

# Kulturmiljöanalys Furunäsets sjukhus

Piteå museum 2012

Anna Elmén Berg



## Kulturmiljöanalys Furunäsets sjukhus

Furunäsets sjukhusområde är beläget i Piteå kommun, ungefär två kilometer söder om stadskärnan. Området ligger på Pitholmen öster om Piteälven.

Sjukhusområdet domineras fortfarande av den stora hospitalsbyggnaden. Den äldsta bebyggelsen är förutom huvudbyggnaden relativt småskalig och centralt belägen i området. Där finns ekonomibygnader, epidemisjukhus samt personalbostäder i form av villor.

Den senare tillkomna bebyggelsen har en större skala: 1940-, 50- och 60-talens vårdpaviljonger samt personalbostäder i form av flerbostadshus, men även ett fåtal villor.

Genom bostadsområdet i söder har sambandet mellan sjukhusområdet och begravningsplatsen skurits av. Övrig ny bebyggelse är inplacerad på ett mer hänsynsfullt sätt och påverkar områdets kulturhistoriska värden i mindre utsträckning.

I ytterkanten av området finns yngre bebyggelse, villor, lägre flerbostadshus, men även högre flerfamiljshus placerade på en höjd, så att dess verkan fått en tämligen dominant karaktär. Även värmestationen har fått en monumental placering.

### HISTORISK BAKGRUND

Furunäsets historia går tillbaka på ett riksdagsbeslut 1823, som innebar att sinnessjukvården i riket började organiseras i stora enheter, så kallade centralhospital. Det nordligaste hospitalet fanns vid denna tid i Härnösand. Det första stora sinnessjukhuset som en följd av detta kom att byggas var Stockholms hospital som togs i bruk 1861. År 1873 upprättade den då ansvariga myndigheten

Serafimerordensgillet en plan för hur hospitalväsendet skulle organiseras. Redan då föreslogs ett hospital för landets nordligaste landskap, Västerbotten och Norrbotten.

Planerna på ett hospital för Övre Norrland tog fastare form efter 1886 när Medicinalstyrelsens chef August Almén och dess arkitekt Axel Kumlien företog en resa för att söka en lämplig byggnadsplats. Förhållandena omkring städerna Skellefteå, Piteå och Luleå undersöktes. Den utvalda platsen skulle kunna tillgodose en rad krav: på byggnadsplatsen skulle råda goda grundförhållanden, den skulle ha ett läge skyddat från nordliga och östliga vindar, den skulle ha bra kommunikationer både till lands och sjöss och där skulle finnas bra dricksvatten samt möjligheter att leda bort kloakvatten.

Resan resulterade i att en plats på västra sidan av Pitholmen nära Piteå utsågs. Här fanns alla förutsättningar för ett hospitalsbygge. Platsen låg i en sluttning ned mot Piteälven i väster och skyddades från de nordliga och östra vindarna genom skogsbevuxna åsar. Här fanns en grund bestående av sand och hård pinnmo. Älven hade ett klart, drickbart vatten. Det noterades också, att beträffande möjligheterna att införskaffa matvaror ”står orten omkring Piteå inglunda efter Norrlands öfriga städer”.

Sedan riksdagen beviljat anslag inköptes hemmanet Pitholm nr 25 samt en avsöndrad del av nr 22, ett markområde om sammanlagt 138 hektar. Köpet förmedlades av apotekaren C.A. Gellerstedt och telegrafkommissarien L.A. Ringius.

Efter förhandlingar med Piteå landskommun och stad löstes landkommunikationerna genom att dessa gemensamt anlade en väg från staden. År 1889 tecknades kontrakt med byggmästaren A. Ankarstrand om byggnadernas uppförande, efter ritningar av hovintendenten Axel Kumlien. Fyra år senare, i oktober och november, kunde byggnaderna börja tas i bruk.

Med hospitalet omvandlades pitebygden i många avseenden. Sjukhuset blev en av bygdens stora arbetsplatser i ett samhälle som fortfarande till stora delar var agrart präglad, men även hade en stor trävaruindustri. Hospitalet blev en attraktiv arbetsgivare, som för många erbjöd en säker, statlig, åretruntanställning. Samtidigt förblev det för piteborna en ganska okänd plats, eftersom området var slutet mot yttervärlden och inhägnades med staket. Genom etablerandet av hospitalet kom en ny byråkratisk maktstruktur till platsen. Dess ordning framstod till vissa delar i skarp kontrast till omvärldens. Den kom att genomsyra sjukhusvärlden i så hög grad att sjukhuset framstod som ett eget samhälle i samhället. Det var präglad av ordning och kontroll, av isolering och en strikt hierarkisk struktur. Sjukhusets ordning satte sin prägel på den fysiska miljön såväl som på människornas mentalitet. Omvärldens förundran och förskräckelse avspeglas i de många berättelserna om sjukhuset som muntligen framförts, men som tyvärr sällan avsatt några spår i skriftliga källor.

#### FURUNÄSET SOM KULTURMILJÖ

Med anledning av områdets kulturhistoriska värde och attraktivitet för ny bebyggelse, har Piteå museum tagit initiativet till denna kulturmiljöanalys, som syftar till att förse samhällsplaneringen med ett gedignare kunskapsunderlag än man tidigare haft tillgång till. Projektet har bekostats av Länsstyrelsen i Norrbottens län, Piteå kommun samt Piteå museum. Projektet är genomfört av Anna Elmén Berg 2011-2012.

Analysen presenteras dels i en översiktlig historik där byggandet placeras in kronologiskt i historiska perioder, dels i tabellform. Syftet är att precisera kulturmiljöns innehåll och ge den en nyanserad beskrivning och tolkning, att definiera vilka värden

kulturmiljön har samt lämna rekommendationer till hur kulturvärdena bäst kan tillvaratas.

Områdesanalysen beskriver åtta delområden, vars utsträckning framgår av bilagd karta (sist i denna del). Byggnader och anläggningar av särskild betydelse har numrerats och märkts ut. Senare uppförd bebyggelse av mindre intresse ur kulturmiljöhänseende har endast delvis upptagits.

Furunäsets sjukhus finns upptaget i Piteå kommuns kulturmiljö Husera såväl som Norrbottens kulturmiljöprogram 2010-2020, framtaget av Länsstyrelsen i Norrbottens län. De rekommendationer som här ges, kan ses som en fördjupning av de tidigare programmens.

Rekommendationerna utgår i första hand ifrån att området skall förbli en angelägenhet för den kommunala kulturmiljövården och hanteras inom Plan-och bygglagen. För hela området finns en detaljplan från 1989. Planen skyddar vissa byggnader, men uppfyller inte de krav man utifrån dagens värdering av miljöerna kan ställa. För att områdets kulturhistoriska värden på ett bättre sätt skall kunna säkerställas bör därför en ny detaljplan upprättas.

Sjukhusområdets kulturhistoriska värden är också av sådan dignitet att ett starkare skydd vore motiverat, även utifrån ett nationellt perspektiv. Därför bör det också utredas om sjukhusområdet kan uppföras på förteckningen över riksintressen för kulturmiljövården.

En av anledningarna till att kulturmiljövården idag tillskriver Furunäsets sjukhusområde ett synnerligen högt kulturhistoriskt värde, är att det besitter vad som brukar kallas ett högt identitetsvärde. Sjukhusets upptagningsområde var från början hela Övre Norrland. Patienter kom från pitebygden, men även långväga ifrån. Även personalen rekryterades till en början utifrån. Det innebär att nästan alla pitebor, men även många människor från andra delar av landet, har haft anhöriga som varit intagna eller

arbetat på sjukhuset. Patienterna var som flest 800 och sjukhuset hade en verksamhetsperiod på omkring 95 år. Genomströmningen av patienter och personal är svår att beräkna, men det rör sig om åtskilliga levnadsöden som passerat genom sjukhusets grindar. Idag är intresset för Furunäsets sjukhus större än någonsin. Detta avspeglar sig bland annat i en växande efterfrågan på information omkring området.

Men hur kan vi då idag se på sinnessjukhuset som historisk företeelse? Etnologerna Mikael Eivergård och Lars-Eric Jönsson (2005) har framhållit att det inte är riktigt att som vi ofta gör se sinnessjukhuset som isolerat från det övriga samhället. Istället bör vi betrakta det som ”ett koncentrat av det moderna samhällets normer kring ordning, arbete, sexualitet, hygien osv.”.

I sinnessjukhuset tog med andra ord samhällets normer och värderingar tydligare form än utanför. Det har därmed ett samhällshistoriskt värde som sträcker sig långt utöver sin egen fysiska gestalt och sin historiska verksamhet.

Vilken tolkning vi idag än gör av sjukhuset och dess historia är det av största vikt att kulturmiljön Furunäset bevaras på ett sådant sätt, att även kommande generationer kan göra sig en föreställning om ett viktigt avsnitt i det moderna samhällets historia. Därmed är det också angeläget att miljön förvaltas så att bilden förblir tydlig.

Som kulturmiljö betraktad summerar Furunäsets sjukhusområde genom sin fysiska gestalt nästan hundra år av institutionaliserad sinnessjukhusvård. Miljön är värdefull eftersom den berättar om den livsmiljö där patienter och personal vistats under sjukhusets historia. Men den kan också ses som ett koncentrat av de vårdideologier, metoder och praxis för omhändertagande som bidragit till dess utformning.

#### ETABLERINGSSKEDET FRÅN 1890: FRÅN INSTITUTIONALISERING OCH ISOLERING TILL SÅNGVILA OCH ÖVERVAKNING

Den stora hospitalsbyggnaden uppfördes 1890-93 och Piteå hospital och asyl invigdes 1893. Begreppet hospital och asyl definierades i 1858 års Hospitalsstadga. Hospitalet var en kuranstalt, avsedd för patienter som kunde botas. Asylen var däremot en vårdanstalt för dem som ansågs obotliga. I Piteå kom båda dessa verksamheter att inrymmas i samma lokaler.

Fram till 1893 hade hospitalet i Härnösand med sina 50 vårdplatser ansvarat för hospitalsvården i hela Norrland. Redan från början fick Piteå hospital däremot 300 platser. Hälften av dessa fylldes genast av patienter som flyttades hit från andra hospital.

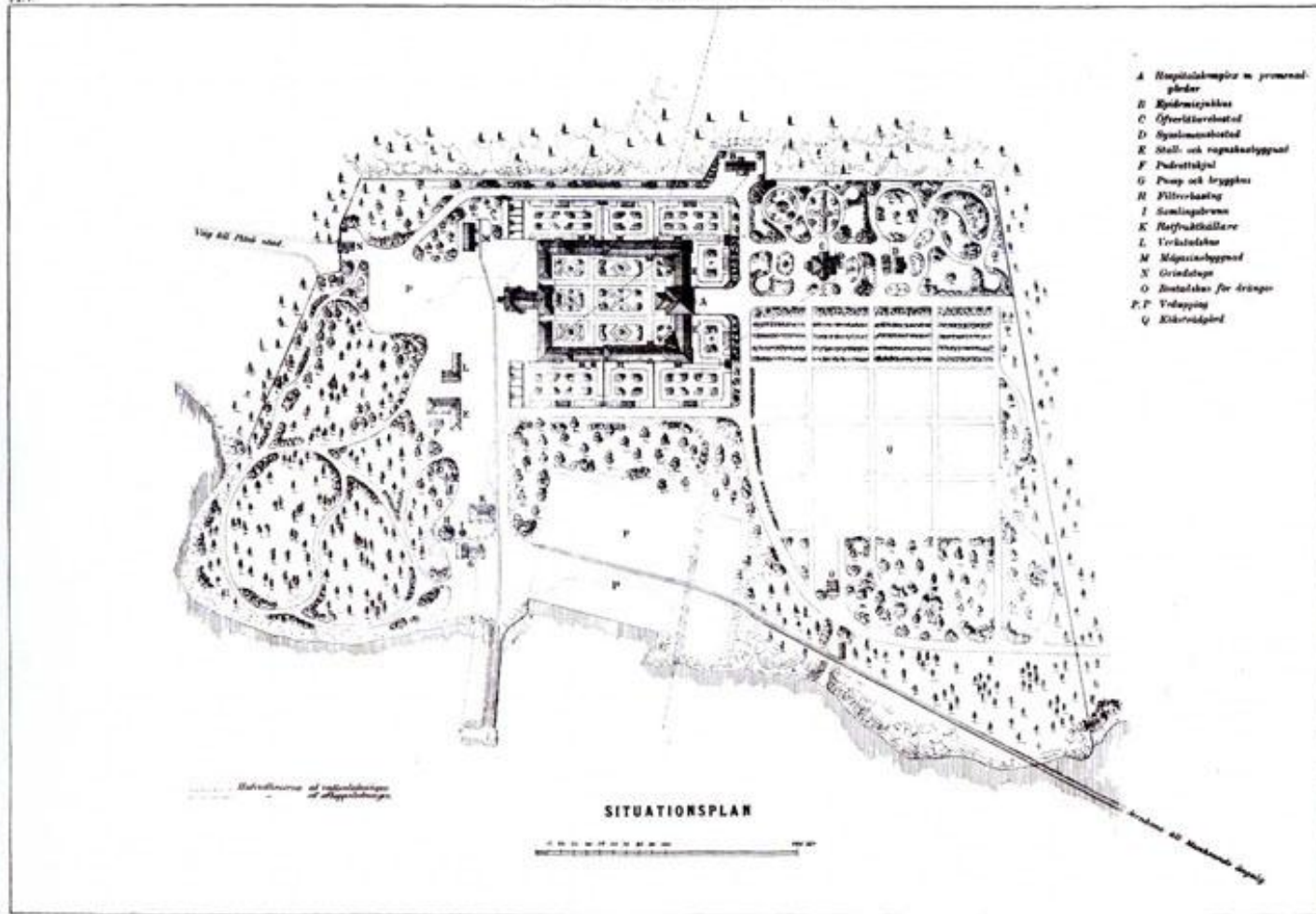
Sjukhusbyggnaden ritades av arkitekt Axel Kumlien, som var sin tids auktoritet inom vårdbyggandet. Han var sedan 1874 arkitekt i Serafimerordensgillet, som då ansvarade för hospitalbyggandet i landet. 1877 överflyttades ansvaret på Medicinalstyrelsen. Kumlien blev då dess arkitekt, med främsta uppgift att sköta hospitalens byggnadsfrågor.

Kumlien genomarbetade 1887-90 flera ritningsförslag till det nya hospitalet. Det som slutligen kom till utförande bär många spår av hans tidigare erfarenheter av hospitalsbyggande. Under 1880-talet hade tre hospital som ritats av Kumlien uppförts: Uppsala hospital (senare kallt Ulleråker, som togs i bruk 1885), Kristinehamns hospital (senare Marieberg, 1887) och Lunds asyl (senare S:t Lars, 1891).

Piteå hospital fick i jämförelse med dessa hospital en mer sluten karaktär. Anläggningen blev en fyrkantig byggnad som omsluter en rektangulär gård. Denna lösning var troligen ett försök att anpassa byggnaderna till det nordliga klimatet.

# HOSPITALET VID PITEÅ

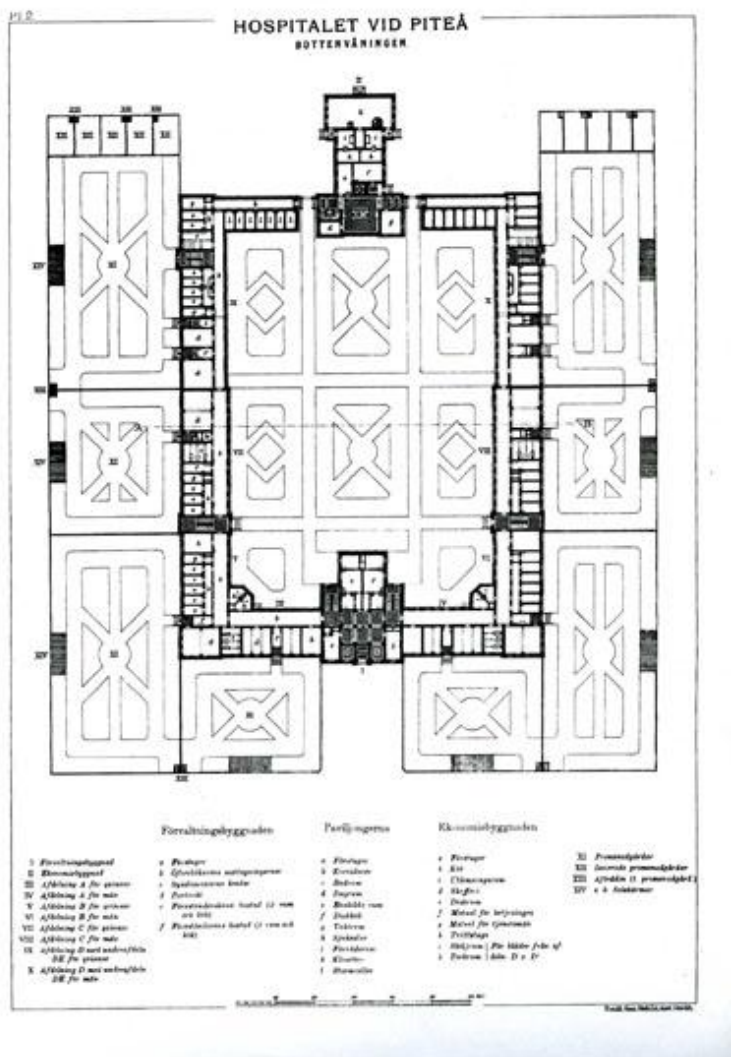
Pl. 7



- A. Hospitalbygning i personal-gården
- B. Epidemiejaktstue
- C. Øfterskræmstue
- D. Sygemændstue
- E. Stue og vaskesal
- F. Indretning
- G. Pump og tryk
- H. Filtrering
- I. Smittehus
- K. Røftskuller
- L. Urtehave
- M. Målestue
- N. Grøntag
- O. Bøstue for frøer
- P. F. Vedtagning
- Q. Kåseredning

SITUATIONSPLAN

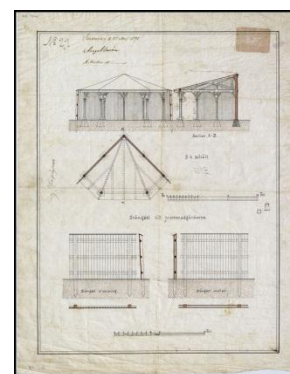
Iögonfallande för vår tid är sjukhusets påkostade utformning. Anläggningens fria, lantliga läge i avskildhet från staden, byggnadernas dominerade mått och fasadernas ståtlighet är det



synliga uttrycket för de krav på byggnadsformernas värdighet och skönhet som den tidens idealistiska vårdambitioner ställde.

Byggnaderna utformades i enlighet med tidens estetiska, funktionella och hygieniska krav. Längorna murades en till två våningar högt (D-avdelningarna var lägre), med ett något förhöjt entrépartiet.

Sjukhuset utformades symmetriskt. I mittaxeln fanns förvaltningsbyggnaden med entré, portvaktsrum, sysslomannens kontor, överläkarmottagning, festsal, kyrksal samt föreståndarbostäder. På motsatta sidan i rektangelns mittaxel fanns ekonomibyggnaden med kök och personalmatsalar (separata för tjänstemän och vårdpersonal), bageri och tvätteri, förrådsrum samt anläggningar för värme, vatten och elektricitet. I ”paviljongerna” på rektangelns fyra sidor fanns de åtta sjukavdelningarna, fyra manliga och fyra kvinnliga, med enskilda rum, sovsalar, dagrum, badrum, vaktrum, diskkök, och ”stormceller”. Byggnaderna omgavs av stängselomgärdade promenadgårdar som hörde till varje avdelning. Till D-avdelningarna fanns även isolerade rastgårdar. På rastgårdarna fanns solskärmar som gav skugga sommartid.



Ritning till solskärmar, Riksarkivet.

Sjukhuset var organiserat enligt principen att patienter av olika kön skiljdes åt och att patienterna sammanfördes kategorivis i enlighet med hur deras tillstånd bedömdes. Avdelningarna var så differentierade i enlighet med dessa patientkategorier. Närmast förvaltningsbyggnaden låg på ömse sidor avdelningar för kvinnliga, respektive manliga lugna patienter (avdelning A). Sedan följde på långsidan avdelningar för oroliga patienter (B), asytpatienter C), sist avdelning för oroliga och osnygga patienter (D), med underavdelningar för stormande och våldsamma patienter (närmast ekonomibygnaden) (DE).

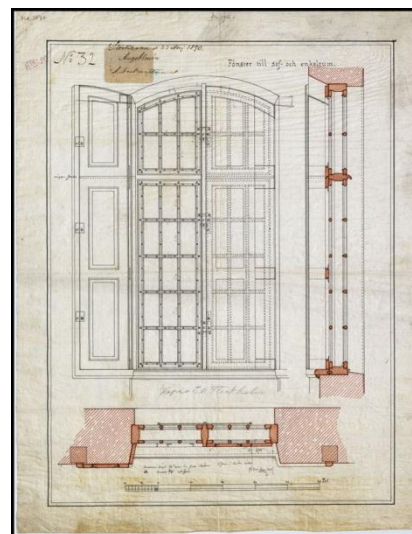
Vårdavdelningarna var i sin tur organiserade enligt det så kallade vertikalsystemet. Detta innebar att dagrum och badrum låg i bottenvåningarna medan patientrummen låg en trappa upp. Vanligare vid landets sjukhus var annars att avdelningarna hade sina lokaler samlade i ett plan, enligt det så kallade horisontalsystemet.

Planlösningarna karaktäriseras genomgående av att byggnadskropparna är relativt smala och att korridorerna är sidolagda in mot gården. Detta med undantag för den norra längan, där istället stormcellerna placerats mot söder in mot gården.

Patientrummen bestod av både större och mindre sovsalar, men relativt sett fanns flest enkelrum eller celler. På avdelningen för stormande och våldsamma patienter var samtliga vådrum celler. Totalt inom sjukhuset fanns enkelrum eller celler för 28% av patienterna. Sovsalarna varierade i storlek mellan omkring 33-65 m<sup>2</sup>. På de allmänna salarna fanns plats för 6-12 personer. Antalet isoleringsrum och celler var 84 stycken. De var mellan åtta och elva kvadratmeter stora. Ett centralt begrepp vid planeringen var luftmättet per patient. Detta beräknades utifrån rummets ytmått samt höjd. I exempelvis en A-avdelningens salar som var

avsedd för sex patienter var golvytan drygt 33 m<sup>2</sup> och takets höjd 3,85 meter. Luftmättet per patient var således 21,38 m<sup>3</sup> och golvytan 5,55 m<sup>2</sup>.

Fönstren i sjukrummen var försedda med träluckor som kunde låsas. De hade av säkerhetsskäl små glasrutor och tätt sittande spröjsar förstärkta med plattstål. Cellerna hade däremot högt sittande gallerförsedda fönster, mindre än dem på de allmänna avdelningarna. I cellerna fanns också en ”ljusglugg” ut mot korridoren.



*Ritning till fönster, Riksarkivet.*

Sjukhuset omgavs av ett stort parkområde som inhägnades av ett staket. Vid infarten mot vägen från Piteå fanns en grindstuga där inresande och utresande kontrollerades. En av sjukhusets viktigare uppgifter var att vara rymningssäkert.

Grönområdets funktion var att skapa en rogivande miljö, men även att avskärma sjukhusområdet mot yttervärlden.

Omgivningarna skapade även sysselsättning för patienterna. Såväl promenader som lövräfsning ansågs hälsosamma.

Parkens tillkomsthistoria är något oklar. I parkanläggningen kan spåras inflytande från flera olika idéströmningar, som var vanliga i samtidens gestaltningar av offentliga parker.

Området anlades i sin helhet med vindlande grusgångar som en landskapspark, i enlighet med det engelska parkideal som innebar en ganska fri gestaltning. Även området runt läkarvillorna, som vi idag uppfattar som villaträdgårdar, var en del av parkanläggningen. Grusgångar indelade där gräsplaner och planteringar i runda, ovala och njurformade ytor.

Växtligheten på platsen tillvaratogs genom att stora delar av den tallskog som redan fanns där lämnades kvar. Idén att låta en offentlig park präglas av det inhemska växtmaterialet låg också i tiden, som ett inslag av betoningen av det nationella, som även fanns inom konst, arkitektur och litteratur.



Foto från 1903 i Piteå museums bildarkiv.

På vissa ytor, de mer centralt belägna inom sjukhusområdet, planterades lövträd, men även för platsen främmande barrträd som lärkräd. Intresset för exotiska växter var under hela 1800-talet stort i Europa. På den nordligt belägna plats som Piteå utgjorde, låg dessutom en särskild utmaning i att hitta arter som var hårdiga i ett kärvt klimat.

I hospitalsparken finns också ett originellt drag som i princip helt saknas i samtidens offentliga parker, utan istället härrör från 1700-talets romantiska park. Det är den så kallade Grottan, som ligger längs strandpromenaden i områdets norra del. Grottan är en halvval mur, som inramar en liten glänta nedanför en furuklädd höjd. Den kan hänföras till romantikens idégods, som innebar att parkpromenader förutom sköna vyer och omväxlande perspektiv även skulle innehålla överraskningar och platser för kontemplation i form av exempelvis grekiska tempel eller eremithyddor. Grottan får ses som en reminiscens av 1700-talets eremitage.

En mer formell uppbyggnad hade patienternas promenadgårdar intill sjukhuset, samt sjukhusets innergård. Dessa var symmetriskt och axiellt uppbyggda med geometriska ytor formade av grusgångar och planteringar. I tidens terminologi benämndes sådana trädgårdar som utförda i fransk stil.

Det lilla parkavsnitt som idag kallas Belonaparken är senare tillkommet än den ursprungliga parken. Den är en stramare, mer formell anläggning än den ursprungliga parken. Längs en tydlig mittaxel, som regelbundet bryts av rundlar i form av rabatter, ligger planterade grönytor som av grusgångar indelas i kvarter. Längst ned finns ett friare anlagt parkavsnitt.

Vem eller vilka som kan anses var parkens upphov är en fråga som tyvärr inte kan få något entydigt svar. Det är troligt att dess huvuddrag uppritades översiktligt av Medicinalstyrelsens arkitekt. Det gäller såväl den stora landskapsparken, som de mer formellt anlagda planteringarna på innergården och patienternas rastgårdar.



Men avsaknaden av ritningar i arkiven, gör det troligt att delar av den övergripande gestaltningen samt detaljutformningen överläts på lokala förmågor.

Det är genom tidningsartiklar känt att telegrafkommissarien L.A. Ringius ”lade ned mycket möda på sjukhusparkens förskönande”. Ringius var pionjär inom trädgårdsodlingens område i Norrbotten. Sannolikt kan man tolka citatet ovan som att Ringius planterade träden och därmed är upphovsman till sjukhusets *arboretum*. Han hade kontakter med tidens ledande institution inom området, Lantbruksakademiens experimentalfält i Stockholm, varifrån han hämtade frön och planter. Ringius importerade också träd och buskar från Sibirien och Canada.

Till sjukhusets historia hör även anläggandet av en köksträdgård med odlingar av grönsaker och rotfrukter. Odlingarna låg i regelbundna kvarter i områdets sydvästra del. Genom egna odlingar säkrades sjukhusets livsmedelsförsörjning samtidigt som patienter kunde sysselsättas i ett hälsofrämjande arbete.

Under hospitalets första verksamhetsår företogs omfattande röjnings- och odlingsarbeten. Arbetet utfördes med patienternas hjälp. Öster om sjukhusområdet låg en vidsträckt myr som dikades ut och uppodlades. Området kallas än idag Mossen.

Förutom hospitalsbyggnaden tillkom redan från början även epidemisjukhus, stall och svinhus, brygghus och pumphus, vattentorn, verkstäder, rotfruktskällare och livsmedelsmagasin. Senare tillkom även ett särskilt hus för desinficering. 1903 uppfördes ett kallbadhus. En begravningsplats iordningställdes och invigdes 1898. Tre år senare byggdes ett obduktions- och likhus.

Dessa byggnader och anläggningar hade alla en funktion i sjukhusets mångsidiga verksamhet, men var även ett uttryck för den noggranna förvaltningen av sjukhuset och dess ekonomi, där

livsmedelsförsörjningen var en viktig del. Det ansågs nödvändigt att vid detta det nordligast i landet belägna hospitalet särskilt sörja för matförråden, eftersom tillförseln av matvaror kunde vara svår vintertid. Genom att inköpa varor utifrån och lagra dem, kunde sjukhusförvaltningen också göra sig oberoende av oönskade prisvariationer på den lokala marknaden.

Ur tekniska hänseende påkostades sjukhuset samtidigt modernaste utrustning. Här fanns redan från början rinnande kallt och varmt vatten samt elektrisk belysning. Vattnet togs från älven, filtrerades genom sand och pumpades upp till en högre belägen vattenreservoar, som var insprängd i berget och byggd av cement. Klokvatten fördes bort av en ledning som mynnade i älven, nedanför vattenintaget.

Sjukhuset uppvärmdes av ett sinnrikt ångvärmesystem. Under korridorerna i byggnaden löpte källare som bildade värmekammare. Där intogs frisk luft som värmdes upp till 18 grader och sedan genom murade kanaler som reglerades med spjäll, kunde stiga upp till ovanpåliggande lokaler. I större rum och korridorer fanns också ångkaminer som stod i förbindelse med de underjordiska värmekamrarna. Om man vintertid behövde en effektivare uppvärmning, kunde huset värmas upp utan luftevakivering, enbart med cirkulerande luft.

Ångpannerummet låg i ekonomibyggnaden. Norr därom fanns ett vedupplag. Pannan eldades med sågavfall från Munksunds sågverk. Spink, ribb och knubb fraktades till sjukhuset via en järnvägsförbindelse. Det fanns två vedupplag, ett nära bryggan, nedanför sjukhuset, och ett närmare ekonomibyggnaden.

Transporten från vedgården till ångpannerummet sköttes främst av patienter, som även var delaktiga i vedstaplingen. Uppvärmningssystemet och tillvaratagandet av patienternas arbete medverkade till att sjukhuset, trots sin nordliga belägenhet, vid sin tillkomst var det billigaste i landet i fråga om uppvärmning.

Eftersom inte enbart patienterna utan även personalen var bosatt på sjukhuset var det nödvändigt att sörja även för deras bostäder. Vårdpersonalen huserade till största delen inom hospitalsbyggnaden. I en mindre lägenhet i förvaltningsbyggnaden låg underläkarens bostad. I ekonomibyggnaden fanns bostadsrum för köksförestånderskan, samt för kökets och tvättens personal. För sjukhusets ansvariga chefer byggdes stora villor nära sjukhuset. Överläkar- och sysslomansbostäderna ritades av Axel Kumlien. Under det tidiga 1910-talet tillkom något mindre villor för intendenten och uppsyningsmannen, båda ritade av den lokalt verksamme arkitekten Viktor Åström.



Flygbild över sjukhusområdet, vykort i Piteå museums bildarkiv.

På vilket sätt ansågs då sjukhusmiljön vid Piteå hospital och asyl vara terapeutisk? En första förutsättning för en anstalt av hospitalets typ, var idén att de sjuka skulle *isoleras* från den miljö där sjukdomen hade utvecklats. I en ordnad miljö skulle patientens tillvaro därefter kunna organiseras, så att bästa möjliga förutsättningar för ett tillfrisknande skulle uppstå. Tillvaron

organiserades såväl i rummet, genom sjukhusets arkitektur och rumsdispositioner, som i tiden, genom noggrant utarbetade dagordningar där patienternas vardag schemalades. Läkandet skedde sedan enligt tidens uppfattning snarare genom att naturen hade sin gång, än genom att patienten svarade på en direkt behandling.

Även i en mer inskränkt bemärkelse tillskrevs begreppet isolering en terapeutisk betydelse. Genom inlåsning i cell kunde patienten bringas den vila, lugn och ro som ansågs kunna påverka patienten positivt. Att inlåsning i cell samtidigt var en praktisk lösning på ett akut problem, var en väl känt faktum i den praktiska vårdsituationen. Metodens problem låg i att inlåsningsen skedde med fysiskt tvång och att patienter i praktiken lämnades inlåsta utan egentlig tillsyn. Inslaget av tvång var också påtagligt i en annan av tidens vanligaste behandlingsmetoder, långbaden. Baden hade en lugnande verkan och detta tillskrevs en terapeutisk effekt.

Men sjukhusmiljön ansågs även terapeutisk utifrån andra synpunkter. Redan sjukhusens fria, lantliga läge tillskrevs en terapeutisk funktion. Omgivet av vidsträckta grönytor kunde sjukhuset inrättas med stora parker såväl som jordbruksmark och trädgårdsodlingar. Här, liksom exempelvis i sjukhusets stall, verkstäder, smedjor, brygghus eller kök, kunde patienterna sysselsättas i det dagliga arbetet.

Arbetet ansågs under 1800-talet som grunden för all psykiatrisk behandling och därför fanns det med andra ord även en vårdideologisk bakgrund till att sjukhus som Piteå hospital och asyl organiserades som självförsörjande enheter. Men naturligtvis fanns också för staten en ekonomisk fördel i att patienterna deltog i driften av sjukhuset. Resonemangen omkring arbetets välsignelser hade vid denna tid också ett stort inslag av tankar kring moral och fostran.

\*

Utifrån en notering i hospitalsstyrelsens årsberättelse 1897 framgår att sjukhuset tillkom i en brytningsperiod, när gamla vårdformer och behandlingsmetoder successivt ersattes av nya:

*Vid de sinnessjukas behandling hafva tvångsmedel så litet som möjligt varit använda och egentligen utgjordts af skyddsmedel mot de sjukas angrepp mot sig sjelfva eller andra. Sänghvila i förening med ständig öfvervakning såsom behandlingsmetod för sinnessjukedom har alltmera blifvit tillämpad och har fortfarande lemnat samma goda resultat som förut.*

Istället för tvångsmedel som isolering och inlåsning, inriktades vården nu istället på sänghvila och övervakning. Övervakningen innebar att patienterna inte som förut skulle sitta inlåsta utan tillsyn, utan övervakas i största möjliga mån för att inte kunna göra sig själva eller andra illa. Enklarest och fullständigast kunde övervakningen ske om patienterna låg till sängs i stora salar. Sängliggandet ansågs också vara välgörande eftersom det gav patienten största möjliga vila. För psykiatrin som vetenskap hade behandlingsformen hade också fördelen av att ge möjligheter till vetenskapliga iakttagelser. Patienterna övervakades och alla observationer antecknades noggrant.

Det så kallade övervakningssystemet ställde nya praktiskt betingade krav på byggnaderna. Följaktligen började redan från 1905 sjukhusets rumsindelningar att omdisponeras. För att underlätta övervakningen inrättades så kallade övervakningssalar. Dessa tillkom genom att väggarna mellan vissa enkelrum togs bort. Att inslaget av tvång i vården minskade, avspeglas i att cellernas fönster börjades förstoras genom att huggas upp till samma storlek som övriga fönster. Det nya systemet krävde också mer personal och personalen var bosatt på sjukhuset. Därför

tillkom vid denna tid fler så kallade betjäningsrum, bland annat genom att vindsrum inreddes. Arkitekt för en del av dessa mindre ombyggnader var Viktor Åström.

\*

Redan 1899 anmälde överläkaren vid Piteå hospital och asyl till Medicinalstyrelsen, att hospitalet på grund av det stora antalet obotligt sjuka inte kunde motsvara platsbehovet inom upptagningsområdet. Åren 1904-05 gjordes så de första utvidgningarna: Huvudbyggnadens lägre partier i de västliga och östliga längorna byggdes på. Därigenom blev D-avdelningarna större. Nedanför köksträdgården byggdes en så kallad kolonibyggnad för 20 manliga patienter. Den kallades ibland även kolonivillan och hade från början en veranda. Kolonin var ett uttryck för en idé om ”kolonivård” som kom från Tyskland i början av 1900-talet. Tanken var att lugna patienterna skulle få lämna det slutna boendet och under något friare former ägna sig åt arbete i trädgården.

Samtidigt byggdes två bostadshus avsedda för fyra gifta skötare som tillsammans skulle ansvara för tolv patienter i så kallad familjevård. Familjevårdsidén var också en nyhet som då introducerades vid statens sjukhus. Den blev dock mindre framgångsrik.

Byggmästare för 1904-1905 års arbeten var H. Malmberg, arkitekt var som tidigare Axel Kumlien. Genom dessa byggnader tillfördes sjukhuset 64 nya platser, varav 48 för män.

EXPANSIONSKEDET FRÅN 1927:

FRÅN LÅNGBAD OCH SÅNGBEHANDLING TILL  
SYSSELSÄTTNINGSTERAPI

Omkring 1910 anförde sjukhuset på nytt ett ökat behov av vårdplatser. Inom riket som helhet hade sinnessjukvården under 1800-talets andra hälft haft en exempellös expansion. År 1850 var antalet inskrivna patienter vid landets hospital ungefär 1.000 patienter. Vid sekelskiftet 1900 var de 4.000. Från regionalt håll framfördes även befolkningsökningen som en bidragande orsak till behovet av fler vårdplatser.

Frågan utreddes länge. Först genom en utvidgning 1927-1930 utökades sjukhusets vårdkapacitet med 170 platser. Efter ombyggnaden hade anläggningen 540 vårdplatser.

Med tillkomsten av Umedalens sjukhus 1935 minskade därefter sjukhusets upptagningsområde betydligt. Därefter ansvarade Furunäset ”enbart” för sinnessjukvården i Norrbottens län, med undantag för Arvidsjaurns socken, som hörde till Umedalen. Genom 1929 års sinnessjuklag avskaffades benämningarna hospital och asyl och ersattes med sinnessjukhus. Därefter blev namnet Furunäsets sjukhus.

Ombyggnaden 1927-30 gjordes efter ritningar av arkitekt Carl Westman, som ansvarade för Medicinalstyrelsens byggande 1916-1934. Liksom sin föregångare hörde han till sin generations mest framgångsrika arkitekter. Inom den psykiatriska vårdarkitekturen är S:ta Maria sjukhus i Helsingborg (1927), Beckomberga sjukhus i Stockholm (1932) och Umedalens sjukhus i Umeå (1934) hans viktigaste verk.

Ombyggnaden innebar att hela sjukhuset nu höjdes till tre våningar. Taket lyftes med domkrafter och den tredje våningen murades av holländskt pimpstenstegel, som ansågs tillräckligt lätt för att kunna bäras upp av den gamla konstruktionen.

Byggmästare var firman Bäckström & Strömberg, Umeå. Arkitektoniskt anpassades uttrycket, så att den stora sjukhusbyggnaden fick ett enhetligt utseende. Huvudfasaden fick en mer monumental utformning genom en storslagen gavelfronton.



*Huvudfasadens nya utseende efter utbyggnaden. Foto Piteå museum.*

Samtidigt genomfördes en modernisering av de gamla lokalerna. På avdelningarna tycks inga större ingrepp ha gjorts i rumsindelningarna, däremot verkar anpassningar skett, så att fler patienter kunde rymmas på samma yta. I exempelvis ett rum som tidigare rymt fem eller sex patienter gjordes nu plats för åtta eller nio.

Köket och bageriet utvidgades och moderniserades. Nu tillkom den karakteristiska halvrunda utbyggnaden mot innergården. I denna låg sjukhusets kök. I övre våningen ovanpå låg matsalar för sjukhusets olika personalkategorier samt bostäder för kökspersonalen.

I administrationsbyggnaden utvidgades kontorsavdelningen genom att en del av det som förut varit de lugna avdelningarna togs i anspråk. Även apotek och läkarmottagning fick större lokaler, med laboratorium, rum för ögon- och öronundersökningar samt ett behandlingsrum, där även mindre operationer kunde utföras. Intill låg även ett mörkrum, där patienterna skulle fotograferas.

Den tidigare festsalen delades upp i syrum och vävrum. Ny festsal tillkom istället på tredje våningen, nu med anläggning för filmvisningar.

Uppvärmningen konverterades till ett vattenburet system med radiatorer. Vattenledning och avlopp drogs om. Det hade visat sig att den gamla avloppsledningen låg för nära vattenintaget, så att vattnet ibland förorenades av kloakvattnet.

Tvättinrättning och panncentral flyttades ut i en fristående byggnad nedanför sjukhuset. Även denna byggnad ritades av Carl Westman. Den nya pannan eldades med kol, som fraktades till sjukhuset med kolångare till bryggan nedanför. Den gamla skorstenen, som stått invid ekonomibygnaden revs samtidigt. Pannan eldades också med avfall från den lokala sågverksindustrin som levererades med pråm. 1936 togs en linbana mellan Lövholmen och Munksund i bruk, som fraktade bränsleflis till sjukhuset. Några år senare byggdes en avtappningsficka på kajen nedanför panncentralen. Linbanan var drift fram till 1948.

Sjukhusets expansion avspeglades även i behovet av fler personalbostäder. Mellan trädgården och stranden, nedanför växthuset, byggdes två bostadshus för ogift personal 1927-1928. Båda var tvåvåningshus, en lång byggnad för kvinnlig personal och en något mindre för manlig personal. Husen hade genomgående korridorer med rader av enkelrum. Bland personalen kom de att kallas "mansvillan" respektive "kvinnsvillan" eller "pullhuset".



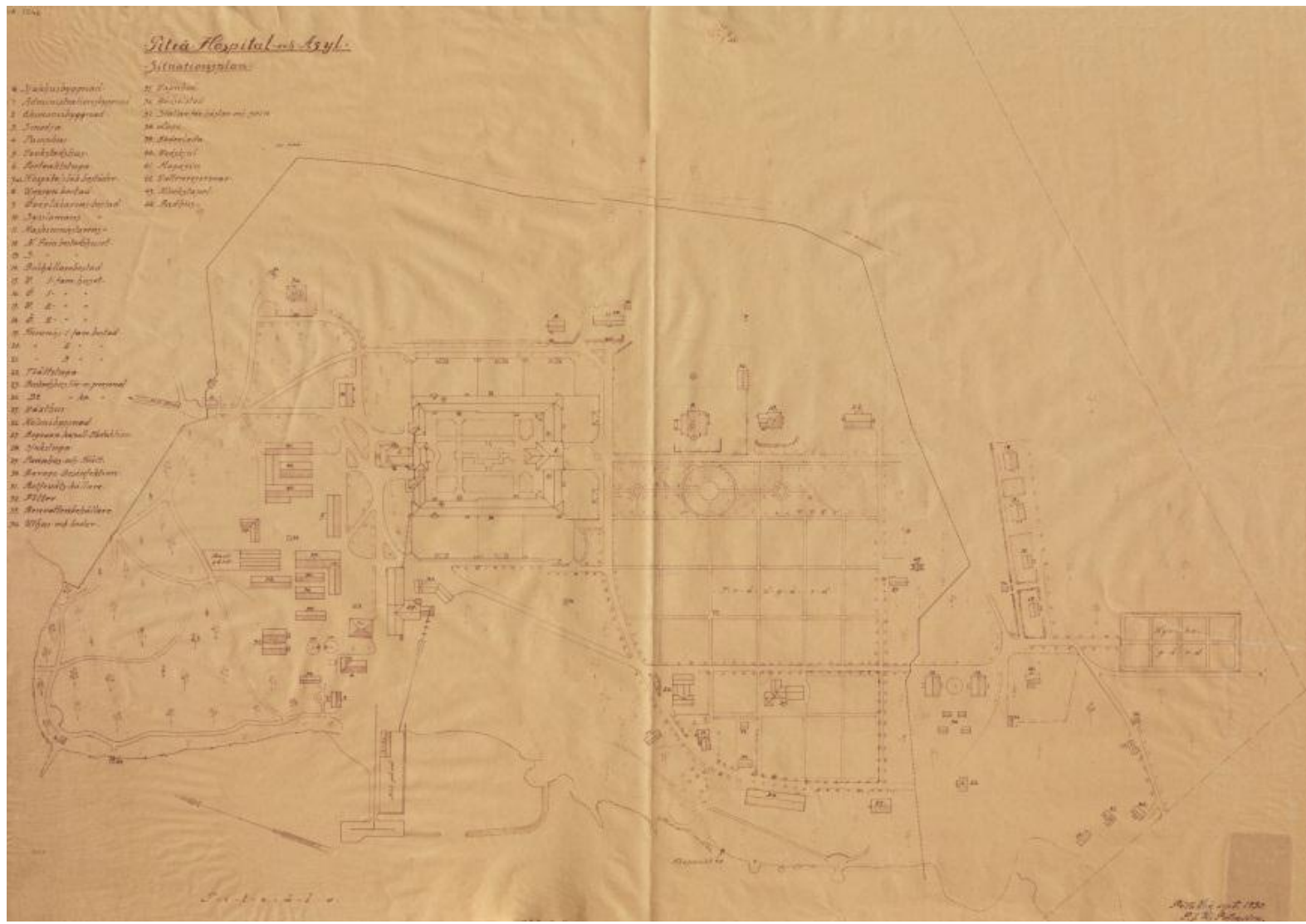
*Sköterskepaviljongen, kallad "pullhuset" sedd från sjösidan. Foto ur Joel Berglunds samlingar, Piteå museum.*

Även för sjukhusets ledande skikt fanns behov av nya bostäder. För andreläkaren uppfördes en tjänstebostad intill den befintliga sysslomansbostaden. Samtliga bostäder ritades av Carl Westman i en träarkitektur med influenser från samtidens tjugotalsklassicistiska och nationalromantiska arkitektur.

Mer renodlat nationalromantiskt blev det gravkapell med obduktionssal som tillkom 1930. Även denna byggnad kan på stilkritiska grunder tillskrivas Carl Westman. Kapellet placerades söder om köksträdgården, mellan sjukhuset och begravningsplatsen.

\*

Ombyggnaden av sjukhuset sammanföll i tid med en omorientering inom sinnessjukvården. Från 1920-talets slut lyftes på nytt arbetet fram som en viktig behandlingsmetod. Denna gång



Situationsplan över området 1930, Riksarkivet.

medförde det att äldre metoder som långbad och sängbehandling övergavs. Istället började patienterna sysselsättas med så kallad aktiv terapi. Inspiration till ett nytt synsätt kom bland annat från USA, där arbetsterapeuter på 1920-talet blivit en ny, specialiserad yrkesgrupp. Från mönstersjukhus i Tyskland kom influenser till förnyelse av den anstaltsbundna sinnessjukvården även i Sverige. Nu betonades att patienternas sysselsättning alltid skulle ses utifrån ett terapeutiskt perspektiv, inte som tidigare utifrån vilken ekonomisk nytta de kunde göra för sjukhuset. Det medförde att nya arbetsuppgifter tillkom, som inte nödvändigtvis var relaterade till sjukhusets skötsel.

1900-talets första hälft medförde också en medicinsk nyorientering för psykiatrin. Nya metoder introducerades och vården fick så småningom en mer medicinsk inriktning. På 1920-talet kom malariabehandlingsmetoden mot paralysie générale (sinnessjukdom orsakad av syfilis), den första behandlingsmetoden som hade en dokumenterat effektiv verkan. Olika orosdämpande behandlingsmetoder började användas och på 1930-talet tillkom insulinomabehandlingen.

#### MODERNISERINGSSKEDET FRÅN 1945:

##### NORMALISERING OCH NÄRMANDE TILL KROPPSSJUKVÅRDEN

Trots den tidigare utvidgningen av sjukhuset fortsatte överbeläggningen att vara ett ständigt problem. Vid sjukhusets femtioårsjubileum 1943 hade det plats för 662 patienter. Samma år framlades ett genomgripande förslag till utbyggnad, som innebar att antalet vårdplatser skulle utökas till 800. Under efterkrigstiden skedde så en stor utbyggnad.

Utbyggnaden måste ses mot bakgrund av den generella utvecklingen i landet. Sinnessjukvårdens expansion fortsatte och

var samtidigt en del av en stor utbyggnad av vårdinstitutioner i landet. Det byggdes förutom sinnessjukhus även kroppssjukhus, fängelser och ålderdomshem som aldrig förr. Institutionerna blev större, samtidigt som de blev fler.

1950-talet innebar också en markant förändring av vården, som innefattade såväl vårdprinciper som attityder. Förändringarna avspeglas i de snabba namnbyten som skedde under denna period. Fram till 1958 var sinnessjukhus en vedertagen benämning. Åren 1959-1966 blev Furunäset mentalsjukhus, och efter 1967 blev det officiella namnet psykiatriskt sjukhus.

Perioden innebar ett ytterligare närmande mellan den psykiatriska och den somatiska vården. Från 1940-talet gavs elchockbehandlingar och psykokirurgi började praktiseras. Det är oklart i vilken utsträckning lobotomering utfördes på Furunäset. Från 1948 remitterades alla patienter som ordinerats lobotomi till Piteå lasarett. Sannolikt hade operationer innan dess utförts på plats på Furunäset. År 1954 uppgavs dock sjukhuset förfoga över den utrustning som behövdes för att utföra operationerna. Lobotomin utfördes då av en ditkallad kirurg. Under detta år utfördes 38 lobotomioperationer på Furunäset, varav 18 på kvinnliga patienter.

På 1950-talet fick psykiatrin tillgång till nya mediciner och genom dem åstadkoms vad som i litteraturen ibland brukar kallas psykofarmakarevolutionen. Läkemedlen åstadkom en effektiv förändring av hela vårdsituationen. När oroliga patienter blev lugna och farliga patienter blev kommunicerbara, betydde det att många gamla, stränga vårdrutiner kunde överges. Systemet med avdelningar för olika kategorier, som lugna eller oroliga, kunde lösas upp. Psykofarmakan kombinerades med olika former av psykoterapi och patientvården gav nu ofta varaktiga resultat. Vårdtiderna förkortades och patientgenomströmningen ökade.

I en ny vårdssituation kunde också sysselsättningsterapin intensifieras. Redan på 1940-talet fick arbetsterapin en allt viktigare roll. Arbetsterapeutens yrkesroll professionaliserades och terapin blev ett särskilt verksamhetsfält även inom den somatiska vården. Allt oftare betonades nu såväl arbetsterapins som rörelseterapins betydelse för patienternas rehabilitering.

Arbetsterapin moderniserades också genom sin inriktning. Från att tidigare sysslat med uppgifter rörande sjukhusets skötsel eller hantverk från det agrara samhället, övergick terapin nu till en mer industriell tillverkning. Flitpeng introducerades och senare fick patienterna lön för sitt arbete. Deras produkter tillverkades för försäljning. Patienternas situation normaliserades också på så sätt att deras dagar nu uppdelades mellan arbete och fritid.

Under begreppet socioterapi samlades de åtgärder som syftade till att träna patienternas sociala förmåga. Nyckelbegrepp blev integrering och normalisering. Sammantaget syftade åtgärderna till att återanpassa patienterna till samhället.

Närmandet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården är även tydligt avläsbar i arkitekturen. Vid denna tid hade funktionalismen slagit igenom i svensk arkitektur. Av den monumentalitet som präglar den äldre bebyggelsen på Furunäset finns i efterkrigstidens modernistiska arkitektur inte ett spår. Resultatet kan kallas ett mer normaliserat byggande. Utifrån de nya vårdbyggnadernas utseende är det inte möjligt att avslöja om de är byggda för psykiatrisk eller somatisk vård. Möjligen kan man identifiera dem som vårdbyggnader, men inte heller det är helt lätt. De putsade lamellhusen skulle lika gärna kunna vara bostäder.

Ansvarig arkitekt för den stora moderniseringen och utbyggnaden av Furunäsets sjukhus var Hakon Ahlberg, Medicinalstyrelsens arkitekt från 1934 till 1956. Också Ahlberg var en av sin tids mest betydelsefulla arkitekter. Inom sinnessjukvården kom han att ansvara för tre stora nybyggen: S:t

Olofs sjukhus i Visby (1937), Sidsjöns sjukhus i Sundsvall (1943) och Birgittas sjukhus i Vadstena (1959).

Under 1940- och 1950-talet byggdes fyra stora friliggande vårdbyggnader i på Furunäset. Samtidigt moderniserades den stora huvudbyggnaden. Under denna period förbands också sjukhusets avdelningar genom underjordiska kulvertar.

Först tillkom den stora vårdpaviljongen i fyra våningar öster om huvudbyggnaden. Den färdigställdes 1949 efter en byggnadstid på tre år.

Den byggnad som idag kallas Röda ladan benämndes under uppförandet arbetspaviljongen. Den ligger alldeles nedanför sjukhuset och stod klar 1949. Syftet med denna byggnad var i första hand att den skulle användas för evakuering av patienterna från huvudbyggnaden under ombyggnadstiden.

På huvudbyggnaden uppfördes omkring 1950 i södra delen av sjukhuset nya envåninga flyglar mot väster och öster. Inåt gården tillbyggdes fyra flyglar som bland annat innehöll dagrum för patienterna. I förvaltningsbyggnaden fanns efter ombyggnad och modernisering även vad som kallades sjukhusets medicinska centrum. Sjukhuskyrkan och festsalen återinvides efter restaurering 1956.

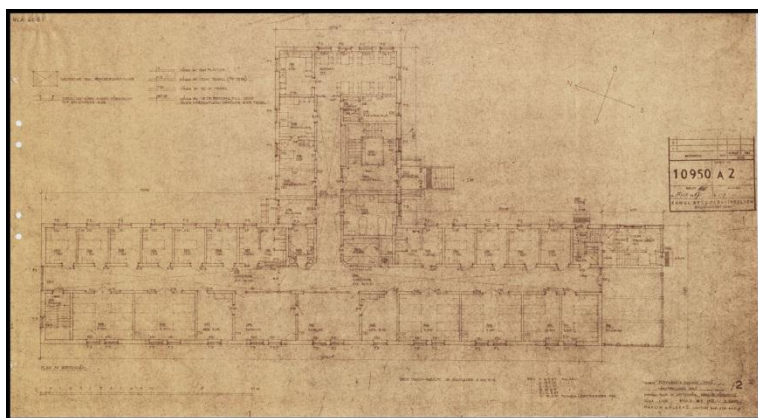
År 1955 var vårdpaviljongen för ålderspsykos och senildementa patienter inflyttningsklar. Den låg på höjden ovanför epidemisjukhuset, hade tre våningar och revs 1994. Slutligen stod år 1961 den sista stora vårdpaviljongen inflyttningsklar. Den byggdes för att inrymma en kvinnlig och två manliga avdelningar. I bottenvåningen fanns från början en sluten avdelning.

Den nya vårdpaviljongen, idag Mogården, planerades i princip för samma funktioner som den gamla huvudbyggnaden. Men när man jämför planlösningarna framstår det tydligt att de skiljer sig åt framförallt vad gäller två aspekter: funktionalitet och patientsyn. Det nya husets plan har en utpräglad rationell organisation, men är



samtidigt ett tydligt exempel på en större omsorg om patienternas integritet och möjlighet till normalitet än tidigare.

Byggnaden är organiserad kring en mittkorridor som underlättar kommunikationerna och gör avstånden kortare än huvudbyggnadens sidokorridorsystem. Bristen på sidoljus i byggnadens mitt kompenseras genom stora ljusinsläpp i korridorernas ändar. Samtliga rum på ömse sidor om korridorerna är generöst upplysta av stora fönster. Här finns inga stora sjuksalar, utan istället rum för en, två eller maximalt fyra patienter. Rummen är inredda med ljusa material. Sällsapsrummen är väl tilltagna.



1961 års vårdpaviljong, plan i Härnösands landsarkiv.

Planen är T-formad. I den övre delen av T:et, mot väster, ligger den egentliga avdelningen med patientrum och sällsapsrum. I den vinkelställda delen mot öster finns kök med utrustning för uppvärmning av maten som kommer från centralköket genom underjordiska kulvertar. Intill ligger matsal och personalrum. Där finns också mottagningsrum och ett rum för besökande. Besöksrummet har ett avskilt läge nära trapphuset,

så att besökarna diskret kan komma och gå utan att egentligt besöka avdelningen.

I källaren finns förråd, personalutrymmen, omklädningsrum, rum för rörelseterapi och bastu, samt en avdelning för elchockbehandling. På byggnadens sydsida finns stora solverandor som täcker husets hela gavel.

Moderniseringsperiodens nya vårdbyggnader och utökningen av antalet vårdplatser vid sjukhuset medförde även ett större personalbehov. Också detta avtecknas i byggnadsbeståndet. I södra delen av området tillkom under 1950-talet två flerfamiljshus med vardera fyra trerumslägenheter. Ungefär samtidigt byggdes ett hus för ogift, kvinnlig personal, som bestod av sexton enrumslägenheter. I nordost tillkom en ny grindstuga med plats för telefonväxel, samt tre läkarvillor. Även dessa byggnader ritades av Hakon Ahlberg.

MED LANDSTINGET SOM NY HUVUDMAN FRÅN 1967:  
MOT EN STÖRRE ÖPPENHET OCH SLUTLIGEN NEDLÄGGNING

Den statliga mentalsjukvården överfördes efter ett riksdagsbeslut 1963 till landstingen. Centralstyrningen skulle minska och vården decentraliseras. Norrbottens läns landsting övertog ansvaret för den psykiatriska vården och Furunäsets sjukhus 1967. Furunäset hade då 667 patienter och 573 anställda.

Efter landstingets övertagande inleddes en upprustning av anläggningen som innebar en generell standardhöjning. Sjukhuset renoverades, byggdes om och vissa lokaler omdisponerades. Köksanläggningen moderniserades. Vid förvaltningsbyggnaden in mot gården tillkom en låg flygel för kontorslokaler. När arbetena var slutförda förfogade sjukhuset över 736 platser varav 33 var lediga. Med anledning av svårigheterna att rekrytera läkare,

uppfördes också fem nya överläkarbostäder i form av moderna villor i den södra delen av sjukhusområdet, nära begravningsplatsen.

Omkring 1970 togs två nya byggnader i bruk, en ny värmecentral samt en byggnad för arbetsterapi. Med Terapicenter, som huset ibland kallades, kunde sjukhusets alla terapi- och hobbylokaler som tidigare legat spridda, samlas under ett tak.

En förändrad organisation, nya vårdideal och metoder skapade förutsättningar för att sjukhuset skulle öppnas upp mot omvärlden. Till detta bidrog givetvis även den tilltagande kritiken mot den institutionella vården. Nya vårdformer prövades, öppenvård med frigång och försöksutskrivningar. Allt fler avdelningar blev olästa. Ett konkret uttryck för den öppnare attityden var att murarna omkring sjukhusets rastgårdar revs 1969.

Den skarpa gränsdragning mellan sjukhuset och omvärlden som varit en realitet både fysiskt och mentalt, nu började lösas upp. Ett tecken på att övergången inte var problemfri, var de många rymningar som skedde under 1960-talets senare del.

\*

Med 1960- och 1970-talens våldsamma kritik av mentalsjukhusen och den slutna vården inleddes den process som på sikt ledde till avvecklingen av Furunäsets sjukhus. Den psykiatriska vårdens koncentration till stora sjukhus framstod nu som otidsenlig. Vid sjukhusets tillkomst hade ledorden för verksamheten varit *isolering* och *institutionalisering*. Nu framhölls istället behoven av *integrering* och *rehabilitering*. Därmed hade tiden också runnit ut för sjukhuset som vårdinstitution. Den miljö som tidigare hade betraktats som terapeutisk, sågs nu istället som ett hinder för patienternas tillfrisknande och återanpassning till samhället.

#### AVVECKLING OCH NYORIENTERING FRÅN 1987: FRÅN SJUKHUS TILL FÖRETAGSBY

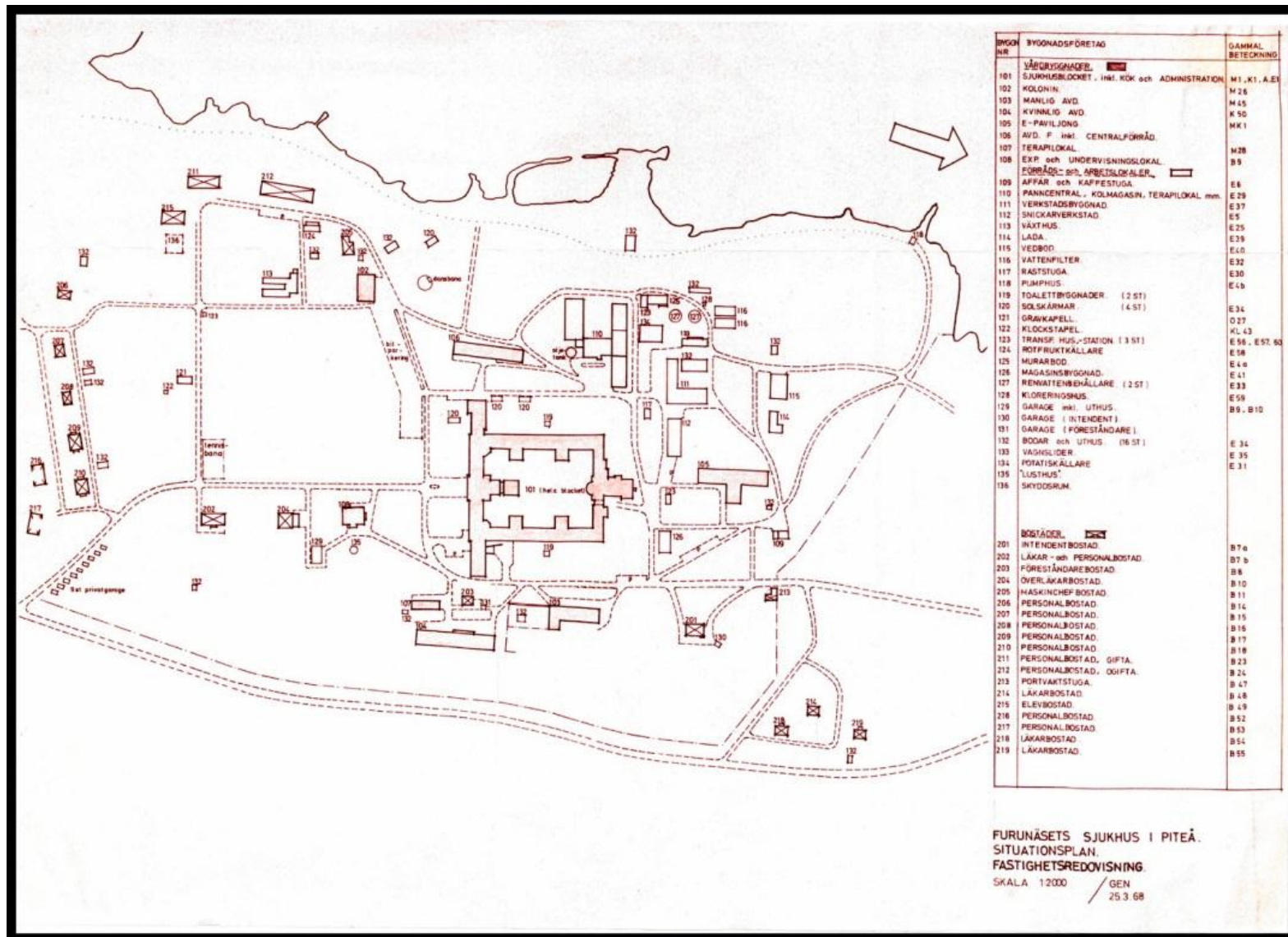
År 1987 lades sjukhuset ned. Vården omorganiserades genom satsningar på öppenvård och korttidsvård. Äldre långtidssjuka överfördes till sjukhem och den psykiatriska korttidsvården förlades till de somatiska sjukhusen. På Furunäset fanns långvårdsavdelningar visserligen kvar en tid efter nedläggningen. Men resten av sjukhuset fick en helt annan användning. Sjukhuset såldes till ett kommunalt fastighetsbolag för två kronor.

Därefter valde Piteå kommun att göra en satsning på Furunäset, som innebar att byggnaderna kom att användas för etableringen av en företagsby. Tanken var att här skulle företag med inriktning mot tjänste- och informationssektorn kunna samlas. I diskussionerna omkring företagsbyn skymtar också argumentet att Piteå som industristad hade för få arbetsplatser för kvinnor. Med företagsbyn såg kommunen en möjlighet till en mer differentierad arbetsmarknad.

Etableringen av företagsbyn framstår idag både som ett barn av sin tid och som framsynt. I en situation där andra kommuner såg de gamla institutionsbyggnaderna som en belastning, valde Piteå kommun att se dem som en resurs. Istället för att ”tvätta bort sjukhusstämpeln” som ansågs angeläget på annat håll, valde man att på Furunäset istället lyfta fram dess historia.

Efter vissa diskussioner beslutades att namnet Furunäset skulle behållas och att istället för att ta avstånd från historien skulle man bygga vidare på den. Det tydligaste exemplet på detta är den namngivning av gator och platser som gjordes.

I samband med utarbetandet av den detaljplan som togs fram 1988-89, sökte Astrid Lundström och Roland Andersson på NAB samarbete med Joel Berglund, som var socioterapeut och kunnig i sjukhusets historia. Dels lyfte de fram äldre namn, som sedan



Situationsplan från 1968, Härnösands landsarkiv.

länge använts internt, men som inte var kända för en bredare allmänhet. Till dem hör exempelvis Lusthusbacken, som nu är aktuellt för utbyggnad. Dels namngav de gator och platser med namn på historisk grund. Dit hör exempelvis Malaterstigen, Belonasvängen och Belonaparken, som fick namn efter potatissorter som odlats i området.

Gator namngavs efter en mer demokratisk princip än som tidigare kanske varit vanlig. Såväl patienter som läkare fick bidra med sina namn. Karl Gustaf Högmödig var en välkänd patient som fick ge namn åt Modigs gränd. Sjöbringsparken kallades så efter den kände psykiatrikern Henrik Sjöbring, verksam vid Furunäset 1916-20. En gata fick namn efter Karl Grankvist, som under många år var sjukhusets direktör. Tre gångares väg (som också kallats Kärleksstigen) namngavs efter bruket att man vid promenader med patienter gick tre i bredd: i mitten vårdaren, på ömse sidor två patienter. Den siste patienten som begravdes på sjukhusområdet, Per Magnus Wallin, fick begravningsplatsen Wallinslunden uppkallad efter sig.

Under följande år fick många byggnader nya funktioner. I den nya detaljplanen märktes också ett flertal byggnader som skyddsvärda av kulturhistoriska skäl. Under perioden 1990-1994 revs ett antal byggnader som inte ansågs kunna återanvändas i det nya konceptet. Till dem hörde panncentralen samt personalbostäderna för kvinnlig respektive manlig personal. Störst motstånd väckte rivningen av växthuset, eftersom trädgårdsavdelningen bokstavigt talat fortfarande var en blomstrand verksamhet.

Sammantaget återstår dock så mycket av sjukhusområdets karaktär och bebyggelse att vi idag kan betrakta Furunäset som ett exempel på ett framgångsrikt bevarande och återbruk av en värdefull kulturmiljö.

## Källor och litteratur

### *Otryckta källor*

#### **Landsarkivet, Härnösand**

Handlingar och ritningar ur Furunäsets sjukhusarkiv.

#### **Riksarkivet, Stockholm**

Handlingar och ritningar ur Medicinalstyrelsens arkiv.

#### **Centralarkivet, Piteå**

Handlingar och ritningar ur Piteå landskommuns, Piteå stads samt Piteå kommuns arkiv.

#### **Norrbottens minne, Luleå**

Handlingar ur Norrbottens museums arkiv.

#### **Piteå museum, Piteå**

Tidningsurklipp ur Ragnhild Fergusons och Joel Berglunds samlingar, handlingar och fotografier ur Piteå museums arkiv.

### *Intervjuer och samtal*

PM från rundtur i området med Kjell Grankvist 30.8 2011, Piteå museums arkiv.

Stadsarkitekt Gudrun Åström, Piteå kommun, visning av parken på Furunäset 11.9 2011.

Samtal med Roland Andersson, Norrfjärden, 22.2 2012.

### *Otryckta uppsatser, rapporter och planer*

Andersson, Roland & Franzén, Åke. 1988-89. *Detaljplan för Furunäset*, Piteå: NAB konsult & Piteå kommun.

Duvenjö, Erica. 2010. *Furunäset – beskrivning, värdering och kulturbeskrivning utredning*, Piteå: Pite byggnadsvärd.

Eivergård, Mikael & Jönsson, Lars-Eric. 2005. *Sinnessjukhus som kulturarv*, Stockholm: Riksantikvarieämbetet.

Hägglund, Tove. 2011. *Furunäset och Lusthusbacken: Naturvärdesinventering och skötselplan*, Rapport: Piteå kommun.

Jönsson, Lars-Eric. 2005. *Nationella perspektiv och kriterier på sinnessjukvårdens anläggningar*.

*Kulturbeskrivning för restaurering och underhåll av bebyggelsen på Furunäset*. 1988. Rapport: Länsstyrelsen i Norrbottens län.

### *Tryckta källor och litteratur*

Berglund, Joel. 1993. "Minnen från Furunäset – ur klipparkiv och yrkesliv", *Pitebygdens fornminnesförening årsbok 1993*, Piteå.

*Bidrag till Sveriges officiella statistik, K:2 Helso- och sjukvården, Öfverstyrelsens öfver hospitalen underdåniga berättelse för år 1893-1910*.

Bucht, Eivor. 1997. *Public parks in Sweden 1860-1960: The planning and design discourse*, (diss.) Alnarp: Swedish Univ. of Agricultural Sciences.

Eivergård, Mikael. 2003. *Fribetens milda disciplin: Normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970*, (diss.) Umeå universitet: Institutionen för kultur och medier/Etnologi.

Eivergård, Mikael. 2005. "Psykiatri som kulturarv", *I industrisamhällets slagskugga: Om problematiska kulturarv*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Foucault, Michel. 1972. *Vansinnets historia under den klassiska epoken*,

- Lund: Arkiv förlag 2010.
- Frågor till det industriella samhället. Statens offentliga utredningar (SOU) 1999:18.
- Grahn, Andreas. 2001. "Arkitekten Viktor Åström – liv och verk", *Piteå museum årsbok 2001*, Piteå.
- Jönsson, Lars-Eric. 1994. "I psykiatrins tjänst – sjukhusarkitekten Hakon Ahlberg, *Hakon Ahlberg: Arkitekt & humanist*, Stockholm: Byggeforskningsrådet.
- Jönsson, Lars-Eric. 1998. *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*, (diss.) Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Jönsson, Lars-Eric. 2005. "Historia från industrisamhället", *I industrisamhällets slagskugga: Om problematiska kulturarv*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Krekula, Inger. 1982. *Trädgårdsutvecklingen i Norrbotten*, Alnarp: Stad och land/Rapport nr 6.
- Lenestig, Marie. 2005. "Mentalsjukhuset i hembygden", *I industrisamhällets slagskugga: Om problematiska kulturarv*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Lundqvist, Lennart. 1995. "Linbanan – en transportteknisk återblick", *Piteå museum årsbok 1994*, Piteå.
- Qvarsell, Roger. 1997. "Arbete som psykoterapi", *Psykiatrins marginaler: Gestalter, positioner, debatter*, Linköping: Tema Hälsa och samhälle, Univ.
- Nolin, Catharina. 1999. *Till stadsbornas nytta och förlustande: Den offentliga parken i Sverige under 1800-talet*, (diss.) Stockholm: Byggeförlaget.
- Sahlström, Nils. 1949. "Furunäsets sjukhus vid Piteå", *Modern svensk sinnessjukvård: Den psykiska sjukvården i Sverige förr och nu*, Stockholm: Modern litteratur.
- Stenberg, Lennart (red.). 2010. *Norrbottens flora II*, Stockholm: SBF-förlaget.
- Åman, Anders. 1976. *Om den offentliga vården: Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning*, Stockholm: Liber förlag & Sveriges arkitekturmuseum.

