

Sen start för palliativ vård i Sverige

TEXT // TONY GUSTAVSSON

Långt in i vår egen tid påverkas fortfarande den svenska sjukvården i stor utsträckning av vårdpolitiska beslut som tagits tvåhundra år tidigare. Dessa beslut kom inte minst att påverka utformningen av vården av människor med kroniska sjukdomar. Genom att betrakta den historiska framväxten av sjukvårdssystemet är det möjligt att närma sig frågor om den samtida vården av kroniskt sjuka, men även belysa den relativt sena uppkomsten av palliativa vårdformer.

ÅR 1749 ÖPPNADE Serafimerlasarettet i Stockholm. Det var det första moderna lasarettet i Sverige, utformat efter europeisk förebild och finansierat av offentliga medel. Det kom också att bli mönsterbildande för den satsning på slutet kroppssjukvård som kom att utmärka den svenska sjukvårdsmodellen. Redan från början byggdes dock en viktig begränsning in i detta system. För att motivera de stora utgifter som lasaretten förde med sig var de inriktade på att erbjuda akut, kurativ vård. Syftet var uttryckligen att återställa den sjuke till hälsa för att därigenom återföra honom till produktivt arbete. Det var alltså inte i första hand humanitära hänsynstaganden som styrde vårdpolitiken under denna tid, utan rent ekonomiska motiv. Sjukvården uppfattades som ett sätt för staten att befordra en stor, frisk och arbetsför befolkning. Rent konkret manifesterades detta i lasarettstadsorna. Dessa förbjöd intagningen av "obotlige sjuke", ett förbud som kom att gälla ända fram till 1951 (1). Det enda undantaget var om lasarettsvård för den sjuke skulle "medföra väsentlig lindring i hans tillstånd eller för någon tid möjligen återställa hans förvärförmåga" (2).



Serafimerlasarettet 1893

DEN GENERELLA UTVECKLINGEN under 1800-talet kom att gå i riktning mot en snabb utbyggnad av slutenvården, framförallt av lasaretten men även i form av mindre sjukstugor. Som exempel kan nämnas att det totala antalet vårdplatser inom

kroppssjukvården år 1800 endast uppgick till 515. Vid sekelskiftet 1900 uppgick de till 10 742 (3). Denna utveckling marginaliserade ytterligare människor med kroniska sjukdomar. Effektivt utestängdes de från den expanderande slutenvården. Istället var denna patientgrupp hänvisad till två andra institutioner.

Den första utgjordes av städernas och socknarnas fattigstugor. Dessa skulle från slutet av 1700-talet ta hand om alla de som "af åldersdoms skröplighet, långvariga krämpor eller någon slags ofärdighet hindras af sjelfve förskaffa sig tillräckligt underhåll". (4) I fattigstugorna sammanfördes alltså olika grupper: åldringar, kroniskt sjuka och handikappade. Den enda gemensamma nämnaren var att dessa grupper inte kunde försörja sig själva. Det som erbjöds vid fattigstugorna var också i första hand försörjning och i andra hand någon slags basal omvårdnad.

NÄR DET GÄLLDE den medicinska vården så skulle den istället tillhandahållas av en annan sjukvårdsinstitution. För ungefär samtidigt som de första lasaretten öppnades grundades också det statliga tjänsteläkarväsendet. Tjänsteläkarna utgjordes av stads- och provinsialläkare. Dessa tilldelades var sitt distrikt i städerna eller på landsbygden. De utgjorde under lång tid den öppna sjukvården i riket. Teoretiskt var det dessa läkare som skulle stå för den medicinska vården av de kroniskt sjuka, både de som vistades i hemmet och de som var intagna på fattigstugorna. I praktiken skedde detta sällan. Upptagningsområdena var stora och läkartätheten låg. Till detta kan läggas att läkarna kom att prioritera förebyggandet och botandet av de akuta, epidemiska infektionssjukdomar som utgjorde det dominerande inslaget i 1800-talets sjukdomspanorama. Icke-smittsamma, kroniska sjukdomar hade helt enkelt getts en lägre prioritet. I den mån det fanns tid över till de kroniskt sjuka så var vården högst sporadisk.

FÖRST I SLUTET av 1800-talet började tanken slå rot för att erbjuda de kroniskt sjuka en mer systematisk vård. Vid denna tid uppkom de första privat drivna hemmen för "obemedlade" kroniskt sjuka, ett utslag av samtidens filantropiska engagemang, men såväl antalet institutioner som det sammanlagda antalet vårdplatser var högst begränsat (5).



Lasaretsstadgorna förbjöd intagningen av ”obotlige sjuke”, ett förbud som kom att gälla ända fram till 1951.

Den egentliga vändpunkten kom 1921 då en statlig utredning föreslog att statsbidrag skulle utgå till kommuner och landsting som valde att inrätta hem för kroniskt sjuka, ett förslag som kom att vinna bifall i riksdagen och börja realiseras sex år senare.

Dessa sjukhem kom att utgöra grunden i den medicinska äldre-vård som med tiden skulle komma att bli till en betydande sektor av det svenska sjukvårdssystemet. Vid dessa ”kronikerhem” var också inriktningen på vården en annan än vid lasaretten. De renodlat kurativa ambitionerna och strävan efter rehabilitering, hade för första gången ersatts av målsättningen att erbjuda medicinsk omvårdnad med vissa palliativa inslag. Eller som utredningen från 1921 beskrev sjukhemmen:

”Det gäller här icke att bygga ett sjukhus, där en mängd dyrbara avdelningar för patienternas mottagning, diagnos och behandling finnas. (...) Det gäller istället att bygga sjukhus av möjligast enkla typ, vilka för de patienter, som kunna njuta där-av, skola inredas så att känslan av hem bibehålles.” (6) En viktig förebild för kronikerhemmen var de anstalter för tuberkulospatienter – sanatorier – som hade inrättats kring sekelskiftet 1900, anstalter med tydliga inslag av palliativ vård, åtminstone för delar av patientgruppen. Det fanns även en mer konkret koppling mellan dessa två typer av vårdinstitutioner. I och med att tuberkulosen från 1920-talet befann sig på tillbakagång övertog kronikersjukvården ett betydande antal före detta sanatorier. (7)

Utbyggnaden av kronikersjukvården gick långsamt ända fram till 1950-talets ingång, då reformeringen av äldreomsorgen också gav upphov till en utbyggnad av den medicinska äldre-vården. Ändå representerade 1927 års riksdagsbeslut en vändpunkt för gruppen kroniskt sjuka. Deras vårdbehov hade getts erkännande och en ny typ av vård med icke-kurativ inriktning hade getts sanktion. Patientgruppen var dock långtifrån homogen. Ambitionen var att skilda grupper av kroniskt sjuka skulle inrymmas vid sjukhemmen – och att ”prognostiskt mera gynnsamt klientel” skulle sammanföras med patienter i livets slutskede – just för att kronikersjukvården inte skulle få karaktären av ”dödssjukhus” (8).

FRÅN 1960-TALET kom vården av kroniskt sjuka – från denna tid benämnd långtidsvård – alltmer att knytas till lasaretsväsendet istället för att vara förlagd till de fristående sjukhemmen. Samtidigt höjdes ambitionerna betydligt när det gällde vårddinnehållet. Så här beskrev en utredning från 1964 den nya inriktningen:

”Numera torde det inte råda några delade meningar om att de patienter, som enligt gången terminologi betecknades som kroniskt sjuka, skall erhålla undersökning och aktiv behandling

på sjukhus med kvalificerade diagnostiserings- och behandlingsresurser. Inga möjligheter får lämnas oprövade.” (9) För de kroniskt sjuka innebar detta att de nu skulle ges en mer kvalificerad vård inom ramen för lasaretsväsendet – en vård som från 1970-talet kom att ske i nära samarbete med den stadigt expanderade hemsjukvårdsorganisationen. Att introduktionen av den palliativa vårdfilosofin i Sverige skedde under 1970-talet, och dessutom inom ramen för den landstingsanslutna hemsjukvården, är alltså knappast förvånande. Först vid denna tid hade Sverige utvecklat ett sjukvårdssystem, där de kroniskt sjuka inte uppfattades som en marginell patientgrupp. Men vägen dit hade varit lång och ännu kvarstår mycket att göra för denna patientgrupp.

Referenser:

1. Rolf Å. Gustafsson, *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. (1987), s. 177.
2. Kongl. Maj:ts nådiga lasaretsstadga (SFS 1901:83)
3. Anna Lisa Agnell, ”Översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt”, i Einar Edén, *Svenska sjukhus: En översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt, del 3* (Stockholm, 1950), s. 28.
4. Citat ur 1763 års hospitalsförordning, i Rolf Å. Gustafsson, *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. (1987), s. 180.
5. Anders Åman, *Om den offentliga vården: Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen* (Stockholm, 1976), s. 448.
6. Anders Åman, *Om den offentliga vården: Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen* (Stockholm, 1976), s. 448.
7. Ingvar Karlberg, *Från Vasa till vårdval: Om ansvar och styrning i svensk hälso- och sjukvård* (Lund, 2011), s. 102.
8. *Den lasaretsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka* (SOU 1947:61), s. 72.
9. *Bättre åldringsvård* (SOU 1964:5), s. 25.



Tony Gustavsson

Fil dr, Idé- och lärdomshistoria