folkhälsa med tidskriften Solvikingen som medlemsblad. Rörelsens medlemmar kallades för ”waelandister” och det blev en regelrätt waelandfeber i dess spår. Vad stod rörelse för? Det rörde sig mycket om kostvanorna. Man kritiserade det moderna samhället samtidigt som han gärna gick tillbaka till landsbygdens enkla människas liv, som odlade sin egen naturliga föda. Han gick i många av sina arbeten tillbaka till naturfolken och vikingatiden för att härleda förlusten av en naturenlig kost. De som flyttat in till städerna var ”civilisationens offerväsen” och blev sjuka av detta. Han hyllade också, som den då spridda nazismen, ”den nordiska rasen” Han tog avstånd från ”laboratorievetenskaperna, som såg livet mekaniskt och söderplockat i smådelar. Han kom också i återkommande konflikt med vetenskapssamhället och läkarkåren, som baserade sin verksamhet på vetenskap och beprövad erfarenhet. Trots allt hade hans idéer folklig förankring långt fram under 50-talet och gick efter hans död över till hälsorörelsen.

Svenska Gymnastikförbundet bildades 1904 för att lyfta fram den traditionella svenska gymnastiken som byggde på **P.H. Lings** (1776 – 1839) gymnastik och som utvecklats ungefär hundra år tidigare. Lings huvudtanke var att kroppsövningar skulle utgå från kunskapen om ”människo-organisationens” byggnad. Den medicinska och fysiologiska grundprincipen blev dess främsta varuteckning. Rörelserna skulle syfta till allsidighet och harmoni (symmetriprincipen). De måste också ha en rationell verkan på kroppen (rörelseverkans princip)

och svårighetsgraden fick bara ökas med försiktighet, steg för steg (progressionsprincipen). Efter 1910 skedde en förskjutning i Gymnastikförbundets verksamhet från uppvisnings- och elitgymnastik till motionsgymnastik. Under hela 1930-talet anordnade förbundet återkommande ”gymnastikfester” de efter följande Lingiaderna visade att man blivit en riktig folkförelse. Riktig folkrörelseförankring fick förbundet under 1931 då ett nära samarbete inleddes med folkbildningsorganisationerna och även fackföreningsrörelsen. Via ABF, IOGT, NTO, Blå bandet; Jordbrukarnas Ungdomsförbund och Kyrkliga bildningsförbundet utbildade man ett stort antal gymnastikinstruktörer. På landsbygden satsade man på bad- och bastubygge för att förbättra de hygieniska förhållandena. Man samarbetade med hyresgäströrelsen under mottot ”Sunda människor i sunda bostäder”. Man organiserade motionsgymnastik för invånarna i HSB-områden. Radiogymnastiken (1929) med Bertil G:sson Ugglå blev ett välkänt radioprogram initierat av Svenska Gymnastikförbundet.

Samarbetskommittén för det medicinska folkupplysningsarbetet bildas 1939

Läkarförbundet tillsammans med Arbetarnas Samariterförbund bildade denna samarbetskommitté med mål att bygga upp en effektiv organisation för både produktion och distribution av den medicinska folkupplysningen. Man förväntade sig nå industriarbetare, tjänstemän och lantbrukare genom de ”Samverkande Bildningsförbunden”, bl. a. med ABF – Arbetarnas bildningsförbund, Svenska Landsbygdens Studieförbund, Tjänstemännens bildningsförbund. Vid ett läkarmöte i Västerås 1942 hade man två huvudtema – förebyggandestrategier av folksjukdomen TBC och ”Den medicinska folkupplysningens roll och möjligheter”. Läkarförbundet var officiellt beredd:

- Att aktivt arbeta för en breddning och fördjupning av den medicinska folkupplysningen
- Om verksamheten var läkarledd
- Om aktiviteterna mer riktas mot kvacksalveriets bekämpande och information till allmänheten om betydelsen av att vid ohälsa komma under snabb diagnostik samt att ge råd om kroppens vård i samband med symtom eller ohälsa.

Det handlade inte längre om utan hur det medicinska folkupplysningsarbetet skulle ske med förbundets medverkan. Läkarorganisationens tveksamhet till folkbildningsorganisationerna fanns i att man upplevde oro för att dessa organisationer inte var fackligt eller politiskt neutrala.

I en ny lag om behörighet att utöva läkarkonsten (SOU 1942:22) skärptes åtgärderna mot kvacksalveri Dessutom preciserades formerna för den medicinska upplysningsverksamheten. Medicinsk upplysning definierades som en läkarledd vara eller produkt (Hammar 1942)

Folkhemmet

Socialdemokratin kom 1933 i regeringsställning, en samlingsregering. Via en aktiv konjunkturpolitik och statliga insatser arbetade man för att i första hand häva krisläget och arbetslösheten, men på sikt även genomföra kollektiva trygghetsreformer. Per Albin Hansson var statsminister och Gustav Möller socialminister. Den senare drog upp riktlinjerna för en modern bostadspolitik, som skulle ge människorna möjlighet till nya moderna bostäder. Ökad byggnation blev en viktig faktor i konjunkturutvecklingen. Samtidigt som det sociala reformprogrammet genomfördes överfördes allt mer av folkrörelsernas tidigare ansvar för detta till staten. Den politiska idén var att sociala skillnader skulle utjämnas och välfärden fördelas mer rättvist. Denna grundfilosofi formulerades tidigt i Per Albins klassiska tal om ”Det goda folkhemmet”. Grundinställningen var att använda samhällets organ för att fördela produktionsresultatet. Bostäder, mat, utbildning, vård m. m. skulle göras tillgängligt för alla. Den offentliga servicen skulle ställas till medborgarnas förfogande i förhållande till behov isället för medborgarnas betalningsförmåga. För att denna service skall ha samma kvalitet för alla slås fast att samhället måste ta på sig huvudansvaret för att driva verksamheterna. Staten skulle bli ”den gode fadern” i Folkhemmet.

Till Gustav Möllers uppgift hörde bl. a. genomförandet av en arbetslöshetsförsäkring (1934) och en förbättring av folkpensionen (1935). Grundmodellen för politiken hämtades bl. a. från Danmark. Från borgerligt håll hade man slagit larm om sjunkande födelsetal. Oron för en sådan utveckling resulterade i att makarna Myrdal 1934 publicerade boken "Kris i befolkningsfrågan" där de krävde statliga åtgärder för att stimulera familjebildningen och barnafödandet. Riksdagen fattade senare beslut om statliga bostättningslån och mödrahjälp. Lagstadgad semester för alla löntagare genomfördes 1938.

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 tankegodt 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 år obligatoriska sjukförsäkring, som i stort sett gav fri sjukvård åt alla. Ett allmänt pensionssystem – ATP – infördes 1959. Som tidigare framgått övertog, på basis av 1958 års utredning om öppenvården, landstingen 1963 ansvaret för provinsialläkarväsendet. I ett äldre resursfattigare samhälle hade staten styrt viktiga delar av sjukvården. På 1960-talet fick emellertid landstingen ta 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.

Hälso- och sjukvårdens ekonomiska förutsättningar bestäms ytterst av den samhällsekonomiska utvecklingen. Ett vanligt mått är dess andel av bruttonationalprodukten (BNP). Under 1949 kostade hälso- och sjukvården cirka 0,6 miljarder kronor eller cirka 2,2 procent av BNP. Till 1955 ökade detta till cirka 1,5 miljarder (3 procent), 1957 cirka 1,9 miljarder (3,2 procent) och 1960 cirka 2,4 miljarder (3,5 procent av BNP). Därefter under 1960- och 1970-talen inleddes en expansion utan motsvarighet. 1977 var hälso- och sjukvårdens andel av BNP 9,8 procent. Samma utveckling skedde i flertalet industriländer.

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 svårigen öfverskattas.

Vid 1920 års slut finnes för länet följande tuberkulossjukvårdsanstalter:

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 inlefa ett hälsoenligt lefnadssätt i alla afseenden, och hvori 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 diplokokerna 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 blyvattengrötter och med blodiglar. Senare tillkom behandling med jodkalium. Förekomsten av gonorré 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, verkligt stora infektionsepidemin som drabbade Europa och Sverige. Det var en pandemi – en världsomfattande spridning av sjukdomen. Den första rapporten kom den 11 mars 1918 från Fort Riley i Kansas, USA, ett utbildningsläger för 26 000 amerikanska soldater som skulle sändas ut i första världskriget. I USA spreds influensan blixtnabbt i flera stora läger för soldater. Soldaterna smittade i sin tur både vänner och fiender i de europeiska skyttegravarna. Den andra officiella rapporten kom från Madrid i Spanien i maj 1918. epidemin svepte över jorden på 12 veckor och återkom i en mildare form 1920. mer än 50 miljoner människor anses ha dött i influensan och dess följsjukdomar. Främst smittades yngre och medelålders mellan 20 och 40 år. Det är numera klart att spanska sjukan hade sitt ursprung i en muterad stam av fågelinfluensa.

Till Sverige kom Spanska sjukan runt midsommar 1918. Cirka 38 000 människor i Sverige dog av sjukdomen. Som i andra länder drabbades 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 röntte 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 tillkännagåfwö 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 inflamatoriska momentet likwist mer och mer uti intensitet, så att från början af Februari till dess slut, häftiga pneumonier med ihållande inflamatorisk feber, utan tydliga remisioner, 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.

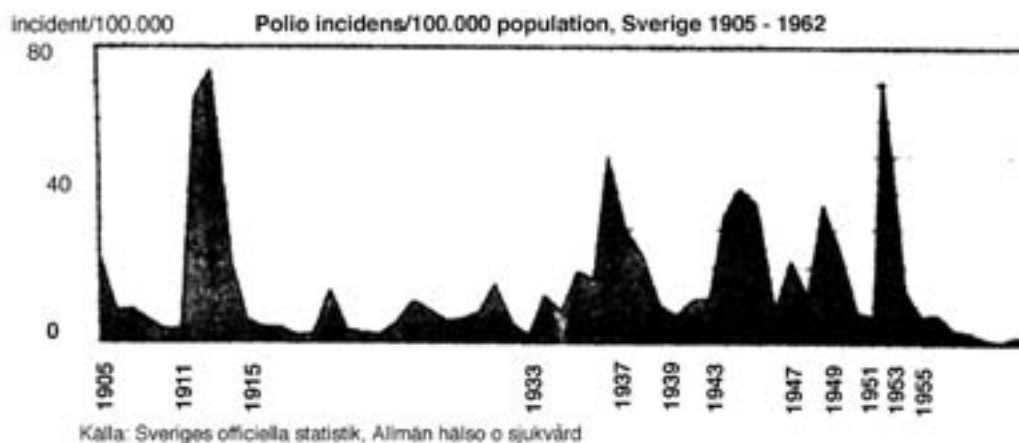
Polio, eller barnförlamning som sjukdomen också kallats, är en virus sjukdom som sprids genom förorenat vatten eller genom kontaktsmitta. Man vet inte särskilt mycket om sjukdomens ursprung och äldre historia.

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 epidemin 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 paralyse."

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 omgivningar, 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 åldrers 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 Islandsmossegelee. 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 inom 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	Ekonomibygnaden	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 SÄS – Södra Älvsborgs Sjukvårdsdistrikt. Därefter byggdes den öppna specialistvården ut med service till MittenÄlvsborg 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 välbehövlig 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 mandröp 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 kniphamarbruk 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 psykiatrireformen ”Psykiatrilagen” 1994 överfördes ansvaret för vården av de psykiskt funktionshindrade till kommunerna. Psykiatriavdelningen på Floda Säteri lades ned. Efter några år övertogs byggnaden av Montessorriskolan 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 självskrivnen 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 barnaföderskorna 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 barnaföderskornas 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, mödranhjälp och moderskapspenning. 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 distriktssköterskor inom denna (*Så var det i Gråbo!*). Som vi förut nämnt är distriktsbarnmorske- och distriktsskötersketjänsterna 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 lasaretsdirektionerna 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.”

DISTRIKTSKÖTERS KORNA 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 godkände. 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, Äsensbruk, 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 bondeförbundska motionärer med lantbrukaren Elis Carlsson i Östadvik i spetsen beslöt 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 fängslade beskrivning av sin verksamhet på barnvårdscentral 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. Kommunhuset 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 pastorsexpeditionen 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.

Hygien 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 Gunnilsemördaren 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 iordningställdes 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 kikhoskebarn. 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 centralasarettan – 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, Östadvallen, Tölsjö och Floda; Vårgårda, Ljurså, 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 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 Bäckebo hade upprättats en mödravårdscentral av typ II, Ulricehamns provinsialläkardistrikt hade fått barnavårdscentral och antalet mödra- och barnavårdscentraler hade ökat till 33. I 1963 års stat uppgick anslaget till 490.000 kr.

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

Huvudtendensen sedan verksamheten tillkom var likväl, att den vidgades. Få verksamhetsgrenar har heller spridits ut mer än denna. Men det framträdde en strävan till minskad decentralisering på grund av främst den tidigare nämnda avfolkningen av vissa

landsbygdsområden. Med detta hade följt att man måhända kunde betjäna allmänheten med ett mindre antal stationer och filialer.

Verksamheten på distriktscentralerna och stationerna vidgades under kommande årtionden. Främst återspeglas det i att den förebyggande barnvården i princip skulle omfatta barn från spädbarnsåldern upp till skolåldern. Läkarnas arbetsbörda utgjorde ett hinder för en hundraprocentig hälsokontroll. Man fick i första hand ägna sin uppmärksamhet åt spädbarnen och ettåringar och därefter åt äldre barn som är klena eller hade defekter. Man samarbetade med andra grenar av sjukvården, t. ex. psykiska barna- 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 å sjukhus. Vidare förekommer bl. a. rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll. Syster Annie i Gråbo berättade:

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.

SUMMERING AV PERIODEN 1920 – 1960

Samhällsekoniskt innebar perioden 1920-1960 för Sveriges del en tredubbling av BNP per invånare, räknat i fasta priser. Denna utveckling skapade förutsättningar för ett reellt lyft av befolkningens levnadsstandard och välstånd. En viktig faktor bakom den ekonomiska tillväxten var en överflyttning av arbetskraft från jordbruket med lägre produktivitet till en industrisektor, där produktiviteten var avsevärt högre. I detta perspektiv kan 1930-talet ses som en brytpunkt, eftersom antalet sysselsatta inom industrin då passerade antalet som arbetade i jordbruket.

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

Inom hälso- och sjukvården gjordes flera privata och frivilliga insatser av olika slag. Exempel på sådana privata insatser var den hälso- och sjukvård som bruksledningarna utövade i brukssamhällena, Röda korsets sjuksköterskeutbildning och privatsjukhus, föreningen Mjölkdroppen och lokala Majblommekommittéer. Denna typ av insatser var fortfarande i full kraft under mellankrigstiden. I takt med att det samhällsekonomiska läget längre fram blev gynnsammare och de offentliga resurserna mer omfattande, hände det ofta att stat, landsting eller kommuner tog över de privata verksamheterna.

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

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

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

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

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

Övergången från ett Sverige med ekonomisk knapphet till ett välfärdssamhälle medförde också ett nytt sjukdomspanorama. De tidigare infektionssjukdomarna trängdes definitivt

tillbaka, medan cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och hela fältet av välfärdssjukdomar ökade påtagligt. Tuberkulosen var ännu ett hot liksom lunginflammationer. Difterin och scharlakansfeber var periodvis vanlig. En i Sverige relativt ny infektionssjukdom – polio – kom i olika vågor under det framväxande välfärdssamhället, delvis bryta huvudmönstret. Effektiva botemedel mot infektionssjukdomarna kom först när antibiotika introducerades på 1940-talet.

Där pengar är , där är ock rätten.

/Celsius/

1960-TALET – PRIMÄRVÅRDEN FÖRBEREDS

Samhällsutvecklingen – 1960-talet

Svensk efterkrigsekonomi blev en integrerad del av det internationella ekonomiska uppsvinget under decennierna efter 1945. I historisk belysning framstår tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet.

Baserat på ett expanderande varuutbyte länderna emellan kunde Sverige ganska länge upprätthålla sin internationella konkurrenskraft och plocka frukterna av sitt relativt gynnsamma utgångsläge efter andra världskriget. Inom ramen för ett jämnt konjunkturförlopp pågick under 1950- och 1960-talen en snabb strukturomvandling av svensk ekonomi. En förskjutning av produktion och sysselsättning mot mer produktiva delar av industrin ägde rum, och i den solidariska lönepolitikens namn lät man lågproduktiva delar slås ut.

Tillväxten skapade resurser som räckte både till stigande hushållsinkomster och utbyggnaden av en offentligt organiserad välfärd. Under 1960-talet steg den offentliga sektorns andel av BNP från 30 till något mer än 40 procent, samtidigt som BNP:s värde justerat för inflationen ökade med 50 procent. Om man delar upp offentlig verksamhet i vissa huvudområden, finner man att kostnaderna för hälso- och sjukvård ökade mest i absoluta tal. Kostnaderna fördubblades mellan 1960 och 1970, samtidigt som kostnaderna för utbildning ökade nästan lika mycket. Ett annat expansivt huvudområde var socialvården, som under årtiondet också fördubblade sina kostnader men från en klart lägre nivå. Försvaret var däremot en offentlig verksamhet som kostnadsmässigt stagnerade efter 1960. Symtomatiskt är att de grenar av den offentliga verksamheten som ökade mest, var de som i hög grad drog till sig en stor del kvinnlig arbetskraft, medan det maskulint präglade försvaret gick kräftgång.

Hushållens levnadsförhållanden förändrades också av att gifta kvinnor i allt större utsträckning gick ut i arbetslivet. Det var en företeelse som börjat på 1950-talet men som fick genomslag på 1960-talet genom att utbyggnaden av barnomsorgen underlättade för gifta kvinnor att förvärvsarbeta. Därmed tillät den samlade hushållsinkomsten avsevärt större konsumtion än vad som gällde för den äldre typen av kärnfamilj med bara en arbetsinkomst. Hushåll med två inkomster fick avsevärt större valmöjligheter och kunde också inrikta sig på en helt ny typ av konsumtion.

1960-talet präglades av strukturomvandling, urbanisering och folkomflyttning. Det var då flyttlassen började gå från glesbygd med krympande arbetstillfällen till expansiva storstadsområden. Vid denna tid – med billig olja fram till 1973 – kunde vägar, bilism och villasamhällen i storstadsförorterna byggas ut, samtidigt som svenskarna i allt högre grad samlades i städer och tätorter. Det var i slutet av 1960-talet som vi såg kulmen på det s k miljonprogrammet, då det byggdes mer än 100 000 lägenheter per år främst i de större städerna och deras närområde. När det gäller Lerumsområdet märker man en mycket kraftig befolkningsökning under 1960-talet i samtliga tre samhällen Lerum, Floda och Gråbo. Det var under denna tid som dessa – med bekvämt pendlingsavstånd till Göteborg – fick en typisk förortskaraktär.

Det fanns 1960 i samhällena Lerum (7.581), Skallsjö (3.146) och St. Lundby (1.831) och Östad (872) tillsammans 13.430 invånare. År 1970 hade dessa fyra samhällen – som året förut bildat Lerums kommun – ökat sin folkmängd till 23.500, d.v.s. en ökning med 75 % på tio år. I Lerum tillkom p.g.a. befolkningsökningen två provinsialläkartjänster.

Med ovan nämnda förändringar kom även boendet att ändras. Från ett läge där de flesta bott i ett rum och kök byggdes nu klart större lägenheter med högre kvalitet, vilka hade tillgång till vatten, avlopp, centralvärme och varaktiga konsumtionsvaror som dammsugare, kylskåp och diverse andra hushållsmaskiner. Levnadsvillkor som tidigare främst gällt för över- och medelklass spreds nu även till arbetarhushåll och lägre inkomsttagare. Som en följd av rekordårens ihållande tillväxt kan man alltså notera att människornas levnadsförhållanden genomgick djupgående förändringar.

Genom den snabba och jämna tillväxten förändrades också våra attityder och förväntningar. Perioden av jämn och snabb uppgång var tydligen så lång att vi – i synnerhet på 1960-talet – lärde oss att tro på att den ekonomiska utvecklingen bara kunde gå åt ett håll. Vi blev fartblinda och trodde att vi bara skulle få det bättre och bättre. Genom politiska processer byggdes våra förväntningar in i vårt välfärdssystem. Tage Erlander framhöll redan 1956 att välfärdspolitikerna också skapade balansproblem i svensk ekonomi, och han talade om ”de otåliga förväntningarnas missnöje”.

Sjukvårdspolitikerna och nytt huvudmannaskap

Som tidigare framgått föreslog den Höjerska utredningen 1948 en genomgripande omorganisation av den öppna vården, men ledde inte till några omedelbara åtgärder. En del av tankegångarna kom emellertid igen i senare kommittéers betänkanden som låg till grund för socialstyrelsens Principprogram för öppen vård 1968.

Ett flertal utredningar låg till grund för den omfattande förändringen av den öppna vården som kom till stånd:

- Från senare delen av 1940-talet antog den s.k. provinsialläkarkrisen formen av kroniskt tillstånd som skulle vara under mer än 20 år. För att lösa provinsialläkarkrisen tillsattes 1958 en utredning. Utredningsförslaget realiserades 1 juli 1963. Det innebar:
 - byte av huvudman för provinsialläkarna
 - omorganisation av 1:e provinsialläkarinstitutionen.
- 1948 års läkarutbildningskommitté föreslog i sitt betänkande som kom 1953:
 - höjda kompetenskrav för provinsialläkartjänst.
 - Den 1 juli 1969 ändrades läkarutbildningen
 -
- Den Hulterströmska enmansutredningen 1967 hade betydelse för taxan och dess konstruktion.
- Den 1 januari 1970 genomfördes sjukvårdsreformen och anställningsvillkoren för läkarna i allmän tjänst.
- 1971 slutligen kom den Rahmska utredningen med förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen resulterande i bl.a. provinsialläkartitels försvinnande och decentralisering av utnämningförfarandet, jämte flera andra genomgripande nyordningar.

Genom 1961 års höstriksdags beslut överfördes provinsialläkarna till sina nya huvudmän, landstingen, med verkan från 1 juli 1963. Med få undantag (några nära pensionsåldern) förband sig landets provinsialläkare att övergå till landstingskommunal tjänst. Mellan 1961 och 1963 förbereddes reformen på olika sätt både fackligt och av landstingen. Växlande problem diskuterades. Provinsialläkarföreningen förutsatte ”att landstingen besjålas av en önskan att förbättra provinsialläkarnas arbetsbetingelser och att öka den öppna vårdens resurser till båtnad inte minst för den vårdsökande allmänheten. Landstingen har nu möjlighet att bevisa sin goda vilja i handling genom att göra tjänsterna så attraktiva att den sedan flera år otillfredsställande rekryteringen befrämjas”.

Landstingen fick sin uppgift vid en tidpunkt då vakansläget var minst sagt svår. Av 708 distrikt var endast 541 besatta med ordinarie innehavare, i 85 distrikt uppehölls tjänsterna genom dubbelförordnanden och i återstående 82 fanns vikarier oftast förordnade för kortare tid. Den förbättring av rekryteringen som man väntat sig efter landstingsövertagandet uteblev dock. Landstingen började upprusta mottagningarna. Likaså utbildades och anställdes mottagningsbiträden. En annan positiv åtgärd gjordes omgående nämligen införandet av vardagsjournsdelening jämte förbättringar av helgdagsjourerna.

Läkartätheten 1950-1970

I och med att staten 1962 överlät provinsialläkarväsendet till landstingen började en utbyggnad av den öppna vården. Tabellen nedan över antalet läkare i riket visar att provinsialläkarkårens numerär mellan 1950 och 1960 ökade endast måttligt. Mellan 1960 och 1970 var emellertid ökningen desto påtagligare.

Samtidigt fortsatte den tidigare trenden med en kraftig ökning specialiserade sjukhusläkare i slutenvården. Det innebär att slutenvårdens läkare 1970 utgjorde hela 80 procent av landets samlade läkarkår. Motsvarande andel hade 1950 uppgått till 64 procent.

Utvecklingen för läkarna i öppenvården gick - trots det ökade antalet provinsialläkare efter 1960 åt motsatt håll. År 1950 hade således tjänsteläkarna svarat för 16 procent och privatläkarna för 20 procent av den totala läkarkåren. Tjugo år senare hade andelen tjänsteläkare och privatläkare minskat till 10 procent vardera.

När det gäller Sveriges totala läkartäthet - omfattande alla läkarkategorier - märks i det närmaste en fördubbling mellan 1950 och 1970. Vid den förra tidpunkten fanns det nämligen 1.405 invånare per läkare mot endast 748 år 1970. Förklaringen är att det totala antalet läkare mer än fördubblades från 1950 (4094) till 1970 (10.558). Samtidigt ökade landets folkmängd mera måttligt från 7,0 till 8,1 milj. invånare.

Antal läkare i riket 1950 – 1970

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

Öppen/sluten vård	Läkarkategorier	1950	1960	1970
Öppenvårdsläkare	Tjänsteläkare	805 16%	904 12%	1128 10%
	Varav prov.läkare	562	611	1047
	Antal inv./tjänsteläk. 1000-tal	8,7	8,3	7,3
	Privatläkare	1000 20%	1000 14%	1000 10%
Slutenvårds läkare		3178 64%	5393 74%	8697 80%
Summa läkare		4983 100%	7297 100%	10825 100%
Folkmängd i milj.		7,0	7,5	8,1
Antal inv./läkare		1405	1028	748

Källa: SOU 1978:74

LÄKARNA I LERUM PÅ 1950 OCH 60-TALEN

Tore Nyman, Lerums förste provinsialläkare



Lerums församling var före 1944 en del av Alingsås provinsialläkardistrikt. Kommunen/församlingen blev extra prov. läk. distrikt från 1944 med Thore Nyman på tjänsten. Lerum blev ordinarie distrikt 1950. Först vid kommunsammanslagningen 1969 kom Skallsjö församling att tillhöra Lerums läkardistrikt och dess då tre läkare.

Dr Nyman pensionerades 1970. Dr Stadling kom 1964 som andre läkare till Lerums dåvarande provinsialläkardistrikt och stannade där till 1969. En tredje och fjärde läkartjänst kom snart nog omkring 1970 p.g.a. den kraftiga inflyttningen i distriktet. Eftersom plats inte fanns för den fjärde läkaren (Dr Berntsson) fick man inreda en "leasad barack" till mottagning på "Pomona" (området som så småningom kom att bli bebyggt av gymnasieskolan i Lerum).

Sonen Sten-Axel Nyman, Lerum berättar om sin fars läkargärning:

Tore Nyman tjänstgjorde på många orter (se CV) efter med.lic. examen 1932 bl. a i Västervik där sonen föddes och i Eksjö (på sanatoriet 1938-40) där dottern föddes. Vid ett vikariat i Jockmock 1941 blev han fascinerad av Einar Wallquists gärning i Arjeplog och beslöt att bli provinsialläkare. Efter ytterligare vikariat i olika distrikt hade han tillräckligt med tjänsteår för att söka och få den extra provinsialläkartjänsten som inrättats i Lerum 1944. Familjen flyttade in i en liten röd stuga som låg där köpcentret "Solkatten" sedan byggdes. Läkarmottagningen låg i ett av två tvåvåningslängor invid järnvägsstationen och dåvarande brandstationen. I denna långa fanns i bottenvåningen läkarmottagningen och kommunalsköterskan syster Britt. I andra våningen var det tandvårdsmottagning (tandläkare dr Jägerberg). I den andra längan fanns apoteket. Husen var till en början vitmålade, senare blev de röda. I samband med att "Hälsohuset" byggdes 1969 revs huset med mottagningar och all öppenvård flyttades till Hälsohuset.

Mottagningen började kl. 9. Patienterna, som satt i kö, var inte avbetade förrän fram mot kl. 13-14. Då blev det en lättare måltid hemma och så hembesök de dagar som inte var inbokade av barnavårds- eller mödravårdscentral, skolläkaruppgifter eller besiktningssupdrag som hälsovårdsnämndens läkare. Hembesöken fick i så fall skjutas på till kvällen. Ledigheter/jour helgdagsdygnen delades med grann-distriktet, i detta fall Sollebrunn och Dr Sköld där. Senare med Gråbodistriktet, när det hade kommit, och då med dr Stadling respektive dr Dahlin.

På mottagningen hade läkaren tillgång till röntgenkula med genomlysningsmöjlighet av bröstkorgen, en-kanalig EKG-apparat, utrustning för "lilla kirurgin" och begränsad laborieutrustning. Syster Britt (Holmberg) var mottagningsköterska och senare syster Aina (Nord/Ahlsén).

Som "besiktningssläkare" av livsmedelshygien och vatten- och avloppshygien o dyl. kunde provinsialläkaren få ovänner då han måste säga ifrån vid missförhållanden. Han hade att ta

vattenprover och kanske vara tvungen att stänga badet vid sjön Aspen som på den tiden var mycket förorenad av allt avlopp som släpptes rakt ut i Sävveån ända uppifrån Alingsås. Han var ofta tvungen att hota med rapportering till 1:e provinsialläkaren om man inte vidtog åtgärder.

En annan uppgift var att vara ”polisläkare” – att ta prov på misstänkta rattfyllerister, besiktiga självmördare etc. Ofta kom sådana uppgifter på ”obekvämtid”.

Då kommunen var skyldig att stå för tjänstebostad till provinsialläkaren byggdes en sådan vid nuvarande Hedlunds backe. Tomten såldes av fröken Löfström, som arbetat som sjuksköterska på Hedefors fabriker före Aina Nord/Ahlsén. Det sades att man pratade mycket om byggnaden som ”en fyrkantig låda”. I övervåning kök och ett stort hörnrum med perspektivfönster för utsiktens skull, vilket inte var vanligt i Lerum Sovrum och mottagningsrum lades i bottenvåningen. Detta var praktiskt eftersom provinsialläkaren kunde ta emot patienter även nattetid och mottagningen låg långt från bostaden. Annars var hembesök med läkarväskan det vanliga för patientbesök på kvällar och nätter. Det blev ofta störningar i sömnen och också i måltiderna, som fick stökas undan så fort som möjligt. Efter hand som befolkningen ökade blev arbetsbördan stor och Dr Nyman pressad och alltmer tungsint av detta enligt sonen. Befolkningen ökade från 4000 år 1944 till 8000 år 1954 utan något tillskott av läkare. Dessutom var provinsialläkaren tvungen att själv skaffa vikarier då han skulle ha semester och andra ledigheter. Vikarier var det ont om och grann-distriktens kollegor var inte glada över att få än större befolkning att betjäna än de redan hade.

Dr Nyman var mycket plikt-trogen och mån om sina patienter. Ann-Marie Packendorff var en av hans första patienter. Hon karakteriserar honom som varm, snäll, klok och omtänksam. Han följde inte sin egen devis att ”en provinsialläkares främsta uppgift var att sända patienten till rätt specialist”. Han som de flesta provinsialläkare skötte om de flesta ”fallen” själv. Bara att vara en god doktor räckte till som tröst och bot för de flesta (placeboeffekt som vetenskapligt bevisats vara av största värde för att snabbare bli återställd).

Dr Nyman engagerade sig stark i Lerums Röda Kors krets, vars ordförande han var i många år. Han gick i pension 1970. Han begravdes på Lerums gamla kyrkogård 1985. Minnet av en god läkare finns hos alla gamla Lerumsbor.

Stadling, Gråbos förste provinsialläkare

Gråbo, tätort och järnvägsstation i Stora Lundby kommun, hade blivit extra provinsialläkar-distrikt 1956 med Lennart Stadling som förste läkare. Distriktet omfattade Bergum, Stora Lundby och Östad församlingar med tillsammans 4000 innevånare.

Tidigare hörde Gråbo till Sollebrunns provinsialläkar-distrikt med Gustav Sköld som provinsialläkare sedan 1938. Han skrev vid skiftet av läkare, saxat ur Fredagsbladet 12/10 1956:

”I närmare 19 år har jag haft förmånen att vara tjänsteläkare i Stora Lundby. Det har varit en utomordentligt angenäm tid tillsammans med en synnerligen präktig, snäll och trivsamt befolkning i en vacker trakt, som jag ofta berest. Tomheten känns därför stor, när jag nu lämnat Stora Lundby”.

Lennart Stadling skrev oktober 1956 om sin tjänst i Gråbo:

”Detta distrikt med 4000 innevånare är alldeles idealiskt för det ger läkaren möjlighet att ägna varje enskilt fall, stort eller litet, den tid som erfordras för effektiv behandling, utan att läkaren behöver jäkta ihjäl sig.”

Enläkarmottagningen var enligt en dåtida vanlig modell sammanbyggd med läkarbostaden. Konceptet med mottagning och bostad sammanbyggda var standard på den tiden. Alla 50-tals mottagningar var byggda enligt centrala standarddirektiv



Bostaden/villan kallades Westbergska villan. Den byggdes 1939 då Tord Westberg pensionerades efter att ha varit folkskollärare och kantor i St. Lundby åren 1903 – 1939, en betrodd man i kommunen som varit kommunalnämndens ordförande från 1920-talet till 1940-talet. Ordförande i barnavårds- och hälsovårdsnämnd och fattigvårdsstyrelse. Kristidsnämndens ordförande 1939 – 1946. Då blev Westbergska villan den centrala byggnad som alla måste besöka för att få sina ransoneringskort. Sina sista år bodde Tord Westberg i Borlänge där han gick ur tiden 85 år gammal. Villan användes efter flyttningen av kommunen bl. a. till skollokal och sist till läkarvilla. Den revs i samband med att Helegårdens radhusområde byggdes på 1980-talet.

Lennart Stadling var extra prov. läkare Gråbo distrikt 1956-62, prov. läkare Lerums distrikt 1964-69 och prov. läkare i Västerfärnebo distrikt 1969 - 1987.

Bengt Dahlin, Gråbos andre provinsialläkare



Bengt Dahlin berättar:

Som provinsialläkare har jag minnen från slutet av 1950- och 1960-talet, då jag med kunglig fullmakt tjänstgjorde först i Korpilombolo och senare i Gråbo provinsialläkardistrikt. Som Dr Nyman träffade jag och fascinerades av Einar Wallquist under min tid i Norrbotten 1959-1962.

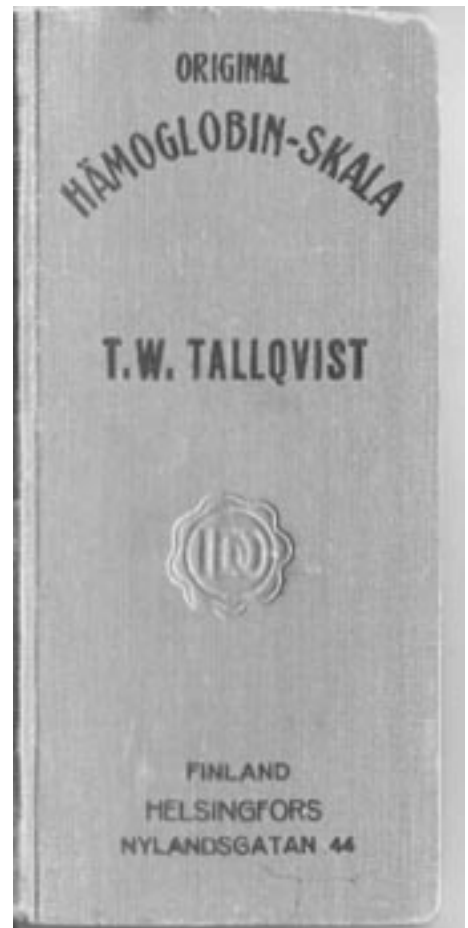
Provinsialläkarväsendets 300-åriga era med statlig huvudman var under avveckling och den nya primärvården i landstingets regi var under uppbyggnad. Mycket av provinsialläkarens tidigare uppgifter fanns dock kvar i reglementen om ej alltid i vardagsarbetet. Hur jag upplevde den tiden vill jag beskriva.

Redan som medicine kandidat med behov av att försörja en redan då växande familj vikarierade jag på 1950-talet i flera provinsialläkardistrikt, en månad i varje. Det gav mig inblick i den tidens provinsialläkares arbetsförhållanden från Åhus i söder till Sjulnäs utanför Piteå i norr. För att få vikariera i distrikt måste man ha gått kurserna i medicin, kirurgi och obstetrik och gynekologi. Att i början vikariera utan kurserna i ögon och öron skapade problem

både för vikarien och för patienter med besvär från dessa organ. Då gällde uppehållande försvar tills ordinarie provinsialläkaren återkom.

Både dåvarande provinsialläkare Sköld i Sollebrunn och extra provinsialläkaren i Gråbo, Lennart Stadling upplät sina mottagningar och patienter åt mig. Speciellt minns jag Sollebrunns-mottagningen, ett par rum i en äldre centralt belägen villa. Jag tror det var en trappa upp. Utrustningen var påver, inte mycket mer än man kunde ta med sig i läkarväskan på hembesöken, som var vanliga på den tiden. Patientjournalerna var i vykortformat, kryptiskt handskrivna med många förkortningar. De var mer som minnesanteckningar för doktorn än för att ligga till grund för ev. anmälningar om felaktig behandling. Sådana anmälningar förekom dock inte på den tiden då patienten blint trodde på den ofta auktoritära läkaren. Detta kanske också för att medicinarsenalen var begränsad och doktorn i sig själv troligen var den viktigaste medicinen. Dr Sköld var de unga konstnärernas mecenat och överallt hängde tavlor. Till och med på bägge sidor av toalettdörren.

Prover var det väl knappast tal om förutom Hämoglobintest med Tallqvists Original Hämoglobinskala med en bloddroppe på ett filterpapper att jämföra med en 10-gradig färgskala (Hb från 20 till 100 med normalvärde 90 – 100. Med Hellers prov kunde man konstatera eventuell äggvita i urinen. I ett spetsglas med salpetersyra skiktades urinen överst. Blev det en vit ring mellan vätskorna så var det äggvitan som fällts ut. Sänka (SR) gjordes också ganska flitigt med uppsugning av blodet i sänkerör, som ställdes i speciella ställ en timma. Inte sällan sög man till för mycket och blodet hamnade i provtagarens mun.



Tjänsteläkaren

Tjänsteläkaren, provinsialläkaren utnämnd av Kung. Maj:t, hade alltid haft ett totalansvar för hälso- och sjukvården i sitt geografiska distrikt. På 60-talet hade idéaldistriktet 4000 innevånare.



Förutom rena patientarbetet innebar uppdraget bl. a. att:

- vara smittskyddsläkare med utredningar o bekämpande av epidemier inkl. smittkoppsvaccinationer
- hygienexpert (självskriven ledamot i hälsovårdsnämnden)
- vara rättsmedicinare och socialmedicinare
- sköta skolhälsovården
- vara barn- och läkare i mödrahälsovården
- medicinskt ansvara för ålderdomshemmen
- sköta sjukhem om sådant fanns
- vara medicinsk handledare för distriktssköterska och barnmorska.

Varje årsskifte lämnade man en årsrapport till Medicinalstyret om hälso- och sjukvårdsläget i distriktet. Dessa rapporter försvann i och med att landstinget tog över provinsialläkarna 1963. Det var synd för de är nu en rik källa för forskare som vill beskriva hur hälso- och sjukvården fungerade före 1963, vilket vi exemplifierat genom utdrag ur årsrapporter på 1800-talet.

Arbetsgivaren/Medicinalstyret

Chefen satt i Stockholm, medicinalrådet Frostner. Lönen kom från Medicinalstyrelsen/staten – 18.000:-/år för att vara tjänsteläkare: att finnas i distriktet utom på semestern men med möjlighet att en dag i sänder vara utanför distriktet i 24 timmar, om man ordnat med ersättare. Vad innebar det att mer vara tjänsteläkare? Att sköta patientmottagning för fastställd taxa 4:-/besök, en tia för hembesök. För arvodet skulle man hålla mottagningen ungefär som en privatpraktiker. Det gällde att hålla ned kostnaderna. Det var ju tur att kommunen stod för lokalerna. Man skulle också betala ev. anställd personal. Därför blev det oftast hustrun som fick rycka in.

Arbetstiden

Var fram till 1969 obegränsad. Man var i tjänst natt som dag dock med undantag för helgerna.

De första åren delade jag och Dr Nyman i Lerum lördags-, söndagsjouren – från lördag kl. 13 till måndag morgon kl. 8. Senare tillkom möjligheten att dela även vardagsnätterna. Det genomfördes dock inte förrän jourcentralen i Alingsås öppnade 1970. När Dr Stadling återkom

till Lerum blev vi tre att dela jouren, så det kändes riktigt skönt med så mycket helgledigt. Ja ledigt blev det inte om man var hemma. Patienterna kom och knackade på och då kunde man ju inte avvisa dem. Det gjorde att vi byggde sommarhus på Orust för att kunna dra oss tillbaka ostörda.

Många nattliga problem gick att klara av per telefon eftersom man oftast kände patienten (provinsiälläkaren/husläkaren) och om det var nödvändigt kunde ta hand om det hela på morgonen innan den ordinarie patientmottagningen kom igång. Andra problem som gallsten, njursten och ev. appendicit fick komma till mottagningen under natten. Det var då en fördel att ha bostaden i anslutning till mottagningen. Enstaka hembesök gjordes också nattetid till äldre och när någon avlidit i hemmet.

Befolkningen i Gråbodistriktet var ”skonsam” mot sin doktor och besvärade sällan i onödan. Lerumsborna som jag fick kontakt med på jourerna, var ibland mera aggressiva – av någon anledning, troligen var de besvikna över att inte få träffa sin mycket älskade Dr Nyman eller att de var ”inflyttningar” som inte kunde nå sin docent eller professor med privatmottagning i Göteborg. Folk från Stenkullen och Slätthult sökte ofta Gråboläkaren. De var mera lika befolkningen i Gråbo. Nu efter 40 år kan de i olika sociala sammanhang komma och berätta om sina sjukvårdsupplevelser hos ”Dr Dahlin” – nästan alltid positivt.

Arbetsplatsen

Distriktet som helhet var arbetsplatsen eftersom man gjorde många hembesök. Läkarmottagningen i Gråbo, inrymd i en tillbyggnad till läkarbostaden, var för den tiden modern och bra utrustad. Det fanns flera rum, ett behandlingsrum och ett för röntgen /genomlysningapparat, en-kanalig EKG-apparat och mycket annat fint. Det var kanske en av anledningarna till att jag 1962 sökte den då från extra till ordinarie konverterade provinsiälläkartjänsten i Gråbo.

Provinsiälläkarhustrun och mottagningsbiträdet

Att vara provinsiälläkarhustru var ungefär som att vara prästfru. Hon deltog i makens arbete. Svarade i telefon när jag var på sjukresor. Assisterade när jag skulle sy eller laga en fraktur. Hon talar ännu stolt om att hon kan hålla i en suturtråd med höger och klippa av den med vänster hand. Klippte kompresser, virade tork, rengjorde kanyler och allt annat som hörde till utrustningen. Vi steriliserade utrustningen i ett värmeskåp.

När landstinget tog över huvudmannaskapet 1963 kunde man anställa mottagningshjälper. I Gråbo blev det Britta Lindström, en älskvärd och duktig kvinna som snabbt lärde sig att sköta det mesta av servicen läkaren behövde på mottagningen.

Hembesöken

Efter mottagningstid hade man 3 – 5 hembesök. Ofta var det febrande patienter eller sängliggande av olika orsaker. Hembesöken var positiva, då lärde man känna hemmiljöer och distriktet.

Mediciner

Medicineringen var förvisso annorlunda än nu. Vår FASS var Pharmaconomia II och III från 1945 och 1955

En ”riktig doktor” skrev ut illasmakande mediciner, komponerade piller och konstiga salvor. Pillerna var väl apotekarens fasa. Ibland blev de för stora och måste delas på med dubbel dosering istället.

Några exempel på recept med sådan medicin:

Rec/		Rec/	
Infusum amarum alk.	300	Sol. Atropin sulf.	0,015/300
Tinc. Belladonnae	10	Papav. HCl	1
Papaverin HCl	16	Magn. ox. lev.	8

Chlorbutol MDS. 1 mtsk 1/2 tim före maten. (mot magbesvär)	2	Bism. Subcarb. Syr. Sacchari aa MDS. 1 dsk 4 ggr dagl. Före maten (mot magbesvär)	10	För utom digital is så var väl de flesta medici ner mindr e farliga , läs biverk ningsf ria. Nu
Rec/ Gutt. Nitroglyc. Papav. HCl Fol. digit. Adocardin Diuretin aa Ol. Cacao Ol. Amygd. M f pil. N:o C DS. 1 piller 3 ggr dagl 5 dagar i veckan (mot hjärtbesvär)	2 0,8 3,5 6 10 5	Rec/ Extr. Bellad. Pap. HCl Phenemal Kal. Jodid Theobromin Coffein c. Natr. Benz. Rad. Glyc. Extr. Ad pil. M f pil. N:o CC DS 2 piller tre ggr dagl. (mot luftrörsbesvär/astma)	1 2 3 10 10 5 3 6	

är de flesta så potenta så det känns farligt att skriva ut dem för alla interaktioner och biverkningar. På den tiden var doktorn den viktigaste medicinen, resten var mest placebo. Studier har ju senare visat att tron på doktorn är/var 70% av boten. Man litade på att vara väl omhändertagen när man konsulterat doktorn! Hade han undersökt en och tröstat och man fick någon ofarlig medicin var man nöjd.

Skolläkare

Att vara skolläkare gav ett trevligt avbrott i vardagsarbetet. Det var regelbundna klassundersökningar i alla skolor. Första, fjärde och sjunde/niondeklasserna undersöktes. Vaccinationer gjordes. Distriktssköterskan var den som förberedde klassundersökningarna och assisterade. Så småningom fick vi skolsköterskor. Den första kom i Lerum i Knappekullaskolan, Siv Söderpalm. Efter 1969 var jag skolläkare i de flesta av Lerums skolor och i Skallsjö. Så småningom delade samtliga distriktsläkare på denna uppgift. Många nu nedlagda skolor besökte jag som Slätthults, Ryggebols, Aspens och i Stora Lundby, Östad, Stannum, Brobacka, Olofstorp.

Barn- o mödrahälsovård

Distriktssköterska jag gärna minns är syster Annie (Buhn) och barnmorskor, Edit och Evy. Om barnhälsovården och mödrahälsovård se deras berättelser.

Vi läkare kände stort stöd i våra medarbetare. I hälsovård var de specialister – vi statistiker.

En vikarie minns sommaren 1967

Staffan Ljungberg, överläkare vid Medicin Kliniken Alingsås Lasarett berättade i april 2005 om sitt vikariat i Gråbo:

"Under två månader sommaren 1967 vikarierade jag för provinsialläkare Bengt Dahlin i Gråbo läkardistrikt. Av min utbildning till legitimation återstod assistenttjänstgöring i kirurgi. Bengt och läkarstationen var bekanta sen tidigare veckoslutsvikariat. Vid dessa tillfällen tog jag mig med rälsbuss på den ännu i bruk varande västgötabanan. Från fredag till söndag morgon var man inkvarterad på läkarstationen dit befolkningen vände sig för telefonrådgivning, besök och varifrån det gjordes hembesök med taxi. Ett veckoslut kunde inbringa 700-800 kr vilket räckte till mat och hyra i rivningslägenhet i Annedal under en månad.

Sommaren 1967 var jag gift och bosatt i Lerum med hustru och vår nyfödda dotter. Till Gråbo tog jag mig med en nyanskaffad, begagnad s.k.

Volkswagenbubbla som också kom väl till pass vid de många hembesöken. På morgonen fylldes väntrummet av patienter som sökte för allehanda besvär eller var ombedda att komma för kontroll efter en viss tid. Tidbokning existerade inte, ej heller sekreterare. Det fanns sjuksköterska (en undersköterska) som prioriterade turordning och skötte ett enkelt laboratorium som tillät kontroll av Hb med Sicca-apparat (i läkarväskan fanns Hb-mätare enl. Tallquist en färgskala på pappersunderlag), sänka, urinprotein med salpetersyra och urinsocker med ett färgreagens. Urinsediment mikroskoperade man själv. Remisser till laboratorium och röntgen var ovanligt. Journaler fördes för hand på kort som arkiverades på efternamnet. Varje besök betalades direkt till doktorn som kom hem med välfyllda fickor. Kvitton sparades till det blev dags för deklaration. Arvodet gjorde en större del av inkomsten än ersättningen från landstinget. Urvalet av mediciner var mycket begränsat jämfört med dagens. Behandling på profylaktisk indikation förekom ej. Flertalet diabetiker sköttes på medicinklinikerna. Efter 15-25 besök på mottagningen återstod 3-5 hembesök på eftermiddag och kväll.

Distriktet var långsmalt och sträckte sig från Olofstorp till Gräfsnäs. I hemmen fick man behandla gall- och njurstensanfall, hjärtinkompensation, delirium och infektioner av allehanda slag, inte minst infektioner hos barn. Vid ett tillfälle besöktes ön Kärleken i Mjörn dit ett ungt par tagit sin tillflykt för att undgå samhällets moralkritik. Den unga kvinnan hade drabbats av prematurt värkarbete och fick hjälpas iland för vidare befordran till BB i Alingsås. Veckoslutsjourerna delades med närliggande distrikt men för övrigt var man mestadels jour i hemmet där det gavs råd per telefon till oroliga föräldrar om dietmat till kräkning och diarré eller som på söndagsmorgonen uppdagat att ett litet barn tuggade på cigarettfimpar från lördagskvällen. Jourcentral för hela Mittenälvsborg fanns icke ännu och ej heller mobiltelefon. För att hitta rätt kunde man få hjälp av vid vägen upphängda handdukar, utställda möbler eller utkommenderade familjemedlemmar.

Regelbundna besök på ålderdomshemmen i Gråbo och Sjövik ingick i tjänsten, liksom hälsokontroll av elever på skogsskolan i Östad. Dessa skulle bl.a. undersökas avseende stereoskopiskt seende, vilket gjordes genom att med framsträckta händer föra en normal tråd från sidan genom ett nålsöga. Detta kunde vara nog så besvärligt för dessa fingergrova ynglingar till skolsköterskans stora förnöjelse.

Trots bundenheten och den sparsamma fritiden förblev det unga äktenskapet lyckligt. Den tålmodiga hustrun hade överseende med att middagsmålet intogs på oförutsägbara, ofta sena kvällstider. Glädjen över det nyfödda barnet, umgänget med likaså nyförlösta väninnor och familjens förbättrade ekonomi bidrog bibehållen trivsel och framtidstro.

Dessa sommarmånaderna skulle jag inte velat ha ogjorda .trots stunder då man önskade att man hade förvärvat mer kunskap och erfarenhet. De gav nyttig träning i bedsidediagnostik, motivation till inhämtande och repetition av kunskaper. Insikter om primärvårdens villkor befrämjande samarbetet från ett sjukhusperspektiv samt, inte minst, en bestående och berikande vänskap med en genuin provinsialläkare.”

Provinsiälläkarföreningen

Provinsiälläkarföreningen, sedermera Distriktsläkarföreningen, har haft stor betydelse för kåren genom att företräda sina medlemmars fackliga intressen. Provinsiälläkarna hade tidigt allmänna riksmöten, det första 1861. Den 17 juli 1880 beslöts vid ett av dessa möten i Stockholm att bilda en förening omfattande landets provinsial- och distriktsläkare (senare extra provinsialläkare). Organiserad samverkan var svår att åstadkomma på grund av den yrkesmässiga bundenheten och obekväma kommunikationer. Föreningens speciella språkrör var till en början tidskriften Eira (namngiven av prof. Seved Ribbing). Denna grundades 1876 på initiativ av lasarettläkaren i Borås, A.J. Amneus. Syftet var att vända sig till ”de många läkare, vilkas verksamhet är en helt annan än den rent vetenskapliga”, läkare som hade det praktiska till uppgift.

Föreningen har ingått som en av Sveriges Läkarförbunds yrkesföreningar sedan förbundet bildades år 1905.

Provinsiälläkarföreningen hade att behandla medlemmars många klagomål över svårigheter av olika slag och försöka påverka deras arbetsförhållanden och löner. De extra provinsialläkarna t. ex. var beroende av de lokala politikerna och andra i kommunen inflytelserika personers ofta godtyckliga agerande. Man kunde då genom föreningen samla sig till s.k. petitioner till höga vederbörande, något som den enskilde inte hade möjlighet till. Oftast var läkarnas ekonomiska förhållanden uppe till diskussion, då man för det mesta kände sig underbetald i sitt bundna arbete.

Föreningen bevakade genom Läkarförbundet provinsialläkarnas löneutveckling. Från 1663 till 1970, då totallön infördes för en 42 1/2 timmars arbetsvecka, hade provinsialläkaren dels en fast lön dels taxebundna inkomster. Under 1900-talet tillkom särskilt ersatta bisysslor för deltagande i förebyggande vård, skolläkeri, sjukhems- och ålderdomshemsvårer. m. m. Provinsiälläkaren skulle ge sjukvård i sitt distrikt och landsortens befolkning till en ”billigare betalning”. Man föreskrev en taxa som var långt under motsvarande för practici i städerna och andra offentliga läkares. I instruktioner från 1700-, 1800-talen stadgades också skyldighet att behandla medellösa gratis. Principen om billig läkarvård bibehölls även sedan konsultationerna subventionerades av allmän sjukförsäkring. Den fasta lönen skulle kompensera de låga taxorna och också ersätta provinsialläkarens skyldighet att utföra vissa tjänsteförrättningar. ”Lågtaxan” kom under lång tid att utgöra ett fackligt irritationsmoment. Allmänheten kunde befaras jämställa ”billig” med ”secunda”. Den ansågs också utgöra ett rekryteringshinder då en underläkare vid sjukhus i och med övergången till en provinsialläkartjänst tvingades tillämpa en lägre sjukvårdstaxa än den han hade haft rätt till i sjukhusens öppna vård.

Så sent som i början på 1960-talet var årsarvodet från Medicinalstyrelsen 18.000 kronor och besökstaxan 4 kronor. Ett hembesök betingade 12 kronor samt bilersättning enligt statligt reglemente. Läkarbostaden var oftast subventionerad av kommunen liksom mottagningslokalerna. Alla förbrukningsartiklar fick läkaren själv bestå med liksom avlöning till eventuell mottagningspersonal.

Under 60-talet, då många stora sjukvårdsreformer genomfördes, bevakade föreningen provinsialläkarnas ställning i de nya organisatoriska formerna. Inte minst arbetstidsfrågan och borttagande av prestationslönen gav tillfälle till många diskussioner vid föreningsmötena. Kompetens- och utbildningsfrågor var viktiga för föreningen. Gustav Haglund, provinsialläkare i Dalby, medicine hedersdoktor, en portalgestalt på 60- och 70-talen, var förkämpe för ”allmänmedicinaren” eller allmänläkaren med höga kompetenskrav och specialistutbildning motsvarande sjukhusens överläkare. Han visade också framåt mot allmänmedicinen som en universitetsdisciplin med egna professorer. Om allmänmedicinarens arbetsuppgifter ansåg han att skolhälsovård, företagshälsovård och åldersvård väntade på provinsialläkarens insatser.

Tjänsteläkaren skrotades i och med landstingsövertagandet och successivt blev provinsialläkarna, som på 1970-talet åter kom att kallas distriktsläkare, praktiskt taget enbart "sjukvårdsläkare", patient/läkarrelationen var det viktiga, samhällsansvaret tonade bort.

Landstingsövertagandet 1963 utlöste många känslor och reaktioner. Ett mindre antal äldre provinsialläkare fick lov att stanna kvar i statlig tjänst. De flesta valde den nye huvudmannen.

Ett exempel på upprörda känslor ger klipp ur en Läkartidningsinsändare 1969 av dr Swante Allgulander:

"...Många spikar drivs sakta och obarmhärtigt in i 1700-talsinstitutionens likkista.

Provinsialläkaren sitter inlåst i en arbetets grottekvarn, som genom avsaknad av meriteringsvärde binder honom vid den öppna vården. Han måste ta emot fler patienter än han orkar med och han får dagligen övertidsarbete som nöter ner hans hälsa..."

Mycket av provinsialläkarens ekonomiska och arbetsmässiga problem löstes i och med landstingen övertog huvudmannaskapet för provinsialläkarna 1963. Landstinget övertog också kostnaderna för mottagningen, på samma sätt som för sjukhusläkarna. Taxan skrevs också upp till samma nivå. För att inte provinsialläkaren skulle "tjäna för mycket" inarbetades en inkomstreglerande faktor, ETH (ersättning till huvudmannen). För många upplevdes detta som "fiskaliskt".

Förhandlingarna 1969 om nya arbetsförhållanden innebar en helt ny verklighet för provinsialläkaren. Då infördes totallön och reglerad arbetstid (42,5 timmar). Många av problemen med arbetstider, taxor och löner försvann.

Men man såg en del nackdelar också med det nya avtalet:

1. En hög arbetsinsats belönades ej.
2. Övertidsarbete (om det inte var jourtjänst) ersattes ej.
3. Lön utgick inte för den aktuella insatsen utan för ett genomsnittsarbete.

Men det fanns också fördelar:

1. En kraftig lönegradshöjning gav högre pension.
2. Kraftigt förbättrade sjuklöneförmåner.
3. Förbättrade förmåner vid tjänstledighet.
4. Möjlighet till jourkompensationsledighet.
5. Socialmedicinskt och liknande arbete värderas lika med sjukvård.

Ett av förutsättningarna för det nya avtalet var att den s. k. sjukvårdsproduktionen ej fick minska i omfattning. Till en början kom man ihåg denna förutsättning inte minst för att patienttrycket var stort men eftersom tiden gick minskade antalet besök per läkare, ibland drastiskt.

Provinsialläkarfonden

Då den nya provinsialläkartaxan trädde i kraft 1962 hade läkarna att enligt vissa regler inbetala del av besöksavgifterna till statsverket. Dessa medel avsattes till en särskild fond. Enligt reglementet för fonden skall medlen användas till provinsialläkarnas förkovran. Årligen har många kurser anordnats för distriktsläkare och blivande allmänmedicinspecialister. Under en period utbildades distriktsläkare till handledare för AT- och FV-läkare och det anordnades speciella kurser i hur allmänmedicinen borde bedrivas ute i läkardistriktet. Bl. a. lerumsläkarna och lerumsdistriktet var engagerade i dessa kurser.

SOCIALSTYRELSENS ÖPPENVÅRDSVISION. PRIMÄRVÅRDSBEGREPPET

Primärvård utvecklades ur tidigare former av öppen vård främst representerad av de gamla provinsialläkar- och distriktssköterskesystemen. Genom olika förändringar av dessa system bland annat överförandet år 1963 av huvudmannskapet för provinsialläkarna till landstingen påbörjades successivt en utveckling av den öppna vården. Härigenom kom såväl dess roll som en del i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet som dess innehåll och former att påverkas.

Den utveckling som ägt rum har på olika sätt understötts och förstärkts genom det utrednings- och policyskapande arbete som utförts av socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och även Kommunförbundet. Spri står för ”Sjuk- och socialvårdens Planerings och RationaliseringsInstitut”, vilket utvecklades år 2000.

Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1969) betonade starkt behovet av en utbyggnad av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar. Enheter med mindre än tre läkare skulle i allmänhet inte förekomma. Vid större vårdcentraler borde ett flertal specialistutbildade läkare vara verksamma. Ett växande engagemang från vårdcentralernas läkare förutsattes när det gällde det hälsovårdande arbetet. Vidare pekades på fördelarna med en samordning av vårdcentraler och sjukhem samt möjligheten av att etablera dagcenterverksamhet för såväl kroppsligt som psykiskt sjuka äldre men även för psykiskt utvecklingsstörda och handikappade. I programmet förordades också att andra samhällsliga serviceorgan, som exempelvis apotek och försäkringskassa borde förläggas i anslutning till vårdcentral.

Tankegångarna i socialstyrelsens program vidareutvecklades i ett arbete som bedrevs i Spri:s regi och rapporterades i Spri-rapport nr. 14/72 om den öppna vårdens organisation. Här användes för första gången officiellt beteckningen primärvård för den offentliga öppna hälso- och sjukvård som kunde bedrivas utanför sjukhusens klinikmottagningar. Vidare beskrevs innebörden i begreppet primärvårdsområde. Härmed avsågs ett geografiskt begränsat område, dimensionerat på sådant sätt att huvuddelen av befolkningens behov av specialiserad öppen vård skulle kunna tillgodoses inom området. Området kunde bestå av flera kommuner eller utgöra del av större kommun med minst en vårdcentral i varje kommun eller kommundel. Specialiserad vård kunde baseras på en större vårdcentral med förgreningar till mindre vårdcentraler inom primärvårdsområdet. De mindre vårdcentralernas viktigaste uppgift skulle vara att ge närhetsservice i hälso- och sjukvårdsfrågor samt samverka med andra verksamheter inom vårdsektorn och med socialvården. Det rent sjukvårdande arbetet vid de mindre vårdcentralerna förutsattes bli av allmänmedicinsk karaktär med viss specialistmedverkan, främst inom barnmedicinen, utformad som konsultverksamhet för läkare från närmaste större vårdcentral.

I Spri-rapporten diskuterades också läkartätheten i primärvården. Bengt Dahlin, som var provinsialläkarföreningens representant i utredningen, ansåg att det behövdes minst 4.000 primärvårdsläkare för att ge den service som målsättningen visade på d.v.s. en läkare på 2000 invånare. Läkarförbundets överläkarföreningens representant ansåg siffran orimligt hög – det skulle inte gå att utbilda så många, intresset varför lågt för tjänsterna. Så blev målsättningen i denna utredning endast en läkare per 4000 innevånare i distriktet, d.v.s. 2000 läkare. Det var samma antal som föreslogs av Axel Höjer på 1940-talet. Först 30 år senare uppnåddes den högre läkartätheten och då höjdes ribban till en allmänläkare per 1.500 innevånare.

Ny sjukvårdslag och stadga

1962 – 1963 kom en ny sjukvårdslag och sjukvårdstadga. I lagen stadgades bl. a. att landstingskommun skulle vara indelad i läkar-distrikt för bestridande av öppen vård utanför sjukhus. Indelningen skulle fastställas av medicinalstyrelsen efter förslag av sjukvårdstyrelsen i landstinget (stomplan). Till sammanträden i sjukvårdstyrelserna skulle kallas – allt efter ärendenas art – stadsdistriktsläkare, provinsialläkare eller överläkare. Dessa ägde ej rösträtt men rätt att få sin mening antecknad till protokollet. Inom varje landsting skulle en provinsialläkare utses för denna uppgift. I Älvsborgslandstinget utsågs Torsten Andrén, provinsialläkare i

Dalsjöfors. I varje läkardistrikt skulle finnas minst en provinsialläkare. Inga extra provinsialläkardistrikt kunde längre inrättas. Biträdande och extra provinsialläkare kunde tillsättas (något som provinsialläkarföreningen motsatt sig) Provinsialläkare skulle fortfarande tillsättas av Konungen, sedan förslag med fyra namn uppgjorts av medicinalstyrelsen. Landstinget bereddes tillfälle att yttra sig över förslaget och av medicinalstyrelsen givet förord.

Lagen innehöll även vissa ändringar av provinsialläkarens åliggande i tjänsten. Det stadgades, att provinsialläkaren hade skyldighet att meddela vård även åt personer utanför distriktet ” i den mån verksamheten tillät”. Skyldigheten att åta sig dubbelförordnande inskränktes till tre månader per år och gällde endast inom landstingsområdet. Provinsialläkare befriades från plikten att åta sig verksläkartjänst liksom arbete inom förebyggande vård vid sjukvårdsinrättningar.

LANDSTINGETS BYGGER UT PROVINSIALLÄKARVÄSENDET

Landstinget tog över en nedgången provinsialläkarorganisation. Provinsialläkarna verkade på en-läkarstationer enl. den ordning som beslutats av staten. Många en-läkarmottagningar var enkelt utrustade, kanske bara tre rum i andra våningen i en villa som den i Sollebrunn på 1950-talet. Läkarens expedition kunde se ut som bilden (hämtad från Hembergs bok):



En äldre provinsialläkares mottagningsrum
Bilden lånad ur per hembergs bok

Distriktens omfattning var vid landstingsövertagandet:

Läkardistrikt och prov. läk. i Älvsborgs län 1 juli 1963

”Kungl. Maj:t förklarade, att de fullmakter, som utfärdats skola f.o.m. 1 juli 1963 avse tjänster som provinsialläkare hos Älvsborgs läns landstingskommun i de läkardistrikt som framgå av sammanställningen:

Bengtsfors – Rudolf Schwarz, Melleruds västra – Leif Madsen, Melleruds östra – Sigvard Danielsson, Eds – Stig Arne Larsson, **Sollebrunn – Erik Brattström, Herrljunga – Lennart Kjellson**, Borås – Olof Wretborn, Ulricehamn – Georg Amosy, Svenljunga – Gustav Collin, Kinna – Artur Tava, Åmål – Einar Önefors, Horred – Johan Lüneborg, Lilla Edet – Olof Appelgren, Fritsla – Bengt Thorson, Tranemo Friedrich Hillman, Älvsered – Hilda Särg, **Vårgårda – Arne Hjelmér, Lerum – Thore Nyman**, Limmared – John Grettve, Brålanda – Jüri Veiderpass, Surte – Per Hellström, Bollebygd – Tibor Pap, Sätilla – Karl Ågerup, Dalsjöfors – Torsten Andreen, Färgelanda – Kjell Eriksson, Viskafors – Lars Forsell, **Gråbo – Bengt Dahlin**,

Följande provinsialläkare kvarstod i statlig tjänst:

Trollhättan – Per Erik Hulin, **Alingsås – Erik Laurén**, Högsäter – Britta Östberg.

De kommande åren karaktäriserades av landstingets fortsatta satsning på öppen vård med uppförande av materiellt och personellt välutrustade läkarstationer. Flerläkarstationerna börjar göra sitt intåg. I Lerum utökades läkarbemanningen med till två läkare (dr Nyman och dr Stadling). Den senare återkom till Lerum efter några år i Bohuslän. Jourverksamheten delades 1963 alla dagar i veckan av läkaren i Gråbo (Bengt Dahlin) och de två läkarna i Lerum.

Tre tjänstemän vid centralförvaltningen administrerade provinsialläkarna – Märta Andreasson, Annie Andersson och Agne Svensson. De handlade också distrikts- och mödravården i landstinget. Fördelen med denna gemensamma ledning av den öppna vården var att verksamheterna knöts samman på ett konstruktivt sätt. Distriktssköterskor, barnmorskor och provinsialläkare kom att närma sig varann mer än tidigare. Läkarna fick successivt hjälppersonal vid mottagningarna. Det var oftast lokalt rekryterade kvinnor med mer eller mindre sjukvårdsbakgrund, som på plats fick läras upp till mottagningsbiträden. Trots avsaknad av sjukvårdsbakgrund blev de ofta mycket duktiga och till stor hjälp för provinsialläkaren. Inte minst slapp provinsialläkarhustrurna engagemanget i makens arbete på dagtid. Tiden hade också kommit då de själva gick ut på arbetsmarknaden och inte hade möjlighet att bistå maken som tidigare. Vid Gråbo läkarstation blev Brita Lindström från Björboholm en av dessa utmärkta medhjälpare.

Från enläkarstationer till vårdcentral

Att genomföra Socialstyrelsens öppnavårdsprogram med flerläkarstationer togs upp till diskussion i slutet av 1960-talet. Lerumsområdet, som var i stark befolkningstillväxt, behövde fler eller större lokaler för tillkommande läkartjänster. Den första treläkarstationen planerades därför i Lerum. Åt Lennart Stadling, som hade återvänt från Bohuslän till Lerum och arbetade tillsammans med Tore Nyman, uppdrogs att planera denna mottagning. Bengt Dahlin i Gråbo deltog i arbetet eftersom Tore Nyman skulle gå i pension före inflyttningen. Provinsialläkarens gamla vana att arbeta i enläkarmottagning speglades i utformningen av lokalerna. De bestod av ”tre enläkarenheter” med gemensamma resurser som reception, laboratorium, behandlingsrum och fikarum. ”Enläkarenheten” var en läkarexpedition med tillhörande två undersökningsrum, ett på var sida om expeditionen, allt avskilt mot övriga mottagningslokaler med en kort förstuga och dörr.

l. JW Edgrens affär har rivits (1962). Här skall nu uppföras vårdcentral, apotek, försäkringskassa
Förvaltningsbyggnaden i bakgrunden stod klar år 1960.



Foto från hans Falklinds bok "Det gamla Lerum

Den nya mottagningen blev klar 1969. Den var en del i vad som kom att kallas Hälsohuset vid Brobacken i Lerum. Treläkarenheten fanns på andra våningen. På första våningen inrymdes distriktssköterskor och barnmorska med mödra- och barnvårdscentral. På tredje planet installerade sig Lerums kommunförvaltning. In på läkarsstationen flyttade Bengt Dahlin och Gunnar Hedelin. Lennart Stadling, som tragiskt mist en dotter, flyttade istället till Västerfärnebo 1969. Till teamet på Brobacken anslöt sig istället Bengt-Ivar Nöjd. Personalen, som nyrekryterades, innebar en stor kompetenshöjning. Förutom läkarsekreterare och receptionspersonal anställdes mottagningssjuksköterska och den första laboratorieassistenten utanför sjukhus. Det var de som kom att utveckla "lerumsmodellen" de kommande åren. Vår första vårdcentral var klar att köra igång.

Nya arbetsvillkor för läkarna

Åren 1969 – 1970 medförde en revolutionerande förändring både för läkare och patienter. För läkarna innebar det att tidlön infördes. Detta medförde fackliga krav på att arbetstiden fastställdes till samma veckoarbetstid som för de flesta arbetstagar kategorier nämligen 42,5 veckoarbetstimmar och med bestämmelser om arbetstidsförkortningar i framtiden. Emellertid förutsattes att sjukvårdsprestationen per läkare skulle bibehållas oförändrad. Det var uppenbart att så inte skulle kunna ske då arbetstiden för de flesta provinsialläkare sedan länge var närmare 60 timmar per vecka inklusive jourtjänst. För att lösa problemet infördes viss s.k. särskild arbetstid som utformades individuellt och beräknades med ledning av varje läkares självdeklaration av de senaste årens medelarbetstid. För särskild arbetstid fick läkaren extra betalt. Arbetstiden schemalades, provinsialläkarna blev skyldiga att iaktta "kontorstid". Detta i sig innebar att jourtjänsten centraliserades till "Jourcentraler". För MittenÄlvsborg inkluderande Lerums läkardistrikt placerades jourcentralen i Alingsås på en flerläkarmottagning invid lasarettet. Jourcentralen hade öppet vardagar mellan kl. 17 och följande morgon kl. 08 samt hela lördags- och söndagsdygnet. Eftersom jourtjänsten låg utanför den reglerade arbetstiden fick

läkarna ”jourkompensationsersättning”, som antingen kunde tas ut i pengar eller i ledig tid. För det mesta valde läkarna att ta ut ledig tid. Allt detta tillsammans gjorde att funktionellt minskade läkartiden/läkartjänsterna med i det närmaste 50%. Köerna till mottagningarna ökade och i Lerum upplevde vi och patienterna kaos med dålig tillgänglighet till de dittills helt köfria provinsialläkarmottagningarna. Detta var orsaken till vad vi kom att kalla lerumsmodellen, ett sätt att lösa bl.a. tillgänglighetsproblematiken till mottagningen, mera om detta i nästa avsnitt (Del II).

Sju-kronorsreformen

Genom Socialdepartementets promemoria 1969 infördes ett helt nytt system innebärande att vårdsökande vid landstingens öppna mottagningar skulle erlagga ett enhetligt arvode på sju kronor per konsultation, vilket skulle uppbäras av mottagningspersonalen. Arvodet berättigade inte till återbäring från Försäkringskassan men utgjorde också ersättning för alla åtgärder som vidtogs som röntgen-, laboratorie- och andra specialistundersökningar dit vederbörande remitterats av ”primärläkaren”. Försäkringskassan skulle ersätta landstinget med 38 kronor per besök. Läkarna skulle befrias från alla ekonomiska mellanhanden med patienten med två undantag: arvoden för besök i hemmen under jourtid, som fixerades till 15 kronor, samt betalning enligt taxa för intyg av olika slag.

Vad betydde sju-kronorsreformen för sjukvården?

Nyordningen innebar att stadfästa att vården skulle finansieras av samhället. Redan Axel Höjer började att arbeta på att förverkliga socialdemokratins tankar om kostnadsfri vård i offentlig regi, ökad läkarutbildning och en avlönad läkarkår. De landstingsanställda slutenvårdsläkarna hade haft möjlighet att ha både egen öppen mottagning och privata inneliggande patienter. Som läkare skulle man vara en rådgivare som patienten själv både valde och betalade. Genom lagstiftning och avtal begränsades detta successivt från 1945 till 1960. Sjukronorsreformen satte definitivt stopp för detta. Trots mycket delade meningar inom läkarkåren accepterade Läkarförbundet riksdagsbeslutet om sjukronorsreformen utan strid. Förhandlingarna fortsatte med sjukvårdshuvudmannen för att få så bra löne- och arbetsvillkor som möjligt, vilket i stort sett lyckades väl. Tryggare arbetsförtjänst och rimligare arbetstider fanns på reformens plussida. Det blev också en solidarisk utjämning av löneskillnaderna inom läkarkåren.

För provinsialläkarna innebar reformerna mycket förbättrade arbetsvillkor, som reglerad arbetstid, jourkompensation och möjligheter till efterutbildning och FoU-arbete. Mer om detta i del 2.

SUMMERING AV 1960-TALET

I historisk belysning framstår tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet. Det gyllene 1960-talet var ett årtionde med onormalt gynnsamma betingelser. Tillväxten skapade resurser som medgav en kraftig ökning av såväl offentlig som privat konsumtion. De ekonomiska realiteterna kunde nu svara upp mot de sociala ambitionerna. Den offentliga sektorn byggdes ut. Det gällde i särskilt hög grad offentliga huvudverksamheter som hälso- och sjukvård, socialvård och utbildning.

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

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

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

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

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

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

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

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

En stenhög upphör att vara en stenhög
i samma ögonblick som någon betraktar stenarna
och inom sig ser bilden av en katedral
/ Antoine De Saint-Exupery/

APOTEKSVÄSENDET

Fram till 1971 var de svenska apoteken privatägda. Verksamheten byggde på en stark statlig reglering och apotekscheferna utsågs av Kungl. Maj:t (Medicinalstyrelsen) för att garantera att verksamheten bedrevs med hög kvalitet och säkerhet. Finansieringen byggde på grundlån hos Apotekarkårens kreditkassa samt banklån. Man använde sig av ett avgiftssystem som medförde utjämning av apoteksinnehavarnas inkomster och möjliggjorde inrättandet av apotek i glesbygd där lönsamheten var svag. Man betalade allmänna avgifter för gemensamma funktioner som information, statistik och ex tempore framställning av läkemedel. För de gemensamma funktionerna fanns vid Apotekarsocieteten ett kansli samt informationsavdelning, kameralavdelning, personalavdelning, planeringsavdelning, sjukhusfarmaceutisk avdelning, produktions-, ekonomi- och marknadsavdelning och forsknings- och kontrollavdelning.

Apotekarsocieteten

Redan 1635 bildades Apotekarsocieteten i Stockholm, som en intresse-, yrkesförening för apotekarna. År 1675 fick societeten officiellt status med kungliga privilegier. Ur dess minnesskrift vi 300 års firandet hämtar vi att fyra perioder urskiljs i dess historia. De första 50 åren, 1635 – 1688 var apotekarna underställda stadens styrelse som ett ofullbordat skrå. Period två 1688 – 1760 var den en privilegierad societet underställd Collegium Medicum. Nästa fas 1760 – 1800 präglades av revirstrider mellan apotekare- och läkarkollektivet. Societeten frigjorde sig då från Collegiet. Den fjärde perioden 1800 – 1837 präglades av utbildningsinsatser och jämsides med den gamla bildades en ny societet med målsättning att främja vetenskaplig undervisning.

Apotekarsocieteten fick vittgående privilegier under 1600-talet som skydd mot nyanläggningar, rättighet att försälja sprithaltiga beredningar, skattefrihet, ankans rätt till apoteket, apotekens ensamrätt till läkemedelstillverkning och försäljning. Den näringsfrihetsförordning som kom 1864, då apoteksvaror skulle betraktas som en av andra handelsnäringar, undantog apoteksrörelsen som fick behålla sina privilegier. För att bidra till apotekens bärighet kunde stadens myndigheter ge apoteket privilegium till vinservering, Visby apotek fick t. ex. anordna gästgiveri i mitten på 1700-talet. År 1814 ifrågasatte Sundhetskollegiet dessa apotek som vore mer att anses som ”brännvinsnäringsställen och kryddbodar”. Ankans rätt till apoteket kvarstod ända fram till 1920.

Förhållandet mellan apotekare och läkare försämrades under senare delen av 1600-talet då Collegium Medicum ansåg att apotekarna fått för stor makt genom sina privilegier. Man kände sin makt hotad. Läkaren Urban Hjärne, som skulle leverera läkemedel till armens fältkistor och även till stadens fattiga, ansåg att han kunde göra detta billigare än apotekarna och såg det som en olycka att läkarna släppt ifrån sig läkemedelstillverkningen till apotekarna. En stor mängd av apotekens läkemedel var enligt Hjärne av intet värde och andra mediciner var för starka att anförtros åt apotekarna. Först 1765 fick apotekarna en representant i Collegium Medicum. En och annan framstående apotekare tilldelades assessors fullmakt av konungen, samtidigt som han erhöll ”lika värdighet med assessorerna i Collegium Medicum”.

Apotekarsocietetens situation var vid 1800-talets början brydsam. Man hade ekonomiska svårigheter och man hade misslyckats med vad man länge önskat, att frigöra sig från Collegium medicums överhöghet.

1799 års reglemente hade skärpt fordringarna på de anställdas kunskaper. Detta gav också en ny inriktning av apotekarsocietetens verksamhet nämligen att stödja vetenskaplig undervisning. Samtidigt hade stora framsteg gjorts inom naturvetenskapen och den femte upplagan av farmakopén hade utkommit. Sundhetskollegiet önskade ett nytt apotekarreglemente. Det nya reglementet fastställdes först 1819. Framför allt förändrades apotekarexamen.

Apotekarnas utbildning hade diskuterats mycket under slutet av 1700- och början av 1800-talet, Man blev apotekare genom 5 – 6 års tjänstgöring på apotek och därefter en Cursus Pharmaceuticus med avlagd examen inför societeten. Kraven ökade på vetenskaplig utbildning.

En del blivande apotekare från hela riket studerade både en och två terminer vid Uppsala universitet under senare delen av 1700-talet. De åhörde föreläsningar och deltog kollegier och ”herbationer” av Linne i botanik och materia medica samt i kemi av professor J. G. Wallerius. Några farm. Studiosi disputerade även ”pro exercitio”. Avsaknaden av egen läroanstalt blev alltmer kännbar. En viktig länk i utbildningen tillkom 1816 då man inrättade s. k. Instruktionsapotekarebefattningar och instruktionsapotek.. År 1835 beslutades om en läroanstalt för apotekare i societetens regi.

År 1821 beslöts om att bilda en stiftelse för att ”befordra pharmaceutiska vetenskapens framsteg och för att understödja behövande och af lyckan vanlottade apotekare eller pharmaceutici samt de förres efterlämnade hustrur och barn”. 1831 bestämdes att alla apotekare kunde bli medlemmar av societeten och 1837 stadfästes ”Stadgar för Apothekare-Societeten i Riket” av Kungl. Maj:t och apotekarkåren fick därmed en fast organisation och en av statsmakterna erkänd representation.

De tidiga apoteken

Det första svenska apoteket fanns på Stockholms slott 1552. Efterhand öppnades apotek i de större städerna, i Göteborg apoteket Enhörningen 1642, i Borås fick Gustav Amund Wikland apoteksprivilegium 1720. Det brann ner 1727 och Wikland flyttade till Vänersborg.

Några av landets apotekare hade under slutet av 1600-talet och början av 1700-talet fått beteckningen provinsialapotekare. Detta innebar ensamrätt att inom ett län eller landskap få anlägga apotek. Privilegiet var ärftligt.

Årtal	Apotek i Stockholm	Apotek i Sverige
1650	4	8
1700	9	27
1800	12	95

Bilder på apoteksinredningar och utrustning i början på 1800-talet från Skansenapoteket, Stockholm:





De tidigaste apoteken i Göteborg

Hämtat ur Sören Skarback: Läkarna i gamla Göteborg, kapitlet Stadens första apotek :

I Göteborg kom det första riktiga apoteket att döpas till Enhörningen. Den 8 augusti 1642 fick den 29-årige tysken Kilian Treutiger tillstånd att driva det. Tidigare hade handlare i staden salufört apoteksvaror som Benedictus Fistulator. Apoteket Enhörningen blev Sveriges i ordningen femte. Det fanns två i Stockholm, ett i Uppsala och ett i Kalmar.

Konkurrensen från så kallade kvacksalvare var kännbar och Kilian klagade hos magistraten.

Johannes von Ackern fick 1658 tillstånd att öppna Strutsen, stadens andra apotek.

Omkring år 1670 startade den göteborgskfödde apotekargesällen Paul Jörgensson ett eget apotek bara tre tomter från Kilians

Kilian Treutigers liv slutade 1675 i sorgens tecken. Sonen David hade dött vid 22 års ålder. Då änkan var för klen och sonen dött fick apoteket drivas vidare av dottern Anna Maria, som enligt lagen hade tre år på sig att välja en make i apotekaryrket. Den tyske apotekaren Andreas Schwart gifte till sig apotekshuset den 20 augusti 1678.

Apoteket Strutsen i Göteborg blev Kronans droghandel

Det hela började 1718. Apotekare Luth, innehavare av Apoteket Strutsen, fick i uppdrag att balsamera Karl XII:s kropp. Betalningen uteblev – det var ju ett hedersuppdrag – men i gengäld förädrades han titeln ”Kunglig Hovapotekare” och fick dessutom rätten till namnet Apoteket Kronan. 1814 började företaget importera och handla med droger och medicinalier, och hundratalet år senare, i januari 1907, bröt Gustaf Bernström loss den del som sysslade med läkemedelsdistribution. Han grundade Kronans Droghandel, KD, som blev en viktig distributör av läkemedel i Sverige.



Branschen har i alla tider varit föremål för politiskt intresse och har ständigt ifrågasatts; sedan 1930-talet har den svenska läkemedelsförsörjningen i princip varit under konstant utredning. Dessa 70 år av turbulens har resulterat i en värdefull förändringsberedskap inom företaget, och det är en del av förklaringen till att KD har kunnat utvecklas från ett litet familjeföretag till en av Europas modernaste och effektivaste läkemedelsdistributörer. Kronans Droghandel hade fått sin nuvarande form.

Apoteksvisitation 1897

– Ur förste provinsialläkarens i Älvsborgs län rapport.

Förste prov. läk. Hade då övertagit provinsialläkarnas skyldighet att visitera apoteken.

Under inspektionsresorna förrättades visitation å samtliga länets 13 apoteksinrättningar, som i allmänhet befunnos i ett god och tidsenligt skick. Det är endast ett apotek, som stannat efter och ännu befinner sig i ett tillstånd, som för 20-30 år sedan torde varit mindre ovanligt. Mot alla lokaler utom gräsvinden gjordes här större eller mindre anmärkningar; källaren särskildt dålig - trång och fuktig. Å intet ställe hade några större förändringar vidtagits, endast ett och annat nytt redskap anskaffats såsom några vågar och siktar, på ett ställe en Vestfals våg etc. Af gjorda anmärkningar må anföras:

Instrumenter och redskap.

En precisionsstativvåg för trög, en handelsstativvåg dito; på 3 ställen en och ett ställe 2 handvågar odugliga. På ett ställe samtliga 5 och 10 gramsvigter för lätta, på ett annat ställe en 2 grams. En destillationsapparat dålig. En 2. klass sikt utsliten; å ett ställe saknas 4. klass, på ett annat håller den endast 80 hål på LI-centimetern.

Läkemedlens förvaring. Lådfacken på två ställen ej fullständiga, växtpulver förvaras på ett ställe å henglaskärl, på ett annat på ofärgade glaskärl (endast några stycken). På ett ställe äro signaturerna i materialkammaren smutsiga och otydliga, i källaren otydliga och delvis lossnade al fukt. På samma ställe vattnet öfver Pyroleurn ariimale rectiliratum ultorkadt. På ställen hafva etiketterna å en del opiipreparat genom ålder antagit en nästan grön färg.

Läkemedels beskaffenhet. Tinct. Hyoscyami grumlig, Balsam. Copaiva dålig, Balsam. Styrax dålig, Secale coriutum för gammal, Gemm Pini mögliga, Acidum sulphuricum concentratum spec. v. 1,824, Spiritus concentratus spec. v. 0,826, Cloretum ferricum innehåller basiskt salt, hvardera å ett ställe, Oxidum hydrargyricum pracipitatum oren å 3 ställen, Oxidum magnesium leve fanns å 3 ställen i mindre förråd än 50 gram och var dessutom å ett af dessa ställen ej profhalligt. Vid profsiktning af pulver lemnade å ett ställe 4 pulver, å 6 ställen ett pulver återstod af från 5--25 0/0.

Sockenapotek, apoteksfilialer och medicinlådor

Man förstod tidigt vikten av att befolkningen hade tillgång till de mest användbara medicinerna. De apotek som fanns skulle ha öppet dygnet om enligt en Medicinalförordning 1688. Ända till 1943 gällde denna regel. Fram till 1806 behövdes inte läkarrecept för att inhandla de läkemedel som såldes på apoteken med undantag av råttgift. Alla apotek skulle alltid ha alla råvaror i lager för att alltid kunna expediera behövt läkemedel.

På många håll upprättades sockenapotek. Anvisningar för sockenapotek utfärdades 1816 med hjälp av doktor M Pontin. I företalet anges att "Kongl. Maj:ts landsfaderliga omtanka åsyftade, att tillräckligt med inskränkt antal kraftiga läkemedel borde, i hvarje församling på landsbygden, finnas att tillgå, för att vid vådligare sjukdomstillfällen, och i synnerhet vid begynnande Farsoter, kunna till deras hämmande användas, antingen av närboende läkare eller af andre, som sig om läkarekonsten beflita". Man lade sig vinn om att i boken endast välja ut de enklaste och minst dyrbara läkemedlen. I boken fanns en lättfattlig sjukdomslära med klassifikation och några rader om varje sjukdoms natur. Sjukdomsdiagnoserna hade latinska och lokala benämningar.

Redan år 1760 utgav J. A. Darelus sitt Socken-Apothek, författad att inläras och begagnas av klockare.

Medicine doktor M. Pontin utfärdade anvisningar 1816 om "ett tillräckligt men inskränkt antal kraftiga läkemedel, som borde i hvarje församling på landsbygden finnas att tillgå, för att vid vådligare sjukdomstillfällen och i synnerhet vid begynnande farsoter kunna till deras hämmande användas, antingen af närboende läkare eller af andre som sig om läkarekonsten beflita."

Läkemedel, som till ett Socken-Apothek böra inköpas:

Anm. Mängden af de här uppräffade Läkemedel rättas efter hvarje Församlingis folkräkhet och behof, hvilke af Provincial-Medicus behörigen ämpas. Dessa kvantiteter äro bestämda för en hvarje folk-mängd.

	Mängd och Läs, enligt nu gällande Medicinal-Taxa.	Rd. Sk. r.		
1. Kräkfels-pulver. §. 1. . .	50 Stycken	1	2	10
2. Kräkrots-pulver. §. 2. . .	25 fl.	1	13	10
3. Laxerfalt. Engeliskt Salt. §. 3. . .	2 libras			32
4. Rabarber-pulver. §. 4. . .	3 uns	1	42	10
5. Laxerpiller (Pilule colocynthidis comp.) §. 5. . .	1 uns	1	5	4
6. Löslände-pulver. §. 7. . .	9 uns	1	10	
7. Kylände-pulver. §. 8. . .	10 uns			27
8. Kamfer (Campora integra) §. 9. 1. . .	1 uns			11
9. Kamfer-pulver. §. 9. 2. . .	50 fl.			12
10. Svettdrifvande Mixtur. §. 10. . .	4 uns			40
11. Svalvel-pulver. §. 11. . .	2 uns			28
12. Eliberika eller Hoffmans Droppar. §. 13. . .	2 uns			32
13. Opil-pillet. §. 17. a. . .	60 fl. = 1 dr.			43
14. Opil-droppar. §. 17. b. . .	1 uns			26
15. Bröf-elisir. §. 18. . .	2 uns			26
16. Prinsens droppar. §. 19. . .	2 uns			37
17. Sura droppar. §. 20. . .	1 libr.			8
18. China-pulver. §. 21. . .	1 libr.	3	26	10
19. Spankfluge-plåster. §. 24. . .	2 uns			33
20. Häftplåster. §. 25. . .	4 uns			16
21. Blyplåster. §. 26. . .	3 uns			12
22. Bly-ättika. §. 27. . .	1 libr.			12
23. Till Mineralvåra Räkningar. §. 29. . .				
Pulver N. 1. . .	6 fl.			4
Pulver N. 2. . .	8 fl.			8
Svalvelvåra. . .	3 uns			16

Källa: Per Hemberg - Ett läkardistrikt berättar

På industrierna fanns också medicinförråd för lokalt behov.

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

Sollebrunn Medicinförråd t.ex. administrerades från Apoteket i Skara (transport via Västgötabanan).

Ur 1:e prov. läk. rapport 1910:

För Medikamentsförrådet i Sollebrunn, hvilket den 17 juni 1909 nedbrann, hafva helt och hållet nya, flera och rymligare lokaler inredts i det hus, som uppförts å nedbrunna husets tomt Litet särskilt rum eller utrymme för läkemedels undersökning (Analysrum) finnes i Alingsås och Sollebrunn.

Ett apotek i Gamlestaden i Göteborg (troligen Vasen) anlätades för distribution av mediciner till Lerum med järnvägen fram till det egna apoteket öppnades år 1948. Kerstin Holtzhausen skötte medicinförrådet i Lerum 1936 - 1947. I hennes bostad, Hedlundsbacke nr 7, fanns ett särskilt rum för förrådet med egen ingång och försett med en lucka där recept kunde lämnas in och också mediciner hämtas ut. Hon sålde också sjukvårdsartiklar av olika slag.

Till Gråbo med omnejd sändes medicinlådor från apoteket Vasen i Göteborg ända fram till den nya vårdcentralen invigdes år 1978, då apoteksfilial till Lerums apotek fanns på plats. Så länge västgötabanan fanns kom medicinerna per järnväg och kunde hämtas på stationerna utmed banan. Efter banans nedläggning i slutet på 1960-talet blev det busstransporter och olika butiker tog över ansvaret för medicinlådorna.

IngaLill Ankén berättade om sin anställning på apoteket Vasen i Göteborg som började 1964:

"Apoteket Vasen hade leverans av medicin till folk på landsbygden. Gråbo, Sjövik, Stannum och Olofstorp var de orter dit mediciner sändes. Recepten sändes i medicinlådor med buss till Nils Ericsonsplatsen i Göteborg, där järnvägspersonalen tog hand om dem. Sedan hämtades de av oss på Vasen för att iordningställas, paketeras väl och förses med namn och adresslapp.

På den tiden ringdes många recept in och så vityt jag minns kom de flesta från distriktsläkare Bengt dahlin i Gråbo. Det gällde att han inte ringde för sent på dagen utan att vi hann göra i ordning recepte och läkemedel innan de samma eftermiddag skulle med medicinlådorna tillbaka till sina respektive orter."

"Att arbeta på apotek förr skiljer sig väsentligt åt mot nu på 2000-talet. Mycket av läkemedlen tillverkades t.ex. ute på apoteken, vilket inte är fallet idag. Vi rullade piller, tillverkade stolpiller, dispenserade pulver och salvor, kokade dekokter och infusioner. Laboratoriebiträden på apoteken blandade stora satser av bl.a. hostmediciner. Olika sorter fanns ex.vis bröstdroppar med beznotym, Danske kungens bröstdroppar, Timjansirap m.fl. därefter fylldes hostmedicinerna i småflaskor och placerades ute i apoteket för vidare försäljning till kunderna.

De patienter som erhållit medicin på recept och ville veta vad den var bra för fick aldrig den upplysningen av oss. Vi var nämligen förvägrade att lämna ut information om mediciner utan fick istället hänvisa till den som skrivit ut receptet d.v.s. läkaren.

Fanns det informationsblad i förpackningen var vi tvungna att plocka ut dessa. Idag är det apotekspersonalens uppgift att kunna ge patienten denna information.

Den sociala situationen på apoteket på den tiden var lite annorlunda än dagens. Det var stor skillnad på personalens status beroende av om man var apotekare, farmaceut eller tekniker. Respektive personalkategori duade varann men däremot inte grupperna sinsemellan."

Apoteket i Alingsås

Redan från 1729 fram till 1744 höll Manufaktur-Läkaren doktor Jonas Gunnarsson Kruse i Alingsås ett litet apotek där. Det första apoteket med Kungl. Tillstånd öppnades i Alingsås år 1748 av Gustav Amund Wichland. Han hade dessförinnan upprättat apotek i Borås 1720 och i Vänersborg 1727. Tydligt var apotek en olönsam affär för följande år 1749 anhöll han hos Kongl. Maj:t att få sälja apoteket och privilegierna p. g. a. dålig ekonomi. Han dog i skuld och änkan sålde apoteket till Mathias Wahrendorff (av tysk härkomst liksom många av de tidigaste apotekarna i Sverige) för 1650 Daler och "blev dertill examinerad". Även han hade dålig ekonomi och kunde inte behålla apoteket längre än till 1760. Öfver-Direktör Patrik Alströmer, som gått i borgen för köpeskillingen, övertog då apoteket för manufakturiets räkning. Lars Collin var ansvarig för driften. Det såldes igen år 1764 av baron Nils Silfverschjöld, som då innehade manufakturiet i Alingsås. Det drevs av Georg Wessel till 1792, då det övertogs av Johan A. Jansson. Janssons son Johan Peter övertog apoteket 1825. Wessel flyttade till Östad där han var intendent vid Barnhuset. Han dog 81 år gammal 1813.

Redan 1624 påbjöds att apoteken skulle hållas öppna både dag och natt. I den första apotekarordningen 1635 sägs att "recepten skall expedieras utan dröjsmål genast då de kommer in på apoteket. Inga recept av barberare, badare, oculöister o. s. v. får expedieras förrän de gillats av en medicus. Apotekaren skall antaga endast goda, dugliga och flitiga gesäller med goda betyg och något kunniga i latin. Apotekaren skall med sina gesäller och lärlingar både dag och natt för det gemensamma bästa flitigt "uppvakta" och för den skull alltid finnas tillstädes i apoteket". Det bestämdes också att apoteken årligen skulle visiteras av läkare.

Apotekspersonalen kan genom 1:e prov. läkarens årsrapporter följas under första halvan av 1900-talet. Här ett exempel; Alingsås apotekspersonal 1897:

Svangren L. J., apoteksinnehavare
Eneqvist A. J., exam. Apotekare
Andelius A. F., " "
Paulsson C. F., " "
Andrén Thyra, farm.stud.
Karlsson D., elev
Sätervall T., elev

Samtliga apoteksinnehavare i Alingsås 1748 - 1970 listas under rubriken "Sjukvårdens nyckelaktörer".

Gamla apoteksinventarier



Källa. Medicinhistoriska Museet i Göteborg

Apoteket i Lerum

Apoteket Granen i Lerum inrättades 1948. Lokal i ett hus intill provinsialläkarmottagningen strax norr om Lerums järnvägsstation. Dess förste innehavare var Folke Schmeling. Han efterträddes av Birger Krantz 1954 (se ”Yrkes och levnadsbeskrivningar”). Samtidigt som Brobackens vårdcentral flyttade in i Hälsohuset i Lerum flyttade apoteket över dit i bottenvåningen mot brobacken. 1980 tog Gunnel Anderberg över apoteket som 1985 flyttade till den nya vårdcentralen vid Göteborgsvägen.



Här det gamla apoteket och läkarstationen på Brobacken i Lerum, omkring 1968, när man förberedde nybyggnation.

Yvonne Eriksson berättar: jag började som 17-åring 1961 som elev på det ursprungliga apoteket i det ”röda huset” invid ett liknande som var läkarmottagning. Birger Krantz med familj bodde i övervåningen i apotekshuset. Hustrun Inga också apotekare arbetade på apotek i Sävedalen och på Kronan i Göteborg.

Till en början var apoteket i Lerum filialapotek till Lejonet i Göteborg. En del varor levererades därifrån liksom från ADA – Apotekens droghandel. Sprit kom i stora damejeanner. Spriten användes bl.a. av diabetiker för att förvara sprutorna och injektionsnålarna i. Örter av olika slag också som såldes i torkad form till kunder som örttéer. Läkemedelslåda sändes till Floda och Tollered.

På den tiden var apoteksarbetet helt annorlunda. Någon information till kunderna gavs inte. Man lämnade in sitt recept och fick ut medicinen i en sluten påse. Man gjorde olika dekokter och piller enl. läkarrecept.



Utrustning för pillerframställning. Foto från Skansenapoteket, Stockholm

Yvonne utbildade sig 1965 – 66 kvällstid till apotekstekniker och 1990 – 1992 till receptarie. Hon arbetade fortfarande 2005 på apoteket i Lerum.

Gunnel Anderberg berättar om sin tid på apoteket i del II ”historien om primärvården”.

Apoteksvisitationer

Provinsialläkaren ålades att visitera apoteken en gång årligen samt även följa upp apotekarens arbete. Han var tvungen att i görligaste mån underlätta för apoteken genom att förskriva enkla kompositioner.

1843 skriver Gustav Vareniu, provinsialläkare i Hjo och Alingsås:

”Jag har ännu icke undersökt något Apothek, ehuru något öfver ett år förflutit sedan jag trädde i utöfning af extra Provincialläkaretjensten. Att jag emedlertid icke varit overksam, äfven hvad detta embetsåliggande beträffar, torde jag få styrka med Stockholm d. 3 Junii 1843. Herr Doctor Varenius. Hjo erhållit af 1843 /Ex/ Banco Debet. Afsändt med ångfartyget Östergöthland Junii 3. /1/ Låda med reagentier Pr. Cour:t 68 Thl:r 2gr. 124-40. Transport från Berlin till Lübeck inclusive spedition 4-15. Frakt från Lübeck till Stockholm inclusive Assurance 6-12, 25% Tull 31-12. Tolag, packhusavgifter och avgift till Handels och Sjöfartsfonden 3-20, 170-4.

Enär jag måhända är den förste svenske Provincialläkare, som från Berlin, Luhsne låtit inskrifva instrumenter och reagentia erforderlige vid Apoteksvisitationer, har jag agtat nödigt här ordagrannt införa räkningen å desama, för att derigenom dels till dem bland mine Herrar Embetsbröder, hvilka, anse sig böra till möjligen minsta belopp nedsätta den summa de måste vid tjenstens tillträde uppoffra på för densamma utöfvande nödvändiga instrumenter, ge en vink om sättet att förskaffa sig den Luhnuska instrumentlådan till lägre belopp än jag för desama måst utbetala dels för att ödmjukast fästa Kong. Sundhetscollegii ynnest fulla uppmärksamhet på det förhållande, att en detsama underordnad

embetsmannacorps med från 250 till högst 400 R:dr lön nödgas ej blott från utrikes ort förskrifva instrumenter, behöflige i och för sådan embetsutöfning, hvarpå en hel landorts invånares helsa och lif kunna bero och hvarföre ingen serskild ersättning erhålla, utan äfven utöfver till 100 tals R:dr uppgående inköps och transportkostnad för desse instrumenter erlægga 25 procents tull. Emedan endast Apothekare ega rätt att förskrifva medicamenter, bör requisitionen af den Luhsneska instrumentkistan, som innehåller till medicamenter räknade reagentia, göras af en Apothekare. Sjelfva instrumentkistan af mahogeny innehåller 2 afdelningar. I den öfre, som är försedd med lock finnas 21 större och 9 mindre glasflaskor med inslipade glasproppar. I desse flaskor innehållas: jernchlorid, jernkaliumcyanid, kiselfluorvätesyra, galläppletinctur, chromsyradt kali, salpetersyradt silfver, platinachlorid, guldchlorid, tenachlorur, chlorbarium, phosphorsyradt natron, oxalsyrad ammoniak, chlorcalcium, ammoniak, kolsyrad ammoniak, kali, kalkvatten, svafvelsyrad jernoxidul, kolsyradt natron, svafvelammonium, chlorammonium, ättiksyrad blyoxid, jernkaliumcyanur, svafvelsyra, svafvelvätesyra, chlorvätesyra, vinsyra, ättiksyra, salpetersyra, alcohol. Den nedre afdelningen utgöres af en låda med dubbla bottnar. På den öfre bottnen finnas. 1./En mindre trälåda innehållande i mindre med dels ett gemensamt dels för hvarje ett serskildt lock försedde afdelningar: Borax, borsyra, flusspat gips, kiseljon, kopparoxid, phosphorsalt, salpeter, soda; 2/. Två lackerade jernbleckslådor innehållande, den ena brännkol, den andra polerad jernbleck, ståltråd och två blåsrörsspetsar. 3/ En mortel och stöt af calcedon; 4/ En rund, en trekantig fil; 5/ En quarters lång och tums bred kopparblecksskifva 6/ Två polerade hornspadar; 7/ En blankpolerad kniptång med knipändarne krökte liksom brancherne på en gomsax; 8/ Skaft af polerad horn i ena ändan försedt med mässingsbeslag och öppning för insättande af ett mindre instrument, för hvars förvarande i den andra ändan finnes ett med skruflock försedt rum. Sjelfva instrumentet saknas i det af mig bekomna skaftet; 9/ Mässingsställning till en oljelampa; 10/ En blankpolerad stålhammare med polerad träskaft; 11/ En scalpell med bukig ägg; 12/ Ett blåsrör af mässing med munnstycke af horn; 13/ En jerncette af mässing och 2 af blankpoleradt stål; 14/ Två blankpolerade jernspadar; 15/ En sked af platina liknande metall; 16/ En slef af blankt jernbleck med polerad träskaft; 17/ Två spadar och en mortelstöt af ägta porcelän; 18/ En loupe med 2 glas; 19/ En tara af mässing. På den nedre bottnen förvaras 1/ En ställning af laqueradt jernbleck för vid kemiska undersökningar behöfliga glaströr; 2/ En oljelampa af laqueradt jernbleck; 3/ Fyra glasbägare; 4/ Tre glastrattar; 5/ En spritlampa af glas; 6/ Åtta stycken glaskolfvar af olika storlek och construction; 7/ En tubulerad retort; 8/ Två glasflaskor, den ena med inslipad glaskropp; 9/ Ett öppet 4 i ändarne till blåsta halfannat kvarter långa glaströr; 10/ Tre halfquarters långa, mot ena ändan spetsformigt avsmalnande glaströr; 11/ En bägare af ägta porcelän; 12/ Två kastruller af D:o; 13/ Fyra skålar af D:o; 14/ Fyra deglar med 2 lock af D:o. 15/ Två skålar af jernbleck; 16/ En papplåda innehållande på 2 bottnar 13 stycken 4 tum långa i ena ändan tillblåsta glaströr med en öppning af 4 lineers diameter i den andra.

Så snart jag hunnit, utöfver hvad jag redan för detta ändamål inköpt, äfven förskaffa mig thermometer, aerometer och alcoholometer, skall jag visitera inom districtet belägna Apothek."

1849 skriver Gustav Varenius:

"Inom districtet finnes endast ett apothek, beläget inom Alingsås stad. Detta apothek öfvergick 1848 genom köp från förre egaren, Apothekaren Leyel, till nuvarande innehafvaren, Apothekaren Alfred Sjöberg, som under loppet af redovisningsåret vid apothekets skötsel varit betrodd af Examinerade Provisorn H.T. Holmberg. dessutom fanns å Apotheket eleven J. G. Olin."

1851 skriver Varenius:

Apothek - Priviligierade (sjelfständiga och filial).

"Hade jag icke anledning att vara serdeles belåten med det sätt, hvarpå Apotheket i Alingsås (sjelfständigt), det enda inom districtet, handhafdes den tid af redovisningsåret, det egdes af Apothekaren Alfred Sjöberg, så har jag, sedan det öfvergick till sin nuvarande egare, fått desto mer anledning hoppas, att det skall bli ett bland de bättre i riket."

Och om Apothekare, Provisorer och lärlingar

"Apotheket i Alingsås öfvergick genom köp i Augusti månad från ditills varande egarn, Apothekaren Alfred Sjöberg till Apothekaren Verner Julius Dillberg. Från årets början till d. 1 December tjenstgjorde Pharmacie Candidaten Carl Magnus Carlstedt vid detta apothek. Från årets början till d. 15 Augusti var vid detsamma eleven Henning Theodor Ljungdahl antagen."

Att köpa svenskt var på den tiden en strävan från myndigheterna:" Såväl uti enskild praktik, som vid allmän sjukvård, bör provinsialläkaren bemöda sig att införa bruket af inhemska verksamma medel, särskilt sådana, varpå i orten tillgång finnes och som kunna ersätta utländska; varför medicinalväxters odlande, samlande och nyttjande, bör av honom i synnerhet uppmuntras."

1841 skriver en provinsialläkare:

”Och Apothekare kunde ej med skäl åläggas att till så betydlig förlust för sig lemna Iglar efter Medicinaltaxans pris. Denna olägenhet var ofta ganska kännbar vid de ofta förekommande behofven af locala bloduttömningar, särdeles i denna ort, der koppning är hos allmogen nästan obekant, eller åtminstone af ytterst få practiseras. Orten eger dock en mängd sjöar med sankt gytte- eller gräsvallsstränder, och i hvilka man finner Iglar i stor myckenhet; men på sednare tider hafva en mängd upköpare dragit åt sig hela ortens handel med iglar, hvilka de betala vida högre än Apothekare kunna utan förlust göra, och exportera dem till England och America. Det är verkligen skäl att befara, det dessa nästan outhärliga djur snart hos oss utödas, om ej tjenliga medel vidtagas att hämma den aldeles ofantliga utförseln till andra länder af både fullväxta Iglar och späda ungar. Att utverka en hög export-tull på denna vara torde kanhända vara enda medlet att åtminstone till betydlig del minska denna för vårt land olyckliga industri. Jag får hos Kong. Collegium anhålla om tillgift, för det jag tagit mig friheten att göra denna, för ämnet kanske främmande digression.”

Apoteksinstruktioner och Farmakopéer

Pharmacopoeja Holmiensis Galeno-Chymica utgavs 1686 som ett rättesnöre för apoteken i Stockholm. Den föreskrevs som riksnorm i 1688 års Medicinalordningar. Den var föråldrad redan då den gavs ut.

Den första svenska riksfarmakopéen gavs ut 1775: Pharmacopoea Svecica Ed. I. Under medverkan av bl a Abraham Bäck, Carl von Linné och Carl Wilhelm Schele. Den stod på höjden av dåtida vetande. I Pharmacopoea Ed. V medverkade bl a Jöns Jacob Berzelius. Pharmacopoea Svecica Ed. XI gavs ut 1946 som den sista nationella farmakopén i Sverige. Den första transnationella – nordiska farmakopén gavs ut 1965. En av Europarådet utarbetad europeisk farmakopé sätts i kraft i Sverige 1978.

Modernare läkemedelsförteckningar:

Pharmaconomia Svecica Ed. II, 1943. Ur förordet: ”Rätt stora omarbetningar har måst göras. Dispositionen från föregående upplaga är i stort oförändrad. Mera otidsenliga beredningar har uttrangerats. Plats har beretts åt många nya värdefulla medel”.

Pharmaconomia Svecica Ed. III, 1956. Ur förordet: ”Farmakoterapin, som tidigare var övervägande empirisk, har fått en alltmer rationell karaktär med ofta starkt preciserade indikationsställningar genom användningen av allt flera till sin kemiska sammansättning kända, mycket verksamma läkemedel, vilkas effekt på den mänskliga organismen är vetenskapligt nog utprövad. De senaste två decennierna har berikats med ett stort antal medel som kräver ingående kunskap och omsorg samt noggrann övervakning av sjukdomsföloppet. Ordination av blandningar av sådana farmaka är ofta en svår uppgift. Flera läkare har därför övergått att begagna standardiserade, industriellt framställda läkemedel”.

Ur Förste provinsialläkaren i Älvsborg hämtas:

” Källströms-Schimmelhennigs författningssamling har anskaffats vid samtliga, utom 2, apoteksinrättningar.

I allmänhet förvaras de till apoteken utdelade författningarne ordentligt.

Förteckning öfver inkomna handlingar fanns å alla apotek, utom i Venersborg.

Beträffande författningar saknades vid flera apotek K. Kung. 27 Nov. 1896 S. F. S. 92 92. 1896) angående mått och vikt; samt S. F. S. 99 21. 1895 och S. F. S. 11 för 1897. Dessa synas icke hafva blifvit till apoteken eller provinsialläkarearkiven utdelade.

Gällande Farmakopéer funnos vid samtliga apoteksinrättningar, liksom och Giftstadgan.

Vqar: En precisionsvåg i hehof af reparation å ett apotek, 2:ne sådanaöfverföras till handelsstativvågar å ett annat apotek. Vid visitation å ett apotek befanns en vigt 5 hektogram, omedelbart förut omjusterad och sedan dess ej använd, 45 ctgm för lätt, således ej noggrant justerad. För öfrigt hafva inga vågar, vigter eller mätstakar under årets visitationer befunnits felaktiga.

Giftskopen hafva allestädes varit i författningsenligt skick.

Tillståndsresolution för försäljning af denaturerad sprit för gammal i Borås. Laboratoriet, dekoktrummet samt magasinen befunnos gamla och skröpliga i Ulricehamn.

De anmärkningar, hvilka under visitationerna behöft göras rörande medikamenterna hafva varit få och icke af beskaffenhet eller betydelse att här förtjena införas.”

EPILOG

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

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

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

Ibland tror vi att det vi gör bara är en droppe i havet.

Men havet skulle vara mindre utan den droppen

/Moder Teresa/

TABELLBILAGA

**Tabell nr 1. Utvecklingen av det svenska tjänsteläkarsystemet
Sammanställning av vissa läkartjänster i öppen vård under olika tider**

Tjänstebenenämning	Antal tjänster vid utgången av år											
	1700	1773	1840	1890	1905	1920	1940	1950	1956	1960	1965	1970
I:e	—	—	—	24	24	24	24	24	24	24	24	24
provinsialläk ^a	—	—	—	(13)	(22)	(24)	(24)	(24)	(24)	(24)	13	15
Bitr. 1:e	7	32	47	138	139	200	337	562	599	611	743	1023
prov.läk	—	—	24	73	169	112	27	— ^c	—	—	—	—
Provinsialläkare	6	11	53	134	155	188	204	219	257	269	213	66
Extra prov.-läk	13	43	124	369	487	524	592	805	880	904	993	1128
Stads-, köpings- och	1,5	2,1	3,2	4,8	5,3	5,9	6,4	7,0	7,3	7,5	7,8	8,1
municipalläk. <i>Summa tjänsteläk.</i>	115	48,8	25,8	13,0	10,9	11,3	10,8	8,7	8,3	8,3	7,8	7,2
Folkmängden i riket i milj.												
Antal invånare per tjänsteläk. I 000-tal												

Källa: SOU 1978:74

Tabell nr 2. Infektionssjukdomar
Infektionssjukdomar i Älvsborgs län 1896 – 1920

År	Röd - sot	Tarm-tyfus	Difteri-strypsju ka	Kik- hosta	Influens a	Skarlati na	Mässlin g	Polio
1896	12	111	350	105		352	1282	-
1897	-	122 (döda 12)	628 (döda 84)	893 (29 döda)	1033 (4 döda)	154 (3 döda)	450 (2 döda)	-
1898	4	118 (döda 18)	763 (döda 83)	309 (döda 21)	854 (döda 2)	151 (döda 5)	312 (döda 2)	-
1899	12	115 (döda 18)	1268	285 (döda 17)	3262 (döda 17)	302 (döda 9)	404 (döda 3)	-
1900	-	48 (döda 5)	584 (döda 52)	265 (döda 26)	1.389 (4 döda)	224 (döda 9)	662 (döda 7)	-
1901	7	115	739	251	1542	563	119	-
1902	-	53	359	846	876	487	921	-
1903	-	70	311	328		356	1.341	-
1904	47	97	282	186	2027	382	236	-
1905*	4	92	522	388	1628	321	83	8
1906	4	176	691	537	712	125	1044	2
1907	19	89	596	362	1721	162	344	21
1908	2	149	421	813	3088	287	274	29
1909	-	53	330	460	1083	264	651	-
1910	6	164	348	541	1591	265	1371	1
1911	23	63	922	649	1539	473	288	341
1912	10	70	494	769	1301	302	262	499
1913	14	148	515	457	1499	321	336	40
1914	3	137	253	274	1068	441	1070	10
1915	-	110	442	394	2380	662	237	2
1916	3	119	486	494	1799	552	104	6
1917	7	67	804	487	1054	591	649	8
1918	1	400	1704	510	26.139	424	14	4
1919	-	233	1966	619	6.886	515	215	88
1920	-	82	1025	169	1.206	430	485	9

Smittkoppor rapporterades 2 fall 1909 och 1 fall 1919 och 1920.

Asiatisk kolera rapporterades 1897 med 12 fall (döda 3), 1899 10 fall (döda 2), 1900 10 fall (döda 4).

Ett fall av spetälska upptäcktes i Fotskäls socken i Marks distrikt 1905.

”Frossa” noterades sporadiskt, som mest 6 fall 1902. Sista rapporten denna period var ett fall 1918.

1918 visar den största dödlighet som inom länet förekommit på långeliga tider (spanska sjukan).

Källa: Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län.

Tabell nr 3. Infektionssjukdomar

Infektionssjukdomar i Älvsborgs län 1920 – 1927

År	Tuber kulos män/kv.	Tuber kulos döda	Influ ensa	Polio	Difteri stryp sjuka	Kik- host a	Tyfus/ para tyfus	Skarla tina	Mäss ling	Sömn sjuka
1920			1.206	9	1025	169	82	430	485	
1921				31	582		118	926		12
1922	1286	72		7	325		47	389		6
1923	260/296	44/44		3	185		58	232		19
1924	278/305	42/63		31	96		124	320		10
1925	208/316	51/60	3.444	34	82	296	124	187	154	22
1926	251/219	57/56		12	138		22	230		9
1927	218/328	36/50		15	98		16	175		6

Rödsot noterades 1921 med 4 fall, 1922 med 3 fall och 1925 med ett fall.

Källa: Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län.

**Tabell 4 a. Dödlighetsförhållanden i Älvsborgs län
per 1000 innev. 1897 - 1920**

År	Dödlighet i städerna	Dödlighet på landsbygden	Dödlighet Länet
1897	14,0	14,5	14,2
1905	15,2	15,9	15,8
1906	16,5	14,6	14,8
1907	13,0	15,1	14,8
1908	13,5	15,3	15,1
1909	13,6	14,5	14,3
1910	14,1	14,7	14,6
1911	13,1	15,6	15,2
1912	12,3	14,8	14,4
1913	11,5	14,7	14,3
1914	10,9	14,3	13,8
1915	12,9	16,0	15,5
1916	11,6	14,4	13,8
1917	12,1	14,8	14,2
1918	17,6	17,5	17,5
1919	12,3	15,9	15,1
1920	11,7	13,8	12,8

Särskilt bör bemärkas att dödligheten är större på landsbygden än i städerna förutom under influensaåret 1918 då dödstalet var lika. Det tyder på att hälso- och sjukvården i normalfallet är mindre väl tillgodosedd på landsbygden och i behov av förbättring.

1918:s höga dödstal speglar influensaepidemin (spanska sjukan), Influenza epidemica, med följande antal sjukfall i städerna: Vänersborg 812; Trollhättan 1.429 (58); Alingsås 244 (27); Borås 7.040 (93); Ulricehamn 369 (23); Åmål 960 (20), Siffror inom () dödsfall.

I landsbygdsdistrikten: Trollhättans 919; Lilla Edets 461; Sollebrunns 5.218; Alingsås 648; Herrljunga 785; Borås 354; Kinnas 779; Skenes 1669; Svenljungas 725; Ulricehamns 397; Melleruds 257; Tössebos 141; Billingsfors 560; Eds 1363; Högsäters 1009; sammanlagt insjuknade i länet 26.139 personer i influensan 1918.

Källa: Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län.

Tabell 4 b. Dödlighetsförhållanden i Älvsborgs län

Dödlighet per 1000 innevånare 1920 – 1960

År	Dödlighet i städerna	Dödlighet på landsbygden	Dödlighet Länet
1920	11,7	13,8	12,8
1925	10,4	12,6	12,1
1930	10,0	12,4	11,8
1935	9,7	12,6	11,8
1940	9,1	11,6	10,9
1945	8,6	11,4	10,5
1950	8,4	11,2	9,8
1955	7,6	10,1	9,2
1960	8,1	11,3	10,0

Källa: Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län.

Personalutveckling – läkare och sjuksköterskor 1940 - 1970

	1940	1950	1960	1970
Läkare	5.436		7.043	10.500
Sjuksköterskor	9.000	12.500	22.000	60.400

Tabell nr 5. Befolkning i olika provinsialläkardistrikt 1897 - 1960

Källa Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län – Rapporter

Lokal befolkningsstatistik 1897

Årtal 1897	Folkmängd	Födda	Nativitet	Döda	Mortalitet	Mortalitet i ‰ av födda
Alingsås*	41.331	943	22,8	680	16,5	9,7
Alingsås stad	3.206	71	22,2	39	12,2	5,6

*Sollebrunn, Gråbo, Skallsjö församling och Lerum ingår häri.

Lokal befolkningsstatistik 1915

Årtal 1915	Folkmängd	Födda	Nativitet ‰	Döda	Mortalitet	Mortalitet i ‰ av födda
Sollebrunn*	21.617	415	19,1	327	15,1	6,5
Alingsås**	15.859	280	17,7	269	17,0	7,1
Alingsås stad	5.668	137	24,2	74	13,1	5,8

*Gråbo ingår häri

** Skallsjö församling och Lerum ingår häri.

Lokal befolkningstatistik 1945

Årtal 1945	Folkmängd	Födda	Nativitet ‰	Döda	Mortalitet	Mortalitet i ‰ av födda
Sollebrunn*	10.007	175	17,5	134	13,4	4,5
Lerum	5.072	91	17,9	28	5,5	2,2
Alingsås**	6.578	63	9,6	69	10,5	1,6
Alingsås stad	10.795	237	22,0	100	10,0	0,4

* Gråbo ingår häri

** Skallsjö församling ingår häri.

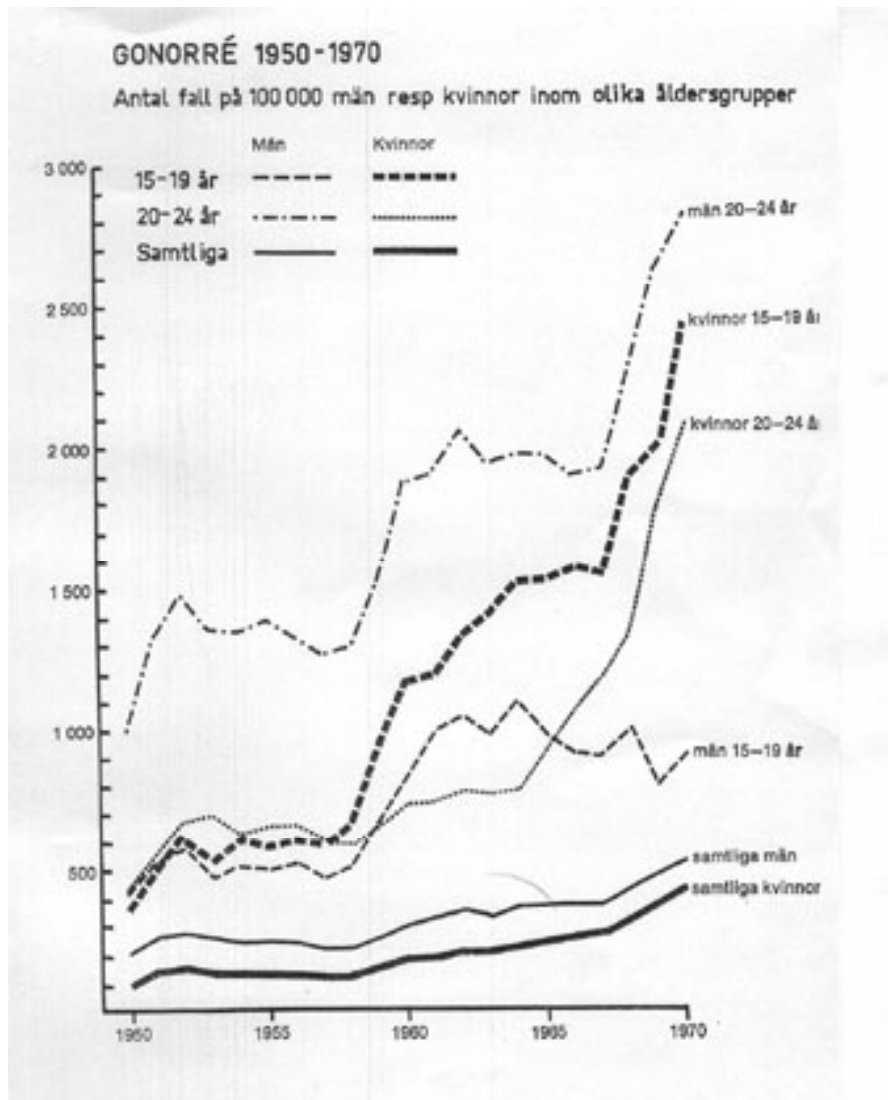
Lokal befolkningstatistik 1960

Årtal 1960	Folkmängd	Födda	Nativitet ‰	Döda	Mortalitet	Mortalitet i ‰ av födda
Sollebrunn	5.110	57	11,2	73	14,3	-
Gråbo	4.007	47	11,7	48	12,0	-
Lerum	7.626	119	15,6	53	6,9	-
Alingsås*	6.578	63	9,6	69	10,5	1,6
Alingsås stad	17.553	223	12,7	165	9,4	1,8

• Skallsjö församling ingår häri.

DIAGRAM

Diagram nr 1. Gonorrhén 1950 - 1970



REFERENSER DEL I

Utredningar

Statens offentliga utredningar (SOU):

SOU 1948:14. Medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning.

SOU 1958:15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområden.

SOU 1978:74. Husläkare – en enklare och tryggare vård.

Socialstyrelsen redovisar Ett principprogram om öppen vård. 1968

Statistik

Bidrag till Sveriges officiella statistik (BiSOS)

- K, Helso- sjukvården 1860 –1910

Sveriges officiella statistik (SOS)

- Hälso- och sjukvård 1910 -

Officiella skrifter

Årsberättelser från provinsialläkare (Alingsås, Sollebrunn) ur:

- Vård och omsorgshistorisk databas.
- Svensk medicinalhistorisk bibliografi.

Förste Provinsialläkarens årsrapporter 1897 - 1959. Älvsborgs läns landsting, Vänersborg.

Wistrand, Sveriges läkarhistoria del 1-3. Ger CV:s för läkare fram till 1920-talet

Läkarmatrikel 1924.

Svensk läkarmatrikel 1970. Bokförlaget Vem är vem. 1971.

Svenska läkare. Nordstedt och söner. 1959.

Svenska provinsialläkarföreningens cirkulär 1959 – 1970.

Sveriges Apotekarkår i ord och bild. 1942.

Sv. Farmaceutisk Matrikel 1938.

Sveriges Apotekares historia, Lars Lindquist. 197 .

Hemsidor/databaser

Vård och omsorgshistorisk databas, Linköpings universitet. <http://pub.ep.liu.se/medhist/>

Här finns 6000 provinsialläkarberättelser från 1814 till sekelskiftet 1900.

Databasen innehåller material under följande rubriker:

- Medicinalstyrelsens protokoll
- Överinspektörens årsberättelser för sinnessjukvården
- Årsberättelser från lasarett och hospital
- Inspektörsberättelser från hospitalen
- Årsberättelser från provinsialläkare
- Hälsovårdsnämndens protokoll
- Medikolegala rapporter (obduktionsprotokoll)

<http://www.bengtdahlin.se/index.html> projektet är utlagt på denna internetadress.

Litteratur

Andersson Bertil, Fritz Martin, Olsson Kent, Göteborgs historia. Band I-III. 1996.

Axelsson Per, Historien om Polio i Sverige – från barnförslamning till poliovaccin. Svensk medicinhistorik tidskrift Vol. 8 Nr 1, 2004.

Berg Gunnar, Tollered – ett brukssamhälles uppkomst och utveckling. 1978.

Bergmark Mats, Från pest till polio. Prisma. 1983.

- Bergstrand Axel Martin, Andersson Bror, Ur tre socknars krönikor – Stora Lundby, Bergum, Östad. 1967.
- Berndtsson Olof, Hedefors. Minnesbilder. 1996.
- Boström Per, Västergötlands tidigare farmacihistoria. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands Fornminnesförenings Tidskrift 2003-2004.
- Brodin Göran, Egenvårdens ansikten. Om egenvård från kvacksalveri till patientdemokrati och e-health. Uppsala universitet, 2006.
- Dahlström Margareta, Att vara doktor. 2004.
- Den svenska historien, band 5 – 10. Medicinhistoriska artiklar. 1968. Ewert Bo, Lindberg Bengt, Odin Martin, Vad säger doktorn? 1944.
- Falklind Hans, Det gamla Lerum. 1987.
- Furhoff Anna-Karin, Svensk allmänmedicin – när praktiken fick en teori. Sveriges Läkarförbund. Ett sekel med läkaren i focus. Läkarförbundet 1903 – 2003. 2003.
- Fritz Martin, Östad – från barnhus till näringsidkande stiftelse. 2002
- Från rotegång till socialtjänst. Landstinget i Älvsborg. 1991.
- Galdston Iago, Medicinens framsteg under de sista hundra åren. Bonniers 1942.
- Gerner Göran, Minnesskrift – Svenska provinsialläkarföreningen 1880 – 1972. 1975.
- Gustavsson Karl, Stora Lundby hembygdsförening, 1999.
Stora Lundby skolor. 2004.
- Gårdlund Torsten, Industrialismens samhälle. 1942.
- Haggard Howard, Läkaren i mänsklighetens historia. Natur och Kultur 1935.
- Hallböök Torgil, Lasaretten i Västergötland. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands fornminnesförenings årsbok 2003-2004.
- Hammar B, Medicinsk folkupplysning. Förhandlingar vid tjugotredje Allmänna läkarmötet i Västerås 1942.
- Hemberg Per, Ett läkardistrikt berättar – om gångna tiders sjukvård i Bo och Svennevads socknar. Country Life AB, 1987.
- Holmdahl Barbro, Sjuksköterskans historia. Liber Utbildnings AB. 1994
- Herrljungaboken – gammalt och nytt från, 1958.
- Herrljunga–Tarsled, Två socknars historia, Hur de sjuka togs om hand. Lennart Kjellson. 2003.
- Höjeberg Pia, Jordemor – barnmorskor och barnaföderskor i Sverige. Stockholm 1991.
- Johansson Hilding, Älvsborgs läns landsting 1863 – 1962. 1963.
- Johansson Sören, Boken om Ale. 1985.
- Kronans Droghandel, Årsredovisning 1999. Göteborg.
- Kuuse Jan, Strukturomvandling och arbetsmarknadens organisering. 1986.
- Kuuse Jan, Varaktiga konsumtionsvarors spridning 1910 – 1965. En indikator på välståndsutvecklingen i Sverige. 1969.
- Lindberg G, Rosén M red, Folkhälsa och sjukvård. 2000.
- Lind Håkan, Landstinget i Älvsborg. 135 år i ord och bild. 1998.
- Lönnroth Louise, Provinsialläkarna och deras arkiv. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands fornminnesförenings årsbok 2003-2004.
- Mannerfelt Otto, Älvsborgs läns landsting 1863 – 1913, I och II. 1913.
- Niklasson Christina, Alingsås lasarettshistoria
- Nilsson Ingemar, Peterson Hans-Inge, Idéhistoria. SNS förlag. 1998.
- Nordholm Uno, Om Apotekarsocietetens uppkomst och utveckling. Stockholm 1976.
- Norrman, Ragnar, Prästerna och vaccinationen. En regionalundersökning avseende Uppsala län 1811-1820. I Kyrkohistorisk Årsskrift 1979.
- Olsson Helmer, Folkliv och folkdikt i Vättle Härad under 1800-talet. 1945.
- Pontin M, Anvisning till Valet af Läkemedel för Allmänna sjukvården, till inrättande af Sockenapothek, Stockholm. 1816.
- Puranen, Britt-Inger, Medicinens roll i kampen mot tuberkulos och smittkoppor under två århundraden. I Hjärta-Kärl-Lungor 77:3/1982.

- Qvarsell, Roger and Jan Sundin, The Social and Cultural History of Medicine and Health in Sweden. In History and Philosophy of the Life Sciences, vol 17, 1995.
- Rapport från en studiecirkel. Bygd i förvandling. Glimtar från Stora Lundbys nutidshistoria, Del 2, skola och vård. (Stencil). 1982
- Runeberg Johan Ludvig, Fänrik Ståls Sägner. 1928
- Saujer Birgit o Peter, Innan Alingsås blev stad.
- Schmith George F, The man who saved the worl from smallpox. IUniverse
- Sjögren Iréne Nils Rosén von Rosenstein. Mannen som förlängde människolivet – en trilogi. Växjö universitet, 2006.
- Skarback Sören, Läkarna i gamla Göteborg. Tre Böcker Förlag AB, Göteborg. 1999.
- Sköld, Peter, "The history of smallpox and its prevention in Sweden". Ascleipo. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 54:1, 2002, 71-91.
- Stolt Carl-Magnus, Läkaren och patienten.
- Stolt Carl-Magnus, Borås och Sjuhäradsbygdens medicinhistoria – de bortglömdas historia. Medicinhistoria i Västergötland, Västergötlands fornminnesförenings årsbok 2003-2004.
- Stora Lundby. En resa genom tiden. 1999.
- Sundberg Carl, Läkarvetenskapen och dess samhällsbetydelse under det nittonde århundradet. 1920.
- Svenska sjukhus, Del I – III. En översikt över det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt. Stockholm 1950.
- Sveriges Apotekarehistoria, Johan Fred. Sacklén. 1833.
- Sveriges Läkarförbund. Ett sekel med läkaren i focus. Läkarförbundet 1903 – 2003. 2003.
- Stahre Ulf, Britanniafabriken 1893 – 1993. Ett gjuteris historia. 1993
- Sundelin, Arne, Sörman, Anne, Skammens hud – Om spetälska i Sverige. Bokförlaget DN, Stockolm. 2004.
- Säveån från Hedefors till Floda. 1996.
- Sölenius Bengt, Hälso- och sjukvård i kommunerna. 1992.
- Torwald Anita och Rune, Bergum – en västgötaskocken i omstridd gränsbygd. 1989.
- Vigård Folke, Lerums socknar genom tiderna. En krönika. 1976.
- Öberg Lars, Göteborgs läkarsällskap. En historik. 1983.
- Öberg Lisa, Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870 – 1920. Ordfront. 1996.

Tidningar och tidskrifter

- Svenska Dagbladet. Medicinskhistoriska artiklar.
- Svenska Dagbladet Inger Atterstam. Spanska sjukans massdöd en gåta. 19 mars 2006.
- Högberg, Ulf, Den vita pesten - tuberkulos från forntid till nutid. I Kvartalsskiftet, Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar 2, 1982 s. 69-75.
- Nordström, Stefan & Egil Johansson, «Husförhörens läsbetyg avslöjar ärftlig ögonsjukdom.» I Forskning och Framsteg 1/1978, s. 52-56.
- Nordström, Stefan, Kyrkböckerna avslöjar ärftliga sjukdomar. I Forskning och Framsteg 7/1982 s. 39-43.
- Palmborg Märta, En kvinnlig provinsialläkare bladdrar i minnenenas bok. Suppl. Nr 22, Allmänmedicin 5/1997.
- Sjukdomsuppfattning genom tiderna. Svensk medicinhistorisk tidskrift, Vol. 3 Supplement 2, 1999
- Swartling Per, Primärvårdsutvecklingen i Sverige. Allmänmedicin nr 4, 2001.

Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar

Intervjuer:

- Kerstin Damell, Den första distr.sköt. trakten, först i Lerum 1931 – 1940 sedan i Floda 1941 - 1962. Intervju på Sävegården 1998-07-22
- Annie Bauhn, Distr.sköt i Gråbo 1959-1985 . Intervju i hemmet i Kinna i juli år 2000
- Ingeborg Nilsson, Distr.sköt i Lerum 1940 - 1980. Intervju på Höjdenhemmet i Lerum 12 november 2003
- Karl-Erik Ahlsén Om hans mor Aina Nord sjuksköterska på 1930-talet mm. Intervju i Lerum 2005-01-21.
- Sten-Axel Nyman Om Tore Nyman, prov. läk. i Lerum 1944 – 1970. Intervju i Lerum 2005-01-31.
- Ann-Marie Packendorff Patientminnen från 1930- och 1940-talet. Intervju i Lerum 2005-01-31.
- Barbro Svalin. Distriktssköterska Floda/Lerum. Intervju maj 2005.

Dokument/skrivna minnen:

- Bengt Dahlin Prov.läk/distr.läk Gråbo o Lerum 1962 – 1995.
- Evy Johansson. Barnmorska i Lerum 1953 – 1994.

Föreläsningar:

- Lidin-Jansson Gunilla, Tankar om smittkoppsvaccinationen. Göteborgs läkarsällskap 2004.
- Larsson Lars, Tjörn – när sillen försvann då ökade dödligheten. Med. hist. Fören. I Göteborg. 2004. Ingeborg Nilsson f. 1910. Distr.sköt i Lerum 1940 - 1980.
- Lönnroth Louise, Provinsiälläkararkiven berättar. Landsarkivet Göteborg. 2004.
- Wikström-Haugen Inger, Medicinhistoriska muséet i Göteborg. Historiskt om provinsialläkare i Älvsborgs län och särskilt i Svenljunga och Marks/Skene. Föredrag 1993-05-14.

FÖRFATTARNA

Jan Kuuse

Några personliga data: född 1935, studentexamen 1954, folkskolläroexamen 1958, fil. mag. 1963, fil. lic. 1967, fil. dr. 1970.

Docent i ekonomisk historia vid Göteborgs universitet från 1971 fram till min pensionering. I min docenttjänst har förutom forskning ingått undervisning, seminarieverksamhet och forskarhandledning av ett antal doktorander.

Som framgår av nedanstående kronologiska litteraturförteckning har Jan Kuuse publicerat ett antal skrifter om framväxten av det moderna svenska samhället, om jordbrukets mekanisering under det industriella genombrottet, olika sidor av det svenska välfärdssamhällets utveckling, arbetsmarknadens organisering under 1900-talets strukturomvandling, varvsindustrin och dess underleverantörer samt om handelshusen i Göteborg. Dessutom har han publicerat företagsmonografier om L M Ericsson, Sockerbolaget, Felix, Billingsfors pappersbruk, Skandia samt om Göteborgsföretagen Assuransföreningen, handelshuset Ekman och det familjeägda Färdig Betong.

Skrifter utgivna av trycket

(artiklar och mindre skrifter ej medtagna)

- Varaktiga konsumtionsvarors spridning 1910-1965. (1969).
- Inkomst- och förmögenhetsbildning. En undersökning av vissa yrkesgrupper 1924-1959. (doktorsavhandling) (1970).
- Från redskap till maskiner. Mekaniseringsspridning och kommersialisering inom svenskt jordbruk 1860-1910. (1970).
- Interaction between Agriculture and Industry. Case studies of farm mechanisation and industrialisation in Sweden and the United States 1830-1930. (1974).
- L M Ericsson 100 år. Pionjärtid-kamp om koncessionerkris 1876-1932. (1976) (tillsammans med två forskarkolleger).
- Sockerbolaget - Cardo 1907-1982. (1982).
- The Swedish Sugar Company - Cardo 1907-1982. Swedish Sugar in an International Perspective. (1983).
- Varven och underleverantörerna. Förändringar i fartygsbyggandets industriella länkeffekter. (1983).
- Felix 1939-1984. En livsmedelsindustri under olika ägare. (1984).
- Strukturomvandlingen och arbetsmarknadens organisering. SAF och dess motparter i en förändrad värld. (1986).
- Billingsfors. Ett dalsländskt bruk under 250 år 1738-1988. (1988).
- Ekman - ett handelshus 1802 - 1996. (1996).
- Sjöfart och sjöförsäkring under 125 år. Assuransföreningen 1872-1997. (1997) (tillsammans med en forskarkollega).
- Den osynliga länken. Handelshusen i Göteborg under 1900-talet. (1999).
- Ett sekel med Skandia. (2000) (tillsammans med en forskarkollega).
- Martin Thomas - entreprenör i betong. (2003).

Dahlin Bengt R

Provinsiälläkare, Distriktsläkare, Medicine hedersdoktor.

Provinsiälläkare i Gråbo provinsiälläkar-distrikt 1962 – 1969. Distriktsläkare Lerums läkar-distrikt 1970 – 1995.

Utvecklingsarbete och publikationer:

Deltog i ett antal Spriprojekt (Spri – Sjukvårdens planeringsinstitut, lades ner 2000) med resulterande Spri-publikationer som: ”Löpande vårdplanering” (3/1977) genomfört i Lerum.

Under början av 80-talet kom rapporter om ”Basdata om kontakter i primärvården” nr 142/1983 med en ”Kontaktorsaksklassifikation”, egentligen alltför långt före möjligt genomförande. ”Problemororienterad journal ” nr 210/1986 (en uppföljning av Christer Gunnarssons propåer i detta ämne).

Den första uppsatsen om datorstöd i vården, ”En dator köps till en vårdcentral” – ett projektarbete i en kurs på Chalmers om Datorer och samhälle 1984, fick fackligt erkännande genom 5000:- i pris av SKTF! Därefter följde en lång rad publikationer om datorjournal bl. a. Under projektet med datorstödd vårdadministration i Gråbo i mitten på 1980-talet. Den sista Sprirapporten (nr 493 december 1999) handlar om att i XML-format långtidslagra elektronisk vårdinformation). Spri har varit Dahlins gemensam nämnare för utveckling inom MI, som nämnts ovan. Den medicinska journalen blev ”specialiteten”. I ”MI-boken” - ett kapitel om Datorjournal. Läkarförbundets ”AGDA”. Deltog i SIS/HSS -standardisering av elektroniskt lagrad patientinformation (datorjournal). Engagerades i Ämneskonferenser i Medicinsk informatik 1992 – 94 för att stimulera till en nationell utbildningsinsats i MI.

Startade en FoU-enhet i Lerum 1987. I det sammanhanget publicerades ett antal FoU-projekt. Deltog i bildandet av FoU-centrum i Borås i början av 1990-talet och utvecklingen av FoU i Västsverige (LKF).

Utbildningsinsatser:

Började 1978 med utveckling av modeller för efterutbildning av distriktsläkare. Fortsatte med Allmänläkarkurser, AT-utbildning.

Kontakter och samarbete med Allmänmedicin i Göteborg och Calle Bengtsson från första dagen institutionen tillkom 1984. Redan dessförinnan många kontakter med Dalbys utvecklingsvårdcentral, Lunds och Uppsalas allmänmedicinprofessorer (Bengt Schersten och Gösta Tibblin) som var de första allmänmedicin professurerna i Sverige, Göteborgs blev den tredje.

Blev medicine hedersdoktor vid Göteborgs universitet hösten år 2000.

Sjukvårdens nyckelaktörer

MEDICINALPERSONAL

Anställda före 1969

Läkare

Alingsås läkardistrikt 1834 – 1969

1830 – 1839	Forsell,	extra prov. läk.
1839 – 1847	Modin, Bengt Theodor	extra prov. läk.
1848 – 1860	Varenius, Gustav M	extra prov. läk.
1855 – 1861	Berggren, Gustav Ferdinand	t.f. extra prov. läk.
1855 – 1862	– ” –	stadsläkare och extra prov.läk.
1862 – 1865	– ” – tjänstled. 1863-1866	extra prov. läk.
1866 – 1878	– ” –	provinsialläkare
1863 – 1866	Högselius, A	t.f. provinsialläkare/stadsläkare
1879 – 1905	Berger, Julius A	provinsialläkare
1905 – 1912	Hedberg, Adolf Georg	provinsialläkare
1913 – 1924	Nystedt, Gustav Ulrik	provinsialläkare
1925 – 1930	Leufvén, Carl Gustav	provinsialläkare
1930 – 1935	Westman, David Emanuel	provinsialläkare
1936 – 1942	Gelin, G O	provinsialläkare
1943 –		
19xx –		
1956 – 1969	Laurén, Erik	provinsialläkare

Herrljunga läkardistrikt

1895 – 1915	Hagelin, Richard	extra prov. läkare
1913 – 1923	Frisell, Karl	ordinarie prov. läkare
1923 – 1954	Laurell, Daniel	provinsialläkare
1955 – 1983	Kjellson, Lennart	provinsialläkare

Vårgårda läkardistrikt

1961 – 1982	Hjelmér, Arne	
-------------	---------------	--

Bjerke/ Sollebrunns läkardistrikt

Innefattar Stora Lundby/Gråbo t.o.m. 1955

1903 – 1912	Hansson, Axel	extra prov.läk. Bjerke
1913 – 1914	Hansson, Axel	ordinarie distr., Sollebrunn
1915 – 1921	Ljungfelt, Ernst J	provinsialläkare
1922 – 1923	Nystedt, Gustav	provinsialläkare
1924 – 1925	Leufvén, Carl Gustav	provinsialläkare
1925 – 1926	Lindeberg, Karl Oskar	provinsialläkare
1927 – 1937	Crispin, Folke	provinsialläkare
1938 – 1963	Sköld, Gustav	provinsialläkare
1964 –	Brattström, Sven Erik	provinsialläkare
19? – 19?	Östlund, Leif	provinsialläkare/distr.läk.
19? ?	Wertman, Peter	distriktsläkare

Gråbo läkardistrikt (ingick i Lerums läkardistrikt efter 1970)

1956– 1959	Stadling, Lennart	extra prov.läk
1959 – 1960	Anders Holmquist	vik.extra prov.läk
1960 – 1962	Müntzing, Hans	vik. extra prov.läk.
1962 – 1990	Dahlin, Bengt	provinsialläkare

Lerums läkardistrikt

1944 – 1950	Nyman, Thore M	extra prov.läk.
1950 – 1970	– “ –	provinsialläkare
1964 – 1969	Stadling, Lennart	provinsialläkare
19?? – 19??	XX	provinsialläkare
1970 – 1980	Dahlin, Bengt	distriktsläkare
1970 –	Hedelin, Gunnar	distriktsläkare
1970 – 19??	Nöjd, Bengt-Ivar	distriktsläkare
19?? – 19??	– ” –	privatpraktiker
1986 – 2004	Wik, Olof	distriktsläkare
19?? – 19??	Gallon, Inger	distriktsläkare

Apotekare

Apotekare i Alingsås

1748 – 1749	Wikland, Gustav Amund
1750 – 1760	Wahrendorff, Mattias

1760 – 1764	Manufakturiet i Alingsås
1764 – 1792	Wessel, Georg Ludvig
1792 – 1839	Jansson, Jakob Andreas
1839	Jansson, Jan Petter
1840 – 1848	Leijel, Fredrik
1848 – 1851	Sjöberg, Johan Alfred
1851 – 1862	Dillberg, Werner Julius
1862 – 1898	Svangren, Lars Johan
1899 – 1916	Lundeberg, Oscar Wilhelm
1916 – 1927	Hallberg, Berndt Wilhelm
1927 – 1935	Hedberg, Fredrik
1935 – 1943	Wingner, Tord
1943 – 1954	Sandberg, Einar
1954 – 1967	Schnürer, Ewert
1967 – 1970	Friman, Nils

Apotekare i Lerum

1948 - 1954	Schmeling, Folke
1954 - 1980	Krantz, Birger
1980 – 19??	Anderberg, Gunnel

Apotekare i Herrljunga

1942 – 1950	Nilsson Henry Sigfrid
1950 – 1957	Ernelli Hard Thore
1957 -	Stjerna Martin John Oscar

Barnmorskor

Barnmorskor i Alingsås landsdistrikt

1894	H. Berndtsson, Skallsjö
	J. Andersson Östad
	E.K.M. Johansson, Herrljunga
	E. Johansson, Lerum
	A.H. Kyhlberg, St. Lundby
	B. Gustavsson, hemsjö

Barnmorskor i Lerum

1963 – 1994 Evy Johansson

Distriktssköterskor/Sjuksköterskor**Distriktssköterskor Alingsås**

1965 – 2001 Eliasson, Margareta

Distriktssköterskor Alingsås/Skallsjö

1940 – 1962 Kerstin Damell

Distriktssköterskor Lerum

1931 – 1940 Kerstin Damell
1940 – 1980 Ingeborg Nilsson
1965 – 1997 Gudrun Bengtsson
1969 – 1992 Maria Thomasson

Distriktssköterskor Gråbo

Dagmar
Maja
Edit
1956 – 1978 Annie Bauhn
1975 _ 1990 Berit Johansson
Margareta Svanlund

YRKES- OCH LEVNADSBESKRIVNINGAR (CV:s)

Några för medicinhistorien viktiga personer med anknytning till denna historik.

Rosén von Rosenstein, Nils

Han föddes den 1 februari 1706 i Sexdrega utanför Borås. Fadren: kyrkoherden Erik Rosenius. Modren: Anna Wekander. Doktorerade år 1730 i Harderwijk i Holland på en avhandling om sjukhistoriens nedtecknande (anamnesen). Den samtida Carl Linneus, senare Carl von Linné, doktorerade på samma universitet fem år senare på en avhandling om frossan (malaria). Rosén blev medicine adjunkt 1728 i Uppsala. Han utnämndes till assessor i Collegium Medicum 1734 (föregångare till Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen). Han blev livläkare åt kung Fredrik I år 1735. Som läkare, och i första hand barnläkare, kom Rosén att betyda mycket för kungaparet Lovisa Ulrika och Adolf Fredrik. I januari 1746 förläste han dåvarande kronprinsessans förstfödde son, Gustaf (sedermera Gustaf III). Förlossningen var svår. Gossens pannben ovanför vänster öga trycktes in. Skadan följde Gustav III livet ut. Den är synlig på hans dödsmask. Gustaf var ytterst klen och var nära döden under sitt första levnadsår. Han ansågs räddad till livet av Rosén, som hellre avvaktade än tillämpade drastiska behandlingsmetoder. Rosén uttryckte stor skepsis mot åderlåtningens då ansedda välsignelser. Han presenterade bl. a. en tabell där man kunde avläsa hur mycket blod som kan tappas beroende på individens vikt. – barns små kroppar är känsliga för vätskeförlust. Han skrev i ”Compendium Anatomicum” 1738 bl. a.: ”Hos oss dödas så många geom åderlåtning som frälsas, ty de sjukdomar och omständigheter i hvilka den skadar/ äro så många som de i hvilka den tjänar”. År 1765 när Gustaf var 19 år gammal blev han på Roséns inrådan varioliserad och undgick därmed att drabbas av de fruktade smittkoppor, som skördade många liv.

Rosén kom att intressera sig för den smittkoppsympning som praktiserades i England sedan 1720-talet. Han sände en av sina dukigaste elever, David Schultz (senare von Schultzheimer), till England för att studera metodiken. Det var Nils Rosén som själv genomförde de första smittkoppsympningarna i Sverige. Han började med sina två egna barn, ett tvillingpar Johanna Maria och Nils födda 1752 med katastrofala resultat. Nils von Rosenstein förlorade sin lilla dotter medan tvillingbrodern överlevde.

Genom sina enastående framgångar som läkare kallades han ”*Nordens store arkiater (livläkare)*” långt efter sin död 1773.

Rosén blev ledamot av och sekreterare i vetenskapsakademien 1739. Då professor Olof Rudbäck den yngre dog 1740 utnämndes Nils Rosén till professor i medicin och botanik efter honom. Linné fick en professur i Uppsala ett år senare efter Lars Roberg i medicin och anatomi. År 1742 bytte de båda professorerna professorer med varann. I och med att var och en fått sin fasta position började de ett konstruktivt samarbete mot att tidigare varit ettriga konkurrenter. Genom deras gemensamma utbildningsinsatser flerdubblades antalet välutbildade läkare i Sverige flera av dem blev akademiska lärare i Stockholms första undervisningssjukhus – Serafimerlasarettet, som öppnades 30 november 1752. Resultatet blev en radikalt ny typ av medicinsk utbildning, där klinisk undervisning och s. k. bedside teaching (vid sjuksängen) ingick. Han ansåg också att läkarens viktigaste instrument är palpation, att med sina händer känna på kroppen, upptäcka ömmande inre organ och sjukliga avvikelser. Nils Rosén tog med sig sina elever ut på sjukbesök i staden och den omgivande landsbygden. Dessutom fanns ett embryo till Akademiska sjukhuset i Uppsala kallat Nosocomium med åtta sängplatser. Det hade öppnats av professor Roberg 1708.

R. N. O. tilldelades han 1757. Han adlades 1762 med tillnamnet von Rosenstein.

Linné vårdade Rosén när denne låg på dödsbädden år 1773. Själv dog Linné fem år senare. Rosén avled i Uppsala den 16 juli 1773. Han var gift med Anna Christina Hermanson. De efterlämnade en son, statssekreterare, och en dotter, gift med hans efterträdare Aurivillius.

Nils Rosén von Rosenstein blev för eftervärlden känd som ”Den svenska läkarutbildningens fader”. Han var en skicklig pedagog, god organisatör och framstående läkare och forskare. Han var den förste i landet som intresserade sig för kinabarkens verkningar och användbarhet vid febersjukdomar, speciellt malarian/frossan. Därigenom kom man en god bit på väg att i Sverige utrota malarian, en av de stora dödarerna i vårt land, redan på 1700-talet.

För sina insatser för barnsjukvården bl.a. med boken ”Underrättelse om Barnsjukdomar och deras Botemedel, 1764”, som först publicerades som artiklar i en serie almanackor från 1753. Den blev en lärobok i pediatrik, den första i sitt slag i världen, som fick mycket stor spridning och utgavs i 26 upplagor på 10 olika språk fram till 1851. Han blev också kallad pediatrikens fader.

Till 300-års minnet av Nils Rosén von Rosenstein 2006 publicerade Iréne Sjögren, själv barnläkare, boken ”Mannen som förlängde livet”, varur denna historiebereskrivning om Rosén är hämtad. Iréne Sjögren låter Nils Rosén tala till medmänniskan, berätta för svenska läkare och svensk sjukvård vad som år 2006, 300 år efter Nils Roséns födelse, är på väg att glömma bort: läkarens förmåga att inge patienten lugn och förtroende. Sjukvårdens uppgift att sätta patienten i centrum och ge den sjuke all tid som behövs och få denne att känna sig trygg i sann förvisning att läkaren gör allt för att bota och lindra. Nils Rosén von Rosenstein framhöll personligt omhändertagande. Han betonade att allt måste göras för att tillgodose patientens behov. Nu mer än någonsin värt att poängtera (Nils-Erik Landell).

En annan för oss okänd författare kompletterar beskrivningen:

”Icke blott såsom utövare av läkarekonsten och utmärkt vetenskapsman, utan även som en av de verksammaste för vetenskapens utbildning inom Sverige, har Rosén von Rosenstein förvärvat sin namnkunnighet. Han var ifrån yngre åren av sin fader bestämd för det andliga ståndet, men hågen drog honom till läkarekonsten. Medan han avhörde Rydelii filosofiska föreläsningar i Lund, försummade han icke heller Stobaei medicinska.

Efter fulländade studier, kom han, såsom enskild lärare, till ett hus i Stockholm. Då Olof Rudbeck begav sig till huvudstaden, för att söka en person, som vore skicklig till adjunkt i medicinen, fästade en av hans vänner hans uppmärksamhet på den unge Rosén. Rudbeck förmådde honom endast med möda att resa till Uppsala och där avlägga ett prov, vilket dock så avlopp, att han allmänt förklarades skicklig till ämbetet, vilket han också erhö.

Han fick därefter tillfälle att genom en utrikes resa utbilda sig ännu mera: han reste nämligen, såsom lärare för en ung baron Posse, till Tyskland, Schweiz, Frankrike och Holland. I det sistnämnda landet vann han doktorshatten, vilken hans lärjunge på ett grannliga sätt bekostade.

Efter hemkomsten utövade han med förnyad iver sin syssla, och hans anseende ökades, så att han blev kallad till Stobaei efterträdare i Lund. Men Uppsala akademi ville icke förlora honom; utan anhöll hos konungen att få öka hans lön, för att få behålla honom.

Rudbeck ville draga sig ifrån medicinska örtkunnigheten och ägna sig åt sina filologiska idéer, samt önskade att åt Rosén få överlämna sin tjänst. Också voro Roséns föreläsningar så lärorika, att själva den ende medicine professorn, Roberg, bevistade den yngre medbrodrens föreläsningar.

Så bragtes det därefter vid Uppsala, att akademien slutligen kunde utdela inhemska doktorsbrev, och ett nytt släkte av infödda läkare bildades i stället för de okunniga utlänningar, vilka förut nästan uteslutande i Sverige utövade läkareyrket.

Då Rudbeck dog, borde Rosén bliva hans efterträdare, men erhö en svår medtävlare i Linné, som redan då hunnit att sträcka sitt rykte såsom botanikens nyskapare över Europa.

Avgörandet var så mycket svårare, som professionen var i botaniken, och Rosén egentligen var utmärkt i den medicinska vetenskapen. Men de akademiska förtjänsterna ansågos övervägande, så att slutligen Rosén erhö företredet. Kort därefter avled Roberg, och nu sökte Linné den medicinska professionen efter honom och erhö densamma. Då bytte de båda vetenskapsmännen läroämnen, så att vardera kom på den plats, som hans snille och håg bestämt för honom.

De levde beständigt i förtrolighet och vänskap med varandra. Båda voro för universitetet en prydnad. Rosén hade en outtröttlig och vittomfattande verksamhet. Han

levde helt och hållet för sin vetenskap, och följde varje utveckling, varje ny upptäckt, varje uppkommande åsikt med största uppmärksamhet. Han var alldeles icke med förkärlek fästad vid sina egna meningar, utan antog, även av sina egna lärjungar, sanningar och idéer, som han fann rätta. Det säges därför om honom: "han var en stor lärare, därför, att han aldrig upphörde att vara lärning."

De yngre läkare, som uppväxt omkring honom, omfattade han med den största vänskap och tillgivenhet. Han brevväxlade med de förnämsta ibland dem, meddelade dem vänskapliga råd och vetenskapliga nyheter, samt bemödade sig även att genom sitt inflytande och förord bereda dem utkomst och befördran. Personligen var han högst blygsam och anspråklös, så att man hörde honom yttra vid det beröm, som ägnades hans förtjänster: "ack, om de kände mig, om de visste huru litet jag vet!"

Men med denna blygsamhet förenade han mycken fasthet i sin övertygelse, så att han icke fruktade att förklara den, utan personliga avseenden, även då hans uppriktighet misshagade. Vid hovet var hans anseende såsom vetenskapsman ganska stort. Han kallades av konung Fredrik till hans förste läkare, men ville icke övergiva sin lärostol vid akademien.

Likväl måste han vid viktigare sjukdomstillfällen inom kungliga huset komma till Stockholm, där hans åtgärder anses hava räddat den späda prinsen Gustav III:s liv.

Hans nit för koppypningen förvärvade honom av rikets ständer en äreskänk, ehuru han förut av ständerna erhållit en pension.

Åtskilliga läkemedel, ännu bland de mest brukade, hava av honom blivit uppfunne och bära hans namn. Hans bok om barnsjukdomar anses för klassisk, och har på flera främmande språk blivit översatt."

Höjer, Axel

Generaldirektör för Medicinalstyrelsen 1935 – 1952. Under perioden beslutades bl. a. om statsbidrag till barnvårdscentraler, calmettevaccination (BCG) infördes i större skala liksom skärmbildsfotografering med rörliga enheter (skärmbildsbussar, folktandvården startades i landstingen med statsbidrag, kariesbekämpning inleddes bl. a. kom nyheten att fluor kunde förebygga karies. En utredning om den öppna vårdens framtid startade 1943 och leddes av Höjer. Utredningens resultat presenterades 1946 (SOU 1948:14) som Axel Höjers "testamente".

Utredningen föreslog bl. a. inrättande av hälsocentraler och en kraftig utbyggnad av den öppna vården, allmänläkar- och specialistvård skulle byggas ut med läkare med fast lön och arbetstid, gemensam huvudman för den öppna och slutna vården, kostnadsfri sjukvård, satsning på förebyggande vård. Utredningens förslag motarbetades av professionen och det dröjde till 1960-talet innan förslagen genomfördes: landstingen övertog provinsialläkarväsendet, läkarnas arbetstidsreform och den s. k. sju-kronorsreformen slutförde reformarbetet i Höjers anda. Han blev "primärvårdens fader".

Axel Höjer föddes 1890. Hans föräldrar var Nils Höjer docent i statskunskap och lektor i filosofi, modersmål och historia vid Visby läroverk och Norra Latin i Stockholm och Emmy Bergman, dotter till Carl Johan Bergman också lektor i filosofi och latin vid Visby läroverk. Hans sju syskon fick senare också framträdande platser i samhället. De yngre systrarna utbildade sig till sjuksköterskor. Sigrid blev direktör och rektor för Norrbackainstitutet under 32 år och Gerda mångårig ordförande i svenska Sjuksköterskeföreningen och även i International Council of Nurses. En broder, Kark Johan var under en sexårsperiod generaldirektör för dåvarande Socialstyrelsen och Erik Wilhelm blev generaldirektör för Domänverket.

Axel Höjer började sina medicinska studier vid karolinska institutet 1908. 1911 blev han medicine kandidat. Kliniska utbildningen påbörjades i Uppsala och fortsatte i Stockholm. Med lic examen togs 1916. Studierna fick periodvis avbrytas p. g. a. militärtjänstgöring vid flottan. Han kom senare att bli marinläkare i marinläkarkårens reserv.

Tidigt beslöt han sig för att bli barnläkare. Som förebild hade han Nils Rosén von Rosenstein., professor Oskar Medin för dennes insatser mot tuberkulosen och klarläggande av barnförslamningens klinik samt den framstående tyske pediatrike klinikern Adalbert Czerny. Han vikarierade på barnkliniker i Stockholm. 1918 avbröt han sin sjukhustjänstgöring på allmänna barnhuset i Stockholm för att som frivillig gå ut i inbördeskriget i Finland. Han tjänstgjorde som underläkare vid en Röda kors-ambulans.

Efter världskrigets slut ville han studera modern barnsjukvård i Europa och blev 1918 inbjuden till Paris av professor Antoine marfan vid Hospital des Enfants malades. I Paris träffade han 1919 sjuksköterskan Signe Dahl, som också var på studieresa. De upptäckte att de kände en stor gemenskap för varandra och gifte sig 1920. Dessemellan fortsatte studierna vid olika barnkliniker i England. Han träffade bl. a. barnläkaren dr Truby King från Nya Zeeland, som hade byggt upp en verksamhet i hemlandet som i stort liknade dagens barnavårdscentraler bemannade med hälsosköterskor. Deras uppgift var att fortlöpande följa barnens hälsotillstånd genom hembesök., vilket hade sänkt spädbarnsdödligheten i Nya Zeeland till världens då lägsta.

Vid jultid 1919 återvände Axel till Sverige och började vikariera som provinsialläkare i Sandviken. Men redan i april reste han till Berlin på ett Röda korsuppdrag för att välja ut undernärda barn som kunde få vård hos familjer i Sverige. Uppdraget slutförde de nu gifta makarna tillsammans. Både Signe och Axel var besjälade av att göra något för dem som hade det svårt. Han hade dragits mot socialismen och kallade sig själv ”radikal socialist”.

Axel öppnade läkarmottagning 1922 i vasalund i ett eget hus. Signe blev barnavårdsman i kommunen men på förmiddagarna hjälpte hon maken i hans praktik. Axel fick gott om patienter eftersom hans arvode var lågt 5 kr per besök (om patienterna hade råd att betala).

Axel Höjer utvecklade sin mottagning till en verksamhet som liknade dagens barnavårdscentral. Han visade nyttan av denna verksamhet i en studie om spädbarnsdödligheten i Solna 1910 – 1921. den sjönk under denna tid från 37,5 (1912) till 17,5 (1920) procent och när mottagningen varit igång ett år till 8,7 %. Spädbarnsdödligheten för hela Sverige var 1922 6,1 procent. Höjers barnläkartjänst gällde även Mjölkdroppemottagningar.

Åren 1921 – 1925 fick makarna Höjer fyra barn.

Trots tung arbetsbörda och socialt engagemang genomförde han en doktorsavhandling. I sin källare experimenterade han med marsvin som en grupp fick tillägg av C-vitamin och en jämförelsegrupp fick foder utan sådant tillägg. Hans studie ledde till en metod för bestämning av C-vitaminkoncentration.. Den 15 maj 1924 disputerade Axel på avhandlingen ”Studies in Scurvy”. På hösten samma år fick han en docentur i experimentell patologi vid Karolinska institutet.

Han erbjöds en docentur i hygien vid Lunds universitet och familjen flyttade dit 1925. I forskargruppen på fysiologen träffade han bl. a. Tage Erlander. Axel Höjer gick in i Lunds arbetarkommun. Tage och Aina Erlander var sedan den tiden hans och Signes vänner.

1930 blev Axel Höjer 1:e stadsläkare i Malmö dit familjen flyttade. Under hans tid där inträffade fall av smittkoppor och han fick också organisera en kampanj mot spridning av en mul- och klövsjukeepidemi från Danmark. Axel var också karantänsläkare, vilket innebar kontroll och bekämpning av råttor från fartyg. Han hade samtidigt sin docentur i hygien och föreläste för studenter i Lund.

Under Malmö-tiden engagerade han sig också i kampen mot de s. k. ”änglamakerskorna”, d. v. s. barnmorskor som mot betalning tog hand om nyfödda barn som mödrarna inte ville ta vård om. Det visade sig att sådana barn dog efter kort tid i barnmorskornas ”vård”.

Generaldirektörstiden vid Kungl. Medicinalstyrelsen 1935 – 1952 inledde denna presentation av Axel Höjer och berättas om tidigare i dokumentet. Höjerutredningen var den som kom att sätta störst spår i historien efter Axel Höjer,

I sina memoarer skrev Axel Höjer om läkarkårens motstånd och ovilja till samarbete med Medicinalstyrelsen, vilket han upplevde mycket pressande. Han utsattes också av kollegor och andra för en hätsk kampanj i pressen mot idéerna till den hälso- och sjukvård han ville verka för. Man krävde till och med hans avgång. 1950 bad han regeringen om entledigande men han ombads av statsminister Tage Erlander att stanna kvar några år. Den 1 juni 1952 avgick han från sin tjänst. Artur Engel efterträdde honom.

Den indiska regeringen vände sig till Axel Höjer för att få hans hjälp med att bygga upp en medicinsk högskola för läkar och sjuksköterskor i travancore i södra Indien. Dit flyttade Signe och Axel sommaren 1952. Axel blev rektor och professor i social och preventiv medicin och utvecklade skolan med stor framgång. Axel blev sedan professor vid den medicinska högskolan i Assam 1956 – 1957.

Efter hemkomsten fick Axel uppdrag för Rädda barnen att besöka Marocko för att organisera hjälp till undernärda och svältande flyktingbarn. Vid 67 års ålder ombads Höjer att fara till Ghana och vara rådgivare i hälsovård åt president Nkrumah. 1967 – vid 77 års ålder fyra månader efter en hjärtinfarkt fick han uppdrag att tillsammans med John takman fara till Vietnam och utröna om USA gjort sig skyldig till folkmord. Resan, som var påfrestande, kom att bekräfta hans farhågor om det moderna kriget som en katastrof för civilbefolkningen. Han blev ”aktiv pacifist”.

1974 avled Axel Höjer i en hjärtinfarkt.

Bertil Widman (varifrån dessa data hämtats) skriver avslutningsvis:

”Mer än 50 år har gått sedan Höjer lade fram den utredning, som styrts av hans ideologi om människors lika värden, allas rätt till god vård och en demokratiskt styrd sjukvård. Vi vet nu vilken genomslagskraft hans arbete som Medicinalstyrelsens chef kom att få för vår hälso- och sjukvård. Den obligatoriska sjukförsäkringen och Sjukvårdsreformen 1970+ fullbordade det bygge som Höjer lade grunden till. Vi kan bara konstatera att det mesta av det han föreslog och verkade för har realiserats”.

Varenius, Gustav M

Vi vill också speciellt lyfta fram Gustav Varenius, som en av de tre läkare vi funnit mest intressanta i vårt projekt. Hans mycket speciella och omfattande årsberättelser från provinsialläkartjänsterna i Hjo och Alingsås 1842 – 1860 har gett oss en spännande inblick i provinsialläkarens arbete under mitten av 1880-talet. Detta kan läsaren ta del av genom ett flertal citat i vår beskrivning.

Hans CV finns här nedan. Under Läkare i Alingsås läkardistrikt.

Läkare i Alingsås läkardistrikt 1834 - 1969

Modin Bengt Theodor

M.D.K.M., f.d. Regementsläkare (S. IV. 289, 656, W. Född 1803 på Gullhammar i Westergötland. Fadren: Assessoren och Reg:tsskrifvaren Nils M.; modren: Christina Smedmark..

Blef Stud. i Upsala 1823, Med. Fil. Kand. 1826, Med. Kand. 1831, Med. Lic. 1834. Disp. p. g. m. s. år (De complic. vuln. pect. penetrant, III. Praes. Romanson), blef Kir. Mag. 1835, Med. D:r s. år och fullgjorde emb.-profvet 1841.

Antogs till Stip. i Fältläk.-korpsen 1827 och till Pens. i s. korps 1829. Blef t. f. Bat:s-läkare vid Westgöta reg:te 1832 och derjemte extra Prov.-läkare i Falköpings distrikt 1836 varifrån han **transporterades till extra prov. läkare i Alingsås distrikt 1839. Utänmdes till ord. Bat:s-läkare vid Westgöta reg:te 1844 med bibehållande af extra prov. läk.. tjensten till 1847** och befordrades till Reg:ts-läkare vid Westgöta Dals reg:te 1848. Åtföljde reg:tet till Fyen under sommaren s. år. Erhöll afsked från Reg:ts-läk.-tjensten 1857. Bodde på egendomen Backlyckan nära Jönköping till hösten 1873, då han flyttade till Sthlm.

Varenius, Gustav M

M. D., K. M., Prov.-läkare, f. d. Regts-läkare. (W. 383.)

Född 1808 21 11,5 på Stafvared i Tväreds s:n af Elfsborgs län. Fadren: d. v. Komministern, sedermera Kyrkoherden i Gellstads pastorat, Fil. D:r. Peter Anders V.; modren: Maria Christina Forsselius.

Genomgick skola och gymnasium i Gtbg. Blef Stud. i Upsala 1827 4/10, Med. Fil. Kand. 1830 17/3, Med. Kand. 1835 22/4 och disp. s. år p. g. m. (Om Dysenteri, III. Praes. Hwasser). Blef Med. Lic. 1836 1/6, Kir. Mag. 1837 26/1, Med. D:r s. år och aflade emb.profvet S. år 31/12.

Antogs till Stip. i Fältläk.-korpsen 1832 26/3 och till Pens. i s. korps 1834 5/6 (till S. år 21/8). Var Underläkare på Allm. Garn:s-sjukhuset 1831 fr. 1/1 till 1/12; Kar:s- och Uppb.-läkare vid Hasselö Flate i Sthlms län 1832 fr. 24/3 till 1/12 och 1834 fr. 22/8 till 31/12, hvarunder han

jemväl biträdde i sjukvården inom Norrtelge distrikt; t. f. Las:ts och Hospitalsläkare i Nyköping 1835 fr. 19/5 till 31/7 -; t. f. Bat:s-läkare vid Dal-reg:tet fr., 1835 19/6 till 1841 11/1 och förestod derjemte extra prov.-läk.-tjensten i Öster-Dalarna 1837 fr. 6/7 till 12/8.

Bosatte sig 1838 1/9 såsom praktiserande Läkare i Hjo; utnämndes 1841 23/11 till Bat:s-läkare vid Lif-reg:tets husarkorps; blef t. f. Prov.-läkare i Hjo distrikt 1842 14/11 och utnämndes till. ord. Prov.-läkare derstädes 1845 17/10,.

Utnämndes 1848 29/9 till Bat:s-läkare vid Westgöta reg:te och konstituerades tillika till extra Prov.-läkare i Alingsås distrikt.

Utnämndes till Reg:ts-läkare vid Helsing reg:te 1861 10/5. Ar sedan 1863 20/11, Prov.-läkare i Gislaveds distrikt.

Avgick med pension 1879. (Ecklesiastikdep.-statskontoret 1879-02-07 akt nr 32).

Speciminerade 1845 för professuren i anatomi och fysiologi vid Upsala universitet (se nedan) och uppfördes i tredje rummet på förslaget.

Utnämndes till Ridd. af K. N. 0. 1870 11/6.

Död 1880.

Tryckta skrifter:

Rapport rörande embetsgöromålen och sundhetstillståndet inom Hjo extra prov - läkaredistrikt år 1843. Jönköping 1844. - D:o d:o år 1844. Jönköping 1845. - D:o d:o år 1845. Örebro 1847. - D-o d:o år 1846. Örebro 1848. D:o d:o inom Alingsås extra prov.-läk.-distrikt år 1849. Örebro 1851. - De menckliga hörselverktygens beskrifning och förrättning. (Akad. Afh.), Upsala 1845.

I Tidskrift för Läkare och Farmaceuter:, 1836, s. 389. Om bruket af cauterium med moxa vid behandlingen af Meningitis och Encephalitis hos barn.

I Aftonbladet: 1843, N:r 215. Ytterligare några upplysningar med anledning af det vid expedierandet af ett recept på apoteket Ugglan begångna misstaget.

Berggren, Gustaf Ferdinand

M. L., K. M., Prov, läkare. Född i Alingsås 1326 Fadren: Rådmannen och Läderfabrikören Johan Wilhelm B.; modren: Amalia Magdalena Hell. Efter lärokurs vid Alingsås lägre elem.läroverk och Skara gymnasium blef han Stud. i Upsala 1844 Med. Filos. Kand. 1847 12/6, Med. Kand. 1851 12/6, Med. Lic. 1853 111/52 Kir. Mag. 1855 /5, och aflade emb.profvet s. år 25/6.

Var Underläkare vid Allm. Garn:s sjukhuset 1848, Aman. vid Akad. sjukhuset i Upsala från medlet af Juni 1849 till mediet af Jan. 1850. Biträd. Läkare vid kolerasjukhuset i Göteborg 1850. Sjukhusläkare vid kolerasjukhuset i Johannis förs:g i Sthlm 1853. Läkare vid Löwenströmska lasarettet 1854. **Stadsläkare i Alingsås 1855 (till sommaren 1862). T. f. extra Prov.läkare i Alingsås distr. fr. 1855 till 1856. Af K. M:t förordnad till extra Prov.-läkare i Alingsås distr. 1861 och erhöU fullmakt såsom ord. derstädes. 1866 7/9. (16 år, 7 mån, 14 dagar.)**

Företog i början af Juli 1857, på egen bekostnad, en utrikes resa för medicinska studier, hvilken afslutades i början af 1858 och hvarunder, efter ett besök i Carlsbad, bevistades kliniker och kurser i Prag och Wien.

Gift 1859 10/ med Agnes Hilma Carolina Löfgren, f. 1838 8/6 i Jakobs förs:g i Sthlm, (dotter af Snörmakaren Pehr Magnus L. och (Constance Crohm. Död 1897.

Tryckta skrifter: I Hygiea: XXI. 95-96. Två operationsfall. XXIII 601. Fall af haemophilia. Några anföranden i Westergötlands och Smålands läkarefören. Förhandlare.

Högselius, Per Magnus Victor

M. L., K. M., Förste Bat:s-läkare, Stadsläkare. Född 188 30/8 i Skara. Fadren: Stadsläkaren derstädes Johan Peter II.; modren: Anna Gustava Dahlgren. Efter att hafva genomgått Skara skola och gymnasium blef han Stud. i Upsala 1848 Med. Fil. Kand. 1851, studerade vid Karol. Instit.ut. 1851-53, blef Med. Kand. i Upsala 1855, Med. Lic. 1859, Kir. Mag. 1860 samt aflade emb-profvet samma år.

Antogs till Stip. i Fältläk.-korpser 1853. Var underläkare på Allrn. Garn:s-sjukhuset fr. 1852 till 1853. Besigtfl.-läkare vid Furusunds karantänsanstalt 1853. Läkare vid statens järnvägsbyggnader 1856 och biträd. läkare under kolerafarsoten i Upsala 1857. Antogs till distr. läkare i Ferna 1860 och i Wermdö skeppslag s. år. 1862 – 1866. **Stadsläkare och prov.läk. i Alingsås.** Utnämndes till Andre Bat:s läkare vid Westgöta-Dals reg:te 1865 och befordrades 1868 till förste bat:s läkare vid samma reg:te. **Har under innehavarens sjukdom (Gustav Ferdinand Berggren), i perioder bestridt prov. läkaretjensten i Alingsås distrikt 1863 till 1866.**

Berger, Julius Axel

M. F. K., Läkare-stipendiat. Född 1844 24 lo i Widtsköfle af Torrlösa s:n inom Malmöhus län. Fadren: Landtbrukaren Pehr B.; modren: Hedda

Elisabeth Hall. Genomgick Lunds katedralskola och blef stud. i Lund 1865; Med. filos. kand. 1868.

Gift 1864 med Sara Ringborg, f. 1843, dotter af Grosshandlaren i Norrköping, Ridd. af K. N. O. Ludvig Edvard B. och Catharina Elisabeth Swartz. Barn: Sara Mathilda, f. 1865, Wilhelm Ludvig, f. 1866, Lars Erik, f. 1868, John August, f. 1870, Carl Axel, f. 1872.

Provinsialläkare i Alingsås distr. 1879 – 1905.

Berger var **också järnvägläkare.** Hugo Kjellgren (f. 1675) beskriver honom i minnen från Herrljunga: ”När han for på tjänsteärenden i Herrljunga passade sjuka i långa rader på att söka honom. Han var en liten tjock herre med glasögon framför de vattniga, ljusa ögonen. Ansiktsfärgen var mera blå än röd, rösten lite hes. En vänlig man, som inte skrämde någon och som åtnjöt stort förtroende bland de sjuka.

Företog sommaren 1859 en resa till Tyskland och Frankrike. Vistades fr. Okt. 1860 till Juni 1861 vid de medicinska läroverken i Wien och Berlin. Var Led. af Svenska Läkare-sällsk. sedan 1860. Stadsfullmäktig i Norrköping sedan 1865.

Tryckta skrifter: I Upsala univ. årsskrift: 1863. Om Accommodationsbredden och Refractionsanomalierna hos ögat, 62 s. 8:o (akad. afh.).

I Hygiea: XXIII. 129. Årsrapport från Seraf. lasarettets kirurgiska afdelning år 1859. - XXX. 442. Fall af subjuuctival luxation af linsen.

Hedberg, Adolf Georg

född 1846. M. L., f. d. provinsialläkare i Alingsås distrikt. Kvarstod som provinsialläkare i Svenljunga distrikt till 1905. **Provinsialläkare i Alingsås str. 1905 till 1912**, då han erhöll avsked med pension. **Hade flera kortare förordnanden som provinsialläkare i Alingsås distr. o. som stadsläkare i Alingsås åren 1912-1920.** Var tillf. bataljonsläkare vid Alingsås landstorm under mobiliseringen 1914, besiktningsläkare för minderåriga arbetare vid fabriker i Älvsborgs län o. läkare vid Mjölkdroppen i Alingsås. R. V. O. 1907.

Avled 26/12 1924 i Alingsås av arterioskleros. Av barnen i äktenskap med Hilda Augusta Magnell (syster till rektorn vid Tekniska högskolan, professor C. J. Magnell) var: Tyra Hedvig Elisabet elementarskollärarynna, död 29/ 1920; Sara Ragnhild Maria, kontorsskrivare; Edla Ingegerd Augusta, gift 1922 med assistenten vid Statens kemiska station Thorild Tholin, Härnösand; Hilda Dagny Georgina, sjuksköterska; Elm Estrid Johanna, gymnastikdirektör.

Nystedt, Gustaf Ulrik

född 1862, M. L. provinsialläkare i Alingsås distrikt.

Kvarstod som bataljonsläkare vid Skaraborgs reg. till 1909, då han begärde avsked, bataljonsläkare i Fältläkarkårens reserv 1909 - 1918. Var **stadsläkare** i Alingsås till **1898 - 23/1 1913. Provinsialläkare i Alingsås distr. från 1913 till 1924. Järnvägläkare** å linjen Floda-Lagmansholm **fr. 1903.** Skolläkare i Alingsås omkr. 20 år. Medlem av Sv. militärläkareforeningen 1899. **Sekreterare Älvsborgs läns läkarförening under 5 år.**

RNO 1924. Avled 1924 Alingsås efter några månaders sjukdom av leversarkom

Stadsfullmäktig i Alingsås från 1894 till sin död 1924. Ordf. i hälsovårdsnämnden i Alingsås från dess inrättande. Han medverkade till förbättring av den kommunala hygienens kring sekelskiftet med bland annat vatten och avloppsutbyggnad. Han var ledamot av lasarettsdirektionen och folkskolestyrelsen samt i styrelserna för sparbanken och systembolaget i Alingsås, ordf. i styrelsen för Bolltorps sanatorium. Ordf. i 1:a maj blommekommittén i Alingsås. I äktenskap med Gerda Sjunnesson barnen: Gunnar, ingenjör; Nils, affärsman; Lisa, gymnastiklärarinna. Bostaden var i övre våningen i ett tvåvånings trähus i kvarteret Pelikanen vid Lilla Torgets västra sida. Kvarteret med sitt enda hus ägdes av rådman C. A. Ericsson, som även varit sparbanksdirektör i Alingsås.

Minnesteckning av A. H. Christenson finnes i Tidskr. i mil. hälsovård 1925 o. minnesord av I. Bratt i Sv. läkartidn.ingen 1924. *"N. var en omtyckt läkare och åtnjöt som sådan stort förtroende, som han väl förtjänade genom det intresse och den livaktighet, varmed han till det sista sökte följa sin vetenskaps framsteg. Hans personlighet, som var ovanligt harmonisk och älskvärd, lugn och glad på en gång, verkade med sin ljusa livssyn välgörande på alla. Inom sitt samhälle var han högt betrodd i kommunala värv. Han var ålderspresident i stadsfullmäktige, som han tillhörde från denna institutions tillkomst till sin död. Han var inflytelserik och hans ord uppmärksammades inom alla de talrika styrelser och korporationer, som han tillhörde. En stark, glad, klok och god människa, en produkt av gammal, lyckligt genomförd människokultur, så vittnar om honom en närstående kollega vid hans bortgång."*

Leufvén Carl Gustav

M. L. f. 1877 i Tensta, Uppsala län. Föräldrar köpmannen Gustav Robert Leufvén (f. 1846, död 1919), Katrineholm och Augusta Wahlén (f. 1838, dd 1878). Genomgick Norrköpings h. allm. läroverk, student därst. 1898, med. fil. ex. 1899, med. kand. 1902 o med. lic. 1908 i Uppsala. Hade kortare förordnanden som ex. läkare i Säter samt i Leufsta, Malungs, Heby, Sotholms o. Västanfors distr. under åren 1904-1906. Kommunal läkare i Vansbro distr. 1909-1911, e. provinsialläkare i

Malsjö distr. 1911 till 1915, dito i Alnö distr. 1915 till 1917 och **prov. läk. i Högsätters distr. 1917 till 1920. Provinsialläkare i Eds distr. 1920 till 1925, dito i Alingsås distrikt 1925 - 1930. Medlem av lasarettsdirektionen i Alingsås 1925-1930.** I Varbergs distr. efter 1930.

Gift 31/8 1912 med Erika Selma Nancy Edgren, f. 3/2 1877, dotter till sjökaptenen Henning Fridolf Edgren, Göteborg, o. Selma Teresia Godbersson. Adoptivdotter: Signe Elisabet Agnes, f. 1913.

Westman David Emanuel

f. i. i Stockholm 1888. Föräldrar: byggmästare Anders West-man och Christina Jakobsson. Mog. ex. i Stockholm 1907, underlöjtnant vid Livreg:s grenadjärer 1909, löjtnant 1915, avsked ur krigstjänsten 1919; avgångsex. från Ultuna lantbruksinst. 1912, med. kand. i Lund 1919, med. lic. 1923. Assistentläkare vid lasaretten i Lund och Landskrona under 8 mån.; sedan dess diverse provinsialläkarförordnanden.

Provinsialläkare i Alingsås 1930 - 1935.

Gift 1919 med Sofia Natalia (Tala) Sverelius, f. 1889, dotter till byggmästare T. Svensson och hans maka, f. Hansson. Döttrar: Ingrid M a r i a n n e, f. 1920; K e r s t i n Elisabeth, f. 1922.

Gellin G. Oskar

f. i Morkarla, Uppsala län, 16/9 1886 av folkskollärare, organist Johan Gellin o Charlotta Berlin. Gift 1914 m Lilly Nilsson f 1886 dtr t överkonduktör Anders Nilsson o Alma Ahlström. Barn: Lennart f. 1915 o Lena f. 1919.

Stud. exam. Uppsala 1904, med. Fil exam. Uppsala 1905, Med.kand. Uppsala 1909, med. Lic. Uppsala 1913; amanuens histol. Inst. Uppsala univ. 1907-08, tf uläk. o vik. bitr. läk. Långbro sjh 1911-13, 2:e uläk. Gävle 1913-14, e prov.läk. Ovanåkers distr. 1914-22, prov.läk, Tierps distr. 1922-36.

Prov. läk. Alingsås distr. 1936-42.

Linköpings distr. 1942-49, prakt. läk. Linköping 1949-61. Fältläk. Stip. 1911-13, bat.läk. flk res 1913-20. Utm: RNO.

Hagelin, Herbert

f. i Hemsjö, Älvsb. län, 28/5 1905 av lantbrukare Sven H och Gustava Norelius. Gift 1937 med Britta Ekström f 08, dtr till seminarielärare John ER och Emma sandström. Barn: Kerstin f -38, Anders f -42 och Bengt f -45.

Stud. ex. Göteborg 1925, Med kand Sth 1931, Med lic Sth 1936, olika läkarförordnaden 1936 – 1939, underläkare Mölndal 1939 – 1943, Renströmska sjh 1943 – 1944.

Prakt. läkare Alingsås 1944 -, läkare vid SJ 1947 -....., och televerket 1970 – ...

Laurén K. G. Erik

f. i Göteborg 30/12 1902 av tandl. Karl Laurén och Jenny Nettelbladt. Gift 39 m Elsa Söderman f. 1912 d. 1969. dtr till kamr. Georg Söderman och Hulda Larsson. Barn: Katharina f. 1941 och Claes f. 1945.

Studentexamen i Gbg 1921. MK Sth 1924. ML Lund 1929; amanuens och assistent patol. Inst. Lunds Univ. 1930-31 och 1932-33, eo amanuens och amanuens Lund 1932 o 1934 – 36, 2:e uläk. Landskrona 1936-37, uläk. Med. Avd.

Örebro 1837-41, 2:e uläk. Vadstena 1942, tf. prov. läk. Lits o Stöde distr. 1943-44, prov.läk. Lycksele södra distr. 1944-46, Gysinge distr. 1946-52, Svenljunga distr. och sjukstugeläkare där 1952-59.

Provinsial läkare Alingsås distr. 1956-69 därefter **prakt. läk. Alingsås.**

Läkare i Bjerke/Sollebrunn läkardistrikt

Lindeberg, Karl Oskar

Född 1872 i Norrköping. Föräldrar: urfabrikören Johan Oskar Lindeberg, Norrköping, o. Sofia Bergström. Genomgick Norrköpings h. allm. läroverk, student därst. 1891, med. fil, ex. 1892 i Uppsala, med kand 1896 o. med. lic. 1900 vid Karol. institutet.

Ex. läkare i Glava distr. 1/81/1899. Praktiserande läkare i Karlshamn 1901 - 1912, därunder tf. 1:e o. 2:e stadsläkare samt fängelseläkare kortare tider årligen i 1906 - 1911, badläkare vid Vägga saltsjöbad 1903 - 1911 o. vid Ryds badanstalt 1912, järnvägläkare vid Karlshamn - Vislanda - Bolmens järnväg 1901 - 1912. Praktiserande läkare i Norrköping 1912 - 1918, tf. 1:e o. 2:e stadsläkare samt läkare vid Norrköpings fattigvård kortare tider årligen 1913 - 1918, 2:e stadsläkare därst. 1918 - 1922.

Provinsialläkare Sollebrunns distrikt. 1922 - 1927 dito i Enköpings distr. efter 1928.

Studieresa till Berlin 1921. Ledamot av Sv. läkaresällskapet 1918. Gift 1:a gången 1904 med Antonia Buchreitz, f. 1877, dotter till handlanden Fredrik Buchreitz, Stockholm, o. hans maka. Fosterbarn: Gösta Elof, f. 1911. Gift 2:a gången 1922 med Vera Vilhelmina Nilsson, f. 1903, dotter till lantbrukaren Carl Nilsson, Dagsberg, o. hans maka. Barn: Gudrun Carola Birgitta, f. 1922; Karl-Gustaf Magnus, f. 1923; Björn, f. 1925.

Ljungfelt, Ernst Joel

Född 1870, M. L., provinsialläkare i Lunds distrikt. Praktiserande läkare i Lövestad 1897 - 1905, e. provinsialläkare i Höörs distr. 1905 – 1915. Provinsialläkare i Sollebrunns district 1915 – 1921, dito i Hörby distr. 1921, i Sollebrunns distr. 1921 - 1922, i Broby distr. 1922 - 1928 o. i Lunds distr. efter 1928.

Studieresor: till U. S. A. 1893, till hygieniska utställningen i Dresden 1912. RNO 1929. Ledamot av hälsovårdsnämnden i Höör 1905 - 1915, ledamot av municipalfullmäktige därst. 1906 - 1915, ledamot av hälsovårdsnämnden i Broby 1922 - 1928.

Gift 1899 med Maria Persson, f. 6/1873, dotter till verkmästaren Nils Persson, Malmö, o. Anna Bengtsson. Barn: Sven Erik, f 1900, löjtnant vid Flottan; Gertrud Elisabet, f. 1905, student, skrivbiträde vid tullverket; Brita Vivika Gunilla, f. 1907, farm. kand.; Bo Ingemar, f. 1915.

Sköld Gustav A.

F. i Halmstad 15/2 1897 av målarmästare Nils Peter Sköld o Paulina Jonsson.

Stud. exam. Halmstad 1916, Med.kand. Lund 1921, Med.lic. Sth 1927; t.f. uläk. länssanat. Uttran 1926 o 27, ass.läk. o t.f. uläk med.avd Örebro 1928, uläk. o t.f. sanat.läk. Hålahults sanatorium 1928-30, 2e uläk. o t.f. 1e uläk. med. avd. Örebro 1930-33, ass.läk. o t.f. uläk. Sachsska barnsjh. 1932 o 33, ass.läk o t.f. uläk. Gbgs BB 1933-34, t.f. uläk. Gbgs barnsjh. 1934, t.f. uläk Sths epidemisjh. 1934-35, bitr.läk. Gbgs epidemisjh. 1936-37, vik. prov.läk. olika distr. periodvis 1933 –37, **prov.läk. Sollebrunns distr. 1938-63.** Jvläk.,hedersled Hallands museifören. 1963. Utm:RNO.

Läkare i Herrljunga läkardistrikt

Herrljunga blev extra provinsialläkardistrikt 1895. År 1915 omvandlades distriktet till ordinarie. En nyprovinsialläkarbostad och mottagning byggdes 1927 med adress Storgatan 72. 1954 byggdes åter y läkarmottagning vid Storgatan 43, som ersttes 1968 av en tillbyggnad till kommunhuset vid Torget. År 1980 invigdes en ny vårdcentral där läkarmottagningen för tre läkare samlokaliseras med distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnast och tandvård.

Hagelin Rickard Nathanael

Hagelin var privatpraktiserande läkare i Herrljunga från 1890. Han var också läkare vid Alingsås badanstalt som öppnades 1890. 1895 blev han den förste provinsialläkaren i Herrljunga.

Provinsialläkare i Herrljunga extra provinsialläkardistrikt 1895 – 1915.

Årslönen för hans tjänst som extra provinsialläkare bestämdes av kommunalstämman till 700 kronor. Det motsvarade 35.000 kronor år 2000.

Hugo Kjellgren (f. 1875) från Herrljunga beskriver Rickard Hagelin i Boken om Herrljunga:

”Doktor Rickard Hagelin blev distriktets förste läkare. Han var högre, hade brunt hår och bruna mustascher och såg på människorna med ett par mycket vänliga och ganska allvarliga bruna ögon. Stämman var djup och han talte västgötamål. Hela hans person ingav förtroende och respekt och han hade, som man brukar säga, ett hjärta av guld. Min bror Knut Kjellgren, som senare ofta skjutsade doktorn på hans resor, talade ofta om hur god och ömsint den mannen var. Det kunde hända att han kom till något litet ställe långt borta i markerna där det var fattigt. När det blev fråga om betalningen kunde doktorn säga: ”ja, ja då blir la rätt mä dä. Här har I lite te medicin. Å gör nu som jag sagt, så blir ho nog bra, sa I få se. Å kom sen te mej om ett par dar, så får ja höra hur dä ä.” Doktor Hagelin tvekade aldrig att begiva sig till en sjuk vid vilken tid på dygnet som helst och hurudant vädret än var. Till och med om han själv inte var frisk. Han och hans fru levde rätt tillbakadraget. Doktorn själv trivdes bäst med sin flöjt och sina böcker och log glatt åt medmänniskornas krumsprång och ståhej. Men han vakade över deras hälsa och såg till att hans ordinationer följdes. Det skrattades en del när han ropade till en av sina patienter som hade svårt att gå och det var halt: ”Gå nu i hästskiten, så I inte halar.” (På den tiden var det hästarna som sandade). Han kunde hålla på och spela på sin flöjt och vara mitt uppe i en drill när han fick se någon olydig på vägen. Då rycktes fönstret upp och doktorn nästan röt: ”Hör du Elsa gå genast hem och ta på dig rektia strumpor. Ja vell inte se dej i dessa strumpera en gång te, så länge dä ä så kallt. Å hör nu va ja säger.” Den gode doktorn. Det var ingen som tog illa upp hans stränga order, ingen som inte förstod vad han förestavade dem.”

Efter pensioneringen 1915 fortsatt han sin verksamhet som privatpraktiker.

Hedrades med RNO 1913.

Frisell Kurt

Provinsialläkare i Herrljunga extra provinsialläkardistrikt 1915 – 1923.

Privatpraktiserande läkare till sin död 1927.

Laurell Daniel

Född i Skredsvik, Gbg o Bohus län, 13/11 1889. Föäldrar: prosten Johannes L och Isabella Busch. Gift 1918 m Edith Bergman f 1886, dtr till lantbrukare Gustav B och Mathilda Carlsson. Barn: Brita f 1919 med lic, Isabella f 1921, Gunnar f 1923, Åke f 1923, Lars f 1924 ML, Kerstin f 1927.

Studentexam. 1911 i Gbg, Med kand. 1914 L, Med lic 3/9 1919 S, T. f. uläk. Löts sanatorium 1915, t. f. extra prov. läk. Västanfors dstr o e läk. Gbg:s epidemisjh 1918, Kristinehamns hospital 1918 – 19, t. f. prov. läk. Öjebyns dstr 1919 – 20, t. f. hospitalsläk. Piteå 1920, uläk. Hässleholms las 1921, uläk. Skellefteå las 1921 – 23, t. f. las. läk. tbc-avd. 1921 – 23. Järnvägsläkare 1923 – 1956. RNO.

Provinsialläkare i Herrljunga ordinarie provinsialläkardistrikt 1923 – 1954.

Privatpraktiserande läkare till sin död 1963.

Kjellson Lennart

F. i Kärna, Österg 1, 11/3 1919 av flygdir. Henry K och Tina Svensson. Gift 1946 m sophiasyster Ann-Hild Holmdahl f 1921, dtr till las. Läk. Henrik H o Ingrid Dahlgren. Barn: Anders f 1947, Monica f 1950, Göran f 1951.

Stud. ex. Sth 1940, med. kand. Sth 1943, med lic. Sth 1950; e. o. amanuens histol. Inst. KI 1942 – 43, t. f. uläk. Härnösand 1946, t. f. prov. läk. olika distrikt 1947 – 1949, e läk med. garn:avd Karolinska s jh 1950, 1:uläk med. avd. där 1952 – 1955, järnvägsläkare Herrljunga 1955 – 1963,

Provinsialläkare i Herrljunga 1955 – 1983.

Privatpraktiserande läkare efter sin pension 1984 – 1999. Skolläkare sedan 1955, ledamot hälsovårdsnämnd sedan 1963, socialnämnd sedan 1966, kommunalfullmäktige sedan 1969. Skrifter i inv. medicin. Hobby: släktforskning, smalfilm, filатели.

Troedsson Mats

F. i Lund 26/8 1938 av folkskollärare Gösta T och Edith Fransson. Gift 1959 m Inger Wallin f. 1938, dtr till avd. chef Ivar W och Inga Carlsson. Barn: Eva f 1960, Anders 1962, Karin 1965, Åsa 1967.

Stud.ex. Lund 19576, Med.kand. Lund 1959, Med.lic. Lund 1966. T.f. uläk. kir.klin. Ängelholm 1966-67, Prov.läk. Piteå dt Öjebyn 1967-68.

Provinsialläkare/distriktsläkare i Herrljunga 1968 – 1973.

1968 inrättades i Herrljunga ytterligare en distriktsläkartjänst som innehades av Troedsson. Samtidigt byggdes en ny läkarmottagning som tillbyggnad till kommunhuset vid Torget.

Check Milan

Distriktsläkare i Herrljunga 1973 -

Swedberg Staffan

Distriktsläkare i Herrljunga 1976 - - .

1980 byggdes en ny vårdcentral i Altorp, som bemannades av Kjellson (gick i pension 1982), Svedberg och Ann Granvik

Läkare i Vårgårda läkardistrikt

Hjelmér Arne

F. i Stockholm 10/4 1919 av apotekare Edvin H och Nanny Ersson. Gift 1) 1844 m Eva Schultz f. 1921 och 2) 1959 m Sonja Paulsson f 1926, barn i 1:a äkt. Inger f 1945, Gunilla f 1949 och i 2:a äkt. Stellan f 1959, Krister f 1961 och Ulla f 1964.

Studentexam i Lund 1941, Med.kand Sth 1945, Med.lic Lund 1950. Uläk. Kir. avd. Kristianstad 1950-54, medicin o gyn. avd 1954-56, Kungälv 1956-58, 1:e uläk Hörby 1958-61.

Provinsialläkare i Vårgårda 1961 – 1982

Medl. I Lions club. Hobbies: Musik, elektronik.

Läkare i Lerums inkl. Gråbo läkardistrikt sedan 1944

Nyman Thore M.

f. i Västervik 17/1 1907 av handl Axel Fredrik Nyman o Jenny Alfrida Nilsson. Gift 1935 m Elsa Gerda Hjort f 1909, dtr t prov.läk. Axel Hjort och Ellen Eneroth. Barn: Jan-Axel f. 1937, Ingrid f. 1938.

Stud.ex. Västervik 1925, Med.kand. Sth 1928, Med.lic. Sth 1932; extra läk. Mariebergs sjukhus 1933, , t.f. prov.läk. Östervåla o Rotebro distrikt 1933, ass. läk. o t.f. 2:e uläk. Västerviks las. 1934, uläk. där 1935-38, uläk. Eksjö sanatorium 1938-40, t.f. prov.läk olika distrikt 1940-44, **extra prov.läk. Lerums distr. 1944-50, prov.läk. där 1950-70.**

Ordf. i Röda Korset i Lerum under sin tid där. Utm: RNO. Död 1985. Begravd på Lerums kyrkogård.

Lagergren Elsa M

Prakt. läkare Gbg. F. i Evanstone Ill. USA 1/3 1990 av Dir. Axel Lagergren o Tekla Pettersson. Adoptivbarn: Bertil f. 1931 o Kerstin f. 1936.

Studentexamen Gbg 1909, Med. kand. Uppsala 1914, med. lic. Sth 1921. Prakt. läkare Gbg, läkare Gbgs småbarnsk 1931-60, barnavårdscentral 1930-60, skolläkare Majornas kommunala flickskola 1936-57, kommunala mellanskolan 1937-57.

Priv.praktik i Lerum under slutet av 30-talet i Tingshuset 1 dag i veckan och senare i hemmet i Lerum

Stadling Lennart

Född. i Gbg 11/5 1922 av folkskollärare John Stadling och Hildur Strömberg. Gift 1945 m Inga-Lisa Danielsson f. 1925. Barn: Jan f. 1946, Kristina f. 1947, Annika f. 1948, Olof f. 1951, Monika f. 1954, Gunnar f. 1958, Ulla f. 1960.

Studentexam. Gbg 1942, Med.kand Sth 1947, Med.lic Sth 1952; e läkare Sätters sjh 1948, Ortoped klin. KI och adnexet Vejbystrand 1950, kir.avd Lidköping 1950, extra prov.läk. Jockmocks distr. o verksläk. Porjus-Harsprånget 1951-52, 2e uläk. Mariestad 1952-53, prov.läk Bjärträ dstr. 1953-56, **extra prov.läk Gråbo distr. 1956-62, prov.läk. Lerums distr. 1964-69,** prov.läk.Västerfärnebo distr. 1969 - 1987.

Dahlin Bengt R

Född i Majorna i Göteborg 1930. Skolgång där med studentexamen på Majornas Högre allmänna läroverk 1949. Medicinutbildning i Göteborg 1950 – 1957, Med.lic och leg. läkare 1957. Bevis om allmänläkarkompetens 1973.

Vik. prov. läk. I kortare perioder 1955 –1957 i Tidän, Sjulnäs, Sättila, Sollebrunn, Gråbo.

Vik. underläkare Kirurgkliniken Mölndal 1957. Ul Kungälvs lasarett 1958, 1959. Provinsialläkare i Korpilombolo prov. läk. distr. 1959 – 1962. Provinsialläkare i Gråbo provinsialläkardistrikt 1962 – 1969. Distriktsläkare Lerums läkardistrikt 1970 – 1995.

Fackligt engagemang i Svenska provinsialläkarföreningen/Distriktsläkarföreningen i slutet av 60-talet o början av 70-talet. Sekreterare i distriktsläkarföreningen. Representerat föreningen

i en del av Läkarförbundets arbetsgrupper som Organisationsdelegationen på 70-talet och Arbetsgrupp för datapolitiska program (AGDA) till i slutet på 90-talet. Ledamot i Distriktsläkarföreningens och Läkarförbundets valberedningar.

Gått samtliga kurser MPH-kurser på Nordiska Hälsovårdshögskolan (8 månader).

Gick ett flertal chefsutbildningskurser och efterutbildningskurser i medicinska ämnen.

Fackligt engagemang i Svenska provinsialläkarföreningen/Distriktsläkarföreningen i slutet av 60-talet o början av 70-talet. Sekreterare i distriktsläkarföreningen. Representerat föreningen i en del av Läkarförbundets arbetsgrupper som Organisationsdelegationen på 70-talet och Arbetsgrupp för datapolitiska program (AGDA) till i slutet på 90-talet. Avslutades i Distriktsläkarföreningens och Läkarförbundets valberedningar.

Vårdcentralchef, 1970 – 78 Brobacken vårdcentral. Under den senaste perioden distriktsöverläkare i ”MittenÄlvsborg” och blockchef för primärvården i Södra Älvsborg 1972 - 1978. Under denna period kraftig uppbyggnad av primärvården i södra Älvsborg både funktionellt, personalmässigt och mera materiellt . Det byggdes bl.a. enl. ny modell ett 15-tal nya vårdcentraler i Älvsborgslandstinget. Verksamhetsutvecklingen byggde mycket på goda kontakter med Spri.

Socialstyrelsens Vetenskapligt råd i allmänmedicin för Socialstyrelsen 1980 – 1987.

Distriktsöverläkartjänsten i Lerums primärvårdsdistrikt under 1980-talet gav en plattform för fortsatt utveckling av primärvården bl. a. möjliggjordes FoU-utveckling (FoU-enhet(er) och FoU-kurser) och fortsatta utbildningsaktiviteter både lokalt och i riket (Allmänmedicinkurser, FV/ST-kurser, handledarkurser).

Utvecklingsarbete och publikationer:

Deltog i ett antal Spriprojekt (Spri – Sjukvårdens planeringsinstitut, lades ner år 2000) med resulterande Spri-publikationer som: ”Löpande vårdplanering” (3/1977) genomfört i Lerum.

Startade tillsammans med Lennart Råstam Västsvenska Allmänläkarklubben, som hade sitt första sammanträde i Alingsås 15 december 1984, då vi också hälsade Calle Bengtsson välkomna som allmänmedicinprofessor i Västsverige. Målet med klubben var att få nära FoU-kontakt mellan allmänmedicinska institutionen och distriktsläkare intresserade av FoUU.

Kontakter och samarbete med Allmänmedicin i Göteborg och Calle Bengtsson från första dagen institutionen tillkom 1984. Redan dessförinnan många kontakter med Dalbys utvecklingsvårdcentral, Lunds och Uppsalas allmänmedicinprofessorer (Bengt Scherstén och Gösta Tibblin) som var de första allmänmedicin professurerna i Sverige, Göteborgs blev den tredje.

Åter till Medicinska fakulteten i början av 90-talet. Fick förmånen att som yrkeslivsrepresentant delta några år i fakultetens Utbildningsnämnd. Det var en intressant upplevelse – att komma åter till medicinska fakulteten efter mer än trettio års bortvaro och upptäcka att mycket i undervisningen var sig likt. En förnyelseprocess av grundutbildningen av läkare var på gång med ett nytt Pedagogiskt program hade antagits. För första gången i Västsverige blev allmänläkarna djupt engagerade i grundutbildningen dels i Kursen i Konsultationskunskap, 10 veckor, dels genom att läkarstuderande fick komma ut och auskultera på vårdcentralerna. Videokonsultationer övades och handledare utbildades. Fick ett tack från fakulteten i juni 1993 plaketten – ”Homo doctus in se semper divitas habet”. *Bo Samuelsson*, då ordförande i utbildningsnämnden sedermera rektor för universitetet, delade ut plaketten.

Antagningen till medicinarbanan var också på tapeten och vi började med intervjuer före antagningen. Deltog något år som intervjuare, också en intressant upplevelse.

En del i den nya grundutbildningen var Medicinsk informatik med MEDNET som bas. Deltog som resursperson i utbildningen, på Medicinarberget, på Vårdhögskolan i Borås och med enveckors ST-kurser i Medicinsk Informatik för läkare.

Blev en av de medicine hedersdoktorerna vid Göteborgs universitet hösten år 2000. Ur motiveringen till utmärkelsen:

”...Bengt Dahlin har beundransvärt ihärdigt arbetat för att göra allmänmedicin till ett självklart och fullvärdigt akademiskt ämne samt har del i de första avhandlingar som presenterats inom allmänmedicinen. Han tog mycket tidigt initiativ till provinsialläkares

fortbildning och arbetade vidare med handledning och handledarutbildning på ett sätt som gjort allmänmedicin till ett föredöme inom specialistutbildningen. Vidare har han initierat och byggt upp Forskning och Utveckling inom primärvården. Han har personligen aktivt utvecklat ämnet Medicinsk Informatik, som stöd för diagnosklassificering och informationsbehandling. Framför allt har Medicinska fakulteten honom att tacka för en betydande kvalitetsförbättring inom läkarnas grundutbildning. Han har varit organisatör och pådrivare i det utvecklingsarbete som lett fram till undervisning och forskning kring Konsultationen. Den förändringsprocess som han inledde var startpunkten för den dynamiska omstrukturering av hela grundutbildningen för läkare, som nu pågår.”

Söderbergh Erik

F. Uppsala 29/1 1939 av bitr. öläk. Per Säve-Söderbergh och prov.läk. Eva Lundgren. Gift 1964 m Ingegerd Snaar, dtr till tandtekniker Allan S o Berta Svensson. Barn: Magnus f 1964, Håkan f 1968, Malin f 1970. Stud.ex Örnköldsvik 1958, med.kand. Gbg 1960, Med.lic. Gbg 1965. Uläk. Örnköldsvik, Varberg m fl 1963-65, uläk med. klin. Alingsås 1966-68, uläk. kirurgen där 1968-70, Läkare i Ndolage Hosp Tanzania 1970.

Distriktsläkare i Gråbo 1970 - 1976.

Apotekare

Apotekare i Lerum

Schmeling Folke

f. i Gränna 27/4 1905. Son till apotekare Gustav S.- Danielsson o h. H. Birgitta f. Westergren. Stud.ex. Jönköping 1924. farm. kand. ex. 1933, apotekar exam. 1937 Elev: Kronan Jönköping 1924; Anställning: Huskvarna 1933 – 1935; Kronan Göteborg 1937 – 1941; Svanen Göteborg 1941 – 1945; Biet Göteborg 1945 – 1947; Enhörningen Göteborg; **Lerum (föreståndare) 1948 – 1954.**

Suppl. I centralstyrelsen 1943 – 45; ord. Ledamot 1945- 50; ledamot i löne- o skiljenämnden 1945 – 50; Sekr. o kassaförv. I Göteborgskretsen av Sv. Farm. förb. 1942 – 45.
Gift m Gerda Nilsson, dtr t smärglare K.A. Nilsson o h. H. Ida N. f Larsson.

Krantz Birger

F. i Falun 11/3 1915 av vaktmäst. Anders Josef K. Och hans hustru f. Hellström. Stud.ex. Falun 1933. Farm. kand. ex. 1938. Elev visd apoteket Engelbrekt i Falun 1935 – 1937. Anställning samma apotek 1938 – 1941, Örnen i Stockholm 1944 – 1947; Antilopen, Sth 1947; **Lerum apoteket Granen (föreståndare) juni 1954 – 1970.**

Styrelseledamot i Gävleborg – Dala krets av Sv. Farm. förb. 1940 – 1941. – Farm. inst. 1941.

Gift med apotekare Inga Wastenson – Krantz, som arbetade i Sävedalen och Göteborg på Kronan.

Anderberg Gunnel

Apotekare i Alingsås

Wingner, Tord

F. i Kristinehamn 4/10 1876. Son t. redaktör Johan Peterson o h. h. Kristina f. Thunander. Farm. kand.-ex. 1897, apot.-ex. 1903. Elev: Kronan, Jönköping 1893 – 97,. Anställning: Kronan, Jönköping; Lejonet, Malmö; Svanen, Lund; Falun; Kronan, Jönköping 1899 – 1901, 03 – 08: arrendator apot. Åseda 1900 – 26. Priv. apot. Emmaboda 1926; transport **Alingsås 1935 – 1943.** Avgick med pension 1943. Led. Av centralstyr. För Sv. Farm.-förb. 1919.

Gift 1905 m Nina Hellman. Barn: Gurli f. 1906; Gerd f. 1910; Tyra f. 1913.

Sandberg Einar

F. i Gbg 17/2 1887. Son t. köpman Anders S. o h. h. Christina f. Pettersson. Stud.ex. Gbg 1906; farm. kand. ex. 1909; apot. – ex. 1916. Elev: Sollefteå 1906 – 08. Anställning: Hudiksvall 1909 – 13; Lejonet, Sth; Enköping 1916 – 19; Sala, Grythytted 1920 – 25; S:t Ragnhild, Södertälje 1925 – 30; Hällefors 1930 – 32 (förest. 2 år); Värnamo 1932 – 35; Lysekil. Priv. apot. Kopparberg 1936. Transport **Alingsås 1943 – 1954**.
Gift 1917 m Esther Wahlström. Barn: Anders f. 1921; Märtha Elisabeth f. 1923.

Schnürer, Ewert Mauritz

F. i Söderhamn 3711 1900. son t. handlande Moritz S. o h. h. Hanna f. Stenberg. Stud. -ex. Söderhamn 1919; farm. kand. -ex. 1922; apot. -ex. 1925. Elev: Söderhamn 1919 – 22. Anställning: Söderhamn; Alvesta; Limhamn; Bollnäs; Uppsala; Västanhede; Askersund 1929 – 32 (förest. 1 år o 4 mån.); Vita Björnen, Sth 1932 – 38; Lejonet, Gävle 1938 – 44. Priv. apot. Kopparberg 1944 – 1953. **Alingsås 1954 – 1967**.
G. 1933 med Greta Nilsson. Barn: Boel Margareta Ewersdotter f. 1935; Maria Monica Ewertsdotter f. 1938; Leif Gustav f. 1939; Jan Mikael f. 1946

Friman, Nils Berhard

F. i Boden 20/8 1912. Son t. fastighetsägare A. W. F. o h. h. H. C. Född Nilsson. Stud. ex. Luleå 1932; farm. kand. ex. 1936; apot. -ex. 1939. Elev: Boden och Gammelstad 1933 – 35;. Anställning: Hjorten Östersund; Boden 1937, 1939 – 43; Skövde; Örnen Karlstad 1944 (förest. 1år o 1 mån.) **Apot. Alingsås 1967 – 1970**.
Gift 1947 m. Ulla Birgitta Ekman. Barn: Nils Gunnar Styrbjörn f. 1948; Eva Birgitta f. 1950.

Apotekare i Herrljunga

Nilsson Henry Sigfrid

F. i Udevalla 7/10 1900 son t. masakinist Jan Emil N. o h.h. Hulda f. Johansson. Stud. ex. Uddevalla 1920; farm. kand. 1923; apot.ex. 1927. Elev Korpen, Göteborg 1920 – 22. Anställning: Bävern, Sth 1923 – 25; Hjorten , Sth 1927 – 42 (förest. 1 år o 5 mån). **Priv. Apot. Herrljunga m filialapotek i Vårgårda 1942 - 1950**. transport apot. Enhörningen, Gbg 1949. Amanuens i botanik o farmakognosi vid farm. inst 1926 – 27. Ledamot av styrelsen för Sthkretsen av Sv. Farm.-förb. 1928 – 32, bibliotikarie i farm. fören. 1933 – 42. Ledamot av styrelsen för Västgötakretsen av Sv. Apot.-förb. 1943 – 49, sekr. 1943 – 49 samt fullm. För kretsen 1945 – 49. Led. Av styr. För Västra kretsen av Sv. Apot.-förb. Samt sekr. 1952 - .Skrivit artiklar om beredning av apotekspreparat.
Gift 1933 m farm. kand. Margit Sjöberg. Barn: Bernt Torvald f. 1939; mats Arvid f. 1947.

Ernelli Hard Thore

Apot. Herrljunga 1950 – 1957 f. ö inga uppgifter.

Stjerna Martin John Oscar

F. i Gustavsbergs s:n, Sth län 26/5 1908. Son till ingenjör John S. o h. H. Ester f. Norrby. Stud. ex. Stockholm 1928; farm. kand. -ex. 1932; apot.-ex. 1937; Elev: Orust och Kronan, Eskilstuna 1929 – 31. Anställning: Storcken, Sth; Enhörningen, Sth; Draken, Sth 1933 – 35.Älgen, Sth; Vita Björn, Sth 1937 – 42; Karlshamn 1942 – 44. Priv. Apot. Stensele 1948. **Apot. Herrljunga 1958 –**
G. m. farm. kand. Ing-Alice Maria Egnér. Barn: Marianne Hedvig Ingeborg f. 1940; Ingrid Ester Maria f. 1942; Göran John Peder f. 1945.

ADDENDUM

PERSONLIGA YRKESBESKRIVNINGAR

Provinsialläkaren på 1940, -50 och 60-talen, Tore Nyman, Lerums förste provinsialläkare

Sonen Sten-Axel Nyman, Lerum berättar om sin fars läkargärning:

Tore Nyman tjänstgjorde på många orter (se CV) efter med.lic. examen 1932 bl. a i Västervik där sonen föddes och i Eksjö (på sanatoriet 1938-40) där dottern föddes. Vid ett vikariat i Jockmock 1941 blev han fascinerad av Einar Wallquists gärning i Arjeplog och beslöt att bli provinsialläkare. Efter ytterligare vikariat i olika distrikt hade han tillräckligt med tjänsteår för att söka och få den extra provinsialläkartjänsten som inrättats i Lerum 1944. Familjen flyttade in i en liten röd stuga som låg där köpcentret "Solkatten" sedan byggdes. Läkarmottagningen låg i ett av två tvåvåningslängor invid järnvägsstationen och dåvarande brandstationen. I denna långa fanns i bottenvåningen läkarmottagningen och kommunalsköterskan syster Britt. I andra våningen var det tandvårdsmottagning (tandläkare dr Jägerberg). I den andra längan fanns apoteket. Husen var till en början vitmålade, senare blev de röda. I samband med att "Hälsohuset" byggdes 1969 revs huset med mottagningar och all öppenvård flyttades till Hälsohuset.

Mottagningen började kl. 9. Patienterna, som satt i kö, var inte avbetade förrän fram mot kl. 13-14. Då blev det en lättare måltid hemma och så hembesök de dagar som inte var inbokade av barnavårds- eller mödravårdscentral, skolläkaruppgifter eller besiktningssuppdrag som hälsovårdsnämndens läkare. Hembesöken fick i så fall skjutas på till kvällen. Ledigheter/jour helgdagsdygnen delades med grann-distriktet, i detta fall Sollebrunn och Dr Sköld där. Senare med Gråbodistriktet, när det hade kommit, och då med dr Stadling respektive dr Dahlin.

På mottagningen hade läkaren tillgång till röntgenkula med genomlysningsmöjlighet av bröstkorgen, en-kanalig EKG-apparat, utrustning för "lilla kirurgin" och begränsad laboratorieutrustning. Syster Britt (Holmberg) var mottagningsköterska och senare syster Aina (Nord/Ahlsén).

Som "besiktningssläkare" av livsmedelshygien och vatten- och avloppshygien o dyl. kunde provinsialläkaren få ovänner då han måste säga ifrån vid missförhållanden. Han hade att ta vattenprover och kanske vara tvungen att stänga badet vid sjön Aspen som på den tiden var mycket förorenad av allt avlopp som släpptes rakt ut i Sävån ända uppifrån Alingsås. Han var ofta tvungen att hota med rapportering till l:e provinsialläkaren om man inte vidtog åtgärder.

En annan uppgift var att vara "polisläkare" – att ta prov på misstänkta rattfyllerister, besiktiga självmördare etc. Ofta kom sådana uppgifter på "obekvämtid".

Då kommunen var skyldig att stå för tjänstebostad till provinsialläkaren byggdes en sådan vid nuvarande Hedlunds backe.. Tomten såldes av fröken Löfström, som arbetat som sjuksköterska på Hedefors fabriker före Aina Nord/Ahlsén. Det sades att man pratade mycket om byggnaden som "en fyrkantig låda". I övervåning kök och ett stort hörnrum med perspektivfönster för utsiktens skull, vilket inte var vanligt i Lerum Sovrum och mottagningsrum lades i bottenvåningen. Detta var praktiskt eftersom provinsialläkaren kunde ta emot patienter även nattetid och mottagningen låg långt från bostaden. Annars var hembesök med läkarväskan det vanliga för patientbesök på kvällar och nätter. Det blev ofta störningar i sömnen och också i måltiderna, som fick stökas undan så fort som möjligt. Efter hand som befolkningen ökade blev arbetsbördan stor och Dr Nyman pressad och alltmer tungsint av detta enligt sonen. Befolkningen ökade från 4000 år 1944 till 8000 år 1954 utan något tillskott av läkare. Dessutom var provinsialläkaren tvungen att själv skaffa vikarier då han skulle ha semester och andra ledigheter. Vikarier var det ont om och grann-distriktens kollegor var inte glada över att få än större befolkning att betjäna än de redan hade.

Dr Nyman var mycket plikttrogen och mån om sina patienter. Ann-Marie Packendorff var en av hans första patienter. Hon karaktäriserar honom som varm, snäll, klok och omtänksam. Han följde inte sin egen devis att ”en provinsialläkares främsta uppgift var att sända patienten till rätt specialist”. Han som de flesta provinsialläkare skötte om de flesta ”fallen” själv. Bara att vara en god doktor räckte till som tröst och bot för de flesta (placeboeffekt som vetenskapligt bevisats vara av största värde för att snabbare bli återställd).

Dr Nyman engagerade sig stark i Lerums Röda Kors krets, vars ordförande han var i många år. Han gick i pension 1970. Han begravdes på Lerums gamla kyrkogård 1985. Minnet av en god läkare lever kvar hos alla gamla Lerumsbor.

Bengt Dahlin berättar provinsialläkarminnen från 1960-talet

Som provinsialläkare har jag minnen från slutet av 1950- och 1960-talet, då jag med kunglig fullmakt tjänstgjorde först i Korpilombolo och senare i Gråbo provinsialläkardistrikt. Provinsialläkarväsendets 300-åriga era med statlig huvudman var då under avveckling och den nya primärvården i landstingets regi var under uppbyggnad. Mycket av provinsialläkares tidigare uppgifter fanns dock kvar i reglementen om ej alltid i vardagsarbetet. Hur jag upplevde den tiden vill jag beskriva.

Redan som medicine kandidat med behov av att försörja en redan då växande familj vikarierade jag på 1950-talet i flera provinsialläkardistrikt, en månad i varje. Det gav mig inblick i den tidens provinsialläkares arbetsförhållanden från Åhus i söder till Sjulnäs utanför Piteå i norr. För att få vikariera i distrikt måste man ha gått kurserna i medicin, kirurgi och obstetrik och gynekologi. Att i början vikariera utan kurserna i ögon och öron skapade problem både för vikarien och för patienter med besvär från dessa organ. Då gällde uppehållande försvar tills ordinarie provinsialläkaren återkom.

Både dåvarande provinsialläkare Sköld i Sollebrunn och extra provinsialläkaren i Gråbo, Lennart Stadling upplät sina mottagningar och patienter åt mig. Speciellt minns jag Sollebrunnsmottagningen, ett par rum i en äldre centralt belägen villa. Jag tror det var en trappa upp. Utrustningen var påver, inte mycket mer än man kunde ta med sig i läkarväskan på hembesöken, som var vanliga på den tiden. Patientjournalerna var i vykortsformat, krypskt handskrivna med många förkortningar. De var mer som minnesanteckningar för doktorn än för att ligga till grund för ev. anmälningar om felaktig behandling. Sådana anmälningar förekom dock inte på den tiden då patienten blint trodde på den ofta auktoritära läkaren. Detta kanske också för att medicinarsenalen var begränsad och doktorn i sig själv troligen var den viktigaste medicinen. Dr Sköld var de unga konstnärernas mecenat och överallt hängde tavlor. Till och med på bäge sidor av toalettdörren.

Prover var det väl knappast tal om förutom Hämoglobintest med Tallqvists Original Hämoglobinskala med en bloddroppe på ett filtrerpapper att jämföra med en 10-gradig färgskala (Hb från 20 till 100 med normalvärde 90 – 100, Bild) Hellers prov för att konstatera ev. äggvita i urinen i ett spetsglas med salpetersyra som man fick skikta urinen över. Blev det en vit ring mellan vätskorna så var det äggvitan som fällts ut.

Läkarmottagningen i Gråbo var modernare och bättre utrustad med flera rum och röntgen genomlysningapparat, enkanalig EKG-apparat och mycket annat fint. Det var kanske en av anledningarna till att jag 1962 sökte den då från extra till ordinarie konverterade provinsialläkartjänsten.

Men dessförinnan hade jag varit ordinarie provinsialläkare i Korpilombolo, ett distrikt strax norr om polcirkeln. Jag tar upp arbetet i detta distrikt för att det är ett glesbygdsdistrikt med speciella förhållanden som speglar en del av ”resterna” av den gamle provinsialläkares arbetsförhållanden.

Korpilombolo, ett norrlandsdistrikt

Utsedd av Kungen (se förordnandet på bild) kom jag med familjen i slutet av februari 1959 till Korpilombolo provinsialläkardistrikt. Flyttlasset hade gått före och bilen väntade på

järnvägsstationen i Morjärv (en ny Saab, som kostat 9000:- och som var en investering inför glesbyggsarbetet). Efter 6 mils körning korsade vi polcirkeln. Strax därefter korsade vi distriktsgränsen och 4 mil senare var vi framme.

Att ha bott och verkat i Korpilombolo i 3 1/2 år har varit en förmån och en utvecklingsfas i livet som känns positiv. Människorna man mötte där var speciella, inte lika sörlänningarna. Man tog livet mer naturligt och jäkt och stress var minimalt. Tyvärr kom man dem aldrig riktigt in på livet. Delvis berodde det på att vardagspråket var ”Tornedalsfinskan”. Man hörde till tjänstemännen och de hölls på distans. Sammanhållningen inom tjänstemannakåren var dock väldigt fin. Det blev mycket umgänge kring barnen, vid middagar och inte minst i veckans bastubad i prästgården.

Barnen hade det fint med närhet till naturen och skidåkning. Den minste gick på skidor samtidigt som han lärt sig gå, kanske var det lättare på skidor till och med. Midnattssolen ställde till det för barnen, som undrade på sommaren när mor kallade på dem, om det var för att äta eller att lägga sig. Dagarna gjordes långa och nätterna korta i aktiviteter på sommaren – tvärtom på vintern.

Distriktet

Korpilombolo var på den tiden en egen kommun med 4000 innevånare, ett eget provinsialläkardistrikt. Enligt dåvarande normer var det ett idealdistrikt. Ytmässigt var det en romb med 4 mil i bägge diagonaler. Tvärs igenom distriktet flöt Kalixälven med färjeförbindelse utom vintertid då det fanns en ”vinterväg” uppbyggd av stockar och farbar för bilar tills vårfloden kom.

Det nya hemmet och fritiden

En tvåvånings tegelvilla med tillbyggd enläkarmottagning (BILD). Konceptet med mottagning och bostad sammanbyggda var standard på den tiden. Alla 50-tals mottagningar var byggda enligt centrala standarddirektiv (BILD). Så var mottagningen i Gråbo också utformad. Vi fick arva tidigare läkares hembitråde, som också var mottagningsbiträde. Hon var finsktalande och tolk behövdes eftersom många, speciellt äldre kvinnor, inte var svensktalande. Hyran var låg 150:-/månad inklusive gårdskar. Man var väldigt mån om doktorerna i Norrland. De var svåra att rekrytera även om man fick räkna dubbla tjänsteår där. Vi kände oss i alla fall privilegierade. Vi var fria från sjukhusets varannandags jourpass. Vi var tillsammans igen i familjen. Jag var ju alltid i tjänst som provinsialläkare, men det kändes inte så. Det gick bra att åka till någon sjö, jock eller Kalixälven och fiska när man kände för det. Min hustru Solveig eller en anteckning på dörren talade om var jag var. Man hämtade mig om det inte gick att vänta tills jag kom åter till mottagningen, där man av Solveig släpptes in i väntrummet. Mobil telefon var förstås inte uppfunnen än.

Första sommaren, 1959 var ovanligt varm och solig. För oss sydlänningar kändes det bra med denna start. Men getingar, mygg och knott trivdes också gott. Vid baden i badsjöarna blev det ingen solning på stranden, fort av med kläderna och i plurret med näsan ovan vattenytan p.g.a. insekterna/myggen. Som tjänsteläkare, med de restriktioner som fanns, kom man sällan utanför distrikt och granndistrikt så det blev inte mycket turistande. Pajala och Överkalix var våra närmsta tätorter. Luleå, Boden och Gällivare sjukhusorterna där man träffade kollegor.

Arbetsplatsen

Distriktet som helhet var arbetsplatsen eftersom man gjorde många hembesök. Mottagningen var för de patienter där läkarväskans utrustning inte räckte till.

Mottagningen var välutrustad enl. den tidens standard.

Bild och utrustningsexempel här.

Hembesöken

Efter mottagningstid hade man 3 – 5 hembesök. Ofta var det febrande patienter eller sängliggande av olika orsaker. Hembesöken var positiva, då lärde man känna hemmiljöer och

distriktet. Nästan alla bodde utmed bilvägar och det var lätt att ta sig till patienten. Kalixälven delade av en del av distriktet med färjförbindelse. Problem att komma över var det någon vecka höst och vår då vägen inte bar och färjan inte gick. Det kunde betyda att man sista dagarna fick gå över vintervägen med älven forsade på bägge sidor. Nästa dag kanske vägen var bortspolad. Det var spännande men man kunde lita på vägförvaltningens personals omdöme.

Arbetstiden

Kontakten i övrigt med arbetsgivaren var att då och då få ett telegram som beordrade en att ta hand om ett eller flera granndistrikt, när läkarna där saknades av någon anledning. En långhelg omfattade mitt ansvarsområde tre ytterligare distrikt varav två sjukstugor. Det var 10 mil åt tre håll. Då var det bra att ha de mycket duktiga och självständiga distriktssköterskorna och barnmorskorna. De var som underläkare och tittade primärt på de flesta sjukfallen i hemmet. Ringde och fick ordinationer. Just den helgen var jag dock tvungen att åka till Pajala för att rymma ut en kvarbliven placentarest efter en förlossning.

Veckoslut (lördag från kl. 12 till måndag morgon) och helger fick vi växla jour med granndistriktet. Korpilombolo delade jour med Tärendö.

Tjänsteläkaren

Tjänsteläkaren, som provinsialläkaren var, hade alltid haft ett totalansvar för hälso- och sjukvården i sitt geografiska distrikt. På 60-talet hade idéaldistriktet 4000 innevånare.

Förutom rena patientarbetet innebar jobbet bl. a. att:

- vara smittskyddsläkare med utredningar o bekämpande av epidemier inkl. smittkoppsvaccinationer
- hygienexpert (självskriven ledamot i hälsovårdsnämnden)
- vara rättsmedicinare och socialmedicinare
- sköta skolhälsovården
- vara barn- och läkare i mödrahälsovården
- medicinskt ansvara för ålderdomshemmen
- sköta sjukhem om sådant fanns
- vara medicinsk handledare för distriktssköterska och barnmorska.

Varje årsskifte lämnade man en årsrapport till Medicinalstyret om hälso- och sjukvårdsläget i distriktet. Dessa rapporter försvann i och med att landstinget tog över provinsialläkarna 1963. Det var synd för de är nu en rik källa för forskare som vill beskriva hur hälso- och sjukvården fungerade före 1963, vilket vi exemplifierat genom utdrag ur årsrapporter på 1800-talet.

Arbetsgivaren/Medicinalstyret

Chefen satt i Stockholm - Medicinalstyrelsens representant, medicinalrådet Frostner. Hans syn på sina undersåtar kan beskrivas med följande episod.

Han skulle inviga den nya sjukstugan i Övertorneå. Förste prov. läkaren, som var stationerad i Luleå, körde honom från Morjärvs järnvägsstation. Kanske av artighet eller av toabehov stannade han upp i Korpis hos oss. Han undrade vad jag var för en filur och konstaterade att här uppe fanns ju bara alkoholister och narkomaner, vilket var Dahlin?! (En liten parentes om alkoholiserade provinsialläkare: Överheten ville avskeda en sådan men lokalbefolkningen protesterade. De tyckte att doktorn var viktig för dem även om han söp till ibland.

Lönen kom från Medicinalstyret/staten – 18.000:-/år för att vara tjänsteläkare: att finnas i distriktet utom på semestern men med möjlighet att en dag i sänder vara utanför distriktet i 24 timmar, om man ordnat med ersättare. Vad innebar det att mer vara tjänsteläkare? Att sköta patientmottagning för fastställd taxa 4:-/besök, en tia för hembesök. För arvudet skulle man hålla mottagningen ung. som en privatpraktiker, Det gällde att hålla ned kostnaderna. Det var ju tur att kommunen stod för lokalerna. Man skulle också betala ev. anställd personal. Därför blev det oftast hustrun som fick rycka in.

Socialmedicin inkl. rättsmedicin

Sjukskrivning var ett sätt att överleva i norrbotten med få arbetstillfällen förutom skogsarbete. Visst fick man slitna ryggar och leder efter hårt arbete och många förtidspensioner blev resultatet. På vägen dit var det många diskussioner mellan läkare och patient vad man egentligen klarade av - vad som var sjukvårdsbehov och vad som var försörjningsbehov. Känns det igen i nutid? Doktorn kunde på den tiden öppnare ifrågasätta sådant – med rätt eller fel – men slutresultatet blev väl oftast sjukskrivning ändå.

Provinsiälläkaren var rättsmedicinare – hade nära samarbete med polisen. Var man less på livet så avslutades det som det ofta börjat – i bastun. Antingen hängde man sig eller stoppade man en ”dynamitgubbe” i munnen och tände på. Det var bara att elda upp den bastun efteråt, som den såg ut.

Resandefamiljen

Ett exempel som täcker hela detta fält är historien om ”resandefamiljen” eller tattaren som han kallades. Han hade kommit till Lahdenpää en vinterdag med familjen och bytt till sig husrum i en litet stuga mot sitt dragspel. Minsta barnet var cirka ett halvt år. Och det var ett av flera barn. En tidig morgon kunde man inte väcka minstinget varför man gick till grannen och ringde till mig. Jag gjorde hembesök. Barnet var dött. Föräldrarna var hjälplösa. Jag var ung och oerfaren. Vad göra? Jag tänkte på mina plikter som rättsläkare. Folk skulle börja tala om ihjällegade barn och allt annat elände. Polisen kopplade jag inte in /troligen skulle jag redan då gjort det. Då hade barnet transporterats till Umeå, 50 mil för rättsobduktion. Istället beslöt jag att lösa det hela själv /dumt va!/. Jag tog barnet i mina armar med mig till mottagningen och obducerade det där under dagen. Det hade en bronchopneumoni (lunginflammation) med massa gult slem i luftrören som det väl kvävts av. Jag skrev dödsbevis och kyrkvaktmästaren hämtade barnet till prästen för fortsatt handläggning, vilket jag meddelade föräldrarna. Sedan ringde de prästen och undrade om barnet var begravt än! Makabert eller hur. Men Korpilombolo var litet av ett klondike där rutinerna var annorlunda på den tiden och ingen ifrågasatte det.

Eftermäle: Efter kontakt med prästen övertalades föräldrarna att gifta sig. Frågan efter giftermålet var. Nu kan vi vi väl få bosättningslån till att rusta upp stugan med?!

Annorlunda handläggning av sjukdomar

Några exempel:

Infarkter blev väl inte alltid sända omgående till sjukhus. De flesta blev bra hemma. Senare studier visade att långsiktigt var prognosen inte mycket bättre med sjukhusvård.

Stroke av olika genes sändes inte omgående till sjukhus. Om man överlevde första veckan var det först dags att börja tänka på sjukhusrehabilitering.

Falsk krupp och/eller epiglottit var en rysare. Vilka kunde stanna hemma, vilka måste sändas till sjukhus? Helst ville man ju inte i onödan sända småbarn och föräldrar 18 mil. Dock min erfarenhet blev att en biltur – helst en kortare – gjorde att barnens andningsbesvär lättade markant- de med ”falsk krupp”. Någon äkta krupp (difteri) upplevde jag aldrig.

Mediciner

Medicineringen var förvisso annorlunda än nu. Vår FASS var Pharmaconomia II och III från 1945 och 1955

Man var ingen riktig doktor om man inte skrev ut illasmakande magmediciner, komponerade piller och konstiga salvor. Pillerna var väl apotekarens fasa. Ibland blev de för stora och måste delas på med dubbel dosering istället. Några exempel på recept med sådan medicin:

Rec/ Infusum amarum alk. 300 Tinc. Belladonnae 10	Rec/ Sol. Atropin sulf. 0,015/300 Papav. HCl 1
---	--

Papaverin HCl	16	Magn. ox. lev.	8
Chlorbutol	2	Bism. Subcarb.	
MDS. 1 mtsk 1/2 tim före maten.		Syr. Sacchari aa	10
(mot magbesvär)		MDS. 1 dsk 4 ggr dagl. Före maten (mot magbesvär)	
Rec/		Rec/	
Gutt. Nitroglyc.	2	Extr. Bellad.	1
Papav. HCl	0,8	Pap. HCl	2
Fol. digit.	3,5	Phenemal	3
Adocardin		Kal. Jodid	10
Diuretin aa	6	Theobromin	10
Ol. Cacao	10	Coffein c. Natr. Benz.	5
Ol. Amygd.	5	Rad. Glyc.	3
M f pil. N:o C		Extr. Ad pil.	6
DS. 1 piller 3 ggr dagl 5 dagar i veckan (mot hjärtbesvär)		M f pil. N:o CC	
		DS 2 piller tre ggr dagl. (mot lungbesvär)	

Förutom digitalis så var väl de flesta mediciner mindre farliga, läs biverkningsfria. Nu är de flesta så potenta så det känns farligt att skriva ut dem för alla interaktioner och biverkningar. På den tiden var doktorn den viktigaste medicinen, resten var mest placebo. Studier har ju senare visat att tron på doktorn är/var 70% av boten. Man litade på att vara väl omhändertagen när man konsulterat doktorn! Hade han undersökt en och tröstat och man fick någon ofarlig medicin var man nöjd.

Men man var inte alltid nöjd!

Våldsam man

Till epilepsi användes bl. a. phenemal. En litet udda gubbe som var placerad på ålderdomshemmet använde enl. min åsikt litet för mycket av den varan. Jag kom i dispyt med honom om detta och han drog kniv. Som tur var gränsade läkarexpeditionen till bostaden så jag kunde snabbt dra mig ur farozonen och be hustrun springa och hämta landsfiskalen några hus bort, som kom och tog hand om farbrodern. Telefonen, den enda, var kvar på läkarexpeditionen. Några år senare läste jag i pressen att denne patient skjutit en medpensionär på hemmet. Han slutade sina dagar på mentalsjukhuset.

Mottagningsarbetet

Provinsialläkarhustrun och mottagningsbiträdet

Att vara provinsialläkarhustrun var ungefär som att vara prästfru. Hon deltog i makens arbete. Svarade i telefon när jag var på sjukresor. Assisterade när jag skulle sy eller laga en fraktur. Hon talar ännu stolt om att hon kan hålla i en suturtråd med höger och klippa av den med vänster hand. Klippte kompresser, virade tork, rengjorde kanyler och allt annat som hörde till utrustningen. Vi steriliserade utrustningen i ett värmeskåp. Hembiträdet fick jobba parallellt dagtid på mottagningen. Hon var finsktalande. Hälften av patienterna talade helst Tornedalsfinska. Småskollärare och präst måste kunna finska för att få tjänst i Tornedalen, så inte provinsialläkaren.

Patientarbetet

Anamnes, Status, Bedömning och behandling

ANAMNESEN/samtalet

hade sina sidor i Tornedalen där man talade finska. Tolk var ett därför anställt mottagningsbiträde. Journalen skrevs på A4 kort för hand. Nu skrivs de in i datorn.

STATUS/undersökningen

var lättare för med kyrkans vokabulär ”alla är vi en kropp” och den är sig lik. Doktors syn, lukt, känsel och hörsel var viktiga undersökningsinstrument. Jag hade dessutom tillgång till en röntgenkula med genomlysning. Den utrustningen togs bort i mitten på 70-talet. Laboratoriet var inte så välutrustat som numera. Tekniken fanns inte. Mikroskopet användes en del.

Socketpatienten kollades inte som nu av sig själv utan med hjälp av Alméns test, som innebar att man värmdre reagenser i provrör med Bunsenbrännare som värmekälla

BEDÖMNINGEN

En viktig aspekt på bedömningen av akutfall var att det var 20 mil till lasaretten.

Man sände inte patienter så lång väg om det inte kändes alldeles nödvändigt. Nu och här har man lättare att sända patienten vidare för konsultation (och det vill ju patienten ofta då lasarettet nu har större resurser än då). Vi kallade en tid detta fenomen för ”lappsjuka” – vad man här söderut ofta önskade av distriktsläkaren på 70-talet var en remiss/ en lapp för vård av annan. Det känns ju inte så positivt för en doktor med självaktning.

BEHANDLINGEN

Doktorn var nog den viktigaste i behandlingssituationen, att man fick ta fram sina problem och lita på att doktorn förstod dem och kanske till och med kunde ge bot för dem.

Lilla kirurgin

Min bakgrund i kirurgi från tjänstgöringar på Mölndals och Kungälv's lasarett var till nytta. Skogsarbetarna kom inte sällan med stora fula motorsågsskador, kniven satt löst på helgerna när spriten rann till, halkan resulterade i både arm och benbrott. Med hjälp av röntgenkulan, som var standard på läkarmottagningarna då, fixade jag det mesta. Jag hade också tänger och hävlar för tandutdragning. Tandläkartjänsten var vakant till en början så det blev att dra ut bissarna när de värkte för mycket. När väl tandläkaren kom så hade han en fin schäfertik, som var dräktig. Hon födde men han misstänkte att någon valp blev kvar. Då kollade vi det med hjälp av röntgenomlysning – hans tandröntgen var för liten för att han skulle fixa det själv.

Medicinfallen

Enkanalig EKG fanns och röntgenkula för genomlysning av hjärta och lungor. Diabeteskontrollerna sköttes med hjälp av urintest, Alméns prov. Det innebar att man fick samla dygnsurin och morgonurin, blanda och koka med reagens – ganska stökigt och dessutom en mycket grov test. Diabetikerna fick man sända till sjukhuset för vidare utredning och insulinbehandling. På 1960-talet kunde man börja tablettbehandla diabetes typ 2 utanför sjukhus. Tolbutamid (Rastinon) och biguanid (Fenformin) var användbara mediciner. Hjärtinfarkter och strokes var sjukhusfall då som senare. Vid stroke dock efter en viss tids observation i hemmet för att utröna prognosen. Det var 20 mil till lasretten!

Några exempel på behandlingar:

Hjärtinkompensationer och arrytmier behandlade vi med digitalis i olika beredningar. Vi förskrev piller med theofyllin och digitalis m.m. Högt blodtryck med Hypertonal (litet lugnande medel). Magbesvär, dyspepsier och magsår med olika beska blandningar och diet.

Infektioner som ansågs behöva penicillin fick detta i injektion. Penditan comp. Som också gavs av distriktssköterska på hembesök, Sic!. (Ingen avled i allergiska reaktioner!). Gonorré var ej ovanligt och diagnosticerades med hjälp av mikroskopet. Behandlingen var penicillin. Mikroskopet användes också för att räkna blodkroppar och räkna diffar. Allt detta fick doktorn göra själv då mottagningsbiträdet inte var utbildad för sådant.

Åter till Västergötland

Landstingsövertagandet av provinsialläkarna 1963 sågs många som ett hot mot möjligheten att få byta distrikt enligt de regler som gällde med tjänsteårsberäkning. Landstinget kunde ju själva få välja en av tre på förslag till tjänsten. Så kändes det också för oss som var Göteborgsorienterade. Till detta bidrog väl också att min hustru inte kände för att föda vårt fjärde barn i Norrbotten. Hon var väl rädd för att jag skulle bli inblandad i förlossningen. Trots

att vi trivdes väl i Norrbotten sökte jag 1963 några tjänster i västsverige (Horred, Grästorps och Gråbo). Jag kom på första förslag till samtliga tjänster men eftersom jag redan var bekant med Gråbo så tog jag tjänsten där. Jag hade vårvintern 1957 vikarierat både i Gråbo och i Sollebrunn. Detta bidrog väl till vårt val av nytt hem och arbetsplats. Tjänsten hade blivit ordinarie provinsialläkartjänst samma år. Vi flyttade in i läkarvillan med tillbyggd läkarmottagning hösten 1963. (BILD).

Bostaden/villan kallades Westbergska villan. Den byggdes 1939 då Tord Westberg pensionerades efter att ha varit folkskollärare och kantor i St. Lundby åren 1903 – 1939, en betrodd man i kommunen som varit kommunalnämndens ordförande från 1920-talet till 1940-talet. Ordförande i barnvårds- och hälsovårdsnämnd och fattigvårdsstyrelse. Kristidsnämndens ordförande 1939 – 1946. Då blev westbergska villan den centrala byggnad som alla måste besöka för att få sina ransoneringskort. Sina sista år bodde Tord Westberg i Borlänge där han gick ur tiden 85 år gammal. Villan användes efter flyttningen av kommunen bl. a. till skollokal och sist till läkarvilla. Den revs i samband med att Helegårdens radhusområde byggdes på 1980-talet.

Väl i selen igen fick jag reda på att den unge vikarierande läkaren efter Dr Stadling blivit mycket populär. Man hade därför gått runt med namninsamling för att få behålla honom när tjänsten utannonserades. Men medicinalstyrelsen följde meriter och tjänsteår. Jag låg väl till eftersom jag fått räkna dubbla tjänsteår i Norrbotten (p.g.a. läkarbristen). Kanske hade jag inte hamnat i Gråbo om tjänstetillsättningen skett efter landstingsövertagandet?! Men snart nog var detta glömt och vi blev väl mottagna av alla – även hon som gått runt med listan. Det var en färgstark kvinna som blev en av mina trognaste patienter ända till slutet.

Rektor Alvar Frensborg hälsade oss genast välkomna med visit och blommor liksom Ragnar Ailm, Fredagsbladets redaktör, och ordförande i den tidigare lokala sjukvårdsnämnden. Bägge blev våra vänner så länge de levde. En episod: När vi invigt villan vi byggt och flyttat in i 1969 var makarna Frensborg en av de första som provade på vår bastu (bastubad och surströmmingsfester hade vi vant oss vid i Korpilombolo) råkade fru Frensborg halka och bryta ena handleden. Det blev att ta med henne till mottagningen, röntga, dra rätt, röntga igen och gipsa. Jag kunde inte med att sända henne till kirurgen i Alingsås, som var brukligt vid frakturer ”söderöver”. Det var ju ändå jag som var vållande. Frakturen läkte fint och gav inga men.

Distriktet/Gråbo

Gråbo, tätort och järnvägsstation i Stora Lundby kommun, hade blivit extra provinsialläkar-distrikt 1956 med Lennart Stadling som läkare. Distriktet omfattade Bergum, Stora Lundby och Östad församlingar med tillsammans 4000 innevånare.

Tidigare hörde Gråbo till Sollebrunns provinsialläkar-distrikt med Gustav Sköld som provinsialläkare sedan 1938. Han skrev vid skiftet av läkare, saxat ur Fredagsbladet 12/10 1956:

”I närmare 19 år har jag haft förmånen att vara tjänsteläkare i Stora Lundby. Det har varit en utomordentligt angenäm tid tillsammans med en synnerligen präktig, snäll och trivsamt befolkning i en vacker trakt, som jag ofta berest. Tomheten känns därför stor, när jag nu lämnat Stora Lundby.”

Lennart Stadling skrev oktober 1956 om sin tjänst i Gråbo:

”Detta distrikt med 4000 innevånare är alldeles idealiskt för det ger läkaren möjlighet att ägna varje enskilt fall, stort eller litet, den tid som erfordras för effektiv behandling, utan att läkaren behöver jäkta ihjäl sig.”

Arbetsplatse och arbetet

Arbetet i Gråbo var i början i princip samma som i Korpilombolo förutom att vi slapp skriva årsrapport. Så var det till 1969 när sjukvårdsreformen kom.

Mottagningen

...Beskrivs med utrustning och bilder.

Mottagningen var i stor likhet den i Korpilombolo. Den var en tillbyggnad till en äldre villa/tjänstebostaden. Villan hade tidigare varit både skollokal och kommunalkontor.

Efter tillkomsten av den nya vårdcentralen 1978 revs mottagningen och villa. På tomten byggdes bostadslägenheter.

Även utrustningen var lik den i Korpilombolo (standard för den tiden).

Jourtjänsten

De första åren delade jag och Dr Nyman i Lerum lördags-, söndagsjouren – från lördag kl. 13 till måndag morgon kl. 8. Senare tillkom möjligheten att dela även vardagsnätterna. Det genomfördes dock inte förrän jourcentralen i Alingsås öppnade 1970. När Dr Stadling återkom till Lerum blev vi tre att dela jouren, så det kändes riktigt skönt med så mycket helgledigt. Ja ledigt blev det inte om man var hemma. Patienterna kom och knackade på och då kunde man ju inte avvisa dem. Det gjorde att vi byggde sommarhus på Orust för att kunna dra sig tillbaka ostörd.

Många nattliga problem gick att klara av per telefon eftersom man oftast kände patienten (provinsialläkaren/husläkaren) och om det var nödvändigt kunde ta hand om det hela på morgonen innan den ordinarie patientmottagningen kom igång. Andra problem som gallsten, njursten och ev. appendicit fick komma till mottagningen under natten. Det var då en fördel att ha bostaden i anslutning till mottagningen. Enstaka hembesök gjordes också nattetid till äldre och när någon avlidit i hemmet.

Befolkningen i Gråbodistriktet var ”skonsam” mot sin doktor och besvärade sällan i onödan. Lerumsborna som jag fick kontakt med på jourerna, var ibland mera aggressiva – av någon anledning, troligen var de besvikna över att inte få träffa sin mycket älskade Dr Nyman eller att de var ”inflyttningar” som inte kunde nå sin docent eller professor med privatmottagning i Göteborg. Folk från Stenkullen och Slätthult sökte ofta Gråboläkaren. De var mera lika befolkningen i Gråbo. Nu efter 40 år kan de i olika sociala sammanhang komma och berätta om sina sjukvårdsupplevelser hos ”Dr Dahlin” – nästan alltid positivt.

Skolläkare

Att vara skolläkare gav ett trevligt avbrott i vardagsarbetet. Det var regelbundna klassundersökningar i alla skolor. Första, fjärde och sjunde/niondeklasserna undersöktes. Vaccinationer gjordes. Distriktssköterskan var den som förberedde klassundersökningarna och assisterade. Så småningom fick vi skolsköterskor. Den första kom i Lerum i Knappekullaskolan, Siv Söderpalm. Efter 1969 var jag skolläkare i de flesta av Lerums skolor och i Skallsjö. Så småningom delade samtliga distriktsläkare på denna uppgift. Många nu nedlagda skolor besökte jag som Slätthults, Ryggebols, Aspens och i Stora Lundby, Östad, Stannum, Brobacka, Olofstorp.

Barn- o mödrahälsovård

Distriktssköterska jag gärna minns är syster Annie (Bauhn) och barnmorskor, Edit och Evy. Om barnhälsovården och mödrahälsovård se deras berättelser.

Vi läkare kände stort stöd i våra medarbetare. I hälsovård var de specialister – vi statistiker.

Lerum

Lerums församling var före 1944 en del av Alingsås provinsialläkardistrikt. Kommunen/församlingen blev extra prov. läk. distrikt från 1944 med Thore Nyman på tjänsten. Lerum blev ordinarie distrikt 1950. Först vid kommunsammanslagningen 1969 kom Skallsjö församling att tillhöra Lerums läkardistrikt och dess då tre läkare.

Dr Nyman pensionerades 1970. Dr Stadling kom som andre läkare till Lerum 1964 (-1969). En tredje och fjärde läkartjänst kom snart nog omkring 1970 p.g.a. den kraftiga inflyttningen i distriktet. Eftersom plats inte fanns för den fjärde läkaren (Dr Berntsson) fick man inreda en ”leasad barack” till mottagning på ”Pomona” (området som så småningom kom att bli bebyggt av gymnasieskolan i Lerum).

År 2000 hade befolkningen ökat i kommunen från cirka 13.000 år 1960 till 35.000 innevånare år 2000. Vid senare tidpunkt fanns det i Lerums kommun tre vårdcentraler (Lerum, Gråbo, Floda) med 20 läkare. I landet fanns 475 provinsialläkare år 1960. Till år 2000 hade antalet i riket 10-faldigats till 4750 distriktsläkare.

Ur Per Hembergs bok:

Om problem

”Dagens stora problem är att sjukvårdsenheterna tenderar att bli för stora med för många personer och personalkategorier engagerade kring varje patient. Många läkare betraktar sitt arbete som alla andra arbeten och är rädda att engagera sig utöver uppgjord arbetstid. Centralisering har gjort att till och med vårdcentralerna blivit stora och opersonliga med en myckenhet av personal. Särskilt på landsbygden är detta ett problem då man här har högt krav på närhet, personlighet och inte minst sekretess.”

”Samma sak gäller hemsjukvård vilket ju tidigare var det enda acceptabla sättet för att vårda en sjuk.

Om antal anställda

”Att antalet anställda inom sjukvården i Pålshöjdistriktet ökat från en person i början av 1800-talet till idag (1987) över femtio ter sig nästan obegripligt. Helt klart är att arbetstidsreducering och deltid ökar kommunikationssvårigheterna och risken för missförstånd. Rapporttiderna ökar och det blir mindre tid över för patienten liksom kontinuiteten försämras.”

Om kunskap

”Det viktigaste i verksamheten är de rent medicinska kunskaperna och säkerheten hos distriktsläkare. Först när läkaren har goda kunskaper inom sitt område kan servicen bli fullgod. När distriktsläkaren på landet har goda kunskaper inom sitt område skall han också ges goda tekniska resurser samt god service exempelvis i form av dagliga transporter för prover från mottagningen och möjlighet till nära kontakt med specialister.”

Sammanfattande

”Ett problem är att man sällan lyssnar tillräckligt lyhört på tidigare generationer för att i praktiken slippa begå samma misstag som förut.”

En kommentar

När man efter avslutad ”karriär” läser om aktuella problem i primärvården och hur man tänker sig utreda och ev. lösa dem, så känner man ofta igen samma problemställningar från 1970 och 80-talen.

Man löste dem mot den tidens verklighet inte minst med målsättningarna: Tillgänglighet, Kontinuitet och Kvalitet; som var provinsialläkarens stora tillgång för befolkningen. Kvaliteten säkrades genom ny läkarutbildning och specialiteten Allmänmedicin med företrädare på Universitetet. Mer om detta i historieboken efter 1969, av Primärvården och av Lerumsmodellen.

Det vore inte fel om nutida problemlösare tar en titt på dessa lösningar innan de bestämmer sig för hur framtiden skall utformas.

”När det förgångna inte längre kastar ljus över det kommande irrar tankarna i mörker” (citrat från en gravsten på kyrkogården i Grez sur Loing nära Fontainebleau).

Man kommer osökt att tänka på Runeberg och Fänrik Stål när man ser tillbaka på provinsialläkarens roll i samhället under de 300 år han verkade i befolkningen.

Fritt ur Fänrik Ståls sägner:

*"Till flydda tider återgår.
Min tanke än så gärna.
Mig vinkar från förflutna år.
Så mången vänlig stjärna.
Det var min höga lust att se.
Den kraftiga figuren.
Hans styva skick, hans anlete.
Hans rock, så ovant skuren..."*

*Han såg ett folk. Som kunde allt
Blott ej sin ära svika.
Han såg en här som frös och och
svalt
Och segrade tillika.."*

*Att även gubben haft sin dag
Då han var ung i världen.
Att han gått flera slag än jag
Och prövat mer på färden.
Det kom ej för min tanke då.*

*Han satt på samma plats
Som förr och samma sysla skötte
Jag såg, att re'n i stugans dörr
En missnöjd blick jag mötte.
Det var, som om han frågt därvid.
Får man ej ens till natten frid*

*Han kände varje man i bataljonen.
Till namnet icke blott, men till
personen.
Gav akt så långt han såg, på en och
var.
Och hade ord för alla som en far,*

Distriktssköterskor

Kerstin Damell, den första distriktssköterskan i Lerum

Personligt

Syster Kerstin var född 1901 i Harplinge norr om Halmstad. Hon var äldst av fyra syskon.

Kanske var det en gammal faster som var sjuksköterska på Sahlgrenska som inspirerade henne till att som barn leka sjuksköterska. Hon bestämde också tidigt att det skulle hon också bli och fick praktik från distriktssköterskemottagning i Halmstad. Hon praktiserade också i hushåll, då hon en tid fick ta omhand en avliden morbrors hem med sju barn.

Yrkeslivet har varit distriktssköterskans, först i Lerum 1931 – 1940 sedan i Floda till pensioneringen 1962 (?).

Kerstin fick själv prova på patientens roll då hon bara några månader efter starten 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.

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.

Föräldrarna sålde gården på 40-talet och flyttade till dottern som sedan 1945 hade byggt hus i Floda. Yngsta system, som var hårfrisörska, flyttade senare med och öppnade damfrisering i huset, där Syster Kerstin också hade haft sin mottagning.

Hela livet gick i ett, konstaterade hon. Efter yrkeslivet var en av hennes stora hobbies att väva. P.g.a. ålder och dålig syn flyttade till Sävegården i Floda år (?).

Syster Kerstin, som hon alltid kallades, dog (?).

Utbildningen

Hon sökte också elevplats på Sahlgrenska men blev inte antagen. Med hjälp av rekommendationer av läkaren hon praktiserat hos kom hon in på sjuksköterskeskolan i Östersund. Där gick hon tre år 1924 till 1927. Specialinriktningen var sinnessjukvård. Gick distriktssköterskeutbildningen i Stockholm och en repetitionskurs där 1945. En studieresa till Abisko var en av de stora upplevelsorna som hon gärna berättade om.

Yrkeslivet

Efter utbildningen 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, Balinge, 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 (var ?) flyttade hon från Alingsås dit år (?).

Distriktssköterskan och verksamheterna

Tjänsten som distriktssköterska ända fram till 1960-talet, var 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. Särskilt minns hon en tumörpatient, som hon på 30-talet följde på tåget till Stockholm en nyårsafton. Då passade hon på att hälsa på släkten där. En annan gång, under utbildningen i Östersund, fick hon åka tillbaka med en patient som rymt från mentalsjukhuset i Piteå.

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 ifrån 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 pastorsexpeditionen 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.

Hygienen 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-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 iordningställdes där (år?). Provinsialläkare var Dr Westman i början sedan vikarier och på slutet Dr ??.

När barnen skulle smittkoppsvaccineras före skolgången så 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.

Som en jämförelse av läkartätheten kan konstateras att 1992 fanns för 16.000 innevånare i Lerum 5 1/2 distriktsläkare, 2 underläkare (under utbildning), 2 barnläkare, 1 1/2 barnmorska, 8 distriktssköterskor samt ett antal övrig hjälppersonal! Dessutom kom konsultläkare från Alingsås Lasarett av och till.

Sjuksköterskekollegor

Hede bruk i Stenkullen hade egen sjuksköterska, Anna Lövström. 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 Lövström 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 kikhostebarn. 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 (vilka, var och hur).

Annars var det mest de vanliga "barnsjukdomarna", bland dem också de med

Källor: Intervju på Sävegården 1998-07-22 (Ella Carlsson och Bengt Dahlin).

Porträttet. Lerums Tidning 1997-07-02.

Lerums Tingshus 100 år. Kerstin Sundvall.

Artikel "Lerum får sjuksköterska", som Ella Carlsson läste ur vid intervjun Källa?

Ingeborg Nilsson, en distriktsköterska i Lerum

Personligt

Syster Ingeborg var född 12 november 1910 på Östermalm i Stockholm, men flyttade efter ett par år till Göteborg. Hemmet var i Änggården. Hon opererades för cancer av professor Westerborn på Sahlgrenska för 30, 40 år sedan och blev bra.

Utbildning

Högre folkskola och Nordenfeldts handarbetsseminarium. Hon gick ut sjuksköterskeskolan i Göteborg 1939. Det var roligt men mycket sträng. Föreståndarinnan frk Henning var väldigt sträng, vi fick bara vara ute till kl. 22. Distriktsköterskeskola 1 år i Stockholm 1940-41. Då fick hon lära det mesta om barnavård, skolhälsovård, sjukvård, ja det var tusen och en saker. Hon var bland de första som kom ut. Sedan skulle det praktiseras.

Yrkeslivet

Hon fortsatte efter utbildningen på Sahlgrenska som assistentsköterska ett år på medicinavdelning. Det var i de gamla salarna med upp till 20 patienter i varje sal. Tillsammans blev det i 3 ½ år på medicinavdelning på Sahlgrenska. Det var en rolig tid och hon upplevde aldrig någon stress. Man kunde gå i matsalen utan att man kände sig pressad att skynda på. Varför det var så kunde hon inte förklara.

Hon blev inkallad till militärtjänst, i ett halvt år under 1940, när det var som mest kritiskt för Sverige, till ett sjukhuskompani i Småland tillsammans med flera läkare och sjuksköterskor. Man upprättade en operationsavdelning i en folkhögskola.

1940 kom hon som distriktsköterska till Lerum, efter Kerstin Damell, som var sjukskriven och därefter blev distriktsköterska i Floda.

Hon kände det skönt att lämna yrkeslivet efter 40 år.

Distriktet

Tjänsten som distriktsköterska 1940 omfattade Lerums församling cirka 4000 innevånare. Innan Dr Nyman tillträdde extra provinsialläkartjänsten 194? kom en läkare, Jägerberg, från Alingsås och hade mottagning en gång i veckan. 194?

Som landstingsanställd distriktsköterska var Barnavårdscentralen. En stor del av arbetet. För sjukvården fanns också en kommunsköterska, Britt Olsson, som var stationerad på

distriktsläkarmottagningen. En annan distriktssköterska som arbetade i trakten(?) hette Bredberg, som flyttade till Kungsbacka senare. Dr Lagergren, privatpraktiserande barnläkare i Göteborg, tog emot patienter i hemmet på Lagergrens backe.

Distriktssköterskan var landstingsanställd. Centrala kansliet fanns i Vänersborg. Det var först en man som skötte det (?) sedan en kvinna (Märta Andreasson, Annie Andersson). Kontakterna var mest i form av statistik och reseräkningar, som sändes dit. Lönen kom därifrån. ”Var du någonsin nöjd med din lön? Ja, på den tiden var man det!” Den första tiden ingick bostad i löneförmånerna. Lönen är väl inte så bra ens nu för distriktssköterskan

Mottagningen

Först var mottagningen i Tingshuset. Och i en byggnad mitt emot detta, som barnmorskan hade mottagning .. Invid dåvarande brandstationen fanns två röda byggnader som byggdes på 40-talet. I en av dessa flyttade syster Ingeborg in.

Befolkningen

Befolkningen ökade allteftersom samhället växte. Man levde bra och sunt. Sill och fisk var det gott om även om en hel del var ransonerat under och efter kriget. Bostäderna och hygien i hemmen var bra. Det fanns många sommarbostäder och behov av sjukvård på somrarna.

Barnhälsovården

Det fanns många barn på BVC-mottagningarna. Barnen fick AD-vitamindroppar. Ellas äldsta dotter (nu 52 år) fick AD-vitamin av syster Ingeborg. Hon var också på hembesök hos Ella. Så småningom kom nästa distriktssköterska – Barbro Skog. Några av ”barnen”, nu 40 – 50 år gamla, kommer och hälsar på henne ibland. Man Calmettevaccinerade mot tbc på barnavårdsmottagningarna. Poliovaccineringarna på BVC kom år ??? Tripplevaccineringarna år?? Smittkoppsvaccinering gjordes av läkare vid xx års ålder.

Skolhälsovården

Tillkom som en del i distriktssköterskans arbete med klassundersökning och vaccinationer.

Sjukvården

Distriktet var som nämnts hela Lerums församling. De flesta hembesöken gjorde syster Ingeborg per cykel i sin gråa ”uniform”. Vid längre resor fick hon ta taxi.

Syster Ingridminns hembesök hos Ingrid Bergmans svärfar och hur hon fick telegram på en födelsedag från honom.

Det fanns hemsystrar, anställda av kommunen, som hjälpte familjerna i hemmet vid sjukdom och efter barnafödelse.

Några fall av tbc fanns vid Stamsjön, som behandlades i hemmet. Smittrening gjordes med formalin.

Polio gick på 1930 och 40-talen och en epidemi inträffade på 1950-talet. Ellas bror drabbades 1935, 13 år gammal, och själv fick Ella en lindrig släng av polio.

Sulfa och penicillin kom på 1940 och 50-talet. Penicillinet först som injektioner, som bara fick ges av läkare. Syster Ingrid hade god kontakt med Dr Nyman, som alltid ställde upp när hon eller patienterna behövde honom. ”Man talar om honom än. Han var uppe på nätterna på hembesök. Jag vet inte allt han gjorde.”

Hon fick ibland följa med förvirrade patienter som skulle läggas i på Restad i Vänersborg. Det var inte så många.

Hon upplevde inte att demens var så vanligt på de tiden som nu. Alzheimers sjukdom var ovanligt.

Det fanns en del udda människor som man minns. Ella kom ihåg tant Betty uppe vid Vällsjön, som bodde i sin lilla gråa stuga.

Röda Korset

Syster Ingrid och dr Nyman var med i Röda Korset, som var en viktig frivilligorganisation. Man ställde upp på olika tillställningar med sin kompetens.

Fritid, resor

Syster Ingeborg var ofta med på internationella sjuksköterskekongresser bl. a. i Tokyo, New York, Canada, Mexico, Tyskland och Frankrike. Det var intressanta resor.

Hon har också rest privat en hel del bl.a. till Kina. Där besökte hon sjukhus och fick ta del av akupunkturbehandling. Hon upplevde den österländska sjukvården som bra.

Det var intressant att träffa olika människor på resorna.

Källor: Intervju på Höjdenhemmet i Lerum 12 november 2003
(Ella Carlsson och Bengt Dahlin).

Annie Bauhn, distriktssköterska i Gråbo

Personligt

Annie Bauhn Föddes år 1920 och avled år 2001.

Utbildning

Annie gick på Birgittas sjuksköterskeskola i Linköping i tre år. Av 25 elever som började utbildningen gick 23 ut som sjuksköterskor 1944.

Kompletterade med mentalsjukvårdsutbildning 1945.

Annie gick distriktssköterskeutbildning i Stockholm ett år, 1955. Där fick hon lära sig ”en hel del lagar och en massa hygien”. Det var lärare från KI och från hälsovårdsnämnden.

Distriktssköterskan var ofta given som deltagare i hälsovårdsnämnd på landet.

1966 gick Annie en mödravårdsutbildning i Stockholm för att även kunna ha mödravårdcentralen i distrikt.

Yrkeslivet

Annie tjänstgjorde första tiden på barnvårdscentral i Mölndal. Sedan på BVC i Katrineholm i åtta år. Hon fick i början 90 kr i månaden och bostad.

Annie fick ont i knäna av allt cyklande vid hembesöken. En läkare ordinerade henne att skaffa bil till hembesöken. Körkort hade Annie. Han skrev ett intyg för att påvisa behovet för landstingsförvaltningen. I intyget angavs att: ”Syster är förbjuden att cykla i all framtid. Jag rekommenderar en bil i tjänsten”. Men det blev bakslag på ansökan. En landstingsgubbe sa: ”Kan hon inte cykla då är det bättre att sjukpensionera henne. Någon bil det ska då inte fruntimmer köra”. Annie blev både ledsen och arg och begärde tjänstledigt. Hon sökte istället en tjänst som barnmatskonsulent hos Semper. Där var Annie i två år.

Först fick hon utbildning för arbetet på Semper i Stockholm. Därefter fick hon gå en kurs hos professor Melander, näringspecialist på Vasa sjukhus i Göteborg.

Sedan började jobbet med att besöka läkare, apotek och sjuksköterskor på barnvårdscentraler i hela Sverige. Jag agiterade hårt för Sempers vällingar och bröstmjölksersättningar, som jag trodde på. En resa gick till Hudiksvall där Findus just då hade ett stort försprång före Semper.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Då hon hade hela Sverige som arbetsplats, fick hon användning av sin bil och fick bilersättning. Men det kändes ändå inte riktigt bra att: ”Resa kring som en gårdfarihandlare med hela bilen full av barnmat. Så jag bestämde mig för att söka en distriktsskötersketjänst i landstinget.” Hon var då tvungen att gå distriktssköterskekursen på ett år i Stockholm. Det kunde hon för att Semperjobbet hade varit så lönande att hon hade pengar över till studierna.

Gråbofolket och Lerumsborna (vilket Bengt höll med om). Ett exempel: Flera Lerumsbor ville inte åka till Gråbo när juren var förlagd dit: ”Syster ska veta att jag är från Aspedalen och ska verkligen inte behöva åka till Gråbo”. Svaret var att Gråboborna måste ju av och till åka till Lerum, och det går dom med på. Men det tyckte man var en helt annan sak. Gråbo var helt okänt för många Lerumsbor.

Hon avgick med pension år 1985

Barnhälsovården

Landstinget började med barnavårdcentraler 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. Barnmorskorna i Katrineholm samarbetade man inte med. De fanns på lasarettet. Deras föreståndarinna på BB avdelningen var inte utbildad barnmorska än mindre i barnhälsovård. Hon hade gått en kurs på fattigvårds- och barnavårdsförbundet. Hon varnade mammorna för barnavårdssjuksköterskan ”som var så ny och modern så hon kan inte så mycket”. Annie frågade mammorna varför de inte ville tro på henne. ”Nej, dom på BB har varnat oss för syster Annie ska komma hem.” Annie gick upp på sjukhuset och sa till föreståndarinnan att ”. Det är lite ledsamt att ni skrämmer mammorna för mig. ”Ja, men sådana nymodigheter som ni har det kan vi ju inte bara gå med på.” Vilket då?”, frågade Annie. ”Ja, bl.a. att de ska ha den där citridon i stället för modersmjölken.” Der var på den tiden då Citridon infördes istället för modersmjölk. Vi tyckte att den var bra, men hon sa alltså att den var förkastlig. ”Och jag har utbildat mig så sent som 1916 och jag tycker inte om att det ändras.” Annie svarade ”att då var jag inte född ens och saker och ting ändras faktiskt med åren!” Hon berättade inte hur det gick till då, men det var bara modersmjölken som gällde och fick barnet inte den så kunde de dö. Så småningom blev de dock goda vänner.

Barnen vägdes noggrant. Viktkurvan (visa en journal) 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 barnavårdscentralerna 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 för ”sticksyster” ute på stan. Detta gäller fortfarande tiden i Katrineholm.

Fortskaffningsmedlet på hembesöken var cykel det kunde bli ett par mil om dagen. Resorna blev kortare per besök när ett höghus skulle besökas.

Distrikten och mottagningarna:

Syster Annes första tjänst som distriktssköterska var i Hindås/Rävlanda år 1956 - 1959. Hon fick en dålig bostad i Rävlanda. Mottagningslokalerna var i en källarlokal. Hon som var före Annie hade blivit sjuk av dom. Bostaden var också dålig, ett kök och rum, men mottagningslokalerna var sämre så hon föredrog att ha mottagning hemma i köket. Efter frukosten dukade hon om till mottagning.

Folk tog hälsan och ohälsan lite mer naturligt i Rävlanda än i Katrineholm. Det blev mer sjukvård än barnavård. Det fanns många mentalsjukhusfall, som Annie fick följa till Restad. Kanske var orsaken mycket släktgiften, trodde Annie. Många ”prostatagubbar” med katetrar fick hon hjälpa med kateterbyten. Att operera äldre var inte så vanligt på den tiden. Hon hade god kontakt med provinsialläkare Furuhagen i Bollebygd, vars distrikt omfattade Rävlanda, Hällingsjö, Hindås, Bollebygd, ungefär 5.000 innevånare.

Annie flyttade snart till en bra bostad i Hindås. I Rävlanda träffade hon maken och de beslöt att 1959 flytta till Gråbo, där de först bodde i en tjänstebostad i kommunalhuset 1 rum och kokvrå. Och en liten mottagning i samma hus. Snart flyttade de över till bättre bostad och mottagningslokal i Centrumhuset., Stora Lundby kommun tillhandahöll. Efter några år där byggde de egen villa i Gråbos första egnahemsområde inte långt från mottagningen.

Den andra mottagningen låg i Centrumhusets första våningsplan i ett rum intill kommuningenjörens tjänsterum. Han och Annie hade gemensam ”besökssoffa”, en långbänk i korridoren utanför. Landstinget stod för mottagningslokalerna och dess utrustning. Men även denna mottagning var ganska spartansk.

Senare, när Gråbo centrum byggdes, flyttade Annie till nya lokaler där. Ett tredje lokalbyte blev det när Gråbo nya vårdcentral invigdes 1978. Då fick distriktssköterskorna, de hade ökat till två, och den nya barnmorskan egna fina lokaler i vårdcentralen där också de tre läkarna fick nya ändamålsenliga lokaler. Tandvården flyttade också in i vårdcentralen. Tandläkarna hade ända till detta år haft mottagning i Centrumhuset.

BVC-mottagningarna med läkarkontakt hade vi i läkarmottagningen. Till dem kom också med taxi barn från Sjövik, Björboholm och Stannum. En filialmottagning hade vi i Olofstorp och senare också i Sjövik.

Såsmåningom fick Annie biträdes hjälp av Christina (?).

Distriktet

Gråbodistriktet omfattade 4000 innevånare med tätorterna Olofstorp och Sjövik, där läkare och distriktssköterska några gånger i månaden hade mottagning för BVC och sjukvård.

Gråbo var ett extra provinsialläkardistrikt från 1954 till 1962 med Lennart Stadling som läkare. Från 1962 blev det ett ordinarie provinsialläkardistrikt som Bengt Dahlin fick genom förflyttning från provinsialläkartjänst i Korpilombolo. Läkarna var statligt anställda men distriktssköterskan landstingsanställd. Samarbetet var mycket gott med bägge läkarna, som ofta rosade Annes kunskaper och initiativförmåga.

Mödravården sköttes av barnmorska från Lerum, NN. Efter Annes mödravårdsutbildning tog hon över dessa mottagningar 1967. Barnmorskan tyckte väl att Annie inte var riktigt utbildad, men hon skulle ju inte ha hemförlossningar så det accepterades.

Patientminnen

Både i Rävlanda och Gråbo var patienter med prostatabesvär, som behandlades med kateter, vanligt. Distriktssköterskan fick sköta bytena av katetrarna 1 gång i månaden och spolning av blåsan en gång i veckan. Patienterna fick själva köpa katetrarna. Inte sällan skedde behandlingen i hemmen. En historia om detta berättade Annie: Familjen var färdiga att åka på semester, bilen var packad då står en farbroder utanför. Katetern tar han ur byxfickan och ber: ”Kan inte syster hjälpa mig innan hon åker för slangen har åkt ur”. Det var bara att hjälpa farbrodern innan semesterresan kunde påbörjas. En annan historia om en farbror som jobbade på tegelbruket i Bollebygd, som hade en dotter som var mentalt skadad. Annie hade en speciell gryta som hon kokade katetrarna i hemmen och ibland lånade ut för detta. Annie ställde av grytan i hemmet med uppmaning till farbrodern att se till att inte dottern använde den. När Annie kom nästa gång bad hon att få tillbaka grytan, men den fanns inte. Anna var är grytan? ”Grytan, den är min bästa soppegryta”. Men var är slangen som var i. ”Vet jag inte” sa hon.

Ett original minns hon, som bodde i Öjaredstrakten på andra sidan Öjaredsviken. En ganska lång resväg varje vecka genom Stenkullen och Floda. Gråbodistriktet omfattade även Öjareds säteris områden. En rörande historia: Det var också en tacksam prostatafarbror. Han hade en brödkaka hängande på väggen. Annie bad att få känna på den. ”Är det en riktig brödkaka farbror har på väggen” Ja, det är det, det var den sista mor bakade och då sa hon att ho skulle inte lämna

mig brölös”. Jag saknade mina glasögon. Efter fjorton dagar var jag hos honom igen och frågade om det var där jag glömt glasögonen. ”Ja, jag har använt dom hela tiden och dom är så bra så jag undrar var syster har köpt dem”.

Om Leakalle: Han bodde i Ledet inom Östad Säteris domäner. Arbetarna på godset fick arbeta hårt och hade dåliga bostäder i ”statarlängor”. Annie besökte honom som hon ofta gjorde med ensamma människor. Han såg dålig ut så jag föreslog honom att få ta hem doktorn. Vikarie var då Dr Starmark, som följde med mig hem till honom. Han undersökte honom. Leakalle hade arbetat barfota i jorden och hade stora jordkulor mellan tårna, som doktorn pillade bort. Det gjorde ännu gott de”, sa Kalle. Han hade tecken på hjärtsvikt och det ordnades en tid på mottagningen för honom. Så kom han då dit och hjärtfel konstaterades med EKG. Han fick medicin och Annie fick åka hem och se till att han tog sin medicin på rätt sätt. Han tyckte väl att han inte behövde ta tablettor varje dag utan lite när han ville. Annie uppmanade honom att sköta medicineringen bättre och noga, vilket han lovade. Det gjorde han nog också för han cyklade omkring i många år till på den cykel han själv tillverkat.

Han hade, som sagt, väldigt stora fötter och sydde sina skor själv. Han sydde också sina kläder själv. ”Hur gör Kalle när han syr sin kostym”. ”Jo, jag köper ett tygstycke. Så lägger jag mig på det på golvet å så ritar jag lite som jag tycker det ska va.” Till och med knapparna hade han gjort själv. Han hade slätt fyra hål i dom. ”Jo, nu ser jag lite dåligt så jag har svårt att trä nåla”. ”Då ska jag skaffa en nålträdare till farbror så det går lättare”. Och det gjorde jag och gav honom. Senare frågade jag honom hur det gick. ”Ja, sa han det var väl inget fel men det var ju höl i den också. Jag visste inte riktigt hur jag skulle sticka i den”.

På Öjareds säteri hade de också tjänstebostäder i dålig kondition. Annie berättade om ett besök där hos en nybliven ung mamma vars sambo, pappan till barnet, arbetade med anläggning av den då nya golfbanan. Deras tjänstebostad var en enrummare i uselt skick med dåliga golv. I köket en kokplatta på en skranklig pall, en spann för vatten och en slaskhink. Annie talade med provinsialläkaren, som var Bengt Dahlin, som kopplade in barnavårdsnämnden och man åkte dit gemensamt. Dahlin konstaterade att: ”Det är ju bedrövligt, så här får det bara inte vara. Vi kan ju inte bara låta en spädbarnsfamilj bo på det här sättet. Det måste göras något åt bostaden”. Barnavårdsnämndens ordförande, Zachrisson från Björsared, sa då att: ”Nä., nä vi kan inte, de är. är godsägare Adelskjölds, vi kan inte sätta oss upp, begära att han ska bygga en ny bostad för det här inte”. Dahlin: ”Ja jag skiter i vad han är och heter. Det ska bli en ny bostad och därmed jämt”. Någon ny bostad blev troligen inte utan familjen fick flytta. Man stod med mössan i hand och bockade för godsägarna från statare till myndighetspersoner t.o.m. inpå 60-talet. Men det ändrades så småningom när kommunerna växte och fackfolk anställdes i nämnderna.

En annan episod berättade Bengt från samma gods, ett smittskyddsärende: Det dök plötsligt upp epidemisk gulsot bland de anställda. Vid inspektion konstaterades bedrövliga hygieniska förhållanden, avloppsvatten rann litet hur som helst både från hus och lafugårdar. Länsläkaren kopplades in. Föreläggande gjordes om förbättrade slutna avloppsledningar (enl. hälsovårdsstadgan) och att se till att inte dricksvattenbrunnarna förorenades från avträden och stallar. Man blev genom sådana ingrepp som hälso- och sjukvårdspersonal inte värst populär i de kretsarna, om man nu någonsin varit det. De flesta s.k. ”finare folk” sökte privatläkare i Göteborg, vilket de noga berättade när de blev sjuka på obekvämtid och var tvungna att söka provinsialläkaren.

Beredskapsminnen

Annie blev inkallad till militärtjänst 1944 på hösten samma år som hon blivit färdig med sjuksköterskeutbildningen. Inkallelsen kom per telefon en natt: ”Ni ska skyndsammast inställa er i Linköping”. Annie tog tåget dit och efter en kort utbildning fick hon åka till T3 i Sollefteå. Där utrustade man ett fältsjukhus. ”Vi var 15 sjuksköterskor, 10 läkare och 400 mannar. Tågresan med allt detta gick sakta via Morjärv till finska gränsen. Där var jag två månader”. Annie fick tio man under sig och skulle fungera som bl.a. barnmorska, vilket hon påpekade att hon inte var utbildad till. ”Ni ska lära er att lyda order. Det är en order”. Annie fick med hjälp av mannarna inreda en manskapsbarack till en läkare men han sa: Det behövs inte. Det går bra ändå. Dom föder som kaniner utan problem. Och det gick bra. Friska och fina barn föddes. En

av mödrarna skulle föda sitt fjortonde barn. där. Min assistent var mjölnare och han som skötte tvätten var brevbärare. Det blev mycket tvätt och den stackars brevbäraren fick stå och tvätta hela dagarna. Några mammor, som hade dåligt med mjölk, fick jag lära att laga barnmat. Avkok på havre och kokt mjölk. Annie kunde inte finska och fick kommunicera via tolk. Hon frågade vad mammorna sa. Svar: ”Kiitos – tack”. Någon sa ”Kiitos Joumala”. Tack Gud för att jag fick en son. Hennes äldste son hade stupat i kriget. Senare fick man flytta till en skola och upprätta en upptagningsplats för flyktingar och krigsskadade. Annie fick också gå med över gränsen för att ge första hjälpen till krigsskadade. Det var både finnar och tyskar bland de skadade. Annie lärde sig väldigt mycket under beredskapen, tyckte hon. Detta gjorde kanske också att hon senare sökte mödravårdskursen för distriktssköterskor. Där fordrades att man förlöst minst fem för godkänt. Det hade ju Annie gjort tidigare utan att gå kurs! Bengt: ”Under kursen obstetrik var vi som läkarkandidater på 60-talet tvungna att under barnmorskas överinseende förlösa 20 mammor”.

Avslutning

Samtalet avslutades med funderingar kring gamla källor som Fredagsbladet och att det var svårt att finna foton från arbetslivet den tiden. Berit Johansson efterträdde Annie som distriktssköterska i Gråbo. Hon vidareutbildade sig till vårdlärare och fungerade som sådan i Borås.

Källor:

Intervju i hemmet i Kinna i juli år 2000 (Bengt Dahlin). Bengt och Annie hade ”gamla” gemensamma minnen från 1960-talets hälso- och sjukvård.

Aina Nord/Ahlsén

Intervju 2005-01-24 med Karl-Erik Ahlsén, ett av Ainas tre barn.

Aina föddes 1906 och dog 1975.

Aina utbildades på Sahlgrenska sjukhuset. Blev efter utbildningen privatsjuksköterska hos ”fint folk” i Säffle. Arbetade ett tag på Lillhagens sjukhus. Kom till Lerum i början av 1930-talet. Fick arbete på Hedefors bruk som företagssköterska, där hon också bodde. Träffade Karl-Eriks far i slutet på 1930-talet. Bodde ett tag på Tingshuset. Fick anställning på 40-talet hos Dr Nyman. Vikarierade för mottagningsköterskan, Britt Holmberg, som hade lägenhet i samma hus som mottagningen (ett av två röda längor vid dåvarande brandstation centralt i Lerum). Hade också deltidstjänst på ålderdomshemmet, Gamlebo i Lerum (nuvarande Odd Fellow gården). Aina vikarierade också som distriktssköterska för Syster Ingeborg.

Barnmorskan

Evy Johansson, barnmorska

skrivet år 1988 och åter nedtecknat i oktober 2004 av Evy själv.

Persondata

Född år:

Utbildning:

Barnmorska 1953 - 1994

Tjugosex år har gått (år ??) sedan jag blev tillfrågad om jag kunde ta ett halvt års vikariat i Surte distrikt. Jag hade då en tjänst som barnmorska på förlossningsavdelningen på KK II i Göteborg. Det var ett lätt beslut, att tacka ja till arbete i öppen vård. Jag hade varit åtta år på KK II med en krävande tjänstgöring. Varje arbetspass var 12 timmar dag och natt och flera dagar eller nätter i följd. Jag hade haft vikariat på BB-avdelning, gynekologavdelning, prematuravdelning samt genomgått en av de första utbildningarna i mödraundervisning. Denna kurs var förlagd till Stenungsbaden och leddes av Nanna Ringdahl, sjukgymnast och barnmorska från Stockholm. Jag hade också provat på öppen vård år 1959. Jag fick då frågan från Socialstyrelsen om jag ville och kunde hjälpa till ett halvt år i Vittangi distrikt. Jag fick tjänstledigt från KK II.

I Vittangi distrikt var man distriktsbarnmorska med förvård, förlossningar på sjukstugan med åtta vårdplatser, eftervård och hembesök. Det kom avlösning två dygn per månad från grann-distriktet. Vid komplikation fanns provinsialläkare tillgänglig om han ej var på sjukresa till lapplägren. Närmaste sjukhus var Kiruna, cirka 11 mil bort. Tillgång till helikopter fanns. Förvården innebar att jag hade mottagning i Vittangi by samt i grannbyarna och hembesök. Avståndet till byarna var cirka 5,5 mil. Glada, fina minnen från Vittangitiden.

När jag ser tillbaka på de åtta åren på KK II är det de svåra komplikationerna jag minns med toxicoser, eklampsi, trånga bäcken och oförberedda barnafödorskor som genomled sin förlossning skrikande, tillväxthämmade barn med cp-skador; förlossningar som slutade med dött barn, där varken mor eller far togs omhand med samtal och där de absolut ej fick se sitt döda barn; långa förlossningar som avslutades med tång eller sugklocka.

Allt detta berodde på dålig eller ingen förvård samt att det ej fanns tid för öppenvårdsbarnmorskan att uppsöka alla gravida samt att hon även hade hemförlossningar och ej ordnade mottagning eller mottagningstider på grund av stora distrikt och dålig information till allmänheten att barnmorska fanns och varför de skulle uppsöka henne under graviditeten.

Påtryckning från kollegor i Lerums kommun: ”Varför skall du arbeta i Göteborg när du bor här och behövs så väl” gjorde att det var lätt att fatta beslut. Efter vikariatet i Surte, blev det Alingsås BB fram till hösten 1963 då jag fick ordinarie tjänst i Lerums kommun, Lerum – Floda – Gråbo. Förvården var ganska bra etablerad här med mottagning intill provinsialläkarmottagningen och tillsammans med distriktssköterskan. Mottagningstiderna var kända hos allmänheten men barnmorskan hade då viss inställelseplikt på förlossningsavdelningen på Alingsås lasarett och Borås lasarett. Detta utnyttjades maximalt. Det förekom också hemförlossningar, vilket gjorde att patienterna ej alltid träffade barnmorskan när de kom till mottagningen. Mitt krav var att detta ändrades på om jag skulle acceptera tjänsten. Det gick igenom och inställelseplikten på förlossningsavdelning försvann men hemförlossningarna fortsatte ett par år till.

Jag startade genast förberedelse inför förlossning för blivande mödrar, då kallad mödragymnastik, samt studiebesök på Alingsås BB. Lokal för mödragymnastiken var barnvagnsgaraget under våra mottagningslokaler i det som sedan blev socialkontor. Jag gjorde hembesök så snart jag fick veta om graviditeten. Oftast fick jag veta det genom distriktssköterskan men också av den blivande mamman per telefon i bostaden. Jag hade en bestämd telefontid varje dag.

Regelbundna graviditetskontroller blev ganska snart ett krav från blivande mödrar och då var det dags för tidsbeställning för att ej få för långa väntetider på mottagningen. Graviditetstester var det stora problemet. Urin sändes per post till ett laboratorium på Guldheden i Göteborg och efter två veckor kom svaret. Det var marsvin eller möss som urinen sprutades in i, därefter avlivades de för att man skulle se på ovariereaktionen. Dessa två veckor var mycket jobbiga, särskilt för de som skulle ansöka om abort. Läkarbesöken för gravida gjordes hos provinsialläkaren (dr Nyman?) med mottagning en gång i månaden. När jag började i Lerum fanns ej gynekologstol men sådan inköptes efter ett par år. Varje gravid kunde då bli gynekologundersökt. Bäckensmätningen blev lättare och vid tveksamma undersökningsresultat gjordes en bäckenröntgen, Patienten remitterades till röntgenavdelningen i Alingsås.

Arbetet var omväxlande med mottagning, hembesök, mödragymnastik med förlossningsförberedelse och hemförlossningar. Telefonrådgivning hade jag på hemtelefonen och patienterna fick ringa när som helst på dygnet. Nyss hemkommen från BB ringde de och ville ha råd och stöd samt hjälp med amning och urpumpning av bröstet. På nätterna ringde de som ville ha sällskap in till förlossningsavdelningen i Alingsås eller Borås. Telefon vid sängen och kläder lätt tillgängliga och snabbt iväg för en taxi eller ambulanstransport till förlossningsavdelningen.

Fortbildning och barnmorskesammankomster fanns ej på 60-talet men byggdes upp undan för undan med barnmorskeförbundets och kvinnoklinikernas hjälp. Det är nu sedan år tillbaka välbesökta och innehållsrika studiedagar där man får ökad kunskap och kontakt med kollegor

och klinikpersonal. Studiedagarna anordnades av mödrahälsoöverläkaren vid Borås lasarett och KK Östra i Göteborg.

Ultraljudsundersökning för gravida fanns ej de första åren. Man fick palpera livmoderns storlek med handen på patientens mage och så småningom höra hjärtljud från barnet med trätetoskop. Med andra ord blivande mamman var ofta ej säker på att hon var gravid förrän hon kände fosterrörelser. I dag lyssnar vi på fosterhjärtat med en doppler i cirka 14:e till 15:e graviditetsveckan och då kan hela familjen höra hjärtljuden från den nya familjemedlemmen i livmodern. Därefter får de ultraljudsundersökning i cirka 16:e veckan av graviditeten. Då ser familjen barnet på en bildskärm och får information om vad de ser samt ett fotografi. Det är oftast en barnmorska som gör ultraljudsundersökningen.

Graviditetstestet idag är enkelt. Den nyfikna, förväntansfulla eller oroliga kvinnan kommer med morgonurin och får inom tre minuter veta om hon är gravid eller ej och får då samtidigt samtal. Är hon gravid får hon veta beräknat förlossningsdatum och planering för graviditeten. Vid abortönskan samtal och planering för gynekologbesök på kvinnokliniken.

Föräldrautbildningen har fungerat bra genom åren och sedan några år tillbaka deltar också den blivande pappan. Han som tidigare var helt förbjuden på förlossningsavdelningen och som fick se sitt barn genom en glasruta på vårdavdelningen är nu den som har en stor stödjande uppgift under graviditeten, förlossningen och BB-tiden. När familjen är samlad efter utskrivning från KK kan han få vara hemma från arbetet 10 dagar för att hjälpa och stödja sin hustru.

Nyblivna föräldrar är ofta ensamma. De bor långt från sin släkt och kan därför ej få stöd och råd. Därför är föräldragrupper nödvändiga under graviditeten och småbarnstiden. Där knyts också kontakter mellan mammorna för kanske många år framåt.

En av barnmorskans arbetsuppgifter sedan 20 år tillbaka är att ta cytologprov på kvinnor i viss åldersgrupp per år. Kvinnorna ibjuds per brev som en sekreterare på kvinnokliniken sänder ut. Dessa besök ger ju kvinnan tillfälle att diskutera problem och få råd i samlevnads- och preventivmedelsfrågor.

I samband med att denna verksamhet startade ordnade arbetsgivaren telefon på mottagningen och hemtelefonen fick inte användas som tjänstetelefon. Samtal från patienter kvällar och nätter försvann så småningom.

Mödravården i Floda och Gråbo lades in i distriktssköterskans arbete några år.

Barnmorskans nästa uppgift, några år senare, då kvinnans rätt till abort lagfästes, var preventivmedelsrådgivning. Socialstyrelsen ansåg att barnmorskan var den lämpligaste att ta hand om den uppgiften eftersom hon haft kvinnan vid cytologprovundersökningen och var van att samtala och undersöka kvinnorna. Alla intresserade barnmorskor fick utbildning och förskrivningsrätt för preventivmedel. Jag deltog i den första kursen som anordnades i Göteborg. Lerum var en av de första kommuner där kvinnor, män och ungdomar kunde få rådgivning för att undvika graviditet och abort genom att lämpligt preventivmedel provades ut eller förskrevs.

I samband därmed blev det mer aktuellt att barnmorskan hade en gynekolog som stöd och rådgivare i frågor som barnmorskan har svårighet att ta ställning till. Gynekolog Björn Gillbrand från Borås KK var vår trygghet i Lerums kommun. Han var vår mödra- och hälsovårdsöverläkare och kom till Lerums mödravård en gång i månaden för att undersöka och samtala med gravida kvinnor om det varit en komplicerad graviditet och förlossning tidigare eller någon frågeställning eller komplikation vid den aktuella graviditeten. I samband med dessa mottagningar kunde övriga frågor som preventivmedelsbarnmorskan hade tas upp.

De graviditeter som var komplikationsfria sköttes som tidigare av distriktsläkare fram till 1975 då vi fick Borås KK:s pensionerade överläkare, dr Rydén, som kom till oss en gång i veckan och tog hand om läkarbesöken av normala graviditeter och de preventivmedelspatienter som behövde få någon speciell frågeställning besvarad. Han var mycket omtyckt. Dr Rydén slutade hos oss 1985 och dr Gallon (distriktsläkare i Lerum) övertog hans arbete hos oss. I samband med att Lerums kommuns kvinnor fick fölösas på KK Ö i Göteborg och ej behövde åka till Borås övertog KK Ö läkarbesöken som Björn Gillbrand tidigare haft men han hade kvar rådgivning vid komplicerade preventivpatienter och ansvaret för barnmorskans arbete.

De första åren förlöstes Lerums kommuns kvinnor på Alingsås BB eller Borås KK men år 1975 gjordes ett ekonomiskt och praktiskt avtal om att förlossningar, graviditetsövervakning vid komplikationer samt ultraljudsundersökningar fick göras på KK Ö i Göteborg och så är det fortfarande och fungerar bra.

Antalet barnmorskor ökade successivt i förhållande till patientökning liksom undersköterskehjälp.

Sammanfattning

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.

Idag är arbetsuppgifterna att:

- förbereda det gravida paret inför förlossningen och föräldraskapet genom undervisning, individuellt vid mottagningsbesök och i grupp, hälsokontroll av graviditet och kvinnan själv och studiebesök på KK;
- genom graviditetstest konstatera graviditet och då avtala tid för det gravida paret för inskrivning på MVC;
- svara på frågor, ge råd, planera för läkarbesök, ultraljud, föräldraförberedelse;
- genomföra vanliga barnmorskekontroller;
- ha preventivmedelsmottagningar där kvinnor och män får komma för samtal, rådgivning och utprovning alternativt förskrivning av lämpligt preventivmedel;
- ge information till dem som önskar sterilisera sig;
- vid cytologmottagning ge kvinnorna upplysning om provtagnings syfte och resultat och om självundersökning av bröstet samt hälsoupplösning och vart de kan vända sig vid ohälsa och problem;
- ge hälsoupplösning till skolelever i årskurs åtta. Studiebesök och information om barnmorskans arbete, ge preventivmedelsupplysning. Uppmana dem att uppsöka ungdomsmottagningen vid problem;
- även ge aidsrådgivning till årsklass nio;
- vid infektionssjukdomar aktivt medverka med information och hälsoupplösning, t. ex. aids, clamydia, condylom, gonorrhé;
- delta i studiedagar och kurser för att hålla kunskaperna levande och få ta del av nya rön och behandlingsformer;
- ha god kontakt med personal på de kliniker våra patienter kommer till;
- ha kontakt med kollegor för utbyte av erfarenheter som är till nytta för verksamheten.

Denna berättelse och redovisning skrevs år 1988. Detta år hade jag varit barnmorska i 35 år och jag har i stora drag berättat om utvecklingen under dessa år. Det är fantastiskt att ha fått arbeta inom detta yrke under dessa år då det varit en så stor förändring för blivande föräldrar, barnaföderskor, barn och ungdomar.

Från 1988 – 1994 (då jag gick i pension) blev kraven från allmänheten och blivande föräldrar stort och trycket stort på mödravårdspersonal för att med tanke på de resurser som de såg att förlossningskliniker har och att det gavs 100% säkerhet att allt skulle gå bra med förlossning och barn samt vara smärtfritt.

Viktigt för barnmorskans arbete och verksamhetens resurser var den regelbundna utbildningen med kursdagar, sammankomster, vårdcentralmöten anordnade av arbetsgivaren och läkemedelsföretag samt av mödrahälsoöverläkaren.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PROJEKTET	2
SAMMANFATTNING	3
ASKLEPIOSSTAVEN OCH ASKLEPIOSEDEN	7
MEDICINHISTORIA I MITTENÄLVSBERG FRAM TILL 1969	8
PROLOG	8
ALLMÄN BAKGRUND	9
PROVINSIALLÄKARORGANISATIONEN BYGGS UPP	12
HUR DET BÖRjade	12
PROVINSIALLÄKARENS BEHÖRIGHET	13
PROVINSIALLÄKARINSTRUKTIONER	14
<i>Provinsiälläkarjournal</i>	20
FÖREBYGGANDE AV OHÄLSA	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.
PROVINSIALLÄKARTJÄNSTERNA FRAM TILL 1900	23
OLIKA LÄKARKATEGORIER I ÖPPEN VÅRD.....	23
PROVINSIALLÄKARNAS ÅRSRAPPORTER.....	25
PROVINSIALLÄKARENS SKYLDIGHETER	27
LÄKARDISTRIKTENS OMFATTNING	30
LÄKARTÄTHET 1840 – 1920	31
<i>Om utländska läkares kompetens</i>	32
PROVINSIALLÄKARENS HUVUDMÄN.....	32
PROVINSIALLÄKARENS ARBETSVILLKOR 1800 - 1920.....	34
<i>Provinsiälläkarnas ekonomi och arbetsförhållanden</i>	34
SUNDHETSINSPEKTÖRER – FÖRSTE PROVINSIALLÄKARE	35
BARNMORSKOR OCH SJUKSKÖTERS KOR	36
BARNMORSKOR.....	36
Utveckling av barnmorskeväsendet i Älvsborgslandstinget.....	39
SJUKSKÖTERS KOR	41
<i>Sjuksköterskan utbildas</i>	42
Röda korsets skola i Göteborg.	43
<i>Sjuksköterskekåren växte</i>	44
SJUKDOMARS NATUR OCH BEHANDLING	47
SJUKDOMSUPPFATTNING/SJUKDOMSLÄRA	47
SJUKDOMSBESKRIVNINGAR PÅ 1700-TALET OCH BÖRJAN PÅ 1800-TALET	49
<i>Läkemedel och dess användning på 1800-talet</i>	56
<i>Nya behandlingsmetoder</i>	57
<i>Att söka bot vid slutet av 1800-talet</i>	57
KVACKSALVERI, KLOKA GUBBAR OCH GUMMOR	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.
Kampen mot kvacksalveriet	Fel! Bokmärket är inte definierat.
<i>"Kvacksalveriets" två ansikten</i>	<i>Fel! Bokmärket är inte definierat.</i>
MENTALVÅRDENS TIDIGASTE HISTORIA.....	60
<i>Mentalvården före 1800</i>	60
<i>Mentalvården efter 1800</i>	60
<i>En metodik i början på 1900-talet</i>	61
FARSOTER – EPIDEMISKA SJUKDOMAR	62
EPIDEMIBEKÄMPNING – EPIDEMISJUKHUS	62
<i>Pesten</i>	64
<i>Lepra</i>	65
<i>Malaria - frossan</i>	66
<i>Smittkoppor</i>	66

<i>Dysenteri</i>	74
<i>Koleran</i>	76
Råd mot kolera i mitten på 1800-talet	80
<i>Tyfus (nervfeber)</i>	82
<i>Tuberkulos (TBC, lungshot)</i>	84
<i>Lues/syfilis, Lues venera. Testicul. Venereus, Chanker. Ulcus uvulae</i>	86
<i>Könsjukdomar i Älvsborgs län 1921 – 1927</i>	87
”BARNSJUKDOMAR”	87
Difteri	88
Scharlakansfeber, Skarlatina	88
Mässling	89
BÖRJAN TILL FÖRBÄTTRAD FOLKHÄLSA	93
BEFOLKNINGSSTATISTIK, FOLKÖKNING OCH JORDREFORMER.....	93
<i>Utvecklingen i Stockholm och Östsvrige – Göteborg och Västsverige</i>	94
KOMMUNER OCH LANDSTING	95
STORA LUNDBY/LERUM – TVÅ EXEMPEL	96
MENTALVÅRDEN UTVECKLAS	98
SJUKHUSEN OCH ANNAN SLUTEN VÅRD	101
SJUKHUSEN I ÄLVSBOGERS LÄN.....	102
<i>Borås lasarett</i>	102
<i>Vänersborgs lasarett</i>	102
<i>Alingsås lasarett</i>	103
<i>Institutioner för mentalvård i västsverige</i>	103
INDUSTRIALISERING OCH EKONOMISK TILLVÄXT I SVERIGE	105
INDUSTRIER I ALINGSÅS OCH SÄVEÅNS DALGÅNG	106
<i>Alingsås</i>	107
<i>Hedefors bruk</i>	108
<i>Nääs fabriker</i>	108
<i>Britanniafabriken</i>	109
SAMMANFATTNING AV TIDEN FRAM TILL 1920	113
PERIODEN 1920-1960 FOLKHEM OCH FOLKHÄLSA	114
EKONOMISK TILLVÄXT	114
ÖVERFÖRINGSVINSTER.....	115
TIDIG INDUSTRIALISERING OCH BRUKSSAMHÄLLEN	115
NYA INDUSTRIGRENAR.....	116
SOCIALSVERIGE VÄXER FRAM.....	116
AXEL HÖJER – EN RADIKAL REFORMIVRARE.....	118
<i>Den Höjerska utredningen 1948</i>	119
SJUKDOMAR OCH SJUKVÅRD – ÅLDERDOM OCH ÅLDRINGSVÅRD.....	122
<i>Medicinsk och hygienisk folkupplysning</i>	123
SOCIALA AMBITIONER OCH EKONOMISKA REALITETER	124
PRIVATA OCH FRIVILLIGA INSATSER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	125
En hälsorörelses skapare – Are Waerland	127
Samarbetskommittén för det medicinska folkupplysningsarbetet bildas 1939	128
FOLKHEMMET	128
REFORMER TROTS ALLT	129
NYTT SJUKDOMSPANORAMA	130
<i>Tuberkulosen</i>	130
<i>Könssjukdomar –, gonorrhé</i>	132
<i>Influenza</i>	132
<i>Polio</i>	133

<i>Kikhosta</i>	134
SLUTENVÅRD OCH KONVALESCENTHEM	135
<i>Alingsås lasarett</i>	135
<i>Mentalvård i Floda</i>	135
<i>Skogsgården i Västra Bodarne</i>	136
LÄKARTÄTHETEN 1920 – 1960	137
Antal läkare i riket 1920 – 1960	137
BARNMORSKEVÄSENDET 1920 – 1960	138
Varpå beror det minskade antalet barnmorskor?	138
Abortförebyggande verksamhet	139
DISTRIKTSKÖTERS KORNA 1920 - 1960	140
<i>Sköterskedistriktet i Lerum</i>	141
<i>Kerstin Damell/Davidsson, den första distriktssköterskan i Lerum</i>	142
FÖREBYGGANDE MÖDRA- OCH BARNHÄLSOVÅRD	144
Utbyggnad av mödra- och barnvården	144
SUMMERING AV PERIODEN 1920 – 1960	146
1960-TALET – PRIMÄRVÅRDEN FÖRBEREDS	148
SAMHÄLLSUTVECKLINGEN – 1960-TALET	148
SJUKVÅRDSPOLITIKEN OCH NYTT HUVUDMANNASKAP	149
LÄKARTÄTHETEN 1950-1970	150
Antal läkare i riket 1950 – 1970	150
LÄKARNA I LERUM PÅ 1950 OCH 60-TALEN	151
<i>Tore Nyman, Lerums förste provinsialläkare</i>	151
<i>Stadling, Gråbos förste provinsialläkare</i>	152
<i>Bengt Dahlin, Gråbos andre provinsialläkare</i>	153
<i>Tjänsteläkaren</i>	155
<i>En vikarie minns sommaren 1967</i>	157
PROVINSIALLÄKARFÖRENINGEN	159
<i>Provinsialläkarfonden</i>	160
SOCIALSTYRELSENS ÖPPENVÅRDSVISION. PRIMÄRVÅRDSBEGREPPET	161
NY SJUKVÅRDSLÄG OCH STADGA	161
LANDSTINGETS BYGGER UT PROVINSIALLÄKARVÄSENDET	163
<i>Läkardistrikt och prov. läk. i Älvsborgs län 1 juli 1963</i>	163
FRÅN ENLÄKARSTATIONER TILL VÅRDCENTRAL	164
NYA ARBETSVILLKOR FÖR LÄKARNA	165
SJU-KRONORSREFORMEN	166
<i>Vad betydde sju-kronorsreformen för sjukvården?</i>	166
SUMMERING AV 1960-TALET	167
APOTEKSVÄSENDET	168
APOTEKARSOCIETETEN	168
DE TIDIGA APOTEKEN	169
<i>De tidigaste apoteken i Göteborg</i>	170
<i>Apoteket Strutsen i Göteborg blev Kronans droghandel</i>	171
Apoteksvisitation 1897	171
<i>Sockenapotek, apoteksfilialer och medicinlådor</i>	173
<i>Apoteket i Alingsås</i>	174
<i>Apoteket i Lerum</i>	177
<i>Apoteksvisitationer</i>	178

APOTEKSINSTRUKTIONER OCH FARMAKOPÉER	181
EPILOG	183
TABELLBILAGA	184
TABELL NR 1. UTVECKLINGEN AV DET SVENSKA TJÄNSTELÄKARSYSTEMET	184
<i>Sammanställning av vissa läkartjänster i öppen vård under olika tider</i>	<i>184</i>
TABELL NR 2. INFEKTIONSSJUKDOMAR	185
<i>Infektionssjukdomar i Älvsborgs län 1896 – 1920</i>	<i>185</i>
TABELL NR 3. INFEKTIONSSJUKDOMAR	186
<i>Infektionssjukdomar i Älvsborgs län 1920 – 1927</i>	<i>186</i>
<i>Tabell 4 a. Dödlighetsförhållanden i Älvsborgs län per 1000 innev. 1897 - 1920</i>	<i>187</i>
<i>Tabell 4 b. Dödlighetsförhållanden i Älvsborgs län</i>	<i>188</i>
<i>Personalutveckling – läkare och sjuksköterskor 1940 - 1970</i>	<i>188</i>
TABELL NR 5. BEFOLKNING I OLIKA PROVINSIALLÄKARDISTRIKT 1897 - 1960	189
DIAGRAM	190
DIAGRAM NR 1. GONORRÉN 1950 - 1970	190
REFERENSER DEL I	191
<i>Utredningar</i>	<i>191</i>
<i>Statistik</i>	<i>191</i>
<i>Officiella skrifter</i>	<i>191</i>
<i>Hemsidor/databaser</i>	<i>191</i>
<i>Litteratur</i>	<i>191</i>
<i>Tidningar och tidskrifter</i>	<i>193</i>
<i>Intervjuer, personliga dokument, föreläsningar</i>	<i>194</i>
FÖRFATTARNA	195
JAN KUUSE	195
DAHLIN BENGT R	195
MEDICINALPERSONAL	197
LÄKARE	197
<i>Alingsås läkardistrikt 1834 – 1969</i>	<i>197</i>
<i>Herrljunga läkardistrikt</i>	<i>197</i>
<i>Vårgårda läkardistrikt</i>	<i>197</i>
<i>Bjerke/ Sollebrunns läkardistrikt</i>	<i>198</i>
<i>Gråbo läkardistrikt (ingick i Lerums läkardistrikt efter 1970)</i>	<i>198</i>
<i>Lerums läkardistrikt</i>	<i>198</i>
APOTEKARE	198
<i>Apotekare i Alingsås</i>	<i>198</i>
<i>Apotekare i Lerum</i>	<i>199</i>
<i>Apotekare i Herrljunga</i>	<i>199</i>
BARNMORSKOR	199
<i>Barnmorskor i Alingsås landsdistrikt</i>	<i>199</i>
<i>Barnmorskor i Lerum</i>	<i>200</i>
DISTRIKTSSKÖTERS KOR/SJU SKÖTERS KOR	200
<i>Distriktssköterskor Alingsås</i>	<i>200</i>
<i>Distriktssköterskor Alingsås/Skallsjö</i>	<i>200</i>
<i>Distriktssköterskor Lerum</i>	<i>200</i>
<i>Distriktssköterskor Gråbo</i>	<i>200</i>
YRKES- OCH LEVNADSBESKRIVNINGAR (CV:S)	201
NÅGRA FÖR MEDICINHISTORIEN VIKTIGA PERSONER MED ANKNYTNING TILL DENNA HISTORIK	201
<i>Rosén von Rosenstein, Nils</i>	<i>201</i>
<i>Höjer, Axel</i>	<i>203</i>
<i>Varenius, Gustav M</i>	<i>205</i>
LÄKARE I ALINGSÅS LÄKARDISTRIKT 1834 - 1969	205

Modin Bengt Theodor	205
Varenius, Gustav M	205
Berggren, Gustaf Ferdinand.....	206
Högselius, Per Magnus Victor.....	206
Berger, Julius Axel	207
Hedberg, Adolf Georg	207
Nystedt, Gustaf Ulrik.....	207
Leufvén Carl Gustav	208
Westman David Emanuel	208
Gellin G. Oskar	208
Hagelin, Herbert	209
Laurén K. G. Erik	209
LÄKARE I BJERKE/SOLLEBRUNN LÄKARDISTRIKT.....	209
Lindeberg, Karl Oskar	209
Ljungfelt, Ernst Joe1	209
Sköld Gustav A.....	210
LÄKARE I HERRLJUNGA LÄKARDISTRIKT	210
Hagelin Rickard Nathanael	210
Frisell Kurt	211
Laurell Daniel	211
Kjellson Lennart	211
Troedsson Mats	211
Check Milan	211
Swedberg Staffan	211
LÄKARE I VÄRGÅRDA LÄKARDISTRIKT	212
Hjelmér Arne.....	212
LÄKARE I LERUMS INKL. GRÄBO LÄKARDISTRIKT SEDAN 1944.....	212
Nyman Thore M.....	212
Lagergren Elsa M	212
Stadling Lennart.....	212
Dahlin Bengt R	212
Söderbergh Erik.....	214
APOTEKARE	214
<i>Apotekare i Lerum</i>	<i>214</i>
Schmeling Folke	214
Krantz Birger.....	214
Anderberg Gunnel.....	214
<i>Apotekare i Alingsås</i>	<i>214</i>
Wingner, Tord	214
Sandberg Einar.....	215
Schnürer, Ewert Mauritz	215
Friman, Nils Berhard	215
<i>Apotekare i Herrljunga.....</i>	<i>215</i>
Nilsson Henry Sigfrid	215
Ernelli Hard Thore	215
Stjerna Martin John Oscar	215
ADDENDUM	216
PERSONLIGA YRKESBESKRIVNINGAR	216
PROVINSIALLÄKAREN PÅ 1940, -50 OCH 60-TALEN,	216
<i>Tore Nyman, Lerums förste provinsialläkare</i>	<i>216</i>
<i>Bengt Dahlin berättar provinsialläkarminnen från 1960-talet</i>	<i>217</i>

Korpilombolo, ett norrlandsdistrikt	217
Åter till Västergötland	222
Distriktet/Gråbo.....	223
Lerum	224
Ur Per Hembergs bok:	225
DISTRIKTSSKÖTERS KOR	227
<i>Kerstin Damell, den första distriktsköterskan i Lerum</i>	227
<i>Ingeborg Nilsson, en distriktsköterska i Lerum</i>	229
<i>Annie Bauhn, distriktsköterska i Gråbo</i>	231
<i>Aina Nord/Ahlsén</i>	235
BARNMORSKAN.....	235
<i>Evy Johansson, barnmorska</i>	235
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	239