

ARBETSMILJÖ

FONDENS

SAMMANFATTNINGAR

1091

Traditionernas ok

Om den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i
historie-sociologiskt perspektiv

För innehållet i sammanfattningen svarar Rolf Å Gustafsson, Stockholms universitet, Psykologiska institutionen, 106 91 Stockholm, tel 08-16 20 00, och Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen, Vasaparken, 411 24 Göteborg, tel 031-63 10 00.

*Pnr 81-0688 Arbetslivsforskning, psykosociala problemområden,
övrigt (69)*

Oktober 1987

Bakgrund

Den studie som här sammanfattas – *Traditionernas ok* – utgör en fortsättning på den tidigare forskning Bertil Gardell och Rolf Å Gustafsson m fl genomförde åren 1974–1980 och som bl a ledde fram till boken *Sjukvård på löpande band* (Prisma, 1979). Den föreliggande studien har finansierats två år som forskningsprojekt (Arbetsmiljöfonden) och två år som doktorandarbete (utbildningsbidrag från Samhällsvetenskapliga fakulteten i Göteborg).

Sammanfattningen följer kapitelindelningen i boken *Traditionernas ok*.

Akutvårdsmodellen

Många av de motsägelsefyllda situationer vårdpersonalen berättade om i boken *Sjuk-*

vård på löpande band kan förstås i det fall de tas som uttryck för att vårdarbetet tvingats in i en förutbestämd mall, en standardlösning på organisatoriska problem: akutvårdsmodellen. Personalen tvingas arbeta som om vårdverksamheten så gott som alltid i huvudsak består av välriktade insatser mot patientens kropp och där bot är ett realistiskt mål. Akutvårdsmodellen har förhållandevis stora fördelar, där exakta, snabba och tekniskt välavgränsade åtgärder måste sättas in för att exempelvis rädda liv. Nackdelarna med akutvårdsmodellen framträder klarast där dylika åtgärder knappast alls förekommer, såsom exempelvis inom långvård, hemtjänst och annan omvårdnad/omsorg.

I *Sjukvård på löpande band* hävdas att denna standardorganisation för vårdarbete

uppstätt genom en sammansmältning av två hierarkier, nämligen den *medicinskt/kroppsliga* effektiva vård- och produktionshierarkien och den *administrativt/företags-ekonomiska* effektiva kontroll- och samordningshierarkien. Denna stela och ovanifrån styrda vård- och arbetsorganisation minskar handlingsutrymmet för både patienter och personal. Den utgör ett organisatoriskt hinder mot att de respektive behoven ska kunna mötas och tillfredsställas genom vårdarbetet.

Sjukhus och sjukhusliknande vårdorganisationer utgör i dag den dominerande formen för offentligt finansierat hälso- och sjukvårdsarbete i Sverige. En grov indikator på detta är att ca 68 % av det totala antalet tjänster vid landstingen (1984) rubriceras som "landstingstjänst vid sjukhusansluten hälso- och sjukvård". I det internationella perspektivet intar Sverige en topposition vad gäller resurser för slutna vård.

På den politiskt styrda planeringsnivån har dock under en längre tid en klar ambition funnits att omorientera hälso- och sjukvården mot *dels* mer förebyggande, *dels* öppnare vårdformer. Den hittillsvarande utvecklingen har dock visat att systemet är svårstyrt.

Behovet av fortsatta ansträngningar för att öka både den öppna vården och det förebyggande arbetet är därför stort. Ändå är det ytterst angeläget att även fortsättningsvis studera den slutna sjukvårdens förhållanden. Den föreliggande studien undersöker slutenvårdens framväxt över tid:

Vilka historiska rötter har det somatiska akutvårdssjukhuset? Hur avgränsades denna vårdform från andra vård-, omsorgs- och omhändertagandeformer? Vilka intressen drev fram utvecklingen? Vilka samband kan man finna mellan "vårdapparaten" gestaltning och samhällsutvecklingen i övrigt? Hur försvann alternativen?

Flera av de problematiska aspekterna på akutvårdsmodellens funktionssätt kan knappast "byggas bort" enbart genom kvantitativa utvidgningar av verksamheten. Trots att låga löner och underbemanning säkerligen utgör väsentliga problem för både personal och patienter inom stora delar av hälso- och sjukvården, så kan inte

problem sammanhängande med vårdens inriktning och möjligheterna till ett vidare samspel mellan personal och patienter lösas uteslutande genom tillförsel av mer resurser eller ökad rationalisering.

Utbyggnaden och rationaliseringen av den svenska sjukvården under 1900-talet kan inte ses isolerat från de föregående århundradenas organisering. Vårdutvecklingens "byggstenar" förblev i stort desamma. I vissa avseenden snarare ökade än minskade problemen, trots en massiv insats av resurser för tillväxt och rationalisering. *I stället för att koncentrera studien på kvantitativa frågeställningar så fokuseras därför på själva organiseringsförloppet.*

En öppet utforskande undersökningsram

I kapitel 2 presenteras studiens teoretiska utgångspunkter och material. Den internationella och svenska forskningen inom området medicinsk sociologi och närliggande forskningsfält kritiserar, vilket dock ej närmare redovisas här. Studien kan karaktäriseras som ett problemorienterat, försiktigt tolkande och konkret-historiskt arbete. Tre genomgående teman används i arbetet med att försöka spåra akutvårdsmodellens historiska rötter:

- *Verksamhetsavgränsning*: Vilka motiv och faktorer bidrog till att framtvunga individuell bot som det nära nog allenarådande målet för vårdarbete? Hur växte denna målsättning fram ur en diffus vårdssituation där social kontroll, förvaring, filantropi och förebyggande arbete fortfarande fanns med som levande alternativ till individuell bot?
- *Kontroll*: Vilka motiv och faktorer bidrog till organiseringen av det hierarkiska svenska medicinalväsendet (kontroll över vården) och sjukhusens akutvårdsmodell (kontroll inom vården)?
- *Kontinuitet och traditionsbundenhet*: Formella organisationer överlever sina medlemmar, dvs hälso- och sjukvårdsorganisationerna har en längre historia än de patienter och den personal som möts i en viss vårdssituation. Detta bidrar till att den gällande organisationen kan uppfattas som

den enda möjliga. Genom att följa verksamhetsavgränsningens och kontrollens framväxt över längre tidsförlopp, så kan man "avslöja" kontinuitetens skenbara obönhörlighet.

Studien bygger på en bred genomgång av svensk sekundärlitteratur rörande medicinalväsendets historia. Det som skrivits under åren 1866–1985 på området medicinsk historia, speciellt den administrativa, politiska och legislativa utvecklingen, har gått igenom och kommenterats i den föreliggande studien.

Om medeltidens vård

Kapitel 3 inleds med en översikt över sociologiska aspekter på det svenska medeltida samhället. Här berörs kungamakten och dess betydelse för rikets konsolidering, samt centralmaktens förhållande till stormän och adel. Den katolska kyrkans invandring, konsolidering (befästning) och minskade betydelse som självständig ekonomisk-politisk faktor i det svenska samhället berörs, liksom också den vårdorganisatoriska utveckling som var nära förknippad med detta.

Från senmedeltiden är det möjligt att följa den fortsatta organiseringen av tre viktiga embryon till senare tiders vårdorganisationer:

- *Bardskärarskrået* konstituerades mot 1400-talets slut och dess hantverksmässiga befattande med "att färske sår förbinda" kan betraktas som exempel på den första vårdkategori vars verksamhetsområde blev föremål för reglering från den världsliga överhetens sida. Drivande i denna organiseringsprocess var kungen (och hans behov av fältskärer, dvs kirurger för krigsmakten), samt tillväxten av ett borgerskap i städerna, där hantverksskickligheten och den kommersiella konkurrensen reglerades genom skråväsendet. Här finner vi ursprunget till kirurgyrket. Man arbetade under denna tid inom området "öppen olycksfalls- och krigskirurgi".

- *Kloster, hospital och helgeandshus* utgjorde den kärna ur vilken så småningom Sveriges moderna slutenvård skulle utvecklas. De medeltida institutionerna kan beskrivas

som härbärgen för ett brett spektrum av klientel. Ordet hospital – än i dag kvarlevande i engelskspråkiga länder som beteckning på sjukhus för kroppsligt sjuka – kommer från det latinska "hospes" vilket betyder "gäst".

Vårdinrättningar för människor med lepra kallades i Sverige ursprungligen för hospitalia leprosorium, dvs ungefär "härbärke för leprasjuka" (på svenska "spetälska" från ordet hospital och förkortningen spetal). Senare kom ibland "spetälskohusen", dvs hospitalen, att användas för annan vård, inte minst sinnessjukvård. Hospital blev därför så småningom beteckning för sinnessjukhus i Sverige. Hur denna verksamhetsavgränsning gick till, och dess samband med utvecklingen av somatiska akutvårds-sjukhus, utgör ett viktigt tema för studien.

- Från medeltiden har vi också belägg för att *socknen* med den lokala kyrkan i centrum handlade vissa diffust reglerade verksamheter på fattigvårdens område. I de flesta landskapslagarna har under kyrklig påverkan införts bestämmelser om att en del av sädestiondet skulle tillfalla de fattiga. Här var sannolikt husbondens lokala makt en viktig kanal. Bondemenighetens understa skikt kom att utlämnas till en hård kontroll från de mer välbesuttna böndernas sida. Denna tradition går som en röd tråd genom fattig- och åldringsvårdens historia och organisatoriskt kan linjen dras fram till våra dagars kommunalt förvaltade socialtjänst.

Ur dessa tre verksamhetsfält, som således grundlades redan under medeltiden, skulle så småningom viktiga delar av vår hälso- och sjukvård samt socialtjänst uppstå. De vårdembryon som fick förlängningar framåt i tiden hade vissa samhälleliga och organisatoriska egenheter, som informella vårdresurser (kloka gummor, botare och jordemödrar) saknade. *Här påvisas att de tre delarna som "överlevde" in i vår tid befann sig nära samhällets materiella och kulturella centra. De var också strikt hierarkiskt organiserade.* Några avgörande fördelar i vård och behandlingshänseende, jämfört med de informella och så småningom utdöende vårdresurserna, hade sannolikt inte dessa tre "överlevande" embryon.

Organisatorisk sekularisering och kontroll uppifrån (ca 1520–1720)

Gustav Vasa (kung 1523–1560) konsoliderade den svenska nationalstaten. Den lutheranska reformationen av kyrkan måste ses mot denna bakgrund. Statskyrkan skapades nu och de slutna vårdinstitutioner (kloster och hospital) som tidigare tillhört den katolska kyrkan kom under kronans tillsyns- och kontrollfär.

1600-talet innebar en svensk stormaktspolitik med hårda umbäranden för befolkningens bredare lager. Adeln och kronan samarbetade för att försöka åstadkomma ett svenskt Östersjöherravälde. Karl XII:s död (1718) utgjorde en slutpunkt för denna epok, som innebar att adeln i Sverige hade en mycket stark ställning.

Viktiga steg i formandet av det långsamt framväxande "hälso- och sjukvårdssystemet" kan relateras till huvuddragen i denna samhällsliga utveckling. Gustav Vasas lutheranska statskyrka ledde till en organisatorisk sekularisering: kronan övertog ansvaret för de vårdinstitutioner som den katolska kyrkans centrala gren tidigare ansvarat för. Av betydelse för hospitalens utveckling var också borgerskapets fortsatta tillväxt, som engagerade sig i de slutna vårdinstitutionernas utveckling.

I den nya kyrkolagen (1571) finns vissa stadganden om både hospitalens skötsel och socknens uppgifter på fattigvårdens område. Den viktigaste milstolpen var dock drottning Kristinas "ordning och stadga, huru hållas skall med tiggare och fattige, som rätt allmoso behöve, item med landstrykare och lättingar" av år 1642. *Denna sk tiggareförordning innebar att fattigvården nu formellt skildes från den verksamhet som bedrevs vid hospitalen.*

Den övergripande avsikten var dock att bemästra, eller åtminstone begränsa, det besvärande tiggeri som uppstått som en konsekvens av stormaktspolitikens hårda ansträngning av landets resurser. Hemvändande soldater och andra människor hade stora försörjningssvårigheter. Kronan, kyrkan och landshövdingarna ansåg att behovet av att åtgärda denna "sociala utslag-

ning" var stort. En hård och restriktiv politik blev följd. I syfte att hålla utgifterna på lägsta möjliga nivå infördes en hård kontroll och försök gjordes att sortera de socialt utslagna.

1663 gavs genom en kunglig förordning åtta akademiskt utbildade medicine doktorer uppgiften att kontrollera andra yrkeskategorier, som arbetade inom vården. Denna intressesammanslutning – *Collegium medicum* – blev början på vad som senare skulle utvecklas till ämbetsverket Sundhetskollegiet (från 1877 benämnt Medicinalstyrelsen och från 1967 Socialstyrelsen).

Även läkarekårens fackliga sammanslutning (läkareförbundet) och professionellt/vetenskapliga forum (svenska läkaresällskapet) har sitt ursprung i den organisation som tillskapades 1663. *Collegium medicum* skulle utöva översyn över barberare, fältskärare, jordemödrar, apotekare och andra kategorier som redan arbetade inom vårdväsendet.

Detta ledde till strider mellan de rivaliserande medicinerna och kirurgerna, strider som skulle gå som ett tema genom vårdhistorien långt fram i tiden. *Collegium medicum* skulle dock av sociala skäl komma att avgå med segern i denna strid om kontrollen inom medicinalväsendet. Etablerandet av *Collegium medicum* och dess relation till stormaktstidens centralförvaltning studeras i kapitlet.

Kortfattat diskuteras också *häxförföljelserna* i Sverige. Man har ibland hävdats att dessa skulle ha utgjort ett exempel på den manliga medicinens försök att stoppa en kvinnligt framburen vårdtradition. En noggrannare analys visar dock att denna tes sannolikt ej kan försvaras mot bakgrunden av historisk kunskap.

Sammanfattningsvis kan konstateras att perioden 1520–1720 innebar en konsolidering av de redan under medeltiden skapade vårdresurserna:

- *Hospitalens* interna organisation och ställning i övrigt konsoliderades.
- *Socknens* uppgifter inom fattigvården skrevs in i de nya kyrkolagarna och Drottning Kristinas förordning om tiggeriet bidrog till att strukturera verksamhetsfälten

mellan kronans hospital och socknens fattigvård.

• *Collegium medicum*, den nytilkomna organisationen inom medicinalväsendet, inledde sin översynsverksamhet. Här uppstod en konkurrens mellan kirurger (barberare och fältskärer) och medicinare. Dessa två konkurrerande vårdkategorier skulle dock långt fram i tiden komma att ha sitt intresse riktat mot den öppna vården.

Vårdinstitutionerna stod tills vidare under kronans tillsyn med lokalt biträde av borgerskapet och landshövdingen.

Grundläggningen av det svenska lasarettsväsendet

Ständerväldets tid 1720–1772 innebar bl a en osedvanligt stark position för de fyra stånden i riksdagen (adel, präster, borgare och bönder), samtidigt som kungamakten var försvagad efter stormaktspolitikens misslyckande. Under detta skede inleddes också en social omstrukturering av samhället, som kom att få stor betydelse för medicinalväsendets organisering.

En ny social kategori började långsamt formas mellan samhällets översta skikt och den stora folkhopen. De sk ofrälse ståndspersonerna, människor som ej tillhörde något av de etablerade fyra stånden, utgjorde nu en allt starkare social kraft. Ämbetsmännen, brukspatronerna och handelsmännen växte i styrka och intog en allt starkare ställning i det politiska livet.

Mot slutet av 1700-talet talade man om *medelklassen*. Medicinarna tillhörde detta skikt. Denna sociala ställning underlättade medicinarkollegiets försök att skaffa en allt bättre kontroll över medicinalväsendet. I kapitlen 5 och 6 analyseras därför den framväxande medelklassens roll inom den vidare centralförvaltningen och medicinalväsendet som en del i detta.

En annan samhällsfaktor av stor betydelse för vårdens organisering var de merkantilistiska idéströmningarna, som för Sveriges del nådde en höjdpunkt kring 1700-talets mitt. För merkantilisterna framstod staten som en ekonomisk enhet, vars intressen med kraft borde hävdas både inåt och utåt. Man eftersträvade en positiv handelsbalans,

dvs försökte åstadkomma ett kapitaltillflöde in i landet. Man befrämjade monopolbildning av manufaktur och handelsföretag. Konsument- och arbetstagarintressen beaktades föga.

Ett litet antal företag, låga löner och riklig tillgång på arbetskraft, tex genom en ständigt fortgående folkökning, ingick i merkantilisternas idealbild. Genom låga löner hölls produktionskostnaderna nere, till förmån för konkurrenskraften på världsmarknaden. Merkantilisterna önskade också en vetenskaplig utveckling. Vetenskapen skulle ställas i statsnyttans och den ekonomiska utvecklingens tjänst. (Efter Carlsson & Rosén, 1983, s 134–135).

Mot denna bakgrund skall man se Tabellverkets tillskapande 1749. Det sammanhängde med centralmaktens försök att skaffa sig ett grepp om befolkningstillväxten. Även Vetenskapsakademien (1739) gavs uppgiften att inventera landets naturrikedomar och befolkningssituation. "*Folkhopens tillväxt blev ett merkantilistiskt medel i statsnyttans tjänst.*"

I kapitlet diskuteras den sk Sundhetskommisionens verksamhet (1737–1766), införandet av smittkoppsympning i Sverige, medicinsk folkupplysning i almanackan och medicinalpolitiska beslut i riksdagen kring 1700-talets mitt. Allt detta hade ett nära samband med försöken att öka "folkhopens" tillväxt. Ansatser till ett kollektivt folkhälsoarbete växte fram. Denna viktiga politik avklingade dock mot slutet av 1700-talet.

De bestående effekterna av merkantilismens medicinalpolitik gällde i främsta rummet den slutna vårdens fortsatta utveckling: • *Serafimerordenslasarettet bildades 1752.* Därmed inleddes framväxten av ett egentligt sjukhusväsende inriktat mot somatisk (medicinsk och kirurgisk) akutsjukvård i Sverige. En närmare studie av hur Serafimerlasarettet växte fram visar dock att man från början hade oklara och blandade föreställningar om denna vårdinrättnings uppgifter. Försök att koppla lasarettet till folkhälsoarbete förekom, men i det långa loppet skulle denna nya gren av medicinalväsendet alltmer komma att inriktas mot individuell bot.

Det lasarettsväsende som långsamt började växa fram, stod dock under tiden fram till 1800-talets mitt under tillsyn av Serafimerorden, dvs ett sammanskott av högt uppsatta adelsmän. Medicinarnas främsta intresse i förbindelse med lasaretten var möjligheterna till kliniska studier och forskning. Både medicinare och kirurger visade ett mycket begränsat intresse för de slutna vårdinstitutionerna fram till 1800-talets mitt.

Den andra viktiga, och för framtiden avgörande, medicinalpolitiska händelsen under ständertiden var 1763 och 1766 års förordning angående hospital- och barnhusinrättningarna i riket. Genom denna befästes verksamhetsavgränsningen mellan hospital, barnhus, fattigstugor och lasarett. *Nu skapades i förlängningen av den föregående utvecklingen den tredelning av vårdresurserna, som i princip fortfarande gäller inom svensk sjukvård:*

- *De centrala statliga hospitalen* skulle i princip reserveras för de tungt vårdkrävande, farliga och hopplösa fallen (dessa övergick till landstingen först mot slutet av 1960-talet).
- *Socknens fattigstugor* skulle ta hand om de något mindre vårdkrävande och harmlösa, men ändå "hopplösa" fallen, av gamla och sådana som på grund av "långvariga krämpor eller något slags ofärdighet hindras att själve förskaffa sig tillräckligt underhåll och ej äga anhöriga som äro i bestånd att dem vårda ..."
- *Serafimerlasarettet* med dess kliniska forskning blev en prototyp för de framväxande *regionala lasaretten* och inriktades på "de botbara".

Den bakomliggande principen var *sortering efter reparerbarhet*. Detta blev hädanefter ett ledmotiv i organiseringen av vårdresurserna. Det är viktigt att vara klar över att denna organisatoriska princip grundades på merkantilistiska idéer, som i sin tur byggde vidare på 1640-talets uppdelning mellan kronans och socknens ansvar. En betydande organisatorisk kontinuitet kan således urskiljas.

Idén bakom 1763 och 1766 års sortering av den slutna vårdens klientel var att man skulle frigöra ekonomiska resurser för sats-

ningen på fattiga och utstötta barn. Man satsade på underklassens barn i dess egenkap av blivande arbetskraft. Den organisatoriska tredelningen av landets vårdresurser har således sina rötter i ekonomiska/politiska resonemang. Först ca 100 år därefter (1870-talet) växte den moderna naturvetenskapliga medicinen fram. Då först blev det möjligt att praktisera den botbarhet man redan på 1700-talet eftersträvade.

Den botande medicinska vetenskapen är således snarare en följd av gamla organisatoriska strukturer än orsak till grunderna för vårt hälso- och sjukvårdssystem. Moderna medicinska teorier har spelat en mindre roll än vad man vanligtvis tänkt sig. Viktiga inslag i den vårdorganisatoriska utvecklingen har styrts av numera förlegade politiska doktriner.

En omorientering mot öppnare vårdformer och en satsning på förebyggande arbete måste därför bryta med både gamla organisatoriska "själklarheter" och den fokusering på individuell bot, som ligger inbyggd i denna struktur.

Läkarnas ställning inom medicinalväsendet konsolideras

Gustav III återtog kungamaktens ledande politiska roll. Den merkantilistiska politiken avtynade. Några nya medicinalpolitiska idéer kan dock inte iakttas under detta skede. De tre verksamhetsgrenarna i vården, som stabiliserats genom den föregående utvecklingen, lämnades i stort intakta.

Däremot skedde förändringar vad gäller medicinalväsendets ledningsstruktur. Det gamla barberarskrået med viktiga uppgifter inom krigskirurgin hade misslyckats med att förse armén och flottan med tillräckligt antal tränade kirurger under de svensk-ryska krigen 1788 och 1809. Förlusten av människoliv blev så stor att den militära strategien allvarligt hotades. Fler soldater dog i epidemier än på grund av skador på slagfältet.

Kungamakten gick in och avgjorde den gamla konkurrensen mellan akademiskt utbildade medicinare och hantverksmässigt tränade kirurger: *barberarskrået upplöstes*

genom en kunglig förordning 1797 och Collegium medicum blev den överordnade ledningsinstansen. Av betydelse för detta var, förutom problemen inom militärsjukvården, också debatten om skräväsandets otidsenlighet. De akademiskt utbildade medicinarna, som tillhörde den mer gynnade delen av medelklassen, bars fram av den allmänna samhällsutvecklingen, under det att kirurgerna missgynnades.

Slutligen bildades så Sundhetskollegiet 1813, vilket innebar att ett centralt ämbetsverk definitivt skapades för medicinalväsendet. Detta dominerades av medicinarna.

I kapitlet diskuteras också den sk prästmedicinens öde. I förbindelse med debatten om militärsjukvården föreslogs i ständsriksdagen att en begränsad medicinsk utbildning skulle ges till präster och att en ny sorts krigskirurger med enklare utbildning skulle skapas. Detta ledde till en intensiv offentlig debatt, som studeras i kapitlet.

Huvudresultatet av detta blev tillkomsten av Karolinska institutet under 1810-talet. Detta avsågs under uppbyggnadsperioden främst för utbildningen av fältskärer och gavs namnet Institutet för fältläkares danande. Idén om prästmedicinen – man kan tala om ansatser till "barfotamedicin" ute bland befolkningens bredare skikt – kom dock aldrig till praktiskt utförande i den utsträckning anhängarna tänkt sig. En begränsad utbildning kom igång, men upphörde definitivt 1841.

De stora och konsekventa satsningarna på medicinalväsendet gjordes utefter de linjer som redan etablerats. Den slutna vården stabiliserades. De ansatser till folkhälsoarbete, som också den gustavianska eran gav prov på, fördes åt sidan i medicinalväsendets organiserings.

Lasarettens ekonomiska bas och förvaltning konsolideras

1864 utfärdades en förordning angående lasarettsdirektioner. Genom denna befästes akutvårdsmodellen: Sundhetskollegiet (från 1877 benämnt Medicinalstyrelsen) ålades nu den *vetenskapliga tillsynen* över den medicinska hierarkin i lasarettens inter-

na organisation. Landstingen fick huvudansvar för den *ekonomiska administrationen*.

Framväxten av akutvårdsmodellen måste således ses mot bakgrund av den föregående utvecklingen. Verksamhetsavgränsningen mellan hospitalen för sinnessjuka (staten), fattigstugorna för ålderdomssvaga och fattiga (socknen) och länslasaretten för dem som ansågs somatiskt botbara – allt detta bildade en plattform på vilken den interna sjukhusorganisationen kunde byggas.

För att förstå motiven och krafterna bakom tillskapandet av 1860-talets akutvårdsmodell måste vi studera närmare *dels* landstingens tillkomst genom 1862 års kommunal- och landstingsförordningar, *dels* 1864 års förordning om lasarettsdirektioner.

I kapitlet visas att landstingens tillkomst ej styrdes av överväganden om vårdens framtida utveckling. Avgörande var där försöken att reformera Sveriges politiska förvaltning, dvs utvecklingen mot parlamentarisk demokrati. Landstingens tillkomst sammanhängde uteslutande med denna process.

De nya lasarettsdirektionerna tillkom genom en kompromiss mellan Sundhetskollegiet och de gamla lasarettsdirektionerna, som dominerades av sysslomannen (administratör) och landshövdingen. Konflikten gällde den lokala ledningsinstansens roll och sammansättning. Läkarnas intresse för den slutna vården hade ökat, samtidigt som det gamla Serafimerordensgillet betydelse minskade inom detta verksamhetsfält.

Av betydelse var också kurhusen (speciella institutioner för veneriskt smittade), som man satsade medel på under denna period. Dessa blev till en ekonomisk och organisatorisk "draghjälp" för det egentliga lasarettsväsendet, som hade mindre medel till sitt förfogande.

De lokala sjukhusdirektionerna med landshövdingen som ordförande försökte försvara sin gamla ställning. Kompromissen bestod i den tudelning av lasarettens ledningsstruktur som skedde; det vetenskapliga/medicinska ledningsansvaret tillföll läkaren, som underställdes Sundhetskollegiet. Den administrativa/ekonomiska utvecklingen underställdes de nytillskapade landstingen.

Befästandet av akutsjukvårdsmodellen måste sålunda tolkas som den kombinerade effekten av en stark organisatorisk kontinuitet, kompromisser beträffande ledningsorganens utformning och den allmänna samhälleliga utvecklingen (framväxten av medelklassen, skråväsendets avtynande, barberarskråets misslyckande med krigskirurgi och den därmed förknippade framväxten av Sundhetskollegiet och den förbättrade utbildningen av läkare genom Karolinska institutet, samt behovet av insatser mot den veneriska smittan).

I kapitlet ställs också frågan vad som hände med samhällsmedicinen under 1800-talets senare del. De internationella influenserna på området undersöks, likväl de organisatoriska följderna av de koleraepidemier som drabbade Sverige från 1834. Sammantaget visar detta att de förebyggande ansatserna blev mycket svaga. *En viss utbyggnad av socknens ansvar för hälsovården skedde, men fick ett mycket svagt stöd från de centrala delarna av medicinalväsendet.*

Den första hälsovårdsstadgan utfärdades 1877. Symptomatiskt är att detta skedde samma år som det gamla Sundhetskollegiet döptes om till Medicinalstyrelsen och allt mer inriktades på den slutna och individuellt botande delen av medicinalväsendet. De numera i stort bortglömda försöken att under 1850-talet åstadkomma hälsovårdslagstiftning i vårt land studeras i kapitlet. Här mötte de internationellt inspirerade ansträngningarna ett passivt motstånd från det medicinska etablissemangets sida. Den slutna vården fortlevde. Lasaretten och akutvårdsmodellen blev modell för den utbyggnad som skulle komma att intensifieras under 1900-talet.

Mönster i organiseringsprocessen — ett utkast på deras tolkning

Kapitel 8 är av en sammanfattande karaktär och redovisades därför ej närmare här. Centrala begrepp är för- och utom-medicinska faktorer. Med *för-medicinska faktorer* avses sådana äldre medicinska teorier och ideologier, som före 1870-talets genombrott för den naturvetenskapliga medicinen, påver-

kade organiseringen av vårt hälso- och sjukvårdssystem. Med *utom-medicinska faktorer* avses samhälleliga influenser av olika slag, exempelvis kyrkans, de många krigens, de sociala förändringarnas och adelns betydelse för vårdens organisering.

Det står klart att en mängd för- och utom-medicinska faktorer varit avgörande i framväxten av akutvårdsmodellen och det vidare hälso- och sjukvårdssystemet. *Lasarettsväsendet och dess plats i vården var principiellt sett "färdigt" tio till tjugo år före den moderna naturvetenskapliga medicinens genombrott.* Gamla förlegade medicinska idéer och samhälleliga faktorer bidrog således starkt till att skapa 1860-talets akutvårdsmodell.

De organisatoriska mönstren in i nutiden

I det sista kapitlet undersöks i vilken utsträckning 1860-talets akutvårdsmodell förändrades under utvecklingen fram till vår egen tid. Den stegvisa omvandlingen av *hospital till psykiatriska sjukhus* (och deras överförande till landstingens ansvarsområde 1967) studeras, likväl förändringen av *socknens fattigvård till dagens kommunala socialtjänst och utbyggnaden av lasarettsväsendet till nutida länsdels- och regionsjukhus.* Här visas att 1900-talets utveckling snarare kom att handla om att bygga ut och bygga vidare, än att väsentligen omorganisera och förändra. Strukturerna stelnade.

Utvecklingen av lagar och förordningar fram i vår egen tid karaktäriseras *dels* av att organisationen blivit alltmer enhetlig genom att allt fler uppgifter tillförts landstingen, *dels* av att detaljregleringen från statens sida ersatts av ramlagstiftning. *I allt detta finns dock en betydande organisatorisk kontinuitet: akutvårdsmodellen har konsoliderats som hälso- och sjukvårdens kärna.*

Visserligen kritiseras numera de stora vårdinrättningarna för att de drar resurser från förebyggande arbete och öppen vård och allt fler hävdar att "stordriften" inom vården är omänsklig. Samtidigt måste man vara klar över att de stora sjukhus som planerades och byggdes under 1960- och 70-talen fortfarande intar en central plats i häl-

so- och sjukvårdssystemet. Svårigheterna att skapa en jämn utbyggnad av institutionerna och ett fungerande samspel mellan olika grenar av vården utgör fortfarande en olöst problematik. Frågeställningar har tvingats fram genom den gamla tredelade strukturen. Överförandet av mentalvården till landstingen minskade visserligen problemen något men utgjorde knappast någon lösning på problemet.

Kommunernas och landstingens organisatoriskt betingade svårigheter att samarbeta inom åldringsvård kvarstår, speciellt för de gamla med "svårsorterade vårdbehov". Sortering i enlighet med en organisatorisk tredelning antas fortfarande både möjlig och önskvärd, trots att den bygger på det reparerbarhetsmått som etablerades under 1760-talet (kapitel 5).

Studien slutar med att vi återvänder till de interna problemen i sjukhusens akutvårdsmodell. Utvecklingen av den svenska sjuksköterskekåren och dess professionalisering beskrivs. Här visas att både för- och utom-medicinska faktorer varit viktiga vid formulerandet av sjuksköterskekårens fackliga strategier. Sjuksköterskornas intresse riktades tidigt mot den teoretiska sidan av vårdarbetet. Deras fackliga organisering var också i ett tidigare skede mer slagkraftig med avseende på den egna yrkesidentiteten än vad som var fallet för den underställda personalen. *De sk sköterskebiträdenas fackliga organisering genom Kommunalarbetareförbundet gick trögare bla därför att förbundet länge dominerades av manliga yrken.*

Kommunalarbetareförbundet hade också av andra skäl mindre möjligheter att påverka utrednings- och planeringsarbete gällande utbildning av den kvinnliga vårdpersonalen.

Under 1940- och 50-talen genomfördes ett brett upplagt statligt utredningsarbete avseende *ekonomisk rationalisering av sjukhusdriften*. Detta ledde till institutionaliseringen av flera planerings- och rationaliseringsorgan inom svensk sjukvård, vilket kulminerade 1968 genom tillskapandet av SPRI (Hälso- och Sjukvårdens samt Socialvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut). Motiv, organisering och effekter av denna rationaliseringsrörelse studeras i ka-

pitlet. Här visas att den lägre sjukhuspersonalens ställning alltmer kom att karaktäriseras av ett hårt rutiniserat och till sina minsta beståndsdelar fragmenterat arbete.

Parallellt med denna utveckling framväxte under 1960-talet ett intresse för engelsk-amerikansk omvårdnadsforskning hos delar av sjuksköterskekåren. Trots att de svenska omvårdnadsforskarna inte hålls samman av ett öppet redovisat och/eller entydigt "program" kan ändå vissa linjer i grundläggande dokument urskiljas. Ett viktigt motiv är att professionalisera sjuksköterskekårens ställning inom akutvårdsmodellens ramar.

De ökade vetenskapliga kunskaperna förväntas stärka sjuksköterskornas ställning som arbetsledare, planerare och autonom professionell yrkeskategori. Detta ställs avslutningsvis i kapitlet i relation till den samtidiga rationaliseringen av vårdarbetets utförande. Ett kritiskt perspektiv på den pågående omvårdnadsforskningens betydelse för sjukvårdens organisation kan därmed formuleras. Den planerande och arbetsledande professionella sjuksköterskans ställning förutsätter i själva verket en stab av underställda vårdarbetare med arbetsuppgifter av utförande karaktär. Professionaliseringen förutsätter indirekt och omedvetet en fortgående rationalisering.

Omvårdnadsforskningen i dess nuvarande form kan reformera akutvårdsmodellen och stärka sjuksköterskornas position inom denna men knappast bryta med den långa organisatoriska tradition som skapat de grundläggande problemen. Dessa kan inte elimineras genom utbildning eller forskning om den del av "omvårdnadsprocessen" som sjuksköterskorna ansvarar för i dag.

Sjukvården lider inte bara brist på kompletterande kunskaper till de medicintekniska åtgärderna. Den över sekler utdragna organiseringsprocessen bär på en rad problem, som sträcker sig långt utöver vad som för närvarande nås av omvårdnadsforskning. Objektsynen på människan inom vården har sina rötter i disciplinerande militära ideal, uppdelningen och sorteringen av patienterna efter reparerbarhet, gamla kyrkliga och patriarkaliska uppfattningar och nedärvda ovanifrånstyrda förvaltningsformer m m.

Akutvårdsmodellens utveckling under 1900-talet är resultatet av en hårt driven ekonomisk rationalisering, som på ett osedvanligt effektivt sätt kunnat genomföras inom ramarna för den genom sekler etablerade strukturen.

I ett vidare hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv ter sig omprioriteringar inom ramarna för givna organisatoriska traditioner, som en alltför begränsad strategi. Visst behövs vissa nedskärningar och motsvarande utvidgningar av de vårdformer vi idag har att arbeta med. Men det räcker knappast med att flytta patient- och personalkategorier mellan olika grenar och nivåer i befintliga hierarkier.

Om införandet av datateknik och nya behandlingsmetoder sker inom ramarna för uppfattningen att det räcker med att göra dagens verksamhet snabbare, säkrare och litet mer kostnadseffektiv riskerar man att ytterligare permanenta befintlig vårdstruk-

tur. *Nya verksamhetsfält och arbetsformer måste öppnas upp.* Vi kan inte individbehandla samhällsliga problem. Väsentliga element i den ohälsa, den sociala utslagning och de tillstånd av oro människor står inför idag måste mötas på den kollektiva-strukturella nivån.

Dagens och morgondagens personal och patienter kommer knappast att acceptera en hierarkisk vårdstruktur, vars grundpremiss konsoliderades under 1800-talet. Hur nya verksamhetsfält kan komma att se ut och hur samspelet mellan gammalt och nytt kan gestaltas, vet vi inte idag. Där ligger de stora utmaningarna inför framtiden.

Rapporten

Traditionernas ok (450 sidor) kommer ut i bokform på Esselte Studiums förlag i början av november och distribueras genom bokhandeln. **Cirka pris:** 280 kr.

Arbetsmiljöfonden

Box 1122, 111 81 Stockholm
Tel 08-796 47 00 (vx)