

Rolf Gustav Johansson

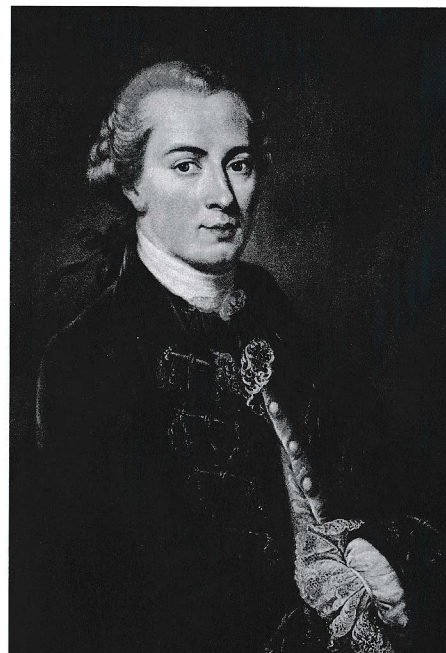
Född 1975 i Luleå. Verksam som tågchef i Luleå från år 2000 och vid SJAB från 2006. För närvarande vikarierande lektor i historia för gymnasielärarutbildningen vid Luleå Tekniska Universitet. Ämneslärarexamen i historia med inriktning mot arbete i gymnasieskolan 2014. Magisterexamen i historia vid Uppsala Universitet 2015. Högskoleexamen i kulturgeografi vid Luleå Tekniska Universitet 2015. Artikeln är en bearbetad del av magisteruppsatsen *Furunäset och mentalsjukvården* som författaren skrev 2013.

Furunäset och mentalsjukvården – arbetsterapi och familjevård vid Furunäset

Den egocentriske filosofen Immanuel Kant (1724–1804) som var bosatt och levde hela sitt liv i det dåvarande Königsberg (nuvarande Kalinin-grad) beskrev i magasinet Berliner Monatsschrift från 1784¹ *Upplýsning- en*, översatt till svenska som:

...människans utträde ur sin självförvållade omyndighet. Omyndighet är oförmågan att använda sig av sitt förstånd utan någon annans ledning. Självförvållad är denna omyndighet, eftersom dess orsak inte är oförstånd utan bristande beslutsamhet och mod att bruka sitt förstånd utan ledning av någon annan.

Skriften handlade om en syn på människan som tagit kontroll över sin egen livssituation genom att använda sig av sitt förnuft. Upplýsningen är en efterhandsbeskrivning av en kulturell rörelse som med humanismen som vägledning och förnuftet som medel sökte påverka människans utveckling. Humanismen kan i sin tur sammanfattas som en idéströmning vilken prioriterade människans enskilda värde och behov av bildning i kontrast till medeltidens religionsförtryck som avgjorde människans värde baserat på grad av lydnad till kyrkan och gudsfruktan.



Filosofen Immanuel Kant beskrev den intellektuella rörelsen "upplýsningen" som "människans utträde ur sin självförvållade omyndighet".

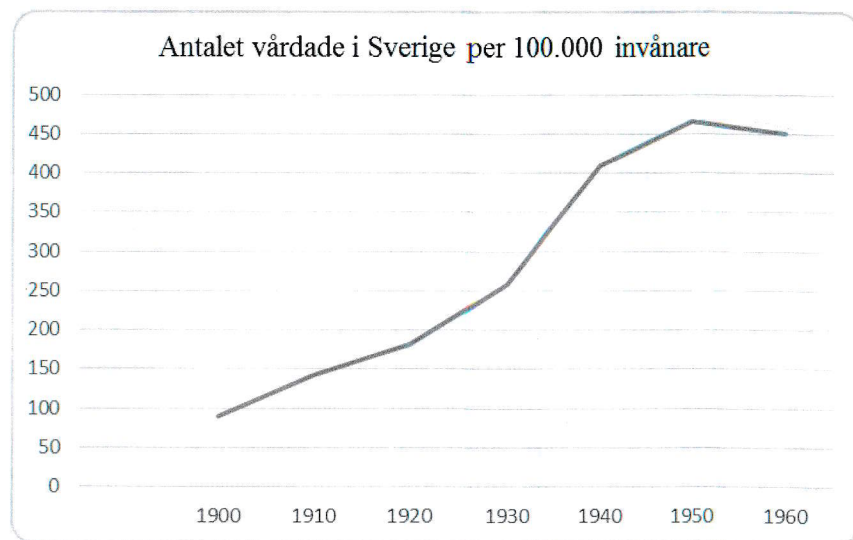
Den medicinska vetenskapen möjliggjorde för människan att själv med hjälp av akumulerad kunskap, resultatanpassad metod och sunt förnuft bota vissa sjukdomar som exempelvis den i Sverige lagstadgade variolisationen av barn i början av 1800-talet. Variolisation var inympning av kokoppsvirus till små barn i syfte att dessa skulle utveckla immunitet mot det snarlika men väldigt mycket farligare smittkoppsviruset.

Att människan i större utsträckning än tidigare klarade av att ta kontroll över sitt liv gav dessutom effekten att människans tro på att religionen som botgörare mot allehanda sjukdomar minskade. Psykiatri hade vuxit sig stark redan under sent 1700-tal och var ett modernt behandlingsalternativ till den gamla hegemoniska synen på sinnessjukdom som manifesterats av den kristna kyrkan sedan medeltiden. Människans synd var orsaken till sinnessjukdom och var därför människans eget ansvar. En människa som hade levt i sexuell otukt (sexuella förbindelser

Människans syn på sig själv förändrades i Europa under 1700-talet bland annat till följd av att den vetenskapliga revolutionen hade föranlett utvecklingen av den medicinska vetenskapen. Synen på människans väsen under 1700-talet var sedan länge tudelad enligt kristendomens etik in i en andlig och en kroppslig del. Själ- len existerade separat från kroppen om än dessa två var samman- länkade och behandlingen av en fysisk och en psykisk sjukdom hade ingenting eller väldigt lite att göra med varandra. Att bota själens sjukdom var i Sverige den svenska kyrkans uppgift men att dryfta den enskilde människans grubblerier var fram till sent 1800-tal främst byapprästens ansvar. Det blev genom utveckling- en av den medicinska vetenska-

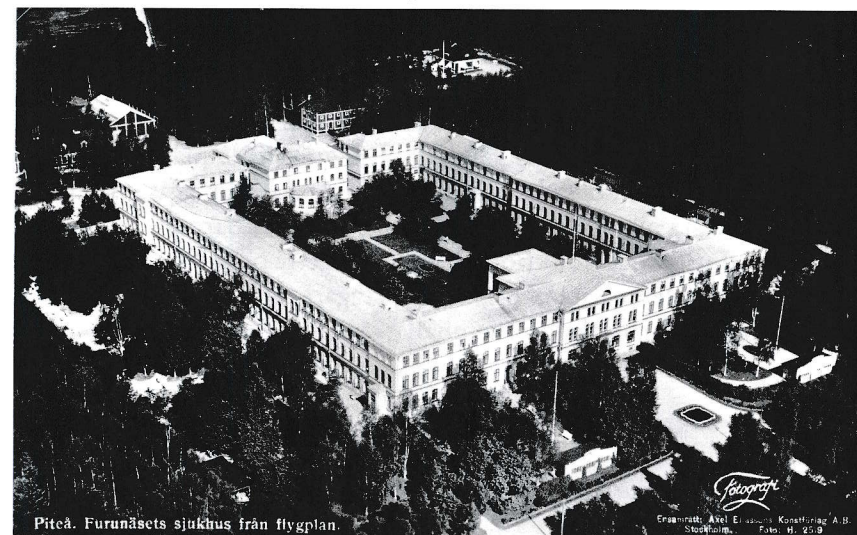
sinnessjukdom. Det hade varit plågsamt för att inte säga fruktansvärt för många människor att ha tvingats hålla sina anhöriga inspärrade likt hundar i dårburar i anslutning till församlingsgårdarna. Men vad skulle man ha gjort istället? Det gick ju inte att ha dessa sinnessjuka i hemmet eller i frihet då de var en fara för sig själva och andra.

Redan ett par år efter invigningen av Piteå hospital och asyl 1883 så fylldes sinnessjukhuset, eftersom patientupptagningsområdet var enormt stort och sträckte sig från Härnösand – norrut, resterande delen av riket och därför även omfattade ett stort antal patienter. En annan orsak till det stora patientantalet var att det inte var enbart sinnessjuka som omhändertogs utan Furunäset blev en uppsamlingsplats för alla handa människor som av olika anledningar inte hade plats i eller fungerade ute i det svenska samhället. Exempel på patienter förutom sinnessjuka kunde vara alkoholister, inhysehjon, hemlösa barn eller dementa människor. Furunäsets funktion blev genom detta primärt att agera som samhällelig problemlösare och omhändertagare av människor som inte fyllde en produktiv funktion i samhället.



Figur 1: Antal vårdade i Sverige per 100.000 invånare mellan 1900–1960.
Källa: Sjöström, Bengt, 1992, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*.

sinnessjukvården och den somatiska kroppssjukvården. Med tanke på upplysningsfilosofins arv och att framväxten av psykiatri gick i dess fotspår så var det ingen tillfällighet att sinnessjukhusen ofta förlades på natursköna platser och utanför städerna i enlighet med Upplysningens övertygelse. Furunäsets hospital och asyl utanför Munksundet i Piteå är ett exempel på en plats där den dåtida psykiatrin ansåg det vara möjligt att både uppfostra och behandla patienterna.



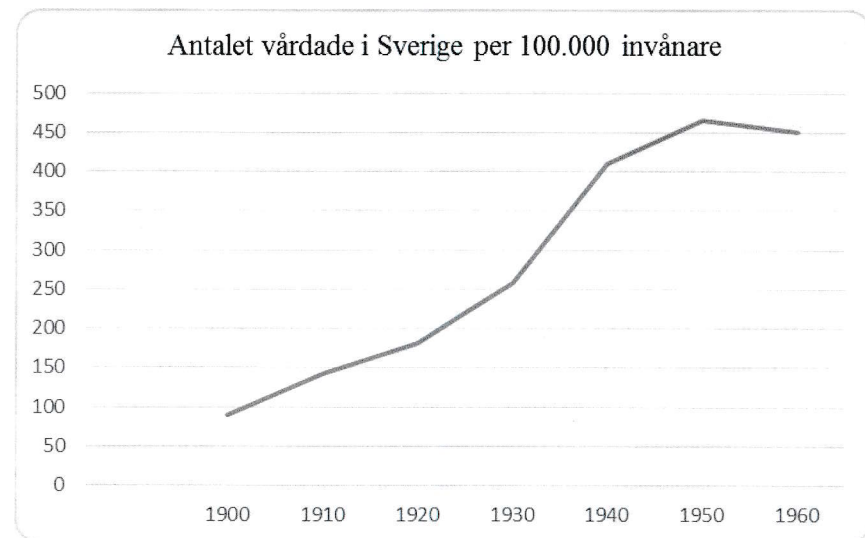
Furunäsets sjukhus efter 1930-talets ombyggnad.
Vykort i Piteå museums bildarkiv.

Furunäset och uppkomsten av familjevården

Furunäset i Piteå benämndes från invigningen 1893 för Piteå hospital och asyl, vilket betydde att på hospitalet så levde patienter som ansågs botbara medan på asylerna så vistades patienter som ansågs vara för sjuka för att kunna botas. Asylen stängdes 1929 och Furunäset kallades sedan för sinnessjukhus ända fram till 1940-talet då benämningen istället blev mentalsjukhus sedan den första mentalsjukvårdslagen trätt i kraft.⁴ Furunäset betraktades då vara en institution likt de vanliga sjukhusen för kroppssjukvård (somatisk vård). Furunäset hospital och asyl var någonting stort, nytt och överväldigande för den från Stockholm sett perifera Piteå-bygden. Nu skulle man via detta stora statliga projekt med uppförandet av ett hospital äntligen få hjälp med människor som led av

sinnessjukdom. Det hade varit plågsamt för att inte säga fruktansvärt för många människor att ha tvingats hålla sina anhöriga inspärrade likt hundar i dårburar i anslutning till församlingsgårdarna. Men vad skulle man ha gjort istället? Det gick ju inte att ha dessa sinnessjuka i hemmet eller i frihet då de var en fara för sig själva och andra.

Redan ett par år efter invigningen av Piteå hospital och asyl 1883 så fylldes sinnessjukhuset, eftersom patientupptagningsområdet var enormt stort och sträckte sig från Härnösand – norrut, resterande delen av riket och därför även omfattade ett stort antal patienter. En annan orsak till det stora patientantalet var att det inte var enbart sinnessjuka som omhändertogs utan Furunäset blev en uppsamlingsplats för alla handa människor som av olika anledningar inte hade plats i eller fungerade ute i det svenska samhället. Exempel på patienter förutom sinnessjuka kunde vara alkoholister, inhysehjon, hemlösa barn eller dementa människor. Furunäsets funktion blev genom detta primärt att agera som samhällelig problemlösare och omhändertagare av människor som inte fyllde en produktiv funktion i samhället.



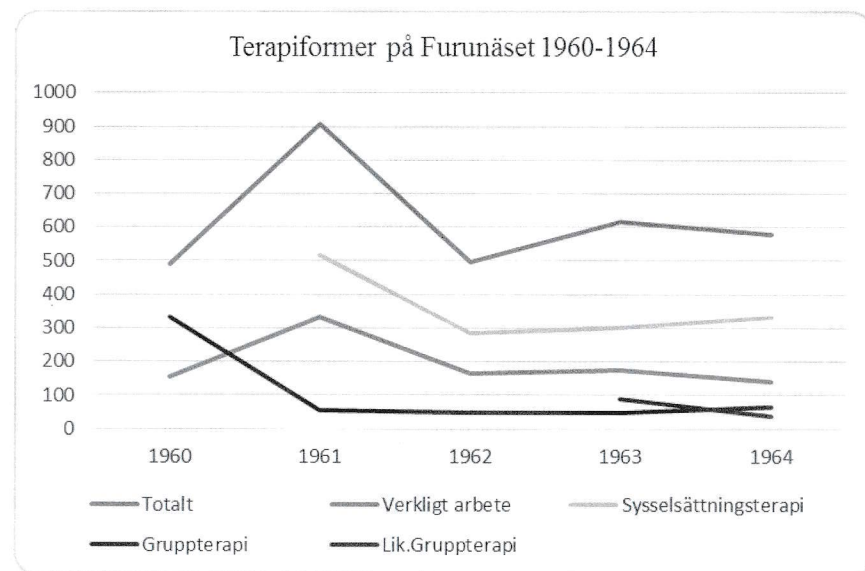
Figur 1: Antal vårdade i Sverige per 100.000 invånare mellan 1900– 1960.
Källa: Sjöström, Bengt, 1992, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*.

Ett projekt för att lösa det ökande patientantalet på Furunäset kom under 1900-talet att bli införandet av familjevården som vårdform. Begreppet familjevård är en förkortning av *familjehemsvård* som innebar att en patient vårdades av sin eller annan familj som bodde i sinnessjukhusets närområde fast under överinseende av läkare. Familjevården var ett organiserat omsorgssystem som var anpassat till det dåtida Sveriges sociala hierarkiska ordning där kärnfamiljen nästan uteslutande bestod av en försörjande man och en fru som skötte barnen och arbetet i hemmet. Familjevården var ingen behandling i ordets rätta bemärkelse utan en organiserad form av omvårdnad där vissa patienter kunde vistas i frihet i utbyte mot arbete. Familjevården var ett bra alternativ och det enda alternativet för patienter som egentligen var för friska för att vara internerade på ett mentalsjukhus men som var för sjuka för att fungera på egen hand ute i samhället.



En av de familjevårdshus som byggdes på Furunäsets sjukhus.
Foto Piteå museums bildarkiv.

Frågan om familjevården togs upp som förslag redan 1883 i utarbetandet av *Kungl. Maj:ts nådiga stadga angående sinnessjuka*, där staten sökte utreda hur sinnessjukvården skulle bemöta det stadigt ökande antalet kroniskt sinnessjuka. Att hospitalen fylldes till bristningsgränsen under 1900-talets två första decennier var ett praktiskt problem, ett arbetsmiljöproblem likväl som ett ekonomiskt problem. Lösningar som föreslogs var att dela in vården i de olika formerna *sluten vård* med tvångsåtgärder samt *öppen vård* i fria former. Utackordering till familjevård var en del av den slutna vården och syftade till att på försök, fast under överinseende av sinnessjukhusens psykiatriska överläkare, skriva ut patienter som var stillsamma och kunde kontrolleras. Staten sökte efter att minska de skenande kostnaderna för sinnessjukvården och med detta till grund sågs möjligheten till att frigöra en del patienter från sinnessjukhusens byggnader samtidigt som dessa fick tillgång till ett fruktbarare liv. Processen med att införa familjevården som en statligt subventionerad vårdform drevs igenom först den 8 juni 1922 då riksdagen röstade för



Figur 2: Antal patienter vid Furunäset som arbetade, deltog i terapi eller liknande sysselsättning 1960-1964. Källor: Inspektionsprotokoll, Överinspektörens översikter E2:B, Landsarkivet i Härnösand.

att Sverige aktivt fortsättningsvis skulle använda sig av familjevård vid statens hospital och asyl.⁵ Familjevården blev under kommande decennier en vanlig form av omhändertagande som var praktiskt möjlig eftersom den skedde på frivillig basis mellan Furunäset, familjehemmen och patienterna. Fruarna i dessa familjehem förvärvsarbetade inte utan arbetade i hemmet tillsammans med patienterna och kunde därför se till att patienterna fungerade i arbetet samt i vardagen. Jordbruket i Sverige hade inte heller hunnit bli beroende av avancerade maskiner i samma utsträckning som det skulle komma att bli under andra halvan av 1900-talet. Detta gjorde så att arbetet på familjehemmen inte ställde för höga krav på patienternas kunskap och färdigheter gällande maskinhanteringen. Under 1960-talet så ställde folkrörelserna starka samhälleliga och politiska krav på att höja människors individuella rättigheter och till dessa hörde även mentalsjukvårdens patienter. Kritiken renderade i den starka samhällsomvandling och social ingenjörskonst som kom att prägla hela det svenska 1960-talet. Detta fick direkt betydelse för den svenska mentalsjukvården genom att landstingen 1967 skulle komma att ta över huvudmannaskapen för mentalsjukhusen från staten.

Vård på Furunäset under 1960-talet

Begreppet vård bestod kring 1960 på Furunäset i sitt praktiska utövande av psykoterapeutisk terapi och medmänskligt omhändertagande. Behandlingen kom att ske genom olika former av arbetsterapi som sysselsatte patienterna men som inte nödvändigtvis förbättrade deras psykiska hälsa. Gruppterapin var omfattande under 1960 men kom att under 1961-64 bli frivillig och användes bara om terapeuterna tillsammans med patienten själv ansåg att denne skulle få ut någonting av den. Ungefär $\frac{1}{3}$ av alla patienter som kunde delta i terapi klarade av att utföra vanliga arbeten. 1962 gjorde Furunäset ett försök till att fördubbla antalet patienter som klarade av ett normalt arbete men blev ganska snart varse att patienterna som blev uttvingade in i vanliga arbeten i regel inte klarade av det eftersom kraven var för höga sett till de sjukas prestationsnivå. 1963 gick Furunäset tillbaka till att placera de patienter som man visste var arbetsföra i arbete och valde att belöna dessa med en minimal ersättning som patienterna sedan kunde använda till att köpa sig lite vardagslyx för.

Familjevården i Piteå under 1960-talet

Patienterna som omfattades av familjevården i Piteå hade lättare psykiska besvär med vilket menas att dessa med stöd från Furunäset och familjehemmen klarade av att leva sitt liv utanför mentalsjukhusets väggar. Familjehemmen i Piteå var nästan uteslutande familjeföretag på bondgårdar eller fabriker där patienterna togs om hand om och vanligtvis kontrollerades av frun i familjen. Familjevården innebar i praktiken att patienterna utförde fysiskt arbete i utbyte mot boende, socialt liv och mat. Familjevården i Piteå sköttes av Furunäset men bekostades av Norrbottens läns landsting (NLL). Familjevården var genom detta system tätt sammanlänkad mellan familjerna och Furunäset där kontrollerna och kontakten med familjehemmen sköttes av psykolog.



*Familjevård hos familjen Frans Wikman i Norrfjärden.
Foto Piteå museums bildarkiv.*

Så fungerade familjevården i Piteå under 1960-talet

I en skrivelse från augusti 1963 till direktionen för Furunäset beskrevs NLL:s familjevård. NLL hade bedrivit familjevård sedan 1946 och under 1963 så fanns det totalt 50 patienter i 16 hem varav så gott som alla var

förlagda på jordbruk. Hemmen som hade vad NLL kallade för "normal standard" fick ersättning 10 kr/dygn och patient och de som hade byggt om och/eller inrett sina hem efter patienternas behov kunde få upp till 11 kr/dygn i ersättning. Ersättningen beräknades räcka till patienternas kostnad för mat, hygien och dagliga liv på gården. Landstinget krävde hög standard av patienternas sängar, att det fanns trivsamma lokaler samt "god tillsyn och omvårdnad" av patienterna. Vad begreppet "god tillsyn och omvårdnad" innebar i praktiken beskrevs inte närmare. Landstingets önskemål var att endast ett fåtal patienter skulle placeras ut i ett och samma hem men detta var ofta inte möjligt av olika skäl. Vissa hem kunde ha upp till tio patienter inneboende samtidigt och orsaken till den ojämna fördelningen mellan familjehemmen var platsbristen på Furunäset som pressade NLL till att acceptera att fler patienter bosatte sig på samma familjehem än vad som från början var tänkt.

Landstinget krävde in redovisningar från familjevårdshemmen över hur förbrukningen av ersättningen för familjevården varit och även över vilken arbetsinsats patienterna hade utfört. Syftet var att skaffa sig en översyn och kontroll över patienternas situation så att dessa inte skulle bli utnyttjade av oseriösa familjehem.⁶ Att Landstinget krävde hög standard, trivsamma lokaler samt god tillsyn och omvårdnad, visade sig i praktiken vara verkningslösa krav eftersom att kvalitetsmätningen var subjektivt uttryckt. Med detta så menas det att innebörden av begrepp som exempelvis "hög standard" berodde på vem som tolkade. Det fanns därför ingen egentlig kvalitetskontroll utan det var upp till familjehemmen att avgöra vilken innebörd dessa begrepp hade.

Uppfylldes familjevårdens syfte?

Det visade sig att familjevårdens ambitioner tyvärr inte hade fungerat fullt ut av flera orsaker. Vid flertalet familjehem där familjevård bedrevs blev patienterna utnyttjade till att utföra alltför fysiskt krävande arbetsinsatser utan att de fått varken en människovärdig levnadsstandard eller boende. Patienterna befann sig i en extrem beroendeställning till familjehemmen eftersom det enda alternativet till dessa var att återvända till interneringen på Furunäset vilket ofta av patienterna upplevdes vara ett öde värre än döden. Det var dessutom praktiskt svårt för NLL att finna familjevårdshem i större utsträckning samt att det var resurskrävande för de psykiatriska läkarna på Furunäset att hinna med att kontrollera

familjehemmens standard och patienternas liv utanför mentalsjukhuset. Det visade sig att det var billigare och betydligt enklare för huvudmannen att internera familjevårdspatienter inom Furunäsets väggar. Undersökningar visade dessutom att det inte fanns evidens för tillfrisknad av familjevårdspatienterna till följd av familjevården och eftersom att staten strävade efter att nå framgångsrika behandlingsresultat och samtidigt minska vårdkostnaderna så blev familjevården en angelägenhet som NLL helst ville slippa.

I januari 1967 anförde direktionen för Furunäsets mentalsjukhus ordförande Mårten Kalling att inga familjevårdsfall var inplanerade för det kommande året vilket möjliggjorde en omdisponering av familjevårdsföreståndarens arbetsuppgifter. Genom stora vakanser av läkartjänsterna inom den öppna mentalsjukvården under föregående år hade arbetsuppgifterna hamnat på föreståndarens axlar vilket inte hade fungerat, delvis för att föreståndaren inte var läkarutbildad och delvis för att denne var ensam med sina arbetsuppgifter och därför inte hade hunnit med alla. Föreståndaren hade som mest hunnit med att besöka familjevårdspatienterna en till två gånger per år. Direktionen slog fast att lösningen för familjevården var att Furunäset fortsättningsvis skulle arbeta för att den i framtiden skulle integreras med kroppssjukvården.⁷ Detta beslut betydde i praktiken att direktionen hade bestämt sig för att avveckla familjevården i den form som den var i.

Landstingets utvärdering av den psykiatriska vården i Norrbottens län

Landstinget ville efter övertagandet av huvudmannaskapet skaffa sig en kvalitativ bild över hur vårdsituationen inom psykiatrin såg ut i hela Norrbottens län och NLL:s primära uppgift blev att ta kontroll över mentalsjukvårdens kostnader och banta organisationen. Syftet med utvärderingen av verksamheten var att ta reda på vilka resurser och behov som förelåg inför framtiden men även att på plats ta reda på vad de anställda på marknivå ansåg om vårdsituationen på Furunäset. Chefläkaren dr. Mårten Kalling reste på uppdrag av NLL mellan den 13–16/2-67 och besökte samtliga psykiatriska behandlingssjukhem i Norrbottens län. Behandlingssjukhemmen var de norrbottniska samhällenas enda alternativa psykiatriska vårdinstitutioner förutom Furunäset. Vårdinstitutionerna som Kalling besökte var belägna i Kalix, Övertorneå,

Korpilombolo, Pajala, Vittangi, Kiruna, Gällivare och Övertorneå. De sammanlagda åsikterna från sjukhemmen sammanfattades i en rapport från Kalling till NLL. Kallings uppfattning var att samtliga sjukhem ansåg att den nya administrationen, om den fungerade, skulle komma att göra nytta för patienterna genom att patienthemmen nu kunde få utförligare information om de sjuka och deras behov innan de kom till hemmen vilket inte hade fungerat med kommunerna som huvudman. Det som även påtalades var att socialtjänsten hade mycket svårt att tillgodose beslut om egna boenden och olika sysselsättningsformer för psykiskt sjuka. Man ansåg att problemen med alkohol- och åldersdementa var övermäktiga och man hoppades på att kunna inhysa dessa patienter till Furunäset direkt eller annan somatisk vård. Man hade svårt rent generellt att ge de sjuka den behandling som efterfrågades på grund av resurs- och utbildningsbrist.⁸

Furunäsets ledning letade efter sätt att bemöta NLL:s sparkrav. Orsaken till att Furunäset valde att satsa på rehabiliteringen av patienter var att man ville förkorta liggtiderna och om möjligt med tiden, återanpassa en del av patienterna till samhället. Liggtiderna var det antal dagar en patient var inskriven på mentalsjukhuset och den posten i budgeten var direkt sammankopplad med kostnaden. Sjukhusdirektör Grankvist rapporterade under november 1967 att arbetsgruppen som behandlade rehabiliteringsfrågan, hade beslutat att Furunäset och Öjeby sjukhem tillsammans skulle utarbeta en plan över hur man ytterligare skulle kunna förmå fler patienter att delta i antingen skyddad eller öppen rehabiliteringsverksamhet. I den rapporten tog Grankvist även upp att det fanns stora problem som uppstod i samband med och omkring återanpassningen av patienterna till samhället.⁹

Arbetsterapi används till friskskrivning av patienter

Omvårdnaden skedde utifrån Furunäsets resurser och bestod mestadels av frivillig sysselsättningsterapi eller via någon av de olika hobbyerna som fanns tillgängliga på Furunäset. Arbetsterapiformerna brukades sedan 1967 genom sin yrkesanknytning till att bli träningsstationer för patienter som NLL planerade att återföra tillbaka till samhället. Den 5 juni 1969 så befäste Landstinget sina planer på att skriva ut patienter från Furunäset genom konferensen "Åter till aktivt liv genom modern arbetsterapi". Det var en utbildningsdag som explicit handlade om att

utbilda mentalsjukvårdspersonal om hur dessa skulle använda sig av arbetsterapi som medel för att underlätta planerade utskrivningar av patienter.

Orsaker bakom nedläggningen av familjevården på Furunäset

När det svenska samhället utvecklades mot att kvinnorna skulle börja förvärvsarbeta och införandet av den allmänna tillägspensionen (ATP) 1960, så försvann med tiden möjligheterna för kommunerna till att hitta seriösa familjehem i större utsträckning eftersom familjevårdshemmen inte längre var beroende av den ersättning som dessa fick från Landstingen. Jordbruket hade blivit så pass mekaniserat att det blivit en ännu farligare arbetsplats för människor som hade svårt att behålla koncentrationen likt flertalet av familjevårdspatienterna.

Samtidigt så var de tidigare hemmavarande husmödrarna ute och förvärvsarbetade och kunde därför inte vara hemma och passa familjevårdspatienterna. Samhällsförändringarna fick sina efterverkningar för familjevården i Piteå efter 1963 då de första ersättningarna från ATP började betalas ut och hade i princip helt utplånat stora delar av familjevårdens verksamhet i slutet av 1965. Den av regeringen tillsatta mentalsjukvårdsdelegationen ansåg i sitt yttrande från 1965 om mentalsjukvårdens framtida planering och organisation, att familjevården fortsättningsvis kunde vara en "värdefull vårdform". Förutsättningarna var dock att patienterna måste få en lämplig behandling utifrån deras tillstånd, en lämplig syssesättning samt en positiv och stimulerande miljö att vistas i. Utvecklingen visade dock på en motsatt utveckling som gjorde det allt svårare att finna familjehemsplatser. Anledningen till detta som mentalsjukvårdsdelegationen angav var främst tre orsaker:

1. Jordbruket där de flesta av familjevårdspatienterna arbetade hade blivit mekaniserat. Detta gjorde så att miljön inte längre var lämplig för patienterna att arbeta i sett ur säkerhetssynpunkt samt att maskinerna krävde kunskap och ett yrkesutövande som mentalsjukvården inte kunde kräva av patienterna med hänsyn sett till deras psykiska besvär.
2. Kvinnorna som var aktiva i jordbruket hade genom deras ökade rättigheter kunnat bidra ekonomiskt till försörjningen i större utsträckning genom förvärvsarbete utanför hemmet. Detta hade lett till

att kvinnorna inom jordbruket inte längre fanns på plats för att hjälpa och se till familjevårdspatienterna.

3. Familjevårdshemmen var inte längre beroende av pengarna som dessa fick i ersättning från mentalsjukvården genom lönen som de förvärvsarbetande kvinnorna fick och den allmänna tillägspensionen (ATP) som trädde i kraft 1960 och började betalas ut fr.o.m. 1963.

Landstinget resignerade i frågan efter det att de fått mentalsjukvårdsdelegationens samhällsanalys över familjevårdens förmodade icke existerande framtid. De tidigare fria familjevårdspatienterna i Piteå efter 1965 fick finna sig i att återvända till Furunäset för att åter igen bli frihetsberövade. Det visade sig dessutom att familjevården varken gjorde patienterna friskare eller sjukare och genom att NLL satsade på att spara pengar och att krympa organisationen efter de tagit över som huvudman, så var det naturliga beslutet att mer eller mindre att lägga ned familjevården ekonomiskt sett en ganska naturlig lösning. I januari 1967 redogjorde Furunäsets direktions ordförande Mårten Kalling för att inga fler familjevårdsfall var att vänta och familjevården i Piteå via Furunäset var genom detta formellt nedlagd.

Källor

Arkivmaterial

Riksarkivet (RA) i Härnösand (HSD) arkiverat under Furunäsets sjukhus direktions arkiv (FSDA).

Landstingsarkivet i Luleå (LAL) arkiverat under Piteå sjukvårdsdistrikt (PSD).

Tryckt material

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

Qvarsell, Roger, *Vårdens idéhistoria*, [Ny uppl.], Carlsson, Stockholm, 1996.

Schlaug, Rudolf, *Psykiatri, lag och samhälle: en vandring genom svensk psykiatrisk lagstiftnings historia*, Askelin & Hägglund, Stockholm 1989.
 Serrett, Karen Diasio (red.), *Philosophical and historical roots of occupational therapy*, Haworth P., New York, 1985.
 Sjöström, Bengt, *Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatrins framväxt*, Daidalos, Diss. Lund : Univ., Göteborg, 1992

Digitalt material tillgängligt via internet

Johansson, R., *Furunäset och mentalsjukvården: en studie i en institutions kontroll över patienters livsvillkor*. (Student paper), Uppsala universitet, 2013. Permanent länk:
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-213439>
 Kant, Immanuel: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift, 1784, H. 12, S. 481-494. In: Deutsches Textarchiv
http://www.deutschestextarchiv.de/kant_aufklaerung_1784,
 abgerufen am 20.07.2015.

¹ Berlinische Monatsschrift, 1784, s. 481-494.

² Qvarsell, *Vårdens idéhistoria*, 1996, s. 98-99.

³ Serrett, *Philosophical and historical roots of occupational therapy*, 1985.

⁴ Johansson, *Furunäset och mentalsjukvården*, 2013, s. 5.

⁵ Schlaug, 1989, s. 38-40.

⁶ HSD, A1:79, *Skrivelse från Medicinalstyrelsen till Stockholms läns förvaltningsutskott*, 27/7-63.

⁷ LAL, A9:1, Protokoll fört vid sammanträde med direktionen för Furunäset och Öjeby sjukhem §16/67, 17/1-67.

⁸ LAL, A9:1, Brev till direktionen för Furunäset och Landstingets förvaltningsutskott ang. öppenvård verksamheten i Norrbotten och chefsläkare dr. Mårten Kallings besök hos öppenvårdcentralerna, 20/2-67.

⁹ LAL, A9:15, Protokoll fört vid sammanträde med samarbetsnämnden och skyddskommittén vid Öjebyns sjukhem §8, 27/11-67.

Åke Berggren

Född 1954, överläkare vid Kvinnokliniken i Piteå och Sunderbyn. Har forskat i Piteås historia sedan 1970-talet. Arbetar nu mest med Piteå museums fotoböcker "Bevarade ögonblick", men har även skrivit denna artikel om ett stycke bortglömd industrihistoria i Piteå.

Piteå Mekaniska Verkstads Aktiebolag och konkurserna på 1880-talet

Vid årsskiftet 1886-1887 inställde fyra ansedda handelshus i Piteå sina betalningar. De var Herrar Öhman & Co, J. A. Öqvist & Co, Zackarias Häggbom och J. O. Björk. Lokaltidningen *Norrbottens-Posten* meddelade att åtminstone tre av dessa firmor hade idkat betydande och vidsträckta affärer och skattat för mellan 6 200 och 8 000 kronor vardera i årsinkomst. Orsakerna till deras obestånd berodde, enligt tidningen, dels på förluster på Piteå Mekaniska Verkstad, dels på borgensförbindelser. Därtill kom "de tryckta tiderna", som gjort det svårt att driva in fordringarna.¹ Under 1887 inställde allt fler firmor och enskilda personer betalningarna, och fram till augusti månad inregistrerades 27 konkurser i Piteå. Det var en ekonomisk kris av sällan skådade proportioner, som drabbade även gamla anrika firmor, sådana man inte trodde skulle gå omkull. Det fanns flera samverkande orsaker till krisen, men satsningen på Piteå Mekaniska Verkstad framhölls som en viktig faktor som tillfogat dess ägare stora förluster.²