SENIORERNA
Enabygden

Sjukvårdens historia

En kortfattad genomgång av hur sjuk-, åldrings- och fattigvård utvecklats i Sverige från äldsta tider till våra dagar

Stig Forshult, Lena Jensen



Socialstyrelsen
från 1813

Version 6
Enköping 2025-08-04

Sjuk- och hälsovårdens utveckling från äldsta tider till våra dagar

Innehåll		Sida
1.	Inledning	2
2.	Den neolitiska revolutionen	4
3.	Tidig sjukvård	5
4.	Medeltiden	7
5.	Modern tid	9
6.	Läkarvetenskapens utveckling	14
7.	Farmakologi	16
8.	Sjuksköterskor	17
9.	Barnafödande	19
10.	Äldreomsorg	20

Förord

Detta ämne är enormt och det tillgängliga grundmaterialet skulle kunna fylla åtskilliga bokvolymer. Texten på följande sidor är sålunda mest ett skummande på ytan som i bästa fall ändå kan ge en begränsad beskrivning av människans historia på Jorden följt av en översiktlig framställning av sjuk- och hälsovårdens utveckling i främst Sverige från medeltiden och framåt. Även fattigvården beskrivs kortfattat, eftersom samhället under långa tider i stort sett behandlade gamla, sjuka och fattiga som ett gemensamt kollektiv.

Källorna till denna text är för många för att kunna listas. Några bör ändå nämnas såsom flera artiklar i *Läkartidningen*, Svensk förvaltningshistoria av *Beata Losman* 2005, Sjuk- och hälsovårdshistoria av *Hans Högman* 2021, Läkekonstens historia av *Brian Ward* 2003, Enköpingshistoria av *Bernt Lundh,* Adelabladet 2017, Framtidens äldreboende, utredning av *SKL* 2018, Socialmedicinen i Sverige av *Claes-Göran Westrin* i Socialmedicinsk tidskrift 2010 samt Läkekonstens historia på historiesajten 2019, https://historiesajten.se/handelser2.asp?id=19, Stockholmskällan, https://stockholmskallan.stockholm.se/post/31593, och flera andra länkar på Internet, främst Wikipedia. Både Beata Losmans och Hans Högmans texter går att komma åt på Internet liksom Läkartidningen och andra källor.

StigF / Lena J.

1. Inledning

Arten människa, *Homo Sapiens*, har funnits på Jorden i mer än en kvarts miljon år, kanske ända upp emot 300 000 år. Sannolikt härstammar vi närmast från arten *Homo Heidelbergensis* som trots namnet levde i Afrika, åtminstone den gren som vi kommer från. Dessutom har minst två, sedan ca 30 000 år utdöda människoarter, under ganska lång tid levt parallellt med oss i Eurasien, nämligen *Homo Neandertalensis* och *Homo Denisova* samt möjligen även den småväxta *Homo floresiensis*. De förra var så nära släkt med oss att vi har kunnat få fertil avkomma. Eventuellt smälte arterna t.o.m. samman. Därför bär vi alla, utom afrikaner, några procent DNA från främst neandertalarna i våra gener, vilket har vissa effekter. Människor i Sydostasien och Australien har istället några procent gener från Denisova.[1]

Människans ursprung torde stå att finna på de sydafrikanska stäpperna. Där, främst i Kalahari, finns fortfarande *Sanfolket* som är så nära besläktade med de första människorna som vi nu kan komma. Vi borde därför kunna lära något av deras livsföring. De lever i sociala grupper om högst 50-100 personer. Av dessa ger sig varje dag något drygt tiotal ut på födosök och jakt. De samlar stora mängder vegetabilier som frukter, nötter, rötter men även annat ätbart som insekter, ägg, reptiler, fåglar och mindre däggdjur. Allt släpas hem och delas med hela gruppen. Den sociala samvaron är mycket viktig och ges stort utrymme, medan födosök och jakt kräver relativt lite tid och kraft. Någon gång får de fatt på en slagen antilop att ta med hem. Då passar de på att äta så mycket som möjligt, eftersom ingen vet när detta händer igen. Sanfolket är sålunda allätare, omnivorer, och äter mycket gärna energirikt kött.

Någon gång drev en klimatförändring våra förfäder österut mot kusten, vilket också innebar att födan blev mer animalisk, främst i form av fisk och skaldjur. Denna var energirik, vilket gjorde att hjärnan och huvudet fick utrymme att växa. Våra närmaste släktingar bland primaterna, schimpanser och bonoboer är i huvudsak herbivorer, dvs växtätare. De äter främst vegetabilier men, när tillfälle ges, sätter också de gärna i sig animalisk föda.

Så, för ungefär 70 000 år sedan utvandrade en grupp moderna människor från Afrika till Asien och Europa för att successivt spridas till alla världens hörn. Detta skedde under den senaste istiden, när havsnivån var cirka 120 m lägre än nu. Därför kunde folk ta sig fram över Bab-el-Mandeb vid Röda havets mynning, Berings sund och så småningom genom den indonesiska övärlden.

Under större den av människans liv på Jorden skedde inte någon avgörande kulturell utveckling. Någon gång under denna tid, troligen ganska tidigt, utvecklades emellertid talet, vilket måste ha varit en dramatisk förändring i vår förmåga till mellanmänsklig kommunikation. Sanfolket pratar t.ex. i stort sett oavbrutet, vilket visar på talets viktiga sociala betydelse.

Sanfolkets schamanistiska naturreligion, där även naturen är besjälad, kan även vara världens äldsta, upp emot 100 000 år eller mer. Intressant är att den liksom nutidens långt senare uppkomna världsreligioner är monoteistisk med en enda men sannolikt något annorlunda högre makt. Religionen innebar antagligen ett överlevnadsvärde i och med att den fick människorna att tillsammans sträva mot gemensamma mål, inte minst i svåra tider. Ensam är inte stark.

Vi vet inte när konst i form av grottmålningar och primitiv musik började utövas, men troligen hände detta för flera tiotusentals år sedan och sannolikt på olika platser oberoende av varandra. Världen äldsta kända grottmålning finns på den indonesiska ön Sulawesi och är minst 50 000 år gammal. De hittills äldsta i Europa, Spanien och Frankrike, är drygt ca 40 000 år gamla.

Det skrivna ordet har vi bättre koll på. Antagligen skapades de första kil-skriftstavlorna i Sumerien (Mesopotamien) och de första hieroglyferna på papyrus i Egypten för mer än 5000 år sedan. Det är inte omöjligt att de första kinesiska tecknen är nästan lika gamla. På västra halvklotet skapade Maya-folket ett eget skriftspråk, men i övrigt finns inte mycket sådant där. Någon skriftlig dokumentation över mänsklig verksamhet äldre än drygt 5000 år, vare sig det gäller sjukvård eller annat, finns sålunda inte. För att komma vidare måste vi gå till arkeologin.

De första människorna torde ha levt som samlare och jägare i relativt små grupper om något hundratal personer och någon äldste som inofficiell ledare. Några andra ägodelar än jaktvapen, kokkärl och så småningom enklare kläder hade de troligen inte och behövde inte heller. Vad de talade om på kvällarna runt lägerelden vet vi förstås inget om. Däremot är det sannolikt så att de på olika sätt hjälpte varandra vid jakt och skydd, se ovan.

Det finns en legend om att den banbrytande antropologen *Margaret Mead* (1901-78) fick en fråga om vad som kunde vara de första tecknen på civilisation i människans historia. Hon skulle då ha svarat att det var när vi tog hand om en medmänniska som hade skadat sig och därför inte kunde försörja sig själv. Bevis skulle finnas i form av läkta benbrott som den skadade aldrig själv kunde ha överlevt om inte medmänniskor försett honom/henne med mat och omvårdnad.[2]

Detta är en tilltalande historia, även om den inte är sann. Dessutom är omvårdnad inte en unikt mänsklig egenskap. Även vissa andra primater tar hand om i vart fall sina ungar och ibland även andra artfränder på detta sätt med mat och det finns exempel på sårbehandling med läkande växter hos bl.a. orangutanger. Ändå är det förstås så att omvårdnad i större skala av utbildade personer är unik för människor. Detta ska vi i det följande titta något närmare på.

2. **Den neolitiska revolutionen**

En viktig process, som för all framtid skulle komma att förändra människors levnadsvillkor, var den s.k. *neolitiska revolutionen*, de första agrara aktiviteterna. (Neolitikum är Yngre stenåldern eller Bondestenåldern. Den följde på Mesolitikum eller Jägarstenåldern.) Det var knappast fråga om någon revolution i bokstavlig mening, då den ägde rum på flera olika håll i världen under flera tusen år, cirka 10 000–12 000 år f.v.t. Till Skandinavien kom den betydlig senare, efter att inlandsisen till slut hade släppt sitt grepp för runt 10 000 år sedan. Under Neolitikum började människor successivt att odla jorden och hålla boskap, även om viss boskapsskötsel sannolikt tagit sin början något tidigare, varvid de blev bofasta. Detta kom också att innebära många andra ting, bl.a. folkökning och samhällsbygge, vilket var något helt nytt. Tidigare hade alla människor varit nomader och jägare och samlare som mer eller mindre levt ur hand i mun och i stort sett utan ägodelar.

Under jägartiden skötte sig varje enskild människogrupp helt själv och någon nämnvärd hierarki eller ekonomi behövdes inte. Sannolikt bråkade dessa sporadiskt med andra grupper, men det fanns ingen anledning för grupperna att organisera sig. Detta ändrades, när folk började bo i byar med gränser gentemot andra. Gränserna måste bevakas, vilket krävde att några personer i varje by tog på sig soldatroller. Soldaterna behövde befäl, varför varje by tvingades utse en ledare. Denne fick någon gång för sig att utmana andra byar och erövra dem. Nu bildades storbyar och sedan städer, varav *Jeriko* i Levanten och *Göbekli Tepe* i Anatolien[3] för knappt 10 000 år sedan lär vara världens äldsta. Ledaren blev kung och så har det fortsatt. Folk indelades i ledare och ledda samt i fattiga och rika. Inte sällan lierade sig den världsliga makten med den andliga, som växte sig allt starkare från knappt 4000 år sedan. Detta gjorde det enklare att hålla ordning, när makten kunde hota med gudomliga straff.

Ytterligare en specialisering skedde när samhällena blev större och det inte fanns plats för alla att odla jorden. Vissa människor blev istället hantverkare eller handelsmän och sålde sina tjänster till dem som ville och kunde betala. Under hand krävdes även andra tjänster av olika slag som läkare, jurister m.fl. För att sådant ska fungera krävs minst två ting: lagar samt en valuta. I praktiken tvingade detta även fram ett skriftspråk såväl för att kunna skriva som räkna. Hela denna utveckling tog naturligtvis lång tid, men för ca 5000–6000 år sedan (3000-4000 år f.v.t.)[4] hade ett samhälle liknande vårt vuxit fram. De första sådana flodkulturer bildades mellan Eufrat och Tigris i Mesopotamien (Sumerer m.fl.), vid Nilen i Egypten (Faraonerna), i Indusdalen (Harappa-kulturen) samt vid floden Hoang-ho i Kina (Xia-kulturen). Därifrån spred de sig successivt över allt större områden. Under hand uppkom fler liknande kulturer över stora delar av världen, främst på subtropiska breddgrader. Även på västra halvklotet skedde en motsvarande men mer begränsad utveckling.

3. Tidig sjukvård

Antagligen var sjukdomar relativt sällsynta på jägarstenåldern och spreds inte heller särskilt lätt mellan de små människogrupper som då fanns. I trångbodda jordbrukarsamhällen blev situationen en annan och epidemier gynnades av trängsel och begränsad hygien.

Antikens sjukvård kan delas in i två huvudgrupper: vård av skadade och vård av sjuka. Den förra kategorin rör behandling av skadade i krig och efter olyckor och involverar ofta kirurgi och amputation, medan den andra rör försök att bota sjukdomar av åtskilliga slag, vilket i många fall är en långt svårare uppgift. Kunskap om bakterier och virus har ju inte kommit förrän i modern tid. Förmågan att spjäla brutna lemmar förlorar sig däremot långt bak i tiden, kanske 15 000–20 000 år, åtminstone om brotten inte var öppna. Detsamma gäller förmågan att med senor sy ihop öppna sår och att stilla blod med råa köttstycken och honung som desinfektionsmedel. Olika typer av ganska avancerad kirurgi, t.o.m. trepanering av skallbenet, utvecklades successivt i bl.a. Egypten, där relativt sett mycket kunniga läkare som *Imhotep* verkade från runt 2600 år f.v.t. Samtidigt skedde en liknande men mer begränsad utveckling i Indien inom den s.k. ayurvediska medicinen.

Genom Alexander den stores fälttåg kom mycket av den egyptiska och ayurvediska kunskapen till Grekland, där den utvecklades vidare under flera hundra år av bl.a. *Hippokrates* (490–370 f.v.t.) och *Galenos* (129-216 v.t.). Sålunda beskrev *Dioskorides* (ca 40-90 v.t.) under det första århundradet av vår tideräkning detaljerat över 600 växter och andra naturprodukter samt deras medicinska användning. Denna katalog användes därefter i många hundra år. Kunskapen spreds även vidare till Västeuropa. Men efter Västroms fall år 476 stannade utvecklingen här av under cirka 1000 år, innan nya tankar åter fick fäste i och med *Renässansen* på 1400-talet.

Parallellt skedde emellertid en betydande utveckling av det medicinska kunnandet inom den muslimska världen, där *Bagdad* var kulturellt centrum under cirka 500 år tills mongolerna erövrade det *Abbasidiska* kalifatet 1258. Kalifatet i *Cordoba* på Iberiska halvön klarade sig undan erövringen och var under ett par hundra år islams kulturella centrum tills morerna kastades ut under *Reconquistan* som slutfördes med Granadas fall 1492. Från Cordoba finns tusenåriga beskrivningar om hur man kunde operera bort grumliga ögonlinser och därmed delvis ge äldre människor synen åter.

Under sin storhetstid översatte muslimerna stora delar av den antika grekiska medicinska och vetenskapliga litteraturen till arabiska som långt senare vidareöversattes till latin. Den blev därmed tillgänglig i västvärlden, trots att originalen försvunnit. Detta gjorde märkligt nog att den förkristna Aristoteliska

världsbilden och *Galenos* medicinska texter anammades av den katolska kyrkan. Kyrkan tog även till sig den persiske läkaren *Ibn Sinas* (Avicienna) (ca 980-1037 v.t.) medicinska skrifter, som *Medicinens Canon*, vilka tillsammans med Dioskorides lära om medicinalväxter blev rättesnören under medeltiden.

I och med *Renässansen* på 1400- och 1500-talen började det medicinska vetandet utvecklas i Europa igen i samband med allt fler vetenskapliga framsteg. Successivt lärde man sig mer om andningen, blodomloppet och nervsystemet m.m. Behandlingen av sjukdomar blev däremot inte mycket bättre, eftersom kunskap om bakterier och virus fortfarande saknades. *Humoralpatologins* (balans mellan kroppsvätskorna)[5] åderlåtning och fasta gjorde snarare de sjuka ännu sämre. Inte heller *signaturläran*, som företräddes av främst *Paracelsus* (1493-1541), hjälpte stort. Den föreskrev att växter som liknade olika kroppsorgan skulle kunna bota sjukdomar i dessa. Samtidigt fanns emellertid den äldre kunskapen från *Dioskorides* om medicinalväxter kvar, främst i klostren. Extrakt från olika växter kunde utan tvekan göra nytta, fast ingen visste riktigt varför. Även en del kemiska ämnen kunde erfarenhetsmässigt användas i enstaka fall men fortfarande famlade sig den medicinska vetenskapen fram.

4. Medeltiden

Redan under Antiken och i Romarriket fanns läkare och därmed begränsad sjukvårdshjälp att få, men praktiskt taget alla sjuka vårdades i hemmen. Ett undantag var personer som drabbats av *spetälska* (lepra), inte minst beskriven i Bibeln. Dessa försköts ur samhället och tvingades redan på 500-talet att bo på speciella spetälskehospital, även i Sverige från 1200-talet. Stockholms spetälskehospital öppnade 1278 men flyttades till Enköpings stiftshospital 1286-1438, också öppnat 1278. Emellertid innebar kristendomens successiva införande i samhället från 300-talet att människor skulle ta hand om sin nästa. Klosterväsendets framväxande var också en viktig faktor. Munkar och nunnor var ofta sjukvårdskunniga och i klosterträdgårdarna odlades medicinalväxter som man av erfarenhet hade lärt sig kunde bota vissa sjukdomar. Se ovan. Några sjukhus fanns ännu inte. Nunnornas bruk att kalla varandra för *systrar* lever kvar hos dagens sjuksköterskor.

De behandlingar som fanns byggde på de muslimska verk som nämnts tidigare. År 1180 gav emellertid den italienske läkaren ut sin beskrivning av kirurgin, *Practica Chirurgiae* som blev mycket spridd. Det är betecknande att denna skrift behandlade kirurgi, eftersom läkarna främst sågs som hantverkare.

Sverige som stat existerade inte förrän på 1200-talet.[6] Då fick vi en stark kungamakt som relativt kraftfullt styrde riket ihop med den katolska kyrkan. Samtidigt växte ståndssamhället och en gemensam krigsmakt fram, då infördes skatt, där kyrkan var först med sitt tionde, och då nedtecknades de första landskapslagarna. Dessa blev på 1350-talet till en riksgemensam svensk landslag och en stadslag. Staten tog knappast fullt ansvar för sina undersåtar men skaffade sig i samverkan med kyrkan och socknarna allt bättre kontroll och upprätthöll lag och ordning. I den mån någon fattig-, sjuk- eller åldringsvård över huvud taget existerade utöver familjen, var det kyrkan som skötte denna.

Mot slutet av medeltiden uppfördes successivt över hela Europa s.k. *helgeandshus* som var en typ av primitiva sjukhus. De drevs av helgeandsstiftelser, den *Helige Andes orden*, och tog hand om sjuka och gamla personer som inte kunde klara sig själva. De första svenska helgeandshusen byggdes i Visby och i Stockholm på Helgeandsholmen mot slutet av 1200-talet. Det senare revs ca 1604. Där ligger idag Sveriges Riksdag. Uppsalas helgeandshus stod klart redan 1302 vid Fyristorg. Det brann ned 1702. På helgeandshusen kunde de som hade råd köpa sig en plats för resten av livet, medan obemedlade fick bo fritt mot att de donerade sina få tillgångar till orden. Helgeandshus fanns endast i städerna. På landsbygden, där de allra flesta människor bodde, fick folk långt in på 1800-talet för sjuk- och åldringsvård förlita sig på sina barn och socknarnas kloka gummor och gubbar, vilket många gånger kunde vara en fördel i jämförelse med städernas trängsel och smuts.

Spetälskehospitalen låg vanligtvis utanför städerna. Sjukdomen fanns i Sverige ända in på 1900-talet, senast i Järvsö till 1943, men existerar nu inte längre här, då den effektivt kan behandlas med antibiotika. När behovet av hospitalen successivt minskade användes de till andra ändamål såsom enkla vårdanstalter för äldre, fattiga, handikappade och sjuka av alla de slag, vilka av samhället länge behandlades som en samlad grupp.

Hur skötte man då fattigvården i Sverige på medeltiden? Ja, i stort sett fanns ingen alls sådan förrän kristendomen tog över som allmän religion på 1100-talet. Prästerna skulle ju ha sitt tionde som gick till deras uppehälle och till kyrkorna men också en del till fattigvård. Även några s.k. tiggarmunksordnar som franciskaner, bl.a. i Enköping från 1250, och dominikaner deltog i fattigvården. De skulle själva vara egendomslösa och tigga ihop sin försörjning. Överskottet gick tillbaka till kyrkan och dess fattigvård.

Ännu tidigare såsom under vikingatid och tidig medeltid fanns i Sverige ofria trälar. (Se trilogin *Trägudars land* av Jan Fridegård.) De flesta trälar var krigsfångar, varav många hade tagits i Baltikum. Där bodde slaverna, varifrån beteckningen slavar om ofria människor kommer, även om trälar var den vanliga termen i Sverige. Den som inte klarade sig själv eller hade stora skulder, kunde t.o.m. sälja sig själv som träl. Trälen fick förstås arbeta för brödfödan men försörjdes av sin husbonde vars ägodel han var. I början på 1300-talet upphörde slaveriet i Sverige. Ända in på 1800-talet fanns emellertid slavar i den 1784-1878 svenska kolonin Saint-Barthélemy i Västindien.

Under medeltiden, ca 1350-51 drabbades Sverige av Digerdöden som dödade ungefär halva befolkningen, kanske ännu fler. Den slog totalt sönder den rådande ekonomiska ordningen, när hela byar blev folktomma och bristen på arbetskraft i jordbruket blev enorm. Efter Digerdöden kunde lantarbetare och andra ställa betydligt högre krav på ersättning än tidigare. All träldom upphörde och bondebefolkningens inflytande stärktes i relation till adeln. Sannolikt bidrog detta till att feodalismen aldrig fick fäste i Sverige eller i stora delar av övriga Västeuropa.

Sverige och Norge har sålunda aldrig haft någon feodalism med livegna bönder som tvingades arbeta åt markägaren och inte kunde flytta från sin herre. Sveriges fria bönder har varit en avgörande faktor i landets långa demokratiska och sociala utveckling. På kontinenten, främst i Östeuropa, men t.o.m. i Danmark fanns feodalismen kvar långt in i modern tid.

5. Modern tid

Fattigvård

Reformationen på 1500-talet innebar slutet för såväl helgeandshusen som klosterväsendet, vilket skapade en kännbar brist på omvårdnad av såväl sjuka som fattiga och gamla. Kyrkan förlorade stora delar av sina resurser, inte minst klostren, som drogs in till staten av Gustaf Vasa. Istället tvingades kyrksocknarna ta hand om främst fattig- och äldrevården. För sjukvården etablerades successivt ett fåtal statliga s.k. kronohospital såsom Vadstena hospital i Östergötland 1530 och Danviks hospital i Stockholm 1531. På 1600-talet föreskrev staten att alla städer skulle ha ett hospital. Sålunda invigdes Göteborgs hospital 1627, men Uppsala hade inget förrän 1811 och Enköping inget alls. Se vidare på sidan 12.

När många fattiga nu saknade försörjning och hjälp, ökade tiggeriet kraftigt. Därför började kyrkan utfärda tiggarpass beskrivet i Kyrkoordningen 1571. Den tiggande fick då en metallbricka och hade ofta en tiggarstav som visade på rättigheten att tigga. Under 1600-talet kom successivt åtskilliga bestämmelser som reglerade tiggeriet. Den första fattigvårdsförordningen 1642 lade ansvaret för fattigvården på socknarna och föreskrev att alla som av olika orsaker inte var arbetsföra skulle tas in på hospital eller fattigstuga, om de inte hade släktingar som kunde ta hand om dem. Arbetslöshet existerade inte eftersom allt tungt och manuellt jobb på landsbygden krävde obegränsat med arbetskraft. Från 1689 begränsades tiggeriet till den egna hemsocknen. I 1686 års kyrkolag bestämdes att socknarna även skulle bygga fattigstugor, även om inte många sådana kom till förrän ett stycke in på 1700-talet. Stockholms stad invigde sitt första fattighus på Sabbatsberg 1751.

I Enköping köptes i mitten på 1800-talet en mindre fastighet på Munksundet, kallad *Lustigkulla*, att användas som fattighus. Den blev emellertid snabbt för liten och var dåligt underhållen. Därför byggdes ett nytt fattighus på Galgvreten 1883. Inte heller detta räckte till, varför åtskilliga fattighjon, främst barn utackorderades till stadens borgare. Men behovet var alltid större än tillgången. Enköpings ålderdomshem Björkbacken, nu Ljunggården byggdes 1922.

I fattigdomsförordningen från 1763 skärptes socknarnas ansvar för fattigvården. Denna nu skulle bort från hospitalen som reserverades för sjuka. Socknarna var sedan indelningsverket[7] på 1600-talet indelade i rotar om 5-6 gårdar som tillsammans skulle hålla en soldat. Från 1837 fick rotarna även ansvar för att ta hand om enstaka fattiga personer som fick gå runt mellan gårdarna, där de fick mat och husrum mot att de hjälpte till med vad som kunde behövas. Eftersom alla fattiga nu kunde anses försörjda, förbjöds tiggeriet

1847. Den som ändå ertappades med att tigga kunde dömas för lösdriveri. Detta förbud gällde till 1964. Sedan dess är tiggeri tillåtet och lär så förbli.
År 1829 bodde totalt 5987 s.k. fattighjon i landets 1084 fattighus[8]. Av dessa var en majoritet, nära 80 % kvinnor, eller mer exakt änkor med barn. Om den familjeförsörjande mannen i ett äktenskap dog, vilket inte var ovanligt, hade den efterlevande kvinnan små möjligheter att försörja sig och sina barn. Då var fattighusen enda alternativet. Där blandades sålunda både barn och gamla med handikappade och sjuka.

Efter industrialiseringen på 1800-talet var det svårt att upprätthålla de gamla systemen med rotegång och inhysehjon. Allt fler bosatte sig i städerna, där inte samma möjligheter till hjälp fanns. Dessutom kunde man riskera att bli arbetslös, när något företag lades ner, vilket aldrig hände på landsbygden. Redan på 1700-talet och än mer på 1800-talet inrättades därför arbetshus, där arbetslösa kunde få både arbete och viss utbildning.

Ytterligare lagar och förordningar om vård av gamla och fattiga stiftades under 1800-talet och början av 1900-talet, såsom 1918 års relativt generösa fattigvårdslag. Då döptes fattigstugorna om till ålderdomshem, även om de inte enbart tog hand om äldre. Redan från 1863 hade emellertid de 1862 nyinrättade primärkommunerna tagit över ansvaret för fattigvården från kyrksocknarna, även om de kyrkliga församlingarna också var involverade.

1912 inrättades Socialstyrelsen som skulle ha överinseende över kommunernas fattigvård. För detta krävdes utbildade personer. Sveriges första socionomutbildning startade därför 1921 i Stockholm och successivt tillkom fler utbildningar. Dessa ges nu på Socialhögskolor eller universitet.

Sjukvård

I Sverige fanns i stort sett ingen sjukvård värd namnet förrän på 1700-talet, även om flera hospital hade öppnat under såväl 1500- som 1600-talen. De sysslade emellertid mest med förvaring av patienterna, medan den medicinska sjukvården särskilt den psykiatriska var rudimentär. På 1700-talet skildes slutligen fattigvård och sjukvård åt. Se ovan. Socknarna fick ansvar för den förra, medan den senare från början var statlig.

Under 1700-talet gled betydelsen av hospitalbegreppet under hand över till att betyda sinnessjukhus, medan den somatiska vården bedrevs på lasarett. På sinnessjukhus förvarades psykiskt sjuka människor, ibland under hela livet. Däremot fanns knappast någon terapi att få före slutet på 1700-talet, även om olika mer eller mindre underliga terapimetoder prövades långt in i vår tid som iskalla bad, slänggungor, elchocker och ännu värre behandlingar. Psykofarmaka kom inte förrän på 1900-talet.

Runt sekelskiftet 1800 började en ny teori om psykisk sjukdom att slå rot. Den kallades *animal magnetism* eller *mesmerism*[9] och gick ut på att ett magnetiskt fluidum strömmade genom rymden och även genom människorna. Om denna magnetism kom i olag inom kroppen blev patienten psykiskt sjuk. Läkaren kunde då behandla denna med magnetisering, hur det nu gick till, och suggestivt tal, vilket ganska ofta fungerade, om patienten fick förtroende för läkaren.

Senare under 1800-talet, när man insåg att något magnetiskt fluidum inte existerade, fortsatte läkarna ändå med samma behandlingsform, som successivt utvecklades till psykoterapi, ibland via hypnos. Psykiatrin blev en egen medicinsk specialitet vid mitten på 1800-talet, då den främst utövades på landets nio centralhospital som förlades till lugna och vackra omgivningar. Fortfarande var det mycket man inte förstod, även om behandlingen successivt blev allt bättre.

Från 1930-talet och ett par decennier framåt användes även lobotomi mot bl.a. schizofreni. Genom att skära av nervbanor mellan höger och vänster hjärnhalva blev patienten lugn, men blev samtidigt helt personlighetsförändrad. Tekniken sågs som ett stort framsteg, när den infördes, men anses idag vara ett kraftigt övergrepp på den enskilde. Lobotomi finns bl.a. beskriven i filmen *Gökboet*.

Formellt bytte inte hospitalen namn till sinnessjukhus förrän 1929, innan beteckningen 1958 ändrades till mentalsjukhus. Dessa var normalt statliga, men det fanns även enstaka kommunala som i Uppsala. Upsala hospitals- och lasarettsinrättning öppnade 1811 och blev 1861-1988 Ulleråkers sinnessjukhus. Det hade som mest över 1000 platser. I Göteborg var Lillhagens sjukhus under åren 1909-2006 också ett kommunalt sinnessjukhus med över 1000 platser, fast det låg utanför stadsgränsen. På 1990-talet lades alla mentalsjukhus ner för att ersättas av andra vårdformer såsom gruppboende, tills inte heller detta var tillräckligt modernt längre. Idag är psykiatrivården så långt möjligt helt individanpassad och patienterna bor ofta ute i samhället.

Numera hanteras psykiska sjukdomar samt sjukdomar som åtminstone delvis beror på sociala faktorer inom psykiatri och socialmedicinen. Den senare växte fram under 1800-talet i Tyskland och Frankrike och studerar människors hälsa och sjukdom i samspel med det omgivande samhället. Det har visat sig att det här finns ett stort ömsesidigt beroende.

Inom Sverige har utvecklingen varit betydligt långsammare och socialmedicin blev inte en egen specialitet förrän 1974. Den är till sin natur multidisciplinär och många patienter kräver behandling av specialister från olika medicinska områden, vilket är en särskild utmaning.

Sjukhus

Sveriges äldsta allmänna sjukhus är Akademiska sjukhuset i Uppsala. Det grundades 1708 och var från början främst undervisningssjukhus för Uppsala universitets läkarutbildning. Det hade därför i starten mycket få vårdplatser men dessa blev fler under hand. Landets andra sjukhus var Serafimerlasarettet i Stockholm som invigdes 1752 och drevs av Serafimerorden ända fram till 1937, då det förstatligades. Sjukhuset fanns sedan kvar till 1980. Serafimer-lasarettet var under lång tid undervisningssjukhus för Karolinska institutets läkarutbildning. Genom en donation av affärsmannen *Niclas Sahlgren* (1701-76) kunde Sahlgrenska sjukhuset öppna i Göteborg 1782.

Under 1700-talet utvecklades sjukhusvården i Sverige mycket kraftigt. Detta var ju smittkoppornas och rödsotens tid. Mot slutet av seklet fanns länslasarett i stort sett i hela landet, vanligen förenade med s.k. kurhus för veneriskt sjuka. Separata kurhus fanns i Göteborg från 1728 och i Stockholm något senare.

Stockholms första barnbördshus öppnade 1775. Flera sådana startade under hand i de större städerna under 1800-talet, medan de allra flesta födslar på landsbygden fortfarande skedde i hemmen.

År 1861 fanns sammanlagt 47 lasarett i Sveriges 24 län, dock inget i Enköping. Stadens lasarett invigdes på Munksundet först 1869, medan den nuvarande byggnaden på samma plats är från 1959. Under hand tog staten ett fastare grepp om vårdfrågorna i och med att Sundhetskollegium inrättades 1813. Det var en föregångare till Medicinalstyrelsen (1878), som 1968 slogs samman med Socialstyrelsen, vilken inrättats 1912.

År 1862 genomfördes en mycket omfattande omorganisation av det lokala styret i landet i och med att landstingen inrättades. Dessa s.k. sekundär-kommuner övertog ansvaret för hälso- och sjukvården från staten. Samtidigt avskaffades kyrksocknarna och ersattes av primärkommuner för de värdsliga frågorna, medan de nya församlingarna enbart fick ansvar för rent kyrkliga frågor. Fortfarande fanns dock starka band, som genom att kyrkoherdarna länge var självskrivna ordförande i kommunernas skolstyrelser.

Koleraepidemierna under 1800-talet liksom spanska sjukan 1918-20 tvingade i hela landet fram separata epidemisjukhus, även i Enköping från 1892. Det låg i en mindre byggnad bakom det nuvarande sjukhuset, men är numera rivet. Epidemisjukhusen låg normalt skilda från övriga lasarettsbyggnader, antingen i form av fristående byggnader eller i form av en flygel utan direkt åtkomst från huvudsjukhuset. Epidemisjukvården var som regel kommunal långt in på 1900-talet även om landstingen 1919 fick det formella ansvaret.

Förutom lasarett byggdes under andra halvan av 1800-talet och en tid in på 1900-talet över 80 sanatorier för vård av patienter sjuka i *tuberkulos*. Många av dessa var mycket stora, nästan som egna samhällen. De placerades som regel långt från större orter, gärna högt, i skogen eller i havsbandet för att luften där skulle vara välgörande för de sjuka. Dessa blev knappast botade men fick ändå en något behagligare tillvaro. Uppsala läns sanatorium låg i Vattholma från 1906 till 1958. På denna tid tog tuberkulos många liv, men efter att vaccinering startat på 1920-talet och *streptomycinet* kom på 1940-talet är sjukdomen nu i stort sett utrotad i Sverige och alla sanatorier nedlagda eller har fått andra användningsområden, bl.a. som konvalescenthem.

6. Läkarvetenskapens utveckling

Under större delen av människans historia har läkarvetenskapen för det mesta famlat i blindo när det gäller behandling av sjukdomar. Inte sällan sågs dessa som verk av onda andar eller Guds straff, även om böner och botgörelse sällan hjälpte. Emellertid har människor sedan många tusen år lärt sig att vissa växter är giftiga, medan andra är nyttiga att äta och att några faktiskt kan användas för att bota sjukdomar eller lindra smärta. (Se sidan 5.) Dessa har därför sedan mycket länge använts i terapeutiskt syfte. Typexempel kan vara *kinin* mot malaria, *kokain* och *opium* mot smärta och honung och spindelväv och även sprit för att förhindra sårinfektion. Varför sådant fungerade hade läkarna däremot ingen aning om. Kunskap om bakterier och virus samt hur sjukdomar kunde smitta kom först på 1800- och 1900-talen.

Något som varit känt i flera hundra år är emellertid variolisation. Detta användes främst som skydd mot smittkoppor, *variola*. Genom att ta ytterst lite sekret från en koppa på en smittkoppssjuk och överföra detta till en frisk person, kunde man få denne att bli immun mot smittkoppor. Förfarandet var emellertid mycket riskfullt och det var inte ovanligt att den varioliserade blev sjuk och kanske t.o.m. dog i smittkoppor. Inte förrän 1796, när *Edward Jenner* (1749-1823) använde sekret från ofarliga kokoppor fungerade processen säkert och principen för vaccinering var uppfunnen. Smittkoppsvaccin fungerar även mot *mpox* (apkoppor)[10]. Numera är smittkoppsviruset utrotat. Även mot många andra sjukdomar finns nu effektiva vaccin.

På 1800-talet skedde många viktiga upptäckter inom medicinen. En av dessa var att sjukdomar kunde smitta, dvs överföras mellan olika människor genom fysisk kontakt eller via luft och vatten, där *John Snows* (1813-58) upptäckt 1854 att kolera smittade via vatten i en londonbrunn är klassisk. En annan var att smittan i stor utsträckning kunde förhindras med hjälp av god hygien och att viktiga smittämneb var bakterier av olika slag som endast kunde ses i mikroskop. En av de första bakterierna att påvisas var tuberkelbakterien 1882 av *Robert Koch* (1843-1910). Vikten av god hygien i sjukvården tog märkligt nog flera decennier, innan den accepterades.

Ett praktiskt men viktigt diagnosinstrument är stetoskopet som i sin enkelhet gjorde att både hjärt- och lungljud kunde avlyssnas av läkaren. Det första stetoskopet lanserades av den franske läkaren René Laënnec 1819. Det bestod bara av ett hoprullat pappersark, vars ena öppning läkaren placerade på patientens bröst och den andra mot sitt eget öra. Senare användes enkla trärör, medan moderna stetoskop består av en Y-formad slang med två hörselproppar och en liten tratt att placera på patientens bröst eller rygg.

Under 1900-talet har den medicinska kunskapen fortsatt att utvecklas i en rasande fart. I början på seklet insåg man att sjukdomar förutom av bakterier även kunde bero på virus som är ännu mycket mindre än bakterier. Dessutom upptäcktes antibiotikan *penicillin* 1928 av *Alexander Fleming* (1881-1955) och *streptomycin* 1944 av *Selman Waksman* (1888-1973), vilka helt har revolutionerat infektionssjukvården. Nu hade man motmedel mot ett mycket stort antal sjukdomar, även om på senare tid antibiotikaresistensen inneburit växande bekymmer[11]. Nya motmedel är på väg men det verkar vara en bit kvar innan de kan användas kliniskt.

På 1900-talet upptäcktes även bristsjukdomar och hur de kunde åtgärdas. Det gällde sådant som vitamin av olika slag liksom hormonbrist, där insulin och tyroxin var de vanligaste. Detta visade även på kostens betydelse för vårt välbefinnande. En allsidig kost är bäst för de flesta människor. Några extra tillskott behöver vi sällan. Vi kan jämföra med sanfolkets mycket varierade diet från såväl växt- som djurriket. Den brukar kallas stenålderskost[12] och består av i huvudsak av grönsaker, magert kött, fisk, fågel, ägg, skaldjur, frön, nötter, olja och frukter. Däremot innehåller den inte spannmål (bröd, gröt och pasta), mjölk, raffinerat socker eller tillsatt salt, vilka till stor del kom in i vår kosthållning i samband med den neolitiska revolutionen. I Sverige fanns i stort sett inget socker förrän på 1500-talet, då importerat rörsocker successivt ersatte honung som sötningsmedel[13]. De flesta människor i världen förutom vi i Nordeuropa tål inte mjölk på grund av sin laktosintolerans. Att vi utvecklat förmågan att dricka mjölk har sannolikt varit en överlevnadsfråga i ett kallt klimat med brist på mat under stora delar av året.

Antibiotika och anestesi, smärtstillande och narkos, är i praktiken helt avgörande för att läkarna över huvud taget ska kunna genomföra avancerade operationer. Knappt något av detta var möjligt under 1800-talet eller tidigare. Ytterligare ett väsentligt hjälpmedel som kom 1895 var diagnos med hjälp av röntgen. Många fler diagnosmetoder har sedan införts under hand såsom ultraljud, magnetkamera och PET-kamera samt kemisk analys av blod och urin m.fl.

Läkarutbildning

På 1700-talet utbildades läkare vid Uppsala universitet, Karolinska institutet samt i begränsad utsträckning även vid Lunds universitet som invigts 1666 efter freden i Roskilde 1658. Merparten läkare utbildades på denna tid för anställning som fältskärer inom krigsmakten. När de flesta krig successivt upphörde från 1700-talet och framåt, talet anställdes läkarna däremot främst vid länslasaretten men även inom den öppna sjukvården som växte kraftigt under 1700- och 1800-talen. Dessa s.k. provinsialläkare var statligt anställda och fanns med tiden över hela landet.

Istället för att ta hand om krigsskadade, som t.ex. Ernst Westerlund gjorde som fältläkare under dansk-tyska kriget 1864, fick provinsialläkarna ta hand om det civila livets sjuklighet. Även denna var emellertid under lång tid påverkad av alla krig som skapade svåra trauman genom stora mänskliga förluster (de flesta indelta soldater kom aldrig hem igen) och gav upphov till såväl psykiska som sociala problem även i det civila samhället. Detta hade provinsialläkarna varken erfarenhet av eller var utbildade för. Det skulle ta lång tid innan psykiatri och socialmedicin etablerades i Sverige. Se sidan 11.

Från 1890 skulle i varje län finnas en förste provinsialläkare som utövade tillsyn över länets hälso- och sjukvård. 1963 tog landstingen över ansvaret för provinsialläkarna som nu benämndes distriktsläkare. Från 1980-talet arbetar distriktsläkarna i primärvården som organiseras av landstingen, nu regionerna. Göteborgs läkarutbildning startade först 1940, Umeå 1958 och Linköping 1986. Numera finns sålunda läkarutbildning vid sex svenska lärosäten.

I många städer, särskilt de större fanns redan på 1600-talet kommunala stadsläkare. Ernst Westerlund (1839-1924) var stadsläkare i Enköping åren 1868-86, då han efterträddes av sin svåger Thore Floderus. Därefter var Westerlund privatpraktiserande läkare i staden. Sådana finns fortfarande och har oftast avtal med regionerna, medan systemet med stadsläkare har upphört. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 får kommunerna inte ens längre anställa läkare för sjukvårdsuppgifter, vilket många gånger upplevs som en brist, inte minst inom äldrevården.

På stadsläkarnas tid långt in mot mitten på 1900-talet kunde den, som kände sig sjuk, kliva in i stads- eller provinsialläkarens väntrum, vanligen under förmiddagen, och så småningom bli undersökt. Eftermiddagarna var reserverade för läkarbesök i hem och sjukstugor. Läkarnas hembesök upphörde successivt. Istället tvingas de sjuka att ta sig till akutmottagningarna som är öppna dygnet runt. Numera finns, åtminstone i Uppsala region, också mobila närvårdteam som vid behov kan åka hem till patienterna. Man får då ringa 1177 eller eventuellt 112 vid akuta besvär och beskriva sina behov.

7. Farmakologi

Som nämnts ovan har olika växter och växtextrakt använts i medicinsk terapi under flera tusen år. Med ökande kemisk kunskap har det successivt gått att renframställa olika verksamma substanser och senare tillverka dessa syntetiskt. Genom att något modifiera molekylerna har man även kunnat förstärka deras verkan och minska olika biverkningar. I praktiken har mycket av detta arbete skett i form av *trial & error*, även på läkemedelsföretagen, men med successivt ökad kunskap och inte minst med hjälp av allt kraftfullare datorer och analysinstrument har man under hand kunnat arbeta mer målmedvetet.

Numera finns sålunda en stor mängd läkemedel att sätta in mot allt fler sjukdomar av olika slag. Det gäller såväl infektionssjukdomar orsakade av bakterier och virus som diverse bristsjukdomar som diabetes och vitaminbrist samt åldersrelaterade sjukdomar som högt blodtryck. Här finns emellertid mycket kvar att göra, även om incidenterna av stroke och infarkt har minskat.

En mycket viktig gren inom farmakologin är vaccinering som nämnts tidigare. För vad kan väl vara bättre än att stoppa en sjukdom redan innan den har brutit ut. För äldre personer, som riskerar att bli svårt sjuka, är det extra viktigt att vaccinera sig mot pneumokocker (lunginflammation) och säsonginfluensa samt numera även mot covid-19 och RS-virus. För den som vistas mycket i skog och mark är TBE-vaccin nödvändigt. Kolla med ditt apotek.

Idag finns vaccin mot en stor mängd sjukdomar, dock inte mot alla. Vaccin är extra viktiga mot virussjukdomar som ju inte antibiotika biter på. Tack vare mångårig vaccinering, främst av barn, har flera svåra sjukdomar som *polio*, *difteri* och *tuberkulos* försvunnit från Sverige, även om de ibland kommer tillbaka med invandrare. Då saknar vi många gånger immunskydd mot dem. Därför är det mycket viktigt att vaccinera sig vid utrikes resor.

Något som däremot sällan har något större värde är s.k. kosttillskott. Försäljning av sådana är idag en miljardindustri som lovar runt men oftast håller tunt. Detta betyder inte att kosttillskott alltid är dåliga, men effekten är oftast betydligt mer placebo än verklig. De allra flesta människor, som äter en varierad kost, behöver inga som helst kosttillskott. Vid hög ålder kan enstaka sådana som vitamin B12 och D göra nytta, om man har en bevisad brist.

Annonseringen för kosttillskott, inte minst på sociala medier som Facebook, är ofta aggressiv med uttalanden av lyckliga användare som säger sig ha blivit botade från både det ena och det andra. Det är naturligtvis inte fel att äta sådant som vi tycker oss må bra av, men tänk gärna två gånger innan du köper dyra piller som sannolikt berikar säljaren betydligt mer än de hjälper dig.

8. Sjuksköterskor

Inte förrän mot slutet av 1800-talet anställdes sjuksköterskor av landstingen och de större kommunerna för arbete på lasaretten. Från 1920-talet fanns även distriktssjuksköterskor med uppgift att förbättra sjukvården och hygienen på landsbygden. Länge skedde utbildningen av sjuksköterskor på internat, där eleverna sålunda bodde under hela studietiden. De tidigaste utbildningarna startade 1867 vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, 1884 vid det privata Sophiahemmet (efter drottning Sophia, Oscar II:s gemål) och år 1891 vid Röda Korsets sjuksköterskehem i Stockholm. Successivt inrättade under 1900-talet de flesta landsting utbildning av sjuksköterskor. Först var Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm 1911 och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg 1912, men här hade sjuksköterskor mer informellt internutbildats flera decennier tidigare. Under lång tid skedde huvuddelen av sjuksköterskeutbildningen vid landstingens vårdskolor som senare på de flesta håll uppgick i universitet eller lokala högskolor. Sjuksköterskor utbildade på någon av de tre först nämnda skolorna ovan åtnjöt länge en betydligt högre status än övriga.

Sjuksköterskornas inträde i sjukvården var inget mindre än en revolution efter brittisk förebild. Det är troligt att *Florence Nightingales* (1820-1910) stora insatser under Krimkriget 1863-65 var en inspirerande faktor. Nu kunde patienterna förutom konkret behandling för sina krämpor även få vård och omvårdnad. Detta kan vara väl så viktigt som läkarnas insatser för att patienten ska tillfriskna. En sjuk person behöver oftast hjälp med mycket mer än att ta sina mediciner, inte minst personlig hygien, för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar m.m. Visst hade olika omfattning av omvårdnad funnits även tidigare men oftast av mycket varierande kvalitet. Som nämnts tidigare är beteckningen sjuksyster en kvarleva från de nunnor som verkade på de medeltida helgeandshusen och som kallade varandra för systrar.

Under 1900-talet höjdes successivt sjuksköterskornas kompetens. Utbildningen ligger idag på högskolenivå och kan även byggas på med både specialisering och forskarutbildning. Sjuksköterskorna har därför kunnat ta på sig alltmer krävande uppgifter, inte minst efter fördjupning inom olika grenar av vården som distriktssköterska, i psykiatri, geriatrik eller operations-, anestesi- och intensivvård m.fl. Några av specialiseringarna har gett upphov till egna yrken som medicinska assistenter inom klinisk kemi, bakteriologi, patologi, röntgen m.m., numera benämnda biomedicinska analytiker. Senare har ytterligare yrkesgrupper tillkommit som fysioterapeuter (sjukgymnaster), arbetsterapeuter, nutritionister etc. För den allt mer tekniskt avancerade sjukvården med datortomografer, magnetkameror analys av blod- och urinprov och liknande krävs även ingenjörer, sjukhusfysiker och kemister m.fl.

Barnmorskor

Barnmorskeutbildningen är mycket äldre än tillkomsten av sjuksköterskor. Barnmorskorna kallades från början jordegummor och var oftast självlärda, vanligen efter att ha praktiserat som lärling hos en etablerad barnmorska. Från 1686 krävdes emellertid i Stockholm examinering av barnmorskor inför en stadsläkare, vilket ytterligare skärptes 1711, då barnmorskeyrket blev en del av skråväsendet. Under hand kunde barnmorskeelever praktisera på såväl Serafimerlasarettet som på Sahlgrenska sjukhuset samt på Allmänna barnbördshuset som öppnade 1775. Redan 1776 startade emellertid Stockholms barnmorskeläroanstalt som var aktiv ända till 1969.

Från början var sålunda utbildningen av barnmorskor helt fristående från annan medicinsk utbildning. Från 1953 krävs emellertid först genomgången sjuksköterskeutbildning och sedan en ettårig specialisering i obstetrik och gynekologi som ger legitimation som barnmorska. Numera sker utbildningen till barnmorska på kommunala vårdhögskolor eller statliga högskolor och universitet.

I och med att sjuksköterskorna under hand tog över alltmer avancerade vårduppgifter, skapades utrymme för ytterligare personalgrupper inom vården såsom undersköterskor och vårdbiträden. Några undersköterskor fanns knappast före andra världskriget. Numera utbildas dessa vid gymnasieskolornas treåriga vårdprogram och ges en betydande kompetens, medan vårdbiträdena har en kortare utbildning, normalt ett år inklusive praktik.

9. Barnafödande

Inga andra däggdjur än människor går på två ben (utom kängurur), även om bl.a. gorillor tillfälligt kan göra så. Tvåbentheten måste därför ha inneburit en evolutionsmässig fördel i kampen för tillvaron, kanske genom att vi därigenom blev mer uthålliga löpare eller att vi kunde se längre och få bättre överblick över fiender och jaktbart vilt.

Tvåbentheten kom dock med en kostnad liksom våra stora hjärnor och därmed huvuden, även hos foster. Dessa innebär att det är mycket besvärligare för kvinnor att föda barn än för honorna hos andra primater som har betydligt bredare bäcken och föder ungar med långsmala huvuden. Mänskliga spädbarn är dessutom mer ofärdiga än de flesta andra djurungar. Att föda barn är visserligen en naturlig process, men barnadödligheten var tidigare mycket hög (ca 20 % år 1800) och även mödradödligheten. Genom att föda på barnbördshus eller kvinnokliniker, efter att läkarna förstått vikten av hygien, har dödligheten sänkts radikalt och är numera mycket låg, åtminstone i Sverige (ca 0,3 %)[14].

En normal graviditet pågår i ca 40 veckor, men även 39-37 veckor anses i praktiken normalt. Det händer emellertid att födseln sker betydligt tidigare än så. Numera kan sjukvården i de flesta fall rädda barn som föds så tidigt som i vecka 22. Dessa barn behöver alltid vård under flera veckor på en neonatalavdelning, främst för att få igång en naturlig andning, eftersom deras lungor inte är fullt utvecklade. Barn födda vecka 34-36 behöver däremot oftast bara vård en kortare tid. De mycket för tidigt födda barn, som räddas till livet, fungerar i de flesta fall helt normalt, även om deras utveckling ibland kan gå något långsammare. Skulle inte andningen komma igång ordentligt, finns emellertid risk för hjärnskador hos de allra mest för tidigt födda.

Hemförlossningar går också i allmänhet bra, men man måste ändå inse att de innebär en betydligt större risk än att föda på sjukhus, särskilt om någon komplikation skulle tillstöta.

10. Äldreomsorg i modern tid

Som nämnts ovan behandlades under lång tid sjuka, fattiga och äldre personer på ungefär samma sätt trots att gruppen kunde vara mycket heterogen. De, som levde på landet, fick ofta hjälp av yngre släktingar. Man fick bo i undantagsstugor eller backstugor och överleva så gott man kunde. Från 1700-talet växte sjukvården kraftigt såväl i volym som kvalitet, främst i städerna, medan äldreomsorgen fortfarande var mycket bristfällig.

Under 1800-talet ökade Sveriges befolkning mycket kraftigt när antalet medborgare mer än fördubblades från cirka två till runt fem miljoner, inte minst blev antalet äldre många fler. Några orsaker till detta är att Sverige inte har utkämpat några krig sedan 1809 och att man lyckades bekämpa två stora folksjukdomar som smittkoppor och kolera. Följderna blev brist på mat med både svält och utvandring av närmare en miljon svenskar, mest unga personer, inte minst efter missväxtåren på 1860-talet. Vad skulle man göra?

För att hjälpligt klara äldreomsorgen byggde de flesta socknar, från 1863 Sveriges 2453 kommuner, varav 88 städer och 7 köpingar, ett större antal fattigstugor, där de äldre och fattiga kunde bo och få begränsad hjälp. Efter att fattigvårdslagen antagits 1918, bytte fattigstugorna namn till ålderdomshem. Några nya sådana byggdes också, i Enköping skedde detta 1922, inte sällan stora byggnader med små rum som skulle samla åtskilliga äldre personer från större områden, vilket sannolikt var ett sätt att sänka kostnaderna.

På 1920-talet byggdes rätt många relativt små egna hem i Sverige, inte minst i regi av HSB som grundades 1923. Detta gynnade även de äldre som med lite tur kunde flytta in i ett litet pensionärshem. Detta var billiga enrumslägenheter med kokvrå, toalett och delat badrum. Tyvärr var även pensionärshemmen för dyra för många, vilket något ändrades när folkpensionen infördes 1948 och ATP från 1963. Den tidigaste allmänna pensionen om 225 kr per år från 1913 räckte inte långt, även om det var ganska vanligt att tjänstemän redan då hade en mindre tjänstepension.

Under 1900-talet fortsatte Sveriges folkmängd att öka till 7 miljoner år 1950 och 9 miljoner år 2000 och blev ännu äldre, ca 20 % var år 2000 över 65 år, vilket satte ytterligare press på äldreomsorgen. Och ökningen fortsatte. Därför beslutade Riksdagen 1947 att bygga ännu fler och ännu större ålderdomshem. Detta beslut fick emellertid mycket kritik, bl.a. av Ivar Lo Johansson 1949, på grund av äldrevårdens låga kvalitet. Efter åldringsvårdsutredningen 1952 genomfördes en lagändring, varefter kommunal äldreomsorg i eget hem, hemvård, successivt infördes från 1950-talet. Här var Uppsala tidigt ute, delvis med hjälp av Röda Korset. Denna princip har fortsatt ända till idag, även om kommunerna har svårt att hinna ta hand om det ökande antalet äldre.

Tidigast när de äldre över huvud taget inte klarar sig alls längre i det egna hemmet, kan de få flytta till s.k. särskilda boenden, där omvårdnad finns tillgänglig dygnet runt liksom även social gemenskap. Tyvärr kommer åtskilliga äldre alltför sent till dessa särskilda boenden, där de många gånger inte överlever mer än några månader och kan därmed inte dra nytta av dess service. Därför har hemtjänsten vuxit kraftigt, men ändå inte riktigt hunnit med det hela tiden ökande behovet, när de äldre blir allt fler, vilket fortfarande gäller. År 2024 är 21 % av svenskarna över 65 år.

1992 infördes så *Ädelreformen*. Med denna fick kommunerna det samlade ansvaret för äldrevården och den långvariga somatiska vården, medan landstingen enbart skulle ägna sig åt sjukvård. Detta verkar både rationellt och bra, men ändå finns det hela tiden personer som systemet inte tar hand om. Det gäller främst de som av sjukhusen anses vara färdigbehandlade men ändå inte är friska nog att klara sig själva hemma, inte ens med äldreomsorg i hemmet. De faller mellan stolarna och där tar varken kommuner eller landsting, numera regioner, fullt ansvar. Därför hamnar många äldre, som inte kan skickas hem, under en kortare period på någon form av rehabavdelning, innan de skickas hem. Enköping har ett system med *säker hemgång* som ska förbereda patienten på att så långt möjligt klara sig själv. Under tiden utreds personens behov av utökad hemtjänst eller plats på särskilt boende.

Hemtjänst av olika slag riskerar tyvärr också att innebära ofrivillig ensamhet för personer som inte har möjlighet att komma utanför hemmets väggar utan hjälp. Att bo hemma så länge som möjligt kan förvisso innebära en viktig trygghet, men medför samtidigt i många fall att kontakter med andra människor blir kraftigt lidande. Då kanske särskilt boende eller olika typer av gruppboenden trots allt är bättre. Alla människor har inte exakt samma behov.

Sjukhusen har under lång tid successivt minskat antalet vårdplatser. Mer och mer ska i första hand skötas via öppenvården eller med hjälp av ”lasarettsanknuten hemsjukvård”. Detta låter positivt och är också så i många fall, men inte heller denna variant passar riktigt alla. Större flexibilitet krävs.

År 2009 kom nästa stora reform ”*Lagen om valfrihetssystem*”, LOV. Med denna fick de äldre möjlighet att välja vårdgivare, varför åtskilliga privata företag startade och erbjöd sina omvårdnadstjänster. Dessa har omfattat såväl hemtjänst som vård på särskilda boenden. Valfriheten har inneburit ett visst nytänkande och en mycket större variation i äldrevården, vilket är positivt, även om kommunerna fortfarande har ansvaret och står för kostnaderna. Kommunernas politiker är även skyldiga att kontrollera så att såväl den privata som den kommunala vården håller hög kvalitet. Sedan två omvårdnadsföretag i Enköping stängts av kommunen under 2024 på oklara grunder finns här inte längre några alternativ till kommunal omvårdnad.

Frågan är vad man ska göra åt den resursbrist som alltid verkar plåga äldrevården. Hur få fler personer att vilja arbeta inom hemtjänsten? Kan möjligen larm, övervakningskameror och andra tekniska och digitala hjälpmedel, inte minst i hemmen, spara mänskliga resurser så att fler händer blir tillgängliga, där de verkligen behövs. De försök som gjorts hittills, är för det mesta positiva och synes inte alls upplevas så integritetskränkande som befarats, snarare tvärtom. Nattliga hembesök verkar däremot vara betydligt mer störande.

På senare tid har tyvärr vedervärdiga övergrepp på försvarslösa äldre, främst kvinnor, skett av kommunal vårdpersonal, t.o.m. våldtäkter. Även stölder har inträffat. Detta är naturligtvis fullständigt oacceptabelt och ingen möda får sparas för att få stopp på dessa övergrepp. Det är inte säkert att utdrag ur belastningsregistret räcker, men det är rimligen det minsta man kan begära. I praktiken är det sannolikt nödvändigt att förhindra att manlig vårdpersonal anlitas för att ensamma sköta äldre kvinnors intima hygien. De allra flesta omvårdare är sannolikt både skötsamma och hederliga, men bara risken för övergrepp borde leda till betydligt strängare rutiner.

En boendeform som har diskuterats under lång tid, men där väldigt lite verkar hända är olika former av *trygghetsboenden* som från 2008 åtnjuter vissa statsbidrag. Några få sådana finns i landet, främst i storstäderna. I Enköping finns ett trygghetsboende i privat regi på Älvdansen. De har mindre lägenheter för en eller två personer och kräver f.n. en lägsta ålder på 70 år. S.k. *seniorboenden*, som inte får statsbidrag, har en liknade konstruktion, men de har normalt en lägre åldersgräns, vanligen 55 år. I båda varianterna får man ställa sig i bostadskö och själv hyra eller köpa sin lägenhet utan något biståndsbeslut från kommunen, vilket krävs på *särskilda boenden*.

I trygghetsboenden kan man sålunda sköta sig helt själv, men där ska finnas en bovärd och service av olika slag tillgänglig vid vissa tider. Det kan, förutom olika former av sjuk- och hälsovård, åtminstone några dagar i veckan, gälla sådant som gemensamhetsutrymmen, middagsmat, inköp, städning, tvätt m.m. mot avgift. Eventuellt skulle i samma byggnad eller i närheten även kunna finnas frisör, café och kanske en minibutik eller kiosk. Seniorboenden har vanligen en mer begränsad service.

Ett problem med dessa boendeformer är att de ofta blir dyra, eftersom service och gemensamhetsutrymmen måste finnas till hands vare sig de används eller inte. Trots detta är de möjligen billigare än särskilda boenden. Samtidigt torde detta sätt att bo sannolikt passa mycket bra för ganska många. Utan en drivande opinion och efterfrågan torde emellertid inte mycket komma att hända.

StigF, Lena Jensen

[1] Relativt nyligen har antropologer funnit rester av flera miljoner år gamla förmänniskor, hominider, i Turkiet. Detta skulle kunna innebära att människor utvecklades i Europa och inte i Afrika. Fortfarande är emellertid mycket av detta oklart och fler bevis behöver komma fram.

[2] Se Gideon Lasco i *Antropology Magazine* 22 juni 2022

[3] Levanten är östra Medelhavskusten och Anatolien ungefär nuvarande Turkiet.

[4] F.v.t. står för ”före vår tid” som i praktiken är detsamma som f.Kr., ”före Kristus” eller A.D., *Anno Domini* (Herrens år). Eftersom man inte vet när Jesus föddes är f.v.t. en mer neutral beteckning.

[5] De fyra kroppsvätskorna, som skulle vara i någon form av balans, var blod, slem, gul galla och svart galla.

[6] Birger Jarl var just jarl (1248-66) och inte kung, men var ändå den som skapade det svenska riket vid mitten av 1200-talet. Två av hans söner blev kungar, Valdemar (1250-75) och Magnus (Ladulås) 1275-90).

[7] Indelningsverket inrättades av Karl XI 1682 och bibehölls till 1901, när värnplikt infördes.

[8] Ett stort antal socknar hade fattigstugor men långt ifrån alla. Det borde sålunda funnits någon tidig fattigstuga i Enköping. Den har vi inte funnit men väl en i Altuna och ett större i Örsundsbro.

[9] Under 1700-talet utvecklades naturvetenskapen och bl.a. magnetism kom i ropet. Detta tog den österrikiske läkaren Franz Anton Mesmer fasta på och försökte överföra till medicinen. Han antog 1779 att det skulle finnas en kontakt mellan astronomi och den mänskliga kroppen förmedlad via *animal magnetism*. Då fordrades balans i denna kontakt ungefär som med fyrsaftsläran. Genom att på olika sätt med subtil beröring ”magnetisera” sina patienter försökte han bota dem, även om det i praktiken var fråga om suggestion.

[10] Även barnsjukdomen vattkoppor hör till samma virusfamilj. De flesta barn drabbas av denna sjukdom i tidig ålder, men den ger inte som smittkoppor upphov till ärr. Däremot kan den på äldre dagar återkomma som mycket smärtsam bältros (helveteseld). Mot bältros finns vaccin för ca 4000 kr.

[11] Redan avlider varje år några hundra svenskar och världen runt flera miljoner människor i bakterieinfektioner som inga antibiotika biter på.

[12] Stenålderskost kallas även paleolitisk kost, där Paleolitikum är den äldre stenåldern fram till för ca 12-15 000 år sedan före den neolitiska revolutionen, då grödor började odlas. Se bl.a. ”http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=1516”

[13] Honung innehåller antibiotika, vilket förhindrade muninfektioner samt hål i tänderna.

[14] Innan man förstod vikten av hygien var dödligheten t.o.m. större på barnbördshusen än hemma.