

Kvinnosjukvårdens utveckling i Stockholm

Lennart Lindgren

I artikeln ges en skildring av tillkomsten och utvecklingen av barnbördshusen och gynekologavdelningarna, tillkomsten av kvinnokliniker och storsjukhus samt kvinnosjukvårdens utveckling inom det tidigare Stockholms län. Avslutningsvis återges olika synpunkter och idéer om kvinnosjukvården påverkad av industrisamhällets intentioner och målsättning.

Lennart Lindgren är docent i gynekologi och överläkare vid kvinnokliniken på S:t Eriks sjukhus i Stockholm.

Kvinnosjukvårdens huvuddelar, obstetrik och gynekologi har båda utvecklats ur kirurgin. Den slutna vården sköttes av kirurgerna tills särskilda avdelningar inrättades vid sjukhusen, då vården övertogs av kvinnoläkarna. Fortfarande handhaves kvinnosjukvården av kirurgerna på flera sjukhus i Sverige. I Stockholms län utövas den slutna kvinnosjukvården numera helt av kvinnoläkarna. Den öppna kvinnosjukvården utanför sjukhusen sköttes tidigare av stads- och provinsialläkarna och numera av distriktsläkarna och i vissa fall av specialister på vårdcentralerna. Dessutom har den öppna kvinnosjukvården på de större orterna, däribland Stockholm, ombesörjts och ombesörjes till stor del av praktiserande kvinnoläkare. Avsikten är här att ge en kortfattad skildring av denna utveckling.

Av kvinnosjukvårdens båda huvuddelar var det obstetrik eller förlossningsvården som först bröts ut ur kirurgin som en särskild specialitet. I äldre tider sköttes förlossningsvården av kvinnor, under antiken av kvinnliga slavar och senare av jordegum-

morna eller jordemödrarna, d v s den tidens barnmorskor. På 1600-talet efter de stora anatomiska upptäckterna började kirurgerna intressera sig för obstetrik. Man insåg betydelsen av att undervisa såväl barnmorskor som läkare i förlossningskonsten och därför inrättades särskilda sjukhus, barnbördshus, i Europa. Bland de mest kända var Hotel-Dieu i Paris.

Under 1600-talet var förhållandena inom förlossningsvården i Sverige minst sagt bedrövliga och enligt läkaren och naturforskaren Urban Hjärne dog årligen 100 av cirka 1 000 nyfödda barn i Stockholm. År 1688 utfärdade Karl XI stadgande om att ingen fick utgiva sig som barnmorska med mindre hon var examinerad av stadsfysikus, den tidens motsvarighet till stadsläkare. Till dem som utbildade sig i obstetrik i Paris hörde också svensken Johan von Horn, som fått epitetet "svenska obstetrikens fader". Efter studier i Uppsala, Utrecht och Oxford och att efter att i Leyden ha disputerat 1690, kom han till Sverige och blev 1692 ledamot av Collegium medicum. Collegium medicum var föregångare till Socialstyrelsen, inrättades 1663 och var ansvarig för barnmorskeutbildningen. Johan von Horn praktiserade som läkare, gav ut läroböcker för barnmorskor och blev 1708 stadsfysikus i Stockholm.

Redan i slutet av 1600-talet hade sannolikt på Hjärnes förslag "inrättande av ett särskilt barnbördshus varit å bane". Drottning Ulrika Eleonora, som lär särdeles ha ömmat för fattiga barnaföders-

Under 1600-talet var förhållandena inom förlossningsvården i Sverige minst sagt bedrövliga.

kors nöd, befallde nämligen sina barnmedici att komma med ett skriftligt förslag angående hur barnaföderskorna skulle kunna hjälpas och hur jordergummorna skulle kunna övas. Urban Hjärne avgav den 15 april 1682 det infordrade förslaget om inrättande av ett barnbördshus i Stockholm för utbildning av barnmorskor. Ulrika Eleonoras död 1693 och de efter Karl XI:s död 1697 följande svåra krigsåren och nöden synes vara orsaken till att förslaget icke kom att förverkligas.

Barnbördshusen

Det var icke enbart förlossningsvården, som var i behov av sjukhus för såväl sjukvård som utbildning och forskning. Serafimerlasarettet inrättades 1752. Av de 8 vårdplatser som lasarettet bestod av uppläts två för barnsängskvinnor, den första "obstetriska kliniken" i Sverige. Sedan dess förste läkare, assessor Erik Elf avlidit 1761, efterträddes han av David Schultz, adlad von Schultzenheim, som utnämndes till informator för barnmorskorna och som blev Sveriges förste professor i obstetrik. Vid denna lilla klinik meddelades nu undervisning även åt medicine studerande. Det stadgades att varje läkare, som ämnade bli provinsialläkare eller stadsfysikus, måste begagna sig av denna undervisning. Det stod emellertid helt klart att denna möjlighet till vård och undervisning var otillräcklig.

Von Schultzenheim insåg det stora behovet av ett barnbördshus. Som adelsman tillhörde han adelsståndet och fick därmed inflytande i rikets ständer. Emellertid ansåg ständerna att sjukvård skulle ombesörjas av välgörenhet och var njugga att bistå med medel. Emellertid lyckades von Schultzenheim få ett räntefritt lån och ett mindre helt otillräckligt anslag för barnbördshusets drift. Genom gåvor, lotteripenningar och ekonomisk koppling till koppymningshuset, som på von Schultzenheims initiativ inrättats 1766, lyckades han få medel att inrätta Allmänna barnbördshuset eller som det då fick heta Publica accouchementshuset. Löwenhjelska huset, de sk Röda bodarna, vid Fredsgatan 9 förvärvades. Orsaken till att det lyckades för honom torde till stor del ha berott på att ständerna med flera insåg att något borde göras åt de ofta förekommande barnamorden. Det framgår också av det regle-

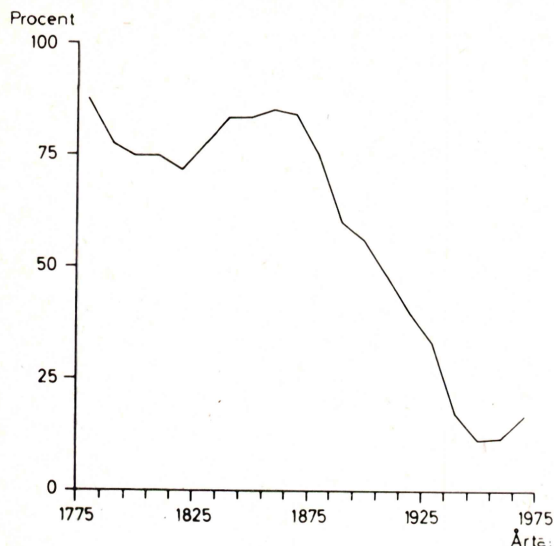
Emellertid ansåg ständerna att sjukvård skulle ombesörjas av välgörenhet och var njugga att bistå med medel.

mente som Gustav III utfärdade den 20 februari 1775. Barnbördshuset förbehölls fattiga barnaföderskor och "andra kvinnfolk av sämre och bättre omständigheter, som genom frestelser och svagheter blivit utom giftermålet hävdade måge uti barnförlossningshuset finna hjälp och icke tvingas att lägga fostret å lönn eller döda detsamma". I reglementet fanns ett tredje syftemål "att den vetenskap, som erfordras vid barnförlossning måtte uti teori och praktik bliva mera kunnig; lärlingar av bägge könen undervisas och säkre ammor för förnämare personer och klenare konstitutioner vara att tillgå och uti förråd". Detta senare tredje skäl till inrättandet av barnbördshuset visar att man redan då var medveten om, men som i dag dock ej står helt klart för alla, nämligen att god högre utbildning icke kan bedrivas på en institution utan att man där även bedriver vetenskaplig forskning.

Genom von Schultzenheims och den sedan 1767 förordnade 1:e adjunkten Karl Ribbens nitiska arbete och intresse förflöt ej många månader efter det reglementet avgivits från Stockholms slott förrän inrättningen var klar att mottaga sin första patient, vilket skedde den 23 juni 1775 och som blev lyckligt förlöst från ett levande barn. Emellertid skedde detta icke på Fredsgatan 9 utan i von Schultzenheims hus på Riddarholmen, där ett provisoriskt barnbördshus inrättats i väntan på att lokalerna i Fredsgatan 9 skulle iordningställas för förlossningsvård. Året därpå, 1776, flyttades verksamheten till Fredsgatan 9 och barnbördshuset erhöll 17 vårdplatser.

Allmänna BB var dock icke Sveriges första barnbördshus. Det var Pro Patria, som på doktor Christian Ramströms initiativ inrättades i september 1774. Detta bidrog säkerligen till att verksamheten vid Allmänna BB så snabbt kom igång efter det kungliga beslutet om dess inrättande. Pro Patria, som tillkom på privat initiativ, var förbehållet borgerskaps kvinnor som mot ersättning fick vård, men även sk mindre bemedlade kunde utan avgift tas

Figur 1. Procentuell fördelning av ogifta mödrar på Allmänna BB.



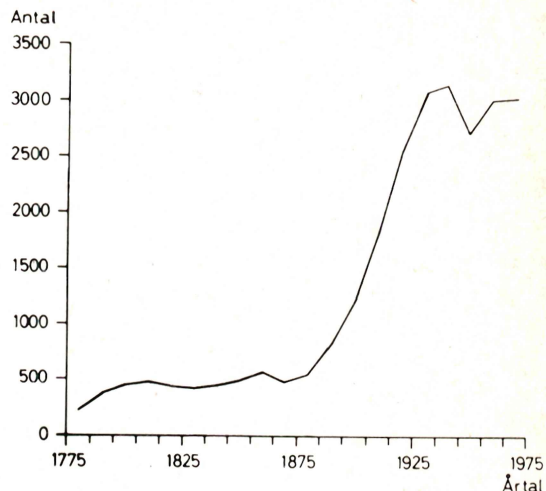
emot där. Pro Patrias verksamhet fortsatte till 1951, då det lades ned. Dess siste överläkare var Björn Holmgren.

Allmänna BB tog i första hand emot fattiga och då oftast ogifta kvinnor. Detta framgår av frekvensen ogifta mödrar (fig 1), som under de första 100 åren av barnbördshusets verksamhet höll sig omkring 80 %. Därefter sjönk frekvensen, sammanhängande med att verksamheten ökade (fig 2). Förtroendet för Allmänna BB ökade. Medelklassens och senare även överklassens kvinnor sökte sig till barnbördshuset. Den ökning som ses under det sista decenniet beror på andra orsaker, bl a den förändrade synen på äktenskapet.

Redan före tillkomsten av Allmänna BB bedrevs vad som skulle kunna karakteriseras som aktiv obstetrik, baserad på dåtidens anatomiska kunskaper. Snittförlossning utfördes i Sverige första gången

.....
Allmänna BB tog i första hand emot fattiga och då oftast ogifta kvinnor. Det framgår av frekvensen ogifta mödrar, som under de första 100 åren höll sig omkring 80 %.

Figur 2. Förlossningar på Allmänna BB, angivet i 10-årsperioder.

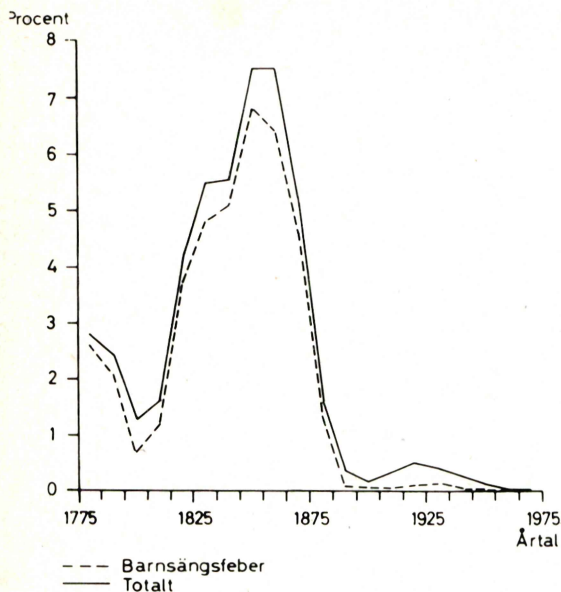


1758 av Herman Schützerantz, assisterad av överläkaren på Serafimerlasarettet Olof af Acrell på ett köksbord i Gamla stan. Patienten dog efter 9 dygn, dock sannolikt icke i barnsängsfeber utan troligtvis av blodpropp. Den stora risken med operationer av detta slag gjorde att man avstod från sådana ingrepp. Antiseptik var icke känd och man saknade effektiva anestesimedel. Det dröjde till 1885 innan snittförlossningar utfördes på Allmänna BB i narkos och under antiseptiska förhållanden. Olika obstetriska ingrepp som extraktion, vändningar och manuell lösning av placenta utfördes dock. Förlossningstången var känd i Europa sedan mitten av 1600-talet och användes på Allmänna BB redan vid dess start.

Bristen på kunskaper i fysiologi medförde att kvinnorna och även fostren skadades vid dessa operationer. Vid allmänna BB övergick man till vad vi kallar konservativ, expekterande obstetrik, grundad på "vetenskap och beprövad erfarenhet". Detta resulterade också i att mödradödligheten sjönk (fig 3) under de första decennierna. Emellertid steg den åter på 1810-talet.

Orsaken till den ökade mödradödligheten var barnsängsfeber. Idag vet vi skälet, den ökade smittorisken genom ökningen av vårdpersonalen och

Figur 3. Mödradödligheten vid Allmänna BB.



antalet studerande. Professuren i obstetrik knöts 1813 till Karolinska institutet, som inrättats 1810. På den tiden ansåg man att ett ämne i luften, miasman, var orsaken till barnsängsfebern. Man städade, vädrade, vitkalkade förlossningsrummen efter varje förlossningsfall. Dödligheten bara ökade även om barnsängsfebern uppträdde periodiskt. På 1820-talet var professor Per Gustaf Cederschjöld mycket nära att finna orsaken, överföring av smitta från vårdpersonalen, som Semmelweiss påvisade 1847. Dennes iakttagelser accepterades dock icke förrän på 1870-talet. Uppfattningen om miasman som orsak till barnsängsfebern var fast rotad. Man ansåg att den gynnades i de gamla lokalerna vid Fredsgatan 9. Därför byggde man på Kungsholmen två lika byggnader om vardera 32 vårdplatser. Inflyttning skedde 1858. Endast den ena byggnaden användes åt gången. Vid barnsängsfeberepidemi stoppades intagningen och den andra byggnaden

Bristen på kunskaper i fysiologi medförde att kvinnorna och även fostren skadades vid dessa operationer.

På 1820-talet var professor Cederschjöld mycket nära att finna orsaken till barnsängsfebern, överföring av smitta från vårdpersonalen.

togs i bruk, men barnsängsfeberns frekvens och dödlighet blev dock densamma som i de gamla lokalerna. På Pro Patria som icke var undervisnings-sjukhus var den lägre. Ett provisoriskt barnbördshus inrättades på Södermalm i slutet av 1840-talet och Södra barnbördshuset tillkom 1865, dit barnmorskeutbildningen förlades. Barnsängsfeberfrekvensen blev dock densamma där som på Allmänna BB. Först sedan vårdpersonalen hösten 1877, på dåvarande obstettrici adjunkten Netzels initiativ, började tvätta händerna i karbolsyrelösning före undersökningen av förlossningspatienterna sjönk dödligheten i barnsängsfeber från 7–8% till ett par trediondelns procent (fig 3).

Den stegring av mödradödligheten, som iakttages på 1920-talet och som syns på figur 3, berodde på att mödrar som tidigare förlöstes i hemmet och som avled i någon obstetrisk komplikation nu intogs å barnbördshuset. De vanligaste dödsorsakerna var olika blödningstillstånd, eklampsi och infektionssjukdomar, som vardera utgjorde cirka 1/4 av dödsfallen. Den sista patienten som avled i barnsängsfeber på Allmänna BB dog 1944, p g graviditetsoxikos 1954 och till följd av blödning 1967.

Gynekologavdelningar inrättas

På Serafimerlasarettet inrättades i slutet av 1850-talet en liten gynekologisk avdelning bestående av 6 vårdplatser. Den förestods av dr Schagerström. Genom stadgar av 1861, jämt 100 år efter det professuren i obstetrik hade inrättats, utvidgades professors undervisningsskyldighet till att även omfatta gynekologi. Professor Anders Andersson blev chef för den till gynekologisk klinik omvandlade avdelningen och 1864 utnämndes han till Sveriges förste professor i obstetrik och gynekologi. Ett litet rum uppläts även för poliklinik.

Ehuru professor Andersson icke var utbildad i kirurgi gjorde emellertid gynekologin stora framsteg

under hans tid. Andersson sysslade mest med den s k lilla gynekologin. Gynekologins snabba utveckling under denna tid berodde icke blott på att Andersson var en utomordentlig lärare och en säker diagnostiker utan också på att han hade intresserade och framstående medhjälpare. Bland dessa må nämnas Sven Sköldberg, docent i obstetrik och gynekologi sedan 1867. Anestesi med kloroform och eter hade introducerats av engelsmannen Simpson 1847. Ännu vid denna tid hade dock icke antiseptiken vunnit inträde. Listers grundläggande arbete om antiseptiken bekräftande Semmelweiss iakttagelser från 1847 utkom 1871, men någon praktisk tillämpning hade icke börjat. Det är därför ganska märkligt att Sven Sköldberg med sina ovarietomier (äggstocksoperationer) fick så goda resultat. Under sin korta tid – han avled 1872 – hade han utfört 30 ovarietomier med endast 4 dödsfall. Han opererade visserligen icke vid den gynekologiska kliniken, då väl sannolikt resultaten skulle blivit sämre, utan i ett för varje särskilt fall förhyrt rum, helst i nya hus i staden. Han inbjöd intresserade läkare och studerande att övervara operationerna. Hans publikation om dessa operationer väckte stor internationell uppmärksamhet. Sedermera professorn Wilhelm Netzel fortsatte denna verksamhet med lyckade operationer.

Det är tydligt att den lilla och illa utrustade kliniken på det gamla Serafimerlasarettet icke lämpade sig för utförande av några större gynekologiska operationer. Denna brist avhjälpes 1879 genom inrättandet av en mer tidsenlig klinik vid det nyinrättade Sabbatsbergs sjukhus. Kliniken fick 26 vårdplatser och som chef fick den nyutnämnde och professorn Wilhelm Netzel. Serafimerlasarettets gynekologiska klinik rustades upp. Överläkarna vid stadens båda gynekologiska kliniker var samtidigt överläkare vid Allmänna BB. I början av 1900-talet ökades vårdplatsantalet till 52 och senare med ytterligare 52

Gynekologins snabba utveckling under denna tid berodde icke blott på att Andersson var en utomordentlig lärare och säker diagnostiker utan också på intresserade medhjälpare.

52 vårdplatser för aborter den s k Gula kliniken. Aborterna var ofta infekterade och illegalt provocerade.

vårdplatser för aborter, den s k Gula kliniken. Aborterna var ofta infekterade och illegalt provocerade. Före penicillinets och andra antibiotikas tillkomst på 1940-talet var dödligheten mycket hög. Bukhinneinflammation tillstötte ofta och förtvivlade försök, som författaren till denna artikel var med om, gjordes att med stora buksnitt tömma varet i buken och lägga in tamponad.

Kvinnoklinikernas tillkomst

Genom antiseptiken och tillgången på anestesi- och analgesimedel förbättrades vårdresultaten och allmänhetens förtroende för den slutna sjukvården ökade. En nackdel för kvinnosjukvården i Stockholm var att barnbörds- och gynekologivården icke bedrevs på samma sjukhus. Allmänna BB:s organisation tillät icke en sådan anordning. Barnbördshuset var huvudsakligen grundat på donationsmedel och enligt Kungl Maj:ts reglemente fick det endast användas för förlossningsvård.

Målet för planeringen av Stockholms slutna kvinnosjukvård blev nu att söka sammanföra förlossningsvård och gynekologisk vård till en klinik i samma byggnad. Först måste Allmänna BB:s lokalfråga lösas. Det var bäst att ta en sak i sänder. Lokalerna på Hantverkargatan motsvarade icke de krav som man efter antiseptikens införande hade rätt att ställa på en modern kvinnoklinik. Efter 25 års planerande kunde nybyggnaden på norra Djurgården öppnas den 5 januari 1913 för förlossningsvård med 64 vårdplatser. Efter om- och tillbyggnader stod Stockholms första kvinnoklinik färdig att tagas i bruk den 1 januari 1925. Den hade totalt 164 vårdplatser, varav 120 för barnbörd och 44 för gynekologisk vård. Stockholms båda andra barnbördshus, Pro Patria och Södra BB omvandlades också till kvinnokliniker på 1930-talet.

Målet för Frans Westermarck och Hjalmar Forssner, vilka hade förtjänsten av att Allmänna BB blev en kvinnoklinik, var att skapa resurser för de möj-

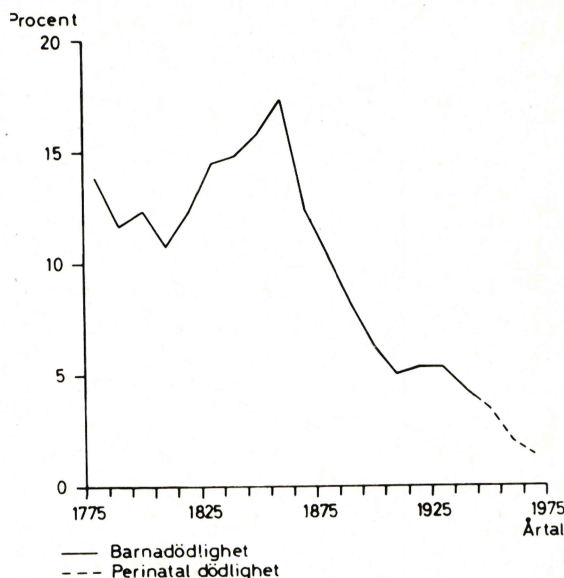
ligheter som fanns att diagnostisera och behandla alla olika obstetriska gynekologiska sjukdomstillstånd. Sedan Gösta Forsell och James Heyman redan 1910 med framgång börjat behandla kvinnlig underlivscancer med strålterapi inrättades en underavdelning vid Allmänna BB 1921. Förutom behandling av cancersjuka var avsikten att låta de tjänstgörande medicine kandidaterna få elementär undervisning i underlivscancers behandling. Avdelningen upphörde 1934 och behandlingen av underlivscancer koncentrerades till det nybyggda Radiumhemmet vid Karolinska sjukhuset.

På professor F A Cederschjölds initiativ och genom insamlingar hade invid Södra BB 1868 inrättats en sk asyl för fattiga barnafödorskor och deras nyfödda barn. Här kunde de vistas en kortare eller längre tid efter utskrivningen från BB. En motsvarande asyl byggdes vid Allmänna BB 1914 och den samarbetade med Södra BB:s asyl, vilken lades ned 1945. Benämningen asylen ändrades till Allmänna BB:s mödrahem, varvid platser även ställdes till förfogande för mödrar, som vårdats på något av Stockholms stads övriga barnbördshus. Socialvården har nu övertagit mödrahemmets uppgifter och Allmänna BB:s mödrahem nedlades 1965. Donationsfonderna permutterades 1973 och avkastningen utdelas av Stiftelsen Allmänna BB:s minnesfond till handikappade barns mödrar och till perinatalforskning.

I en av våningarna i mödrahemmet inrättades i oktober 1916 en spädbarnsavdelning (prematuravdelning), den första i Sverige och kanske i världen, för vård av för tidigt födda barn. Avdelningen sköttes av barnläkare, först av professor Adolf Lichtenstein och senare av professor Nils Malmberg tills Allmänna BB 1944 fick en fast barnläkar-konsult. Avdelningen stod senare modell för andra liknande avdelningar och var föregångare till våra neonatalavdelningar. Barnadödligheten, eller som

I en av våningarna i mödrahemmet inrättades 1916 en spädbarnsavdelning, den första i Sverige och kanske i världen för vård av för tidigt födda barn.

Figur 4. Barnadödlighet (perinatal dödlighet) vid Allmänna BB. 1947 infördes begreppet perinatal dödlighet, som i det närmaste motsvarar begreppet barnadödlighet.



den numera benämnes den perinatale dödligheten var i genomsnitt omkring 15% under de första 100 åren av Allmänna BB:s verksamhet (fig 4). Efter antiseptikens införande sjönk den till 5% vid sekel-skiftet och var sedan liksom i riket i övrigt oförändrad till in på 1940-talet. Sedan de svåra graviditets- och förlossningskomplikationerna kunde behandlas effektivare med antibiotika, blodtransfusioner, medel mot förlossningskramp m m sjönk mödradödligheten. Riskerna med snittförlossningar minskade. Då började man att intressera sig mer för det ofödda barnet. I mitten av 1950-talet började man förlösa med snitt på indikation från fostret. Nyföddhetspediatriken utvecklades. Detta har resulterat i sjunkande perinatal dödlighet, som nu gått ned till omkring 1%. Under 1970-talet har man börjat inrikta diagnostik och behandling så att målet för verksamheten är att icke blott ett levande barn föds utan också att barnet är friskt.

De mål som planerarna för Allmänna BB i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet hade att skapa en kvinnoklinik med resurser för diagnostik och behandling av alla olika obstetriska och gynekologiska sjukdomstillstånd, uppnåddes sålunda.

Storsjukhus

Medicinens enorma utveckling under 1900-talet har som en naturlig följd resulterat i ökad specialisering. De olika specialisterna har som följd härav blivit beroende av varandras tjänster. På 1920-talet började staten planera ett rikssjukhus, som skulle samla så många specialiteter som möjligt och så byggdes Karolinska sjukhuset. Den nuvarande regionsindelningen av landet utanför Stockholms län med 6 regionssjukhus är en fortsatt utveckling av denna planering. Karolinska sjukhusets kvinnoklinik öppnades 1940. Undervisningen på Sabbatsbergs gynekologiska klinik och en av de två obstetriska klinikerna på Allmänna BB överflyttades till Karolinska sjukhuset. Här utvecklades sub-specialiteter, såsom gynekologisk endokrinologi och urologi, psykosomatik och spermatologi. Även Stockholms stad satsade på storsjukhus. Södersjukhuset byggdes och kvinnokliniken började sin verksamhet 1943. Barnmorskeundervisningen överflyttades från det fristående Södra BB, som planerades att avvecklas. Den ökade nativiteten i början av 1940-talet och den därmed följande bristen på BB-platser medförde att nedläggningen sköts på framtiden. På Sabbatsbergs sjukhus byggdes en ny kvinnoklinik, som togs i bruk 1949. Undervisningen på Allmänna BB:s obstetriska och gynekologiska kliniker överfördes dit.

Kvinnosjukvården i Stockholms län

Minskningen av hemförlossningarna, hospitaliseringen och den ökade nativiteten krävde fler BB-platser. Sålunda inrättades vid S:t Eriks sjukhus 1939 en ny kvinnoklinik, nu den äldsta i nuvarande Stockholms län. Stockholms län fick sin första kvinnoklinik först 1953 genom kvinnokliniken på Danderyds sjukhus. Tidigare fanns endast Allmänna BB för gynekologisk specialistvård. Vid lasaretten i Norrtälje och Södertälje fanns barnbördsavdelningar, som sköttes av kirurgerna, vilka också bedrev

.....
Minskningen av hemförlossningarna, hospitaliseringen och den ökade nativiteten krävde fler BB-platser.
.....

viss gynekologisk vård. Förlossningshem fanns bl a i Nora-Klingsta och Nynäshamn. Under den svåra platsbristens dagar i början av 1940-talet fick patienterna med förlossningsvärkar ofta fara från BB till BB innan de fick vård. "Barnmorskan i Nora-Klingsta" blev legendarisk då hon nästan alltid kunde ta hand om patienter, som ej fick plats på något annat BB. Väl att märka är dock att hemförlossningar utfördes av barnmorskor, som vid komplikationer kunde kalla på någon läkare eller remittera patienten till något BB. Vid Södertälje lasarett inrättades en kvinnoklinik 1961.

Inför sammanslagningen av Stockholms stad och Stockholms län 1970 gällde det att för sjukvårdshuvudmännen och administratörerna uppvisa så god sjukvård och så god sjukvårdsplanering som möjligt. Kvinnokliniker inrättades vid Löwenströmska sjukhuset 1967 och vid Nacka sjukhus 1969. Bygandet av Huddinge sjukhus hade börjat, men kvinnokliniken stod icke färdig förrän 1972. Vid Enskedalens sjukhus planerades också av Stockholms stad en kvinnoklinik. Emellertid insåg man efter några års planerade att sjukhuset icke behövdes och planeringen avbröts 1970. Kritikerna av denna överplanering har sagt att så borde man också ha gjort med Huddinge sjukhus.

Kvinnosjukvården som industri

Under trycket av de ökade sjukvårdskostnaderna började sjukvårdshuvudmännen i slutet av 1960-talet och under inflytande av administratörerna komma till den uppfattningen att sjukvården borde drivas efter företagsekonomiska principer. För kvinnosjukvården i Stockholms län skulle det innebära att de 10 eller 11 kvinnoklinikerna reducerades till 4 eller 5. Under 1960- och 1970-talen har framför allt obstetrikern undergått en mycket snabb utveckling. Tillkomsten av ökade tekniska resurser för diagnostik, såsom röntgenologiska bäckenmätningar, ultraljudundersökningar för bestämmande av fosterstorlek, fosterutveckling och fosterläge, moderkakans läge etc, övervakningsutrustning, registrering av värkarbete och fosterhjärtljudsfrekvens, undersökningsmetoder för att bedöma moderkakans funktion, fostervattenanalyser m m och tillkomsten av bättre behandlingsmetoder som vaccumextrak-

Den aktiva obstetrikern kräver ofta dyrbar utrustning och mer vårdpersonal och detta i sin tur kräver större förlossningsanstalter.

tor, vibrator, mindre riskfyllda snittförlossningar och såväl bättre värkstimulerande medel såsom oxytocin och prostaglandin som värkinhiberande medel som isoxsuprin och β_2 -receptorstimulerare (terbutalin), har gjort det möjligt att övergå från konservativ till aktiv obstetrik. Metoder för effektiv smärtlindring under förlossningen har utarbetats, såsom epiduralblockad (ryggbedövning) och paracervicalblockad (livmoderbedövning). Allt detta har resulterat i minskad dödlighet och sjuklighet för moder och barn och de ibland svåra förlossningssmärterna kan lindras på ett mer effektivt sätt än tidigare. Emellertid kräver den aktiva obstetrikern ofta dyrbar utrustning och mer vårdpersonal och detta i sin tur kräver större förlossningsenheter för att man effektivt och ekonomiskt skall kunna utnyttja dessa möjligheter. Ett förhållandevis stort befolkningsunderlag behövs för att vårdpersonalen skall bli förtrogen med och få rutin i handhavandet av dessa olika metoder för diagnostik och behandling. Detta överensstämmer således väl med företagsekonomernas intentioner. Under denna tid har även nyföddhetspediatriken utvecklats och idag krävs det nära samarbete mellan barn- och kvinnoklinikerna. Bäst är om nyföddhetsavdelningen är belägen i nära anslutning till förlossningsavdelningen. Man har dock icke kunnat visa att transporterna av sjuka och för tidigt födda barn från kvinnokliniker som saknar närhet till barnklinik i Stockholms län med de förhållandevis korta avstånd det gäller, haft någon menlig inverkan på barnet. Det väsentliga är den dagliga kontakten mellan vårdpersonalen på barn- och kvinnoklinikerna.

Mot den skildrade bakgrunden var det olyckligt att kvinnokliniker inrättades vid Löwenströmska och Nacka sjukhus, som saknar barnklinik. Likaså brast det i planeringen då miljoner kronor satsades på upprustningen av Södra BB åren före det lades ned 1969. Detsamma gällde Allmänna BB, färdigupprustat 1974 och nedlagt 1975.

Målet för centraliseringssträvandena av kvinnosjukvården i Stockholms län är att bibehålla de större kvinnoklinikerna vid Danderyds sjukhus, Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset och Huddinge sjukhus, som också har barnkliniker och avveckla de mindre kvinnoklinikerna. Mot centraliseringssträvandena har många politiker reagerat under trycket av sina väljare. Människorna "vill ha sitt BB kvar", omedvetna om de resurser ett litet BB icke alltid har tillgång till. En synes därför de mindre kvinnoklinikerna vid Löwenströmska, Nacka och Södertälje sjukhus bestå medan innerstadens kvinnokliniker vid Sabbatsbergs och S:t Eriks sjukhus planeras att läggas ned.

Den öppna kvinno- och sjukvården i Stockholms län utanför sjukhusen har under de sista decennierna till stor del skötts av praktiserande gynekologer. Under framför allt det sista decenniet har den öppna vården i landstingets regi byggts ut. Specialisterna har ökat vid mödravårdscentralerna och särskilda mottagningar för gynekologiska sjukdomar har anordnats. De på dessa mottagningar och mödravårdscentraler tjänstgörande läkarna är ofta knutna till upptagningsområdets kvinnoklinik. Detta underlättar den integrering av öppen och sluten vård, som är så väsentlig för god sjukvård. Ett belägg för detta är resultaten i en nyligen utförd undersökning angående verkningarna av de upprepade förändringarna av upptagningsområdena för kvinnoklinikerna i Stockholms län under 1970-talet. Det visade sig att den perinatale dödligheten temporärt steg med 30–50 % efter stora förändringar i Allmänna BB:s, Danderyds och S:t Eriks kvinnoklinikers upptagningsområden. Ökningen kunde delvis hänföras till förändringar i upptagningsområdenas socio-ekonomiska struktur, men även till själva upptagningsområdesförändringen. Tidigare samarbetsrutiner bröts och det tog tid att etablera nya. En påtaglig nackdel är att den öppna vården administreras genom primärvårdsblocket och icke genom kvinnokliniken.

Den företagsekonomiska satsningen, som den utformats för sjukvården i Stockholms län, har lett till ökad byråkratisering.

Biologiska värderingar har fått vika för företagsekonomiska bedömningar, ej alltid tillämpbara på de varierande mänskliga sjukdomstillstånden.

Den företagsekonomiska satsningen, som den utformats för sjukvården i Stockholms län, har lett till ökad byråkratisering. Fyra beslutsnivåer finns, kliniknivå, blocknivå, förvaltningsnivå och central nivå med stark central styrning. Ofta onödigt dubbelarbete har blivit följden. Den direkt sjukvårdande personalens inflytande på utformningen av sjukvården har minskat. En allt större del av den sjukvårdande personalens tid tas i anspråk för att tillhandahålla förvaltningen material och till konferenser. Värdefull arbetstid undandras den sjukvårdande verksamheten. Biologiska värderingar har fått vika för företagsekonomiska bedömningar, ej alltid tillämpbara på de varierande mänskliga sjukdomstillstånden. Frestelsen att satsa på de stora icke nedläggningsshotade kvinnoklinikerna har blivit stor. Sålunda har tex de större kvinnoklinikerna prioriterats beträffande resurser för "smärtfri förlossning". Detta drabbar givetvis de "små" klinikernas patienter, som icke blir jämställda med patienterna vid de större klinikerna beträffande kvinnosjukvård. De bristande resurserna på de "små" kvinnoklinikerna kan resultera i sämre vård, som kan användas som argument för deras nedläggning. Personalen söker sig från dessa till icke nedläggningsshotade kvinnokliniker. Detta kan inverka på vårdens kvalitet. Så länge de nedläggningsshotade klinikerna består bör de få sådana resurser att de kvalitetsmässigt kan bedriva samma vård som de stora kvinnoklinikerna.

Nackdelarna med att centralisera den slutna kvinnosjukvården till storsjukhus är förutom en tung och därmed dyrbar förvaltning risken för sjukhus-sjuka och den känsla av främlingsskap och bortkommenhet människan upplever vid besök och in-tagning på storsjukhus. Den personliga omsorgen kommer i kläm. Idealet är stora kvinnokliniker med egen förvaltning i små sjukhus.

LITTERATUR

1. Enocksen E, Feychting H, Gentz J, Herin P, Lagerkvist B, Thordenius K: Transport av nyfödda barn. Läkartidningen 70: 1290–1292, 1973.
2. Karolinska Medico-kirurgiska institutet, Stockholm 1910.
3. Karolinska Medico-kirurgiska institutet, 1910–1960. Uppsala 1960.
4. Klintskog E: Allmänna barnbördshusets i Stockholms historia. Stockholm 1944.
5. Kock, W: Stockholm i medicinhistoriskt perspektiv. SEÅ 1968.
6. Lindgren L: Allmänna barnbördshuset 200 år. Stockholm 1975.
7. Lindgren L: Transport av nyfödda barn. Läkartidningen 70: 1743–1744, 1973.
8. Lindgren L: Den perinatale dödligheten och befolkningens socio-ekonomiska struktur. Socialmedicinsk tidskrift. 56: 471–479, 1979.
9. Lundquist B: Svenska barnmorskor 1940.
10. Pernow B, Birke G, Tengroth B, Sjölund S, Toresson J: Profileringsutredningen. Den framtida strukturen vid Huddinge-Karolinska-Danderyd-Södersjukhuset. Stockholms läns hälso- och sjukvårdsnämnd 1978.
11. Sköld S: Södra barnbördshuset. En återblick. Jorde-modern nr 12, 1970.
12. Westermarck F: Allmänna barnbördshuset, öfversikt av dess historia och nybyggnader 1910–1912. Stockholm 1912.