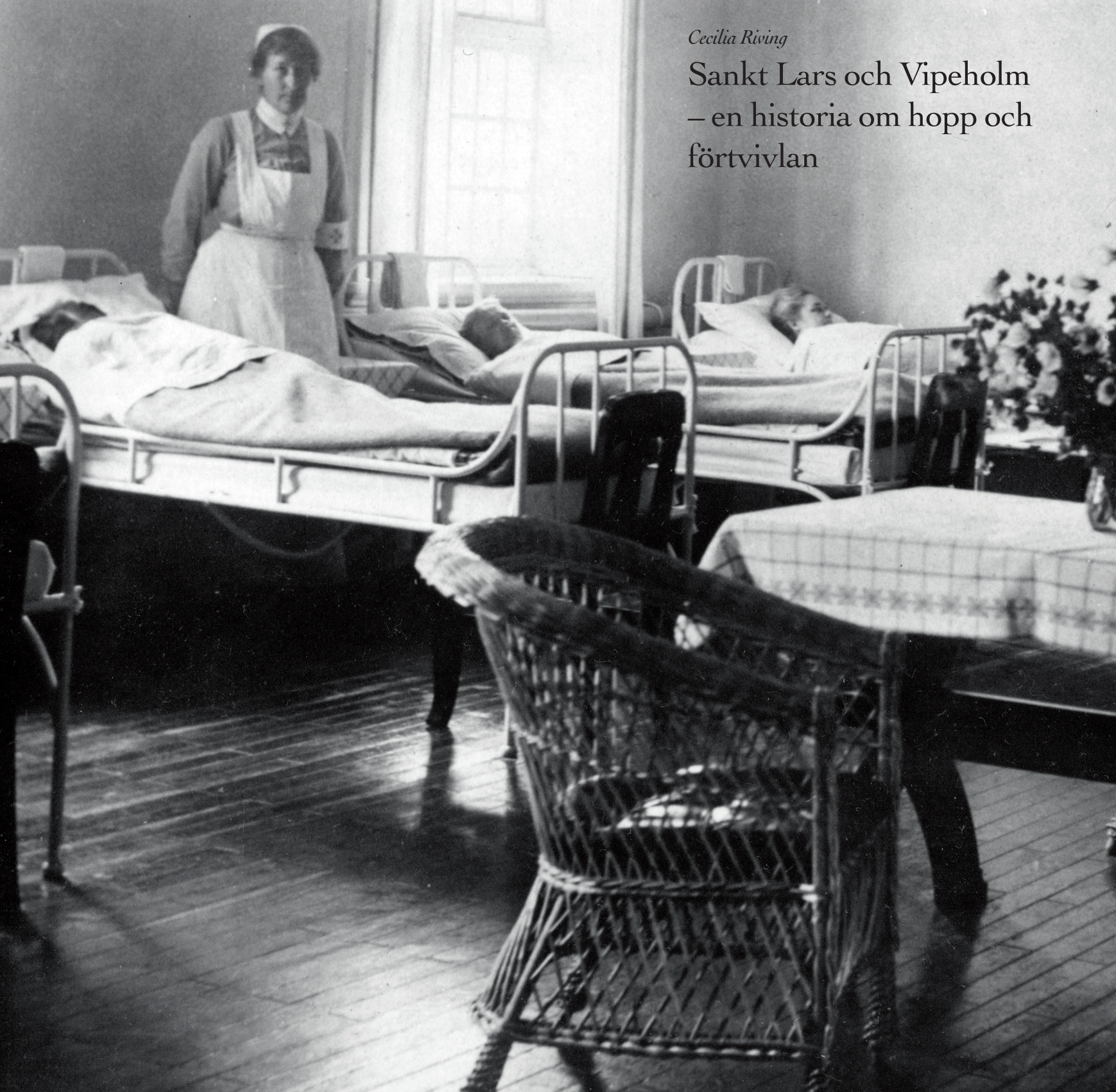


Cecilia Riving

Sankt Lars och Vipeholm
– en historia om hopp och
förtvivlan



Cecilia Riving

Sankt Lars och Vipeholm – en historia om hopp och förtvivlan

Betraktandet af denna storartade anstalt, med all derå nedlagd kostnad och omsorg, väckte hos människovännen känslor af sann glädje, då han i tanken jmförde förr och nu. Han glädde sig öfver att den tiden var förgången, då den stackars vansinnige behandlades värre än brottslingar eller nästan som oskäliga djur. (*Lunds Weckoblad* 1 juli 1879)

Detta är inte Belsen eller Buchenwald, det är en promenadgård på Vipeholms sjukhus. En värld för sig, befolkad av människor utan framtid, utan hopp, utan liv. En förvaringsplats för höggradigt intellektuellt utvecklingshämjade, som termen lyder. En förgård till helvetet. (Se 1953/34)

Mellan dessa två ytterligheter – glädjestrålande framtidstro och nattsvart pessimism – har den psykiatriska vården pendlat under de senaste 150 åren. De inledande citaten om Lunds hospital (S:t Lars sjukhus) och Vipeholms sjukhus fångar den spännvidd och de stora kontraster som har karaktäriserat allmänhetens syn på vården av psykiskt sjuka och personer med utvecklingsstörning.

När det nya hospitalet i Lund slog upp portarna 1879 var det inför en hänförd publik – hospitalet representerade dåtidens alla förhoppningar och terapeutiska ideal, här skulle patienterna leva i harmoni och stillhet, barmhärtigt isolerade från samhällets kvävande osundhet. I pressen framställdes hospitalet som en kraftfull symbol för den nya humana sinnessjukvården, fjärran från gångna tiders barbariska behandling av psykiskt sjuka.

Beskrivningen av Vipeholms sjukhus i bildtidningen *Se* 1953 är en skärande motbild. Patienterna skildrades här som apatiska och själs-

Vårdsal på västra sjukhuset, S:t Lars (den gamla asylen), tidigt 1900-tal.

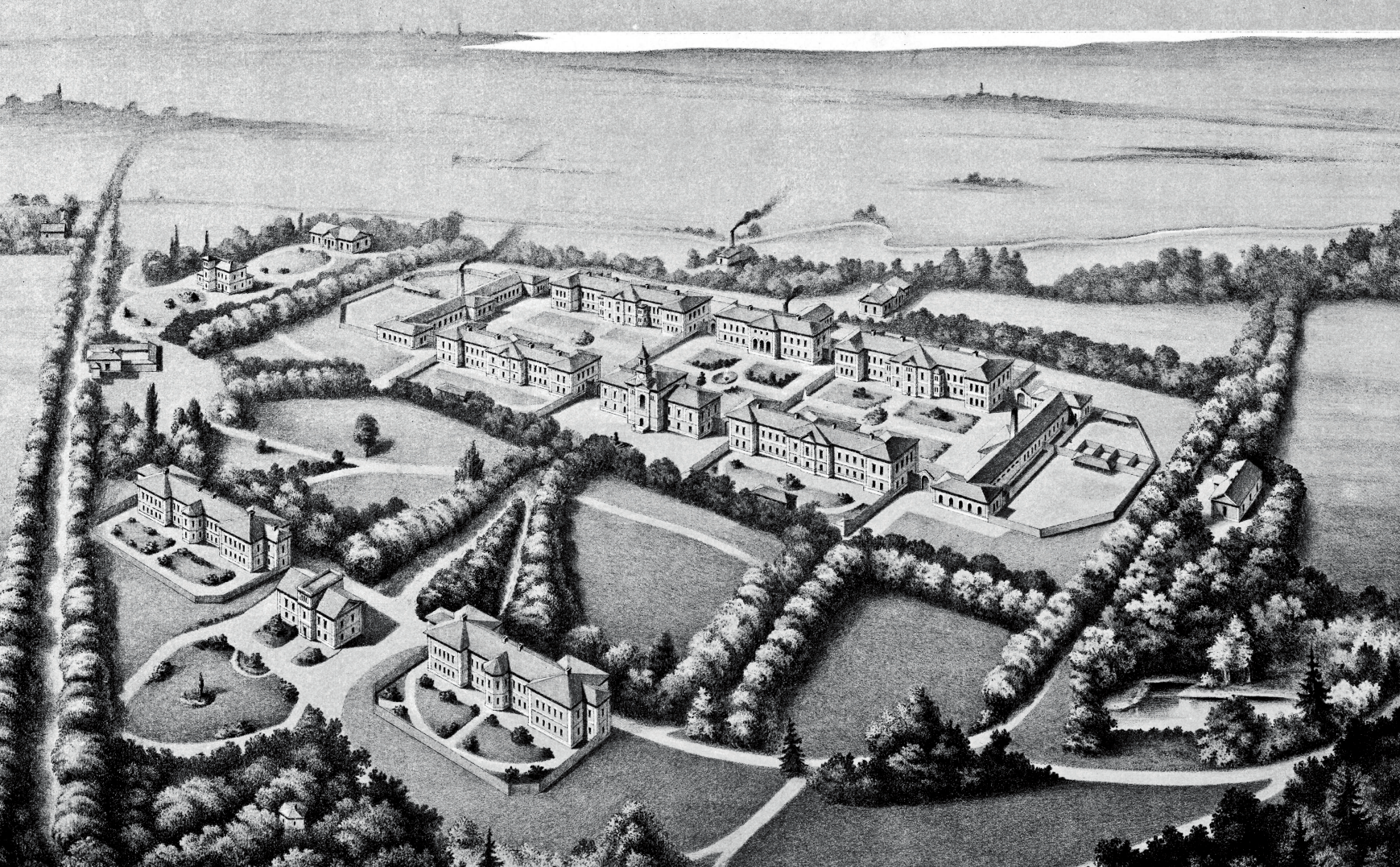
ligt förkrympta stackare, offer för byråkratisk inkompetens och likgiltighet. Institutionen målades upp som en mardrömslik miljö där humaniteten var satt på undantag.

Alltså – å ena sidan sprudlande optimism, å andra sidan förbittering och uppgivenhet. Däremellan – den grå, evighetslånga vardagen som sällan har gett upphov till braskande rubriker men som varit verklighet för tusentals patienter.

S:t Lars sjukhus och Vipeholms sjukhus är de två stora statliga institutioner som funnits i Lund. S:t Lars öppnade 1879 som hospital för sinnessjuka, Vipeholm öppnade 1935 som specialsjukhus för "svårskötta obildbara sinnesslöa". Båda anstalterna har präglat staden och fortsatt att fascinera långt efter avinstitutionalisering och nedläggning. Sjukhusens etablering, utveckling och successiva nermontering speglar en omfattande samhällsförändringsprocess under 1800- och 1900-talen som har inneburit en radikal förvandling av sociala, politiska och etiska värderingar. På så vis kan sjukhusen ses som ett koncentrat av det omgivande samhället och dess människosyn, en sorts spegelbild av våra förhållningssätt till de människor som hamnat utanför, i välfärdens marginaler.

LUNDS HOSPITAL ÖPPNAR PORTARNA

Den 29 december 1879 blev den 29-åriga pigan Johanna Larsdotter intagen på Lunds hospital. Den unga kvinnan hade sedan en tid visat tecken på psykisk sjukdom genom överdriven oro och sömnlöshet. Anledningen, så som omgivningen tolkade det, var att hon blivit lämnad av sin fästman och då råkat i religiösa grubblerier. Genom kontakt med nyevangelistiska idéer hade Johanna börjat tvivla på sin själs frälsning och hade så småningom också fått självmordstankar. Eftersom hon ansågs farlig för sig själv och omgivningen begärde man intagning på hospital. Vid ankomsten till hospitalet gjorde läkaren en bedömning av hennes kroppsliga och psykiska tillstånd. Pigan uppger ha ett själviskt kynne och inskränkt förstånd. Första natten sov



Fågelperspektiv över Lunds hospital som det såg ut när det öppnade 1879. Bilden fanns med i den officiella statistiken över sinnessjukvården för detta år.

hon dåligt och klagade över sveda i huvudet. För tillfället var hon dock lugn och stilla och fick därför vistas på avdelning A.

Vid nyår gjordes nästa anteckning. Johanna Larsdotter hade då varit mycket orolig i badet och även under natten. Hon hade sprungit ur sängen flera gånger och på morgonen var hon våldsam, låg på golvet och sparkade omkring sig när man försökte lugna henne. Hon fördes därför över till C, den oroliga avdelningen. Några nätter senare hade hon slagit huvudet i väggen så att hela ansiktet svullnat upp. Efter att ha tillbringat ett dygn i badkar, för att skydda henne från sig själv, fördes Johanna åter till sin cell där man nu beklätt väggarna med halm-

säckar. De följande dagarna var hon våldsam och mycket förvirrad i sitt tal men hon lugnade sig efterhand och kunde kläs på och sitta uppe med strumpstickning. Under resten av året var tillståndet växlande; ömsom lugnt och ömsom våldsam och förvirrad. Vid början av 1881 förbättrades hon märkbart; var lugnare, redigare och mer arbetsam. Detta goda tillstånd fortsatte och den 1 juni skrevs pigan ut från hospitalet som tillfrisknad.

Johanna Larsdotter var en av de 64 kvinnor som togs in på Lunds hospital under dess första verksamhetsår. Sammanlagt togs 146 patienter in – bland dem överfördes många direkt från Malmö asyl. Hospita-

let hade sammanlagt 350 platser, fördelade på olika avdelningar i åtta byggnader. På ömse sidor om överläkarens bostad låg förstaklass- och konvalescentavdelningarna för män respektive kvinnor, med 25 platser vardera. En lång allé löpte från överläkarens hus mot resten av hospitalet. Här fanns den pampiga huvudbyggnaden med kyrksal, mottagningsrum och lokaler för den administrativa verksamheten. På vardera sida om denna låg husen med A-avdelningarna för de lugna patienterna, 55 platser i mansbyggnaden och lika många i kvinnobyggnaden. Bakom dessa hus, med ekonomibygnaden emellan, låg B-avdelningarna för de halvlugna, slöa och oroliga patienterna med 68 platser per kön. I rät vinkel på ömse sidor fanns de låga C-paviljongerna för sammanlagt 54 oroliga och våldsamma patienter – ”Stormen” i folkmun.

Hospitalet var med dåtidens mått en gigantisk och imponerande anläggning. Vackra tilltalande tegelbyggnader i perfekt symmetri, placerade i naturskön omgivning, med eget jordbruk, egen grönsaksodling och djurhållning, egna verkstäder och så småningom egen begravningsplats. Det var ett miniatyrsamhälle i samhället, med en ständigt växande personalstyrka och med överläkaren som självklart överhuvud. 1879 fanns det överläkare, biträdande läkare, syssloman, uppsyningsman och förestånderska, hushållerska, skötare och sköterskor, städerska, kokerska och tvätteriska, ett antal pigor och drängar, portvakt, trädgårdsmästare, maskinist, eldare, snickare, kusk, nattvakt och lykträndare. Med åren utökades staben avsevärt. Till hjälp i de dagliga göromålen fanns patienterna – alla som var i stånd att dra sitt strå till stacken fick göra det, med renhållning, med arbete i jordbruket, parken, tvätteriet, bageriet eller köket, med hantverk och tillverkning av kläder. Arbetsterapin ansågs vara ett viktigt inslag i den psykiatriska behandlingen och den innebar dessutom att hospitalet i stor utsträckning var självförsörjande och även kunde sälja jordbruksprodukter och hantverk.

DEN TIDIGA SINNESSJUKVÅRDEN

Vid den här tiden var psykiatri och sinnessjukvården relativt nya och oprövade verksamheter. Först vid 1800-talets mitt hade hospitalet etablerats som behandlingsanstalter och psykiatri fick sin första professur 1861. Bedömningen och behandlingen av patienternas sjukdomar i den praktiska verksamheten präglades av osäkerhet och nyfikenhet, av en strävan efter att skaffa erfarenheter och finna pålitlig kunskap. Lunds hospitals första överläkare var Ernst Salomon och han efterträddes 1881 av Svante Ödman. I sin praktik använde de sig av det nationella diagnostiska system som var etablerat i den officiella statistiken och som bestod av diagnoserna mania, melancholia, echnoia, paranoia, dementia, paralysis generalis, epilepsia och idiotia. Diagnostiseringen utgick helt ifrån patienternas beteende – Johanna Larsdotter fick exempelvis diagnoserna melancholia, echnoia och ma-

nia, växlande utifrån hur hennes tillstånd tedde sig för stunden. I teorin var psykiatri starkt naturvetenskapligt orienterad men i praktiken utgick hanteringen av patienterna vid 1800-talets slut mest från en moralisk och social bedömning av avvikande beteende. Det medicinska och det sociala flätades ihop; med sociala behandlingsmetoder ville man komma åt det man utgick från var en sjukdom i hjärnan. Ödman skrev under sitt första verksamhetsår:

Hvad de sjukes behandling vidkommer, har den blifvit ledd efter allmänast gillade grunder, så att den hufvudsakligen gått ut på att till en början skaffa ro åt det lidande organet, hjernan, och genom lämplig sysselsättning söka afleda från grubbel, på passande sätt tillfredsställa den möjligen stregrade verksamhetslusten eller väcka den domnade och äfven härigenom skaffa ökade krafter.

Hospitalets rogivande miljö ansågs i sig fungera terapeutiskt vid denna tid och stor vikt lades vid att patienterna fördes tillbaka till en normal livsföring och lärde sig den sociala konvensans regler. Olika förströelser erbjöds de patienter som var i stånd att utnyttja dem – promenader i parken, läsning och sällskapsspel, konserter och samkväm vid de stora helgerna. Förstaklasspatienterna hade piano och biljardbord. 1889 inköptes tre fasaner till hospitalet och lite senare inrättades en djurkoloni med rovfåglar, rävar, rådjur och påfåglar som patienterna kunde sköta om. 1891, på julafton, invigdes en stor festsal i de nya asylbyggnaderna på andra sidan Höje å, och den kom att användas flitigt under åren framöver. Ett par hundra patienter roade sig i skenet från nyinstallerat elektriskt ljus:

Musik utfördes af anstalternas egen personal och det dansades lifligt, hvarjämte förfriskningar kringbjödos. De flesta tycktes ha mycket roligt, och några gáfva [?] i superlativa ordalag uttryck åt sin förtjusning.

Lunds asyl hade öppnat sin verksamhet samma år, 1891. I 1883 års lag om sinnessjukas behandling beslutades att det skulle upprättas asyl i anslutning till hospital, där obotliga patienter skulle tas in. Detta var en följd av att hospitalen alltmer fylldes av kroniska fall, vilket dämpade den inledande behandlingsoptimismen. På Lunds hospital hade platserna snabbt fyllts upp det första decenniet och patienter hade fått flyttas till andra institutioner. När asyl öppnades fanns där rum för 418 män och 266 kvinnor, fördelade på olika avdelningar i mörkröda, fängelseliknande tegelbyggnader. Lunds hospital och asyl delade direktion och överläkare, likaså kök och en del personal. På asyl gällde också att patienterna så långt som möjligt skulle arbeta i hushåll, verkstäder och jordbruk.

Vid 1800-talets slut blev den så kallade sänglägesbehandlingen populär. Nu byggde man om de gamla avdelningarna med sina små rum till stora övervakningssalar där patienterna låg till sängs som om de var kroppsligt sjuka. Både hospitalet och asylen tyngdes av stora problem med patienttillströmning och personalomsättning. Anstalterna led av en ständig överbeläggning och läkarna klagade över att sjukvården inte kunde bedrivas på ett modernt sätt. Samtidigt kom och gick skötare och sköterskor varje år. Deras arbete var tungt och krävande, de var tvungna att bo och leva på området och de var dåligt betalda. I samband med det tidiga 1900-talets konflikter på den svenska arbetsmarknaden kokade stämningen också på Lunds hospital och asyl. 1906 hade personalen slutit sig samman i en förening. Efter förhandlingar med hospitalsledningen förbättrades personalens förhållanden successivt de följande åren. Samtidigt började man kräva att sjukvårdarna hade genomgått utbildning och praktik, vilket höjde personalens kunskaper och motivation.

Uppdelningen mellan botbara och obotliga patienter visade sig efterhand svår att upprätthålla, i takt med att anstalterna fylldes till brädden av kroniker. 1910 medgav Kungl. Maj:t fri förflyttning mellan hospital och asyl och därmed upphävdes skillnaden mellan dem.

Dödligheten var förhållandevis stor bland patienterna. Under de hårda krigsåren 1914–18, med ransonering av mat och bränsle, för många illa och 1918 dog 24 patienter av spanska sjukan. Åren efter kriget såg ljusare ut – nu fanns det bil på anstalten, vattentoaletter installerades och nya vårdpaviljonger togs i bruk 1922. Året därpå började hospitalet kallas Östra sjukhuset och asylen Västra sjukhuset. 1931 blev S:t Lars sjukhusets officiella namn.

ENTUSIASM OCH MISSTRÖSTAN

Som ett led i psykiatrins och sinnessjukvårdens ständiga strävan efter att utvecklas och förbättras ersattes gamla diagnoser efterhand av nya. Även orsakstabellerna förändrades över tid. Psykiatrins allt starkare somatiska tendens syns i att sociala och psykologiska orsaker trängdes ut av biologiska. Av de 255 intagna 1924 angavs två ha insjuknat till följd av psykogena faktorer (erotiska konflikter och en sons självmord) medan en absolut majoritet ansågs lida av ärftlig belastning. Den somatiska strömningen syntes också i behandlingen. I juni 1924 började man praktisera malariabehandling (inympling av malaria, så kallad feberbehandling) i Lund och de följande åren provades olika metoder riktade mot kroppen. Sängläge och långbad övergavs, arbetsterapi och förströelser kom i skymundan – överläkaren påpekade vid ett par tillfällen att arbetsterapi inte fick gå till överdrift: "Ett sinnessjukhus bör först och främst vara ett sjukhus och icke en tvångsarbetsanstalt." Man ser en stark ambition att anpassa sinnessjukvården till den somatiska medicinen.

1927 hade också hjälpverksamhet med kurator tagit sin start vid S:t Lars. Den gick framför allt ut på att ha kontakt med eventuella vårdbehövande utanför hospitalet och att hjälpa patienter vid utskrivning genom att ordna bostad, ekonomi, kontakt med anhöriga och så vidare. En familjevårdsverksamhet bedrevs också i sjukhusets regi; en del patienter vårdades i familjer och arbetade i deras lantbruk. Ett konvalescenthem för mellan tolv och fjorton patienter, Herthahemmet, öppnades i Höör 1928.

I början av 30-talet delades anstalten i tre överläkaravdelningar. Sjukhusets situation ansågs generellt sett mycket besvärlig. Lättskötta patienter skrevs ut till vårdhem medan S:t Lars fick ta hand om de svårskötta, våldsamma och kroniska fallen. Då en psykiatrisk klinik hade öppnats på Lunds lasarett skedde en sällning så att de mer behandlingsbara patienterna hamnade där, medan de tyngsta fallen hamnade på S:t Lars. Nu kom dock en del patienter på eget initiativ till sjukhuset, sedan den nya lagen om frivillig intagning trätt i kraft 1931.

1930- och 40-talen var en tid präglad av svårigheter och pessimism på S:t Lars. Årsberättelserna ger närmast intryck av en krisartad stämning. Gång på gång beklagade sig läkarna över trängsel, överbeläggning och bristande möjligheter att behandla och sysselsätta patienterna på tidsenligt sätt. Allt fler kroniska och dementia patienter befolkade sjukhuset sedan den psykiatriska kliniken öppnat inne i Lund. S:t Lars status som modern behandlingsanstalt hade naggats i kanterna. Det rådde brist på resurser, lokaler, personal och botbara patienter. Läkarna kämpade dock outtröttligt vidare för att sjukhuset skulle följa med sin tid och dra nytta av vetenskapliga landvinningar. 1938 provades för första gången den nya behandlingsmetoden insulin, som snabbt vann erkännande och stor utbredning (insulin överdoseras för att framkalla koma och sedan tillsätts sockerlösning för att framkalla chock). 1939 inrättades de tidigare nervavdelningarna till insulinavdelningar och åren framöver rapporterades att behandlingen praktiserades med framgång. 1941 inleddes elektrochockbehandling. 1946 utfördes de första lobotomierna på patienter från S:t Lars, med, som man tyckte, "uppmuntrande resultat". Dessa utfördes på lasarettens neurokirurgiska avdelning och pågick fram till och med 1956, att döma av årsberättelserna. Det var ett förhållandevis litet antal patienter som lobotomerades i Lund, i jämförelse med många andra sjukhus i Sverige – i årsberättelsen uppgav man att det berodde på bristande resurser.

Vardagen på sjukhuset präglades av denna ständiga växling mellan tröstlös stagnation och glödande experimentlusta. Mitt i detta befann sig patienterna, de som trängdes i salar och korridorer och där emellan ledde ut för att testa de senaste behandlingsmetoderna. Den stora majoriteten patienter befann sig mer eller mindre sysslösa på överfyllda avdelningar. Det var trångt, högljutt och stojigt, lokalerna



Sovsal på västra sjukhuset, S:t Lars, sannolikt 1950-tal.

var kalla och dragiga och inredningen sliten. Andra patienter hade en något ljusare tillvaro. Olika nöjen och festliga tilldragelser ordnades för de intagna som ansågs tillräckligt friska. 1941 renoverades kyrksalen och återinvigdes med pompa och ståt av Lunds biskop, i närvaro av dignitärer, personal, sjuka och anhöriga. 1946 började man ordna bioföreställningar på sjukhuset.

Som tidigare var arbete en viktig del av många patienters vardag. Under krigsåren 1939–45 fick en del patienter arbeta som betplockare utanför sjukhuset eftersom det rådde brist på vanlig arbetskraft. Detta försök visade sig lyckat och löpte vidare även efter kriget. En kontakt mellan de intagna och världen utanför började successivt att etableras. Fortfarande var dock patienterna huvudsakligen helt isolerade från sin omvärld, när de en gång hamnat på sjukhuset. Talande är ett citat från sjukhusets predikant 1940:

Vid begravningarna ha i allmänhet inga anförvanter varit närvarande. Som tacknämligt noteras, att genom personalens närvaro vid jordfästningsakterna och genom kistornas blomstersmyckning den beklämmande ödsligheten vid dylika förrättningar kunnat förminska.

PATIENTEN OCH SJUKHUSET

En av alla de patienter som vistades på S:t Lars under 1930- och 40-talen var Johan Svensson, en grovarbetare i övre medelåldern. När han togs in den 29 november 1933 fanns det ungefär 1 500 patienter på sjukhuset. Johan uppgavs ha varit sluten och misstänksam mot husstrun och hade hallucinationer och förföljelsetidéer. Vid intagningen gjordes en fysisk och psykisk undersökning. Mannen var ängslig och



Vinterbild på östra sjukhuset, S:t Lars (det gamla hospitalet), förmodligen sent 1920-tal.

bekymrad och medgav att han hörde hotande röster och att han varit hotfull mot hustrun. Han fick diagnosen insania dementia (praesenilis). Under den första veckan flyttades Johan mellan tre olika avdelningar, förmodligen på grund av platsbrist. Han sysslade mest med att väva band men fick så småningom börja arbeta i utelag och gjorde detta flitigt under hela våren. I april fick han frigång eftersom han verkade så pålitlig.

Under resten av året var Johan mestadels snäll och glad, umgicks med kamrater och arbetade flitigt, förutom när arbetet var förlagt till svinhuset. Under våren 1935 arbetade han villigt och skötte sin frigång exemplariskt. I maj begärde han att få resa hem, men fick nej. Han blev då otrevlig mot läkaren och skrev till sin fru att hon skulle sända polis till sjukhuset. I juni blev Johans tal oredigt, han talade om att världen skulle gå under och att han själv var Kristus. Vid samtal med läkaren visade han en mängd religiösa vanföreställningar och uppgavs helt sakna sjukdomsinsikt. Allteftersom humöret skiftade flyttades Johan mellan olika avdelningar och i juni 1936 överfördes han från västra till östra sjukhuset för att få miljöombyte. Under hösten skötte han sig ordentligt men frigången drogs in i oktober efter att han skickat ett hotfullt brev till en sköterska. Efter detta blev han bråkig vid ronderna

och hotade läkaren med övernaturliga bestraffningar. Under 1937 var Johan alltmer vresig och hätsk, han skrev ideligen hotfulla brev med religiösa profetior till läkarna och vägrade att arbeta. Vid årets slut var han lugnare, satt vid bandväven, muttrade och svor.

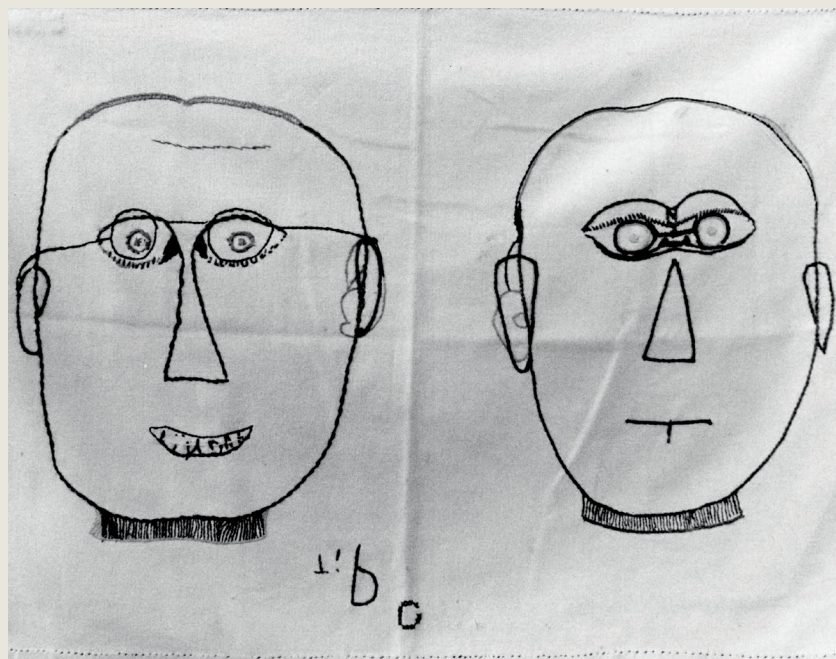
I augusti 1939 förvärrades Johan Svenssons förföljelseteman och han överfördes till de helt nyinrättade insulinavdelningarna, där behandling sattes in. En kväll då han hörde kvällsnyheterna i radio sade han upprört till sköterskan: "De ber för freden, men vem ber de till? Här håller de ju på att ta livet av frälsaren." De följande månaderna fick han ett stigande antal insulinchocker, under vilka han bland annat fick ett epileptiskt anfall och en fraktur i ryggen. Behandlingen ansågs likafullt hjälpa och han uppgavs trivas väl med den. I november antecknades dock att Johan fått 44 chocker men inte förbättrats. Insulinbehandlingen avbröts helt och den sammanlagda chocktiden uppgavs ha varit 33,9 timmar. Johan Svensson flyttades tillbaka till västra sjukhuset. Under de följande två åren förhöll han sig ganska lugnt och arbetade med bandväv och städning. I juli 1942 provade man elchocksbehandling som då börjat praktiseras på sjukhuset. Ingen förbättring kunde skönjas. I april 1943 såg läget bättre ut; Johan arbetade duktigt och bråkade sällan. Han bad om försöksutskrivning och efter

att kuratorn samtalat med de anhöriga fick mannen resa hem till sin syster. I december skrevs han ut.

Sexton år senare blev Johan Svensson åter intagen på S:t Lars. Hans tillstånd hade förvärrats och han kunde inte längre vistas hemma. När han återkom var det i flera avseenden ett annat sjukhus än det han hade lämnat. Mycket hade hänt på det administrativa, sociala och medicinska området. 1948 gjordes en ny uppdelning av sjukhuset på tre överläkaravdelningar – MK, M och K – och redan 1950 delades MK i två underavdelningar med varsin överläkare. Efter en katastrofal brist på läkare och kvalificerad sjukvårdspersonal under slutet av 1940-talet hade situationen ljusnat något. Allt färre läkartjänster stod vakanta och nya personalgrupper anställdes, som arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Kurser började hållas för sjukvårdsvikarier och för medicinstudenter. Ombyggnader och tillbyggnader genomfördes kontinuerligt, nya paviljonger byggdes för tuberkulospatienter, en rättspsykiatrisk avdelning inrättades, alla läkare fick egna expeditioner och ett avancerat laboratorium togs i bruk 1954.

Patienternas vardag muntrades upp genom tillkomsten av en kiosk 1951 och inte minst genom televisionens inträde på avdelningarna vid slutet av 1950-talet. Läkare började tala om att patienterna skulle kunna ha egna kläder på helgerna. Samma år som Johan Svensson återvände till sjukhuset, 1959, hade man rivit den gamla köksbyggnaden och börjat uppföra ett hus för café, bibliotek och hobbyverksamhet. Det gamla storkushållet avvecklades – jordbruket försvann, frukt- och grönsaksodlingen bebyggdes, tvätteriet och bageriet lade ner sin verksamhet. Det blåste nya vindar.

Den största förändringen ägde dock rum på det medicinska området. 1953 började man testa Hibernall, ett klorpromazinpreparat, i liten skala på västra mansavdelningen. Året därpå uppgavs att 100 patienter behandlats med Hibernall och att de flesta genomgått en sensationell förbättring. Tidigare våldsamma och farliga sjuka hade blivit lugna och kunnat lämna sjukhuset, medan de kroniker som var kvar betedde sig mer stilla och fredligt. Följande år var resultaten fortfarande mycket goda; allt fler patienter var sysselsatta, tvångsmedel användes i mindre utsträckning, omplaceringar och försöksutskrivningar hade ökat och personalen upplevde en större optimism och arbetsglädje. Under de följande åren etablerade sig psykofarmaka på landets alla sinnessjukhus och det talades om en revolution. För första gången hade man hittat ett medel för att mildra eller helt avlägsna våldsamma och utlevande symptom, även om man inte rädde på själva sjukdomen. Elchock och insulinbehandling användes ännu, men insulinet alltmer sällan. Den nya farmakoterapien kom helt att dominera och den användes också på Johan Svensson, när han togs in på S:t Lars 1959. Han hade återfallit i sina hallucinationer, skrek och väsnades. Eftersom han var så gammal fanns det inte mycket hopp



Ett patientarbete från S:t Lars.

om hans tillfrisknande men man satte ändå in Hibernall strax efter ankomsten. Den hade ingen effekt och en dryg månad senare avled Johan Svensson, gammal och skröplig.

FÖRÄNDRINGENS VINDAR

Trots framgångarna med den nya psykofarmakan brottades S:t Lars med stora svårigheter under 1950- och 60-talen. Den ständiga överbeläggningen och personal- och läkarbristen frestade på sjukhusets verksamhet och försvarade enligt läkarna möjligheterna att ta till sig nya behandlingar och vetenskapliga rön. Sjukhuset nådde sin största omfattning på 1950-talet; 1956 fanns det 2 454 patienter. På vissa avdelningar var platsbristen akut, läkarna klagade över att behandlingsbara patienter måste avvisas och att det inte fanns utrymme att praktisera gruppterapi eller sysselsätta patienterna. Personalens arbetsbörda hade också ökat genom de nya medicinerna – dels krävde de förut apatiska patienterna nu underhållning och stimulans, dels gick mycket tid åt till provtagningar och undersökningar. En läkare skrev 1956 att Hibernall förbättrat patienterna avsevärt men då det saknades personal blev följden ”att de bara sitta och gäspa på avdelningen”. 1961 anförde man att den vunna förbättringen hotade att övergå i för-

sämring om inget gjordes: "Ökade möjligheter till sysselsättning och aktivering liksom till återanpassning i samhället framstår som mycket berättigade önskemål."

Vid början av 1960-talet öppnade en forskningsavdelning under Eberhard Nyman, där chefspositionen var kopplad till en professur i psykiatri vid Lunds universitet. Denna satsning var ett led i försöket att sammanföra mentalsjukvård och psykiatrisk forskning. Från denna tid blev forskningen ett allt viktigare inslag i sjukhusets verksamhet och årsberättelserna redogjorde utförligt för vetenskapliga studier, konferensresor och studiebesök. En mängd nya preparat testades på patienterna, som på så vis fick ingå i en omfattande utprövning av internationella läkemedel. Det fanns nu många olika avdelningar och aktiviteter på sjukhuset – sjukavdelningarna MKI, MKII, MI, MII, KI, KII, forskningsavdelningen, internmedicinska avdelningen, avdelningen för familjevård och hjälpverksamhet, rättspsykiatrisk avdelning, laboratorium och tandvård, sjukgymnastik, psykologverksamhet, arbetsterapeuter och socioterapeuter. 1966 fanns det 37 läkare, 710 sjukvårdspersonal, 107 ekonomipersonal och 35 förvaltningspersonal. Det var en ständig rullans på avdelningar och lokaler – verksamheter bytte plats, flyttades ut och byggdes till. 1967 stod Medicinskt centrum färdigt, en stor nybyggnad i utkanten av området, med expeditioner för sjukhusets administration och sjukvård samt laboratorium och vårdavdelningar.

På 1960-talet blev det allt tydligare hur en ideologisk förskjutning började göra sig gällande inom den psykiatriska vården. Den biologiska sjukdomssyn som dominerat under 1900-talet utmanades allt mer av socialpsykologiska och psykoterapeutiska tankegångar. 1962 anlände den första psykologen till sjukhuset och följdes snart av ytterligare. Man började bedriva socioterapi för att stimulera patienternas egen aktivitet och träna dem att leva efter de normer som gällde i samhället. De patienter som klarade av det fick nu undervisning, både praktisk och teoretisk, där de fick diskutera vad de läst i tidningar och sett på TV. En skola öppnades. Vid avdelning 22B på KI noterades att den terapeutiska aktiviteten gjort underverk – patienterna var rörliga och intresserade, de hade besökt stadsteatern i Malmö, ätit gåsamiddag på gästgivaregård, besökt Domkyrkan och haft kräftfester och sillsexor på avdelningen. Vid mitten av 1960-talet ordnades ABF-kurser i en mängd olika ämnen, biblioteket lånade ut böcker på löpande band, det arrangerades film, teater, trolleri, fester, dans, idrott, bussutflykter, havsbad och köpenhamnsresa.

Den öppna verksamhet som började bedrivas på S:t Lars under 1960-talet var startskottet för en omvälvande och genomgripande process som under kommande decennier skulle förändra den psykiatriska vården från grunden. Sedan 1800-talet hade den slutna institutionen ansetts som det överlägsna sättet att ta hand om psykiskt sjuka men

nu började man alltmer förespråka öppenvård, patienters rätt att leva normala liv ute i samhället. Med hjälp och stöd borde många psykiskt sjuka kunna leva anständiga liv utanför anstalten. Vid 1960-talets början öppnades avdelningar på S:t Lars så att patienter kunde gå ut och in som de ville. Även svårdisciplinerade personer klarade detta utmärkt, noterade man, och växte med det nya ansvar som de fått. 1964 propagerade man för öppenvård:

Under inverkan av förbättrade behandlingsmetoder, sociala, farmakologiska och psykoterapeutiska kan alltflera psykiskt sjuka vårdas utanför sjukhuset om det finns en adekvat ordnad öppen mottagning.

En symbolisk förändring inträffade när ansvaret för S:t Lars övergick från staten till Malmöhus läns landsting 1967. Den nya vårdorganisationen var ett led i en total omstöpning av den psykiatriska vårdens utseende och struktur. Målen för den nationella psykiatrin formulerades nu successivt om, den skulle närma sig lasarettmedicinen än mer än tidigare och bli en del av den allmänna sjukvården. Fokus hamnade också allt mer på öppenvård och på patienternas återanpassning till samhället. Man sökte samarbete med socialvården och kroppssjukvården. Den slutna vården skulle begränsas så mycket som möjligt.

Samhällsekonomiska överväganden och psykiatris starkare forskningsinriktning var viktiga drivkrafter bakom den nationella omorganisationen av den psykiatriska vården, men den kom också att präglas av starka kritiska strömningar i samtiden. En antipsykiatrisk ideologi slog rot i västvärlden vid 1960-talets slut, med bland annat den skotske psykiatrikern R. D. Laing som företrädare, och debattens vågor gick höga även i Sverige. De gamla mentalsjukhusen utmålades som otidsenliga och omänskliga förvaringsplatser; de hade bara åstadkommit isolering, passivisering och institutionalisering. På S:t Lars fick kritiken ett mycket konkret uttryck. 1969 satte några personer eld på den alldeles nyuppförda rättspsykiatriska kliniken på området, vars verksamhet således fick en dramatisk start.

Man började vid den här tiden också ifrågasätta psykiatris vetenskaplighet och det psykiatriska sjukdomsbegreppet. Laing och den amerikanske psykiatrikern Thomas Szasz gav ut banbrytande böcker där de diskuterade om psykiskt sjuka människor verkligen var sjuka eller om sjukdomen var en social stämpel som sattes på obekväma och normbrytande människor. Mer än som en defekt hos individen kunde sjukdomen ses som en normal reaktion på en ohållbar livs-

*Medicinskt centrum på S:t Lars-området, hösten 2012.
Efter drygt 130 år lämnar psykiatrin snart området.*



situation och ett omänskligt samhälle. Uppsvinget för socialvetenskap och psykologi på 1960-talet innebar att den psykiska sjukdomens ursprung och behandling började diskuteras mer intensivt än tidigare. En schism växte fram mellan dem som menade att psykisk sjukdom främst berodde på sociala faktorer i individens miljö och dem som menade att den hade biologisk och genetisk grund – en konflikt som är levande än i dag.

DEN STORA NERMONTERINGEN

På 1970-talet integrerades S:t Lars allt mer i den övriga sjukvården i regionen. 1974 skedde en omorganisation av den psykiatriska vården genom en sammanslagning till tre större kliniker – A, B och C – som för första gången hade avdelningar där män och kvinnor vistades tillsammans. Samtidigt påbörjades den successiva nermonteringen av sjukhuset. Flera avdelningar lades ner och antalet patienter inom den slutna vården minskade genom att de friskaste patienterna skickades över till öppenvården. Under de kommande åren skedde en fortlöpande indragning av platser inom slutenvården, en trend som var generell över hela landet. Från och med 1977 övergick S:t Lars från att vara en självständig förvaltningsenhet till att bli en del av Lunds sjukvårdsdistrikt. I samband med detta hämtades allt fler patienter hem till sina egna landsting, vilket tillsammans med en ökad satsning på öppenvård gjorde att antalet intagna patienter sjönk hastigt varje år. 1977 var vårdplatserna nere på 788.

Under 1970-talets sista år och 1980-talets början gick nermonteringen av den slutna vården och uppbyggnaden av öppenvården allt hastigare. Det fanns en stark ambition att vårda patienterna ute i samhället; på gruppboenden, behandlingshem och dagcentra. Den hastiga utvidgningen av öppenvården krävde ökade resurser i form av lämpliga lokaler, transportmedel och handledning av vårdpersonalen. Skiftet till öppenvård innebar dessutom ett utökat samarbete med kommunerna och socialtjänsten. Gränserna för ansvarsfördelningen mellan sjukvården och socialvården började bli allt mer suddiga. Med sektoriseringen av den psykiatriska vården från 1984 togs ytterligare ett omvälvande steg ut i samhället. Nu delades verksamheten upp i sex geografiska öppenvårdsteam som tillsammans med slutenvården ingick i två kliniker. Därutöver fanns en psykogeriatrisk klinik för demenssjukdomar. Samtliga tre kliniker fick nu status av universitetskliniker och hade ansvar för behandling, forskning och utbildning.

De hastiga förändringar som ägde rum inom den psykiatriska vården fick avgörande konsekvenser på flera plan och präglar situationen än i dag. Framför allt berördes givetvis patienterna. Nermonteringen av institutionerna har blivit mycket kritiserad för att ha forcerat fram en ny organisation som inte hade hunnit anpassas efter de sjukas behov. Omställningen från ett inrutat liv på anstalt

till ett eget boende gick inte smärtfritt för alla patienter. Hemlöshet, missbruk, ensamhet och isolering var överhängande risker för de patienter som hade svårt att klara ett liv utanför sjukhuset. Vid mitten av 1980-talet konstaterades i en årsberättelse att resurserna till den slutna vården minskat mer än vad den öppna vården byggts ut. Ett problem var att de särskilt vårdkrävande patienter som tidigare tagits omhand inom slutenvården nu belastade öppenvården så att andra patientgrupper inte kunde komma till. Dessutom, ansåg man, hade öppenvården den begränsningen att den bara erbjöd hjälp under vardagar, vanlig arbetstid. Helger, kvällar och nätter var människor tvungna att vända sig till akutmottagningen. Psykiatrins svårighet att ta hand om alla som behövde hjälp var uppenbar och problemet är inte mindre aktuellt i dag.

Avvecklingen av den institutionaliserade vården under dessa år innebar också att hela S:t Lars-området förvandlades. Den gigantiska sjukhusanläggningen splittrades upp och tömdes när många av de gamla lokalerna blev överflödiga. Hela asylområdet övertogs av Ideon medan friskolor successivt flyttade in i de gamla hospitalsbyggnaderna. Den slutna vården koncentrerades alltmer till Medicinskt centrum och till lasarettet. Med psykiatrireformen 1995 skedde en ny omorganisation som innebar att en del verksamheter överfördes till primärkommunerna och socialtjänsten fick större ansvar för patienternas vardag. Landstingets psykiatri delades upp i en baspsykiatrisk och en läns-/regionspsykiatrisk klinik.

Sedan mars 2009 har den psykiatriska vården åter sammanförts i en egen förvaltning som är gemensam för hela Region Skåne. Den psykiatriska vård som bedrivs i Lund består av allmänpsykiatri och specialistpsykiatri, slutenvård och öppenvård. Det finns specialistmottagningar för bland annat ätstörningar, sexuella problem, ADHD, dövpsykiatri och metadonvård, belägna både på lasarettet och på Medicinskt centrum på S:t Lars-området. Den slutna vården är centrerad till åtta avdelningar på Medicinskt centrum och i närheten finns också en rättspsykiatrisk avdelning. Öppenvården bedrivs på lasarettsområdet och kompletteras av dagpsykiatriverksamhet som syftar till att återföra patienter till ett aktivt och meningsfullt liv, ofta med hjälp av en personlig kontaktperson. Barn- och ungdomspsykiatrin håller till dels på Annetorp, dels på olika öppenvårdsavdelningar.

Efter att landstinget tog över ansvaret för S:t Lars på 1960-talet har alltså en total omvandling av den psykiatriska vården ägt rum, från ett gigantiskt slutet sinnessjukhus för huvudsakligen kroniska patienter, till en mindre klinik med lasarettsavdelningar, akutsjukvård och öppenvård. När detta skrivs (mars 2011) planerar dessutom psykiatrin i Lund att inom kommande år lämna S:t Lars-området för att flytta till andra lokaler närmare lasarettet. En era är då definitivt över. Det storslagna hospitalet från 1879, sin tids stolthet och framtidshopp, är

historia. Ett minne blott är också 1900-talets jättelika sinnessjukhus, med sina ändlösa korridorer, överbelagda sovsalar och hopplösa kronikerfall. Nu stundar nya tider, nya politiska strömningar, nya ideal, nya dilemman, i det ständiga kretslopp av idéer och ideologier som har präglat den psykiatriska vården.

”SVÅRSKÖTTA, OBILDBARA SINNESSLÖA”

S:t Lars historia är brokig och omväxlande, innehåller både optimism och pessimism, både stagnation och utveckling. Detsamma kan sägas om Vipeholms sjukhus. Under de dryga 50 år som anstalten var i bruk slets verksamheten mellan hopp och förtvivlan. Här var dock hoppet än mer sällsynt och förtvivlan än mer uttalad. På Vipeholm befann sig de patienter som ansågs obotliga, de som aldrig skulle få ett nytt liv utanför anstalten – de så kallade ”sinnesslöa”. När institutionen öppnade 1935 var det inte enbart med syftet att ge patienterna skydd och vård utan också för att skydda samhället från de individer som man upplevde som hotfulla på olika sätt.

Många års diskussioner hade föregått öppnandet. Den så kallade sinnesslövården hade mödosamt vuxit fram sedan 1800-talets slut, först med uppfostringsanstalter (skolhem) för barn, sedan med arbetshem för ”bildbara sinnesslöa” och asylor (vårdhem) för ”obildbara” patienter. Dessa drevs av landsting eller på privat initiativ. Längre saknades större statliga inrättningar för ”sinnesslöa” eftersom sinnessjukvården prioriterades högre. På 1930-talet öppnade dock i tät följd Salberga sjukhus och Källshagens sjukhus för ”asociala män”, Västra Marks sjukhus för ”asociala kvinnor” och Vipeholms sjukhus för ”svårskötta obildbara sinnesslöa”. Vipeholm skulle under hela sin verksamhetstid förbli den största anstalten för personer med utvecklingsstörning – som mest fanns det drygt tusen patienter från hela landet. Sjukhuset var förlagt till ett ogästvänligt och oanvänt regementsområde i Lunds utkanter. En kasern hade uppförts på 1910-talet och grunden var lagd för ytterligare tre; dessa färdigställdes som vårdpaviljonger i början av 1930-talet.

1935 togs de första 185 patienterna in, alla män. En av dessa var Per Strömberg, en man i 60-årsåldern från stockholmsområdet. Han hade tidigare varit intagen på flera anstalter och uppgavs alltid ha varit efterbliven. Skola hade han aldrig gått i, han hade däremot kunnat utföra enklare arbete men kommit i dåligt sällskap. Med tiden försämrades tillståndet; Per upplevdes som våldsam, sedlighetssåränd och ”snaskig”. På Källshagens sjukhus, där han togs in 1931, beskrevs han som ”snaskig och sölig”, ”snäll men pratsam”. När han togs in på Vipeholm undersöktes han av överläkaren Hugo Fröderberg. Enligt journalen lufsade han in till samtalen med klumpiga rörelser, med en ängslig och skuldmedveten min som om han väntade en utskällning. Läkarens anteckningar har en raljant ton:

Sedan han fått bekänna litet och få munlädret smort pratar han på i ett, varvid han såväl till utseende som sätt och beteende samt associationernas förlopp påminner om en berusad enklare ”Medel-svensson”. Han är litet smått skrytsam, talar sluddrigt, vill gärna höra beröm, associerar ohämmat från det ena till det andra och sjunger då och då en liten stump, och om han finner denna rörande får han tårar i ögonen.

Under sin vistelse på sjukhuset var Per Strömberg snäll och beskedlig, ”mycket larvig och bortkommen men utåtriktad”. Han plockade flitigt lump i början men arbetslusten avtog efterhand, han strövade bara runt på promenadgården och sysselsatte sig med sitt älskade munspel. Ibland blev han mer orolig och förebrådde sig för allt dumt han gjort. Han uppgavs vara snaskig, vårdslös och ”onaniserande”. 1939 antecknades att han blottade sig för förbipasserande kvinnor och han kläddes därför i snörkostym. Efter att ha blivit allt slöare avled Per Strömberg i november 1944.

DE INTAGNA PÅ VIPEHOLM

Liksom S:t Lars var Vipeholms sjukhus uppdelat på olika avdelningar för lugna, oroliga och halvroliga patienter. De två första åren vistades bara män på anstalten men 1937 öppnades en kvinnoavdelning med 150 platser. Redan efter några år hade sjukhuset fyllts till bristningsgränsen eftersom nya patienter ständigt sändes in men mycket få kunde skrivas ut. 1937 fanns det 634 män och 112 kvinnor på anstalten och patientantalet ökade hastigt för varje år. De patienter som togs in på Vipeholm hade i de allra flesta fall antingen diagnoserna epilepsi (insania epileptica), sinnessvighet (imbecillita) eller sinnesslöhet (idiotia), där den senare räknades som en gravare form av utvecklingsstörning och klart dominerade bland de intagna. Orsakerna uppgavs huvudsakligen vara ärftlig psykopatisk belastning i rakt nedstigande led eller förekomst av psykisk sjukdom eller ”annat abnormtillstånd” hos den sjukes syskon.

Överläkaren Hugo Fröderberg menade att patienternas tillstånd sällan kunde påverkas med medicinska medel, utan behandlingen skulle läggas på den ”allmänt disciplinerande medico-pedagogiska linjen”. Om patienten hade uppnått en viss utvecklingsnivå, motsvarande en fyraåringens intelligens, var personen i fråga inte helt obildbar och det fanns då möjlighet att stimulera de psykiska förmågorna. Andra patienter var helt oemottagliga för terapeutiska insatser, vilket Fröderberg menade gällde för de flesta av Vipeholms intagna. I årsberättelsen 1939 delade han upp patienternas psykiska utveckling enligt sju nivåer, där 578 intagna befann sig på nivå 0–3 (djup idioti) och 246 intagna på nivå 4–6 (mildare idioti). För dem som led av djup idioti fanns inte mycket hopp:



Promenadgård och manliga paviljonger på Vipeholms sjukhus, förmodligen vid mitten av 1900-talet.

På detta stadium av mänsklig utveckling saknas nästan fullständigt individuell prägel eller individualitet. För att kunna hålla de olika exemplaren i sär har det varit nödvändigt att fotografera samtliga och sammanföra fotografierna till ett särskilt album, som vid behov t.ex. vid anförvantes telefonförfrågningar, kan slås upp.

o utgjorde enligt Fröderberg den lägsta nivån av mänsklig existens: "I o-gruppen kan man icke spåra något drag av för homo sapiens utmärkande psykiskt liv eller medvetande över huvud taget. Dessa patienter stå rena monstra nära."

Platsbristen och lokalbristen blev alltmer problematisk i takt med att intagningsciffrorna expanderade. Fröderberg önskade redan 1938 en ny läkartjänst på anstalten, då han upplevde den praktiska vården som svårhanterlig. Många intagna uppgavs ha vredesutbrott, epileptiska anfall, sexuella avvikelser och lida av stor hjälplöshet och osnygghet. Fröderberg föreslog ett par gånger på 1930- och 40-talen att kastrering borde bli tillåten, då det enligt hans mening fanns många patienter som hade kunnat vistas utanför anstalten om de inte hade

haft sexuella "vanarter" – det gällde särskilt homosexuella, som ansågs vara en stor belastning för vården.

Fröderbergs tankar låg i linje med samtidens starka intresse för mentalhygien. 1935 hade den första steriliseringslagen trätt i bruk, vars främsta mål var att systematiskt sterilisera människor med utvecklingsstörning. Bakom denna strävan låg teorier om ärftlighetens stora betydelse, idén att underlägsna anlag fördes vidare över generationerna, till stor skada för samhället på ett socialt, ekonomiskt och moraliskt plan. 1936–41 utfördes i 113 ingrepp på personer med utvecklingsstörning i Sverige. 1941 utvidgades lagen till att gälla även rättskapabla personer, "lindrigt undermåliga", och steriliseringarna ökade fram till mitten av 1940-talet, då de åter sjönk. För de personer som vårdades på anstalt var sterilisering inte lika vanligt, då de redan befann sig under kontroll. Inga ansökningar om sterilisering inkom från Vipeholms sjukhus, vad känt är. Det var framför allt för de patienter som skrevs ut från vårdhem och särskolor som ingreppen kom i fråga.

Trots att Vipeholms patienter klassificerades som svårskötta utbildbara rapporterades att närmare hälften kunde sysselsättas på

något sätt. 1940 antecknades att cirka 300 av 655 män hade arbetat med utearbete, städning, handräckning och diskning medan 70 av 165 kvinnor hade sysslat med handarbete. 1941 inleddes gruppundervisning med sång, läsning och gymnastik för runt 30 patienter. Det fanns också möjlighet till lek och idrott, även om en fotbollsmatch inom promenadgårdarna slutade mindre lyckligt: "Det ledde endast till villervalla och sönderslagna glasrutor." 1950 inköptes en filmprojektor för visning varannan helg. Någon annan kontakt med den yttre världen hade patienterna knappast, förutom möjligen sporadiska besök från anhöriga. Eftersom sjukhuset hade hela Sverige som upptagningsområde kunde det vara långa avstånd till patienternas hemort och en del anhöriga klagade över svårigheterna att hälsa på. Enligt Fröderberg hade inte patienterna någon särdeles glädje av kontakten med de anhöriga och att de mådde bäst av att vistas på den isolerade anstalten hyste han inga tvivel om, även om anhöriga kunde ha en annan uppfattning:

I vissa fall göra dock föräldrarna motstånd mot intagningen eller påyrka utskrivning, ehuru vårdbehov är synnerligen trängande. I regel föreligger här psykisk undermålighet hos föräldrarna.

KARIESEXPERIMENT OCH BEHANDLING

1945 inleddes de omtalade och senare mycket omdebatterade kariesexperimenten på Vipeholm. Dessa gick ut på att under några år studera vad som orsakade karies, med intagna patienter och en del personal som försökspersoner. En odontologisk undersökningsstation med tandläkare, läkare och sköterskor installerades vid anstalten och under närmare tio år pågick kostundersökningar på ungefär två tredjedelar av de runt 1 000 patienterna. 1946 påbörjades försök med profylaktiskt tillskott av mineraler och vitaminer och när detta visade sig misslyckat övergick man i stället till att provocera fram karies med hjälp av kolhydrater. Patienterna hade en gemensam grundkost och vissa försöksgrupper fick sedan olika tillägg – sockerlösning, choklad, kola och speciella "vipeholmtoffees". De första två åren tilldelades försökspersonerna extrema mängder sötsaker, vilket givetvis påverkade tandhälsan mycket negativt, och efter ett par år skars konsumtionen ner till mer normala nivåer. Fröderberg var försökschef och från sjukhusledningens sida såg man med entusiasm på kariesexperimenten, eftersom patienterna fick mer varierad kost och utökad hälsokontroll. Försöken bekostades av regeringen och av sötsaksindustrin. 1955 avslutades undersökningen helt. Mycket offentlig kritik hade då riktats mot experimentet.

1949 fick Vipeholm en forskningsavdelning med laboratorium och ytterligare en läkartjänst tillsattes. Året därpå öppnade en ny avdelning för kvinnliga patienter med 152 platser. Efter beslut från medi-

calstyrelsen uppläts en av våningarna för barn upp till tio års ålder – det fanns redan runt 35 barn under 15 år på sjukhuset. För första gången testades nu elchock som behandlingsmetod och uppgavs ha god effekt vid vissa psykiska komplikationer. Även insulinbehandling användes vid psykostillstånd och när psykofarmakan slagit igenom vid 1950-talets mitt kom också denna att anlitas i stor utsträckning för att skapa lugn på avdelningarna. Någon stor behandlingsoptimism var det däremot inte fråga om. De mest lättskötta och friska patienterna flyttades successivt ut från sjukhuset till mindre vårdhem medan allt fler våldsamma och svårhanterliga kom in. Detta försämrade möjligheterna för arbetsterapi och gjorde vardagen tyngre för alla. 1953 påtalade Fröderberg att läget var mycket bekymmersamt – överbeläggningen var katastrofal, personalen dignade under arbetsbördan. Det fanns akut behov av ett nytt sjukhus. 1954 delades sjukhuset i två överläkaravdelningar och ny personal anställdes men överbeläggningen var fortfarande en stor plåga.

NYA TIDER, GAMLA PROBLEM

Liksom på S:t Lars började nya attityder göra sig kännbara på 1950-talet, för att sedan blomma ut under 1960-talet. Behovet av meningsfull stimulans och kontakt med yttrevärlden erkändes nu även för patienterna på Vipeholm. Relationen med de anhöriga utvidgades avsevärt på 1960-talet. En kurator anställdes vars uppgift var att etablera eller återetablera kontakt med patienternas familjer, som nu sågs som en resurs i stället för en belastning. 1962 började man ordna föräldradagar, då inbjudna anhöriga fick se utställningar med patientarbeten, gå rundvisning och deltaga i middag på kvällen. Fröderberg hoppades att kontakt mellan sjukhus och anhöriga skulle etableras "för åstadkommande av ökad ömsesidig förståelse och stöd". Vid denna tid utökades också den pedagogiska och sociala verksamheten. Sjukgymnast, arbetsterapeut och förskollärare anställdes, det arrangerades bussutflykter, fester och konserter, trolleri och sångövningar. När TV-apparater installerades på avdelningarna skapades en förbindelse med omvärlden som ansågs mycket värdefull, både ur social och terapeutisk synpunkt. Televisionen ansågs stärka uppmärksamheten och koncentrationen, samtidigt som den hade en avledande eller stimulerande funktion. Vid 1960-talets inledning började man praktisera gruppterapi och noterade att det gick att aktivera även patienter som man trott var helt omöjliga att få igång.

Sture Rayner efterträdde Fröderberg som överläkare 1965. Det rådde fortfarande en besvärande platsbrist på sjukhuset men i övrigt var verksamheten inne i en hektisk moderniseringsprocess. Man hade fått en överläkare för internmedicin, en egen tandläkare, fyra socioterapeuter, psykolog, kurator, talpedagog och en hjälpförening. Samarbete hade inletts med arbetsförmedlingen, sparbanken och fa-



Flygbild över Vipeholm, 1960-tal.

Motstående sida: Moderniserade avdelningar på Vipeholm, 1960-tal.

miljedaghembyrån, för att hjälpa patienterna att klara ett liv utanför anstalten. Genom kuratorns försorg fick vissa patienter vistas hemma under kortare eller längre tid. Byggnaderna renoverades och byggdes till, en kiosk uppfördes på området. De patienter som ansågs tillräckligt friska – långt ifrån alla – aktiverades på olika sätt; de fick gå på restaurang, följa med ut och handla, åka på badutflykter och fisketurer, gå på teater och göra resor till Danmark och Tyskland. 1967 inköptes en fritidsgård på Linderödsåsen, Anneminne, som kom att användas flitigt som utflyktsmål under åren framöver. Samma år anecknade Rayner: "Man har kunnat notera att patienterna nu känner sig säkrare i omvärlden samt i bättre balans och harmoni hemma på sjukhuset." 1968 trädde den så kallade omsorgslagen i kraft, vilket innebar att alla, även personer med grav utvecklingsstörning, hade rätt till undervisning i så kallad träningsskola. Nu startades skolverksamhet på Vipeholm med anställda lärare, förskollärare, slöjdlärare och deltidstjänster för lärare i gymnastik och skapande verksamhet. ADL-träning (Anpassning till Dagligt Liv), där patienterna fick lära sig att själva klara av basala sysslor, blev här en central komponent.

Utvecklingen gick framåt – men allt var knappast frid och fröjd. Vården av personer med utvecklingsstörning var det svenska välfärdssamhällets sorgebarn, den prioriterades lågt och hade knappa resur-

ser. Vipeholm befann sig ofta i hetluften och kritiserades hårt från både myndigheter och media – artikeln i *Se* från 1953 där sjukhuset beskrevs som en förgård till helvetet är bara ett exempel. I många avseenden rädde undermåliga förhållanden på avdelningarna och patienterna kom i kläm. De gamla byggnaderna var knappast idealiska som vårdboende. Det fanns fortfarande alldeles för många patienter på sjukhuset för att vård och sysselsättning skulle kunna bedrivas på ändamålsenligt sätt, även om patientantalet sjunkit avsevärt sedan toppen på 1950-talet. Någon enkel samsyn kring hur patienterna bäst kunde bedömas och behandlas rädde inte heller. Tvärtom hade olika personalgrupper inom sjukhuset skilda uppfattningar om hur vården skulle bedrivas. Medicinska och psykologiska perspektiv kom ofta på kant med varandra. Konflikterna letade sig också utanför sjukhuset – en hätsk debatt härjade i medierna under 1970-talets första år och uppmärksamheten kring anstalten blev inte mindre när SVT vid samma tid visade Ebbe Gilbes dokumentärfilmer om sjukhuset.

PATIENTERNA LÄMNAS VIPEHOLM

Omsorgslagen från 1968 fastställde att den statliga vården skulle läggas ner till förmån för landstingsvård, vilket innebar att många av Vipeholms patienter hämtades hem av sina hemregioner. Det gick



trögt i starten, men mellan 1973–82 sändes 550 patienter ut från sjukhuset. 1970 övergick ansvaret för Vipeholm från staten till landstinget och 1972–73 flyttades huvuddelen av sjukhusets verksamhet över i låga paviljonger vid ett nytt specialsjukhus på området. Den lilla vårdgruppens princip var nu det ideologiska ideal som gällde och den psykiatriska behandlingen definierades som en kombination av psykofarmakologisk behandling och aktivering. Nu eftersträvades en anpassning till världen utanför Vipeholm – patienterna skulle leva som om de var hemma, även om de befann sig på en anstalt.

Den patient som togs in på Vipeholm på 1970-talet mötte ett annat sjukhus än det som hade tagit emot Per Strömberg vid mitten av 1930-talet. Liksom S:t Lars följde sjukhuset sin tid, så gott det förmodade, och påverkades av de ideologiska och politiska vindar som blåste i samhället. De intagna patienterna kände förvisso av dessa vindar men upplevde också en annan verklighet, nämligen institutionens. Inne på anstalten var det nog så ofta stiltje, en ganska monoton vardag, år efter år. Många patienter tillbringade en stor del av sin barndom och sitt liv på Vipeholm.

En som upplevde sjukhuset under dess sista decennium, innan det omvandlades till vårdhem, var Karin Andersson. Hon togs in i augusti 1971, när hon var runt 15 år gammal. Karin hade enligt uppgift haft en

normal utveckling under sina första levnadsår men sedan börjat isolera sig och sysslat intensivt med onani. Hon placerades i normalklass när hon började skolan men klarade inte undervisningen och flyttades över till särskola. Sedan tio års ålder hade hon varit intagen på ett par mindre vårdhem, där man inte kunde hantera hennes aggressivitet och ”grava beteendestörningar trots ganska hög psykofarmakamedicinering”. Hon sändes därför vidare till Vipeholm.

Redan vid presentationen började Karin Andersson riva och nypa medpatienter och personal. Hon var mycket orolig på avdelningen, gav sig på de andra intagna, vältte bord, slog ner matskålar, lade sig i olika sängar och vätte ner dem. Hon vägrade att äta och klä sig själv och gick inte alls att sysselsätta. Efter ett par månader hade hon funnit sig bättre tillrätta och lugnat sig något. En kort tid senare blev hon dock lika våldsam igen och ”stygg mot personalen”. Vid jul var hon enligt journalen ”extra odräglig” och vid ett besök i hemmet hade hon gått bärsärkagång. Tillbaka på anstalten rev Karin ner julgranen flera gånger. Hon flyttades över till en annan avdelning, där hon ofta klagade över att hon var trött.

Under våren var tillståndet växlande; ibland var Karin orolig och drog folk i håret, ibland var hon lugnare och gladare och gick i träningsskolan. Beroende på hennes tillstånd ökades och sänktes hennes

medicinering. Föräldrarna hälsade på med jämna mellanrum, ringde ofta och skickade brev. Ibland var dottern glad över deras besök, ibland var hon vild och revs. Mestadels var hon skygg och ville inte umgås med de andra patienterna, hennes favoritsysselsättning var att ligga i poprummet och lyssna på skivor. När hon flyttades till annan avdelning tog hon sig flera gånger ut genom ett fönster för att smita tillbaka till poprummet. Då och då arrangerades utflykter för skogspromenader och bad, vilka Karin följde med på.

Under de följande åren var Karin Anderssons tillstånd växlande. Ibland var hon glad och pigg och pratsam, ibland var hon ledsen eller orolig, fick plötsliga utbrott då hon kastade saker omkring sig. Olika mediciner testades kontinuerligt – sattes in, ökades, sänktes, sattes ut. Hon blev bättre på att själv äta och klä sig och hon tyckte om att gå i skolan. Ibland fick hon göra besök i hemmet, vilka oftast avlöpte lyckligt. 1976 antecknades att den unga kvinnan hade blivit mer opålitlig, gick upp på nätterna och störde de andra, bet sig själv i händerna, drog alla i håret. Ofta låg hon för sig själv i ett hörn av dagrummet. 1977 fick hon en egen skötare och det föll väl ut, personalen tyckte sig se en ”öppnare och piggare” Karin. Hon deltog i aktiviteter och åkte med till Anneminne men ofta fick man lirka för att få henne med.

Åren därpå blev Karin Andersson lugnare och mer sällskaplig, enligt journalen. Hon kunde till och med övernatta hos föräldrarna och hon deltog i utflykter och festligheter med stort nöje. 1982 antecknades dock att hon hade börjat bli orolig och vild när hon bytte miljö – under en semesterresa till Öland ställde hon till mycket besvär för medpatienter och personal. Därefter fick hon inte följa med på så många utflykter. Hon trivdes bäst med att sitta för sig själv och lyssna på pop: ”Vid krav hon ej orkar med blir hon ängslig och uttrycker det med att klösa den som är i närheten.” 1984 blev det aktuellt att Karin skulle flyttas till ett vårdhem i sitt hemlän. Hennes föräldrar motsatte sig detta starkt eftersom dottern inte tålde miljöombyten. Hon hade svårt att knyta nya kontakter och hade försämrats betydligt varje gång hon tvingats anpassa sig till en ny miljö. De skrev:

Det är mycket påfrestande både för [Karin] och oss att uppleva en sådan försämring ännu en gång. Vi är båda i 70-års åldern och har inte krafter som förr. Vi anhåller, att vår adoptivdotter, [Karin], som vi haft sedan hon var 6 veckor gammal, får vårdas på vårdhemmet Vipeholm i Lund även efter hösten 1985 och helst på avdelning 82, där hon bott sedan 1977.

Ärendet gick vidare till alla instanser i Sverige och även till Europakommissionen men utan nytta. Det beslutades att Karin skulle flytta och den 30 september 1985 antecknades:

Efter det [Karin] fått reda på att hon skall flytta till sitt hemlän har hon blivit orolig. Klöser och drar sina medpat. och personal i håret. Uppför sig mycket illa vid matbordet, låter inte dom andra äta i lugn och ro.

Tabl. Nozinan ökad till 75+0+50 mg.

Under Karin Anderssons vistelse på Vipeholm hade en omvälvande förändring ägt rum. För varje år minskade antalet patienter, dels på grund av att många sändes till sina hemlandsting, dels på grund av att de friskaste fick flytta till vårdhem. 1982 lades Vipeholms sjukhus formellt ner och övergick till att fungera som vårdhem. Då fanns det bara 144 patienter kvar. Omorganisationen var del av den nationella nermonteringen av de stora institutionerna till förmån för öppna och halvöppna boendeformer. På vårdhemmet hade patienterna egna rum och vistades fem på varje avdelning. Även denna verksamhet fick dock efterhand svårt att motsvara tidens krav på ett öppet och självständigt boende. 1993 lades vårdhemmet ner och Vipeholm var historia.

UPPGÅNG OCH FALL

Det är en berättelse om uppgång och fall, att följa S:t Lars och Vipeholms historia. Dessa enorma anläggningar, på sin tid hem för tusentals människor, förlorade plötsligt samhällets förtroende och monterades ner, sal för sal, patient för patient. Den hastiga avvecklingen av de stora institutionerna har i efterhand väckt mycket kritik, då många patienter som hade sina hem på sjukhusen fick svårt att klara sig ute i samhället. Det är dock få som förespråkar en återgång till forna tiders passiviserande jättesjukhus. Hur vårt samhälle på bästa sätt kan ta hand om de människor som lider av psykisk problematik är en fråga som knappast nått en färdig lösning – och inte heller lär göra det inom överskådlig framtid. Människan är en komplex, svårångad och sårbar varelse, med ständigt skiftande behov. Bara en vård som anpassar sig efter människan, efter vad varje individ behöver, har någon utsikt att lyckas.

Cecilia Riving SANKT LARS OCH VIPEHOLM – EN HISTORIA OM HOPP OCH FÖRTVIVLAN

Patienternas namn är fingerade. Årsberättelser och verksamhetsberättelser från S:t Lars och Vipeholm på Regionarkivet, likaså journalarkiv. Om respektive sjukhus: Truedsson, 1929. Andersson, 1990. Gerle, 1979. Carlén-Nilsson & Holmér, 1998. Övrig litteratur: Bommenel, 2006. Åman, 1976. Ryding, 1991 och 1996. Grunewald & Olsson, 1997. Gilbe & Lundgren, 1976. Söder, 1984. Broberg & Tydén, 1991. Riving, 2008.



S:t Lars begravningsplats i Flackarp. De flesta patienterna begravdes anonymt. Begravningsplatsen var i bruk från sent 1800-tal till början av 1950-talet.

EFTERORD

Sinnessjukvårdens historia är ett känsligt kapitel. Få verksamheter i det moderna samhället har varit lika omdebatterade och omstridda. Det är ofrånkomligt att olika personer har skilda åsikter om hur man bäst kan förstå, tolka och förmedla sinnessjukvårdens historia. I denna artikel har avsikten varit att ge en översiktlig bild av verksamheten vid S:t Lars sjukhus och Vipeholms sjukhus, inte att aktivt ta ställning eller göra ett debattinlägg. Det innebär givetvis inte att skildringen är opartisk – varje historisk undersökning präglas av den person som skriver den. För mig har det känts viktigt att lyfta in patienterna i skildringen

av sjukhusen, ett perspektiv som tidigare ofta har saknats. Särskilt som huvuddelen av mitt källmaterial är sjukhusens egna officiella berättelser, ett material där patienterna förvandlas till siffror i statistiska tabeller, kändes det väsentligt att lyfta fram några verkliga människor och deras liv på sjukhusen, om än förmedlat genom journalmaterial. Jag hade gärna velat skildra sjukhusens historia utifrån patienternas egna erfarenheter men det är tyvärr sällsynt att hitta sådana berättelser i arkiven. Det är viktigt att komma ihåg att den bild som personalen och omvärlden har haft av sjukhusen kan befinna sig på långt avstånd från patienternas upplevelser och intryck.