



UPPSALA
UNIVERSITET

Furunäset och mentalsjukvården

En studie i en institutions kontroll över patienters livsvillkor

Rolf Johansson

Historia

Magisteruppsats

15 poäng

HT 2013

Handledare: Åke Sandström

Abstract

Furunäset and the mental health care

A study in an institution's control over patients' living conditions.

The Swedish mental hospitals existed for about one hundred years, the period around 1880-1980. The research is intended to be from a local setting perspective to study the local approach used to meet requirements from Furunäsets mental hospital principals 1960 - 1972, the effect this had on the care and treatment of mentally ill patients and how Swedish society's changing approach to mental health influenced the process. The results of the research showed that Furunäset searched for ways to meet the principals' requirements which often went against the patients' personal best. Furunäsets mental hospital strove to fulfill its institutional goals in them selves rather than giving patients the care and treatment they needed. The Swedish society's attitude to mental illness changed during the 1960s and 70s as a result of a massive social criticism which came from the radical left. The psychiatric treatment was changed by the humanistic psychology breakthrough in the late 1950s and early 60s. This meant that the focus shifted from treating patients as objects to be seen as people with human qualities. These changes created a conflict between the society's beliefs and the mental hospital's, regarding the function of Furunäsets Mental Hospital. The conflict led to the Swedish government taking the first step towards reorganizing mental health services by building hospitals in the early 1970s that combined somatic and psychiatric care.

Innehållsförteckning

Abstract	2
Innehållsförteckning	3
Figurförteckning.....	4
1. Inledning.....	5
1.1 Syfte	6
1.2 Det lokala och övergripande perspektivet	6
1.3 Material	8
1.3.1 Dokument och statistik.....	8
1.3.2. Källor.....	8
1.4 Anthony Giddens struktureringsteori	9
1.4.1 Aktörer, sociala system och social struktur	9
1.4.2 Sociala institutioner och dess traditioner.....	10
1.4.3 Omsorg och samhällsmotsättningar	10
1.5 Teoretisk tillämpning	11
1.5.1 Aktörernas maktfördelning.....	11
1.5.2 Traditionen	12
1.6 Metod	12
1.7 Tidigare forskning	13
2. Furunäset och mentalsjukvården	15
2. 1 Den svenska psykiatriska vården organiseras	15
2.2 Kritiken mot institutionssamhället och anti-psykiatrins framväxt.....	21
2.3 Aktiviteter på Furunäset	23
2.4 Mentalsjukvården under förändring	29
2.5 Furunäset och mentalsjukvården anpassar sig till en ny tid	35
2.6 Landstinget som ny huvudman.....	47
3. Sammanfattning och avslutande diskussion.....	58
3.1 Mentalsjukvården 1875-1956.....	58
3.2 Omorganisering av sjuksköterskeutbildningen 1957-1965	60
3.3 Furunäset och mentalsjukvården utreds 1963-1966	63
3.4 Kristendom, omvårdnad och behandling.....	66
3.5 Nytt huvudmannaskap 1967-1972.....	68
3.6 Dehumanisering och livskvalitet	71
4. Källor.....	73

Figurförteckning

Figurer

Figur 1. *Antal patienter vid Furunäsets mentalsjukhus som utförde verkligt arbete, deltog i terapi eller liknande sysselsättning 1960-1964.*

Figur 2. *Antal arbetsvårdssökanden fördelat efter kön och totalt, i Luleå, Gällivare, Kalix och Kiruna 1966-1967.*

Figur 3. *Antal vårdade i Sverige per 100.000 invånare mellan 1900-1960.*

Figur 4. *Personalkostnader vid samtliga statliga mentalsjukhus 1935-1965.*

Figur 5. *Nettovårdskostnad Öjeby sjukhem 1959-1968.*

Figur 6. *Antal begånga brott av förrymda patienter från Furunäset 1/1-66 – 31/10-67.*

1. Inledning

Den svenska vården under 1800-talet var uppdelad i den fysiska kroppssjukvården och i den psykiska sinnessjukvården eftersom att den allmänna övertygelsen vid slutet av 1800-talet var att kropp och psyke på ett naturligt vis skiljer sig åt och därför bör dessa i händelse av sjukdom behandlas var för sig. Mentalsjukhusen var inte enbart en plats dit man förpassade psykiskt sjuka och andra människor som inte var önskvärda i det dåtida samhället utan var för en del intagna en hemsk plats som i efterhand kan jämföras med ett fängslager, medan för andra så var det en plats där man skapade sig ett nytt liv som fylldes med aktiviteter och mening. De gamla mentalsjukhusen var en form av institutioner som existerade i Sverige under drygt hundra år perioden kring 1890-1990 och samhället hann under denna tidsrymd ändra inställning till de intagna flera gånger. Behandlingsmetoderna och omvårdnaden bytte skepnad beroende på samhällets inställning till de intagna, politiska strömningar och behandlingsrön. Fram till 1940-talet så förväntades inte mentalsjukhusen klara av att bota de psykiskt sjuka men efter de psykiatriska medicinernas genombrott under 1950-talet så insåg allmänheten att det plötsligt var fullt möjligt att få en fungerande behandling för psykisk sjukdom. Behandlingsoptimismen frodades under slutet av 1950-talet och vidare långt in i 1960-talet, vilket i kombination med den snabba befolkningsökningen kraftigt hade ökat patientantalet och fått vårdkostnaderna att skjuta i höjden. Staten var tvingad att ta kontroll över de skenande kostnaderna och styrde utvecklingen, försiktigt till en början, till vad som med tiden ledde till en sammanslagning av vården. Det första steget var att staten lät byta ut de kommunala huvudmännen mot de statligt kontrollerade landstingen. Det andra steget blev att ta kontroll över utgifterna samt att låta bygga alternativa behandlingsfaciliteter där både fysisk och psykisk sjukvård gick att få. Utvecklingen gick initialt mot planeringen av en framtida omstrukturering av vården som i förlängningen skulle komma leda till nedläggningen av mentalsjukhusen som genomfördes under 1980-talet och en bit in på 1990-talet. En sak om mentalsjukhusen som är föga känd, förutom skräckexemplena om hur den medicinska behandlingen skedde, är hur livet för patienterna under 1950-60-talen gestaltade sig, hur förändringarna påverkade patienternas vardag, omvårdnad och behandling betraktat ur patienternas eget perspektiv.

Furunäset i Piteå benämndes från invigningen 1893 för *Piteå hospital och asyl*, vilket betydde att på hospitalet så levde patienter som ansågs botbara medan på asylerna så vistades patienter som ansågs vara för sjuka för att kunna botas. Asylen stängdes 1929 och Furunäset kallades då för sinnessjukhus ända fram till 1940-talet då benämningen istället blev mentalsjukhus sedan den första mentalsjukvårdslagen trätt i kraft. Furunäset betraktades då vara en institution likt de vanliga sjukhusen vilka behandlade och botade människor. Poängen var att patienterna kom att få väldigt olika behandling och omvårdnad beroende på vilken mental status dessa ansågs ha och hur villiga patienterna var att anpassa sig efter Furunäsets krav på uppförande. Det var staten och huvudmännen som tog de största besluten om patienternas livsvillkor men de som arbetade på Furunäset stod för de absolut flesta besluten. Det var människor som levde, arbetade och gav struktur till det vardagliga livet på Furunäset och som skapade den livskvalitet, eller avsaknaden av den, som patienterna eftersökte i sitt liv i fångenskap.

1.1 Syfte

Att ur ett underifrån perspektiv studera vilka lokala tillvägagångssätt som användes för att bemöta krav från Furunäsets sjukhus' huvudmän 1960 – 1972, vilken effekt detta fick för omvårdnaden och behandlingen av psykiskt sjuka patienter samt om och i sådana fall hur det svenska samhällets förändrade syn på mentalsjukvården påverkade den processen.

1.2 Det lokala och övergripande perspektivet

Under 1900-talet har det skett en genomgående förändring av det svenska samhällets syn på behandlingen och omvårdnaden av psykiskt sjuka människor. Det har även skett en omfattande omstrukturering av den psykiatriska vården som banat väg mot nedläggningen av de svenska mentalsjukhusen. Frågan är hur den ursprungliga processen som föranledde dessa omvälvande förändringar såg ut, när den började och vilka orsakerna var som låg till grund för det dåtida samhällets agerande betraktat ur ett lokalt perspektiv. Mentalsjukhusen var oftast förlagda utanför städerna i syfte att skapa en lugn och avskild miljö för de intagna men var även till för att bespara det vanliga samhället de sjukas existens och problematik. Mentalsjukhusen var genom sin strävan efter avskildhet oftast naturligt förlagda i anslutning till mindre samhällen vilket bidrog till att dess betydelse för bygden och lokalbefolkningen blev särskilt omfattande. Mentalsjukhusen var ett stort samhälleligt projekt och hade ursprungligen sedan de uppfördes, som främsta syfte att omhänderta människorna som enligt det vanliga samhället, inte hörde hemma i.

På grund av att de psykiatriska behandlingsmetoderna inte var speciellt utvecklade under första hälften av 1900-talet och att medicineringen av de psykiskt sjuka var undermålig, så botades väldigt få människor. Först under 1950-talet då de psykiatriska medicinerna uppfanns, började man i någon mån klara av att framgångsrikt behandla patienter som led av psykiska sjukdomar. Med begreppet behandla avsågs under 1950-talet att förmå patienter bli så pass friska att de klarade av ett någorlunda normalt liv antingen inom institutionen eller måhända utanför den med stöd av sociala insatser. Det var genom framstegen inom psykiatri, medicinen och det svenska samhället i förändring efter det andra världskriget, som tankarna om att återetablera de internerade patienterna till det vanliga samhället väcktes. Efter att patienterna blivit internerade på mentalsjukhusen så brukade de med undantagsfall komma att vistas hela eller majoriteten av sitt efterföljande liv inom institutionens domän vilken kom att bli patienternas hela livsvärld. Det är därför inte sagt att mentalsjukhusen enbart fyllde en internerande och avhumaniserande funktion utan dessa kunde även vara "ett samhälle i samhället", där de intagna fick en meningsfull och skyddad tillvaro. Skillnaden mellan vad som utgjorde en trivsamt tillvaro och en effektiv vård var mellan att som patient få en god omvårdnad och en mot sjukdomen effektiv behandling. Begreppen skiljer sig därför delvis åt beroende på vem som använde sig av begreppen och under vilken tidsperiod.

Att studera mentalsjukhusens funktion med fokus på patienternas omvårdnad och behandling är intressant ur en samhällelig och psykologisk synvinkel. På det sätt som samhället behandlar psykiskt sjuka samhällsmedborgare säger en hel del om oss själva och det samhälle vi lever i. Hur motiverade man från samhällets sida att frihetsberöva medmänniskor under obestämd tid som oftast inte hade begått något egentligt brott och fängslade dessa i en miljö som i de absolut flesta fall går att jämföras med någonting som är värre än ett fängelse? Att undersöka de gamla mentalsjukhusens funktion är en del med att göra upp med vårt eget förflutna.

Furunäsets huvudman fram till 1966 var Piteå landskommun och fr.o.m. 1967 Norrbottens läns landsting, fram till Furunäsets nedläggning 1984. Det huvudsakliga ansvaret för driften av sjukhuset flyttades 1967 från att vara lokalt förankrat till att bli regionalt kontrollerat via Landstinget, med statlig toppstyrning via Medicinalverket som i sin tur fick sina uppdrag från regeringen. I samband med att vården ytterligare och tätare knöts an till staten under 1960-talet så kom en lång kedja av politiska händelser att påverka mentalsjukhusen till förändring. 1972 stod det nya lasarettet i Gällivare klart som var det första sjukhuset i Norrbotten som kombinerade både kropps- (somatisk) och psykiatrisk vård. Gällivare lasarett var tänkt att avlasta för den psykiatriska vården i länet och patienter hemmahörande i närområdet skulle inte längre behöva skickas till Furunäset i Piteå för att behandlas. Den psykiatriska vården i länet var efter uppförandet av Gällivare lasarett förändrat för framtiden. Furunäsets tid som ledande institution för mentalsjukvård var genom detta principiellt förbi efter 1972 om än det skulle komma att fortsätta existera som vårdinstitution ända fram till 1984.

Med ett lokalt perspektiv motiveras följande frågor:

- Vilka faktorer påverkade huvudmännen för Furunäsets mentalsjukhus till krav på omorganisation av verksamheten 1960 – 1972 och med vilka strategier bemötte de lokala maktavarna dessa?
- Hur förändrades trivseln och vården för de psykiskt sjuka patienterna 1960-1972 och går det i ljuset av dessa förändringar spåra förskjutningar av begreppen ”omvårdnad” och ”behandling” samt dess innebörd för mentalsjukvården på Furunäsets sjukhus?

Omvårdnaden av psykiskt sjuka människor har under mentalsjukhusens tid alltid i någon form bekostats med hjälp av statliga subventioner. Furunäset fick en ny huvudman när NLL tog över det huvudsakliga ansvaret för och driften av Furunäsets sjukhus från Piteå landskommun 1967. Skiftet innebar att huvudansvaret för beslut rörande driften och organisationen av Furunäset hamnade på regional och nationell nivå via Landstinget, istället för som innan på lokal nivå. Mentalsjukhusen fick inte enbart förnyade resurser genom den direkta angöringen till staten via Landstinget utan ställdes även inför hårdare krav på ekonomisk återhållsamhet och resultatriktad behandling av patienterna. Mentalsjukhusen hade vandrat från att fylla en internerande samhällsskyddande funktion till att bli en politisk och allmän angelägenhet. Genom att de ekonomiska resurserna inom mentalsjukvården alltid i någon form kommit från staten är det viktigt att förstå den lokala utvecklingen i sitt regionala och nationella sammanhang. Samhällsförändringar, politiska trender, teknisk utveckling och vetenskapliga rön inom psykologin har på det nationella planet haft inflytande över de övergripande besluten rörande psykiatrins och mentalsjukhusens utformning.

Med ett övergripande perspektiv motiveras följande frågor:

- Hur har den svenska mentalsjukvården växt fram under 1900-talet?
- Vilken inverkan hade den humanistiska psykologin och antipsykiatrin på omformningen av den svenska psykiatriska tvångsvården 1960-1972?

1.3 Material

Urvalet är baserat på de anteckningar och dokument som beskriver Furunäsets drift. Med drift menas främst all korrespondens som behandlar politiska och ekonomiska beslut. Dessa finns i skriftlig form bokförda av Furunäset.

1.3.1 Dokument och statistik

Dokumenterna omfattar möten, kontakter med huvudmännen och regeringsbeslut samt redogörelser över sjukhusets dagliga aktiviteter. Dokumenterna är författade på uppdrag av Furunäsets direktion. Det fåtal övriga dokument som inte är nedskrivna av en notarie och är införlivade i undersökningen är undertecknade av upphovsmannen och kommer uteslutande från personer i någon form i maktposition inom Furunäset, exempelvis sjukhuschefen, överläkaren eller intendenten. Direktionens anteckningar har inget egenvärde utan var endast ett redskap för Furunäsets ledning att arkivera beslut, meddela andra myndigheter och myndighetspersoner samt att kartlägga Furunäsets aktiviteter. Anteckningarna är bekräftelser på vad som de facto har hänt eller tagits beslut om vilket sedan användes till för att redogöra för verksamheten inför huvudmannen, Medicinalverket eller annan statlig myndighet. Det som dokumenterna från Furunäsets dagliga drift vanligen beskriver är händelsernas skeenden och vilka föranlöpande händelser som av direktionen ansågs ha orsakat dessa. Orsakssambanden är konkret och översiktligt beskrivna samt i regel utan bredare kontextuellt resonemang. I samtliga källor som skapats av direktionen för Furunäset gavs det minimalt utrymme för den enskilde individen att uttrycka sin vilja genom att organisationen var hierarkisk, byråkratisk och hade en formell arbetsgång där aktörernas personliga åsikter normalt sett inte togs med i dokumentationen. Beroendegraden i källorna är därför stark mellan huvudman, direktion och anställda. Det som därför studeras i undersökningen är de deskriptiva faktiska handlingarna satta i sin kontext. Den statistik som är införlivad i undersökningen är allmänt vedertagen och har skapats genom bokföringen av Furunäsets aktiviteter, av polismyndigheten, Landstinget eller av andra myndigheter. Statistiken som framställs är offentligt tillgänglig, är komplett inom sina kategorier och har tydlig spårbarhet och kan förstås därför både inom och utom kontexten.

1.3.2. Källor

Det huvudsakliga arkivmaterialet 1960 – 1966 då Piteå kommun var Furunäsets huvudman, är huvudsakligen hämtat från *Riksarkivet (RA) i Härnösand (HSD)* arkiverat under *Furunäsets sjukhus direktionens arkiv (FSDA)*. Källmaterialet från 1967 – 1972 kommer främst från *Landstingsarkivet i Luleå (LAL)* och är arkiverat under *Piteå sjukvårdsdistrikt (PSD)*. Samtligt arkivmaterial förkortas i notsystemet enligt arkivtillhörighet och undergrupp samt att det i kursiverad stil beskriver vilken typ av dokument som avses. I de dokument där tillkomstdatum finns med står detta som avslutande okursiverad del av noten. Handlingarna består av direktionens protokoll, minnesanteckningar, intendentens arkiv och annan liknande och i tid kronologisk dokumentation fram till att Furunäset fick Norrbottens läns Landsting (NLL) som huvudman 1/1-1967. Efter att NLL tog över huvudmannaskapet så sköttes all bokföring av Furunäsets drift av NLL. Statistiken som behandlas är tagen från interna och

statliga utredningar, årsrapporter, kontakter med medicinalstyrelsen samt fortlöpande statistik som återfinns i direktionens protokollföring.

1.4 Anthony Giddens struktureringsteori

Anthony Giddens (1938-) är en brittisk sociolog och politisk teoretiker som är känd för sin holistiska världssyn och försök till att förklara världens aktörers agerande genom sin struktureringsteori. Teorin omfattar ett aktörsperspektiv i samspel med både samhällets strukturer och den personliga individens vilja med föreställningen om att människan kan kontrollera sina handlingar men inte fullt ut förstå eller se dess konsekvenser.

1.4.1 Aktörer, sociala system och social struktur

Anthony Giddens beskriver hur *aktören* (människan) *strukturerar* (skapar) samhället genom sina *handlingar* och sin *verksamhet*. Det som menas med *handlingar* är de aktiva val aktören gör medan *verksamheten* är det som aktören till vardags utför. Aktörer både skapar strukturer i samhället samtidigt som de reproducerar den. Aktörer kan jämföras med stenar i en byggnad som deltar i konstruktionen och samtidigt omorganiserar den eftersom bygget fortskrider. Aktören strävar hela tiden efter att skapa mening för sig själv i kontakten med andra aktörer och reflekterar över sina val samt vilken inverkan dessa får för aktören och den omkringliggande världen. *Sociala system* är människor som genom begränsningar i form av förväntningar, regler och straff, kommunicerar och samspelar med varandra på en specifik *social plats*. Det som menas är alltså inte primärt den fysiska platsen, om än teorin förutsätter att det måste existera en sådan.¹ Sociala system är per definition empiriskt observerbara sociala mönster vilka skapas när interaktionsformer standardiseras och upprepas över tid och rum.² Aktören lär sig och anpassar sig till de sociala systemens förväntningar, möjligheter och regler. Vad som motiverar aktören stämmer inte alltid överens med förväntningarna som de sociala systemen har på aktören utan förhållandet mellan det som *aktiverar* och det som *reglerar* det sociala samspelet är det som avgör aktörens agerande. Skillnaden ligger mellan att utföra en aktiv handling i syfte att aktivera någonting och att aktivera någonting passivt utan syfte, genom att bara göra det man normalt gör. Giddens betraktar därför aktörer som individer inuti sociala system.³ För att förstå en aktör är det därför av avgörande vikt att förstå vad som motiverar denne. För att upprätthålla de sociala systemens *sociala struktur* utövar systemen makt över aktörerna i form av restriktioner eller incitament. Social struktur är underliggande regler och resurser som möjliggör social praxis.⁴

¹ Giddens, Anthony, *Sociology*, Polity Press, Cambridge, 1991, s.19.

² Aakvaag, Gunnar C., *Modern sociologisk teori*, 1. uppl., Studentlitteratur, Lund, 2011, s.153.

³ Giddens, Anthony, *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Polity Press, Cambridge, 1984, s.3.

⁴ Aakvaag, *Modern soc.*, s.153.

1.4.2 Sociala institutioner och dess traditioner

Sociala system med stor utbredning i tid och rum benämner Giddens som *sociala institutioner*. Strukturen inom sociala institutioner liknar de relationer aktörerna har med de sociala systemen. Skillnaden är att de sociala institutionerna inte agerar eller fungerar som *en individ* utan är ett sammanlagt uttryck för många aktörers, andra sociala institutioners och även ibland, samhällets agerande. En social institution reflekterar både som organisation genom sina och utomstående aktörers sammanlagda önskemål men dessutom genom enskilda aktörer som verkar inom institutionen.⁵ *Traditionen* är de sociala institutionernas *högre prestationer* vilket menas att dessa har över tid gett ett för institutionen normgivande handlingsmönster som i förlängningen även i stor utsträckning styr aktörernas handlingsmönster. På sikt så övervinner institutionens tradition de enskilda aktörernas handlingar. Aktörerna agerar inom de ramar som institutionen avgjort är möjliga. Avvikande aktörers agerande sällas i regel bort av institutionen över tid genom att de i någon form påverkas via restriktioner eller incitament. Aktörerna reproducerar sedan sig själva och ställer om sitt agerande så att det passar in i institutionens tradition.⁶ De aktörer som avviker från institutionens mål och kontinuerligt vägrar ändra sitt agerande får som sista utväg finna sig i att bli avlägsnade från institutionen. Giddens menar att traditionen är en viktig faktor för att förstå institutionernas struktur genom att institutionerna som har en tradition, har det just för att de har funnits till och agerat under en längre tidsperiod. Institutionerna är därför ontologiskt dualistiska genom att dess aktörer agerar både som aktörer som anpassar sig inom institutionen och som enskilt agerande aktör som styrs av sitt eget reflexiva medvetande. Det existerar därför endast aktörer som tar hänsyn till sig själva och den kollektiva viljan.⁷ Det existerar av samma anledning inte några kollektiva aktörer om än det empiriskt kan uppfattas finnas sådana genom att de gemensamma institutionella uttrycken som skapats av traditionen vid en utifrån anblick ter sig homogent. Det fenomen som innebär att aktörerna genom sitt reflexiva tänkande och agerande ansluter sig till traditionen och anpassar sig till institutionens vilja kallar Giddens för att delvis bero på att aktören har ett *diskursivt medvetande*. Detta innebär att aktören delvis medvetet inrättar sig efter institutionens diskurs.⁸

1.4.3 Omsorg och samhällsmotsättningar

Institutioner är interaktionssystem som framkommer när resurser och regler återskapas över tid och i åtskilda *rum*. Ett sådant rum kan vara ett omsorgssystem i form av ett mentalsjukhus där människors främst psykiska omsorg avses. För att förstå skillnaden mellan typer av omsorg har Giddens delat upp begreppet i en antropologisk och i en social förståelse. Omsorg över andra människor existerar som form genom att vi har traditioner, normer och oskrivna regler om hur människor kan, bör trösta och hjälpa en människa. Dessa kännetecken är psykologiskt ett uttryck för personlig omsorg som beskriver människor över alla tider och majoriteten av alla kulturer oberoende av vilket samhälle det verkar i. En moder som vårdar sitt spädbarn genom att ge det mjölk och att hålla det varmt eller vården av en nära och sjuk anhörig är två exempel på en antropologisk förståelse av mänsklig omsorg. Det finns

⁵ Giddens, *The constitution of society...*, s.28-34.

⁶ *Ibid*, s.5.

⁷ *Ibid*, s.220.

⁸ Giddens, Anthony, *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*, Univ. of California Press, Berkeley, 1979, s.57.

organiserade omsorgssystem som tvärt emot den mänskliga omsorgen påverkas efter i vilket samhälle det verkar i. De organiserade omsorgssystemen är tvärt emot den mänskliga omsorgen inte statisk över tid utan anpassar sig efter samhällets, människornas, samt vårdens egen organisations uppfattning om vad vården bör bestå av. Dessa system tenderar att i samhällen som har ett demokratiskt styrelseskick, balanseras upp emot rådande politiska och ideologiska strömningar. Förklaringen till detta är att demokratiska samhällen har ett kommunikationsflöde och tillåts av den styrande makten att bli påverkade. Det är dock inte alltid så att förändringarna sker i takt med samhällets krav på grund av att institutionerna har en egen agenda och tradition. Giddens skiljer på primära och sekundära samhälleliga motsättningar. Primära motsättningar uttrycker problem i relationen mellan grundläggande strukturerade samhälleliga principer. En primär motsättning kan vara hur det demokratiska samhället ska förhålla sig till att man frihetsberövar psykiskt sjuka människor fastän de inte har begått något brott. Det existerar en schism mellan allmänhetens syn på samhället som förväntas skydda det; från det som av medborgarna uppfattas vara ett yttre hot mot samhället, kontra att samhället förväntas ha en omvårdande funktion där det tar hand om speciellt utsatta samhällsmedborgare. Sekundära motsättningar kan alltid härledas till de primära motsättningarna men är mindre omfattande.

1.5 Teoretisk tillämpning

Den *sociala platsen* karaktäriserades av att den svenska psykiatriska vårdens utveckling efter 1945 befann sig i ett samhälle i förändring. Det svenska samhällets ekonomiska framgångssaga var som starkast och varade perioden kring 1945-1965. Det som utgör hur väl ett samhälle fungerar för dess medborgare, är hur väl den samhälleliga organisationen med dess institutioner är konstruerade för och svarar mot medborgarnas krav. Gränsen för den nya tiden betraktas därför ur ett samhälleligt utvecklingsperspektiv där den nya tiden innebar fred, fri handel, ökande resurser, förbättrad folkhälsa och ett demokratiskt styrelseskick. Sverige hade redan innan varit en demokrati men hade inte i praktiken fungerat fullt ut demokratiskt på grund av det överliggande krigshotet. Den sociala ingenjörskonsten som bedrevs under dessa år och Sveriges ökade resurser som kom av handeln med det krigshärjade Europa, bidrog i stor utsträckning till att allmänheten ställde större krav på vårdsektorn. Ingen av dessa premisser anses vara en *förutsättning* för mentalsjukvårdens utveckling utan anses istället, tillsammans med varandra, vara *tillräckliga förutsättningar*. Med detta menas att den nya tiden bidrog till att aktörerna kunde genomföra förändringar men att det var aktörernas handlingar och verksamheter som omstrukturerade samhället. Hade aktörerna inte agerat hade inte samhället förändrats även om förutsättningarna varit tillräckliga.

1.5.1 Aktörernas maktfördelning

Furunäsets domäns form och verksamhet avgjordes av de lokala aktörerna, huvudmannen och den svenska regeringen. De lokala aktörerna var främst personalen och patienterna men till viss del även andra kommunala intressenter som Piteås polismyndighet, Pitetidningen och Piteå kommun. Den regionala aktören var huvudmannen som innehade den utövande makten vilken avgjorde Furunäsets organisatoriska form och placering av resurser. Huvudmannen ansvarade lokalt för Furunäsets och regionalt för patientuppsamlingsområdet som var geografiskt avgränsat från norr om Härnösand och uppåt, dvs. en yta bestående av ca ¼ av

Sveriges totala yta. Den nationella aktören var den svenska regeringen som innehade den högsta beslutande makten som genom myndighetsutövning avgjorde sjukhusets existens samt indirekt dess utformning genom tilldelning av anslag, lagstiftande och andra övergripande beslut.

1.5.2 Traditionen

Institutionerna skapades från början av enskilda människor i grupp i syfte att utföra handlingar på uppdrag av gruppen men med tiden så utvecklades andra institutionella mål som inte direkt kunde härledas till gruppens initiala önskan. Gruppen förändras även den med tiden beträffande konstellation, behov och mål. Med begreppet tradition avses i undersökningen de normgivande handlingsmönster som Furunäset som institution agerade efter. Eftersom att traditionen karaktäriserar ett enormt antal olika beteendemönster hos institutionen är beskrivningen av traditionen i undersökningen endast anpassad till att besvara frågeställningarna.

1.6 Metod

Att via studiet av förstahandskällorna kartlägga ett kronologisk händelseförlopp över händelserna som tilldrog sig vid och i anslutning till Furunäsets mentalsjukhus från perioden kring 1960 fram till tiden för invigningen av Gällivare lasarett 1972. Fokus har legat mot att beskriva samspelet mellan Furunäset, huvudmännen och patienterna som resulterat i ett utarbetande av teman som behandlar den omvårdnad och behandling som patienterna fick. Detta betyder i praktiken att alla händelseförlopp som behandlat undersökningens lokala perspektiv lutat sig emot först och främst förstahandskällorna medan det övergripande perspektivet behandlats mestadels via bearbetningar. Samtliga händelser som beskrivits har behandlas och argumenteras för satt i sin egen tidsenliga kontext. Förståelse för den empiriska tolkningen visar sig från fall till fall i den argumenterande framställningen och specifikt i den avslutande diskussionen.

Furunäset rymmer väldiga mängder aktiviteter, aktörer och händelseförlopp men det finns vissa verksamhetsområden som har större betydelse än andra för besvarandet av frågeställningarna. Verksamhetsområdena presenteras inte enskilt utan i syftet med den övriga undersökningen och består av behandling, omvårdnad, samhällsförändringar, mentalitetsförändringar samt politik. Verksamhetsområdena studeras i sin kontext kronologiskt, presenteras och länkas sedan samman till händelseförlopp vilka styrks med fakta och argumenteras för genom presentation av orsakskedjor. Mellan explanans och explanandum måste det därför finnas en förbindelse i tid och rum och kravet för de delar som införlivas i undersökningen är att dessa händelsers skeenden har verkning framåt i tiden och är spårbar. Av denna anledning är endast spårbara händelseförlopp använda till förklarandet av och argumenterandet för utvecklingen.

1.7 Tidigare forskning

Följande svensk forskning är ett axplock som berör olika delar av undersökningens fokus och vidgar förståelsen i viss mån över hur komplicerat det är att förstå en institutions inverkan på människors liv över tid. En institution är dualistisk i sitt agerande eftersom den både agerar i samråd med och utanför samhället. En institution likt Furunäset är en del av samhället som i sin tur styrs av lagar, människors mentalitet, samhällsförändringar, politik och egna institutionella mål.

Jenny Björkman behandlar i sin avhandling från 2001, *Vård för samhället bästa – debatten inom tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*⁹, hur synen på tvångsvård i Sverige har legitimerats. Jenny Björkman tar bland annat upp statliga ingrepp i människors liv, hur synen på sjuka människor förändrats i takt med samhällets förändring.

Anna Ohlsson redogör i sin avhandling från 2008, *Myt och manipulation : Radikal psykiatrikritik i svensk offentlig idédebatt 1968-1973*¹⁰, för hur den radikala kritiken av psykiatri i den offentliga debatten i Sverige mellan 1968-1973 såg ut och varför den blev den intensivaste i sitt slag. Vidare frågar sig Anna Ohlsson om den svenska psykiatri har utvecklats till att bli ett statligt politiskt maktmedel till för social kontroll och därmed frångått sina ursprungliga principer som enligt henne var att omhänderta, vårda och behandla patienterna.

Bengt Sjöström beskriver i sin avhandling från 1992, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*¹¹, om hur den svenska mentalsjukvården omformades på olika nivåer i syfte att anpassa sig till politiken och det svenska samhället i förändring.

Filip Fors gestaltar i sin avhandling från 2012, *Lycklig? : sju studier om välbefinnandets och livstillfredsställelsens bestämningsfaktorer*¹², begreppet livskvalitet belyst genom relationen mellan de två formerna av lycka som han benämner livstillfredsställelse och affektiva välbefinnanden. Filip Fors kopplar sedan dessa begrepp till socioekonomisk status, sociala relationer, hälsa, fritidsaktiviteter, personlighetsdrag och individens sammanhang i samhället som denne lever i.

Elin Lundin beskriver i sin avhandling från 2004, *Motstånd och kreativitet : George Herbert Meads bidrag till aktör-strukturdebatten*¹³, problematik kring sociologiska teorier som söker förklara den sociala verkligheten genom att utgå från både människor som gör saker som påverkar de sociala relationerna som de är och idén om att det sociala sammanhanget struktureras av social aktivitet.

⁹ Björkman, Jenny, *Vård för samhällets bästa: debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*, Carlsson, Diss. Uppsala : Univ., 2001, Stockholm, 2001

¹⁰ Ohlsson, Anna, *Myt och manipulation: radikal psykiatrikritik i svensk offentlig idédebatt 1968-1973*, Acta Universitatis Stockholmiensis, Diss. Stockholm : Stockholms universitet, 2008, Stockholm, 2008

¹¹ Sjöström, Bengt, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*, Daidalos, Diss. Lund : Univ., Göteborg, 1992

¹² Fors, Filip, *Lycklig?: sju studier om välbefinnandets och livstillfredsställelsens bestämningsfaktorer*, Sociologiska institutionen, Umeå Universitet, Diss. Umeå : Umeå universitet, 2012, Umeå, 2012

¹³ Lundin, Elin, *Motstånd och kreativitet: George Herbert Meads bidrag till aktör-strukturdebatten*, B. Östlings bokförlag Symposion, Diss. Örebro : Örebro universitet, 2004, Eslöv, 2004

Psykatrikern Madis Kajandi redogör för i sin litteraturstudie från 1981, *Livskvalitet: en litteraturstudie av livskvalitet som beteendevetenskapligt begrepp samt ett förslag till definition*, begreppet Livskvalitet sett ur ett behandlings och patientperspektiv¹⁴.

Begreppet livskvalitet uppkom under 1960-talet som en motreaktion mot en överanvändning av begreppet bruttonationalprodukt (BNP) som var ett mått över ett lands levnadsstandard eller utvecklingsgrad. Fokus skulle i kontrast till BNP luta sig mot människans egen uppfattning över vad som upplevdes var livskvalitet. Madis Kajandi beskriver resultat från empiriska studier över patienters syn över vilka handikapp som primärt anses stå i vägen för en hög livskvalitet. Enligt patienterna så var det de kognitiva, emotionella och sociala förmågorna som var viktigast. De tre förmågorna som enligt undersökningen var viktigast är de enda som kan anses vara allmängiltiga för människan eftersom dessa är de mest fundamentala delarna av en människas personlighet.

De tre viktigaste förmågorna enligt Madis Kajandis undersökning var:

- Att kunna använda sina mentala förmågor
- Att kunna älska och få kärlek
- Att kunna tänka klart och vara fri från mental förvirring

¹⁴ Kajandi, Madis, *Livskvalitet: en litteraturstudie av livskvalitet som beteendevetenskapligt begrepp samt ett förslag till definition*, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, Uppsala, 1981, s.10-11.

2. Furunäset och mentalsjukvården

Följande underkapitel beskriver den empiriska undersökningen som behandlar Furunäset och mentalsjukvårdens historia perioden 1875-1972.

2. 1 Den svenska psykiatriska vården organiseras

Under 1900-talets början bestod vården i Sverige av en kropplig (somatisk) och en psykiatrisk del. Den somatiska sjukvården kom att bedrivas via statligt subventionerade lasarett och den psykiatriska vården via de olika mentalsjukhusen. I början av 1900-talet växte det fram krav från både allmänheten och myndigheter på den svenska tvångsvården som kritiserade det långsamma juridiska systemet. Debatten handlade då om hur man skulle skydda människor från att bli tvångsintagna på svaga, felaktiga eller godtyckliga grunder men samtidigt om att förhindra utskrivning av farliga patienter som ibland skett med ekonomiska motiv. Att bedriva vård kostade mycket pengar oavsett vem som betalade den, vilket i svåra ekonomiska tider kunde påverka de som var ansvariga för tvångsvården att ta beslut som främjade den ekonomiska profiten hellre än att uppfylla samhällets krav. Frågan som det dåtida svenska samhället ställde sig var om man skulle skydda samhället från dessa psykiskt sjuka, missbrukare och annat oregerligt folk som av samhällets inte ansågs fungera tillfredställande eller om rättssäkerheten för den enskilde medborgaren vägde tyngre? Svenskarna ansåg att de inte skulle behöva välja utan krävde institutioner som skapade en fungerande rättssäkerhet och tvångsvård. Att alkoholister skulle vårdas på mentalsjukhus var långt ifrån en självklarhet och speciellt eftersom att staten lagstiftade 1913 att om ifall alkoholisters beteende gick ut över de samhälleliga plikterna som var att betala räkningar, skatt samt att arbeta, kunde dessa bli tvångsvårdade. Så länge en medborgare skötte de samhälleliga plikterna så ansågs en person förmögen att sköta sig själv om än denne satt fast i ett gravt missbruk. Tanken från statens sida var att alkoholister istället borde vårdas på speciella alkoholisthem där de kunde få anpassad vård. Alkoholistlagen från 1913 tvingade kommunerna att ta det ekonomiska och faktiska ansvaret över alkoholisternas tvångsvård men den lösningen skulle snabbt visa sig ge ringa resultat. Kommunerna som var av skiftande storlek och ekonomi ansåg sig ofta ha för lite resurser för att bekosta den dyra och ofta långdragna alkoholistvården. Kommunernas förhållningssätt till problemet ledde ofta till att man lät alkoholisterna gå under i frihet utan vård eller att dessa trots alkoholistlagen fick finna sig i att bli internerade på mentalsjukhusen där de inte fick tillräcklig eller specialiserad vård.¹⁵

Anledningen till att det fanns ett folkligt missnöje mot sinnessjukvården var delvis för att den styrdes och representerades av en läkarmajoritet och att lekmän i maktposition inom sinnessjukvården var i kraftig minoritet. Kravet på personlig frihet hade ökat sedan sekelskiftet 1800/1900 som en reaktion mot sinnessjukläkarnas maktfullkomlighet och röster höjdes för att samhället behövde en lag som skyddade medborgarna mot intrång i den privata livssfären.¹⁶ Lekmän i sammanhanget var människor som arbetade inom juridiken men som inte var medicinskt skolade och hade som mål att först och främst agera samstämmigt med rättssystemet. Tanken med lekmän i beslutandeposition för tvångsvården var att dessa skulle verka som en slags maktbalans mot läkarkåren som allmänheten främst ansåg följde sin egen

¹⁵ Björkman, *Vård för samhällets bästa...*, s. 49-54.

¹⁶ *Ibid*, s. 48.

yrkespraxis. Läkarna skulle hädan efter inte ensamma få ta myndighetsbeslut beträffande tvångsvården.

Till följd av den utbredda misstron mot läkarkåren så anställde staten överinspektörer och speciella utskrivningsnämnder som skulle övervaka sinnessjukläkarnas yrkesutövande och kontrollera ifall beslut rörande tvångsvård var tagna på goda grunder. Dessa konstruerade yrken hade som uppgift att se till att samhälls- och rättssäkerheten efterföljdes. Tanken var att det svenska folket genom omorganisationen och den ökande statliga kontrollen av verksamheten i framtiden, skulle få större förtroende för staten i frågan om sinnessjukvården. Som en följd av detta så skapade staten ett organ som kallades Sinnessjuknämnden som agerade för att bland annat bygga upp förfarandet som skedde vid beslut om tvångsvård enligt landets lagar, förordningar, regler och rättspraxis. I Sinnessjuknämnden från 1929 antogs en läkarmajoritet som inte bestod av sinnessjukläkare utan endast vanliga läkare som verkade inom kroppssjukvården samt en minoritet av jurister som skulle garantera att rättssäkerheten efterföljdes.¹⁷

Nämnderna agerar som statens förlängda arm

Nämnderna var statens förlängda arm som användes till att skapa ordning och kontrollera medborgarna på lokal och regional nivå. Nämnderna fick i uppgift av regeringen att flytta över delar av det statliga ansvaret till de kommunala nämnder som kom att agera autonomt fast under vissa av staten satta regler. Hälsovårdsnämnden som ansvarade för hälsovården hade funnits inne i städerna sedan 1875 och infördes på landsbygden så sent som 1920. Hälsovårdsnämnden bedrev detektivarbete i bygderna i syfte att uppfylla de lokala nämndernas krav på utökad kontroll över människor som kunde tänkas missköta sig av olika anledningar. Hälsovårdsnämndens system byggde på att om en människa kände till en annan människa i bygden, som inte betedde sig rationellt och som kunde misstänkas vara sinnessjuk eller ha missbruksproblem, kunde denne utan risk för påföljd lämna ett anonymt tips om den avvikande personen till någon av nämnderna. Den personliga integriteten fick genom detta system ge vika för statens ökade kontroll över medborgarna. Under 1940-50-talen ansåg staten att de kommunala nämndernas skyldigheter till staten inte enbart låg i att konstatera och uppmärksamma medborgarnas ohälsa utan att dessutom undersöka vilka sociala problem som kunde föreligga. Sådana problem kunde vara en raserad privatekonomi eller sjukdomar som kom till följd av en psykisk ohälsa eller missbruksproblem. Regeringen förespråkade samarbete mellan de olika nämnderna, läkare, kommuner och kuratorer i syfte att ytterligare ta kontroll över folkhälsans utveckling.¹⁸

Staten och tvångsvården

Förenta Nationerna (FN) befäste alla människors rätt till adekvat hälsovård i deklarationen om mänskliga rättigheter från 1948: ”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster...”.¹⁹ Att detta förkunnande om mänskliga rättigheter var mer ett uttryck för en strävan och ett långsiktigt ideologiskt mål som inte inom den närmsta tiden skulle bli verklighet, var FN på det klara med. Det handlade istället i praktiken om att

¹⁷ Ibid, s. 65-66.

¹⁸ Ibid, s. 67-68.

¹⁹ Hammarberg, Thomas., *Mänskliga rättigheter konventionen om barnets rättigheter*, TPB, Enskede, 2007, s. 6.

återupprätta mänskliga värden efter den totala katastrofen som det andra världskriget hade inneburit för världen.

Teknikens och den medicinska vetenskapens snabba utveckling

Före 1900-talet hade det funnits både privata och statliga alternativ till tvångsvård och för de sinnessjuka, sinnessjukvård. Piteå hospital och asyl började byggas på statens initiativ 1886 och kom i drift i januari 1893. Hospital var en benämning på avdelningar till för patienter som ansågs botbara och asyl avdelningar för de patienter som var så pass sjuka att man ansåg att dessa inte kunde botas. Tekniken och den medicinska vetenskapen hade under hela 1800-talet och framför allt under 1900-talets första hälft, utvecklats i snabb takt vilket hade möjliggjort en effektivare behandling av de fysiskt sjuka patienterna. Att vissa människor som inte kunde ta hand om sig själva på grund av andra anledningar än kroppsliga besvär blev omhändertagna, ansågs under första hälften av 1900-talet av allmänheten generellt sett vara en god lösning eftersom det inte fanns någon vettig plats för dessa människor ute i samhället. Omhändertagande utan behandling eller försök till behandling av de sjuka var inte särskilt kostsam men omhändertagande som innefattade vård visade sig snabbt vara dyrare. Tuberkulosepidemin som var den mest ihärdiga sjukdomen som härjade i Sverige kring perioden 1880-1940 blev därför en av staten högt prioriterad fråga. Tuberkulosepidemin kom att utredas av staten i 1929-års epidemiutredning och i den så argumenterade den norrländske läkaren Gustav Neander för att Landstinget i normala fall skulle bekosta sjukvården men i speciella fall så skulle staten stå för alla kostnader då ”sjukvården är av intresse icke blott för den enskilde sjuke utan även, med hänsyn t.ex. till allmän säkerhet och allmän smittfara, lika mycket eller kanske mera för samhället i dess helhet.”²⁰

Tvångsvården utvecklades till att bli nästan uteslutande ett statligt ansvarsområde och Mentalsjukhusen till att bli en förvaringsplats för allehanda människor som inte klarade av att leva upp till samhällets krav. De som blev intagna på mentalsjukhusen bestod av en uppsjö av psykiskt sjuka, alkoholister, förståndshandikappade, efterblivna, narkomaner, gamla människor, människor utan diagnos och dementa. Alla patienter som togs in på mentalsjukhusen var inte lämpliga att vistas tillsammans med varandra men problemet var att bristen på utrymme omöjliggjorde åtskiljda lokaler för olika patientkategorier. Det genomfördes dock en grovindelnings av patienterna som bestod av en separation mellan män och kvinnor.

Mentalsjukhusen växer

I Sverige perioden kring 1880-1950 hade fortfarande lokala aktörer ett visst inflytande över hur omhändertagandet och behandlingen av psykiskt sjuka skulle gå till. Genom att ansvaret för omhändertagandet av de psykiskt sjuka låg på kommunens axlar hade folk en närmare kontakt med med institutionerna som ännu inte hade hunnit växa sig till den storlek som de skulle komma att bli efter 1950. De psykiatriska medicinernas genombrott under 1950-talet banade väg för en landsomfattande behandlingsoptimism där fler patienter än någonsin tidigare sökte behandling. Samtidigt som organisationerna växte så minskade den folkliga politiska representationen per invånare som en följd av 1952-års kommunreform då de nya

²⁰ Neander, Gustaf, *Anstalten Hälsan i Norrbotten: ett social-hygieniskt experiment i nordligaste Sverige anordnat av Svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt studier över tuberkulosens spridningsförlopp i Sverige*, Nord. bokh., Stockholm, 1927.

kommunerna rymde färre valbara politiska representanter än innan jämfört med befolkningmängden. Detta ledde till att institutionernas organisation växte och att toppstyrningen ökade genom att färre politiker fick mandat att ta beslut över fler människor. Samtidigt som de folkvalda politikerna ur en demokratiskt utövande perspektiv, avlägsnade sig bort från sina väljare så utvecklades institutionerna till att med tiden bli självstyrande enheter som avlägsnade sig ytterligare från det vanliga samhället. Mentalsjukhusen var vid 1950-talets början fortfarande separerade från det övriga samhället geografiskt, socialt och politiskt. Mentalsjukhusen var någonting som alla politiska partier var på det klara med måste existera medan inget parti hade frågan om mentalsjukhusens utveckling förankrad i sitt partipolitiska program. Mentalsjukhusen hade vid det här laget blivit så pass stora att de inte kunde kontrolleras effektivt av ett fåtal personer i maktposition utan man hade istället tillsatt direktioner som styrde dessa autonomt.

Sammanlagning av vården debatteras på riksnivå

De första tankarna på en enhetlig vård kom redan under 1940-talet när de organisatoriska nackdelarna med den tudelade sjukvården blev uppenbar. Att mentalsjukvården i samtliga städer var geografiskt förlagda på annan plats än de statliga lasaretten var inte bara besvärligt utan även kostsamt genom att patienterna ibland behövde transporteras mellan institutionerna. Patienterna behövde vård oavsett vilken sjukdom dessa hade och ibland så led patienterna både av fysiska och psykiska sjukdomar samtidigt. För att en patient skulle få vård på båda vårdinstitutionerna blev patientens ansvarige läkare tvingad att inför sin ledning motivera den ökade kostnaden som vårdinsatserna mellan institutionerna krävde. Förutom de praktiska hindren så fanns det en tradition där gemene man som arbetade inom vården upplevde ett känslomässigt avstånd mellan den somatiska vården och mentalsjukvården.²¹

Statens sinnessjukvårdsberedning lade i januari 1950 fram förslag till en generalplan för mentalsjukvårdens modernisering och utbyggnad som var tänkt skulle gälla fram t.o.m. 1965. I denna förutspåddes det uppskattade vårdbehovet ställt relativt mot den förväntade befolkningsökningen. Vidare så planlades det för hur upprustningen av mentalsjukvården skulle gå till och bekostas via statsbidrag.²² Under 1950-talets början så bildades Statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggnad som redan 1954 hade lagt fram en reviderad generalplan för mentalsjukvården som innefattade en breddning av generalplanen och en detaljerad upprustningsplan för varje statligt mentalsjukhus. Tankarna om en framtida sammanslagning av vården fick fäste först när dåvarande inrikesdepartementchefen togs upp frågan i 1956-års riksdag:

”Den fullständiga samordningen av all mentalsjukvård inom ett sjukvårdsområde liksom av denna vård och kroppssjukvården torde icke komma till stånd förrän all sjukvård åtminstone i princip sammanförts under ett enhetligt huvudmannaskap. En dylik samordning är tvivelaktigt betydelsefull för att få en effektiv och god sjukvård. Som en allmän målsättning för reformarbetet på detta område kan jag därför acceptera ett sådant huvudmannaskap. Jag förutsätter självfallet härvid, att detta kommer att åvila landstingen och städerna utanför landsting. Emellertid delar jag den av bl. a. medicinalstyrelsen och landstingsförbundet framförda meningen, att ett generellt överförande av huvudmannaskapet för sinnessjukvården

²¹ SOU 1960:9, *De ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården*, s. 9.

²² Ibid, s. 35-36.

icke lämpligen kan ske förrän den nu planerade upprustningen av de statliga sinnessjukhusen genomförts.”²³

Inrikesdepartementchefen menade att en vårdreform som innebar en sammanslagning var nödvändig för att möjliggöra en effektiv sjukvård men att man först skulle rusta upp mentalsjukhusen. Huvudmannskapet skulle sedan tas över av landstingen i de städer där dessa fanns och där de inte fanns så skulle städerna i någon form få bära ansvaret över vården. Statsutskottet var vid tidpunkten inte redo att ta ställning i frågan men höll med departementchefen om att en utredning av det framtida vårdbehovet var en nödvändighet för att klarlägga den lämpligaste framtida utformningen av mentalsjukvården.²⁴

Sjukhuslagstiftningskommittén betänkande från 1956 med förslag till sjukhuslag resulterade i att huvudmännen inte lagbands att ombesörja att vissa kategorier patienter skulle vårdas på mentalsjukhus eftersom patienterna oavsett vad som stod skrivet i lagen, fick vård på mentalsjukhusen eftersom dessa var de enda större statliga vårdorganisationerna för psykiskt sjuka. Anledningen till att man valde att inte lagstifta i ansvarsfrågan var att det i framtiden skulle kunna komma att skapa ett för politiska processer tidskrävande hinder som kunde komma att fördröja en framtida omstrukturering av mentalsjukvården. Läget för mentalsjukvården sammanfattades i statens offentliga utredning från 1958: ”Det kan på goda grunder hävdas, att det inom mentalsjukvården råder en krissituation. Denna är ingen ny företeelse. Sedan åtskilliga år tillbaka har förhållandena inom denna vårdgren varit sådana, att de ej på långt när ansetts motsvara standarden inom andra sjukvårdsområden.”²⁵ Regeringen ville ha förändring och att ett succesivt överförande av huvudmannskapet skulle vara möjlig mellan stat och landsting utan att förflyttningar av resurser och patienter skulle bromsas upp av tvister grundade på lag och ekonomiskt ansvar.²⁶

Medicinalstyrelsen lämnade in ett betänkande angående att den planerade och fullständiga upprustningen av mentalsjukvården var en så ”betydande och tidskrävande uppgift”, att det var tveksamt om den kunde slutföras helt innan det blev aktuellt med byte av huvudmannskap.²⁷ Vidare ansåg man att övertagandet inte skulle omfatta samtliga psykiskt sjuka för vilka staten svarade för 1960. Vissa patientkategorier skulle omfattas av kommunalt ansvar medan andra av statligt, beroende på hur integrationen av patienten passade in i samhället. Flertalet förbund och organisationer föreslog att staten även efter en sammanslagning skulle bibehålla ansvaret över de kriminella psykiskt sjuka, de s.k. psykopaterna.²⁸

²³ SOU 1956, *Betänkande med förslag till sjukhuslag m.m.*, s.56.

²⁴ Ibid, s.128.

²⁵ SOU 1958:38, *Mentalsjukvården: planering och organisation : betänkande 3*, s.233.

²⁶ SOU 1960:9, *De ekonomiska villkoren...*, s.36.

²⁷ Ibid., s.47.

²⁸ Ibid., s.119-120.

Vårdens utformning i Piteåregionen

Den somatiska vården bekostades med statliga medel och bedrevs av Landstinget via Piteå lasarett. Piteå lasarett var förlagt inne i Piteå stad endast 3km från Furunäset som genom sin plats i Munksund tillhörde Piteå landskommun. Piteåregionen bestod av Piteå stad, Piteå landskommun, Hortlax och Norrfjärden fram t.o.m. 1970 då kommunerna gick ihop i 1971-års kommunreform och bildade ”Piteå vidgade stad”. Den psykiatriska vården i Piteå som var förlagd till Furunäset hade hela Norrbotten norr om Härnösand som uppsamlingsplats. Det var ett stort geografiskt område som bestod av Norrbotten och stora delar av Lappland som motsvarade ungefär $\frac{1}{4}$ av Sveriges totala areal. Furunäset var det mentalsjukhus dit alla patienter skickades som kommunerna i Norrbotten inte klarade av att behandla. 1959 så lät Piteå landskommun inrätta Öjeby sjukhem som användes till att ta hand om lättskötta och främst åldrade patienter som kom från Furunäset. Sjukhemmet var till för att avlasta Furunäset och att ge patienterna som behandlades där ett värdigt omhändertagande. Öjeby sjukhem parallelexisterade med Furunäset under hela perioden som Furunäset var i drift och landstingsbidrag utgick till Öjeby sjukhem fram under hela den tiden som Furunäset existerade som mentalsjukvårdsinstitution, med mellan 36-67% av de totala kostnaderna. Öjeby sjukhem var därför en kommunal verksamhet som till stor del bedrevs med statliga medel.²⁹

Furunäset vid början av 1960

Sedan början av 1960-talet fanns det på Furunäsets sjukhus ett begränsat antal olika aktiviteter som sysselsatte de intagna patienternas vardag så väl som personalens. Det bedrevs främst psykiatrisk vård på Furunäsets mentalsjukhus även om det där fanns viss enklare somatisk vård. Begreppet vård bestod sedan början av 1960-talet av både psykoterapeutisk behandling och medmänskligt omhändertagande. Psykiatrin var vid den här tidpunkten inte framgångsrik sett till antalet botade patienter jämfört med hur många patienter som den somatiska vården botade. Psykiatrin trevade sig fram mot det man hoppades skulle bli förbättrade resultat och dess företrädare stod dessutom ofta för olika behandlingspsykiatriska grundantaganden beroende på vilken falang dessa tillhörde. Den psykiatriska vetenskapen hade fram t.o.m. 1950-talet stött sig på teorin om psykoanalysen som betraktade människan som en beteendestyrd varelse. Psykoanalysen grundlades enligt Sigmund Freuds (1856-1939) teori om att människan är en varelse som slits mellan insikter och drifter, mellan sociala och samhälleliga normer.

²⁹ LAL, 10-årsrapport över Öjeby sjukhem, 31/3-69.

2.2 Kritiken mot institutionssamhället och anti-psykiatrins framväxt

Psykiatrin stod inför förändring

Psykiatrin befann sig sedan slutet av 1950-talet i ett skifte sedan Abraham Maslow (1908-1970) hade släppt sin humanistiska teori om den mänskliga behovshierarkin som bröt den då rådande teorin om psykoanalysens hegemoni. Abraham Maslows teori fick massivt genomslag i världen, det svenska samhället och psykiatrin under senare delen 1950-talet och i början av 1960-talet. Teorin presenterades i form av en på höjden skiktad pyramid där varje skikt representerade människans utveckling. Symboliskt så menade Maslow att det lägsta skiktet bestod av att människan först måste få de kroppsliga behoven tillgodosedda innan denne kan lära sig andra egenskaper som exempelvis uppskattning och självförverkligande. Efter denna process så utvecklas människan vidare till att lära sig känna kärlek och förstå gemenskap vidare till att lära sig uppskattning och tillsist, om alla dessa underställda behov tillgodosetts, kan människan förverkliga sig själv. Behaviorismen skapades som ett alternativ till psykoanalysen där psykologin ansågs vara en del av naturvetenskapen. Man skulle därför mäta det som var mätbart och inte beskriva människan som kulturvarelse. Målet var att förutse mänskligt agerande kopplat till det som styr dess beteende. Abraham Maslow var den humanistiska psykologins främste företrädare som menade att utgångspunkten för att studera och lära sig av vad som utgör en frisk människa måste logiskt sett vara den friska människan. Den gemensamma nämnaren för de humanistiska psykologierna är övertygelsen om att det i människan finns en kreativ potential som både kan och bör tas tillvara på. Behandlingsformerna och vetenskapsutvecklingen handlar om att finna metoder som kan hjälpa människan att utveckla sitt inneboende potential. Den humanistiska psykologin studerar och fäster vikt vid människans upplevda verklighet. Människan betraktas som en individ som har ett behov av att växa som människa genom personlig utveckling. Slutsatsen är att människan behöver frihet att göra aktiva val för att utvecklas till att kunna skapa sig det eftersträvarsvärda friska inre känslolivet. Man bör veta vad som utgör ett friskt psyke och sedan eftersträva det innan man studerar den sjuke.

Antipsykiatrins framväxt och inflytande över politiken

Antipsykiatrin var ett samlingsnamn på en icke heterogen rörelse som bland främst psykiatrins och sociologins vetenskapliga företrädare, kritiserade mentalsjukvården för dess inställning till psykisk sjukdom kring 1961-1980. Antipsykiatrins förgrundsgestalt var den engelske psykiatrikern Robert Laing (1927-1989) som kritiserade mentalsjukvården för att behandla psykisk sjukdom som om den vore enbart somatisk och utan kopplingar till relationsstörningar eller personliga kriser. Enligt historikern Paul-Michel Foucault (1926-1984) så var diagnosen "sinnessjukdom" en social etikett som skapade människor som senare kunde användas som syndabockar i olika sammanhang. Sociologen Erving Goffman (1922-1982) menade att mentalsjukhusen var institutioner som systematiskt tvingade in människor i olika "roller" för att dessa inte tilläts behålla sina egna identiteter.³⁰

Företrädarna för Antipsykiatrin var många men hade gemensamt med varandra att de i någon form försökte bevisa att begreppet psykisk sjukdom antingen var en olämplig benämning eller

³⁰ Sjöström, Bengt, *Den galna vården: svensk psykiatri 1960-2000*, 1. uppl., Bokbox, Lund, 2000, s.52-55.

falsk konstruktion. Detta föranledde en massiv kritik av mentalsjukhusen som var själva utförandet av det som kritikerna uppfattade var den olämpliga och dysfunktionella mentalsjukvården. Radikaliseringen av det politiska diskussionsklimatet kom som effekt av vänstervågens ökade inflytande över politiken. Det var möjligt att kritisera alla tänkbara samhällsfunktioner och institutioner vilket kritikerna också gjorde i kraftigare termer än man tidigare under hela 1900-talet hade gjort. Antipsykiatrins företrädare figurerade i den svenska dagspressen i artiklar av eller om författarna frekvent sedan mitten av 1960-talet medan de svenska företrädarna fick sin genomslagskraft främst efter 1970.³¹ Genom att media hade lyft fram debatten om mentalsjukvården så blev den förankrad i politiken och genom detta en samhällsfråga som hela samhället kunde ta del i. Genom medias bevakning av mentalsjukvården och av patienterna på mentalsjukhusen förändrades allmänhetens syn på psykisk sjukdom. Patienterna var inte längre enbart skrämmande objekt utan betraktades som människor med känsloliv, drömmar och önskemål. Kritiken som Antipsykiatrin förde fram mot mentalsjukhusen hade till stor del att göra med vilken omvårdnad och behandling som patienterna fick eller inte fick.

Följande text är ett synkront uttryck taget från mentalsjukvården i 1950-talets USA som visade på vilka delar av livet som ofta förnekades patienterna. De citerade institutionsritualerna var sådana som även brukades mot patienterna på Furunäset och symboliserar ett omhändertagande som behandlade patienterna som objekt. Uttrycket är väl applicerbart på den svenska mentalsjukvården och Furunäset under 1950-60-talen, där det rådde överhängande likhet i behandlingen av patienterna mellan den amerikanska och den svenska mentalsjukvården. Uttrycket benämns ”Dehumanisering” och är citerat i fritt urval från ett avsnitt i David J. Vails bok *Dehumanization and the institutional career* från 1966 vilket är en kvalitativ sammanfattning av kritiken som psykiatrikern Erving Goffman förde mot mentalsjukhusen i sin bok *Asylums* från 1951. Det Goffman främst kritiserade var att alla de ”förnedrande ritualer” som han menade var ett medel för mentalsjukhusen att passivisera patienten genom att ta bort dennes identitet.³²

Dehumanisering

Att föras till sjukhuset i handbojor.
Att begränsa den rörelsefrihet som individen behöver för att uppleva trygghet.
Att tilldelas ett arbete.
Att få håret klippt som alla andra.
Att tjäna en dollar för åtta timmars tungt arbete, fem-sex dagar i veckan, månad efter månad.
Att inte ha tillräckligt personal.
Att inte ha någon att tala med.
Att inte få inreda sitt rum som man vill.
Att sättas i tvångströja eller bindas.
Att bli förflyttad till en annan institution, utan att få veta varför, vart eller när.
Att inte ha något utrymme där man kan vara ensam.
Att få sina tänder utdragna utan att få nya.
Att inte tillåtas ta ett eget initiativ i rätt riktning.³³

³¹ Svensson, Tommy, *Psykiatri, reformer och revolution: om radikal svensk psykiatrikritik åren kring 1970*, Hälsohögskolan, Jönköping, 1997, s.2-9.

³² Markström, Urban, *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Diss. Umeå : Univ., 2003, s.92.

³³ Sjöström, *Den galna vården...*, s.93-95.

2.3 Aktiviteter på Furunäset

Neuroleptika gjorde förlegade behandlingsformer överflödiga

Furunäsets patienter var visserligen inspärrade men hade olika sysselsättningar och aktiviteter, ofta tillsammans med personalen som antingen sysselsatte patienterna eller gav de behandling i olika former. En del aktiviteter gav patienterna välbehövligt stöd medan andra skapade oönskade problem. Före neuroleptikans genombrott under 1950-talet fanns det få möjligheter till att behandla patienter som utvecklat psykisk sjukdom. Att bli internerad på Furunäset var likställt med att bli internerad för en mycket lång tid, kanske för resten av livet. På Furunäset använde man sig fortfarande sedan slutet av 1950-talet av behandlingsmetoder som ”elektrochockbehandling” och ”insulinkomabehandling”. Elektrochockbehandling var en behandlingsform där man gjorde delar av patientens hjärna strömförande oftast i syfte att bryta en djup depression hos patienten. Insulinkomabehandling var en behandlingsform där patienten fick doser av insulin så att denne hamnade i koma ur vilken patienten sedan väcktes upp ur. Effekterna var att en titigare hysterisk patient kunde behålla sitt lugn i flera dagar efter behandlingen.

De absolut flesta patienterna brukade medicinerna Hibernol och Serpasil vilka under 1957 stod för 83% (356 av 429) av behandlingstillfällena. Dessa var den första generationens psykiatriska mediciner vilka medförde kraftiga biverkningar som exempelvis kronisk utmattning, koncentrationssvårigheter, dålig munhygien genom uttorkning, vätskeansamling i kroppen etc. De besvärligaste patienterna som Furunäset varken kunde behandla eller få kontroll över lät man lobotomera. Lobotomering var en operation där man skar av en del av nervändarna i hjärnan för att ta bort patientens känsloliv och genom det viljan att aktivera sig. Under 1954 så genomförde Furunäset 40 lobotomeringar, under 1955 45 stycken och under 1956 endast 10 stycken. Minskningen uppgavs delvis bero på det sviktande antalet oregerliga patienter som man önskade lobotomera. Den mer troliga huvudorsaken var att man hade lyckats domesticera patienterna i större grad genom det massiva och stadigt ökande bruket av neuroleptika, ett samlingsnamn för psykiatriska mediciner, som gav upphov till uttrycket ”kemisk lobotomering”.³⁴ Patienterna fick finna sig i att bli neddrogade av neuroleptika oavsett om de fick ett friskare själsligt liv eller inte. Utvecklingen av neuroleptika mot att bli effektivare och med mindre bieffekter kom först långt senare under 1990-talet.

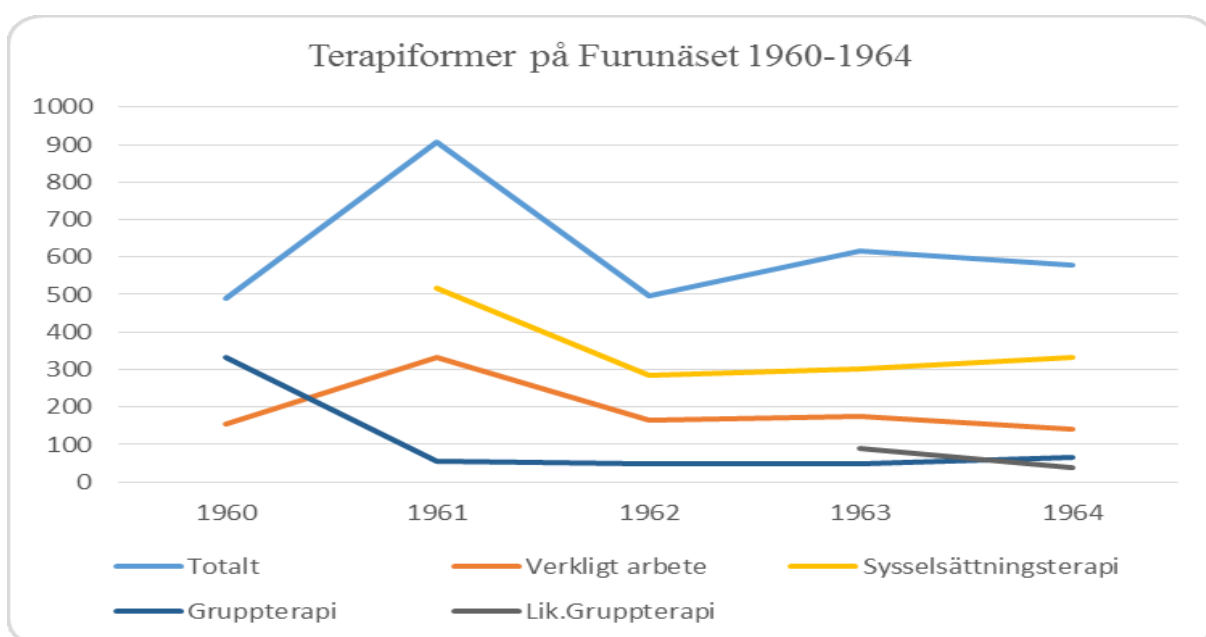
Arbetsterapi som sysselsättning och omvårdnad

Betraktat ur Furunäsets lednings sida så var man övertygad om att livet blev lite uthärdligare för patienterna om det fylldes med någon form av innehåll. Att sköta ett arbete ansågs vara nyttigt både för kropp och själ. Parkanläggningen på Furunäsets sjukhus ansågs fylla en sådan viktig funktion för de sjuka som arbetade där och dessa utförde någonting som kallades för arbetsterapi. Arbetsterapin medverkade positivt till patienternas psykiska välmående och upplevdes av personalen som att vara en genomgående vettig och stimulerande sysselsättning. I ett brev adresserat från direktionen för Furunäset till Medicinalstyrelsen, undertecknad av Piteå kommuns chef Hugo Persson den 5 augusti 1962, beskrevs driften av trädgården och

³⁴ HSD, E2:B 1-2, Redogörelse till Medicinalstyrelsen ang. inspektion av Furunäset, 5-6/3-1957.

parkanläggningen som nödvändig och värdefull för patienterna som arbetade där.³⁵ Kommunen befäste och motiverade genom detta parkanläggningens existensberättigande inför framtiden. Arbetsterapi genomfördes även som träslöjd för manliga patienter och syslöjd för kvinnliga. Det handlade inte om att behandla patienter i medicinsk mening utan om att ge dessa sysselsättning och en för patienterna meningsfull tillvaro. Arbetsterapin genererade dessutom ett litet tillskott till verksamheten genom att de saker som patienterna producerade såldes. Vissa av patienterna som utförde ett arbete som var jämförbart med ett dagsverke utfört av en fackman, fick en minimal ersättning som lön för mödan. Med pengarna kunde denne sedan köpa sig lite vardagslyx i form av cigaretter och andra varor.

Figur 1: Antal patienter vid Furunäsets mentalsjukhus som utförde verkligt arbete, deltog i terapi eller liknande sysselsättning 1960-1964.



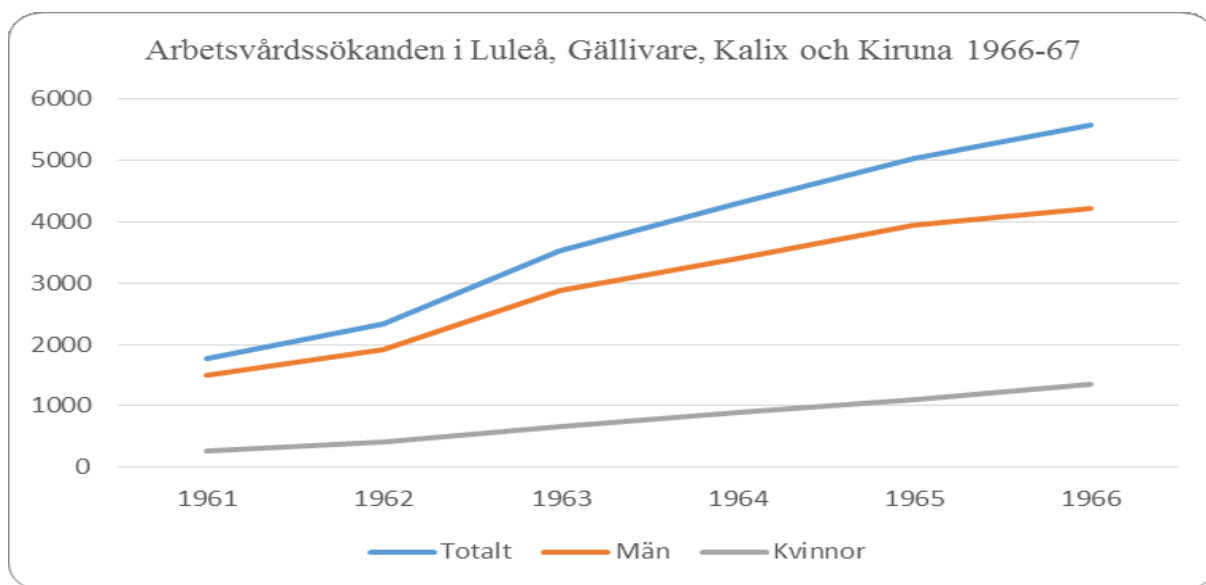
Källor: Inspektionsprotokoll, Överinspektörens översikter E2:B, Landsarkivet i Härnösand.

Under 1960 så försökte Furunäset sig på att bedriva gruppterapi i stor skala men man kom ganska snart fram till att det var bara ett fåtal patienter som egentligen fick ut någonting av den behandlingsformen. Orsakerna till detta var att terapin endast passade ett litet antal av de som deltog i gruppterapin och att den förutsatte att patientens problem inte var alltför allvarliga samt att problemen var av sådan art att de kunde behandlas via samtalsterapi. Dessutom så var det svårt att genomföra gruppterapin rent resursmässigt genom att det krävdes många vårdare för att praktiskt bemästra så många patienter samtidigt. 1961-1964 minskade Furunäset på gruppterapins omfattning och genomförde den endast efter om patienten ville och verkade kunna få ut någonting av den. 1961 gjorde man även ett försök till att sätta så många patienter som möjligt i vad man kallade för "vanligt arbete" men detta visade sig endast fungera för de patienter som var ganska friska och kunde arbeta fullt ut.

³⁵ HSD, A1:78, Skrivelse från direktionen på Furunäsets till Medicinalstyrelsen angående patienters nytta med arbete inom trädgårds- och parkförvaltning, 5/8-62.

Under kommande år gjorde man en helomvändning och satte endast patienter som klarade av att arbeta fullt ut på en arbetsplats. Sysselsättningsterapi var någonting som Furunäset började med 1961 vars mål var just att sysselsätta de patienter som på frivillig basis, av olika anledningar inte kunde delta i andra terapiformer.³⁶ Den arbetsrelaterade vården ökade till följd av att arbetsterapi blivit populär och att fler kvinnor än tidigare ansökte om att delta i den. Procentuellt så ökade kvinnornas ansökningar något under 1960-talet i relation till sig själva vilket hade att göra med att det hade blivit vanligare för kvinnor att förvärvsarbeta.³⁷

Figur 2: Antal arbetsvårdssökanden fördelat efter kön och totalt, i Luleå, Gällivare, Kalix och Kiruna 1966-1967.



Källa: Direktionens protokoll A9:1, Piteå stads direktion, Landstingsarkivet i Luleå.

Andra typer av sysselsättning som i skiftande grad varierade i antal och omfång var patienternas tillgång till möjligheten att få idrotta, syssla med målning, låna böcker vid biblioteket och arbeta med trädgårdsarbete. Dessa intressebaserade och frivilliga hobbies var möjliga genom att Furunäsets komplex var så pass stort att många aktiviteter fick plats samt att dessa inte var särskilt kostsamma. Utöandet av hobbies var en trivsselfaktor som utfördes under den tid som patienterna inte var upptagna med arbetsterapi eller annan av Furunäset prioriterad sysselsättning.

Kristendomen var resurs

Att vara internerad och frihetsberövad innebar för Furunäsets patienter ofta en mycket hemsk tillvaro. Förutom de mentala problem som patienterna i olika grader drogs med så fick de inte leva efter egna premisser. Patienterna sökte svar på frågor som kunde vara andliga, praktiska

³⁶ HSD, A1:77, E2:B 1-2, Överinspektörsrapporter från 1960-1965.

³⁷ LAL, A9:1, Arbetsvårdssökanden i Luleå, Gällivare, Kalix och Kiruna 1966-1967.

eller ibland rena grubblerier som hade att göra med den intagnes livssituation och psykiska status. Patienterna hade möjlighet att få en kort konsultation med Furunäsets läkare men dessa hade varken tid eller möjlighet att ge personligt och kontinuerligt stöd. När läkaren inte var anträffbar så sökte sig patienterna ofta vidare till kyrkan för kontakt och stöd i sin tillvaro.

Eftersom majoriteten människor i Sverige under 1960-talets början levde enligt en kristen övertygelse så skedde den naturliga rådgörande kontakten av tradition med byprästen. Sedan den sjuke blivit internerad så fanns inte hembygden kvar som resurs men den protestantiska svenska statskyrkan åtog sig ”själavård” även på de svenska mentalsjukhusen. Kristendomens dominerande ställning i Sverige under början av 1960-talet var uppenbar inom mentalsjukvården trots att Sverige officiellt genom lagen om religionsfrihet från 1951 tillät andra religioners existens. Att den svenska mentalsjukvården ansåg att religionen var en viktig ”behandlingsform” blev extra tydlig i en skrivelse från Medicinalstyrelsen till domkapitlet i Uppsala där man bekräftade beslutet att tillsätta en sjukhuspräst: ”Enligt medicinalstyrelsens uppfattning är det med hänsyn till de medicinska och psykologiska faktorer som måste anläggas på vården vid ett mentalsjukhus, angeläget att sjukhusledningen, i första hand sjukhuschefen efter samråd med vederbörande sjukvårdsläkare, äger att meddela de anvisningar angående den andliga vårdens bedrivande vid sjukhuset som betingas av de sjukvårdsmässiga förhållandena.”³⁸

Efter påtryckningar från den svenska statskyrkan så genomförde staten *1958-års utredning kyrka-stat I*, om tänkbara i framtiden sociologiska studier kring religionens betydelse som samhällsfaktor. I denna beskrevs det hur religionen spelade en viktig roll för troende i krissituationer och som medel för lättare psykiskt sjuka att bli friskare: ”Det kan å andra sidan icke heller uteslutas, att en neuros eller inslag av psykopati under vissa förutsättningar, som en religiös barndomsmiljö, kan föra en människa över till religionen, vilken då blir det enda, som kan hjälpa henne uthärda utan att neurosen därför helt läkes. Det torde icke råda något tvivel om att det för samhället är en fördel, om sådana människor genom religionen får möjlighet till en relativt normal existens, när det enda alternativet vid en läkares bedömning stundom kan vara långvarig psykisk vård.”³⁹ Det som utredningen menade på var att religionen behövdes inom mentalsjukvården och argumentet för detta var att religionen kunde ha en läkande effekt vilket i sin tur i förlängningen kunde leda till kortare vårdtider och en besparing av samhällets resurser.

Familjevården som en del av mentalsjukvården

Ett alternativ för patienter som hade lättare psykiska besvär var att dessa under vissa förutsättningar kunde få sitt boende och sysselsättning förlagda utanför Furunäsets lokaler. Med lättare psykiska besvär menas att det var patienter som med stöd från Furunäset, sociala myndigheter eller allmänheten, klarade av att leva sitt liv utanför mentalsjukhusets väggar. Familjevården var den del av mentalsjukvården där patienten inhystes i en familj och oftast genom ett familjeföretag som i regel var en bondgård eller en fabrik. Detta innebar i praktiken att patienten där utförde fysiskt arbete i utbyte mot boende, socialt liv och mat. Familjevården i Piteå sköttes av Furunäset men bekostades av NLL. Kontrollerna och kontakten med familjevårdshemmen sköttes dock av psykolog från Furunäset.

³⁸ HSD, A1:77, *Skrivelse från Medicinalstyrelsen till domkapitlet i Uppsala angående tillsättandet av sjukhuspräst*, 5/1-62.

³⁹ SOU 1963:26, *Religionens betydelse som samhällsfaktor: möjligheter och metoder för en sociologisk undersökning*, s. 17, 115.

I en skrivelse från augusti 1963 till direktionen för Furunäset beskrevs Landstingets familjevård för mentalt sjuka patienter. Landstinget hade bedrivit denna sedan 1946 och under 1963 fanns det totalt 50 patienter i 16 hem varav så gott som alla var förlagda på jordbruk. Hemmen som hade vad Landstinget kallade för ”normal standard” fick ersättning 10kr/dygn och patient och de som hade byggt om och/eller inrett sina hem efter patienternas behov kunde få upp till 11kr/dygn i ersättning. Ersättningen beräknades täcka patienternas kostnad för mat, hygien och dagliga liv på gården.

Landstinget krävde hög standard av patienternas sängar, att det fanns trivsamma lokaler samt ”god tillsyn och omvårdnad” av patienterna. Vad begreppet ”god tillsyn och omvårdnad” innebar i praktiken beskrevs inte närmare. Landstingets önskemål var att endast ett fåtal patienter skulle placeras ut i ett och samma hem men detta var ofta inte möjligt av olika skäl. Vissa hem kunde ha upp till tio patienter inneboende och orsaken till den ojämna fördelningen mellan familjehemmen var platsbristen på Furunäset som pressade Landstinget till att acceptera att fler patienter bosatte sig på samma familjehem än vad som från början var tänkt. Landstinget krävde in redovisningar från familjevårdshemmen över hur bruket av patienternas pengar sett ut och även över vilken arbetsinsats dessa hade utfört. Syftet var att skaffa sig en översyn och kontroll över patienternas situation så att de inte skulle kunna bli utnyttjade av oseriösa familjehem.⁴⁰ Att Landstinget krävde en hög standard, trivsamma lokaler samt god tillsyn och omvårdnad, visade sig vara verkningslösa krav eftersom att kvalitetsmätningen var subjektivt uttryckt. Det fanns därför ingen egentlig kvalitetskontroll utan det var upp till familjevårdshemmets ägare att avgöra vilken innebörd dessa begrepp hade. Familjevården var en form av sysselsättning och social träning samt i viss mån förberedande för vissa patienter som i framtiden förväntades i stort kunna klara sig själva och vistas i frihet.

Den av regeringen tillsatta mentalsjukvårdsdelegationen ansåg i sitt yttrande från 1965 om mentalsjukvårdens framtida planering och organisation, att familjevården fortsättningsvis kunde vara en ”värdefull vårdform”. Förutsättningarna var dock att patienterna måste få en lämplig behandling utifrån deras tillstånd, en lämplig sysselsättning samt en positiv och stimulerande miljö att vistas i. Utvecklingen visade dock på en motsatt utveckling som gjorde det allt svårare att finna familjevårdshemsplatser. Anledningen till detta som mentalsjukvårdsdelegationen angav var främst tre orsaker:

1. Jordbruket där de flesta av familjevårdspatienterna arbetade hade blivit mekaniserat. Detta gjorde så att miljön inte längre var lämplig för patienterna att arbeta där sett ur säkertssynpunkt samt att maskinerna krävde kunskap och ett yrkesutövande som mentalsjukvården inte kunde kräva av patienterna med hänsyn till deras psykiska besvär.
2. Kvinnorna som var aktiva i jordbruket hade genom deras ökade rättigheter kunnat bidra ekonomiskt till försörjningen i större utsträckning genom förvärvsarbete utanför hemmet. Detta hade lett till att kvinnorna inom jordbruket inte längre fanns på plats för att hjälpa och se till familjevårdspatienterna.
3. Familjevårdshemmen var inte längre beroende av pengarna som dessa fick i ersättning från mentalsjukvården genom lönen som de förvärvsarbetande kvinnorna fick och den allmänna tilläggspensionen (ATP) som trädde i kraft 1960 och började betalas ut fr.o.m. 1963.⁴¹

⁴⁰ HSD, A1:79, *Skrivelse från Medicinalstyrelsen till Stockholms läns förvaltningsutskott*, 27/7-63.

⁴¹ SOU 1965:50, *Mentalsjukhusens personalorganisation: betänkande. D. 2, Målsättning och utformning*, s.19.

Tandvård och tandhälsa för psykisk sjuka var ingen självklarhet

Tandhälsa har alltid haft stor betydelse för människan eftersom att tänderna behövs rent praktiskt när man äter och dessutom fungerar som kosmetisk social attraktions- eller reppelationskraft en människa har på andra människor. En människa som har en psykisk sjukdom lider ofta av själv-stigmatisering, låg självkänsla och isolerar sig ofta bort från ett socialt liv och blir genom det väldigt ensam. Själv-stigmatisering är när en människa inför sig själv nedvärderande pekar ut sig själv som avvikande från den egna samhällsnormen. En god tandhälsa är därför en faktor som påverkar en psykiskt sjuk hemlös människa mot att minska sin själv-stigmatisering och sociala isolering.⁴²

Redan 1959 påpekade inrikesdepartementet i sitt förslag till sjukhuslag att det var av grundläggande betydelse att komma överens om Landstingets ansvarsskyldighet beträffande tandvården. Inrikesdepartementet påpekade att Medicinalstyrelsen redan hade styrkt att en utvidgning av Landstingets ansvar till att omfatta patienter som internerats av mentalsjukvården på mentalsjukhusen var av väsentlig vikt för att bana väg för en framtida sammanslagning av vården. Målet var en enhetlig hälso- och sjukvård enligt departementschefen.⁴³ Tandvården blev genom detta en del av det vidgade vårdbegreppet *hälso- och sjukvård* som även de intagna på mentalsjukhusen motiverades ta del av.

I en skrivelse till Medicinalstyrelsen från den 24 april 1961 motsatte sig Piteå stads kommun kostnaderna för den tandvård som patienterna från Furunäset fått sedan de varit intagna för somatisk vård på Piteå lasarett. Piteå stads kommun hänvisade i sin begäran till att patienternas tandvård var en del av kroppsvården som därför borde bekostas av staten. Det Piteå kommun hänvisade till var de statligt bekostade lasaretten och i det specifika fallet Piteå lasarett. Medicinalstyrelsen besvarade begäran först nio månader senare den 20 januari 1962, där medhåll gavs om att kroppssjukvården visserligen skulle bekostas av patienten enligt gällande föreskrifter men att tandvården inte borde omfattas av kroppssjukvården. Tandvården skulle därför bekostas av mentalsjukhuset som sedan i vissa fall kunde söka anslag för utgifter via den lokala socialnämnden.⁴⁴ Liknande tvister angående tandvårdskostnader skedde på olika mentalsjukhus runt om i landet och eftersom tandvårdskostnaderna inte var reglerade så blev staten tvingad att agera. Lagen om allmän försäkring⁴⁵ stiftades 1962 men började först gälla fr.o.m. 1/1-63 och hade som syfte att lyfta den svenska befolkningens tandhälsa vilken tidigare varit kraftigt eftersatt. Tandhälsan betraktades därför efter 1962 som att vara en del av folkhälsan vilken även inkluderade patienterna på Furunäset. Att tandhälsan skulle betraktas vara en del av folkhälsan efter 1962 var ett principiellt viktigt beslut men om tandhälsan verkligen skulle komma att förbättras hos patienterna på Furunäset var en annan fråga. Patienterna hade visserligen rätt till att få behandling för tandsjukdomar men inte hos tandläkaren inne i Piteå stad eller på Piteå lasarett utan den skulle skötas på Furunäset. Varken tandläkarutrustningen eller behandlingslokalerna på Furunäset höll samma standard som hos en vanlig tandläkares praktik.

På Furunäsets sjukhus fanns det under 1964 totalt 792 patienter och många av dessa hade mycket allvarliga tandproblem. Furunäset hade dessutom endast en anställd tandläkare och ingen läkare som hade narkosutbildning. Avsaknaden av narkosläkare gjorde att det inte var möjligt på Furunäset att utföra operationer som krävde nedsövning av patienter. Det fanns helt

⁴² Persson, *Oral health in an outpatient psychiatric population...*, s.289-295.

⁴³ SOU 1961:36, *Tandsjukvården vid de odontologiska läroanstalterna: betänkande*, s.35.

⁴⁴ HSD, A1:77, *Protokoll 1962, Skrivelse från Medicinalverket*, 20/1-62.

⁴⁵ SFS 1962:381, *Lag om allmän sjukförsäkring*.

enkelt inte resurser till att hjälpa alla patienter som hade ett omfattande tandvårdsbehov.⁴⁶ I Sverige under början av 1960-talet hörde det fortfarande till en naturlig del av livet att tappa tänder till följd av dålig tandhälsa men inte till den grad som de psykiskt sjuka patienterna gjorde genom vanskötsel, sjukdomar och bruket av psykiatriska mediciner. Under 1960-talet så var det ännu inte helt bevisat att neuroleptika torkade ut munnen och svalget på brukaren till den grad att syrebalansen rubbades och karies angrep och förstörde brukarens tänder.

Det var först i februari 1967 sedan Landstinget hade tagit över huvudmannskapet för Furunäset som beslutet fattades att köpa in ny tandläkarutrustning. Initiativet togs av dåvarande sjukhusdirektören Karl Granqvist och kostnaden landade på 23.000 kronor.⁴⁷ Under det efterföljande året så stod det klart att tandvårdslokalerna vid Furunäset sjukhus var otillräckliga och därför så lämnade sjukhusdirektören in en begäran till Landstingets förvaltningsutskott där han önskade utökat anslag på 25.000:- till inköp av modern tandvårdsutrustning. Beträffande röntgenutrustningen så var även den så pass undermålig att den antingen måste repareras och underhållas eller bytas ut till en så pass hög kostnad att Furunäsets ledning ansåg att det inte var ekonomiskt försvarbart. Förslaget landade istället i att förflytta den befintliga röntgensköterskans tjänst till Piteå lasarett med hänvisning till att den somatiska och psykiatriska vården på ett naturligt vis närmade sig varandra. Tanken var att det inte fanns några ekonomiska fördelar med att ha en röntgenavdelning på Furunäset och en på Piteå lasarett då avståndet mellan dessa endast var 3 kilometer. Psykiskt sjuka patienter med behov av somatisk vård borde enligt Landstinget och Furunäsets ledning behandlas på Piteå lasarett.⁴⁸

2.4 Mentalsjukvården under förändring

Vården expanderade men minskade per capita

Mentalsjukvården hade fram till perioden kring 1960 stadigt expanderat totalt sett men även till antalet vårdade människor ställt i relation med den totala befolkningens mängden. Med vårdade menas de patienter som de facto erhöll vård och som fick en patientplats på någon psykiatrisk vårdinstitution i minimum ett dygn. Om en patient befann sig kortare tid på institutionen än ett dygn fick denne ingen vårdplats och räknades därför inte in i sammanhanget som psykiskt sjuk *vårdad* patient. Den totala befolkningens mängden i Sverige ökade från ungefärliga fem miljoner, år 1900 till dryga 7,5 miljoner år 1960, vilket var en starkt bidragande orsak till den stora vårdexpansionen genom att det helt enkelt blev fler människor som konsumerade vård.⁴⁹ Antalet vårdade per 100.000 nådde en kulmen 1950-1960 då antalet minskade med 16,1. Minskningen berodde på att en försiktig åtstramning i vårdpolitiken hade inletts till följd av den kraftigt ökade vårdkostnaden och att vårdinstitutionerna hade på uppdrag av staten försökt sig på en viss sällning av patientintaget. De totala vårdkostnaderna fortsatte dock att stiga trots det relativt minskade antalet vårdade patienterna, mestadels till följd av att den nya tekniken i vårdssammanhang blivit mer kostsam

⁴⁶ HSD, E2B:1-2, *Inspektion över det gångna året 1964*.

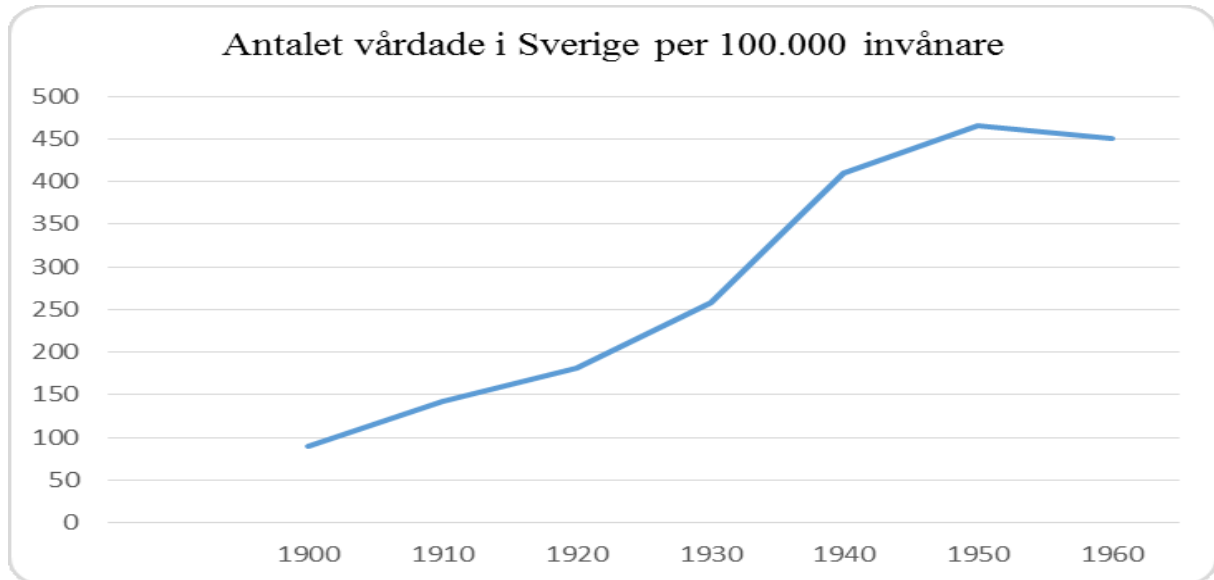
⁴⁷ LAL, A9:2, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäsets sjukhus ang. inköp av ny tandvårdsutrustning §62/67, 19/4-67*.

⁴⁸ LAL, A9:3, *Furunäsets sjukhusdirektör Karl Granqvists rapport till Landstingets förvaltningsutskott angående sjukhusets undermåliga tandvård, 12/2-68*.

⁴⁹ Sjöström, *Den galna vården...*, s.72.

än innan. Med detta menas att den svenska mentalsjukvårdens utveckling ändrade inriktning från perioden kring 1960 mot att minska i omfång till att bli mer något mer specialiserad och genom detta ytterligare resurskrävande.

Figur 3: Antal vårdade i Sverige per 100.000 invånare mellan 1900-1960.



Källa: Sjöström, Bengt, 1992, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*.

1962-års åldringsvårdsundersökning

I ett brev daterat från den 27 april 1962 förklarade Socialdepartementet för direktionen på Furunäset att man hade följt upp riksdagens frågor rörande åldringsvårdens utvecklingsmöjligheter från 1957, i vilken man sökt kartlägga åldringsvårdens behov och alternativ till den då befintliga vården. Socialdepartementet menade att den tillgängliga statistiken som fanns inte var tillräckligt omfattande sett över tid eller nog detaljerad för att på ett effektivt vis kunna användas som underlag för beslut. Socialdepartementet delegerade den ansvarsfulla uppgiften att utföra nya undersökningar till den Socialpolitiska kommittén. Den socialpolitiska kommitténs ansatser till att utreda den svenska vården citeras enligt följande:

- ”1. en kommunundersökning för inventering av kommunernas anordningar för öppen och sluten åldringsvård.
2. en landstingsundersökning för en liknande inventering beträffande landstingens anordningar för öppen åldringsvård.
3. en anstaltsundersökning för inventering av antalet vårdplatser för långtidssjuka samt
4. en patientinventering rörande antalet patienter på sjukhus, sjukstugor, sjukhem o.d. den 12 april 1962 och deras vårdbehov.”⁵⁰

⁵⁰ HSD, A1:77, *Skrivelse från Socialdepartementet till direktionen för Furunäset angående 1962 års åldringsvårdsundersökning*, 5/1-62.

Syftet med 1962 – års åldringsvårdsundersökning var att få kännedom om hur omfattande vårdbehovet var samt hur vårdens resurser nyttjades. Det som specifikt efterlystes var statistik över vilken åldersfördelning patienterna hade inom åldrings- och handikappvård. Det fanns inte någon statistik tillgänglig vid tidpunkten över detta samt att information om de olika åldersgrupperna enligt det socialpolitiska utskottet, var de mest intressanta sett ur kostnadssynvinkel. Det handlade om att kartlägga den största kategorin människor som förbrukade majoriteten av vården. En liten del av de äldre samt långtidssjuka patienterna var dessutom psykiskt sjuka eller var av annan anledning intagna på mentalsjukhus och det var inför framtiden viktigt att kunna skilja dessa åt. Om det gick att kartlägga det ungefärliga vårdbehovet så skulle det gå att ge patienterna anpassad vård och samtidigt få viss kontroll över vården som förbrukades samt kunskap om det framtida vårdbehovet. Ibland hade samma patienter behov av vård både för ålderskrämpor och psykiska besvär men som vården såg ut under 1960-talets början så behandlades de sjuka inte primärt efter deras specifika och individuella behov.

Kostnadsansvar över epidemiska sjukdomar gav faktiskt ansvar

I takt med att Furunäsets kostnader kontinuerligt hade ökat fram till en bit in på 1960-talet så ville Piteå kommun att Medicinalstyrelsen skulle reda ut vem som bar det ekonomiska ansvaret för kostnader som kunde relateras till folkhälsan. Med detta menades främst hälsoaspekter som hade att göra med den somatiska vården, epidemiska sjukdomar och andra hälsotillstånd som krävde dyr behandling och som inte direkt kunde härledas till patienternas psykiska sjukdomar.

I en cirkulärskrivelse från slutet av mars 1963 från Medicinalstyrelsen till direktionerna vid statens mentalsjukhus, redogjordes det för rutinerna och kostnadsansvaret beträffande läkarkontroller och tester av tuberkulos och annan epidemisk sjukdom.⁵¹ Tuberkulosen hade varit den dödligaste epidemiska sjukdomen i Sverige och världen de senaste tvåhundra åren fram till att den första generationens tuberkulosvaccin utvecklades under 1920-talet. Att den medicinska forskningens framsteg hade möjliggjort utrotandet av tuberkulos i Sverige var den enskilt största framgången för att förbättra den svenska folkhälsan. Att epidemiska sjukdomar tidigare hade våldshärjat de gamla mentalsjukhusen var ingen hemlighet och man visste alltför väl hur snabbt och enkelt dessa spred sig inom de gamla institutionerna. Beslutet gällde först och främst vem som bar det ekonomiska ansvaret för vården men genom att de olika utgifterna förankrades till en specifik institution så hamnade även det faktiska ansvaret på den institutionens axlar.

⁵¹ HSD, A1:79, *Cirkulär från Medicinalstyrelsen till statens mentalsjukhus angående kostnader för tuberkulinprovning samt vaccinering*, 29/3-63.

Statligt beslut om ny huvudman för Furunäset

Sedan början av 1960-talet hade det blivit allt tydligare för Medicinalverket att de organisatoriska problemen som den psykiatriska vården som Norrbotten drogs med kunde härledas till Piteå stads- och landskommuns bristande möjligheter till kontroll av den somatiska vården och mentalsjukvården. Piteåkommunerna hade ingen möjlighet att samordna vården mellan dessa på ett effektivt sätt eftersom att varken befogenheterna eller resurserna som krävdes fanns där. Kommunerna var små och fattiga samt att Landstinget redan hade det fulla ansvaret över den somatiska vården som bedrevs i Piteå lasarett inne i Piteå stad. Från statligt håll ansåg man att fördelen med att låta NLL ta över huvudmannskapet för Furunäset var att en samordning mellan de båda vårdormerna då kunde bli möjlig. Att kommunens personal i händelse av ett övertagande skulle komma att omfattas av de statliga och högre löneavtalen, var en kostnad som staten var villig att ta. Mentalsjukvårdsdelegationen skrev under sin planering av mentalsjukvårdens framtida organisation, med principiella målsättningar som sammanfattas enligt följande:

- Mentalsjukvården bör planeras så att psykiskt sjuka kommer under behandling så snabbt som möjligt.
- Det slutgiltiga målet är att somatisk- och mentalsjukvård sammansmälter som olika specialiteter inom samma sjukvårdsorganisation och i största möjliga utsträckning inom samma sjukhusenheter.
- Öppen och sluten mentalsjukvård ska samplaneras så att man fullt ut kan nyttja de öppna vårdformerna.
- Forskningen inom vården ska ytterligare stimuleras och stödjas.
- För att nå dessa syften fordras en omfattande utbyggnad med nya sjukhusenheter och avdelningar samt att personalen måste ökas i antal och ytterligare specialiseras. Arbetsordningen måste förändras så att de sjuka kan få en individbaserad behandling genom användandet av alla tillgängliga terapeutiska resurser.⁵²

En stor nackdel organisatoriskt sett var de öppna vårdformerna vilka inte hjälpte patienterna till rätt vård utan istället agerade som slussar som patienterna måste passera att få vård. När en person på frivillig basis sökte vård så hände det ofta att denne blev nekad under så lång tid att personen han utveckla en så pass allvarlig psykisk sjukdom att denne inte längre gick att nonchalera. Ofta hände det att först när sjukdomen eskalerade blev personen intagen för behandling, vilket försvårade möjligheten till tillfrisknande just för att sjukdomen genom sin allvarigare art hade blivit mer svårbehandlad. Att samhället var fördomsfullt mot den psykiatriska vården var ett problem för både den psykiatriska vården som institution, de anställda och patienterna. Det var svårt att rekrytera läkare till mentalsjukhusen på grund av de olidliga arbetsförhållandena som rådde med kraftig underbemanning och bristande säkerhet. Arbetena på mentalsjukhusen betraktades av samhället att ha låg status vilket bidrog till en långsam löneutveckling inom mentalskötaryrket. Det var dessutom oerhört svårt att rehabilitera patienter till vanliga arbeten på grund av att samhällets sociala acceptans av människor som varit intagna på mentalsjukhus var låg.

Mentalsjukvårdsdelegationen ansåg att ett bra sätt att bli kvitt samhällets fördomar mot den psykiatriska vården var genom en sammanföring av vårdformerna under Landstinget som huvudman. Genom att ge patienterna på mentalsjukhusen samma rättigheter som vanliga kroppssjuka patienter, skulle man höja de mentalsjukas status. De som arbetade på

⁵² SOU 1965:50, *Mentalsjukhusens personalorganisation del 2*, s.17.

mentalsjukhuset skulle få en högre och statlig lön så att de anställdas status kunde stiga i samhället. För att detta skulle kunna bli verklighet så var främst läkarna men även andra yrkeskategorier, bredda att förändra sin yrkesutövning till att bli mer specialiserad och samtidigt mer flexibel. Med flexibel så menade det att inom sin profession utföra yrkesöverskridande verksamheter i syfte att underlätta för arbetsgivaren att effektivisera och göra vården mindre kostsam.⁵³

De första konkreta förslagen på en minskning av vårdens omfattning motiverades med att man endast skulle tillhandahålla vård efter behov och inte bygga upp vård som kanske inte skulle komma att användas inom den närmsta framtiden. Medicinalverkets ursprungliga förslag från 1963 var en minskning av Furunäset till totalt 778 från 853 platser men förslaget reviderades och stämde av mot vad som ansågs vara det reella vårdbehovet.⁵⁴ Det som för Furunäsets verksamhet hade stor betydelse var det cirkulär som direktionen fick den 17 januari 1963 av Medicinalstyrelsen där det förklarades att antalet patientplatser skulle minskas fr.o.m. 1/1-65. Det antal förväntade patienter som i framtiden skulle komma att behöva vård på mentalsjukhusen kallades för ekspektanter. Det specifika antalet vårdplatser kom genom en överenskommelse baserat på ekonomiska besparingskrav från staten vilket inte motsvarade det verkliga behovet eftersom detta inte säkert gick att fastställa. Efter den 17 januari 1963 förändrades villkoren för Furunäset genom att antalet vårdplatser fixerades och Furunäset inte längre fick tillstånd att utöka vården oavsett om vårdbehovet översteg det av Medicinalverket uppskattade. Det nya beslutet om bantning av vårdplatserna på Furunäset blev en vattendelare beträffande statens syn på mentalsjukvården i Norrbotten. Vården hade fram till 1963 kontinuerligt ökat i både omfång och antalet vårdplatser.

I ett skriftligt meddelande till Furunäsets sjukhus tillkännagavs det att Riksdagen under december 1963 hade beslutat att huvudmannansvaret för den statliga mentalsjukvården f.o.m. 1/1-67 skulle överföras till landstingen. Mellan 1963-1966 skulle staten lösa all omorganisation med personal, el, vatten och serviceavtal beträffande mentalsjukhusens fastighetsskötsel. De befintliga avtalen förväntades vara besvarade och inkomna för granskning till Medicinalstyrelsen senast den 15 februari 1964.⁵⁵ Översynen av framför allt mentalsjukhusens kostnader skedde på alla plan från personalförmåner, vårdplatser och vidare till organisationsfrågor. De avtal som inte var tillräckligt ekonomiskt gynnsamma enligt Landstinget, skulle komma att antingen omförhandlas eller brytas.

En ny mentalsjukvårdslag reglerade säker behandling av patienten

Ursprunget till den nya mentalsjukvårdslagen var att den gamla sinnessjuklagen från 1929 ansågs vara förlegad och inte var anpassad till den förändrade vården. Medicinalstyrelsen begärde den 1/10-64 in synpunkter av mentalsjukhusens direktioner angående den planerade nya mentalsjukvårdslagen⁵⁶. Samtliga av statens mentalsjukhus direktioner blev tillfrågade om synpunkter på hur lagen borde utformas. Lagen var tänkt att öka patientsäkerheten och kontrollen över patienternas in- och utskrivningrutiner.⁵⁷

⁵³ Ibid, s.18.

⁵⁴ HSD, A1:81, *Brev från direktionen för Furunäset till Medicinalstyrelsen angående Furunäsets framtida utveckling*, 18/2-65.

⁵⁵ HSD, A1:80, *Skrivelse från Medicinalstyrelsen till direktionen för Furunäset angående beslut om förändrat huvudmannaskap*, 15/2-64.

⁵⁶ SOU 1964:40, *Mentalsjukvårdslag Betänkande från Sinnessjuklagstiftningskommittén*, s.13-24.

⁵⁷ HSD, A1:80, *Brev till direktionen för Furunäset angående synpunkter på förslag till ny mentalsjukvårdsvårdslag*, 1/10-64.

Förslaget till den nya mentalsjukvårdslagen bestod i att lagen och staten skulle ta över all rättsskipning av de psykiskt sjuka. Endast överläkaren kunde besluta om tvångsintagning av en patient men beslutet skulle sedan prövas inför inskrivningsnämnden på mentalsjukhuset. Överläkaren kunde om denne önskade, överlåta beslutanderätten om tvångsvård till annan på mentalsjukhuset tjänstgörande läkare. En speciell utredningskommitté skulle bedöma om en människa kunde anses vara psykiskt sjuk. Ingen av de på mentalsjukhusen tjänstgörande läkare skulle heller få sitta på någon av utskrivningsnämndens stolar. Detta var viktigt för att patientsäkerheten skulle fungera. Om en patient bedömdes vara tillräckligt frisk för att kunna skrivas ut från mentalsjukhuset skulle överläkaren låta göra detta för att bereda plats åt andra mer behövande patienter.

Furunäsets direktionens förslag till komplettering av mentalsjukvårdslagen bestod i att den potentiellt psykiskt sjukes levnadshistoria skulle strykas ifall prövningen gällde om denne skulle betraktas vara psykiskt sjuk eller inte och om ärendet avgjorde personens straffbarhet. Medicinalstyrelsen tog ingen hänsyn till Furunäsets förfrågan eftersom man menade att all information rörande patienterna var viktig för att ansvariga överläkare, överinspektörer och annan vårdpersonal, skulle kunna fatta beslut. Furunäset begärde att man skulle ta hänsyn till Norbottens glesbygd där arbetet med att hjälpa psykiskt sjuka inte fick hindras av en långsam byråkrati. Ett argument var att man i Norrbottens glesbygd inte klarade sig lång tid om man inte kunde ta hand om sig själv. Furunäsets direktion ville även att makten att omhänderta sjuka skulle vara centrerad till sjukhuset som tidigare och att staten inte skulle ha beslutanderätten angående interneringen av psykiskt sjuka.⁵⁸ All makt beträffande in- och utskrivningsintyg för intagna patienter skulle istället för att centraliseras, bli endast överläkarens ansvar. Medicinalstyrelsen biföll inte något av Furunäsets förslag men vidare så ansåg Furunäset och flertalet andra mentalsjukhus att mentalsjukhusen skulle ha rätt att använda tvång mot patienter vid livshotande åtgärd vid fara för patienternas liv. Detta förslag vann gehör men med tillägget att överintendenten skulle vid sådana tillfällen kontrollera så att patientsäkerheten inte åsidosattes.

Piteå stads kommunchef Hugo Persson skrev i ett brev adresserat den 22 november 1964 till direktionen på Furunäset att den uppmanades att följa det yttrande som den lokala utskrivningsnämnden tidigare lämnat. Hugo Persson avslutade sitt brev med att påpeka att samtliga läkare inklusive överläkaren hade deltagit i yttrandet och att alla var samstämmiga i sina åsikter.⁵⁹ Genom detta så accepterade Furunäset det lagda förslaget till den nya mentalsjukvårdslagen i sin helhet.

⁵⁸ HSD, A1:80, *Furunäsets utskrivningsnämnds yttrande i fråga gällande förslag till ny mentalsjukvårdslag*, 20/11-64.

⁵⁹ HSD, A1:80, *Piteå stads kommunchef Hugo Perssons uppmaning till direktionen för Furunäset att följa utskrivningsnämndens yttrande i fråga gällande förslag till ny mentalsjukvårdslag*, 22/11-64.

2.5 Furunäset och mentalsjukvården anpassar sig till en ny tid

Rymningar ledde till omorganisering

Frihetsberövning av patienter skedde på Furunäset under olika former, olika förutsättningar och efter olika krav. Fram till 1960-talets början så handlade kontrollen över patienterna mestadels om att förmå dessa att anpassa sig till de dagliga rutinerna. Genom att patienterna hade blivit frihetsberövade på en institution så hade dessa tappat de normala rättigheter som andra medborgare hade. En patient på Furunäset kunde inte göra sin röst hörd utan behandlades likt ett objekt. I ett brev från direktionen på Furunäset till justitiekanslern i Stockholm beskrevs ett problem med en patient. Patienten var en fysiskt frisk man som var mycket rymningsbenägen och som hade begått ett stort antal mindre brott när denne var på rymmen. Mentalsjukvårdarna hade inga befogenheter i juridisk mening att ytterligare fängsla patienten genom att låsa in denne i en cell eller alternativt använda sig av spännband eftersom att patienten inte var våldsam eller utgjorde en fara för sitt eget liv. Kravet på att vårdpersonal skulle få rätt spänna fast patienter var att det skulle föreligga fara för denne eller andra genom att patienten antingen var oregerlig och/eller våldsam. Hur mentalsukhusen agerade angående detta kontrollerades och följdes upp av patientrådet som bildades 1962. Lösningen till likartade problem beskrev Medicinalstyrelsen i en kungörelse till mentalsjukhusen som handlade om hur man successivt skulle tygla patienternas beteende. Begreppet *friförmån* skapades i syfte att användas för att standardisera behandlingen av patienterna:

Friförmån: frigång, utsträckt frigång och permission

- Frigång betydde att patienten på egen hand fick vistas inom sjukhusområdet. Om inte särskilda skäl förespråkades av personalen så skulle frigången beviljas endast för en begränsad del av dagen. Direktionen på Furunäset avgjorde vilka delar som skulle omfattas av sjukhusområdet.
- Utsträckt frigång innebar för patienten att denne frivilligt åtog sig att arbeta under eget ansvar inom sjukhusområdet. Detta kunde vara arbete på parkanläggningen, enklare arbeten med rengöring av fasaden eller liknande arbetsuppgifter som syftade till att underhålla Furunäsets byggnader.
- Permission var en form av försöksutskrivning som endast kunde beviljas av överläkare på Furunäset och grundkravet var att patienten skulle bli uppföljd efter utskrivningen av behörig sjukhuspersonal. Om patienten under permissionen begick något brott skulle denne med omedelbar verkan återföras till Furunäset. Patienten skulle sedan inte beviljas någon form av friförmån. Vid händelse av brott skulle patienten komma under direkt inflytande av överintendenten som sedan fick till uppgift att se till att reglementet följdes upp vilket innebar inskränkning av patientens frihet.⁶⁰

⁶⁰ HSD, A1:78, *Skrivelse från direktionen för Furunäset till justitiekanslern i Stockholm ang. en rymningsbenägen patient*, 5/8-62; *Skrivelse från Medicinalverket till Furunäset ang. friförmåner för patienter i mentalsjukhus*, 28/12-62.

Systemet med friförmåner var Medicinalstyrelsens beslut om hur arbetsordningen beträffande hanterandet av patienternas redan minimala frihet skulle se ut. Beslutsfattandet över hur patienterna fick vistas i och omkring sjukhuset flyttades från mentalsjukvårdssköterna till överläkaren. Vårdpersonalen på Furunäset hade före Medicinalstyrelsens skrivelse om patienternas friförmåner inte varit ensamt ansvariga för patienternas omhändertagande men hade av tradition haft ett stort inflytande över den.

Professionaliseringen av mentalsjukvårdsyrket

Den 5/6-60 så kallade chefen för inrikesdepartementet samman sex stycken sakkunniga inom mentalsjukvården som bildade en delegation vilken skulle företräda mentalsjukvårdsberedningen i utredningen rörande personalorganisationen vid de svenska mentalsjukhusen. Syftet var att man ville ta reda på hur samtliga yrken fungerade praktiskt i vård situationerna, kostnadsmässigt och kompetensmässigt. Utredningen presenterades för allmänheten i sin helhet den 5/3-63 och visade på hur stor del av arbetstiden de olika yrkeskategorierna spenderade på sina arbetsuppgifter. Mentalsjukhusen som valdes ut gjorde detta för att de till viss del skilde sig åt från varandra beträffande geografisk plats, resurser, storlek och standard. Tanken var att det genomsnittliga resultatet beräknat på en stor spännvidd mellan de olika sorternas mentalsjukhus, skulle ge en ganska så rättvis bild över den ungefärliga standarden. Undersökningen genomfördes på följande mentalsjukhus:

Statliga mentalsjukhus

S:ta Maria sjukhus, Hälsingborg
S:ta Gertruds sjukhus, Västervik
Sundby sjukhus, Strängnäs
Sidsjöns sjukhus, Sundsvall
Gullberna sjukhus, Karlskrona

Kommunala mentalsjukhus

Långbro sjukhus, Stockholm
Lillhagens sjukhus, Göteborg

De mest uppseendeväckande uppgifterna som kom fram genom undersökningen var att:

- Överläkarna på statliga sjukhus endast hade i snitt precis mindre än 1/3 av sin arbetstid förlagd till att behandla patienterna. Samma uppgifter gällde för vanliga läkare om än något över 1/3.
- Överläkare som tjänstgjorde i hjälpverksamhet och familjevård reste 38% av arbetstiden.
- Psykologer sysslade till 64% med bearbetning av material från psykologitester.
- Kuratorer hade samtalskontakt med patienter maximalt strax under 30% av arbetstiden men att av dessa 30% troligen så användes det mesta till ren testverksamhet.
- Socioterapeuter hade nästan 40% förlagd av arbetstiden till att planera utflykter.⁶¹

⁶¹ SOU 1963:24, *Mentalsjukhusens personalorganisation: betänkande. D. 1, Intervju- och frekvensundersökningar m. m.*, s.177-193.

Eftersom vårdrörkenas utveckling gick mot att bli mer flexibla så ansåg man att utbildningen för vårdare inom psykiatrin även borde omfatta en viss del somatisk vårdutbildning. En mentalsjukvårdare behövde i sin kommande yrkesroll behärska grundläggande somatisk sjukvård, både för sin egen del som yrkesman och för sin läkares skull som kunde komma att behöva hjälp i behandlingen av patienter. Genom att beslutet att sammanföra vården var taget så kom samtliga mentalsjukvårdsyrken att granskas. Syftet var att i samråd med de fackliga organisationerna placera in den personal som omfattades av ett statligt övertagande som arbetsgivare. Övertagen personal skulle placeras in enligt överenskommen lönegrad och anpassat till de statliga löneavtalen. Ett annat syfte med översynen av vårdrörken var att man ytterligare ville utbilda och standardisera personalen, främst inom mentalsjukvårdaryrket där det fanns stora individuella skillnader inom utbildning och kompetens. Utbildningsfrågan fick dock inte sin start genom förstatligandet av mentalsjukvården utan hade sin grund i de olika resurserna som hade fördelats mellan den somatiska och den psykiatriska vården.

Frågan om utbildad och lämplig personal väcktes på nytt igen genom översynen av mentalsjukvårdsyrket. Den 10/4-64 beskrevs mentalsjukvårdens utveckling i Sverige i ett brev från sjukhuschefen Bernstad till direktionen för Furunäset. Bernstad förklarade att utvecklingen under det senaste decenniet varit revolutionerande och resulterat i en massiv materiell upprustning. Den främsta utvecklingen menade han gick att se hos personalen som hade genomgått den statliga grundutbildningen vid statens sinnessjukhus. Krav på utbildad personal hade tidigare lyfts fram genom en proposition från 1954: ”att den utbildning, som sinnessjukvårdspersonalen f.n. erhåller, är otillfredsställande både då det gäller både den psykiatriska vården och i fråga om kroppssjukvården. För en högkvalificerad sinnessjukvård erfordras nämligen, att sjukvårdsarbetet handhas av och för sina arbetsuppgifter lämplig personal.”⁶²

Den 1/3-56 startade till följd av de nya kraven på utbildade mentalsjukvårdsskötare, en tvåårig grundutbildning som förlades till 15 av landets primärsjukhus. 1958 beslutade Riksdagen att införa en tvåårig högre utbildning i vilken sjuksköterskeutbildning med specialistkompetens för mentalsjukvård skulle införlivas. Utbildningen gav sjuksköterskekompetens till både somatiska och mentalsjukhus vilket var ett av stegen mot att i framtiden sammanföra den tudelade vården. De nyutbildade sjuksköterskorna skulle vid en sammanordning kunna nyttjas som arbetskraft på samtliga sjukhus.⁶³ Under 1958 infördes även en fyramånaders utbildning för de befintliga förmän som tjänstgjorde vid mentalsjukhusen. I samband med att utbildningarna startades författade Statens sjukhuspersonals förbund (SSP) 1960 en ansökan till tjänster, en poängräkningstabell som skulle fungera som stöd för utnämmandet av tjänster som tillsattes inom mentalsjukvården.⁶⁴ 1961 beslutades det, efter alla tillkomna utbildningar, om utbildningskrav för ansökande till mentalsjukvården.

⁶² Prop. 1954/166, s.29.

⁶³ SOU 1962:4, *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal: betänkande*, s. 90-91.

⁶⁴ HSD, A1:80, *Cirkulär från Statens sjukhuspersonals förbund till sjukvårdsavdelningarna*, 25/11-60.

Efter att Svensk sjuksköterskeförening (SSF) hade bearbetat statistiskt material framtaget av Medicinalstyrelsen kunde man konstatera att sysselsättningsstatistiken för nyutbildade sjuksköterskor var dyster. Svensk sjuksköterskeförening bildades 1910 och var till för sjuksköterskor och likställda yrken. Föreningen var partipolitisk obunden och utgick från en humanistisk grundsyn. Fr.o.m. 1959 fram till november 1963 hade det examinerats totalt 150 legitimerade sjuksköterskor med specialistkompetens för mentalsjukvård. Av dessa 150 var endast 60 % verksamma inom mentalsjukvården vid 1963 års slut och ställt mot statistiken från 1962 så hade det dessutom skett en procentuell minskning på 10,4 % (under 1962 var 62 sjuksköterskor av totalt 88 utbildade i tjänst inom mentalsjukvården) vilket visade tendens till att vara en nedåtgående trend. Av de som fullgjorde sin kompletteringsutbildning högre central kurs för sjuksköterskor 1954 och 1959 vid Ullåkers och S:t Lars sjukhus, var endast 10 % (58 av 589 utbildade) i tjänst inom mentalsjukvården 1963. Antalet legitimerade sjuksköterskor i tjänst vid statliga mentalsjukhus i januari 1964 var totalt 326 st. Av dessa hade endast 8,3 % (68 av 770) fått arbete som överskötare och endast 3,4 % (49 av 1430) fått arbete som förste skötare. Endast ett litet fåtal av arbetsledarna (förmännen) hade specialistutbildning inom mentalsjukvård.

SSF hade frågat sina medlemmar om vilka orsaker som de ansåg låg till grund för den negativa statistiken och fick förklaringen att de nyutbildade som fått arbete hade sökt sig bort från yrket snabbt eftersom jargongen på arbetsplatserna kunde sammanfattas vara ”en negativ, inobjektiv inställning till värdet av denna utbildning”. Vidare hade mentalsjukhusen ett meritvärderingssystem som inte var godkänt eller granskat av Medicinalstyrelsen och som gynnade arbetstid framför utbildning oavsett anställning. Det upplevdes alltså som en hopplös situation för de nyutbildade att få arbete och de få som fick arbete upplevde sig bli kraftigt motarbetade i sin yrkesroll. En konflikt som verkade röra karriär och begränsade resurser förelåg.

Konflikten om meritvärderingssystemet

SSF menade att mentalsjukhusen hade få specialiserade och behöriga läkare samt att det var ett misstag att inte ta in de specialistutbildade sjuksköterskorna. Läkarna kunde genom avsaknad av specialistkompetens inte heller lita på sin övriga personal i de delar av yrkesutövandet som krävde kunskaper utöver de som var självlärda. SSF rekommenderade i april 1964 samtliga av landets direktioner för mentalsjukhusen att vid tillsättande av högre tjänster inte fästa ”avgörande vikt” vid meritvärderingssystemet samt att ”fatta beslut som inte missgynnar den ena eller den andra kategorin av personal”.⁶⁵ Svaret som SSF fick av Furunäsets chef K.G. Wiklund var en uppräkningslista av samtliga utbildade sjuksköterskors tjänster samt att ”Vid tillsättning av tjänster i förmansställning inom sjukvården följer direktionen helt objektiva grunder vilka inte kan förtjäna klander.”⁶⁶ Svaret var ett distinkt förnekande om att det förelåg ett problem för de nyutbildade sjuksköterskorna samt att Furunäset inte heller hade ett organisatoriskt problem som enligt traditionen var att alltid värdera erfarenhet framför utbildning. Konflikten fortsatte med att SSP sände en skrivelse till samtliga direktioner för mentalsjukhusen där man sökte tona ned kritiken av det som man menade kunde vara en tolkningsfråga och i värsta fall ett missförstånd. SSP var ett svenskt fackförbund inom LO som bildades 1941 efter en sammanslagning av *Svenska*

⁶⁵ HSD, A1:80, *Brev från Statens sjuksköterskeförening till direktionen för Furunäset ang. mentalsjukvårdens utveckling*, 24/4-64.

⁶⁶ HSD, A1:80, *Svar på skrivelse från Statens sjuksköterskeförening till direktionen för Furunäset angående mentalsjukvårdens utveckling*, 24/4-64.

sinnessjukvårdspersonalens förbund och *Statens sjukhus ekonomipersonals förbund*. Konflikten hade uppkommit genom att meritvärderingssystemet endast var avsett som hjälpreda för internt bruk och inte begärts vara normgivande för hela rekryteringssystemet. SSP erkände offentligt att sjuksköterskeutbildningen var mer omfattande än föregående utbildningar men skrev samtidigt att de som utbildade sig i regel var ”ungdomar utan större erfarenhet” och att andra ansökanden som gick kompletteringskurser till sin gamla tjänst redan hade 10-20 års rekommenderad erfarenhet inom mentalsjukvård och därmed hade visat sig vara mer lämpliga för befodring. Brevet avslutades med att SSP bekräftade att de hade fullt förtroende för direktionsens tillsättning av tjänsterna och att man inte höll med SSP:s kritik av Medicinalstyrelsen.⁶⁷ Resultatet av konflikten blev att meritvärderingssystemet förkastades och att mentalsjukvårdspersonal fortsättningsvis blev rekryterade på order av Medicinalverket.

Utbildning av mentalsjukvårdare flyttades till Furunäset

Mentalskötaryrket skulle ytterligare komma att moderniseras genom de ökade kraven på kompetens och en flexiblere arbetsordning. Utbildningen av skötare inom psykiatrisk vård i Norrbotten flyttades över till Furunäsets ansvarsområde och lokaler. Samtliga aktörer ansåg att det bästa sättet att bedriva utbildningen var i samråd med den psykiatriska expertisen som fanns på Furunäset. Detta var även mest logiskt eftersom det var på Furunäset som flertalet av de nyutbildade skulle komma att arbeta. Sidovinsten av en sådan förläggning av utbildningsplats var att de som utbildades på Furunäset snabbt och effektivt kunde slussas in i verksamheten av de som redan arbetade där. I samband med förflyttandet av mentalskötaryrket så lyftes det krav på en översyn av den i syfte att möta den dåvarande mentalsjukvårdens behov. En nationell kommitté som tillsattes för att besluta om utbildningen av vårdpersonal i Sverige grundlades under våren 1968. Furunäsets direktör Karl Grankvist som var en av ledamoterna i kommittén ansåg att en översyn var nödvändig av följande skäl:

1. Det hade skett en framväxt av moderna behandlings- och vårdmetoder med medföljande förskjutning av personalens arbetsuppgifter. Yrkesrollen hade genom den nya tidens inverkan tvingats till förändring.
2. Målsättningen var på det hela taget förändrad för all yrkesutbildning. Målet var inte längre att en yrkesgrupp enbart skulle utföra ett moment eller en arbetsuppgift. Staten hade upptäckt att det fanns praktiska och ekonomiska fördelar med att utbilda personal till att utföra olika arbetsuppgifter.
3. Det fanns brister i den dåvarande utbildningsorganisationen som delvis hängde samman med utbildningens genomförande.

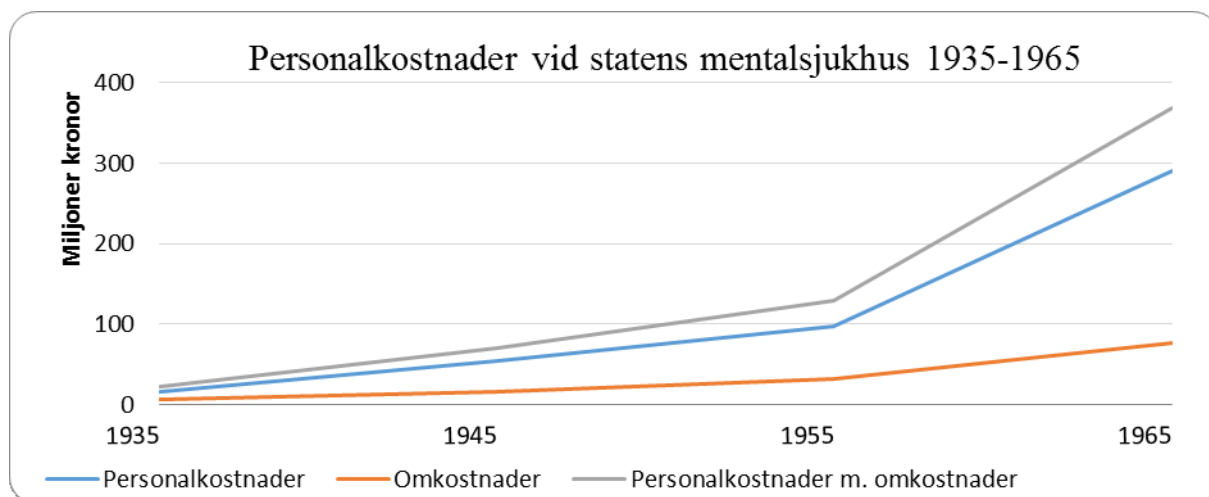
Moderniseringen av mentalsjukvårdaryrket hade en kostnad

Genom de förändrade utbildningskraven och arbetsutgifterna hade även kraven på en högre lön för mentalsjukvårdarna stigit. Det var inte längre möjligt att bibehålla den för tiden förhållandevis låga lönesättningen av mentalsjukvårdare. Det hade visat sig att med för låg lönesättning hade huvudmannen svårt att förmå utbildad personal att stanna inom yrket.

⁶⁷ HSD, A1:80, *Statens sjukhuspersonals förbunds kommentar till meritpoängräkningstabellen*, 17/4-64.

Personalkostnadsökningarna vid de statliga mentalsjukhusen mellan 1935-1965 var dramatiska och visade inga tecken på att minska.⁶⁸

Figur 4: Personalkostnader vid samtliga statliga mentalsjukhus 1935-1965.



Källa: Direktionens protokoll A1:83, Piteå stads direktion, Landstingsarkivet i Luleå.

Överläkarens strid för omorganisation av Furunäset

Beträffande sjukvården så hade det under 1964 liksom föregående år varit svårt att rekrytera läkare till de fasta tjänsterna och direktionen på Furunäset hade bara lyckats fylla tre av åtta lediga tjänster vilket innebar en kraftig underbemanning. Det var inte populärt att arbeta som läkare på Furunäset när det fanns andra lediga tjänster att tillgå inom den somatiska vården. Det var dock inga problem att fylla mentalskörtjänsterna genom det ökade antalet nyutbildade. Belastningen på avdelningen för akuta fall hade liksom innan varit som störst när Furunäset varit fullbelagt. Det hade då tagit lång tid innan patienterna fick komma till sin rätta avdelning, träffa läkare och hade hunnit få mediciner. Vissa patientgrupper visade sig vara betydligt mer resurskrävande än andra vilket Furunäsets första kvinnliga överläkare Dr. Saima Haapaniemi kände sig nödgad att påpeka i en rapport till sjukhuschefen Bernstad 27/4-64. "Psykopatklintelet", skrev Dr. Haapaniemi, hade medfört mycket stora problem för sjukhuset för att det hade rått resursbrist. Dr. Haapaniemi hoppades på att det i framtiden skulle byggas speciella "psykopatsjukhus" som kunde ge dessa patienter den vård de behövde. Enligt hennes bedömning så fanns det ingen reell möjlighet att ge dessa patienter adekvat vård med de resurser som fanns tillgängliga. En annan problemgrupp var de alkoholskadade patienterna som ökade i antal och möjligheterna till att behandla dessa var dåliga. De flesta av de intagna alkoholisterna återföll vid utskrivning i missbruk och lämnade sjukhuset bara för att återkomma vid ett senare tillfälle. Sjukhusets expertis ansåg att missbrukarna på Furunäsets sjukhus krävde omfattande vård. Furunäsets mål var att sträva efter att kommunen skulle ta sitt ansvar i framtiden genom att ordna "efterbehandlingshem" som inte hade någon

⁶⁸ HSD, A1:83, Medicinalstyrelsens avdelning för mentalsjukhusens ekonomiska förvaltning i december 1965, 31/12-65.

anslutning till mentalsjukhuset. Den patientgrupp som krävde mest vård var den som Dr. Haapaniemi kallade för ”ålderspsykoserna”, vilkas antal stadigt hade ökat. Ålderspsykosor var en dåtida benämning för demenssjukdomar och liknande. Det hade trots alla problem med de olika kategorierna av patienter inte varit kö för de som skulle intas på Furunäset utan alla som hade sökt hjälp hade fått det.⁶⁹ Det som hade hjälpt personalen var att man kraftigt hade ökat bruket av psykofarmaka liksom kontrollerade el-chocker. Resultatet blev att man fick lugnare och mer lätthanterliga patienter och med det en rejält förbättrad arbetsmiljö.⁷⁰

Dr. Haapaniemi menade att Furunäset borde jobba mot att man inte skulle behandla alkoholister över huvudtaget. Till grupperna dementa samt kriminella psykiskt sjuka, önskades mer resurser, alternativt att staten tog över behandlingen av dessa patientgrupper. Att Dr. Haapaniemi påtalade detta för sjukhuschefen Bernstad blev upprinnelsen till en intressekonflikt. Det visade sig att de dementa var besvärligast att ta hand om för personalen och krävde mest tid medan det var dyrare att ta hand om alkoholister. I sjukhuschefens Bernstads sammanfattande slutrapport till Medicinalstyrelsen så skrev han att det absolut mest allvarliga problemen var med alkoholisterna fastän överläkaren, sett ur arbetsmiljösynpunkt, explicit påtalat att det var de dementa som var det största problemet. Dr. Haapaniemi kontaktade Medicinalverket och påtalade bristerna som ur hennes synpunkt låg till grund för problemen som Furunäset hade. Bernstad kontaktade i sin tur med stöd från Furunäsets direktion Medicinalverket i samma ärende. I ett separat brev som av Bernstad beskrevs som ”direktionens eget yttrande”, uppmanades Medicinalstyrelsen att iakta särskild beaktning beträffande de organisatoriska förändringar som överläkare Dr. Haapaniemi hade föreslagit. Bernstad beskrev att innan Dr. Haapaniemi hade tillträtt sin tjänst 1962 fanns det två avdelningar där dessa styrdes av var sin överläkare. Dessa avdelningar arbetade avskilt från varandra vilket alltid hade fungerat väl enligt Bernstad. Bernstad som själv hade tagit över tjänsten som sjukhuschef 1959 efter sin företrädare Nicklas Sahlström, såg inte någon anledning till att ändra på någonting som han redan menade fungerade. Bernstad skrev att Dr. Haapaniemi vid sin tjänsts tillträde 1962 accepterade den rådande arbetsordningen och att han nu efter att ha läst hennes personliga yttrande till Medicinalstyrelsen, som han kallade för ”spetsfundigheter”, gjorde honom ”förbryllad”. Han höll dock med om att inte allt arbete på Furunäsets sjukhus fungerade perfekt men han menade att för att en sådan stor organisation som Furunäset skulle fungera så måste det till en rimlig samarbetsvilja från överläkarens sida. Bernstad förstod dock fördelarna som Dr. Haapaniemi föreslagit, att Furunäsets sjukhus av praktiska skäl borde få ny huvudman och kontrolleras hårdare av staten.

Bernstad hade begärt yttrande från Dr. Haapaniemi den 12 november 1964 i frågan. Att Dr. Haapaniemi föreslog att delegationsbesluten som rörde tvångsvården skulle ha fallit på intendenten beskrev Bernstad med hänvisning till intendentens brev från 22 december samma år vara ”helt verklighetsfrämmande och utan stöd i gällande författningar”. Bernstad vädjade till Furunäsets sjukhus direktion om att denna i sitt yttrande till Medicinalstyrelsen med hänvisning till delegationsbeslutet från 16 juli 1959 åtminstone ”tills vidare”, skulle stå fast och om omständigheterna i framtiden skulle komma att bli olidliga, borde detta då kunna övervägas att förändras.⁷¹ Det visade sig sedan att intendenten visst hade blivit ålagd med sådana uppgifter av sjukhuschefen Bernstad och att det var både ett lagbrott och ett tjänstefel.

⁶⁹ HSD, A1:80, *Överläkare Saima Haapaniemis redogörelse för behandlingsverksamheten vid Furunäset till sjukhuschefen E. Bernstad*, 27/4-64.

⁷⁰ HSD, A1:80, *Furunäsets årsberättelse 1963*, 8/4-64.

⁷¹ HSD, A1:81, *Sjukhuschefen E. Bernstads brev till direktionen för Furunäset i syfte att övertala direktionen att inte rekommendera Medicinalverket till att genomföra de organisatoriska förändringarna som överläkare Haapaniemi rekommenderat*, 29/12-64.

Materiell upprustning motiverade nedskärning av mänskligt kapital

Eftersom Medicinalverket hade ålagt Furunäset med besparingskrav så var sjukhuschefen Bernstad och direktionen tvingade att komma fram med förslag om hur detta skulle ske. Bernstad var väl medveten om att det var slut med den tidigare generösa och expansiva behandlingen av mentalsjukhusen och sökte därför på bästa möjliga vis möta de statliga besparingskraven. En omfattande upprustning av Furunäsets lokaler var planerad för att kunna motsvara den nya tidens krav på vad som då uppfattades motsvara vara en modern standard. 1965 så beslutade riksdagen att bifalla förslaget från 1964 om en allmän och omfattande upprustning av Furunäsets sjukhus som bestod i:

- Uppförandet av en ny mottagningsstation.
- Installation av ett dieseldrivet reservaggregat med en generatorseffekt på 140kVa som skulle säkra eltillförseln i händelse av ett större elavbrott. Vid tillfället levereras all el via endast en elkabel på 10kV av Norrbottens kraftverk. Piteå elverk planerade att i framtiden dra en likadan kabel till Furunäsets sjukhus.
- Ytterbelysning skulle uppföras eftersom den var i det närmsta obefintlig.
- Fjärrmanövrering skulle installeras för fläktar och pumpar.

Kostnaden beräknades till 755.000:- och driftkostnaderna till 275.000:- vilket stod att jämföra med den totala budgeten för statens samtliga mentalsjukhus samma år var 35.000.000:-.⁷² Kostnaderna för transporter var så oberäknliga att man planerade att köpa en specifik personbil som sjukhuset självt skulle stå för och den beräknades kosta i inköp 101.000:-.⁷³

Den planerade upprustningen av Furunäsets lokaler medförde större kostnader som planerades att täckas upp genom en kraftig nedskärning av vårdplatser och viss personal, visade det sig i budgeteringen för 1965. Av denna anledning påkallade Bernstad en oberoende inspektion som överinspektören Ramqvist skulle hålla i. Syftet var att i framtiden skapa ett arbetsklimat där det gick att bedriva en ”ändamålsenlig sjukvård” och med detta så menades att skapa en psykiatrisk vård vars standard motsvarade den moderna kroppssjukvården.⁷⁴ Det Bernstad önskade var att få en fungerande och modern vård och samtidigt bemöta Medicinalverkets krav på nedskärningar. Ökade kostnader och minskade resurser skulle snart visa sig vara en svårlöst ekvation.

Den 21/1-65 fick direktionen på Furunäset ett brev från sjukhuschefen Bernstad som på grund av den planerade neddragningen av patientplatser ville göra direktionen medveten om att man skulle tvingas se över sjukhusets fastanställda personal varav måhända inte samtliga skulle komma att behövas i framtiden. Sjukhusets standard beskrevs som dåligt utrustat på grund av brist på moderna behandlingslokaler, personalrum, undersökningsrum, terapilokaler, dagrum och förvaringsutrymmen i form av ”patientskåp”. Flera avdelningar hade upp till 48 patienter i varje lokal vilket gjorde miljön okontrollerbar och innebar en direkt fara för både personal och patienter. Sjukhuset hade dessutom mycket stora problem med nosokomiala infektioner vilket är detsamma som i vardagligt tal brukar kallas för *sjukhussjuka*, dvs. bakterier som utvecklat immunitet mot antibiotika.

⁷² HSD, A1:81, *Mentalsjukvårdsberedningen*, 22/12-64.

⁷³ HSD, A1:81, *Sjukhuschefen E. Bernstads brev till direktionen för Furunäset angående 1966/1967 års anslag och kostnader*, 10/6-65.

⁷⁴ HSD, A1:81, *Brev från direktionen för Furunäset till Medicinalstyrelsen angående vårdens utveckling på Furunäset*, 21/1-65.

Överinspektör Ramqvists inspektion 1965

Överinspektör E. Ramqvist beskrev efter sin utförliga inspektion under 1965 att läkarsituationen på Furunäset som ”sannerligen besvärlig”. Samtliga fem läkartjänster var vakanta varav fyra av dessa var utan tillsatt vikarie. Läkarbristen var därmed kraftig och arbetsbördan enorm för de få vikarierande läkare som fanns vilket gjorde att få patienter kunde få fullgod vård. Ramqvist ville att sjukhuset skulle göra allt de kunde för att anställa nya läkare från södra Sverige och gick inte detta så skulle man anställa läkare från andra länder. Ingen i personalen skulle heller fortsättningsvis få behålla förmånen som utgjordes av fri läkarvård på sjukhuset så länge som inte patienterna först och främst kunde få vård. Det fanns sex tjänster för tandläkare på Furunäset men ingen av dessa var tillsatta utan tandläkare hyrdes in endast vid akuta behov vilket inte Ramqvist ansåg var acceptabelt. Psykologernas verksamhet upplevdes som viktig och den terapeutiska miljön spelade en väsentlig roll för verksamheten. Utformningen av den inre och yttre miljön var i många fall inte människovänlig. Det var endast ett fåtal toaletter och tvätttrum som ansågs vara godkända enligt sanitära krav på modern standard samt att antalet och skicket av telefonerna som fanns tillgängliga inte heller var godkända.⁷⁵ Trots alla problem försökte sjukhuset och den tjänstgörande läkaren enligt Ramqvist att göra alltsom gick för att tillgodose patienternas bästa. Den gamla ”sjukstugan” användes som terapilokal men det fanns tydligen inget friskluftssystem så personalen där var tvungna att för hand vädra lokalen genom att öppna fönstren manuellt sommar som vinter. Detta var ett synnerligen inte ett effektivt system värdigt ett statligt mentalsjukhus tyckte Ramqvist så han noterade specifikt att ett patientrum borde byggas ihop med ett angränsande rum i syfte att ge en trivsammare och rymligare lokal för patienterna att vistas i. Det skulle dessutom installeras läslampor i de patientlokaler som inte hade det ännu.⁷⁶

Direktionsordföranden Kallings svar på inspektör Ramqvist rapport

Direktionens ordförande Mårten Kalling kommenterade i ett brev till Medicinalstyrelsen den 31 maj 1966 överinspektör E. Ramqvists rapport över Furunäset. Kalling påpekade att dessa missförhållanden helt kunde tillskrivas den krassa ekonomin som statens mentalsjukhus fått på grund av för lågt satta budgetar ställt mot det verkliga vårdbehovet. Det hade dessutom skett en utveckling inom psykiatrin men de senaste årens knappa vetenskapliga ”landvinningar” hade istället motiverat en kraftig och kostsam utvidgning av terapiprogrammet. Ett ytterligare problem var att omorganisationen som genomfördes genom bytet av huvudman ökade väsentligt arbetsbördan för personalen. En annan faktor som Kalling menade på var att det som starkt hade bidragit till kostnadsökningarna var att samhället hade blivit medvetet om att psykiska sjukdomar nu för tiden var behandlingsbara tack vare utvecklingen av neuroleptika. Det svenska folket hade lärt sig att många patienter faktiskt kunde klara av att leva ett liv utanför mentalsjukhuset genom bruket av mediciner. En baksida till detta var att de sociala myndigheterna ofta remitterade fall till mentalsjukhusen som inte kunde behandlas där. De sociala myndigheterna skickade även patienter till Furunäset som inte hade tillräckligt grava problem för att överläkaren skulle kunna motivera internering på Furunäset. Orsaken var istället ofta att en del patienter först och främst hade missbruksproblem vilket var det egentliga skälet till att de hade remitterats. Mentalsjukhuset hade helt enkelt inte resurser för att behandla den uppsjö av tillströmmande patienter sedan de statliga sparkraven kom under 1964. Kalling tillade att det måste till en kraftig bantning och

⁷⁵ HSD, A1:83, *T.f. överinspektör Sahlings rapport över Furunäset genomförd mellan 20-27/7-65, 27/8-65.*

⁷⁶ HSD, A1:81, *Överinspektören för mentalsjukvården i Sverige E. Ramqvists rapport över Furunäset, 12/10-64.*

rationalisering av mentalsjukhusets organisation för att det i framtiden skulle kunna vara möjligt att möta samhällets ökande krav på en fungerande mentalsjukvård. Kalling avslutade med att påpeka att överinspektörens kritik möjligen gjorde gott genom att den kanske kunde påverka utvecklingen så att Furunäsets missförhållanden i framtiden kunde bli åtgärdade av staten.⁷⁷

Annalkande kommunsammanslagning ställde krav på byte av Furunäsets jurisdiktion

Intendenten Kurt Arnesson vädjade till Furunäsets direktion i ett brev daterat den 20 april 1966 om att direktionen borde, till Länsstyrelsen, hemställa att sjukhuset skulle flyttas över från Piteå landsbygdskommun till Piteå stads jurisdiktion. Orsaken till kravet var att den ökande biltrafiken omkring sjukhuset hade medfört en fara för patienternas liv. För att skapa en säker miljö längs vägarna kring Furunäset så behövdes det stöd från polismyndigheterna men man fick inte detta för att Piteå landskommun inte hade tillräckliga resurser.⁷⁸ Det blev med tiden uppenbart att Piteå stad, Piteå landskommun, Hortlax och Norrfjärden inom några år skulle komma att gå samman i en större kommun i syfte att tillmötesgå den svenska statens samt den ökande trävaru- och malminindustrins krav på en samordning av de internationella och kraftigt ökande båttransporterna. Att förvandla norrlandskusten till ett internationellt betydande transportnät med centralhamnar i bl.a. Piteå, var en förutsättning för att Sverige skulle kunna hävda sig inom den industriella världsmarknaden. Att myndigheter som brandförsvaret, polisen och vattenverket skulle permanenteras till Piteå stad var närmast en självklarhet sett från kommunpolitiskt håll. Efter sammanslagningen av småkommunerna till att bli det som skulle komma att kallas för ”Piteå vidgade stad” 1971, ansåg politikerna att man skulle komma att ha tillräckliga resurser för att prioritera en ombyggnad av vägnätet kring Furunäset.

Ytterligare och hårdare sparkrav synliggjorde kostnadsökningar

Innan Landstinget tog över som huvudman för Furunäset fick direktionen in en begäran från Medicinalverket om att man ville veta vilka delar av verksamheten som direktionen rekommenderade skulle kunna spara pengar på. I slutet av februari 1966 svarade direktionen på Medicinalstyrelsens krav och började med att istället för att föreslå besparingar förklara att det även fanns behov av utökad anslagsmedel vilka var att:

- Sjukhuschefen ansökte om 500:- för arbetad övertid.
- Kostnaden för att anställa läkare från annan ort ökade med 7000:- på grund av att Furunäset varit tvungna att betala reseersättning till läkarna.
- Genom ökade krav på tvätt, renhållning och den stigande användningen av engångsartiklar så hade kostnaderna stigit med 35 000:-.
- Efter höjda läkemedelspriser och ökad användning av läkemedel steg de totala utgifterna med ca 50 000:-.
- Kostnaderna för tandläkare hade ökat med 120 000:-.
- Ett par särskilt kostnadskrävande patienttransporter hade höjt kostnaden med 2000:-.
- Genom att terapiverksamheten utökats samt att patienternas vistelse utanför sjukhusområdet stimulerats uppskattades kostnaden att stiga med minst 10 000:-.

⁷⁷ HSD, A1:83, *Sjukhuschefen M. Kallings svar på överinspektör E. Ramqvists rapport över Furunäset*, 31/5-66.

⁷⁸ HSD, A1:83, *Sjukhusintendent K. Arnessons skriftliga vädjan till direktionen för Furunäset ang. vilken jurisdiktion Furunäset borde tillhöra*, 20/4-66.

- Höjda bensinpriser, trädgårds- och jordbruksdriften kommer att överskridas med 2500:- genom köp av en ny gräsklippare.
- Det kommer att redovisas en nyskapad post som heter ”patienternas undersökning och vård utom sjukhuset” som inte är kartlagd ännu.

Besparingsförslagen som direktionen sedan kom med var följande:

- Kostnader för telefonsamtal och utskrivning av blanketter beräknades kunna spara totalt 3000:-.
- 19 000:- på 375 ton tvätt.
- Genom en minskad snittbeläggning och fördelaktiga kött- och charkuteripriser gick det att spara 100 000:-.
- En nedgång av familjevården beräknas kunna korta ned utgifterna med 12 000:-.⁷⁹

De beräknade besparingarna uppskattades till totalt 134.000:- och kostnadsökningen till: 227.000:-. Svaret som direktionen gav Medicinalverket var att det myndigheten med säkerhet visste var att de totala kostnaderna skulle komma att öka med minimum 93.000:- och då hade direktionen inte ens gjort en uppskattning över hur stor kostnaden för ”patienternas undersökning och vård utom sjukhuset” skulle kunna tänkas vara. De ökade kostnaderna kunde samtliga, utom nyinköp av gräsklippare för 2500:- (1,1% av den beräknade totala kostnadsökningen) och sjukhuschefens övertidsersättning (0,2% av den beräknade totala kostnad sökningen), härledas till patienternas nyvunna rättigheter dessa fick genom tillämpningen av den nya mentalsjukvårdslagen som jämställde den psykiatriska vårdens patienter rättigheter med den somatiska.

Kostnader som omfattas av behandling

Läkare: 7000:- 3%

Tandläkare: 120.000:- 53%

Mediciner: 50.000:- 22%

Kostnader som omfattas av omvårdnad

Hygien: 35.000:- 15%

Patienttransporter: 2000:- 0,9%

Terapiverksamhet och friare vistelseformer: 10.000:- 5%

Uppmanande till tillåtelse av privata vårdhem

Medicinalstyrelsen hade under december månad 1966 fått kännedom om att mentalsjukhusens huvudmän av ekonomiska skäl ofta anlidade olämpliga och av Medicinalstyrelsen icke godkända privata sjukhus för vård av psykiskt sjuka patienter vilket hade resulterat i att patienter blivit både illa- och felbehandlade.⁸⁰ Bengt Olsson, direktör för Svenska Landstingsförbundet argumenterade i en skrift i slutet av 1966 till Landstingets förvaltningsutskott i syfte att påverka Medicinalstyrelsen till att tillåta alternativa behandlingscentraler för psykiskt sjuka i vad han kallade för ”enskilda sjukhus”. Han

⁷⁹ HSD, A1:83, *Sjukhusintendenten K. Arnessons skriftliga redogörelse till direktionen för Furunäset ang. Medicinalstyrelsens begäran om redogörelse för brukandet av anslag, budgetering för 1966 och motivering av bruket av ekonomiska medel*, 24/2-66.

⁸⁰ LAL, A9:1, *Cirkulär L1509 författat av Sjukhusbyrån på uppdrag av Medicinalstyrelsen och sänt till de statliga sjukvårdsstyrelserna ang. hänvisning av patienter till sjukhus som inte blivit godkända av Medicinalstyrelsen enligt bestämmelserna i SFS 114/1960*, 16/12-66.

framhövdade att huvudmännen för mentalsjukhusen var positivt inställda till kompletterande behandlingscentraler som bedrevs i privat regi. Det viktigaste i processen enligt Bengt Olsson, var att personalen som skulle ta besluten om var patienterna skulle behandlas, måste vara tillräckligt införstådda i hur sällningen av patienternas platser skulle gå till.⁸¹

Ny mentalsjukvårdslag

Inför det kommande bytet av huvudman 1967 så beslutade Medicinalverket att utreda möjligheterna för hur en samordning mellan den somatiska och psykiatriska vården skulle kunna ske. Kurt Fritsdorf, sjukhusdirektör vid S:a Maria sjukhus och Bertil Persson, sjukhusdirektör vid S:t Lars sjukhus fick den 19 november 1965 i uppdrag av Medicinalstyrelsen att i samarbete med överläkarna och förste föreståndarna vid samtliga mentalsjukhus, utarbeta förslag till inskrivningsförfarande vid statens mentalsjukhus. Direktörerna sattes dessutom att ha en nära kontakt med motsvarande utredning för Sveriges somatiska sjukvård som drevs av Medicinalverkets statistikavdelning, som planerats av G. Lindgren, professor i socialmedicin vid Lunds universitet. Mitt under direktörernas arbete så tog regeringen beslut om att driva igenom en ny sjukvårdslag och en sjukvårdsstadga för mentalsjukvården där denna gavs samma rättigheter och skyldigheter som den somatiska vården. Lagen skulle börja gälla fr.o.m. 1 januari 1967 samt att begreppen mentalsjukhus och mentalsjukvård mönstrades ut ur lagstiftningen. Eftersom att mentalsjukvården skulle komma att omorganiseras och införlivas med den somatiska vården begärde Fritsdorf och Persson att bli befriade från sitt uppdrag; eftersom som de själva skriftligen uttryckte sig att det var ”föga ändamålsenligt” att utarbeta ett detaljförslag som ändå inte var möjligt att genomföra genom de båda sjukvårdssystemens olikheter. Brevet var adresserat till Medicinalstyrelsen 9 september 1966 vilket innebar att de då redan hade hunnit arbeta med projektet i hela nio månader innan avbrottet.⁸²

Öjeby sjukhem

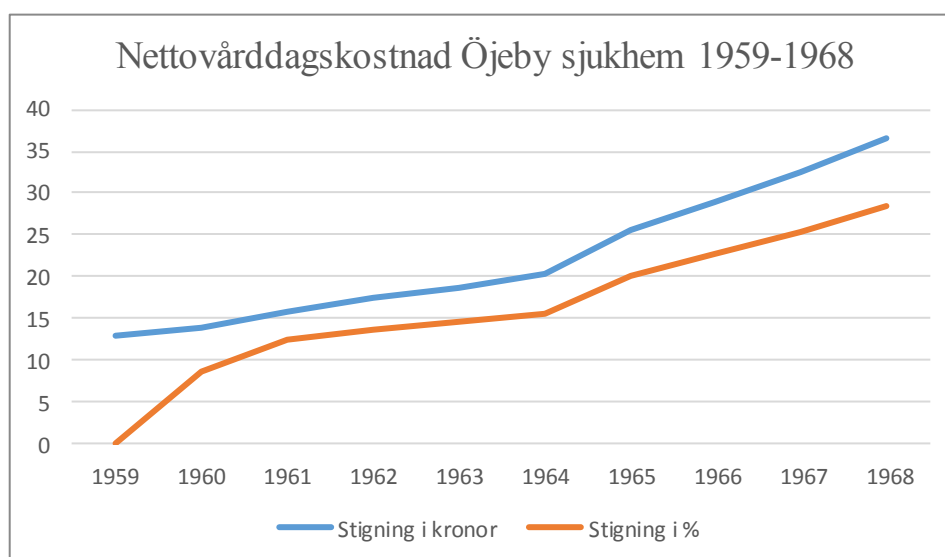
Öjeby sjukhem hade fått kraftigt ökade kostnader i samma takt som den totala vårdapparaten expanderade. Detta visade sig tydligt mellan åren 1959-1968, då den totala nettovårdskostnaden hade ökat från 12,80-36,50kr. Detta innebar en procentuell kostnadsökning med 28,5% av nettovårdskostnaden, vilket var benämningen på den totala genomsnittliga kostnaden för en patient som hade en egen sängplats på Öjeby sjukhem och vistades där i ett dygn. Resultatet visade på att fyra patienter skapade 1968 lika mycket vårdkostnader som fem patienter hade gjort mindre än tio år innan och samtidigt så visade kostnadsökningarna ingen tendens till att stabiliseras eller att ha nått en kulmen de senaste åren.⁸³

⁸¹ LAL, A9:1, *Skrivelse från Svenska Landstingsförbundets förvaltningsdirektör Bengt Olsson till Svenska landstingsförbundets förvaltningsutskott ang. hänvisning av patienter till enskilda sjukhus*, 28/12-66.

⁸² HSD, A1:83, *Sjukhusdirektörerna Kurt Fritsdorfs och Bertil Perssons brev ang. entledigande från deras uppdrag som utredare inför bytet av huvudman för mentalsjukvården*, 9/9-66.

⁸³ LAL, A9:6, *10-årsrapport över Öjeby sjukhem*, 31/3-69.

Figur 5: *Nettovårdningskostnad Öjeby sjukhem 1959-1968*



Källa: 10-årsrapport över Öjeby sjukhem, Direktionens protokoll A9:6, Landstingsarkivet i Luleå.

2.6 Landstinget som ny huvudman

I den nya organisationen med NLL som huvudman fick personalförstandaren endast en chef att svara inför och det var sjukhusdirektören. Personalförstandaren skulle planera personalbehovet tillsammans med sjukhusdirektören. Personalförstandaren planerade arbetsordningen tillsammans med överläkare, förstandarpersonal, överskötare samt andra förmän och rapporterade resultatet till sjukhusdirektören.⁸⁴ Organisationen blev genom detta än mer toppstyrd med sjukhusdirektören som kontrollant av verksamheten. NLL var fast beslutet att krympa organisationen och beställde det efterföljande året 1968 en utredning av Furunäset för utarbetandet av en organisationsplan för den psykiatriska vården inom Norrbottens län.⁸⁵

Familjevården i Piteå stängdes ned

Syftet med familjevården var att ge patienter med lättare psykiska besvär möjlighet till ett någorlunda normalt liv utanför Furunäset, arbetsansvar och social gemenskap. Det visade sig att dessa ambitioner tyvärr inte hade fungerat fullt ut av flera orsaker. Vid flertalet ställen där familjevård bedrevs blev patienterna utnyttjade till att utföra fysiskt krävande arbetsinsatser utan att fått varken en människovärdig levnadsstandard eller boende. Patienterna befann sig i en extrem beroendeställning till familjevårdshemmen eftersom det enda alternativet till dessa var att återvända till att bli internerade på Furunäset vilket ofta upplevdes var ett värre öde.

⁸⁴ HSD, A1 83, Medicinalstyrelsens beslut ang. arbetsuppgifterna för förste förstandare och personalförstandare vid de statliga mentalsjukhusen, 4/3-66.

⁸⁵ LAL, A9:3, Organisationsplan för den psykiatriska sjukvården inom länet Dnr. 412/68 §135, 1/2-68.

Det var dessutom praktiskt svårt att finna familjevårdshem i större utsträckning samt att det var resurskrävande för de psykiatriska läkarna på Furunäset att hinna med att kontrollera familjehemmens standard och patienternas liv utanför mentalsjukhuset. Det visade sig att det var billigare och betydligt enklare för huvudmannen att internera familjevårdspatienter inom psykiatrin på Furunäset. Undersökningar visade dessutom att det inte skedde någon direkt tillfrisknad av familjevårdspatienterna och eftersom att staten strävade efter att nå goda behandlingsresultat så blev familjevården en angelägenhet som NLL helst ville slippa undan. I januari 1967 anförde direktionens ordförande Mårten Kalling att inga familjevårdsfall var inplanerade för det kommande året vilket möjliggjorde en omdisponering av familjevårdsföreståndarens arbetsuppgifter. Genom stora vakanser av läkartjänsterna inom den öppna mentalsjukvården under föregående år hade arbetsuppgifterna hamnat på föreståndarens axlar vilket inte hade fungerat, delvis för att föreståndaren inte var läkarutbildad och delvis för att denne var ensam med sina arbetsuppgifter och inte hann med alla. Föreståndaren hade som mest hunnit med att besöka familjevårdspatienterna en till två gånger per år. Kalling och Dahlberg slog fast att lösningen för familjevården var att Furunäset fortsättningsvis skulle arbeta för att den i framtiden skulle integreras med kroppssjukvården.⁸⁶

Landstingets utvärdering av den psykiatriska vården i Norrbottens län

Landstinget ville efter övertagandet av huvudmannskapet skaffa sig en kvalitativ bild över hur vårdsituationen inom psykiatrin såg ut i hela Norrbottens län. Syftet var att ta reda på vilka resurser och behov som förelåg inför framtiden men även att på plats ta reda på vad folket på marknivå ansåg om den psykiatriska vårdsituationen. Chefläkaren Dr. Mårten Kalling reste på uppdrag av Landstinget mellan den 13-16/2-67 och besökte samtliga psykiatriska behandlingssjukhem i Norrbottens län för att ta reda på hur väl dessa fungerade. Behandlingssjukhemmen var de norrbottniska samhällenas enda vårdinstitutioner förutom för Furunäset. Städerna som Kalling besökte var de som bedrev psykiatrisk verksamhet och dessa var Kalix, Övertorneå, Korpilombolo, Pajala, Vittangi, Kiruna, Gällivare och Överkalix.

De sammanlagda åsikterna från sjukhemmen sammanfattades i en rapport från Kalling till NLL. Kallings uppfattning var att samtliga sjukhem ansåg att den nya administrationen, om den fungerade, skulle komma att göra nytta för patienterna genom att patienthemmen nu kunde få utförligare information om de sjuka och deras behov innan de kom till hemmen vilket inte hade fungerat med kommunerna som huvudman. Det som även påtalades var att socialtjänsten hade mycket svårt att tillgodose beslut om egna boenden och olika sysselsättningsformer för psykiskt sjuka. Man ansåg att problemen med alkohol- och åldersdementa var övermäktiga och man hoppades på att kunna inhysa dessa patienter till Furunäset direkt eller annan somatisk vård. Man hade svårt rent generellt att ge de sjuka den behandling som efterfrågades på grund av resurs- och utbildningsbrist.⁸⁷

Furunäsets ledning letade efter fler sätt att bemöta Landstingets sparkrav. Orsaken till att Furunäset valde att satsa hårdare på rehabiliteringen av patienter var att man ville förkorta liggtiderna och om möjligt med tiden, återanpassa patienterna till samhället. Liggtiderna var det antal dagar en patient var inskriven. Sjukhusdirektör Grankvist rapporterade under november 1967 att arbetsgruppen som behandlade rehabiliteringsfrågan, hade beslutat att

⁸⁶ LAL, A9:1, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäset och Öjeby sjukhem §16/67, 17/1-67.*

⁸⁷ LAL, A9:1, *Brev till direktionen för Furunäset och Landstingets förvaltningsutskott ang. öppenvård verksamheten i Norrbotten och chefläkare dr. Mårten Kallings besök hos öppenvårdscentralerna, 20/2-67.*

Furunäset och Öjeby sjukhem tillsammans skulle utarbeta en plan över hur man ytterligare skulle kunna förmå fler patienter att delta i antingen skyddad eller öppen rehabiliteringsverksamhet. I den rapporten tog Granqvist även upp att det fanns stora problem som uppstod i samband med och omkring återanpassningen av patienterna till samhället.⁸⁸

Patienternas rättigheter ökade kostnaderna

I samband med att den psykiatriska vården hade fått likställda rättigheter med den somatiska genom den nya mentalsjukvårdslagen från 1967 så ökade mängden aktiviteter på Furunäset. En sak som var specifikt anpassad med hänsyn taget till patienternas individuella rättigheter var att man sedan 1967 hade ordnat så att alla patienter som ville rösta i riksdagmannavalet 1968 fick göra det. Valdeltagandet var stort redan under det första valdeltagandet och hela 49 av 51 patienter som hade rösträtt utnyttjade denna.⁸⁹ Transporterna mellan Furunäset och Piteå Lasarett ökade till följd av att patienterna på Furunäset fick mer frekvent och omfattande somatisk vård sedan den nya sjukvårdslagen tagits i bruk. Mängden varor som patienterna använde som förbrukningsartiklar, tidningar, mat och hygienartiklar ökade till följd av detta och i samma takt som den somatiska vården. Budtjänsterna köptes dessutom från flera olika budfirmor vilket intensifierade mängden mindre transporter. Anledningen till den ökade diversifieringen av leverantörer var att Landstinget hade omförhandlat flerparten av leverantörsavtalen i syfte att sänka kostnaderna. Problemet med de ökade aktiviteterna var att Furunäset inte hade någon personal som var specifikt avsatt för att ta hand om av- och pålastning av gods utan det var den ordinarie vårdpersonalen som skötte detta. Ökningen av godstransporterna gjorde så att vårdpersonalen fick en ännu sämre och stressigare arbetsmiljö. Detta gick ut över patienterna för att personalen inte hade lika mycket tid till att sköta sitt ordinarie arbete som var att vårda patienterna. Av den anledningen så lät Furunäsets sjukhusdirektör Granqvist inrätta två budbilstjänster i mars 1968 för att vårdpersonalen uteslutande skulle kunna fokusera på sitt arbete med patienterna.⁹⁰

Resursbristen var långt ifrån de enda problemen som Furunäset drogs med. Ett allvarligt säkerhetsproblem var de ökande mängderna patienter bestående av alkoholister och narkomaner som kom in till Furunäset. Sjukhusdirektören Granqvist förstod att Furunäset inte var rätt institution för att behandla denna klientel utan lät i början av 1968 meddela direktionen på Furunäset att han hade träffat Landstingets förvaltningsutskott angående frågan om att Landstinget borde låta inrätta specialiserade alkoholistkliniker. Alkoholistkliniken i Luleå som inte hade tillräckliga resurser, hade trots detta visat sig avlasta rejält för Furunäset och Granqvist ansåg att genom inrättandet av fler alkoholisthem fanns allt att vinna. Vidare beskrevs situationen på Furunäset som fortsatt svår då man endast hade lyckats tillsätta fyra läkartjänster av tolv under 1968. Dessa fyra läkare hade hand om ett patientantal om som flest 740 stycken vilket gjorde att varje läkare ansvarade för igenomsnitt 185 patienter. Om alla läkartjänster hade varit tillsatta hade varje läkare istället ansvarat i genomsnitt för 62 patienter.⁹¹

⁸⁸ LAL, A9:15, *Protokoll fört vid sammanträde med samarbetsnämnden och skyddskommittén vid Öjebyns sjukhem §8, 27/11-67.*

⁸⁹ LAL, A9:9, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäset och Öjeby sjukhem, 19/10-69.*

⁹⁰ LAL, A9:3, *Brev till Landstingets förvaltningsutskott, 18/3-68.*

⁹¹ LAL, A9:3, *Sjukhusdirektör Karl Granqvists brev till direktionen för Furunäset om hans möte med Landstingets förvaltningsutskott angående psykiatrin i Norrbottens resursbehov, 28/2-68.*

En händelse som kraftigt skulle komma att förbättra behandlingen av patienterna var att Furunäset fick sin första överläkare i somatisk vård den 1/7-68 medan Öjebyns sjukhem fått sin överläkare, en dr. Erkstam, redan 15 april samma år. Öjebyns sjukhem var ett hem för lättskötta psykiskt funktionshindrade vilket kan ha varit orsaken till att det var enklare att tillsätta den tjänsten ställt mot den kaosartade arbetsmiljön som var på Furunäsets sjukhus. Anställningarna av de somatiska överläkarna visade sig vara ett mycket välkommet tillskott i patientvården som av patienterna upplevdes kvalitetsmässigt som väsentligt bättre. Patienterna fick behandling men samtidigt så ökade kostnaderna som kom genom undersökningar, provtagningar och remitteringar.⁹² Bruket av läkemedel ökade vilket medförde att läkemedelskostnaderna under ett år steg från det föregående året 1968 med 8,6% (från 167458:- till 181845:-, en differens med 14387:-) till 1969.⁹³

Bosättningsbegreppet var en del av omorganisationen

Ansvarsförbindelser angående patientkostnaden träffades mellan kommunerna och Landstinget under 1968. Orsaken var att Landstinget menade att det inte var skäligt att all kostnad hamnade på en enskild institution som Furunäset eftersom många patienter inte kom från samma område som institutionen. Institutionen var en uppsamlingsplats för ett större geografiskt avgränsat område men borde inte ensam stå för alla kostnader. Landstingets centrala organisation med säte i Stockholm tillsatte en arbetsgrupp med representanter från Stockholm, Göteborg, Malmö, Falun och Halmstad i syfte att nå en samordning beträffande kostnadsfrågan. Resultatet blev att arbetsgruppen beslutade den 8/2-68 att ett nytt begrepp som kallades för ”bosättningsbegreppet”, skulle styra debiteringen av patienternas kostnader.⁹⁴ Bosättningsbegreppet innebar att kostnaden för patienter som blivit inskrivna för behandling på psykiatriska grunder i Norrbottens län skulle hemfalla till patienternas mantalsskrivningsort. Vid försöksutskrivning av patienter skulle vårdansvaret vila på den sjukvårdshuvudman som svarade för patienternas vårdkostnader. Detta skulle ske även om patienten under den tid denne var satt under behandling skulle komma att byta bosättningsort.⁹⁵

Omorganisationen omfattade även en kartläggning av patienterna enligt kategorier som inte skett innan som exempelvis efter åldersgrupp. Meningen var att den psykiatriska vården inte längre skulle fortgå på obestämd tid utan att den kvalitativa inställningen beslutades vara att ungdomar skulle få anpassad vård enligt kort-, lång- eller specialistvård efter behov. Ungdomarna var den patientgrupp som i större grad statistiskt sett hade svarat bäst på behandlingen. Orsaken till detta var att ungdomarnas bekymmer ofta berodde på livskriser istället för rent psykiska sjukdomar och i de fall där ungdomarna hade renodlade psykiska besvär så befann de sig vid första läkarkontakten oftast i början av sjukdomen och var därför lättare att behandla än de som varit sjuka under lång tid. Furunäsets direktionsrepresentat av sjukhuschefen föreslog i september 1968 att NLL skulle låta inrätta nya vårdformer så som dagvård och utskrivninghem i syfte att underlätta för en långsammare och skonsammare utslussning av patienter tillbaka till samhället. Man föreslog även att låta bygga om sjukhusmiljöerna så att de skulle bli mer levande och trivsamma.⁹⁶

⁹² LAL, A9:7, *Förslag och yttranden från av Karl Grankvist till förvaltningsutskottet*, 10/4-69.

⁹³ LAL, A9:6, *Sjukhusdirektör Karl Grankvists årsrapport över Furunäsets sjukhus och Öjebys sjukhem*, 31/3-69.

⁹⁴ LAL, A9:3, *Utredning rörande bosättningsbegreppet*, 17/2-68.

⁹⁵ LAL, A9:3, *Sjukvårdsdirektör K.E. Wictorsons rekommendation till Landstingets förvaltningsutskott rörande bosättningsbegreppet*, Dnr.1971/67 A473/68.

⁹⁶ LAL, A9:5, *Sjukhusdirektör Karl Grankvists brev till Landstingets förvaltningsutskott*, 19/9-68.

Åter till aktivt liv genom arbetsterapi

De arbetsterapiformer som användes vid Furunäset efter Landstingets övertagande som huvudman var förlagda inom jord- och skogsbruk, terapiverkstäder, snickeri, måleri, korgflätning, vävning, nätbindning, centralkök och patientmatsalar. Under 1967 så bands den industriella terapiverksamheten in i en yrkesanknuten form med monteringsarbeten för Sieverts kabelverk, legoarbeten för det Kooperativa förbundet samt lådtillverkning för Luleå fisk. Målet var att ge patienter som var på bättringsvägen möjlighet att sköta ett enklare arbete för att öka dessas chanser till att få ett fungerande liv efter den planerade utskrivningen. Det som man kallade för socioterapeutisk behandling bestod av andlig själavård via den svenska protestantiska kyrkan, teater, film, konst, församlingsdagar, rekreationsresor, gymnastik samt studiecirkel- och biblioteksverksamhet. Det var helt enkelt sysselsättning och stimulans i olika former som skedde inom Furunäsets domän.

Den 5 juni 1969 hölls det en konferens i Stockholm med namnet ”Åter till aktivt liv genom modern arbetsterapi”. Syftet med konferensen var att Medicinalverket ville informera mentalsjukvårdspersonal om målsättning, metod och utbildning i modern arbetsterapi och hur denna skulle tillämpas för att återföra patienterna till ett aktivt liv utanför mentalsjukhuset. Kursen betraktades av Landstinget som ett tjänsteuppdrag vilket gav de som gick den ledigt från sitt ordinarie arbete med full lön.⁹⁷ I slutet av 1969 fattade NLL beslut om att låta bygga om den gamla gödsvinsgården till terapilokal. Furunäset hade sedan en tid sökt efter en lokal värdig ”modern arbetsterapi”. Att lokalens djurlukt var svår att få bort påverkade inte NLL i sitt val av terapilokal eftersom det blev väsentligt billigare för Landstinget med att använda gödsvinsgården.⁹⁸ Samtidigt så beslöt Landstinget att ställa in planerna på ombyggnation av en gammal personalbostad vid Piteå lasarett till vårdavdelning för psykiskt sjuka patienter från Furunäsets sjukhus.⁹⁹

Rymningar föranledde omorganisation av tvångsvården på Furunäset

Under 1966 så skedde det totalt 64 rymningar och under 1967 134 stycken. Förste kriminalassistent Holger Sundström från Piteås poliskår, beskrev i ett brev till Furunäset i november 1967 att mentalsjukvårdens utveckling lett fram till att patienterna fått större möjlighet att röra sig fritt i sjukhusområdet vilket i sin tur gett dessa ökade möjligheter att rymma. Holger Sundström menade att det var ett litet antal patienter som återkommande rymde och begick brott. Polisen förstod att de nya behandlingsmetoderna var till nytta för patienterna men poängterade att slöseriet med samhällets resurser som kom genom att jaga rymningar inte var acceptabel och att Furunäset inte klarade av att handskas med kriminella psykiskt sjuka patienter och alkoholister. Alternativet enligt polisen var att Furunäset helt enkelt lät spärra in, dessa i minoritet psykiskt sjuka, i mer hårdbevakade avdelningar.¹⁰⁰ I december 1967 hade problemet med patienter som rymde från Furunäset stigit till den grad att Piteås polischef, uppbackad av poliskåren och polisförbundet, sammanställde en rapport till direktionen för Furunäset i hopp om att finna en lösning. Rapportens kvantitativa del redogjorde för vilka dagar mellan januari 1966 och oktober 1967 som polisen fångat in

⁹⁷ LAL, A9:9, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäset och Öjeby sjukhem*, 19/12-69.

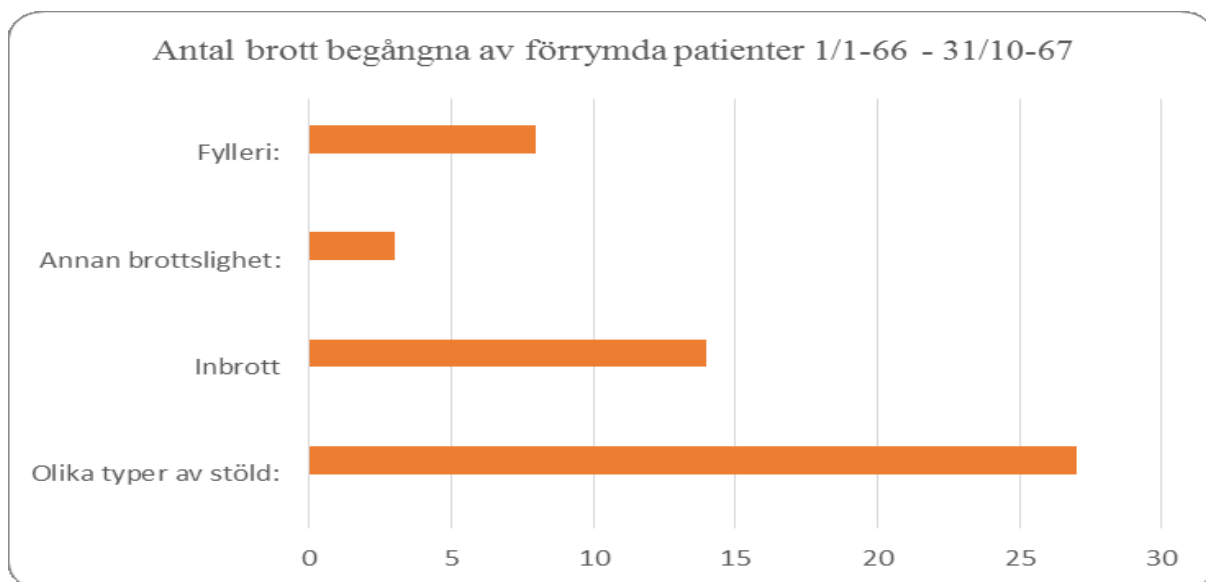
⁹⁸ LAL, A9:9, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäsets och Öjeby sjukhem*, 29/12-69.

⁹⁹ LAL, A9:13, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäsets och Öjeby sjukhem*, 12/6-70.

¹⁰⁰ LAL, A9:3, *Piteåpolisens förste kriminalassistent Holger Sundströms synpunkter på rymningarna från Furunäsets sjukhus under perioden 1/1-66 – 31/10-67, 17/12-67.*

rymlingar från Furunäset, vilka brott som patienterna hade begått och vilken stad som dessa var folkbokförda i.

Figur 6: Antal begångna brott av förrymda patienter från Furunäset 1/1-66 – 31/10-67.



Källa: Brev från polismästaren, Direktionens protokoll A9:3, Landstingsarkivet i Luleå.

I polisrapporten stod det även att en förrymd patient hade begått självmord, en hade blivit anmäld för föregelseväckande beteende och en hade gjort våldsamt moststånd mot polisen när vid griptillfället. Dessutom så hade en rymling gjort ett försök till ett kassaskåpsprängning, vart stod det inte men detta var i sig självt ett mycket allvarligt brott. Av 198 registrerade rymningar hade det registrerats totalt 53 lagförda brott under 22 månader. I genomsnitt så begicks det ett lagfört brott vid var fjärde rymning vilket inte ansågs acceptabelt av allmänheten och specifikt inte av polismyndigheten. Polischefen påtalade att de två största orsakerna till att en förändring var tvungen att ske var att Furunäsets personal hade en ”bristande vilja att samarbeta med polisen” och att polisens ”snedbelastning” som kom av att jaga förrymda patienter gjorde att de inte kunde sköta hela sitt polisarbete som innefattade så många fler arbetsuppgifter. Polisen var helt enkelt inte ”dimensionerade” för att hålla ordning på den mängden av avvikande patienter. Polischefen avslutade med att kraftfullt uttrycka att polisens arbetsförhållanden var ”olidliga”.¹⁰¹ Direktionen för Furunäset svarade Polismyndigheten i februari 1968, att mentalsjukhuset beslutat att åtgärda en del av problemen med rymningarna genom att spärra in vissa av de mest kriminella och rymningsbenägna patienterna på avdelningar med högre säkerhet. Direktionen påtalade dock att problemet av praktiska skäl inte kunde garanteras att lösas över en natt och att Furunäset även fortsättningsvis ”måste kunna experimentera sig fram till nya vård- och terapiformer”.¹⁰²

¹⁰² LAL, A9:3, Polismästare K-M Olofssons brev till direktionen för Furunäset ang. avvikna patienter och polismyndighetens syn på problemet, 19/12-67.

Den 13/12-68 hade Piteå stads polismyndighet kallat till sammanträde tillsammans med Pitetidningen och Furunäsets företagsnämnd. Polisen hade bestämt sig för att pressa Furunäsets ledning till att ta sitt ansvar över tvångsinterneringen av sina patienter genom att på något vis förhindra dessa från att rymma. Pitetidningen var på mötet för att ur journalistisk synvinkel klarlägga vem som bar ansvaret över rymningarna och deras gärningar. Polismyndigheten lyfte fram det antal uttryckningar som de hade haft på grund av förrymda patienter, skadeverkan som dessa gjort under rymningarna och de kostnader som ålagts polismyndigheten och samhället. Furunäsets företrädare påpekade att man inte var rustade för att ta hand om psykopater, alkoholister eller narkomaner. Att det var för låg bemanning ansåg man var ett stort problem men även att man nu mer inte hade rätt att visitera patienterna. Patienterna kunde därför bära diverse vapen, dyrkar eller andra attiraljer som äventyrade personalens och andra patienters säkerhet samt med säkerhet bidrog till det stora antalet rymningar.¹⁰³

Efter de massiva klagomålen från Piteå stads polismyndighet på Furunäsets sjukhus lyftes det under 1969 krav på ersättning för den skadegörelse som två förrymda patienter gjort och NLL var tvungen att söka ersättning via landstingsförsäkringen. Polismyndigheten ville genom ekonomiska påtryckningar förmå Furunäset att åtgärna problemet med rymningarna. Försäkringsbolagen menade att det var alltför stor risk för att patienterna skulle rymma och orsaka skada i samhället så därför borde premierna bli väsentligt högre. Furunäset ansökte därför om en samordning av samtliga landstingsförsäkringar. Det var efter alla rymningar uppenbart att Furunäset inte klarade av att hålla kvar alla patienter på området och att patienterna då under sina rymningseskapader skapade oreda på olika vis. När rymningarna började kosta Furunäset pengar och att genom den misslyckade tvångsinterneringen av patienterna fick ta det fulla ekonomiska ansvaret för rymningarnas gärningar, sökte man efter möjligheterna att istället nyttja de tillgängliga försäkringar som Landstinget redan hade. Den nya tidens fria vårdformer stämde inte överens med samhällets konservativa krav på att de intagna patienterna förväntades vara inlåsta och inte skapa oreda i samhället.¹⁰⁴

Lägsta effektiva omhändertagandenivå och hjälpverksamheten

Det fanns en klyfta mellan den psykiatriska sjukvården och den somatiska vilken även omfattade öppenvården inom psykiatrin. Orsakerna till klyftan kunde delvis härledas till att de olika vårdformerna före 1967 hade haft olika huvudmän och därför olika ekonomiska ansvarsområden. En annan orsak var att lasarettsläkarna höll oerhört hårt på lagen om sekretess för att skydda patienten men även sig själva i sitt yrkesutövande vilket gav en tröghet i behandlingssystemet av psykiskt sjuka. Detta tvingade i förlängningen fram en annan alternativ öppenvård i form av mentalsjukhusens ”hjälpverksamhet”. Hjälpverksamheten var tänkt att vara den länk som snabbt kunde lotsa patienterna till rätt behandling. Mentalsjukhusens kvalitativa mål skulle enligt Medicinalverket vara från och med 1969 en strävan mot en ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” (LEON). Dessa förändringar ställde dessutom krav på den öppna och halvöppna vården som förväntades höja sig till samma standard som de övriga vårdformerna. Det ansågs dock från kommitténs sida att utvecklingen beträffande grundutbildningens utformning för mentalsjukvårdare var för ”oklar” och att den därför inte kunde godkänna utbildning för specialistkompetens. För att principen om LEON

¹⁰³ LAL, A9:6, *Sammanträde angående det stora antalet rymningar från Furunäsets sjukhus samt vilka dess effekter blivit*, 12/12-68.

¹⁰⁴ LAL, A9:6, *Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäsets sjukhus och Öjeby sjukhem* §3/69, 30/1-69.

skulle kunna användas ansågs man vara tvungen att bygga ut den öppna och halv-öppna vården.

Principen om LEON användes av två huvudsakliga skäl. Ett var att Landstinget ansåg att man inte hade råd att behandla alla patienter och det andra var att de psykiatriska medicinerna hade möjliggjort att det blivit möjligt att behandla tidigare kroniskt sjuka patienter till att bli så pass friska att det gick att förmå dessa att leva och bo utanför Furunäset. Fokus för behandling enligt LEON blev patienterna som själva önskade behandlas och var aktiva i sin strävan efter att bli friska eftersom dessa hade större chans till ett tillfrisknande jämfört med de patienter som tvångsomhändertogs och ofrivilligt vägrade delta i behandlingen. Statistiken visade att framgången i behandlingen handlade till stor del om vilken grad av psykisk sjukdom och vilken sjukdomsinsikt patienterna hade. Med tillfrisknande menades det att patienten blev tillräckligt frisk för att med sociala insatser klara av att leva ett liv utanför Furunäset. Resultatet blev att Furunäset satsade sina resurser där det gav bäst resultat vilket inte var på de sjukaste patienterna som var i störst behov av behandling.¹⁰⁵ Genom att resurserna var bristfälliga och att Furunäset alltjämt hade vakanta läkartjänster som inte gick att fylla kom hjälpverksamheten att fungera dåligt och principen om LEON tillämpades i allt större utsträckning. Tolkningen av principen angående hjälpverksamheten på Furunäset byggde på att man eftersträvade att låta den sjuke själv ansvara över behandlingen och att tvångsvård av patienten endast skulle utföras om det var absolut nödvändigt. Vad som betraktades vara absolut nödvändiga skäl till tvångsinternering avgjordes av överläkaren. Resultatet av förfarandet blev att om patienten ville bli utskriven från behandlingen så fick denne i regel bli det.

Öppen- och eftervården förändrades

Eftervården av psykiskt sjuka patienter var en krävande process i form av täta efterkontroller, kontinuerlig psykoterapi och sociala åtgärder. Ansvarsfrågan beträffande patienternas vård och omsorg när de väl hamnat i öppen- och eftervården var diffus. Patienter blev ofta frisläppta utan fullständig eftervård vilket gjorde att de med tiden i stor utsträckning halkade tillbaka in i sjukdomen igen och blev tvugna att åter igen interneras på Furunäset.

Förslaget till den nya öppenvården på Furunäset bestod i att man skulle fortsätta den slutna behandlingen som innan och att öppenvården planerades som vanligt av överläkaren. Det skapades en ny tjänst som kallades för sjukhuskurator vars uppgift var vara att sköta kontakterna med patienterna som slussades ut till öppenvården. Öppenvården kom efter detta att bestå av en serie kortare behandlingstillfällen och patienterna skulle ha tillgång till snabb remittering direkt till psykiatrin utan att behöva gå den vanliga vägen som var via den somatiska kroppssjukvården. I nya fall så skulle dock remitteringen till psykiatrin fortsättningsvis gå via remiss från den somatiska sjukvården.

Första steget togs mot en bantning av Furunäset

NLL tog under 1969 beslut om att patienterna i Gällivareregionen skulle återanpassas till hembygden genom tillämpning av bosättningsbegreppet så snart Gällivare lasarett var färdigbyggt och satt i drift vilket förväntades ske fr.o.m. januari 1972. Det NLL inte var på

¹⁰⁵ LAL, A9:10, *Förslag till utbildning för skötare inom psykiatrisk vård utarbetat av kommittén för utbildning av psykiatrisk vårdpersonal*, juni-69.

det klara med var exakt hur detta skulle ske. Förslagen som NLL lade fram till Furunäsets direktion 1/11-69 var följande:

1. Förslag 1: Den pågående renoveringen av 175 patientplatser slutförs men det ska inte ske någon ytterligare renovering. Öjeby sjukhems huvudbyggnad ska delvis tömmas på patienter och endast inhysa ett fåtal.
2. Förslag 2: Ytterligare 62 vårdplatser i Furunäsets huvudbyggnad ska renoveras medan Paviljong F och kolonin rivs. Öjeby sjukhems huvudbyggnad ska delvis tömmas på patienter och endast inhysa ett fåtal.
3. Förslag 3: Hela Furunäsets huvudbyggnad ska renoveras vilket innebär att ytterligare 190 vårdplatser färdigställs.

Alt. lösn. för disp. av Furunäset och Öjeby sjukhem då sjukhuset i Gällivare förväntas vara klart 1972.

Furunäset	Vårdplatser	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3
Huvudbyggnaden	379	175	237	547
Paviljong MK1	90	90	90	90
Paviljong K50+K45	186	186	186	186
Paviljong F+kolonin	79	79	0	0
Totalt antal	734	530	513	623
Öjeby sjukhem				
Huvudbyggnaden	250	175	175	175
Annexen	126	126	126	0
Totalt antal	376	301	301	175

Det föreslag som vann stöd var alternativ 3 vilket inte verkade särskilt logiskt om man ser till NLL:s skrala ekonomiska status. NLL:s primära mål var dock att bedriva en fungerande mentalsjukvård i Norrbotten och det fanns inget alternativ till att internera patienter från Furunäset innan Gällivare lasarett blivit färdigställt. NLL var nödgade att lösa problemet med platsbristen på Furunäset och det enda realistiska sättet blev att renovera huvudbyggnaden och installera ytterligare 190 vårdplatser vilket man till sist också gjorde. Detta skulle visa sig bli den sista större utbyggnaden i Furunäsets mentalsjukhus' historia.¹⁰⁶

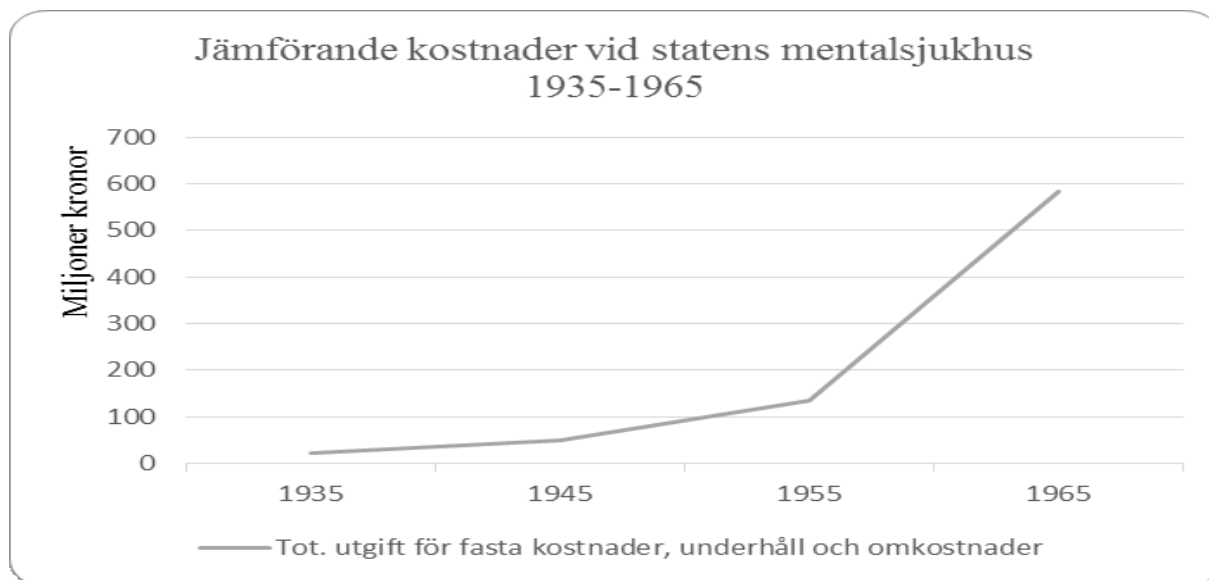
NNL planerade ekonomisk neddragning för Pitebygden

NLL hade följt kostnadsutvecklingen inom mentalsjukvården och blivit varse om de enorma summor som en upprustning av mentalsjukhusen skulle komma att kosta. Kostnaderna för fast underhåll hade gått från nästan ingenting 1935 då mentalsjukhusen inte hade hunnit slitas till den grad som under 1965 då denna hade stigit till kring en halv miljard kronor. Lokalerna

¹⁰⁶ LAL, A9:10, *Alternativa lösningar för dispositionen av Furunäset och Öjeby sjukhem då Gällivare lasarett tagits i bruk* §308/69, 29/8-69.

krävde värme, ventilation, vatten, underhåll samt var i renoveringsbehov vilket gjorde så att driftskostnaderna steg med samma hastighet som den övriga vården, vilket fick Landstinget att dra i handbromsen beträffande de planerade renoveringarna av mentalsjukhusen.¹⁰⁷

Figur 7: Jämförande totala kostnader vid statliga svenska mentalsjukhus 1935-1965.



Källa: Statistisk sammanställning, Direktionens protokoll A9:11, Landstingsarkivet i Luleå.

Den planerade om- och tillbyggnaden av Furunäset under 1967 hade med hänvisning till NLL:s dåliga ekonomi blivit uppskjuten. I början av 1968 lät sjukhusdirektör Grankvist meddela direktionen på Furunäset att han hade träffat NLL:s förvaltningsutskott angående de tilltänka renoveringsbetena på Furunäset. NLL:s ekonomi var inte i balans visade det sig vid slutet av 1969 och därför motiverades neddragningar i Norrbottens län med totalt 14 miljoner kronor varav den största delen besparingar skulle komma att ske i Pitebygden. Trots detta så gick det att läsa i 1970-års rapport över "Drift och kapitalstatistik över Furunäsets sjukhus", att Landstinget beviljade fortsatt renovering av planerade arbeten under 1970. Landstinget hade med hänsyn taget till den planerade omorganiseringen av Norrbottens mentalsjukvård, beställt en utredning över hur vårdplatserna vid Furunäset och Öjeby sjukhem, efter förflyttningen av patienterna och renoveringen av patientlokaler i Piteå, skulle kunna komma att se ut. Det förelåg en överbeläggning på Furunäset som berodde på renoveringen av de gamla lokalerna. Patienter hade blivit flyttade från avdelningar när dessa renoverades och trängts ihop i andra avdelningar på en mycket mindre yta än tidigare. Trångboddheten stressade patienterna likväl som personalen mycket illa. Motiveringen var fortfarande att Landstinget hade en svag ekonomi och att det därför inte var möjligt att skära ned på antalet platser undantaget att man tillfälligt tillät 22 patienter att flytta till en personalbostad vid Piteå lasarett.¹⁰⁸

¹⁰⁷ LAL, A9:11, Statistik över statens mentalsjukhus 1935-1965.

¹⁰⁸ LAL, A9:15, Protokoll fört vid sammanträde med företagsnämnden och skyddskommittén för Öjeby sjukhem §17/69, 5/11-69.

Karl Granqvists avsked och Gällivare sjukhus födelse

Stora förändringar hade skett inom vården men även inom samhället. Sverige hade mellan 1900-1960 ökat sin totala befolkningsmängd med hela 45% och mellan 1940-1960 med 18%, vilket visade att befolkningsökningen hade varit massiv under dessa perioder. Genom att befolkningen hade ökat krävdes det att samhället tillhandahöll mer vård och samtidigt så fick staten in mer skatt på grund av den ökande befolkningen. Det var ett avancerat system där staten fördelade anslag till landstingen efter behov och årsvis där landstingen var det samordnande nodet för hur vården fördelades. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI) som inrättades 1968, hade i sin beskrivning av 1971-års sjukvårdsplan för Landstinget som som primärt syfte att motarbeta den snabba kostnadsökningen. 1971-års plan fokuserade på att utveckla de öppna vårdformerna och den somatiska långtidsvården. Den psykiatriska vården var tänkt att minska antalet slutna vårdplatser från 1200 till ca 700-800. Detta skulle genomföras genom att psykiatrin omorganiserades till att bli en större del öppna och halvöppna vårdformer. 1972 antog landstingsmötet och förvaltningsutskottet 1971-års sjukvårdsplan och anslöt sig till största del till den.¹⁰⁹ Det utsatta datumet för när Gällivare sjukhus förväntades bli färdigt var den 1 oktober 1972 och då var tanken att samtliga patienter som var hemmahörande där, dvs. hade haft sin mantalsskrivningsort i Gällivareregionen när de blev intagna på Furunäset, skulle förflyttas dit.¹¹⁰

Genom att Gällivare sjukhus blev färdigställt och satt i drift 1972 hade Furunäset tappat sin särställning som den främsta institutionen i Norrbotten som behandlade psykiskt sjuka patienter. Gällivare lasarett var dessutom det då modernaste i sitt slag som bedrev både somatisk och psykiatrisk sjukvård vilket gjorde den faciliteten mycket mer attraktiv än Furunäset. I jämförelsen med Gällivare sjukhus så betraktades Furunäset med tiden mer och mer som en del av det förflutna Sverige. Furunäset hade haft sin storhetstid och det fanns nog ingen av direktörerna som hade brunnit mer för Furunäsets mentalsjukhus än Karl Granqvist vars person hyllades av den forne överkuratorn på Furunäset i Pitetidningen 1989: ”Man skulle kunna bli långrandig om man med det utrymme som står till buds skulle ge sig in på en detaljerad beskrivning om hur livet blev för denna Pitholmspojke som icke fick tillgodogöra sig en lång dyrbar skolutbildning. Men genom energi, duglighet och framåtanda skapade han sig en framtid och ett livsverk som berättar om hur en sommarvikarie i sjukvård vid dåvarande Piteå Hospital passerade den vanliga befordringsgången som stod till buds. Och som då tjänsten efter dryga 42 år var över satt som sjukhusdirektör för det sjukhus han alltid haft en viss förkärlek till. Nu ska det sägas att hans mångåriga syssla som föreståndare för Öjeby sjukhem måste inbegripas i detta sammanhang och där han även skaffade sig en stor vänkrets. ... När Furunäsets sjukhus i september 1973 i dagarna två firade sitt 80-årsjubileum blev det också av en sorgens högtid. Några timmar efter första dagens samling kom budet att Karl Granqvist var död. Han har under sin långa karriär varit med om att visa många den väg som var den rätta i personalens och administratörernas grannliga uppgift som alltid gick ut på de sjukas bästa. Nu har han fått en väg uppkallad efter sig.”¹¹¹ Furunäset skulle komma att existera som institution i ytterligare 21 år fram tom. 1984 men återfick aldrig samma dignitet som under Granqvists tid. Vart Granqvists styrka kom från är okänt för eftervärlden men förslagsvis så hade den kanske sitt ursprung i hans goda vilja att hjälpa sina medmänniskor, *kosta vad det kosta vill*.

¹⁰⁹ Nyström, *Välfärdsbyggare i Norrbotten: NLL 125 år*, s.212.

¹¹⁰ LAL, A9:15, *Protokoll fört vid sammanträde med företagsnämnden och skyddskommittén för Öjeby sjukhem §17/69*, 5/11-69.

¹¹¹ Berglund, Joel, (Piteåtidningen – De gick sina egna vägar), 2/5-1989.

3. Sammanfattning och avslutande diskussion

3.1 Mentalsjukvården 1875-1956

Bildandet av institutioner i form av nämnder var den svenska statens medel att få kontroll över vilka aktiviteter som dess medborgare utförde för att sedan kunna påverka dessas agerande. Nämnderna som var statens långa arm kontrollerade inte enbart, utan hjälpte medborgarna i olika frågor som exempelvis Hälsovårdsnämnden som bedrev sin verksamhet inne i städerna sedan 1875 och på landsbygden sedan 1920. Tekniken och läkarvetenskapen hade under 1900-talets första hälft utvecklats i en sådan takt att en behandlingsoptimism hade växt fram. Behandlingsoptimismen inom den somatiska vården hade till en början smittat av sig på mentalsjukvården vilket legitimerat statens överförmyndarroll över de psykiskt sjuka. Mentalsjukvården hade genom detta utvecklats mot att bli nästan uteslutande ett statligt ansvarsområde och att bli en uppsamlingsplats för av samhället, icke önskvärda människor. Tvångsvården kring skelskiftet 1800/1900 betraktades ur allmänhetens ögon som en icke rättssäker form av myndighetsutövning. Tvångsvårdssystemet urholkade allmänhetens förtroende för myndigheterna och staten. Staten var mer eller mindre tvingad sedan början av 1900-talet att finna en lösning till allmänhetens negativa uppfattning om och dåliga förtroende för tvångsvården. Genom stiftandet av alkoholistlagen 1913 och konstruktionen av Sinnessjuknämnden 1929 blev tvångsomhändertagningsförfarandet mer organiserat och mindre godtyckligt än tidigare.

På grund av att tuberkulosepidemin hade härjat i Sverige som mest mellan 1880-1940 så hade staten genomdrivit 1929-års epidemiutredning. I den kom man fram till att sjukvården i vissa speciella fall som under epidemier, helt skulle bekostas av staten. Det handlade om att staten ville skaffa sig kontroll över den allmänna folkhälsan och då var det ingen mening med att vara återhållsam. Om man hade ålagt kommunerna med skyldighet att ta hand om behandlingen av epidemiska sjukdomar fanns det risk för att detta skulle kunna tänkas misskötas på grund av antingen bristande förmåga, alternativt av andra skäl likt kommunernas misslyckande i behandlingen av alkoholister. Fram t.o.m. 1930-talet så sysslade nämnderna mestadels med att kartlägga och uppmärksamma medborgarnas ohälsa. Sociala problem kunde ofta kopplas samman med fysisk likväl som psykisk ohälsa så därför kom nämndernas ansvar till staten under 1940-50-talen, även att omfatta sökandet efter medborgare som led av sociala problem. Efter det andra världskrigets slut 1945 proklamerade de förenta nationerna 1948 i deklARATIONEN om mänskliga rättigheter, för alla människors rätt till hälsa och sjukvård. Deklarationen var ett värdegrundmässigt ställningstagande som kom från de tankar som kom efter katastrofen som det andra världskriget medfört. Med "alla människor" så menades det någonsans även de internerade och psykiskt sjuka patienterna på mentalsjukhusen.

Under 1940-talet i Piteå så bedrevs den somatiska kroppssjukvården inne i Piteå stad av lasarettet vars huvudman var Landstinget. Mentalsjukvården i Piteå utfördes av Furunäsets mentalsjukhus som var förlagt i området Munksund vilket låg beläget 3 km från Piteå stads centrum och fram t.o.m. 1966 hade Piteå stads kommun som huvudman. Patienterna led ibland av både kroppsliga och psykiska besvär så därför behövdes patienterna fraktas emellan de båda olika vårdinstitutionerna för behandling vilket visade sig vara både kostsamt och oeffektivt.

Det förelåg ett kognitivt och fysiskt avstånd mellan den somatiska och den psykiatriska vården. Avståndet i rum bestod i att Furunäset inte låg på samma plats som lasarettet och det mentala avståndet hade sin förankring i att den somatiska vården av både lekmän och yrkesmän ansågs vara något bättre och socialt sett finare än den psykiatriska vården. Dessa två faktorer var avgörande för svårigheterna med att samordna vårdinsatserna. Problemen ledde fram till att statens sinnessjukvårdsberedning 1950 lade fram en generalplan för modernisering och utbyggnad av mentalsjukvården som var tänkt skulle gälla fram t.o.m. 1965. Tankarna om en framtida sammanslagning av vården blev politiskt förankrad när inrikesdepartementchefen tog upp frågan i Riksdagen 1956. Departementchefen menade dock att upprustningen av mentalsjukvården skulle göras innan en sammanslagning skulle ske, även om detta kunde ta många år. Det var inte säkert att upprustningen skulle hinna genomföras fullt ut innan det planerade bytet av huvudmannskapet kunde ske samt att regeringen kom överens om att den nya huvudmannen i framtiden inte skulle ansvara för samtliga kategorier psykiskt sjuka patienter på så som de gamla mentalsjukhusen hade gjort.

Syftet med att staten ville utföra all vård direkt eller via Landstinget som huvudman var man blivit varse om att det gick att skaffa sig främst ekonomiska stordriftsfördelar om man sammanförde den somatiska och psykiatriska vården. Vårdkostnaderna hade stigit till för staten orimliga höjder och ett steg till att ta kontroll över utgifterna var att ta full kontroll över den totala vårdens utformning. Det skulle dessutom bli lättare att erbjuda samhällets medborgare samma höga nivå på vården oavsett från vilken samhällsklass vårdtagarna hade. Detta betydde inte per automatik att vården skulle komma att fungera tillfredställande för samtliga vårdtagare men visionen och ambitionen att den statligt kontrollerade vården skulle fungera som en kvalitetshöjare och standardiserande av vården var ett faktum.

I slutet av 1950-talet släppte Abraham Maslow sin humanistiska teori om den mänskliga behovshierarkin och psykiatrin bytte inriktning och leddes bort från Sigmund Freuds teori om psykoanalysen. Genom den humanistiska psykiatrins genomslag så blev samhällets mentalitet om hur man skulle behandla patienter förändrad. Patientens känsloliv hamnade i fokus och synen på patienten som enbart ett behandlingsbart objekt bleknade med tiden. Genom att patienternans egna viljor började räknas gjorde att patienterna kom att själva bli aktörer som var med och strukturerade utformningen av mentalsjukvården. Förhållandet mellan den som behandlar och den som blir behandlad var definitivt förändrad genom det ökade patientinflytandet under 1960-talet. Att Furunäset som social institution förändrade sin inställning till patienterna visade sig främst genom det kraftiga engagemanget man hade i att förmå patienterna att delta i arbetsterapi och utövandet av hobbies. Att de patienter som utförde dagsverken fick ersättning visade på att Furunäsets ledning var intresserade av att motivera patienterna till fortsatt arbete.

Under 1950-talet skedde det ett genombrott i behandlingen av psykiskt sjuka människor genom uppfinnandet av de psykiatriska medicinerna. Medicinerna gjorde så att långt fler människor än innan kunde behandlas till att bli så pass friska att de fungerade ute i samhället. Detta skapade en behandlingsoptimism som gjorde att fler människor än tidigare sökte hjälp för sin egen eller sina anhörigas skull vilket i sin tur motiverade staten att låta bygga ut mentalsjukvården och specifikt mentalsjukhusen i syfte att hjälpa alla nytillkomna patienter. De psykiatriska medicinerna lugnade patienterna och gjorde dessa mer lättkontrollerade till den grad att gamla behandlingsformer så som insulinkomabehandling och lobotomering ansågs överflödiga och till stor del avvecklades under senare delen av 1950-talet och definitivt under 1960-talet.

Genom 1952-års kommunreform så fick det svenska folket färre valbara kommunpolitiker ställt mot den totala befolkningmängden. Sammanslagningen av småkommunerna skapade större kommuner men inte fler demokratiskt valbara politiska representanter. Vidare effekter av detta blev att färre politiker fick ansvara över fler och större beslut än innan reformen, inte minst inom mentalsjukvården vilket polariserade den kommunala makten ytterligare. Samtidigt så växte Furunäset i antal patienter, anställda och i form av nybyggnationer vilket ställde krav på en mer professionell drift vilket motiverade en mentalsjukhusstyrelse – en direktion. Furunäset sköttes autonomt och erhöll anslag från staten. Furunäset hade redovisningsskyldighet till Piteå landskommun, som var huvudman fram t.o.m. 1966, samt den svenska staten representerad av Medicinalverket. Effekten detta fick för omvårdnaden om patienterna på Furunäset var att de anställda agerade inom institutionens domän och tog ingen direkt rådgörande kontakt som byggde på dialog med människorna som vårdades på Furunäset. Patienterna var likställda med objekt som skulle domesticeras och behandlas utifrån ett läkarperspektiv.

Sjukhuslagstiftningskommittén gjorde ett betänkande till förslag för en ny sjukhuslag 1956 där man valde att inte lagbinda mentalsjukhusen till att bli ansvariga för vissa patientkategorier i syfte att inte försvåra och sakta ned det kommande juridiska arbetet med den planerade omorganisationen av sjukvården. Medicinalstyrelsen var också på det klara med att det var en extremt omfattande uppgift att rusta upp och omorganisera hela det svenska mentalsjukvårdssystemet så man räknade inte med att hinna genomföra detta i sin helhet innan man bytte huvudmannaskap för mentalsjukhusen. Medicinalstyrelsen menade att mentalsjukhusen i framtiden inte borde ta hand om alla kategorier patienter utan att vissa patienter skulle kommunerna istället få ta ansvar för, tvärt hur den kommande utvecklingen såg ut. Orsaken till detta var att vissa patienter i framtiden var tänkta att integreras tillbaka in i samhället och att de olika institutionerna hade olika resurser för att lyckas med detta. Kommunerna där patienterna skulle återanpassas till samhället var de som skulle få ta det ekonomiska och praktiska ansvaret så därför var kommunerna det självklara valet för staten att sköta denna uppgift.

3.2 Omorganisering av sjuksköterskeutbildningen 1957-1965

Att vårdplatserna minskade per capita under 1950-talet och vidare in på 1960-talet berodde på statens beslut att krympa den kostsamma vården. Att vårdens kostnader ändå ökade per capita, trots färre patientplatser per capita, kan härledas till att vården förändrades till att bli mer specialiserad genom den tekniska utvecklingen och den medicinska vetenskapens framsteg. Vården blev helt enkelt dyrare genom de förändrade och förbättrade behandlingsmetoderna och främst inom den somatiska vården. Eftersom att vården anpassades efter de samhälleliga kraven på en fungerande och jämlik vård oavsett samhällsklass kom utvecklingen även att komma patienterna på Furunäset till nytta. För att kartlägga patienternas vårdbehov blev staten tvungen att söka kartlägga patienternas problem och sjukdomar. Tankarna på en individanpassad vård hade redan funnits under 1940-50-talen men fick sin start genom riksdagens frågor om åldringsvårdens utvecklingsmöjligheter från 1957. 1962 – års åldringsvårdsundersökning blev startskottet till statens första landsomfattande och genomgripande försök till att skaffa sig information om de svenska vårdtagarnas sjukdomar kopplat till kategorier så som kön och ålder. Informationen och statistiken skulle sedan användas till att med tiden återta ekonomisk kontroll över de stigande utgifterna inom vården genom att man sökte kartlägga vårdtagarnas framtida vårdbehov. Patientrådet som grundades

1962 var en organisation som tog hand om patienternas intressen före, under och eventuellt efter interneringen på mentalsjukhusen. Den politiska vänsterradikalismen hade legitimerat kritik mot samhällets institutioner och möjliggjorde även att patienterna till viss del kunde göra sin röst hörd. Furunäsets traditionsbundna kontroll över patienter genom frihetsberövande stämde inte längre överens med samhällets krav på respekt för patienternas rättigheter. Som institution hade Furunäset ett ansvar att utöva kontroll över patienterna och separera dessa från det övriga samhället i syfte förhindra att patienterna ställde till problem för sig själva och allmänheten. Att tillhandahålla utökad frihet för patienterna och förhindra rymningar med otillräckliga resurser var en praktisk omöjlighet vilket visade sig i de många rymningarna som kom och blev möjlig just genom patienternas ökade frihet.

Ett av Furunäsets initiala och viktigaste uppgifter som mentalsjukhus, från dess start 1893 och långt in under 1900-talet, var att separera patienterna från det omkringliggande samhället. Genom att samhällets mentalitet främst under 1960-talet hade förändrats till att bekräfta att patienter också borde behandlas som människor med rättigheter, känslor och drömmar; hade det skapats en primär motsättning mellan Furunäset och samhället. Samhället och politiker kritiserade mentalsjukhusen för att vara institutioner som inte var tidsenliga och eller behandlade patienterna som människor. Furunäset strävade efter att förändra sig efter de samhälleliga kraven genom att använda sig av Friförmånssystemet, ett behavioristiskt inspirerat system där man tilldelade frihet till patienterna i olika grader och sökte genom detta domesticera patienterna till ett visst beteende. Toppstyningen över mentalsjukhusen ökade genom det förändrade arbetssättet som kom efter Medicinalverkets krav på förändring av ansvarsbördan för beslutsfattandet i Friförmånssystemet. Beslutsfattandet flyttades från mentalskötarna till överläkaren och uppfyllde inte patienterna kraven på uppförande så blev dessa straffade genom indragna förmåner i form av först och främst den individuella friheten. Problemet var att patienterna i de flesta fall blivit internerade för att de inte klarade av samhällets krav på uppförande och därför inte kunde ”uppfostas”. Resultatet blev många gånger att patienter som inte hade ett korrekt uppförande fick hela sin ”frihet” indragen och kom att straffas för sin sjukdom istället för att få hjälp.

Den av inrikesdepartementet beställda utredningen om hur personal och resurser nyttjades av mentalsjukhusens organisation var färdigställd 1963 och den stämde inte överens med statens krav på en effektiv mentalsjukvård. Undersökningen visade att de yrkeskategorier som arbetade med patientkontakt inte hade särskilt stor del av sin arbetstid förlagd till detta utan istället planerade, genomförde patientundersökningar och gick snabba ronder. Mentalsjukvårdens praktik under 1963 bestod inte primärt av att behandla patienterna på plats utan bestod till största del av andra sysslor. Om patienterna inte blev behandlade så blev ingen heller botad vilket betydde att kostnaderna för dessa blev minimum konstanta vilket motverkade de statliga kraven på en krymping av vårdkostnaderna. Staten ansåg att det krävdes djupgående förändringar inom organisationen, av personalens kunskap och inställning för att klara av att bygga en förnyad vård där patienterna kunde bli friskare. Syftet med den nya mentalsjukvårdslagen från 1964 var att standardisera mentalsjukvården över hela landet och säkerställa att all in- och utskrivning av patienter skedde på lika villkor. Syftet var sekundärt att förändra samhällets mentalitet angående den negativa synen som allmänheten hade på mentalsjukvården. Det handlade om ett förtydligande av att ingen annan än staten hade monopol på bestraffning och att reglera organisationen så att statens maktutövning blev praktisk genomförbar.

Furunäset ville i sitt yttrande till förslaget om den nya mentalsjukvårdslagen, behålla rätten till att besluta över interneringen av patienter fast med skillnaden att intagningsbeslutet

fortsättningsvis endast skulle vara överläkarens ansvar. Furunäsets ledning var orolig för att det skulle skapas en långsam byråkrati om staten tog över beslutsfattandet om interning. Man trodde att människor i behov av hjälp, främst från den norrländska glesbygden, inte skulle få den vård som de behövde i tid. Furunäsets ledning underströk att en sjuk människa i glesbygden inte överlevde särskilt länge utan hjälp bland annat på grund av det hårda klimatet. Förslaget som Furunäset lade som innebar att mentalsjukvårdspersonalen skulle ha rätt att använda sig av tvång mot patienter, fast endast i händelse av fara för dennes liv, var det enda av förslagen som vann gehör hos Medicinalstyrelsen. Genom att lagen motverkade institutionell maktutövning som det gamla Furunäsets stod för, som tvångsinternering och lokal maktutövning, separerades Furunäset genom sin bristande funktion ytterligare en bit bort från sin ursprungliga tradition och funktion. Furunäset var inte längre riktigt den institution den en gång var efter den nya mentalsjukvårdslagen.

Det hade visat sig att den snabba materiella uppbyggnaden inom mentalsjukvården och de nya arbetsmetoderna hade ställt nya krav på mentalsjukvårdspersonalen som arbetade på mentalsjukhusen. Redan under 1950-talet stod det klart från regeringens sida att utbildningssystemet för mentalsjukvårdspersonal måste ses över. Regeringens kvalitativt ställda förslag till Riksdagen 1954 handlade om att personalens utbildning inte var tillfredställande och att denna måste åtgärdas om man i framtiden ville ha en högkvalificerad mentalsjukvård. 1956 beslutade regeringen om att införa en tvåårig grundutbildning för mentalsjukvårdspersonal och 1958 en tvåårig sjuksköterskeutbildning med specialistkompetens för både somatisk- och mentalsjukvård. 1960 beslutades det om en utbildning på fyra månader för förmän på mentalsjukhus och 1961 införde man grundkrav för ansökande till mentalsjukvårdarutbildningen. Regeringen hade tagit ett fast grepp om utbildningens utveckling i syfte att förbättra mentalsjukvården. Skapandet av den diverserade specialistutbildningen för sjuksköterskor visade på att staten hade planer på att skapa behörighet för sjuksköterskorna så att dessa i framtiden kunde arbeta inom den sammanförda vården.

De nyutbildade sjuksköterskorna släpptes inte in på arbetsmarknaden genom att mentalsjukhusen anammade ett av Medicinalverket icke godkänt meritvärderingssystem som kategoriskt värderade arbetstid före utbildning. Det visade sig även att de få sjuksköterskor som fick arbete och valde att stanna kvar fick finna sig att bli behandlade av övrig manlig personal som andra klassens människor. Detta skapade problem för läkarna som ofta behövde somatiskt utbildad personal vilket den befintliga inte alltid var. Direktionen för Furunäset försvarade sig från kritiken genom att påstå att institutionen var helt objektiv i sitt urval vid anställning av personal och därför inte kunde klandras. Direktionen bevakade sina egenintressen och argumenterade för att även arbetslivserfarenhet måste värderas vid val av anställning av personal. Furunäset hade genom direktör K.G. Wiklunds agerande visat sig följa en tradition där institutionens ledning ensamma avgjorde vem som anställdes utan att rådfråga varken Medicinalverket eller Piteå stads kommun. Genom Furunäsets annanande av meritvärderingssystemet och responsen som SFF fick efter sin påstötning i frågan ligger det nära till hands att anta att sjuksköterskorna blev diskriminerade delvis på grund av att staten värderat den nya utbildningen högre än hos de redan arbetande skötarna. Det hade uppstått en konkurrenssituation som var komplicerad eftersom institutionen behövde både utbildad personal och personal med erfarenhet. Poängräkningstabellen i meritvärderingssystemet var ett byråkratiskt system som förhindrade ny kunskap via utbildning att komma till Furunäset men samtidigt så hade den en funktion som var att behålla erfarenhet inom institutionen i form av mänskligt kapital. SFF rekommenderade 1964 samtliga direktioner vid de svenska mentalsjukhusen att inte enbart annamma

meritvärderingssystemet utan istället ta beslut som inte missgynnade någon specifik personalgrupp. Problemet var att Statens sjukhuspersonals förbund hade stått bakom meritvärderingssystemet vilket sållade bort nyutbildade sköterskor per automatik och att Medicinalstyrelsen inte hade bifallit detta. Meritvärderingssystemet, Statens sjukhuspersonals förbund och Furunäset motarbetade genom sitt agerande hela den statliga planen på en modernisering av sjuksköterskeyrket.

Genom att huvudmannskapet för Furunäset övergick i Landstingets regi 1967 var det inte längre möjligt att upprätthålla den gamla traditionen där Furunäset agerade som en autonom hegemonistisk institution gällande anställningskriterierna för sjuksköterskor utan dessa kom att slussas in i verksamheten med tiden. I syfte att ytterligare modernisera mentalsköterycket lät Landstinget flytta utbildningen i Norrbottens län till Furunäset under 1967. Utvecklingen av nya behandlings- och vårdmetoder hade tvingat personalen att axla nya roller som dessa inte hade haft innan. Yrkena hade genom detta förändrats i grunden och staten sökte förnya yrkena genom att ändra målsättningen och upplägget inom yrkesutbildningarna. Det betydde att en yrkesgrupp inte hade enbart sina arbetsuppgifter att ta hand om utan skulle komma att till viss del utföra delar av varandras arbetsuppgifter. Meningen var att den som utförde vården skulle bli flexiblare så att vården kunde nyttjas effektivare.

3.3 Furunäset och mentalsjukvården utreds 1963-1966

Beslutet om att stoppa expansionen av vården som hade kunnat ta sig an ett i framtiden potentiellt ökat vårdbehov, innebar även att utbyggnaden av mentalsjukvården bromsades. Det var inte längre möjligt att preventivt bygga ut vårdorganisationen vilket betydde att om vårdbehovet skulle komma att öka, kunde inte vården tillhandahållas i samma takt som efterfrågan utan måste istället byggas ut i ett senare skede. Beslutet om att slå samman vården kom under 1963 och i samma veva beslutet om att bytet av huvudman skulle ske fr.o.m. 1967. Det statliga kravet på ekonomisk återhållsamhet gav frivården möjlighet till att förändra rutinerna kring interneringsförfarandet av patienter som var i kontakt med frivården. En effekt av detta blev att många patienter nekades vård med hänvisning till dessa inte ansågs vara tillräckligt sjuka. Att många av de psykiskt sjuka som nekades vård, med tiden utvecklade en så kraftig psykisk sjukdom att mentalsjukhusen sedan blev tvingade att vårda dessa, förstod inte Landstinget skulle bidra till att öka vårdkostnaderna på lång sikt. Orsaken var att kraftig psykisk sjukdom var nära förenat med en långa vårdperioder medan en person som fick vård i ett tidigt skede hade större chans att tillfriskna. Samtidigt så blev en del andra patienter med rena missbruks- och/eller socialproblem likafullt skickade mentalsjukhusen för att det inte fanns någon vettig alternativ plats för vården i dess befintliga form att ta hand om dessa. Det var den kortsiktiga ekonomiska redovisningen över hur man brukat de statliga medlen som var intressant för den nya huvudmannen. Problemet var att skillnaden mellan Furunäset och Medicinalstyrelsens mål var att Furunäset först och främst ville överleva som institution medan Medicinalstyrelsen var ute efter att konstruera en vård som motsvarade politikernas och allmänhetens krav samt att få en långsammare utveckling av vårdkostnaderna. Detta visade sig ganska omgående vara två svårörensbara krav.

Eftersom att den somatiska och psykiatriska vården närmade sig varandra så var det inte längre självklart vilken institution som skulle betala för de olika behandlingstyperna och omsorgen. Vårdinstitutionerna var väl medvetna om att vårdens resurser skulle ses över inför den kommande sammanslagningen. Det handlade om Medicinalstyrelsens nya sätt att betrakta

vården i syfte att sedan omstrukturera institutionerna. Det handlade även om att en konkurrenssituation hade uppstått mellan den somatiska och psykiatriska vården. För institutionerna handlade det om vilken institution som skulle bedriva vård eller inte. Syftet med att slå samman vården var att krympa kostnaderna genom att nyttja de fördelar en stordrift hade att erbjuda. Att institutionerna ville klargöra kostnadsfrågan var en aktiv handling som inte hörde till vardagen men den var nödvändig eftersom den avgjorde vilka yrkesgrupper som inte skulle få behålla sina arbeten och vilka som skulle få mer resurser. Samtidigt så fick öronmärkningen av vårdens ekonomi effekten att institutionerna fick ett tydligare ansvar genom att det inte längre skulle vara delat.

Mentalsjukvårdsdelegationen beskrev en kvalitativ definition över vad som krävdes för att få en i framtiden fungerande och samordnad vård. Medlet som var tänkt att användas var specialisering av vårddyrkena, förändrad arbetsordning, ökad anställning av vårdpersonal, samplanering mellan vårdpersonalen, snabb igångsättning av behandlingen av psykiskt sjuka, utökad vårdforskning samt nybyggnationer av behandlingslokaler runt om i landet.. Specialisation och samplanering var relativt billiga att genomföra medan ökad anställning av personal och nybyggnationer av behandlingslokaler var mycket kostsamma. En förändrad arbetsordning var tvunget att godkännas av fackförbundet samt att vårdforskningen måste förankras under lång tid på statlig begäran via universiteten om den inte betalades av privata intressenter. Det fanns alltså flertalet hinder för att sammanslagningen av vården skulle komma att fungera så smidigt som Landstinget hade önskat. Ett av hindrena var alla de krav på omförhandlingar av avtal som Medicinalstyrelsen genom beslutet om byte av huvudmannaskap hade ålagt Piteå stads kommun och Furunäset med under åren 1963-1966. Att Landstinget aktivt ville förändra den svenska allmänhetens inställning till mentalsjukvården visade på en medvetenhet som inte varit offentligt uttryckt innan. Mentalsjukhusens utveckling mot en ökad byråkratisering av vården i syfte att behålla institutionens tradition i sin dåvarande form, visade på att mentalsjukhusen rörde sig allt längre bort från statens uppfattning om hur en mentalsjukvården i framtiden skulle bedrivas.

Eftersom att Furunäset i januari 1964 var underbemannat både sett till antalet skötare och läkare, påtalade överläkaren Dr. Haapaniemi till sjukhuschefen Bernstad, att hon önskade att Furunäset skulle slippa ansvaret över de dementa eftersom de var enormt resurskrävande och att personalen inte längre klarade av att hantera arbetssituationen. Att sjukhuschefen Bernstad istället valde att rapportera till NLL att det största problemet var alkoholisterna, betydde att han gjorde det som han av den kommunala huvudmannen förväntades göra vilket var att först och främst att se till att strama åt Furunäsets utgifter. Bernstads agerande kom att leda till en konflikt mellan honom och Dr. Haapaniemi som varade under hela 1964. Förändringen som Dr. Haapaniemi ville åstadkomma handlade om att organisationen inte fungerade på det sätt som hon ansåg var dess uppgift. Dr. Haapaniemi menade att Furunäsets uppgift var att ge patienterna en effektiv behandling och vård vilket inte var möjligt så länge läkarna endast arbetade inom sin egen avdelning. Den faktiska organisationens revirbundna struktur tillsammans med den då gällande arbetsordningen hindrade det dagliga arbetet från att fungera effektivt. Dr. Haapaniemi ansåg att hon var tvungen att bryta Furunäsets traditionsbunda mentalitet som innebar att alla problem sköttes inom Furunäsets domän. Dr. Haapaniemi ville att staten skulle ta över huvudmannskapet för Furunäset i syfte att återta kontrollen över verksamheten. Dr. Haapaniemi tog kontakt med Medicinalverket och påpekade fördelarna med Landstingets framtida övertagande av Furunäsets huvudmannskap. Sjukhuschefen Bernstad försökte istället upprätthålla traditionen genom att straffa Dr. Haapaniemi genom att skriva till Medicinalverket och påstå att Dr. Haapaniemi hade samarbetsproblem genom att hon inte tog hänsyn till organisationens sammanlagda vilja som

baserades efter hur stor organisationen var. Bernstad argumenterade dock för att han förstod de praktiska fördelarna som Dr. Haapaniemi påtalade men att hon inte agerade efter hur verkligheten såg ut och att hon var verklighetsfrämmande. Bernstad menade även att Dr. Haapaniemi inte följde lagen genom att hon hade påstått att flertalet beslut som rörde tvångsinternering av patienter hade skett genomintendentens överinseende vilket skulle om det var sant ha varit olagligt eftersom det endast var överläkaren på Furunäset som hade rätt till dessa beslut. I slutet av 1964 visade det sig att samtliga anklagelser som Bernstad hade gjort mot Dr. Haapaniemi enbart var falska anklagelser och personliga åsikter som inte fick gehör hos varken Medicinalverket eller Piteå stads kommun.

De första planerade kostnaderna under 1965 kom genom den nystartade upprustningen av Furunäset vilket tog mer än 1/35 i anspråk av hela Sveriges totala mentalsjukvårdskostnader. Flertalet av mentalsjukhusen i Sverige skulle komma att genomgå liknande upprustningar som Furunäset och detta innebar att den totala kostnaden skulle komma att stiga till för staten oacceptabla höjder. Staten hade dock planer på att täcka delar av kostnaderna genom en kraftig nedskärning av vårdplatser och personal. Arbetsmiljön var redan vid tillfället för Bernstads planerade nedskärning av Furunäsets vårdplatser mycket dålig på grund av undermåliga behandlingslokaler, för stort patientantal och sjukhussjuka. Efter överinspektören Ramqvists inspektion visade det sig att Furunäset endast hade anställt en enda tillsatt läkare när det enligt avtalet skulle ha varit fem. Orsaken till detta som Ramqvist uppgav var att det var svårt att lyckas anställa läkare på grund av den dåliga arbetsmiljön. Det var därför mycket svårt för patienter att få den behandling som de utlovats. Furunäset hade heller inte anställt en enda tandläkare utan man hyrde in tandläkare endast för akuta fall. Toaletterna, telefonerna och den allmänna hygien i Furunäset samt byggnadernas skick var inte människovänliga. Det enda som verkade fungera var personalens goda inställning, psykologernas arbete och den terapeutiska miljön. Det som skiljde Ramqvists inspektion från 1965 från föregående år var att det fanns med en kvalitativ mätning över patienternas trivsel och miljö.

De sociala myndigheterna sände somliga patienter till Furunäset trots att dessa inte kunde behandlas där eftersom de led av andra problem än renodlade psykiska. De sociala myndigheterna hade dock inte någon alternativ plats än Furunäset att skicka patienterna till och eftersom Furunäset hade varit en uppsamlingsplats för diverse människor under många år så blev mentalsjukhuset fortsättningsvis den naturliga uppsamlingsplatsen för människor med tveksam eller skiftande diagnos. Furunäsets roll var på väg att förändras genom den planerade omstrukturering. Den psykiatriska vården skulle bantas men samtidigt bli mer specialiserad och behandlingsinriktad samt mindre omhändertagande i den mening att Furunäset skulle utvecklas mot att bli en behandlingscentral och inte en uppsamlingsplats. Det skulle visa sig redan kommande år att staten hade ytterligare planer på att krympa den psykiatriska vårdens omfattning genom nya besparingskrav.

Inför bytet av huvudman 1967 hade Medicinalverket genomfört en utredning sedan slutet av 1965 där syftet var att utarbeta en detaljplan för inskrivningsförfarande. Regeringen beslutade sig i september 1966 istället för att inte vänta på Medicinalverkets utredning utan tog saken i egna händer och stiftade en ny sjukvårdslag och sjukvårdsstadga. Dessa innebar att mentalsjukvården skulle få samma rättigheter som den somatiska. Att den psykiatriska vården skulle komma att bli väsentligt mycket dyrare genom att man tillskrev denna samma rättigheter som den somatiska vården skulle med tiden visa sig ge effekter på flera sätt. Att regeringen uttryckligen skrev in i lagen att man fortsättningsvis inte skulle använda sig av uttrycken mentalsjukhus och mentalsjukvård tydde på att det hade skett en mentalitetsförändring över hur man såg på psykisk sjukdom i samhället. Politikerna förbjöds

uttryckligen att använda sig av dessa negativt värdeladdade ord i myndighetssammanhang. Inför övertagandet som huvudman för Furunäset begärde Landstinget in besparingsförslag från direktionen på Furunäset. Furunäset svarade i februari 1966 med att beskriva de poster som man ville få ökade anslag till när den initiala begäran från Medicinalverket gällde vilka poster som Furunäset ansågs kunna skäras ned. Att Furunäset dessutom i en aktiv och medveten handling begärde ökade anslag till att betala sjukhuschefens övertid, visade att Furunäset inte direkt svarade på det som Medicinalverket frågade om. Furunäset strävade efter att fungera som institution och ansåg att detta inte var möjligt med de begränsade resurserna så direktionen gjorde det den ansåg sig vara skyldig att göra vilket var att begära utökade anslag. Det statistiken visade var att kategorin behandling stod ensamt för hela 78% av patienternas totala vårdkostnader medan patienternas tandläkarvård stod för 53% av kategorin behandling. Ökningen av de totala kostnaderna bestod till $\frac{3}{4}$ av behandlingrelaterade utgifter vilket bidrog till att aktörer hade olika åsikter om patienterna borde omfattas av tandläkarvården eller inte. Vårdens kostnader hade ökat drastiskt främst genom att patienterna fick mer vård än innan och den största enskilda faktorn kunde direkt härledas till tandvården.

3.4 Kristendom, omvårdnad och behandling

Begreppet vård bestod kring 1960 på Furunäset i sitt praktiska utövande av psykoterapeutisk terapi och medmänskligt omhändertagande. Behandlingen kom att ske genom olika former av arbetsterapi som sysselsatte patienterna men inte nödvändigtvis förbättrade deras psykiska hälsa. Gruppterapin var omfattande under 1960 men kom att under 1961-64 bli frivillig och användes bara om terapeuterna tillsammans med patienten ansåg att patienten skulle få ut någonting av den. Ungefär 1/3 av alla patienter som kunde delta i terapi klarade av att utföra vanliga arbeten. 1962 gjorde Furunäset ett försök till att fördubbla antalet patienter som klarade av ett normalt arbete men Furunäset blev ganska snart varse om att patienterna som blev uttvingade i vanliga arbeten i regel inte klarade av det. Följande år gick Furunäset tillbaka till att sätta de patienter som man visste var arbetsföra i arbete och valde att belöna dessa med en minimal ersättning som patienterna kunde använda till att köpa sig lite vardagslyx eller liknande. Omvårdnaden skedde utifrån Furunässets resurser och bestod mestadels av frivillig sysselsättningsterapi eller via någon av de olika hobbyerna som fanns tillgängliga på Furunäset. Arbetsterapiformerna brukades sedan 1967 genom sin yrkesanknytning till att bli träningsstationer för patienter som NLL via Furunäset, planerade att föra tillbaka till samhället. Den 5 juni 1969 så befäste Landstinget sina planer på att skriva ut patienter från Furunäset genom konferensen "Åter till aktivt liv genom modern arbetsterapi". Det var en utbildningsdag som explicit handlade om att utbilda mentalsjukvårdspersonal om hur dessa skulle använda sig av arbetsterapin som medel för att underlätta planerade utskrivningar av patienter.

Trots att lagen om religionsfrihet infördes 1951 så kom den svenska protestantiska statskyrkan att vara helt dominerande under 1960-talet. Religionen stöddes från statligt håll och införlivades i Furunässets organisation genom Medicinalstyrelsens beslut om tillsättandet av en sjukhuspräst redan 1951. Kristendomen fungerade som lugnande medel för patienternas inre men var ingen traditionell behandlingsmetod om än att man från statligt håll genom *1958-års utredning kyrka-stat I* argumenterade för religionens sidovinst. Kristendomen var dock inte en behandlingsform i medicinsk mening eftersom den inte syftade till eller kunde behandla patienterna så betraktas den därför för att ha varit en av Furunäset sanktionerad form

av omvårdnad. Medicinalstyrelsen stödde tillsättandet av sjukhuspräster vid mentalsjukhusen och skrev dessutom i ett brev till Uppsala domkapitel där man beskrev den svenska protestantiska statskyrkans verksamhet som ”andlig vård”. Att Medicinalstyrelsen uppmanade sjukhuschefen och ledningen på mentalsjukhusen att ta hänsyn till den andliga vårdens existens och planera kyrkans verksamhet in i mentalsjukhusens, visade på vilket inflytande religionen fortfarande hade över det svenska samhället. Beslutet betydde i praktiken att sjukhusledningen ensamt avgjorde vem som blev sjukhuspräst och om andra trossamfunds verksamheter skulle släppas in i mentalsjukhusets lokaler. Makten beträffande den andliga vårdens utformning och existens polariserades därmed till Furunäsets direktion.

Familjevården var ett organiserat omsorgssystem som var anpassat till det dåtida Sveriges sociala hierarkiska ordning där kärnfamiljen nästan uteslutande bestod av en försörjande man och en fru som skötte barnen och arbetet i hemmet. Familjevården var ingen vård i ordets rätta bemärkelse utan var en organiserad form av omvårdnad där vissa patienter kunde vistas i frihet i utbyte mot fysisk prestation. Familjevården var ett bra alternativ och det enda alternativet för patienter som egentligen var för friska för att vara internerade på ett mentalsjukhus men för sjuka för att fungera ute i samhället. Problemet visade sig vara att familjevårdspatienterna ibland blev utnyttjade som arbetskraft och inte fick den utlovade tryggheten och sociala gemenskapen. Det var dessutom mycket svårt för läkaren på Furunäset att finna tid till att genomföra kontinuerliga stickprovskontroller i familjevårdsboendena som hade behövts för att säkerställa deras boende- och arbetsmiljö.

När det svenska samhället utvecklades mot att kvinnorna skulle förvärvsarbeta och införandet av den allmänna tilläggspensionen (ATP) 1960, så försvann med tiden möjligheterna för kommunerna till att hitta seriösa familjehem i större utsträckning eftersom familjevårdshemmen var inte längre beroende av den ersättning som dessa fick från Landstinget. Jordbruket blivit så pass mekaniserat att det blivit en ännu farligare arbetsplats för människor som hade svårt att behålla koncentrationen likt flertalet av familjevårdspatienterna. Samtidigt så var de tidigare hemmavarande husmödrarna ute och förvärvsarbetade och kunde därför inte vara hemma och passa familjevårdspatienterna. Samhällsförändringarna fick sina efterverkningar för familjevården i Piteå efter 1963 då de första ersättningarna från ATP började betalas ut och hade i princip helt utplånat stora delar av verksamheten i slutet av 1965. Landstinget resignerade i frågan efter de fått mentalsjukvårdsdelegationens samhällsanalys över familjevårdens förmodade icke existerande framtid. De tidigare fria familjevårdspatienterna i Piteå fick efter 1965 finna sig i att återvända till Furunäset för att åter igen bli frihetsberövade. Det visade sig dessutom att familjevården varken gjorde patienterna friskare eller sjukare och genom att Landstinget satsade på att spara pengar och att krympa organisationen efter de tagit över som huvudman, så var det naturliga beslutet att mer eller mindre lägga ned familjevården en ganska naturlig lösning. I januari 1967 redogjorde direktionens ordförande Märten Kalling för att inga fler familjevårdsfall var att vänta.

1959 så införlivade inrikesdepartementet i sitt förslag till ny sjukhuslag, vikten av att Landstinget skulle få utökat ansvar ifall att tandvården även skulle koma att omfatta mentalsjukvårdspatienterna. Medicinalverket stödde förslaget och menade på att det slutgiltiga målet var en enhetlig hälso- och sjukvård. Tvistandet om vem som skulle bära ansvaret för mentalsjukvårdspatienternas tandvårdskostnader på Furunäset 1961-1962 var en helt naturlig del av Furunäsets agerande som institution. Det Furunäset vanligtvis gjorde var att bevaka sina intressen och i det här fallet så gällde det sin egen ekonomi. Agerandet stred till viss del emot Furunäsets ålagda plikt att tillhandahålla sina patienter adekvat vård men

detta hade sitt ursprung i att den svenska regeringen inte var riktigt på det klara med om tandvård verkligen skulle räknas till att vara en del av den allmänna folkhälsan. Vidare så kan förvirringen även betraktas som en mentalitetsförändring i det svenska samhället som 1961 ännu låg i sin linda. Förändringarna inom tandvården som slog igenom kring 1962 var att tandvården blev införlivad i den somatiska vården, att patienterna på mentalsjukhusen fick rätt till tandvård för att den var en del av den somatiska vården och att tandvården förändrades mot att bli mer patientanpassad.

Det skulle visa sig att patienterna på Furunäset inte fick förbättrad tandvård genom principbeslutet från 1959. Furunäset hade 1964 endast en anställd tandläkare och ingen narkosläkare som kunde söva patienter inför större tandoperationer. Resultatet blev att patienterna inte fick den utlovade tandvården förutom i vissa fall då tandsjukdomarna blivit så omfattande att Furunäset tvingades skicka patienterna till Piteå lasarett för större tandvårdsarbeten. Skillnaderna mellan hur tandvården på Furunäset bedrevs jämfört med hur tandvården på Piteå lasarett bedrevs var exceptionellt stora. Detta hade att göra med att Furunäset av ekonomiska skäl inte satsade på tandvård för sina patienter. Traditionen på Furunäset innebar att man inte skulle behandla mentalsjukvårdspatienter efter deras egna behov och önskemål utan efter vilka resurser Furunäsets hade. Det var först när Landstinget tog över som huvudman 1967 som man köpte in ny tandläkarutrustning på sjukhusdirektör Karl Granqvists initiativ. Röntgenutrustningen var dock för dyr att köpa ny och lösningen blev istället att man lät flytta röntgensköterskans tjänst till Piteå lasarett med motiveringen att det blev billigare att betala för omfattande tandvårdsarbeten där.

3.5 Nytt huvudmannaskap 1967-1972

Före 1967 hade Piteå stads kommun huvudmannansvaret för Furunäset och fördelade statligt beviljade anslag efter egna ambitioner. NLL fick som ny huvudman regional överblick över länet och samtidigt lokalt över Furunäsets ekonomi vilket inte Piteå kommun hade haft. NLL hade dessutom en nära och kontinuerlig kontakt med socialdepartementet vilket bidrog till en ökad översikt och statlig kontroll. Begreppet *lägsta effektiva omhändertagandenivå* var ett principbeslut som togs för att NLL fortsättningsvis skulle bedriva en målinriktad och sparsam vård där inga av det som NLL betraktade vara onödiga kostnader tilläts växa. Samtidigt så blev den psykiatriska vården förändrad i grunden genom att fokus hade flyttats från att patienterna förväntades anpassa sig till institutionerna genom ett gott uppförande, till att den psykiatriska vården skulle ge behandling och omhändertagande med hänsyn taget till patienternas vilja och behov. Utbildningen av mentalsjukvårdare hade omstrukturerats och genom detta blivit mer omfattande och mer ändamålsenlig. Den nya mentalsjukvårdsutbildningen i kombination med allmänhetens och myndigheternas förändrade inställning till de psykiskt sjuka gav incitament till personalen för att lära sig förstå de nya krav som hade ålagts vårddyrkena och patienternas behov. Att lära sig förstå patientens behov blev alltså med tiden en del av att som anställd mentalsjukvårdare hålla sig väl med den institution som man arbetade åt. Samtidigt så hade det ställts högre krav på mentalsjukvårdarna än tidigare och dessa hade genom sin statliga tjänst fått högre lön än vad en mentalsjukvårdare fick för samma tjänst som anställd åt Piteå kommun. Skillnaden mellan att vara anställd åt Piteå kommun och åt den svenska staten via Landstinget blev även att arbetsbördan ökade för personalen genom de flexibla arbetsuppgifterna och att resurserna krympte. Detta var dock endast möjligt genom det accelererande bruket av de psykiatriska medicinerna som skapade ett lugn hos patienterna som inte fanns innan.

Överläkare Dr. Mårten Kalling utvärderade den psykiatriska vården i Norrbotten på uppdrag av NLL i februari 1967. NLL behövde kunskap om hela vårdorganisationen för att klara av att omstrukturera den. Behandlingssjukhemmens hade samma åsikter som Furunäset om att man inte klarade av att behandla alkohol- och åldersdementa samt att man önskade att någon annan myndighet tog sig an det problemet. Att samtliga av vårdinstitutionerna kontinuerligt påpekade att det behövdes andra lösningar för vissa patientgrupper gjorde det enklare för NLL att motivera nya alternativa vårdformer inom den halvöppna vården. Behandlingssjukhemmen klarade på grund av resursbrist och utbildningsbrist inte av att ta hand om andra än lättskötta patienter och kommunerna hade stora problem med att själv ordna en normal tillvaro för patienterna utanför behandlingshemmen. Furunäset hade under 1967 fått i uppgift av NLL att med hänvisning till besparingskraven ta reda på hur man på effektivaste vis skulle se till att minska patientnärvaron. Medlet för att uppnå NLL:s krav var att söka förmå patienterna att delta i antingen skyddad eller öppen rehabiliteringsverksamhet. Furunäsets befogenheter sträckte sig inte längre än inom sin institutions domän vilket inte omfattade de utskrivna patienterna då det var tänkt att öppenvården skulle ta över när dessa lämnade Furunäset. Den nya organisationen med NLL som huvudman toppstyrdes ännu hårdare med en sjukhusdirektör i toppen av hierarkin som bland annat skulle fungera som kontrollant av verksamheten. NLL:s plan var att krympa organisationen och skaffa sig ökat direkt inflytande i verksamheten. Efter övertagandet 1967 så öppnade Bengt Olsson, ordförande vid svenska Landstingsförbundet, upp för en diskussion om möjligheten till att inte behålla alla sorters patienter vid Furunäset. Lagen om sekretess både hjälpte och motarbetade patienterna i deras internering men läkarnas yrkestradition och respekt inför lagen om sekretess visade sig missgynna patienternas behandling till övervägande del. Läkarna blev i sin yrkesutövning mer eller mindre tvingade av systemet att se till sin egen säkerhet på grund av att dessa med hänsyn till patienternas sekretess inte fick redogöra för patienternas personliga problem och behov med andra enheter inom den övriga vården, anhöriga eller sociala myndigheter utan patientens och om patienten var omyndighetsförklarad, de anhörigas, uttryckliga stöd. Systemet blev därför trögt och oeffektivt vilket missgynnade patienter som hade speciella behov av vård vilket omfattade de flesta av de psykiskt sjuka patienterna.

Det alternativa stödet till öppenvårdsformerna som kallades för *hjälpverksamheten* var tänkt att sälla patienterna till att få rätt sorts behandling. Hjälperksamheten fungerade inte effektivt eftersom att Furunäset hade brist på kompetenta läkare som kunde genomföra sällningen på ett professionellt vis. Man började istället i allt större utsträckning tillämpa principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. Denna fungerade sällan bra för att de psykiskt sjuka hade oftast inte tillräcklig sjukdomsinsikt och självkontroll för att förstå sitt eget bästa och hävda sin rätt till att få adekvat vård. Med tillämpningen av lägsta effektiva omhändertagandenivå så hade Furunäset i princip frångått sitt ursprungliga syfte som att vara primärt en internerande institution. Patienternas ökade rättigheter som kom genom att de betraktades av samhället att vara samhällsmedborgare samtidigt som de var patienter, gjorde att de gavs friheten att i de absolut flesta fall fick välja om de själva skulle få behandling. De ökade rättigheterna gällde de patienter som av Furunäset och Landstinget var hyfsat behandlingsbara. Det betydde i praktiken att de patienter som var sjukast och som var i störst behov av hjälp, inte fick någon behandling. Utvecklingen hade gått mot en besparing av Furunäsets ekonomiska medel och ett av sätten för att spara pengar var att använda sig av frigångssystemet för att legitimt motivera att låsa in de sjukaste patienterna som inte uppfyllde Furunäsets krav på uppförande samt att sedan neka dessa vård med hänvisning till principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. Det var ekonomiskt fördelaktigt för institutionerna att tillåta patienter vägra psykiatrisk vård även om det inte var ett direkt eller explicit uttryck.

Den förändrade öppen- och eftervården kom av att NLL och Furunäset i stor utsträckning hade undlåtit att fullt ut hjälpa patienterna när de väl hade lämnat den slutna interneringen. Patienterna återkom ofta till Furunäset eftersom de inte hade klarat av samhällets krav på uppförande och/eller hade fallit tillbaka in i sin psykiska sjukdom. Mentalsjukvårdens uppgift sedan NLL hade tagit över huvudmannaskapet var att se till att patienterna skulle stanna kvar ute i samhället fast med stöd av öppen- och eftervården. Den psykiatriska vården var efter detta inte längre helt knuten till Furunäset som institution utan mentalsjukvården kunde i somliga fall bedrivas på alternativa sätt. Furunäset frångick genom anammandet av bosättningsbegreppet att principiellt alltid vara direkt ansvariga för patienternas kostnad. Det blev istället patienternas hemkommuner som fick betala för patienternas vård fast retroaktivt till NLL. Detta principbeslut skulle komma att ge efterverkningar för både Furunäset som institution och dess patienter. För många patienter var Bosättningsbegreppet ett ödesdigert beslut eftersom dessa ofta inte hade någon som helst anknytning till den forna hemkommunen och hade levt många år och hade hela sitt liv på Furunäset.

Införandet av överläkare i somatisk vård på både Furunäset och Öjeby sjukhem under 1968 säkerställde patienternas fysiska behandling precis som för en vanlig samhällsmedborgare vilket i sig var ett stort lyft för patienternas välmående. Furunäsets kroppssjukvård hade fram till och med 1967 inneburit att patienter många gånger fått finna sig i att inte få någon behandling om det inte handlade om mycket allvarliga sjukdomar och då hade patienterna blivit tvugna att transporteras till Piteå lasarett. Att vara inlåst och frihetsberövad utan personlig rådgivning av professionell läkarvård kan betecknas vara många olika saker men det var inte en terapeutiskt gynnsam miljö. Kostnaderna för läkemedel ökade i takt med det stigande bruket av mediciner och främst de psykiatriska medicinerna. Utan medicinerna hade dock vårdkostnaderna förmodligen blivit ännu högre eftersom att patienterna som behandlades istället hade tvingats söka personlig vård som var mycket dyrare än medicinering samt att dessa måhända, utan medicinsk behandling, hade blivit sjukare och vidare tvingats interneras på Furunäset. De psykiatriska medicinerna möjliggjorde och föranledde en framtida massutskrivning av patienter och en fullständig omstrukturering av vårdssystemet som medförde nedläggningarna av mentalsjukhusen.

Redan i september 1968 uppmanade ledningen för Furunäset Landstinget till att inrätta nya vårdformer så som dagvård och utskrivningshem i syfte att underlätta för planerade framtida utskrivningar av patienter. Landstinget hade sedan övertagandet av huvudmannaskapet 1967 arbetat mot att inte lägga lika stor mängd resurser i behandlingen av samtliga patienter utan istället valt att prioritera ungdomarna för att dessa ansågs kunna behandlas effektivare än övriga patientkategorier. Samtidigt som Furunäset riktade sitt fokus mot ungdomarna så togs fokuset bort från de övriga patientkategorierna som ansågs vara mer svårbehandlade. Landstingets förändrade inställning till behandlingen av patienter betydde att patienter behandlades efter hur verksamma insatserna blev och inte enligt den radikala vänsterns kritik av mentalsjukhusen under 1960-talet som initialt hade motiverat de politiska besluten som togs om att omstrukturera det svenska vårdssystemet. Den radikala vänsterns kritik handlade till stor del om övertygelsen att alla människor, inklusive patienterna på mentalsjukhusen, var lika värda och där borde få samma rättigheter till vård som friska medborgare.

En faktor som ytterligare bidrog till att göra Furunäset obekvämt i det omkringliggande samhällets ögon var att utvecklingen inom behandlingen gick mot friare former och framförallt frigångssystemet som ge patienterna så mycket frihet som dessa klarade av förutsatt att patienterna klarade av ett från samhället betraktat, städat uppförande. Frigångssystemet hade genom den minskade kontrollen gett patienter möjlighet att rymma i

större utsträckning än tidigare vilket kraftigt hade belastat poliskåren i Piteå stad. Polisen krävde förändring och att Furunäset skulle ta fullt ekonomiskt ansvar för den skada som förrymda patienter åsamkade samhället. Genom tidningarnas inblandning i och belysning av rymningsfrågan blev Furunäset en allmän angelägenhet och en officiell samhällsfråga. Furunäset var genom detta inte längre en riktigt lika sluten institution som det en gång var. Patienternas möjligheter till att inte leva fullt lika strikt inspärrade hade vänts emot dem och deras strävan efter frihet tvingade polismyndigheten genom påtryckningar och hot om ekonomisk sanktion, Furunäset till hårdare kontroll och domesticering av patienterna.

Redan under det första året som NLL tog över som huvudman så blev NLL varse om att detta skulle komma att bli en mycket kostsam historia. Principbeslutet om en upprustning av Furunäset var redan taget så sjukhusdirektören Granqvist arbetade mot att förmå NLL till att genomföra sitt åtagande medan NLL förhalade processen med hänvisning till den dåliga ekonomin. NLL:s ledning stödde 1970 fortfarande planerna på att renovera Furunäset, åtminstone fram till och med 1972, då Gällivare sjukhus förväntades vara färdigbyggt. Patienter och personal fick lida en hel del under trångboddheten som kom av NLL:s ovilja att ordna extra patientbostäder under renoveringen. Det som hörde till saken var att många patienter som planerades att förflyttas till Gällivare sjukhus hade levt större delen av sitt vuxna liv på Furunäset och hade ofta inte någon samhörighet, släkt eller reaktioner kvar med den gamla hembygden. Det enda som avgjorde att dessa patienter skulle förflyttas var att deras mantalsskrivningsort en gång i tiden hade varit i Gällivaretrakten det datumet de blev internerade på Furunäset.

3.6 Dehumanisering och livskvalitet

Den radikala vänsterns kritik av mentalsjukvården motiverade de politiska besluten om omstruktureringen av mentalsjukvården. Frågan är dock om det fanns någon substans i Erwing Goffmans kritik av mentalsjukvården och om dehumaniseringsbegreppet i praktiken retroaktivt är tillämpningsbart på Furunäsets patienter? Furunäsets institutionella mål var bland annat att domesticera patienterna till ett uppförande som präglades av ett lugn, i syfte att interneringen och behandlingen av dessa skulle bli möjlig. Om domesticeringen innebar att patienterna i den processen tappade delar av sina identiteter så var detta något som Furunäset inte arbetade aktivt emot men samtidigt inte heller aktivt bejakade. Att bli tvångsomhändertagen, *satt i tvångströja och bli bunden*, var för de flesta patienter på Furunäset ett allvarligt trauma. Om detta dessutom skedde utan respekt för den omhändertagnes person blev upplevelsen vanligtvis förvärrad. Att få sin frihet helt berövad innebar även att få den rörelsefrihet man *som individ behöver för att uppleva trygghet* borttagen. Utan någon frihet kunde patienterna inte ta något *initiativ* eller ens få tillstånd av institutionen att *inreda sina egna rum*. Att bli frihetsberövad innebar att inte längre att kunna utöva sakerna som patienterna vanligtvis brukade göra. En patient som var helt frihetsberövad hade ofta *inte någon att tala med*, i alla fall inte någon som patienten själv hade valt att vilja tala med. Att patienterna inte kunde röra sig fritt och ha normal mänsklig kontakt med andra människor innebar att de i praktiken *inte kunde älska och få kärlek*. Patienterna var inspärrade för att dessa på ett onormalt vis inte *kunde tänka klart och fritt från mental förvirring*. Det viktigaste för patienterna var dock inte aktiviteterna som de kunde utföra om de hade haft frihet utan faktumet att deras frihet plötsligt inte fanns kvar och att de ofta inte fullt ut förstod varför den inte gjorde det.

Furunäsets ledning var väl medvetna om hur mycket patienterna suktade efter frihet och använde sig av patienternas inneboende önskan om att en dag återfå den. Efter införandet av friförmånssystemet 1962 fick fler patienter större frihet vilket kraftigt bidrog till en förhöjning av deras livskvalitet. Detta gällde inte de patienter som inte uppfyllde Furunäsets krav på uppförande, vilka istället fick hela sin frihet indragen. Det var dessutom skillnad på vilken omvårdnad patienterna fick beroende på hur väl de uppförde sig. Försöken som gjordes på Furunäset under 1960-talet med att förmå patienterna att i så stor utsträckning det var möjligt delta i olika former av terapi gav blandade resultat för patienternas livskvalitet. De patienter som orkade med terapin och var tillräckligt friska fann det ofta stimulerande med sysselsättning som terapi, arbetsterapi eller hobbies. De som inte klarade av att sysselsättas fick helt enkelt inte delta utan lämnades utanför programmet.

Ett stöd i tillvaron för patienterna under alla år som Furunäset var i drift var den protestantiska kyrkans företrädare som gav patienterna medmänsklig omvårdnad i form av rådgivande samtal och gemenskap. Kyrkan agerade ideellt och var och var i sig självt en mycket solid organisation. Kyrkan var inte beroende av ekonomiska medel från huvudmannen för att kunna driva sin verksamhet trots institutionella och samhällsliga förändringar. Familjevården var ibland en lyckad företeelse och en alternativ behandling av patienter som egentligen var för friska för att vara inlåsta på Furunäset. Nedläggningen av familjevården kom på grund av samhällsförändringarna under 1960-talet och NLL:s krav på ekonomisk återhållsamhet, vilket ledde till en kraftig försämring av familjevårdspatienternas livskvalitet eftersom de återigen tappade det mesta av sin frihet.

Det råder heller ingen tvekan om att patienternas rättigheter till somatisk vård som befästes via vårdlagen från 1966 och den förbättrade tandvården, bidrog till att höja samtliga patienters livskvalitet. Att friheten under slutet av 1960-talet genom konstruktionen av begreppet *lägsta effektiva omhändertagandenivå*, tillämpades till att tillåta patienter möjligheten att neka vård, återigen missgynnade de sjukaste patienterna, de som inte hade en god sjukdomsinsikt. Att Furunäset använde sig av arbetsterapi sedan 1969 till att slussa de friskaste patienterna tillbaka till samhället måste betraktas efter vad patienterna förlorade och erhöll. Patienterna fick en viss frihet men tappade samtidigt tryggheten som Furunäset erbjöd genom skötarnas medmänskliga stöd, direktkontakt med läkare, terapi, gemenskap med andra patienter och hobbies. Att bosättningsbegreppet ofta gjorde mer skada för patienten än nytta var heller ingen hemlighet eftersom patienten flyttades pga. enbart ekonomiska skäl och eftersom ekonomiska intressen sällan samstämmer med allmänmänskliga värderingar så var det som då skedde mer likt ett lotteri.

4. Källor

Tryckta källor

Statens offentliga utredningar (SOU)

Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket. Mentalsjukvårdsdelegationen, *Mentalsjukvården: planering och organisation : betänkande 3*, Stockholm, 1958, s.233.

Mentalsjukvårdens statsbidragsutredning, *De ekonomiska villkoren för en huvudmannaskapsreform inom mentalsjukvården: betänkande*, Stockholm, 1960, s. 9, 35-36, 47, 119-120.

Mentalsjukvårdsberedningen. Personaldelegationen, *Mentalsjukhusens personalorganisation: betänkande. D. 1, Intervju- och frekvensundersökningar m. m.*, Stockholm, 1963, s.177-193.

Mentalsjukvårdsberedningen. Personaldelegationen, *Mentalsjukhusens personalorganisation: betänkande. D. 2, Målsättning och utformning*, Stockholm, 1965, s.17-18.

Sinnessjuklagstiftningskommittén, *Mentalsjukvårdslag: betänkande*, Stockholm, 1964, s.13-24.

Sjukhuslagstiftningskommittén, *Betänkande med förslag till sjukhuslag m. m.*, Stockholm, 1956

Odontologiska förhandlingssakkunniga, *Tandsjukvården vid de odontologiska läroanstalterna: betänkande*, Stockholm, 1961, s.35.

Utredningen angående vissa sjuksköterskornas och undersköterskornas arbetsuppgifter m. m., *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal: betänkande*, Stockholm, 1962, s.90-91.

1958 års utredning kyrka-stat, *Religionens betydelse som samhällsfaktor: möjligheter och metoder för en sociologisk undersökning*, Stockholm, 1963, s.17, 115.

Propositioner och lagar

Prop. 166, 1954

Prop. 106, 1956

Prop. 63, 1966

SFS 1962:381, *Lag om allmän sjukförsäkring*

Litteratur

- Aakvaag, Gunnar C., *Modern sociologisk teori*, 1. uppl., Studentlitteratur, Lund, 2011
- Björkman, Jenny, *Vård för samhällets bästa: debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*, Carlsson, Diss. Uppsala : Univ., 2001, Stockholm, 2001
- Engdahl, Oskar (red.), *Modern sociologisk teori*, Studentlitteratur, Lund, 2001
- Fors, Filip, *Lycklig?: sju studier om välbefinnandets och livstillfredsställelsens bestämningsfaktorer*, Sociologiska institutionen, Umeå Universitet, Diss. Umeå : Umeå universitet, 2012, Umeå, 2012
- Giddens, Anthony, *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Polity Press, Cambridge, 1984
- Giddens, Anthony, *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*, Univ. of California Press, Berkeley, 1979
- Giddens, Anthony, *Sociology*, Polity Press, Cambridge, 1991
- Hammarberg, Thomas., *Mänskliga rättigheter konventionen om barnets rättigheter*, TPB, Enskede, 2007
- Kajandi, Madis, *Livskvalitet: en litteraturstudie av livskvalitet som beteendevetenskapligt begrepp samt ett förslag till definition*, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, Uppsala, 1981
- Lundin, Elin, *Motstånd och kreativitet: George Herbert Meads bidrag till aktör-strukturdebatten*, B. Östlings bokförlag Symposion, Diss. Örebro : Örebro universitet, 2004, Eslöv, 2004
- Markström, Urban (2003). *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Diss. Umeå : Univ., 2003
- Moe, Sverre, *Sociologisk teori*, Studentlitteratur, Lund, 1995
- Neander, Gustaf, *Anstalten Hälsan i Norrbotten: ett social-hygieniskt experiment i nordligaste Sverige anordnat av Svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt studier över tuberkulosens spridningsförlopp i Sverige*, Nord. bokh., Stockholm, 1927
- Nyström, Maurits, *Välfärdsbyggare i Norrbotten: NLL 125 år*, Norrbottens museum, Luleå, 1987
- Ohlsson, Anna, *Myt och manipulation: radikal psykiatrikritik i svensk offentlig idédebatt 1968-1973*, Acta Universitatis Stockholmiensis, Diss. Stockholm : Stockholms universitet, 2008, Stockholm, 2008
- Persson, Karin, *Oral health in an outpatient psychiatric population: oral status, life satisfaction, and support*, Faculty of Health and Society, Malmö University, Malmö, 2009

Ritzer, George, *Sociological theory*. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1992

Sjöström, Bengt, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*, Daidalos, Diss. Lund : Univ., Göteborg, 1992

Sjöström, Bengt, *Den galna vården: svensk psykiatri 1960-2000*, 1. uppl., Bokbox, Lund, 2000

Svensson, Tommy, *Psykiatri, reformer och revolution: om radikal svensk psykiatrikritik åren kring 1970*, Hälsohögskolan, Jönköping, 1997

Tamm, Maare, *Psykologiska teorier i vården*, Akademiförl., Göteborg, 1991

Tidningstryck

Berglund, Joel, *De gick sina egna vägar*, Piteåtidningen, Piteå, 2/5-1989

Otryckta källor

Riksarkivet (RA)

Landsarkivet i Härnösand: Landsarkivet (HSD)

Furunäsets sjukhus direktionens arkiv (FSDA).

A1 Direktionens protokoll

E2:B 1-2 Överinspektören översikter

Landstingsarkivet (LA)

Landstingsarkivet i Luleå (LAL): Furunäsets sjukhus

114:1 Piteå sjukvårdsdistrikt (PSD)

A9 Direktionen för Furunäsets sjukhus