

- Barton, R. (1959): Institutional neurosis. Wright London.
- Belknap, I. (1956): Human problems of a state mental hospital. McGraw & Hill, New York.
- Brattemo, C. E., Lassenius, B. & C. Perris (1964): Studier av personal- och patientattityder vid ett mentalsjukhus. Socialmed. Tidskr. 41, 385—397.
- Caudhill, W. (1958): The psychiatric hospital as a small society. Harvard Univ. Press, Cambridge.
- Clemmer, D. (1940): The prison community. Holt Rinehart & Winston, New York.
- Devereux, G. & M. C. Moos (1942): The social structure of prisons and the organic tensions. J. Crim. Psychopat. 4, 306—324.
- Farber, M. L. (1944): Suffering and time perspective of the prisoner. Univ. of Iowa Studies in Child Welfare: 20, 153—227.
- Gandiglio, G. & F. M. Ferro (1970): Analisi fenomenologica e antropologica di un ospedale psichiatrico. Riv. Sper. Fren. 94, 531—588.
- Goffman, E. (1961): Asylums—Doubleday Anchor, N.Y.
- Goffman, E. (1967): Characteristics of total institutions, i: Symp. on Prev. and Soc. Psychiat. W. Reed Army Inst. Res. Washington, 43—84.
- Gustafsson, L. (1970): Patienter isoleras från samhället under vårdtiden. Läkartidn. nr 7, 704—708.
- Hayner, N. S. & E. Ash (1940): The prison as a community. Amer. Soc. Rev. 5, 577—583.
- Irwin, J. & Cressey, D. R. (1962): Thieves, Convicts and the inmate culture. Deviant Behavior and Social Process. Mc Nally & Co. Chicago, 129—136.
- Løchen, Y. (1965): Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Univ. Forl. Oslo.
- Mashlow, A. H. (1941): Deprivation, Threat and Frustration. Psychol. Rev. 48, 364—366.
- Perris, C. (1964): Reflektioner kring verksamheten vid ett "therapeutic community". Nord. Psykiat. Tidskr. 18, 386—396.
- Sundin, B. (1970): Individ, Institution, Ideologi. Albus. Sthlm.
- Sutherland, E. H. & D. R. Cressey (1965): Principles of Criminology. 4th Ed. Lippincott, N.Y.
- Sykes, G. M. (1956): Crime and Society. Random House, N.Y. s. 109.
- Sykes, G. M. & S. L. Messinger (1960): The Inmate Social System, i: Rushing, W.A. (Ed.), (1969) Deviant Behaviour and Social Process. McNally & Co. Chicago, s. 129—136.
- Törnqvist, K. E. (1967): Reaktionssätt i häkten och fängelser. Läkartidn. nr 32, 3151—3161.
- Wheeler, S. (1961): A Study of Prisonisation. Amer. Soc. Rev. 26, 697—712.

Institutionsplanering för integration

Jan Burell

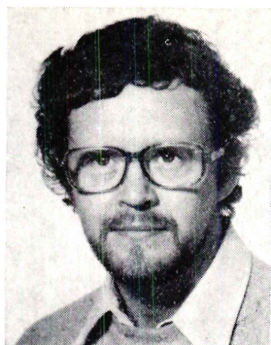
Lasse Ingelström

Mats Rådberg

I denna artikel i två delar redovisas en övningsuppgift från Tekniska högskolan i Stockholm. Deltagarna har haft en kritisk inställning till sin uppgift och löst den på ett okonventionellt sätt. De placerar institutionsplaneringen i sitt sammanhang med dels de förebyggande och eftervårdande åtgärderna, dels med planeringen av vår miljö i övrigt.

Artikelns första del har skrivits av Jan Burell, arkitekt och lärare på tekniska högskolan. Han redovisar arbetets uppläggning och de svårigheter, som möter vid ett försök att på detta sätt vidga planeringsperspektivet.

Författare till andra delen är arkitekturstuderandena Lasse Ingelström och Mats Rådberg. De beskriver hur en kompletterande målsättning arbetades fram och hur den påverkade programarbete, lokalisering, tomtval etc.



Jan Burell

Under läsåret 1971—72 arbetade 4:e årskursen på arkitektursektionens husbyggnadslinje med ett övningsprojekt som benämndes "Psykiatrisk rehabilitering". Ur pedagogisk synpunkt brukar vi för den fjärde och sista årskursen välja att syssla med arbetsmiljö i något komplicerat sammanhang och försöka bearbeta program och projektera byggnader för undervisning, vård, industriverksamhet e d.

Under sommaren 1971 knöt vi kontakt med Stockholms läns landsting och fick ta del av deras utredning "Psykiatrisk rehabilitering" från 1970 som verkställdes av KOM-kommittén för organisation och planering av mentalsjukvården i Stockholms län. Utredningen presenterades i en skrift som vi kallade "Blå boken".

Efter en första introduktion av utredningen och utarbetande av koncept för lokalprogram för ett "rehabiliteringscentrum" tillsammans med utredningssekreteraren Karin Pearsson och arkitekt Ulf Lindberg från landstinget började den första fasen i arbetet, programanalysen. Sektoriella studier genomfördes som grupparbeten varvid en indelning i fyra huvudsektorer användes, materielhanterande verksamheter, fysioterapi, socioterapi och boende. Vi gjorde studiebesök, bl a på Långbro och Ulleråker och vi inventerade och försökte beskriva och konkretisera verksamheternas egenart och krav på utrymme och sammanhang. Vi höll seminarier, en gång med doktor Bengt

Berggren som gäst och vid ett annat tillfälle höll vi en paneldebatt med bl a doktor Johan Norman och socialarbetare Birgitta Carlsson samt Karin Pearsson från landstinget.

Bengt Bergggren illustrerade två modeller för samband mellan fördelning av samhällets resurser och sjukdomsförloppet för vårdbehövande.

Fig. 1. Nuvarande resursfördelning med liten insats i början och slutet av sjukdomsförloppet.

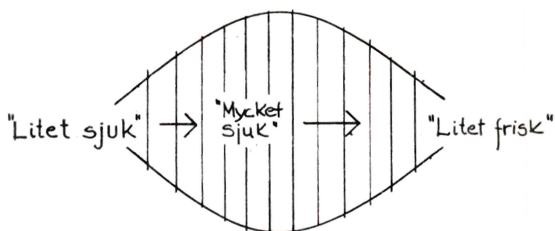
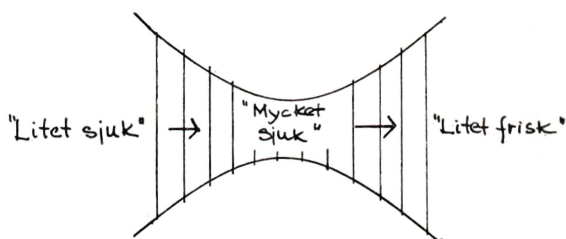


Fig. 2. Alternativ resursfördelning med mycket förebyggande och mycket rehabiliterande resursinsatser.



Förebyggande vård samt rehabilitering blev två begrepp som dominerade och styrde vårt arbete vidare. Seminarierna och studiebesöken påverkade oss i högsta grad och ledde till en mycket komplicerad situation i slutet av höstterminen.

Många uppgifter och uppfattningar stod mot varandra och mycket talade för att vi inte alls borde projektera ett rehabiliteringscentrum efter landstingets modell.

Grupparbetena började få mer verklighetsprägel då lokalisering och val av tomter måste göras för att vi över huvud taget skulle hinna rita lokaler och byggnader under kommande vårtermin. Men denna komplikation med tomt, stadsdel, människor i ett verkligt sammanhang vände ytterligare en gång på problemet. Vilka var egentligen patienterna och vad betydde denna samhällsfunk-

tion för det sammanhang den placerades i? De tomter som landstinget tidigt föreslog var belägna norr respektive söder om Stockholm och vi uppfattade dem allmänt som "utanför tullarna". Rehabiliteringscentret skulle betraktas som en storstadsföreteelse vilket också bidrog till ytterligare en osäkerhet om institutionens karaktär och ändamål.

Många frågor hopade sig. Skall institutionen så småningom tömma mentalsjukhusen? Är det arbetare som inte hänger med i takten som skall snabbkureras? Tillhör knarkare och alkoholister dem som skall vårdas? Hur gamla och hur unga är patienterna och skall hela familjen kunna få vård på denna institution?

En rad stadsdelar med tomter och miljöer rekognoserades och grupperna gjorde parallellt med måldiskussionen om vårdmodeller en stadsplaneringsanalys. Grupperna gjorde så småningom sina tomtval. 19 grupper om 3—5 elever i varje grupp hade slutligen sorterat ut 5 platser runt om i Stockholmstrakten. En tomt i Aspudden, ett område i närheten av Södra station på Söder, en tomt nära Skinnarviksbergen och Hornsgatan, en tomt i Solna och slutligen en tomt i planerad bebyggelse på Järva, Nysved.

De flesta grupperna hade valt stadslägen på Söder eller i Aspudden, två grupper försökte sig på Solna och en grupp tog sig an problemet att projektera i en stadsdel på Järva.

Det skulle visa sig att årskursens två föregående terminers arbeten i någon mån hade förberett detta stora komplicerade arbete och visade på användbara arbetsmetoder. På höstterminen i 3:an hade vi valt temat "Städer i Bergslagen", en studie över hur mindre städer fungerar, vad som fattas och vad som synes vara bra i dessa miljöer, med åtföljande projektuppgifter som eleverna valde själva.

Vårterminen avhandlade temat "Förtätning av befintliga bostadsområden i Stockholmstrakten", vilket gav ytterligare insikt i och erfarenhet om hur man kan söka finna samhällsmönster för en speciell ort och ett speciellt sammanhang och sedan försöka föreslå åtgärder för att förbättra

och stödja positiva faktorer och undvika negativa.

Efter att ha sysslat med små städer med konkreta, nära, många gånger anspråkslösa förslag till åtgärder som till exempel uppmuntran av ett gammalt kvarter med ambitionen att låta ursprungsinvånarna bo kvar med rimlig hyra, ordnande av nödvändiga samlingslokaler, komplettering med ett litet bad, eller som i förtätningsskisserna förslag på nya familjelägenheter i Hjort-hagen för att ge barnfamiljer möjligheten att bo där, utnyttja skolorna som börjar bli tomma och ge jämvikt till pensionärerna i de små lägenheterna var det med en viss inställning och syn vi kunde ta oss an denna nya uppgift.

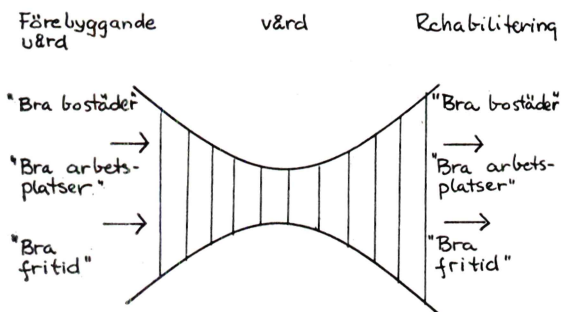
Inte så att vi trodde att det var möjligt att på en så kort tid och utan att själva leva i den miljön och situationen kunna ge realistiska och genomförbara förslag till vårdåtgärder. Vi får i arkitekturutbildningen inte någon egentlig handledning om beteendestudier. Men vi hade en viss träning att lyssna och med inlevelse skissa och illustrera fysiska lösningar som sedan kan provas i diskussionen. Invånarnas sociala mönster, självbestämmanderätt, möjligheten att påverka sin livssituation, kunde vi endast ana och föreställa oss. Då vi gick in i detta arbete visste vi att mycket kunde vara av kontroversiell och komplicerad karaktär. Under arbetets gång blev vi många gånger rädlösa inför problemen. Efter uppgiftens avslutande kunde vi konstatera att våra försök väckte intresse som idéprojekt.

Svårigheten att förverkliga något av det vi ville synes stranda på frågor om huvudmannaskap, samarbetsformer mellan olika ansvariga myndigheter, dåligt informerade och passiviserade invånare i samhällena, stela, auktoritära och förmyndarattityder där religiösa och nykterhetsrörelse-traditioner tycks spela stor roll för förtroende-valda och tjänstemän.

De flesta av våra projekt gjordes i befintliga miljöer där vi fann brister som med relativt enkla metoder tycktes kunna elimineras. Svårare verkar vara att åtgärda nya storstadsfenomen som Järvastadsdelarna Tensta och Rinkeby, Botkyrka-staden med stadsdelarna Hallunda, Alby och Fitt-

ja utgör. Att legalisera ytterligare sådana anhopningar av människor genom att planera in en decentraliserad vård är säkert helt fel. Att vi snarast måste börja speciellt granska och dra erfarenhet av våra under 60-talet nytillkomna områden är helt säkert. Under 70- och 80-talet planeras att i Storstockholmsområdet bygga minst fem stadsdelar till av Tenstas storlek på Järva. Trots den aktuella debatten om bl a sociala konsekvenser av stora, snabbt tillkomna bostadsområden, är kritiken inte tillräckligt kvalificerad och betydelsefull för att kommuner och landsting skall ändra målsättning vid planering av bostadsbyggandet.

Fig. 3. Illustrationen i fig. 2 av en alternativ resursfördelning kan utvecklas och beskriva sambandet mellan totalmiljön och förebyggande vård samt rehabilitering.



Förebyggande vård måste till stor del vara att planera och skapa bättre bostadsmiljöer, humana och rättvisa arbetssituationer och att ge möjligheter för varje människa att bestämma och välja sin egen livssituation. Rehabilitering måste vara ungefär samma sak och kan i princip inte skiljas från förebyggande vård.

De krav vi i våra studier kom att ställa på utformning av lokaler för rehabilitering kom till slut självklart att bli allmängiltiga som krav för varje boende-, arbets- och fritidssituation som vi som planerar kommer i kontakt med. Lokaler för rehabilitering ser med denna syn inte ut på ett speciellt "rehabiliteringcentrumvis", utan är arrangemang och lokaler i ett naturligt sammanhang och utformade för den plats och situation de behövs för. Detta kräver en decentralisering av beslut och resurser samt förtroende för brukarna av resurserna. Vi arkitekter kan hjälpa till att illustrera alternativa fysiska lösningar till våra önskvärda miljöer.

Utöver ansvaret för den ändamålsenliga utformningen har vi också ansvaret för den konstnärliga kvalitén på miljön. Detta kanske också kan uttryckas så att vi måste få tillfälle att medverka till att våra miljöer också blir vackra, trevliga och trivsamma.

Tankar kring vår övningsuppgift



Lasse Ingelström Mats Rådberg

Vi ställdes under läsåret inför uppgiften att projektera ett psykiatriskt rehabiliteringscentrum — en anläggning som det här i landet egentligen inte finns någon motsvarighet till.

Efter diskussioner inom årskursen och med inbjudna personer och efter egna studier, blev vi emellertid kritiska mot det förelagda programmet. Även åsikterna från fackmannahåll angående rehabiliteringsvårdens utformning gick mycket isär, och i dag har även landstinget delvis tagit avstånd från sin egen utredning (den sk "blå boken").

Vårt dilemma i övningsuppgiften var, att vi själva fick konstruera egna program i projektgrupperna, och tycka till i vårdfrågor, där vi egentligen inte har någon kompetens.

REHABILITERING — DEFINITION OCH MÅLSÄTTNING

Landstinget säger:

”Den fortlöpande process som innefattar medicinska, arbetsmässiga, sociala och andra åtgärder i syfte att återföra individen till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa samt optimal aktivitet och anpassning till omvärlden kan sammanfattas i begreppet *rehabilitering*. Som framgår av definitionen har rehabiliteringen dels en medicinsk, dels en social målsättning. Med ordet *rehabilitering* avses emellertid ej endast målsättning utan även den speciella metodik som används.

Rehabiliteringsprocessen sker naturligen i flera led. En klassisk sentens är att ”rehabiliteringen börjar vid sjuksängen”. I modern medicinsk vård inleder man redan i tidigt skede flera preliminära åtgärder, som ingår i den allmänna behandlingen och som syftar till att förhindra en onödig inaktivering och tillbakagång och att förbereda en återkomst till samhällsliv och möjligast normal aktivitet.

Med *medicinsk rehabilitering* menas här rehabilitering inom samtliga medicinska specialiteter. Därmed förstås att begreppen ”somatisk rehabilitering”, ”psykiatrisk rehabilitering” och ”socialmedicinsk rehabilitering” hör till den medicinska rehabiliteringen.

Sedan patientens funktionsduglighet utvecklats optimalt med hjälp av medicinsk vård och medicinsk rehabilitering, ingår i rehabiliteringsprocessen att utveckla denna funktionsduglighet till anpassning i produktivt arbete. *Yrkesinriktad rehabiliteringsverksamhet* benämns *arbetsvård*. Arbetsvården bör successivt infogas under den medicinska rehabiliteringens gång.

Kommentar

I förordet till den ”blå boken” står att läsa: ”Kommittén för organisation och planering av

mentalsjukvården i länet (KOM) presenterar härmed en utredning avseende den psykiatriska rehabiliteringsverksamhetens innehåll och utformning.”

Därmed fastslås, att man kommer att behandla frågor som endast berör institutionens inre uppgifter och organisation, d v s ”hur man ska gå till väga när sjukdomen redan har brutit ut”.

Man tycks vara medveten om de stora övergripande problemen, men man undviker att ta itu med dessa. Man säger bl a: ”Det har visat sig finnas ett nära samband mellan fattigdom, låg social status och psykiska störningar, bl a utgör det kroniska klientelet inom social-, kriminal- och nykterhetsvården till stor del av tidigare medicinskt och socialt försummade fall, ofta med psykiska defekter.” På ett annat ställe står att läsa: ”Erfarenhetsmässigt har påvisats att den som konsumerar socialvård även har en stor konsumtion av sjukvård och att antalet människor med både psykiskt och socialt handikapp ökar starkt”...

Varför, frågar man sig? Man talar i den blå boken även om att arbetsvården måste tillföras ökade resurser i framtiden — varför? På ett annat ställe kan man läsa: ”Den yrkesinriktade rehabiliteringens (arbetsvårdens) omfattning, uppgifter, organisationer etc har fått allt mer ökad aktualitet beroende på många faktorer. Den snabba strukturuomdaningen inom näringslivet har medfört en ”bortsällning” av arbetskraft, som av olika orsaker haft svårt att finna ny anställning. Samtidigt medför den tekniska utvecklingen att arbeten som tidigare kunnat sysselsätta arbetskraft med begränsad arbetsförmåga i stor utsträckning bortrationaliserats. En annan viktig faktor är att med stress, ackordsättning, skiftesarbete m m ofta följer anpassningsproblem och socialt handikapp.”

I detta perspektiv ter sig sentensen att ”rehabiliteringen börjar vid sjuksängen” såsom tämligen cynisk. En mer kritisk analys av bakomliggande faktorer till psykiska störningar kommer att peka på förhållanden i vårt samhälle, vilka kräver ställningstaganden inom arbetsmarknadspolitiken, jämlikhetspolitiken och bostadspolitiken. Snabbt

växer nu nya bostadsområden upp runt om i regionen, trots att man är medveten om de sociala problem som "byggs in" i dessa områden. Höga hyror, torftig miljö, tvångsförflyttning och rotlöshet är säkra utlösare av problem — problem som snart gör sig gällande hos social- och vårdinrättningar.

Vårdplaneringen måste integreras med den egentliga bebyggelseplaneringen. Som det nu är, sker den med mycket liten ömsesidig kontakt — "kommunen bygger och landstinget vårdar skapelsen i efterhand".

"Blå boken" har emellertid inte sett som sin uppgift att belysa och diskutera dessa förhållanden, tyvärr.

Vi tycker att det är en stor brist att utredningen inte försöker ge en mer allsidig belysning av rehabiliteringsproblematiken och dess målsättning. Det är felaktigt att begränsa sig till rent institutionella problem — denna "strutspolitik" måste ersättas av mer kritisk analys.

Rehabiliteringsverksamheten — övergripande mål

Här följer så en sammanfattning av gruppernas övergripande målsättningar med rehabiliteringsverksamheten:

Förhindra hospitalisering

De vårdbehövande kan grovt indelas i två grupper; de hospitaliserade som i dag lever passiverade på mentalsjukhusen och de, som i framtiden kommer att duka under av olika orsaker — stress på arbetsplatser, arbetslöshet, resultatlös omskolning, tvångsförflyttning till storstäder, bostadsbrist, förslumning, skilsmässor, sprit- och narkotikaproblem m m. Genom att förbättra vården kan man hjälpa de hospitaliserade så att de kan lämna mentalsjukhusen och förhindra att de framtida patienterna blir hospitaliserade. Denna grupp blir på så vis allt mindre. Den andra patientgruppen kommer däremot att bli större. Allt fler utslagna människor kommer att behöva någon form av vårdande hjälp.

Förebyggande och uppsökande vård

En decentralisering av den psykiatriska vården till små enheter utplacerade i varje stadsdel. Vården "bryts ner" till fler och mindre kontaktpunkter, och efterhand integrering med arbets- och boendemiljöerna.

Stimulera och underlätta kontakter mellan patienter och allmänhet

För att anläggningen även skall kunna verka förebyggande, måste där finnas verksamheter och lokaler som är lättillgängliga och dit vem som helst är välkommen. Här kan man träffa andra människor, knyta nya kontakter och återse gamla bekanta. För att hysa dessa funktioner utvecklas anläggningen till något som kan benämnas "aktivitetscentrum", till vilket man har knutit lokaler som är specifika för rehabiliteringsfunktionen och enbart utnyttjas av patienter. Övriga lokaler fungerar då både för patienter och allmänhet — ibland samtidigt och ibland på separata tider.

Samarbete kommun—landsting

Eftersom landstinget har ansvaret för sjukvården, och kommunen har ansvaret för socialvården och bostadsbyggandet, kräver detta att samarbetet dem emellan fungerar på ett långt bättre sätt än vad det gör för närvarande.

Bostadsfrågan inom långtidsvården måste uppmärksammas och lösas

Lösningen av bostadsfrågan medverkar till rehabiliteringen. De vårdbehövande är i ännu högre grad än de "friska" i behov av goda bostäder, trygga arbetsförhållanden och en god fritidsmiljö, ty bland dessa människor finns den största isoleringen från andra människor.

I dag bor ett stort antal personer på våra mentalsjukhus, vilka inte behöver denna kvalificerade vård, ofta bara på grund av att de inte kan erbjudas andra boendeformer utanför sjukhuset. Härmed upptas ett stort antal dyra vårdplatser på sjukhusen, vilka kunde användas på ett nyttigare sätt.

Industri och övrig arbetsmarknad måste inse sitt delansvar i rehabiliteringsarbetet

Industrin slipper nu ta ansvar, man behöver bara

anställa lönsamma människor. De måste inse sitt delansvar — förstå att "icke högproduktiva" människor är människor med andra förtjänster. Det faktum, att över 100 000 personer i år köar för platser inom arbetsvården borde vara alarmerande. Några citat ur dagspressen den senaste tiden lyder: "Ny arbetsmarknad på väg för kasserade människor", "Hans sjukdom heter: Icke lönsam" och "Billigare att ge dem full lön utan jobb".

Eliminera negativa attityder till vården

Avdramatisera den, så att vårdbehövande söker vård frivilligt.

Krav på rehabiliteringscentrat

De övergripande målsättningarna avspeglas sedan i gruppernas krav på rehabiliteringscentrat:

- Centrat får inte bli ett slutet samhälle som man inte behöver lämna för att få vissa saker. Anläggningen skall vara en del av samhället, samhället måste tränga in i anläggningen.

- Långtgående integrering mellan institutionens verksamhet och grannskapet. Anläggningen har en kombinerad funktion; dels ger den allmänheten i grannskapet ett ökat utbud fritidsaktiviteter och dels fungerar den för rehabilitering. En långtgående integrering mellan institutionens verksamhet och grannskapet ger möjlighet till en steglös återanpassning.

- Skilj på bostad, arbetsplats och fritidslokaler — efterlikna vanliga livsförhållanden.

- Rehabiliteringscentrat skall vara en självständigt beslutande enhet, så att idéer fritt kan utvecklas och så att patienter och vårdare själva kan utforma vårdens innehåll.

PROGRAMARBETET

Med denna bakgrund startade sedan programarbetet. Man omarbetade det av landstinget uppställda lokalprogrammet och vävde in sina egna målsättningar och tankar i det program som sedan presenterades. De målsättningar som de enskilda grupperna ställt upp påverkar i hög grad det enskilda projektets utformning. Organisations-

modellerna för rehabiliteringscentrat får anses som experiment, där man kan se vad olika grad av decentralisering av rehabiliteringsvården kan få för fysiskt uttryck. De olika kraven på organisationsmodellen delar vi här upp i:

Funktionen, vilken beskriver anläggningens olika aktiviteter och visar förhållandet mellan dem.

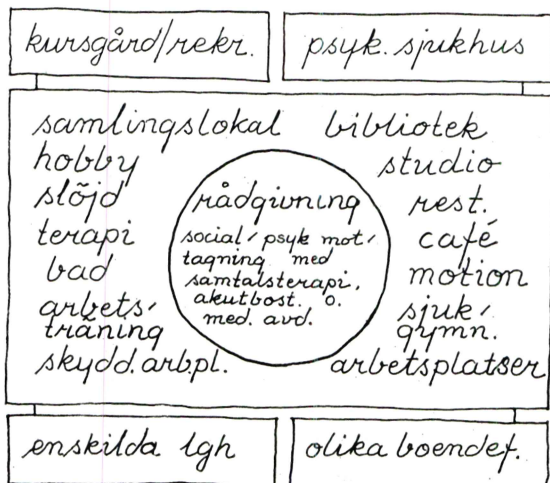
Storleken och underlaget, för rehabiliteringscentrat där man diskuterar vilken storleksskala anläggningen bör ha med utgångspunkt från funktionen.

Läget i regionen stadsdelen och kvarteret — krav på den befintliga miljön kring den tänkta anläggningen.

Funktionen

När vi kommer till innehållet i anläggningen — de olika funktionerna — skiljer sig gruppernas förslag endast litet från varandra. Mycket är här styrt av det programförslag från landstinget, vilket grundar sig på blå bokens tankar. Säkert finns det andra sysselsättningar som likväl kan tänkas. Situationen och omgivningens utbud av olika service får avgöra vilka aktiviteter som behöver kompletteras. Dessa centra behöver inte ha en likadan utformning. Resultatet av verksamheten är naturligtvis det viktigaste.

Nedan följer en förenklad "funktionsmodell", som stämmer in på de flesta av gruppernas projekt:



Boendeformer

En central fråga är hur boendet organiseras. "Blå boken" säger:

"Ett naturligt led i rehab-förloppet blir att en del patienter kommer att bo inom institutionen medan de provar sina förutsättningar att klara ett arbete inom öppna marknaden eller ett skyddat arbete eller medan de får en yrkesinriktad träning vid arbetsträningsinstitut etc. Dessa patienter kommer då ej att behöva en arbetsplats inom institutionen utan vissa sådana platser kan utnyttjas av andra. Förslagsvis skall då, i motsvarande antal, psykiskt handikappade som bor i närheten av inst i egna hem eller ev i inackorderingshem/insprängda lägenheter tillhörande landstinget, kunna tas emot vid rehabiliteringsinstitutionerna, där både deras behov av funktionsträning i olika avseenden och behov av fritidsaktiviteter kan tillgodoses."

Grupperna framhåller här värdet av att boendeformerna kan ges möjlighet att variera allt efter patienternas behov och förutsättningar att klara sig själva. Förutom ett antal "akut-lägenheter" i omedelbar anslutning till anläggningen, bör patienterna kunna bo ute i de befintliga bostadsområdena — tex i större eller mindre grupper, ibland tillsammans med vårdare, i egna lägenheter eller rum olika fast knutna till centralt. Det är också positivt, om patienterna efter rehabiliteringens avslutande får möjlighet att behålla sina rum och lägenheter för att på det sättet behålla det stöd och den trygghet som närheten till centralt ger.

Storlek och underlag

Storleken och underlaget för centralt varierar stort mellan grupperna. De flesta anläggningarna fungerar inte bara för de direkt psykiskt handikappade, utan centralt motsvarar mera en öppen-vårdscentral med aktiviteter av olika slag. Dessa lokaler planeras då också i olika hög grad även för allmänheten. Underlaget för centralt varierar mellan grupperna alltifrån den storlek som landstinget skisserar (1 anl/135 000 inv) till kvarteret och gruppen av kvarter.

Landstinget säger: "Med utgångspunkt från de

vårdplatsnormer som tillämpas i KOM:s betänkande 1967 ang riktlinjer för utbyggnaden av den psykiatriska vården i Stockholms län skulle det behövas ett psykiatriskt rehabiliteringscentrum à 160 platser per 135 000 inv. Utredningen finner inga skäl att för närvarande ändra denna norm, men sannolikt är behovet av rehab-platser vid sådana centra större än så."

Kommentar

Det torde dock vara omöjligt att i förväg avgöra vårdbehovet. En utväg kan vara att starta vården och se hur stor tillströmningen av vårdbehövande blir och därefter bygga ut vården alltefter behov.

Läget i regionen

Här säger "blå boken": "Då det gäller lokaliseringen av de föreslagna psyk rehab centra så bör dessa förläggas till ett större samhälle med en utvecklad kommunal service och ett rikt förgrenat näringsliv. Det är en fördel om det på orten finns ett differentierat näringsliv, med en rörlighet på arbetsmarknaden, vilken underlättar anskaffningen av arbete på öppna marknaden för rehab-centrals patienter. Jämsides erbjuder ett utvecklat samhälle arbetstillfällen inom kontors- och servicesidan såväl inom den offentliga som privata sektorn."

Grupperna vill även placera anläggningen så, att det finns möjlighet för patienterna att kunna konfronteras med andra människor och uppleva en rik och varierad miljö. Anläggningen bör även med sina aktiviteter och lokaler komplettera servicen i omgivningen.

Tomtval

På årskursen gjorde vi en inventering av 9 st tomter i och kring Stockholms kommun. Vi jämförde tomternas läge i regionen, stadsdelen och kvarteret — analyserade och diskuterade de olika tomternas förutsättningar. Fyra av tomterna har vi ansett ligga för isolerat, med små möjligheter att få det önskade förhållandet mellan vårdarbete-bostad och fritid. Dessa fyra tomter är: Tuna—Tumba, Bergshamra—Solna, Ensta krog—Täby och Alby—Botkyrka.

En av grupperna har valt en nyexploaterings-tomt: Nysved på Järvafältet. Eftersom det här rör sig om nyexploatering i stor skala skulle anläggningens krav, om de tas med tidigt i planeringsprocessen, väl kunna tillgodoses. Att planera tomten kräver ett ingående studium av hela Nysvedsområdet, och som övningsuppgift var det nog lite för omfattande att ta itu med hela detta planeringsuppdrag.

Två grupper har valt en tomt i ett äldre saneringsmoget bostadsområde — Aspudden. Aspudden är för närvarande föremål för saneringsdiskussioner, och viss upprustning är på gång. Grupperna ser med detta rehab-centrum en möjlighet att komplettera och förbättra området, som i dag nästan helt saknar social service.

Hela 13 st grupper har valt tomter i tätare stadsbebyggelse. I gruppernas målsättningar framhålls tydligt fördelarna med ett sådant läge: olika arbetsmöjligheter, olika bostadstyper, olika service och goda kommunikationer. Här finns det stora möjligheter för verksamheten att smälta in i det befintliga sociala mönstret och att utnyttja miljöns variationer. Tomterna är: kvarteret Dykärret och kvarteret Haren på Södermalm och kvarteret Hallen i Solna.

ANLÄGGNINGENS FYSISKA UTTRYCK — GEMENSAMMA SYNUNKTER

De målsättningar som de enskilda grupperna ställt upp påverkar i hög grad det enskilda projektets utformning. Här nedan följer några gemensamma synpunkter:

- Ingen stor anläggning i parklandskap. Byggnaderna ska underordna sig den övriga stadsbildningen, men ligga lättillgängligt till. Anpassningen till befintlig miljö i färg, form, skala och ytmaterial är väsentlig.

- Icke ensidigt utformad bebyggelse. De olika vårdsituationerna ställer olika krav på sin omgivning. Olika utformning hjälper till att bryta ned anstaltkänslan. Det krävs en varierad men lättfattlig bebyggelse.

Förslag till utformning enl "blå boken": "Boendeenheter i form av öppen bebyggelse liknande

radhusområden med byggnadskropparna grupperade intill ett aktivitets- och servicehus föreslås bilda ett centrum för långtidsrehabilitering (vårdtider ca 4 mån—2 år). Förslagsvis bör institutionen dimensioneras för 160 patienter, både vad gäller boendet och aktivitets- och serviceresurserna."

Kommentar

Här går således en klar skiljelinje mellan landstingets uppfattning och årskursens. Det som landstinget föreslår är precis vad grupperna vill undvika: en ensidig utformning, ett "stämplat" område och en slutenhet, mot omgivningen.

SLUTORD

Under det här arbetet på årskursen har utgångspunkten för skolan varit, att resultatet skulle presenteras i ritningar av byggnader och beskrivningar av miljöer. Det är givet att man inte alltid behöver utgå från nybyggnad när det gäller denna rehab-verksamhet. Begreppet "rehabiliteringscentrum" borde i stället kunna läsas som "rehabiliteringslokaler". De funktioner som rehabiliteringen skall hysa kan säkert många gånger inrymmas i några befintliga lokaler. I förebyggande syfte måste vi börja i bostadskvarteret med att skapa lokaler som folk får och vågar använda utan någon stelbent tillståndsgivning. Vi måste få bort de anonyma bostadsområdena, där vi inte uppfostras till omvårdnad om varandra.

Landstingets utredning om den psykiatriska rehabiliteringen har kritiserats starkt från fackmannahåll. Landstinget måste alltså förtydliga/ändra sina målsättningar. Detta utvecklingsarbete får inte syfta till att skapa nya institutioner bredvid de som redan finns. Man måste samla sina resurser och kunskaper till en gemensam satsning, där läkaren, psykologen, sociologen, arkitekten får bidra med sina speciella kunskaper.

Förf:s adr.: Arkitekturskolan, KTH, Rådmansgatan 12, Stockholm. Tel. 23 65 20/ankn. 1924.