

Självständig men beroende

Att arbeta som distriktssköterska på den svenska landsbygden under 1920–1930-talen

Författare: Sara Wallin och Maria Öhrfelt

Program/Kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp/Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310
HT 2011

Omfattning: 15 Höskolepoäng

Handledare: Kerstin Segesten

Examinator: Helena Wigert

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Självständig men beroende. Att arbeta som distriktssköterska på den svenska landsbygden under 1920-1930- talen
Titel (engelsk):	Independent but dependent. Working as a district nurse in a Swedish rural community during the 1920-1930's
Arbetes art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp
Kurs/kurskod:	Omvårdnad/OM5310
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	35
Författare:	Sara Wallin och Maria Öhrfelt
Handledare:	Kerstin Segesten
Examinator:	Helena Wigert

SAMMANFATTNING

Vi som distriktssköterskestudenter upplever att distriktssköterskans kompetens inte efterfrågas av en del arbetsgivare utan ofta likställs med en allmänsjuksköterskas. Att känna till distriktssköterskeyrkets tillkomst och utveckling över tid, gör det lättare att förstå hur yrkesrollen formats. Kunskap om yrkets historia kan synliggöra den specifika kompetens som distriktssköterskan besitter än idag. Distriktssköterskeyrket började ta form under 1920 -1930-talen. Syftet är att beskriva hur distriktssköterskans arbete, värderingar och villkor såg ut under 1920-1930-talen i Sverige. En yrkesberättelse skriven av en verksam distriktssköterska under denna period, valdes ut för analys. För att få en fördjupad kunskap valdes även en offentlig, beskrivande utredning av distriktssköterskans arbete med förslag till förändringar. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes som metod. Yrkesberättelsen och utredningen analyserades först var för sig. I det sista steget jämfördes dokumenten. Vid analys av distriktssköterskans yrkesberättelse framkom fem kategorier: *distriktssköterskans fokus, vårdandet, distriktssköterskans arbetsvillkor, existentiella villkor och befolkningens villkor*. Vid analys av utredningen framkom tre kategorier: *att arbeta förebyggande för individens och samhällets bästa, att uppvärdera distriktssköterskeyrket och att verka för en jämlik hälso- och sjukvård*. Distriktssköterskans arbete, villkor och värderingar beskrevs inte helt samstämmigt i utredningen och distriktssköterskans yrkesberättelse. Enligt utredningen skulle fokus i distriktssköterskans arbete ligga på en förbättrad folkhälsa, förebyggande vård och socialhygien. Distriktssköterskan i yrkesberättelsen fokuserade främst på omvårdnaden om patienterna och deras familjer.

ABSTRACT

As district nurse students, we have noticed, during clinical training, that the district nurses skills are not always demanded by employers, but often equals to those of a general nurse. Knowledge of the origins and development of the district nurse's profession over time facilitates one's understanding of how her role was formed. In addition, this knowledge may highlight the specific skills possessed by the district nurse of today. The profession of the district nurse began to take shape during the 1920-1930's. The aim is to describe what the district nurse's work, values and conditions looked like during the 1920-1930's in Sweden. A professional story written by a working district nurse during this period was selected for analysis. In order to get a deeper insight, also a public, descriptive investigation of the district nurse's work was selected, including proposed changes. A qualitative content analysis with inductive approach was used as a method. As a first step the professional story and the investigation were both analyzed separately. Lastly, the documents were compared. At the analysis of the district nurse's professional story five categories: *the focus of the district nurse, the care of the patients, the working conditions of the district nurse, existential conditions and the conditions of the population*. The analysis of the investigation revealed three categories: *to prevent risks to the welfare of the individual and the society, to enhance the status of the district nurse's profession and to promote equitable health care*. The district nurse's work, conditions and values described are not entirely consistent in the investigation and the professional story of the district nurse. According to the investigation the focus of the district nurse should lie on public health, preventive care and social hygiene. The district nurse in the professional story focused mainly on the care of the patients and their families.

Keywords: district nurse, primary health care, Sweden, history, home care

INNEHÅLL

INLEDNING.....	1
BAKGRUND	1
SVERIGE UNDER 1920-1930-TALEN	1
SJUKVÅRDEN I SVERIGE UNDER BÖRJAN AV 1900-TALET.....	3
DISTRIKTSSKÖTERSKAN UNDER BÖRJAN AV 1900-TALET	4
Från landsbygdssköterska till distriktssköterska	4
Utbildning	5
Arbetsituation	5
Folkhälsa och förebyggande vård	6
DISTRIKTSSKÖTERSKAN PÅ 2000-TALET	7
TVÅ TEORETISKA PERSPEKTIV	8
Personcentrerad vård.....	9
Vård i hemmet	9
TIDIGARE FORSKNING	11
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
METOD.....	12
MATERIAL.....	12
ANALYSMETOD	12
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	13
RESULTAT	13
ANALYS AV YRKESBERÄTTELSEN	13
Distriktssköterskans fokus	14
Vårdandet.....	15
Distriktssköterskans arbetsvillkor.....	17
Existentiella villkor.....	18
Befolkningens villkor	19
ANALYS AV UTREDNINGEN.....	21
Att arbeta förebyggande för individens och samhällets bästa	21
Att uppvärdera distriktssköterskeyrket	23
Att verka för en jämlik hälso- och sjukvård	23

JÄMFÖRANDE ANALYS.....	25
Arbete, villkor och värderingar.....	25
DISKUSSION.....	26
METODDISKUSSION.....	26
Material.....	26
Analysmetod.....	27
RESULTATDISKUSSION.....	27
REFERENSER.....	32

INLEDNING

När vi som distriktssköterskestudenter var ute på verksamhetsförlagd utbildning på vårdcentraler och inom kommunernas hemsjukvård upplevde vi att grundutbildade sjuksköterskor och distriktssköterskor ofta arbetade med samma uppgifter. Vår upplevelse var att distriktssköterskornas kompetens inte efterfrågades av arbetsgivaren, utan ofta likställdes med en allmänsjuksköterskas. Fokus på förebyggande vård är en del av distriktssköterskans specialitet. Vårdkvaliteten försämras när inte den kunskap som finns utnyttjas. Det är oekonomiskt att inte använda de resurser som finns.

I bakgrunden till avhandlingen "Något som inte längre är" skriver Lindström (2007) att distriktssköterskans kompetens inte tas till vara inom dagens primärvård. Hon skriver också att folkhälsoarbetet är uppdelat mellan ett flertal olika discipliner idag och inte längre endast är distriktssköterskans ansvar.

Att känna till distriktssköterskeyrkets tillkomst och utveckling över tid, gör det lättare att förstå hur yrkesrollen formats. Det är viktigt för att förstå hur yrket har utvecklats till det som det representerar idag. Med hjälp av kunskap om yrkets historia, kan den specifika kompetens som distriktssköterskorna besitter synliggöras idag.

Vi anser att det är viktigt att känna till yrkets bakgrund för att kunna göra kompetensen mer synlig för såväl arbetsgivare som för befolkningen. Ett sätt att göra detta är att undersöka distriktssköterskans förutsättningar när yrket var nytt.

BAKGRUND

SVERIGE UNDER 1920-1930-TALEN

Distriktssköterskans yrke började ta form under 1920–30-talen. För att förstå det sammanhang som distriktssköterskorna verkade inom, är det viktigt att beskriva hur samhället i stort såg ut i Sverige under denna tidsperiod.

I början av 1920-talet bodde cirka 70 procent av Sveriges befolkning på landsbygden (Statistiska Centralbyrån) och jordbruket var den största näringsgrenen (Andersson, 1999). Allt fler människor började dock vid den här tidpunkten att flytta från landsbygden in till tätorterna (Norborg, u.å.). Litteraturen ger en blandad bild av Sverige under 1920-talet, dels som ett land genomsyrat av framtidstro och optimism efter första världskrigets slut, dels som ett land där stor fattigdom ännu präglade framförallt landsbygdens befolkning och där statarsystemet levde kvar (Andersson, 1999; Dahlberg, 1999). År 1928 höll socialdemokraternas dåvarande partiledare Per-Albin Hansson sitt välkända tal om "Folkhemmet", där han bland annat förespråkade en utveckling av den sociala omsorgen och en ekonomisk utjämning hos befolkningen (Andersson & Amurén, 2003). Bostadsstandarden var mycket låg, både i stad och på landsbygd, samtidigt som hyrorna höjdes på grund av bostadsbristen. Endast en minoritet av befolkningen hade tillgång till centralvärme samt bad eller dusch i bostaden och trångboddheten var stor (Andersson, 1999). Trångboddheten ledde till att smittsamma sjuk-

domar lättare spred sig. På landsbygden var brunnarna ofta inte isolerade från gårdens avfallsvatten varför polio spreds framförallt genom det förorenade dricksvattnet. Inget botemedel fanns vid denna tid för polioviruset. En annan av de vanligaste smittsamma sjukdomarna som spred sig såväl på landsbygd som i städer var lungtuberkulosen (Dahlberg, 1999). Inte heller här fanns effektiva botemedel.

Under 1920-talet gick konjunkturen upp och ned för att rasa i början av 1930-talet med hög arbetslöshet som följd (Andersson, 1999). Hårdast drabbade av arbetslösheten var arbetare och bönder (Norborg, u.å.). Under 1930-talets början låg arbetslösheten på ca 20 procent, vilket enligt Wendt (1999) hade betydelse för svenskarnas trångboddhet. Osäkerheten på bostads- och arbetsmarknaden gjorde att familjer inte ville skaffa många barn (Andersson, 1999). Röda korset startade, vid denna tid, en insamling för nödlidande i Sverige, i första hand familjer med barn (Andersson & Amurén, 2003).

Samtidigt som bostadsförhållandena generellt var undermåliga var 1930-talet funktionalismens årtionde med avstamp i Stockholmsutställningen år 1930. En ny arkitektonisk inriktning med fokus på funktionalism och praktisk planering av bostäderna tog form. Det var dock endast de bättre bemedlade som hade råd med denna typ av boende (Dahlberg 1999). De radikala socialdemokraterna Alva och Gunnar Myrdal kom ut med boken "Kris i befolkningsfrågan". De lyfte fram förslag på sociala reformer för att förbättra situationen för barn och barnfamiljer, som bland annat bättre bostäder, daghem, förbättrad förlossnings- och mödravård och barnbidrag (Andersson, 1999).

År 1936 bildades en koalitionsregering mellan socialdemokraterna och bondeförbundet och grunden lades för det socialpolitiska program som kom att benämnas "folkhemspolitiken". Under 1930-talet skedde en del förändringar som till viss del förbättrade situationen för befolkningen. Regeringen upplät statsmedel för byggande av så kallade barnrikeshus som var bostäder för fattiga familjer med många barn. Byggandet av barnrikeshusen var upptakten till den sociala bostadspolitiken där kommun och stat började anses ha ett ansvar för framförallt barnfamiljerna (Andersson, 1999).

En annan social åtgärd som genomfördes var arbetslöshetsförsäkringen som infördes 1934. Socialvårdskommittén grundades 1937 med syfte att se över den svenska socialvården. Befolkningskommissionen, som tillsattes av regeringen för att kartlägga de låga nativitetstalen, lade fram ett förslag för att förbättra situationen för barnfamiljer, bland annat genom bättre förlossnings- och mödravård, skatteavdrag och diverse bidrag till barnfamiljer (Andersson & Amurén, 2003). Det blev allt större fokus på hygieniska förhållanden i hemmen. Ludvig Nordström var en radiojournalist som i slutet av 1930-talet åkte runt i Sverige och inspekterade undermåliga bostäder på landsbygden (Dahlberg 1999). Denna reportageserie, som kom att kallas "Lort-Sverige", gjordes i samarbete med Medicinalstyrelsen och Svenska kyrkan. Nordström dokumenterade såväl människors kroppsliga hälsotillstånd som bostadsförhållandena (Andersson, 1999).

Vetenskapssyn, politiska värderingar samt strömningar och trender i samhället speglar hälso- och sjukvårdens utformning. Nedan beskrivs hälso- och sjukvårdens utveckling under början av 1900-talet.

SJUKVÅRDEN I SVERIGE UNDER BÖRJAN AV 1900-TALET

Folket på landsbygden var ofta fattiga och drog sig för att söka läkare och sjukvård, dels av kostnadsskäl, dels på grund av avstånd till sjukhus eller läkare, men också på grund av tradition då kloka gummor och gubbar anlätades för vård och bot (Cederlund & Niemi, 1990).

I början av 1900-talet stod infektionssjukdomarna för en betydande del av sjukdomsfallen i Sverige (Ejlertsson, 2009). Framförallt tuberkulos eller "lungsoeten" spred sig snabbt över landet och var en sjukdom som förknippades med fattigdom och skam. Folkbildning behövdes för att få bukt med smittspridningen varför så kallade dispensärsköterskor anställdes för att sprida kunskap om smittspridning och förebyggande åtgärder (Cederlund & Niemi 1990).

Utvecklingen inom sjukvården hade under andra delen av 1800-talet och början av 1900-talet gjort stora framsteg. Under denna tidsperiod växte kunskap fram om att vissa sjukdomar orsakades av mikroorganismer och att smittämnen kunde överföras människor emellan. Därmed sågs kopplingen mellan hygien och infektionssjukdomar (Karlberg, 2011). Tidigare hade det inte varit någon större skillnad mellan skolmedicin och folkmedicinens behandlingsmetoder. Båda dessa grupper använde sig av örter och metoder som exempelvis åderlåtning och homeopati. Naturvetenskapens utveckling ledde fram till en ny syn på skolmedicinen. Nya viktiga hjälpmedel som kom under början av 1900-talet var elektrokardiogrammet och blodtrycksmanschetten (Holmdahl, 1994). Exempel på mediciner som används än idag som togs fram på 1920-talet är BCG-vaccin mot tuberkulos, insulinet för behandling av diabetes och sulfaderivat som är antibakteriellt (Karlberg, 2011).

År 1920 fanns i Sverige 13000 vårdplatser på allmänna sjukhus (Karlberg, 2011), vilket kan jämföras med knappt 26 000 vårdplatser år 2008 (Socialstyrelsen, 2010). Det fanns också speciella epidemisjukhus och sanatorier för vård av tuberkulossjuka. Under 1920-talet började spridningen av tuberkulos att avta. Troligtvis berodde det på en förbättrad folkhälsa med bättre kost och bostäder, samt bättre hygien bland befolkningen. Många av epidemisjukhusen och sanatorierna gjordes om till vårdinrättningar för kroniskt sjuka, så kallad "långvård". Ansvar för dessa kroniskt sjuka flyttades från kommunen till landstingen. På lasaretten vårdades de med akuta somatiska åkommor, uppdelning i specialiteter som idag förekommer inte. Vårdtiderna var långa. Att ligga i sängläge på sjukhus sågs som en behandling i sig. Även palliativa patienter och patienter som låg inne för att avlasta anhöriga vårdades på lasaretten (Karlberg, 2011).

Andra typer av vårdinrättningar under denna tid var hospitalen för "sinnessjuka" eller "sinnesslöa", samt fattigvårdsanstalterna. Det var barnens uppgift att ta hand om sina föräldrar när de var gamla och inte kunde försörja sig själva. På fattigvårdsanstalterna eller "fattigstugorna" hamnade de äldre fattiga som inte hade barn som kunde försörja

dem. Där hamnade även alkoholiserade personer, utvecklingsstörda och människor som av olika anledningar inte kunde försörja sig själva. År 1913 infördes folkpensionen men fattigvårdsanstalterna fanns kvar in på 1940-talet. Senare kom begreppet ålderdomshem, det blev en markör att även fattiga, gamla människor behövde ett hem enligt Holmdahl (1994).

DISTRIKTSSKÖTERSKAN UNDER BÖRJAN AV 1900-TALET

Att vårda barn, gamla och sjuka har historiskt setts som kvinnliga uppgifter. Tidigare i historien sågs sköterskeyrket som ett smutsigt, lågstatusyrke för endast fattiga, utbildade och ibland försupna kvinnor som tog jobb där det fanns. Under mitten av 1800-talet kom denna bild att börja förändras, bland annat på grund av Florence Nightingale (Holmdahl, 1994). Tanken att sjuksköterskeyrket var ett kall byggde på två grunder, dels det kristna kallet att hjälpa, dels att ogifta kvinnor utan barn också skulle ha en livsuppgift (Qvarsell, 1991). Kvinnor från borgarklassen tog anställning som sjuksköterskor i det kristna kallets namn (Holmdahl, 1994). Att dessa kvinnor skulle ge avkall på giftermål sågs som en självklarhet då sjuksköterskeyrket sågs som något som inte kunde förenas med familjeliv (Emanuelsson & Wendt, 1994). Å andra sida öppnade sjuksköterskeyrket också en möjlighet för kvinnor ur högre samhällsklasser som inte ville gifta sig att få yrkesarbete (Qvarsell, 1991). Distriktssköterskeyrket sågs dock inte som ett hinder för giftermål då det var ganska lätt att få tag i hemhjälp och barnpassning på landsbygden (Emanuelsson & Wendt, 1994).

Från landsbygdssköterska till distriktssköterska

På landsbygden, i början av 1900-talet, var landsbygdssjuksköterskor anställda. De kallades för epidemi-, kommun- eller distriktssköterskor. Deras främsta uppdrag var att hindra smittspridning av de epidemier som förekom i stor utsträckning. År 1916 skrevs ett betänkande angående ”Den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden”. I utredningen framkom att såväl utbildning som arbetsvillkor för dessa landsbygdssjuksköterskor var sämre än för sjuksköterskorna som arbetade på sjukhusen. Arbetsbelastningen var stor och ledighet var långt ifrån en självklarhet, särskilt om en epidemi bröt ut. Rent geografiskt kunde distrikten vara mycket stora och svårframkomliga (Kungl. Civildepartementet, 1916; Emanuelsson & Wendt, 1994). I betänkandet från år 1916 (Kungl. Civildepartementet, 1916), fastslogs att sjukvården på landsbygden var i behov av en bättre organisering, med en väl utbildad distriktssköterskekår som hade fullgoda resurser att utföra sitt arbete under provinsialläkarnas ledning (Kungl. Civildepartementet, 1916; Cederlund & Niemi, 1990).

I ett betänkande år 1918 ”angående bidrag av statsmedel för anställande av distriktssköterskor” framkom att sjuksköterskor med rätt kompetens skulle kunna arbeta med hygienfrågor och förebyggande vård. Dessa arbetsuppgifter, utöver att bedriva sjukvård, var ett krav för att statligt stöd för att anställa dessa distriktssköterskor skulle utgå. De krav som ställdes på henne i arbetet på landsbygden var att undervisa i hygienfrågor, matlagning för att förbättra mathållningen i hemmen, samt i barnavård. Det rådde på många håll en stor okunskap om framför allt barnavård där vidskepelse och traditioner spelade en betydande roll (Wendt, 1999).

Utbildning

Efter ett riksdagsbeslut år 1919 startades den första statliga distriktssköterskeutbildningen år 1920. Utbildningen var 10 månader lång och innefattade: *"huslig ekonomi med matlagning, dispensärvård, bostadshygien, social lagstiftning och rumsdesinfektion"* (Emanuelsson & Wendt, 1994, s. 34). Endast en mindre del av utbildningen var teoretisk. Till största del bestod utbildningen av praktik inom olika specialiteter, med bland annat epidemivård, sinnesvård och barnavård (Emanuelsson & Wendt, 1994). I samband med att utbildningen startades fattades ett beslut (SFS 1920:814) som medförde att även sjuksköterskor med mindre ekonomiska resurser hade möjlighet att söka till distriktssköterskeutbildningen. Dessa sjuksköterskor kunde ansöka om ett statligt stipendium. Detta beslut togs för att de sjuksköterskor som antogs till utbildningen skulle vara lämpliga och att deras ekonomiska bakgrund inte skulle ha någon betydelse (Emanuelsson & Wendt, 1994).

Kvinnan som lade grunden för den första distriktssköterskeutbildningen, Kerstin Nordendahl, ansåg att utbildningen till distriktssköterska skulle vara en vidareutbildning med stark inriktning på de frågor och arbetsuppgifter som distriktssköterskan sedan ställdes inför i arbetslivet. Medicinalstyrelsen lade fram ett förslag till ändringar i utbildningen år 1933. Då hade även sjuksköterskeutbildningen utökats vilket medförde bättre förkunskaper hos distriktssköterskeeleverna (Wendt, 1999).

År 1935 kom en ny stadga för statens distriktssköterskeskola som ersatte den från 1920. I den fastslogs krav på minimipraktiktid innan påbörjad utbildning. Tillkom i undervisningen gjorde utbildning i barnavård och *"hygienens olika grenar med bostadshygien och hemmets vård, näringslära och huslig ekonomi även som skolhygien"* (SFS 1935:430). Dillner (1968) för fram att distriktssköterskans upplysande och rådgivande arbete därmed lyftes fram genom att det stod först i ordningsföljd i stadgan. Därmed förtydligades utbildningens syfte.

Från och med år 1938 kom distriktssköterskeutbildningen att ligga under Statens institut för folkhälsan (Wendt, 1999), och detta faktum gjorde att nya socialpolitiska mål direkt kunde påverka utbildningen (Emanuelsson & Wendt, 1994).

Arbetsituation

Till skillnad från den strikta hierarkin inom sjukhusvården, med sjuksköterskan som tydligt underordnad läkaren, var distriktssköterskan på landsbygden ofta mycket självständig och utelämnad till egna beslut (Emanuelsson & Wendt, 1994). Provinsialläkaren var distriktssköterskans förman men hade inte befogenhet att vare sig anställa eller avskeda henne, det gjorde distriktsstyrelsen (Wendt 1999). Även om distriktssköterskan var direkt anställd under provinsialläkaren så var denne inte alltid tillgänglig (Emanuelsson & Wendt, 1994). Den något oklara ansvarsuppdelen mellan distriktssköterska och läkare kunde leda till konflikter i arbetet. När provinsialläkare var tillgänglig verkade distriktssköterskan under dennes order, men distrikten var ofta stora och läkaren hade inte alltid möjlighet att vare sig infinna sig på plats eller svara i telefon. Distriktssköterskan hamnade ibland i nödsituationer där hon handlade över sin befogen-

het i brist på tillgänglig läkare. De fattiga patienterna hade inte alltid råd med läkarens arvode och det var vanligt att de hade bättre kontakt med distriktssköterskan än med läkaren (Wendt 1999).

Distriktssköterskorna hade, utöver en årlig lön, naturaförmåner såsom bostad, ved och lyse. Dessutom kunde de ta ut en taxa från patienterna (Wendt 1999). År 1920 fastslogs att statsbidrag för avlöning åt distriktssköterskor skulle utgå enligt vissa krav. Kraven kunde exempelvis vara att distriktet skulle ha en viss storlek, att det fanns en distriktsvårdsstyrelse i varje distrikt, godkänd statlig utbildning hos distriktssköterskan, samt att förebyggande hälsovård bedrevs bredvid sjukvården. Förslaget innehöll också krav på en viss minimilön, en viss bostadsstandard för distriktssköterskan, bidrag för kost (om hon inte vårdade någon i bättre bemedlade hem där hon fick mat), samt krav på en månads semester med pengar till mat (SFS 1920:234).

År 1923 höjdes lönerna för de distriktssköterskor som arbetade i ödemarksområdena. Många som bodde i dessa ödemarksområden var fattiga, vilket medförde att distriktssköterskan inte hade möjlighet att ta ut den avgift hon hade rätt till för att dryga ut sin annars mycket låga lön (Bohm, 1961). Distriktet på landsbygden skulle ha färre än 3000 invånare (Dillner, 1968; Holmdahl, 1994). Från och med år 1938 organiserades distriktsvård även inne i städerna (Holmdahl, 1994).

Folkhälsa och förebyggande vård

Under slutet av 1800-talet och in på 1900-talet började samband mellan hälsa och sociala förhållanden uppmärksammas. Hygienfrågor lyftes fram och broschyrer om hygien spreds till befolkningen. Tanken var att distriktssköterskan skulle fungera som förmedlare av den tidens hygienideal, framförallt i de fattigas stugor på landsbygden. Hygien var indelad i olika grenar såsom kroppslig hygien, rashygiene och bostadshygiene (Wendt 1999).

Kroppslig eller personlig hygien kunde gälla information kring vikten av att byta underkläder, samt undvikande av rusdrycker, tobak och överdriven kaffekonsumtion. Distriktssköterskan skulle även ha kunskap i näringsfrågor och hur man sköter ett hushåll. Regelbundna måltider och vikten av att äta grönsaker ingick i den tidens rekommendationer (Wendt, 1999).

Tankar och idéer om rashygiene fick fäste i Sverige under de första decennierna av 1900-talet. Dessa grenar av hygien byggde på tanken att goda gener skulle föras vidare och att "olämpliga" arvsanlag skulle stävjas (Bengtsson, u.å.). Samtidigt med propaganda för ökat barnafödande under 1930-talet, steriliserades så kallade "sinnesslöa", framför allt kvinnor, på rashygienisk indikation (Broberg, u.å.).

Bostäderna i Sverige var i många fall små, kalla och smutsiga. Sämst var det för de människor som bodde på landsbygden. Det var inte ovanligt att hela familjer bodde i köket under den kalla tiden på året, då de inte hade råd att värma mer än ett rum. I städerna fanns centralvärme i större utsträckning, vilket bidrog till att hela bostaden

kunde nyttjas året om. Dessutom hade ofta stadsfamiljerna färre antal familjemedlemmar. (Wendt, 1999).

Redan på 1920-talet fanns tankar kring att distriktssköterskan skulle verka förebyggande i sitt arbete. Genom information till folket om smittspridning och hygien skulle stora kostnader för samhället sparas in. Distriktssköterskan hade också möjlighet att upptäcka sjukdom i tidigt skede, då hon ofta hade god kontakt med människorna i distriktet hon arbetade. Det kunde leda till tidiga insatser och minskning av följdskador och smittspridning (Cederlund & Niemi, 1990). Den förebyggande vården delades in i barnavård, bostadsvård och hälsovård (Wendt, 1999)

I Sverige genomfördes under 1930-talet en rad socialpolitiska reformer. Dessa innebar bland annat att alla mödrar skulle få tillgång till förebyggande mödra- och barnhälsovård. Denna del av arbetet föll sedan på barnmorskorna efter att till en början ha delats mellan distriktssköterskan och barnmorskan. Distriktssköterskorna hade också till viss del uppgift att arbeta som skolsköterskor, men speciella skolsköterskor började anställas under den här tiden (Emanuelsson & Wendt, 1994).

Även dagens myndigheter betonar vikten av att satsa på förebyggande vård. Livsstilsändringar som rör kost, motion och rökstopp är högaktuellt när det gäller att förbättra folkhälsan (Socialstyrelsen, 2009).

DISTRIKTSSKÖTERSKAN PÅ 2000-TALET

För att knyta an dåtidens distriktssköterskeyrke med dagens behövs en beskrivning av yrket idag. Distriktssköterskeföreningen i Sverige och Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver distriktssköterskans arbete som följande:

”Grunden i distriktssköterskans arbete är möten med människor i alla åldrar och hälso- och sjukvårdstillstånd. Det ingår i distriktssköterskans kompetens och förmåga att stärka patienten till god hälsa genom ett hälsofrämjande synsätt, samt bedöma övergång från sjukdomsbehandlande vård till palliativ vård för en värdig död”(s.7).

Distriktssköterskans kompetensbeskrivning utgår ifrån fyra vetenskapsfält: Omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap samt pedagogik/ledarskap (Distriktssköterskeföreningen i Sverige & Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Dessa vetenskapsfält inbegriper en fördjupad kunskap och förståelse för den enskilde patienten och dennes anhöriga i olika sammanhang. De ger också möjlighet att utvärdera behovet av eventuell kunskap och att förmedla den kunskapen så att patienten förstår den. Färdigheter i att identifiera faktorer som påverkar hälsan i en befolkning ingår i distriktssköterskans arbete. Även kunskap om och praktiska färdigheter i att kunna identifiera och behandla sjukdomstillstånd självständigt ingår i hennes arbetsuppgifter (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

Bergman och Riesling (2006) betonar vikten av att distriktssköterskan arbetar inom ett givet geografiskt område för att på bästa sätt lära känna lokalsamhället och därigenom kunna främja hälsa i det område hon verkar. De skriver vidare att: *"områdesansvaret kännetecknas av helhet, kontinuitet, tillgänglighet, närhet och socialt synsätt"* (s.5). Att distriktssköterskan har detta arbetssätt är betydelsefullt då det folkhälsoarbete som sker i vardagen ofta är det mest givande (Bergman & Riesling, 2006).

Bergman och Riesling (2006) hävdar vikten av att distriktssköterskans arbetsgivare tar vara på den unika kompetens hon besitter. Med det menar de att distriktssköterskeutbildningen och samhällets krav på distriktssköterskan stämmer överens. Karlsson, Morberg och Lindström (2006) kom i sin studie fram till att distriktssköterskor inte upplever att de får använda sin breda kompetens. Sjukvård prioriteras framför förebyggande vård, vilket distriktssköterskorna upplever som fel (Karlsson et al, 2006; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). En minskad självständighet, ett ökat beroende av läkare, samt att deras distriktssköterskemottagningar nedprioriteras vid exempelvis sjukfrånvaro är några saker som bekymrar. Det framkommer känslor av att inte få förståelse för sitt arbete från arbetsgivaren. Det förekommer också att chefen på arbetsplatsen inte riktigt vet vad distriktssköterskorna gör i sitt arbete. Tiden för folkhälsoarbetet är mycket begränsad om den överhuvudtaget finns (Karlsson et al, 2006). Distriktssköterskorna uttrycker också att ingen efterfrågar resultaten av deras förebyggande arbete (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). En orsak till förändringen i arbetsuppgifterna över tid, bedöms vara omorganiseringar och minskade personalgrupper på grund av ekonomiska nedskärningar (Karlsson et al, 2006).

Under 1990-talet skedde en del förändringar i såväl lagarna som i praktiken. Lagtexterna kom att omfatta hälso- och sjukvårdspersonal på ett övergripande plan, där exempelvis distriktssköterskan tidigare varit nämnd som yrkesgrupp. Yrkes specifika kunskaper kom senare att beskrivas i olika kompetensbeskrivningar. En viktig händelse under 1990-talet var Ädelreformen, där kommunerna övertog ansvaret för långvarig vård av äldre och funktionshindrade. En annan var husläkarlagen som genom utökning av antalet distriktsläkare minskade behovet av distriktssköterskor samtidigt som områdesindelningarna löstes upp (Bergman & Riesling, 2006). Därmed kunde patienterna aktivt välja läkare och därmed vårdcentral (Backlund, Larsson et al, 1994)

Det finns en oro hos distriktssköterskor angående yrkets framtid. De känner att deras yrkesuppgifter är mindre tydliga för samhället och att de har mindre inflytande på arbetsplatserna. De har själva svårt att i ord uttrycka det som är unikt för professionen, samtidigt som de brinner för sitt yrke (Karlsson et al, 2006). Distriktssköterskorna anser sig ha rätt kompetens för att arbeta med förebyggande vård och hälsofrågor (Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

TVÅ TEORETISKA PERSPEKTIV

Historien kan ses ur många olika perspektiv. Distriktssköterskeyrket har, ur ett historiskt perspektiv varit nära kopplat till hemmet. Hemmet är den plats där distriktssköterskan i främsta fall har varit verksam. I hemmet hamnar fokus på patientens livsvärld och även

dennes familj. Av denna anledning presenteras personcentrerad vård och vård i hemmet som de två teoretiska perspektiv som varit vägledande i den empiriska delen av uppsatsen.

Personcentrerad vård

I den personcentrerade vården synliggörs alla människans dimensioner. Alla behov ska ses som lika viktiga, såväl de andliga, existentiella, psykiska, sociala som de fysiska. Det är viktigt att låta personen berätta sin historia om upplevd ohälsa och sjukdom, för att på så sätt försöka förstå hur ohälsan eller sjukdomen upplevs av just henne/honom. Det är angeläget att skilja på personcentrad vård och patientcentrerad vård. Genom att använda ordet patient inskränks personen till att vara sin sjukdom. Det är också viktigt att se personen i sitt sociala sammanhang, att inte enbart fokusera på individen utan även på närstående som personer (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

I arbetet som sjuksköterska eller annan vårdpersonal innebär personcentrerad vård att kunna stödja personen i den hon/han vill vara och inte förminska personen till en diagnos, som ska utredas och behandlas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Ekman, et al (in press) visade i en studie att vårdpersonal var välvilligt inställd till att arbeta med personcentrerad vård. De upplevde också att det var det de gjorde, trots att de fokuserade mer på sjukdomen än på personen. Studien visade också att det i patientjournalerna var sparsamt dokumenterat när det gällde den vårdades känslor och tankar om sin sjukdom och behandling. Att upprätta rutiner för personcentrerad vård kändes angeläget och resulterade i följande: ”*Initiating the partnership: patient narratives, working the partnership: shared decisionmaking, safeguarding the partnership: documenting the narratives*” (Ekman et al, in press, s.3). Det innebär att det är viktigt att bjuda in den vårdbehövande personen till att berätta om sina tankar och känslor för att därefter kunna sätta upp gemensamma mål och identifiera en behandling som är anpassad till personens liv som helhet. För att säkerställa att patientens egna värderingar och känslor ska förbli viktiga ska detta också dokumenteras på samma sätt som medicinska uppgifter (Ekman et al, in press).

Att som sjuksköterska vara professionell är att ta ansvar för vården. Det kan gälla planering och prioritering av tid, förmedla sakkunnighet inom vårdens områden, samt att övertala och förhandla med patienter och närstående i situationer som kräver det (Öresland, Määttä, Morberg, Winter Jörgensen, & Lützen, 2008). Det finns familjer där anhöriga ignorerar sjuksköterskan/distriktssköterskan i beslut vad gäller vården (Benzein, Johansson & Saveman, 2004). I sådana situationer är det viktigt att våga stå på sig som sjuksköterska/distriktssköterska samtidigt som patientens/anhörigas åsikter bör beaktas (Öresland et al, 2008).

Vård i hemmet

Gaunt och Lantz (1996) beskriver hemmet som, förutom dess rent praktiska funktion, en symbol för en trygg plats där man kan stänga dörren om sig och vara sig själv. Ett hem speglar en människas personlighet och inre genom de saker, och de människor (familjen) som denne valt att omge sig med. Hemmet kan ses som en förlängning av vilka vi är som personer (Lantz, 1996). I hemmet är den som bor huvudperson till skill-

nad från på en vårdinrättning. Hemmet är människans revir där vi söker identitet, avskildhet och trygghet. In i denna personliga sfär kommer vårdaren som vårdar i hemmet. Tröskeln är gränsen till hemmet och är omgärdad av riter som att hälsa och bli välkomnad in (Gaunt & Lantz 1996). Hemmet är en viktig del av vilka vi är som personer. Att vårda en människa i hemmet ger därför större förutsättningar att förstå honom/henne än om samma person vårdats iklädd sjukhuskläder i steril sjukhusmiljö (Lantz, 1996).

I en amerikansk studie (Peter, 2002) har villkor för sjuksköterskor som arbetade inom den tidens hemsjukvård, mellan 1900-1930 beskrivits. Sjuksköterskorna såg sig som gäster i patienternas hem, men samtidigt var hemmet en plats där sjuksköterskorna hade mer makt än på sjukhusen. De befann sig långt ifrån sjukhushierarkin och direkta order från läkare, vilket gav dem viss auktoritet. Enligt dagens ideal ska sjuksköterskan och patientens relation vara intim och jämställd, då var idealet att sjuksköterskan skulle hålla viss distans till patienten. På tidigt 1900-tal var även bostaden sjuksköterskans angelägenhet, då bostadsinspektion och social hygien var viktiga delar av yrket. Det ingick i arbetsuppgifterna att "fostra" framförallt fattiga människor i hygienfrågor, då fattiga sågs som moraliskt oupplysta (Peter, 2002). Sjuksköterskan i hemmet var lite "allt-i-allo" som vårdare, hälsoupplysare, hemhjälp, barnskötare, assistent och städerska. Sjuksköterskans arbete i hemmet var således inte enbart fokuserat på patienten utan hela hushållet (Buhler-Wilkerson, 2002).

Distriktssköterskor och sjuksköterskor upplever att platsen för vårdandet spelar en viktig roll. När vården sker i hemmet kan de se patienten i ett sammanhang och med en livshistoria. Sjuksköterskor med erfarenhet från såväl sjukhus som vård i hemmet menar att förutsättningarna för att lära känna patienten är bättre i hemmet än på vårdinrättning. Vården anpassas till patientens vardag (Mc Garry, 2008; Öresland et al, 2008), vilket minimerar risken för negativa konsekvenser av vårdhandlingarna. Sjuksköterskorna engagerar sig mer i patienten, har mindre behov av att vara en auktoritet samt känner större respekt för patienten i hemmet (Öresland, et al, 2008).

Öresland et al (2008), skriver om vikten av att bygga upp en tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient. Genom att förstå patientens liv, vara öppen för patientens rutiner och inte överskrida gränsen för patientens integritet, kan sjuksköterskan förmedla att hon och patienten befinner sig på samma nivå i relationen, vilket i sin tur skapar en känsla av tillit (Öresland et al, 2008). Såväl patienterna som sjuksköterskorna upplever ett vänskapligt förhållande. Sjuksköterskorna betonar dock att det är på en professionell nivå, vilket innebär att hålla en viss distans med tydliga gränser. Många upplever att detta kan vara svårare i hemmet än på sjukhuset. Det är dock inte något som nämns av patienterna (Mc Garry, 2008; Öresland et al, 2008) .

Sjuksköterskorna i hemsjukvården anser att de försöker involvera patienterna i vården, medan patienterna själva tycker sig vara passiva när det gäller att ta beslut angående vården, och ser sig som assistenter till sjuksköterskorna. Patienterna finner platsen för vårdandet som betydelsefull. De anser att det är skillnad på att vårdas i hemmet och på

sjukhus. På sjukhusen är tiden knapp och patienten känner sig som en i mängden (Mc Garry, 2008). I en jämförelse mellan hemsjukvård och vård på vårdcentral i Stockholmsområdet visade sig att personer som vårdades i hemmet i större utsträckning visste vem som var ansvarig för omvårdnaden. De var också mer nöjda med vården, trots att de ofta hade en sämre fysisk och psykisk hälsa (Tornkvist, Gardulf & Strender, 2000).

TIDIGARE FORSKNING

Det är lite forskat kring distriktssköterskans arbete, villkor och värderingar i Sverige ur ett historiskt perspektiv. Vi har inte hittat någon forskning där jämförelse gjorts mellan distriktssköterskans kliniska arbete, och hur det reglerades i regelverk och kompetensbeskrivningar från samma tid. Forskning som jämför dåtidens arbete som distriktssköterska med dagens är också något vi saknar.

Vi har sökt artiklar i databaserna CINAHL och PubMed. Sökorden vi använde var: district nurs*, histor*, swed*, primary health care, home care, public health. Dessa varierades i olika kombinationer.

Uppsatsen fokuserar på den svenska distriktssköterskans arbete mellan åren 1920 och 1940. Den svenska distriktsvården och distriktssköterskans historia är specifik i sitt sammanhang. I andra länder har det funnits mer eller mindre liknande öppenvårdssystem. Då vi i hela uppsatsen fokuserat på distriktssköterskan och distriktsvården i Sverige valde vi att bortse från forskning som berörde öppen vård i andra länder. De källor som ligger till grund för det teoretiska perspektivet "Vård i hemmet" är delvis utländska.

PROBLEMFÖRMULERING

Den kunskap och de erfarenheter som de tidiga distriktssköterskorna besatt är viktig att bevara till eftervärlden. Om vi får insikt i vår historia kan vi lättare förstå vår samtid och föra utvecklingen vidare. Genom att undersöka det som var karaktäristiskt för distriktssköterskeyrket då, kan kännetecknen för yrket belysas, vilket är viktigt för distriktssköterskans yrkesidentitet.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur distriktssköterskans arbete, värderingar och villkor såg ut under 1920- 1930-talen i Sverige utifrån två frågeställningar:

- Vad innebar det att arbeta som distriktssköterska på den svenska landsbygden när yrket tog form under 1920- och 1930-talen?
- Hur beskrivs distriktssköterskeyrket i offentliga dokument från denna tidsperiod?

METOD

MATERIAL

I Nordiska museets samlingar finns skrivna berättelser och utskrivna intervjuer med uppgiftslämnare från olika yrkesgrupper i samhället. En sådan grupp utgörs av sjuksköterskor som utbildades och var verksamma under första delen av 1900-talet. En sådan berättelse, omfattande 45 A4-sidor text, har valts ut för analys. Av dessa exkluderades 14 sidor som handlade om tiden när hon arbetade som allmänsjuksköterska. Den valda berättelsen handlade om en distriktssköterska som arbetade i en landsbygdskommun i Mellansverige mellan åren omkring 1920 och 1940.

För att fördjupa förståelsen för distriktssköterskans arbete under den aktuella tidsperioden valdes också ett offentligt dokument. En SOU-rapport från år 1934, som är en beskrivande utredning för distriktssköterskans arbete och förslag till förändringar (SOU 1934:9). De 46 sidor som handlade om distriktssköterskan valdes ut för analys, medan de sidor som handlade om utbildningen till, och arbetet som allmänsjuksköterska exkluderades. SOU står för Statens Offentliga Utredningar och det var Medicinalstyrelsen som genomförde den aktuella utredningen.

ANALYSMETOD

För att besvara syftet föll metodvalet på kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, enligt Graneheim och Lundman (2004). Fokus låg på det manifesta innehållet, då syftet var att beskriva arbete, villkor, och värderingar.

Inom den kvalitativa traditionen anses ”*sanningen ligga i betraktarens ögon*” (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 160). Världen ses som subjektiv, komplex, konstruerad och bör därför ses i sitt sammanhang. I kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på tolkning av texter. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Innehållet i berättande data analyseras (Polit & Beck, 2008). En induktiv ansats betyder att texten läses så förutsättningslöst som möjligt, utan utgångspunkt i någon befintlig modell eller teori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Analysen leder sedan fram till identifikation av teman som visar sig, samt mönster bland dessa teman. Den kvalitativa innehållsanalysen innefattar olika steg där data delas upp i mindre enheter som sedan kodas och namnges i relation till deras representativa innebörd. Koderna grupperas sedan beroende på innehåll (Polit & Beck 2008).

Meningsbärande enheter kan vara ord eller meningar som relaterar till varandras innehåll genom kontext eller innebörd. I analysprocessen kondenseras den meningsbärande enheten i syfte att förkorta den men samtidigt bevara innehållets kärna. Sedan sker en abstraktion av innehållet. Det är i den här fasen koder, kategorier och teman skapas. (Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim och Lundman (2004) menar att det är viktigt att tidigt i analysprocessen bestämma om analysen ska fokusera på det manifesta eller latent innehåll. Manifest är det innehåll som beskriver vad texten säger. Det är det synliga och uppenbara innehållet i texten. Det manifesta innehållet speglas i de kategorier som visar sig. Det latent

innehållet berättar om vad texten talar om, om textens underliggande mening och presenteras vanligen i teman. Det förekommer alltid en tolkning, oavsett om fokus ligger på manifest eller latent innehåll. Skillnaden ligger i tolkningens abstraktionsnivå och djup (Graneheim & Lundman, 2004).

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

De två dokumenten, yrkesberättelsen och det offentliga dokumentet, analyserades först var för sig. I det sista steget jämfördes dokumenten.

För att lära känna materialet lästes det igenom ett flertal gånger. Efter det identifierades meningsbärande enheter som sedan kondenserades. Detta valde vi att göra var för sig för att sedan jämföra med varandra. Det gjordes för att öka tillförlitligheten i resultatet. Tillsammans hittade vi koderna, för att sedan tillsammans kategorisera dessa, se exempel nedan i tabell 1.

Tabell 1

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det var mer än två mil till närmaste lasarett	Långt till lasarettet	Långa avstånd	Ensam	Distriktssköterskans arbetsvillkor

I analysens sista del har vi jämfört resultaten av berättelsen och utredningen för att ta reda på om de fokuserade på samma saker. I resultatet belyses innehållet i kategorierna till viss del genom citat, vilket enligt Sandelowski, (1994), bidrar till en ökad tillförlitlighet i arbetet.

RESULTAT

ANALYS AV YRKESBERÄTTELSEN

Vid analys av distriktssköterskans yrkesberättelse har fem kategorier med tillhörande subkategorier framkommit. Dessa presenteras nedan i tabell 2 och beskrivs därefter mer ingående.

Tabell 2

Kategorier	Subkategorier
Distriktssköterskans fokus	<ul style="list-style-type: none"> • Personen i centrum • Fokus på familjen
Vårdandet	<ul style="list-style-type: none"> • Bedömning och behandling vid olyckor och akuta sjukdomar • Vak vid sjuk- och dödsbäddar • Vård vid epidemiska sjukdomar • Mödravård och skolbarnsundersökningar

Distriktssköterskans arbetsvillkor	<ul style="list-style-type: none"> • Ständigt tillgänglig • Ensam • Samverkan
Existentiella villkor	<ul style="list-style-type: none"> • Döden • Tron • Förnöjsamhet
Befolkningens villkor	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomiska förutsättningar • Hygien • Autonomi

Distriktssköterskans fokus

Distriktssköterskan beskrev ofta de personer hon besökte i tjänsten som individer med egenskaper och sammanhang. Hon berättade inte alltid om sjukdomar eller diagnoser. Familjens betydelse för patienten, liksom patientens betydelse för familjen belystes i hennes berättelse. Hon berättade om hur hon byggde upp relationer med de människor som bodde i distriktet och hur hon hanterade personers misstro och fick dem att känna tillit. Efter att ha lärt känna människorna i distriktet där hon arbetade blev distriktssköterskan ofta inbjuden till hemmen. Det fanns två arbetsrelaterade fokus som syntes tydligast i berättelsen, fokus på person och fokus på familj.

Personen i centrum

Distriktssköterskan visade engagemang för sina patienter på flera olika sätt. Hon berättade ofta om hur de hade det, hur de bodde och hur familjesituationen såg ut. Distriktssköterskan visade respekt för personen i fråga och dennes integritet. Hon såg till hela människan genom att bejaka alla dennes behov, såväl kroppsliga, sociala och själsliga. Genom sitt arbetssätt vann hon patienternas tilltro. Det kunde innebära att närma sig patienten långsamt, kompromissa med dem eller att hjälpa dem att finna mening i livet. Distriktssköterskan berättade också om en del småsaker som hon gjorde för patienterna som betydde mycket för dem. De kunde vara sådant som att koka kaffe eller bädda rent.

”Ja, alltnog när den lilla sjuka gumman blivit omskött på allra bästa sätt och låg där i sin rena säng, så gjorde jag det, som nästan alltid har en inverkan på både sjuka och friska. Jag diskade kaffepannan och kokade en god kaffetår och när jag den gången gick ifrån den lilla gumman sade hon: Må Gud välsigna syster. Kom snart igen.”

Distriktssköterskan beskrev hur hon lyssnade på patienternas livsberättelser för att förstå personen bakom sjukdomen. Om en före sjukdomen aktiv man som nu suttit år ut och år in på samma bänk berättade hon:

”Han var intresserad av läsning och jag försökte skaffa honom lektyr. Fick han då också en god cigarr, ja då blev det litet glädje i hans trista tillvaro.”

En svårt sjuk kvinna ville så gärna träffa sin son som satt i fängelse, men fångvaktarna sade dock bestämt nej. Genom att framföra bud till sonen, medverkade distriktssköterskan till att sonen skrev ett vackert brev hem till sin mor innan hon dog.

Fokus på familjen

Att distriktssköterskan hade ett stort förtroende för och kände stort engagemang för patienternas familjer syntes tydligt på flera ställen i hennes berättelse. Hon beskrev ofta familjemedlemmarna ingående till deras sätt att vara och hur deras situation såg ut. Det handlade främst om tillfällen där någon har avlidit, eller situationer när distriktssköterskan behövde vara i familjen ett tag för att vårda någon.

Distriktssköterskan litade på familjernas förmåga att sköta om de sina, men hon fanns som ett stöd när de behövde hjälp, med såväl material, råd eller avlösning och hon var noga med att visa respekt för familjens rutiner.

”Varje morgon kl.6 knackade Calle försiktigt på dörren och frågade om jag ville ha frukost. Jag kände mig inte vidare hungrig så tidigt på dagen, men jag tackade alltid ja...”

Något annat som tydligt påvisade distriktssköterskans ansvarskännande för familjer var den omsorg hon visade de familjer som hade förlorat en familjemedlem. Hon tänkte ofta på de som lämnats ensamma och försökte tala med dem om det som hänt.

”Jag träffar ibland den ensamma gamla mannen och spörjer hur det känns och hur det går att bära saknaden och sorgen.”

”Jag besökte dem sedan i hemmet där saknaden var stor och livet föreföll hårt och meningslöst för dem som blivit lämnade ensam efter ett par lyckliga år.”

Vårdandet

Distriktssköterskan beskrev i sin berättelse ett flertal konkreta vårdhandlingar. Dessa var av olika karaktär och nedan presenteras de som oftast förekom i berättelsen.

Bedömning och behandling vid olyckor och akuta sjukdomar

Ofta var det distriktssköterskan som först blev kallad till olycksplatser och vid sjukdomsutbrott. Det var då hon som fick göra en första bedömning. Ibland var hon tvungen att tillkalla läkare alternativt en bil eller ambulans för transport till lasarettet.

”Jag ringde nu omedelbart till läkaren och skyndade till olycksplatsen... Vi började med konstgjord andning och doktorn fortsatte när han kom...”

Distriktssköterskan tvingades vara påhittig och improvisera i sitt arbete. Hon hade en förbandsväska som hon ofta hade med sig, men platsen och förutsättningarna för vårdandet kunde skifta. Vid ett tillfälle hade några pojkar lekt på kyrkogården och en av dem fått en gravsten över benet. Det rådde ingen tvekan om att det var brutet.

”Från ett bygge intill tog jag ett par fina takspån och dem lade jag som stöd för det brutna benet...”

Det hände att provinsialläkaren förordade vård i hemmet vid svåra akuta sjukdomar, såsom blödande magsår eller svåra lunginflammationer. Då var distriktssköterskan den enda som kunde utföra dessa uppgifter. Ibland försökte distriktssköterskan först behandla akuta åkommor i hemmet, men fick efter ett tag göra en ny bedömning. Vid ett tillfälle vårdade hon en liten pojke med krupp. Som så många gånger innan hängde hon upp lakan som ett provisoriskt tält och ställde en gryta med ångande vatten intill sängen. Men den här gången ville inte andnöden ge med sig.

”Pojken våndades och kastade sig av och an, men jag ansåg att han måste in till lasarettet för att få effektiv hjälp.”

Vak vid sjuk- och dödsbäddar

Distriktssköterskan beskrev många timmars vak vid såväl sjuk- som dödsbäddar som ofta förekommande. Ibland kunde det handla om längre perioder, och inte sällan var det nätter. Det hände att någon anhörig till den sjuke kunde lösa av henne någon timma, men det var inte ofta. I de flesta fall löste distriktssköterskan av de anhöriga nattetid. Ibland hade dock inte den sjuke någon anhörig, varpå distriktssköterskan var ensam om att sitta hos patienten. Alla nätter av vak gjorde uppenbarligen distriktssköterskan mycket trött. Hon beskrev det som arbetsamt, men samtidigt som något värdefullt.

”... den känsla av trötthet och motvilja jag ofta kände då jag lysande med en ficklampa letade mig ner till stugan, på den uppblötta vägen, försvann så fort jag trädde genom dörren. Där mötte mig idel goda och tacksamma människor, som varken sjukdom eller sorg gjort bittra.”

Vård vid epidemiska sjukdomar

Epidemier ställde särskilda krav. Det kunde handla om sjukdomar som difteri och scharlakansfeber. Distriktssköterskan hade som uppgift att ge serum i de fall det gick, och att identifiera sjukdomsfall. Hon beskrev ett fall under en epidemi med scharlakansfeber, där hon blev kallad till en familj med flera barn i ett torp:

”Men här var det inte charlakansfeber [sic], utan difteri. Jag kände den vidriga lukten så fort jag kom inom dörren. Alla barnen hade stora membraner i halsen och såriga och blodiga om både näsa och mun.”

Mödravård och skolbarnsundersökningar

Distriktssköterskans förebyggande arbete innefattade framför allt mödravård och skolbarnsundersökningar. Dessa områden togs upp som ständigt återkommande, det var trevliga och roliga arbetsuppgifter. Hon berättade att hon hade fin kontakt med de blivande mödrarna. Hon gav råd och tog prover. Skolbarnsundersökningarna gjordes tillsammans med provinsialläkaren. Distriktssköterskan gjorde först sina undersökningar och tog prover, sedan kom läkaren och gjorde sitt. Hon beskrev skolbarnens hälsa som övergripande god.

Distriktssköterskans arbetsvillkor

Distriktssköterskan var på många sätt ensam i sitt arbete, men samtidigt beroende av alla som hon hade omkring sig, såväl läkaren som byborna. Hon beskriver att arbetet många gånger var tungt och tröttsamt, men samarbetet med läkarna gott, och att patienternas tacksamhet gjorde mödan värd.

Ständigt tillgänglig

Distriktssköterskan hade jour 24 timmar om dygnet, alla veckans dagar året runt. Hon var endast ledig en månad per år, under semestern.

”Men det går aldrig för sjukpersonal att göra upp några planer, de blir för det mesta ändrade. Den tiden fanns ingen bestämd arbetstid, ingen annan sköterska som kunde byta, eller hjälpa till. Det var endast semester månaden som jag var absolut ledig. De övriga månaderna fanns inte en dag, inte en timme som jag kunde yrka på att få använda för mig själv.”

Bybornas behov styrde hennes arbetsdag och för det mesta hade hon fullt upp. Hon lämnade aldrig bostaden utan att sätta upp en lapp om var hon kunde anträffas. Ofta hann hon inte hem förrän hon skulle iväg igen. Hon beskrev i ett stycke hur hon på julafton en kort stund gått ifrån ett sjukvak och stod och tittade in i kyrkan som var full med folk:

”Sedan återvänder jag till min plikt igen. Kanske med vemod i sinnet vid jämförelse med deras helg som satt inne i kyrkan, och min som stod utanför...”

Ensam

Avstånden på landsbygden, där distriktssköterskan arbetade var långa och vägarna ofta svårframkomliga. Det var flera mil till såväl läkare som lasarett och ibland var det även långt till telefon. Telefonstationen var dessutom stängd vissa tider. Ambulans gick inte att rekvrirera till landsbygden i början av hennes karriär. Avstånden gjorde att distriktssköterskan många gånger kände sig ensam i sitt arbete:

”..man kände sig många gånger ensam och osäker, när det gällde hastiga sjukdomsfall.”

”..det var inte vägen som var värst, utan det var ansvaret och ängslan för den sjuke, som man fick känna då det var långt till läkare och sjukhus, och jag många gånger kände mig ensam och rådvill”

De långa avstånden var som värst, beskriver distriktssköterskan, vid psykisk sjukdom:

”Det är nog det värsta som kan hända på landsbygden när en människa helt plötsligt drabbas av vansinne. Där det är långt till telefon, läkare och sjukhus.”

Transportsätten var många, till en början cyklade distriktssköterskan för det mesta, men för att minska avstånden tog hon körkort, och på vintern tog hon sig ofta fram med häst och släde.

Samverkan

Distriktssköterskan beskriver samarbetet med läkarna som gott. Hon beskriver att han kom när hon kontaktade honom och han kontaktade även henne vid behov.

”Jag träffade alltid snälla och förstående läkare.”

”Jag sprang till närmaste telefon och provinsialläkaren kom direkt.”

Byborna var på flera sätt distriktssköterskan till hjälp i hennes arbete. I ett avsnitt beskrev hon att de var på väg till en stuga där mannen i huset drabbats av plötsligt vansinne och gett sig på sin familj.

”... vi fortsatte fram till en herrgård i närheten, och där fick vi fem kraftiga karlar som följde med oss tillbaka.”

De första åren hade hon inte tillgång till telefon i bostaden utan bud efter sköterskan gick via handlaren som i sin tur sökte upp henne. Hon beskrev också att föreståndarinnan på telefonstationen var intresserad och energisk och inte gav sig förrän hon fått tag på ”syster” i vilken ända av socknen hon än befann sig.

Existentiella villkor

Kyrkan var en naturlig samlingsplats i bygden, och tron på en högre makt fanns med som en tråd genom berättelsen. Tron på Gud var ofta sammankopplad med den förnöjsamhet som många av byborna gav uttryck för.

Döden

Många av de patienter som distriktssköterskan vårdade dog, även unga patienter. Hon satt ofta vid dödsbäddar. Döden beskrevs på flera olika sätt, ibland som en befrielse och något naturligt, ofta då det var äldre som dog.

”Jag har aldrig känt särskild motvilja, varken vid sjuk- eller dödsbäddar. Och i synnerhet om det varit en gammal trött och nöjd människa som längtat efter att få somna in för alltid.”

Ibland beskrevs döden som något vackert, då var det också oftast äldre som var redo att dö.

”Då har jag, när jag kanske i timmar setat ensam hos den döende, för egen del känt en egendomlig frid och ro och har tänkt mer än en gång att mötet med döden är icke så avskräckande som människor tror. Det kan många gånger vara som en vacker gudstjänst.”

Döden beskrevs även som ett utdraget lidande, vid långvarig sjukdom.

”Läkaren kommer på besök, skakar på huvudet, säger att det kan inte bli långsamt och samma utlåtande har det kommit från lasarettet. Men det går vecka efter vecka, tröttsamma veckor.”

Döden beskrevs ibland också i sorgliga ordalag, oftast var det då yngre personer som dog plötsligt.

”Bortryckt i sin bästa ålder och det var med vemod i sinnet och sorg i hjärtat som jag gick därifrån.”

Tron

Tron på Gud beskrevs i berättelsen, inte alla gånger tydligt utan ibland som något underförstått. Distriktssköterskan uttryckte vid ett flertal tillfällen att det som skedde det skedde, men frågade sig ibland, eller frågade Gud, varför vissa saker skedde.

”..och jag tänkte att här besannades orden: Hur underligt, Herre är allt vad du gör, vem kan dina vägar förstå?”

Distriktssköterskan gav även uttryck för en slags ödestro i sin berättelse:

”Tänk huru lite vi människor veta vad ödet har i beredskap åt oss.”

De fattiga och sjuka sökte även de tröst i sin tro. En man som mist hela sin familj uttryckte sig så här:

”Jag tänker som så. Gårdagen är gången morgondagen har jag icke sett och idag hjälper herren.”

En annan gudfruktig familj som mist sin enda dotter i sjukdom beskrevs så här:

”Det blev ej heller nu någon bitter klagan. Utan föräldrarna tackade även i fortsättningen Gud för hans godhet och sina medmänniskor för deras hjälpsamhet.”

Förnöjsamhet

Distriktssköterskan beskrev byborna som positiva i sin inställning, trots lidande och vedermödor. De klagade inte trots långa avstånd med bristande framkomlighet, brist på bekvämlighet och slitsamt arbete.

”De klagade aldrig, inte ens när gamla mor fick tillbringa över fem år i sängen, skött och vårdad av dottern.”

”Så småningom gick det dithän att han blev fullständigt invalid. Det var svårt för den som varit så verksam, men humöret höll honom uppe.”

”De lever nu nöjda och lyckliga och bär med jämnmod den olycka som drabbat dem.”

Befolkningens villkor

Bland de patienter som distriktssköterskan vårdade fanns både fattiga och rika, och förutsättningarna för dem skiljde sig åt.

Ekonomiska förutsättningar

Distriktssköterskan tackade ofta nej till ersättning från fattiga familjer. Hon fick ibland betalt i natura av patienterna. Av en fattig kvinna fick hon en säck med torkade nypon (som kvinnan plockat från patrons buskar) som tack, och av någon annan fick hon en säck potatis. De som var mer välbeställda gav henne pengar i gåva. Patienterna som distriktssköterskan vårdade kom från olika sociala och ekonomiska förhållanden, och det var stor skillnad mellan de olika patienterna som hon besökte. Hon konstaterade att de som både var fattiga och sjuka var särskilt drabbade, då man måste arbeta för mat på bordet.

”Ensam med sina barn och svårt med ekonomin, men allting måste ju gå, och det gjorde det också, så länge hon fick ha hälsan.”

Hygien

I berättelsen låg fokus framför allt på bostädernas hygien. Distriktssköterskan beskrev hemmen som hon kom till som antingen rena och välsköta eller smutsiga och undermåliga. Ett hem hade distriktssköterskan flera gånger funderat på att anmäla till hälsovårdsnämnden men skrev att hon drog sig in i det längsta.

”I förstugan möttes jag av en vedervärdig stank, i ett hörn stod en gammal hink med matrester o.s.v. och där kalasade stora feta råttor.”

Hon beskrev också hem som var välsköta och välstädade. Det var inte bara de mer välbeställda hemmen som beskrevs som välstädade och vackra utan likväl de mindre be-medlades hem.

”Inne i stugan var det så ljust och trivsamt och rent, i synnerhet i dag. Den stora spismuren var så kritvit och spisen svart och blank, och den Gustavianska sängen var så slät och fint uppbäddad som det blivit gjort med måttstock.”

Vid något tillfälle beskrev hon en sjuk gammal människas bristande personliga hygien.

”Den sjukens naglar var långa som klor, håret okammat och ohyra fanns både här och där”.

Autonomi

Distriktssköterskan beskrev att byborna var vana att klara sig själva och hade inte haft tillgång till någon sköterska på bygden innan hon kom dit. Därför var de något miss-trogna mot henne i början innan hon vann deras förtroende. En del hade egen bot hemma när de mådde dåligt:

”Sjukdom visste de inte om. Kände de sig ruggiga eller hade influensa fanns det alltid ’medicin’ i hörnsåpet”

Ofta drog sig byborna från att söka vård. Procedurerna kring smittrening vid epidemiska sjukdomar var omständliga och tog lång tid, speciellt besvärligt var det för folk med små utrymmen. Dessutom var vårdtiden på epidemisjukhuset minst sju veckor, många

drog sig därför i det längsta för att anmäla sjukdomsfallen. Distriktssköterskan berättade om två barn med långt gången difteri som inte hann få behandling i tid utan dog:

”Och värst av allt var det att tänka att de hade kunnat räddas om de fått serum i tid.”

På några ställen i berättelsen framkom att patienterna känt sig överkörda av distriktssköterskan. Det handlade om situationer när hon på egen hand hade tagit beslut som rörde patienten, eller när hon och läkaren pratade ”över huvudet” på patienten. En del patienter lade motvilligt in sig på sjukhus.

”Vistelsen där var både dyr och onödig, det hade läkt lika bra om han hade varit hemma, men syster var ju så envis att få iväg honom.”

Vid ett läkarbesök tillsammans med distriktssköterskan var det en annan man som sa:

”Jag förstår inte varför jag skulle följa med hit, för det är ju bara hon som pratar för jämnan.”

ANALYS AV UTREDNINGEN

Vid analys av utredningen (SOU 1934:9) framkom tre kategorier med tillhörande subkategorier. Dessa presenteras i tabell 3 nedan och beskrivs sedan mer ingående.

Tabell 3

Kategorier	Subkategorier
Att arbeta förebyggande för individens och samhällets bästa	<ul style="list-style-type: none">• Ändrat arbetsfokus• En enhetlig och kompetent distriktssköterskekår
Att uppvärdera distriktssköterskeyrket	<ul style="list-style-type: none">• Möjlighet till bättre villkor• En mer likvärdig arbetsmiljö
Att verka för en jämlik hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none">• En enhetlig distriktsvårdsorganisation• Långsiktigt ekonomiskt tänkande

Att arbeta förebyggande för individens och samhällets bästa

I utredningen tas betydelsen av socialhygienens utveckling för folkhälsan upp. Förebyggande vård beskrevs som nödvändig för individens sunda utveckling, och förebyggande satsningar på barna- och mödravård samt förbättrade bostadsförhållanden, framhölls som de viktigaste åtgärderna för att förbättra folkhälsan.

Ändrat arbetsfokus

Förebyggande vård ansågs vara av väsentlig betydelse för distriktssköterskans arbete. Utredningen tog upp att distriktssköterskor inte enbart skulle vara inriktade på sjukvård i sitt arbete utan även ha en upplysande och rådgivande funktion i socialhygienens tjänst. Statsbidrag var till för de distriktssköterskor som bedrev både sjukvård och förebyggande vård. Distriktssköterskan befann sig i en situation där det var naturligt att ta upp hygieniska frågor, som för vissa kunde anses känsliga, nära patienten i dennes hem.

”Samtidigt som hon i ett hem vårdade en sjuk, meddelade hon i samma hem upplysningar till förekommande av smittas spridning, råd angående bostadens vård, anvisningar rörande personlig hygien m.m.”(s.5)

När det gällde mödravård och framförallt spädbarnsvård fastställdes att distriktssköterskan redan hade en betydelsefull uppgift men att denna uppgift med tiden skulle ställa allt högre krav på distriktssköterskan. Det konstaterades att det fanns en risk att ökat fokus på förebyggande vård kunde ta tid från distriktssköterskans sjukvårdande uppgifter, och att det behövde finnas en balans mellan sjukvårdande och hälsovårdande arbetsuppgifter. Något som belystes i utredningen var distriktssköterskans samarbete med myndigheter där hon, efter erhållen utbildning, skulle rapportera olika typer av missförhållanden till vederbörande myndighet.

”Sjuksköterskorna måste även nöjaktigt beskriva iakttagna fel och brister samt vid förefallande behov uppsätta rapport till vederbörande myndighet därom” (s. 8).

Det konstaterades att långvarig vård av patienter i hemmen tog tid från distriktssköterskorna att arbeta förebyggande. Den sjukvårdande verksamheten hade på många håll varit så tidskrävande att det ej funnits tillräckligt med tid för förebyggande verksamhet, speciellt i vidsträckta distrikt.

”Skola emellertid distriktssköterskorna kunna ägna sig åt den socialhygieniska verksamheten i den omfattning som här åsyftas, måste sjuksköterskorna befrias från att bindas vid vård av långvariga sjukdomsfall i hemmen” (s.11).

En enhetlig och kompetent distriktssköterskekår

I utredningen fastställdes att distriktssköterskornas kunskapsnivå och utbildning i de olika distrikten skiljde sig åt, vilket gjorde att kvaliteten på distriktsvården inte var densamma överallt. Detta var någonting som skulle ändras genom bildandet av en mer enhetlig distriktssköterskekår.

Den förebyggande vårdens framträdande plats gjorde att kraven höjdes på ökad kompetens hos distriktssköterskor och distriktssköterskeutbildningen. Socialhygien samt barn- och mödravård skulle få stor plats i den nya distriktssköterskeutbildningen. En ny ämnesgrupp, hygienens olika grenar, infördes även. Socialt arbete lyftes fram som en viktig del i distriktssköterskans kompetens.

”Sålunda måste distriktssköterskeeleverna göras förtrogna icke blott med gällande lagbestämmelser angående samhällets barna- och fattigvård samt hälsovårdsstadgan, i den omfattning nämnda författningar beröra deras blivande verksamhet, utan även med den sociala försäkringslagstiftningen samt stadganden angående arbetarskydd”(s. 34).

Utredningen fastslog att kompletteringskurser skulle anordnas för de distriktssköterskor som inte genomgått distriktssköterskeskola. De distriktssköterskor som inte gått statens distriktssköterskeskola var skyldiga att genomgå kompletteringskurs. Arbetslivserfarenhet räknades in i kompetensen.

Att uppvärdera distriktssköterskeyrket

Utredningen av distriktssköterskornas arbete ledde fram till ett antal förslag angående förändring av yrkesvillkoren, dels för att de i vissa fall ansågs vara omoderna, men också för att distriktssköterskorna genom detta förslag också skulle få ändrade arbetsuppgifter.

Möjlighet till bättre villkor

I förslaget på omorganisation fanns en del förändringar i distriktssköterskornas lönevillkor. Förslaget kom för att jämna ut de skillnader som fanns mellan distriktssköterskor i olika områden i landet. Det handlade främst om en justering av lönerna och de löneförmåner som ansågs vara eftersatta och förlegade. Utredningen pekade på två viktiga faktorer till att distriktssköterskornas löner var långt lägre än andra kvinnodominerande arbetens, del på grund av att ersättning från patienterna enligt taxa inte längre betalades ut, men också beroende på det faktum att distriktssköterskans arbete tidigare setts som ett kall.

”Vid denna tidpunkt, då dessa avlöningsförmåner bestämdes, betraktade man sjuksköterskeverksamhet delvis såsom en form av välgörenhet” (s.16).

En annan förbättring i förslaget var större rätt till ledighet och vila. För att få statsbidrag till distriktssköterskans arbete ville utredarna se krav på ledighet och vila i den mån det behövdes. Distriktssköterskan skulle också ha rätt till en månads semester varje år.

En mer likvärdig arbetsmiljö

När det gällde distriktens storlek bedömdes ett område med 3000 invånare som lämpligt för en distriktssköterska. Hänsyn skulle dock tas till geografisk beskaffenhet, folktäthet och kommunikationsnät. Det konstaterades att i glest befolkade distrikt tog själva resandet mycket tid från distriktssköterskans arbete, men tidsbesparing kunde göras genom god planering av resorna. Det bedömdes också att långa avstånd till distriktssköterskornas stationer gjorde folk mindre benägna att tillkalla sköterskan. I mindre distrikt hade distriktssköterskan haft mer att göra och arbetade mer med förebyggande vård.

Att verka för en jämlik hälso- och sjukvård

Utredningen pekade på orättvisor mellan de olika distrikten, både på organisationsnivå och på individnivå. Hittills hade såväl landsting som kommuner fungerat som huvudmän för distriktsvården. Det bidrog till att distriktsvården utvecklades lokalt på vissa håll i landet. Det fanns också stora skillnader i hur huvudmännen kunde ta tillvara det statsbidrag som betalades ut, beroende på hur stora och ekonomiskt starka dessa var.

”Vissa kommuner, särskilt de större och ekonomiskt mer bärkraftiga, hava kunnat utnyttja statsbidraget och anordna dylik vård, under det att små eller fattiga kommuner ej mäktat detta”(s.14).

En enhetlig distriktsvårdsorganisation

Genom att forma en mer enhetlig distriktsvård över landet ville utredarna motverka

sociala orättvisor. Förslaget innebar att landstingen skulle vara huvudmän för samtliga distriktsvårdsområden. Landstingsområdena tillsammans med staten skulle kunna bedriva en distriktsvård med en mer, över landet, jämlik folkhälsosatsning.

I varje distriktsvårdsområde skulle det, enligt förslaget, finnas en distriktsvårdsstyrelse. Utredningen ställde vissa krav på vilka som skulle ingå i styrelsen, bland andra provinssiäläkaren i distriktet och minst en kvinna, då distriktsvården främst handlade om bostads-, mödra- och barnavård.

Utredarna ansåg att en centralisering av distriktsvården, med distriktssköterskan som central i folkhälsoarbetet, skulle innebära mindre besvär för individen.

”Besök på samma ställe av ett flertal olika funktionärer, vilka arbetsuppgifter ligga nära varandra, måste om möjligt undvikas, så att icke till exempel en funktionär är behjälplig då det är fråga om sjukvård, en annan lämnar råd och anvisningar, då det gäller barnets vård och fostran, en tredje infinner sig i egenskap av bostadsinspektris, och en fjärde - dispensärsköterskan - lämnar råd och upplysningar angående tuberkulosvård. En på så sätt anordnad verksamhet medför lätt stora olägenheter” (s.10).

Långsiktigt ekonomiskt tänkande

Satsning på förebyggande vård genom utveckling av distriktsvården sågs som en långsiktig investering. De tillfälligt ökade utgifterna skulle fås igen på sikt genom en förbättrad folkhälsa, som skulle minska utgifterna för den offentliga sjukvården.

Utredarna ansåg att distriktsvården var statens och landstingets gemensamma angelägenhet då andra vårdgrenar, exempelvis tuberkulosvård, med betydelse för folkhälsan ingick under en sådan organisation. De framförde förslag som innebar ett ekonomiskt långsiktigt tänkande. Med landstingsområdena som huvudmän för distriktsvården, skulle landstingen få ett ökat inflytande i hur platserna på sjukhusen användes.

”En mera av sociala än medicinska indikationer föranledd sjukhusvård skulle ock därigenom kunna inskränkas”(s. 15).

Landstingsområdena som huvudmän för distriktsvården skulle, enligt utredningens förslag, också förena den öppna och slutna vården, vilket även skulle innebära att den öppna vården kunde avlasta slutenvården på ett mer tillfredsställande sätt. I motiveringen för landstingsområdena som huvudmän för distriktsvården framförde utredningen följande argument:

”Landstingen som under en lång följd av år ställts inför krav på ett ökat antal sjukhusplatser - detta torde säkerligen bliva fallet även under den närmaste framtiden - torde hava stort intresse av att sjukhusen icke anlitas i större utsträckning än som erfordras för sjukvårdens behöriga tillgodoseende” (s.14).

JÄMFÖRANDE ANALYS

Distriktssköterskans arbete, villkor och värderingar beskrivs inte helt samstämmigt i utredningen och distriktssköterskans yrkesberättelse. Enligt utredningen skulle fokus i distriktssköterskans arbete ligga på en förbättrad folkhälsa, förebyggande vård och socialhygien. Distriktssköterskan i yrkesberättelsen fokuserade främst på omvårdnaden om patienterna och deras familjer genom vård i hemmet.

Arbete, villkor och värderingar

I utredningen beskrevs tillvägagångssätt för att uppgradera distriktssköterskeyrket, bland annat genom högre löner till distriktssköterskorna. Det framkom inte vad distriktssköterskan i berättelsen tjänade, endast vissa naturaförmåner och gåvor beskrevs. Hon tog inte någonstans upp sin privata ekonomiska situation. Inte heller beskrev hon uttryckligen sitt yrke som ett kall, men benämnde det vid något tillfälle som en plikt. Distriktssköterskan beskrev sin ständiga tillgänglighet och att hon endast var ledig en månad under semestern. I utredningen nämndes att distriktssköterskor skulle ha större rätt till vila och ledighet, men vad detta innebar, eller hur det skulle ordnas praktiskt specificerades inte. Distriktssköterskan i berättelsen uttryckte att det inte fanns någon annan sjuksköterska att byta med.

Storleken på det distriktet som distriktssköterskan i yrkesberättelsen arbetade i nämns inte, ej heller hur många invånare som ingick i distriktet. Däremot framkom att det var ett distrikt med stor ytvidd och långa avstånd. Utredningen tog upp att tidsbesparing kunde göras genom god planering av resorna. Det var precis vad distriktssköterskan gjorde, hon effektiviserade sitt arbete och kortade resvägarna genom att ta körkort och lära sig köra häst med släde.

I utredningen fastslogs att distriktssköterskorna, speciellt i distrikt med stor ytvidd, ofta var upptagna med långvarig sjukvård i hemmen. Distriktssköterskans berättelse bekräftade att så var fallet, däremot beskrev hon att hon vakade hos såväl fattiga som rika och inte främst de väl bemedlade som utredningen konstaterade. Utredarna nämner att folk i glesbygd var mindre benägna att tillkalla distriktssköterskan, dessutom framkom det i berättelsen att byborna var vana att klara sig själva. Trots det var distriktssköterskan i berättelsen konstant upptagen av arbete.

De existentiella villkoren som framkom i distriktssköterskans berättelse, samt distriktssköterskans beroende av bybornas hjälp, framkom inte utredningen. Skeenden beskrivs vanligen på en övergripande nivå, och inte på individnivå, i offentliga dokument.

Utredningen visade att det ute i landet förekom stora skillnader inom distriktsvården. Det handlade om frågor på organisationsnivå, som indirekt rörde individen, men det gällde också frågor som berörde individen direkt. Distriktssköterskan beskrev även hon, orättvisor mellan personerna som levde i hennes distrikt. Det handlade dels om rent ekonomiska orättvisor, såsom hemmets utformning, arbete och mathållning, men även på mer personlig nivå. Hon berättade till exempel om hur sjukdom och död drabbade människor på olika sätt, vissa hade varit friska hela livet medan andra dog unga.

Det var tydligt att utredningen värderade en god folkhälsa och en mer jämlik hälso- och sjukvård. Det fanns ett engagemang kring dessa frågor i texten och hela omorganisationen som föreslogs i utredningen handlade om att på lång sikt värna om en god folkhälsa. Distriktssköterskan sågs som central i folkhälsoarbetet. Stort fokus låg på hygienfrågorna, framför allt bostadsinspektion. Hemmen skulle saneras från smuts och ohyra. Medan utredarnas fokus låg på hemmets hygien låg distriktssköterskan fokus istället på de människor som levde i hemmen.

Distriktssköterskans yrkesberättelse visade att hennes arbetsuppgifter inte innefattade mycket rådgivande och förebyggande vård utan var mer inriktat på sjukvårdande uppgifter och omvårdnad. Hon värderade arbetet med att värna om den lilla människan. Distriktssköterskans synsätt var nära kopplat till den verklighet hon arbetade och levde i, hennes primära fokus låg på patienterna och deras familjer på individnivå. Framst arbetade hon där och då, och det var människorna i hennes arbetsområde som hon fanns för. I berättelsen visade det sig att goda relationer till personerna i distriktet värderades högt. Distriktssköterskan ansåg det vara betydelsefullt att vårda människans alla dimensioner. Hon visade, i de allra flesta fall, stor respekt för den sjuke och dennes familj, rutiner och hem.

Rent ekonomiska värden beaktades också i utredningens omorganisationsförslag. Det handlade dels om folkhälsan, som på sikt skulle ge en friskare befolkning och därmed minskade vårdkostnader, men också om hur ett bättre samarbete mellan den öppna och slutna vården skulle minska landstingsområdenas kostnader. Detta är något som distriktssköterskan överhuvudtaget inte berör.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Material

Materialet som analyserades bestod av en yrkesberättelse och en offentlig utredning (SOU 1934:9). Yrkesberättelsen beskrev upplevelser av att arbeta som distriktssköterska, medan utredningen fördjupade förståelsen för distriktssköterskans arbete generellt under den aktuella tidsperioden.

Att endast två dokument valdes ut berodde på att tiden för uppsatsen ställde krav på en begränsad mängd material. Det var viktigare att kunna göra få, djupare analyser än att

göra flera med eventuellt sämre kvalitet. Begränsningen kan dock betyda att materialets mängd är för liten för att slutsatser ska kunna dras utifrån resultatet. Det är möjligt att resultatet hade blivit annorlunda om en annan distriktssköterskas berättelse hade valts ut. Genom att skicka in sin yrkesberättelse till Nordiska museet har distriktssköterskan godkänt att den används för forskning.

Analysmetod

Kvalitativ forskningsmetod används för att kunna förstå helheter (Polit & Beck, 2008). Det händer att kvalitativ forskning anses vara ovetenskaplig, främst beroende på att det, i förhållande till kvantitativ forskning, är få respondenter. Det skulle kunna leda till ett för litet datamaterial som inte är generaliserbart (Dahlberg, 1997). Dahlberg (1997) diskuterar detta utifrån Kvaless argument för motsatsen. Enligt Kvale (1987, refererad i Dahlberg, 1997) kan kärnan i ett innehåll tas fram ur ett mindre material genom en noggrann analys, vilken sedan kan generaliseras. Dahlberg (1997) betonar dock vikten av att forskningsfrågan är tydligt beskriven. I ett sådant fall ska flera personer kunna komma fram till liknande resultat trots olika förförståelse, vilket är ett reliabilitetskriterium.

Efter en del tankar och funderingar kring metodval föll valet på kvalitativ innehållsanalys, då det svarade till vårt syfte att beskriva distriktssköterskans arbete, villkor och värderingar. Den kvalitativa innehållsanalysen är flexibel och kan användas för olika syften och för material med varierande kvalitet. En annan fördel är att den är anpassningsbar även till forskarens kunskaper och erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Graneheim och Lundmans (2004) modell används för analys av kvalitativa intervjuer. Den skrivna yrkesberättelsen betraktades som en typ av intervju då distriktssköterskan fritt hade fått berätta om sina erfarenheter. Kanske hade resultatet blivit annorlunda om vi valt en annan metod, till exempel narrativ metod. Vad gäller analysen av utredningen så föll resultatet ut som mindre innehållsrikt. En annan metod för just skrivna dokument skulle kunna ha använts. Vi använde ändå ovan beskrivna analysmetod för att kunna jämföra de två dokumenten. I den tredje och sista delen av analysen jämfördes resultaten från de analyserade dokumenten för att få en ökad förståelse för distriktssköterskans arbete, värderingar och villkor.

Forskaren inom den kvalitativa metoden bör vara mycket involverad i studien som ofta kräver ett stort engagemang under en längre tid. Forskaren spelar också själv en stor roll i studien i egenskap av instrument (Polit & Beck, 2008). Eftersom vi är något otränade i analysarbete kan det innebära en risk för exempelvis tolkning trots fokus på det manifesta innehållet. Men risken reducerades då vi var två personer som arbetade med analysen, samt tillsammans med vår handledare. Samtal och diskussion kring innehållet har kunnat föras under analysens gång. Personliga värderingar och åsikter har lagts åt sidan möjligaste mån och det är med ett så öppet sinne som möjligt analysen har genomförts.

RESULTATDISKUSSION

Det finns både likheter och skillnader mellan distriktssköterskans arbete, villkor och värderingar på 1920-1930-talet och idag. Intressant är att fokus på folkhälsa och förebyggande vård var lika aktuellt på den tiden som idag. Redan i slutet av 1800-talet sågs

samband mellan hälsa och sociala förhållanden, och tidigt förstods samhällsvinsten av att satsa på en god folkhälsa. På den tiden var klyftorna i samhället större än idag och det fanns mer fattigdom, även om det fortfarande finns stora socioekonomiska skillnader mellan människor och grupper. Det sociala skyddsnätet är idag utbyggt och alla har rätt till vård på samma villkor enligt lag. Än idag finns synen att staten har ett ansvar för befolkningens hälsa (Socialdepartementet, 2011).

I utredningen beskrivs den tidens strävan efter att sammanföra de olika grupper som arbetade med förebyggande vård som exempelvis barnsköterskor, dispensärsköterskor och bostadsinspektriser i ett enhetligt yrke, distriktssköterskeyrket. Detta för att få en enhetlig yrkesgrupp som skulle arbeta med fokus på förebyggande vård i patienternas hem. Dels för att underlätta organisationen men också för att få en enhetlig kompetens och för att undvika överdriven myndighetsutövning i folks hem. Det framkommer i utredningen att distriktssköterskan hade en välbetrodd roll och god kontakt med folket och därför skulle passa bra för detta arbete. Idag är det, som Lindström (2007) beskriver, istället så att folkhälsoarbetet ligger på ett flertal olika discipliner och inte enbart är distriktssköterskans ansvar. Frågan är hur patienterna upplever denna uppdelning. Idag kan en och samma patient ha kontakt med ett flertal olika experter på ett specifikt område, som exempelvis dietist, diabetessköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och hälso-pedagog. Relationen mellan patient och vårdare riskerar att bli ytlig och fragmenterad när en alltför stor uppdelning sker mellan olika yrkeskategorier.

Det tycks som att distriktssköterskan var mer välkänd i sin yrkesroll förr, och det är ganska naturligt. Avstånden var mycket längre på den tiden liksom kommunikationsvägarna, det bekräftar såväl distriktssköterskans yrkesberättelse som utredningen. Distriktssköterskan kunde vara den enda tillgängliga sjukvårdsutbildade personen inom ett mycket stort område och det ledde till att hon var tvungen att vara självständig och hade ett mycket stort ansvar. En parallell kan göras med dagens hemsjukvård, men nuförtiden finns oftast kollegor att rådgöra med och avstånden har gjorts mindre genom utveckling av kommunikationsvägarna. En typ av ständig tillgänglighet i dagens samhälle går via mobiltelefonen. Idag arbetar många distriktssköterskor på vårdcentraler och mottagnings- och är därför mindre självständiga, de arbetar med läkare och andra professioner i team. Vid olycksfall var distriktssköterskan förr ofta först på plats, idag kommer ambulans snabbt till platsen och patienten kommer fortare i kontakt med läkare.

När det gäller arbetsuppgifterna finns både likheter och skillnader med idag. Sjukdoms-panoramat förr var annorlunda än nu. Penicillinet var ännu inte uppfunnet och många av de sjukdomar som anses som mindre allvarliga idag gick då inte att bota. Flera av de epidemiska sjukdomar som var den tidens gissel är idag i stort sett utrotade. Det är dock allmänt känt att en del sjukdomar har börjat spridas igen som exempelvis tuberkulos och mässling. HIV är ett annat exempel på en av vår tids obotliga epidemier. Multiresistenta bakterier och överanvändning av antibiotika är idag ett reellt hot mot det moderna samhället, och många tror att vi kommer tåpas med fler epidemier i framtiden. Redan för hundra år sedan såg man vikten av hygien för att begränsa smittspridning. Distriktssköterskan i yrkesberättelsen redogjorde för att hennes uppgift vid epidemier var att ge

serum och identifiera sjukdomsfall, dock nämnde hon inte att hon ägnade sig åt förebyggande hygienåtgärder. Det förebyggande arbete som togs upp i berättelsen är mödravård och de årliga skolbarnsundersökningarna.

En tydlig skillnad mellan distriktssköterskans arbete då och idag är uppdelningen mellan praktiskt och administrativt arbete. Som distriktssköterskestudenter har vi under vår verksamhetsförlagda utbildning sett att mycket av arbetstiden idag går till administrativa sysslor, dokumentation och planering av vård. Distriktssköterskornas arbete förr var praktiskt inriktat, distriktssköterskan i berättelsen tar inte upp administrativt arbete över huvud taget.

Gaunt och Lantz (1996) beskriver en persons hem som en förlängning av dennes personlighet genom de saker man väljer att ha kring sig, men tar inte upp den socioekonomiska aspekten. Har människor med ett torftigt hem en torftig personlighet? För att ha råd att omge sig med vackra ting som speglar ens person, krävs resurser för att köpa dessa saker. Om hemmet är en förlängning av människors personlighet, kan man fråga sig hur ett torftigt hem påverkar människorna som bor där. I yrkesberättelsen beskrev distriktssköterskan ofta ingående människors bostadsförhållanden och hur deras hem såg ut. Hon beskrev hemmen som antingen välskötta och rena eller smutsiga och undermåliga. Dock gav hon inte några råd kring vare sig bostadshygien eller annan hygien som det uttrycks i berättelsen. Med tanke på hur den sociala hygien lyftes fram i utredningen och hur viktiga hygienfrågorna tycktes vara på den tiden enligt litteraturen är det anmärkningsvärt. Endast en gång nämnde hon att hon funderat på att anmäla ett riktigt snuskigt hem till hälsovårdsmyndigheten, men skrev då att hon drog sig för det i det längsta. Det är intressant med tanke på att myndigheterna enligt utredningen såg distriktssköterskorna som sina allierade i sin viktiga roll att rapportera missförhållanden i hemmen. Som distriktssköterskan uttryckte sig tolkar vi det som att hon såg en anmälan till myndigheterna som ett svek mot den berörda familjen.

Det är anmärkningsvärt att distriktssköterskan i berättelsen inte var mer fokuserad på social hygien och förebyggande vård. Kanske var det så självklart att hon därför inte nämner det i berättelsen eller så hade hon så mycket att göra att hon inte hann arbeta förebyggande. En annan möjlighet är att myndigheternas fokus på hygien och folkhälsa inte hade nått ut till de verksamma distriktssköterskorna innan utbildningen reformerades. Det kan också handla om att hon som person inte var intresserad av att arbeta förebyggande utan var mer fokuserad på sjukvård och omvårdnad. Vi har inga uppgifter om vilken typ av utbildning distriktssköterskan i berättelsen hade, men hon blev godkänd som distriktssköterska av Medicinalstyrelsen.

En stor del av distriktssköterskans arbete förr upptogs av vak vid sjuk- och dödsbäddar, och hon bodde under perioder i patienternas hem. Detta är något som knappast förekommer idag även om avancerad palliativ vård bedrivs inom hemsjukvården. Distriktssköterskan beskrev att hon kunde sitta timme ut och timme in vid en patients bädd och bara prata eller genomföra enklare sysslor för patienten. Detta var patienter med sjukdomar som inte kunde botas, oftast var distriktssköterskans insatser rent omvårdande.

Distriktssköterskan i berättelsen beskrev dessa vakstunder som både meningsfulla och tröttsamma. Även om hon hade mycket att göra satt hon vid dessa sjuk- och dödsbäddar och patienterna uttryckte ofta en stor tacksamhet för hennes närvaro. Denna del av arbetet är något som idag bortprioriterats - eller i alla fall prioriteras mycket lågt- bland distriktssköterskans arbetsuppgifter.

Dåtidens distriktssköterska på landsbygden hade generellt sett ett stort förtroende bland befolkningen och hon var en välkänd person på bygden. Distriktssköterskan i yrkesberättelsen beskrev sin nära relation till patienterna. Hon använde sällan ordet patient utan benämnde dem istället vid namn. Många av hennes patienter var också hennes grannar och vänner och därför kände hon till hur deras familjeförhållanden såg ut, vad de arbetade med och ibland även vad de hade för personliga egenskaper. Det är tydligt att distriktssköterskan arbetade personcentrerat. Fokus i berättelsen låg inte på sjukdomar, ofta nämndes inte ens diagnoser, utan på personen som drabbats och omvårdnaden kring denne och dennes familj. Ibland gjorde hon sådant som låg på gränsen mellan omvårdnad och omsorg utöver yrkesrollen. Som när hon skaffade lektyr och cigarrer åt den gamle rörelsehindrade mannen, eller då hon kontaktade fängelsepredikanten för änkan vars son satt i fängelse. Hon såg inte bara till fysiskt utan även till själsligt lidande, det blev också mycket tydligt i hur hon sörjde över familjer som mist en anhörig.

Distriktssköterskan i berättelsen beskrev inte uttryckligen hur det kändes att under en längre period bo tillsammans med en familj i dennes hem. Men genom berättelsen förstår man att hon trivdes bättre i vissa hem än andra. Det hörde oftast ihop med om hemmen var rena och ljusa eller smutsiga och mörka, men också med hur människorna som bodde där var. Hon berättade hur hon anpassade sig till familjernas vanor och det är tydligt att hon använde sin person för att vinna bybornas förtroende. Beroende på hur de var som personer gav hon intryck av att ”känna av” personen i fråga, och växlade mellan att vara påstridig eller ta ett steg tillbaka, beroende på vad situationen krävde. Ibland använde hon humor, ibland kompromissade hon, ibland var hon avvaktande för att bygga en relation med patienten. Mellan raderna kan man läsa att hon var en mycket god människokännare.

Idag är distriktssköterskans villkor när det gäller lön och ledighet betydligt bättre än på 1920-1930-talet. Det finns en tydlig gräns mellan arbete och fritid och vi delar gärna upp vår personlighet i olika ”roller”. Man är en person privat och har sin yrkesroll vid sidan om. I och med att distriktssköterskan i berättelsen alltid var i tjänst ges intrycket att hennes privata person och hennes yrkesroll var intimt sammankopplade. Hon problematiserade aldrig det faktum att hennes grannar och vänner också var hennes patienter, det tedde sig helt naturligt. Kanske berodde det på att hon, då hon var i ständig tjänst, inte såg sin yrkesroll och sin privata person som två olika delar utan nära sammanhörande. Hon benämnde inte sitt yrke som ett kall men vid något tillfälle som en plikt, men det är tydligt att hon var troende. I berättelsen är tron på Gud en viktig del i bybornas liv, tron hjälpte dem att härbärgera sjukdom och lidande och att känna förnöjsamhet. Idag lever vi i ett sekulariserat samhälle, men tro och andlighet ger fortfarande sjuka tröst och hopp.

Distriktssköterskan i berättelsen nämnde inte folkhälsa eller förebyggande vård som begrepp, det tycktes inte finnas i hennes fokus. Som Karlsson et al (2006) konstaterar, läggs inom dagens distriktssköterskearbete också mer tid på sjukvårdande än förebyggande vård. Men detta är något som dagens distriktssköterskor upplever som fel, de efterfrågar mer tid till hälsorådgivande och förebyggande vård. Även i dagens samhälle ligger stort fokus på den förebyggande vården. Dagens myndigheter använder samma argument som myndigheterna gjorde på 1930-talet, att vinsterna av en förbättrad folkhälsa ligger både på individnivå och på samhällsnivå. Fortfarande finns en strävan att den öppna vården ska avlasta slutenvården. Socialstyrelsen (2009) skriver att de flesta som arbetar inom dagens hälso- och sjukvård är fokuserade på sjukvård, vilket är ett hinder i folkhälsoarbetet. Detta är ytterligare ett argument för att distriktssköterskans kunskap om hälsofrämjande vård måste tas till vara.

REFERENSER

- Andersson, K.-O. (1999). *Vårt dramatiska sekel*. Del 2. Stockholm: Bilda
- Andersson, L. M., & Amurén, L. (2003). *Sveriges historia i årtal*. Lund: Historiska Media.
- Backlund, R., Larsson, R., Carlgren, A., Warnerbring, K., Ahlstedt, R., & Kenneryd, R. (1994). *Motion 1994/95:So22 med anledning av prop. 1994/95:109 Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m.* Hämtad 27 oktober, 2011, från http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=410&doktyp=mot&rm=1994/95&bet=So22&ok_id=GI02So22
- Bengtsson, B. O. (u.å.). Eugenik. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 12 september, 2011, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/eugenik>
- Benzein, E., Johansson, B., & Saveman, B.- I. (2004). Families in Home Care – a Resource or a Burden? District Nurses' Beliefs. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 867-875.
- Bergman, A.-L., & Risling, I. (2006). *Distriktssköterskans uppdrag*. Stockholm: Riksföreningen för distriktssköterskor, Fammi och Vårdförbundet. Hämtad 2 september, 2011, från <http://www.distriktsskoterska.se/>
- Bohm, E. (1961). *Okänd, godkänd, legitimerad*. (2. uppl.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Broberg, G. (u.å.). Den svenska steriliseringspolitiken. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 12 september, 2011, från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/sterilisering/315205>
- Buhler-Wilkerson, K. (2002). No place like home: A history of nursing and home care in the U.S. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 20(10), 641-647.
- Cederlund, N., & Niemi, I. (1990). *Distriktssköterskeyrkets historiska framväxt: En beskrivning av yrkesverksamhet och utbildning fram till år 1940*. Utbildningsrapport. Vårdhögskolan Boden.
- Dahlberg, H. (1999). *Hundra år i Sverige: Krönika över ett dramatiskt sekel*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dillner, E. (1968). *Åtta decennier: och en del år därtill*. (7. uppl.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- Distriktssköterskeföreningen i Sverige & Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2 september, 2011, från <http://www.distriktsskoterska.se/>
- Ejlertsson, G. (2009). Folkhälsovetenskap ur ett hundraårigt perspektiv. I I. Andersson., & G. Ejlertsson, (Red.), *Folkhälsa som tvärvetenskap: Möten mellan ämnen*. (s. 31-62). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E. et al. (in press). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Emanuelsson, A., & Wendt, R. (1994). *I folkhälsans tjänst: Sju decennier med den svenska distriktssköterskan*. (FOU- rapport, nr 43). Stockholm: Vårdförbundet SHSTF
- Gaunt, D., & Lantz, G. (1996). Hemmet i vården - Vården i hemmet: En överblick. I G. Lantz (Red.). *Hemmet i vården, vården i hemmet*. (s. 5-18). Stockholm: Liber AB.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Holmdahl, B. (1994). *Sjuksköterskans historia – från sjukwäderska till omvårdnadsdoktor*. (2. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Karlberg, I. (2011). *Från Vasa till vårdval- Om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård*. Pozkal: Studentlitteratur.
- Karlsson, B., Morberg, S., & Lindström, M. (2006). Starka som individer men svaga som grupp. *Vård i Norden*, 79(26), 36-41.
- Kungl. Civildepartementet. (1916). *Betänkande angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden*. Stockholm: Civildepartementet.
- Lantz, G. (1996). Människan, hemmet och tingen. I G. Lantz (Red.). *Hemmet i vården, vården i hemmet* (s.19-38). Stockholm: Liber AB.
- Lindström, A.-C. (2007). *Något som inte längre är: Distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Från <http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4434/3/1%5b2%5d.pdf>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund- Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Mc Garry, J. (2008). Defining Roles, Relationships, Boundaries and Participation between Elderly People and Nurses Within the Home: an Ethnographic Study. *Health and Social Care in the Community*, 17(1), 83-91. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00802.x

- Norborg, L.-A. (u.å). Sverige: Mellanrikstiden. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 26 augusti, 2011, från http://www.ne.se/sverige/historia/mellanrikstiden?i_art_id=320855&i_sect_id=3208...
- Peter, E. (2002). The history of nursing in the home: revealing the significance of place in the expression of moral agency. *Nursing Inquiry*, 9(2), 65-72.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research.: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Qvarsell, R. (1991). *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Sandelowski, M. (1994). Focus on Qualitative Methods. The Use of Quotes in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health*, 17, 479-482.
- SFS 1920:234. *Kungl. Maj:ts kungörelse angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor*. Stockholm: Civildepartementet.
- SFS 1920:814. *Kungl. Maj:ts kungörelse angående stipendier åt elever vid statens skola för utbildning av distriktssköterskor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1935:430. *Kungl. Maj:ts stadga för statens distriktssköterskeskola*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2011). *Mål för hälso- och sjukvården*. Regeringskansliet. Hämtad 27 oktober, 2011, från <http://www.regeringen.se/sb/d/14827/a/168755>
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad 14 oktober, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20Hälsoinriktad%20hälso%20och%20sjukvård.pdf>
- Socialstyrelsen. (2010). *Tillgång på vårdplatser*. Hämtad 27 oktober, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18044/2010-5-24.pdf>
- SOU 1934:9. *Medicinalstyrelsens förslag till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Statistiska Centralbyrån.(1969). *Historisk statistik för Sverige: Del 1, Befolkning 1720-1967*, (2. uppl.) Hämtad 1 september, 2011, från <http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/854/1/Historisk%20statistik%20Del%201.pdf>.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening... :om personcentrerad vård*. Hämtad 7 september, 2011, från http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf
- Tornkvist, L., Gardulf, A., & Strender, L. (2000). Patients Satisfaction with the Care Given by District Nurses at Home and at Primary Health Care Centers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 67-74.
- Wendt, R. (1999). *Kerstin Nordendahl: En sjuksköterska i tiden*. Stockholm: Spri och svensk sjuksköterskeförening.

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice* 15, 156-163.

Öresland, S., Määttä, S., Morberg, A., Winter Jörgensen, M., & Lützen, K. (2008). Nurses as Guests or Professionals in Home Health Care. *Nurse Ethics*, 15(3), 371-383.
doi: 10.1177/0969733007088361