

Människans historia

Med koncentration på vård och omsorg

241013

Innehåll

	Sida
1. Inledning	2
2. Den neolitiska revolutionen	4
3. Tidig sjukvård	5
4. Medeltiden	7
5. Modern tid	8
6. Läkarvetenskapens utveckling	10
7. Farmakologi	12
8. Sjuksköterskor	13
9. Barnafödande	15
10. Äldreomsorg	16

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 härstammar från. Dessutom har två nu utdöda människoarter under ganska lång tid levt parallellt med oss i Eurasien, nämligen *Homo Neandertalensis* och *Homo Denisovan*. Dessa var så nära släkt med oss att vi har kunnat få fertil avkomma. Därför bär vi alla, utom afrikaner, några procent DNA från främst neandertalarna i våra gener, vilket har vissa effekter.

Människans ursprung torde stå att finna på de sydafrikanska stäpperna. Någon gång drev en klimatförändring oss mot kusterna, vilket också innebar att födan blev mer animalisk. Denna var energirik, vilket gjorde att hjärnan och huvudet fick utrymme att växa. Våra närmaste släktingar bland primaterna, schimpanser och bonoboer är allätare. De äter främst växter men, när tillfälle ges, sätter de gärna i sig animalisk föda.

Så, för ungefär 70 000 år sedan utvandrade en större grupp 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, Berings sund och delar av den Indonesiska övärlden.

Under större delen 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. Man vet inte när konst i form av grottmålningar och primitiv musik började utövas eller när religion dök upp, men troligen hände detta för flera tiotusentals år sedan och sannolikt på olika platser oberoende av varandra. Det skrivna ordet har vi bättre koll på. Antagligen skapades de första kilskriftstavlorna i Sumerien 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. Däremot skapade människorna på västra halvklotet aldrig något eget skriftspråk, men visst bildspråk finns. Någon skriftlig dokumentation över mänsklig verksamhet äldre än cirka 4500 år, vare sig det gäller omvårdnad eller annat, finns sålunda inte. För att komma vidare måste man gå till arkeologin.

De första människorna torde ha levt som samlare och jägare i relativt små grupper om något hundratal personer. Vad man talade om på kvällarna runt lägerelden vet vi förstås inte. Däremot är det sannolikt så att man på olika sätt hjälpte varandra. Det finns en legend om att antropologen Margaret Mead

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.

Detta är en tilltalande historia, även om den inte är sann. Dessutom är omvårdnad inte en unikt mänsklig egenskap. Även andra primater tar hand om i vart fall sina ungar och ibland även andra artfränder på detta sätt 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 Jägerstenåldern.) 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 12 000–15 000 år f.v.t. Till Skandinavien kom den betydligt 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 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.

Under jägartiden skötte sig varje enskild människogrupp helt själv och någon hierarki eller ekonomi behövdes inte. Sannolikt bråkade man sporadiskt med andra grupper, men det fanns ingen anledning för grupperna att organisera sig. Detta ändrades, när man 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 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 lärer sig den världsliga makten med den religiösa, vilket gjorde det enklare att hålla ordning, när man 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 räkna som skriva. Hela denna utveckling tog naturligtvis lång tid, men för ca 5000–6000 år sedan (3000-4000 år f.v.t.) hade ett samhälle ganska likt vårt vuxit fram. De första sådana flodkulturer bildades mellan Eufrat och Tigris i Mesopotamien (Sumerer m.fl.), vid Nilen i Egypten (Faraonerna), i Gangesdalen (Harappa-kulturen) samt vid floden Hoang-ho i Kina (i Xia-kulturen).

3. Tidig sjukvård

Antagligen var sjukdomar relativt sällsynta på jägarstenåldern och spreds inte heller särskilt lätt i de små människogrupper som då fanns. I trångbodda samhällen blev situationen en annan och epidemier gynnades av närhet och obefintlig 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 kom ju inte förrän i modern tid. Förmågan att spjåla brutna lemmar förlorar sig 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.

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

Parallellt skedde emellertid en inte obetydlig utveckling av det medicinska kunnandet inom den muslimska världen, där *Bagdad* var kulturellt centrum under ca 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 morena kastades ut under *Reconquistan* som slutfördes med Granadas fall 1492. Från Cordoba finns bl.a. tusenåriga beskrivningar om hur man kunde operera bort grumliga ögonlinser och därmed delvis ge 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 att den Aristoteliska världsbilden och

Galenos medicinska texter anammades av den katolska kyrkan. Märkligt nog tog denna till sig även den persiske läkaren *Ibn Sinas* (Avicienna) (ca 980-1037 v.t.) medicinska skrifter, som *Medicinens Canon*, vilka blev rättesnören under medeltiden.

I och med *Renässansen* på 1400- och 1500-talet 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* åderlåtning och fasta gjorde snarare de sjuka ännu sämre. Inte heller *signaturläran*, som företrädde 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 om medicinalväxter kvar, vars extrakt utan tvekan kunde hjälpa, fast ingen visste riktigt varför. Även en del kemiska ämnen kunde erfarenhetsmässigt göra nytta i enstaka fall.

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 drabbade av *spetälska* (lepra). Dessa försköts ur samhället och tvingades redan på 500-talet bo på speciella spetälskehospital, även i Sverige från 1200-talet, Stockholms hospital öppnade 1278 men flyttades till Enköpings stiftshospital 1286-1438, också öppnat 1278. Annars 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. Några sjukhus fanns ännu inte. Nunnornas bruk att kalla varandra för *systrar* lever kvar hos dagens sjuksköterskor.

Sverige som stat existerade inte förrän på 1200-talet. Då fick vi en stark kungamakt som relativt kraftfullt styrde riket ihop med kyrkan, då växte ståndssamhället och en gemensam krigsmakt fram, då infördes skatt, där kyrkan var först med sitt tionde och då nedtecknades de första landskapslagarna som på 1300-talet blev till en landslag och en stadslag. Staten tog knappast fullt ansvar för sina undersåtar men skaffade sig i samverkan med kyrkan och socknarna allt bättre kontroll. I den mån någon fattig-, sjuk- eller åldringsvård över huvud taget fanns utöver familjen, var det kyrkan som skötte denna.

Mot slutet av medeltiden byggdes 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. Där ligger idag Sveriges Riksdag. Uppsalas helgeandshus stod klart 1302 vid Fyrisån. 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 fick folk långt in på 1800-talet 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. När behovet av hospitalen minskade användes de till andra ändamål såsom enkla vårdanstalter för äldre, fattiga, handikappade och sjuka av alla de slag, vilka av samhället behandlades som en samlad grupp.

5. Modern tid

Reformationen på 1500-talet blev slutet för såväl helgeandshusen som klosterväsendet, vilket skapade en kännbar brist på omvårdnad av såväl sjuka som fattiga och gamla. Istället tvingades socknarna ta hand om främst fattigvården. För sjukvården etablerades successivt ett fåtal statliga s.k. kronohospital, bl.a. Danviks hospital i Stockholm 1531 och Vadstena hospital i Östergötland. På 1600-talet föreskrev staten att alla städer skulle ha ett hospital, bl.a. invigdes Göteborgs hospital 1627, men i Uppsala fanns inget. I stort sett fanns ingen sjukvård värd namnet förrän på 1700-talet. Då skildes slutligen fattigvård och sjukvård åt. Den första fattigvårdsförordningen kom emellertid redan 1642. På 1700-talet gled också betydelsen av hospitalbegreppet under hand över till att betyda sinnessjukhus, även om det formella namnbytet skedde först 1929, innan beteckningen 1958 blev mentalsjukhus. Dessa var normalt statliga, men det fanns även enstaka kommunala. Upsala hospital, Ulleråkers sinnessjukhus inrättades 1841 och hade som mest över 1000 platser. På 1990-talet lades alla mentalsjukhus ner för att ersättas av andra vårdformer, bl.a. gruppboende.

Sveriges äldsta allmänna sjukhus är Akademiska sjukhuset i Uppsala. Det grundades 1708 och var främst ett undervisningssjukhus för Uppsala universitets läkarutbildning. Det hade därför från början mycket få vårdplatser men växte 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. Serafimerlasarettet 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 landet fortfarande skedde i hemmen. Till slut tog staten ett fastare grepp om vårdfrågorna i och med att Sundhetskollegium inrättades 1813, föregångare till Medicinalstyrelsen (1878), senare Socialstyrelsen (1968).

År 1861 fanns sammanlagt 47 lasarett i Sveriges 24 län, dock inget i Enköping. Stadens lasarett invigdes först 1869, medan den nuvarande byggnaden är från 1959. År 1862 genomfördes en mycket omfattande omorganisation av det lokala styret i landet i och med att landstingen

inrättades. Dessa s.k. sekundärkommuner övertog ansvaret för hälso- och sjukvården från staten. Samtidigt avskaffades socknarna och ersattes av primärkommuner för de världsiga frågorna, medan församlingarna enbart fick ansvar för rent kyrkliga frågor. Fortfarande fanns dock starka band, t.ex. genom att kyrkoherdarna var självskrivna ordförande i kommunernas skolstyrelser.

På 1700-talet utbildades läkare vid Uppsala universitet, Karolinska institutet och i begränsad utsträckning även vid Lunds universitet som invigts 1666, främst för anställning inom krigsmakten. Göteborg följde efter 1940, Umeå 1957 och Linköping 1986. Numera finns sålunda läkarutbildning vid sex lärosäten. Läkarna anställdes vid lasaretten 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 i de flesta städer. Från 1890 skulle det dessutom 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 sköts av landstingen.

Koleraepidemierna under 1800-talet tvingade i hela landet fram separata epidemisjukhus, även i Enköping från 1892, bakom det nuvarande sjukhuset (numera rivet). Dessa låg normalt skilda från övriga lasarettbyggnader. Epidemisjukvården var som regel kommunal långt in på 1900-talet även om landstingen fick det formella ansvaret redan 1919.

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*. De placerades ofta långt från större samhällen, gärna högt, i skogen eller i havsbandet för att luften där skulle vara välgörande för de sjuka. Uppsalas 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 i stort sett 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. 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 för att förhindra sårinfektion. Varför sådant fungerade hade man 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 smittkoppsjuk och överföra detta till en frisk person, kunde man få denna att bli immun mot smittkoppor. Förfarandet var emellertid mycket riskfullt och det var inte ovanligt att den som blev varioliserad 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. Numera är smittkoppsviruset utrotat. Även mot många andra sjukdomar finns effektiva vaccin.

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

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), vilket helt har revolutionerat infektionssjukvården. Nu hade man motmedel mot ett mycket stort antal sjukdomar, även om på senare tid antibiotikaresistensen inneburit stora bekymmer. Nya motmedel är på väg men det verkar vara en bit kvar innan de kan användas kliniskt.

Antibiotika och anesthesi, 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 avgörande hjälpmedel som kom 1895 var diagnos med hjälp av röntgen. Många fler diagnosmetoder har införts under hand såsom ultraljud, magnetkamera, analys av blodprov m.m.

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 åtskilliga 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* på läkemedelsföretagen, men med successivt ökad kunskap och inte minst med hjälp av allt kraftfullare datorer 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.

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. Idag finns vaccin mot en stor mängd sjukdomar, dock inte mot alla. Vaccin är extra viktigt 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 kan komma tillbaka med invandrare. Därför saknar många av oss immunskydd mot dem. Då är det extra viktigt att vaccinera sig vid utrikes resor.

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 på landsbygden. Längre skedde utbildningen av sjuksköterskor på internat, där eleverna sålunda bodde under 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 sedan 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 brittiska förlagor. 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. 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-, anesthesi- 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 m.fl. För den allt mer tekniskt avancerade sjukvården med datortomografer, magnetkameror, analys av blodprov och liknande krävs även bl.a. sjukhusfysiker, kemister och ingenjörer.

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 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 Stockholm 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 före en ettårig specialisering i obstetrik och gynekologi som ger legitimation som barnmorska. Numera sker utbildningen till barnmorska på kommunala vårdhögskolor eller statliga högskolor.

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 alls före andra världskriget. Numera utbildas dessa vid gymnasieskolornas treåriga vårdprogram, medan vårdbiträdena har en kortare utbildning.

9. Barnafödande

Inga andra däggdjur än människor går på två ben (utom kängurur), även om t.ex. 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 mer besvärligt 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 har dödligheten sänkts radikalt och är numera mycket låg, åtminstone i Sverige (ca 0,3 %). 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 och hjälpen finns långt bort.

10. Äldreomsorg

Som nämnts ovan behandlades under lång tid fattiga, sjuka 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, 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 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 1862 Sveriges 2453 kommuner, varav 88 städer och 7 köpingar, ett större antal fattigstugor, där de äldre och fattiga kunde få begränsad hjälp. Efter att fattigvårdslagen antagits 1918, bytte fattigstugorna namn till ålderdomshem. Några nya sådana uppfördes också, 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 ett stort antal relativt små egna hem i Sverige. 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. Den tidigaste allmänna pensionen om 225 kr per år från 1913 räckte inte långt, även om det var ganska vanligt att tjänstemän och militärer hade en mindre tjänstepension.

Under 1900-talet fortsatte Sveriges folkmängd att öka till ca 9 miljoner år 2000 och blev ännu äldre, ca 17 % var då över 65 år, vilket satte ytterligare press på äldreomsorgen. Och ökningen fortsätter. Istället för att bygga fler och ännu större ålderdomshem infördes från 1950-talet successivt kommunal omsorg i eget hem, hemvård, där Uppsala var tidigt ute. Denna princip har fortsatt ända till idag. Inte förrän de äldre över huvud taget inte klarar sig alls längre i det egna hemmet, kan man få flytta till särskilda boenden, där omvårdnad finns tillgänglig dygnet runt. Tyvärr kommer många alltför sent till dessa särskilda boenden, där de ofta inte överlever mer än några månader och kan därmed inte dra nytta av dess service. Istället har hemtjänsten vuxit kraftigt, men ändå inte riktigt hunnit med att anpassa sig till 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 äldre vården 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, bl.a. de som av sjukhusen anses vara färdigbehandlade men ändå inte är friska nog att klara sig själva. De faller mellan stolarna, där varken kommuner eller landsting tar ansvar. Därför hamnar många äldre i långvårdens flerbäddsrum, vilket är långt ifrån optimalt. Sjukhusen minskar dessutom successivt antalet vårdplatser. Mer och mer ska skötas via öppenvården eller med hjälp av "lasarettensanknuten hemsjukvård". Detta låter positivt, men inte heller denna variant passar riktigt alla. Större flexibilitet krävs.

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

Frågan är vad man ska göra åt den resursbrist som alltid verkar plåga äldre vården. 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 hittills gjorts, är för det mesta positiva och synes inte alls upplevas så integritetskränkande som befarats, snarare tvärtom. Naturliga hembesök verkar däremot vara betydligt mer störande.

En boendeform som har diskuterats under lång tid, men där väldigt lite verkar hända är olika former av trygghets- eller serviceboenden. Några få sådana finns i landet, främst i storstäderna. De är mindre lägenheter för en eller två personer, inte bara för äldre, där man kan sköta sig helt själv, men där det även finns service tillgänglig vid behov. Det kan gälla sådant som middagsmat, handlande, städning, tvätt m.m. mot avgift. Eventuellt skulle i samma byggnad även kunna finnas frisör, café och kanske en minibutik eller kiosk samt gärna någon form av gemensamhetsutrymme. Problemet med dessa boendeformer är att de ofta blir dyra, eftersom servicen måste finnas till hands kontinuerligt vare sig den används eller inte. Samtidigt torde detta sätt att bo sannolikt passa mycket bra för ganska många.

StigF