

# Lilhagens sjukhus som immateriellt kulturarv

- bärare av före detta patienters  
minnen och berättelser



Cecilia Nordlund

Uppsats för avläggande av filosofie kandidatexamen i  
Kulturvård, Bebyggelseantikvariskt program  
15 hp

Institutionen för kulturvård  
Göteborgs universitet

2014:46

Naturvetenskapliga  
fakulteten



GÖTEBORGS UNIVERSITET



Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv  
- bärare av före detta patienters minnen och berättelser

Cecilia Nordlund

Handledare: Ingrid Martins Holmberg

Kandidatuppsats, 15 hp  
Bebyggelseantikvariskt program  
Lå 2013/14



Program in Integrated Conservation of Built Environments  
Graduating thesis, BA/Sc, 2014

By: Cecilia Nordlund  
Mentor: Ingrid Martins Holmberg

The mental hospital Lillhagen as a intangible heritage - carrier of the former patients' memory stories

#### ABSTRACT

The purpose of this essay is to broaden the understanding of Lillhagens sjukhus as intangible cultural heritage by examining the place outside the former patients who remained there. The investigation has focused on the rooms on Lillhagen who will be key, how they emerge in the descriptions of the physical, practical and emotional shape, and how the unifying picture emerges of Lillhagens sjukhus site. Key concepts in this study is space, place and memory. The study was conducted with a qualitative analysis location comprising five retrospective interviews with local maps used as a clarifying tool. The interviews were processed in memory narratives.

The results shows Lillhagens sjukhus as a place on an abstract scale and holds the key-rooms Vårdbyggnaden, Avdelningen, Sovsalen, Naturrummet and Aktivitetsrummet. Lillhagen is loaded with a variety of emotions and reflections. The feelings that the former patients carried with them into staying at Lillhagen linked to their mental health, but also affected by perceptions and prejudices about the psychiatric institutionalization and mental illness. How the respondents experienced their stay at Lillhagen were affected by the physical environment and spatial practice. Negative aspects of Lillhagen is that it was perceived as an unattractive and sterile institutional environment by force, lock and abuse. The positive aspects dominated mainly because it was a place where the interviewees felt that they began to feel better. The experiences of Lillhagen represented by Tvångsrummet and Frihetsrummet. The hospital environment, consisting of Vårdbyggnaden, Avdelningen and Sovsalen, is the place that most clearly associated with coercion. Most clearly proves the constraint on the closed ward where patients' freedom was regulated carefully. In contrast to the tightly controlling the hospital environment was room such as Naturrummet and Aktivitetsrummet, which are associated with freedom. The preservation of the memories of Lillhagen are expected to have an opportunity to break the taboos and prejudices about mental illness, as well as highlighting the many stories that the site carries.

Title in original language: Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv - bärare av före detta patienters minnen och berättelser

Language of text: Swedish

Number of pages: 53

Keywords: cultural intangible heritage, mental hospital, memories, stories

ISSN 1101-3303

ISRN GU/KUV—14/46--SE

## Förord

Stort tack till alla modiga deltagare som har ställt upp på intervju. Utan er hade denna uppsats inte blivit gjord.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING .....	9
1.1 Bakgrund.....	9
1.2 Lillhagens sjukhus.....	9
1.3 Tidigare forskning .....	11
1.4 Problemformulering.....	12
1.5 Målsättning .....	14
1.6 Syfte .....	14
1.7 Frågeställningar.....	14
1.8 Centrala begrepp och teoretisk ansats.....	15
1.9 Avgränsningar .....	16
1.10 Metod .....	17
1.10.1 Kvalitativ platsanalys .....	17
1.10.2 Retrospektiva intervjuer och kvalitativa kartor .....	17
1.10.3 Val av intervjupersoner .....	19
1.10.4 Etiska överväganden .....	19
1.10.5 Förförståelse .....	20
1.10.6 Metodkritik .....	20
1.10.7 Validitet, Reliabilitet och Generaliserbarhet .....	21
1.11. Material.....	22
1.11.1 Minnesberättelser.....	22
2. MINNESBERÄTTELSE .....	23
2.1 Gertrud 76 år.....	23
2.2 Eva 65 år .....	26
2.3 Edvin 59 år .....	29
2.4 Erika 45 år.....	32
2.5 Magnus 44 år .....	34
3. ANALYS .....	38
3.1. Identifiering av centrala rum.....	38
3.1.1 Vårdbyggnaden.....	38
3.1.2 Avdelningen .....	39
3.1.3 Sovsalen.....	40
3.1.5 Naturrummet.....	41
3.1.5 Aktivitetsrummet .....	41
3.2. Rumsliga aspekter .....	42
3.2.1. Det materiella rummet .....	42
3.2.2. Den rumsliga praktiken.....	43
3.2.3. Känslorummet .....	44
3.3. Representationsrummet.....	44
4. RESULTAT.....	47
4.1 Centrala rum med dess rumsliga aspekter .....	47
4.2 Lillhagens sjukhus som plats.....	49
5. DISKUSSION.....	50
6. SAMMANFATTNING .....	52
FIGURFÖRTECKNING .....	54
KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING.....	55
Otryckta källor.....	55
Tryckta källor och litteratur .....	55
Elektroniska källor .....	57
BILAGOR .....	58





# 1. INLEDNING

## 1.1 Bakgrund

Den här uppsatsen har utförts inom ramen för Bebyggelseantikvariskt program vid Göteborgs Universitet och ingår i examinationen för kandidatexamen år 2014. Jag har valt att studera Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv och bärare av före detta patienters minnen och berättelser. Motivet för undersökningen kommer sig av ett intresse för psykiatri och dess miljöer, samt för de patienter som vistades där. Jag har tidigare skrivit om Lillhagens sjukhus ur ett bebyggelsehistoriskt perspektiv<sup>1</sup> samt arbetat ett flertal år inom psykiatri, vilket gör att jag har en viss förkunskap om ämnet i sin helhet.

Lillhagens sjukhus var ett av Sveriges största sinnessjukhus, eller ett mentalsjukhus som det senare kallades, vilket var verksamt mellan åren 1932 till 2013 i Göteborg. Denna institution och anstalt var avsedd som livs- och vårdmiljö för människor med psykisk sjukdom och har inrymt både allmänpsykiatri och rättspsykiatri. Under åren har många olika människor vistats på Lillhagens sjukhus. Där samlades personer med olika åldrar, klassbakgrunder, kön, personligheter och problematik, däribland även de som idag inte alls skulle betraktas som psykiskt sjuka. Definitionerna av vad som är ”sjukt” respektive ”friskt” har varierat kraftigt. I det moderna industrisamhället granskades människors egenskaper och kvalifikationer noggrant, och mot dem som inte bedömdes hålla måttet eller av andra anledningar inte passade in, riktades särskilda insatser. Den svenska stadsapparatusens karaktäristiska metoder att hantera medicinska och sociala problem var kontroll och behandling av stora skaror av människor som marginaliserades och diskvalificerades från samhällslivet. Syftet med institutionerna var att utgöra rumsliga sammanhang där detta kunde ske<sup>2</sup>.

## 1.2 Lillhagens sjukhus

Detta avsnitt innehåller en kort redogörelse för Lillhagens sjukhus från dess uppförande och fram tills idag. Avsnittet betonar särskilt platsen med dess bebyggelse under åren 1970 till 2011, då det var under denna period de före detta patienterna i denna studie vistades på Lillhagen.

Lillhagens sjukhus uppfördes år 1932, i en då avskild, lantlig och naturnära miljö, på Hisingen i Göteborg. Lillhagen omfattade, vid uppförandet, ett stort anstaltsområde och byggdes som ett slutet samhälle omgärdat av varierande natur- och kulturområden, stängsel och höga plank. Anstaltsområdet bestod huvudsakligen av sjukhusområdet med röda tegelbyggnader, park, och två delområden för tjänstemannabostäder i syd och norr. Det fanns ett inre trafiksystem som skulle underlätta förflyttning till och från olika avdelningar och byggnader<sup>3</sup>.

Lillhagens sjukhus har sedan uppförandet förändrats mycket. På Lillhagens sjukhusområde tillkom under sent 1960-tal och tidigt 1970-tal två nya vårdbyggnader i områdets södra del. Byggnaderna introducerade en större skala, nya material och nya uttryck som kom att dominera området<sup>4</sup>. Vårdbyggnaderna bestod av två skivhus i tio våningar, vilka byggdes ihop till en hög långsmal byggnad. Fasaderna kläddes främst i vita plåtkassetter, men på vissa ställen bröts detta av partier med gröna/turkosa plåtkassetter, samt horisontella fönsterband. Byggnaderna formades av sin tids krav på rationellt byggande med flexibla våningsplan och ett högt nyttjandetal för att minska vårdplatsbristen. Under denna tid, när mentalsjukvården

---

<sup>1</sup> Nordlund 2012

<sup>2</sup> Jönsson 1998

<sup>3</sup> Zachrisson 1935

<sup>4</sup> Magnusson 1982

var som störst, vårdades 2000 patienter per dygn på Lillhagens sjukhus, och de vita vårdbyggnaderna blev ett landmärke för ett av Sveriges största mentalsjukhus.

Under 1960-talet och 1970-talet byggdes också en rad mindre hus vilka kom att inhysa nya former av arbetsterapi och rehabilitering. Husen var långsmala och uppfördes i en våning med liggande grön eller röd träpanel, sadeltak lagd med papp och horisontella fönsterband. I norra delen av Lillhagens sjukhusområde uppfördes, under samma period, även en liten kiosk. Den huvudsakliga infarten till sjukhusområdet försköts under 1970-talet från söder till norr. Trafiken gick därefter inte längre igenom det centrala området utan drogs istället väster om sjukhusbyggnaderna. I de inre delarna av området bevarades stora delar av originalplanen med tegelbyggnaderna som ramade in det stora parkrummet. Även de östra delarna av Lillhagen och övergången mellan byggnad, park och skog bevarades till stora delar<sup>5</sup>.

Efter psykiatrireformen på 1990-talet minskade antalet vårdplatser och det bestämdes att Lillhagens sjukhus, som det sista mentalsjukhuset i Sverige, skulle läggas ned. Den sista allmänpsykiatriska verksamhet lämnade Lillhagen år 2006 och den rättspsykiatriska vården lämnade Lillhagen år 2013. Efter att sjukhuset lagts ned har området bytt namn till Lillhagsparken och ligger numera inom området Skogome. En detaljplan för detta område godkändes av byggnadsnämnden år 2013 och antogs hösten år 2014. Området är på väg att genomgå en större omställning och förvandling med den nya detaljplanens antagande. Planförslaget innebär bland annat att de vita höghusen, vilka på grund av mögelskador stått tomma en längre tid, rivs under år 2015 för att bereda plats för nya bostäder. Cirka 650 bostäder med olika upplåtelseformer skall tillskapas, genom nybyggnation och ombyggnad av befintliga byggnader, dessutom skall befintliga verksamhetsytor kompletteras med handel, vård, kontor med mera<sup>6</sup>.



Fig. 1. Äldre flygfotografi över Lillhagens sjukhusområde

---

<sup>5</sup> Archidea 2008

<sup>6</sup> <http://goteborg.se/wps/portal/invanare/bygga-o-bo/kommunens-planarbete/plan--och-byggprojekt> 2014-10-01

### 1.3 Tidigare forskning

I detta avsnitt beskrivs och kommenteras kortfattat tidigare forskning med angränsning till studiens tema. Forskningen kring den psykiatriska vårdbebyggelsen spänner över en rad olika forskningsfält. Samtliga studier som beskrivs i detta avsnitt berör på olika sätt patienten i det psykiatriska rummet. Avsnittet ämnar inte ge en heltäckande bild av forskningsläget utan snarare positionera min egen studie i forskningssammanhanget.

Ebba Högströms avhandling *Kalejdoskopiska rum* (2012) behandlar psykiatrins rumsliga förändring efter sektoriseringsen, det vill säga den decentraliserade psykiatrin från 1970-talet och framåt. Hon använder i sin studie ett ”kalejdoskopiskt” perspektiv för att undersöka komplexiteten i det förflutna och nuet kopplat till rumsliga aspekter. De metoder som används är dokumentstudier, intervjuer, samt visuella och arkitektoniska ritningsanalyser. Den teoretiska utgångspunkten för analysen är ett post-strukturellt heterogent rumsbegrepp där rumslig organisering och diskursivitet sammanförs. Resultatet av Högströms forskning visar att rumslig organisering av den byggda miljön aldrig är värdefri eller neutral. Den rumsliga organiseringen återspeglar, möjliggör och begränsar maktrelationer i ett samhälle<sup>7</sup>.

Mikael Eivergårds avhandling *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970* (2003) beskriver och analyserar den institutionaliserade svenska psykiatriska praktiken mellan åren 1850 till 1970. De viktigaste informationskällorna i studien består av texter med nära anknytning till arbetet i mentalsjukhusen. Studien berör två viktiga aspekter. Den första handlar om praktikens normaliserade förfaranden vilken uppmärksammar sambandet mellan sociala och kulturella normer samt hur mentalsjukhusen utvärderar, behandlar och hanterar patienten. Den andra aspekten handlar om de metoder sjukhuset korrigerar patienten och hans agerande i en önskvärd riktning. Eivergård beskriver att samtidigt som det fysiska tvånget i mentalsjukhuset minskat, behövdes styrande metoder som inte enbart bygger på lydnad och underkastelse, utan också på deltagande och vilja hos patienten. Friheten var alltid förbundet med ett önskvärt beteende hos patienten. Informella system av belöningar, bekännelsemetoder samt olika former av en villkorad och reglerad frihet kombineras med ett mer dolt potentiellt tvång av institutionen. Eivergårds avhandling beskriver sammanfattningsvis en rörelse över tiden mot ökade fysiska friheter för patienterna i mentalsjukhusen. Detta innebar dock inte att kontrollen eller normaliseringen minskade, utan snarare att formerna och villkoren för detta förändrades<sup>8</sup>.

Lars-Eric Jönssons studie, *Det terapeutiska rummet: rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970* (1998), behandlar, med ett uttalat rumsligt perspektiv, sinnes- och mentalsjukvårdens praktik under tidsperioden år 1850 till 1970. Patienten som kropp står i fokus i denna studie. Jönsson undersöker med hjälp av journaler, årsberättelser och ritningar hur kropparna fördelas och regleras i och med rummet. Utifrån Foucaults tankar analyseras utformningen av sinnessjukhuset som statlig anstalt i relation till psykiatrins idémässiga strömningar. Slutsatsen av studien är att tydliga mönster växer fram i patienternas defensiva/adaptiva strategier, som har sin motsvarighet i den adaptiva psykoterapeutiska inställning som finns hos psykoterapeuter och övrig personal<sup>9</sup>.

Lena Steinholtz Ekecrantz studie, *Patienternas psykiatri: en studie av institutionella erfarenheter* (1995), behandlar patienters erfarenheter av vistelsen på mentalsjukhusen. Det empiriska materialet hämtas från retrospektiva intervjuer, brev, romaner, rapportböcker och tidningsartiklar genomförda under perioden år 1950 till 1990. Fokus i studien ligger på patienternas perspektiv i mötet med psykiatrin samt hur förhållandet mellan psykiatri och patienter utvecklas inom institutionerna. Social interaktion inom det institutionella sammanhanget formar erfarenheter och resultat i patientskapet. Flera faser kan urskiljas i processen från nybörjare till erfaren patient. Den process som leder till patientskapet börjar

<sup>7</sup> Högström 2012

<sup>8</sup> Eivergård 2003

<sup>9</sup> Jönsson 1998

med den första antagning till den psykiatriska institutionen. Det utmärkande draget i patienters upplevelser av denna händelse är en känsla av utanförskap. Det institutionella behovet av disciplin uttrycks genom rumsliga och tidsmässiga strukturer vilka förstärker patientskapet, kontinuerligt bekräftade i samspelet mellan patient och personal. Patienternas möten med den institutionella psykiatrin visar, enligt Ekecrantz, på förhållanden som är oförändrade över tid<sup>10</sup>.

Bengt Erik Eriksson kopplar i sin studie, *Före psykiatrin: praktiska omständigheter och kunskapsmässiga sammanhang* (1997), samman normalisering med tiden, rummet och den sociala rollrepertoaren. Studien förklarar hur normbrytande beteende kan bli förknippat med en plats. Studien visar också att om rum klassificeras som "utanför" eller "utsatta" kan det leda till att avvikelser representeras genom olika platser. Eriksson beskriver att genom att studera människor med psykisk ohälsa i deras vardagliga miljöer kan "galenskapens geografier" identifieras<sup>11</sup>.

Sammantaget kan sägas att det har varit svårt att hitta tidigare forskning inom studiens intresseområde. Psykiatris historiska miljöer som kulturarv är underbefolkat i allmänhet och utifrån ett brukar/patientperspektiv i synnerhet. Mest underbelysta framstår de personliga erfarenhetsskapande potentialerna i ovanstående studier.

Högströms avhandling, kopplad till psykiatrisk organisering, lyfter fram psykiatris diskursiva rum och rumsliga praktik, med slutsatsen att dessa rum aldrig är neutrala eller värdefria. Jönssons avhandling presenterar på samma vis diskursiva aspekter av psykiatrin som rum, men i en historisk analys av sinnessjukhusets utformning som statlig anstalt. Han visade på hur psykiatris idéströmningar påverkade patienten som kropp i dess rumsliga organisering. Eivergårds avhandlingar fortsätter delvis på detta idémässiga spår och visar på hur formerna och villkoren för mentalsjukhusens kontroll och normalisering av patienterna ändrade uttryck när trenden gick mot ökade fysiska friheter. Steinholtz Ekecrantz studie har givit en vidare belysning av patientskapet inom det institutionella psykiatriska rummet. Patientskapet ses här som en beständig konstruktion, innehållande känslor av utanförskap och styrda av det institutionella behovet av disciplin i rumsliga och tidsmässiga strukturer. Erikssons studie visar på hur platser kan kopplas samman med och bli representerade av detta utanförskap. Detta bygger på att en avvikelse identifieras och sedan klassificeras. På platser där människor med psykisk ohälsa lever och bor skapas på så vis "galenskapens geografier".

Min studie anknyter främst till de delar av studierna som kan sägas kopplas till mentalsjukhusets rumsliga praktik samt till ett rumsligt tillbakablickande på erfarenheter och upplevelser. Här ämnar min mikroskalära sociokulturella studie ta vid genom att kombinera ett rumsligt perspektiv på människa och psykiatriskt rum med ett tillbakablickande på upplevelser/erfarenheter, specifikt knutna till Lillhagens sjukhus. Liksom Steinholtz Ekecrantz har jag använt mig av retrospektiva intervjuer. Detta för att fånga och producera ett empiriskt material där de före detta patienternas egna berättelser och minnen av Lillhagens sjukhus som plats synliggörs. Jag har även hämtat inspiration från Högströms poststrukturella heterogena rumsbegrepp, för att öppna upp för många olika tolkningar av materialet. Jag har dock lagt frågor om diskursivitet åt sidan.

## 1.4 Problemformulering

Inom kulturmiljövården använder vi kulturarv, eller kulturminne, som ett verktyg att lyfta fram och bevara materiella och immateriella minnen. Kulturarv gör det alltså möjligt att fånga relationen mellan det personliga och det historiska, dialektiken mellan jaget och samhället<sup>12</sup>. Kulturarv kan ses som ett politiskt föremål för vilja och kamp, ett perspektiv som läggs på företeelser ur det förflutna och därigenom får status av ett slags offentlig och gemensam historia<sup>13</sup>. I den senaste översynen av kulturpolitiken förklaras kulturarvet som:

<sup>10</sup> Steinholtz Ekecrantz 1995

<sup>11</sup> Eriksson 1997

<sup>12</sup> Williams 1977

<sup>13</sup> Handikapphistoriska föreningen 2007

...lika mångfacetterat och mångbottnat som samhället självt. Kulturarvet bär samhällets minnen och handlar om såväl framsteg och framgångar som misslyckanden och lidanden. Synen på och tolkningen av kulturarvet förändras ständigt. I ett medborgarperspektiv är det angeläget att det förs ett öppet samtal om hur kulturarvet och historien kan tolkas och vad olika tolkningar representerar. Kulturarvet ger perspektiv på samhället och dess utveckling och berikar människors liv. Det tillhör alla och bör ses som en kraft i samhället som kan bidra till utveckling och förnyelse<sup>14</sup>.

I kulturarvsbegreppet, vars definition och innebörd styrs både från politiskt håll och inom kulturarvsfältet, ligger stor makt att forma och befästa föreställningar om vad som är värt att minnas och bevaras samt med vilka perspektiv detta ska betraktas. Med ett konstruktivistiskt perspektiv på kulturarvet, det vill säga att kulturarvet är en kategori som skapas genom bland annat bevarande praktik, måste ställning tas till frågor som handlar om demokrati, makt och inflytande. Det handlar om vilka perspektiv på samhället som anläggs genom kulturarvet samt vem eller vilka som ges tolkningsföreträde när kulturhistoriska fenomen laddas med betydelser, berättelser och sammanhang. Kulturmiljövårdens uppdrag har demokratiserats och politiserats att bredda den sociala representationen och utöka antalet möjliga historiska berättelser utifrån jämställdhet, värdefrågor och representation. Alla ska alltså ha rätt till ett kulturarv, och det har ställts krav på att kulturarvet inte ska exkludera, marginalisera eller diskriminera. Särskilt gäller detta grupper som definieras som röst- och resurssvaga<sup>15</sup>: Människor utan erkänt kulturarv och dokumenterad historia står sämre rustade när de ska delta i formandet av samhället och hävda sina krav på lika rättigheter och möjligheter<sup>16</sup>. Men trots att det finns en politisk och professionell vilja att demokratisera och skapa mångfald i kulturarvet har flera författare hävdats att det kvarstår en representationsproblematik. Representationsproblematiken är kopplad till utanförskap, där utanförskap i samhället påverkar utanförskap i kulturarvet och vice versa<sup>17</sup>. En underprivilegerad tillvaro och låg samhällsstatus har inneburit en motsvarande marginaliserad position inom kulturarvet. Ett annat förhållande som har uppmärksamats av både författare och politiker, är att företeelser som lyfts fram inom kulturarvet har dominerats av framgångens processer, händelser, personer osv.<sup>18</sup>. Det goda, trevliga och oproblematiska har tagits som utgångspunkt medan sådant som är motsägelsefullt, kontroversiellt och konfliktfullt hamnar i skymundan. Flera författare riktar kritik mot att den historia som definieras som problematisk ofta tenderar att inte uppmärksammas i kulturarvssammanhang.

Psykisk ohälsa är ett område präglad av utanförskap och tabun. Detta påverkar de människor som lever eller har levt med psykisk ohälsa, samt platser och miljöer som de vistas eller har vistats i. Psykiatriens nuvarande och före detta patienter är en intersektion som i dagens forskning och debatt rörande kulturarvet samt de psykiatriska institutionernas historia, ofta underbelyses<sup>19</sup>. På samma vis har psykiatriens historiska miljöer ofta betraktas som någonting problematiskt och sällan som någonting värt att bevara. Sjukhusinstitutionerna, med dess miljöer och byggnader, har alltid varit stigmatiserade platser, även efter att sjukhusen lagts ned. Sjukhusbebyggelsen har även kommit att klä skott för en vårdform som varit föremål för kritik och fördömts som inhuman. Psykiatriinstitutionernas historia hittas främst på medicinska specialmuseer samt i arkiv. Där finns bland annat en del akter och journaler, samt föremål och fotografier från sjukhusen. Psykiatriinstitutionernas historia kan även hittas i spår av sjukhusbyggnader och hela sjukhusmiljöer, trots att en stor del av detta byggnadsbestånd idag är rivet eller kraftigt ombyggt. Det är främst läkarens och personalens minnen och

---

<sup>14</sup> SOU 2009

<sup>15</sup> Handikapphistoriska föreningen 2007

<sup>16</sup> 1996 års kulturpolitiska proposition

<sup>17</sup> Jönsson & Svensson 2003

<sup>18</sup> SOU 1998:19, SOU 2002:67

<sup>19</sup> Jönsson & Svensson 2005

berättelser samt perspektiv på den psykiatriska historien som kommer till uttryck. Trots att få människor är så väldokumenterade som sinnessjukhusets patienter, är det ytterst sällan patientens egen röst kommer till tals. Det tolkningsföreträde som läkaren hade i förhållande till sin patient på sjukhuset har i hög grad kommit att reproduceras i de historiska berättelserna. Patienten, både som subjekt och objekt, är placerade i utkanten av det kulturarv som skapats med utgångspunkt i psykiatrins historia, och dess egen röst, tolkning och perspektiv har förblivit ohörd. Det faktum att psykiatrins historiska miljöer kategoriseras som problematiska, bygger dessutom på en reproducerad bild, en diskurs. I forskning, media och den politiska debatten beskrivs ofta mentalsjukhusperioden som en "mörk historia" med "dystra levnadsöden" osv. Men frågan om vad som kan tänkas vara "svårt" måste besvaras med för vem, när, var och på vilket sätt (plats, position, blick och kategorisering). Det som hos några beskrivs som mörka minnen kan hos andra vara ljusa. Ett alltför selektivt minne kan leda till kulturell amnesi<sup>20</sup>.

En retrospektiv studie som inriktar sig på att i efterhand titta tillbaka på brukarnas rumsliga erfarenheter och upplevelser av mentalsjukhuset är underbeforskad, trots att dessa människor en gång var föremål för det stora institutionsprojektets tillkomst och utförande samt levde stora delar av sina liv på sjukhusområdet. Mentalsjukhuset kan förse det moderna kulturarvet med nya berättelser och infallsvinklar om hur före detta patienter upplevde och minns dess historiska platser och miljöer. Det är dock viktigt att understryka att det inte är en enkel eller okomplicerad sak att skriva "patienternas historia". En allvarlig risk som föreligger är att omedvetet använda perspektiv och synsätt institutionerna anlade på sina klienter och patienter, och på så sätt befästa "patienten" som social kategori. Sociala kategorier bör istället avneutraliseras för kunna bryta upp och förändra dem, för att erbjuda nya och mer nyanserade sätt att se på människor och vår historia<sup>21</sup>.

## 1.5 Målsättning

Studiens målsättning är att vidga kunskapsläget för hur patienter upplevde och minns Lillhagens sjukhus som historisk psykiatrisk institutionsmiljö. Ytterst ämnar studiens resultat ligga till grund för diskussion kring hur kulturmiljösektorn kan betrakta Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv, det vill säga som en plats för minnen och berättelser.

## 1.6 Syfte

- Att undersöka Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv och bärare av före detta patienters minnen och berättelser samt;
- Att beskriva och analysera hur före detta patienter vid Lillhagens sjukhus upplevde Lillhagen som plats

## 1.7 Frågeställningar

- Vilka rum på Lillhagens sjukhus lyfter de före detta patienterna fram och blir centrala i deras minnesberättelser av Lillhagens sjukhus?
- Hur framträder de centrala rummen i de före detta patienternas minnesberättelser?
- Vad frambringar rummen för känslor hos de före detta patienterna?
- Vad framträder för bild av Lillhagens sjukhus utifrån de före detta patienternas minnesberättelser?

---

<sup>20</sup> Jönsson & Svensson 2005

<sup>21</sup> Handikapphistoriska föreningen 2007

## 1.8 Centrala begrepp och teoretisk ansats

I detta avsnitt redogörs för centrala begrepp som används i denna studie, vilken betydelse jag lägger i dem och var betydelsen kan spåras. Centrala begrepp i denna studie är *rum*, *plats* och *minne*. Betydelsen av dessa begrepp är beroende av det kontextuella sammanhanget.

I denna studie används ett poststrukturellt rumsbegrepp<sup>22</sup>, för att beskriva abstrakta immateriella och konkreta materiella rum, i olika skalor, såsom dessa gestaltar sig utifrån de före detta patienterna. Med rummet menas alltså det rum som är kopplat till före detta patienters föreställningar, erfarenheter, upplevelser. Upplevelser och erfarenheter kan här skilja sig radikalt även om det utspelas i samma materiella rum. Sociologen Henri Lefebvre utforskade rumsbegreppet komplexitet genom att undersöka kampen över rummets mening. Lefebvre riktade här ljuset mot ”vanligt folks” uppfattningar, erfarenheter och upplevelser samt brukarnas och vardagslivets rum där vanliga händelser blandas med bilden av dem. Han utvecklade idéer om det sociala som rumslik dimension och använde begreppet *rumslig praktik* för att beskriva den kroppsliga erfarenheten av rummet, alltså rummet såsom varseblivet. I denna uppsats kommer Lefebvres definition av rumslig praktik att användas för att beskriva den enskilda individens upplevelse av händelser som utspelat sig i rummet. Begreppet innefattar både produktionen och re-produktionen av rummet samt garanterar kontinuitet och sammanhang<sup>23</sup>.

Begreppet plats kompletterar i denna studie begreppet rum genom att beskriva Lillhagens sjukhus i en övergripande skala som: ett område med välbestämt läge och begränsad omfattning, mer eller mindre tänkt som en punkt<sup>24</sup>, innefattande både de materiella och immateriella rummen. Flera teoretiker inom olika vetenskapliga fält betonar att en plats består av mer än omedelbara visuella kvaliteter och yttre fenomen samt att människors relation till platsen och hur platsen används är betydelsefulla komponenter när en plats karaktär ska identifieras och förstås<sup>25</sup>. Arkitekturteoretikern Christian Norberg-Schulz har hävdade att liv och plats, i dess fysiska form, är en sammanflätad miljömässig helhet som kommer till uttryck i platsens identitet/själ<sup>26</sup>. Platsens identitet innefattar aspekterna rum och karaktär. Rummet kan vara en plats som fångas, beskrivs och tolkas i olika skalor, med dess rumsliga struktur. Karaktären betingas på emotionella, abstrakta, mentala och spirituella plan bland annat av händelser, relationer och sinnesuttryck<sup>27</sup>. Kent Ryden och Kevin Lynch menar, likt Norberg-Schulz, att platsens karaktär kan förstås genom de individer och grupper som brukar platsen. En plats formas och förändras av människor som brukar den, men förhållandet är även det omvända<sup>28</sup>. Teoretikern Edward Ralph betonar platsers betydelser för människors identitet och lyfter här fram upplevelsen av tillhörighet respektive utslutenhet. Tillhörighet stärker människans identitet till en plats, och den starkaste identiteten knyts till vårt hem. Utslutenhet försvagar människans identitet till en plats, då människan känner separation mellan sig själv och omgivningen. Starkast utslutenhet känner människan till platser som känns främmande, skrämmande och olustiga<sup>29</sup>. Humangeografen Yi-Fu Tuan menar att det som från början är ett odefinierbart rum blir till en plats då rummet skänks mänskliga värden. Vilka mänskliga värden en plats har är beroende av de minnen vi har knutna till platsen. Platser påverkar våra sinnen, och sinnesförnimmelser skapar våra upplevelser, våra minnen och vår vetskap om det

---

<sup>22</sup> Högström 2012

<sup>23</sup> Lefebvre 1991

<sup>24</sup> <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/plats>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-10-01.

<sup>25</sup> Tuan 2003, Rydén 1993, Lynch 1960, Relph 1976, Norberg-Schulz 1980, Crafoord 2000

<sup>26</sup> Norberg-Schulz 1980

<sup>27</sup> Norberg-Schulz 1999

<sup>28</sup> Ryden 1993

<sup>29</sup> Relph 1976

som det förflutna och historien. Minnet får därmed en avgörande betydelse för vilken karaktär en plats får. Förnimmelser som kan förknippas med en plats eller en byggnad kan även ge samband mellan det individuella och det sociala. Detta gör relationen mellan minne och plats viktig<sup>30</sup>.

Begreppet minne definieras som: återkallning av själsliga föreställningar främst erfarenheter och inlärd fakta<sup>31</sup> samt, utifrån sociologen Eviatar Zerubavel, som en kognitiv och moralisk process där ömsesidiga hågkomster förhandlas och omförhandlas som tvivelaktiga eller trovärdiga. Minnet bestämmer således vad ur det förflutna vi skall minnas och hur vi skall minnas det<sup>32</sup>. Minnet kan delas upp i ett kollektivt minne och ett personligt minne. I denna uppsats betonas det individuella minnet, men beaktar även det kollektiva minnet. Randall Jimerson beskriver att det personliga minnet primärt skapas från de händelser en person upplever under sitt liv. Det personliga minnet är omformligt och i höggrad styrt av värderingar och känslor Jimerson förklarar att det personliga minnet kan bekräftas, rättas eller omtolkas av det kollektiva minnet. Det kollektiva minnet kan ses som ett intersubjektivt konstruerat resultat av delade erfarenheter, idéer, kunskap och kulturella praktiker genom vilka människor skapar en relation till det förflutna. Det kollektiva minnet bidrar på så vis till att skapa gemensamma identiteter genom att forma en gemensam historia<sup>33</sup>. Zerubavel menar att de berättelser som inte återfinns i det kollektiva minnet riskerar att glömmas bort, då ett minne som inte ingår i historien inte heller ingår i samtiden eller framtiden. Individer och grupper med lite inflytande i samhället har ofta svårt att delge sin syn på historien och bli en del av ett kollektivt minne. Oppositionella minnen eller ”motminnen” behövs för att förhindra att marginaliserade gruppers historia försvinner. I den här studien görs ett antagande att vad som bestämts att vi skall minnas och hur vi skall minnas det ger en indikation på viktiga gångna upplevelser och erfarenheter i det förflutna<sup>34</sup>. Begreppet *minnesberättelser* innebär i denna uppsats det empiriska transkriberade intervjumaterialet som omarbetats och nyttjats för att besvara studiens syfte och frågeställningar.

## 1.9 Avgränsningar

I studien om Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv och som plats finns flera avgränsningar. Även om denna studie undersöker en historisk psykiatrisk vårdmiljö är detta ingen vårdvetenskaplig forskning. Generella frågor om medicinsk behandling i den terapeutiska miljön samt vidare analyser om den fysiska miljön som en eventuell läkande kraft är inte relevant i denna studie. Studien behandlar inte heller allmänna funderingar kring hur den psykiatriska vården bäst organiseras, då detta inte ingår i undersökningens kunskaps- och forskningsområde.

Den geografiska platsen undersöks i den lokala skalan samt i viss mån i byggnadens skala. Platsen avgränsas i fysisk mening av Lillhagens sjukhusområde, samt närliggande områden som behandlas i de före detta patienternas minnesberättelser. Fokus vilar på enskilda före detta patienters minnen och upplevelser av Lillhagen. Det har tidigare konstaterats att gruppen före detta patienter är underrepresenterade i forskningen kring hur välfärdens institutioner har planerats, använts och utvecklats, vilket är anledningen till att just denna grupp undersöks. Jag är dock medveten om att även andra gruppers minnen och upplevelser av Lillhagen kan vara centrala i sammanhanget. Då jag har haft begränsat med tid och andra resurser i denna studie har jag dock tvingats begränsa mitt urval till gruppen före detta patienter.

Först och främst är minnesberättelserna, som material och föremål för undersökningen, avgörande för vad som blir viktigt och kommer att behandlas. Men den starkaste

---

<sup>30</sup> Tuan 2003

<sup>31</sup> <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/minne>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-10-01.

<sup>32</sup> Zerubavel 2003

<sup>33</sup> Jimerson 2009

<sup>34</sup> Zerubavel 2003



avgränsningen utgörs av frågeställningarna, vilka utgör ram för vilka rumsliga aspekter som omfattas av undersökningen. De rumsliga aspekterna kan sammanfattas som *det materiella rummet*, *den rumsliga praktiken* och *känslorummet*. Till exempel diskursiva och performativa aspekter kommer inte att undersökas närmare i denna studie. Diskursiva aspekter av Lillhagens sjukhus skulle kunna visa på hur olika representationer kan kopplas till olika maktförhållanden. Med performativa aspekter av Lillhagens sjukhus menas hur den psykiatriska vårdens praktik använder rummet respektive vad rumsligheterna gör med praktiken.

Denna avgränsning, leder till en speciell förståelse av Lillhagens sjukhus som plats, där vissa fenomen, som framträder tydligt, skulle dolts om en annan inramning valts. I mentalsjukhusens historia kan en ensidig skalnivå förstärka en diskurs som till exempel den institutionella kritiken och missa de positiva institutionella erfarenheter som också finns<sup>35</sup>.

## 1.10 Metod

I detta avsnitt beskrivs studiens metodologiska tillvägagångssätt, för att besvara syfte och frågeställningar. Inledningsvis redogörs för det övergripande metodvalet Kvalitativa platsanalys, innefattande retrospektiva intervjuer och kvalitativa kartor. Därefter beskrivs val av intervju personer, etiska överväganden, samt förförståelse och metodkritik. Avslutning presenteras synpunkter kring studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.

### 1.10.1 Kvalitativ platsanalys

Eftersom studien ämnar undersöka Lillhagens sjukhus som plats och immateriellt kulturarv, har jag gjort bedömningen att en kvalitativ metod är lämplig att använda. Den huvudsakliga avsikten med en kvalitativa studie är att exemplifiera verkligheten och inte att generalisera den. Med hjälp av exemplen kan forskaren sedan dra mer eller mindre långtgående slutsatser<sup>36</sup>. Den här studiens metodologiska tillvägagångssätt har hämtat näring ur modellen för Kvalitativ Platsanalys, en vetenskaplig metod för att analysera platser som bygger på Norberg-Schultz teorier om "Platsens själ". Kvalitativ platsanalys var ursprungligen framtagen för planeringssammanhang, exempelvis som ett kulturmiljöunderlag, men kan med fördel även användas i andra sammanhang där en plats identitet ska analyseras och beskrivas. Metoden innebär en systematisering av kunskap för att förstå en plats och riktar både uppmärksamhet mot en plats rumsliga struktur samt det som betingar platsens karaktär. Platsen beskrivs såsom den faktiskt framträder, i olika geografiska skalor, som en helhet med rumsstruktur och egen karaktär. Helheten står för minnen av till exempel händelser, relationer och sinnesuttryck. Analysen mynnar ut i en sammanfattande redogörelse av platsens identitet/själ. Metoden försöker fånga, beskriva samt tolka platsen som en helhet med emotionella, abstrakta, mentala och spirituella aspekter av rumslighet<sup>37</sup>. Tillvägagångssättet består av intervjuer och platsbeskrivningar, där experten tolkar platsen med stöd av intervjumaterialet. Analysen kan presenteras som en serie kvalitativa kartor där de traditionella kartsymbolerna har ersatts med nya beskrivningar av hur förhållandet fungerar mellan människa och plats/byggnad. Den Kvalitativa platsanalysen följs i denna studie inte till "punkt och pricka". Jag har särskilt tagit utgångspunkt i metodens immateriella abstrakta fokus, samt intervjuerna och platsbeskrivningarna med kartor som hjälpmedel för analys.

### 1.10.2 Retrospektiva intervjuer och kvalitativa kartor

Den huvudsakliga metod som nyttjats, inom Kvalitativ platsanalys, är intervjun. Eva Fägerborg beskriver den etnologiska intervjutraditionen på följande sätt; I intervjuer kan den upplevda verkligheten beskrivas och gestaltas genom att människor berättar om sina liv och erfarenheter, sina tankar och upplevelser, genom att de delger sina versioner och tolkningar av

---

<sup>35</sup> Philo 2007

<sup>36</sup> Kvale 1997

<sup>37</sup> Schibbye & Pålstam 2001

skeenden<sup>38</sup>. Med hjälp av en retrospektiv intervjuemetod, en historieintervju, har jag försökt att förstå platsen genom att lyssna till före detta patienters berättelser och se platsen genom deras ögon. Det uppstår en särskild sorts förståelse för en plats när den tolkas i ett backspegel-perspektiv. I denna retrospektiva studie finns ett speciell typ av avstånd mellan dået och nuet, i meningen att det har gått en viss tid mellan att upplevelsen ägde rum och att minnet av upplevelsen återkallades, samt att föremålet för upplevelsen inte längre finns kvar avseende dess verksamhet.

Mina intervjuer har semistrukturerats, det vill säga till formen lämnats öppen i så stor utsträckning som möjligt. Detta för att i så liten utsträckning som möjligt styra intervjupersonens svar utan i stället låta dess narrativa rumsliga minnesberättelse, snarare än mina frågor, styra den visuella och textuella gestaltningen av Lillhagens sjukhus. Jag skapade en konstruerad stomme till frågelista<sup>39</sup> genom att översätta frågeställningarna i undersökningen och bryta ned dem i frågepunkter under olika teman som berör studiens syfte. Detta är ett sätt att se till att alla frågor blir behandlade, och möjliggör att utformningen av frågorna kan anpassas till den man talar med<sup>40</sup>. Intervjuerna har kretsat kring framträdande minnesberättelser om Lillhagens sjukhus som rum och plats. Intervjupersonerna uppmuntrades att så fritt som möjligt berätta om de upplevelser och betydelser som de spontant kunde anknyta till den rumsliga platsen och utveckla sina reflektioner utan att störas av frågorna. Då föremålet för intervjuerna, Lillhagens sjukhus, rör historiska skeenden som för intervjupersonerna inträffat 20-30 år bakåt i tiden, har det i vissa fall betytt att det handlar om ämnen och händelser som personen inte tänkt på sedan dess. I roll av intervjuare har jag ibland hjälpt intervjupersonerna ”på traven” med risk att frågorna blivit ledande. Intervjufrågorna har varit öppet sökande för att kunna röra sig fritt mellan olika geografiska skalor, till exempel över hela området eller inne en byggnad, samt vara öppna för perspektivförändringar. Jag har försökt att ställa korta, konkreta och abstrakta frågor som ska inbjuda till berättande, beskrivande och utförliga svar. Genom att be om förtydliganden, ställa följdfrågor, visa intresse och avbryta intervjupersonen då hen avviker alltför mycket från ämnet har jag kunnat säkerställa att det empiriska materialet överensstämmer med studien syfte<sup>41</sup>. I intervjuens slutskede har jag gett intervjupersonen en kort sammanfattning av hans berättelse och frågat om den stämmer, samt om jag glömt att fråga om något som hen tycker är viktigt rörande Lillhagens sjukhus. Totalt genomfördes fem semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes huvudsakligen i anslutning till respektive kontaktplats, samt hemma hos en intervjuperson. Samtliga intervjuer har varat mellan 30 till 60 min. Intervjuerna spelades in med intervjupersonens samtycke, transkriberades och raderades därefter. Det har inte varit ett alternativ att enbart anteckna vid intervjutillfället, då detta inte fångar upp intervjupersonens egna formuleringar lika tillförlitligt som en inspelning.

Parallellt med de semistrukturerade intervjuerna har kvalitativa kartor nyttjats som hjälpmedel för att identifiera och beskriva de rum som nämns i både fysisk och immateriell bemärkelse, samt undersöka intervjupersonernas känslomässiga upplevelser av rummet. Grundkartan som nyttjats visar en plan över området på övergripande skala<sup>42</sup>, och har använts för identifikation av de fysiska rum som nämnts på lokal nivå. Den känslomässiga upplevelsen av rummet har förtydligats med hjälp av en färgskala i fem olika nyanser från rött till blått. Denna färgskala har fått symbolisera olika känslor i en positiv/negativ-skala, där den blå färgen symboliserar den mest negativa känslan och den röda färgen den mest positiva känslan. Intervjupersonerna har fått markera betydelsefulla platser som hen berättat om på kartan, färglägga platserna med färgpennor och därefter sätta namn på vad färgerna betyder för typ av känsla för dem.

---

<sup>38</sup> Fägerborg 1999

<sup>39</sup> Bilaga 2

<sup>40</sup> Fägerborg 1999

<sup>41</sup> Kvale 1997

<sup>42</sup> Bilaga 3

### 1.10.3 Val av intervjupersoner

Det har varit en svår och tidskrävande process att få tag på intervjupersoner till denna studie. Den psykiatriska vården är ett känsligt område omgärdat av sekretess och tabu, vilket påverkar svårigheten att få tag på intervjupersoner i allmänhet samt nuvarande eller före detta patienter i synnerhet. Jag har tillämpat ett selektivt urval av informanter, där intervjupersonerna är utvalda p.g.a. sin roll som brukare på Lillhagens sjukhus. De flesta intervjupersoner har jag fått tag på genom att kontakta olika daglig verksamheter inom psykiatrin i Göteborg. Jag tog kontakt via telefon och e-post och lämnade skriftlig och muntlig information samt frågade om tillstånd att genomföra planerade intervjuer. Valet av informanter skedde genom att ansvarig personal gjorde en informell förfrågan till deltagare som tidigare hade vårdats på Lillhagens sjukhus. De bedömde även personens möjligheter att medverka i studien och förmedlade därefter kontakt till mig. En principiellt viktig utgångspunkt var att informanterna i kraft av sin erfarenhet av psykiatrisk vård kunna reflektera över forskningstemat. Givetvis var det personen själv som fattade beslutet om de ville delta i studien eller inte. Även om jag strävat efter en blandning av kön och ålder bland intervjupersonerna, är det ofta slumpen som har avgjort vilka intervjupersoner jag har fått tag på. Informantgruppen bestod av tre kvinnor och två män i ålder mellan 44 och 76 år. Gemensamt för intervjupersonerna, förutom att de varit inskrivna i förvård på Lillhagens sjukhus, är att samtliga har en lång erfarenhet av den psykiatriska vården och att de varit inskrivna förvård i flera omgångar under olika perioder.

### 1.10.4 Etiska överväganden

Ämnets känsliga karaktär, liksom tillvägagångssättet för intervjustudien, kräver en del etiska överväganden i forskningsarbetet. Den informantgrupp som ligger till grund för det empiriska materialet i denna studie har ingen självklar benämning. I det här fallet handlar det om personer som varit föremål för behandling och omvårdnad inskrivna i psykiatrisk medicinsk vård. De kan exempelvis benämnas som före detta patienter, klienter, vårdtagare, intagna, brukare eller människor som haft/har psykisk ohälsa. I denna uppsats benämns informantgruppen som före detta patienter. Valet av denna benämning motiveras av att intervjupersonerna själva väljer att använda ordet ”patient” för att beskriva sig själva och andra människor i liknande situation. Innebörden av ordet blir i detta sammanhang sekundärt, men syftar till personer som har varit inlagda förvård på Lillhagens sjukhus. Det är dock viktigt att vara medveten om att alla benämningar som syftar till att kategorisera en grupp människor kan få en generaliserande och stigmatiserande verkan. Psykisk ohälsa verkar dessutom marginaliserande och stigmatiserande på de viset att människor som lidit av, och/eller lider av, psykisk ohälsa ofta definieras av sin sjukdom.

Den etiska hållningen skall alltid genomsyras av respektfullhet oavsett intervjupersonens kontext. På så sätt uttrycks här en etisk grundsyn inför intervjustudien som säger att människan alltid, oavsett sin ohälsa, är ontologiskt förnuftig och meningssökande<sup>43</sup>. Jag har valt att anpassa min studie till de fyra etiska grundkrav som vetenskapsrådet ställer på svensk forskning. Nedan följer en beskrivning av dessa grundkrav och hur jag valt att beakta dessa i denna studie:

- *Informationskravet* innebär att forskaren skall informera de som berörs av forskningen om det aktuella forskningsprojektets syfte samt hur materialet ska användas<sup>44</sup>. I denna studie har Informationskravet beaktats genom att intervjupersonerna fick skriftlig<sup>45</sup> och muntlig information om studien. I informationen ingick att informera om intervjupersonernas relevans för studien och studiens syfte.
- *Samtyckeskravet* innebär att deltagare i forskningsstudier har rätt att själva bestämma över sin medverkan<sup>46</sup>. I denna studie har samtyckeskravet beaktats genom att intervjupersonerna informerades om att det är frivilligt att delta i studien. I informationsbrevet informerades

<sup>43</sup> Uscher & Holmes 1997

<sup>44</sup> Dalen 2008, Stingerfonden.org 2010

<sup>45</sup> Bilaga 1

<sup>46</sup> Stingerfonden.org 2010

det också om att de som deltar i intervjun har rätt att avstå från att svara på frågor samt att avbryta intervjun.

- *Konfidentialitetskravet* innebär att insamlingen av empiriskt material skall genomföras med största möjliga konfidentialitet<sup>47</sup>. I denna studie har Konfidentialitetskravet beaktats genom att jag valt att anonymisera samtliga intervjupersoner med fingerade namn. De citat som redovisas i studien går alltså inte att härledas till någon specifik person. Kravet beaktas också genom att intervjupersonernas exakta datum för inläggning inte redovisas i studien. De inspelade intervjuerna har raderats efter transkribering till text, vilken i sin helhet inte publiceras.
- *Nyttjandekravet* innebär att det empiriska materialet som samlas i en forskningsstudie endast får användas till forskningsändamål. I denna studie har Nyttjandekravet beaktats genom att det empiriska material jag erhållit från genomförda intervjuer endast används för att besvara studiens syfte.

Jag är medveten om att mina intervjupersoner hade olika syften med sin medverkan och att de pratade utifrån olika positioner. Jag har varit uppmärksam på att lägga lika stor vikt vid deras olika berättelser och se dem som lika trovärdiga. Min utgångspunkt har under hela forskningsarbetet varit att se och behandla intervjupersonerna som experter på sig själva, sina upplevelser och åsikter, och att det dem berättar är viktigt, intressant och korrekt. Min uppfattning är att intervjupersonerna är de som bäst känner sina upplevelser och minnen av Lillhagens sjukhus och hur hen bäst uttrycker dessa. Genom detta förhållningssätt har jag ämnat behandla mina intervjupersoner respektfullt samtidigt som jag velat skapa en öppen och tillåtande relation som gynnat spontana, rika och specifika svar, en viktig del i alla kvalitativa studier<sup>48</sup>. Den värdeetiska hållning som jag haft som förebild innebär att en förenklad bild av människan medverkar till hennes exploatering<sup>49</sup>.

### 1.10.5 Förförståelse

Alla människor bär på en förförståelse, både medvetet och omedvetet. Vår förförståelse påverkar sättet att betrakta omgivningen. Min förförståelse kring ämnet baseras delvis på att jag skrivit en bebyggelsehistorisk uppsats om institutionsmiljön på Lillhagens sjukhus, samt delvis på att jag under flera år arbetat inom den öppenpsykiatriska vården. Jag har under mitt arbete inom psykiatrin träffat en rad olika personer som vistats som intagna på Lillhagens sjukhus. De erfarenheter och kunskaper jag bär med mig från psykiatrin har i vissa avseenden varit en tillgång i forskningsarbetet. Jag inser dock att min förförståelse kring ämnet även kan orsaka en del problem. Det finns alltid en risk att jag som forskare betraktar mina egna upplevelser som universella och projicerar dem på informanterna. I och med att jag har varit medveten om min förförståelse minskar dock risken för projektion.

### 1.10.6 Metodkritik

Den vanligaste kritiken mot den kvalitativa metoden är att den är subjektiv och godtycklig. Forskaren bestämmer själv fokus för studien och hur det empiriska materialet skall tolkas. Kritiken mot den kvalitativa metoden finns också i det faktum att personlig intervju genomförs. I intervjusituationen skapas berättelserna i nuet och konstrueras i interaktion mellan intervjuaren och den intervjuade. Det finns en rad olika faktorer som påverkar hur en människa väljer att berätta sin historia vilka påverkar denna studies resultat. På mikronivå påverkas resultatet ytterst av vilka frågor jag ställt, men även intervjupersonens minne och intressen samt samspelet mellan mig som intervjuare och intervjupersonen under intervjuerna spelar roll. Forskaren riskerar att med sin närvaro skapa en så kallad ”intervjuareffekt”, vilket kan medföra att intervjupersonen svarar i en riktning som intervjuaren upplevs premiera. På makronivå påverkas resultatet av övergripande kulturella stereotyper, tidsanda och andra samhällseliga faktorer. Viktigt är att forskaren är medveten om dessa faktorer och kan

---

<sup>47</sup> Stingerfonden.org 2010

<sup>48</sup> Kvale 1997

<sup>49</sup> Hvarfner 1988

reflektera kring dem. Jag som forskare har vid intervjutillfällena försökt förhålla mig så neutral och förutsättningslös som möjligt och reflekterat över berättelsernas status. En intervju handlar dock inte bara om vad som sägs utan även hur forskaren återberättar det. Risken för feltolkningar i samband med intervjuer och i analys är särskilt stora i en kvalitativ studie. Intervjuaren kan misstolka intervjupersonens svar och intervjupersonerna kan misstolka intervjuarens frågor.

Då kvalitativa studier ofta har ett mindre antal intervjupersoner blir kvalitativ forskning dessutom sällan generaliserbar. De fem intervjuer, som den här studien genomfört, ger varken en heltäckande eller rättvis bild av den stora massan före detta patienter på Lillhagens sjukhus. I denna studie har samtliga av intervjupersonerna som valts ut spenderat tiden på Lillhagens sjukhus under de sista fyrtio åren institutionen var i bruk, samt tillfrisknat från sin psykiska ohälsa så pass mycket att de klarat av att delta i intervju. Detta faktum påverkar naturligtvis även studiens resultat. Det finns en stor spännvidd mellan de tusentals olika patienter som vårdats på Lillhagens sjukhus genom olika tider i dess historia. En annan typ av spännvidd finns mellan före detta patienter inskrivna respektive inte inskrivna i vård. Om andra före detta patienter, som inte haft ett förbättrat psykiskt mående efter sin vistelse på Lillhagens sjukhus, deltagit i studien hade resultatet kanske utvecklats åt ett annat håll? Klart kan i alla fall konstateras att om andra personer intervjuats hade andra svar och andra berättelser kommit fram.

Olika typer av rum i materiell och immateriell bemärkelse kan fångas på olika kartor, men det ha visat sig vara svårt att fånga samtliga rum på en kvalitativ karta. I denna studie har samtliga av kartorna utgått ifrån en övergripande skala med plan över området, vilken har kunnat använts för identifikation av de fysiska rum som nämnts på lokal nivå. Med facit i hand hade även typer av kartor varit bra att kunna komplettera undersökningen med, exempelvis en plankarta över interiörerna.

### **1.10.7 Validitet, Reliabilitet och Generaliserbarhet**

För att en vetenskaplig studies resultat skall betraktas som tillförlitligt är det nödvändigt att både validiteten och reliabiliteten är hög. Att uppnå hög validitet och reliabiliteten är dock inte helt enkelt.

Begreppet validitet kan ses som ett mått på hur väl en undersökning fångar verkligheten<sup>50</sup>. Problemen kring validitet i kvalitativ studier är kanske främst kopplade till det faktum att forskarens subjektivitet riskerar att påverka resultatet. Denna risk riskerar att bli särskilt påtaglig i denna studie med en omfattande förståelse i ämnet. I studien har validitetskravet beaktats genom strävan mot genomsiktighet. Jag som forskare har försökt att kritisera och argumentera kring studiens tillvägagångssätt, resultat och sätt att tolka materialet. Delar av detta har presenterats i studien. Denna genomsiktighet avser att stärka studiens validitet. Även det faktum att jag som forskare har kunnat vara med vid materialinsamlingen kan styrka studiens validitet. Med min närvaro vid intervjutillfällena har risken för missförstånd minimerats. Viktigt är att jag vid intervjutillfällena även konsekvent har undvikit att ställa ledande frågor.

Med reliabilitet menas att resultaten skall vara tillförlitliga. Om ingenting förändras i en population skall två undersökningar med samma syfte och med samma metoder ge samma resultat. Reliabilitetsbegreppet är svåränvänt i en kvalitativ studie som denna, då en studies reliabilitet är nära sammankopplad med dess generaliserbarhet. Denna studie syftar snarare till att exemplifiera än att generalisera och reliabilitetskravet bli därmed mindre relevant. Även om reliabilitetskravet är mindre relevant för denna studie har jag ändå försökt beakta kravet, på samma sätt som validitetskravet, genom att sträva mot en så genomsiktig studie som möjligt.

---

<sup>50</sup> Svenning 2003

## 1.11. Material

I detta avsnitt beskrivs studiens empiriska material som givit upphov till produktionen av resultat, analys och diskussion om Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv och som plats. Det empiriska materialet har huvudsakligen insamlats från fem retrospektiva semi-strukturerade intervjuer med före detta patienter inskrivna för vård på Lillhagens sjukhus, samt från fem kvalitativa kartor som tecknats och färglagts i samband med intervjuerna. Materialet innefattar en tidsperiod mellan 1970 till 2012, vilket var då de intervjupersonerna befann sig på Lillhagens sjukhus.

### 1.11.1 Minnesberättelser

Lillhagens sjukhus har analyseras och beskrivits utifrån transkriberade intervjuer, transkriberingar omarbetade till minnesberättelser samt kvalitativa kartor. Jag har genomfört en nästintill ordagrann transkribering för att tolkning av eventuella underliggande meningar ska tonas ner till förmån för vilka formuleringar och ord som faktiskt sades. Upprepningar och mellanord har dock inte tagits med. Transkriberingen av intervjuerna i textform har i efterhand bearbetas med narrativ utgångspunkt till personliga minnesberättelser där Lillhagens sjukhus som plats framträder. Minnesberättelserna ser olika ut och har olika innehåll. Detta beror ytterst på intervjupersonerna själva samt på vad jag som forskare lyckats avläsa ur de transkriberade intervjuerna samt vid intervjutillfället. Vissa beskrivningar är rikare än andra, vilket beror på vad intervjupersonerna varit kunniga och villiga att berätta. Minnesberättelserna har strukturerats i tur och ordning efter de rum som nämnts och beskrivits i intervjuerna, vilka har analyserats vidare under analyskapitlet utifrån frågeställningarna nedbrutna till analysteman. Minnesberättelserna är i huvudsak intervjupersonernas "egna" berättelser som lämnats orörda så långt som möjligt utan att försämra läsbarheten. I minnesberättelserna presenteras även ordagranna citat för att förstärka intervjupersonernas personliga berättelse.

Tillsammans med minnesberättelserna presenteras också de kvalitativa kartor vilka använts både som redskap och material för tolkningen av den Kvalitativa platsanalysen. Kartorna har utgjort en pedagogisk belysning av Lillhagens sjukhus som plats med en övergripande plan över hela sjukhusområdet. På dessa kartor presenteras de fysiska rum som nämnts, markerats och beskrivits av intervjupersonerna på lokal nivå. Kartorna i minnesberättelserna har dock inte kunnat belysa de rum som nämns på interiör eller immateriell nivå.

Individperspektivet har gjort det möjligt att åstadkomma ett erfarenhetsnära, nyansrikt och mångfacetterat material som erbjuder möjligheter för tolkning och analys. Detta material har även använts för att bortom individens historia försöka få tag i den gemensamma. Jag har i materialet letat efter bärande bilder, mönster och andra fenomen. Vissa mönster har observerats efter många omläsningar medan jag har observerat andra omgående. Förståelsen av vissa mönster och samband har också ändrats under studiens genomförande. Analysen har i huvudsak skett från det skrivna materialet och från själva aktiviteten att transkribera vilket erbjuder tillfälle till om- och närlyssning av vad som sades. Det empiriska materialet har färgkodats och samlats i en matris för att underlätta analysarbetet. I analysyfte har även de kvalitativa kartorna använts för att tydligare identifiera de rum som nämnts, samt undersöka intervjupersonernas känslomässiga upplevelser av rummet.

Med hjälp av materialet har platsens immateriella och abstrakta rumsliga struktur samt det som betingar platsens karaktär kunnat identifieras. Platsen har beskrivits såsom den framträder, i olika geografiska skalor, som en helhet med rumsstruktur och egen karaktär. Helheten står för de före detta patienternas minnen av t.ex. händelser, relationer och sinnesuttryck. Analysen mynnar ut i en sammanfattande redogörelse av Lillhagen som plats med dess identitet/själ.

## 2. MINNESBERÄTTELSE

De intervjuer som genomförts i denna studie har fokuserat på fem före detta patienters personliga upplevelser och minnen av sin vistelse på Lillhagens sjukhus. I detta avsnitt redovisas intervjupersonernas rumsliga minnesberättelser i kronologisk följd utifrån vilka perioder och år de har tillbringat på Lillhagens sjukhus. Berättelserna utspelar sig mellan åren 1970 till 2012.

### 2.1 Gertrud 76 år

Informant 3, som jag valt att kalla ”Gertrud”, var inlagd på Lillhagens sjukhus i olika omgångar under perioden 1970-1989. Orsaken till hennes vistelse på Lillhagen är en svår ångestproblematik. Gertrud har en del minnessvårigheter, som hon själv tror beror på att hon tidigare i livet fått omfattande elshocker.

Gertrud berättar att hon var mycket sjuk vid tidpunkten för sin första inläggningen på Lillhagens sjukhus. Hon ger följande beskrivning av hennes första minnen av platsen;

Jag vet att man åkte upp för en stor backe, sedan låg det den här stora byggnaden på höger sida, kanske sex eller åtta våningar, där jag var. Men sedan var det ju gångar också. Man gick iväg och åt någonstans, det var inte så långt borta. Det fanns också en gymnastiksal där jag var.

Gertrud tror att hon kom till avdelning 26, som låg i ett av de nybyggda höghusen. Det var en öppen avdelning där hon inte var inlåst. Gertrud förklarar att hon alltid har gått in i vården frivilligt, det vill säga att hon aldrig blivit tvångsintagen. Hon berättar att det fanns olika avdelningar. Människor sorterades efter vad de hade för psykisk sjukdom. Narkomanerna fanns till exempel på en särskild avdelning med mer övervakning. Med hissen åkte Gertrud upp till den avdelning där hon var inlagd. Det var väldigt ljust, vilket hon själv tyckte var viktigt. Hon beskriver en lång korridor med dörrar och nummerlappar på båda sidorna. I hennes rum var det fyra stycken patienter. Gertrud berättar om en händelse från hennes rum på Lillhagen;

En i mitt rum, hon var orolig en gång, så hon gapade och skrek och då kom det en sän där och skulle ta henne. Då slängde hon ett stort ljus på han på andra sidan där jag låg, det träffade mig inte, men dom fick brotta ned henne. Hon var nog väldigt ung och bitter, och det förstår man ju.

Gertrud själv har aldrig upplevt personal som varit otrevlig, och förklarar senare efter lite eftertanke att det kanske beror på att hon själv inte var våldsam och förmodligen rätt formbar. Hon åt alltid sina mediciner även om dessa ibland kunde ha obehagliga biverkningar. Gertrud minns ett tillfälle när hon skulle äta en smörgåsen och upptäckte att tungan var förlamad. Hon fick panik och sprang in på rummet.

Gertruds känslor till sin vistelse på Lillhagens sjukhus var delade. Även om de positiva minnena av Lillhagen betonas, medger hon att det inte är ett ställe man vill vara på om man inte är sjuk. Samtidigt som hon ville bort från Lillhagen fanns det en trygghet i att vara där och få hjälp. Ute i samhället var hon utelämnad till sig själv och alla ”måsten”. Gertrud beskriver att hon trivdes och kände sig trygg i sina rutiner på avdelningen, att hon passade in och kände en typ av hemkänsla på avdelningen utifrån sin situation och det sjukdomstillstånd hon befann sig i: Här får jag lugn och ro för mitt mående. Man orkar inte vara ute i samhället helt enkelt. Gertrud kom ofta tillbaka till samma lugna avdelning i den höga nya sjukhusbyggnaden när hon var inlagd på Lillhagens sjukhus. En gång placerades hon dock i ett annat, äldre, hus på området där hon upplevde att hon inte passade in. Gertrud blev panikslagen och vägrade att stanna kvar i huset när hon såg de förvirrade äldre människor i 60-70 års ålder som var inlagda där. Trots att Gertrud upplevde sig själv som väldigt sjuk, så kände hon sig frisk i jämförelse med de många svårt sjuka människorna som vistades i det gamla huset.

Det stod nån och klappade i händerna och tjoade. Det var beklämmande att se. Så jag sa ”jag stannar inte här då åker jag hellre hem”. Då fick jag komma tillbaka till höghuset igen.

Gertrud berättar vidare om ett hus med arbetsterapi där man kunde handarbete. Där fanns flera handledare och man kunde köpa material till självkostnadspris. Gertrud tyckte att det var fantastiskt med den kreativa arbetsterapin. Hon beskriver den som en viktig, rogivande och trygg kraft när hon inte mår bra. Hon kunde där komma ifrån sin sjukdom lite. Gertrud förklarar att det inte krävdes lika mycket koncentration till att handarbete som att läsa, och att om man mår riktigt dåligt så har man ingen koncentration. Gertrud handarbetade mycket på Lillhagen och ofta även på nätterna, då hon hade så svårt att sova. Hon har fortfarande sparat saker som hon gjorde på Lillhagen, bland annat en stor tavla som hon har på väggen hemma. Inom området fanns också en kaffestuga/kiosk, dit Gertrud brukade gå och handla samt dricka kaffe. Hon upplevde kaffestugan som en positiv tillflyktsort, dit hon kunde gå ifrån avdelningen för att kunna köpa sig någonting gott.

I slutet av 1980-talet besökte Gertrud Lillhagens sjukhus endast över dagen, för att få sina elbehandlings, och gick hem på eftermiddagen. Gertrud fick under sina år på Lillhagen många elshocker, vilket hon själv begärt för att försöka mildra sin ångest. Läkarna ordinerade sex till tio elshocker en gång i veckan.

År 1989 i samband med att en läkare på Lillhagen skulle doktorera var Gertrud i en stor sal och pratade inför en publik om hennes upplevelser som patient på Lillhagens sjukhus. Gertrud menade på att det inte är mer konstigt att vara sjuk i psyket än att ha sockersjuka, kärlekskramp eller någon annan somatisk sjukdom. Publiken kom fram och tackade henne efteråt, vilket gjorde henne mycket glad.

Det tog väldigt många år innan Gertrud kunde lämna institutionsvården, då hennes ångest var så svår. Men med den nya medicinen som kom under slutet av 1980-talet försvann den största ångesten och Gertrud kunde därmed lämna Lillhagens sjukhus.

Många tycker ju att det är tabu med Lillhagen, man vill inte tala om att man har varit där, men jag har aldrig känt det så. Det fanns ju bekanta till folk som inte ville komma och hälsa på, för att Lillhagen gav en sådan negativ klang. Det har väl alltid varit så.

För Gertrud är det viktigt att bevara minnet av Lillhagen, och tror att det är många som känner som henne, att det är viktigt att det positiva kommer fram. Det mest positiva och viktigaste med Lillhagen, som Gertrud vid flera tillfällen återkommer till, är den stora trygghet som vilade i att ha en egen läkare och en långsiktig, kontinuerlig och nära läkarkontakt. Tryggheten vilade i vetskapen att hon kände och litade på sin läkare, som visste vem hon var. Att slippa att tvingas bollas mellan olika läkare och berätta samma historia om och om igen. Gertrud visste att hon alltid kunde ringa sin läkare om hon mår dåligt, och snabbt få komma in i vård. Hon framhåller att hon har sin läkare att tacka för att hon är vid liv idag. Gertrud uttrycker även en oro och ledsamhet över att psykiatri inte fungerar så idag, samt att så många människor som mår dåligt inte har någonstans att ta vägen. Hon betonar att hon tycker att det är en tragedi att Lillhagen försvann. Hon avslutar med att säga: Det är ju bara vi som har varit där som vet hur det var.





Fig. 2. Centrala rum i Informant 3:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund



Fig. 3. Känslorummen i Informant 3:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

## 2.2 Eva 65 år

Informant 4, som jag valt att kalla ”Eva”, var inlagd på Lillhagens sjukhus cirka tio gånger, i 3-4 veckor långa etapper, under perioden 1975-1999. Orsaken till hennes vistelse på Lillhagen är bipolär sjukdom.

Eva fördes första gången till Lillhagens sjukhus med vårdintyg från St. Jörgens sjukhus, där hon tidigare vårdats för depression. Hon var vid inläggningen upprörd över att hon inte hade blivit bra behandlad på St. Jörgen, och beskriver situationen att vara på väg in i slutenvård på Lillhagen som fruktansvärd och hemsk. Eva kom till ett höghus och lades in på en sluten allmänpsykiatrisk avdelning. Nästan alla avdelningar var slutna på Lillhagen. Eva upplevde avdelningen som ganska modern för tiden, med stora korridorer och mycket färger. Väggar och dörrar var målade i grönt och orange. Eva beskriver att det inne på rummen var kalt och vitt. Det fanns olika stora rum på samma avdelning, och Eva har legat i både enkelrum och flerbäddsrum. När Eva var manisk fick hon eget rum, och när hon hade depressioner fick hon ligga i flerbäddsrum. Eva berättar att hon, vid ett tillfälle på avdelningen, fick ligga i bälte och ”tvångssprutas” för att hon gjorde kraftigt motstånd till medicineringen. Incidenten och den slutna avdelningen förknippar Eva med tvång och tillhör hennes mer negativa upplevelser av Lillhagen. I höghusets bottenvåning fanns en kyrka och ett stort bibliotek. Eva tyckte att det var befriande att få gå till det fina biblioteket, med den trevliga bibliotekarien som kunde lotsa henne dit hon ville. I biblioteket fanns det många lp-skivor och cirka tio lyssnarplatser, där Eva brukade sitta med hörlurar och lyssna på musik. Kyrkan var modern och vacker. Eva tyckte det var väldigt fint att gå i kyrkan på söndagar när det var mässa där.

Eva betonar att dagarna på den låsta avdelningen var väldigt långsamma och tråkiga, då hon inte fick gå ut utan ett läkarintyg. Det fanns ett dagrum där man kunde titta lite på tv, men på den tiden var det bara bara tv på kvällarna. Läs kunde man inte göra i den stökiga miljön. På avdelningen fanns både maniska och deprimerade patienter. Många var oroliga och hade ångest. Aggressionsutbrott förekom då flera var arga på vården. En del patienter bara vandrade fram och tillbaka. Eva beskriver att hon kände sig som en fånge, då hon var tvungen att vara på avdelningen.

När Eva var tillräckligt frisk och fick friheten att gå ut, ville hon ensam gå ut i naturen. På Lillhagen fanns ett väldigt vackert naturområde. Eva älskade särskilt att gå i skogspartiet bakom det stora sjukhuskomplexet, där det fanns mycket vackra vitsippsbackar. Hon uppmärksammade även den 800 år gamla eken vid personalbostäderna. Naturen betydde väldigt mycket för Evas återhämtning, och hon förknippar den med frihet och skönhet.

Eva älskade också arbetsterapi, som låg i barackerna intill trädgårdsanläggningen. Hon förklarar att det kändes väldigt befriande att få komma ifrån sjukhusmiljön till arbetsterapi och att det var hennes sätt att överleva att gå dit. Där fick hon göra många olika aktiviteter, bland annat väva trasmattor och sy långbyxor, vilket hon tyckte var roligt. Arbetsterapeuterna var väldigt trevliga, och behandlade Eva och de andra intagna som vilka människor som helst. Arbetsterapi förknippar Eva med frihet och kreativitet. Eva tyckte också att trädgårdsanläggningen med trädgårdsmästeriet var fint, men där var det bara ”kronikerpatienterna” som höll till. Eva förklarar att ”kronikerna” var de kroniskt sjuka människor som framförallt var schizofrena. Dessa patienter var inlagda på ”kroniker-avdelningarna” i de röda tegelhusen på sjukhusområdet och bodde där för jämn. Eva beskriver det som väldigt skrämmande att se kronikerna, ofta gamla gubbar, när de satt utanför huset. De gamla gubbarna hade fått så mycket neuroleptika att de såg otäcka ut. Vanliga biverkningar av medicinen var att kroppen skakade, tungan åkte ut och att personerna blev tjocka. Eva var själv aldrig på kroniker-avdelningarna, men hade hade skräckinjagande fantasier om att hon skulle hamna där förr eller senare. Vid ett tillfälle gjorde hon ett allvarligt självmordsförsök för att hon såg sig själv som en kronikerpatient på kronikeravdelningarna. Hon ville hellre dö än att uppleva det.

På sjukhusområdet fanns också ett vitt hus, ”vita elefanten”, med bara akutavdelningar. I den omedelbara närheten till akutmottagningskomplexet låg en röd tegelbyggnad, med en

avdelning som kallades ”Stormen”. Eva tillbringade ett par månader på Stormen under 1980-talet. Stormen var en låst avdelning med bara enkelrum. I uppehållsrummet fanns det några fina finurliga tavlor med tuschteckningar som Eva fantiserade mycket runt. En tavla föreställde ”bimannen”. Bimannen hade en bikupa som mössa och det kom ut bin ur den. Annars var det kallt på Stormen, och patienterna fick varken gå ut eller ta emot besök. Det fanns en innergård, från akutmottagningen ut mot Stormen, som de intagna patienterna kunde se från sina fönster. Dit fick dock inga patienter gå, utan endast personalen. Eva betonar att hon tyckte att det var väldigt provocerande att inte få gå ut och få frisk luft under en hel sommar, samtidigt som hon betraktade innergården från sitt rum. Eva förknippar Stormen med tvång och isolering.

Och jag vet att jag kunde skrika att det är lag på att fångar ska rastas en timma om dagen i en rastgård, men det gäller inte mentalpatienter.

På vägen vid de röda gamla tegelhusen växte det gula buskliknande blommor som Eva tyckte mycket om. Eva skrattar lite när hon berättar att hon senare fick veta att de kallas ölandstök, en blomma som hon tycker passade bra på ett mentalsjukhus.

På sjukhusområdet fanns det även en godisaffär, eller en liten karamellbutik. Eva beskriver det som en befrielse och trösterikt att få gå med en personal dit och köpa godis. Saltlakrits var favoriten. Sedan fanns också studieverksamheten på arbetsterapin med många roliga verksamheter, bland annat filmvisningar och färglära, som Eva var på någon gång. I en källare i närheten av akuten låg konstterapi.

Eva tycker att det är viktigt att minnas Lillhagens sjukhus som ett historiskt dokument, för att veta hur psykiatrin har utvecklats. Det har varit en förfärlig plats med tvång, inlåsning och övergrepp. Men Lillhagen har också genererat bra saker som naturupplevelser och terapeutiska aktiviteter, vilka Eva tycker är bristfälligt i dagens psykiatri.



Fig. 4. Centrala rum i Informant 4:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund



Fig. 5. Känslorummen i Informant 4:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

## 2.3 Edvin 59 år

Informant 1, som jag valt att kalla ”Edvin”, var inlagd på Lillhagens sjukhus i olika omgångar, under perioden 1990-2005. Orsaken till hans vistelse på Lillhagen var en psykos.

Edvin blev förd till Lillhagens sjukhus med poliseskort. Bilen stannade på en stor parkeringsplats vid ett stort vitt hus. Edvin fördes först till Lillhagens akutmottagning som låg i bottenplan i det stora vita huset. Där fanns ett samlingsrum med tv och ett rökrum där de flesta patienterna vistades. På akutavdelningen hade Edvin omfattande övervakning, han mådde mycket dåligt och tyckte att platsen kändes främmande.

Jag fick en snubbe som gick jämte mig hela tiden, jag hade vak hela tiden, kunde inte göra någonting, det var alltid någon som följde efter mig.

Edvin var på akutavdelningen några dagar, sedan blev han förd upp till avdelning 25. Edvin minns avdelningen som ljus men ganska sliten, utan blommor och gardiner. Avdelningen bestod av en lång korridor, i mitten fanns en matsal och rökrummen låg längre ned i korridoren. Sovsalar låg efter hela den långa korridoren. Det fanns både enkelrum, tvåmannarum och stora sovsalar med 7-8 människor i samma rum. I rummen fanns säkerhetsfönster och rökdetektorer. Säkerhetsfönstren kunde bara öppnas lite, för att patienterna inte skulle kunna hoppa ut. Edvin förklarar att han fick lov att röka på rummet om han hade fönstret på glänt och blåste ut röken. Edvin fick först ligga i ett enkelrum med vak i ungefär fjorton dagar innan han hamnade i ett flerbäddsrum. Han ville inte ha de mediciner som han fick, och blev därför fastbunden i en säng och tvångsmedicinerad.

Man skulle ju ta de här sprutorna och tog man inte dem så användes våld, även om man kanske var ganska snäll och foglig. Det räckte att man sa nej, så användes det våld.

Edvin konstaterar att det ganska tufft på avdelningen med mycket vak, vilket han ansåg inte alltid var befogat, och en stark ”vi och dom”-känsla. Edvin upplevde att hans människovärde togs ifrån honom. Han betonar att det var oerhört kränkande att vara inlåst i ett rum, bältad och neddrogad. Likaså att inte få lämna sitt rum, med undantag för toalettbesök, trots att han inte varit våldsam eller gjort något annat fel. Edvin förklarar att det i korridoren utanför satt flera skötare som läste tidning och höll ett vakande öga på honom och de andra patienterna.

Att vara på avdelningen är inte roligt när man är inlåst, man vet inte var man har folk, och man kanske är så fullproppad med mediciner att man inte kan stå på benen.

Edvin uppger att han var på avdelning 25 i sex månader och att han under denna tid bara ville därifrån. Trots att han själv tyckte att han mådde bra och att han var frisk nog att klara sig själv, så bedömde läkarna att han ändå skulle vara kvar på avdelningen. Edvin fick inte komma och gå som han ville, utan skulle vara på området. Han upplevde att Lillhagen var som en förvaringsplats.

Idag är det svårt att bli inlagd på sjukhus, men då räckte det med att man hade minsta lilla symtom så lyftes man fast för att ta tag i detta. Man kunde ju vara ganska frisk på avdelningen, ändå släpptes man inte ut. Idag är det tvärt om, det är svårt att bli inlagd även om man är dålig.

Någonting Edvin uppskattade mycket på Lillhagen var parken och skogsområdet. Han brukade ta promenader utomhus samt sitta på bänkarna i parken och bara ha det bra. Edvin gillar också om att spela minigolf och på området fanns det en minigolfbana som han tyckte var väldigt mysig.

Edvin minns att han var ungefär 35 år gammal när han placerades på Lillhagens arbetsrehabilitering. Där fick han göra lite småarbeten som att plocka skruvar och muttrar i olika påsar, något som han tyckte var mycket tråkigt och meningslöst. Edvin trivdes inte på arbetsrehabiliteringen, men förklarar att han ändå var tvungen att gå dit för att få sitt

läkarintyg och därmed pengar från försäkringskassan. Under denna tid kände hans sig friare då han inte bodde på sjukhuset. Han pendlade istället dit med bil varje dag.

Sista gångerna Edvin var på Lillhagens sjukhus tyckte han att det hade blivit bättre och han kände sig tryggare än den första gången han varit inlagd. Framst berodde detta på att bemötandet och behandlingen var bättre. När han sammanfattar sina upplevelser av Lillhagen säger han att allting var både på gott och ont. Edvin förklarar att Lillhagen är ett ställe man kommer till när man mår så dåligt att man inte vet var man ska ta vägen. De sista gångerna Edvin var inlagd på Lillhagen hade han valt själv att komma dit, för att han upplevde sig behöva det. Men nu för tiden, när han har medicinerna, uppger Edvin att han inte behöver sådana ställen längre.

Jag har ju varit så dålig så även om man inte tyckte om stället har det ju varit skönt att komma dit, för det fanns ju ingen annanstans att ta vägen.



Fig. 6. Centrala rum i Informant 1:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

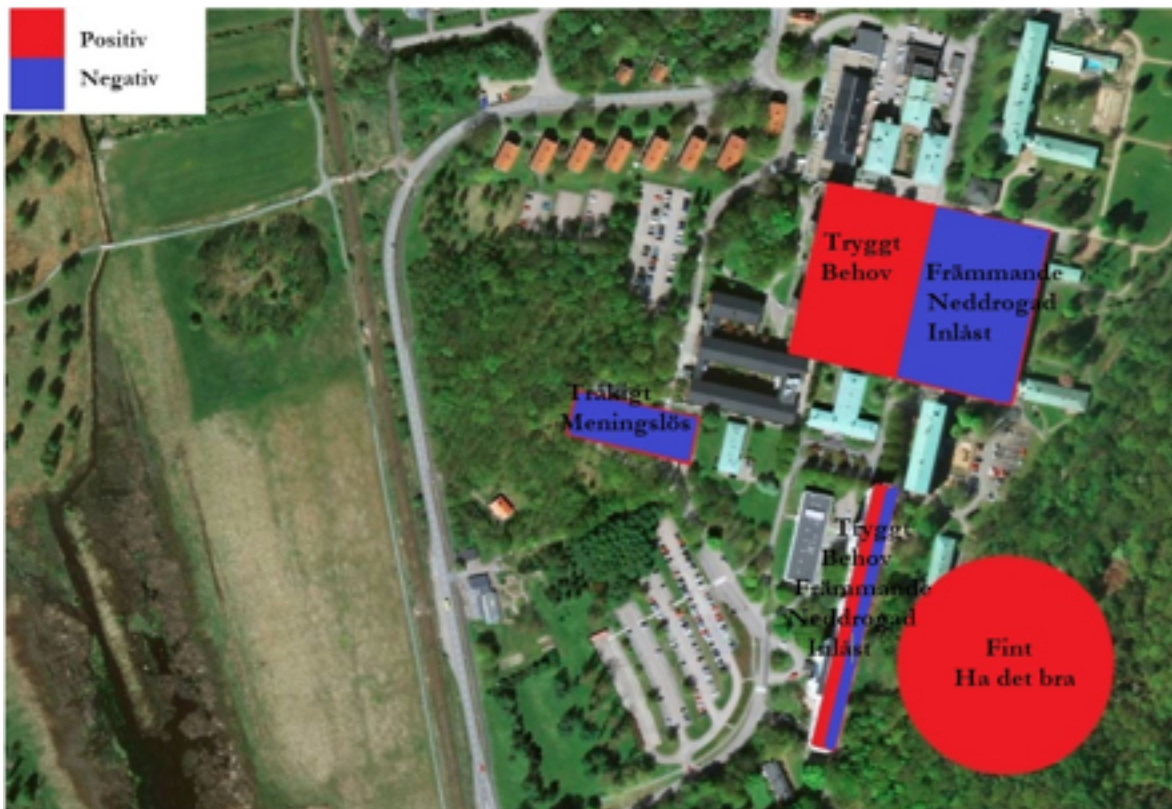


Fig. 7. Känslorummen i Informant 1:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

## 2.4 Erika 45 år

Informant 2, som jag valt att kalla ”Erika”, var inlagd på Lillhagens sjukhus i olika omgångar under perioden 1991-2007. Hon har förklarat att hon har svårt att minnas hela vistelsen på Lillhagens sjukhus, då hon periodvis mätte mycket dåligt.

Första gången Erika kom till Lillhagens sjukhus var hon mycket ung och åkte med taxi från Jönköping. Hon hamnade på en avdelning i ett av de höga husen. Erika beskriver att avdelningen bestod av långa och mörka korridorer, olika rum och sjukhussalar. Hon gillade inte dom långa korridorerna, och upplevde miljön som kal och kall. Det fanns fyrbäddssalar och tvåbäddssalar. På avdelningen fanns också rökrum och rökbalkong, matsal, samt ett allrum med tv. Erika minns att det var fullt av patienter på avdelningen och att det var en stressig och högljudd miljö. Vissa av patienterna kom fram till henne och visade upp sina ärr på armarna där de hade skurit sig. Erika berättar att hon inte ville se de hemska ärrarna och att hon var väldigt rädd för alltihop. Hon tyckte att det var jobbigt att vara bland de andra patienterna.

Erika beskriver att hon ibland fick åka ner på ett lägre plan i huset för att måla med färger. Under inläggningarna tyckte Erika om att syssla med skapande verksamhet. Hon gjorde kollage, målade, stickade, virkade och lyssnade på musik. En del av detta gjorde hon på sitt rum där hon hade sin sängplats med skärm mellan sig och den andra patienten. Erika brukade hänga upp det som hon hade målat på skärmen. Erika berättar att personalen ibland tog med en grupp intagna för att gå en runda genom skogen eller handla i den affär som var belägen på sjukhusområdet. I affären arbetade trevlig personal och det fanns lite tidningar, godis och lite andra småsaker man kunde köpa. Vid senare inläggningstillfällen tillbringade Erika mer egen tid på ute på sjukhusområdet och i naturen för att få lugn och ro.

Först kanske man bara fick gå ut tio minuter en kvart, och då gick man ner på utsidan huset man var inlagd i, och satte sig och tog en cigarett. Och sedan när dom tyckte att man kunde vara ute lite längre, kanske man fick en halvtimme, och då kunde man gå en runda.

Erika beskriver att naturen på Lillhagen var nära in på husknuten. Erika gick ofta ut i skogen, över stora vägen och ner mot en liten sjö. Vid sjön fanns det en bänk och ett litet vattenfall. Erika tyckte att det var väldigt fint, harmoniskt och tryggt att ha den vackra naturen runt omkring sig. Hon brukade sitta och meditera eller teckna vid skogen och sjön.

Erika förklarar att hon tyckte om sjukhusområdet men inte själva sjukhuset. Hon upplevde att miljön var gammal och nedsliten. Erika betonar att särskilt duscharna och toaletterna var i mycket dåligt skick. Duschsituationen kunde vara väldigt omständlig och krånglig. Hon berättar lite skämtsamt att när hon skulle duscha brukade hon använda en handduk att stå på och en handduk att torka sig med.

Ibland så kommer jag ihåg att jag tog papper och ställde mig på, för jag ville ju inte stå på golvet för det kändes så ofräscht. Det var väldigt ofräscht.

Erika upplevde sin vistelse på Lillhagens sjukhus som både positiv och negativ. På 2000-talet kom Erika ofta tillbaka till samma avdelning. Hon beskriver att det kändes tryggt att komma tillbaka till en plats som var välbekant för henne. Det var ofta samma människor som jobbade och samma människor som var inlagda, vilka hon hade hunnit lära känna lite.

Avslutningsvis anser Erika att det är viktigt att bevara minnet av Lillhagen, då platsen bär på så många historier och att det hänt så mycket på platsen, inte bara för henne själv utan för en massa andra människor också.





Fig. 8. Centrala rum i Informant 2:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

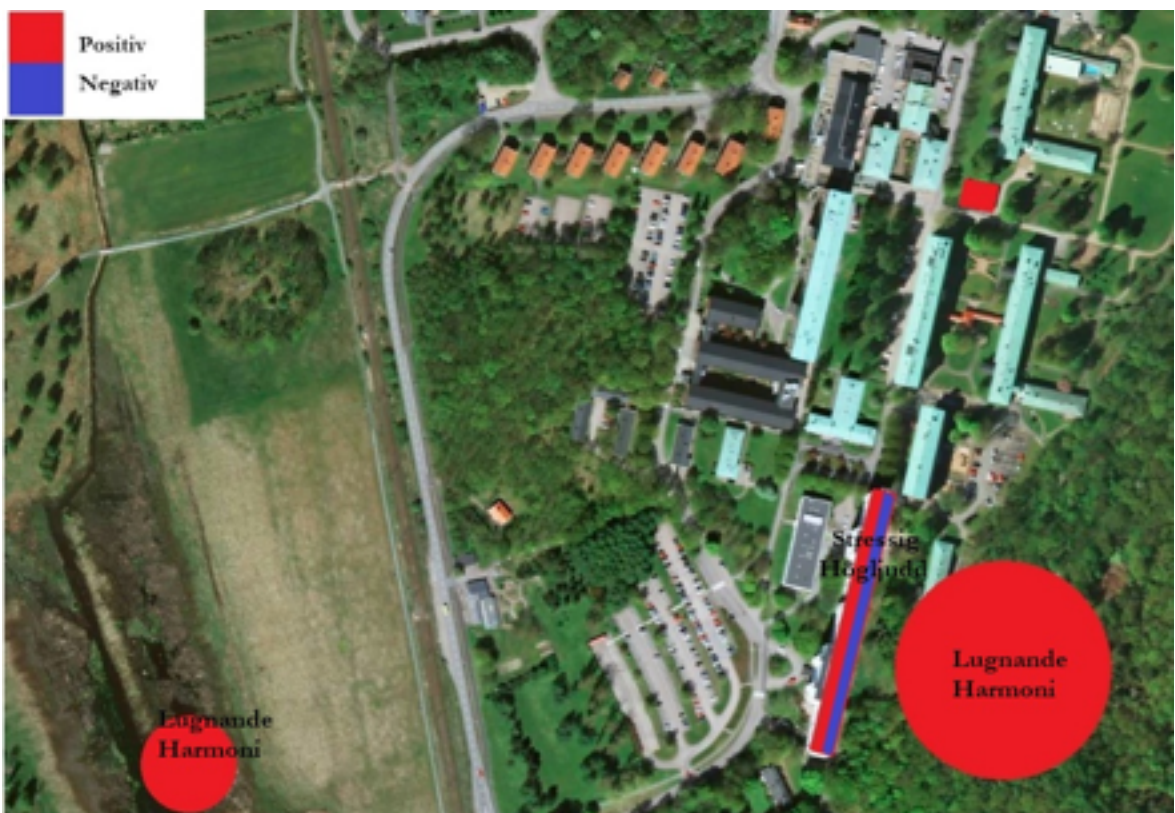


Fig. 9. Känslorummen i Informant 2:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

## 2.5 Magnus 44 år

Informant 5, som jag valt att kalla ”Magnus”, var inlagd på Lillhagens rättspsykiatri vid ett tillfälle mellan 2011-2012, i cirka ett och ett halvt år. Orsaken till hans vistelse på Lillhagen är, vad han själv beskriver som, adhd-problematik samt depression och ångest.

När Magnus vistades på Lillhagens sjukhus låg rättspsykiatri i ett av de två stora höghusen. Magnus kom först till inskrivningsavdelningen 921 som låg längst ned i huset. Här bedömde läkarna och personalen vilken typ av problematik han hade. Magnus förkunnar att inskrivningsavdelningen inte var rolig. Miljön var väldigt stel, öppen och tom, med få färger. Magnus säger samtidigt att han förstod att det inte kunde vara så mycket saker därinne för allas säkerhet. Varje lös sak kunde ju missbrukas eller användas till något olämpligt.

Magnus beskriver att alla patienter hade var sitt rum med de mest behövliga ägodelarna såsom kläder och hygienartiklar. Magnus hade också tv på rummet och möjlighet att lyssna på musik. På inskrivningsavdelningen fanns även ett stort allrum, rökrum och en matsal. Alla avdelningar på Lillhagen såg ungefär likadana ut med korridorer och gångar. Magnus tror att detta berodde på att personal skulle kunna förflytta sig snabbt. Då krissituationer uppstod på någon avdelning ringde klockorna varpå personalen hastigt lämnade den avdelning de var på för att hjälpa till där det behövdes.

Magnus var på inskrivningsavdelningen under en månads tid och skickades därefter upp till avdelningen 926, på våningen högst upp i huset. Denna avdelning var egentligen en utskrivningsavdelning men där behandlades även intagna med depression och ångest.

Magnus berättar att han var mycket sjuk och hade svag livsvilja när han kom till avdelning 926. Han beskriver att det gjorde fruktansvärt ont att må så dåligt att han inte orkade med det själv. I början av vistelsen på avdelningen satt Magnus ofta i ett hörn och gungade hopkurad med en önskan om att bli fri från sina plågor.

När jag kom dit så var livet så pass kraschat och jag var så pass deprimerad att jag inte hann känna var fan jag hade hamnat någonstans. Jag tänkte att det spelar ingen roll hur länge jag blir här för ingenting spelar någon roll. Jag kände mig död inombords och hade gett upp.

Magnus beskriver att utskrivningsavdelningen var mer harmonisk än inskrivningsavdelningen, och hade lite mer färger. När Magnus kom in så sa personalen ”Magnus, lägg nu alla dina problem på hyllan, alla papper, räkningar, allt allt allt”. Det blev ett totalt miljöombyte för honom att komma dit och känna att han hade stöd. Magnus förklarar att han hade tre kontaktpersoner inne på avdelningen som var där i stort sett hela tiden. Avdelningen var hela tiden bemannad med sex till sju stycken personal för att garantera patienternas och personalens säkerhet. En del patienter var ju våldsbenägna. Personalen spenderade mycket tid tillsammans med Magnus och de andra patienterna. De åt tillsammans, spelade kort, tittade på filmer och spelade wii. Magnus upplevde att personalen var en trygghet för patienterna och att de var professionella: De gjorde ingen skillnad på patient eller sig själva, utan man umgicks precis som man gör var som helst.

Magnus berättar att han hade största rummet på avdelningen med fyra stora fönster och en fantastisk utsikt över området. Han brukade stå i fönstret och titta på himlaspelet varje gång det var oväder, åska och regn. Magnus berättar om kvällen då han började få tillbaka sin livsglädje. Det var vinter och den första snön hade börjat falla. Han stod i sitt rum och blickade ut över området:

Träden var vita, gångbanorna var fint upplagade, lamporna lös där nere och himlen var stjärnklar. Då fick jag första känslan att herregud jag vill gå där nere och mysa, jag blev varm i mig själv. När jag var på Lillhagen och såg den här första glimten att vilja, var när det inte var möjligt. När man inte kunde gå ut, när inte möjligheten fanns, då kom ju den här längtan.

Magnus beskriver att intrycket blev så starkt att han började känna sig levande igen, att han förnam en vag känsla av glädje. Det var där och då som allting vände. Han förklarar att det var stimulansen på Lillhagen som distraherade och bröt hans isolering och hans vanliga destruktiva tankar. Intryck och socialt umgänge var den bästa medicinen. Magnus glädje växte mer och mer. Han kände att det fick ta sin tid att bli frisk, det spelade ingen roll hur länge han behövde vara kvar på Lillhagen, bara han slapp göra om resan dit.

I början av sin vistelse på Lillhagens sjukhus hände inte så mycket och Magnus fick hjälp med i stort sett allt. Han beskriver att han även fick gå igenom noggranna undersökningar. Efter att Magnus fick ”adhd-medicin” kunde han helt plötsligt följa tråden i längre samtal. Han kände sig inte ifrågasatt och kunde visa framfötterna och fatta egna beslut. Allt eftersom Magnus mådde bättre fylldes dagarna med aktiviteter. I en av de nedlagda vårdbyggnaderna fanns Möjligheternas hus. Där fick de intagna arbeta med datorer och umgås tillsammans. Möjligheternas hus hade även en träningslokal där Magnus började styrketräna med hjälp av gyminstruktörer och sjukgymnaster samt löpa runt sjukhusområdet. Träningen hjälpte Magnus att slappna av. Magnus fick allt eftersom ökade arbetsuppgifter på Möjligheternas hus och kom att ansvara för skötseln av gymmet. Han blev ofta tillfrågad om han kunde hjälpa till att fixa olika saker, till exempel diskmaskiner som hade gått sönder på avdelningen, och fick en känsla av att vara behövd. Magnus berättar att det på Lillhagen också fanns ett Ikea-lagret och en radiostation. På Ikea-lagret fick han prova på att sätta ihop möbler som sedan skänktes till utsatta människor. Det var ett sätt att hitta någon typ av intresse, och känna att han gjorde någonting meningsfullt. På radiostationen kunde patienterna göra egna radioprogram och sända dessa, något som också Magnus provade att göra.

Det var ju ingenting de sa att jag skulle göra, utan det var ju jag själv som blev levande och gjorde mer och mer utan att tänka på det. För när jag kom dit så upplevde jag att jag hade tappat all begåvning och kunskap. Så helt plötsligt insåg jag att jag har ju faktiskt färdigheter kvar.

Efter en tid började Magnus få längre permissioner på egen hand. Magnus beskriver gillande att han brukade ligga på gräsmattan och sola, ibland hela dagar. Han började även återigen träffa sina barn utanför sjukhuset. Magnus upplever att mötet med samhället utanför Lillhagen ibland ”inte var så roligt”. Han berättar om ett obehagligt tillfälle då han var på väg med bussen tillbaka till Lillhagen från en permission. På bussen satt det barn och skämtade om Lillhagen och ”dårarna”. När Magnus skulle kliva av vid sjukhushållplatsen, konfronterade barnen honom och frågade om han var en av personalen, varpå han svarade ”Ja visst är jag det”. Magnus förklarar att han under vistelsen på Lillhagen fick brottas med några av sina egna fördomar om psykiskt sjuka människor.

Jag visste absolut inte vad Lillhagen var från början. Jag trodde att det var människor som hade en problematik som var djupt rotad i uppförandesättet, och att de typ saknade empati på något sätt, att det var något fel helt enkelt. Men när jag hade varit där någon månad insåg jag att de ju faktiskt är som vilken annan människa som helst som har varit utsatt, gjort någon handling de inte kunnat hantera, känt sig orättvist behandlad eller vad som helst som utlöst någonting som gjort att de hamnat på Lillhagen. Det är ju människor som mår eller har mått väldigt psykiskt dåligt.

Magnus upplevde sin vistelse på Lillhagen som att få en chans att börja om från början. Hela miljön byttes ut på ett sådant sätt att det inte fanns samma ”ingredienser” för att må dåligt. Magnus blev hela tiden stimulerad och fick nya sinnesintryck, hade människor runt sig och fick delgivet den kunskap och visdom som både intagna och personal har. Han förklarar att hans värderingar om liv och om andra saker förändrades. Han började värdesätta, prioritera och hantera saker på ett helt annat sätt än han tidigare gjort. Magnus säger skämtsamt att han säkert var en stjärnpatient, då tiden gick väldigt fort för honom på Lillhagen, till skillnad från de som brukar vara kvar i tre till fyra år.

Ibland tänker jag att det är synd att inte resurserna sätts in tidigare, att jag inte fick det stöd och den hjälp många många år tidigare. Det här måste ju kosta samhället hur mycket som helst när det måste gå så långt att man gör ett brott. Men då kanske jag inte heller hade varit mottaglig för hjälpen.

Magnus beskriver sammanfattningsvis att hela upplevelsen av att hamna på en vårdavdelningen egentligen är en mycket tråkigt grej att behöva gå igenom i livet, men väl så nödvändig för hans del. För honom var det en plats där han blev bättre och där han fick hjälp. Magnus tror inte husen i sig spelade så stor roll för hans tillfrisknande, men tycker samtidigt

att Lillhagen hade kunnat vara en mer neutral och trivsamt miljö, en plats han hade velat komma till. Det hade inte behövt vara ett stort höghus. Magnus säger att det var hur de arbetade med honom och att få ett totalt miljöombyte som hade betydelse för hur han känner sig idag. Så här i efterhand konstaterar Magnus att Lillhagen är det bästa som har hänt honom och att han hade en känsla av tacksamhet när han for därifrån. Samtidigt känner han inte att han längtar tillbaka på något sätt, eftersom han nu har ett liv, egen lägenhet och saker och ting fungerar runt honom.

Magnus berättar att det finns många historier om Lillhagen, att det gick bra för honom för betyder inte att det gick lika bra för någon annan; Det blev ens liv just då. Det är klart att det är minnesvärt, men jag har lagt det bakom mig.



Fig. 10. Centrala rum i Informant 5:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund



Fig. 11. Känslorummen i Informant 5:s minnesberättelse. Illustration: Cecilia Nordlund

### 3. ANALYS

I detta avsnitt beskrivs och analyseras hur före detta patienter vid Lillhagens sjukhus upplevde Lillhagen som plats utifrån det empiriska materialet och studiens teoretiska ansats. Utifrån intervjupersonernas minnesberättelser och minneskartor har ett antal centrala rum identifierats, vilka fångas, beskrivs och tolkas i olika skalor, med dess rumsliga struktur. Dessa rum analyseras närmare beträffande rummets materialitet, den rumsliga praktiken samt utifrån vilka mänskliga värden platsen skänkts, den känslomässiga upplevelsen av rummet. Avslutningsvis görs en analys av vad dessa rum representerar för viktiga aspekter av Lillhagens sjukhus karaktär. Den analys som görs blir en redogörelse av "Platsens själ", med liv och plats som en sammanfattad miljömässig helhet<sup>51</sup>.

#### 3.1. Identifiering av centrala rum

Med rummet menas det rum som är kopplat till före detta patienters föreställningar, erfarenheter, upplevelser, samt kan betyda både materiella och immateriella rum<sup>52</sup>. Här identifieras de rum som blir centrala i intervjupersonernas minnesberättelse av Lillhagens sjukhus. Dessa beskrivs närmare som; *Vårdbyggnaden*, *Avdelningen*, *Sovsalen*, *Aktivitetsrummet* och *Naturrummet*. Dessa rum framträder i olika skalor, där Vårdbyggnaden på övergripande nivå rymmer Avdelningen, Sovsalen samt i viss mån Aktivitetsrummet. Naturrummet framträder som en egen enklav utanför Vårdbyggnaden. Aktivitetsrummet framträder i abstrakt immateriell mening, men även som en fysisk plats belägen utanför Avdelningen.

##### 3.1.1 Vårdbyggnaden

1960- och 70-talets vårdbyggnad är det första rum som nämns i flera av intervjupersonernas minnesberättelser av Lillhagens sjukhus. Vårdbyggnaden beskrivs som ett stort vitt hus, placerat vid en stor parkering och uppfarten vid sjukhusområdet.

Vårdbyggnaden var den första anhalten in i vistelsen på Lillhagens sjukhus, och den plats där patienternas behov skulle utredas för att kunna slussas vidare till en viss avdelning. Under perioden intervjupersonerna befann sig på Lillhagen, inrymde Vårdbyggnaden vårdavdelningar inom både allmänpsykiatri och rättspsykiatri samt ett antal andra verksamheter. De allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska avdelningarna var belägna i husets mitt och överdel. Längre ned i huset fanns verksamheter som inte var ordinarie avdelningar. På bottenplan fanns akutavdelning, inskrivningsavdelning och aktivitetshus vid namn "möjligheternas hus" samt kyrka och biblioteket. I nedre delen av huset fanns möjlighet till kreativ aktivitet.

Vårdbyggnaden präglas av differentiering, vilket innebar att alla patienter som kom in i vård fick en klassificering utifrån sjukdom och symptom samt sorterades och separerades från varandra. Det gjordes en skillnad mellan "stökiga" och konformativa patienter, vilka placerades i slutet respektive öppen avdelning. En skillnad gjordes även mellan dem som bedömdes vara kroniskt sjuka respektive behandlingsbara, vilka placerades i olika vårdbyggnader. I de gamla vårdbyggnaderna i rött tegel vistades de så kallade "kronikerna", vilka bodde där för jämn<sup>53</sup>. Patienterna som befann sig på "kronikeravdelningarna" beskrevs som svårt sjuka äldre människor levande i sin egen fantasivärld, ofta schizofrena män, med biverkningar som fetma och brist på kroppskontroll av de starka medicinerna. Vårdbyggnaden kan tolkas som ett slags socialiserande inträde i "patientskapet" där patienterna "buntades ihop" till en fast grupp.

---

<sup>51</sup> Norberg-Schulz 1980

<sup>52</sup> Högström 2012, Shields 2009

<sup>53</sup> Informant 3 och 4

### 3.1.2 Avdelningen

Samtliga intervjupersoner har befunnit sig på olika vårdavdelningar med olika benämningar. Vårdavdelningarna har, förutom att vara både slutna och öppna, befunnit sig inom både allmänpsykiatri och rättspsykiatri på Lillhagen. Trots att alla intervjupersoner har vistats på olika vårdavdelningar, framträder Avdelningen med liknande fysisk planstruktur i form av en lång korridor med sovsalar belägna på vardera sidor om korridoren. Det fanns matsal, rökrum och rökbalkong längre ned i korridoren<sup>54</sup> samt ett dagrum med tv<sup>55</sup>.

Beskrivningen av den fysiska miljön skiljer sig åt. Intervjupersonerna som befann sig på Lillhagen mellan åren 1970 till 1990 har beskrivit avdelningen som modern<sup>56</sup>, till skillnad från de intervjupersoner som befann sig på Lillhagen mellan åren 1990 till 2005, vilka har beskrivit avdelningen som omodern och sliten<sup>57</sup> med duschar och toaletter i särskilt dåligt skick. Avdelningen upplevdes även som ljus<sup>58</sup>, mörk, mer färgglad<sup>59</sup> samt som kal, kall och stel utan hemlika detaljer<sup>60</sup>. Utifrån intervjupersonernas beskrivningar av avdelningens fysiska miljö beskrevs sammanfattningsvis den nybyggda avdelningen mer positiv än den äldre avdelningen.

De intervjupersoner som befann sig på slutna avdelning beskrev att det inte fanns mycket att sysselsätta sig med<sup>61</sup>, en av intervjupersonerna satt i början av sin vistelse på avdelningen ofta hopkurad i ett hörn och gungade. Den slutna avdelningen beskrevs även som högljudd och stökig. Det fanns många oroliga och ångesttyngda patienter som kunde få aggressioner utbrott, visa upp vålds- eller självskadebeteende samt bara planlöst vandra fram och tillbaka i korridoren. Personal fanns till för att övervaka patienterna och säkerheten på avdelningen<sup>62</sup>, samt bidra till socialt utbyte för patienterna. På den öppna avdelningen beskrevs inte samma sysselsättningsbrist eller oro ibland medpatienterna. Tiden på avdelningen spenderades i sovsalen, vilken beskrivs närmare i ett eget avsnitt, samt i rökrummet.

Den känslomässiga upplevelsen av avdelningen innehåller både positiva och negativa inslag. De positiva aspekterna av avdelningen är framförallt kopplade till en känsla av trygghet, men även känslor av frihet, lugn, harmoni och gemenskap. Tryggheten innebar en vetskap om att det fanns en, för personen känd, plats där hjälp snabbt kunde erbjudas när personen mår psykiskt dåligt<sup>63</sup>. Tryggheten på avdelningen var en typ av hemkänsla i sjukdomstillståndet, kopplad till en upplevelse av att vara skyddad från alla de hårda krav som fanns i det övriga samhället<sup>64</sup>. Känslan av frihet uttrycks framförallt av de intervjupersoner som gått in i vården frivilligt<sup>65</sup> samt vistats på öppna avdelningar. Avdelningen beskrevs även som lugn och harmonisk<sup>66</sup>, samt med en känsla av gemenskap. De negativa aspekterna av avdelningen är

---

<sup>54</sup> Informant 1, 2 och 5

<sup>55</sup> Informant 2, 4 och 5

<sup>56</sup> Informant 3 och 4

<sup>57</sup> Informant 1 och 2

<sup>58</sup> Informant 1 och 3

<sup>59</sup> Informant 4 och 5

<sup>60</sup> Informant 1, 2 och 5

<sup>61</sup> Informant 1, 2, 4 och 5

<sup>62</sup> Informant 1 och 5

<sup>63</sup> Informant 1, 2, 3 och 5

<sup>64</sup> Informant 3 och 5

<sup>65</sup> Informant 3 och 1

<sup>66</sup> Informant 3 och 5

kopplade till en rad olika känslor. Mest framträdande är känslan av tvång och övervakning<sup>67</sup>. De intervjupersoner som varit inskrivna på slutet avdelning beskriver tvångsaspekten i förhållande till det faktum att de själva inte haft full kontroll över sin kropp eller det rum hen vistades i. I relation till känslan av tvång beskrevs även andra negativa känslor såsom desperation, maktlöshet och tristess. Utöver känslan av tvång beskrevs också känslor av rädsla, otrygghet, stress och osäkerhet i förhållande till andra skrämmande inslag i omgivningen, ofta andra patienter<sup>68</sup>. Dessa känslor är speciellt framträdande i beskrivningarna av kronikeravdelningarna. Kronikeravdelningarna laddades med känslor av desperation, skräck och olust samt var en plats som symboliserade evigt psykiskt lidande och stigmatisering. De aspekterna som intervjupersonerna upplevde som negativa i den fysiska miljön på avdelningen kan ofta kopplas till upplevelser av otrivsamma institutionsmiljöer. Framträdande, vad gäller den känslomässiga upplevelsen av avdelningen, bli också att ju mer välbekant intervjupersonen blivit med avdelningen ju mer positiva känslor genererar den.

### 3.1.3 Sovsalen

Det fanns olika stora sovsalar på samma avdelning, enkelrum, tvåmannarum, fyrbäddsrums och större sovsalar. Flera av intervjupersonerna har vistats i både enkelrum och större sovsalar beroende på omständigheterna. Sovsalen beskrevs som kal och vit<sup>69</sup> med säkerhetsfönster, rökdetektorer och utan hemlika detaljer som blommor och gardiner, rymlig, samt med lockande utsikt<sup>70</sup>.

Utmärkande för sovsalen är att den förknippas med centrala händelser som utspelat sig där. Flera av intervjupersonerna har berättat om händelser som kan förknippas med våld och tvång<sup>71</sup>, framförallt de som fick ligga i enkelrum med vak. Vak innebar att patienterna inte fick lämna sovsalen med undantag för toalettbesök, i vissa fall fick de lov att röka vid fönstret. En av intervjupersonerna har berättat att hon brukade betrakta innegården från sitt fönster, utan att få lov att gå dit. I samband med vaken förekom att patienterna bands fast i sängen och tvångsmedicerades. Sovsalen, med framförallt utrymmet runt sängen, beskrevs även som en personlig plats i sjukhusmiljön<sup>72</sup> där skapande aktivitet kunde utföras och utsikten från fönstren beskådas.

Intervjupersonernas känslomässiga upplevelser av sovsalen innehåller både positiva och negativa inslag, men domineras dock något av de negativa inslagen. De negativa upplevelserna i sovsalen är främst kopplade till tvång<sup>73</sup>. De liknar beskrivningen av de negativa upplevelserna av avdelningen men betonar även känslor av kränkning och förnedring<sup>74</sup>, samt provokation och ilska. De positiva upplevelserna i sovsalen är kopplade till rummet som en egen fristad, där återhämtning i sjukdomstillståndet kunde ske. En intervjuperson har berättat att sovsalen var den plats där han första gången, sedan inläggningen på Lillhagen, upplevde en känsla av längtan och att livsglädjen började komma tillbaka.

En iakttagelse är att utsikten från sovsalens fönster generade en längtan som upplevdes både positiv och negativ. Den positiva längtan kopplas till lust och livsglädje, och den negativa längtan kopplas till provokation och ilska.

---

<sup>67</sup> Informant 1, 4 mfl

<sup>68</sup> Informant 2, 3, 4

<sup>69</sup> Informanterna 1 och 4

<sup>70</sup> Informant 4 och 5

<sup>71</sup> Informant 1, 3 och 4

<sup>72</sup> Informanterna 2 och 5

<sup>73</sup> Informant 1, 3 och 4

<sup>74</sup> Informant 1 och 4



### 3.1.5 Naturrummet

Flera intervjupersoner beskriver ett naturrum i sina minnesberättelser. Naturrummet innefattar skogen och parken, en liten sjö samt en gräsmatta. Skogen och parken låg i omedelbar närhet till vårdbyggnaderna och runt omkring fanns bänkar att sitta på<sup>75</sup>. Bakom sjukhuskomplexet låg ett vackert skogsparti med vitsippsbackar som en av intervjupersonerna berättat om. Nedanför skogen och parken låg en liten sjö, där det fanns en bänk och ett litet vattenfall och på sjukhusområdet fanns en stor gräsmatta.

När intervjupersonerna fick friheten att lämna avdelningen och vårdbyggnaden, brukade de gå ut ensamma för att få lugn och ro<sup>76</sup>. Flera promenerade och satte sig på bänkarna i parken och skogsområdet. En av intervjupersonerna brukade ibland springa runt området samt ligga på den stora gräsmattan och koppla av i solen.

Naturmiljöerna förknippas uteslutande med positiva känslor som frihet<sup>77</sup>, skönhet<sup>78</sup>, harmoni<sup>79</sup>, kravlöshet, återhämtning och trygghet. De intervjupersoner som i sina minnesberättelser beskrivit naturmiljön har alla vistats på slutna avdelningar. Centralt i deras beskrivningar blir att de har fått lov att vistas ensamma i en kravlös, fri och vacker naturmiljö.

### 3.1.5 Aktivitetsrummet

I Aktivitetsrummet riktas fokus på den rumsliga praktiken. Aktivitetsrummet innefattar arbetsterapi, besök till en kiosk på sjukhusområdet, studieverksamheten, bibliotek- och kyrkobesök samt skapande verksamhet som inte beskrivits knuten till arbetsterapi eller studieverksamhet.

Efter att intervjupersonerna hade blivit friskare, gick de till olika typer av arbetsterapi<sup>80</sup>. Där utfördes arbeten kopplade till textilt hantverk<sup>81</sup>, samt mindre arbeten som att plocka skruvar och muttrar i olika påsar. Möjligheternas hus, ikealagret och radiostationen kan också tolkas som olika former av arbetsterapi. Där utfördes arbeten med datorer, träning i träningslokal, lagning av saker som gått sönder, montering av möbler samt producering och sändning av radioprogram. Flera av intervjupersonerna brukade även besöka en kiosk på sjukhusområdet. Aktiviteten bestod i att promenera dit, med eller utan sällskap av personal, för att handla någonting gott och ta med sig tillbaka till avdelningen<sup>82</sup>, samt att sitta ned där en stund och dricka kaffe. En av intervjupersonerna berättade om studieverksamhetens roliga aktiviteter såsom filmvisningar, färglära och konstterapi, musiklyssning i biblioteket samt mässan i kyrkan om söndagarna. En annan intervjuperson lyfter även fram musiklyssning samt skapande verksamhet så som måleri, kollage och textilt handarbete som aktiviteter i hennes vistelse på Lillhagens sjukhus.

De flesta intervjupersoner beskriver sina upplevelser av aktivitetsrummet i positiva ordalag, kopplad till kreativitet. Framträdande är känslorna av flykt och befrielse att komma ifrån sjukhusmiljön, avdelningen och sjukdomstillståndet<sup>83</sup>. Aktivitetsrummet kopplas även samman

---

<sup>75</sup> Informant 1 och 2

<sup>76</sup> Informant 1, 2, 4 och 5

<sup>77</sup> Informant 4 och 5

<sup>78</sup> Informant 2 och 4

<sup>79</sup> Informant 1 och 2

<sup>80</sup> Informanterna 1, 3, 4 och 5

<sup>81</sup> Informant 3 och 4

<sup>82</sup> Informant 2 och 4

<sup>83</sup> Informant 3 och 4

med känslan av tröst<sup>84</sup>, lust- och glädje<sup>85</sup>, ökat självförtroende, meningsfullhet, att vara behövd<sup>86</sup>, ro<sup>87</sup> samt trygghet<sup>88</sup>. Den negativa upplevelsen av aktivitetsrummet kopplas till att intervjupersonen upplevde den som tråkig, inte meningsfull samt att den var förknippad med tvång<sup>89</sup>.

### 3.2. Rumsliga aspekter

En plats karaktär består både av av omedelbara visuella kvaliteter och yttre fenomen samt människors relation till platsen och hur platsen använts<sup>90</sup>. De rumsliga aspekter som här redogörs för är rummets materialitet, rumslig praktik samt känslorummet. Med rumslig praktik menas den sociala rumsliga dimensionen och den kroppsliga erfarenheten av rummet, alltså rummet såsom varseblivet samt händelser som utspelat sig i rummet<sup>91</sup>.

#### 3.2.1. Det materiella rummet

Av samtliga rum som identifierats beskrivs Vårdbyggnaden, Avdelningen, Sovsalen och Naturrummet med fysiska attribut. Vårdbyggnaden beskrivs som ett stort högt vitt hus placerat vid en stor parkering och vid uppfarten vid sjukhusområdet.

*Vårdbyggnaden* förekommer även som någon eller flera av de röda äldre tegelhus längre in på sjukhusområdet. Vårdbyggnaden inrymde vårdavdelningar inom både allmänpsykiatri rättspsykiatri samt ett antal andra verksamheter. De allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska avdelningarna var belägna i Vårdbyggnadens mitt och överdel. Längre ned i Vårdbyggnaden fanns verksamheter som inte var ordinarie avdelningar. På bottenplan fanns en akutavdelningen, en inskrivningsavdelning, ett aktivitetshus vid namn ”möjligheternas hus”, en vacker kyrka samt ett stort biblioteket. I nedre delen av huset fanns även möjlighet till kreativ aktivitet.

*Avdelningen* framträder som en lång korridor med sovsalar belägna på vardera sidor. Det fanns matsal, rökrum och rökbalkong samt ett dagrum med tv. Den fysiska miljön var kal, kall och stel utan hemlika detaljer. Beroende på vilka år intervjupersonerna varit inlagda kunde avdelningen både framstå som modern, samt som omodern och sliten. Avdelningen beskrevs även med motsäggande attribut såsom ljus, mörk och färgglad.

*Sovsalen* beskrevs som ljus och kal med säkerhetsfönster, rökdetektorer samt utan hemlika detaljer. Den kunde även framstå som rymlig med stora fönster.

*Naturrummet* låg i omedelbar närhet till vårdbyggnaderna. Naturrummet präglas av skogen, parken, en liten sjö samt en stor gräsmatta på sjukhusområdet. Parken och skogen hade bänkar lite här och där och var mycket vacker, särskilt skogspartiet bakom sjukhuskomplexet med vitsippsbackarna. Nedanför skogen låg en liten sjö, där det fanns en bänk och ett litet vattenfall.

---

<sup>84</sup> Informant 4

<sup>85</sup> Informant 2, 3, 4 och 5

<sup>86</sup> Informant 5

<sup>87</sup> Informant 3 och 5

<sup>88</sup> Informant 3

<sup>89</sup> Informant 1

<sup>90</sup> Tuan, Rydén, Lynch, Ralph, Norberg-Schultz, Crafoord

<sup>91</sup> Lefebvre 1991, 2005, Shields 2009, Simonsen 1996

### 3.2.2. Den rumsliga praktiken

*Vårdbyggnaden* var den första anhalten in i vistelsen på Lillhagens sjukhus, och den plats där intervjupersonernas behov skulle utredas för att kunna slussas vidare till en viss avdelning. Vårdbyggnaden präglades av en differentieringsaspekt, vilket innebar att alla patienter som kom in i vård fick en klassificering utifrån sjukdom och symptom samt sorterades och separerades på olika avdelningar. Det gjordes en skillnad mellan ”stökiga” respektive konformativa patienter, vilka placerades i slutna respektive öppna avdelning. En skillnad gjordes även mellan patienter som bedömdes vara kroniskt sjuka respektive behandlingsbara, vilka placerades i olika vårdbyggnader. I de gamla vårdbyggnaderna i rött tegel vistades de så kallade ”kronikerna”, vilka bodde där för jämnna. I den nyare stora vita byggnaden vistades de som det fortfarande fanns hopp för. Vårdbyggnaden kan tolkas som ett slags socialiserande inträde i ”patientskapet”, där patienterna ”buntades ihop” till fasta grupper.

*Avdelningen* skiljer sig åt i beskrivningen av den rumsliga praktiken. De största skillnaderna kan ses mellan den öppna och den slutna avdelningen, samt mellan avdelningarna i den vita vårdbyggnaden samt i de röda vårdbyggnaderna. Både öppna och slutna avdelningar fanns i den vita vårdbyggnaden. På den slutna avdelningen fanns inte mycket att sysselsätta sig med, och den kunde vara högljudd och stökig. Det fanns många oroliga och ångesttyngda patienter som kunde få aggressionsutbrott, visa upp vålds- eller självskadebeteende eller bara planlöst vandra fram och tillbaka i korridoren. En stor mängd personal fanns till för övervaka patienterna och säkerheten på avdelningen, de satt ofta i korridoren. Personalen på avdelningen fungerade även som ett socialt bollplank för patienterna. På den öppna avdelningen beskrivs inte samma sysselsättningsbrist eller oro ibland medpatienterna. På ”kronikeravdelningarna” i tegelhusen, fanns ett klientel som skilde sig från de patientgrupper som vistades på avdelningarna i det vita huset. På kronikeravdelningarna fanns människor som spenderat större delen av sina liv på sjukhusområdet. Det framträder en bild av svårt sjuka äldre människor levande i sin egen fantasivärld, ofta schizofrena män, med biverkningar som fetma och brist på kroppskontroll av de starka medicinerna. Gemensamt för de öppna respektive slutna avdelningarna var att tiden framförallt spenderades i sovsalen, samt i rökrummet där flera av medpatienterna även fanns.

*Sovsalen* förknippas starkt med centrala händelser som utspelat sig där, vanligen med aspekter av tvång och våld. Tvånget och våldet synliggörs särskilt i enkelrummen där det förekom vak. Vak innebar att patienterna inte fick lämna sina rum, med undantag för toalettbesök. I samband med detta förekom att patienten bands fast i sängen och tvångsmedicerades. Vid speciella tillfällen kunde patienterna även få tillåtelse att röka i enkelrummet vid en vädringslucka i fönstret. Sovsalen har även lyfts fram som en personlig plats i sjukhusmiljön, med möjlighet att ordna utrymmet närmast runt sängen med personliga föremål. I sovsalen kunde även en viss form av skapande aktiviteter kunde utföras. Intervjupersonerna kunde även stå vid sina fönster och beskåda utsikten.

*Naturrummet*, med parken, skogen, sjön samt gräsmattan, var ett rum som intervjupersonerna gick ut till ensam när de fick friheten att lämna avdelningen. I naturen brukade de promenera, sitta på bänkarna, springa runt samt samt ligga och sola för att få lugn och ro.

*Aktivetsrummet* präglas framförallt av arbetsterapi. Även besök till en kiosk på sjukhusområdet har beskrivits som en betydelsefull aktivitet, dit patienterna kunde gå för att handla någonting gott samt dricka kaffe. Andra aktiviteter som nämnts är studieverksamheten, bibliotek- och kyrkobesök samt skapande verksamhet som inte beskrivits knuten till arbetsterapi eller studieverksamhet. Arbetsterapi fick patienterna gå till och verka i efter att de hade bedömts som friskare. På arbetsterapi utfördes aktiviteter som främst var kopplade till textilt hantverk, men även arbeten som att plocka skruvar och muttrar i olika påsar kunde utföras. Möjligheternas hus, ikealagret och radiostationen kan också tolkas som olika former av arbetsterapi. Där utfördes arbeten bland annat med datorer, träning i träningslokal, lagning av trasiga saker, montering av möbler samt produktion och sändning av radioprogram. Studieverksamheten erbjöd roliga aktiviteter så som filmvisningar och färglära samt konstterapi. På biblioteket kunde patienterna sitta och lyssna på musik, och på kyrkan om

söndagarna var det mässa. På Lillhagen beskrivs aktivitetsrummet särskilt i termer av skapande verksamhet med fokus på textilt handarbete samt musiklyssning.

### 3.2.3. Känslorummet

*Avdelningen* innehåller både positiva och negativa upplevelser. De positiva upplevelserna av Avdelningen är framförallt kopplade till en känsla av trygghet, men även i viss mån en känsla av frihet, lugn, harmoni och gemenskap. Tryggheten innebar en vetskap om att det fanns en, för personen känd, plats där hjälp snabbt kunde erbjudas när personen mådde psykiskt dåligt. Tryggheten på avdelningen har även beskrivits som en typ av hemkänsla i sjukdomstillståndet, kopplad till en upplevelse av att vara skyddad från det övriga samhället och dess hårda krav. Känslan av frihet uttrycks framförallt inom den frivilliga vården på öppna avdelningar. Avdelningen har beskrivits som lugn och harmonisk, med en känsla av gemenskap.

De negativa upplevelserna av Avdelningen är framförallt kopplade till känslor som tvång och övervakning. På slutna avdelningar beskrivs tvångsaspekten i förhållande till det faktum att patienterna själva inte haft full kontroll över sin kropp eller det rum hen vistades i. I relation till känslan av tvång beskrivs även andra negativa känslor såsom desperation, maktlöshet och tristess. Utöver känslan av tvång beskrivs även känslor av rädsla, otrygghet, stress och osäkerhet i förhållande till andra skrämmande inslag i omgivningen, ofta andra patienter. Dessa känslor är speciellt framträdande i beskrivningar av kronikeravdelningarna. Kronikeravdelningarna var laddade med känslor av desperation, skräck och olust samt var en plats som symboliserade evigt psykiskt lidande och stigmatisering. En plats dit intervjupersonerna inte ville komma. De aspekter som upplevdes som negativa i den fysiska miljön på avdelningen kan ofta kopplas till upplevelser av otrivsamma institutionsmiljöer. Framträdande, vad gäller den känslomässiga upplevelsen av avdelningen, bli också att ju mer välbekant intervjupersonen blivit med avdelningen desto trivsammare upplever hen denna miljö.

*Sovsalen* innehåller både positiva och negativa upplevelser, men domineras dock något av de negativa. De negativa upplevelserna i sovsalen är främst kopplade till tvång. De liknar beskrivningen av de negativa upplevelserna av avdelningen men betonar även känslor av kränkning och förnedring. Känslorna av tvång, kränkning och förnedring beskrivs i samband med att de, i sina sovsalar, blev fastbundna i sängen och tvångsmedicerade. En känsla av provokation och ilska över att kunde betrakta innegården från sitt fönster utan att få lov att gå dit. De positiva upplevelserna i sovsalen är kopplade till sovsalen som en egen fristad, där återhämtning i sjukdomstillståndet kunde ske. Sovsalen var en plats där en känslan av längtan och att livsglädjen började komma tillbaka.

*Naturrummet* förknippas uteslutande med positiva känslor såsom frihet, skönhet, trygghet, rekreation, harmoni samt kravlöshet. De intervjupersoner som i sina minnesberättelser beskrivit naturmiljön har alla vistats på slutna avdelningar. Centralt i deras beskrivningar blir att de har fått lov att vistas ensamma i en kravlös, fri och vacker naturmiljö.

*Aktivitetsrummet* utanför avdelningen beskrivs framförallt i positiva ordalag kopplad till kreativitet. Negativa upplevelser kopplas främst till att aktiviteten upplevdes som tråkig, inte meningsfull samt att den var förknippad med tvång. En rad olika positiva känslor kopplas till rummen för aktivitet, framförallt känslan av befrielse. Den befriande känslan bestod av en form av tillflykt ifrån sjukhusmiljön, avdelningen och sitt sjukdomstillstånd. Tillflykten kunde även ge en känsla av tröst. Aktiviteterna kunde även upplevas som roliga och generera känslor av lust och glädje. Aktiviteterna ökade patienternas självförtroende och framkallade känslor av meningsfullhet och att vara behövd. Därtill har aktiviteten beskrivits som roligande och en trygg krav mot ohälsan.

### 3.3. Representationsrummet

Upplevelserna av Lillhagens sjukhus som plats kan sägas representera olika fenomen. I analysen har två representationsrum identifierats, vilka kan beskrivas som *Tvångsrummet* samt *Frihetsrummet*. Dessa rum är huvudsakligen knutna till två olika känslostrukturer, tvång/

kontroll samt frihet. Sjukhusmiljön, bestående av Vårdbyggnaden, Avdelningen och Sovsalen, utgör den plats som tydligast förknippas med tvång. Tvånget kopplas främst till den rumsliga praktiken men även till den fysiska miljön. Tydligast visar sig tvånget på den slutna avdelningen. Intervjupersonerna som befunnit sig på slutna avdelning var bundna till avdelningen på ett annat sätt än intervjupersonen som befann sig på öppen avdelning. På den slutna avdelningen reglerades patienternas frihet noga. Överläkarens bedömning var överordnad patienternas egen när det gällde hans möjligheter att röra sig i och utanför rummet samt att ta emot besök. På den öppna avdelningen kunde patienterna röra sig fritt efter behag. I kontrast till den hårt kontrollerade sjukhusmiljön fanns platser utanför avdelningen, såsom Naturrummet och Aktivitetsrummet, vilka framförallt förknippas med frihet. Ju medgörligare en patient blev desto mer frihet fick hen att vistas utanför avdelningen. Naturrummet och Aktivitetsrummet uttrycks som sätt att komma ifrån avdelningen och kan tolkas som en kontrast till den övriga sjukhusmiljön samt de känslor av tvång och olust som framförallt förknippas med de slutna avdelningarna.

Tvångsrummet och Frihetsrummet utgör varandras motpoler, men styrs även av ett ömsesidigt beroendeförhållande vilket innebär att de definieras i kontrasten till varandra. Frihetsrummet beskrivs av intervjupersonerna i enbart positiva ordval, till skillnad från Tvångsrummet som beskrivs i både positiva och negativa ordval. Här uppstår en dualitet i intervjupersonernas minnesberättelser. Den hårt reglerade och strukturerade sjukhusmiljön förknippas förutom med tvång, också med en känsla av trygghet. Känslan av trygghet kan sägas vila i upplevelsen av kontinuitet och förutsägbarhet som återfinns i den oföränderliga sjukhusmiljön och dess rumsliga praktik. Känslan av kontinuitet förknippas med hela Lillhagens sjukhus som plats. Detta byggde i hög grad på patienternas vetskap om att platsen fanns kvar såsom de kände den, och att de kunde återvända dit när de behövde det. Detta har visat sig generera en typ av hemkänsla på Lillhagen, vilket uttrycks av två av intervjupersonerna. Flera av intervjupersonerna gör jämförelser mellan Lillhagens sjukhus, såsom platsen var innan den lades ned, och dagens psykiatriska vård. I reflektionen över Lillhagens nedläggning uttrycks missnöje över psykiatris förändring. Även om Lillhagen, i intervjupersonernas minnesberättelser, innehöll flera negativa sidor upplevde dem ändå att det var en plats där de fick hjälp och började må bättre. Flera intervjupersoner uttrycker att det i dagens psykiatriska vård finns mycket frihet, men mycket lite trygghet eller hjälp. Här framträder alltså en kontrastverkan mellan då och nu, där ett förhållande mellan tvång-hjälp och frihet-ickehjälp kan tolkas. På detta vis kan även frihetsaspekter framträda i negativ synvinkel.

Lillhagens sjukhus som plats har formats och förändrats av människor som brukat den, liksom platsen har format och förändrat brukarna och deras identitet<sup>92</sup>. På olika skalnivåer kan Lillhagens sjukhus som plats ses kopplas till upplevelser av tillhörighet respektive uteslutenhet<sup>93</sup>. De före detta patienterna bar med sig känslor in i vistelsen på Lillhagen, upplevde känslor under vistelsen, samt har återkallat dessa känslor i relation till tillbakablickande reflektioner en tid efter att de lämnat Lillhagens sjukhus. De känslor som de före detta patienterna bar med sig in i vistelsen på Lillhagens sjukhus är kopplade till deras psykiska ohälsa, samt deras föreställningar om den psykiatriska institutionsvården. Två intervjupersoner har lyft fram att dessa föreställningar innehöll fördomar och en negativ bild av Lillhagen<sup>94</sup>, en bild som även fanns i det övriga samhället<sup>95</sup>. Fördomarna om Lillhagens sjukhus medförde att platsen som sådan stigmatiserades tillsammans med de människorna som vistades där, vilket skapade en känsla av uteslutenhet. Uteslutenhet försvagar människans identitet till en plats, då människan känner separation mellan sig själv och omgivningen. Starkast uteslutenhet känner människan till platser som känns främmande, skrämmande och

---

<sup>92</sup> Ryden 1993, Relph 1976

<sup>93</sup> Relph 1976

<sup>94</sup> Informant X och X

<sup>95</sup> Informant X och X

olustiga<sup>96</sup>. Kronikeravdelningarna, vilka upplevdes som främmande, skrämmande och olustiga, kan även ses som en plats vilken skapade stark känsla av uteslutenhet hos de före detta patienterna.

Samtidigt präglas även Lillhagens sjukhus även av inneslutenhet med stark trygghet och hemkänsla. Tillhörighet stärker människans identitet till en plats, och den starkaste identiteten knyts till vårt hem<sup>97</sup>.

De före detta patienternas personliga minnen av Lillhagens sjukhus innebär en återkallelser av själsliga föreställningar som erfarenheter och inlärd fakta<sup>98</sup> samt resultatet av en kognitiv och moralisk process där ömsesidiga hågkomster förhandlas och omförhandlas som tveklaktiga eller trovärdiga<sup>99</sup>. Flera av intervjupersonerna tycker att det är viktigt att bevara minnen av Lillhagens sjukhus<sup>100</sup>, delvis för att nyansera bilden som finns av Lillhagen samt dess historia. Bevarandet av minnet av Lillhagens sjukhus förväntas kunna bryta de tabun och fördomar om psykisk sjukdom som finns<sup>101</sup>, samt lyfta fram de många berättelser som platsen bär på<sup>102</sup>. På så vis kan platsen bevaras utifrån de berörda individernas önskemål och blir en plats där dessa personliga minnen kan förvaras. Då individer och grupper med lite inflytande i samhället ofta har svårt att få sin syn på historien att bli en del av det kollektiva minnet, kan intervjupersonernas tankar kring bevarandet av Lillhagen kan ses som en önskan om att skapa ett motminnen gällande Lillhagen<sup>103</sup>. Motminnen skulle här syfta till att hindra att före detta patienters upplevelser av Lillhagens sjukhus glöms bort och ersätts av det dominerande kollektiva minnet.

---

<sup>96</sup> Relph 1976

<sup>97</sup> Relph 1976

<sup>98</sup> <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/minne>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-10-01.

<sup>99</sup> Zerubavel 2003

<sup>100</sup> Informant 2, 3, 4 och 5

<sup>101</sup> Informant 3

<sup>102</sup> Informant 2 och 5

<sup>103</sup> Zerubavel 2003

## 4. RESULTAT

Denna studie har syftat till att ge ny förståelse för Lillhagens sjukhus, genom att undersöka densamma som immateriellt kulturarv och bärare av före detta patienters minnen och berättelser. Detta har gjorts genom att beskriva och analysera hur före detta patienter vid Lillhagens sjukhus upplevde Lillhagen som plats. I detta avsnitt följer en redogörelse för svaret på mitt syfte och mina frågeställningar.

Mina frågeställningar var;

- Vilka rum på Lillhagens sjukhus lyfter de före detta patienterna fram och blir centrala i deras minnesberättelser av Lillhagens sjukhus?
- Hur framträder de centrala rummen i de före detta patienternas beskrivningar?
- Vad frambringar rummen för känslor för de före detta patienterna?
- Vad framträder för bild av Lillhagens sjukhus utifrån de före detta patienternas minnesberättelser?

### 4.1 Centrala rum med dess rumsliga aspekter

Lillhagens sjukhus som plats framträder i en övergripande skala och rymmer flera olika rum som identifierats och lyfts fram ur de före detta patienternas minnesberättelser. Analysen har redovisat de centrala rummen som; *Vårdbyggnaden*, *Avdelningen*, *Sovsalen*, *Naturrummet* och *Aktivitetsrummet*. Vårdbyggnaden rymmer Avdelningen, Sovsalen samt i viss mån Aktivitetsrummet. Naturrummet framträder som en egen enklav utanför vårdbyggnaden. Aktivitetsrummet framträder i abstrakt immateriell mening, men även som en fysisk plats utanför Avdelningen.

Vårdbyggnaden var ett stort vitt hus, placerat vid en stor parkering och uppfarten vid sjukhusområdet. Vårdbyggnaden förekommer även som någon eller flera av de röda äldre tegelhus längre in på sjukhusområdet. Vårdbyggnaden inrymde vårdavdelningar inom allmänpsykiatri, rättspsykiatri samt akutavdelning, inskrivningsavdelning, aktivitetshus vid namn "möjligheternas hus", kyrka och biblioteket. Vårdbyggnaden var den första anhalten in i vistelsen på Lillhagens sjukhus, och den plats där intervjupersonernas behov skulle utredas för att kunna slussas vidare till en viss avdelning. Vårdbyggnaden präglades av en differentieringsaspekt, vilket innebar att alla patienter som kom in i vård fick en klassificering utifrån sjukdom och symptom samt sorterades och separerades på olika avdelningar. Det gjordes skillnad mellan "stökiga" respektive konformativa patienter, vilka placerades i slutna respektive öppna avdelning, samt mellan patienter som bedömdes vara kroniskt sjuka respektive behandlingsbara, vilka placerades i olika vårdbyggnader. I de gamla vårdbyggnaderna i rött tegel vistades de så kallade "kronikerna", vilka bodde där för jämn. Detta klientel var svårt sjuka äldre människor som spenderat större delen av sina liv på sjukhusområdet. Vårdbyggnaden kan tolkas som ett slags socialiserande inträde i "patientskapet", där patienterna "buntades ihop" till fasta grupper.

Avdelningen var en lång korridor med sovsalar belägna på vardera sidor. Det fanns matsal, rökrum och rökbalkong samt ett dagrum med tv. Den fysiska miljön var kal, kall och stel utan hemlika detaljer. Avdelningen framstod som modern, omodern och sliten, samt som ljus, mörk och färgglad. De största skillnaderna kan ses mellan den öppna och den slutna avdelningen, samt mellan avdelningarna i den vita vårdbyggnaden samt i de röda vårdbyggnaderna. På den slutna avdelningen fanns inte mycket att sysselsätta sig med, och den kunde vara högljudd och stökig. Det fanns många oroliga och ångesttyngda patienter som kunde få aggressionsutbrott, visa upp vålds- eller självskadebeteende eller planlöst vandra fram och tillbaka i korridoren. En stor mängd personal fanns till för övervaka patienterna och säkerheten på avdelningen, samt för att vara ett socialt stöd för patienterna. På den öppna avdelningen var inte samma sysselsättningsbrist eller oro ibland medpatienterna. Gemensamt för de öppna respektive slutna avdelningarna var att tiden framförallt spenderades i sovsalen, samt i rökrummet där flera av medpatienterna även fanns.

De positiva aspekterna av avdelningen är kopplade till trygghet, frihet, lugn, harmoni och gemenskap. Tryggheten innebar en vetskap om att det fanns en, för personen känd, plats där hjälp snabbt kunde erbjudas när personen mådde psykiskt dåligt. Tryggheten på avdelningen var en typ av hemkänsla i sjukdomstillståndet, kopplad till en upplevelse av att vara skyddad från det övriga samhället och dess hårda krav. Känslan av frihet upplevdes inom den frivilliga vården på öppna avdelningar. De negativa upplevelserna av avdelningen är kopplade till tvång och övervakning. På slutna avdelning upplevdes tvångsaspekten i förhållande till det faktum att patienterna själva inte haft full kontroll över sin kropp eller det rum de vistades i. I relation till tvång beskrevs även desperation, maktlöshet och tristess. Utöver känslan av tvång upplevdes även rädsla, otrygghet, stress osäkerhet och olust i förhållande till andra skrämmande inslag i omgivningen, ofta andra patienter. Dessa känslor är speciellt framträdande kopplat till kronikeravdelningarna. Kronikeravdelningarna symboliserade evigt psykiskt lidande och var en plats dit ingen ville komma. De negativa upplevelserna i den fysiska miljön på Avdelningen kan ses som kännetecknen för otrivsamma institutionsmiljöer. Framträdande, vad gäller den känslomässiga upplevelsen av avdelningen, bli också att ju mer välbekant intervjupersonen blivit med avdelningen desto trivsammare upplever hen denna miljö.

Sovsalen var rymlig, ljus och kal utan hemliga detaljer samt utrustad med stora säkerhetsfönster och rökdetektorer. Sovsalen förknippas starkt med centrala händelser som utspelat sig där, ofta kopplade till tvång och våld. Tvånget och våldet förekom särskilt i enkelrummen i samband med vak. Vak innebar att patienterna inte fick lämna sina rum, med undantag för toalettbesök, samt kunde bindas fast i sängen och tvångsmedicineras. Sovsalen upplevdes även som en personlig plats i sjukhusmiljön, med möjlighet att ordna utrymmet närmast runt sängen, utföra vissa skapande aktiviteter samt stå vid fönstren och beskåda utsikten. De känslomässiga upplevelserna av Sovsalen domineras av de negativa inslagen där kränkning och förnedring betonas, men även provokation och ilska. De positiva upplevelserna av Sovsalen kopplas till rummet som en fristad där återhämtning i sjukdomstillståndet kunde ske, samt som ett rum där längtan och livsglädjen började komma tillbaka.

Naturrummet var belägen i omedelbar närhet till vårdbyggnaderna och präglas av skogen, parken, en liten sjö samt en stor gräsmatta på sjukhusområdet. Parken och skogen hade bänkar och var mycket vacker, särskilt skogspartiet bakom sjukhuskomplexet med vitsippsbackarna. Nedanför skogen låg en liten sjö, där det fanns en bänk och ett litet vattenfall. Till Naturrummet gick patienterna ut ensamma när de fick friheten att lämna avdelningen. Där brukade de promenera, sitta på bänkarna, springa runt samt samt ligga och sola för att få lugn och ro. Naturrummet förknippas uteslutande med positiva känslor såsom frihet, skönhet, trygghet, rekreation och harmoni. De intervjupersoner som i sina minnesberättelser beskrivit Naturrummet har alla vistats på slutna avdelningar. Centralt i deras upplevelser är att de har fått lov att vistas ensamma i en kravlös, fri, vacker naturmiljö och bara ha det bra.

Aktivetsrummet präglas av arbetsterapin, studieverksamheten, ett bibliotek, en kyrkan samt en kiosk. Till arbetsterapin fick patienterna gå och verka i efter att de hade bedömts som friskare. Där utfördes kreativa aktiviteter som främst var kopplade till textilt hantverk, men även monotona arbeten som att plocka skruvar och muttrar i olika påsar. Möjligheternas hus, ikealagret och radiostationen tolkas även som olika former av arbetsterapi. Där utfördes arbeten bland annat med datorer, träning i träningslokal, lagning av trasiga saker, montering av möbler samt produktion och sändning av radioprogram. Studieverksamheten erbjöd roliga aktiviteter såsom filmvisningar och färglära samt konstterapi. På biblioteket kunde patienterna sitta och lyssna på musik, och i kyrkan om söndagarna var det mässa. Till kiosken på sjukhusområdet kunde patienterna gå för att handla någonting gott samt dricka kaffe. Aktivetsrummet upplevdes framförallt positivt med en känsla av befrielse. Känslan av befrielse stod för en form av tillflykt ifrån sjukhusmiljön, avdelningen och sjukdomstillståndet. Aktivetsrummet upplevdes även generera känslor av lust och glädje, meningsfullhet, ökad självkänsla. Därtill har Aktivetsrummet beskrivits som rogivande, trösterik och en trygg kraft mot ohälsan. Aktivetsrummet i negativ mening, var förknippad med tvång, och upplevdes inte meningsfullt.



## 4.2 Lillhagens sjukhus som plats

Lillhagens sjukhus som plats framträder på en abstrakt nivå laddad med känslor och reflektioner. Platsen har formats och förändrats av människor som brukat den, liksom platsen har format och förändrat brukarna<sup>104</sup>. På olika skalnivåer kan Lillhagens sjukhus kopplas till upplevelser av tillhörighet respektive uteslutenhet<sup>105</sup>. De före detta patienterna har haft olika upplevelser av sin vistelse på platsen, men vissa reflektioner, känslor och upplevelser delas av flera. Lillhagens sjukhus upplevdes både som en positiv och negativ plats. De före detta patienternas upplevelser av Lillhagen är kopplade till deras psykiska ohälsa, föreställningar och fördomar om den psykiatriska institutionsvården och om psykisk sjukdom, den fysiska miljön samt de händelser som utspelat sig där. På samma vis som de negativa känslorna vilka, till följd av psykiska ohälsa, färgat upplevelsen av platsen, har även de positiva känslorna färgat upplevelsen av platsen då hälsan förbättrats. Fördomarna om Lillhagens sjukhus och om de som vistades där, medförde att platsen som sådan stigmatiserades tillsammans med de människorna, vilket skapade en känsla av uteslutenhet. Kronikeravdelningarna, kan inom sjukhusområdet även ses som en plats som skapade stark känsla av uteslutenhet hos de före detta patienterna. Samtidigt präglas Lillhagens sjukhus även av en inneslutenhet, med trygghet och hemkänsla. Även om Lillhagen innehöll flera negativa sidor med tvång, inlåsning och övergrepp, upplevdes det ändå vara en plats där hjälp fanns att få till ett bättre mående.

Upplevelserna av Lillhagens sjukhus som plats representeras av *Tvångsrummet* samt *Frihetsrummet*. Sjukhusmiljön, bestående av Vårdbyggnaden, Avdelningen och Sovsalen, utgör den plats som tydligast förknippas med tvång. Tvånget kopplas främst till den rumsliga praktiken men även till den fysiska miljön. Tydligast visar sig tvånget på den slutna avdelningen där patienternas frihet reglerades noga. I kontrast till den hårt kontrollerande sjukhusmiljön fanns rum utanför Avdelningen, såsom Naturrummet och Aktivitetsrummet, vilka förknippas med frihet. Samtliga av dessa platser uttrycks som sätt att komma ifrån sjukhusmiljön samt de känslor av tvång och olust som framförallt förknippas med de slutna avdelningarna. Tvångsrummet och Frihetsrummet utgör varandras motpoler och definieras i kontrasten till varandra. Frihetsrummet upplevdes endast positivt, till skillnad från Tvångsrummet som upplevdes både positivt och negativt. Tvångsrummets dualitet innebär att den hårt reglerade sjukhusmiljön förknippas både med tvång och trygghet. Tryggheten vilade i upplevelsen av kontinuitet och förutsägbarhet som återfanns i den oföränderliga sjukhusmiljön och dess rumsliga praktik. Tryggheten byggde på patienternas vetskap om att platsen fanns kvar såsom de kände den, och att de kunde återvända dit när de behövde det. I jämförelse mellan Lillhagens sjukhus, såsom platsen var innan den lades ned, och dagens psykiatriska vård uttrycks ett missnöje över psykiatrins förändring. Flera intervjupersoner uttrycker att det i dagens psykiatriska vård finns mycket frihet, men lite trygghet eller hjälp. Här framträder en kontrastverkan mellan då och nu, där ett förhållande mellan tvång-hjälp och frihet-ickehjälp kan tolkas.

Flera av de före detta patienterna tycker att det är viktigt att bevara minnen av Lillhagens sjukhus, delvis för att nyansera bilden som finns av Lillhagen samt dess historia. Bevarandet av minnen av Lillhagens sjukhus förväntas kunna bryta de tabun och fördomar om psykisk sjukdom som finns, samt lyfta fram de många berättelser som platsen bär på. Det finns även en uttrycklig önskan om att patienterna själva får komma till tals i denna process. Bevarandet av Lillhagens sjukhus kan ses som en önskan om att skapa ett motminnen<sup>106</sup> gällande Lillhagen som syftar till att hindra att före detta patienters upplevelser av Lillhagens sjukhus glöms bort.

---

<sup>104</sup> Ryden 1993, Relph 1976

<sup>105</sup> Relph 1976

<sup>106</sup> Zerubavel 2003

## 5. DISKUSSION

I detta avsnitt ägnas reflektioner åt undersökningens resultat utifrån tidigare forskning, samt vilken relevans detta kan tänkas ha i ett större sammanhang. I tidigare forskning om psykiatrins historiska institutionsmiljöer har tidigare konstaterats att det finns brist på brukares personliga upplevelser och erfarenheter. Jag valde av denna anledning att genomföra en retrospektiv studie som inriktat sig på att studera enskilda före detta patienters rumsliga erfarenheter och upplevelser av Lillhagens sjukhus. Det har dock varit en svår och tidskrävande process att få tag på intervjupersoner till denna studie. Det har tidigare sagts att den psykiatriska vården är ett område omgärdat av sekretess och tabu, vilket påverkar svårigheten att få tag på intervjupersoner i allmänhet samt nuvarande eller före detta patienter i synnerhet. Jag har värnat om att så mycket som möjligt låta intervjupersonerna få berätta fritt och lägga ut texten om sin vistelse på Lillhagens sjukhus, och i efterhand bevara materialet utan allt för stora omarbetningar. Genom detta har jag fångat och producerat ett unikt empiriskt material där de före detta patienternas egna berättelser och minnen av Lillhagens sjukhus som plats synliggörs.

Studiens resultat visar en rad likheter med resultat från tidigare forskning. Högströms slutsats att psykiatrins rum aldrig är neutrala eller värdefria har bekräftats även av denna studie. Resultatet visar att de centrala identifierade rummen är laddade med minnen och erfarenheter kopplade till en mängd olika känslor, upplevelser, betydelser och värden. Tydligast har framgått att de före detta patienterna har upplevt att det är viktigt att bevara minnet deras upplevelser av Lillhagens sjukhus som plats, för att nyansera historien.

Utifrån Erikssons tidigare forskning, visar även denna studie hur platser kan kopplas samman med och bli representerade av avvikelser och utanförskap. Detta bygger enligt Eriksson på att en avvikelse eller ett normbrytande beteende identifieras och sedan klassificeras. Hela Lillhagens sjukhus kan ses som en "galenskapens geografi", eftersom det var en plats där människor med psykisk ohälsa levde i isolering från det övriga samhället. Även inom Lillhagens sjukhus fanns en tydlig rumsdifferentiering, vilket innebar att alla patienter som kom in i vård fick en klassificering utifrån sjukdom och symptom samt sorterades och separerades på olika avdelningar. Utifrån dikotomier gjordes en skillnad mellan "stökiga" respektive konformativa patienter, vilka placerades i slutna respektive öppna avdelningar. En skillnad gjordes även mellan patienter som bedömdes vara kroniskt sjuka respektive behandlingsbara, vilka placerades i olika vårdbyggnader. Här kan de så kallade "Kronikeravdelningarna" i de gamla tegelhusen ses som det tydligaste exemplet på en "galenskapens geografi".

Steinholtz Ekecrantz har beskrivit hur social interaktion i formar patienternas erfarenheter och resulterar i patientskapet. I denna studie, kan i likhet med Steinholtz Ekecrantz, visa upp patientskapet som en beständig och seg konstruktion innehållande känslor av utanförskap och styrd av det institutionella behovet av disciplin i rumsliga och tidsmässiga strukturer. Vårdbyggnaden som rum har i resultatet framträtt som ett slags socialiserande inträde i patientskapet, där patienterna "buntades ihop" till fasta grupper och definierades utifrån sin klassificering.

Eivergårds avhandling har visat på hur de styrande formerna och villkoren för mentalsjukhusens kontroll och normalisering av patienterna präglades av en villkorad reglerad frihet, som byggde framförallt deltagande och vilja. Friheten var alltid förbunden med ett önskvärt beteende hos patienten, och informella belöningssystem, bekännelsetekniker samt olika former av en villkorad och reglerad frihet kombineras med ett mer dolt potentiellt tvång. Även aspekter av denna rumsliga praktik kan ses i denna studie. I resultatet har jag beskrivit *Tvångsrummet* samt *Frihetsrummet*, där tvånget visar sig tydligast den slutna avdelningen. På den slutna avdelningen reglerades patienternas frihet noga. Överläkarens bedömning var överordnad patienternas egen när det gällde hans möjligheter att röra sig i och utanför rummet samt att ta emot besök. I kontrast till den hårt kontrollerande sjukhusmiljön fanns

platser utanför avdelningen, såsom naturen och aktivitetsrummet, vilka framförallt förknippas med frihet. Ju medgörligare en patient blev desto mer frihet fick hen att vistas utanför avdelningen.

Förhoppningsvis kan denna studie bidra till en ökad förståelse för hur patienter upplevde och minns de historiska psykiatriska institutionsmiljöerna. Framst skall denna studie ses som ett bidrag till en ökad förståelse för Lillhagens sjukhus som plats. Ytterst kan studiens resultat ligga till grund för hur kulturmiljösektorn kan betrakta Lillhagens sjukhus som materiellt respektive immateriellt kulturarv, det vill säga som en unik plats med unika minnen och berättelser.

## 6. SAMMANFATTNING

Den här uppsatsen har utförts inom ramen för Bebyggelseantikvariskt program vid Göteborgs Universitet och ingår i examinationen för kandidatexamen. Syftet är att undersöka Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv samt att beskriva och analysera hur före dessa patienter upplevde Lillhagen som plats. Gruppen människor med psykisk ohälsa är en intersektion, som i dagens forskning och debatt rörande kulturarvet ofta underbelyses. Psykiatrins historiska miljöer har även betraktas som någonting problematiskt och sällan som någonting värt att bevara. En studie som inriktar sig på brukarnas, i meningen de före detta patienternas, rumsliga erfarenheter och upplevelser är därför lika angeläget som underbeforskat. I mina frågeställningar har jag ämnat svara på vilka rum som blir centrala i de före detta patienternas minnesberättelse av Lillhagens sjukhus, hur dessa framträder i beskrivningarna i fysisk, praktisk och känslomässig form, samt hur den sammanhållande bilden framträder av Lillhagens sjukhus som plats. Lillhagens sjukhus var ett sinnessjukhus, eller mentalsjukhus, i Göteborg verksamt mellan åren 1932 till 2013. Platsen omfattade ett stort slutet anstaltsområde med röda tegelbyggnader från uppförandet, vita skivhus från 1960- och 1970-talet och ett stort skogs- och parkområde. Det fanns även en rad mindre hus vilka bland annat inhyste arbetsterapi, rehabilitering och ett café.

Centrala begrepp i denna studie är *rum*, *plats* och *minne*. Begreppet rum är kopplat till före detta patienters föreställningar, erfarenheter, upplevelser. Rumslig praktik används för att beskriva den kroppsliga erfarenheten av rummet, alltså rummet såsom varseblivet<sup>107</sup>. Begreppet plats används för att beskriva Lillhagens sjukhus i en övergripande skala, innefattande både de materiella och immateriella rummen, och dess identitet/själ<sup>108</sup>. Begreppet minne används för att ge en indikation på viktiga upplevelser och erfarenheter i det förflutna<sup>109</sup>. Minnesberättelser används för att beskriva det empiriska transkriberade intervjumaterialet som omarbetats och nyttjats för att besvara studiens syfte och frågeställningar.

Studien genomfördes med en Kvalitativa platsanalys, vilken innefattar retrospektiva intervjuer med kartor. Platsen beskrevs såsom den framträdde, i olika geografiska skalor, som en helhet. Totalt genomfördes fem semi-strukturerade intervjuer med tre kvinnor och två män i ålder mellan 44 och 76 år. Materialet från intervjuerna innefattar en tidsperiod mellan 1970 till 2012, vilket var då de intervjuade befann sig på Lillhagens sjukhus. Intervjupersonerna uppmanades att så fritt som möjligt berätta om de upplevelser och betydelser som de spontant kunde anknyta till den rumsliga platsen och utveckla sina reflektioner utan att störas av frågorna. Intervjuerna spelades in med intervjupersonens samtycke, transkriberades och raderades därefter. Transkriberingen av intervjuerna i textform har i efterhand bearbetas med narrativ utgångspunkt till minnesberättelser där Lillhagens sjukhus som plats framträder. Kartor har nyttjats som hjälpmedel för att identifiera och beskriva de rum som nämns i både fysisk och immateriell bemärkelse, samt undersöka intervjupersonernas känslomässiga upplevelser av rummet. Den känslomässiga upplevelsen av rummet har förtydligats med hjälp av en färgskala som har fått symbolisera olika känslor i en positiv/negativ-skala.

Undersökningens resultat är att Lillhagens sjukhus som plats framträder i en övergripande abstrakt skala och rymmer flera olika rum som identifierats och lyfts fram ur de före detta patienternas minnesberättelser. De centrala rummen är *Vårdbyggnaden*, *Avdelningen*, *Sovsalen*, *Naturrummet* och *Aktivitetsrummet*. Dessa rum framträder på olika sätt samt i olika skalor, där Vårdbyggnaden på övergripande nivå rymmer Avdelningen, Sovsalen samt i viss mån Aktivitetsrummet. Naturen framträder som en egen enklav utanför vårdbyggnaden. Aktivitetsrummet framträder i abstrakt immateriell mening, men även som en fysisk plats utanför Avdelningen. Lillhagens sjukhus som plats laddas med flera olika med känslor och reflektioner. De före detta patienterna bar med sig känslor in i vistelsen på Lillhagen, upplevde

---

<sup>107</sup> Lefebvre 1991

<sup>108</sup> Norberg-Schulz 1980

<sup>109</sup> Zerubavel 2003

känslor under vistelsen, samt har återkallat dessa känslor i relation till tillbakablickande reflektioner en tid efter att de lämnat platsen. Känslorna som de före detta patienterna bar med sig in i vistelsen på Lillhagen är kopplade till deras psykiska ohälsa, men påverkades även av föreställningar och fördomar om den psykiatriska institutionsvården och om psykisk sjukdom. Detta genererade en negativ bild av Lillhagen som plats samt att platsen tillsammans med de människorna som vistades där stigmatiserades. De känslor som intervjupersonerna upplevde under deras vistelse på Lillhagens sjukhus påverkades, förutom av det psykiska hälsotillståndet, av den fysiska miljön och de händelser som utspelat sig där. Negativa aspekter av Lillhagens sjukhus är att den upplevdes som en otrivsamt och steril institutionsmiljö med tvång, inlåsning och övergrepp. De positiva aspekterna dominerades framförallt av att det var en plats där intervjupersonerna upplevde att de började må bättre.

Upplevelserna av Lillhagens sjukhus representeras av *Tvångsrummet* samt *Frihetsrummet*. Sjukhusmiljön, bestående av Vårdbyggnaden, Avdelningen och Sovsalen, utgör den plats som tydligast förknippas med tvång. Tvånget kopplas främst till den rumsliga praktiken men även till den fysiska miljön. Tydligast visar sig tvånget på den slutna avdelningen där patienternas frihet reglerades noga. I kontrast till den hårt kontrollerande sjukhusmiljön fanns rum utanför avdelningen, såsom Naturen och Aktivitetsrummet, vilka framförallt förknippas med frihet. Samtliga av dessa platser uttrycks som sätt att komma ifrån sjukhusmiljön samt de känslor av tvång och olust som framförallt förknippas med de slutna avdelningarna. Tvångsrummet och Frihetsrummet utgör varandras motpoler, men styrs även av ett ömsesidigt beroendeförhållande vilket innebär att de definieras i kontrasten till varandra. Tvångsrummet har en dualitet som innebär att den hårt reglerade sjukhusmiljön förknippas både med tvång och trygghet. Känslan av trygghet kan sägas vila i upplevelsen av kontinuitet och förutsägbarhet som återfinns i den oföränderliga sjukhusmiljön och dess rumsliga praktik. Tryggheten byggde på patienternas vetskap om att platsen fanns kvar såsom de kände den, och att de kunde återvända dit när de behövde det. Detta har visat sig generera en typ av hemkänsla på Lillhagen. Flera av intervjupersonerna tycker att det är viktigt att bevara minnen av Lillhagens sjukhus som plats, delvis för att nyansera bilden som finns av Lillhagen samt dess historia. Bevarandet av minnen av Lillhagens sjukhus förväntas ha en möjlighet att bryta de tabun och fördomar om psykisk sjukdom som finns, samt lyfta fram de många berättelser som platsen bär på. Bevarandet av Lillhagens sjukhus som immateriellt kulturarv kan ses som en önskan om att hindra att upplevelserna av Lillhagens sjukhus glöms bort.

Studiens resultat visar en rad likheter med resultat från tidigare forskning. Högströms slutsats att psykiatrins rum aldrig är neutrala eller värdefria har bekräftats även av denna studie. Utifrån Erikssons forskning, visar även denna studie hur platser kan kopplas samman med och bli representerade av avvikelse och utanförskap. Hela Lillhagens sjukhus som plats kan ses som en ”galenskapens geografi”, liksom specifika rum inuti platsen som exempelvis de så kallade ”Kronikeravdelningarna”. Denna studie, kan i likhet med Steinholtz Ekecrantz, visa upp patientskapet som en beständig och seg konstruktion innehållande känslor av utanförskap och styrd av det institutionella behovet av disciplin i rumsliga och tidsmässiga strukturer. Eivergårds avhandling har visat på hur mentalsjukhusens kontroll och normalisering av patienterna präglades av en villkorad reglerad frihet. Även aspekter av denna rumsliga praktik kan ses i denna studie, där tvånget visar sig tydligast den slutna avdelningen och friheten i naturen och aktivitetsrummet.

# FIGURFÖRTECKNING

Figur framsida. Foto: Medicinhistoriska museet

Figur 1. Foto: Medicinhistoriska museet

Figur 2. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 3. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 4. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 5. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 6. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 7. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 8. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 9. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 10. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

Figur 11. Googlemaps flygfoto 2014-04-30 med korrigering av Cecilia Nordlund år 2014

# KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

## Otryckta källor

### Muntliga källor

Informant 1: före detta patient på Lillhagens sjukhus  
Intervju: 2014-09-08 Göteborg

Informant 2: före detta patient på Lillhagens sjukhus  
Intervju: 2014-09-08 Göteborg

Informant 3: före detta patient på Lillhagens sjukhus  
Intervju: 2014-09-15 Göteborg

Informant 4: före detta patient på Lillhagens sjukhus  
Intervju: 2014-09-22 Göteborg

Informant 5: före detta patient på Lillhagens sjukhus  
Intervju: 2014-09-24 Göteborg

## Tryckta källor och litteratur

Archidea (2008) *Kulturmiljöbeskrivning Lillhagsparken med byggnader*, Göteborgs stad

*Arkitekturteorier..* (1999). Stockholm: Raster

Clarence, Crafoord (2000). *Platser för vårt liv : tankar om inre och yttre platser i tillvaron*. Stockholm: Natur och kultur.

Dalen, Monica (2008). *Intervju som metod*. 1. uppl. Malmö: Gleerups utbildning

*Det problematiska kulturarvet: hur skall funktionshindrades liv och villkor göras synliga?* : föreläsningar vid HHF:s och Historiska museets seminarium april 2006. (2007). Sundbyberg: Handikapphistoriska föreningen

Eivergård, Mikael (2003). *Frihetens milda disciplin: normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå : Univ., 2003

Eriksson, Bengt Erik (1997). *Före psykiatrin: praktiska omständigheter och kunskapsmässiga sammanhang. Hur skall själen läkas?* / Bengt Erik Eriksson och Roger Qvarsell (red). S. 27-46

Fägerborg, Eva (1999). *Intervjuer. Etnologiskt fältarbete* / Lars Kaijser & Magnus Öhlander (red.).

Hvarfner, Gunilla (1988). *Dygd idag? : Erik H Eriksons teori om att mogna som människa = The return of virtue? : Erik H Eriksons theory of human maturation*. Diss. Uppsala : Univ.

Högström, Ebba (2012). *Kalejdoskopiska rum: diskurs, materialitet och praktik i den decentraliserade psykiatriska vården*. Diss. Stockholm : Kungliga Tekniska högskolan, 2012

Jimerson, Randall C. (2009). *Archives power: memory, accountability, and social justice*. Chicago: Society of American Archivists

Jönsson, Lars-Eric (1998). *Det terapeutiska rummet: rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Diss. Umeå:Univ.

- Jönsson, Lars-Eric & Svensson, Birgitta (red.) (2005). *I industrisambällets slagskugga: om problematiska kulturarv*. Stockholm: Carlsson
- Kent, Rydén (1993). *Mapping the Invisible Landscape: Folklore, Writing, and the Sense of Place*. Iowa City: University of Iowa press.
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lefebvre, Henri (1991). *The production of space*. Oxford: Basil Blackwell
- Lillhagens sjukhus vid Göteborg: berättelse över sjukhusbygget, angiven i juni 1935 av stadsfullmäktiges i Göteborg byggnadskommitté*. (1935). Göteborg: Wald. Zachrisson
- Lynch, Kevin (1960). *The image of the city*. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press
- Magnusson, Britta (1982). *Lillhagens sjukhus 1932-1982: [50 år av psykiatriens historia] : [en tillbakablick]*. [Göteborg]: [Sjukvårdsförvaltningen]
- Murdoch, Jonathan (2006). *Post-structuralist geography: a guide to relational space*. London: SAGE
- Norberg-Schulz, Christian (1980). *Genius loci: towards a phenomenology of architecture*. New York: Rizzoli
- Nordlund, Cecilia (2012). *Lillhagens sjukhus i Göteborg*
- Philo, Chris (2007). Scaling the asylum. Three geographies of the Inverness district Lunatic Asylum (Craig Dunain) i Moran, J.E. & Andrew J. *Madness, Architecture and the Built Environment*. Psychiatric Spaces in historical context. New York London:
- Randall Jimerson (2009). *Archives Power: Memory, Accountability, and Social Justice*. Chicago: American library association
- Relph, Edward (1976). *Place and Placelessness*. London: Pion.
- Schibbye, Bengt & Pålstam, Ylva (2001). *Landskap i fokus: utvärdering av metoder för landskapsanalys*. Stockholm: Riksantikvarieämbetets förlag
- SOU 1999:18 Industrihistoriska kulturarvet
- SOU 2009:16 Betänkande av Kulturutredningen
- Steinholtz Ekecrantz, Lena (1995). *Patienternas psykiatri: en studie av institutionella erfarenheter*. Diss. Linköping : Univ.
- Svenning, C (2003). *Metodboken: Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling. Klassiska och nya metoder i informationssambället. Källkritik på Internet*. Eslöv: Lorentz Förlag
- Tuan, Yi-Fu (2001). *Space and Place: The Perspective of Experience*. University of Minnesota Press.
- Usher, K., Holmes, C (1997). Ethical Aspects of Phenomenological Research with Mentally Ill People. *Nursing Ethics* 4
- Williams, Raymond (1977). *Marxism and literature*. Oxford: Oxford U.P.
- Yates, Frances A (1974). *The Art of Memory*. Pbk. ed. Chicago, IL: The University of Chicago Press
- Zerubavel, Eviatar (2003). *Time maps: collective memory and the social shape of the past*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press



## Elektroniska källor

<http://www.stingerfonden.org>, 2010-01-05

<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/plats>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-10-01.

minne. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/minne>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-10-01.

<http://goteborg.se/wps/portal/invanare/bygga-o-bo/kommunens-planarbete/plan--och-byggprojekt> 2014-10-01

## BILAGOR

### Bilaga 1. Brev till intervjupersoner

# Intervju om Lillhagens sjukhus

Hej!

*Har du varit patient på Lillhagens sjukhus i Göteborg?*

*Kan du tänka dig att medverka i en intervju, och berätta om dina upplevelser av att vara på Lillhagens sjukhus?*

Jag är student på Institutionen för kulturvård vid Göteborgs universitet, och arbetar med en uppsats om f.d. patienters upplevelser och minnen av Lillhagens sjukhus. Syftet med min uppsats är att ge en ökad förståelse för Lillhagens sjukhus som plats. Som en del i denna studie intervjuar jag personer som varit inskrivna för vård. Intervjuerna genomförs på plats och beräknas ta mellan 30-60 minuter. Om det känns okej kommer bandspelare att användas. Som deltagare har du rätt att avstå från att svara på frågor eller avbryta intervjun. Personerna som deltar i intervjun kommer att vara anonyma, och allt som sägs under intervjun skyddas av sekretess.

Svar önskas så snart som möjligt, men senast 1 oktober 2014.

Med vänliga hälsning,

Cecilia Nordlund

## Bilaga 2. Frågelista

### Upplägg inför intervjuer

- Viktiga platser
  - Är för inläggning?
  - Första minnet av Lillhagen?
  - Hur såg Lillhagen ut?
  - Vilka platser var viktigast för dig på Lillhagen? (positiva och negativa)
  - Hur såg platserna ut, luktade dem, lät, kändes?
  - Vad gjorde man på de valda platserna?
  - Är för utträde?
  - Vad är det sista du minns av Lillhagen?
- Färgläggning av utvalda platser
  - Du har beskrivit att den här platsen är positiv/negativ, varför är den det? Kan du beskriva vilka känslor du har till platsen? Med vilka adjektiv skulle du kunna beskriva känslan? (t.ex. tryggt, skrämmande, välkomnande, hemligt, främmande, verkligt, överkligt)
  - Du har beskrivet att du har följande känslor för platsen. Varför tror att du känner så?
- Kulturarvets betydelse
  - Tycker du det är viktigt att bevara minnet av Lillhagen?
  - Varför, eller varför inte?

## Bilaga 3. Grundkarta till intervjuer och figurbearbetning

### Flygbild över Lillhagens sjukhusområde

