

# Distriktssköterskeyrkets framväxt och formalisering

*Ulf Jakobsson*

Distriktssköterskeyrket är en profession som sakta vuxit fram. Yrkestiteln distriktssköterska fanns visserligen redan i slutet av 1800-talet men innan Statens distriktssköterskeskola startade 1920 fanns egentligen ingen utbildning till yrket. I början av 1900-talet kom också en rad olika kungörelser och stadgar som tillsammans med utbildningens uppstart blev grunden för distriktssköterskans formella etablering. På ganska kort tid gick distriktssköterskorna från att vara en oftast helt utbildad yrkesgrupp till att bli ett yrke med krav på lång utbildning (3–4 år). Därefter har såväl utbildningen som distriktssköterskeyrket förändrats ett flertal gånger genom påverkan av olika faktorer.

## **Sjuksköterskeyrkets framväxt – en översikt**

I samband med att lasarettsväsendet började byggas ut på 1700-talet uppkom även ett behov av diverse personal utöver läkarna. Man började anställa drängar och pigor för att bistå läkarna med allehanda sysslor t.ex. vedhuggning, eldning, matlagning, städning etc. De kallades sjukvaktare och sjukvakterskor och kan ses som föregångare till dagens sjuksköterska [1]. De som anställdes var till stor del helt utbildade personer som inte kunde få något annat arbete, och som inte heller haft några direkt sjukvårdande arbetsuppgifter. Det dröjde ända till 1851, då diakonianstalten i Stockholm öppnade, innan det fanns någon form av formell sjuksköterskeutbildning i Sverige [2]. Diakonianstalten kan ses som en föregångare till de senare uppkomna sjuksköterskeskolorna. Dessa ”sjuksköterskor” var egentligen diakonissor vilka senare arbetade som sjuksköterskor inom öppenvård, fattigvård och församlingsvård. Sjuksköterskeskolan var organiserad enligt den så kallade moderhusprincipen, vilket innebar att såväl eleverna som de utbildade sjuksköterskorna var helt underkastade moderhusets regler, dvs. hade inga självständiga valmöjligheter var de skulle arbeta och i stort sett hela deras lön gick direkt till moderhuset. Några år senare,

år 1864, grundades ”Föreningen för frivillig vård av sårade och sjuke i fält”, som bland annat utbildade sjuksköterskor för tjänstgöring i krig. Utbildning startades 1867 och genomfördes huvudsakligen på akademiska sjukhuset i Uppsala. Sjuksköterskorna som utbildades vid skolan skrev på kontrakt om fortsatt arbete inom sjukvården efter avslutad utbildning, men skulle i krigstid stå till föreningens förfogande. Mellan 1877–1880 bedrevs utbildningen på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, men flyttades tillbaka till Stockholm 1881. Föreningen som 1886 ändrade namn till Svenska Röda korset, fick strax därefter ett eget sjuksköterskehem, och blev sedermera Röda Korsets sjuksköterskeskola.

Internationellt sett är Florence Nightingale (Bild 1) den som oftast benämns som den första sjuksköterskan och har i dag blivit något av en ikon för sjuksköterskekåren. Hon startade sin sjuksköterskeutbildning 1860 i London, Florence Nightingale School of Nursing, som kan ses som den första formellt etablerade sjuksköterskeskolan. På denna skola började Nightingale utbilda sjuksköterskor och eleverna kom från hela Europa. En av dem var Emmy Rappe (Bild 2) som började sin sjuksköterskeutbildning i London 1866, och som i sin tur började utbilda sjuksköterskor efter sin hemkomst till Sverige [3].



Bild 1. Florence Nightingale (1820-1910)



Bild 2. Emmy Rappe (1835-1896), grundare av Röda Korsets sjuksköterskeskola.

Emmy Rappe återvände till Sverige 1867 och fick anställning på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Där fick hon jämte uppgiften som överköterska på den nyöppnade kirurgiska avdelningen även uppdraget som föreståndarinna för den sjuksköterskeskola som inrättades på sjukhuset. Rappe var en pionjär som ledare för den första sekulariserade sjuksköterskeutbildningen och var bland annat den som införde sjuksköterskeuniformen i Sverige.

År 1884 öppnade Sophiahemmets sjuksköterskeskola på drottning Sophias (Bild 3) initiativ [3]. Detta skedde efter ett av drottningens besök i England, där hon insjuknat och kommit att vårdas av sjuksköterskor som var utbildade av Florence Nightingale. Hon överväldigades av den goda vård hon fick och initierade efter hemkomsten starten av Sophiahemmets sjuksköterskeskola med Nightingales modell som förebild. Det var den första sjuksköterskeutbildningen som hade vissa moment med enbart teoretisk undervisning. Sophiahemmets sjuksköterskeutbildning var från början ettårig men förlängdes efter några år, och var från och med 1894 tvåårig och från 1904 treårig.

Efter hand öppnade fler och fler sjuksköterskeskolor. I början gick det ganska långsamt men efter sekelskiftet 1900 tog utvecklingen fart ordentligt och redan 1916 fanns det närmare 55 sjuksköterskeskolor i Sverige. Av dessa hade bara omkring hälften både praktisk och teoretisk undervisning, och utbildningslängden var huvudsakligen ettårig eller tvåårig [4]. Man kan urskilja två typer av sjuksköterskeskolor; privatskolor respektive lasarettsskolor. Privatskolorna som var helt fristående gentemot sjukhusen, leddes av en föreståndarinna och hade



Bild 3. Drottning Sophia (1836-1913), grundare av Sophiahemmets sjuksköterskeskola.

alltid ett sjuksköterskehem anknutet. De hade även antagningskrav och uttalade krav på prestation inom ramen för utbildningen. Lasa-rettsskolorna som istället var integrerade med sjukhusen hade oftast inga antagningskrav och generellt kortare utbildningslängd jämfört med privatskolorna.

I takt med sjukhusens framväxt under 1800-talets senare del ökade även behovet av utbildad personal. I början var det främst sjuksköterskeelever som täckte upp behovet då antalet utbildade sjuksköterskor var mycket litet. I motsats till förhållandena på 1700-talet och tidigt 1800-tal var det nu kvinnor från de övre samhällsskikten som tog sig an sjuksköterskeyrket, oftast via utbildning på privatskola. Arbetet som sjuksköterska var tungt och arbetsdagarna var långa, majoriteten hade 12–14 timmars arbetsdag och lönen var låg [2]. Det var framför allt elever som utnyttjades som billig arbetskraft, men även färdigutbildade sjuksköterskor hade det tufft.

### **Sjuksköterskan på landsbygden**

Under 1800-talet bedrevs hälso- och sjukvården på landsbygden huvudsakligen av en provinsialläkare med ett definierat geografiskt område, s.k. provinsialläkardistrikt [5]. Utöver provinsialläkarna fanns även privatpraktiserande läkare på vissa orter. Inom varje provinsialläkardistrikt var även ett antal barnmorskor anställda, vilka utöver barnafödslar skulle vara provinsialläkaren behjälpliga med övrig hälso- och sjukvård när så behövdes. Behovet av sjuksköterskor var ganska väl tillgodosett på sjukhusen i städerna, i alla fall jämfört med landsbygden. Mycket få sjuksköterskor tjänstgjorde på landsbygden trots att omkring 90 % av befolkningen bodde på landsbygden och behovet där var störst. Det var egentligen inte förrän kring slutet av 1800-talet som sjuksköterskor började tjänstgöra där [6]. Landsbygden stora behov av sjuksköterskor gjorde att en del sjuksköterskeskolor till och med krävde, via skriftligt avtal, att de som var antagna som sjuksköterskeelever vid skolan skulle tjänstgöra som sjuksköterska i någon av länets kommuner (oftast under minst 3 år) efter erhållen examen [6].

Kring sekelskiftet 1900 började landsting och kommuner anställa ”distriktssköterskor”, men någon utbildning till distriktssköterska fanns inte och kravet för att få en sådan anställning varierade. Något krav på sjuksköterskeutbildning eller liknande för att bli anställd som

distriktssköterska fanns generellt inte heller. Ibland förekom även benämningen ”landsbygdssjuksköterskor” för dessa tjänster. Begreppet distriktssköterska användes egentligen mycket sparsamt och etablerades inte förrän en bit in på 1900-talet. Distriktssköterskan blev tjänsteplacerad i ett provinsialläkardistrikt och var precis som barnmorskorna direkt underställd provinsialläkaren, men ändå med stora krav på självständighet. En distriktssköterska kunde ibland även ha delad anställning i flera distrikt, varvid kommunerna kunde dela på kostnaden.

### **Statlig styrning av utbildningarna**

I början av 1910-talet gjordes en utredning angående sjuksköterskors och sjukvårdsbiträdes arbetsförhållanden, vilket bland annat resulterade i förslaget om en statlig styrning av all sjuksköterskeutbildning. [7]. Under denna period fanns många olika utbildningar till ”sjuksköterska”, varierande i längd mellan 6 månader till 3 år. Varken antagningskrav eller innehållet i utbildningarna var standardiserade. Utredningen från 1916 låg sedan till grund för ett riksdagsbeslut år 1919. I en kungörelse året därpå uppgavs bl.a. att ”*Sjuksköterska är var och envar som fullständigt genomgått en av staten godkänd sjuksköterskeskola*” och därmed blev begreppet sjuksköterska för första gången både formellt och tydligt definierat [8]. Kungörelsen innehöll även en tydlig specificering av vilka kriterier som skulle vara uppfyllda för att Medicinalstyrelsen (numera Socialstyrelsen) skulle kunna godkänna en sjuksköterskeskola. Kravet var då bland annat att utbildningen skulle vara minst tvåårig och innehålla såväl teoretisk som praktisk utbildning. När kungörelsen trädde i kraft 1920 fanns det totalt 57 sjuksköterskeskolor, men över tid reducerades antalet statligt godkända skolor ganska snabbt och 1923 fanns bara 19 skolor kvar. Majoriteten (84%) av sjuksköterskeskolorna hade redan då en utbildningstid på tre år.

### **Statens distriktssköterskeskola – yrkets formella etablering**

År 1920 startade även ”Statens distriktssköterskeskola” i Stockholm, och var den första skolan för utbildning av distriktssköterskor i Sverige. Kerstin Nordendahl (Bild 4) var föreståndarinna för utbildningen och hade detta förordnande mellan åren 1920 till 1938. Hon var utbildad dispensärsjuksköterska med stort intresse och engagemang



Bild 4. Kerstin Nordendahl (1881–1958), grundare av Statens distriktssköterskeskola.

för den öppna hälso- och sjukvården, och hade en central roll för utvecklingen av såväl sjuksköterske- som distriktssköterskeutbildningen i Sverige. Nordendahl var nämligen under denna period (1920–1944) även anställd av Medicinalstyrelsen som sjuksköterskeinspektris med uppdrag att kontrollera och godkänna sjuksköterskeskolor i enlighet med Medicinalstyrelsens riktlinjer [9]. Utöver föreståndarinnans ledning styrdes skolans verksamhet av en styrelse vars ledamöter valdes för en period av tre år i sänder. Styrelsens sammansättning var tydligt angiven i den Kungliga kungörelsen [10] och bestod av sjuksköterskeinspektrisen samt fyra av Medicinalstyrelsen utsedda ledamöter (varav 2st läkare, en kunnig i fattigvårdsfrågor och en sjuksköterska). Därtill skulle fyra suppleanter utses. Som ordförande i styrelsen utsågs någon av de fyra ledamöterna. Det var styrelsen som hade det övergripande ansvaret för utbildningen inklusive antagningen av elever, medan föreståndarinnan hade det administrativa ansvaret och såg till att styrelsens beslut verkställdes.

Av totalt 25 sökande antogs 16 elever (Tabell 1) till den första utbildningen som startade den 15 november 1920 och avslutades den 15 september 1921. Alla eleverna klarade kursen och fick sin distriktssköterskeexamen. För tillträde till utbildningen krävdes då dels avgångsbetyg från folkskola eller motsvarande, dels sjuksköterskeutbildning vid någon av de av staten godkända sjuksköterskeskolorna [11].

**Tabell 1.** Elever antagna 1920 till den första kursen vid Statens distriktssköterskeskola

<b>Namn</b>	<b>Hemort</b>
Anna Andersson	Norrköping
Hedvig Andersson	Linköping
Kristina Ekelund	Walleberga
Elin Grahn	Gammelstad
Sigrid Hansson	Öckerö
Ida Holmgren	Gällivare
Hedvig Hultqvist	Edefors
Agnes Johansson	Guldsmedshyttan
Lydia Larsson	Persön
Hilda Nordlund	Edefors
Ida Persson	Snöstorp
Karolina Pettersson	Uddevalla
Signe Peterson	Mörbylånga
Frida Strömqvist	Överkalix
Ebba Svensson	Hednoret
Ester Svensson	Elfsbyn

Undervisningen var visserligen avgiftsfri men för att kunna genomföra studierna måste alla andra kostnader för mat, logi, kläder, etc. täckas på något sätt. Därför inrättades, samtidigt som skolan startades, möjligheten till att söka studiestipendier. Samtlig 16 antagna elever sökte och erhöll studiestipendium på 1000 kronor vardera, vilket enligt beräkningar skulle täcka alla utgifter och möjliggöra studierna [12]. Dock visade det sig att den faktiska kostnaden snarare låg på 1500 kronor, bland annat beroende på ökade kostnader i samband med kliniktjänstgöringen. Detta påpekade föreståndarinnan flertalet gånger i sina rapporter till Medicinalstyrelsen och framförde önskemål om att stipendiebeloppet skulle höjas. Men beloppet höjdes inte utan låg kvar på max 1000 kronor under flera år därefter.

Utbildningen bestod egentligen av en enda kurs och var till en början 10 månader lång. Följande ämnen ingick då i utbildningen [11]:

- 1) Matlagning & huslig ekonomi (2 månader teoretisk och viss praktisk undervisning i skolkök)
- 2) Sinnessjukvård (2 månaders tjänstgöring & 14 lektioner teoretisk undervisning)
- 3) Epidemivård & desinfektion (2 månaders tjänstgöring & 2 lektioner teoretisk undervisning)

- 4) Barnavård (2 månaders tjänstgöring & 11 lektioner teoretisk undervisning)
- 5) Dispensärvård (1 månads tjänstgöring & 5 lektioner teoretisk undervisning)
- 6) Invalid- & vanförevård (1 månads tjänstgöring)
- 7) Bostadshygien (4 dagars praktik & 10 lektioner teoretisk undervisning)
- 8) Social lagstiftning (10 lektioner teoretisk undervisning)

Praktiktiden varierade ganska mycket från elev till elev beroende på hur mycket av praktiktiden inom framförallt epidemivård som man kunde tillgodoräkna sig. Den teoretiska undervisningen var i form av föreläsningar som nästan uteslutande gavs av läkare. Med undantag för den första kursen där teori varvades med praktik började utbildningen med 5–6 veckors teoretisk undervisning som sedan följdes av resterande praktisk tjänstgöring. 1928 tillkom ytterligare två ämnen i utbildningen, psykologi samt metodik med demonstrationsövningar. SFS 1920:813 angav ingen minimilängd på utbildningstiden, dock en maximal tid på 1 år [10].

Utifrån tillgängliga källor är det svårt att avgöra vilken typ av kurslitteratur som användes. ”Egna bokliga studier” nämns i dokumenten men inte vilken litteratur som avses. Tyvärr har det även varit svårt att få fram hur eleverna examinerades, men då utbildningen huvudsakligen skedde i form av praktisk tjänstgöring var det nog den kliniska skickligheten som i första hand var avgörande

Utöver distriktssköterskeskolans tillkomst fanns ytterligare en sak som tydliggjorde distriktssköterskeyrkets etablering och status. Det var en kunglig kungörelse som kom ut 1920, där bland annat kompetenskravet för distriktssköterskor för första gången fastställdes [13]. Tidigare hade regelverk och lagstiftning kring sjuksköterskornas arbete på landsbygden varit ganska otydliga, men nu gällde att enbart den som genomgått statligt godkänd sjuksköterskeskola och den nu inrättade distriktssköterskeskolan ägde rätt att upprätthålla tjänst som distriktssköterska.



## Distriktssköterskans arbetsförhållande

En ”Normalinstruktion för distriktssköterskeväsendet” utarbetad 1927 var en beskrivning av distriktssköterskeyrkets innehåll och krav [14]. I denna angavs bl.a. krav på att distriktssköterskan skulle vara bosatt i det distrikt inom vilket hon var verksam, bl.a. för att hon *skyndsamt skulle kunna infinna sig hos de sjuka*, samt att provinsialläkaren inom distriktet var hennes närmsta förman. Här anges även krav på brett yrkeskunnande inom framförallt hemsjukvård men även noggrannhet, vänlighet och tålmod. Såväl sekretess inom sin yrkesutövning som rapportering till provinsialläkaren betonas som särskilt viktigt. I yrket ingick framförallt arbete med bekämpning av infektioner, bl.a. desinfektion, isolering av patienter och rapportering av misstänkt smittsam sjukdom till närmsta läkare. I normalinstruktionen står vidare att distriktssköterskan även skulle ”.. söka befrämja ordning, renlighet och ett sunt levnadssätt och härvid liksom i sin övriga verksamhet behjerta vikten av sitt kall.”, dvs. även arbeta för en förbättrad folkhälsa. I sista delen av citatet betonas explicit vikten av distriktssköterskans hängivenhet till sitt yrke, och benämningen ”kall” indikerar att distriktssköterskeyrket inte bara var en anställning utan snarare en livsstil (uppoffring). Precis som provinsialläkaren var distriktssköterskorna ålagda att dokumentera alla hälso- och sjukvårdsåtgärder i en så kallad dagbok med ett standardiserat innehåll [14]. Dagboken var tillsammans med provinsialläkarens dokumentation underlaget för den rapport över verksamheten i distriktet som provinsialläkaren årligen sände in till Medicinalstyrelsen.

Redan från begynnelsen var distriktssköterskans yrke mycket självständigt. Även om provinsialläkaren hade det övergripande medicinska ansvaret så hade distriktssköterskan ett eget områdesansvar, inom vilket hon självständigt verkade. Hon hade egen mottagning, telefonrådgivning samt gjorde hembesök. Men arbetet innefattade ofta även långa resor ut till patienterna. En distriktssköterska gjorde följande beskrivning av sitt arbete:

”Provinsialläkaren och distriktssköterskan äro bosatta i centrum av den ena kommunen i ett stationssamhälle. I den andra kommunen 2 mil från distriktssköterskans station finnes lokal där läkaren har mottagning varje torsdag med distriktssköterskan som assistent. Mottagningen brukar besökas av ungefär

4 á 5 patienter, vanligen olycksfall, tandutdragningar eller undersökningar. Tisdag och fredag skall sjuksköterskan dessutom vara anträffbar kl. 11 f.m. på denna mottagning i händelse att någon önskar träffa henne, samt dessa dagar göra sjukbesök, eller besök hos gamla och sängliggande i denna kommun.

En gång i månaden har distriktssköterskan mottagning en mil längre bort.

I samband med mottagningarna i den andra kommunen gör doktorn sjukresor, oftast då hos patienter, som sjuksköterskan sedan ska besöka. Sjukresor och mottagningar brukar taga en tid av 4 á 5 timmar, detta då doktorn är med och resorna tagas per bil. Tågförbindelser finnas mellan båda kommunerna med 2 biljetter i veckan, men då förbindelserna sällan passa med sjukbesöken måste man ibland cykla för att vinna tid, och kan man då få cykla både 5 mil och därutöver. Detta för att bespara de mindre förmedlade patienterna en extra kostnad, som skjutsen skulle medföra.” [Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor, 1934, s113–114.]

Beredskap dygnet runt var vanligt för distriktssköterskan, detta var en av anledningarna till att hon skulle vara bosatt inom tjänstgöringsdistriktet. Nattvak hos gamla och svårt sjuka patienter förekom också. Som distriktssköterska hade man månadslön och fria resor (för resor överstigande 1 km från hemmet), samt en månads semester om året. Vid eventuell egen sjukdom kunde hon vara sjukskriven med full lön i en månads tid. Vid längre sjukfrånvaro kunde hon även få 2/3 lön under ytterligare två månader. Skulle orsaken till sjukfrånvaro vara arbetsrelaterad, t.ex. smitta eller olycksfall förvärvad under tjänstgöring utgick full lön under sex månader.

### **Distriktssköterskeuniform**

Sjuksköterskeuniformen infördes redan i slutet av 1800-talet på initiativ av Emmy Rappe. Ganska snart därefter hade varje skola sin egen utformning av uniform och utbildningsbrosch.. I uniformen ingick generellt långärmad klänning med stärkt krage, förkläde med axelband samt en sjuksköterskemössa. Dräkten var inte bara arbetskläder utan även en statussymbol som visade att man var utbildad sjuksköterska (oftast på privatskola).

### **Distriktsskötersketjänsten**

inom Kattarps kommuns sjukvårdsområde är till ansökan ledig. Sökande skall innehava författningensliga meriter. Platsen är reglerad hos Statens Pensionsanstalt. Lön: kontant begynnelselön 500 kr. Två ålderstillägg å vardera 100 kr. efter 5 och 10 års väl vitsordad tjänstgöring. Ersättning för kost och tvätt 700 kr. Ersättning för taxa 200 kr. Dyrstilllägg för närvarande 325 kr., jämte fri möblerad bostad samt värme och lyse. En månads semester årligen med 60 kr. i kostpengar. Dessutom utgår ett bidrag till cykel med 60 kr. pr år samt på vissa villkor 150 kr. årligen i ersättning för resor inom sjukvårdsområdet.

Platsen tillträdes omkring den 15 september 1936.

Ansökan torde insändas till undertecknad *före den 10 september d. å.*

Sökande bör vid anfordran iakttaga personlig inställelse.

Hasslarp den 12 augusti 1936.

A kommunalnämndens vägnar:

*Karl J. Lundahl.*

Bild 5. Exempel på annons, från 1936, för anställning som distriktssköterska.

Vid de privata sjuksköterskeskolorna utvecklades redan tidigt en tradition att eleverna efter avklarad utbildning fick bära sjuksköterskebroscher, dels ett signum på att de var formellt utbildade på privatskola (lasarettsskolorna hade inte utbildningsbroscher) dels ett tecken på vilken skola de erhållit sin examen på. Även om distriktssköterskeutbildningen hade staten som huvudman hade den tydligt karaktären av en privatskola med egen utbildningsbrosch (Bild 6).

Under slutet av 1930-talet utvecklades en speciell dräkt för distriktssköterskor. Viktigt var att den skulle vara praktisk. Den skulle tåla



Bild 6. Utbildningsbrosch från Statens distriktssköterskeskola.

väder och vind i alla möjliga väderförhållanden. Uniformen bestod av en dräkt med tillhörande blus, kapp och hatt. Till dräkten kunde även långbyxor bäras, vilket var mycket ovanligt på den här tiden. Distriktsköterskeuniformen kom senare även att användas under tjänstgöring i armén, men kompletterades då med bl.a. truppförbandsbeteckning, sjukvårdsarmbindel och nationalitetsmärke [15].

Under andra världskriget ändrade sjuksköterskans uniform stil. Den tidigare fotsida klänningen förkortades till halva vaden, och mössan bars nu utan hakband. Även förklädet blev kortare och bars nu utan axelband. Under 1970- och 80-talen försvann så småningom mössorna. Fler män kom in i yrket, och en enkel vit tunika blev istället standard för sjuksköterskorna.

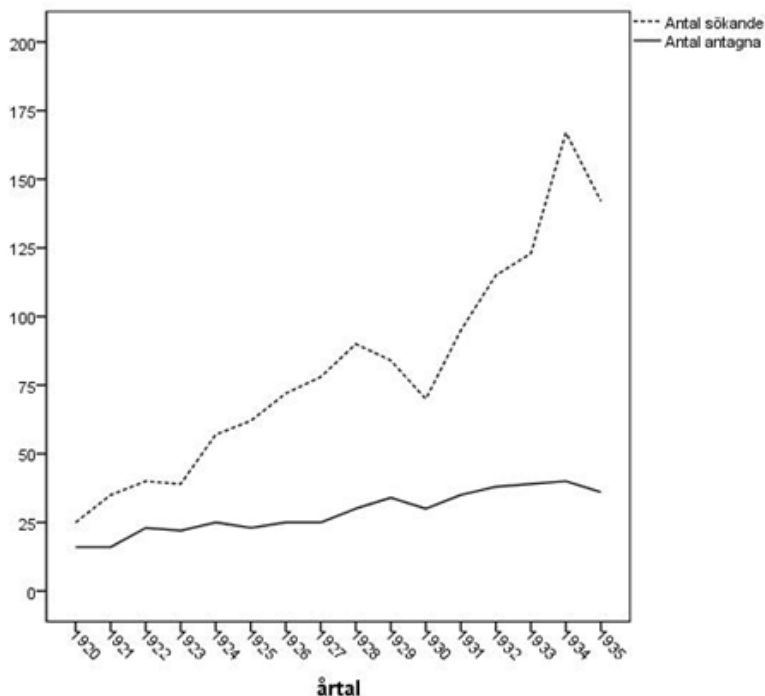
### **Distriktssköterskeutbildningens fortsatta utveckling**

I en alumniundersökning från 1932 redovisas resultatet från en uppföljning av de tidigare examinerade eleverna från Statens distriktsköterskeskola [11]. Denna visade att majoriteten (42 %) tjänstgjorde som distriktssköterska och 26 procent hade dispensärsjukskötersketjänst. Mindre vanligt var anställningar som t.ex. sjuksköterska på äldreboende, kommunsköterska, och stadssköterska. I undersökningen kategoriserades tolv procent som ”övrigt”; 21 st av dessa var gifta (om man var gift fick man inte tjänstgöra som sjuksköterska längre, detta förbud upphävdes inte förrän 1939), 5 st sjuka, 5 st utomlands och 2 st hade avlidit.

Intresset för utbildningen ökade över tid vilket tydligt speglas i såväl antalet sökande som antalet antagna. Under de första två åren var det ganska få antal sökande till de 16 utbildningsplatserna, men söktrycket ökade snabbt, 1928 var det 90 sökande till 30 platser och 1934 167 sökande till 40 platser (Figur 1).

### **Utbildningen ändrar inriktning**

Distriktssköterskeutbildningen bedrevs med i stort sett helt oförändrat upplägg från starten 1920 fram till 1935 då Medicinalstyrelsen utfärdade nya riktlinjer för utbildningens innehåll och upplägg [16]. Arbetet med de nya riktlinjerna började redan 1933 då Medicinalstyrelsen lade fram ett förslag på förändring av distriktssköterskeutbildningens innehåll. Man ansåg att distriktssköterskornas arbetsuppgifter hade haft för stort fokus på sjukvård. Nu skulle arbetet



Figur 1. Antal sökande respektive antagna till Statens distriktssköterskeskola mellan åren 1920-1935.

fokuseras mer mot främjande av hälsa. Till exempel tog man bort ämnet sinnessjukvård från distriktssköterskeutbildningen och lade detta istället i sjuksköterskeutbildningen. Större vikt fick nu ämnen som till exempel mödra- och barnhälsovård, sexualhygien samt social- och medicinallagstiftning. Nya ämnen som tillkom i utbildningen var bland annat hemmets vård, näringslära samt skolhygien. Utbildningstiden var ungefär den samma men andelen teoretisk undervisning ökade. Mellan åren 1920–1934 hade enbart en distriktssköterskeutbildningskurs per år anordnats, men alltefter som behovet av distriktssköterskor växte utvidgade skolan sin verksamhet. Under åren 1935–1940 anordnades två kurser med totalt 60–70 elever per år, 1941–1945 tre kurser med totalt 90–100 elever och från och med 1946 fyra kurser per år med upp till 120 elever per år. I utbildnings-

utbudet fanns förutom ordinarie kurs, även kompletteringskurser för sjuksköterskor med stor klinisk erfarenhet.

I den nya stadgan [16] fastslogs utöver kravet på sjuksköterskeutbildning dessutom krav på minimipraktiktid före påbörjad utbildning. Praktiken skulle omfatta tjänstgöring på medicinsk och kirurgisk avdelning under vardera fyra månader, på operationsavdelning eller kirurgisk poliklinisk under två månader, på barnbördshus eller barnbördsavdelning under en månad, på sjuksjukhus eller sjuksjukavdelning under tre månader, epidemisjukhus under två månader samt om möjligt även praktik på sanatorium eller tuberkulosavdelning under två månader och barnsjukhus under sex månader. Turordningen i antagning av elever till skolan gjordes sedan utifrån tjänstgöringserfarenhet. Man tog i första hand in de som hade mest erfarenhet av medicin och kirurgi, medan t.ex. en röntgensjuksköterska hamnade långt ner i rangordningen. Under de första 15 åren (1920–1934) hade enbart färdigutbildade sjuksköterskor antagits till Statens distriktssköterskeskola, men från 1935 öppnades även möjligheten för sjuksköterskeelever att antas efter att de gått minst två år på sjuksköterskeskola och erhållit erforderlig praktik. Det fanns ingen explicit åldersgräns men generellt antog man inte elever som var äldre än 35 år.

Fram till och med 1938 hade Statens distriktssköterskeskola varit en självständig institution med Medicinalstyrelsen som tillsynsmyndighet, men från och med år 1938 kom distriktssköterskeutbildningen att ligga under Statens institut för folkhälsan [17]. År 1939 slutade Kerstin Nordendahl som föreståndare vid skolan och Greta Nyman tog då över uppdraget som t.f. föreståndarinna för utbildningen. Hon efterträddes något år senare av Majsa Andrell (1906–1992). Från och med 1943 tog Andrell även över uppdraget som sjuksköterskeinspektör efter Kerstin Nordendahl. Utbildningens längd var fortfarande satt till maximalt ett år med i stort sett samma teoretiska och praktiska innehåll som tidigare och fortfarande avgiftsfri. I samband med att Majsa Andrell blev sjuksköterskeinspektör tog Maja Tjellström över uppdraget som föreståndarinna och sedermera rektor för Statens distriktssköterskeskola [15]. Tjellström var rektor på skolan mellan 1945–1965 och införde bl.a. gruppundervisning som undervisningsform. Detta nytänkande stötte på en hel del högljudda protester bland

## Statens skola för Utbildning av Distriktssköterskor.

Nästa kurs tager sin början omkring den 1 februari 1935. Sjuksköterska, som önskar bliva antagen till elev, har att till undertecknad insända sin till styrelsen för skolan ställda, *egenhändigt* skrivna ansökan härom med bifogande av:

1. åldersbetyg,
2. läkarbetyg,
3. avskrift av skolbetyg,
4. avskrift av avgångsbetyg från genomgången sjuksköterskeskola,
5. avskrift av betyg från föregående och nuvarande anställning,
6. fotografi samt
7. rekommendation av föreståndarinnan för den organisation, sökanden tillhör.

Avskrifterna skola vara vederbörligen styrkta.

\* \*  
\*

Medellös eller mindre bemedlad sjuksköterska, som blivit antagen till elev vid skolan, kan, därest erforderliga medel här till av riksdagen beviljas, tilldelas *stipendium å 500 kronor för hel kurs räknat* till bestridande av kostnaderna för uppehälle under kursen.

Ansökan om stipendium *ingives samtidigt* med ansökan till kursen, varvid bifogas av vederbörande myndighet utfärdat intyg, som styrker att den sökande är obemedlad eller mindre bemedlad. I övrigt hänvisas till Sv. författningssamling nr 813 och 814 av 1920 och nr 148 av 1924. Närmare upplysningar meddelas av undertecknad.

*Ansökningstiden utgår den 1 november 1934.*

KERSTIN NORDENDAHL,

skolans föreståndarinna,

adr. Kungl. Medicinalstyrelsen, Stockholm 3.

Bild 7. Annons för utbildningen vid Statens distriktssköterskeskola [Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor, 1934].

eleverna, men visade sig vara ett mycket givande komplement till de traditionella föreläsningarna. Under hennes tid på skolan utbildades även den första manliga distriktssköterskan.

### **Distriktssköterskans arbete & anställning**

Distriktssköterskans arbete reglerades bland annat i SFS 1935:428 vilket angav t.ex. följande arbetsuppgifter: upplysande och rådgivande verksamhet avseende barnavård, bostadsvård och hälsovård samt all sjukvård som kan utövas i hemmet [18]. Hennes arbetsuppgifter skulle även omfatta sjukvård vid ”sjukhärbärge” i ödemarksområde (med högst fyra sängplatser), samt att vid behov vara behjälplig vid andra sjukvårdsinrättningar inom distriktet.

Distriktssköterskeutbildningen medförde även kompetens för anställning som skolsköterska men inte för anställning på barnavårdscentral. Hälso- och sjukvård för barn var inget ovanligt för en distriktssköterska, men för anställning på barnavårdscentral fordrades att distriktssköterskan även skulle genomgå en ettårig utbildning i barnavård och barnsjukvård. Detta skapade problem för huvudmännen, vilka efterlyste en enhetlig utbildning för den öppna hälso- och sjukvården. Samtidigt uppstod även problem för glesbygden när behovet av barnmorskor kraftigt minskade. Försök med kombinerade tjänster som krävde både distriktssköterske- och barnmorskeutbildning, s.k. distriktssköterskebarnmorskor fungerade inte så bra då tjänsterna var svåra att besätta [19]. Medicinalstyrelsen försökte lösa problemen genom bl.a. en översyn av distriktssköterskeutbildningen, men någon bra bestående lösning lyckades man inte komma fram till [4].

### **Dagens primärvård börjar växa fram**

Dagens primärvård har successivt utvecklats från de gamla provinsialläkar- och distriktsvårdssystemen, och formats genom samhällets förändring och olika reformer. Men under 1960-talet sker en rad större förändringar vilka kommer att ha stor betydelse både för den kommande öppna hälso- och sjukvården och för distriktssköterskeutbildningen.

Den 1 juli 1963 överfördes huvudmannaskapet för den öppna vården från staten till landstingen, och i slutet av 1960-talet avskaffades det gamla provinsialläkarsystemet samtidigt som de första vårdcentralerna började inrättas. Dessa nya vårdcentraler inrymde bl.a.



läkarmottagning, distriktssköterskemottagning och barnavårdscentral. Vårdcentralernas etablering var ett resultat av framför allt Socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1969) som betonade behovet av en utveckling av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar. Enheter med mindre än tre läkare skulle i allmänhet inte förekomma. 1973 utkom ”*Hälso- och sjukvård inför 80-talet*” som var ett annat principprogram från Socialstyrelsen, och i det föreslog man tre olika vårdnivåer; primärvård, länssjukvård och regionsjukvård [20]. Enligt programmet skulle primärvården ansvara för befolkningens hälsa inom specifika läkardistrikt, och omfatta all hälso- och sjukvård utanför sjukhus och centrala sjukhem. Vårdcentralen var tänkt att ha en central roll i vårdutbudet, men satsningarna på sjukhusen var så stora att utbyggnaden av primärvården fick stå tillbaka.

Successivt började vårdcentraler etableras i hela landet och blev de nya arbetsplatserna för såväl distriktsläkare som distriktssköterskor. I början av 1980-talet beslutades att distriktsläkare och distriktssköterskor skulle ha ansvaret för alla patienter, ”från vaggan till graven”, enligt den gamla distriktssköterskemodellen [15]. Detta möttes av en del protester framför allt gällande barnhälsovården då man ansåg att denna skulle skötas av barnläkare och barnsjuksköterskor. Det befarades att kvalitén på barnhälsovården skulle försämrats, och kritiken kom främst från just barnläkarna och barnsjuksköterskorna. Men det visade sig att problemen uteblev och kritikerna tystnade efter hand. I början av 1980-talet inkluderades även kommunernas hälso- och sjukvård i distriktssköterskans arbete och på dagtid hade hon ansvar för hemsjukvården inom sitt distrikt. Kvällar och nätter togs ansvaret över av kvälls- och nattpatruller. Såväl distriktsläkarna som distriktssköterskorna hade jourtjänstgöring.

Den 1:e januari 1992 infördes Ädelreformen, med syftet att överföra ansvaret för hälso- och sjukvården för äldre och handikappade från landstingen till kommunerna [21]. Reformen innebar att kommunerna blev sjukvårdshuvudmän med ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på särskilda boenden och i hemsjukvården. Denna reform påverkade distriktssköterskornas arbete mycket genom förändring av såväl arbetsgivare som arbetssätt. Innan ädelreformen var distriktssköterskan anställd i landstinget och arbetade inom det distrikt som hon var tilldelad och ansvarade för hälso- och sjukvården

av boende inom detta distrikt, både på vårdcentralen och hemma hos patienterna. Men efter ädelreformen var distriktssköterskorna antingen anställda i primärvården på vårdcentral eller i kommunen. En anställning i primärvården innebar enbart arbete på mottagning och/eller barnavårdscentral, medan en anställning i kommunen omfattade arbete på särskilt boende och/eller i hemsjukvården. Nu infördes även den så kallade ”tröskelprincipen” vilken avgränsade de två huvudmännens ansvarsområden, så även de olika distriktssköterskornas ansvar. Tröskelprincipen är inget exakt mått men innebär att vårdansvaret ligger på primärvården om patienten kan ta sig över tröskeln i sin bostad och komma ut, annars är det kommunen som har patientansvaret.

### **Distriktssköterskeyrkets fortsatta utveckling under 1900-talet**

Såväl sjuksköterskeutbildningen som distriktssköterskeutbildningen har reformerats flertalet gånger [4]. Viktiga milstolpar i yrkets utveckling är bl.a. 1958 då lagen om legitimation för sjuksköterskor kom, 1977 då sjuksköterskeutbildningen och dess vidareutbildningar blev högskoleutbildning, 1993 års utbildningsreform samt 1994 då distriktssköterskor fick rätt att förskriva vissa läkemedel.

Statens distriktssköterskeskola upphörde den 1 juli 1969, då SOU 1966:73 och senare även prop 1968:66 trädde i kraft, vilket bl.a. innebär att all vidareutbildning skulle bedrivas av landstingen och de landstingsfria städerna [22, 23]. Vidareutbildningen överfördes då istället till landstingens vårdhögskolor med Skolöverstyrelsen som tillsynsmyndighet. Flera landsting startade då egna vidareutbildningar till distriktssköterska.

Under 1960-talet gjordes stora förändringar för att anpassa utbildningen till en växande vårdsektor med sjuksköterskebrist. För att snabbare få ut nya sjuksköterskor i vården förkortades från och med 1967 utbildningen till fem terminer med möjlighet till specialisering genom vidareutbildning efter examen. 1982 kom nästa utbildningsreform som innebar att sjuksköterskeutbildningen kortades ytterligare, till en 2-årig utbildning, men var då istället en påbyggnad på gymnasieskolans vårdlinje (även nu med möjlighet till vidareutbildning/specialisering efter examen).

Men sedan vände det. 1993 års utbildningsreform blev ett trendbrott på flera punkter och innebar en tydlig akademisering av utbildningen. Sjuksköterskeutbildningen blev återigen 3-årig och ledde nu till både yrkesexamen och kandidatexamen, vilket innebar att man efter utbildningen även blev behörig till forskarutbildning. Vetenskapliga kunskaper värderades nu högt inom utbildningen. Man insåg ganska snabbt att en akademisering av sjuksköterskeutbildningen skulle ge både en bättre kunskapsbas och status för yrket. Det började med två pionjärer; Ulla Qvarnström som den första sjuksköterskan i Sverige som disputerade vid Stockholms universitet, och strax därefter Astrid Norberg vid Lunds universitet. Båda disputerade 1978 i ämnet pedagogik då sjuksköterskekåren ännu inte hade något eget forskarutbildningsämne. Astrid Norberg blev senare den första sjuksköterskan som blev utnämnd till professor i Sverige. Därefter, från 1990-talet och framåt, tog forskarutbildningen och forskningen ordentlig fart. Fler och fler sjuksköterskor disputerade och gjorde akademisk karriär. Hur många distriktssköterskor som idag är disputerade i Sverige är dock oklart, men ett försök till inventering pågår. Det är även oklart hur många som senare även utnämnts till docent respektive professor.

Utbildningen till distriktssköterska har varit ettårig ända sedan den startade 1920, och var så fram till dess att distriktssköterskor fick förskrivningsrätt av läkemedel och ”förskrivningsrättskursen” integrerades i utbildningen. Redan 1978 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en försöksverksamhet gällande distriktssköterskors förskrivningsrätt av vissa läkemedel [15]. Trots att utredningen skulle hanteras skyndsamt tog det sex år innan arbetsgruppen var klar med sitt arbete. Socialstyrelsen ansåg då att sådana försöksverksamhet inte borde inledas. Argumenten var bland annat att kostnaden för utbildning av distriktssköterskorna skulle överträffa den vinst man kunde göra genom att ersätta läkarbesök med ett besök hos distriktssköterska. Sveriges läkarförbund stödde Socialstyrelsen i sitt yttrande. Man ansåg att det i så fall var bättre att göra fler läkemedel receptfria än att låta distriktssköterskor få förskrivningsrätt. Misstroendet från läkarnas sida var stort och många missrydande uttalanden gjordes. Att sjukskriva och skriva recept upplevdes dessutom av läkarna som en myndighetsutövning, en möjlighet till makt och kontroll de inte ville bli av med. Men 1985 fick Social-

styrelsen återigen uppdraget av regeringen att utreda förutsättningarna och formerna för distriktssköterskornas förskrivningsrätt [24]. Denna gång påbörjades en försöksverksamhet med att ge 37 distriktssköterskor förskrivningsrätt av 36 läkemedel, varav 14 var receptbelagda [25]. Arbetsgruppen ansåg att fyra veckors extra utbildning skulle krävas. Utvärderingen av försöket visade på god medicinsk säkerhet och kvalitet, och förordade att distriktssköterskorna skulle få förskrivningsrätt. År 1994 fick distriktssköterskor förskrivningsrätt för vissa läkemedel, och kravet var distriktssköterskeutbildning samt ytterligare påbyggnadsutbildning i farmakologi och sjukdomslära [26]. Fortfarande var det en del kritiska röster som hördes, främst från läkarna. Dessa avklingade ganska snart då det visade sig att farhågorna inte besannades [27]. Hösten 2001 utvidgades förskrivningsrätten till fler sjuksköterskor [28].

### **Dagens distriktssköterska med rötter i historien**

Mycket har hänt genom åren och såväl utbildningen som distriktssköterskans yrkesroll och kompetens har förändrats. Distriktssköterskeyrket har alltid varit självständigt och krävt ett brett yrkeskunnande, och ofta har man talat om kunskap som omfattat människors hälsa ”från vaggan till graven”. Detta gäller än idag för såväl distriktssköterskeyrket som utbildningen, men i vilken utsträckning arbetsuppgifterna inkluderar hela spektrat beror på vilken arbetsplats man väljer. Självständigheten i yrkesrollen har alltid funnits, även om man numera samarbetar mer med olika yrkesgrupper jämfört med vid yrkets begynnelse. En anledning till detta kan nog vara etableringen av vårdcentralerna, med deras olika yrkesgrupper. Områdesansvaret var redan från början grunden för distriktssköterskans verksamhet och fanns med länge, men har delvis försvunnit genom ädelreformen i början av 1990-talet. I dagsläget finns egentligen bara ett explicit områdesansvar kvar för distriktssköterskor, och det är inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Idag är distriktssköterska en skyddad yrkestitel för en specialistutbildad sjuksköterska som främst tjänstgör inom primärvård (inkl. barnhälsovård), kommunal hälso- och sjukvård eller skolhälsovård. De flesta distriktssköterskor har även förskrivningsrätt på läkemedel och kostnadsfria förbrukningsartiklar för t.ex. diabetes, inkontinens, stomi, sårvård samt ordinationsrätt för vaccinationer. Distriktsskö-

terskeutbildningen är en akademisk yrkesutbildning som påbyggnad efter erhållen legitimation som sjuksköterska samt yrkesverksamhet som sjuksköterska. Efter distriktssköterskeexamen finns även möjlighet att studera vidare på forskarutbildningsnivå för att erlagga licentiat- eller doktorexamen.

## Källor & referenser

1. Knapp Gaaserud, M. *Den osynliga omvårdnaden. Sjukbusskötsel – sjukvård, dess utveckling under 1860- 1910- och 1940-talen.* [FoU-rapport 35]. Vårdförbundet & SHSTF, Stockholm, 1991.
2. Holmdahl, B. *Sjuksköterskans historia. Från siukvakterska till omvårdnadsdoktor.* Stockholm, Liber, 1994.
3. Erlöv, I. Petersson, K. *Från kall till akademi – ideologiska förändringar i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet.* Lund. Studentlitteratur, 1998.
4. SCB. *Elever i skolor för yrkesutbildning 1844–1970.* Promemorior från SCB 184:2. Serien: Historisk statistik för Sverige. Stockholm, 1984.
5. Bergstrand, H. ”Läkarekåren och provinsialläkarväsendet”. I Kock, W. (red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962.* AB Nordiska Bokhandelns förlag, Stockholm, 1963, sid 107–157.
6. Dillner, E. ”Sjuksköterskeväsendet”. I Kock, W. (red.) *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962.* AB Nordiska Bokhandelns förlag, Stockholm, 1963, sid 618–644.
7. Betänkande angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden. Civildepartementet, Stockholm, 22 december 1916.
8. SFS 1920: 233. Kungl. Maj:ts kungörelse med bestämmelser angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer. Socialdepartementet, Stockholm, 30 april 1920.
9. SFS 1920:235 Kungl. Maj:ts instruktion för inspektrisen över sjuksköterskeväsendet. Socialdepartementet, Stockholm, 1920.
10. SFS 1920:813. Kungl. reglemente för statens skola för utbildning av distriktssköterskor. Socialdepartementet, Stockholm, 10 december 1920.
11. Årsberättelser över verksamheten vid Statens distriktssköterskeskola. Medicinalstyrelsens arkiv, sjukhusbyrån, sjuksköterskeavdelningen. Volym 1: 1921–1950.
12. SFS 1920:814. Kungl. Maj:ts kungörelse ang stipendier för elever vid statens skola för utbildning av distriktssköterskor. Stockholm, 10 december 1920.
13. SFS 1920: 234. Kungl. Maj:ts kungörelse ang statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor. Socialdepartementet, Stockholm, 30 april 1920.

14. Normalinstruktion för distriktssköterskeväsendet. Socialdepartementet, Stockholm, 1927.
15. Emanuelsson, A. Wendt, R. *I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan*. [FoU-rapport 43]. Vårdförbundet & SHSTF, Stockholm, 1994.
16. SFS 1935:430. Kungl. Maj:ts stadga för statens distriktssköterskeskola. Socialdepartementet, Stockholm, 1935.
17. SFS 1938:329. Kungl. Maj:ts stadga för statens distriktssköterskeskola. Socialdepartementet, Stockholm, 1938.
18. SFS 1935: 428 Kungl. Maj:ts stadga angående statsbidrag till distriktsvård. Socialdepartementet, Stockholm, 1935.
19. SOU 1948:17. *Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal*. Inrikesdepartementet, Stockholm, 1948.
20. *Hälso- och sjukvård inför 80-talet*. Socialstyrelsen, Stockholm, 1968.
21. Socialstyrelsen. Ädelreformen Slutrapport 1996:2. Stockholm, 1996.
22. SOU 1966:73. *Betänkande av 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen. III. Vidareutbildning*. Ecklesiastikdepartementet, Stockholm, 1966.
23. Prop. 1968:66 Regeringens proposition angående vidareutbildning av sjuksköterskor m.m. Stockholm, 1968.
24. Rapport av regeringens uppdrag 1985-04-25 åt Socialstyrelsen att genomföra ett försök för distriktssköterskor att förskriva vissa läkemedel. Planering, genomförande och utvärdering.
25. Johnson, K. ”Försök i Jämtland. Förskrivningsrätt till distriktssköterskor”. *Läkartidningen*, 1988; 85: 1114–1115.
26. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1994:11) Rätt för sjuksköterskor i öppen hälso- och sjukvård att förskriva vissa läkemedel.
27. Carlsten, A. Bergendal, L. Wennberg, M. ”Farhågorna var obefogade.” *Läkartidningen*, 1996; 93: 4460–4462.
28. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.