



# LUND UNIVERSITY

## S:ta Maria sjukhus

### Historien om ett statligt sinnessjukhus i Helsingborg

Jönsson, Lars-Eric

1991

*Document Version:*

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Jönsson, L.-E. (1991). *S:ta Maria sjukhus: Historien om ett statligt sinnessjukhus i Helsingborg*. Helsingborgs sjukvårdsdistrikt.

*Total number of authors:*

1

*Creative Commons License:*

Ospecificerad

#### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

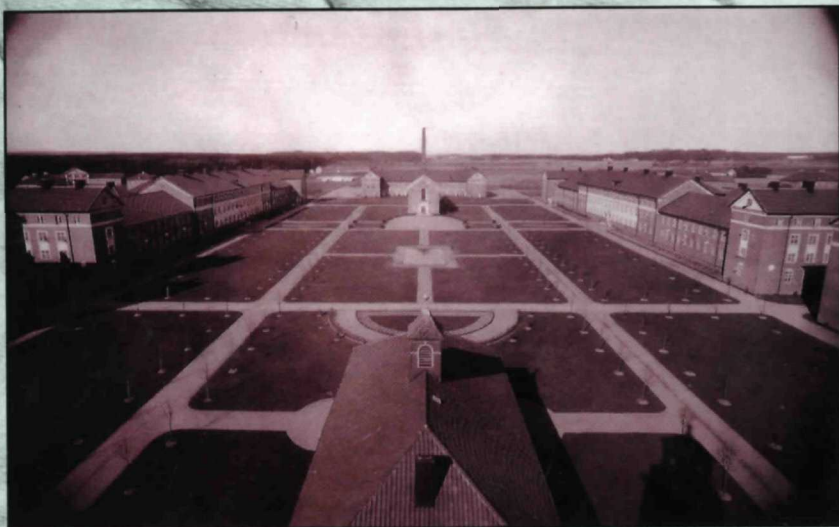
#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# S:ta Maria sjukhus



Historien om ett statligt sinnessjukhus  
i Helsingborg

Lars-Eric Jönsson



© 1991 Lars-Eric Jönsson och Helsingborgs sjukvårdsdistrikt  
Grafisk formgivning: Anders Suneson/Bildgruppen Flugan  
Andra tryckningen  
Bohusläningens Boktryckeri AB, Uddevalla 1992.

# INNEHÅLL

## FÖRORD 4

## INLEDNING 5

### DET STORA HOSPITALET 10

*Ett växande vårdbehov – bakgrund 10*

*Utredning, tillkomst, bygge 12*

*Invigning 1927 15*

*En totalmiljö 17*

*Statens arkitektur 24*

*Rummet som terapeutiskt instrument 27*

### I bruk 32

*De första patienterna 32*

*Att bli intagen 33*

*På avdelningen 34*

*Kuylenstjerska villan 40*

### Vård och behandling, arbete och medicinering 41

*Sjukdomstillstånden 41*

*Sysselsättning som uppfostran och självtukt 42*

*En organism i obalans 49*

*Bad, narkotika och skyddsmedel 57*

### Att arbeta och bo på sjukhuset 58

*En rörlig yrkeskår 58*

*Reglemente, ordning och disciplin 61*

*Sjukhuset som bostad 63*

*En organiserad personal 64*

### Administration och försörjning 68

### 1940-talet – kritik, kristider och stagnation 72

### Att tas om hand – två liv i sjukhusets hägn 75

*På halvlugn avdelning 76*

*Den behandlingsresistente 79*

*En omhändertagande vård 85*

### SINNESSJUKVÅRDEN – ETT MISSLYCKANDE? 88

### Nya behandlingar 90

*Ett medicinskt genombrott 90*

*Socioterapi och sysselsättning 93*

*Beprövade terapier 98*

### De små stegen 99

*Disciplin i långsam upplösning 99*

*Kallvatten, överbeläggning och tillfälliga lösningar 100*

*En neutral arkitektur 102*

*"en frisk fläkt utifrån livet" 104*

### Två patientöden 106

*Ordination med tillförsikt 107*

*Ett liv på anstalt 109*

*Medicinering och socioterapi 111*

### MOT EN DECENTRALISERAD PSYKIATRISK VÅRD 113

*Upprustning och avveckling 115*

*Att rensa luften och stå i köket 119*

*Farväl till Gadelius 120*

*Den nya patienten 122*

### Hemma och på sjukhus. Två patienter 123

*Ett återfall 123*

*Att leva normalt med medicin 126*

### PSYKIATRI UTAN S:TA MARIA 130

*Tid för omprövning? 131*

### KÄLLOR 136

### BILAGA 143

## FÖRORD

1917 beslöt riksdagen att ett hospital för sinnessjuka och svårskötta obildbara sinnesslöa skulle byggas i Helsingborg. 1927 invigdes S:ta Maria sjukhus eller Hälsingborgs hospital som det då benämndes. 1987 beslöt Malmöhus läns landsting att planeringen för S:ta Maria sjukhus skulle inriktas på att den psykiatriska vården skall flytta ut senast 1992. Detta är S:ta Maria sjukhus historia i sammanfattning.

Sjukhuset, dess patienter och personal är värda att denna ram fyllas av en gedigen beskrivning. Gudmund Schultz föreslog därför i en motion i augusti 1988 att landstinget skulle föranstalta om en grundlig dokumentering av verksamheten vid S:ta Maria sjukhus. Landstinget uppdrog därefter åt direktionen för Helsingborgs sjukvårdsdistrikt att dokumentera verksamheten.

Inom sjukvårdsdistriktet bildades en arbetsgrupp med uppdrag att färdigställa dokumentationen. I gruppen har ingått direktionsledamöterna Inga-Britt Pålsson och Gudmund Schultz, avdelningschefen Jan-Ingvar Persson, förre intendenten Bertil Ullmark, förre översköterskan Erik Almkvist och förre överläkaren Axel Varenius. Axel Varenius avled under våren 1990 och efterträddes i gruppen av överläkaren Lars Nordgren. Som författare engagerades fil kand Lars-Eric Jönsson.

Under arbetets gång har flera personer engagerats på olika sätt. Lars-Eric Jönsson har t.ex. genomfört flera intervjuer. Utan att nämna några namn vill arbetsgruppen tacka alla som på ett eller annat sätt medverkat i framtagandet av denna skrift.

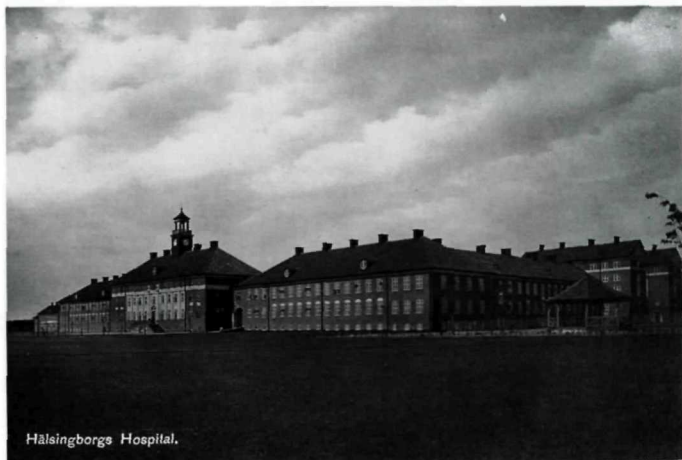
Helsingborg i maj 1991

*Inga-Britt Pålsson, Gudmund Schultz, Jan-Ingvar Persson,  
Bertil Ullmark, Erik Almkvist, Lars Nordgren.*

## INLEDNING

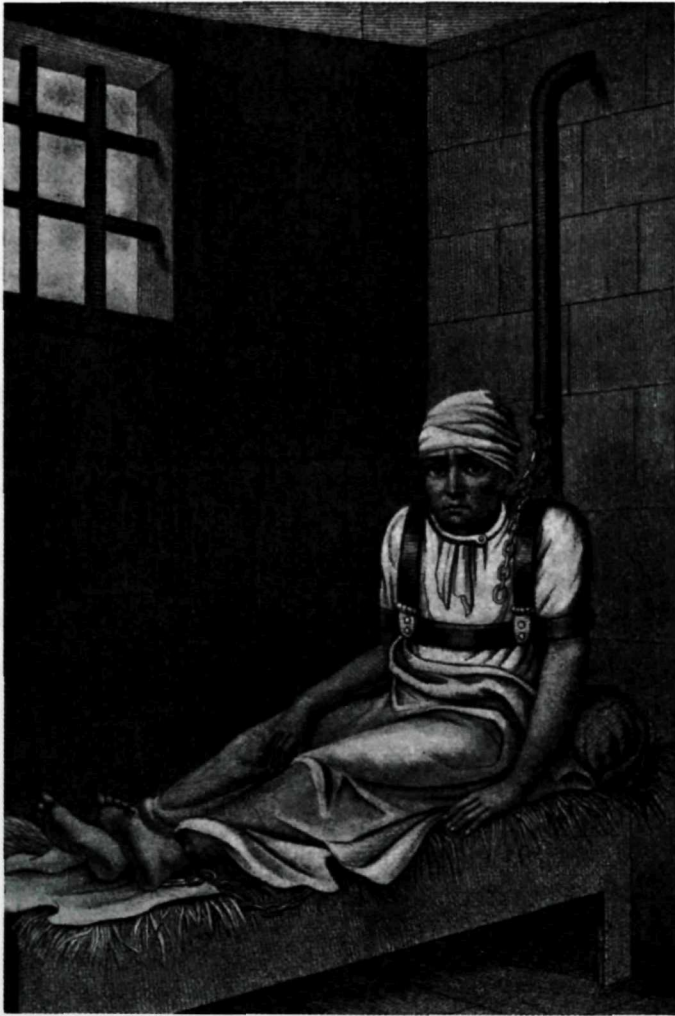
I flera intervjuer som gjordes inför denna bok berättades om hur människor från Helsingborg åkte upp till S:ta Maria för att beskåda sjukhusets patienter, eller som man kanske sa "titta på galningarna uppe på Sankta." Ett sådant beteende tycks ha varit vanligt bland vissa människor utanför sjukhuset och är en del av en månghundraårig tradition med den gemensamma nämnaren att uppvisa onormala människor inför publik.

För oss utanför sjukhusets värld är det inte svårt att förstå den hisnande lockelsen av det onormala, av det sjuka som inte är begripligt. Förundran inför de psykiska sjukdomarna återspeglas också i psykiatris historia om försöken till vård och behandling. Kyrkan hade under lång tid behandling av sinnessjuka inom sina domäner, en behandling knuten till besatthet och magi, Guds straff och frälsning. Det var först under 1800-talet som man



Helsingborgs Hospital.





*Förvaring och inlåsning av de sjuka var ett av de inslag i äldre tiders vårdformer som man i den moderna sinnessjukvården försökte lämna bakom sig. Ur Gadelius 1913.*

började anlägga ett medicinskt synsätt på de tillstånd som definierades som psykiskt onormala. Under 1800-talet formulerades dessutom nya krav på ett riktigt utformat hospital. Den från staden avskilda placeringen, det friska och sunda läget var viktiga kvaliteter i det moderna hospitalet, likaså den omgivande parken och områdena för odling till hospitalets drift. Det första hospitalet, utformat enbart efter de nya medicinska kraven blev Stockholms hospital invigt 1861.<sup>1</sup> Att samla psykiskt sjuka människor på en och samma plats hade sedan en mycket lång tid tillbaka ingått i omhändertagandet av de sjuka. Denna tradition kom också S:ta Maria sjukhus att bli en del i. Ännu idag 1991, innebär resan från staden till sjukhuset en färd över ett stycke landsbygd, över obebyggd åkermark.

Liksom behandlingen av somatiska sjukdomar skiftat, har den medicinska behandlingen av psykiska sjukdomar förändrats dramatiskt under de sista hundra åren. Det medicinska synsättet på behandling av de sjuka gav målsättningen att vistelsen på hospitalen skulle resultera i att patienten åter skulle kunna leva ute i samhället. Att förväntningarna till stor del kom på skam vet vi, men den optimistiska målsättningen blev inledningen till en alltmer intensifierad behandling. Sedan länge hade de intagna satts i arbete för att bidra till sjukhusets drift. Men nu inleddes också medicinska behandlingar av olika slag. Med kurer grundade på teorier om autointoxikation framkallades feber och kräkningar. Andra behandlingar innebar att patienten smörjdes in med hudretande medel. Vattenbehandling i terapeutiskt syfte tillämpades i form av dusch och bad. Ett mer spektakulärt behandlingsinstrument som ofta nämns i psykiatrins historia var svängstolen. Den användes i endast begränsad omfattning i Sverige under 1800-talet första hälft.

Trots en gryende behandlingsoptimism var regelrätt

förvaring av de sjuka den vanligaste formen av omhändertagande. Många psykiskt sjuka levde dessutom sina liv på andra typer av anstalter, inte minst fattighus och fängelser. Framförallt kan vi räkna med att flertalet psykiskt sjuka levde ute i samhället på godtyckliga villkor formulerade av mer lyckligt lottade människor som kunde och ville förbärra sig över dem. Samtidigt som vi idag har lätt för att betrakta de stora sinnessjukhusen som ett uttryck för en auktoritär och kontrollerande människosyn är det inte svårt att se dessa stora sjukhus som ett steg framåt. Med den drygt hundraåriga utbyggnaden av den psykiatriska vården gavs – med en symbolisk början 1861 i Stockholms hospital – möjlighet att sortera ut de sinnessjuka från andra vårdinstitutioner och överföra dem till de nya, stora anstalterna. Många sjuka fick dessutom möjlighet att lämna mycket svåra hemförhållanden.

Då var lösenorden centralisering, avskiljande och differentiering. På samma sätt som man under senare år framhållit att mentalsjukhusen har en skadlig inverkan på patienterna, anfördes redan på 1820-talet att hospitalsmiljön i sig, den välordnade anstalten, var det främsta medlet för hälsans återfinnande.

I processen mot ett system av stora statliga anstalter ligger också en strävan mot ett åtskiljande av olika vårdfunktioner. De nya hospitalen var enkom avsedda för sinnessjuka människor. För annan typ av vård byggdes andra sjukhus. En sådan uppdelning präglar också andra offentliga, borgerliga institutioner. Omsorg, utbildning, offentlig administration är funktioner som fick sin egen arkitektur, ett eget fysiskt uttryck. Varje funktion gavs en särskild form som skulle associera till den speciella verksamheten. I staden togs nya, perifera områden i besittning. De gamla befästningsvallarna förvandlades i många städer till grönområden, glest bebyggda med den moderna stadens offentliga byggnader. Det är inte minst

tydligt i Helsingborg där vi i anslutning till 1600-talets gamla bastioner hittar större delen av stadens vårdinstitutioner, men också skolor och byggnader för stadens tekniska försörjning. Här återfanns också det kommunala hospitalet, uppfört 1909. Många av dessa byggnader från sekelskiftet är idag rivna. Men flera funktioner finns kvar, tydligast manifesterade i den nya lasaretsbyggnaden.

Fram träder en bild av den psykiatriska vårdens historia som inte endast betingas av sin medicinska historia. Om sorgen om de sjuka kan också sägas avspegla det omgivande samhället. Så kan den psykiatriska vården ses, inte bara som sin egen historia, utan också som ett slags koncentrat av värderingar, samhällsmoral och människosyn.

De följande bladen ur S:ta Maria sjukhus historia har inte som syfte att servera sjukhusets fullständiga berättelse. Några känner säkert inte igen sig, någon kanske gör det, men för oss som stod utanför kan berättelsen kanske ge en större förståelse för dem som befann sig innanför, för deras liv och arbete.



# DET STORA HOSPITALET

## *Ett växande vårdbehov – bakgrund*

De svenska sinnessjukhusens historia är en expansiv historia av ett stadigt växande antal patienter och en därmed förknippad platsbrist. Under de stora sinnessjukhusens århundrade mellan 1860 och 1960 utökades kapaciteten fram till början av 1960-talet då utskrivningarna och därmed omsättningen på patienterna hade ökat främst tack vare medicinering med psykofarmaka. Expansionen ställer flera frågor, varav den mest grundläggande måste vara vad som var orsaken till att alltfler människor ansågs vara i behov av vård.

S:ta Maria sjukhus, eller Hälsingborgs hospital som det ursprungligen kallades, är en av de stora statsanstalterna som byggdes för att tillfredställa det vårdbehov som i växande grad infunnit sig och definierats. År 1900 var 4.602 personer intagna på hospital i Sverige. 1930, dvs. tre år efter invigningen av Hälsingborgs hospital hade siffran stigit till 15.861. Trots det kan man säga att invigningen av Hälsingborgs hospital bara var början på den intensiva utbyggnadsperiod som skulle följa på 30-talet.

Det är svårt att förstå orsakerna till denna kapacitetsökning. Blev svenska folket vansinnigare? Eller utvidgade sinnessjukvården sina domäner till allt fler och lindrigare sjukdomstillstånd? Det är frågor väl värda att fundera över, men svåra att svara på. Också under de stora expansionsåren gjordes försök att klarlägga orsakerna till den expanderande sinnessjukvården. En av dem som hade funderat på frågorna var Viktor Wigert, ledande psykiatriker på 20-talet, professor och överläkare på Lunds hospital (sedermera S:t Lars sjukhus).

I sin bok *Psykiska sjukdomstillstånd 1–2* förde Wigert ett

resonemang kring samhället och sinnessjukvården som belyser de tankegångar av vilka tillkomsten av Hälsingborgs hospital bör ses som ett resultat. Wigerts bok fungerade länge som lärobok för skötarpersonalen på de svenska hospitalen. Här finns med andra ord flera ledtrådar till hur man på 20-talet ansåg att den praktiska vården skulle bedrivas.

Wigert konstaterade att psykiatrin var stadd i stadig expansion. Man undrade ju varför. Wigert försökte med en koppling mellan det ökande antalet sjuka och den "stigande" kulturen. I Sverige hade antalet vårdade på sinnessjukanstalter ökat från 1.100 1862 till 12.100 1922. Antalet vårdade hade med andra ord tiodubblats medan landets totala folkmängd endast hade ökat med 50 %, från fyra till sex miljoner människor. Wigert angav som en förklaring att det moderna samhället skapade behov av en mer genomgripande vård. Människor som förr klarade sig ute i samhället med mindre allvarliga psykiska åkommor, hade numera blivit mer utsatta. *"Den stigande konkurrensen, de växande fordringarna på den enskildes arbetsprestationer, trängseln på alla arbetsområden omöjliggöra för de sjuka att skaffa sig ens en nödtorftig utkomst."* Marginalerna var mindre i det moderna samhället. Och den sinnessjuka ansågs särskilt utsatt, vilket underströks av att de anhöriga hade allt svårare att omhänderta den sjuke i hemmet. Vården gavs ur denna synvinkel en grundläggande omhändertagande funktion. Wigert menade att institutionsvården tog hand om allt lindrigare fall, *"som man förr skulle hava låtit segla under 'nerosjukdomens' flagg"*. Han påpekade dessutom att sjukvården numera också belastades av *"det ökade kravet på samhällelig ordning."* Originalens tid var förbi och hade lyfts bort från gatorna. *"Vi tillåter inte 'Kalle Vänster' driva omkring på gatorna som förr och grimasera folk i ansiktet"*.

Till detta kunde möjligen räknas, menade Wigert, att det moderna samhällets prestationskrav hade nått grän-

sen för vad hjärnan klarade av. Visserligen kunde inga bevis presenteras för att så var fallet. Men, ansåg Wigert, det var tydligt att de moderna kraven framhävde vissa sjukdomsytringar.

Sinnessjukvården var kort sagt expansiv. Inte bara utifrån behov och det faktiska antalet vårdplatser. Fältet för vad som ansågs kunna inordnas under begreppet sinnessjukdom utvidgades.

Breddningen av psykiatrins domäner kom under 30-talet att samlas i begreppet mentalhygien. Den psykiatriska aspekten borde genomsyra fler sektorer av samhällsbygget än bara sinnessjukvården. Folkhemmets mentala hälsa var nog så viktig som dess somatiska. Vård borde också bedrivas med psykiatrisk-profylaktiska förtecken. En annan viktig del i mentalhygienens var möjligheterna att begränsa vissa befolkningskategoriers rätt att föröka sig. Målsättningen var att säkerställa kvaliteten på det s.k. folkmaterialiet. Tillsammans med sinnesslöa och återfallsförbrytare var de sinnessjuka en sådan självklar grupp. Och sinnessjukhuset var i denna kamp för folkförbättringen "*ett oerhört skarpt vapen*".<sup>2</sup> Denna del av mentalhygien byggde på arvsbiologiska forskningsrön, inte minst från det 1921 inrättade Rasbiologiska institutet.<sup>3</sup> I kampen mot degenereringen gavs fr.o.m. 1933 dessutom långtgående lagstadgade möjligheter till tvångssterilisering, en möjlighet som välkomnades ivrigt såväl av Rasbiologiska institutet som Svenska Läkaresällskapet: "*Det ligger i öppen dager, säger sällskapet, att den rasförbättrande verksamheten skulle bli så mycket mindre vid endast frivilliga ingrepp.*"<sup>4</sup>

#### *Utredning, tillkomst, bygge*

Det tilltagande antalet människor som bedömdes vara i behov av psykiatrisk vård var orsaken till en konstant

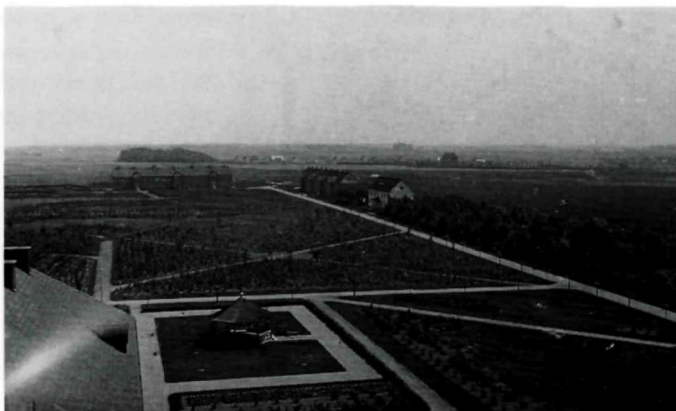


*Patienternas utearbete innebar de första åren anläggning av park och trädgård. Foto från 1927 då kyrkan ännu ej var färdig och borggårdens planteringar i färd att anläggas. Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*

överbeläggning som varade ända in på 1960-talet. Fram till dess hann Kungliga Medicinalstyrelsen lägga fram flera utbyggnadsprogram med avsikt att bereda de sjuka plats. Och platsen var de stora statsanstalterna, de så kallade rikshospitalen.

Medicinalstyrelsen hade under åren 1912–14 låtit utreda behovet av, och möjligheterna till byggandet av ett nytt hospital för 800 patienter i södra Sverige. Man föreslog Hälsingborg som en lämplig plats för sjukhuset. Medicinalstyrelsens utredning fick till resultat att en riksdagsproposition (#266) ställdes 1917 utifrån vilken riksdagen beslutade att bygga ett hospital för 1.200 sinnessjuka och 200 "svårskötta obildbara sinnesslöa". Hospitalet avsågs byggas efter ritningar utförda 1917 av arkitekten Carl Westman och budgeterades till 9.700.000 kronor. Hälsingborgs stad skänkte 78 hektar mark till Medicinalstyrelsen. Godset Kulla Gunnarstorp donerade 15 hektar skogsmark. Till detta lades 8,1 hektar som för





*Avståndet mellan staden och sjukhuset är fortfarande 1991 påtagligt. Vintern 1936, då bilden är tagen, kändes kanske avståndet än längre då man med spårvagnen faktiskt måste passera en bred remsa av ren landsbygd för att ta sig till sinnessjukhuset. Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*

23.000 kronor köptes från den angränsande gården Pilshult.

Det nya hospitalets lokalprogram utformades av överläkaren på Strängnäs hospital, Einar Lauritzen. Lauritzen hade tidigare anlitats av Medicinalstyrelsen för en utredning av den mest lämpliga storleken på "statsanstalt för sinnessjuka". 1917 hade Lauritzen åkt på studiereja i Europa och bland annat konstaterat att den tyska sakkunskapen förordade ca 800 platser som den mest ekonomiskt effektiva storleken på anstalten. Men Lauritzen noterade även att allt fler anstalter i Europa med början efter sekelskiftet byggdes med upp till 2.000 platser. Lauritzen menade att 1.600 platser borde betraktas som ett högsta antal. För den nya hälsingborgsanstalten förordade han 800 platser. Det lägre platsantalet motiverades bland annat av att upptagningsområdet annars skulle bli alltför stort och transportkrävande.<sup>5</sup>

Byggnadsarbetet på det nya hospitalet pågick under större delen av 20-talet. Staden hade åtagit sig att göra nödvändiga ledningsdragningar fram till sjukhuset samt att anlägga vägbana från staden till sjukhusområdet. En rad entreprenörer anlätades. Skånska cementgjuteriet utförde de mest omfattande arbetena som byggnadsstommar och avloppsledningar. Arméns kasernbyggnadsnämnd gjorde grundläggningsarbetena. Byggnadsfirman Otto Ohlsson byggde bostadshusen och flera paviljonger. Sjukhusbyggnader byggdes också av firman Anders J. Ahlström. Upphandlingen av byggtreprenader, men också av inredning och allt annat som behövdes för driften av sjukhuset, var en mycket omfattande uppgift för sjukhusdirektionen.<sup>6</sup> Direktionsprotokollen från den här tiden är fulla av prisuppgifter från olika företag, leveranskontrakt, besiktningsprotokoll och konstruktionsbeskrivningar. Självklart försökte man pressa priserna på alla tänkbara sätt. Möblerna, ritade av arkitekten V. E. Rieger, levererades från Fångvårdsstyrelsens anstalter. Lakan, handdukar, skjortor, strumpor och andra textilier köptes billigast från andra statliga hospital som Vadstena, Kristinehamn och Nyköping.

S:ta Maria kom att bli ett av de allra största statliga hospitalen i riket. Vid starten 1927 var det bara Uppsala och Lunds hospital och asyl som hade fler platser. Under sin mest överbelagda period under 50-talet hyste S:ta Maria flest patienter av de statliga mentalsjukhusen.<sup>7</sup>

### *Invi gning 1927*

Sjukhuset stod klart 1927 och invigdes den 24/9 sedan "*Planeringsarbetena med den blivande parken hava bedrivits med all kraft, och områdena omkring sjukhuspaviljongerna hava i det närmaste iordningställt och planerats.*"<sup>8</sup> Kvar att färdigställa var hösten 1927 epidemi- och tuberkulospavil-



*En återkommande inredningsdetalj på avdelningarna under sjukhusets första decennier var de stora palmerna. Här står palmen på en piedestal på en övervakningssal med tio platser. Notera också de tätt ställda sängarna och den standardmässiga inredningen av sängbord och dukar. Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*

jongerna samt kyrkan vars inredningsarbeten ännu återstod. Dessa byggnader rapporterades vara klara och invigda 1928.<sup>9</sup>

Hälsingborgs hospital var ett modernt hospital. Helsingborgs Dagblads reporter rapporterade från invigningen att sjukhuset gav ett "intryck av en betydligt friare inrättning än hospital av den äldre typen. Detta innebär en väsentlig förändring, men helt naturligt har man icke släppt efter mer än tillbörligt på de band, som utgöra garanti för god ordning och allmän säkerhet."<sup>10</sup> Även interiören gjorde starkt intryck på den församlade pressen: "Från högste chefen och sedan hela funktionärsstaben ned synes man vara besjälad av en stark känsla att på allt sätt sprida glädje i salar och rum, där skyddslingarna vistas och bo, så att deras dag icke skall te sig lång och tung."<sup>11</sup> Hemtrevnaden i salar och rum ansågs slående, men också hospitalets likheter med ett somatiskt sjukhus: "Som på ett vanligt sjukhus – det intrycket slår besökaren vid vandring på ett modernt hospital."<sup>12</sup>

### *En totalmiljö*

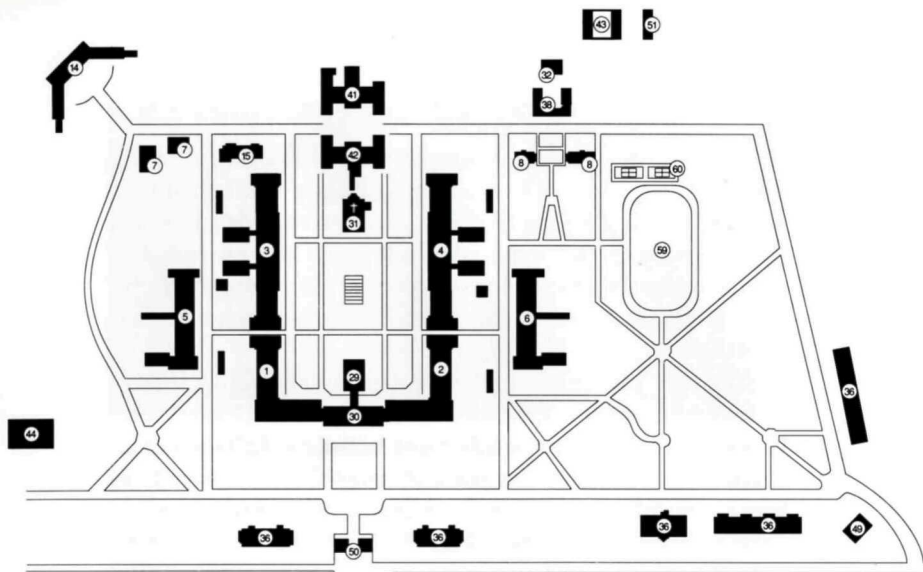
Besökaren på det nyinvigda sjukhuset skulle finna sig själva i en av de mest konsekvent utförda arkitektoniska totalmiljöerna i södra Sverige. Parken var förstas ännu inte uppvuxen. Alléerna påminde mest om en rad omsorgsfullt utplacerade blomsterpinnar. Men byggnaderna stod däremot högresta mot det flacka landskapets omgivning.

Arkitekt till Hälsingborgs hospital var Medicinalstyrelsens dåvarande chefsarkitekt Carl Westman (1866–1936). Westman var en av sin tids mest betydelsefulla svenska arkitekter. Tillsammans med Ragnar Östberg och Lars Israël Wahlman tillhörde han de främsta av våra nationalromantiska arkitekter. Förutom en rad villor ritade Westman bland annat Stockholms rådhus och Röhska konstslöjdmuseet i Göteborg. Westman var Medici-



*Den nyplanterade borggården 1927. Bilden är tagen från administrationsbyggnaden. I fonden syns kyrkan och ekonomibygnaderna. Till vänster grupperar sig de kvinnliga vårdavdelningarna med paviljong 3 närmast in mot borggården. Till höger ligger motsvarande manliga vårdavdelningar med paviljong 4 närmast.  
Foto Medicinhistoriska museet.*





### Hälsingborgs hospital. Byggnader och funktioner 1927/28

- |   |  |
|---|--|
| ① Kvinnlig vårdavdelning för lugna patienter      | ③② Obduktionsbyggnad med begravningskapell |
| ② Manlig vårdavdelning för lugna patienter        | ③③ Personalbostäder                        |
| ③ Kvinnlig vårdavdelning för halvroliga patienter | ③④ Måleri- och snickeriverkstad            |
| ④ Manlig vårdavdelning för halvroliga patienter   | ④① Panncentral                             |
| ⑤ Kvinnlig avdelning för oroliga patienter        | ④② Kök, personalmatsal, tvätt och förråd   |
| ⑥ Manlig avdelning för oroliga patienter          | ④③ Ekonomibyggnader                        |
| ⑦ Öppendörr-paviljong för kvinnliga patienter     | ④④ Överläkarvilla                          |
| ⑧ Öppendörr-paviljong för manliga patienter       | ④⑤ Vaktuga med bostad                      |
| ⑩ Tuberkulosavdelning                             | ④⑥ Vaktugor, personalbostad                |
| ⑪ Epidemiavdelning                                | ⑤① Trädgårdsmåstarbostad                   |
| ⑫ Festsal   | ⑤② Idrottsplats                            |
| ⑬ Administrationsbyggnad med personalbostäder     | ⑥① Tennisbanor                             |
| ⑭ Kyrka   |  |

nalstyrelsens chefsarkitekt 1916–34 och kom att arbeta med utformningen av fem sinnessjukhus i landet. Det första, hospitalet i Strängnäs, övertog han av sin föregångare Gustav Wickman. Men de tre nästkommande var han ensam ansvarig för – Hälsingborgs Hospital, Beckomberga (1932) samt Umedalen (1934). Det femte, S:t Olofs sjukhus i Visby, överlämnade han till sin efterträdare Hakon Ahlberg.



*Rastgårdarna bildade ett vidsträckt system av stängsel vars höjd varierade beroende på graden av respektive avdelnings orolighet. Vid fotograferingstillfället var parken just anlagd. Utsikt från paviljong 5, kvinnlig avdelning. Foto Olle Olsson.*

Grundelementen i dispositionen av sjukhuset var paviljongerna, enhetligt utformade och grupperade kring en central, avlång gårdsplan. Paviljongsystemet hade utvecklats i Tyskland under 1800-talet och har stora likheter med samtida kasernetablissemang. Vid tiden för anläggandet av Hälsingborgs hospital kan paviljongsystemet egentligen sägas vara föråldrat. Kroppssjukhus byggdes numera som mer kompakta anläggningar med koncentrerade situationsplaner som minimerade transportererna. Westman hade säkert tagit intryck av den nya blockvis uppbyggda sjukhusarkitekturen. Planen för det nya hospitalet koncentrerades i högre grad än vad som tidigare varit vanligt för paviljongsystem. Detta är särskilt tydligt i det slutna byggnadsskicket runt borggården kring vilken avdelningarna för lugna och halvoroliga patienter fanns. Utanför dessa, på var sin flank, låg de fristående paviljongerna 5 och 6 som hyste sjukhusets oroliga avdelningar. Dessa fristående byggnader förbands med

paviljongerna kring borggården via det omfattande kulvertsystem, som fortfarande löper under sjukhuset.

Separering är en nyckel till förståelsen av hospitalet, såväl avseende vård som byggnader. En första sortering av patienterna gjordes i män och kvinnor. Sjukhuset delades i praktiken på mitten med alla kvinnliga avdelningar i väster och manliga i öster. Sjukhuset var organiserat i tre överläkaravdelningar á 400 vårdplatser var. Två avdelningar var avsedda enbart för manliga respektive kvinnliga patienter. Den tredje överläkaravdelningen – MK – bestod till hälften av kvinnliga, till hälften av manliga patienter. Till varje avdelning fanns underavdelningar för oroliga, halvroliga, halvlugna och lugna patienter samt öppendörrpaviljonger. Det ansågs nödvändigt att skilja de olika oroliga avdelningarna åt. Sammanblandning av oroliga och lugna patienter ansågs förkastligt för vården och till hinder för ett eventuellt tillfrisknande.

Sorteringen av patienterna i olika grader av orostillstånd avspeglas i arkitekturen. Liksom sjukhusets syfte var att skilja de sjuka från det omgivande och sjukdomsalstrande samhället, åtskiljdes patienterna sinsemellan inom sjukhusets ramar. Paviljongsystemet hade dessutom den fördelen att man lätt kunde addera nya paviljonger till den befintliga anläggningen. Det är en egenskap som inte bör förbises i denna mycket expansiva period i den svenska sinnessjukvårdens historia.

Kring borggården förlades också flera av de funktioner som krävdes för sjukhusets ekonomiska drift. Utmed norra kanten byggdes panncentralen samt kök, personalmatsal, tvätt- och förrådsbyggnad. Söder härom, en bit in på borggården placerades kyrkan som en pendang till festsalen. Denna förbands med administrationsbyggnaden och kunde dessutom ställas om till gymnastiksal. Till driftsbyggnaderna hör också snickeri- och måleriverkstaden öster om panncentralen. Intill verkstaden låg ett bårhus

med kapell och obduktionslokal.

Administrationsbyggnaden inrymde på bottenvåningen direktionsrum, läkarexpeditioner och kontorslokaler med telefonväxel. På första våningen fanns bostadsrum och matsalar för kontors- och läkarpersonalen. På andra våningen fanns bostäder för förestånderskor och städpersonal. Biblioteket låg i souterrainvåningen tillsammans med arkiv, apotek och ett operationsrum. Här nere fanns dessutom det s.k. kasinot – ett slags klubbrom för personalen.

Utanför borggårdsområdet lades också mindre vårdpaviljonger. I nordöst respektive -väst placerades två öppendörrpaviljonger för "lindrigt sinnessjuka" på vardera kvinns- respektive manssidan (paviljong 7 och 9, resp. 8 och 10). I sjukhusområdets nordvästra hörn lades en tuberkulospaviljong, vars "stora ligghallar äro förbundna med själva huvudbyggnaden. Dessa ligghallar ha ett ypperligt läge och här kan de sjuka, om det vill sig väl, slicka



*Vy mot öppendörrpaviljongerna 8 och 10 (numera 39 och 40), troligen 1927. I fonden syns måleri- och snickeriverkstanen. Bakom denna låg det nu rivna bårhuset med obduktionssal. Foto Medicinhistoriska museet.*





*Paviljong 19 har formen av en sanatoriebyggnad. Frisk och sund luft ansågs vara terapeutiskt verksam mot tuberkulos. Fasaden är vänd mot söder. Fönstren är stora för att frisk luft lätt skulle kunna släppas in på vårdsalarna, vilka dessutom hade sin förlängning i ligghallar, öppna mot söder. Här låg patienterna stora delar av dagen, sommar som vinter, väl påpälsade. Foto Medicinhistoriska museet.*

*solsken hela dagen", rapporterade den fackliga tidskriften Humanitets reporter 1927. Paviljongen var ursprungligen avsedd både för män och kvinnor. Den besvärande tuberkulossituationen på sjukhuset resulterade emellertid i att den intilliggande epidemipaviljongen gjordes om till tbc-paviljong för män.<sup>13</sup>*

De två paviljongerna för 200 sinnesslöa var ursprungligen planerade att förläggas till ett läge strax norr om panncentralen. På de första ritningarna från 1917 finns dessa två vinkelställda paviljonger inritade. I detta förslag är dessutom utformningen av de två paviljongerna 5 och 6 för oroliga patienter annorlunda än det färdiga resultatet. Ända fram till en bit in på 20-talet bildade dessa pa-



*Hälsingborgs hospital 1927. Parken är ännu inte iordningställd. Gångarna är utlagda, men träden har inte kommit på plats. Till vänster syns gaveln på ett av personalbostadshusen. Längst bort ligger överläkarvillan där sjukhuschefen bodde i avskildhet. Foto Olle Olsson.*

viljonger en öppen fyrkant mot öster respektive väster. Gårdsplanen avsågs som inhägnad rastgård för de sjuka.

Förutom de personalbostäder som placerades på de olika avdelningarna, fanns också personalbostäder i särskilda byggnader utmed sjukhusområdets östra och södra periferi. Längst i väster, väl avskilt från vårdavdelningarna, låg överläkarvillan. Denna låg liksom de andra bostadshusen i sjukhusparken, vilken omgav sjukpaviljongerna i öster och väster samt i stråket som avgränsade sjukhusområdet i söder. Parken planterades med upp till 20.000 trädplantor efter ett planteringsprogram skrivet av stadsträdgårdsmästare Landsberg i Helsingborg. Norr om sjukhuset låg hospitalets trädgårdsodlingar med bland annat ett tusental fruktträd.<sup>14</sup> I odlingarnas västra kant hade sjukhusets eget vattenverk byggts.

### *Statens arkitektur*

Utformningen av hospitalet bestämdes i stort redan 1917 då Carl Westman presenterade sitt första förslag. 1910-talet var den svenska nationalromantiska arkitekturens stora decennium. Arkitekterna gjorde gärna tillbakablickar i den svenska arkitekturhistorien, lånade ornament och former, men försökte främst ge den nya arkitekturen en historicerande "karaktär".

Det kan tyckas att Westmans utformning av Hälsingborgs hospital mer hör hemma i 20-talets nyklassiska arkitekturideal än i 10-talets nationalromantiska. Men byggnaderna har också tydliga referenser till den storsvenska tiden under 16- och början av 1700-talet. Fasadernas kraftiga pilastrar<sup>15</sup>, de tunga, allvarsamma men samtidigt enkelt utformade murytorna är besläktade med de två generationerna Tessins sena 1600-talsarkitektur. Anknypningen till barockens arkitektur finns också i situationsplanen. Den franska barockparken har flera kännetecken som Westman lät överföra till sjukhusparken i Hälsingborg. Den stränga symmetrin, de fria synfälten och den betonade horisontaliteten med de små nivåskillnaderna återfinns både på borggården och i parken öster om denna.

De räta linjerna och den klassiska symmetrin var drag som Westman förstärkte under projektets gång. På förslaget från 1917 påminde parkens linjeföring om det engelska parkidealet med svängda, oregelbundna linjer. Dessa egenskaper användes bara till parkavsnittet väster om borggården. Ej heller var byggnadernas klassiska drag lika uttalade. De stora kolossalpilastrarna som präglar flera fasader ritade Westman dit på 20-talet, liksom de för 20-talet så typiska svängda, pagodliknande taken.

Dispositionen av vårdavdelningarnas byggnader förstärker karaktären av storsvenskt byggnadsskick. Borggården utformades i princip som 16- och 1700-talets svenska brukssamhällen. Westman grupperade vårdavdelningarna



*S:t Maria, från luften en vinterdag 1931. Ännu kunde de planterade träderna inte mäta sig med den kraftfulla sjukhusarkitekturen.  
Foto S:t Maria sjukhusarkiv.*

kring borggårdens långsidor och området närmast där intill. Kortsidorna slöts av administrationsbyggnaden i söder och kyrkan (förlagd i den ovanliga riktningen norr/söder) i norr. En motsvarande disposition återfinns i många svenska bruksbyar, där arbetar- och hantverkarbostäderna fördelar sig kring axeln mellan kyrkan (den himmelska makten) och brukspatronens corps de logis (den världsliga makten).

Parallellt med associationerna till den svenska statens mest heroiska period under 1600- och början av 1700-talet är den starka statsmakten ett centralt tema i arkitek-



turen. Det är inte många projekt i Westmans produktion som innehåller klassiska stilelement. Men i hans hospitalsprojekt för Medicinalstyrelsen finns det några undantag. Hälsingborgsanstalten var ett sådant. Anknytningen till byggherren – staten – kan ha varit en anledning. Kolossalpilastrar, den starka symmetrin (som löper som en gemensam nämnare genom hela hospitalsanläggningen) samt betoningen av parkens och de enskilda byggnadernas mittaxel är några kännetecken också för den svenska barocken, vilken i tid sammanfaller med det svenska stormaktsväldet.

Men kan arkitekturen också läsas på annat sätt? Jo, det fanns också funktionella/praktiska fördelar med byggnadssättet. Kontrollen av frigångare och utarbetare underlättades säkert med parkens snörräta gångar. Dessa underlättade dessutom orienteringen och minimerade vägvalen, vilket kanske var en fördel för oroliga och desorienterade sinnen. Sak samma gäller fasadarkitekturens uppbyggnad. Det finns ingen tvekan var exempelvis ingångarna till avdelningarna är belägna. Portarna är dels tydligt markerade av trappor och portaler, dels är fasaderna uppbyggda för att ögat ska löpa mot byggnadens mittaxel där vi också finner respektive byggnads huvudentré. Westmans arkitektur är enkel och saklig, gedigen och utan tveksamheter – en arkitektur som passade staten, den omsorgsfulla och övervakande.

I förhållandevis låg grad lät Westman byggnadernas yttre kommunicera med innehållet. I stort sett kunde vi lika gärna befunnit oss på en kaserngård. Det är först i byggnadernas små, men ändå vitala detaljer som innehållet, funktionen, avslöjas. För att motverka rymningar spröjsades fönsterna tätt – en konstruktion som Westman och hans samtida hade upphöjt till ett estetiskt manér och som på ett skickligt och naturligt sätt inleddes i sjukhusarkitekturen. Fönsterkarmarna är med samma

avsikt medvetet grovt utförda. De runda valvbågarna, som för konnässören verkar litet malplacerade, ansågs ha en lugnande verkan på oroliga sinnen. Ett intressant undantag i Westmans sjukhusarkitektur blev tuberkulospaviljongen. Den speciella funktionen ställde särskilda krav på planlösningen. Liggpaviljongerna och sjuksalarna stora fönster avspeglar här idéen om den friska luftens förmodade terapeutiska effekt på tbc-patienterna.

### *Rummet som terapeutiskt instrument*

Paviljongerna delades upp i avdelningar i vilka patienterna placerades efter tillstånd. En central egenskap i dispositionen av planlösningarna var personalens möjlighet till övervakning av patienterna. Det tidiga 1900-talets främste svenske psykiatriker Bror Gadelius formulerade sinnessjukvårdens två grundläggande principer: 1) "*Undvik alla tvångsåtgärder i form av isolering och mekaniska våldsmedel*". 2) "*Lämna aldrig den sinnessjuka ensam utan ha honom under ständig uppsikt och övervakning*."

Gadelius var en förnyare av den svenska sinnessjukvården och beskriver bäst själv den gamla vård han tog avstånd ifrån:

*"Under cellsystemet var den sjuke sin egen vårdare, sin egen uppfostrare. Han lämnades åt sig själv och kunde göra vad han behagade. Man inser lätt isoleringens våndor. Att riva kläderna av kroppen, slita sönder täcken och sängkläder, masturbera och smeta in kroppen med urin och faces, äro de enahanda tidsfördriv, celllivet erbjuder den sinnessjuka."*<sup>16</sup>

Som kontrast förde Gadelius fram sitt idealsjukhus:

*"På ett välordnat sjukhus finnas (å varje könsavdelning) flera (5 å 6) övervakningsavdelningar. Sälunda minst en för lugna och stillsamma, minst en för de halvroliga och osnygga och ett par*

för de oroliga. De sjuka, som äro lugna, få icke oroas av de oroliga, och de snaskiga och osnygga, måste av hygieniska skäl och med hänsyn till de snyggare patienternas trevnad, väl skiljas från de senare. I omedelbart sammanhang med övervakningsavdelningarne finns rymliga badlokaler. // Jämte badrummen finnas i anslutning till övervakningssalarna smärre ensamrum, avsedda för sådana sjuka, som plågas av samvaron med andra eller av något skäl inverka störande på de sjuka å den gemensamma salen. // Ingen sinnessjuk får undandragas tillsyn genom att instängas."<sup>17</sup>

Tanken med sjukhuset var inte bara att det praktiskt/funktionellt skulle svara mot vårdbehoven. Sjukhuset hade också en betecknande funktion; den nya typen av sjukhus skulle – vilket vi tidigare har sett noterat av tidningsreportrarna vid invigningen – till utseendet påminna om ett vanligt somatiskt sjukhus med dess rymliga, ljusa sjukoch dagsalar. Karaktären av vanligt kroppssjukhus tänkte sig Gadelius skulle verka positivt på den sinnessjukes sjukdomsinsikt. Om den sjuke fann sig själv på ett sjukhus skulle han, menade Gadelius, lättare förstå att han var sjuk. Men i praktiken ansågs kroppsvården också ha stor betydelse för den psykiatriska vården: "Numerä är såsom bekant intresset för patienternas kroppsliga tillstånd större än förr sedan det visat sig vilket intimt förhållande, som råder mellan kroppsliga och psykiska tillstånd", menade sjukhuschefen på Hälsingborgs hospital Frans G. Velander 1928.<sup>18</sup>

Gadelius principer kom att bli vägledande för flera av det tidiga 1900-talets statshospital. Överensstämmelsen mellan ideologi och dess praktiska omsättning i verkligheten är stor, inte minst på den tidens mönstersjukhus – Hälsingborgs hospital.

Två planlösningar från en av de numera rivna paviljongerna för oroliga avdelningar, respektive en av de halvlugna och halvroliga avdelningarna ger en god bild

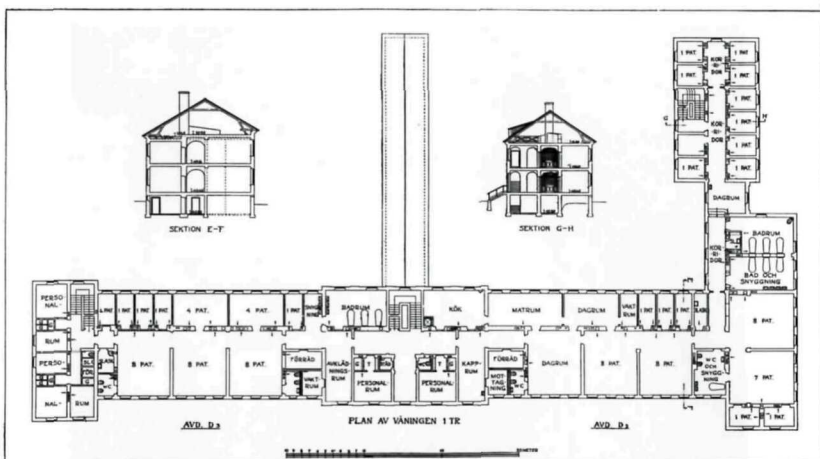


*I övervakningssalarna låg patienterna tätt i sina sängar och kunde på så vis lätt övervakas av minsta möjliga antal personal. Orolig manlig avdelning, paviljong 6. Foto 1933, S:ta Maria sjukhusarkiv.*

av sjukhusets rumsdistribution under de två första decennierna. I paviljong 6 med avdelningar för oroliga manliga patienter var sovsalarna helt öppna mot korridoren som löpte mitt i byggnaden. Denna fullständiga insyn motiverades av kravet att de oroliga patienterna ständigt skulle stå under övervakning. Avdelning 6D2 (i planens högra halva) hade sammanlagt 45 vårdplatser. Av dessa fanns 14 i individuella celler avsedda för de oroligaste patienterna som inte ansågs vara i skick att umgås med resten av avdelningen (här fick med andra ord Gadeliuss' principer ge vika för praktiska vårdmotiv).

Till patientutrymmena hörde också dagrum, matrum och hygienrum. Badrummet var uppdelat i två hälfter varav en enkom var avsedd för långbadsterapi. I vänstra delen av planritningen återfinns personalutrymmena. I

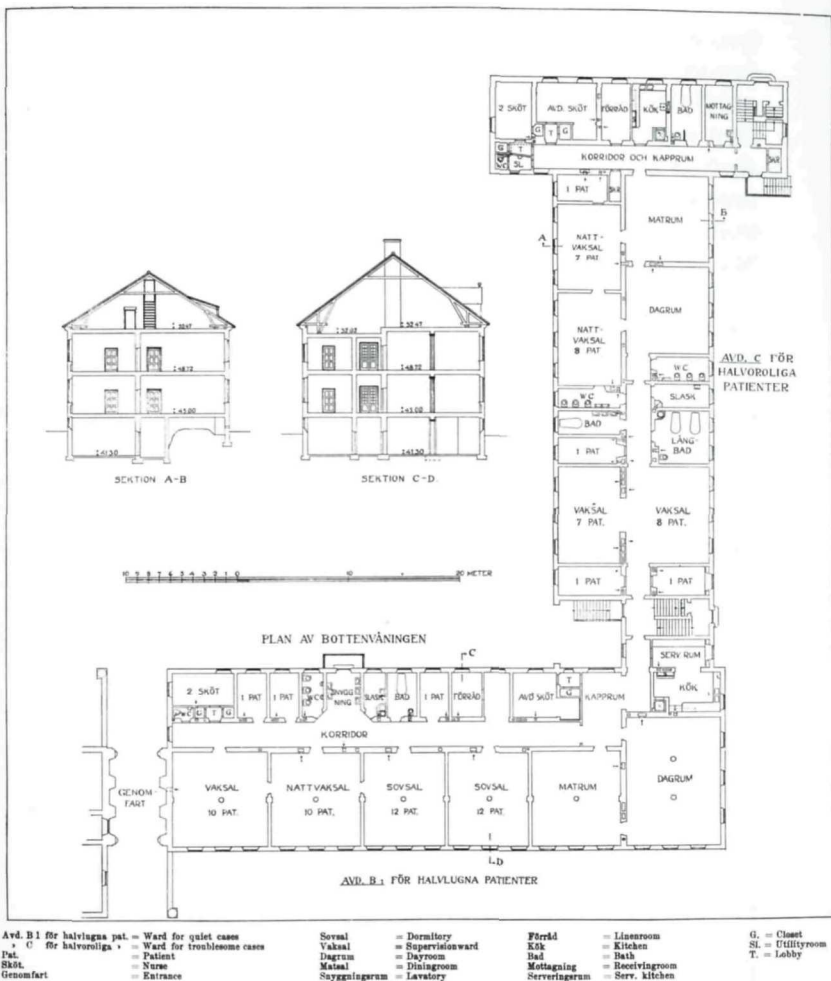




*Plan av paviljong 6 en trappa upp. Till vänster avd 6D3, till höger avd 6D2. Den långsmala delen i planens mitt utgörs av taket på de två soltält som öppnade sig ut mot rastgårdarna.*

de bägge personalrummen bodde sköterskor/skötare. Den långsmala lågdelen i planen visar taket över den inhägnade rastgården, vilken var direkt ansluten till paviljongen. Rastgårdar utgick från alla vårdpaviljonger och var omgärdade av stängselnät. Ju oroligare avdelning, desto högre stängsel. Även rastgårdarna hade en terapeutisk funktion. Det ansågs att frisk luft var nyttig för patienterna. Och det var viktigt att patienterna inte satt inne och "slöade till". Till varje rastgård hörde en gräsmatta med några fruktträd och under "soltältens" pagodliknande trätak kunde patienter söka skydd för regn eller sol.

I avdelningarna 2B1 och 2C fanns plats för 47 respektive 34 patienter. Dessa lugnare avdelningar avspeglas i sovsalarnas större slutenhet. Här fanns inte samma behov av övervakning som på den oroliga avdelningen. De enskilda patientrummen på den halvlugna avdelningen var



Plan av bottenvåningen = Ground floor Plan.

Bottenvåningen av paviljong 2. I planens nedre halva återfinns avd 2B1 för halvlugna patienter. I planens övre del ligger avd 2C för halvboliga patienter. Gränsen mellan avdelningarna markeras av ett trapphus i planens mitt.

avsedda för patienter som av en eller annan anledning krävde lugnare omgivning. De enskilda rummen kunde ändå lätt bevakas eftersom här inte fanns någon dörr ut mot korridoren.<sup>19</sup> De fyra ensamrummen på den halv-orologiga avdelningen kunde däremot stängas till och var ämnade för patienter som krävde isolering. På denna avdelning var endast dagrummen av helt öppen typ. Nattsalarna hade mindre dörröppningar.

Trots att avdelningarna var inhysta i samma byggnad var kommunikationen mellan avdelningarna minimerad. En poäng med paviljongsystemet och Gadelius' vårdprinciper var ju att patienter i olika orostillstånd skulle hållas åtskiljda. För kontrollen av patienterna kan dessutom iakttas hur personalutrymmena var fördelade på de bägge avdelningarna. Längst uppe till höger återfinns en sektion med renodlade personal- och administrativa utrymmen. På avdelning B1 ligger personalrummen i var sin ände av planen. Tillsammans med avdelning C:s personalsektion var sköterskorna/skötarna strategiskt utplacerade för övervakningen av patienterna.

## I bruk

### *De första patienterna*

Det nya hospitalet i Hälsingborg hade tilldelats ett upptagningsområde som sträckte sig norrut i Hallands län upp till Göteborg och vidare sydöst diagonalt genom Småland ned till Blekinge. Sjukhuset fylldes snabbt med patienter under invigningsåret 1927. Den 1:a april kom de första patienterna. Vid årets slut var 1.017 sängplatser upptagna. Större delen av patienterna – 846 stycken – var överflyttade från andra sjukhus. Många kom t.ex. från Lunds hospital. Anmärkningsvärt många patienter kom också från andra vårdinstitutioner som fattigvårdsanstalter

och ålderdomshem<sup>20</sup>, men också kommunala hospital och fängelser. I listorna över transporter återfinns exempelvis en 35-årig kvinna som överflyttats från ett ålderdomshem. En annan kvinna i 40 års-åldern kom 1930 till Hälsingborgs hospital via Hässleholms idiotanstalt, Nyhems sinnesslöanstalt (i Hälsingborg) och Malmö asyl. Det är anmärkningsvärt hur många barn och yngre vuxna människor som hade varit intagna på ålderdomshem. Det är också påtagligt hur många människor som förflyttades stora sträckor i Sverige utan hänsyn till deras egen vilja.<sup>21</sup>

Flertalet patienter var med andra ord sedan tidigare inne i det svenska omsorgssystemet. Och många kom från anstalter och institutioner som inte var avsedda för dem och som inte heller hade några ambitioner att ge dem vård för det tillstånd de led av.<sup>22</sup> 1900-talets sinnessjukvård kan ur detta hänseende anses vara en framgång. Det stora sinnessjukhuset var enkom byggt för den sinnessjuka, utifrån ideal och idéer om dennes vårdande och till och med kanske tillfrisknande.

### *Att bli intagen*

Intagningsproceduren reglerades i 1931 års sinnessjukvårdslag enligt vilken den "sjuka" kunde begära intagning själv. Ansökan om intagning kunde också lämnas av anhörig, förmyndare samt vissa myndigheter.

När den sjuka kom till sjukhuset fördes han/hon direkt till respektive avdelnings föreståndarexpedition där han blev inskriven. Sköterskan Anna Hjelm beskriver hur proceduren gick till under hospitalets första år:

*"Varje patient undersöktes också på den tiden synnerligen noggrant. Vid intagning tog översköterskan temperatur, puls, vikt, längd, huvudmått, urinen undersöktes på äggvita och socker, blodprov togs enligt Tallqvist. Man fick från*



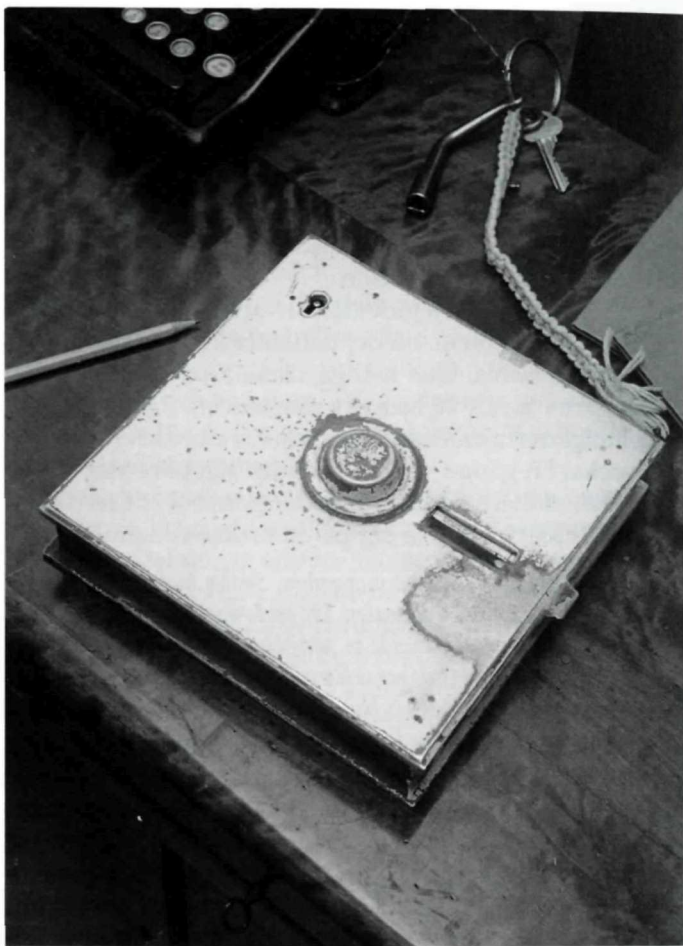
*expeditionen meddelande om patientens namn, nummer, hemort, ålder, civilstånd etc. En s.k. blå bok lades upp för avdelningsanteckningar. I denna hade översköterskan att anteckna sina iakttagelser över den sjuka, samtal, anteckna frigång, tillåtelse att raka sig själv m.m. Personal som hade övervakning om hand, rapporterade alltid vad som förekommit. Man lade alla möjliga listor, temperatur-, vikt-, medicin-, observations-, anfallslistor, om anfall förekom, patienten skrivs på matlista, arbetslista, frigångslista, skyddsmedel och osnygghetslista, om sådant förekom m.m.”<sup>23</sup>*

Hemorten avgjorde på vilken överläkaravdelning som patienten skulle vårdas. När patienten registrerats ringde förestånderskan till vårdavdelningen, varpå en skötare kom till expeditionen och hämtade patienten. Om anhöriga var med kunde de följa med och bese avdelningen.

Efter intagningen fick patienten genomgå ett bad. Kroppen och håret skulle tvättas. Sedan delades sjukhuskläder ut och patienten lades till sängs. Sängläget kunde visserligen vara orsakat av sjukdomstillståndet. Eftersom samtliga patienter, oberoende av tillstånd lades i säng, ligger det nära tillhands att tolka tillvägagångssättet som ett sätt att öka patientens sjukdomsinsikt, en metod som ju redan Bror Gadelius hade rekommenderat. Och dessutom: *”Vidare verkar sängläget disciplinerande och underlättar patientens införande i sjukhusordningen.”<sup>24</sup>*

### *På avdelningen*

Sjukhusordningen i sig hade otvivelaktigt en terapeutisk funktion att fylla. Stor del av behandlingen på sjukhuset var av social och uppfostrande karaktär. Disciplinering och självtukt ingick inte bara som ett syfte med arbetsterapin (mer om det nedan). Det var nyttigt för patienten – inte minst för den slarvige och apatiske – att inordnas i sjukhusets fasta rutiner.



*Den sinnrika nattoaktsklockan innehöll ett roterande papper och en liten skåra genom vilken nattoakten skulle skriva sin signatur. Om det fattades en signatur i klockan på något intervall skulle denna motsvaras av en notering i nattoaktens rapport, vilken varje morgon skulle ligga på avdelningsförestånderskans expedition. Foto Ulf Celanders.*

Arbetsdagen på avdelningarna började kl 7 då dagpersonalen avlöste nattvakterna. Nattvakterna hade att varje kvart göra en markering i den sinnrikt konstruerade klocka som innehöll ett roterande papper och en liten skåra genom vilken vakten skulle sätta sin signatur. Om det fattades en signatur i klockan på något intervall skulle denna motsvaras av en notering i nattvaktens rapport, vilken varje morgon skulle ligga på avdelningsförestånderskans expedition.

När dagpersonalen gick i tjänst väcktes patienterna och togs till tvättrummen. En del patienter klarade tvättningsproceduren själva, men många, särskilt på de oroliga avdelningarna behövde hjälp av personalen. På de manliga avdelningarna rakades patienterna av personalen två gånger per vecka. En gång i veckan badades alla patienter.

En f.d. skötare berättar hur morgonprocedurerna under 1940-talet kunde te sig på en orolig avdelning.

*"Vi började alltid sju på morgonen. Sedan hade vi frukost mellan 8 och halv 9 i matsalen. Då hade patienterna ätit. De åt halv åtta. Sedan bäddade vi sängarna. Vi rakade dem två gånger i veckan, på tisdagar och fredagar. Till 75 patienter fick vi ut tre rakhyolar med sex blad. Sedan rakade vi alla. Det var noga att man inte lade bladen ifrån sig utan hade dem på fickan."*

Efter frukost skulle flertalet patienter sysselsättas. På de lugnare avdelningarna gick många till väv- och sysalarna som var förlagda på paviljongernas vindsvåningar. Stickning på avdelningen var också en vanlig sysselsättning, såväl för män som för kvinnor. På de oroligare avdelningarna låg förhållandevis många patienter till sängs. Att repa upp tågvirke till tättningsmaterial var en vanlig sysselsättning för oroliga manliga patienter. På oroliga kvinnliga avdelningar nappade patienter upp linne och lakan till trassel. Någon kunde kanske arbeta med en ramväv i dagrummet. Många patienter, framförallt man-

liga, var dessutom sysselsatta med utearbete i parken eller trädgården.

En personal från avdelningen följde patienterna i arbete. Den personal som var kvar på avdelningen övervakade de kvarvarande patienterna men skötte också andra dagliga göromål. Stor del av arbetet bestod av städning. Varje dag torkades golven med vatten och såpa. En gång i veckan skurades dessutom väggarna. Särskilt på de oroliga avdelningarna förekom sängvätare och patienter som inte kunde kontrollera sin avföring. Sådana patienter låg i allmänhet på halmmadrasser som byttes ofta. I källarlokalerna fanns lager med färdigstoppade madrasser, som skötarpersonalen hade stoppat och sytt ihop. Till vardagsuppgifterna hörde också att sprätta upp madrassvar, tömma ut och elda upp nedsmutsad stoppningshalm.

Skötarpersonalen skötte det mesta på avdelningen. Förutom att städa lagade de kläder och stoppade strumpor. På manliga avdelningar klippte skötarna dessutom håret på patienterna en gång i månaden. Förmiddagarna innebar också rond på de olika avdelningarna. En vanlig rutin var att förestånderskan gick morgonrond på avdelningarna och fick rapporterat i detalj vad som hade hänt under natten. Klockan nio samlades förestånderskan och klinikens läkare på överläkarens expedition och förberedde rondens som startade klockan halv tio.

Ronden var läkarens möte med flertalet patienter. Men det var sällan läkaren hade personlig kontakt med patienterna. Den överläts istället åt skötarna, vilka i sin tur rapporterade vidare till avdelningssköterskan för vidare befordran upp genom hierarkin. En viktig uppgift när rondens kom var att visa upp en ren och prydlig avdelning. Verksamheten på avdelningen avbröts när läkarna kom. Sopkvastar och andra redskap gömdes undan. Patienterna lugnades i möjligaste mån och skötarna stod uppsträckta utmed väggarna.





Jultid något år efter invigningen av sjukhuset. Uppställning för fotografiering i dagrummet på manlig avdelning i paviljong 4. En patient arbetar på sin stickning, en vanlig sysselsättning för manliga såväl som kvinnliga patienter. Hospitalssköterskornas uniformer var desamma som på lasaretten. Skötarnas inomhus- och sommaruniformer var blå.  
Foto Olle Olsson.

Till middagen kom patienterna tillbaka från sina terapiarbeten. En f.d. skötare berättar om hur en middag kunde te sig på 40-talet:

*"Potatisen kom oskalad till avdelningen. Det fanns fyra knivar på avdelningen att skala potatis med. Skötarpersonalen samlades kring ett bord och skalade potatisen. Dessutom kom sillen orensad och skulle rensas. Patienterna åt på plåttallrikar, det var en slags legering. Man kunde knappt ta i dem när man skulle servera, man fick ta med rocken eftersom de var så varma. Patienterna åt med skedar. Efter varje måltid skulle antalet skedar räknas in. Det fick inte fattas någon."*

Spicken sill var ingen ovanlighet på matsedeln. På patienternas matsedel stod dessutom ofta potatis samt gröt av olika slag. Under en vecka i oktober 1931 bjöds följande kost:

15:e oktober

Frukost: *Choklad och smörgås*

Middag: *Vitkål och fläsk, pannkaka med fruktsås*

Kväll: *Vattgröt*

16:e oktober

Frukost: *Pressylta med rödbetor*

Middag: *Fisk och potatis, havrevälling*

Kväll: *Vattgröt*

17:e oktober

Frukost: *Spicken sill med potatis*

Middag: *Bräckkorv och potatis, passerad fruktsoppa*

Kväll: *Vattgröt*

18:e oktober

Frukost: *Kaffe, smörgås och kallskuret*

Middag: *Pepparrotskött med potatis, fruktsoppa*

Kväll: *Risgrynsgröt med mjölk*

19:e oktober

Frukost: *Havregröt med mjölk*

Middag: *Bruna bönor med stekt fläsk, mannagrynsvälling*

Kväll: *Inlagd sill och potatis*

20:e oktober

Frukost: *Havregröt med mjölk*

Middag: *Fläskkorv med potatis, saftsoppa*

Kväll: *Stekt fläsk med potatis*

21:e oktober

Frukost: *Havregröt med mjölk*

Middag: *Fisk med potatis, äppelris med mjölk*

Kväll: *Bräckkorv med potatis*

Personalens meny var ungefär densamma, fast något mer påkostad. Vattgröten kunde t.ex. bytas ut mot pytt i panna eller köttbullar. Frukostarna innehöll alltid smörgåsar med pålägg. Och när patienterna åt fruktsoppa till efterrätt serverades personalen fruktompott.

Efter middagen skulle de arbetsföra patienterna åter sysselsättas. Arbetspasset varade till kl 16.00 då det var dags för kaffe. Efter kaffet fick patienterna sysselsättas på avdelningen till det var läggdags. Klockan fem skulle alla patienter vara avklädda och iklädda endast skjorta. Tillsammans med skorna lades kläderna på en bänk som bars ut och låstes in för natten. Utan läkares tillstånd fick ingen patient ha gångkläder på sig i sovsalen. Det var en åtgärd som inför nattens minskade personalresurser inte minst hade som syfte att försvåra rymningar.<sup>25</sup> Dagpersonalen gick hem kvart i sju. Kvällsvakten varade till tio i tio på kvällen och avlöstes av nattvakten som satt natten igenom till nästa dag klockan sju. För personalen fanns dessutom en nattlig s.k. passivtjänstgöring. En f.d. skötare berättar:

*”Vi fick ligga på ett rum på avdelningen, från sju på kvällen till sju på morgonen. Man fick inte lämna rummet. Där fanns en tavla som ramlade ner från de olika avdelningarna som behövde hjälp. För passivtjänstgöring fick man ingen ersättning. Det var en slags jour.”*

### *Kuylenstjerska villan*

Litet avsidet på sjukhusområdet byggdes 1933 den s.k. Kuylenstjerska villan. Patienten som vårdades här hade först tagits in på sjukhuset som vanlig salspatient. Med villan avsåg de anhöriga att tillförsäkra patienten en bättre vård än den som gavs på de stora avdelningarna.

Villan ritades av helsingborgsarkitekten M:son Claes och anslöts helt till Westmans arkitektur. Av de åtta rummen disponerade den sjuka två – ett vardagsrum och ett sovrum, inredda likt en helorlig avdelning med fasta möbler, tjocka glas i fönstren och låsta dörrar. Några gånger i veckan kom läkare från sjukhuset men patienten hade egen sköterska, kokerska och två biträden.

Vården i Kuylenstjernska villan bekostades av patientens anhöriga och skiljde sig mycket från den på de stora vårdavdelningarna. Patienten ägnades all tid av personalen och aktiverades med sömnad, porslinsmålning, sällskapsspel och utflykter. Detta var aktiviteter som i större omfattning kom att införas på femtiotalet för många av sjukhusets patienter.

## Vård och behandling, arbete och medicinering

### *Sjukdomstillstånden*

I huvudsak skiljde man på sjukdomar med inre och yttre orsaker. Till de inre orsakade sjukdomarna räknades schizofreni, manodepressivitet, paranoida sjukdomar samt förvirring.<sup>26</sup> Till sjukdomar med yttre orsaker räknades amentia (feberframkallad förvirring), alkoholpsykos, paralytisk demens (syfilitiska förändringar i hjärnbarken) ålderspsykos, epilepsi, m.m. Man räknade också med "medfödda abnormtillstånd" dvs. nevros, hysteri och psykopati. Patienter i det senare tillståndet karakteriserades av "en ensidig bristfällighet i sina själsanlag, särskilt i moraliskt hänseende."<sup>27</sup> Liksom sinnessjukhuset bar prägel av ett somatiskt sjukhus, betraktades de psykiska sjukdomarna som i grunden kroppsliga åkommor:

*"Sinnessjukdomarna äro kroppsliga sjukdomar såväl som tyfus, tuberkulos, kräfta eller benbrott, ehuru deras mest i ögonen fallande symtom äro själsliga uttryck för rubbningar i kroppens livsarbete. Men givetvis är det skillnad mellan behandling av enbart kroppsliga åkommor och av sjukdomar med själslig symtom bland annat den, att i senare fallet de sjuka i stor utsträckning måste berövas sin självbestämmanderätt."*<sup>28</sup>

Citatet är hämtat från Mikaël Söderströms bok "Vårt sjäsliv och dess rubbningar" från 1934, vilken länge användes



som lärobok på den "Högre kursen" för skötarpersonal.

Även om de psykiska sjukdomarnas karaktär var av kroppslig art tedde sig orsaksbehandling ytterligt komplicerad och chansartad. Kunde man lokalisera sätet för dem i hjärnan, var osäkerheten fortfarande mycket stor beträffande var och med vilket medel behandlingen skulle sättas in. Så är också den medicinska/psykiatriska forskningen under denna tid att betrakta som i huvudsak en serie slumpmässiga upptäckter av olika preparats och behandlingars verkan på olika sjukdomstillstånd.

### *Sysselsättning som uppfostran och självtukt*

Efter sekelskiftet hade Bror Gadelius propagerat för sänglägesterapi, där det stillaliggande sängläget ansågs ha en terapeutisk funktion. På 1920-talet fick emellertid idéer om arbetets terapeutiska roll ett brett fotfäste i Sveriges sinnessjukvård. Vården vid Hälsingborgs hospital kom därför redan från början att kretsa kring patienternas sysselsättning. Självkänslan hos den sinnessjuka spelade stor roll. Sjukhusmiljön tillmättes stor betydelse. Därför, menade sjukhuschefen Frans G. Velander, var det moderna sinnessjukhuset så inrättat "att den sjuke skall känna trevnad, och att han sedan under vistelsen skall få tillfälle till sysselsättning och förströelse av olika slag". Velander menade att lugnet på avdelningarna var lättare att uppnå med arbetsterapi. Veckans svåraste dag hade numera "blivit söndagen, då ju enligt gammal hävd patienterna icke skola uträtta annat än det absolut nödvändiga arbetet."<sup>29</sup> En bärande tanke var också terapins uppfostrande roll. Genom att återsocialisera den sjuke till en normal tillvaro präglad av arbete skulle kanske det sinnessjuka tillståndet kunna övervinnas. Velander hade uppdragit åt översköterskorna att föra bok över patienternas sysselsättning. Sysslösa patienter försökte man få intresserade av arbete. Tvång

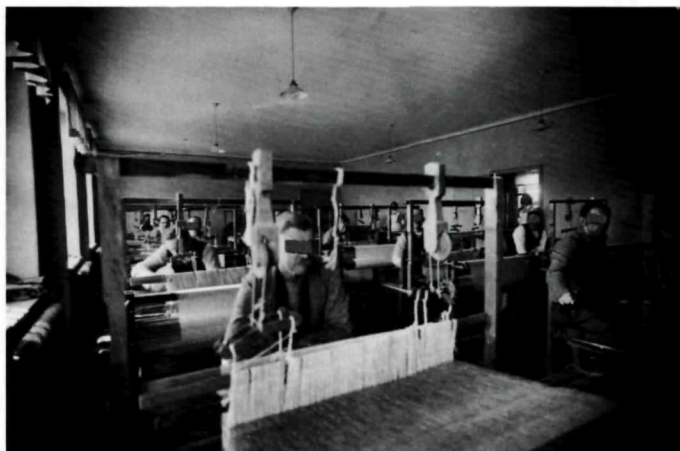


*Skötarpersonalen deltog också vid sidan av patienterna i utearbetet. Siktning av sand till sjukhusets eget vattenverk ca 1930. Foto Olle Olsson.*

undveks eftersom *"arbetet därigenom lätt kan för patienten framgå såsom något slags straffarbete."*<sup>30</sup>

Arbetsterapien krävde att personalen var aktiv, dvs. inte endast övervakande. Velander eftersträvade att få sköterskeutbildad personal till ledning av terapiarbetet. Målsättningen med arbetsterapien var för Velander i första hand att få lugn på avdelningarna. Och om måttet på hur många som kom i arbete avspeglar framgångarna, måste Velander betraktas som framgångsrik. Exempelvis 1932 rapporterades till Medicinalstyrelsen att 993 av sjukhusets 1288 patienter var i arbete, en för svenska förhållanden mycket hög siffra.

Arbetsterapien fick stor genomslagskraft i Sverige under 1920-talet. Idéen hämtades från hospitalsläkaren Simon på den tyska anstalten Gütersloh. Simon vände sig mot den gamla sänglägesbehandlingen. Den, menade han, försämrade snarare patientens tillstånd än förbättrade det. Nyttå, uppfostran och socialitet var tre nyckelbegrepp i



*Vävningen kom att stå som symbolen för den nya arbetsterapi som infördes i den svenska sinnessjukvården vid slutet av 20-talet. Under några år efter invigningen av Hälsingborgs hospital inreddes flera vindsvåningar med vävstolar. Här satt många patienter på dagarna och vävde tyger som användes på sjukhuset – handduksväv och buldan, men också finare tyger som gardinväv, duktyg och kostymtyg till personalens respektive patienternas uniformer. Foto 1933, S:ta Maria sjukhusarkiv.*

Simons terapi. Att sätta patienterna i arbete blev en av hospitalens viktigaste uppgifter. Vid hospitalsläkaren Peder Björcks<sup>31</sup> besök på Gütersloh 1928 noterade han att endast ett fåtal patienter inte deltog i arbetsterapin.

Arbetsterapi utfördes på flera sätt inom sjukhuset. Sjukhuschefen Velander var särskilt mån om vävningen. Några avdelningars vindsutrymmen inreddes med vävstolar. Här spenderade många patienter sina vardagar, på manssidan upp till 70 patienter dagligen. Året 1929 rapporterade Velander till Medicinalstyrelsen att man vävde en rad olika typer av tyger – handduksväv och buldan, men också finare tyger som kostymtyg till per-



*Korgbinderiet tillverkade inte bara korgar av olika slag utan också möbler till avdelningar och kontor. Foto troligen från 30-talet, S:ta Maria sjukhusarkiv.*

sonal respektive patienter, gardinväv och duktyg. Verkstäder hade dessutom inrättats för borstbinderi, snickeri och korgmakeri.

Vid tjänlig väderlek arbetade ett stort antal patienter med utearbete i parken och trädgården, som sträckte sig norr om sjukhuset mot Kungshult. Patienterna hade också stor del i det löpande arbetet. Tvätteriet, maskinverkstaden, bageriet och köket drevs med hjälp av patienter. Många hade ju specialistkunskaper med sig från sitt tidigare liv, kunskaper och färdigheter som – i terapeutiskt syfte – gärna utnyttjades för sjukhusets drift. För utearbetet fanns en särskild uppsyningsman som varje morgon fördelade dagens uppgifter till arbetslagen. En av uppgifterna för utearbetarna var att försörja sjukhusets centrala värmepanna med kol. Malte Brogren, tidigare 1:e reparatör i maskinverkstaden, berättar:



*"När vi i maskin behövde folk gick vi till uppsyningsmannen. Han hade en liten lokal i paviljong 4. Skötarna från de olika avdelningarna gick ner dit och lämnade sina patienter som skulle ha utearbete. Så fördelade uppsyningsmannen arbetsuppgifterna. När dagen var slut gick arbetslagen runt och lämnade av sina patienter på vårdavdelningarna. En del som hade frigång gick själva till sin avdelning. Så här gick det till ända in på 70-talet.*

*Vi brukade ha 3–4 patienter i maskin. Så länge vi eldade med kol fanns det särskilda arbetslag som gick i kolen. De kallades för kollag. På förmiddagen lastade de kol och körde ner det till elevatorn. På eftermiddagen kom de ytterligare en timme. Vi hade dessutom en patient som gick och tvättade och skurade och gjorde vid maskinhallen. Där skulle det vara rent och fint. Till sådana arbeten skulle det vara patienter som man litade på."*

För sitt arbete honorerades de intagna med särskilt reglerade "flitpengar". Ännu på 30-talet var flitpengen maximerad till 40 öre per dag, ett belopp som motiver-

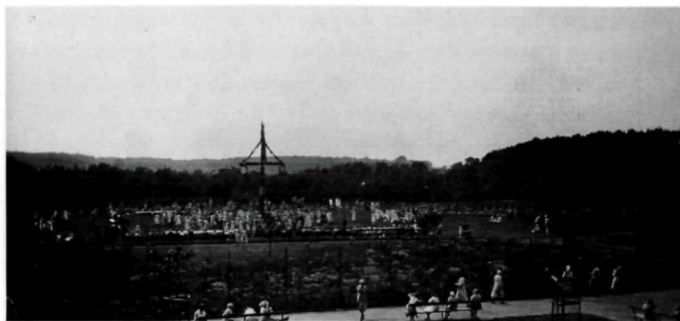


*Kolskyffling 1928. I det dagliga utarbetet ingick för några patienter att köra kol till värmecentralen. Varje dag skyfflades kol upp i vagnar som på räls kördes ned till maskinrummet. Foto Olle Olsson.*



*Begreppet socioterapi etablerades på 50-talet, men arrangemang av socio-terapeutisk karaktär ägde rum också tidigare. Filmvisningarna och dans-tillställningar var återkommande aktiviteter. Ibland gjordes också små utflykter i inhyrda bussar, som här till Viken troligen någon gång på 30-talet. Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*

ades vid fall av "synnerlig uppmuntran". Det vanliga var emellertid 20–30 öre för ett dagsverke. Beloppet reglerades av Kungliga Medicinalstyrelsen, som också föreskrev att "däremot skola arbetande kroniskt sjuka, vilka antagas icke kunna bereda sig trevnad eller nytta av arbetspenningen, eller vilkas arbetsprestationer äro av ringa betydelse, erhålla endast flitportion, men inga kontanta medel."<sup>32</sup> Flitportionen var en extra tilldelning mat. Det kunde vara en extra bit bröd för männen, en skorpa för kvinnorna, extra kaffe med socker, mjölk eller grädde, s.k. "flitkaffe". Som uppmuntran till arbete fungerade också löften om förflyttning till annan avdelning. Säkert var det också en särskild ära att se sitt namn på den tabell som varje månad sattes upp över arbetande patienter.<sup>33</sup> På motsvarande sätt verkställdes hot och bestraffningar genom flyttning till



*Midsommarfest 1930. Alla patienter deltog inte, men några av de utslutna kunde betrakta festen ifrån andra sidan rastgårdsstängslet.  
Foto Olle Olsson.*

en sämre, dvs. oroligare avdelning eller frihetsinskränkningar av olika slag.

Den till social anpassning syftande terapin bedrevs också på andra sätt. Det som under 50-talet skulle komma att benämnas socioterapi förekom på sjukhuset i mindre skala redan på 20-talet. Det finns exempel på hur man med inhyrda bussar anordnade utflykter till Viken och Jonstorp. Det fanns möjligheter att spela fotboll och tennis på sjukhusets idrottsplats. Biograffilm visades varannan vecka i festsalen. Varannan vecka hade dessutom Nordvästra Skånes orkesterförening sin generalrepetition förlagd till sjukhuset. Tillsammans med luciafirande och de två stora festerna kring jul och midsommar var film- och musiktillställningarna populära avbrott i vardagsrutinerna. Det var emellertid inte alla patienter som fick följa med. Tillställningarna användes som en slags belöning för patienterna. En f.d. skötare berättar:

*"De bästa patienterna plockades ut. Många patienter skärpte sig den dagen det var filmförevisning i festsalen. Och de som inte hade skött sig, fick inte gå med."*

Med moderna termer kan verksamheten kring arbete och underhållning sägas vara en slags social träning och försök till rehabilitering av patienten. Trots att verksamheten var hårt knuten till sjukhuset innehöll terapierna moment som påminde om en normal vardagstillvaro. I den så kallade hjälpverksamheten återfinns också spår av ett sådant synsätt. Verksamheten startade 1931 och var den första lagligt reglerade förbindelsen mellan sjukhusvården och det omgivande samhället.<sup>34</sup> En läkar- och en skötersketjänst inrättades på sjukhuset för hjälpverksamheten, vilken var ett sätt att hålla kontakten och kontrollera de patienter som försöksutskrevs – med andra ord en form av eftervård. Via hjälpverksamhetens hembesök och resor i upptagningsområdet fick sjukhuset dessutom tillfälle att stifta bekantskap med dem som stod i tur att läggas in samt vilka av dessa som var i störst behov av vård.

#### *En organism i obalans, medicinering och chockbehandling*

Den medicinska behandlingen av psykiska sjukdomar hade fram till 1930-talet varit begränsad och av mindre betydelse. På S:ta Maria redovisades medicin under posten medikamenter. Denna upptog 1927 12.000 kronor, ett belopp som också skulle täcka medicineringen av de somatiska sjukdomarna. Tio år senare var siffran fördubblad. Och ytterligare tio år senare, 1947, var budgeten för läkemedel återigen fördubblad. En ny stor utgiftspost i budgeten utgjordes därutöver av insulin och cardiazol.

Jämsides med arbetsterapi hade psykiatri förankrad i ett biokemiskt synsätt blommat upp under 30- och 40-talen. Behandlingar som fick stort genomslag i den svenska sinnessjukvården var feberterapi av olika slag, insulinchockbehandling samt några former av krampterapier. Jämte dessa fick psykokirurgisk terapi en framträdande roll i svensk sinnessjukvård.



Insulinchockbehandlingen utvecklades av den tyske läkaren Manfred Sakel i början av 30-talet. Behandlingen varade flera dagar och startade varje morgon med att patienten på fastande mage fick en insulininjektion. Doseringen anpassades individuellt med målsättningen att patienten skulle gå i coma under 30–45 minuter. När sockerlösning tillfördes via slang genom näsan, vaknade patienten för att med av behandlingen stimulerad aptit äta sitt första mål mat för dagen. Behandlingen verkade avslappnande och ansågs ha god effekt på schizofrena tillstånd. Metoden tillämpades också på näringsvägrare.

Optimismen var stor över behandlingsresultaten. Sakel angav själv att han hade botat 88 % av sina patienter. Andra rapporter från kliniker runt om i Europa angav



*Julen var en stor högtid på sjukhuset som firades med den stora julfesten. Avdelningarna pyntades rikligt som här i paviljong 2 någon gång på 1930-talet. Foto Medicinhistoriska museet.*

lägre siffror, men ändå så höga som 50 %. Behandlingen var emellertid förknippad med vissa risker. Patienterna kunde reagera med kräknings- och krampanfall. Behandlingen innebar stora påfrestningar på hjärtat och kunde framkalla epileptiska anfall. Under coma måste patienten övervakas noggrant.

1938 kunde sjukhusledningen på S:ta Maria rapportera till Medicinalstyrelsen att insulinbehandling hade börjat tillämpas i mindre skala. För behandlingen hade en särskild läkartjänst inrättats. En insulinavdelning hade ställts i ordning på avdelning 1B2. En vanlig behandling innebar att patienten under en period gavs cirka 50 coma. Vilken effekt behandlingen hade på patienterna kan diskuteras. Själva behandlingssituationen tycks emellertid ha verkat positivt på de flesta patienter. Inga Johansson, tidigare översköterska, arbetade under en tid på insulinavdelningen:

*"Man lärde känna patienterna bättre på insulinavdelningen. De var mer avspända här. Den personliga kontakten mellan personal och patienter under behandlingstiden var viktig. Det var samma personal hela tiden. Spänningen släppte hos patienterna när de märkte att de kunde lita på en. De kunde öppna sig mer. Hur insulinet verkade på patienterna är svårt att svara på."*

Insulinbehandlingen kan betraktas som den biokemiska psykiatrins genombrott. Under 30- och 40-talet – de många experimentens decennier – fanns också idéer om att många sjukdomstillstånd berodde på autointoxikation, dvs. självförgiftning. En sådan hypotes kunde resultera i behandling enligt den s.k. aschner-kuren med laxermedel, långa varma bad och konstgjorda febertoppar framkallade med preparat som sulfosin. Pyrifera hade en liknande verkan som sulfosin och användes intensivt under 1930-talet på S:ta Maria. Tilltron till medlet var stor: *"Förbättringar i stort antal ha inträffat och det synes, som om man genom*

*pyriferen fått en behandling av den sjukdom, där man förut stått praktiskt taget maktlös.”<sup>35</sup>*

Febertillståndets hjälplöshet ansågs också kunna bryta isoleringstendenser hos patienten. Ett medel som också ansågs ge indirekta positiva effekter på sjukdomstillstånd var t.ex. den s.k. Chaulmoograoljan som injicerades på matvägrare, vilka därefter rapporterades äta med god aptit.<sup>36</sup> På S:ta Maria tillämpades dessutom dieter mot särskilda former av psykosor.

Men det var med insulinchockbehandlingen som psykiatrin via kemiska preparat på allvar gavs förhoppningar om att kunna bota sinnessjuka. Särskilt gynnsamt ansågs chockerna verka på schizofrena tillstånd. 1942 redovisade S:ta Maria siffror som visade att hela 93 % av schizofrena patienter med upp till 1/2 års sjukdomstid tillfrisknade. Procentsatsen sjönk till 50 % för sjukdomstider upp till 1 1/2 år. Samtidigt var läkarkåren medveten om att man egentligen inte visste vad som verkade i den sjukens organism. Men resultat kunde konstateras av behandlingen. Och de ansågs goda.

En liknande optimism framkallade medlet Cardiazol som vid injicering orsakade epileptiska anfall. Den ungerske läkaren Meduna hade 1933 konstaterat en biologisk antagonism mellan epilepsi och schizofreni, dvs. att epilepsi aldrig kombinerades med schizofreni. Om epilepsi kunde framkallas på konstgjord väg hos schizofrena patienter, resonerade Meduna, borde man kunna förutsätta att det schizofrena tillståndet förbättrades. Cardiazolbehandlingen var emellertid obehaglig och ångestskapande för patienterna och dessutom besvärlig för personalen. En läkare och 3–4 skötare behövdes för att hålla patienten stilla. Efter injektion varade anfallet i ett par minuter. Resten av dagen låg patienten i sängbälte. Behandlingen upprepades 2–3 gånger per vecka i cirka tio veckor. Förutom den framkallade ångesten orsakade

behandlingen stora påfrestningar på hjärtat. Krampanfallen kunde dessutom resultera i frakturer.

Samma effekter som Cardiazol framkallade, men utan dess nackdelar menade italienarna Bini och Cerletti sig ha funnit genom att leda elektrisk ström genom huvudet på sinnessjuka patienter. Med 80–115 volt under tid av 0,5–0,7 sekunder uppnåddes samma goda resultat som med Cardiazol på schizofrena tillstånd. Senare kom metoden också att användas mot depressioner. I Sverige började el-terapin användas 1940. Det var en enkel, praktisk och smärtfri behandling: *"Även på de mest motsträviga patienter brukar det gå ganska lätt att spänna fast elektrobandet runt huvudet – och sedan kan chocken utlösas omedelbart genom nedtryckning av en kontaktknapp."*<sup>37</sup> Elbehandlingen var dessutom billig. Kostnaden var bortsett från själva apparaturen beräknad till mindre än ett hundradels öre. *"Alla dessa fördelar gör elbehandlingen till en enkel och trevlig behandlingsmetod i sitt slag."*<sup>38</sup> Några nackdelar rapporterades emellertid. Vid de utlösta krampanfallen hände det att patientens käkar gick ur led och kotor komprimerades. För att hålla patienten på plats spändes en rem över livet. Fem skötare fick dessutom hålla ned patientens knän, axlar och armar för att motverka att lederna hoppade ur. Efter krampan kunde tillfälliga andningsstillestånd tillstå.<sup>39</sup> Liksom beträffande de andra chockterapierna visste man egentligen inte på vilket sätt chockerna verkade. Man såg bara effekterna.

Elektrochockbehandlingen var en stor framgång för den medicinska sinnessjukvården. På S:ta Maria inleddes behandling med ECT redan 1941. Behandlingsläkaren Axel Varenius rapporterade 1942 till Medicinalstyrelsen att *"Det var ej utan lättnad man fann sig kunna lägga bort cardiazolsprutan vilken hos ett antal patienter utlöste stark ångest."* ECT kom att fungera parallellt med insulinterapin. De nya behandlingarna fick snabbt en stor omfattning.





*Elchockbehandling innebar jämfört med Cardiazolchockerna en skonsamare behandling för patienterna. Med den lilla behändiga och bärbara apparaten kunde chocker delas ut såväl på särskilda behandlingsavdelningar som direkt på vårdavdelningarna. Foto Ulf Celander.*

1942 gavs 3.292 insulinchocker och 4.668 ECT-behandlingar på S:ta Maria. Liksom vid insulinbehandling gavs ECT på särskilda salar med plats för åtta patienter.

Den lilla praktiska ECT-apparaten kunde också transporteras runt på vårdavdelningarna. På de stora oroliga och halvroliga avdelningarna var det vanligt att ge ECT på sovsalarna. Patienterna fick lägga sig i sängarna. Många patienter var förskräckta och gömde sig när den vitmaljerade plåtlådan bars in på avdelningen. Vid den här tiden fanns ännu inga muskelavslappnande preparat och de utlösta kramperna såg otäcka ut. En skötare som arbetade på S:ta Maria under 40-talet berättar:

*"De kom in på avdelningen med en apparat, en låda som man satte på ett bord vid sängen. Så sattes elektroderna fast på tinningarna, likt telefonlurar. Det var läkare som skötte det. Då hade man inga muskelavslappnande sprutor. Det var bara pang..."*

Under 30-talet gjordes på kontinenten också experiment med kirurgiska ingrepp i hjärnan. 1936 presenterade den portugisiska professorn Egas Moniz lobotomin som avsågs vara ångestreducerande. Utgångspunkten för Moniz upptäckt var en serie försök att operera bort pannloben på chimpanser, vilket resulterade i beteendeförändringar. Genom att skära av nervtrådarna som förbinder pannloben med övriga hjärnan uppnåddes motsvarande effekt på människor. 1944 gjordes de första så kallade prefrontala leucotomierna i Sverige. Också dessa ingrepp ansågs framgångsrika och ökade starkt i antal. Från 1947 till -48 ökade antalet lobotomier i Sverige från 127 till 419. Av dessa utfördes sju på patienter intagna på S:ta Maria.



*Skyddshandskarna var ett vanligt s.k. mekaniskt skyddsmedel. De hindrade den orolige patienten från att riva, slita och klösa såväl sig själv som tyger och andra patienter. Handskarna fanns i olika modeller, från riktigt styvt och hårt läder till mjukare tyghandskar. Handskarna lästes fast på patienten med de små runda patentlåsen. Det smårutiga buldantyet som de fotograferade handskarna ligger på användes som täcke till patienter som annars rev sönder vanliga textilier. Foto Ulf Celander.*

### *Bad, narkotika och skyddsmedel*

Trots den stora tilltron till de nya medicinska behandlingarna var det ett förhållandevis litet antal patienter som behandlades i kurerande syfte. Oroliga patienters medicinering var utpräglad symtomdämpande. Dessa ordinerades lugnande medel som Medinal och Trional, av vilka patienten föll i sömn. Agitationstillstånd lindrades också med kemiska preparat som bromlösning eller Luminal. Luminal användes ibland också under längre perioder. Apomorfin var ett annat läkemedel som gavs i höga doser till besvärliga patienter. Preparatet framkallade smärtor med illamående och kräkningar och var ytterst obehagligt för patienten.<sup>40</sup> För exempelvis depressioner rekommenderades "opiumtinktur". Ännu så sent som 1948 anmärkte Medicinalstyrelsens överinspektör för sinnessjukvården att man på S:ta Maria – framförallt på de kvinnliga avdelningarna – ännu i allt för hög grad "var bunden till relativt stora doser narcotica, en princip som ju den moderna terapin mer och mer har gått ifrån."

Användning av s.k. mekaniska skyddsmedel var ett sätt att begränsa oroliga och besvärliga patients rörelsefrihet. Isoleringcell var ibland ett alternativ för oroliga och farliga patienter. Patienter som rev sönder kläder och sängtäcken fick kraftigt buldantyg. Det var tungt och skavde men var mycket svårt att riva sönder. Till oroliga patienter användes dessutom bälten med vilka den intagne spändes fast i sängen eller kanske i en stol. Metoden var vanlig, inte minst på de mest överbelagda, oroliga avdelningarna. Särskilt på de kvinnliga avdelningarna användes sängbälten ofta.<sup>41</sup> Med små låsbara remmar kunde patienten dessutom fixeras till händer och fötter. Till de mekaniska skyddsmedlen räknades också speciella skor, läder- och tyghandskar som låstes på patienten med små patentlås. De låsbara skorna hindrade patienten att springa barfota. Tyg- och läderhandskarna



försvårade för patienten att riva sönder saker, och inte minst sig själv och andra medpatienter. En annan ordination var tvångsmatning. Näringsvägran var ett vanligt tillstånd hos flera patienter och behandlades med sondmatning genom att en gummislang fördes ned genom näsan i matstrupen.

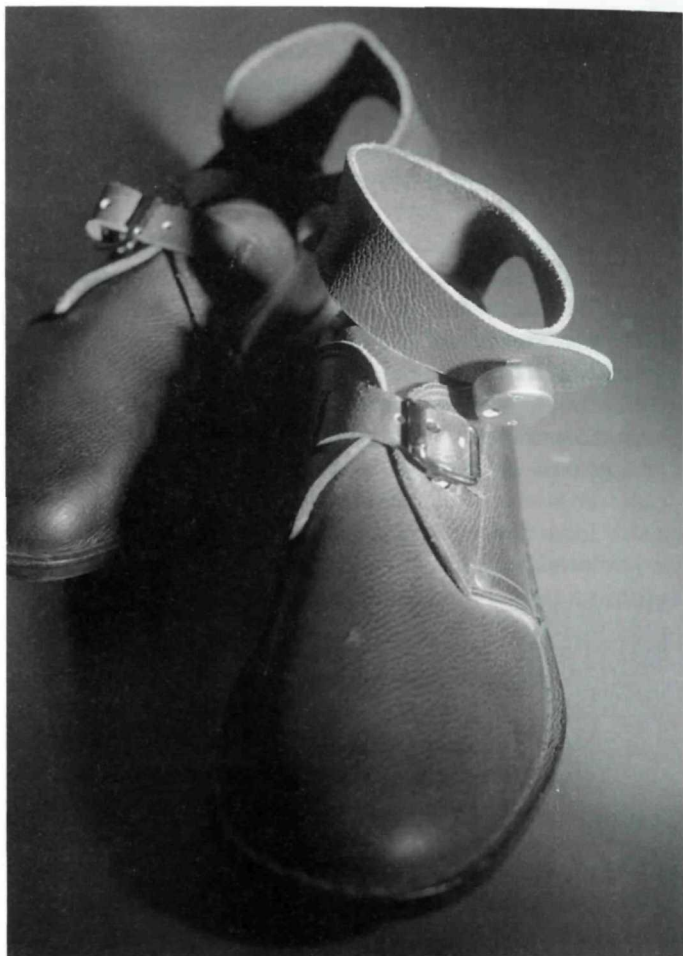
Vid sjukdomstillstånd med stark oro tillämpades ännu på 30-talet långbad eller prolongerade bad. Vid långbadsbehandling placerades patienten i ett badkar med ca 35 gradigt vatten. Badet ansågs ha en lugnande inverkan på oroliga tillstånd. En kur kunde vara flera veckor. Efter frukost lades patienten i karet. Det var inte ovanligt att behandlingen varade hela dagen och att middagen intogs i badet. För riktigt oroliga patienter fanns kanvasdukar som spändes över badkarskanten med håll för patientens huvud och påfyllning av vatten.

## Att arbeta och bo på sjukhuset

### *En rörlig yrkeskår*

Personalen på de svenska sinnessjukhusen var en rörlig arbetsgrupp. Många av dem som kom för att tjänstgöra på Hälsingborgs hospital 1927 hade tidigare arbetat på andra sinnessjukvårdsanstalter, exempelvis Växjö, Lunds, Göteborgs och Strängnäs hospital. Bara en mindre del av den första skötarpersonalen kom från Helsingborg.

Sköterskan Anna Hjelm var en av dem som började arbeta på S:ta Maria under det första året. I boken *Modern svensk sinnessjukvård*<sup>42</sup> berättar hon om den första tiden på sjukhuset. Före Hälsingborgs hospital hade hon varit sköterska på Långbro och senare på Stockholms Hospital. Det var en Anna Hjelm med stor tillförsikt som kom till det nya, stora sjukhuset utanför Hälsingborg. Allting var nytt. Avdelningarna var "smakfullt och dyrt"



*En del patienter vägrade ibland att ha kläder och skor på sig. Till sådana patienter fanns särskilda overaller som knöts på ryggen samt skor som låstes fast på fötterna med de runda patentlåsen.  
Foto Ulf Celander.*

inredda. Särskilt de lugna avdelningarna "var mycket vackra med bekväma skinnfåtöljer och stilfulla gardiner." Men det fanns också brister. Frigångarpaviljongerna hade t.ex. varken badrum, tvätt eller kök för personalen. Hjelm saknade också rinnande vatten i personalbostadsrummen, dammsugare, bonmaskiner och rikstelefoner på avdelningarna.

Sammanlagt arbetade 350 personer på sjukhuset det första året. Av dessa var sjukvårdspersonalen i majoritet, drygt 250. Av sjukvårdspersonalen fanns vid starten ca 70 skötare mot ungefär 170 sköterskor. En av orsakerna var att man i högre grad än tidigare ville få in lasarettsutbildade sjuksköterskor i sinnessjukvården. Man hade gjort erfarenheten att avdelningar med kvinnlig personal var lugna än dem med manlig. Sköterskorna hade dessutom somatisk sjukvårdsutbildning vilket ansågs som en stor fördel, inte minst då sinnessjukhusen avsågs likna de somatiska sjukhusen. En tredje fördel var att den kvinnliga personalen hade ca 20 % lägre lön än motsvarande manlig. På 30-talet utgjorde andelen kvinnlig personal 42 % på de manliga avdelningarna. Det var i jämförelse med andra sinnessjukhus i Sverige en oerhört hög siffra. Effekterna upplevdes emellertid inte bara som positiva. De manliga skötarna var inte vana att kommenteras av kvinnliga översköterskor. I ett "brev från Häl-singborg" skrev signaturen "Y" i Humanitet 1928:

*"Det skall alla veta att det verkligen är ett kjortelregemente som här föres. På sina håll ett veritabelt sladdersystem där det gäller för viss personal att vara mjuk i ryggen och snabb i vändningarna, om framtiden skall bli någorlunda lovande."*

En normal karriär för skötarpersonalen var att börja som semestervikarie. Som sådan flyttades man runt på de olika avdelningarna i treveckorsperioder. Man betygsattes och om man dög, kunde man samtidigt som man praktiserade

få gå den "lägre kursen" för skötare på sjukhuset. Efter elevtiden kunde man bli extraordinarie skötare, sedan ordinarie. För att göra karriär som försteskötare, översköterska eller motsvarande krävdes en så kallad högre kurs.

Den andra stora personalkategorien – ekonomipersonalen – var uppdelad i de olika tjänster som behövdes för sjukhusets praktiska drift. 1927 fanns maskinister, trädgårdsmästare, bageriförestånderska, chaufför, tvättförestånderska, eldare och ladugårdsföreståndare. Sjukhusets hantverkare var snickare, skräddare, skomakare, målare, murare, elektriker, reparatör, smed och plåtslagare. Tillsammans illustrerar dessa olika tjänster sjukhusets höga självförsörjningsgrad. Eftersom patienternas samsättning ansågs ha en terapeutisk funktion spelade många av dessa hantverkare dessutom en central roll i den dagliga skötseln av de sjuka.

#### *Reglemente, ordning och disciplin*

Sinnessjukvårdens organisation reglerades sedan 1929 i Kungl Maj:ts stadga. För varje sinnessjukhus ansvarade en direktions som var underordnad Kungliga Medicinalstyrelsen. Överläkaren, tillika sjukhuschefen, var underställd direktions och utövade den direkta ledningen av sjukhuset. För den ekonomiska driften ansvarade syssломannen, senare benämnd sjukhusintendent. S:ta Maria var uppdelad i tre avdelningar med var sin överläkare, varav en alltså var sjukhuschef. Till varje avdelning fanns underläkare. Det fanns också läkare för sjukhusets somatiska vård respektive specialbehandlingar med insulin, cardiazol och elektrochocker.

*"En överläkare är sjukhusets chef. Vid hans sida arbeta vanligen ytterligare läkare (överläkare, förste och andre läkare m fl), var å sina sjukhusavdelningar. Läkarna föra sjukjournalerna. Den dagliga arbetsledningen ombesörjes av uppsy-*



ningspersonalen (förestånderskor och uppsyningsmän). Varje enskild sjukavdelning ledes av en översköterska (översköterske), som bär ansvaret för dess skötsel och förråd samt handhar sjukvården enligt läkarens anvisning och under sig har sköterskor (skötare). Översköterskan för löpande anteckningar över sina patienter (blå böcker). Vid ledighet avlöses den 'ansvariga' av en 'nästansvarig' sköterska (skötare). I arbetslokalerna bedrivs arbetet under ledning av särskilda hantverksförestånderskor eller – föreståndare (skomakare, skräddare, väverskor, sömmerskor osv). För sjukhusets drift ansvarar närmast en syssloman, vilken vid sin sida har en kontorspersonal. Driftarbetet utföres av ekonomipersonal.”<sup>43</sup>

Personalens förhållande till patienten reglerades också:

*”Ingen får hava större eller mindre förmåner, än han är berättigad till, ingen får utmärkas på andras bekostnad eller nedsättas under sina kamrater. Tillsägelser eller tillrättavisningar skola göras lugnt och sansat. Patienterna tilltalas efter bruket i den samhällsklass de tillhöra eller med de titlar, som tillkomma dem, och aldrig i en olämplig, familjär ton.”<sup>44</sup>*

Personalens förhållningsregler var dessutom reglerade i en särskild disciplinstadga.<sup>45</sup> Här återfinns den formella grunden till sjukhuspersonalens hierarkiska organisation. Liksom i den praktiska vården var övervakning ett centralt begrepp. De olika personalkategoriernas skilda positioner i organisationen medgav ett strängt ansvars- och övervakningssystem där den enskilde befattningshavaren ansvarade inför en överordnad och övervakade underordnade.

Förutom personalens uppförande reglerade disciplinstadgan också skötarpersonalens ansvar för patientens säkerhet. Så var skötaren/sköterskan personligt ansvarig för eventuella rymlingar. Likaså var personalen ansvarig för att patienterna inte hade okontrollerad tillgång till verktyg eller andra föremål som kunde användas

das i oavsett syfte. Ett självklart åliggande var att hålla dörrar låsta. I vården hade skötarna dessutom en viktig funktion att fylla som rapportörer till läkarna om patienternas hälsotillstånd.

### *Sjukhuset som bostad*

En stor del av sjukhusets personal bodde i särskilda tjänstelägenheter eller rum. Som mest fanns det ungefär 275 lägenheter på sjukhuset. För gift personal låg två långa bostadshus vid områdets sydöstra infart med sammanlagt 28 lägenheter om två rum och kök. På var sin sida om huvudinfarten låg två mindre flerfamiljshus för överläkare och i sjukhusområdets sydvästra hörn fanns chefsläkarvillan. Som skötare/sköterska hänvisades man inledningsvis till ett dubbelrum i anslutning till en avdelning. Efter några år kunde man få ett enkelrum. Rummen på avdelningarna var spartanskt inredda med nutida mått mätt. Det fanns en säng, några stolar och ett skåp. I personalkorridoren fanns ett litet pentry där man kunde koka sig en kopp te.

Med all personal samlad på en förhållandevis liten yta utgjorde sjukhuset en tät social miljö. Alla kände alla även om det fanns skarpa sociala gränser mellan exempelvis läkarna och skötarpersonalen. Många par träffades på sjukhuset och gifte sig. Det hände ofta att barnen gick i sina föräldrars fotspår och tog anställning. Många nyanställda hade dessutom lockats till sjukhuset av släkt och vänner vilket ytterligare förstärkte känslan av samhörighet. Eftersom man bodde och arbetade på sjukhuset måste personalen också äta där – morgon, middag och kväll.

En f.d. skötare berättar:

*"Jag bodde på sjukhuset. Det var man tvungen att göra om man var ogift. Och skulle man gifta sig var man tvungen att ansöka*

hos direktionen, dels för att få flytta från sjukhuset, dels för att få gifta sig. Dom ville väl ha en reserv på sjukhuset. Det fanns alarmsystem med en tavla i korridoren där man bodde. När någon behövde hjälp trillade en tablå ned samtidigt som en klocka ringde. Jag bodde i dubbelrum de första åren. Sedan fick jag enkelrum. Jag bodde 20 år på sjukhuset, fram till 1960. Jag hittade min fru på sjukhuset. Det var vanligt. Det var många som träffades på sjukhuset. Man måste också äta på sjukhuset. En dag i veckan, dvs fridagen, kunde man skriva av maten. Men inte mer än en dag per vecka. Vi åt i en matsal. Det var olika klasser på matsalarna. En sal för översköterskor. En särskild för läkare, en för kontorspersonal. Det är konstigt idag, men var inte så märkvärdigt då."

Att som barn växa upp i sjukhusmiljön gav särskilda erfarenheter. Det fanns många barn på sjukhuset att leka med. Men som barn drabbades man också av de föreställningar som omgivningen hade om sjukhuset. Anders Varenius är idag överläkare på psykosenheten på S:ta Maria och har hela sin barndom förlagd till sjukhuset:

*"Vi gick på Magnus Stenbockskolan. Det var ju alltid förenat med löje att säga var man kom ifrån. Det väckte alltid skratt. På 40- och 50-talet fanns det människor som gjorde utflykter till sjukhuset för titta på de sjuka. Det tyckte vi var väldigt upprörande. Redan som barn tyckte vi att det var något sjukt i det."*

### *En organiserad personal*

Eftersom personalen på det nya hospitalet till stor del kom från andra statliga anstalter, bildades fackföreningar redan tidigt invigningsåret 1927. Den 3 mars bildade sjukvårdspersonalen avdelning 20 inom Svenska hospitalpersonalens förbund. De 41 första medlemmarna leddes av ordföranden, överskötaren Johan Ottoson. Den 20 maj bildades ekonomipersonalens fackförening, avdel-

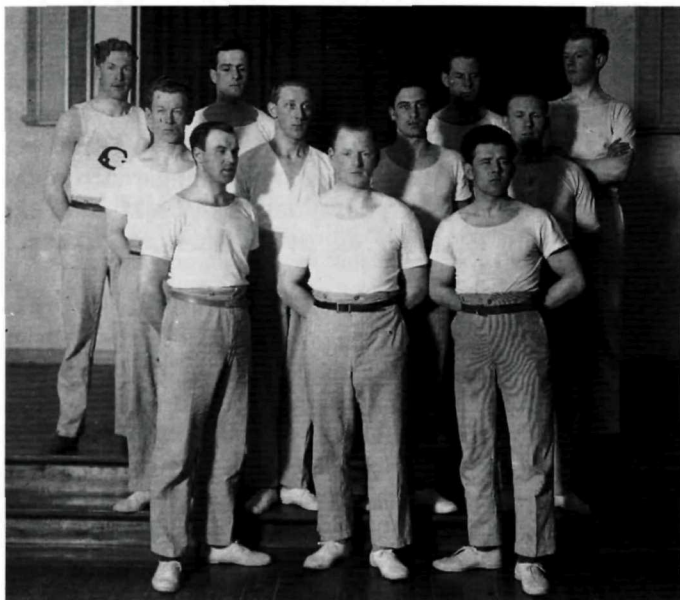
ning 16 inom Svenska Hospitalens ekonomipersonals förbund. Avdelningen bestod vid starten av 23 medlemmar med Ove Öhrström som ordförande. Avdelningarna fungerade separat från varandra till och med årsskiftet 1961/62. Centralt hade de båda förbunden gått samman 1941. Tillsammans bildade de bägge avdelningarna Svenska kommunalarbetareförbundet avdelning 40, sektion 10 när Malmöhus läns landsting tog över driften av sjukhuset 1967.

De fackliga frågorna präglades från början av praktiska problem. De första åren på sjukhuset blottlade brist på personalutrymmen. Personalen bodde trångt i enkel- eller dubbelrum. Hyressättningen var en annan fråga som återkom genom åren. Den första tiden innebar också krav på förbättrade uniformer, bättre mathållning och inte minst förkortade arbetstider. En med moderna mått mätt märklig fråga som drevs under ett flertal år var sjuksköterskornas rätt att bli tilltalad "syster".

Fackföreningens aktiviteter var också av social karaktär. Föreningen ordnade regelbundet fester med dans. Kontakten med andra avdelningar runt om i landet odlades flitigt. Man skickade och mottog skrivelser från andra sjukhus med förfrågningar om rutiner vid t.ex. semesterfördelning, arbetstider eller olika personalkategoriernas kompetensnivåer. Avdelning 20 hade dessutom utbyte med danska sjukhus. I april 1928 hade man besök av kollegor från Roskilde som kom för att studera "*ett modernt sinnessjukhus samt, och särskilt, för att studera arbetsterapi*".

Insamlingar av olika slag var en ofta förekommande del i den fackliga verksamheten. Man försökte sätta igång en sjukkassa på 20-talet. Men ännu på 40-talet gick insamlingslistor runt bland personalen för behövande medlemmar. En viktig del i föreningslivet var också att uppvakta sjukhusledningen när någon av medlemmarna





*God fysisk trim var en viktig egenskap hos den manliga personalen. Här är personalens gymnastiktrupp uppställd i festsalen någon gång på 1930-talet. Foto Medicinhistoriska museet.*

hade behandlats fel. Inte minst vanlig var styrelsens uppgift att vid behov tala otrevliga eller orättvisa överskötare/-sköterskor tillrätta.

En väsentlig del av den fackliga verksamheten var frågorna om personalens utbildning. 1907 hade kursplanerna för skötarpersonalen fastställts av Medicinalstyrelsen. Elevtiden bestämdes till ett år varav den regelrätta utbildningen bara var cirka en vecka. Sämst förutsättningar hade utan tvivel den manliga skötarpersonalen. Denna hade inte tillgång till lasarettutbildningen, vilken var förbehållen kvinnor.

Utbildningskommitten i avdelning 20 verkade inte bara för att höja medlemmarnas kunskaper i sinnessjukvård utan kunde också exempelvis 1930 ge bidrag till en av medlemmarnas stipendiekurs i "litteraturkännedom". 1932 rapporterades att 132 av sammanlagt 177 medlemmar hade deltagit i studiecirklar. "I engelska språket 11 st, i esperanto 12, i kommunal- och statskunskap 17 samt i ärftlighetslära och raskunskap 90".

Den fackliga verksamheten på S:ta Maria sjukhus tycks endast i liten utsträckning ha omfattat vårdfrågor. Det kan tyckas anmärkningsvärt att inte ens de nya arbetsförhållanden som 40- och 50-talets behandlingsformer innebar medförde att nya frågor drevs. I mötesprotokollen figurerar vårdfrågorna bara i sekundära sammanhang. 1928 återfinns en av de få åtgärderna direkt kopplade till vården – vårdpersonalens önskan om att få kvittera ut stövlar till långbaden. Ett annat exempel är kravet på större tilldelning av rengöringsmedel för att minska spridningsrisken av TBC – en sjukdom som hade en besvärande omfattning också på 40-talet. Säkerheten för personalen var däremot en fråga som drevs fackligt. Erik Almqvist, tidigare överskötare och ordförande i SKAF avdelning 40, sektion 10, berättar:

*"Men det var inte alltid som man fick igenom sina krav. På 50-talet t.ex. drev sjukhusledningen igenom minskad personalstyrka under kvälls- och nattjänstgöring på de heloroliga avdelningarna. I alla år hade man varit tre kvälls- och nattvakter. Men nu blev man bara två. Likaså krävde ledningen ett visst utbyte av manlig personal mot kvinnlig under dagtid - en konstruktion som den manliga personalen var helt emot med åberopande av otrygghetsfaktorn och säkerhetsriskerna, men som de ändå fick leva med. Sådana åtgärder var länge i de fackliga debatternas centrum och blev långa tider nästan dagligt samtalsämne bland skötarna."*

## Administration och försörjning

För den ekonomiska driften och administrationen av sjukhuset var en liten avdelning med sysslomannen – eller intendenten som befattningen senare skulle benämnas – ansvarig. Till sysslomannens hjälp fanns en bokhållare, kassör, kameral- och skrivbiträden, vilka tillsammans bildade en arbetsstyrka på cirka tio personer. Med staten som huvudman var den administrativa funktionen på de svenska sinnessjukhusen mycket likartad inbördes. Bestämmelserna var desamma och cirkulären från Kungliga Medicinalstyrelsen gällde såväl i Piteå som i Helsingborg. Liksom för skötarpersonalen var förutsättningarna gynnsamma för kontorspersonalen att flytta från sjukhus till sjukhus. De ekonomiska ramarna var också desamma för de olika sinnessjukhusen. Anslagen relaterades direkt till storleken på sjukhusen, vilka delades upp i tre storleksklasser. Utifrån dessa placerades de administrativa tjänsterna i olika lönegrader.

Trots likvärdiga ekonomiska ramar var sparniten stor bland sysslomännen runt om i landet. När Medicinalstyrelsens årsberättelser kom jämfördes de ekonomiska resultaten. Det var lätt att se vilket sjukhus som hade lägsta kostnad per patient och år. I den här konkurrensen intog S:ta Maria en framskjuten position i många år. Under de första åren var sjukhuset billigast i drift räknat på totalkostnad per dag och patient. Med 2 kronor och 84 öre 1929 var driften av S:ta Maria i särklass billigast av de statliga sinnessjukhusen. De låga driftskostnaderna bibehölls även under de kommande åren. Drygt 30 år senare hade S:ta Maria i detta avseende sina allvarligaste konkurrenter i Birgittas sjukhus i Vadstena och Sundby sjukhus i Strängnäs. Ett sätt att spara var att i mesta möjliga mån reparera trasig materiel istället för att kassera. I de olika verkstäderna fanns kunnigt folk som kunde laga

det mesta. Dessutom utförde sjukhusets egen personal installationer, ändringar och ombyggnader.

En post som var särskilt tacksam för besparingsåtgärder var kosten. Då som nu gällde det att minimera svinnet, vilket inte var lätt med patienter som ena dagen matvägrade, andra dagen åt normalt. Den mat som blev över samlades in i ett centralt kylrum i köket och såldes vidare till svinuppfödare. En annan post som officiellt inte räknades med, men som var av stor betydelse för sjukhusets drift var det arbete som patienterna utförde i parken och trädgården. Varje dag på sommarhalvåret var ett 150-tal patienter sysselsatta i park- och trädgårdsarbete. Också under sjukhusets första år var patientarbetet betydelsefullt.



*Bageriet var en vital del i sjukhusets strävan till självförsörjning. Trots de första årens problem att få ugnarna att fungera var säkert konstruktionen den modernast tänkbara.*

*Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*





*Med trädgårdsprodukter som bär, frukt och rotfrukter var S:ta Maria i stort sett självförsörjande. Vissa produkter bjöds till och med ut till andra statliga sinnessjukhus. Utearbete i trädgården invid vattenverket 1929. Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*

Varken trädgård eller park var då uppvuxen. Istället var anläggningsarbetena omfattande. Här sammanföll på ett för sjukhuset praktiskt sätt arbetets terapeutiska syften med den ekonomiska förvaltningen.

S:ta Maria drev den största trädgårdsanläggningen av de statliga sinnessjukhusen. Sjukhuset var därmed självförsörjande på bär – jordgubbar och hallon – frukt och rotfrukter. S:ta Maria var dessutom det enda sjukhuset som kunde offerera matråvaror till andra sjukhus. Varje år skördades upp emot 70 ton äpplen och plommon av hög kvalitet som erbjöds de statliga sjukhusen runt om i landet.

I parken räfsade patienter löv, krattade gångar och



*Snickeriverkstadens produktion var liksom andra terapiverkstäders ämnad för sjukhusets behov. Reparationer av möbler, men också viss nyproduktion ingick i uppgifterna.*

*Foto troligen på 30-talet, S:ta Maria sjukhusarkiv.*

rensade ogräs. I köket deltog patienter i enklare handräckningstjänst. Många kvinnliga patienter ägnade dagarna åt potatisskalning. Förutom renodlade tillverkningsarbeten som snickeri, borstbinderi och vävning assisterade patienter i de flesta verksamheterna. Patienter drog matkärrorna från köket ut till avdelningarna. De skottade snö, städade och tvättade. En speciell form av arbetsterapi var den tjänstgöring som några intagna hade hos tjänstemän på sjukhuset. Dessa hade möjlighet att leja arbetskraft bland patienterna för enklare hembiträdessysslor mot marknadsmässig betalning minus det avdrag som arbetsgivaren ansåg motsvara sjukdomens kapacitetsnedsättning.

## 1940-talet – kritik, kristider och stagnation

Samtidigt som psykiatrin tycktes göra stora framsteg under 30- och 40-talet blev kritiken mot sinnessjukvården allt häftigare. I böcker som "I som här inträden" (1942)<sup>46</sup> och "Föranleder ingen åtgärd" (1947) kritiserade författarinnan Astrid Varing den svenska sinnessjukvården skarpt. Dels diskuterades tvångsintagningssystemet, dels överbeläggning och bristfällig vård. Filmen från 1945 som byggde på "I som här inträden" vållade stor diskussion. Krafter fanns som ville förbjuda den fullständigt, t.ex. S:ta Marias sjukhuschef Velander. 1945 kallade han upp fackföreningens ordförande för att få veta "personalföreningens inställning" till filmen.



*Hälsingborgs hospital var ett modernt sjukhus med ett kulvertsystem som underlättade förbindelsen mellan de olika paviljongerna. Matkantinerna står färdiga att köras ut till vårdavdelningarna.  
Foto Medicinhistoriska museet.*

Men främst var det den stora överbeläggningen på sjukhusen som kritiserades, inte minst i dagspressen som t.o.m. gjorde undersökande reportage på sinnessjukhusen. I en artikel i Läkartidningen menade överinspektören för sinnessjukvården Gunnar Lundquist att överbeläggningen på de svenska sinnessjukhusen var så svårartad att "en återgång till gamla tiders asylsystem och förvaringsanstalter hotar //, och det är med den största beklämning jag på vissa oroliga avdelningar kunnat konstatera ett läge, som sannolikt är sämre än det någonsin varit i sinnessjukvårdens historia."<sup>47</sup> Tilltron till psykiatri i sig var emellertid större. Problemet var en kapacitetsfråga. Samme överinspektör gjorde 1947 ett överslag att cirka 300.000 människor i riket hade psykiska besvär som borde föranleda vård av specialläkare.



1944 byggdes en ny arbetsterapibyggnad, som avlastade de tidigare redan hårt belastade paviljongerna. Till den nya byggnaden förlades några av de hantverksmässiga arbetsterapierna, t.ex. skomakeriet. Här producerades skor såväl för personal som patienter. För oroliga patienter tillverkades dessutom skor med särskilda patentlås.  
Foto 1947, S:ta Maria sjukhusarkiv.





*Det ökade kravet på självförsörjning under kriget innebar bland annat att borggården togs i anspråk för linodling. Här tas den första skörden sommaren 1944. Foto S:ta Maria sjukhusarkiv.*

Man kan märka en tydlig stagnation i utvecklingsarbetet på S:ta Maria under 40-talet. Den finns ingen motsvarighet till den uppmärksamhet som den ovanligt intensiva arbetsterapin och stora andelen kvinnliga sköterskor tilldrog sig under 20- och början av 30-talet. Verksamheten drevs i gamla hjulspår. Årsberättelserna som under 30- och 40-talet blev allt tunnare och tunnare, innehåller oftast sparsamma anteckningar såsom "arbetsterapien pågår i oförminskad omfattning." Den allt högre överbeläggningen på sjukhuset innebar bland annat att de oroliga och halvoroliga avdelningarna var kraftigt överbelagda.

Överbeläggningen på sjukhuset hade tvingat fram en nybyggnad. 1945 invigdes en ny arbetspaviljong, den så kallade Röda ladan, vilken uppförts under kriget som flyktingförläggning. Flera av de gamla arbetsalarna kun-

de därför under de kommande åren byggas om till vård-salar. Sjukhusets kapacitet utökades därmed till 1.293 platser.

Säkert var överbeläggningen en av orsakerna till att det somatiska sjukdomsläget på sjukhuset var besvärande. Tuberkulosen härjade ständigt i växlande grad. 1929 utgjorde andelen dödsfall i TBC 42 % av de totalt 51 dödsfallen på sjukhuset. Halsfluss tycks ha varit en vanligt förekommande sjukdom med ibland epidemisk spridning.

Stagnationen på sjukhuset blev inte bättre av krigsårens besparingar. Den redan mycket snålt tilltagna budgeten för S:ta Maria skars ned ytterligare. Kungliga Medicinalstyrelsen skickade ut cirkulär om olika besparingsåtgärder. Rumstemperaturen på avdelningarna skulle sänkas till 18° och fick absolut inte överstiga 19°, för att på natten sänkas till 16°. Antalet bad skulle halveras. Såpa, tvål och andra rengöringsmedel ransonerades. Matportionerna skulle ytterligare kontrolleras för att minska svinnet. Inventarier och persedlar skulle i än högre grad repareras. Samtidigt som flitpengarna skars ned beordrades patienternas arbete att helt inriktas på försörjningen av sjukhuset.

### Att tas om hand – två liv i sjukhusets hägn

Utredningar, platsantal, byggande, arkitektur, personal, bostäder, reglementen, vård och medicinering. Allt detta tycks ibland ha sin egen historia, men kretsar egentligen kring sjukhusets huvudperson – patienten. Vi har konstaterat att det fanns en stor uppsättning behandlingsformer, instrument, regler och metoder för att ta hand om patienten. Men hur gick den praktiska behandlingen till? Vilka terapier användes till vilka tillstånd? Och inte minst – hur beskrevs de olika tillstånden? Svar på sådana

frågor står att finna i sjukhusets journalarkiv. Låt oss följa några slumpvis utvalda öden i sinnessjukvårdens labyrinter.

### *På halvlugn avdelning*

Ingrid Södergren<sup>48</sup> föddes på 1880-talet i en mindre stad i södra Sverige. Som barn hade hon en gång fått hjärn-skakning, tappat talförmågan under några dagar och sedan dess haft ett ojämnt och ganska häftigt humör. Vid 25 års ålder gifte hon sig och fick fyra barn med en man som hon emellertid efter några år skiljde sig ifrån. Journalen berättar:

*"Sedan sommaren 1917 har pat. blivit alltmer orolig, retlig och nervös. Var bättre vintern 1917-18, blev åter sämre hösten 1918, hon var då orolig och förtvivlad 'den ena idén följde den andra'. Vårdades av läkare..."*

Ingrid Södergren blev allt sämre, periodvis var hon "ytterligt retlig och hätsk". Efter att ha varit inlagd kortare tid på vilohem togs hon 1922 in på Lunds hospital. Här fortsatte hennes oregelbundna humör, ömsom lugn och sällskaplig, ömsom arg och lättretad. De glesa journalanteckningarna avspeglar ytterst få behandlingar med medicinska preparat. Ingrid hade börjat leva ett liv på hospitalet, ett liv endast anmärkningsvärt i de stunder hon skiftade humör eller företog sig något utöver vardagsrutinerna.

Ingrid Södergren kom att ingå i den första patientgenerationen på Hälsingborgs hospital. Liksom många medpatienter förflyttades hon till det nybyggda hospitalet 1927, dels för att avlasta Lunds hospital, dels för att hon på så vis kom närmre sina hemtrakter. Ingrid fick diagnosen "dementia præcox", en ålderdomlig beteckning på schizofreni. Hennes beteende på det nya sjukhu-



*Syarbete var en vanlig sysselsättning för de kvinnliga patienterna.  
Foto 1933, S:ta Maria sjukhusarkiv.*

set skiljde sig inte mycket från förr. Det ojämna humöret ställde till problem, likaså hennes försök att kontakta det motsatta könet. De första journalanteckningarna meddelar:

*"2/12 1927. Är för det mesta tyst och lugn. Sysslar med handarbete. Har någon gång hörts fråga om hennes son har hörts skrika någonstades. Försökte på en biografföreställning att få sätta sig på manssidan och gick efter föreställningen fram och språkade med en manlig patient och blev förargad och grälade, då hon blev ombedd att följa med till avdelningen.*

*21/1 1928. Ofta på dåligt humör eller häftig och grälände, då hon inte får som hon vill och råkar ibland i delo med andra patienter. Intresserad av manliga patienter och försöker komma i kontakt med dem på biografföreställningarna, pratar och slamsar. Slarvigt klädd. Har personförväxlingar. Tror sig ibland höra sin son ropa på hjälp.*



19/4 1928. Fortfarande ganska gott humör, men starkt erotisk betonad. Klutar ut sig, byter kläder ideligen på dagen, kråmar sig och 'har sig' på alla sätt. Ofta oordnad i sin klädsel. Ostädar i sitt rum. Klagar över dålig sömn emellanåt och att hon hör sina barn ropa ovanpå emellanåt."

Även om tillståndet och humöret växlade var Ingrid Södergren placerad på lugn avdelning. Hon var i sådant tillstånd att hon hade förmåga att väl utnyttja det nya hospitalets positiva kvaliteter. I ett brev till en tidigare patientkamrat den 16/10 1927 skriver hon:

*"Detta är en mycket vacker plats, hållen i ren stil, med välvårdade gräsmattor som gå parallella mellan byggnaderna. Ja, Du vet kanske att detta uppförandet är arkitekt Westmans. Du kan tro att jag har allaredan sprungit härutanför på gångarne. Och dito gjort två stycken skogs promenader i sällskap med syster Anna, en översköterska här på avdelningen. Det var på väg åt Vrams Gunnarstorp.*

*Här är ett vackert samlingsrum och jag knyttar, må du tro liksom andra gamla gummor. Ett par stycken örngått har jag även förfärdigat. Så har jag enskild sängkammare, där sover jag gott om nätterna. Ostört."*

Ibland var hon bra nog att få göra hembesök. 1932 åter såg hon sin bror och mor för första gången på tio år. Under det följande året gjorde hon flera hembesök. I stort skötte hon sig själv, sysselsatt med stickning och handräkning. Det noterades att hon var *"häftig och ofta otidig mot patienterna."* Under besvärliga perioder hände det att hon fick förflyttning till orolig avdelning.

*"11/7 1939. Mycket störande flyttas till avdelning 5D1.*

*2/9 1939: Sedan förflyttningen varit tyst och lugn samt hållit sig ren och snygg. Arbetar med handarbeten. God sömn och aptit. Flyttas till avdelning 1B2."*

Sammanlagt flyttades hon åtta gånger till olika avdelningar. Större delen av tiden på sjukhuset, varav de sista nio åren, var hon inlagd på 1B2, en halvluvn avdelning.

Efter några år på S:ta Maria ställdes diagnosen schizofreni. Troligtvis ansågs patienten inte vara mottaglig för den nya typen av behandling som experimenterats fram under 30-talet. Medicineringen av Ingrid Södergren var huvudsakligen tillfällig och av lugnande art. Under 20-talet medicinerades hon med bromlösningar. Efter att ha kommit till Hälsingborg varierades de tillfälliga bromordinationerna med lugnande medel som Trional och Medinal. Under 30-talet gavs dessutom Luminal. Någon gång ordinerades aspirin. Den stående ordinationen blev vanligare under slutet av 30-talet och 40-talet då hon under några veckors tid kunde medicineras med preparat benämnda Uretropin, Astrosan, Hypertonol och Tonocard.

För Ingrid Södergren blev S:ta Maria ett hem som hon bodde i från 1927 till hon avled i början av 50-talet. Hon hade då tillbringat halva sitt liv på sinnessjukhus.

#### *Den behandlingsresistente*

1932 kom lantarbetaren Arvid Nilsson till S:ta Maria sjukhus. Det var andra gången han lades in på sjukhuset. Första gången hade han under knappt ett års tid vårdats med diagnosen dementia præcox. På hösten 1929 hade han skrivits ut som tillfrisknad och åkt hem. Journalen konstaterar att Arvid Nilsson hade sjukdom i släkten. Modern var "mycket nervös och egendomlig". En syster var sinnessjuk. Fadern var stenhuggare. Trots enkla förhållanden hade Arvid Nilsson tagit realexamen och börjat i första ring på gymnasiet. Han beskrevs då som livlig och väl begåvad. Men på gymnasiet hade han under några tillfällen drabbats av "någon sorts smärtanfall med kallsvettning och ville därefter byta skola m.m." Det var efter dessa



*Dagrum på orolig avdelning i paviljong 6. Inredningen var spartansk, väggarna var nästan helt släta och möblerna mycket tunga, ibland fastskruvade i golv eller väggar för att bättre stå emot våldsamma patienters anfall. Många patienter på dessa oroliga avdelningar ansågs vara för oroliga för att skickas till utearbete eller terapiverkstäderna. Några kunde emellertid låta dagen gå sysselsatta med enkla ramvävar.*  
*Foto 1933, S:ta Maria sjukhusarkiv.*

anfall han hade skrivits in på hospitalet första gången. När han återvände hem började han arbeta litet med trädgårdsarbete. Men av begåvning och livlighet fanns nu inte många synliga tecken kvar:

*"Blivit alltmer slö och stupid. Stått eller suttit alldeles stilla.  
Hållit sig inne. Haft en del hörselhallucinationer."*

Arvid Nilsson skrevs åter in på hospitalet och lades in på avdelning 4A1.

*"11/12 1932. Var slö och slapp vid intagningen och måste bäras uppför trapporna. Måste också klädas av och badas utan att pat. på ngt. sätt ingrep aktivt.*

*22/12 1932: Fåordig svarar ej alltid på tilltal.*

*12/1 1933: Är stundtals rörlig, äter och kläder sig själv, plötsligt stelnar han till och blir fullkomligt kataton, står eller sitter i den ställning man ger honom."*

Arvid Nilssons sjukdom fortskred. Han blev rörligare men också allt bråkigare.

*"7/3 1933: Idag bråkig, nekar att taga på sig skjorta och kastar sängkläder och madrass på golvet, tog sedan tag i en av sköterskorna och klämde henne illa.*

*25/3 1933: Mindre stel än förut, hoppar kring på ett ben. God sömn och aptit.*

*14/4 1933: Kastat maten i golvet. Vält kull ett bord och slagit sönder en blomkruka.*

*5/5 1933: Idag besök av en syster, slog denna så fort hon närmade sig.*

*3/6 1933: Idag har pat. på promenadgården försökt hoppa över staketet samt upprepade gånger kastat sig handlöst på marken. En del dar går pat. ordentligt andra hoppar han på ett ben. Tilltalar aldrig någon, men svarar på tilltal och då i en viskande ton."*

I detta tillstånd vårdades Arvid Nilsson på halvlugn avdelning i paviljong 4 (4B3). Vid oroligare perioder flyttades han till orolig avdelning i paviljong 6 (oftast avd 6D2). Den oprovocerade aggressiviteten blev allt vanligare. Han slog och bet sina medpatienter utan synbar anledning. Arvid Nilsson hade blivit en besvärlig patient, opålitlig och stundtals våldsam, vilket under 30-talet kom att föranleda 26 flyttningar mellan olika avdelningar.

*"3/7 1941: Har idag fått ett orosutbrott. Slog och sparkade, vem som än kom i vägen för honom. Lugnade sig snart efter*



ett gram trional.

24/7 1941: Har hittills i juli haft tre ordentliga vredesutbrott, då han impulsivt överfallit och misshandlat medpatienter. 2 ggr fått apomorfin med åsyftad verkan. Sista gången fick den slagne en ordentlig näsblödning och en annan, som kom i närheten ett par små sår omkring sitt ena öga. Flyttas till 6D3."

De lugnande preparaten Trional, Medinal och Apomorfin var vanliga ordinationer vid patientens oroliga perioder. Apomorfin var smärtsam för patienten och framkallade kräkningar. I början av 40-talet genomfördes också behandlingar med bl.a. Cardiazol, dock utan några synbara förbättringar. 1942 sattes elbehandling in och följdes av flera kurer under 40-talet. Exempelvis 1948 gavs han sammanlagt 65 chocker. Behandlingarna hade ingen långvarig inverkan på patientens tillstånd. Ibland konstaterades att han tillfälligt var något lugnare efter att ha genomgått en längre serie ECT-behandlingar.

Arvid Nilsson förblev "ständigt något orolig och mycket opålitlig". Omhändertagandet av honom var påtagligt fysiskt. Ofta behandlades han med mekaniska skyddsmedel för att minska överfallen på patienterna, men också i syfte att förhindra att han skadade sig själv. Sängläge och isolering var också två vanliga ordinationer.

"8/2 1946: Trots låsta läderhandskar river han ofta sönder kuddar och madrasser. Är isolerad på enkelrum.

15/2 1946: Fick på försök stiga upp och vistas i dagrummet, men bet genast en pat. ganska illa i handleden. Åter sängläge.

12/3 1946: Har idag bitit en patient i nacken.

3/4 1946: Har nu fått en sele, med vilken han fixeras i sängen. Kryper på grund av sin korpulens ur vanligt bälte.

8/5 1946: Tillståndet oförändrat.

6/8 1946. Så snart han kommer loss går han lurigt ikring på

*salen. Biter ofta en medpatient. Biter även sig själv i underarmarna. Selen kryper han ur. Fixeras numera vid sängen med en rem om handleden.*

*7/9 1946: Går med ut på gården, sitter fixerad med en rem för att ej bita medpat."*

Tillståndet var allvarligt nog för att överläkaren skulle föreslå lobotomi som en möjlig väg till förbättring. Arvid Nilsson sattes upp på väntelista till neurokirurgiska kliniken i Lund dit han efter ett halvårs väntan togs in för operation. Journalen berättar:

*"13/12 1948: Lobotomi har utförts efter uppslagning av bilaterala frontala benlambåer och snittföring under direkt visuell kontroll. Normalt efterförlopp. Ingen nämnvärd psykisk förändring.*

*21/12 1948: Pat. får fortfarande vara fixerad då han ständigt försöker att få av förbandet."*

Det kirurgiska ingreppet i hjärnan medförde med andra ord ingen förbättring. I början av 1949 inträdde emellertid ett tillstånd av lugn och försök till kommunikation med omvärlden. Stundtals kunde han vistas på rastgården utan att attackera medpatienterna. Aggressiviteten tycktes borta och Arvid Nilsson kunde i allt högre grad syselsättas. Skulle behandlingarna och vistelsen på sjukhuset trots allt visa sig framgångsrik?

*"11/5 1949: Idag pratsam och intresserat sig för sin omgivning. Läser tidningar.*

*6/6 1949. Pat. har på försök under em. fått i en skötares sällskap börjat arbeta ute med lättare sysslor. Han visade första dagen stort intresse med att skyffla gångar. Han skrattade och var glad och svarade på tilltal ordnat.*

*19/6 1949. Då det visat sig att pat. psykiska tillstånd för-*

bättrats och att såväl i utarbetet som inne på avd. skött sig utan anm. får han av lämplighetsskäl flyttas till 4C2.

24/7 1949. Sista dagarna något rastlös, har svårt att längre stunder sitta vid sin bandväv, utan går ofta upp och vankar planlöst omkring. Har vid ett par tillfällen visat sig lättirriterad och slagit till sina medpatienter...

10/8 1949. Pat. fick helt plötsligt ett kraftigt anfall (toniskt) med cyanotisk ansiktsfärg. Anfallet varade c:a 2 min., och det dröjde sedan c:a 10 min. innan pat. vaknade till. Har de senaste dagarna ej varit i utarbete enär detta är inställt efter kaffet. Pat. visar i övrigt ej något intresse utan avviker planlöst från laget och irrar omkring. Sysselsättes med bandväv, vilket går bra."

Arvid Nilsson hade drabbats av anfall som diagnostiserades som epilepsi. En särskilt uppgjord "anfallslista" upprättades och man satte in medicinering med preparatet Phenemal. Samtidigt återföll patienten till sitt gamla nyckfulla och aggressiva beteende.

"7/10 1952: Mycket opålitlig, idag slagit och bitit både pers. och medpat:er. Ord: elbehandling, efter behandling, snäll och godmodig.

12/11 1952: Senaste tiden sänkläge på grund av oro, mycket opålitlig."

1955 inleddes en intensiv medicinsk behandling av Arvid Nilsson. På vårvintern ordinerades det nya medlet Hibernall. Efter två kurer kunde emellertid ingen förändring i tillståndet noteras.

"5/2 1956: Pat har haft två hibernalkurer under året 1955. Samma opålitliga och lömska tillstånd. Sömn och aptit utan anm.

15/4 1956: Börjar serpasilkur.

25/4 1956: Pat. har haft serpasilinjektioner i 4 dagar. Får idag kläder och stiga upp och vistas på dagrummet. Serpasil tabl. 3x3. Pat. tillstånd är oförändrat samma lömska och opålitliga

*tillstånd. Serpasil tabl ökar till 3x4.*

*10/5 1956: Åter sängläge. Pat är mycket opålitlig. Slår och biter medpat."*

Behandlingen fortsatte med dagliga insulinkurer i kombination med Hibernaldoser upp till 200 mg tre gånger dagligen. Hädanefter är journalanteckningarna mycket sparsamma. Varken medicinering, arbetsterapi, lobotomering eller ens Hiberna- och Serpasilkurer hade förmått Arvid Nilssons symtom att lindras. Men i början 60-talet hade orostillstånden dämpats. Patienten var inte lika störande som tidigare. De epileptiska anfällen återkom oregelbundet. 1963 insjuknade han med diarré och feber, flyttades över till epidemisjukhuset i Helsingborg där han en dag senare dog.

#### *En omhändertagande vård*

Våra två exempel på intagna patienter under sjukhusets tre första decennier ger en bild av en vård som i stort var omhändertagande. Det som ordinerades var läkemedel, arbetsterapi och social träning. Behandlingsframgångarna var i båda våra exempel knutna till tillfälliga ordinationer av lugnande medel, medel som gjorde en mycket orolig patient hanterbar.

Med målsättningen att öka lugnet på avdelningarna antyds att arbetsterapin fungerade med avsedd verkan. Så fort en patients tillstånd ansågs vara bra nog försökte man få ut denne i någon form av sysselsättning. Man tycks inte ha givit upp ens inför de riktigt besvärliga patienterna. För Arvid Nilsson kunde man, som vi sett, till och med avsätta en skötare för att övervaka hans försök till utarbete.

Men trots strävan mot sysselsättning var sängläget fortfarande en vanlig "behandlingsform". Säkert var det





*Skötarpersonalens kontakter med patienterna var till stor del av fysisk karaktär. Många patienter behövde hjälp att gå, tvätta sig eller överhuvudtaget vistas upprättstående. På en av promenadgårdarna på kvinns, paviljong 3, strax efter invigningen av sjukhuset. Att vistas ute i friska luften ansågs nyttigt för patienterna. Uteluftens terapeutiska funktion avspeglas också i de många öppna vädringsfönstren. Foto Olle Olsson.*

ett mycket trist sätt att spendera dagarna på, både för patienten och den övervakande personalen. Med ordination sängläge följde ofta dessutom mekaniska tvångsmedel av olika slag för att fixera patienten i sängen. Bältesläggning var vanlig och i besvärligare fall spändes patienten fast med hand- eller fotremmar. I extrema fall låstes patienten in på enkelrum.

Långtidsbehandling med stående ordinationer tycks i undantagsfall ha varit framgångsrik. Insulinbehandling kunde vara lugnande. Om det var behandlingssituationen i sig eller behandlingens medicinska effekt som verkat positivt är emellertid osäkert. Elchocker har en dokumenterad terapeutisk inverkan på vissa sjukdomstillstånd. Men på många andra som undergick behandling, hade ECT ingen verkan alls. Att behandlingen var framgångs-

rik på vissa patienter tycks ha inneburit ett ganska slentrianmässigt insättande på oroliga patienter. Arvid Nilsson var ett sådant exempel. Under verkligt oroliga perioder ordinerades elbehandling trots att – enligt journalen – någon förbättring inte kunde påvisas.

Femtioåret betraktas allmänt som en brytningstid för sinnessjukvården. Ur medicinsk synvinkel är det otvivelaktigt så. I journalerna dyker preparatnamn upp som exempelvis Hibernal, Stemetil och Nozinan – läkemedel som kom att betyda mycket för den moderna mentalvården och psykiatrin. För patienter som Arvid Nilsson hade nya psykofarmaka emellertid ingen praktisk betydelse. Men för mentalvården i stort, inte minst på S:ta Maria, innebar de nya preparaten att medicinering av psykiskt sjuka människor inte bara gav kortsiktigt lugnande effekter utan också långsiktiga.

## SINNESSJUKVÅRDEN – ETT MISSLYCKANDE?

*"Det kan på goda grunder hävdas, att det inom mentalsjukvården råder en krissituation. Denna är ingen ny företeelse."*<sup>49</sup>

1956 fanns i Sverige 21 statliga sinnessjukhus med sammanlagt drygt 19.000 platser. Den kritik som på 40-talet hade riktats mot överbeläggningen på sjukhusen hade staten försökt möta med ytterligare utökning av den anstaltsbundna vården. Men överbeläggningen på de statliga anstalterna kom också under hela 50- och 60-talet att utgöra ett stort problem – ett problem som visserligen kulminerade på 50-talet, men som levde kvar in på 60-talet.<sup>50</sup> Dessutom kunde man fortfarande hitta sinnessjuka människor på andra institutioner, bland annat på ålderdomshem.<sup>51</sup>

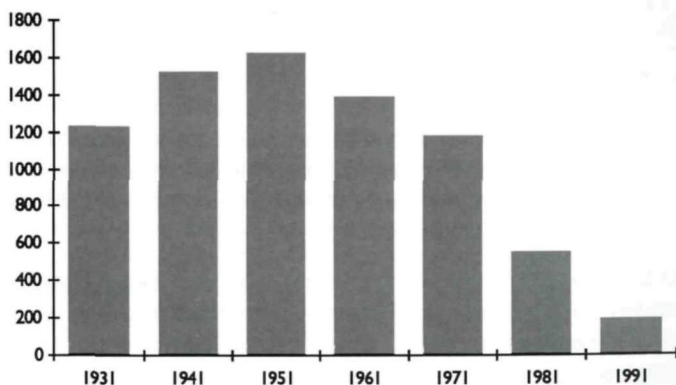
Expertisen ställde sig – liksom tidigare – frågande inför det ökade antalet intagna. Berodde ökningen på att fler människor drabbades av psykiska sjukdomar eller kom vårdapparaten i allt högre grad i kontakt med de sjuka? Liksom på 20-talet fanns teorier om vad sjukdomarnas spridning kunde bero på och liksom Viktor Wigert angav man förklaringar som knöts till det förändrade samhället:

*"Det har också hävdats att den ökade arbetstakten i arbetslivet, jaktet i trafiken och i livsföringen som helhet har medfört ökade påfrestningar med stegrad risk för insufficiensreaktioner."*<sup>52</sup>

Citatet är hämtat från 1958 års statliga mentalvårdsutredning. Här ansågs å andra sidan också att den sociala tryggheten hade ökat och fattigdomen hade minskat.<sup>53</sup>

Men liksom Viktor Wigert 30 år tidigare, menade man att toleransen för psykiska störningar hade minskat och att de svaga individerna i samhällets utkant i allt högre grad hade blivit beroende av den institutionaliserade omsorgen. Utredningen visade också att cirka 20 % av den svenska befolkningen var i behov av psykiatrisk konsultation eller behandling av något slag. Känslan av krisläge förvärrades av att de gamla sjukhusen började bli en belastning för de nya vårdidealerna:

*"Man skulle nästan kunna våga påstå, att patienterna av byggnadssättet och de slentrianmässiga beteckningarna tvingats in i fällor av lugna, halvroliga och oroliga samt kroniker. Åtminstone när det gäller den sistnämnda kategorien kan man ej frigöra sig från misstanken, att en del patienter blivit definitivt kroniska genom att de placerats på de stora kronikeravdelningarna med deras ofta trista och nivellerande miljö. De flesta avdelningarna är fränsett överbeläggningen, för stora och tungskötta och ger ej möjlighet till uppdelning av patienter i grupper."*<sup>54</sup>



Efter invigningsåret 1927 led S:ta Maria av en besvärande överbeläggning som fick sin kulmen på 50-talet med 129 % beläggning. Diagrammets staplar illustrerar antalet patienter i medeltal vårdade/per dag.



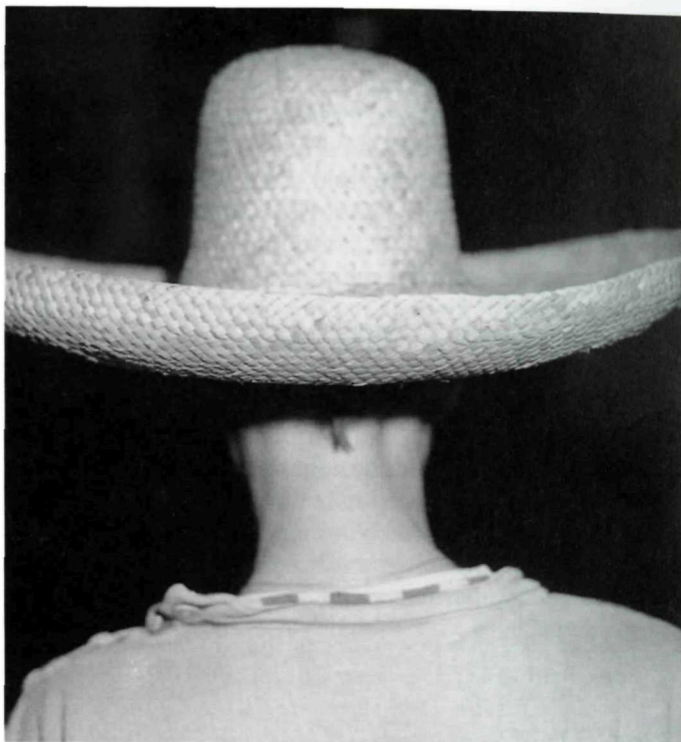
Trots de nyöppnade sinnessjukhusen i Sverige tenderade inte överbeläggningssiffrorna att sjunka. Överbeläggningen på S:ta Maria steg stadigt på 1950-talet för att nå en topp 1957 med i medeltal 1673 vårdade patienter per dag, en beläggning med 129 %. Genomströmningen på sjukhuset hade ökat, men överbeläggningen var fortfarande mycket besvärande. Som anledning angavs främst det ökade antalet kroniker. Resultaten av 30- och 40-talets behandlingsmetoder hade överskattats. Medicineringen hade framförallt misslyckats på de långtidssjuka. Behandlingsmetoderna kan med andra ord knappast sägas ha varit särskilt lyckosamma. Och efter 40-talets intensiva kritik som hade fört upp en del missförhållanden i ljuset kan det nog vara berättigat att tala om en sennesjukvård i kris.

## Nya behandlingar

### *Ett medicinskt genombrott*

*"...men utvecklingen ha gått i den riktningen att sjukdomar med i huvudsak eller uteslutande psykiska symtom numera med stor framgång behandlas med kirurgiska, kemiska och fysikaliska metoder. Den enda skillnaden emellan psykiatrisk och annan medicinsk terapi är egentligen endast den, att psykiatrikern icke alldeles glömt bort värdet av förståelse av de sjukas bekymmer och i mån av möjlighet även sysslar med de sjukas personliga problem."<sup>55</sup>*

30-talets experiment och framsteg med kemiska preparat följdes av 50-talets då Hiberna<sup>56</sup> introducerades. Användningen av detta läkemedels verksamma ämne – klorpromazin – i psykiatrisk vård presenterades 1952. Ursprunget var somatisk forskning med målsättningen att finna läkemedel som lugnade och sänkte kroppstemperaturen på patienter inför kirurgiska ingrepp. Hiber-



*Första generationens Hibernall hade bland annat som biverkning att patientens hud blev extra känslig för solljus. För att användas vid vistelse i solsken tillverkades därför en särskild halmhatt, s.k. hibernallhatt. En annan biverkning var de allergiska besvär som drabbade en del personal, varför särskilda hibernalfria vårdavdelningar så småningom inrättades.  
Foto Ulf Celander.*

nal betraktades som en revolution av sinnessjukvården. Beteckningar som "mirakelmedicin" var inte ovanlig i samtidens press. Samtidigt kan man betrakta preparatet som ett resultat av den grundsyn på psykiska sjukdomar

vilken hade odlats på 30- och 40-talet. Psykiska sjukdomstillstånd betraktades i allmänhet – vilket citatet ovan antyder – som somatiska åkommor. I detta avseende fortsatte 50- och 60-talets mentalvård den tidigare epoken närmande mot den somatiska vården.

Nya preparat som Hibernal, men också Serpasil, Stemetil, Nozinan och Truxal kom att användas intensivt på S:ta Maria. Utbudet av läkemedel utökades här efter explosionsartat med nya symtomdämpande och biverkningshämmande mediciner. Den medicinerande psykiatrin blev under 50- och 60-talet alltmer omfattande.<sup>57</sup> De nya medicinerna gav mentalvården framtidstro. Men man kan också konstatera att det ännu under andra hälften av 50-talet endast var drygt hälften av de intagna patienterna på S:ta Maria som överhuvudtaget långsiktigt ordinerades medicinska preparat. Av den behandlade hälften var över 40 % ordinerad Hibernal eller Serpasil. Användandet av ECT och insulinomabehandlingar begränsades till ett fåtal procent av patienterna.<sup>58</sup>

*”Hit kom 1952 en man som var angripen av schizofreni. Han hade besvärliga hallucinationer och vi behandlade honom med elchock och insulin. Det hjälpte inte alls och till slut sändes han till Lund för lobotomi. Detta var i maj 1954. Inte heller denna gav resultat. Han försöksutskrevs visserligen, men han kom igen redan i november samma år. Då började vi med Hibernal. Genast blev han tyst och fin och den 16 maj 1955 skrevs han ut igen. Han har sedan dess obehindrat kunnat vistats utanför sjukhuset.”<sup>59</sup>*

Det är inte svårt att förstå dåvarande överläkaren Holger Garstens entusiasm. Psykofarmaka var en väsentlig orsak till att avdelningarna blev lugnare. 1962 hade dörrarna till flertalet manliga avdelningar på S:ta Maria låsts upp. Lugnet hade blivit större och omsättningen av patienter kunde höjas. Allt fler patienter bedömdes som mogna för

frigång, vilket säkert inte bara berodde på en framgångsrik medicinering utan också på en liberalare hållning hos sjukhusledningen. Ett tecken på den framgångsrika medicineringens genomslag var att de inhägnade rastgårdarna på S:ta Maria monterades ned med början 1955/56. Undantag gjordes dock för de oroligaste avdelningarna. Rastgårdarna till paviljongerna 5 och 6 fanns kvar ännu på 70-talet.

### *Socioterapi och sysselsättning*

Förändringarna i 50-talets sinnessjukvård brukar knytas till effekterna av psykofarmaka. Men utöver användningen av nya läkemedel – och kanske tack vare dessa – reformerades dessutom den gamla, beprövade arbetsterapin. Nya idéer om den sociala terapin fick genomslag i den svenska sinnessjukvården. Med Einar Torbring<sup>60</sup> som sjukhuschef etablerades nya vårdideal på S:ta Maria – ideal som väl avspeglar tendenserna i övriga Sverige. Den förre sjukhuschefen Velander hade givit arbetsterapin en central roll i vården och verksamheten på sjukhuset. Torbring reagerade emellertid starkt på den form av arbetsterapi som tillämpats på sjukhuset. Terapin hade blivit ett självändamål, en nödvändighet för driften av sjukhuset, menade Torbring. Patienterna, särskilt de långtidsvårdade kronikerna, hade blivit lika mycket arbetskraft som patienter:

*"De voro billiga i drift, en del frågade inte efter någon 'flitpenning' ens, bara de ständigt hade munnen full av snus och det sörjde arbetsledaren för, i varje fall när det gällde sk utearbetare. De flesta hade 20 öre/dag, en bråkdel 30 á 40 öre. Kosten var aldrig över sig. Många klagade särskilt under krigsåren över hunger på kvällarna efter ett styvt dagsarbete – sedan dagens huvudmål, intaget kl 12 för länge sedan*



*lämnat magsäcken och den spartanska aftonvardaren, bestående i en tallrik välling [eller kopp choklad] och ett par smörgåsar, ofta utan pålägg; omväxlande med några bitar 'spickesill' // av billigaste sort ingående i utspisningsschemat för kvällsvarden,..."<sup>61</sup>*

Under Torbrings tid som sjukhuschef gjordes försök med sysselsättnings-, rekreations- och rörelseterapi. Liksom på 10- och 20-talet gjordes studieresor på kontinenten där man fick tillfälle att studera socioterapeutiska försök. Också England och USA var populära mål för studieresorna. I flera avseenden kan man säga att det var äldre, redan tillämpade idéer som vidareutvecklades. Framförallt varierades sysselsättningsterapin mer och resultatet av patienternas arbete kom i högre grad än tidigare



*Målningsterapi var en av de nya terapiformer som en del patienter kom i kontakt med på 50-talet. Resultaten från några av tecknings- och konstkurserna kunde beskådas på konstutställningar som anordnades på sjukhuset. Här instruerar konstnär Erik Leijon några patienter 1958. Foto Kjell Lindgren.*



*Liksom verksamheten i 1960 års terapibyggнад påminde om industriell tillverkning, lät arkitekten Hakon Ahlberg byggnadens yttre avspegla innehållet genom att låta den se ut som om den vore avsedd för industriproduktion. I förgrunden minigolfbanorna, ett minne från 50-talets första försök att reformera arbetsterapin. Foto Ulf Celander.*

patienterna till del. Patienternas arbetsinsatser skulle inte som tidigare ingå i kalkylen för sjukhusets drift. En annan nyhet var att man tillät manliga och kvinnliga patienter att umgås och arbeta tillsammans. För terapins räkning anställdes på försök en socioterapeut. De patienter som deltog i den nya verksamheten var främst kroniska patienter som hade varit på sjukhuset under en lång tid.

Resultaten av den ändrade inställningen till terapin avspeglas bland annat i den dansbana och minigolfbana som anlades under 50-talet – anläggningar som i sig skulle medverka till att underlätta vistelsen på sjukhuset. Studiecirklar anordnades för patienter, liksom tv-kvällar, dans-

och idrottsaktiviteter. Sedan 1958 användes biutrymmen i kulverten för s.k. industriell terapi. Patienter utförde här mindre entreprenadarbeten – exempelvis persienn-tillverkning, kartongtillverkning, cykelreparationer, skrivhjälp, mosaikarbeten. En nyhet var att behållningen av verksamheten i huvudsak tillföll patienterna. På 60-talet omvandlades vissa entreprenadarbeten till regelrätt industriell tillverkning på ackord för firmor i staden.

1960 anställdes ytterligare en socioterapeut och under de följande åren kom 50-talets försök att permanentas. I samarbete med ABF och TBV anordnades studiecirkelar i exempelvis hemkunskap, teckning och konst, porslinsmålning, maskinskrivning, engelska, trafik-kunskap och "konsten att uppträda". Resultaten från några av tecknings- och konstkurserna kunde beskådas på konstutställningar som anordnades på sjukhuset. På vintrarna gick uppemot 200 patienter i de olika studiecirkelarna.<sup>62</sup>

Sjukhuset öppnade sig nu också något mera mot omvärlden genom utfärder till olika närliggande platser. 1966 gjordes exempelvis bussresor till Frostavallen, Kullaberg, Stadsteatrarna i Malmö och Helsingborg samt rundturer i nordvästra Skåne och Halland. Sådana utflykter var särskilt avsedda för de kroniska patienterna som i många fall inte hade varit utanför sjukhuset sedan 20- och 30-talet. För många bjöd den nya verkligheten på omtumlande överraskningar.

Gymnastik och idrott arrangerades, till viss del med rörelseterapeutiska förtecken. Ett fotbollslag från S:ta Maria ställde upp i korpen, likaså ett bordtennislag. Två gånger i månaden anordnades dans med orkestrar från staden som spelade kostnadsfritt. Verksamheter som tidigare fungerat på sjukhuset utvecklades också. Filmvisningar var populära och ägde inte bara rum i festsalen, utan också på avdelningarna med en portabel filmprojektor. Och liksom tidigare var midsommar- och julfesterna två

höjdpunkter på sjukhuset.

Öppnandet mot det omgivande samhället byggde på idéer om att patienten skulle resocialiseras och att detta inte kunde ske utan att patientens kontakt med samhället återupptogs och tränades. Samhället ansågs inte bara som farligt och sjukdomsalstrande. Det kunde också användas terapeutiskt för den sjukes tillfrisknande och återanpassning. Med facit i hand kan tyckas att hospitaliseringstendensen fortsatte i oförminskad takt. I huvudsak ägde socioterapin rum på sjukhuset där man försökte efterlikna vissa moment som ingick i ett normalt liv. Men man finner på 50-talet också ett embryo till en förändrad syn på patienten, vården och det omgivande samhället.

Nya terapimetoder medförde att nya personalkategorier tillfördes sjukhuset. Framförallt på 60-talet breddades personalens kompetens med kuratorer, sjukgymnaster och psykologer. Läkartjänsterna blev flera, men var samtidigt svåra att besätta.<sup>63</sup> Likaså var det stora problem att finna utbildad personal till det ökande antalet skötartjänster.



*Trots de nya medicinerna och en omfattande sysselsättningsterapi, var dagarna för många patienter fyllda av sysslolös leda. På en avdelning 1958. Patienterna bar samma typ av uniformer som under 20-, 30-, och 40-talet. Foto Kjell Lindgren.*



### *Beprövade terapier*

Jämsides med den nya medicineringen och socioterapin användes också äldre, beprövade metoder. Insulin- och elchockbehandling tillämpades fortfarande. Behandlingsmetoderna kombinerades ofta och användes främst på schizofrena och manodepressiva sjukdomstillstånd. Insulinbehandlingen skulle leva kvar ända in på 70-talet och elchockbehandling används ännu idag.

Många patienter "behandlades" med arbetsterapi som vi känner den från 30- och 40-talet. Av de 1487 patienterna 1960 noterades 381 vara sysselsatta med "verkligt" arbete, medan hela 619 behandlades med sysselsättningsterapi och 104 var i gruppterapi. Många patienter var liksom tidigare sysselsatta med utearbete och gick i arbetslag i parken och trädgården. Men syftet med arbetet sades nu inte längre vara att "återuppfostra" patienten till ett normalt liv i nytta och självtukt. Arbetet avsågs nu istället "väcka intresse" för de vardagsbestyr som "*utgör en viktig länk i hans återanpassning till ett liv utanför sjukhuset.*"<sup>64</sup>

Det är tveksamt om de nya medicinerna medverkade till att höja arbetsintensiteten på sjukhuset. Många av de lindrigare sjuka kunde skrivas ut efter behandling med psykofarmaka, vilket hade till följd att sjukhusets patienter sammantaget hade allvarligare sjukdomstillstånd och sämre arbetsförmåga än tidigare. Med det ökade antalet kroniker höjdes också medelåldern på de intagna.<sup>65</sup>

De mekaniska skyddsmedlen som länge använts inom sinnessjuk- och hospitalsvården användes även på 60-talet. Isolering förekom i enstaka fall. Sängbälten användes i lika hög grad på 60-talet som på tiden innan psykofarmaka.<sup>66</sup> Likaså var många patienter sängliggande. På flera kvinnliga avdelningar kunde upp till 20 % av de intagna tillbringa dagen i sängen, vilket bara delvis var beroende av somatiska sjukdomar.<sup>67</sup> De nyintagna pa-

tienterna fick i allmänhet liksom tidigare inleda sin tid på sjukhuset i sängen. Sammantaget tillbringade med andra ord en ganska stor del av patienterna sin tid sängliggande.

## De små stegen

### *Disciplin i långsam upplösning*

50-talet var ur terapeutisk synvinkel en brytningstid. Den stränga disciplin som präglade verksamheten på sjukhuset under de två första decennierna började i någon mån luckras upp på 50- och 60-talet. En ytlig, men ändå viktig gest, var att slopa personalens uniformstvång vid slutet av 50-talet. Det fanns patienter som ännu på 60-talet gick i randiga "uniformer", dvs. kasserade personaluniformer. Men även om uniformstvånget för personalen upphävdes fanns fortfarande regler för klädsel och personlig hygien:

*"Tvätta händerna ofta – självfallet före måltider och efter toalettbesök – t.ex. sedan du hjälpt en patient med hans hygien. Dina naglar skall vara kortklippta, ditt hår väl ansat och din klädsel vårdad. Smycken passar som regel inte till uniform. Tänk på att ha lämpliga skor i arbetet: höga, vassa, klackar är inte bra för rygg och fötter. Gå inte i onödan med en fickkniv, sax, etc. lös i fickan. En patient kan komma åt en sådan och skada sig själv eller andra härmed."*<sup>68</sup>

Majoriteten patienter medicinerades regelbundet. De flesta fick medicin utdelad tre gånger om dagen i samband med måltid. Många patienter hade också insomningsmedicin som togs senare på kvällen. Medicineringen tog en stor del av dagen, både att dela upp, dela ut och att se till att patienterna tog medicinerna. Liksom mycket annan verksamhet var medicinutdelningen reglerad av personalhierarkierna. En sjuksköterska berättar:

*"Medicineringen skedde alltid av den som var ansvarig på avdelningen. Det var överskötare som vid varje måltid skötte utdelningen. Det skedde med en medicinbricka. Man hade ett medicinskåp på varje avdelningsexpedition. Varje avdelning hade en terapiflättad korg med avdelningens nummer på. Varje dag gick den ansvarige två rundor upp till postfacket och apoteket. Det var också förknippat med överskötare- och översköterskefunktionen. Så brukade den nästansvarige lägga upp medicinerna på bricka."*

I och med att många avdelningar blev lugnare ingick det nu också i personalens uppgifter att försöka etablera social kontakt med patienterna. Flera skötare uppger att de kom i kontakt med patienter som behandlades med Hibernol, vilka tidigare inte hade varit kommunicerbara. Skötarna behövde i mindre grad ägna sig åt städning och tvättning. Att ta kontakt med patienten började bli en viktigare del i personalens arbetsuppgifter. Liksom tidigare reglerades personalens förhållande till patienten. En skötare förväntades vara vänlig och förstående, men samtidigt hålla "avståndet" till den sjuke samt "förebygga olämpligt känslomässiga engagemang".<sup>69</sup>

#### *Kallvatten, överbeläggning och tillfälliga lösningar*

Som motvikt till de allt fler lugna avdelningarna förstärkte överbeläggningen skötararbetets hygieniska sidor på de oroliga och halvroliga avdelningarna. Dels var patienterna här i ett sämre tillstånd, dels drabbades dessa avdelningar av den kraftigaste överbeläggningen. 1954 fanns till exempel 36 vårdplatser på avdelning 26, men ibland ända upp till 50 patienter. På samma avdelning, rapporterade Medicinalstyrelsens överinspektör, fanns tre tvättställen med kallvatten för patienterna. Överbeläggningen medförde att patienterna kom tätare in på varandra. Särskilt på dagrummen var si-



*Bostadshuset för gift personal byggdes efter ritningar av Hakon Ahlberg, Carl Westmans efterträdare som Medicinalstyrelsens chefsarkitekt. Ahlberg var funktionalist och gav husen en lugn och saklig gestalt som kunde de ligga i vilket svenskt bostadsområde som helst. Foto Ulf Celander.*

tuationen besvärlig där uppegående patienter ständigt konfronterades med varandra. Det fanns ingenstans att dra sig undan, att vara för sig själv. Salarna var svagt belysta och nedgångna efter knappt 30 års hård och intensiv användning. På sovsalarna stod sängarna så tätt att man knappt kunde gå emellan dem. Sängar ställdes också ut mitt i salen. Patienter fick ligga två och två i rum som var avsedda för en. Där det var som värst kunde t.o.m. fyra patienter få samsas om ett enkelrum, några utan egen säng med madrassen direkt på golvet.

Några avdelningar genomgick renoveringar på 50- och 60-talet. Men också på 70- och 80-talet förekom gamla ned-



slitna lokaler. Inte minst de hygieniska utrymmena var föråldrade, exempelvis toalettstolar utan varken sittringar eller ens skärmar emellan. På exempelvis avdelning 14, en kvinnlig avdelning i den numera rivna paviljong 5, var patienterna hänvisade till att sköta sin personliga hygien helt öppet i en rad oskyddade tvättställ.

Det allt äldre patientklientelet gjorde det svårare att praktisera en effektiv vård med moderna krav. De hygieniska faciliteterna inkräktade inte bara på patienternas integritet, utan försvårade också personalens arbete. En sjuksköterska ger en bild från gamla avdelning 1:

*”Det var en långvårdsavdelning där alla som låg på salen skulle ha hjälp med den personliga vården. På den salen fanns ett tvättställ. Det var gamla 1:an. Idag kan man ju inte fatta att man har jobbat i de lokalerna. Men det fick fungera. Vi fick hitta på olika lösningar. Vi hade en rullvagn med en trave handfat, en spann med rent vatten och en spann för det smutsiga. Så körde man runt med vagnen. Det var viktigt att patienterna var rena. De fick iallafall den vården.”*

### *En neutral arkitektur*

Smärre kompletteringar av bebyggelsen kom att utföras efter invigningsåret 1927. Främst var det den intensifierade arbetsterapin och den redan från början påträngande personalbostadsbristen som krävde utökade lokaler. Liksom den sociala terapin utvecklades mot att försöka anpassa patienten till ett normalt liv i samhället, anslöts de nya byggnaderna som uppfördes med början 1948 till det omgivande samhällets arkitecturestetik.

Tillskotten till Carl Westmans arkitektur ritades av Hakon Ahlberg, Westmans efterträdare som Medicinalstyrelsens arkitekt. Liksom sin företrädare tillhörde Ahlberg sin generations allra främsta svenska arkitekter. Som funktionalist stod Ahlberg för en ny syn på arkitekturen



*Andreläkarvillan byggdes 1951. På samma sätt som Carl Westman hade låtit överläkarvillan präglas av monumental avskildhet, gav Hakon Ahlberg andreläkarvillan en form av raffinemang och villaliknande exklusivitet som placerar den litet vid sidan av den övriga arkitekturen på sjukhusområdet. Foto Ulf Celander.*

i jämförelse med Westman. I Ahlbergs byggnader finns inga historiska referenser. Det var heller inte tal om att profilera sjukhusarkitekturen mot annan bebyggelse utanför sjukhuset. Byggnadernas uttryck var neutrala avspeglningar av insidans funktion. En sak hade den äldre och nya arkitekturen emellertid gemensamt – en saklig och okomplicerad inställning till byggnadsuppgifterna.

Hakon Ahlbergs viktigaste tillskott blev de gulputsade personalbostadshusen utmed sjukhusområdets östra kant (1948), andreläkarvillan (1950), undervisnings- och gymnastikbyggnaden (1959) samt arbetsterapibygnaden (1960) mellan borggården och idrottsplatsen. Till skillnad från Westmans arkitektur kunde Ahlbergs byggnader i stort sett passa in i vilket sammanhang som helst. Bostadshusen såg ut som vanliga bostadshus, utlagda på tidsty-

piskt vis diagonalt ställda utefter varandra. Den raffinerade, låga andreläkarvillan skulle kunna ligga i vilket villaområde som helst.

Den byggnad som bäst betecknar den nya verksamheten på sjukhuset är 1960 års arbetsterapibyggnad. Denna formgavs som en mindre industribyggnad med stora fönsterytor som effektivt återger byggnadens funktion. Här inne gavs ljusa, rymliga lokaler som lätt kunde ställas om till olika verksamheter.

### *"en frisk fläkt utifrån livet"*

På 50-talet bodde fortfarande merparten av de anställda på sjukhuset. Personalens trångboddhet hade åtgärdats genom uppförandet av de fyra parhusen för gift personal och det intilliggande flerbostadshuset. I det senare fanns tolv möblerade enkelrum och fyra dubletter med kokvrå.<sup>70</sup>

Under 50- och 60-talet var det sociala livet på sjukhuset mycket intensivt. Förutom den stora andelen personal som bodde på sjukhuset, var patientantalet som störst på 50-talet. 1957 var 587 personer anställda på sjukhuset på ordinarie eller extraordinarie befattningar. Samma år vårdades i genomsnitt 1673 patienter. Tillsammans bildade dessa ett litet samhälle med över 2.000 invånare. För personalen som bodde på sjukhuset var det naturligt att umgås med varandra. Sammanhållningen var stark och man var flitig med att organisera fritidsaktiviteter. Jan Olof Svensson, avdelningsföreståndare, berättar:

*"Jag kom hit 1958 och bodde här t.o.m. 1965. Vi träffades ofta på kvällarna. Man var mycket på sjukhuset även på fritiden. Vi hade ju idrottsföreningen, som var aktiv med friidrott, handboll, fotboll och tennis. Många träffade sina respektive här. De flesta som bodde i hyreshusen arbetade bägge på sjukhuset. Det var ovanligt att någon arbetade på annat håll."*

Tiden då flertalet personal bodde på sjukhuset kom emellertid i ökande grad att höra till det förgångna. På 60-talet kom allt större del av personalen att bo utanför sjukhuset. Den nya attityden till boendet uttrycks tydligt i en av 60-talets läroböcker för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård:

*"Sjuksköterskor som bor på sjukhuset, särskilt avlägset liggande sjukhus, förfaller lätt till att endast umgås med andra sjuksköterskor och att alltid »tala sjukhus». De löper fara att mista en viktig del av kontakten med omvärlden och bli ensidiga, att få en snäv horisont. Det är därför viktigt att ha anknytningspunkter utanför sjukhusatmosfären. Det bästa är i allmänhet att sjuksköterskorna bor utanför sjukhuset. Under senare år har ett allt större antal sköterskor vid mentalsjukhus gift sig och har hem och barn utanför sjukhuset, och det har visat sig att de fortfarande gör en utmärkt insats på sjukhuset. Det blir naturligtvis en stor påfrestning att sköta hem och familj vid sidan av det krävande sjukhusarbetet. Många klarar det dock utmärkt och för med sig till sjukhuset en frisk fläkt utifrån livet. Att ha man och barn ger sköterskan en fast punkt i tillvaron, vilket är värdefullt för henne och därmed också för sjukhuset och patienterna."<sup>71</sup>*

Det omgivande samhället började succesivt betraktas som en tillgång för sjukhuset och behandlingen av de sjuka. Det var inte längre nyttigt ur terapeutisk synvinkel att avskärma sjukhuset från omgivningen. Att sjukhuset kunde betraktas som ett samhälle i samhället var knappast sjukhuset och vården till fördel. Sjukhuset, dess personal och patienter, borde inte längre tillåtas isolering. Det räckte inte med att rastgårdarnas stängsel togs bort och att dörarna öppnades. Det omgivande samhällets vardag och livsmönster var något som borde kunna användas aktivt i vården av de sjuka.



## Två patientöden

Det är lätt att konstatera medicinska förändringar i verksamheten på sjukhuset under 50- och 60-talet. Men mycket av den gamla ordningen fanns samtidigt kvar. Disciplin och hierarki levde vidare trots att flera yttre attribut som personalens uniformer successivt försvann. För patienterna var förändringarna förmodligen mindre än den medicinhistoriska utvecklingen ibland antyder. Den på 50-talet kulminerande överbeläggningen betonade ytterligare det fysiska omhändertagandet av de intagna patienterna. En bra värdemätare är exempelvis bruket av mekaniska skyddsmedel, vars användning knappast minskade under 50-talet. Bilden av 50-talet som en svår period för den svenska sinnessjukvården förstärks också av att många sjukhus nu började bli nedslitna och att idéerna efter vilka de uppfördes i allt högre grad ansågs otidsenliga.

Att synen på, och omhändertagandet av patienten endast förändrades i låg grad, blir extra tydligt i relief till det omgivande samhällets förändringar under 50-talet. Efterkrigstiden var för det svenska samhället en period av stora förändringar, inte minst avseende gamla patriarkala och hierarkiska ordningar. Medan 50-talet innebar ett slags avstamp för vårt nutida samhälle, levde sinnessjukvården kvar i gamla ordningar, etablerade kring sekelskiftet.

För de långtidssjuka kan med andra ord det relativa avståndet till samhället runt omkring sägas ha vuxit. Men för de korttidssjuka och de som visade sig mottagliga för de nya medicinerna låg samhället inom räckhåll. Det visade sig möjligt att på medicinsk väg åter knyta an till, och leva ett normalt liv hemma. Dessa två tendenser illustreras av följande två patientöden.

### *Ordination med tillförsikt*

Eva Jansson föddes på 1910-talet i en liten ort i Kristianstads län. Hon gifte sig på 40-talet, ett enligt journalen harmoniskt äktenskap. Innan sinnessjukdomen bröt ut hade hon haft "ett lugnt och balanserat lynne". På 40-talet drabbades hon av TBC och vistades under några perioder på sanatorium. Efter ett självmordsförsök fick hon psykiatrisk hjälp. Hon hade dessförinnan varit deprime-rad och lidit av sömnlöshet. När hon 1953 togs in på S:ta Maria sjukhus var hon, journalen berättar, "mycket orolig och högljudd. Ord. bälte. Hypnofen 2ml."

*"12/11 1953: Fortfarande orolig och störande. Går ej att mata.  
18/12 1953: Tillståndet växlande. Ena dagen lugn, andra aggressiv. Har god aptit men måste matas, när det annars inte blir någon reda med måltiden. Pratar och skrattar för sig själv hela dagen."*

Eva Jansson var en av flera patienter på sjukhuset som inte bara drabbats av sinnessjukdom, utan också tuberkulos. Vid flera tillfällen remitterades hon till sjukhus för kontrollröntgen. Hon flyttades över till TBC-paviljongen (paviljong 19) och var också fortsättningsvis mycket orolig och ordinerades både bälte och skyddshandskar.

*"14/1 1954: Flera sköterskor måste hjälpas åt vid skötseln. Svår oro, kastar sängkläderna, sparkar till matskålen, så att innehållet flyger omkring i hela rummet. Skriker långa stunder."*

Eva Jansson var försvagad av sin somatiska sjukdom. Men läkarna på sjukhuset menade att hon var stark nog för en elbehandling. Efter denna blev hon lugnare. Hon hade blivit så bra att man nu diskuterade att återsända henne till sanatorium. Efter ett kort besök hemma blev hon emellertid oroligare igen:

*"6/3 1954: Återkommen i natt kl 12.30, var mkt orolig, men gick i säng, men inte sovit alls. Idag mkt skrikig och bråkig. Har fått hyomo., skall i morgon elbeh. Har vägrat äta, är mkt hotfull. Skall åter flyttas in på oroliga sidan."*

Efter ytterligare elchocker blev Eva Jansson tillfälligt lugnare igen. De oroliga perioderna återkom med jämna mellanrum, i allmänhet några veckor efter avslutad elbehandling. Men i januari 1955 behandlades Eva Jansson med ett preparat som skulle betyda stora förändringar, såväl för mentalvården som för Eva.

*"5/1 1955: Pat. skall idag börja med en ny sorts tabl.: Hibernal 1 + 1. Sängläge. Pat. blev mycket uppretad strax när hon fick besked om sängläge men lugnade sig snart.*

*7/1 1955: Maken på besök, fick lov att sitta i dagrummet, men ville stanna kvar på rummet. Efter besöket yttrade maken att han inte sett henne så lugn och vänlig på mycket länge.*

*16/1 1955: Pat. tar sin tabl. mycket noga och är mycket noga med sitt uppförande för övrigt. Sover mycket, handarbetar och läser något, fast pat. påstår att sömnen vill taga överhand. Mycket god aptit.*

*23/1 1955: Idag fick pat. ändrat sin medicin för att inte sova hela dagen. Mycket vänlig mot alla. God aptit. Pat. fick även löfte att vara uppe två timmar dagligen.*

*2/2 1955: Pat. som tidigare anteckningar, lugn och klar. Handarbetar åter och läser. Har fått löfte om att resa hem till helgen."*

Det nya läkemedlet Hibernal hade liksom på många andra patienter god effekt på Eva Janssons sjukdomstillstånd. Redan ett par dagar efter insättandet av Hibernal konstaterade maken att hon hade blivit mycket bättre än han hade sett henne på länge. Hon hade blivit lugnare och redan en månad efter den första hibernaldosen åkte hon hem för att fira helg. Här stannade hon och blev utskriven från sjukhuset i mars. Hon fortsatte hibernal-

kuren hela våren. I juli var hon i telefonkontakt med sjukhuset och meddelade att hon avslutat hibernalbehandlingen.

### *Ett liv på anstalt*

Bengt Olsson var född i Höganäs och drabbades på 20-talet, vid elva års ålder, av sömnsjuka. När han var 13 år togs han in på ett sjukhem i mellansverige för malaria-behandling. Han blev emellertid allt oroligare och betedde sig "egendomligt". Eftersom han ansågs omöjlig att vårda i hemmet förflyttades han till förbättringsanstalten och jordbrukskolonien i Hall utanför Södertälje. Här fortsattes skolgången men i konflikt med såväl elever som lärare. Bengt Olsson noterades som ouppmärksam i skolan och en notorisk småbuse som ständigt ställde till förtretligheter för omgivningen. 1933 förvärrades hans situation ytterligare och han försökte begå självmord. Intagningshandlingarna 1933 till S:ta Maria:

*"Då han är farlig för annans personliga säkerhet, kan han som nämnts icke omhändertagas å en öppen anstalt som Hall utan särskilda isoleringsåtgärder, av vilka han emellertid synes ej så litet plågas. Det föreligger därför trängande behov av att han intages å en sluten anstalt för psykiskt sjuka."*

Efter några dagar på sjukhuset definierades Bengt Olssons psykiska tillstånd av läkare:

*"Status psych. den 26/4 1933  
Pat som under de första dagarna efter ankomsten hit visade sig snäll och lydig har de sista dagarna börjat visa sig från en helt annan sida. Han är för det mesta tjatig, nyfiken, olydig och lögnaktig, vilket inte hindrar att han när rondan kommer är artig, vänlig och inställsam och framställer sig själv som det orättvist behandlade, fromma lammet. Personalen anser honom nu som den besvärligaste av alla avdelningens patienter."*



*Vid tillrättavisning sätter han sig ofta på tvären, kastar sig på golvet och skriker högt. Han retas gärna med sina medpatienter, för vilkas egendomligheter han har en skarp blick, och har vid ett flertal tillfällen fått ordentligt på öronen av dem, vilket inte hindrar honom från att en stund senare fortsätta på samma sätt. Även personalens förmaningar är som vatten på en gås; han blir spak till en början men är snart igång igen. // Inga sinnes- eller tankevillor kunna påvisas. Har ganska god omdömesförmåga utom beträffande sitt eget sjukliga tillstånd beträffande vilket han står oförstående och fullständigt likgiltig. Visar aldrig yttringar av ånger över sina handlingar. Homosexuella tendenser har ej iakttagits. Intelligenslivet synes fullst. intakt. Vid intelligensprövning enl. Binet – Simon – Jäderholm klarar pat. alla uppgifter på ett par undantag när (de svåraste i slutet!)."*

Sammanfattningsvis kan läkarens beskrivning av Bengt Olssons beteende också tjäna som resumé till 30- och 40-talets journalanteckningar. Han sattes i arbete i slöjdverkstaden. Senare deltog han också i utearbete. Han ömsom skötte sig, var ömsom mycket besvärlig: "1/10 1939: Pat. är mycket svår att få till att lyda. Han är mycket villig och duktig i arbete." Vid några tillfällen permitterades han för besök i hemmet.

1957 sattes en hibernalbehandling in på Bengt Olsson. Men medicinen hade ingen anmärkningsvärd effekt. Han var fortfarande ofta i konflikt med sina medpatienter. Efterhand ordinerades han flera olika mediciner. 1962 behandlades han med Meproban, Stemetil och Truxal. Hans psykiska tillstånd förbättrades inte, men han noterades ofta som slö och sömning.

*"20/1 1964: Pat:s psykiska tillstånd har under det gångna året inte undergått någon förändring. Talet är numera så sluddrigt och otydligt så att det är praktiskt taget omöjligt att att förstå vad han säger. Arbetar dagl. på slöjdverkstaden. Sömn och aptit u.a."*

Bengt Olsson blev nu bekant med de nya idéerna kring socio- och sysselsättningsterapi som hade introducerats på sjukhuset under 50-talet. I slöjdverkstaden arbetade han med att klistra kartonger, ett arbete som han enligt journalanteckningarna trivdes bra med. Ibland fick han lämna avdelningen för att titta på fotbollsmatch på sjukhusets idrottsplats. 1968 följde han för första gången med till sjukhusets semesterkoloni i Åsljunga.

Det är svårt att avgöra vilken betydelse de olika evenemangen hade för en patient som på grund av sin allt skröpligare fysik mer och mer avskärmades från omvärlden. Det blev allt svårare att kommunicera med Bengt Olsson eftersom hans tal blev hart när obegripligt. Å andra sidan läste han flitigt dagstidningar och böcker.

På 70-talet blev han så dålig att han inte längre kunde delta i sysselsättningsterapin. Men han följde med på en och annan utflykt, till Köpenhamn, till Arild och till Helsingör samt en gång till EPA stormarknad. Några gånger togs han med på bio i staden och i sällskap med personal och medpatienter besökte han en gång en fotbollsmatch på Olympia. När Bengt Olsson avled på 70-talet hade han sedan några år tillbaka främst behandlats för somatiska åkommor. Av den en gång så "tjatiga och olydiga" Bengt Olsson hade blivit en människa med stora motoriska problem, som dagligen gick och trillade och som endast med stora svårigheter muntligt kunde meddela sig med omvärlden.

### *Medicinering och socioterapi*

Bengt Olsson och Eva Jansson gick två helt olika behandlingsöden till mötes. Eva Janssons patientkarriär syntes fram till 1954 hopplös. Hennes sjukdom schizofreni uppvisade symtom som många av hennes äldre medpatienter kunde leva ett helt liv med utan hopp om bättring. Förutom elbehandlingen var behandlingsresultaten före psyko-

farmakas införande av endast marginell betydelse. Insulin kunde ha kortvarig lugnande verkan, likaså preparat som Pyrifer och Sulfosin. Men att de skulle vara orsak till tillfrisknande kunde knappast den mest konsekvente optimist våga påstå. Hiberna var annorlunda. Den inte bara dämpade oroliga symtom, utan tycktes dessutom verka helande. Eva Jansson illustrerade att så faktiskt kunde vara fallet.

Liksom den tidigare beskrivna patienten Arvid Nilsson hade läkemedelsbehandlingen ingen positiv effekt på Bengt Olsson. Det ligger närmre till hands att tro att de många försöken med olika mediciner istället hade negativa, permanentade biverkningar som följd. Bengt Olssons sjukdomsbild var dessutom mer svårdefinierbar. Var han sjuk eller var han gravt socialt missanpassad? Via behandlingen av sömnsjuka i de tidiga tonåren drogs han in i vårdapparaten. Från malariasjukhem och uppfostringsanstalt kom han till S:ta Maria sjukhus när han ännu var i tonåren. Man gjorde ingen åtskillnad mellan barn, ungdomar, vuxna och gamla patienter. Det underlättade inte vistelsen på sjukhuset varken för Bengt Olsson, hans medpatienter eller personalen.

Bengt Olsson förmåddes aldrig återanpassas till det samhälle han levde i under sina elva första år. Istället kan man skönja en gradvis hospitalisering. Det var inget fel på hans intellekt och han lärde sig snabbt vilka bestämmelser som kunde brytas, manipuleras eller kringgås. Med tiden försvårades rörligheten och förmågan att upprätthålla kontakten med samhället utanför sjukhuset av en alltmer tilltagande somatisk skröplighet. Denna sammanföll med utvecklandet av socioterapi på 60-talet. Biobesök, fotbollsmatcher, utflykter och tvåveckorsvistelsen i Åsljunga – för en patient som Bengt Olsson hade säkert den socioterapeutiska verksamheten betydelse som avbrott i de grå vardagsrutinerna.

## MOT EN DECENTRALISERAD PSYKIATRISK VÅRD

Nyåret 1967 övertog Malmöhus läns landsting huvudmannskapet för S:ta Maria sjukhus. Sjukhuset avsågs nu i första hand ge vård åt sjuka inom landstinget. Men under en övergångsperiod vårdade sjukhuset också patienter från Kristianstads och Hallands län. Idéer om en ändring av huvudmannskapet för den psykiatriska vården uttalades i början av 50-talet. Liksom vid tidigare förändringar inom psykiatrin var närmandet till den somatiska vården ett tungt vägande skäl. Dessutom menade man att mentalvården på så vis lättare skulle kunna rustas upp.<sup>72</sup>

50- och 60-talets terapeutiska framsteg innebar att mentalvården alltmer öppnades mot samhället. Idéen om att isolera patienten från samhället började så smått omprövas. Öppenvård fick liksom dagsjukvård större betydelse. På 60-talet började man se fördelar i att låta patienten ha fortsatt kontakt med hemmet, familjen och arbetet. Psykiatrins sociala aspekter utvecklades.

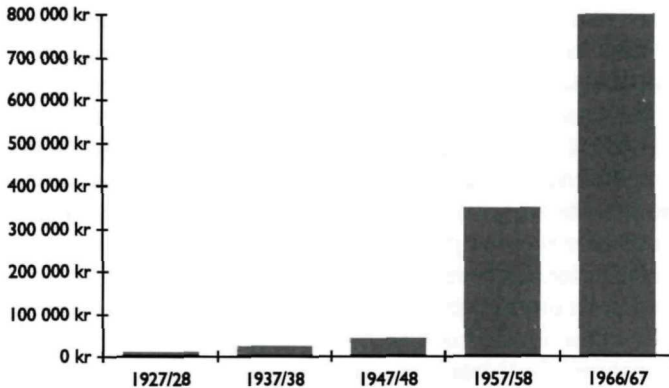
Psykofarmakan var ett stort framsteg för den biologisk/medicinska psykiatrin. Men snart riktades också kritik mot den nya omfattande medicineringen. Denna kunde medföra besvärande biverkningar som kvarstod även efter medicineringens upphörande, t.ex. motoriska störningar, leverskador och hormonrubbnings. Det finns kritiker som menar att psykofarmaka motsvarar en kemisk lobotomi. Å andra sidan har det kemiskt/biologiska synsättet försvarats med att psykisk sjukdom principiellt inte skiljer sig från somatisk sjukdom och bör behandlas som en sådan. Andra menar att psykisk sjukdom skulle vara betingad av miljö, omgivningen. Psykofarmakan skulle i så fall



endast fungera som en symtomdämpande medicin. Inom Helsingborgs sjukvårdsdistrikt kan de olika synsätten numera sägas fungera parallellt. Överläkare Lars Nordgren förklarar:

*"Patienter vars tillstånd kräver sluten vård behandlas i regel med läkemedel. Av detta följer inte att patienter i sluten vård behandlas enbart med läkemedel. Parallellt sker t.ex. samtals-terapi, arbetsterapi och gymnastik. En del av patienterna i öppen vård behandlas med läkemedel och stödterapi av olika slag. Patienter som behandlas enbart psykoterapeutiskt förekommer givetvis också."*

Kritiken mot den medicinska psykiatrin och den institutionsbundna mentalvården<sup>73</sup> växte sig stark med början på 60-talet för att blomma ut på 70-talet. Den amerikanske sociologen och antropologen Erving Goffman fick stor betydelse för kritiken mot den anstaltsbundna vården.



*Introduktionen av psykofarmaka på 1950-talet innebar en kraftig ökning av sjukhusets medicinkostnader, en återspeglning av en allt intensivare medicinering som fortsatte också under de kommande åren.*

Goffman pekade bland annat på de sociala villkoren och de negativa effekterna av vad han kallade "Totala institutioner". I Sverige gjorde Pockettidningen R sig till tolk för kritiken med åtskilliga undersökande reportage där också patienterna kom till tals. Som alternativ till "pillerpsykiatri" angavs psykoterapi i olika former, t.ex. grupperapi, psykoanalys, transaktionsanalys osv. Kritiken riktades inte bara mot behandlingsmetoderna utan också mot bristande vårdresurser, utrustning och lokaler. De stora f.d. statliga anläggningarna i sig kom i skottgluggen. De stora dimensionerna och den avskilda placeringen ansågs inverka menligt på vården av de psykiskt sjuka. Bakom sådan kritik ställde sig till och med Medicinalstyrelsen, huvudmannen för uppbyggnaden av den anstaltsbundna mentalvården.

#### *Upprustning och avveckling*

Från och med landstingets övertagande av huvudmannaskapet för S:ta Maria inleddes en rad förändringar i verksamheten, vilka till slut skulle leda till avvecklingen av sjukhuset. När landstinget trädde till 1967 fanns det 1330 vårdplatser. Överbeläggningen var fortfarande ett faktum, men hade nu sjunkit till 1 %. Med moderna mått mätt var emellertid trängseln på det fullbelagda sjukhuset alltför stor. Ännu 1972 rapporterade sjukhusdirektören Kurt Fritzdorf<sup>74</sup> att patienttätheten var så hög att den hindrade vården: *"Trängseln på sjukhuset är skrämmande och har berövat läkarna alla möjligheter att organisera ur vårdsynpunkt homogena avdelningar. Intagna patienter får oberoende av vårdbehovet stoppas in där det finns en ledig säng."*<sup>75</sup>

Fortfarande led sjukhuset av allt för stora avdelningar med upp till 50 patienter. Vårdarbetet tenderade att bli tyngre eftersom vårdplatserna upptogs av allt fler äldre



*Vården av den allt större delen äldre patienter präglades länge av tillfälliga lösningar och improvisationer, vilket både personal och patienter led av. Foto från 1970-talet, Helsingborgs Dagblad.*

patienter. 1974 beräknades mer än hälften av patienterna på sjukhuset vara 70 år eller äldre. Dessutom hade våldstendenserna bland "vissa patienter" blivit allt grövre varför flera avdelningar krävde skydd mot överfall.<sup>76</sup> Det var också det ökade våldet på avdelningarna som ofta stod i centrum för pressens bevakning av den psykiatriska vården på 70-talet. Tonen i tidningsrubriker och debatter var hög och präglades av påstådda övergrepp, såväl från personal som patienter.

I början av 70-talet började man ifrågasätta omfattningen och organisationen av vården på sjukhuset. Samtidigt skedde en omfattande utbyggnad och upprustning av lokalerna. 1970 stod fyra mindre paviljonger färdiga med 120 vårdplatser med utrymmen för psykologer och tandvård.<sup>77</sup> Parallellt pågick ett omfattande renoveringsprogram av byggnader och inventarier. Sängar och andra



*Efter omfattande renoveringar installerades utrustning som motsvarade den tunga vården av ålderstigna patienter. Badrum avdelning 9.  
Foto Roland Stregfelt.*

möbler byttes successivt ut. De stora paviljongerna kring borggården – 3 och 4 – renoverades, likaså den gamla öppenvårdspaviljongen 9. Ett nytt inslag på S:ta Maria var narkomanvården som etablerades 1970 i och med att paviljong 3 byggdes om. Till narkomanvården hörde fr.o.m. 1971 även Billesholmshemmet – ett f.d. länssjukhem som gjordes om till eftervård för narkomaner med åtta vårdplatser.<sup>78</sup>

S:ta Maria inlemmades i allt högre grad i sjukvårdsdistriktets organisation. Från och med 1976 hade S:ta Maria inte längre någon egen direktion, utan styrdes av distriktets gemensamma direktion. Grundutbildningen av mentalskötare hade sedan 1956 funnits på S:ta Maria, men överfördes 1973 till landstingets vårdskola. Apoteket övertogs 1975 av Apoteksbolaget och gjordes om till en filial till lasarettets apotek.<sup>79</sup> Samtidigt som sjukhuset





*De nya paviljongerna 50a, b, c, d stod färdiga 1970. Förutom att de bättre än tidigare tog hänsyn till den enskilde patientens integritet gavs de en låg profil som varken konkurrerar med de äldre byggnaderna eller ger samma monumentala intryck som dessa. Foto Ulf Celander.*

knöts närmare till den övriga sjukvården inom Helsingborgs sjukvårdsdistrikt, förbereddes hemtagning av patienterna från Kristianstads och Hallands län. 1974 inleddes flyttningen av 120 patienter med hemvist i Kristianstads län. Dessa patienters platser återbelades aldrig. Istället minskade sjukhusets platser ytterligare genom att renoveringarna av de gamla avdelningarna resulterade i färre vårdplatser. 1974 hade sjukhuset 1.007 sängar. För första gången var antalet platser lägre än det sjukhuset ursprungligen hade byggts för.<sup>80</sup> Omläggningen av kursen motsvarades också av en ökning av den psykiatriska öppenvården.

I takt med att patientantalet minskade, ökade personalen markant under de första åren efter landstingets

övertagande. Det var främst skötarpersonalen som utökades. Men även olika servicefunktioner överfördes efterhand till särskilt anställd personal. En anmärkningsvärd förändring var när städningen av vårdavdelningarna 1970 övertogs av särskild städpersonal – en funktion som tidigare hade ombesörjts av skötare och patienter.

### *Att rensa luften och stå i köket*

Reaktionerna på 60- och 70-talets kritik mot de stora vårdinstitutionerna resulterade bland annat i ett försök 1972 på avdelning 40. Idéen kring projektet var att patienterna skulle göras delaktiga i vården och inte endast vara föremål för vård. Försöket syftade till att motverka hospitaliseringen av patienterna. På tidstypiskt sätt anordnades stormöten och konferenser där patienterna också fick vara med och diskutera vården och andra avdelningsärenden. Man "talade ut" med varandra och "renskade luften". Man försökte luckra upp i hierarkin mellan personal och patienter, men också inom personalgruppen. Tillsammans med personalen utgjorde patienterna ett "team". Liksom på andra avdelningar var dagen fortfarande inrutad i ett noggrant schema där varje aktivitet hade sin särskilda tid och plats.<sup>81</sup>

Inom ramen för socioterapin strävade man efter att etablera kontakt med omvärlden. I trakten av Åsljunga hyrde sjukhuset under en rad år med början 1968 en sommarkoloni som i tvåveckorsperioder i grupper om 35 sammanlagt besöktes av drygt hundra patienter. Sommarkolonin var ett försök att låta patienterna tänga en vardagstillvaro. Man lät manliga och kvinnliga patienter vistas samtidigt på kolonin. Patienterna fick i högre grad än på avdelningarna sköta de dagliga rutinerna själva. Och det visade sig att många som hade svårt att inordna sig på sjukhuset klarade sig fint under de två veckorna på sommarkolonin.<sup>82</sup>



*Den gamla tuberkulospaviljongen för kvinnor används 1991 som möbelupplag. Men ännu på 70-talet utnyttjades den i vården, kraftigt nedsliten och dåligt anpassad till modern psykiatrisk vård. Foto Ulf Celander.*

### *Farväl till Gadelius*

70-talets renoveringar, personalförstärkningar och de nya vårdideologiska försöken var påtagliga förbättringar för vården på S:ta Maria. Men många av de gamla förhållandena levde också kvar. De två fristående paviljongerna 5 och 6 var i stort sett orenoverade när de revs 1977 respektive 1982. Och så sent som 1976 gjorde justitieombudsmannen följande noteringar på avdelning 19, f.d. tuberkulosavdelningen:

*"På klinik II besöktes bl.a. avdelning 19, en rehabiliterings-avdelning för kvinnor. På avdelningen fanns rum avsedda för bl.a. gruppsamtal, läkarsamtal och autogen träning. De flesta patienterna bodde i salar avsedda för 7 personer. Några bodde i dubbelrum. Tvättställ fanns i korridoren och toaletterna saknade dörrar."*<sup>83</sup>

En likartad syn återfanns på avdelningarna 11 och 12 (paviljong 3):

*"Avdelningarna 11 och 12 var avsedda för geriatrisk vård av manliga respektive kvinnliga patienter. Lokalerna var nerslitna och trista. De hade i stort sett inte ändrats sedan sjukhusets tillkomst för 50 år sedan. De bestod av stora, kala salar, med ca 8 bäddar i varje och utan möjlighet till avskärmning. Salarerna öppnade sig mot en genom hela avdelningen löpande korridor. Lokalerna gjorde ett helt igenom beklämmande intryck. Värst var det slutna rum som användes för bad av patienterna. På avdelning 11 fanns visserligen ett förhöjt badkar i rummet, men rummet var kallt, och allmänt undermåligt och användes dessutom som upplag för rullstolar m.m. På avdelning 12 var badkaret av mycket gammal modell och ej förhöjt. Det uppgavs att patienterna inte badades utan duschades. Avdelningarna ansågs mycket svårarbetade ur personalsynpunkt. Framställning om upprustning hade inte givits."*<sup>84</sup>

Bortsett från att lokalerna var nedslitna efter 50 års användning noterade JO med vämjelse de kvaliteter som hade satts högt när sjukhuset byggdes. Att sovsalarna var öppna mot korridoren var ju enligt professor Gadelius på 10-talet (se ovan) en förutsättning för övervakningen av patienterna. De stora salarna hade byggts dels för att många patienter lättare skulle kunna övervakas, dels för att de inte skulle lämnas därhän åt sig själv. Men med förändrade krav på den psykiatriska vården kom också nya krav på lokalstandard.

De nya paviljongerna 50a, b, c, d stod färdiga 1970.





*Sänggrader i salar, helt öppna mot en korridor. Meningen var att så få personal som möjligt skulle kunna övervaka största antal patienter. Idag ter sig arrangemanget otidsenligt och kritiserats hårt, inte minst för bristande hänsyn till den enskilde patientens integritet. Foto Helsingborgs Dagblad.*

Det var moderna lokaler som försämrade möjligheterna till övervakning, men som förbättrade villkoren för den enskilde patientens integritet. Knappt hälften av patienterna hade eget rum, några av dessa hade eget WC. Den resterande hälften patienter var förlagda till vårdrum om fyra platser var.

### *Den nya patienten*

Det skedde också en påtaglig förändring av patientverksamheten på sjukhuset. De nya patienter som togs in på sjukhuset hade ju uppfostrats till en helt annan syn på överhet och disciplin än den äldre patientgenerationen. Utearbete med trädgårdsskötsel pågick i oförminskad takt fram till 1975, men började därefter trappas ned. Samtidigt sjönk den höga graden av självförsörjning. Sjukhusets egen till-

verkning minskade radikalt liksom patienternas del i driften. Sjuksköterskan Karin Halvarsson berättar:

*"De nya patienterna som kom in började ju bli mer och mer medvetna. De ville ju inte utearbeta i samma utsträckning. Det första man märkte var nog i trädgården. Det var svårt att få någon dit att plocka bär. De ville inte gå längre. I vävsalen började man plocka bort vävstolar. Dr Gyllerup tyckte inte att de skulle väva. Det var för ensidigt tyckte han. Det här var på 60-talet."*

Som alternativ till den traditionella terapin utvecklades den industriella terapin, som hade etablerats på 50-talet. Många patienter hade genom medicinerna blivit rörigare och kunde utföra normala arbeten i staden. Några arbetade dessutom med skogsarbete, främst plantering av skog eller vård av fornminnen. Varje dag kom en förman från Skogsvårdsstyrelsen upp till sjukhuset och hämtade patienterna i bil och körde ut till arbetsplatsen. En påtaglig nyhet var dessutom att dessa skogsarbetande patienter fick lön för sitt arbete.

## Hemma och på sjukhus. Två patienter

### *Ett återfall*

I förra kapitlet lämnade vi Eva Jansson när hon 1955 nyss skrivits ut från sjukhuset, radikalt förbättrad av det nya läkemedlet Hibernol. Sedan dess hade hon inte varit medicinerad. Under sin friska tid hade hon varit inlagd på sanatorium. Men när hon återigen togs in på S:ta Maria 1972 var hon botad från sin TBC. Efter den senaste behandlingen på sanatoriet hade hon blivit deprimerad och fått medicin utskrivnen, vilken hon överdoserade med fara för livet. När hon kom till S:ta Maria konstaterades hon vara "trött och oföretagsam". Preparat som Nozinan och

Terfluzin sattes in i antipsykotiskt syfte. Mot de depressiva symtomen ordinerades Saroten. Bäst effekt syntes en serie ECT-behandlingar fått. Journalen skriver:

*"10/11 1972: Har nu fått 6 st ECT behandlingar med en till synes god effekt. Inleder självmant samtal och har god kontakt med övriga pat. ECT utsättes.*

*11/4 1973: Känner sig nu betydligt förbättrad. Perm. till hemmet.*

*16/4 1973: Åter från perm., vilken enligt pat. gått över all förväntan."*

Efter flera permissioner under våren och sommaren skrevs Eva Jansson ut, först på försök, några veckor senare definitivt. Hon fick recept med sig hem på antipsykotiska och antidepressiva läkemedel. Kontakten med sjukhuset utgjordes under ett år framåt av receptutskrivning. På våren 1974 lades hon åter in på sjukhuset och ordinerades ökning av dosen Saroten. Hennes oro och depression förblev emellertid oförminskad varför en serie ECT-behandlingar sattes in. Efter nionde behandlingen kände hon sig bättre och flyttade till en lättare avdelning (avd 17):

*"11/9 1974: Finner sig mycket väl tillrätta på avd. God kontakt med övriga pat. Varit med soc.terapi på utflykt samt haft besök av anhöriga under veckoslutet.*

*13/9 1974: Börjar på textilslöjden.*

*16/9 1974: Känner sig betydligt förbättrad. På gott humör och i god balans. Perm. till hemmet över veckoslutet.*

*20/9 1974: Återkom på bestämd tid. Enligt pat hade perm gått mycket bra."*

Medicineringen minskades nu gradvis. Eva Jansson kände sig bra, var "glad och strålande" och skrevs åter ut. 14 dagar senare kom hon tillbaka till sjukhuset. Återigen hade hon blivit nedstämd, börjat grubbla och fått sömnbesvär.

"4/10 1974: Samtal. //

*Status: Sänkt grundstämning. Viss psykomotorisk hämning föreligger. Inga tecken till tanke- eller sinnesvillor. Inga tvångstankar.*

*Bedömning och åtgärd: Uppvisar alla klassiska symtom på endogen depression. Vi insätter tabl Saroten 50 mg x 3 som höjes med 25 mg om dagen till 75 mg x 3. Har i natt sovit bra på 2 tabl Mogadon varför vi fortsätter med det som natt-medicin."*

Under hösten och vintern försämrades hennes tillstånd för att under kortare perioder bli bättre. Efter nyår skrevs hon ut, men i april samma år lades hon återigen in. Journalen sammanfattar:

*"27/4 1975: Pat. uppvisar klara tecken på depressiv förstämning, där också misstänkt schizofren symtom finns i bakgrunden. För tillfället genom sin matvägran mycket svårbehandlad och får anses vara i behov av vård såväl somatisk som psykisk."*

Vid första intagningen på 50-talet hade Eva Jansson fått diagnosen schizofreni. På 70-talet hade hon depressiva symtom men hade samtidigt uppvisat psykotiska drag, varför läkarna inte kunde räkna bort inslag av schizofreni. Medicineringen var därför både antipsykotisk och antidepressiv. Situationen komplicerades ytterligare av att den psykiatriska behandlingen av Eva Jansson på våren 1975 alltmer överskuggades av hennes sväljningsbesvär, vilka föranledde flera besök på lasarettet i Helsingborg och en remittering till kirurgen i Lund.

*"22/10 1975: Pat. skall i morgon åka till Kirurgen, las, Lund. Är i gott skick och på gott humör. Inga tecken på depression. Ställer säkert stora förväntningar på operationsresultatet. Försöksutskrivs under vistelsen till lasarettet.*

*20/12 1975: Enligt meddelande från lasarettet i Lund avled pat. den 20/12 1975."*



Eva Janssons journalanteckningar är fulla av utskrivningar och intagningar. Efter den succéartade medicineringen 1955 med det nya preparatet Hibernall fungerade hon i sin vardagstillvaro i drygt 15 år, varefter hon åter lades in på sjukhuset. Därpå visade hon symtom som påminde om ett manodepressivt tillstånd. Depressionerna kom och gick, vilket motsvaras av de korta utskrivningsperioderna. Exemplet Eva Jansson illustrerar dessutom hur diagnosticeringen försvårades av flera symtom som pekade åt olika håll. Journalen från 70-talet antecknar att hon uppträdde med depressiva symtom samtidigt som schizofrena drag ansågs kunna skönjas i "bakgrunden". Den ambivalenta diagnosticeringen avspeglas också i ordinationen som ju riktade sig såväl mot depressiva som schizofrena symtom.

Eva Janssons levnadsöde var inte ovanligt. Många patienter som under längre tid vårdades för psykisk sjukdom kunde drabbas av komplikationer med somatiska sjukdomar. De kunde vara orsakade av biverkningar från mediciner, men många patienter tycks med tilltagande ålder också ha lidit av en nedsättning av det somatiska allmäntillståndet.

#### *Att leva normalt med medicin*

Den institutionsbundna vården är idag av mycket mindre omfattning än för bara 20 år sedan. Sedan psykofarmaka introducerades på 50-talet har medicineringen blivit allt effektivare. Fler preparat tillkommer ständigt. En framgångsrik medicinering kan resultera i att den sjuke kan leva ett normalt liv i samhället. Så är självklart inte fallet för alla. Men många människor lever idag med sin sjukdom utanför sjukhusets väggar och dess omhändertagande.

Erik Lindgren lades in för vård på S:ta Maria vid mitten av 60-talet. Han var då ännu i de sena tonåren och

studerade på gymnasium. Han hade känt sig dålig och legat hemma i ett par veckor då tillståndet blev alltför akut. Med sin mors hjälp åkte han upp till S:ta Maria, lades in och fick diagnosen schizofreni. Erik Lindgren berättar själv:

*"Jag blev kraftigt självförsjunken, omdömet försvann och jag märkte knappt omgivningen. När jag kom till sjukhuset fick jag mediciner. Den allra första jag fick var Hiberna. Då upplevde jag det som att jag klarnade direkt i huvudet. Innan hade tankarna snurrat planlöst med hög hastighet. Jag var förvirrad. Med Hiberna lugnade det ner sig i hjärnan. Jag kunde tänka klart igen. Effekten kom nästan med det samma."*

Hiberna-behandlingen var en första ordination som kom att följas av flera. Man provade med olika antipsykotiska och biverkningshämmande preparat. På traditionellt vis lades Erik i säng direkt efter intagningen. Han blev trött av Hiberna och sov mycket under den första tiden på sjukhuset.

*"Man blev trött av medicinerna. Det jag minns från den första tiden var att jag sov väldigt mycket. Nästan både dag och natt. Jag fick också insulinbehandling. Idéen var att aktiviteten ska sjunka i hjärnan genom att blodsockret förbränns. Jag fick inte så mycket att jag gick i coma, utan i mindre doser. Det var en behaglig behandling. Man blev avslappnad. Det stod liksom still i huvudet. Det cirkulerade inte så mycket. Så fick man B-vitamin intramuskulärt. Det skulle bygga upp nervsystemet. Jag provade olika neuroleptika – Squalone, Stemetil, Hiberna... När biverkningarna blev för svåra fick jag Librium, Det är ett sedativ<sup>85</sup> som det skrivs om i tidningarna att folk missbrukar. När det klarnade i huvudet av neuroleptikan blev jag rastlös. Jag gick fram och tillbaka i korridoren på sjukhuset. Det var också en biverkning. Innan låg jag helt överksam. Dom frågade om jag hade tvångstankar, men det hade jag inte."*

Erik togs in fyra gånger under två år på 60-talet.

*”Första gången var för att jag var förvirrad. De andra gångerna var det mest för biverkningarnas skull. De hade inte lika bra biverkningstabletter på den tiden. Jag fick kramper och huvudet vred sig så snart jag slappnade av. Jag fick en massa obehagliga kramper, t.ex. i tungan. Det var Hibernalen som gav biverkningarna. Det spände i hela kroppen, i muskler och nerver.*

*Nu tar jag tabletter för Stemetilens biverkningar. Jag kände mig litet spänd i kroppen av Stemetil. Det var därför jag började röka. Det hjälpte mot spänningen i kroppen.”*

Erik Lindgren var en lättskött patient. Den första tiden på sjukhuset var han inlagd på avdelning 23, en lugn avdelning. Några år senare, i början av 70-talet gick han på dagvård på avdelning 36. Dagvård innebär att patienten kommer upp till sjukhuset på dagarna, men bor och sover hemma. Erik var inte särskilt vårdkrävande och han varken tvingades till, eller hade något större intresse av de sociala och arbets-  
tränande terapier som förekom.

*”Terapin kunde man ju gå på om man ville. Jag gick inte i terapi särskilt mycket. Man kunde skruva ihop stickkontakter. Man skulle ju ha något att göra. Det var väl någon sorts arbetsträning. Ibland satt jag på keramiken och pratade. Men jag deltog aldrig. När jag var på avdelning 36 hade vi terapi på avdelningarna ett par timmar om dagen. Det var tempoarbete. Vi stoppade ner kuddar i små smörjflaskor till symaskiner. Vi lade grejor i plastpåsar som svetsades igen. Det var enkla uppgifter med samma moment om och om igen. Personalen deltog också och satt och pratade med oss.”*

Istället för de olika formerna av sysselsättnings- och socioterapier var kontakten med personalen och med patienterna av stor betydelse för Eriks tid på S:ta Maria. Man spelade mycket spel, inte minst kortspel, på avdelningen. På 60-talet hade dessutom tv-apparater installe-

rats på sjukhuset. Erik betonar särskilt sin positiva uppfattning av personalens arbete på avdelningen. I jämförelse med vad han ser idag när han besöker en bekant på sjukhuset, var personalen då mer personligt intresserad av patienterna. Gränsen mellan personal och patient var inte lika uttalad då som nu. På avdelningarna 2 och 36 förekom att personal och patienter umgicks även på fritiden. Erik har fortfarande kontakt med personal från den tiden.

När Erik blev utskriven från sjukhuset i början av 70-talet fortsatte han att odla kontakterna med avdelning 36. Någon organiserad eftervård var det inte fråga om. Men avdelningen hölls öppen för utomstående. Man kunde komma och gå som man ville. Liksom många andra gick Erik dit på eget initiativ.

*"Det var vanligt då. Sen började det springa för många där. Då började de med öppet hus en dag i veckan. Sen stängdes även det. Sköterskan som skötte det fick andra uppgifter. Men precis då startade RSMH<sup>86</sup> här i Helsingborg och då gick jag dit istället. Det har alltid funnits någonstans att gå. Det var mest för att träffa folk, att slippa vara ensam. Jag brukar gå till RSMH minst en dag i veckan."*

Erik Lindgren ser positivt på sin tid på S:ta Maria, men menar också att han var favoriserad av personalen. När han togs in var han ung, 18 år, och hamnade på en avdelning som också rymde ålderspensionärer. Han hade lätt att ta kontakt med människor och kom dessutom på god fot med överläkaren Gyllerup.

Erik bor i en lägenhet som han delar med sin mor och får numera sina recept utskrivna av en läkare på Pålsjö sjukhem. Någon annan kontakt har han inte med vården. Medicineringen är densamma sedan flera år tillbaka. Erik har goda kunskaper, inte bara om de mediciner han tar, utan också om psykiatri i allmänhet.



## PSYKIATRI UTAN S:TA MARIA

Under 80-talet gavs förutsättningar för en grundläggande omorganisation av den psykiatriska vården, en omorganisation som fastställdes 1990. Ett nyckelord för den nya ordningen är sektorisering. Helsingborgs sjukvårdsdistrikt utgörs av Bjuvs, Höganäs och Helsingborgs kommuner. Inom detta område arbetar idag den psykiatriska vården i tre sektorer med geografiska upptagningsområden om vardera cirka 50.000 invånare. Dessa sektorer bedriver öppenvård, slutenvård och – fr.o.m. hösten 1991 – dag-sjukvård. Vid sidan av de tre geografiska sektorerna finns fyra så kallade sektorsövergripande eller profilerade sektorer som definieras genom sina särskilda kompetensområden – akutvård, alkoholist- och narkomanvård, geropsykiatrisk<sup>87</sup> vård och psykosvård.

Inom varje sektor finns i stort sett samma kompetens samlad – läkare, sjukvårdspersonal, psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast och skrivpersonal. Ett undantag är geropsykiatrin som inte har några psykologer. Å andra sidan har öppenvårdsteamerna fler psykologer och kuratorsresurser än slutenvården. Det konkreta vårdarbetet på avdelningarna utförs av sjuksköterskor och skötare. De andra yrkeskategorierna deltar endast i begränsad omfattning i det dagliga avdelningsarbetet. Under senare år har andra yrkesgrupper än vårdpersonalen fått större betydelse i vården. Man förväntar sig inte längre att det endast är medicinering som ger positiva resultat. Överläkare Anders Varenius förklarar:

*"Psykosmedicineringen innebar stora framgångar med början på mitten av 50-talet. Det var enkla och snabba framgångar. Det var frestande att extrapolera metoderna för att*

*ytterligare öka framgångarna. Kanske var det så att man reducerade vårdarbetet för 10–15 år sedan till att vara mer lagt på frågan hur man skulle få in den här och den där antipsykotiska medicinen på den och den patienten. Jag tycker att vi ser människan mer som en helhet nu.”*

### *Tid för omprövning?*

Ännu 1991 bedrivs psykiatrisk vård på S:ta Maria. I paviljongerna 3 och 4 finns avdelningar för geropsykiatrisk vård, psykos- och missbrukarvård. I de bägge f.d. frångångarpaviljongerna på manssidan, 39 och 40, behandlas



*1991 har delar av den gamla miljön åter tagits till heder i ett nyrenoverat dagrum på avdelning 7, paviljong 3. Liksom möblerna, är sjukhusets arkitektur och den avskilda placeringen kvaliteter som alltmer uppskattas i den moderna psykiatriska vården. Foto Ulf Celander.*



*Röllakansmatta, krukväxter, tavlor, mönstrade tapeter och en tv är hemlika drag i det nyrenoverade dagrummets annars så omisskännliga prägel av institution. Dagrum på avdelning 7. Foto Ulf Celander.*

unga patienter med psykoser. Sammanlagt vårdas 1991 197 patienter på sjukhuset. Trots att landstinget är på väg att lämna S:ta Maria, har sjukhusmiljön börjat omprövas, såväl av patienter som av personal. Ett besök på den geropsykiatriska avdelningen 7 i paviljong 3 ger vid handen att den gamla miljön uppskattas på ett sätt som var helt främmande för några år sedan. Här och var i de nyrenoverade lokalerna står möbler från 1927 i syfte att öka hemtrevnaden för de äldre patienterna. Hemtrevnad och en ökad personlig integritet är två målsättningar i dagens institutionsvård som man försöker anpassa de gamla lokalerna till. I den slutna psykosvården eftersträvas enkelrum för flertalet patienter. Ett problem

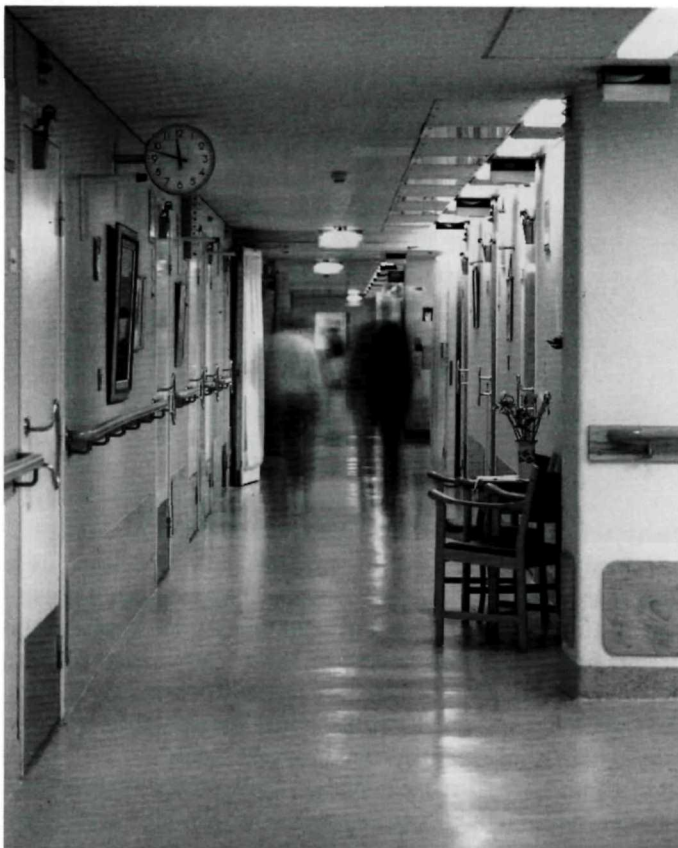
som då uppstår är övervakningen av patienterna. Det gamla sjuksjukhusets rumslösning medgav en skötare att samtidigt övervaka två övervakningssalar med sammanlagt upp till 16 patienter. Med en patient per rum är denna typ av övervakning omöjlig. Men å andra sidan återvinner patienten något av sin förlorade integritet.

Idéer kring arbetets terapeutiska värde äger fortfarande sin tillämpning fast annorlunda än tidigare. Många patienter arbetar fortfarande med matlagning och andra vardagsbestyr. Fast idag sker det på ett sätt som påminner om det privata hushållets. Syftet är att träna patienten till att klara vardagens olika uppgifter. Dessutom betraktas sjukhusets avskildhet återigen positivt inte minst i den slutna narkomanvården.

Vad som är bra och dåligt i den psykiatriska vården beror självklart på vem som avger omdömet. För vårdpersonal, läkare, kuratorer med flera ligger det nära till hands att konstatera att dagens vård kännetecknas av i huvudsak positiva kvaliteter uttryckta i ord som helhets-syn, humanism och ökad professionalism. Trots stora brister finns det positiva erfarenheter från vården så som den bedrevs för 20 år sedan. Från patientperspektiv kunde det uppfattas som att kontakten mellan personal och patienter var bättre och mänskligare än nu.

Det är ofta institutionsvården som står i skottgluggen när den psykiatriska vården kritiseras. Det är också den institutionsbundna vården som har skurits ned till förmån för mer öppna vårdformer, där patienten i högre grad än tidigare ska kunna bevara sin sociala tillvaro. Ett tungt vägande skäl för nedskärningen av antalet vårdplatser är dessutom av ekonomisk art. Vårdplatser kostar mycket pengar, öppenvård tycks billigare. Idag finns som exempel 82 vårdplatser i den slutna psykosvården. Det är en siffra som dels avspeglar ett minskat upptagningsområde, dels är resultatet av en omfördelning av





*Avdelning 7 är en psykiatrisk avdelning i gamla paviljong 3. Här vårdas äldre människor i nyrenoverade lokaler, anpassade efter moderna vårdkrav. Foto Ulf Celander.*

vårdresurser till öppnare vårdformer. Mycket talar för att minskningen av antalet platser på S:ta Maria kommer att fortsätta.

De flesta är nog överens om att sluten psykiatrisk vård bör undvikas så långt som möjligt och att eget boende är bra. Men balansgången har blivit svårare än många förutsåg. Att eget boende generellt är positivt, är idag ingen självklar sanning. Jordmånen för misär och social isolering är god i egen bostad när det sociala nätverket inte sedan tidigare är utbyggt eller har gått förlorat. Trots systembetingade övergrepp och andra missförhållanden där frånvaron av respekt för den personliga integriteten var ett vardagligt inslag, fanns det kvaliteter i vården på de gamla mentalsjukhusen värda att övervägas i stunder när nya vårdformer och ideologier tar gestalt.

Sedan ett tiotal år tillbaka har diskuterats vad som ska hända med S:ta Maria sjukhus. Rivning av byggnaderna tycktes under 70-talets mest affekterade debatter vara den mest passande åtgärden. Idag vet vi att området har stora allmänna kvaliteter som inte nödvändigtvis behöver kopplas till sjukvård. Man ser gärna området som en framtida del av ett större bostadsområde, en hel stadsdel som skulle ta gestalt med utgångspunkt i sjukhusmiljön. "Mariastaden" är redan nästan ett inarbetat namn på stadsdelen, som tänkts sträcka sig österut och norrut mot Kungshult.

Idag är det ingen som gör utflykter till "Hospitalet" för att titta på "galningarna". Numera tar man en promenad i sjukhusparken – som ju inte är lika välskött som förr – och låter sig omslutas av en av landets mest konsekvent och skickligt utförda, arkitektoniska totalmiljöer. Det är en miljö som dessutom har en viktig historia att berätta, en historia om S:ta Maria sjukhus i synnerhet, men också om det omgivande samhällets människosyn och värderingar i allmänhet, en historia ömsom skrämmande och förnedrande, ömsom präglad av omsorg och de bästa av avsikter.

# KÄLLOR

## Litteratur

- Abrahamson, Faurbye *Psykiatrisk sjukvård.Handledning för sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal*. Uppsala 1963.
- Ahlberg H *Sjukhuset som arkitekturuppgift*. Ur *Byggmästaren* 21/1943.
- Bachlin E *Sinnessjukläkarna och pressen*. Ur *Läkartidningen* 1934.
- Beckman V *Sinnessjukhuset*. Bilder ur psykiatrins historia. Stockholm 1984.
- BiSoS, Helso- och sjukvården, serie K:2.
- Bjurling G *Slutad vakt*. Ur *Notiser från Arbetarnas kulturhistoriska sällskap*, 1941.
- Bjørhovde m fl *Presteseter sykehus 75 år*. Reinsvoll 1988.
- Björck P *Arbetsterapin inom sinnessjukvården*. Ur *Läkartidningen* 1929.
- Björck P *Sinnessjukhuset*. Ur *svenska sjukhus* 1948.
- Bursell A *Elektrochockbehandling av psykoser*. Ur *Läkartidningen* 1941.
- Creutzer/Grip *Bort från institutionen*. Falun 1988.
- Dagberg O *Psykiatriska sjukhuset i Stockholm 100 år*. Stencil 1961.
- Dahlin C S *Svenska helveten. Sveriges hospital som helvetets förgårdar*. Stockholm 1919.
- Danielsson E *Psykiatrisk vård. Tillbakablick – nuläge – framtid*. Stockholm 1983.
- Ehrensward J *Den moderna psykiatrin, dess mål och medel*. Ur *Dit vi hunnit*. Stockholm 1941.
- Ehrensward J *Erfarenheter med sulfosinbehandling vid psykiatriska sjukhuset i Stockholm*. Ur *Läkartidningen* 1934.
- En annan historia*. *Pockettidningen R*, 1979:5–6.
- En återblick*. Svenska psykiatriska föreningen. Stockholm 1980.
- Eriksson B E *Vägen till centralhospitalet*. Två studier om den anstaltsbundna sinnessjukhusvårdens förhistoria i Sverige. Eslöv 1989.
- Foucault M *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund 1983.
- Franzén B *Mentalsjukvårdens framtidsplaner*. Ur *Läkartidningen* 1956.
- Fritzdorf K *S:ta Maria sjukhus*. Ur årsberättelse, Helsingborgs medicinhistoriska förening, 1985. Helsingborg 1985.
- Förhållningsregler för befattningshavare, tillhörande sjukvårds- och ekonomipersonal vid statens sinnessjukhus*. Kungl Medicinalstyrelsens kungörelser och cirkulär. N:r 9. Stockholm 1922.
- Förteckning över sjukvårdsanläggningar*.

- Stockholm 1983.
- Gadelius B *Det mänskliga själslivet 1-4*. Stockholm 1921.
- Gadelius B *Sinnessjuka och sinnessjukvård*. 1908.
- Gadelius B *Sinnessjukdomar och deras behandling förr och nu*. Stockholm 1913.
- Goffman E *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltlivets sociala villkor*. Stockholm 1973.
- Harding G *Tidig svensk psykiatri*. Lund 1975.
- Holmberg m fl *Modern svensk psykiatri*. Stockholm 1968.
- Höjer A *Framtidsperspektiv*. Ur Svenska sjukhus 1948.
- Kock W *Psykiatri och mentalsjukvård i historiskt perspektiv*. Ur medicinhistorisk årsbok 1971.
- Kungl. Medicinalstyrelsen. *Sketches and plans of Hospitals in Sweden*. Stockholm 1931.
- Kåks H *Från idiot till självständig människa*. Bilder från omsorgen i Dalarna. 1987.
- Lundquist G *Den moderna psykiatrins uppgifter*. Ur Läkartidningen 1940.
- Lundquist G (red) *Modern svensk sinnessjukvård. Den psykiska vården i Sverige förr och nu*. Stockholm 1949.
- Lundquist G *Sinnessjukvården i riket*. Ur Läkartidningen 1949.
- Mentalsjukvården*. Broschyr från Kungl. Medicinalstyrelsen. Stockholm 1965.
- Minnesbok över Sundby sjukhus*. 1988.
- Nilsson I *Människor och sinnessjukhusvård*. Ur socialmedicinsk tidskrift 1979:9.
- Nordin K *Ulleråker 1840-1930*. Stencilrad uppsats. Uppsala 1984.
- Nyanställd på mentalsjukhus*. Broschyr från Kungl. Medicinalstyrelsen. Stockholm.
- Ohlander A-S *Kärlek, död och frihet*. Historiska uppsatser om människovärde och livsvillkor i Sverige. 1985.
- Olofsson R P *Ryggen fri*. (roman) Uppsala 1985.
- Olsson A *Chaulmoograoljans betydelse vid vissa psykiska sjukdomstillstånd*. Ur Läkartidningen 1934.
- Ord och bild 1967:3.
- Palm B *Arkitekten Carl Westman 1866-1936*. Lund 1954.
- Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus*. Socialstyrelsen redovisar, 1982:8. Stockholm 1982.
- Quarsell R *De vansinniga*. Ur Den dolda historien. 1984.
- Quarsell R *Ordning och behandling. Psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft*. Umeå 1982.
- Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård*. Socialstyrelsen anser, 1980:2. Stockholm 1980.
- Rylander G *Insulinbehandling vid schizofreni*. Ur Hygiea 1938.



- Schlaug R *Psykiatri, lag och samhälle*. Stockholm 1989.
- SOU 1928:18. Betänkande med förslag till stadgan angående sinnessjukvården i riket m.m. Stockholm 1928.
- SOU 1929:7. *Berättelser rörandes studier i vissa sjukvårdsfrågor*. Stockholm 1929.
- SOU 1948:37. *Synpunkter och förslag rörande sinnessjukvården*. Stockholm 1948.
- SOU 1958:38. *Mentalsjukhusvården. Planering och organisation*. Betänkande III av mentalsjukhusdelegationen. Stockholm 1958.
- Sondén T *Insulin och cardiazolbehandling*. Ur *Läkartidningen* 1939.
- Svenska sjukhus, del 1–3*. Stockholm 1948.
- Svensson F *Lärobok i sinnessjukvård*. Uppsala 1907.
- Söderström M *Vårt själsliv och dess rubbningar. Sinnessjukvård*. Stockholm 1929. Andra upplagan 1934.
- Torbring E, Franzén B, Hägne G *Om försök med socioterapi på mentalsjukhus och några därvid förekommande former av hinder och motstånd*. Ur *Läkartidningen* 1958.
- Truedsson H (red) *Svenska sinnessjukvårdspersonalens förbund*. Minneskrift 1908–1933. Lund 1933.
- Truedsson H (red) *Statens sjukhuspersonals förbund 1908–1958*. Lund 1958.
- "*Varför i helvete har vi ingenting att säga till om...*". *Synpunkter på anstaltsdemokrati*. Pockettidningen R. Lund 1970.
- Wassing Å *Slottet i dalen*. (roman) Stockholm 1961.
- Wigert V *Psykiska sjukdomstillstånd (1)*. Stockholm 1924.
- Wigert V *Psykiska sjukdomstillstånd (2)*. Stockholm 1925.
- Vårdad till vanvett*. Pockettidningen R, 1/1975. Lund 1975.
- Väring A *Föranleder ingen åtgärd*. 1947.
- Väring A *I som här inträden*. (roman) 1942.
- Åman A *Hospital, sinnessjukhus, mentalsjukhus*. Ur tidskriften *Arkitektur* 9/1970.
- Åman A *Om den offentliga vården – byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning*. Uddevalla 1976.
- Tidskrifter och småtryck*
- Julfönstret 1936–38
- Läkartidningen* 1914–1958
- Tidskriften Hygiea* 1914–1938
- Tidskriften Humanitet* 1914–1945
- Otryckta källor*
- Patientinformation för avd 40, S:ta Maria sjukhus, Helsingborg. 1972.
- PM angående S:ta Maria sjukhus i Helsingborg. 1972.
- Rapport från avdelning 40. 1972.

## Arkiv

### *Malmöhus läns landstings arkiv*

S:ta Maria sjukhusarkiv

### *Riksarkivet*

#### Medicinalstyrelsens arkiv

Hospitalsbyråns arkiv

Sinnessjukvårdsbyråns arkiv

Mentalsjukvårdsbyrån arkiv

Ritningsarkivet

### *Socialstyrelsens arkiv*

#### Medicinalstyrelsens arkiv

Kamerallbyrån, avd för Mentalsjukhusens ekonomiska förvaltning.

Sinnessjukvårdsbyråns arkiv

Mentalsjukvårdsbyråns arkiv

### *S:ta Maria sjukhusarkiv*

Inspektionsprotokoll Medicinalstyrelsen

Kungl. brev angående Hälsingborgs hospital samt Medicinalstyrelsens cirkulär för 1918–26

Medicinalstyrelsens årsberättelser 1927–1967

Utgiftsstater för S:ta Maria sjukhus 1927–1967

Årsberättelser för S:ta Maria sjukhus 1967–1975, Malmöhus läns landsting

*Svenska kommunalarbetareförbundet avd 40, sekt 10:s arkiv*

Fackföreningsprotokoll 1927–

*Universitetsbiblioteket, Lund*

Meddelanden från Kungl Medicinalstyrelsen:

No 27. Utredning angående den lämpliga storleken av statsanstalt för sinnessjuka. E Lauritzen, Stockholm 1917.

No 55. Berättelser över resa för psykiatriska studier 1928. Björck P. Stockholm 1928.

No 58. Överinspektörens för sinnessjukvården i riket berättelse över sin verksamhet under år 1927. Stockholm 1929.

No 62. Anteckningar från en med understöd av statsmedel år 1929 företagen studieresa till Förenta Staterna. Stockholm 1930.

No 62 1/2. Överinspektörens för sinnessjukvården i riket berättelse över sin verksamhet under år 1928. Stockholm 1930.

No 78. Överinspektörens för sinnessjukvården i riket berättelse över sin verksamhet under år 1932–34. Stockholm 1936.

No 83. Överinspektörens för sinnessjukvården i riket berättelse över sin verksamhet under år 1935–37. Stockholm 1939.

### *Intervjuer*

Tolv intervjuer utförda hösten 1990 med vårdpersonal (såväl verksam som pensionerad), ekonomipersonal, läkare och patienter.

## NOTER

- 1 Sedermera kallat Konradsbergs sjukhus, numera Rålambshovs sjukhus.
- 2 Wigert 1924, s 66.
- 3 Institutet var världens första statliga och leddes från starten av Herman Lundborg.
- 4 Ur Folkets Dagblad 1933 09 04.
- 5 Meddelanden från Kungl Medicinalstyrelsen No 27.
- 6 Varje statligt sinnessjukhus styrdes av en direktion utsedd av Kungl. Majt. och underställd Kungl. Medicinalstyrelsen. I direktionen ingick alltid sjukhuschefen. Landshövdingen var dess obligatoriske ordförande.
- 7 En topp i antalet medeltal vårdade per dag nåddes 1957 med 1.673 patienter.
- 8 Sinnessjukvården i riket 1927.
- 9 Kyrkan dekorerades invändigt av Filip Månsson (1864–1933). Månsson var en av landets mest ansedda dekorationsmålare under seklets första decennier och finns också representerad i exempelvis Engelbrektskyrkan i Stockholm samt Stockholms rådhus och stadshus.
- 10 Helsingborgs Dagblad 1927 09 24.
- 11 *ibid.*
- 12 Öresundsposten 1927 04 13.
- 13 Under en period på 20- och 30-talet användes epidemisjukhuset också som personalbostäder.
- 14 På 1917 års förslag var köksträdgården planerad för parkområdet öster om sjukhusbyggnaderna. Kanske berodde detta på att man då ännu inte visste vilken utsträckning hospitalsområdet skulle få.
- 15 Med pilaster menas den fasadutsmyckning som till skillnad från den tredimensionella kolonnen endast med en svag profil markerar bas, skaft och kapitäl.
- 16 Gadelius 1921, s 274.
- 17 *ibid.*, s 266–7.
- 18 Årsberättelser för hospitalen 1928. Hälsingborgs Hospital.
- 19 I verkligheten byggdes dessa enkelrum med dörr.
- 20 Termen "ålderdomshem" användes första gången 1896 för Slottsskogens ålderdomshem i Göteborg och var allmänt bruk i Sverige fr.o.m. 1910-talet.
- 21 För längre transporter av sinnessjuka människor fanns en särskild av Statens Järnvägar inredd vagn.
- 22 Så sent som 1938 rapporterade överinspektören för sinnessjukvården att han funnit två sinnessjuka människor förvarade i en källarcell på ett ålderdomshem.
- 23 Ur Lundquist 1949.
- 24 Söderström 1934, s 71.
- 25 B kap, 6 §, Disciplinstadga 1922.
- 26 Söderström 1934, s 42.
- 27 *ibid.*, s 63.
- 28 Söderström 1934, s 68.
- 29 Sinnessjukvården i riket 1928, s 6.
- 30 *ibid.*
- 31 Björck var 1928 hospitalsläkare på Hälsingborgs hospital och kom liksom sjukhuschefen Velander senast från Piteå hospital. Efter ett par år i Hälsingborg gjorde Björck karriär som medicinalråd Stockholm.
- 32 Cirkulär från Kungl. Medicinalstyrelsen 3/5 1922.
- 33 Hospitalsinspektionsberättelse 1929.



- 34 Hjälpverksamheten reglerades i 1929 års lag om sinnessjukvård.
- 35 Överinspektörens årsberättelser. S:ta Maria sjukhus.
- 36 Olsson A 1934.
- 37 Bursell 1941, s 417.
- 38 *ibid*, s 418.
- 39 *ibid*, s 418.
- 40 Apomorfin fick en renässans under första halvan av 70-talet då det användes som aversionsläkemedel på alkoholister.
- 41 Samme överinspektör som 1948 anmärkte på användningen av narcotica noterade också att det på avdelning K användes 39 bälten, dvs. ca dubbelt så många som riksgenomsnittet.
- 42 Lundquist G (red) 1949.
- 43 Tillsammans med Viktor Wigert och Bror Gadelius hade Mikaël Söderström stort inflytande över förkrigstidens sinnessjukvård. I "Vårt själsliv och dess rubbningar" – från vilket citatet är hämtat – behandlar Söderström den praktiska behandlingen av patienterna och sjukhusets ideala organisation.
- 44 Söderström 1934.
- 45 Förhållningsregler för befattningshavare, tillhörande sjukvårds och ekonomipersonalen vid statens sinnessjukhus, 1922.
- 46 Boken hade förhållandena på Umedalens sinnessjukhus som verklighetsbakgrund.
- 47 Lundquist 1949, s 2180.
- 48 Detta och alla följande namn på patienter är fiktiva. Även andra uppgifter som t.ex. datumangivelser och geografiska namn har ändrats.
- 49 SOU 1958:38, s 233.
- 50 Antalet intagna på statliga sinnessjukhus nådde en toppnotering 1957 med 22.422 patienter, vilket bör jämföras med motsvarande 19.684 platser.
- 51 En undersökning i Hallands län (vilket ingick i S:ta Marias upptagningsområde) utförd 1957 visade att av de beräknade totalt 1.206 sinnessjuka befann sig 74 på ålderdomshem. Av det totala antalet psykiskt sjuka var 514 intagna på S:ta Maria.
- 52 SOU 1958:38, s 111.
- 53 *ibid*.
- 54 *ibid*, s 263.
- 55 Ljungberg 1956, *Läkartidningen* s 2128.
- 56 Hibernäl var storsäljaren bland de nya läkemedlen och tillverkades av läkemedelsfirman LEO. Namnet konstruerades av franskans ord för vinterdvala.
- 57 Året 1957/58 budgeterades 292.000 kronor för läkemedel oräknat förbrukningsmaterial (14.000). Läkemedlens del av budgeten fortsatte att öka för att vid halvårsbudgeten 66/67 återigen motsvara en fördubbling i förhållande till tio år tidigare.
- 58 Uppgiften återfinns i den s.k. Hallandsundersökningen som utfördes 1957. SOU 1958:38.
- 59 Nyheterna 1956 12 29.
- 60 Torbring hade varit läkare på sjukhuset under 40-talet och efterträdde Velanders 1949 som överläkare och sjukhusets chef. Torbring dog 1958 och ersattes av Holger Garsten som sjukhuschef.
- 61 Ur koncept i volymen årsberättelser, Malmöhus läns landstingsarkiv.
- 62 Intervju med skötare 90 10 11.
- 63 Under 60-talet var flera av de drygt 20 läkartjänsterna vakanta.



- 64 Mentalsjukvården, s 6.
- 65 I Hallandsundersökningen 1957 beräknades att ca 30 % av de intagna patienterna från Halland inte var satt i någon form av sysselsättning. Det är en siffra som med all sannolikhet innebär en sänkning jämfört med 30- och 40-talets arbetsintensitet.
- 66 Det ingick i överinspektörens uppgifter att särskilt notera graden av tvångsmedel på sjukhusen. På S:ta Maria användes sängbälten i ganska hög grad ännu på 60-talet. Särskilt hög användningsgrad noterades på de kvinnliga avdelningarna.
- 67 Uppgift 1958, överinspektörens berättelse.
- 68 Nyanställd på mentalsjukhus, s 8. Häftet gavs troligen ut på 1960-talet.
- 69 ibid.
- 70 Flerbostadshuset avsågs som bostäder för ogift kvinnlig personal och gavs därför det smickrande öknamnet "Harpseud".
- 71 Abrahamson, Faurbye, 1963.
- 72 SOU 1958:38, s 233.
- 73 Sedan 1958 benämndes sinnessjukvård mentalvård.
- 74 1963 inrättades en tjänst som sjukhusdirektör, en administrativ chefstjänst. Som medicinsk rådgivare fick sjukhusdirektören en chefsläkare.
- 75 Fritzdorf, pm ang S:ta Maria sjukhus, 1972. Sjukhuset beläggning hade då sjunkit till i medeltal 1.146 patienter vårdade per dag, dvs. strax under det fastställda platsantalet 1.330. Man bör emellertid också räkna med att av dessa platser var inte alla disponibla p.g.a. normal cirkulation på patienter samt renoveringen av några avdelningar.
- 76 Fritzdorf, pm ang. S:ta Maria sjukhus, 1972.
- 77 Paviljong 50 a, b, c, d. Byggnaderna ritades av arkitekt John Barton.
- 78 Billesholms hemmet lades ned 30/6 1984.
- 79 Apoteket lades slutgiltigt ned 14/12 1990.
- 80 I antalet 1.007 ingick också de åtta platserna i Billesholm.
- 81 Rapport från avdelning 40.
- 82 Intervju med f.d. skötare.
- 83 Protokoll från inspektion av S:ta Maria sjukhus i Helsingborg, 1976-10-26/27.
- 84 ibid.
- 85 Ett sedativt läkemedel är dämpande.
- 86 Riksförbundet för social och mental hälsa.
- 87 Psykiatrisk åldringsvård, efter grekiskans gerontes – åldringar.

## BILAGA

### *Sjukhuschefer*

F G H Velander 1/8 1926–30/11 1948

Einar Torbring 1/12 1948–22/4 1958

Holger Garsten 1/11 1958–7/4 1963

### *Chefläkare*

Sture Eklund 1/11 1963–30/6 1974

Göran Eberhard 1/2 1975–31/12 1976

### *Sjukhusdirektör*

Kurt Fritzdorf 1/7 1963–31/3 1977

### *Sysslomän, intendent*

David Dahlin 1/5 1921–31/1 1950

Paul Söderlund 1/3 1950–31/10 1963

Torsten Olsson 1/12 1963–31/8 1973

Bertil Ullmark 1/11 1973–30/9 1988

### *Direktionsordföranden*

Landshövding Robert de la Gardie 1919–1927

Landshövding Fredrik Ramel 1927–1943

Borgmästare Joel Laurin 1943–1949

Borgmästare Lars Gunnar Olsson 1949–1967

Lagman Allan E Persson 1967–1974

Advokat Ella Tengbom-Velander 1974–1977

Tandläkare Lars Walberg 1977



Det är åtskilliga tusen psykiskt sjuka människor som har vårdats på S:ta Maria sjukhus sedan invigningen 1927. Bakom varje patientjournal ryms ett människoöde, i många fall tragiskt och utträngt till samhällets yttersta marginaler. För dessa människor inrättades S:ta Maria, under några år betraktat som ett mönstersjukhus med allt som ansågs nödvändigt för patientens välbefinnande och behandling.

Detta är boken om S:ta Marias historia. Det är boken om den medicinska vården som gavs här. Men det är också boken om patienterna och personalen, om arkitekturen och den sociala miljön, om hur det kunde vara att leva ett helt liv i sjukhusets hägn.

Helsingborgs sjukvårdsdistrikt