

Distriktsvårdens utveckling

Gerda Utterström

Denna översikt över distriktsvårdens utveckling beskriver hur den utvecklades ur tre verksamhetsgrenar, Mjölkdroppens arbete bland behövande barnfamiljer, och den öppna tuberkulosvården och epidemisjukvården. Författaren behandlar sedan hur utbildningen successivt förbättrats och distriktssköterskans uppgifter förändrats och byggts ut, och slutar med att beskriva behoven av öppen vård idag och i framtiden.

Gerda Utterström har under ca 20 år varit verksam som 1:a distriktssköterska hos Örebro läns landsting.

Distriktsvårdens historia är kort. Sin rot har den i de svåra förhållanden som var förhärskande inte bara i detta land utan i stora delar av Europa under 1800- och början av 1900-talen. Fattigdomen var utbredd, bostäderna usla, kosthållet ensidigt, barnarbete vanligt, barnadödligheten stor och sjukdomar i form av epidemier ofta förekommande. År 1822 gav provinsialläkare Sommelius i Enköping en skakande skildring av förhållandena för de sämre ställda i samhället. Han skriver att "de levde under så knappa och tryckande villkor, att barnens bortgång var dem en större glädje än deras tillkomst till världen. De slippa därigenom en tärande lem för vars föda och underhåll de under sina knappa tillgångar måste arbeta, och jag påstår visserligen inte, att de med uppsåt förkorta dessa späda barns dagar, men sannolikt hämmar osnygghet, skabb och dylikt de späda varelsernas tillväxt och utveckling."

Mjölkdroppen

I Frankrike och England, där förhållandena var om möjligt än värre, startades på 1860-talet arbete

bland blivande mödrar och småbarnsfamiljer för att försöka nedbringa barnadödligheten. Efter fransk-engelskt mönster bildade en barnläkare i Stockholm, dr Moritz Blumenthal, år 1897 föreningen Mjölkdroppen. Verksamheten bestod av utlämning av mjölk och mjölkblandningar till behövande barnfamiljer. Den sköttes av socialt intresserade damer utan utbildning men med ett stort socialt medvetande. Idén spreds snart till andra delar av landet. Behovet av utbildning av personal för arbetet insågs snart. I England förde Florence Nightingale med kraft fram kravet på 1880-talet.

Tuberkulosvård

I Sverige fanns, fränsett församlingssystemutbildning, som 1906 startade vid Samariterhemmet i Uppsala, ingen sjuksköterskeutbildning för arbete i öppen vård före 1910. Då tillkom på initiativ av Nationalföreningen mot Tuberkulos och i dess regi den första utbildningen för sjuksköterskor i öppen vård. Enligt franskt mönster började Nationalföreningen bedriva dispensärverksamhet. Det var för att effektivt kunna bedriva sådan som man ville utbilda sjuksköterskor till "vandringsrättare i tuberkulos". Såväl praktisk som teoretisk utbildning gavs under en tid av två månader.

Distriktssköterskor omnämns första gången omkring år 1900. Socknar, kommuner och föreningar av olika slag började då anställa kvinnor för arbete i epidemivård i hemmen. I mån av tid tilläts de även

I Frankrike och England startades på 1860-talet arbete bland blivande mödrar och småbarnsfamiljer för att försöka nedbringa barnadödligheten.

.....
Omkring år 1900 började socknar, kommuner och föreningar av olika slag anställa kvinnor för arbete i epidemivård i hemmen.
.....

medverka i vård av andra sjuka. Fordringarna på dessa "distriktssköterskor" varierade i hög grad, från sk allmän sköterskeutbildning, vilket innebar utbildning från sex månader till två år, till så luddiga krav att i princip vem som helst med minimal kunskap i sjukvård kunde anställas. Vilka uppgifter hade då dessa "distriktssköterskor"?

Helt säkert inte särskilt komplicerade. Oftast gällde det vak hos patienter samt hjälp med husliga sysslor. Så småningom började dock provinsialläkarna åt de pålitligaste "distriktssköterskorna" överlåta vissa behandlingar som lavemang, vissa omläggningar och kamferinjektioner.

Utbildning för distriktssköterskor

År 1916 framlades ett betänkande angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden. Där säger man bl a att "distriktsvården erbjuder så särskilda egendomligheter och svårigheter att en ordnad, obligatorisk specialutbildning för sköterskor vore synnerligen önskvärd, i all synnerhet som hon icke här, som annorstädes, har läkarens ständiga kontroll och ledning att gå efter". Det skulle dock dröja till 1920 innan, efter ett riksdagsbeslut 1919, förslaget förverkligades. Utbildningen ansågs böra ge dels en minst ettårig allmän sjuksköterskeutbildning samt därutöver en ettårig kurs omfattande epidemivård, tuberkulosvård och dispensärverksamhet, sinnessjukvård, barnavård, fattigvård och matlagning samt därtill helst en tids praktisk tjänstgöring under erfaren distriktssköterskas ledning. Under ledning av fröken Kerstin Nordendahl, Sveriges första sjuksköterskeinspektris, startades så Statens Distriktssköterskeskola den 15 november 1920 med 16 elever.

Utöver de i betänkandet föreslagna ämnena gavs också undervisning i bostadshygien, vanförevård samt kommunalförvaltning. Under årens lopp har undervisningen helt naturligt genomgått vissa förändringar. Psykologi och pedagogik har kommit till,

tex matlagning har utgått. Det skulle dock dröja ytterligare 40 år, innan utbildning i distriktsvård kunde erhållas utanför Stockholm. Denna gång förlades kursen till Göteborg. Under 70-talet, sedan utbildningen överförts från staten till landstingen, bedrivs den på ett flertal håll i landet från Umeå i norr till Lund i söder.

Barnavårdscentraler

Som inledningsvis nämnts bedrevs arbete bland barnfamiljer av föreningen Mjölkdroppen, som får ses som föregångare till dagens barnavårdscentraler. Ingen speciell utbildning för hälso- och sjukvård bland barn och ungdom fanns i Sverige. För att avhjälpa denna brist startade Nordens Husmoderförbund på initiativ av professor Jundell år 1923 en två-årig barnsjuksköterskeutbildning vid Allmänna Barnhuset, sedermera Norrtulls sjukhus. Mot slutet av 20-talet och början av 30-talet började kommunerna överta Mjölkdropheverksamheten och därför anställa sjuksköterskor med specialutbildning. Det kommunala huvudmannaskapet blev dock närmast parentetiskt då verksamheten kort därefter övertogs av landstingen och barnavårdscentraler inrättades.

I enlighet med statsbidragsbestämmelser av år 1935 måste barnsjuksköterskorna komplettera sin utbildning med statligt godkänd sjuksköterskeskola för tjänstgöring vid barnavårdscentraler. Den år 1923 startade utbildningen förändrades sedermera och överfördes till en i statlig regi driven Centralskola för specialutbildning av barnsjuksköterskor med dels en ettårig kurs i barnavård och barnsjukvård, dels en fyra månaders kurs i social barnavård. Dessa kurser har nu överförts till sjuksköterskeskolorna, där de ingår i vidareutbildningarna.

Jordegummor – Barnmorskor

Som av det föregående framgår är såväl distrikts-

.....
Mot slutet av tjugotalet och början av trettio-talet började kommunerna överta Mjölkdropheverksamheten och därför anställa sjuksköterskor med specialutbildning.
.....

.....
Som av det föregående framgår är såväl distriktsköterskor som barnavårdscentralsköterskor unga begrepp.
.....

sköterskor som barnavårdscentralsköterskor unga begrepp. Den tredje kategorien befattningshavare inom distriktsvården är egentligen samtidigt den första, då den har sina rötter mycket, mycket längre tillbaka i tiden. Ja, den är faktiskt lika gammal som människan. Det är självklart barnmorskan jag nu avser. Någon utbildning av barnmorskor förekom visserligen icke förrän i början av 1600-talet, då viss utbildning omtalas förekomma i Paris, men förlossningshjälp gavs förvisso såsom en kärlekstjänst kvinnor emellan. Det första initiativet till utbildning i Sverige togs av drottning Ulrika Eleonora. Hon uppdrog åt sin livläkare Urban Hiärne att utarbeta ett förslag till utbildning av jordegummor. Förslaget framlades 1682 men med klen resultats. Två år senare utkom dock en förordning gällande för hela riket, vari sades att jordegumman skulle ha gått i lära 4 år hos barnamoderska och undergå förhör hos stadsphysicus, samt att den som ej var examinerad ej hade rätt att ägna sig åt yrket. Ingen lärobok fanns dock, ingen teoretisk utbildning förekom. 1697 utkom den första läroboken för barnmorskor med titeln "Den swenska wäl-öfwade Jord-Gumman, hwilken grundeligen underwijser huru med en Hafwande handlas, en Wändande hielpes, en Barna-qwinna hanteras och det nyfödda Barnet skiötas skall Mäst efter egen Förfarenhet, jemte wälöfwade Personers skrifteri; alla Läkare och Feldtscherer med särdeles Barn-Moderskor och Huus-Mödrar till gagn och nytta, med tienliga figurer författat".

Författare var den man, som kommit att kallas den svenska förlossningskonstens fader, doktor Johan von Hoorn. von Hoorn, som lärt sig förlossningsvård i Paris, beskrev barnmorskans gruvliga okunnighet på följande sätt: "Men en Barnmorska är strax fullkommelig Mästare, och hennes hela Underwijsning består uti få Ord: Nemligen den ene säger till den andre: Thet är man en Dristighet, du kan thet så wäl göra som jag: Du sitter allenast för Hustrun och tager emot Barnet, när thet kommer".

Som ett resultat av von Hoorns arbete att förbättra förlossningsvården utfärdade Collegium Medicum år 1711 det första reglementet för jordegummor. Detta har sedan legat till grund för efterföljande reglementen. För att förbättra barnmorskornas standard startade von Hoorn även privat undervisning.

Men det dröjde ända till 1752 innan klinisk undervisning av barnmorskor existerade. Då öppnades Serafimerlasarettet med 6 sängar för manfolk och 2 för barnsängskvinnor. Här skulle såväl läkares som barnmorskors behov av klinisk undervisning tillgodoses. Två kurser hölls per år, mars-maj och september-november. Reglementet av 1819 innehöll stora förändringar. Utbildningstiden förlängdes till 6 månader eller mera "allt efter lärlingarnas större eller mindre fattningsgåva och läraktighet". I undervisningen ingick bla att "sätta blodiglar och anbringa koppningsinstrument". Förståelsen för utbildningen var minimal, så var också lönen. Drottningens barnmorska, som även var överbarnmorska hade en årslön av 60 RD specie, fritt husrum med ljus och värme för egen person och pigan samt rättighet att nyttja köket.

Distriktsvård överförd till landstingen

Vad har då hänt med distriktsvård, mödra- och barnavård sedan landstingen 1920 resp 1935 blev huvudmän för dessa vårdgrenar? Egentligen hände inte så mycket förrän mot slutet av 30-talet och början av 40-talet. Distriktsbarnmorskorna är anställda mot lön + viss taxa per förlossning. De fortsätter som förut med hemförlossningar, mödravården består i stort sett av urinprov och vägning. Antalet hemförlossningar började sjunka, för att så småningom på 50-talet nästan helt upphöra. 1935 lade Medicinalstyrelsen fram ett förslag angående förebyggande mödra- och barnavård. Förslaget godkändes 1937. Detta innebar otvivelaktigt fram-

.....
Med den personalgleshet som existerade var en effektiv utbyggnad av förebyggande vård helt otänkbar.
.....

.....
*Till bilden hör att rätten att ligga sjuk hemma
och rätten att dö hemma vid denna tid inte
ifrågasattes.*
.....

steg, man fick vissa direktiv hur man skulle sköta hälsovårdsarbetet. Arbetet ålades dels barnmorskor i mödravård dels distriktssköterskor och barnavårdscentralssköterskor i barnavård. Landstingen som huvudmän hade att bygga ut hela den nya verksamhet som ålagts dem. Intresset för och viljan att satsa medel för detta var på många håll ganska lamt. Distriktens storlek var sådana, att med den personalgleshet som existerade, var en effektiv utbyggnad av förebyggande vård helt otänkbar. Till bilden hör att rätten att ligga sjuk hemma och rätten att dö hemma vid denna tid inte ifrågasattes. Den rätten var en självklarhet, lika självklart var att både provinsialläkare och distriktssköterska medverkade i vården i hemmet och gav patienten och anhöriga allt stöd de kunde. Arbetstiden var oreglerad och ledigheten sällsynt. Medhjälpare i form av hemsamariter och vårdbidrag till anhöriga fanns inte förrän i slutet av 40-talet och en bit in på 50-talet. Förebyggande vård hamnade av naturliga skäl på undantag, i bästa fall hade man kontakt med barnen och barnfamiljerna under barnens två första levnadsår. Intresset från många gånger dödströtta provinsialläkare för vad man betraktade som genomfriska barn var ofta minimalt och stimulerade knappast till större insatser. På grund av de alltmer försvinnande hemförlossningarna, minskades antalet distriktsbarnmorskor medan distriktet för de kvarvarande utökades. Intresset för såväl mödra- som barnavård från dem som hade makten var ofta det minsta möjliga.

Dispensärvården förändrades totalt under 40- och 50-talen till följd av den stigande levnadsstandarden med bättre bostäder, förbättrat kosthåll osv samt de förebyggande insatserna i form av BCG-vaccin, nya mediciner etc. Man hade nu i stort sett situationen under kontroll och distriktssköterskornas insatser i tuberkulosvården begränsades kraftigt.

Distriktsvård i dag

Fram till 1938 fanns på landstingsnivå ingen med

kunskaper om distriktsvård, mödra- och barnavård. 1938 anställde Västernorrlands läns landsting som det första i Sverige en befattningshavare, 1:a distriktssköterska, med distriktssköterske- och barnmorskeutbildning för att ta hand om administrationen av dessa verksamheter. Övriga landsting följde så småningom efter, men det tog många år innan 1:a distriktssköterska fanns överallt. Dessa första 1:a distriktssköterskor förde en säkerligen många gånger hård kamp för att förbättra distriktsvårdens villkor och för att ge mera utrymme åt hälsovårdsarbetet.

Hur ser då dagens distriktsvård med mödra- och barnavård ut? På mödra- och barnavårdens områden har situationen totalt förändrats.

Dagens barnavårdscentral har föga gemensamt med forna tiders mjölkdroppar och deras mjölkdistribution. Från att under barnavårdscentralernas tidigare skede ha så gott som hundra procentigt ägnat sig åt vägning, mätning och över huvud taget fysisk utveckling har en förskjutning, främst under den senaste 10-årsperioden, ägt rum mot ökat intresse för barnens mentala och sociala utveckling. Den tid är förhoppningsvis förbi, när barnavårdscentral i allmänhetens ögon stod enbart för vägning och sprutor. Införandet av den allmänna 4-årskonrollen i mitten av 60-talet var enligt min mening på sitt sätt ett underbetyg åt ditills bedrivna barnavård. En hög standard på vården genomgående i alla förskoleåldrar skulle ha gjort extra-ordinära åtgärder i fyraårsåldern överflödiga. Tyvärr fanns det otvivelaktigt områden i landet där åtgärden var befogad, även om den i andra delar av landet endast i mycket liten omfattning, om alls, gav något nytt. Det goda förde den dock med sig att det tidigare minimala intresset från många huvudmäns sida helt plötsligt ökades markant med större resurstilldelning och inrättande av barnhälsovårdsöverläkartjänster som följd.

Under de cirka 40 år som gått sedan statsunder-

.....
*En förskjutning har ägt rum mot ökat intresse
för barnens mentala och sociala utveckling.*
.....

stödd mödravård infördes i detta land har en utveckling av då närmast oanade mått ägt rum. Så sent som på 50-talet var man på ansvarigt håll mera sysselsatt med tankar på indragning av tjänster för distriktsbarnmorskor än på förbättring av arbetet i förebyggande mödravård. Den omsvängning som under 60- och 70-talen ägt rum är därför så mycket mer glädjande. I stället för indragning har en utökning av antalet tjänster skett. Kvalitativt står vården på mödravårdscentralerna idag mycket högt och anslutningen från de blivande mödrarnas sida är så gott som hundra procentig.

På sjukvårdssidan är situationen förvisso också förändrad. Den tid är för länge sedan förbi när vak och husliga sysslor utgjorde arbetet. Modern sjukvårdsteknik, tidiga utskrivningar från sjukhus och ett ökat antal äldre, långtidssjuka och handikappade ställer stora krav på dagens välutbildade distriktssköterskor. Däremot saknar distriktssköterskan av i dag tyvärr alltför ofta det stöd gårdagens kollega hade, nämligen den trygghet som fanns i samarbetet med provinsialläkaren. Gemensamma hembesök företogs ofta, varför båda väl kände klientelet. I dag torde det knappast finnas någon, som så väl känner invånarna inom sitt distrikt som just distriktssköterskan. På landsbygden kan hon nog fortfarande många gånger karaktäriseras som läkare, sjuksköterska och präst i en person.

Under de senaste 20 åren har många förändringar på ont och gott ägt rum inom distriktsvården. Mottagningarna, som vanligen utgjordes av ett rum inom distriktssköterskans bostad med hennes tambur eller vardagsrum som väntrum, badrum som laboratorium för urinprover etc, kylskåp gemensamt för mat och medicin samt spisugnen som sterilisator har utbytt mot ändamålsenligt inredda och utrustade mottagningslokaler. Den oreglerade arbetstiden har blivit reglerad och schemalagd, cykeln som transportmedel är utbytt mot bil. Medhjälpare i

.....
Modern sjukvårdsteknik, tidiga utskrivningar från sjukhus och ett ökat antal äldre, långtidssjuka och handikappade ställer stora krav på dagens välutbildade distriktssköterskor.
.....

.....
Idag torde det knappast finnas någon som så väl känner invånarna inom sitt distrikt som just distriktssköterskan.
.....

form av sjukvårdsbiträden och undersköterskor vinner, ehuru långsamt, insteg i den öppna vården. Långtidsvården har byggts ut kraftigt.

Man skulle kunna frestas att dra den felaktiga slutsatsen, att distriktsvård i dag är ett ganska lätt och bekvämt arbete. Mot detta talar dock det faktum, att reglerad arbetstid och arbetstidsförkortningar genomförts i stort sett utan eller med minimala ökningar av antalet befattningshavare. Korta vårdtider och stängda vårdavdelningar ökar kraven på distriktsvårdens insatser, liksom ett ständigt stigande antal långtidssjuka och handikappade som vistas i sina egna hem. Nya arbetsuppgifter har tillkommit eller gamla ökat i antal. Barnavården omfattar barnen till skolåldern i stället för till två år. Mödravården står kvalitetsmässigt mycket högt och omfattar snart sagt 100% av klientelet. Preventivmedelsrådgivning, cytologprovtagning och föräldraundervisning har byggts ut eller håller på att byggas ut.

Framtidsförhoppning

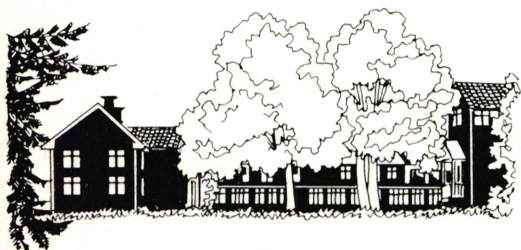
Trots den kraftiga utbyggnaden av sjukhemsvården utgör vården av långtidssjuka i hemmen en krävande del av distriktssköterskans arbete. Med större möjligheter till stöd av läkare, utökat antal medhjälpare och verklig i stället för skenbar ekonomisk hjälp till anhöriga samt större möjligheter till utökat antal hemsamarittimmar skulle den trygghet för patienter och anhöriga uppnås, som borde vara deras rättighet. I dag står distriktssköterskan dess värre ofta mycket ensam med de stora problem, som följer med vården av långtidssjuka, ej lättskötta patienter i hemmen.

Det finns dock fortfarande områden där distriktsvårdens kapacitet måste användas bättre och insatser i nya former måste till. Jag tänker på den öppna psykiatriska vården, alkoholist- och narkomanvården. Jag är övertygad om att med ett bättre utbyggt samarbete med kuratorer och psykologer, social-

vård och slutet vård distriktssköterskorna här skulle kunna göra en god insats.

Min önskan för den framtida distriktsvården är, att distriktssköterskan måtte tillåtas förbli den medmänniska bland människor, som dessvärre genom byråkrati, centralisering och specialisering blir alltmer sällsynt. Måtte unga distriktssköterskor kunna säga i likhet med den, som för några år sedan vid sin

övergång från kirurgisk sjukvård till distriktsvård tillfrågades om hon verkligen nu tänkte lämna sjukvården svarade: "Nej, jag går till patientvården". Och måtte den reflexion, som gjordes av en distriktssköterska som gått in i slutet vård för att friska upp sina kunskaper aldrig bli sann i distriktsvård: "Vart har sjuksköterskan tagit vägen? Här måste man vara sjukvårdsingenjör".



Rekreation, konvalescens

- Aktivering, rehabilitering av rörelsehindrade, konvalescenter och andra sjukdomsgrupper.
- Goda behandlingsresurser under ledning av läkare och kompetent sjukvårdspersonal.
- Stimulerande samvaro i traditionsrik bergslagsmiljö – anpassad till nutida krav på komfort och trivsel.
- Möjligheter till rekreation och motion, omväxlande lactovegetabilisk kost.

Nyhyttan
KURORT OCH ENSKILT SJUKHEM

LYFTPLATTOR

för rullstolsbundna

KJ-lyften med typgodkännande nr 201
LIFT lättskött enkel billig

Begär broschyr

NAMI Försäljning

Feglers gata 28 · 290 10 Tollarp

Tel. 0450-102 72 · Bost. 0450-107 26