



Sveriges lantbruksuniversitet
Swedish University of Agricultural Sciences

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds-
och växtproduktionsvetenskap

GRÖNA VÄRDEN I VÅRDEN

– EN UPPSATS OM HÄLSOFRÄMJANDE UTOMHUSMILJÖER I TID OCH RUM

GREEN MEDICINE

– A STUDY OF HEALTH PROMOTING OUTDOOR ENVIRONMENTS IN TIME AND SPACE

Saga Agélii



Självständigt arbete • 30 hp
Landskapsarkitektprogrammet
Alnarp 2021

GRÖNA VÄRDEN I VÅRDEN

GREEN MEDICINE

Författare Saga Agélii

Handledare: Anna Peterson, SLU, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

Examinator: Märit Jansson, SLU, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

Biträdande examinator: Kristin Wegren, SLU, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

Omfattning: 30 hp

Nivå och fördjupning: A2E

Kurstitel: Independent Project in Landscape Architecture

Kurskod: EX0846

Program: Landskapsarkitekturprogrammet

Utgivningsort: Alnarp

Utgivningsår: 2021

Omslagsbild: Fotografi från Region Skånes medicinhistoriska samling. Upphovsperson okänd.

Elektronisk publicering: <http://stud.epsilon.slu.se>

Nyckelord: Evidensbaserade design, Hälsöfrämjande design, salutogen design, trädgårdshistoria, vårdhistoria, sanatorium, psykiatrisk vård, brunnsparck

SLU, Sveriges lantbruksuniversitet

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap

Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

ABSTRACT

In the 19th and early 20th century nature and garden were central elements in healthcare settings as well as in the planning and construction of new urban environments. Nature and garden were considered 'healthy landscapes' in contrast to the crowded and unsanitary environments of the industrial cities. Three different examples of historic healthcare concepts from this era have been investigated in this essay: health spa facilities, psychiatric hospitals and sanatoria. Each healthcare concept has been illustrated through one or two Swedish examples of facilities: health spa facilities are illustrated by Ronneby brunnsspark, psychiatric hospitals are illustrated by Sankt Lars hospital in Lund and sanatoria are illustrated by Orups sanatorium in Höör and the Renströmska hospital in Gothenburg. By analysing these four facilities, and the healthcare concepts behind them, through a selection of evidence-based design theories (EBD-theories) a discovery of a wide range of health promoting benefits was made. These benefits were not scientifically proven at the time when the historic healthcare facilities were used. Today, on the other hand, a growing amount of scientific evidence emphasises the health promoting benefits of being outdoors in nature and garden settings. Hence the fact that hospitals today often are found in high density urban environments with very limited access to greenery could be considered surprising. There is a widespread opinion that the rationalization of the healthcare system that took place in the late 20th century is what lead up to the lack of greenery in healthcare facilities today. Quite the amount of healthcare facilities in Sweden today are facing major needs of renovation or rebuilding which will mean a great coming investment in the built environment in healthcare facilities. This could be regarded as a rare opportunity to listen to the latest evidence-based science and design healthcare environments that are greener and healthier. However, in order to address major public health issues of today, such as obesity, heart disease, diabetes and cancer, health promoting outdoor environments in healthcare facilities are not enough. Human health needs to be addressed all over in the built environment where people spend their time such as in office blocks, schools and preschools to improve health and well-being for people today and in the future.

SAMMANFATTNING

Under 1800-talet och tidiga 1900-talet betraktades natur och trädgård som centrala hälsofrämjande element i vården och samhällsbyggnationen. Natur och trädgård sågs som hälsans landskap i kontrast till industrialiseringens smutsiga städer där sjukdomar spreds till följd av trångboddhet och osanitära levnadsförhållanden. I denna uppsats har tre olika historiska vårdkoncept från denna tidsepok undersökts: kurorter, psykiatriska kliniker och sanatorier. Varje vårdkoncept har exemplifierats med ett eller två svenska referensplatser: kurorter med exemplet Ronneby brunnsspark, psykiatriska kliniker med exemplet Sankt Lars sjukhus i Lund och sanatorier med exemplen Orups sanatorium i Höör och Renströmska sjukhuset i Göteborg. Genom en analys av dessa referensplatser och deras bakomliggande vårdkoncept utifrån ett urval av dagens evidensbaserade designteorier (EBD-teorier) har flera olika vetenskapligt hälsofrämjande värden kunnat identifieras. Dock fanns inte vetenskaplig evidens för dessa värden under tiden då vårdkoncepten tillämpades. Idag däremot, har forskning givit upphov till en alltjämt växande evidensbas som bekräftar att vistelse i natur och trädgård är bra för människors hälsa. Så det faktum att en stor del av dagens vårdmiljöer återfinns i högdensitetsurbana områden med knapp tillgång till grönska kan ses som förvånande. Många ser det sena 1900-talets rationalisering av vårdsystemet som den bakomliggande orsaken till bristen på hälsofrämjande gröny-

tor i dagens vårdmiljöer. När Sverige nu står inför en stor investering i att rusta upp eller bygga om många av landets vårdmiljöer som har nått sin ekonomiska livslängd finns en sällsynt möjlighet att göra en stor förändring i den fysiska miljön. Det finns en möjlighet att lyssna på den senaste evidensbaserade forskningen och skapa grönare, mer hälsofrämjande miljöer i vården. Men för att möta ett flertal av dagens stora folkhälsoproblem som övervikt, hjärtsjukdomar, diabetes och cancer behövs hälsofrämjande natur och trädgård också ute i samhället där människor vistas som mest. Hälsfrågan behöver adresseras i den fysiska miljön på arbetsplatser, skolor och förskolor där det kan göra som störst nytta för människors hälsa och välmående idag och i framtiden.

FÖRORD

Det har varit roligt och spännande att göra den här undersökningen. Jag har fått tillfälle att fördjupa mina kunskaper i idé- och trädgårdshistoria och hälsofrämjande design – ämnen jag verkligen är intresserad av. Mitt intresse väcktes för gamla vårdmiljöer när jag för flera år sedan promenerade i den gamla sanatorieparken kring Renströmska sjukhuset och fick höra att det varit ett sanatorium. Jag visste inte då vad ett sanatorium var men blev genast fascinerad och började undra över platsens historia. När jag sedan blev opponert på en annan students arbete om Sankt Lars sjukhus i Lund under kandidaten väcktes även ett intresse av liknande slag för som jag känt för Renströmska sjukhuset. I en annan kurs under min utbildning på SLU Alnarp fick jag kännedom om Ronneby brunnspark och fattade intresse för det. Det är mystiken kring de gamla vårdmiljöerna, som verkat vara så annorlunda mot de flesta vårdmiljöer vi ser idag, och ovetskapen om hur platserna har använts genom historien som har lockat mig att ta reda på mer. Jag har tänkt *”om de visste då vad vi vet nu, hade platserna ändå fått samma utseende?”* Det går ju aldrig att veta men det går att ta reda på vilka hälsofrämjande kvalitéer de historiska platserna har eller hade genom att analysera dem utifrån dagens vetenskapliga teorier. Resultatet blev denna uppsats.

Jag har fått en del hjälp på vägen och jag vill rikta ett varmt tack till de som har stöttat mig i mina studier. Tack Anna Peterson för att du varit min handledare och på ett lättsamt vis har givit mig stöd i skrivandet. Tack Katarina och Anette Blåberg och Anna Bengtsson för att ni ställde upp på intervjuer och tack till mina underbara föräldrar Karin och Eriq Agélii för att ni alltid tror på mig, stöttar mig och har tagit er tid att läsa, kommentera och prata om mitt arbete.

INNEHÅLL

Abstract.....	3
Sammanfattning	3
Förord.....	5
Innehåll.....	6
1. Inledning.....	8
1.1 Syfte och mål.....	9
1.2 Frågeställningar	9
1.3 Metod och material.....	9
1.4 Avgränsningar.....	12
2. Designteorier baserade på evidens.....	13
2.1 Vetenskapliga belägg för intuition.....	13
2.2 Biophiliahypotesen	14
2.3 Roger Ulrichs forskning och stressreduktionsteorin	15
2.4 Teorin om uppmärksamhetsåterställning (attention restoration theory).....	17
2.5 Utsikt- och skyddsteorin (prospect-refuge theory)	19
2.6 Teorin om stödjande miljöer.....	20
2.7 Affordanceteorin (theory of affordances).....	23
2.8 Anknäringsteorin (place attachment theory).....	23
2.9 Salutogen design	24
2.10 Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön.....	26
3. 1800-talets samhälle och vård.....	28
3.1 1900-talets förhållningssätt till vård och omsorg.....	30
4. Resultat: 1800-talets gröna vårdinrättningar	32
4.1 Kurorter – historia och koncept	32
4.2 Ronneby brunnsspark	33
4.3 Psykiatriska kliniker – historia och koncept.....	36
4.4 Sankt Lars sjukhus.....	37
4.5 Sanatorier – historia och koncept.....	40
4.6 Svenska sanatorier	43
4.6.1 Orups sanatorium i Höör	43
4.6.2 Renströmska sjukhuset i Göteborg.....	44
5. Analys: 1800-talets gröna vårdinrättningar	48

5.1 Brunnsparken: en ebd-analys.....	48
5.1.1 Ronneby brunnspark och de åtta miljöerbjudandena	48
5.1.3 Brunnsparken och sinnena	49
5.1.4 Brunnsparken och bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön	50
5.2 Psykiatriska vården: en ebd-analys	52
5.2.1 Sankt lars sjukhuspark och de åtta miljöerbjudandena	52
5.2.2 Psykvården och trädgården.....	53
5.2.3 Vård i livets slutskede	54
5.3 Sanatorieparken: en ebd-analys.....	55
5.3.2 Helande luft och dofter	57
5.3.3 Sanatorievården och bengtssons fyra zoner.....	58
6. Dagens samhälle och vård	60
6.1 Samarbete: patientcentrerad vård och brukarmedverkan	60
6.3 Brukargrupper	61
6.4 Olika förutsättningar – olika trädgårdar.....	63
6.5 Standardisering	65
6.6 Det inkluderande samhället.....	66
6.7 Ekonomiska förutsättningar	68
6.8 Multifunktionalitet och hållbarhet	70
7. Diskussion	72
7.1 Samhällsbyggnadstrender - likheter och skillnader	72
7.2 Skillnader i vårdtider påverkar var insatser gör nytta	73
7.3 Patientcentrering och brukarmedverkan.....	74
7.4 Nya tider nya pandemier	75
7.5 Gamla sjukhus, nytt liv?.....	76
7.6 Egna reflektioner och vidare forskning.....	76
8. Slutsats.....	77
8. Källor och litteratur	79
8.1 Skriftliga källor	79
8.2 Muntliga källor.....	83
8.3 Källor till bildmaterial.....	83
Bilaga 1	86

1. INLEDNING

Hälsofrämjande¹ trädgårdar har funnits i många århundraden, i olika format och med olika koncept – men målet har alltid varit detsamma: ett friskare liv för människor. Under de senaste drygt 100 åren har enorma tekniska och medicinska framsteg gjorts inom vården och idag går det att bota sjukdomar och genomföra operationer som människor knappt kunde drömma om förr. Men i takt med teknisk och medicinsk utveckling har alltmer av vården kommit att förläggas inomhus och allt mindre fokus har lagts på naturens² och trädgårdens³ hälsofrämjande och rehabiliterande⁴ egenskaper. Under en stor del av 1900-talet kom natur och trädgård i vård-sammanhang nästan helt att falla i glömska. Men det har alltid funnits kvar en inneboende instinkt, tro eller känsla hos många människor att vi är del av naturen och att den är bra för oss (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Sedan ett par decennier har det bedrivits moderna vetenskapliga studier inom bland annat den landskapsarkitektoniska, miljöpsykologiska och trädgårdsterapeutiska disciplinen som givit evidens för tidigare idéer och praktisk tillämpning av naturen som hälsobringare. Men ännu finns det mycket kvar att lära och utforska (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005; Cooper Marcus & Sachs, 2014; Bengtsson et al., 2018).

Under en lång tid av historien räckte professionell integritet och intuition som vetenskapliga belägg inom vården – men i samband med att efterfrågan på evidens ökade behövdes empirisk vetenskap för att legitimera vårdmetoder (Flanders Cushing & Miller, 2020). Det har under det senaste seklet funnits stora svårigheter att kunna precisera forskningsresultat kring naturens och trädgårdens helande verkan (Cooper Marcus & Sachs, 2014) och det kan finnas anledning att tro att behandling med natur och trädgård, på grund av svårigheterna att mäta dess effekter, efterhand kom att anses som en överksam metod då den typ av empirisk evidens som efterfrågades på dess effekt saknades.

Men med dagens sofistikerade vetenskapliga tekniker går det att finna tidigare saknad evidens för att vetenskapligt stötta naturens och trädgårdens betydelse som vårdmetod. Empiriska studier av mänsklig interaktion med natur och trädgård har visat att naturen och trädgården faktiskt har många hälsofrämjande kvalitéer (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Trots detta är användningen av natur och trädgård i vård-sammanhang ännu relativt ovanlig, åtminstone i Sverige. Men bortprioriteringen av natur och trädgård inom vården ser nu ut att börja vända (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021). Frågan är bara hur hälsofrämjande, gröna⁵ miljöer på bästa sätt kan användas idag – på liknande sätt som de användes förr eller på nya vis anpassade till vår tids moderna samhälle och utmaningar?

¹ Aktivt förbättrande av mänsklig fysisk, psykisk, känslomässig, själslig och/eller social välmående/hälsa.

² Användningen av begreppet natur i denna uppsats baseras på Cooper Marcus & Sachs (2014) användning av ordet som innefattar vegetation i allmänhet men även fauna, vatten, stenar, himmel och väder med mera.

³ Ordet trädgård används i denna uppsats, liksom det görs av Cooper Marcus & Sachs (2014) för att beskriva en stor bredd av utomhusmiljöer. Kriterierna är att miljöerna utgörs till största del av grönska och är designade av människor. Orden park och trädgård används synonymt på många ställen i texten och vilket ord som har valts är till stor del beroende på vilket ord som valts i referenslitteraturen.

⁴ Återställande av hälsa vid eller efter sjukdom.

⁵ Plats som utgörs av huvudsakligen bevuxen yta. Gärna med ett förhållande mellan hårdgjort och växtlighet inte överstiger 30 procent hårdgjort (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

För att förstå hur dagens problematik med bortprioritering av gröna, hälsofrämjande miljöer har uppstått – och varför detta är ett problem som behöver lösas – behövs en förankring i den senaste forskningen men också i historien. Evidensbaserad design (EBD) är design baserad på den senaste forskningen och den bästa tillgängliga informationen om relationen mellan människan och den fysiska miljön och hur denna relation korrelerar till mänsklig sjukdom och hälsa. Forskningen bakom EBD-teorierna har tagits fram av forskare inom ett flertal olika discipliner, bland annat landskapsarkitektoniska, miljöpsykologiska och trädgårdsterapeutiska (Cooper Marcus & Sachs, 2014; Bengtsson, 2018; Flanders Cushing & Miller, 2020).

Med historiska nedslag i sjuk- och friskvårdskoncept från 1800- och tidiga 1900-talet, där vistelse i natur och trädgård spelade en central roll i behandlingen, undersöker jag vilka hälsofrämjande kvalitéer som går att återfinna genom att dra paralleller till dagens forskning inom EBD. Jag sätter också de historiska vårdkoncepten i perspektiv till dåtidens samhälls- och vårdutmaningar och ideal och jämför med vilka utmaningar och ideal som kan adresseras med gröna, hälsofrämjande miljöer idag. På så vis vill jag belysa bortglömda, gröna värden inom vården och undersöka hur denna 'gröna' vård kan utvecklas för att bäst möta dagens samhällsutmaningar och ideal.

1.1 SYFTE OCH MÅL

Syftet är att göra en jämförande studie av hälsofrämjande, gröna värden i historiska vårdanläggningar med hälsofrämjande värden som beskrivs i dagens EBD-teorier. Genom denna undersökning ämnar jag redogöra för vad som finns att lära av de historiska gröna vårdmiljöerna. Målet är att bidra till fler och bättre hälsofrämjande miljöer inom vård och omsorg och i samhället. Min analys understryker styrkor och svagheter i de historiska vårdanläggningarna och sätter vårdmetoderna som användes i perspektiv till dåtidens rådande samhällsutmaningar och ideal som jag sedan jämför med ideal och utmaningar idag. Ambitionen är att förutse och diskutera vilka samtida förutsättningar och behov som kan fyllas med hälsofrämjande natur – och trädgårdsmiljöer nu och i framtiden. Målgruppen som denna uppsats riktar sig till dels de som är de som arbetar med landskap och design av utomhusmiljöer eller studerar för att kunna arbeta med detta samt de som arbetar eller studerar inom vårddisciplinen och är intresserade av hur den fysiska miljön kan användas i vårdsyften.

1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR

- *Vilka evidensbaserade vetenskapliga teorier kan stödja design av hälsofrämjande, gröna vård- och friskvårdsmiljöer?*
- *Hur har inställningen till natur och trädgård i vård- och friskvårdssammanhang förändrats genom historien, från 1800-talet till idag?*
- *Vilka samhällsutmaningar och ideal gav upphov till funktion och design av de gröna utemiljöerna på historiska vårdanläggningar och vad går att lära av dem?*
- *Vilka utmaningar och ideal i dagens samhälle påverkar funktion och design av hälsofrämjande utemiljöer nu och i framtiden?*

1.3 METOD OCH MATERIAL

Arbetet med uppsatsen startade med eftersökning av information, om EBD. Efter eftersökning av informationen började en period med inläsning av det insamlade materialet. Jag läste bland annat böckerna "*Therapeutic Landscapes*" av Claire Cooper Marcus och Naomi Sachs (2014) samt "*Creating Great Places*" av Debra Flanders Cushing och Evonne Miller (2020) pärm till pärm för att sätta mig in i evidensbaserad design som koncept. Bägge respektive författarpär har bakgrund inom landskapsarkitekturen:

Clare Cooper Marcus är professor emerita i landskapsarkitektur, vid University of California, Berkeley, och är internationellt erkänd för sin framstående forskning inom bland annat restaurativa utomhusmiljöer i vårdsammanhang (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Naomi Sachs är filosofie doktor i landskapsarkitektur vid Texas A & M University och assisterande professor på Department of Plant Science and Landscape Architecture vid University of Maryland (Sachs, u.å.). Debra Flanders Cushing och Evonne Miller är båda två professorer i landskapsarkitektur vid School of Design på Queensland University of Technology.

Böckerna "*Therapeutic Landscapes*" och "*Creating Great Places*" har utgjort ryggraden i min litterära informationsbas. Förutom dessa två böcker har även boken "*Tänkvärda trädgårdar*" av Pia Schmidtbauer, Patrik Grahn och Mats Lieberg (2005) samt rapporten "*Evidensbaserad design av utemiljö i vårdsammanhang*" av Anna Bengtsson, Nina Oher, Anna Åshage, Lillian Lavesson och Patrik Grahn varit till särskilt stor hjälp för mig som informationskällor för delarna av uppsatsen som berör EBD-teori.

Efter att jag hade läst på om EBD ville jag undersöka hur de hälsofrämjande värden som beskrivs i EBD-teorierna kunde jämföras med värden återfunna i den historiska vården. För att göra detta valde jag tre olika historiska vårdkoncept där användning av naturskön utomhusmiljö var central i behandlingen: kurorter, psykiatriska sjukhus samt sanatorier. De tre vårdkoncepten representerar olika aspekter av vård (friskvård, psykvård och infektionsvård) och utgör en viktig del av vårdhistorien under 1800- till tidiga 1900-talet som är den historiska tidsram jag har valt att lägga fokus på. Jag läste in mig på vart och ett av de historiska vårdkoncepten utifrån deras respektive vårdhistoriska kontext och beskrev utifrån litteraturen deras utomhusbaserade hälsokurer. Detta gjorde jag dels generellt, dels mer ingående genom att illustrera vårdkoncepten med ett eller två svenska referensplatser. Vårdkoncepten och deras referensplatserna undersökte jag sedan i en analys utifrån de EBD-teorier jag valt att skriva om – allt för att understryka de hälsofrämjande värden som fanns i de historiska anläggningarnas utemiljöer.

Jag har gjort studiebesök av referensplatserna (Ronneby brunnsspark, Sankt Lars sjukhus i Lund, Orups sanatorium i Höör och Renströmska sjukhuset i Göteborg) under arbetets gång. Med EBD-teorierna i åtanke har jag under besöken bildat mig en uppfattning av faktorer som bland annat vårdanläggningarnas skala, karaktär, sammanhang i landskapet, estetik och artrikedom som är svårt att ta till sig genom litteraturstudier. Studiebesöken har utförts genom egen rundvandring på respektive anläggning under dagtid och varat mellan en och två timmar per tillfälle. Under besöken har jag fotograferat samt fört anteckningar över mina observationer. Anteckningarna har innehållit noteringar om flora och fauna, känsla på platsen, historiska lager, anläggningarnas estetik, rumsligheter och hur de används av människor idag.

Besök vid Renströmska sjukhuset gjordes 15 november 2020 och 2 januari 2021. Sankt Lars sjukhus besöktes 22 november 2020 och 21 februari 2021. Orups sanatorium besöktes 28 november 2020. Ronneby Brunnsspark besöktes 7 mars 2021.

Den litteratur jag har använt i undersökningarna av de historiska vårdkoncepten och deras referensplatser har kommit från olika håll. Som huvudsaklig informationskälla om Ronneby brunnsspark och vårdkonceptet på kurorterna har jag använt den avhandling från SLU som Anna Jakobsson skrev om parken år 2000. I avhandlingen har jag funnit detaljerad information som planritningar, planeringslistor och historisk utveckling av anläggningen samt historisk bakgrund till hur kurortsbehandlingen kom att bli populär i Sverige.

Sankt Lars sjukhus och den psykiatriska vården har jag funnit mycket information om i boken *"Sinnessjuk i folkhemmet"* av Eva Andersson (1990) som handlar just om Sankt Lars sjukhus ur de anställdas perspektiv. Även de nuvarande ägarna av sjukhusanläggningen, Hemsö Fastighets AB (u.å.), har samlat en hel del information om så väl byggnader som parkmiljö vilket har varit mig till stor hjälp.

I studien av vårdkonceptet sanatorium har jag utgått från ett flera olika källor, bland annat två journalartiklar. Den ena är skriven av Peter Warren och heter *"The Evolution of the Sanatorium: The First Half-Century, 1854–1904"* och publicerades i *"Canadian Bulletin of Medical History"* år 2006. Den andra artikeln är skriven av Eva Eylers och heter *"Planning the Nation: the sanatorium movement in Germany"*, publicerad i *"The Journal of Architecture"* år 2014. Även ett kulturmiljöunderlag av företaget Antiquum på uppdrag av Stadsbyggnadskontoret i Göteborg (2008) har varit mycket användbart i studien av sanatorium. I synnerhet för information om sanatoriet Renströmska Sjukhuset. Material baserat på den svenske professorn Gunnar Bomans (2007; 2012) specialistkunskap om TBC i Sverige har givit mig mer Sverigespecifika fakta och insikter om problematiken och insatserna för att bekämpa tuberkulosepidemin.

I ett parallellt spår till undersökning och analys av de historiska vårdkoncepten har jag gjort en jämförande studie av rådande samhällsprocesser och ideal under 1800-talet och idag. Detta för att hitta bakomliggande drivande krafter som gav upphov till de gröna historiska vårdanläggningarna och identifiera motsvarande drivande krafter som påverkar vårdens funktion och miljöer idag. 1800-talets förhållanden presenteras i uppsatsens del 3. *1800-talets samhälle och vård* och dagens förhållanden presenteras i del 6. *Dagens samhälle och vård*. I del 7. *Diskussion*, resonerar jag kring likheter och skillnader mellan de olika tidsepokerna och vad som går att lära av detta.

För att få en bättre inblick i dagens utveckling och trender kring hälsofrämjande miljöer designade med EBD gjorde jag två intervjuer. Den första intervjun var med systrarna och företagarna Katarina och Anette Blåberg som gav sitt perspektiv med erfarenheter och insikter som yrkesverksamma inom hälsofrämjande branschen. Tillsammans äger de företaget Good Garden som utformar trädgårdar för hälsa och välbefinnande. De arbetar med hela processen, från behovsanalys och gestaltning till implementering. Good Garden är främst inriktade mot vård- och omsorgsboenden, förskolor och skolor. Inom företaget finns kompetens inom hälsovård och landskapsarkitektur. Katarina har en barkund som sjuksköterska, projektledare och operativ chef inom forskning för bland annat läkemedelsjätten Astrazeneca och är även utbildad inom ledarskap. Anette har en helt annan bakgrund som illustratör, främst för undervisningsmaterial till

skolor, men är också trädgårdsdesigner med stor passion för växter och trädgård (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021)

Intervjun skedde över telefon under en dryg timme och vi diskuterade frågor (se bilaga 1) som jag hade skickat i förväg. Jag kom fram till de frågor jag ville ställa utifrån litteraturstudien. Jag sökte svar på sådant som jag tyckte mig ha förstått genom att 'läsa mellan raderna' och ville stämna av med några som arbetar med hälsofrämjande trädgårdar för att kunna bekräfta eller avstyra mina antaganden. Samtalet med Katarina och Anette behandlade inte frågorna en och en i kronologisk ordning utan var mer en flytande diskussion där svaren på de olika frågorna gick in i varandra. Jag förde anteckningar under tiden och fick några kompletterande kommentarer om sådant som inte blivit tillräckligt förtydligat under samtalet skriftligen på mejl efteråt. Svaren jag fick från intervjun gällde framför allt förutsättningar och trender gällande hälsofrämjande trädgårdar idag. Jag analyserade och tolkade detta och använde materialet parallellt med andra källor i texten.

Min andra intervju med var med Anna Bengtsson, landskapsarkitekt, filosofie doktor och universitetsadjunkt på SLU Alnarp med expertisområde inom evidensbaserad och hälsofrämjande design. Även denna intervju var av friare karaktär och samtalsämnet var i huvudsak salutogen design och det arbete som just nu bedrivs inom EBD-forskning i Sverige. Anna delade med sig av sina erfarenheter och lärdomar som forskare. Intervjun skedde över zoom och varade i en knapp timme. Under samtalet förde jag anteckningar samt gjorde en ljudinspelning. På samma sätt som jag analyserade och tolkade materialet jag fick från intervjun med systrarna Blåberg gjorde jag med materialet jag fick från intervjun med Anna och använde även detta material parallellt med andra källor i texten.

1.4 AVGRÄNSNINGAR

Det historiska tidsspänn som behandlas i denna uppsats har 1800-talet fram till idag som huvudsakligt fokus. Det finns naturligtvis andra tydliga exempel dessförinnan på naturens och trädgårdens betydelsefulla roll i vårdmiljöer – alltifrån antikens Greklands vårdinrättningar till Romarrikets krigssjukhus till medeltidens kloster (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Jag är även medveten om att studien är avgränsad till enbart 'västerländska' och mer konventionella vårdexempel – det finns många andra exempel på läkekonst från andra kulturer där natur och trädgård spelar/har spelat en central roll. Exempel på andra kulturer/sammanhang är östasiatiska kulturer – i synnerhet den japanska, indianska kulturer i Nord- och Sydamerika samt den samiska kulturen i Sverige.

Denna uppsats är baserad på litteratur som har sin utgångspunkt i internationell forskning men är avgränsad till svenska vårdanläggningar som referensplatser. Sammantaget avgränsar sig uppsatsen till att spegla i huvudsak ett västerländskt perspektiv på såväl historiska som moderna samhällsideal och hälsofrämjande trädgårdar.

2. DESIGNTEORIER BASERADE PÅ EVIDENS

2.1 VETENSKAPLIGA BELÄGG FÖR INTUITION

Många behandlingsmetoder inom den historiska vården användes utan vetenskapliga belägg för att de hade någon effekt på hälsan. Läkarnas intuition och professionella integritet stod som främsta drivande kraft inom praktiken (Flanders Cushing & Miller, 2020) och patienterna själva hade väldigt lite att säga till om gällande sin vård (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Vissa av de historiska läkarnas intuitioner gav upphov till vårdmetoder och program som i efterhand visat sig vara rena kvacksalverier (Böttinger, 2003).

Tack vare vetenskapliga framsteg så har sjukvården idag, likt många andra discipliner som geografi, psykologi och sociologi, frångått sin förankring i det mer praktiska, anekdotiska och intuitiva till att istället grunda de metoder som används i evidensbaserad teori inom sitt specifika vetenskapliga fält. Forskning och vetenskapliga tester tar fram det evidens som nu dominerar utvecklingen inom vården. Detta skapar större krav på säkerhet, trygghet och etiskt förhållningssätt gentemot patienterna. Denna vetenskapliga grund kallas för evidensbaserad medicin eller evidensbaserad vård (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Samhällsbyggnadsdisciplinen, som landskapsarkitekturen kan inräknas in i, har alltid lagt huvudsakligt fokus på praktiskt kunnande och färdigheter då detta är viktigt i den platsorienterade problemlösningen som ju är essentiellt för branschen. Även om det praktiska kunnandet är värdefullt och viktigt för den arkitektoniska professionen behöver det kompletteras med teoretisk vetenskap för att öka möjligheter till intellektuell utveckling. Debra Flanders Cushing och Evonne Miller tror att samhällsbyggnadsdisciplinen nu är på väg att göra samma resa som vård-disciplinen har gjort och övergå till design utifrån mer vetenskapliga principer. De menar att evidensbaserad design (EBD) är en indikation om en sådan omställning. Däremot går det inte att komma ifrån att design, till skillnad medicin- och vårdområdet, har en konstnärlig grund. Empatisk intuition, innovativa ickelinjära designidéer och kreativitet är grundstenar i designprocessen som aldrig går att byta ut (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Av den anledningen kan design inte standardiseras på samma sätt som medicin menar Anna Bengtsson, som länge har forskat inom det miljöpsykologiska fältet vid SLU, Alnarp och är expert inom EBD. Hon förklarar vid intervju tillfället 15 februari 2021 att behandlingsmetoder i vården går att standardisera då de vanligen kan repeteras medan design bara till en viss grad kan upprepas efter samma riktlinjer. Varje projekt är unikt och en fullständig standardisering är omöjlig. Att ta hänsyn till varje projekts specifika förutsättningar är dock inte ovetenskapligt – tvärt om. Det är av största vikt att förhålla sig till den senaste vetenskapen även inom design. Särskilt i vårdmiljöer, där många människor i känsligt tillstånd vistas, är det viktigt att miljöerna är noga anpassade till det forskningen visat har en stödjande funktion för de brukargrupper som är aktuella i sammanhanget (Bengtsson, muntl., 2021).

När Clare Cooper Marcus och Naomi Sachs (2014) tar upp EBD i det tredje kapitlet av boken *Therapeutic Landscapes* väljer de att referera till ett minnesvärt skämt draget av föreläsaren på en svensk EBD-konferens: "My mother could have told you that", löd poängen i skämtet. Essen- sen av det hela var enligt Cooper Marcus och Sachs att vi människor har ett 'husmorsförnuft' genom vilket vi känner att vi är en del av naturen och att det är bra för oss att vistas i miljöer liknande de vi evolutionärt var skapta att leva i. Just detta förnuft, eller intuition, var det som

gjorde att många läkare förr ordinerade trädgårds- och naturvistelse till sina patienter trots att de saknade vetenskaplig evidens för att det var rätt. Idag har forskningen kommit längre och evidens för de hälsofrämjande effekter som vistelse i natur och trädgård har på oss människor fortsätter kontinuerligt presenteras i vetenskapliga undersökningar, studier och experiment. Vi människor behöver som sagt inte bevis för att förstå naturens helande verkan på oss – däremot behövs bevis för att kunna fastslå att det är sant rent vetenskapligt. Den vetenskapliga grunden utgörs av teorier som förklarar evidensen på hälsoeffekterna. Utifrån denna grund har det skapats evidensbaserade designteorier för att kunna omsätta vetenskapen till design av den fysiska miljön och således kunna erhålla naturens och trädgårdens hälsofrämjande kvalitéer på många olika platser genom att tillämpa tidigare beprövade designkoncept (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Empiriska studier av både kvantitativ och kvalitativ karaktär har kunnat visa en tydlig korrelation mellan exponering för natur och förbättrat hälsotillstånd. De positiva effekterna har varit fysiska, som förbättrat immunförsvar, reglering av blodtrycket, minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom, övervikt och diabetes. Men också kognitiva och mentala effekter som stöttar ökad kreativitet, produktivitet, minskad stress, aggression och orolighet samt barns intellektuella och motoriska utveckling (Flanders Cushing & Miller, 2020). Somliga av dessa hälsofördelar har även visat sig generera ekonomiska besparingar då de har bidragit till att minska andra kostnader. Grunden för EBD är, liksom evidensbaserad vård, att använda den senaste forskningen som grund i beslutsfattandeprocessen. Detta innebär i praktiken att designen av en miljö baseras på tidigare beprövade koncept som har dokumenterade hälsofrämjande effekter liksom de som nämnts ovan. Det finns många olika teorier som förklarar bevisen som presenteras i denna vetenskap och vissa av dessa teorier har sedan vidareutvecklats till evidensbaserade designkoncept, eller designteorier, som kan appliceras på andra platser där det är önskvärt att erhålla de dokumenterat positiva hälsoeffekterna (Cooper Marcus & Sachs, 2014). De evidensbaserade designteoriernas (EBD-teoriernas) främsta funktion är att bidra till att bygga broar mellan forskning och praktik och utgöra konkreta hjälpredskap i utformning av den fysiska miljön (Bengtsson et al. 2018). Nedan presenteras ett urval av de mest framstående EBD-teorierna som är applicerbara i undersökningen av 1800-talets gröna vårdmiljöer.

2.2 BIOPHILIAHYPOTESEN

Biophiliahypotesen är en vetenskaplig förklaringsmodell som går i linje med den mänskliga intuitionen om naturens helande kraft. Termen '*biophilia*' kommer från latinets '*bio*' som betyder liv eller levande och '*philia*' som betyder kärlek. Psykoanalytikern Erich Fromm var den som grundade begreppet och enligt hans definition kan dess mening närmast beskrivas som "*den passionerade kärleken för livet och allt som lever*". Fromm menade att det är människans medärvda, undermedvetna behov att känna samhörighet med naturen och andra livsformer (Flanders Cushing & Miller, 2020). Denna teori går i mångt och mycket hand i hand med geografen Jay Appletons resonemang om människans medärvda förkärlek till savannen och dess livgivande landskap i *utsikt och skydd-teorin* (som presenteras mer ingående nedan i del 2.5).

Under merparten av mänsklighetens historia har vi levt i små familjegrupper i nära kontakt med naturen runtom oss. Urbanisering är en relativt ny trend som har gått mycket snabbt. År 1800 levde endast 3 procent av världens befolkning i städer (se figur 4). Idag är den siffran uppe i cirka 50 procent och i Sverige är det ännu fler – hela 85 procent (SCB, 2015).

Enligt *biophiliahypotesen* är en urban miljö, rent evolutionärt, inte vad vi människor är skapta för att bo och leva i. Människan har ett djupt underliggande behov av att vara enade med natu-

ren som inte uppfylls om vi distanserar oss från den i städer. Att vi söker oss till städernas gröna oaser – parker och grönstråk, eller ut ur städerna till naturreservat och nationalparker, åar, sjöar eller havets stränder är ett sätt för oss att försöka fylla behovet av att omge oss med annat liv. Att vara i naturen eller se natur är njutbart för oss människor och gör oss lugnare och gladare. Det faktum att vi blir alltmer distanserade från naturen, både fysiskt och psykiskt, är därför illabådande för vår hälsa (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Dagens svenskar tillbringar i snitt hela 90 procent av sina liv inomhus. Därför är det av största vikt att vi kommer i kontakt med så mycket natur som möjligt när vi väl hittar ut genom dörren. Det viktigaste är med andra ord att natur finns tillgänglig och är närvarande där människor vistas i utomhusmiljön – men även att naturen upplevs som trygg och ren spelar roll för att den ska vara hälsofrämjande (Andersson & Rydberg, 2005).

Biophiliahypotesen förespråkar natur med artrikedom och mångfald i den anlagda miljön varhelst det finns utrymme. Extra fördelaktigt är det om det går att uppleva naturelementen genom interaktion med flera sinnen. I den täta staden kan gröna tak och väggar, vattenelement, små insektsfrämjande 'pocket-trädgårdar' eller lummiga innegårdar utgöra bra exempel på naturinslag som kan få plats även på de minsta ytor (Flanders Cushing & Miller, 2020).

2.3 ROGER ULRICHS FORSKNING OCH STRESSREDUKTIONSTEORIN

Få som är bekanta med miljöpsykologi och evidensbaserad design kan ha undgått den amerikanske miljöpsykologen Roger Ulrichs experiment på patienter som återhämtade sig från gallblåseoperation på 1970-talet. I experimentet tilldelades försökspersonerna sjukhusrum med likvärdig kvalitet och vård – den enda skillnaden utgjordes av vyn från sjukhusrummets fönster som antingen vette mot en tegelvägg eller mot en vy med träd. Resultatet i denna studie skulle bli lite av ett startskott för den moderna evidensbaserade designen då hans forskning kom att resultera i ett av de första vetenskapligt publicerade bevisen på att tillgång till natur för vårdpatienter har hälsofrämjande effekter. Undersökningen som namngavs "*View through a Window May Influence Recovery from Surgery*" publicerades 1984 och redogjorde för kvantitativa undersökningar av sjukhusjournaler från de opererade patienterna. Ulrich mätte känslomässiga och fysiska effekter av den lilla förändringen i miljöestetiska faktorer (vyn i fönstret). Faktorerna som mättes inkluderade antal patienter som upplevde komplikationer efter operationen, tid för tillfrisknande samt efterfrågan av smärtstillande medicin och hjälp från sköterska. Alla faktorer visade sig mätbart förbättrade hos patienter som hade haft en vy med träd utanför sitt rumsfönster gentemot de som hade haft fönster ut mot en tegelvägg (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Att studien var grundad i empirisk vetenskap kan ses som essentiellt för att vinna respekt hos en disciplin som vården där evidens är en drivande kraft och något utav en grundsten i hela systemets uppbyggnad. Att det nu fanns vetenskapligt belägg för naturens hälsofrämjande effekter innebar inte bara en möjlighet till en mer estetiskt tilltalande, grönskande vårdmiljö – det utgjorde även bevis på att det fanns ekonomiska besparingar att göra tack vare att en patient med tillgång till natur uppenbarligen kräver mindre resurser som medicin och mängd och längd av omvårdnad (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Roger Ulrich grundade flera teorier inom fältet för miljöpsykologi utifrån sin forskning. En av dessa var stressreduktionsteorin som han presenterade under namnet "*Theory of Supportive Gardens*". Han menade att människor som vistas i vårdmiljöer (i synnerhet patienter, anhöriga och personal) är utsatta för mycket stress – detta i så pass hög grad att det utgör ett problem för

verksamheten om det inte finns platser för återhämtning. Hans teori understryker därför fördelarna med gröna miljöer i vårdsammanhang hänvisat till deras stressreducerande verkan. Ulrich menade att oavsett om människor är medvetna eller inte om naturens stressreducerande verkan, söker de sig till naturen om de behöver lugn (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Dessa gröna miljöer (hälsofrämjande trädgårdar) skapar möjlighet för de som vistas i vården att återhämta sig från stress orsakad av negativa upplevelser som smärta, minskad kontroll och brist på möjlighet att vara privat i sjukhusmiljön. Anhöriga kan få en grön plats där de kan bearbeta känslor och tankar kring en närstående som får vård eller bara få en trevligare plats att vänta på under behandlingen än inne i den ofta hektiska sjukhusmiljön. Likaså kan vårdanställda använda utemiljön för att få ett välbehövligt miljöombyte på rasterna under i sin arbetsdag (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Men det är inte bara den hektiska korttidsvården som kan vara stressande. Ulrichs stressreduktionsteori såg både överstimulerande och understimulerade vårdmiljöer som källor till stress och ohälsa. I korttidsvården är en överstimulerande miljö vanligt förekommande vilket i många fall väcker negativa känslor som oro och ångest. För personer i långtidsvården, som exempelvis på äldreboenden, utgör istället en understimulerande miljö en trolig källa till många fall av tristess och depression (Bengtsson et al., 2018).

En hälsofrämjande trädgård har, enligt Ulrich, fyra olika huvudfunktioner. Alla har stöttande egenskaper och hjälper till att minska stress. Cooper Marcus och Sachs återger i boken *Therapeutic Landscapes* Ulrichs teoribeskrivning av de gröna miljöernas stöttande egenskaper:

1. Ger känsla av kontroll: Patienter som är inlagda på sjukhus upplever i många fall inskränkt kontroll över sitt varande. Ofta får de inte bestämma själva över sin kropp – vad de får göra, ha på sig, äta och dricka eller vad andra får göra med dem (exempelvis provtagningar och behandlingar som inte alltid är så trevliga och därför kan orsaka stress). Brist på möjlighet till avskildhet och privatliv då patienter är under ständig uppsikt är också något som kan upplevas som stressande. För att ge en paus från allt detta är en grön tillflyktsort, i form av en hälsofrämjande trädgård, hjälpsam. Undersökningar har visat att brist på information om att det faktiskt finns en trädgård på vårdanläggningen är den vanligaste orsaken till att människor inte använder sjukhusträdgårdar. Det är därför viktigt att trädgården placeras synligt där människor vistas – och information om trädgården får gärna finnas tillgänglig runtom i sjukhusbyggnaden. Bara vetskapen i sig om att det finns en tillgänglig tillflyktsort från stressen kan vara tillräcklig för att ha en positiv inverkan för känslan av kontroll, frihet och minskad upplevelse av stress – även om trädgården inte ens besöks. Väl i trädgården måste det finnas goda valmöjligheter för brukaren att anpassa besöket efter just sina önskemål och behov för att kunna uppleva kontroll. I konkreta designaspekter kan det ofta röra sig om val av rum i rummet – det behövs flera olika rum och platser med varierande grad av avskildhet för att undvika trängsel om fler personer vill bruka trädgården samtidigt. Platser med avskildhet är viktiga för besökare som vill vara ensamma eller få en privat stund med en närstående. Även utbudet av olika sittplatser är av stor vikt. Sittplatserna måste vara lättillgängliga och attraktiva och finnas både i solen och i skuggan, både nära sjukhusbyggnaden och längre bort. Med fördel kan sittplatserna vara ombonade med ryggen skyddad för att få känslan av att se ut över landskapet från en skyddad position (mer om detta i del 2.5). Variation av intryck och intressanta saker att se och möjlighet till val av vägar/stigar att vandra är andra faktorer som är viktiga för kontrollkänslan (Cooper Marcus & Sachs, 2014) (mer om miljöerbjudanden i del 2.7).

2. Utgör miljöer som inbjuder till social support: Trädgårdar intill eller på vårdanläggningen har dokumenterade egenskaper som arena för sociala interaktioner. En variation av mindre rum i parkrummet med olika storlek och funktion samt sittplatser i olika konstellationer eller flyttbara möbler tillåter umgänge i liten och större skala. Detta är viktigt då socialt stöd från andra är ännu en faktor som bevisligen minskar stress hos patienter. Utomhusmiljöer med möjligheter till avskildhet för att möta olika sociala behov som att få vara ensam en stund eller föra ett privat samtal är extra viktiga kring ansamlingsplatser i vårdmiljön, som exempelvis väntrum och cafeterior där utemiljön kan utgöra ett trevligt och lättillgängligt miljöalternativ (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

3. Ger utrymme och uppmuntrar till fysisk aktivitet och träning: Att fysisk aktivitet och träning är viktiga för så väl det mentala som det fysiska välmåendet är vida känt och vetenskapligt dokumenterat. Stressreduktion är en av de fördelar som kan uppnås till och med genom väldigt mild fysisk aktivitet som promenader. Detta är effektivt i så hög grad att det enligt Ulrich kan förebygga och troligen också bota depression (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

4. Utgör en positiv distraktion från det som stressar: En positiv distraktion innebär är händelse eller situation som försätter individen (i detta fall patienten) i ett förbättrat emotionellt tillstånd genom sina upplevelser. Det förbättrade emotionella tillståndet gör att orostankar för stunden stängs ute eller minskas vilket i sin tur genererar effekter som sänkt blodtryck och minskning av stresshormoner. Skratt, musik, konst och interaktion med djur och natur har visat sig vara några av de universellt mest effektiva positiva distraktionerna (Cooper Marcus & Sachs, 2014) (detta fenomen förklaras mer ingående av teorin om uppmärksamhetsåterställning, 2.4, nedan).

Dessa fyra funktioner är centrala i en god, hälsofrämjande design, menar Ulrich, enligt Cooper Marcus och Sachs. De menar också att hälsofrämjande trädgårdar med stödjande funktioner förbättrar den generella vårdkvaliteten och utgör ett komplement till den medicinska teknologin. Cooper Marcus och Sachs är enliga med Ulrich om att en felaktig design av den fysiska miljön kan ha en negativ inverkan på upplevd stress hos patienter vilket potentiellt också kan påverka det övergripande resultatet av behandlingen. Till exempel kan miljöer som domineras av hårdgjorda ytor skapa negativa associationer och/eller upplevas som trånga, överbefolkade eller otrygga och därför ge negativ hälsopåverkan (Bengtsson et al., 2018).

2.4 TEORIN OM UPPMÄRKSAMHETSÅTERSTÄLLNING (ATTENTION RESTORATION THEORY)

Nära besläktad med *stressreduktionsteorin* är teorin om uppmärksamhetsåterställning som Rachel och Stephen Kaplan presenterade i sin bok "*The experience of nature: a psychological perspective*" från 1989. Enligt Kaplan och Kaplan är uppmärksamhet och fascination två centrala faktorer som kan orsaka respektive återställa hjärnan från stress (Kaplan & Kaplan, 1989). Att koncentrera sig på något svårt eller viktigt – må det vara att skriva ett prov i skolan, utföra en krävande arbetsuppgift eller ta sig någonstans på en myllrande gata, full av människor, trafik och intryck – kräver ofta ens fulla uppmärksamhet (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

För att behålla fokus på tråkiga och/eller enformiga sysslor (roliga sysslor kräver mindre) eller för att stänga ute störningsmoment som buller, samtal, egna tankar på annat som kan distrahera uppmärksamheten kan individer utöva så kallad 'riktad uppmärksamhet' (Bengtsson et al., 2018). När vi utövar riktad uppmärksamhet måste hjärnan bearbeta så mycket information att det inte går att fokusera på något annat just i stunden. Denna koncentrationsförmåga ger oss, enligt Kaplan och Kaplan, en förmåga att få saker gjorda samtidigt som det kan bli stressfullt och ansträngande för hjärnan – och till och med skadligt i längden – om inte tillräckliga avbrott ges från det intensiva informationsprocessandet (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Det skadliga tillståndet kallar Kaplan och Kaplan för '*Directed Attention Fatigue*'. Denna typ av mental utmattning kan visa sig i form av att personen gör allt fler misstag, blir lättirriterad, får problem med minnet eller till och med börjar bete sig illa mot människor i sin omgivning. Går det riktigt långt kan personen slutligen komma in i en passivitet där det är svårt att åstadkomma något överhuvudtaget (Bengtsson et al., 2018).

För att inte riskera utmattning behöver hjärnan, i kontrast till det fokus som krävs för riktad uppmärksamhet, få chans att slappna av genom kravlös mental stimulans. Det finns många saker och händelseförlopp i naturen som kan ge upphov till denna typ av kravlösa stimulans och det bästa sättet att komma i kontakt med dem är att helt enkelt ta sig ut i natur eller trädgård och uppleva scener i landskapet. Det finns inget rätt eller fel i vad som lockar och fascinerar. Heller finns inget krav på att interaktionen med naturen ska leda någonstans. De flesta objekt eller levande varelser i naturen samt deras livscyklar med överlevnad, predation, tillväxt och succession är sådant som kan locka till intresse. Moln som rör sig över himlen, solupp- eller nedgångar med sina färgskiftningar och växters rörelse i vinden är naturliga skådespel som kan utgöra tacksamma återhämtande upplevelser för ansträngda hjärnor. Det är sådan 'kravlös stimulans' som Kaplan och Kaplan kallar för 'mjuk fascination'. Att exponera sig för denna typ av naturliga element fångar ofrivilligt ens uppmärksamhet samtidigt som det låter hjärnan återhämta sig från stress eftersom det stimulerar hjärnaktivitet på ett kravlöst vis som återställer förmågan att fokusera (Kaplan & Kaplan, 1989).

För att en plats på bästa sätt ska möjliggöra för mjuk fascination bör den designas till att vara tydligt 'koherent', d.v.s. sammanhängande och organiserad, samtidigt som den bör ha rik komplexitet med många olika val av saker att uppleva och göra. Platsen bör även vara enkel att orientera sig i, det vill säga ha hög läsbarhet. Läsbarheten kan underlättas om platsen innehåller ett eller flera minnesvärda objekt som är väl synliga och som hjälper navigationen. Slutligen behövs också en grad av mystik – det eggas på nyfikenheten och lusten att röra sig ut i området, uppleva och upptäcka. Krökta gångar och halvdolda vyer ger små ledtrådar om det som finns längre bort och hjälper besökaren vidare (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Cooper Marcus och Sachs återger Kaplan och Kaplans tankar om vilka fyra funktioner en miljö behöver för att på bästa sätt inbjuda till 'mjuk fascination' och som designers⁶ bör känna till:

1. Att få komma bort: Miljön ska kunna agera tillflyktsort från det som orsakar stress och utmattning. Med fördel så är det en fysisk förflyttning – som till exempel att ta sig ut i skogen. Men även en mindre förflyttning som att ta sig ut på gården utanför dörren kan räcka i många fall. Går inte heller detta så hjälper också en vy att titta på genom sitt fönster eller till och med att betrakta en bild av natur. Att koppla bort och se en skön plats för sitt inre öga under en liten mikropaus kan också ha en återställande verkan (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

2. Omfattning: Platsen måste vara stor nog att tillåta en känsla av att vara helt frånkopplad från resten av världen. Storlek eller detaljrikedom på denna fysiska, eller i fantasin föreställda, plats ska skapa förutsättningar för mjuk fascination. Detta gäller inte bara rumsliga faktorer – alla sinnen måste ges utrymme till frånkoppling. Att ständigt bli påmind av omvärlden genom trafikljud från en närliggande väg eller parkering, i en annars fin och välutformad hälsofrämjande miljö, kan förstöra miljöns återställande effekt (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

3. Fascination: Detta är den, enligt Kaplan och Kaplan, viktigaste dimensionen som gör en miljö återställande. Som beskrivet ovan utgör naturliga processer, ljus, flora och fauna exempel på saker i naturen som kan väcka fascination (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

4. Kompatibilitet: Miljön ska möta de behov som brukarna av platsen har – om det finns behov av att få vara ensam krävs det att miljön skapar möjligheter till avskildhet och om brukarna av platsen har funktionsvariationer krävs åtgärder för tillgänglighetsanpassning så att platsen blir lätt och trevlig att använda. Möts inte de behov som finns är det inte en bra hälsofrämjande miljö (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Rachel och Stephen Kaplan menar att naturen är där vi människor bäst kan återhämta oss eftersom vi evolutionärt är inställda på att förstå 'naturens språk'. I naturen går det att ha balans mellan riktad uppmärksamhet och mjuk fascination – och det är så människor alltid har levt fram till urbaniseringens tilltagande. Den moderna, urbana levnadsmiljön tvingar människor till mer riktad uppmärksamhet än vi någonsin har behövt utöva tidigare. Ofta blir det mer än vi är gjorda att klara av. Detta i kombination med bristande tillgång till miljöer som erbjuder återhämtning banar väg för en stor utbredning av mental ohälsa (Bengtsson et al., 2018).

2.5 UTSIKT- OCH SKYDDSTEORIN (PROSPECT-REFUGE THEORY)

Geografen Jay Appleton var, likt Kaplan & Kaplan, inne på det evolutionära spåret i sin bok *"The Experience of Landscape"*, som gavs ut år 1975. Där presenterade han en teori om människors miljöestetiska preferenser i landskapet med hänvisning till människans evolutionära ursprung hela vägen tillbaka till våra förfäder på den afrikanska savannen. Appleton var av meningen att savannen, som människans ursprungshabitat, hade allt vi behövde för att överleva: skydd, trygghet, mat, vatten, ljus och luft – och att estetiken i savannmiljön tilltalade oss i det undermedvetna av den grundläggande anledningen att det rent överlevnadsmässigt var en bra plats för oss att vistas på. Denna undermedvetna förkärlek för platser med samma estetiska proportioner mellan öppenhet och skydd som finns på savannen är enligt Appleton alltså nedärvd hos dagens människor som ett minne från tiden då våra förfäder levde som samlare och jägare. Dessa förfäder hade behov av god utsikt över landskapet. Det var viktigt för att kunna upptäcka

⁶ Personer som arbetar med design av den fysiska utomhusmiljön. Exempelvis landskapsarkitekter.

eventuella möjligheter till jakt med mera samt att se eventuella hot och faror som till exempel andra predatorer som förfäderna behövde söka skydd från (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Möjligheten att se utan att bli sedd och att kunna söka skydd när vi känner oss hotade är i princip lika eftertraktade miljöerbjudanden av människor idag som för våra förfäder. Detta, menade Appleton, är ett resultat av de nedärvda 'savann-instinkterna'. Idag är däremot inte rovdjur något de flesta människor behöver oroa sig för i sin vardag. Istället eftersöks idag skydd mot andra upplevda eller faktiska hot eller olustigheter, som trafik, väder eller andra människor (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Kompositionen av en plats beståndsdelar i förhållande till varandra, med fokus på om utsikt och skydd erbjuds samtidigt, kan med andra ord vara avgörande för hur trygga och bekväma människor känner sig på platsen. Upplevelsen av trygghet är däremot inte nödvändigtvis beroende av att platsens design faktiskt är trygg – det finns många saker som vi symboliskt uppfattar som skydd och som vi därför upplever som trygghetsskapande (Flanders Cushing & Miller, 2020) – exempelvis runda eller genomskinliga hörn på byggnader eller föremål i rummet som gör att det lätt går att ana om det finns något bakom dem.

Ett skydd kan vara symboliskt på olika sätt – exempelvis gällande funktion, härkomst, uppbyggnad, tillgänglighet och effektivitet. Det är dock viktigt att skyddet har en proportionerlig storlek för personen eller personerna som det ska inhysa eller skydda för att det ska upplevas som tryggt. Det är viktigt för designers att vara vaksamma på den fina linjen mellan en plats som erbjuder skydd och en plats som skapar instängdhet – eftersom instängdhet ger motsatt effekt, det vill säga otrygghet (Flanders Cushing & Miller, 2020).

En busshållplats är ett exempel på ett vanligt skydd ute i dagens samhälle. Hållplatskuren behöver skydda den som väntar på bussen från väder och vind och trafiken på den intilliggande vägen samtidigt som den måste tillåta utsikt för att se om bussen kommer eller annat som händer i omgivningen. Om behovet finns att kika eller gå ur kuren för att få bra uppsikt så är det inte ett faktiskt effektivt skydd även om det är igenkännligt som en symbol av skydd (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Det finns de som är av meningen att själva konceptet av 'skydd' är begränsande då detta innebär att det finns ett behov att söka sig undan från fara. Därför föredrar många att använda termen tillflykt istället då detta begrepp är bredare och inkluderar mer än bara trygghet från fara. Vanliga skydd eller 'tillflykter' ute i dagens samhälles bostadsområden och vårdanläggningar utgörs av bland annat lusthus, balkonger och verandor. Om dessa är väl designade ger de en god utsikt med en panorama- eller riktad vy. Panoramavyer har en sympatisk karaktär för den som vill få god översikt av det kringliggande landskapet och allt som händer. En riktad vy är mer begränsad till en utvald scen genom placering av objekt som döljer eller framhäver vissa delar av landskapet (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Att välja vad som ska synas eller inte synas är en viktig designfråga av estetiska skäl men det är också av stor betydelse för tryggheten. Som tidigare nämnt är sikten runt hörn viktig. Det samma gäller för skiten under trädkronor. En ännu mer dominant faktor för upplevelsen av trygghet är belysning. Ljussättningen av en plats, i synnerhet under dygnets mörka timmar, påverkar vad som syns och inte syns och således också vad som upplevs finnas eller inte finnas, vad som känns tryggt och vad som känns otryggt. Ljussättning är viktig för att leda besökare på rätt väg, uppmärksamma dem på eventuella hinder eller hjälpa dem att rikta uppmärksamhet mot plat-

sens erbjudna 'möjligheter' (vilket förklaras mer ingående i del 2.7) (Flanders Cushing & Miller, 2020).

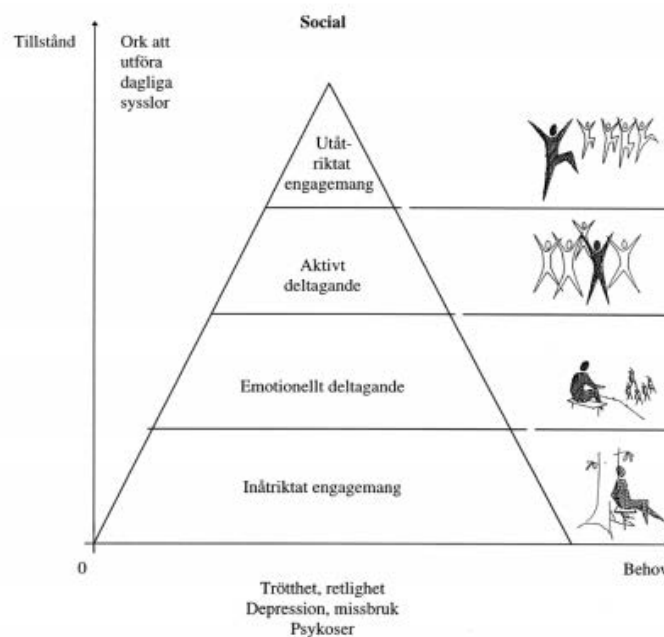
2.6 TEORIN OM STÖDJANDE MILJÖER

Likt ovan omskrivna teorier utgår *teorin om stödjande miljöer* från människans relation till naturen som ett resultat av evolutionen. Forskningen bakom teorin kan till största del tillskrivas Patrik Grahn, professor i landskapsarkitektur vid 'Institutionen för människa och samhälle' vid SLU Alnarp, som först publicerade teorin år 1991. Genom åren har dock tillägg gjorts av Grahn själv och forskarkollegor på universitetet som skrivit avhandlingar i ämnet (Bengtsson et al., 2018).

En grundtanke i denna teori är att människans sinnen (syn, hörsel, lukt, smak, balans, känsel) under miljontals år har utvecklats för att hjärnan ska kunna uppfatta och bearbeta subtila signaler från naturen för att på bästa sätt kunna agera på dem. Detta har varit en viktig funktion för människans överlevnad ihop med våra sociala förmågor som gör att vi kan relatera till andra människor i vår omgivning och kan samarbeta, stötta och hjälpa varandra att överleva som en grupp. De mänskliga sinnena och vår sociala förmåga påverkar vår förståelse för omgivningen och därigenom även vårt eget välmående (Bengtsson et al., 2018).

Människor som upplever stress, befinner sig i en kris eller på annat sätt är mentalt utsatta, kan vara väldigt känsliga med lite eller obefintlig känslomässig buffert gentemot sin omgivning. Det kan vara svårt för en mentalt sårbar person att förstå och kunna hantera mänskliga interaktioner på ett hälsosamt sätt – objekt i naturen, å andra sidan, är enklare att relatera till. De kan därför ha särskilda behov av fysiska miljöer med stödjande funktioner. Därför är det viktigt att omgivningen just inom vård och omsorg verkar stödjande för den stora mängd stressade människor som vistas där. En välfungerande vårdmiljö bör ha god tillgång till minst en hälsofrämjande utemiljö designad för att ge möjligheter att välja mellan olika grad av avskildhet, lugn och stöd eller social interaktion. Allt för att möta patienters varierade miljömässiga behov utifrån deras individuella hälsotillstånd. På så vis kan utemiljön hjälpa mentalt utsatta människor att hantera sin situation och hitta tillbaka till ett hälsosammare mentalt tillstånd (Bengtsson et al., 2018).

Stödjande miljöer är i synnerhet viktiga för personer med djup depression, utmattning eller annan allvarlig psykisk ohälsa. Miljöer med varierande grad av miljömässigt och socialt stöd är viktiga hjälpmedel på vägen genom tillfrisknandeprocessen. Grahn och Ottossons pyramidmodell (se figur 1) visar olika nivåer av kapacitet till mänsklig kontakt i relation till behovet av ensamhet och läkande med hjälp av hälsofrämjande miljöer (Bengtsson et al., 2018).



Figur 1: Grahn och Ottosons pyramid av stödjande miljöer. Modellen syftar till att visa hur människor själva, i sin egen takt kan ta steg mot ork att utföra dagliga sysslor och delta i sociala interaktioner. Mjuka sinnesintryck och en stödjande och hälsofrämjande miljö kan ha positiva, läkande, effekter på människors mentala funktion, känslor och beteenden. Källa: Bengtsson et al. (2018).

Som designer är det viktigt att reflektera över hur en miljö kan kommunicera sina erbjudanden av vila eller aktivitet, social interaktion eller ensamhet. Tydlig kommunikation underlättar för besökarna att anpassa vistelsen efter sina egna behov. Hur väl en plats kommunicerar sina miljöerbjudanden kan definieras av de interaktioner som sker mellan plats och människa snarare än det faktiska utseendet av den fysiska miljön (mer om detta i del 2.7 *affordanceteorin*, nedan) (Bengtsson et al., 2018).

Enligt *teorin om stödjande miljöer*, finns åtta definierade miljöerbjudanden (se figur 2), vars dimensioner utgörs av olika miljömässiga egenskaper. Dimensionerna är en del av teorin som har utvecklats och definierats ytterligare genom åren (Bengtsson, muntl., 2021). Det går därför att hitta varianter av miljöerbjudandena beroende på när i utvecklingen av teorin informationen är hämtad. Pia Schmidtbauer, Patrik Grahn och Mats Lieberg (2005) kallar exempelvis de åtta miljöerbjudandena för: *Rofylld, Vild, Artrik, Rymlig, Privat, Social* samt *Kulturell*. Bengtsson et al. (2018) har en senare, mer detaljerade beskrivning av miljöerbjudandena där de omnämns som *Social gemenskap, Kultur och historia, Öppet och utsikt, Känsla av rymd, Artrikedom och variation, Rofylldhet, Vildhet och natur samt Avskilt och skyddat*. Och enligt Anna Bengtsson så fortsätter forskningen om miljöerbjudandena ännu vilket sannolikt kommer att resultera i ytterligare nyansering av teorin i framtiden (Bengtsson, muntl., 2021).

De åtta dimensionerna av miljöerbjudanden har forskats fram som extra betydelsefulla utifrån tusentals försökspersoners mening om vad som för dem är betydelsefullt vid ett besök i ett park- eller naturområde. Vissa av dimensionerna bekräftar också andra EBD-teorier. *Öppenhet och utsikt* samt *Avskilt och skyddat* går exempelvis att direkt relatera till *Utsikt- och skyddsteorin*. *Artrikedom och variation* är möjligt att länka till *biophiliahypotesen* och *Kultur och historia* är en dimension som kan länkas till *anknytningsteorin* (även om vad som helst kan skapa känslomässiga band mellan människor och platser, inte bara kultur och historia) (Bengtsson et al. 2018).

Social gemenskap	Miljöer och platser som inbjuder till gemenskap, såsom gågator, marknader mm.
Kultur och historia	Miljöer eller inslag i miljöer som vittnar om människors arbetsinsatser, tro och värderingar.
Öppet och utsikt	Platser som kan inbjuda till utsikt, men även till tillfälliga aktiviteter som lek och idrott.
Känsla av rymd	Att få en känsla av att komma in i en annan värld, att området är så pass stort och rymligt, så man inte behöver fundera på var gränserna är.
Artrikedom och variation	Att området inbjuder till upptäckter av många olika arter, av träd, blommor, fåglar mm.
Rofyllighet	En trygg miljö, där rofylligheten skapas av såväl ljudmiljön som frånvaron av skräp och vandalism.
Vildhet och natur	Att området ger ett intryck av att träd och vegetation är naturligt uppvuxet och självsått: att ingen människa skapat det – ett naturligt sammanhang.
Avskilt och skyddat	Platser där man kan få vara för sig själv, gärna omgärdade med träd och buskar, som bersåer.

Figur 2: Tabell med beskrivning av de åtta miljöerbjudandena och deras egenskaper. Källa: Bengtsson et al. (2018).

Alla åtta dimensioner tilltalar generellt sett inte alla individer vid alla sinnestillstånd. *Känsla av rymd*, *Artrikedom och variation*, *Rofyllighet* samt *Vildhet och natur* tilltalar de flesta människor men har i forskning visat sig vara extra föredragna av personer i mer utsatta mentala tillstånd. Det vill säga människor i botten av Grahns och Ottossons pyramid av stödjande miljöer, människor som försöker komma i balans med sig själva. Dimensionerna *Öppet och utsikt*, *Kultur och historia* samt *Privat* tilltalar generellt sett människor som befinner sig i mindre stressade och sårbara tillstånd (i mitten av pyramidmodellen). Människor i detta mentala tillstånd brukar ofta vilja iaktta andra som deltar i sociala aktiviteter men de är inte riktigt redo att gå hela vägen till att delta själva. Dimensionen *Social gemenskap* är i huvudsak mest tilltalande för de som känner sig vara vid gott mentalt hälsotillstånd, även om det självklart alltid finns undantag (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005).

2.7 AFFORDANCETEORIN (THEORY OF AFFORDANCES)

Det räcker inte att en grön tillflyktsort ska vara tillgänglig och trygg för att en besökare ska uppleva positiv inverkan på välmåendet – det behöver också finnas något att göra. Detta är vad som utgör fokus i *affordanceteorin* (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Konceptet 'affordance', 'miljöerbjudande', grundades av den amerikanske psykologen James J. Gibson och beskrevs i hans arbete "The theory of affordances" som publicerades år 1977. Miljöerbjudanden är enligt denna teori de inviter och olika möjligheter till handling som erbjuds besökare av en plats utifrån platsens fysiska och miljöestetiska kvalitéer och funktioner. Dessa möjligheter behöver kunna kommuniceras till besökare genom en design som gör miljön läsbar (Beynon-Davies & Lederman, 2017).

En god, läsbar design som tydligt kommunicerar sina miljöerbjudanden till besökaren bör alltid inkludera att miljön är både estetiskt tilltalande och funktionell samt har människors nöje, trygghet och välmående som primära mål. Det är viktigt att som designer förstå att det inte är tillräckligt att placera ut ett föremål eller en funktion på måfå i utemiljön och tro att det är nog att den finns där för att människor självmant ska hitta dit och börja använda den/det. En design behöver kommunicera tydligt med sina målgrupper och ge besökare tydliga inviter inbyggda i designen, inviter som guidar besökare till olika ställen där de själva kan se vad de har för möjligheter till olika slags aktiviteter (Flanders Cushing & Miller, 2020).

En möjlighet till handling bör dock inte förväxlas med en faktisk handling – det är bara en omständighet – och hur själva interaktionen mellan människa och miljö ska te sig lämnas till individens egen handlingskraft och funktion att avgöra. Således kan platser eller föremåls tilltänkta erbjudanden om möjligheter vara svåra att uppfatta eller nyttja om möjligheterna inte är varsam designade och anpassade till brukarnas fysiska eller kognitiva förmågor (Rietveld & Kiverstein, 2014).

Ett objekt eller en plats måste dock inte användas på det sätt som det i första hand är avsett för. Aktören (besökaren) kan själv uppfinna nya, kreativa och okonventionella sätt att använda något som vanligen har en annan funktion. Som exempelvis att använda en trappa som sittplats även om den huvudsakligen är menad att gå i. Barn, som ännu inte har formats så mycket av normerna kring hur saker 'ska' göras eller användas, brukar vara experter på att hitta anorlunda möjligheter där de erbjuds. Miljöer för barn kan därför med fördel designas med mycket 'löst material'⁷ som de kan använda för att skapa fritt och anpassa till vad de vill ha och göra just för stunden (Flanders Cushing & Miller, 2020).

2.8 ANKNYTNINGSTEORIN (PLACE ATTACHMENT THEORY)

Något som inte kan benämnas som en särskild miljöerbjudandedimension (likt de som definieras i *teorin om stödjande miljöer*), men som ändå är viktigt för personers känsla av trygghet och välmående i den fysiska miljön, är igenkänning och känslomässig anknytning. De flesta människor har minst en meningsfull plats som de känner sig känslomässigt sammanlänkade med. Detta känslomässiga band är det som på engelska kallas '*place attachment*', 'platsanknytning'. Undersökningar har visat att människor får ökad självkänsla, känsla av mening och tillhörighet när de ser platser som de känner sig fästa vid på detta vis. Den effekt som relationen mellan människa och plats har för en persons välmående kan mycket väl jämföras med de effekter som genereras av sociala band mellan människor. Exempelvis så är människor med hög känsla av platsanknytning till sitt grannskapsområde dokumenterat lyckligare och känner större livsnjutning och optimism än de som har lägre känsla av platsanknytning (Scannell & Gifford, 2016).

Av denna anledning kan det vara en god idé att arbeta för att skapa platsanknytning även i vårdmiljöer. Detta kan göras genom inslag av föremål och stilar som känns bekanta och möjliga att relatera till för patienter. I synnerhet i långtidsvården där patienter behöver vara borta från sitt hem en längre tid. Hälsofrämjande trädgårdar som designats med platsanknytning i åtanke har visat sig vara extra bra för behandling av patienter med demenssjukdomar. Många som lider av demens är äldre som under sin livstid har haft egna trädgårdar. Somliga kanske till och med drivit jordbruk. Att se saker som påminner dem om detta kan därför hjälpa dem att känna sig mer som hemma och något mer 'normala' i den främmande sjukhusmiljön. Bra exempel på saker

⁷ Lösa objekt i naturen som, pinnar, stenar, sand, kottar med mera.

att inkludera i en vårdmiljö för denna brukargrupp är all dagliga föremål från 'det vanliga' livet som tvättlinor eller torkvinda, brevlåda, odlingsland, grill, kulturella eller religiösa symboler och föremål, flaggstång. Gamla föremål från bondgårdar kan också inkluderas i designen om detta är relevant för det liv patienterna i fråga levde tidigare (Cooper Marcus & Sachs, 2020).

2.9 SALUTOGEN DESIGN

Den salutogena (hälsofrämjande) designmodellen togs fram under 1970-talet av Aron Antonovsky, som var professor i medicinsk sociologi. Ordet '*salutogenes*' betyder hälsans ursprung och uppfanns som en motpol till läran om sjukdomars uppkomst och bot som kallas '*patogenes*' (Bengtsson, 2018). Som namnet avslöjar syftar salutogen design just till att fokusera på det som får människor att må bra (snarare än fokus på att undvika vad som får oss att må dåligt). Detta gör den salutogena designmodellen till ett offensivt verktyg i strävan efter hälsa som är ämnad att genom preventiva åtgärder skapa hälsa och förebygga ohälsa snarare än att bota eller rehabilitera människor från redan befintliga åkommor (Flanders Cushing & Miller, 2020).

För att svara på frågan om vad som genererar och bibehåller människors hälsa tog Antonovsky fram ett koncept som han kallade '*Sense of Coherence*' – 'känsla av meningsfullhet eller sammanhang'. När en person har hög känsla av sammanhang, så har personen, enligt Antonovsky, en hög förmåga att hantera stressiga situationer och därmed en känsla av att stressen är hanterbar. En person med låg känsla av sammanhang, saknar personen förmåga att välja en passande strategi (flykt-, kamp- eller frysningsrespons) för att hantera stressen – vilket kan te sig som en känsla av hjälplöshet och oförmåga att ta sig ur situationen. Känsla av sammanhang kan skapas då individen upplever sig ha de fysiska och mentala stöd som behövs för att kunna påverka det som händer i omgivningen. Känsla av meningsfullhet är ett sådant stöd. Målet med salutogen design är därför att skapa miljöer som har en stödjande verkan och som främjar känslan av mening och sammanhang hos människor. Exempel på stödjande verkan i den fysiska miljön är när miljön skapar nöje, kreativitet, tillfredställelse och njutning genom att stimulera sinnen (Health Management, 2012).

Den salutogena designmodellen utgår från ett holistiskt perspektiv på hälsa med dimensioner som inkluderar fysiskt, psykiskt, känslomässigt, själsligt och socialt välmående. Människor betraktas som komplexa individer som inte bör identifieras inte utifrån sjukdomsbild, funktionsvariationer eller karaktär. Istället bör fokus ligga på individen i sin kontext i miljön och att försöka förstå hur de två interagerar (Health Management, 2012). Genom att studera interaktionen mellan människa och miljö går det att identifiera individens miljömässiga behov och utifrån dem skapa miljöer med optimalt utseende och funktion för att förbättra individens hälsa (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Det är viktigt att platsen aktivt förbättrar hälsa och välmående. Miljöerna ska inte endast vara neutrala eller oskadliga, det är inte gott nog (Flanders Cushing & Miller, 2020). I den tätbyggda urbana miljön, som är den vanligaste boendemiljön för dagens svenskar, behövs det god tillgång till gröna platser som ger hög, hälsofrämjande avkastning. Annars riskerar miljön att ge negativa konsekvenser för människors hälsa (Boverket, 2016).

Salutogen design handlar om att etablera en balans mellan kropp och själ för hälsa och välmående på alla plan – så alla platser skapade utifrån detta sätt att tänka bör vara innovativa, stötande och spännande. De behöver erbjuda möjligheter (som förklarats i *affordanceteorin* i del 2.7) som bjuder in till fysisk aktivitet, balanserad kost, tillgång till natur, ren luft, trygga platser och

sociala interaktioner. Allt detta för att hjälpa människor att underhålla en hälsosam livsstil i vardagen och motverka dagens globala folkhälsoproblem som övervikt, demens, mental ohälsa, ensamhet och social isolering. Den salutogena designmodellen går att applicera på miljöer inom vården eller andra gröna miljöer som exempelvis skolgårdar och urbana parker (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Genom god design och samhällsplanering går det alltså att underlätta hälsofrämjande vanor och motverka ohälsosamma. Ett exempel på detta är prioritering av gång- och cykelvägar istället för bilvägar – vilket med sannolikhet kommer resultera i att fler människor väljer att gå och cykla. Ett annat exempel är att 'planera bort' snabbmatsrestauranger ur stadsdelar eller hela samhällen vilket kan hjälpa människor till att undvika dåliga matvanor (Flanders Cushing & Miller, 2020).

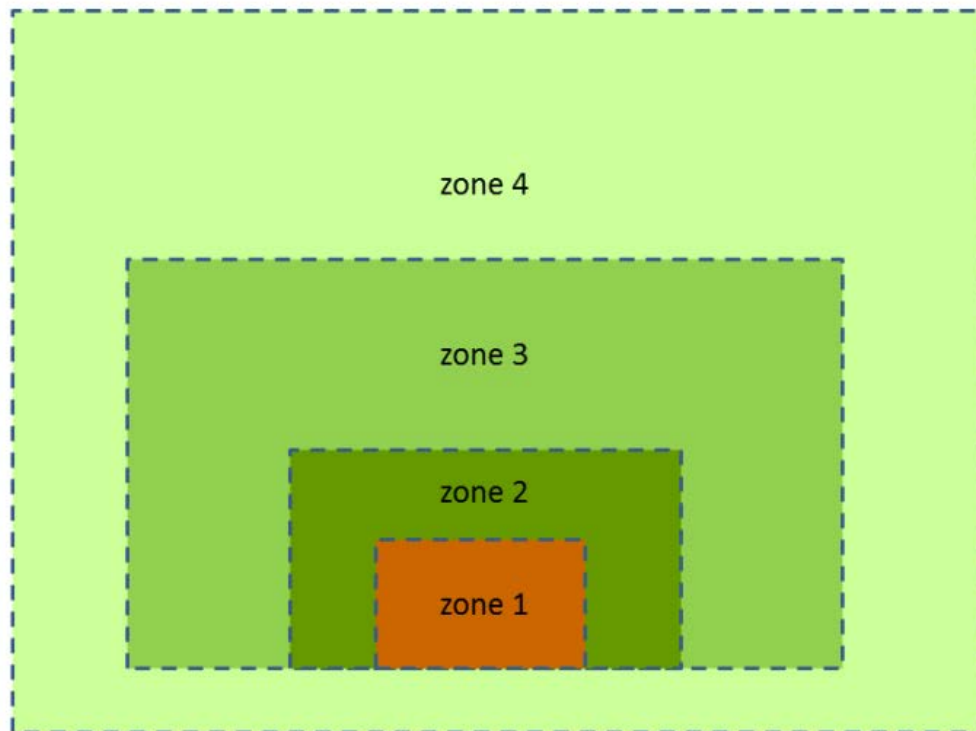
Kopplingen mellan hälsofrämjande trädgårdar och samhällsplanering fokuserat på att minska tillgängligheten till snabbmatsrestauranger kan verka långsökt i första anseendet. Men vid närmare åtanke handlar allt i slutändan om vad som stimulerar hälsa och förebygger ohälsa i människors faktiska vardag. Många människor har långa arbetsdagar och lever i urbana miljöer där snabbmat alltid finns lättillgängligt över hela dygnet. Studier har visat att ju längre arbetsdagar människor har, desto mer snabbmat konsumerar de (i snitt) oavsett vad de arbetar med eller socioekonomisk klasstillhörighet (Flanders Cushing & Miller, 2020).

På en viss nivå måste människor få hjälp av samhällsbyggnationen att göra det enkelt att välja en hälsosam livsstil. Framtidens människors hälsa och välmående ligger, till stor del, i händerna på dagens samhällsbyggare och stadsplanerare. Tillgång till natur och grönt kan till mångt och mycket definieras som en politisk fråga. Ekonomi och samhällsideal ligger till grunden för många beslut som direkt eller indirekt påverkar den fysiska miljön där människor, gamla som unga, sjuka som friska, lever (Flanders Cushing & Miller, 2020). Detta gör att samhällsbyggnadsdisciplinen har ett stort ansvar för de normer som byggs upp gällande prioritering av människors hälsa och välmående i samhället.

Läran om *patogenes* och *salutogenes* är båda viktiga för helhetförståelsen av sjukdom och strävan mot hälsa. Vård för de sjuka och hälsofrämjande insatser för alla behövs i ett sant hälsosamt samhälle. Därför måste det finnas miljöer som hanterar dessa bägge frågor – hälsofrämjande miljöer som riktas mot att bota de redan sjuka, som exempelvis terapitradgårdar och helande trädgårdar men också en övergripande samhällsbyggnation som har som mål att förebyggande förhindra sjukdom innan den uppstår. Tillsammans kan dessa två insatser skapa ett mer hälsosamt samhälle där allas välmående stötts och underlättas av den fysiska miljön (Flanders Cushing & Miller, 2014). Både salutogena och patogena strategier behövs för att skapa största möjliga välbefinnande och minimera riskerna för brukare och genom detta ge en god balans mellan stimulans och säkerhet (Bengtsson, 2018).

2.10 BENGTSSENS FYRA ZONER AV KONTAKT MED UTEMILJÖN

Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön (se figur 3) utgör ett hjälpverktyg i design- och planeringsprocessen av moderna vårdmiljöer för att medvetandegöra helhetsupplevelsen av utemiljöns kvalitéer i hela vårdmiljön både inne och ute. Modellen understryker hur kontakt med utomhusmiljön kan vara betydelsefull för brukare i flera olika miljökontexter inom vårdanläggningen. Alla brukare har inte alltid möjlighet att vistas i alla delar av sjukhusmiljön av varierande anledningar och att säkerställa gröna miljökvantiteter i alla delar av vårdmiljön skapar kvalitet i fler dimensioner och för fler brukare (Bengtsson et al., 2018).



Figur 3: Anna Bengtssons principmodell för fyra zoner av kontakt med utemiljön. Källa: Bengtsson et al. (2018).

- **Zon 1 – Kontakt med utemiljön inifrån vårdbyggnaden, exempelvis genom fönster:** Som Ulrichs studie, från 1989, visade är vyer av natur från sjukhusrummets fönster hälsofrämjande. Även inläpp av rikligt med dagsljus i inomhusmiljön har en positiv verkan för välmåendet (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Upplevelsen av natur och ljus även inifrån byggnaden visar ett holistiskt förhållningssätt till design med omsorg och eftertanke lagd på både byggnads- och landskapsarkitektur i vårdmiljön (Bengtsson et al., 2018).
- **Zon 2 – Kontakt med utemiljön i övergångszonen mellan inne och ute, exempelvis i vinterträdgårdar, på balkonger, uteplatser och terrasser:** Mellansteget mellan av utomhus- och inomhusmiljö har visat sig ha stora fördelar för de som har behov av en funktionsanpassad miljö som är trygg och har nära tillgänglig komfort som exempelvis WC – men som ändå vill få frisk luft, ljus och grönska. I kallare klimat, som exempelvis det nordiska, är orangerier, atrium och inglasade verandor utmärkta för att förlänga möjligheten till 'utomhusvistelse' även under vinterhalvåret (Cooper Marcus & Sachs 2014).

Ytterligare fördelar med platser som är 'mitemellan' inne och ute är att de tillgängliggör utomhusmiljön både fysiskt och psykiskt för brukarna då steget mellan de två miljöalternativen inte blir så stort. De kan också utgöra arenor för möjlighet till social interaktion samt

eget kontemplerande och reminiscens som kan leda till ökat välbefinnande (Bengtsson et al., 2018).

- **Zon 3 – I parker och trädgårdar som finns i närmiljön, i direkt anslutning till en vårdbyggnad:** Det är viktigt att trädgårdar i vårdsammanhang anpassas efter vilken eller vilka brukargrupper som de är skapade för (Bengtsson et al., 2018; Cooper Marcus & Sachs, 2014) I del 6. *Dagens samhälle och vård*, nedan, presenteras olika typer av trädgårdslösningar för olika förhållanden samt grundläggande ramverk som är möjliga att förhålla sig till som utgångspunkt vid design av hälsofrämjande trädgårdsmiljöer.
- **Zon 4 – Kontakt med den yttre omgivningen, utanför vårdbyggnaden och dess tillhörande närmiljö:** Även i denna skala behöver den specifika brukargruppens behov tas i åtanke eftersom det är viktigt för en del brukargrupper att ha kontakt med omgivningen i zon 4 medan andra brukargrupper istället mår bättre av att stänga av kontakten med omgivningen (Bengtsson et al., 2018). Äldre, i synnerhet de utan demenssjukdomar, är en grupp som oftast mår bra av att kunna iaktta vardagliga händelser i landskapet runt omkring. Personer med autism är en grupp som oftast mår bäst av en begränsad mängd intryck från landskapet utanför (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Ibland inkluderas även en femte zon, zon 0. Denna femte zon är platser i vårdanläggningen som inte har någon tillgång till natur över huvud taget – som exempelvis ett rum utan fönster. Varför denna femte zon är relevant att tala om i sammanhang av hälsofrämjande natur, när det är en plats som helt saknar natur, är för att det faktiskt är möjligt att skapa hälsofrämjande effekter genom att exempelvis visa bilder av natur eller inreda rummet så att patienten inspireras att föreställa sig natur för sitt inre öga (Bengtsson et al., 2018). Som beskrivet i *teorin om uppmärksamhetsåterställning* kan även bilder eller tankar på natur ha en hälsofrämjande och stressreducerande effekt – vilket kan vara till fördel i exempelvis ett behandlingsrum utan fönster i en sjukhusbyggnad.

3. 1800-TALET SAMHÄLLE OCH VÅRD

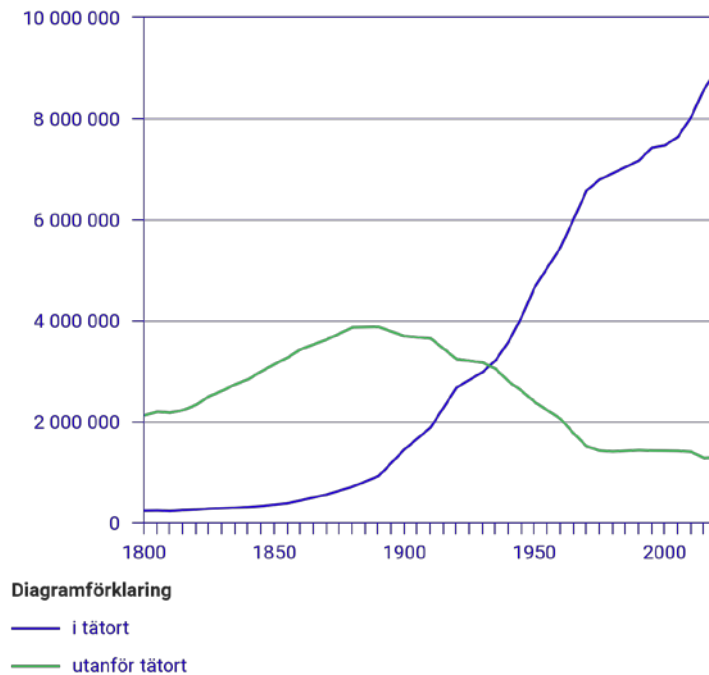
Att vistelse i natur och trädgård främjar hälsa är känt sedan länge. Trots bristen på vetenskapliga metoder inom vården förr i tiden fanns ändå en inneboende instinkt som övertygade oss människor att detta var sant. Genom historiens hälsovård, från antikens Grekland och romarriket till medeltidens kloster och ända in på 1800-talet var tron på naturens och trädgårdens helande kraft stor och den fysiska miljöns betydelse för hälsan sågs som en självklar del av vården där kroppslig och själslig hälsa betraktades som en helhet (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Vårdplatsen menades ha stor påverkan på läkningsprocessen och helande, natursköna miljöer ansågs hälsofrämjande både i rehabiliterande och förebyggande syfte. Därför var det viktigt att vårdinrättningar låg i ett vackert landskap. På 1800-talet talades det specifikt om bergslandskapets rena luft och hur detta ansågs vara en ideal miljö att kureras sig i. Där det inte fanns berg sågs det åtminstone till att sjukhusen omgavs av stora, lummiga parker för patienternas hälsas skull (Bengtsson et al., 2018).

1800-talet var tiden då den industriella revolutionen tog fart i Sverige. Ångdrivna motorer utgjorde navet i denna samhällsförändring och det satsades stort på bland annat metallindustrin, skogsindustrin och utbyggnad av ångbåtstrafik och järnvägstrafik. Många människor fick nu snabbt förbättrad levnadsstandard och detta behövdes, för trots att tiderna var fredliga höll fattigdomen stor del av befolkningen i ett järngrepp. Medellivslängden under denna tid var inte mer än 40 år och när det till råga på allt blev dåliga tider för jordbruken under 1860-talet och 1880-talet var situationen så illa för många att de valde att lämna sina liv i Sverige för att söka lyckan i Amerika. Från mitten av 1800-talet till och med 1920-talet utvandrade omkring en miljon svenskar, en knapp tredjedel av 1800-talssveriges befolkning (Henrikson, 1963).

Utvandringen gynnade dock Sverige då detta förbättrade, landets kapacitet av att försörja sin alltjämt växande, kvarvarande befolkning (se figur 4). Innan utvandringen stod matproduktionen vid sin bristningsgräns så en minskning av antalet invånare gjorde det något enklare för de som stannade kvar. Befolkningsmängden på landsbygden nådde under sena 1800-talet sin kulmen och allt fler sökte sig till städerna (se figur 4) där nya industrier som båtvarv, sågverk och metallindustrier behövde arbetskraft (Henrikson, 1963).

Befolkningen i och utanför tätort från år 1800



Figur 4: Diagram över Sveriges befolkningstillväxt och urbanisering från år 1800–2010. Källa: SCB (2020).

Men städernas levnadsförhållanden var sällan bättre än de på landsbygden. Arbetsdagarna för en industriarbetare var ofta 10 till 14 timmar långa och bostäderna var, i synnerhet för de lägre samhällsklasserna, osanitära och trånga. En vanlig arbetarbostad bestod vanligen av ett rum och kök eller endast ett rum med kokvrå och det var inte ovanligt att en familj på sju eller åtta personer och en ytterligare inneboende kunde bo där tillsammans. Avlopp och sophämtning fanns inte så hushållen förväntades själva avhända sitt avtråde och avfall. Levnadsförhållandena ledde till ökad spridning av sjukdomar som tuberkulos och kolera (Allmännyttan, u.å.).

Många av de som blev sjuka och dog tillhörde de i arbetsför ålder vilket ledde till brist på arbetskraft på arbetsmarknaden. Det behövdes en samhällsförändring för att stoppa bakteriesjukdomarnas framfart (Boman, 2007). År 1874, infördes därför en ny hälsovårdsstadga som blev startskottet för många städer att börja organisera renhållningen och anlägga vatten- och avloppssystem. Städerna byggdes nu ut för att ge rum åt fler arbetarbostäder med högre standard som behövdes för att motverka trångboddheten. Något utav en sanitetsrevolution hade satts i rullning (Allmännyttan, u.å.).

Som en reaktion mot de trånga och osanitära förhållandena som följde i industrialiseringens fotspår började vistelse i natur och trädgård med rekreation och friskvård, under 1800-talets senare hälft, betraktas som en självklar del i målet mot en friskare befolkning. Den smutsiga staden sågs som ohälsans landskap och naturen som dess motpol (Jakobsson, 2000). Naturens och trädgårdens hälsofrämjande egenskaper ansågs vara en otvivelaktig sanning och efterfrågan av parker tillgängliga för allmänheten, som kunde erbjuda tillgång till hälsofrämjande miljöer i städerna, blev en fråga som drevs hårt i den politiska debatten runtom i Europa och i USA. Många

av de som propagerade för fler parker menade också att förtätningen av städerna måste hejdas (Schmidtbauer, Grahn & Leberg, 2005).

Den sanitära utvecklingen i samhället ackompanjerades av en stark tro på utveckling och avancemang inom vårdväsendet. En slags våroptimism med ett nytt synsätt hade etablerats och medförde ökad tro på att fler människor kunde botas från åkommor som psykisk sjukdom (Andersson, 1990) och tuberkulos – vilka tidigare hade ansetts vara obotliga (Warren, 2006).

Hälsomodet infann sig i alla samhällets klasser men de som hade det gott ställt kunde självklart unna sig mer. Bland societeten blev det mycket populärt att resa till så kallade kurorter där det minglades och bjöds på god mat och dryck parallellt med hälsokurer i form av intag av mineralhaltigt vatten, naturpromenader och kurbad (Jakobsson, 2000).

Bland makthavarna märktes också hälsointresset och självaste kungen tog krafttag för att förbättra folkhälsan. År 1897 hade den svenske kungen, Oscar II, regerat i 25 år och låtit göra en stor insamling till en jubileumsfond, skänkt av Sveriges befolkning – både fattiga och rika. Insamlingarna resulterade i ett belopp på 2 200 000 kronor (Boman, 2007), motsvarande ca 125 000 000 kr idag (Ekonomifakta, 2020). Istället för att investeras i en krigsflotta som kungen först ville, kom pengarna från fonden att donerades till uppstartande av sanatorievården i Sverige med byggnation och drift av flera sanatorier (sjukhus för särskild behandling av TBC-sjuka) i landet. Detta på uppmaning av hans fru, drottning Sofia (Boman, 2007).

Sjukhusen byggdes stora och luftiga för att förhindra trängsel och smittspridning. Högt i tak och stora fönster med mycket ljusinsläpp präglade arkitekturen på de paviljongliknande byggnaderna (Cooper Marcus & Sachs, 2014) som brukligt förlades i natursköna miljöer och hade tillhörande parker som skulle förbättra patienternas hälsa (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005). Det var inte bara folkets allmänna uppfattning att natur och trädgård var bra för hälsan. Tro på naturens välgörande egenskaper återfanns även inom den medicinska expertisen. Natur sågs som en källa till god hälsa och hade en nyckelroll i vården som gavs då synen på vård inte separerade miljön från lärandeprocessen (Bengtsson et al. 2018).

Men hela sjukvårdssystemet stod nu mitt i en grundläggande förändring. Evidensbaserad forskning hade sedan 1700-talet börjat vinna mark inom medicinvetenskapen. Denna förändring medförde en praktik där det ansågs viktigt att jämföra och mäta effekterna av de vårdmetoder som gavs för att se om de var verksamma – något som inte gjorts i större utsträckning tidigare. Många tidigare osanitära och/eller överksamma praktiker lades till följd av detta ned och efterfrågan av evidens började leda mot etableringen av det evidensbaserade vårdssystem som finns idag (Sveriges Radio, 2020). Det är troligt att behandling med natur och trädgård kom i skymundan och sågs som en överksam metod som följd av denna ekvation eftersom dess verksamhet som vårdmetod har varit synnerligen svår att mäta (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

3.1 1900-TALET S FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL VÅRD OCH OMSORG

Efter upptäckten av bakterier år 1860 började en förändring successivt synas i hur och var nya sjukhus byggdes. Insikten att bakterier orsakade många sjukdomar och att dessa gick att hålla i schack genom desinficering och grundläggande hygien gjorde att behovet inte längre fanns av att bygga stora och breda paviljongsjukhus för att kunna hålla fysiskt avstånd. Allt fler sjukhus byggdes nu i mitt i städerna och huskropparna fick ett mer kompakt och blockliknande utseende som snarare kom att efterlikna kontorsbyggnader snarare än sina föregångare (Cooper Marcus,

2014). Dessa urbana sjukhus saknade oftast den hälsofrämjande parkmiljö utanför som tidigare hade varit så självklar (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005).

Detta var början till den rationalitet som kom att präglade vårdanläggningarna från 1900-talets mitt och framåt. De mänskliga värdena och estetiska kvalitéerna i vårdmiljöerna prioriterades bort till fördel för strikt och klinisk ordning samt en allt högre grad av objektifiering av både sjukdomar och patienter i ett försök att hålla jämna steg med den medicinska utvecklingens stora vetenskapliga framsteg (Bengtsson et al., 2018).

Effektiviteten med fokus på sjukdomsbekämpning framför individ kom till mångt och mycket att definiera det sena 1900-talets vård. Och en separation skedde under denna tid mellan behandlingen av den fysiska kroppen och den mentala och känslomässiga som studerades för sig inom sin egen disciplin – psykologin. Den tidigare genomgående tron om att kropp och själ hängde ihop lades nu åt sidan (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Efter andra världskriget fick behandling i hälsofrämjande trädgårdar ett uppsving då det användes för att återställa krigsveteraner som led av psykiska och fysiska besvär. Även på psykiatriska kliniker, sjukhem för kroniskt sjuka och rehabiliteringsinrättningar gick det att finna hälsofrämjande trädgårdar. Trots dessa fortsatta insikter i hur behandling i gröna vårdinrättningar kunde hjälpa många patienter fortsatte en majoritet av sjukhusens trädgårdar successivt att försvinna och ersättas av parkeringsplatser. Effektivitet och infektionskontroll hade blivit de nya slagorden för vården. Infektion behandlades nu effektivt med antibiotika och vaccin. Det forskades även fram bättre smärtstillande medicin och sövningsmetoder och den kirurgiska praktiken förfinades. Tack vare dessa framsteg kunde även tuberkulos botas och sanatoriernas tid med behandling genom sol, frisk luft och utomhusvistelse i natur och trädgård kom då också till sitt slut (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Under 1970 och 1980-talen började konceptet patientcentrerad vård dyka upp i allt fler sammanhang. Denna typ av vård sökte att återigen behandla patienten med både kropp och själ som en helhet och betonade vikten av att patienter aktivt skulle få vara del av och bestämma över sin egen behandling (Bengtsson et al., 2018). Denna mer holistiska approach började slå rot ordentligt under 1990-talet och ledde bort från det sjukdomsfokus där individen endast sågs som bärare av en sjukdom eller annan åkomma som behöver åtgärdas. Det patientcentrerade synsättet öppnade också för en återupptäckt av den fysiska miljöns betydelse för människors hälsa och välmående. Sterila och opersonliga vårdmiljöer och omgivningar började sakta men säkert bytas ut mot mer hem-lika och ombonade (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Intresset för trädgård som rehabiliteringsform inom vården har ökat alltsedan 1980-talet och den trenden ser ut att fortsätta (Bengtsson et al., 2018).

Det talas alltmer om helande och humanistiska vårdmiljöers betydelse för hälsan i dagens vårddebatt och många har fått upp ögonen för det som kommit att kallas för evidensbaserad design (EBD). Inom EBD ligger fokus på att ta vara på den potential som finns i hälsofrämjande natur och trädgård som en viktig vårdresurs. Dock finns det fortfarande de som är tveksamt inställda och som menar att evidensbaserad design bara är ännu ett trendigt koncept som ingen ännu lyckats tillämpa fullt ut. Andra menar att evidensbaserad design saknar just tillräckligt bred vetenskaplig evidens för att kunna anses vara verksamt och att den teoretiska, evidensbaserade modellen inte är något som designers bara kan 'låna' från den medicinska forskningen. Dessa tvivelaktigheter gör det viktigt att fortsätta forskningsarbetet inom evidensbaserad design och

utöka kunskapsbasen med nya perspektiv på och teorier om hur den fysiska miljön påverkar och har påverkat människors hälsa samt hur dessa perspektiv kan tillämpas i praktiken (Bengtsson et al., 2018).

4. RESULTAT: 1800-TALETS GRÖNA VÅRDINRÄTTNINGAR

Denna undersökning av svenska, historiska vårdmiljöer syftar till att exemplifiera hur natur och trädgård användes för att adressera den hälsoproblematik som samhället stod inför under 1800- och tidiga 1900-talen. 1800-talets vård kom att präglas av så kallade 'behandlingsoptimistiska' ideal som innebar en tro på att fler människor gick att bota från sjukdom och ohälsa som tidigare ansetts vara obotlig. Idéerna bakom dessa ideal hade vuxit fram i Frankrike efter franska revolutionen och sedan hittat sin väg upp till Norden via kontinenten. Även ekonomisk-politiska strategier, överväganden och prioriteringar i Sverige under det tidiga 1800-talet var bakomliggande anledningar till denna förändring i inställning inom vården (Andersson, 1990).

Allt som allt resulterade dessa samhällsprocesser och ideal i en tid av prioritering av gröna värden i vården och samhället vilket gav upphov till etablering av parker i städerna (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005) och anläggning eller expanderande av vårdinrättningar likt de kurorter, sanatorier och psykiatriska sjukhus som exemplifieras nedan. I denna del av uppsatsen introduceras de olika historiska vårdkoncepten och deras referensplatser med bakgrund till uppkomst och hälsokoncept. I del, 5. *Analys: 1800-talets gröna vårdinrättningar*, ges sedan en återkoppling till dessa exempel där de sätts i relation till EBD-teorierna som beskrevs tidigare i uppsatsen.

4.1 KURORTER – HISTORIA OCH KONCEPT

På 1630-talet, under Sveriges stormaktstid, blev det populärt bland landets elit att besöka så kallade kurorter nere på kontinenten där man drack brunn och badade hälsobad i varma källor. Den högt respekterade greven och statsmannen Axel Oxenstierna (som under 1630-talet i praktiken var landets regent i väntan på kröningen av drottning Kristina som ännu inte nått myndig ålder) uttryckte sin önskan om eftersökandet av mineralkällor hemma i Sverige, likt de som fanns på kurorter i andra delar av Europa (Jakobsson, 2000). Hälsobrunnar, eller surbrunnar som dessa mineralkällor också kallades, hade som namnet avslöjar mineralrikt, ofta järnhaltigt vatten. Det innehöll ofta också naturlig kolsyra. Konsumtion av detta mineralvatten ansågs, utan djupare vetenskaplig grund vara hälsosamt (Blom, 2004).

Vården under första hälften av 1600-talet var i behov av något nytt som kunde hjälpa till att fylla det tomrum som skapats efter stängningen av de katolska vårdinrättningarna i samband med konverteringen till protestantismen. De katolska sjukhusen hade spelat en central roll i landets vårdväsande och utan dem stod vården vacklande. Oxenstierna såg etablering av svenska kurorter som en möjlig lösning på vårdproblemet. Samtidigt var det också en åtgärd som kunde stoppa ett flöde av pengar ut ur landet genom att Sveriges rika befolkning spenderade pengar på nöje och hälsa inom landets gränser istället för nere på kontinenten (Jakobsson, 2000).

Brunnskulturen tog fart i Sverige efter att den första svenska surbrunnen, Medevi brunn, upptäcktes år 1672. Den svenske hovläkaren på den tiden, Urban Hiärne, var den som tog fram ett kurprogram för orten vilket snabbt ledde till ökat intresse och uppmärksamhet för brunnsdrickandet som fenomen inom hälsovården. Medevi brunn fick snart sällskap av fler brunnsanläggningar runtom i landet till exempel Ronneby, Ramlösa, Porla, Loka och Sätra på tidiga 1700-talet (Jakobsson, 2004).

Folket hade tappat tron på den konventionella medicinvetenskapen då det spridits nytt ljus över forna behandlingsmetoder som exempelvis åderlåtning och animalisk magnetism som nu betraktades överksamma eller rent ut sagt skadliga. Detta ledde till en ökning i popularitet för självbehandling på kurorter med intag av mineralvatten och rekreation i parkmiljö. Brunnsdrickande var lite utav en universalkur som sades kunna behandla diverse åkommor, som exempelvis muskel- och ledvärk. Dess absoluta storhetstid var under 1800-talets andra hälft då det nådde sin kulmen (Arnesjö & Cederlund, 2017).

Vid början av första världskriget, år 1914 avtog brunnsorternas popularitet. Vetenskapliga metoder inom vården etablerades i allt högre takt och människor som tidigare varit utelämnade till tvivelaktigt verksamma behandlingar som brunnsdrickande kunde nu få svar om sina sjukdomar och tydligt verksamma behandlingar grundad på forskning (Arnesjö & Cederlund, 2017). Mellan åren 1915–1935 började människor i behov av vård istället vända sig till de allt mer framgångsrika medicinska behandlingar som kom i spåren av forskning och utveckling inom läkemedelsframställningen (Schmidtbauer, Grahn och Lieberg). I samband med detta kom också brunnskulturen till sitt slut men fenomenet att åka på retreat med kurerande bad och god mat och dryck som komplement till den medicinska vården levde vidare på exempelvis badorter (Jakobson 2000) och kan ses än idag då många fortfarande söker sig till spaanläggningar (Arnesjö & Cederlund, 2017).

4.2 RONNEBY BRUNNSPARK

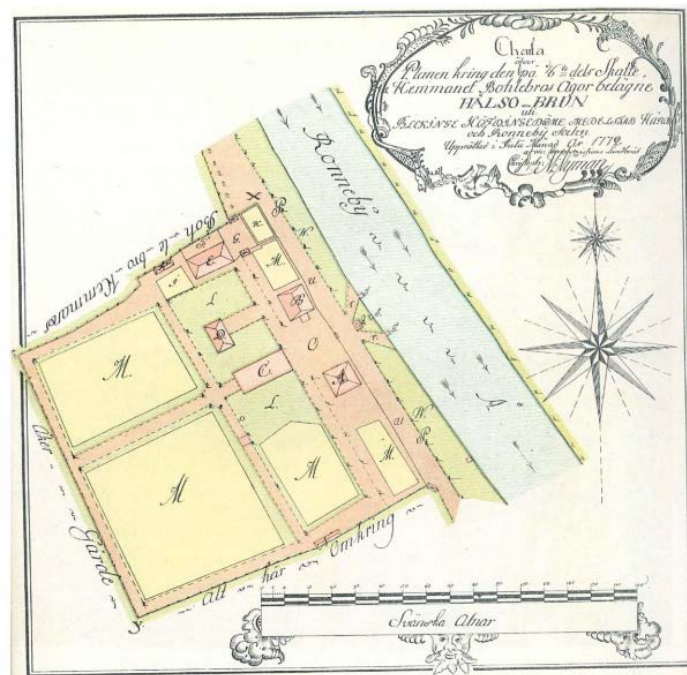
Ronneby brunnsspark har en historia som sträcker sig mer än 300 år bakåt i tiden. Parken räknas än idag till en av Blekinges mest kända och välbesökta platser. Den gamla, ståtliga parken utgörs av stora gräsytor, stora träd och praktfulla blomsterplanteringar och har fortfarande kvar ett 20-tal byggnader från anläggningens glansdagar under 1800-talet och tidiga 1900-talet (Länsstyrelsen Blekinge, u.å.).

Historien om Ronneby brunn började när en källa med järnrikt vatten upptäcktes intill Ronnebyån år 1705. Efter upptäckten etablerades där snabbt en surbrunn som dock sinade redan efter 21 år. Som tur var hittades samma år en ny vattentäkt med mineralhaltigt vatten ett stenkast söderut från den första källan. Vid den nya källan började anläggningen av kurorten Ronneby Hälsobrunn år 1727 (Länsstyrelsen Blekinge, u.å.).

Under sina första 100 år var kurorten Ronneby brunnsspark en relativt liten och spartansk anläggning (se figur 5). Den kom dock att blomma ut på 1840-talet då intilliggande åkermark köptes upp vilket möjliggjorde expansion. Brunnsparken fick nu ett lyft som innebar bland annat ny entré, nya gångar och utökad promenadyta (Jakobsson, 2004).

Ronneby brunnsspark var en mångfacetterad kurort där det förutom intag av brunnens mineralvatten erbjöds bad och vandring/promenad som en del av kuren. Promenaderna skedde på de anlagda promenadstråken i den väl tilltagna parken och i brunnsprogrammet ordinerades besökarna gå en kortare sträcka – en promenad på tio minuter (se figur 6) mellan varje intaget glas vatten. Besökarna rekommenderades även att göra längre dagsvandringar i parkens lummiga skugga och små utflykter till platser i den nära omgivning efter avslutad behandling (som vanligen var mellan två och sex glas per dag). Men detta var frivilligt. Anläggningen var utformad så att besökare hade möjlighet att göra ordentliga kurerande promenader under sin brunnsvistelse. Att få en klimatväxling och komma ut i det fria, bort från vardagens arbete och miljöer, ansågs fullborda brunnsdrickandets helade verkan. Utsiktsplatser fanns mot de vackra naturmil-

jöer som omgav anläggningen vilket gjorde det vilda och naturliga tillgängligt för besökarna utan att de skulle behöva lämna parkens komfort om de inte önskade. Dessa utsiktsplatser utgjorde delmål på promenaden och var menade att väcka nyfikenhet och locka till fortsatt vandring (Jakobsson, 2004).



Figur 5: Charta öfver planen kring den på 16:de dels skatte hemmanet Bohlebro's ägor belägne hälso brun. Planritning av Nyman, M., 1772 Anläggningens utseende och omfattning Innan expansionen, när parken ännu var relativt liten. Källa: Länsstyrelsen Blekinge (u.å.).

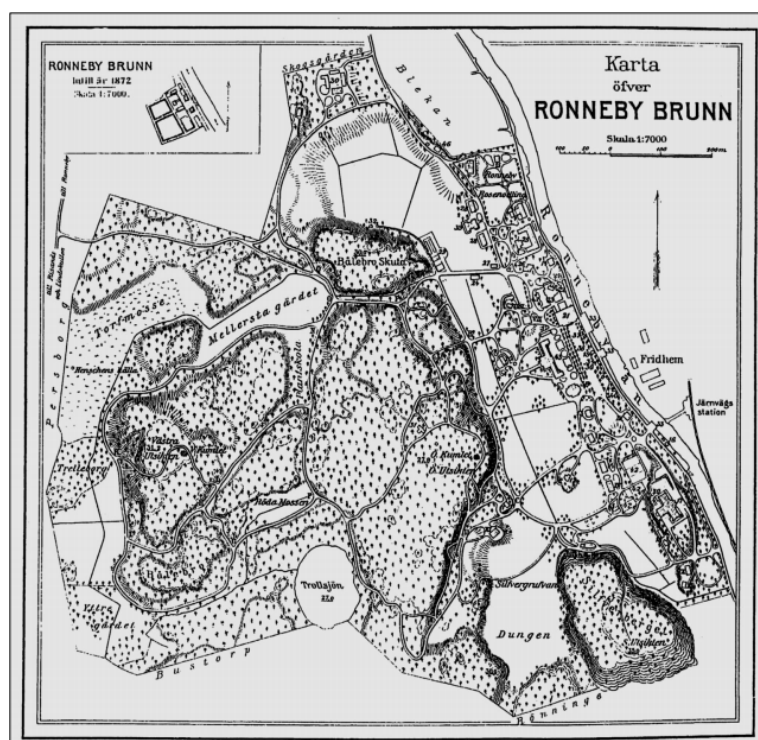


Figur 6: "I Ronneby brunnsparke". Målning av C S Hallbeck 1883. Målningen föreställer en myllrande miljö av flanerande brunnsгäster framför källan under anläggningens storhetstid. Källa: Blekinge Museum (u.å.).

Det var viktigt att hela anläggningen skulle upplevas som välvårdad av besökarna inklusive utomhusmiljön som var en grundläggande del av upplevelsen på kurorten och en central del i behandlingen. Att ta med sig brunnsvattnet hem och dricka det där ansågs inte alls vara lika gynnsamt. Att vistas i och titta på natur var en uttalat viktig del av kurprogrammet som adresserade den själsliga upplevelsen av att dricka brunn. Själslig hälsa ansågs i sin tur verka helande och lindrande för kroppen (Jakobsson, 2004).

För att hålla anläggningen välskött anställdes bland annat en så kallad brunnskänk. Brunnskänken var på ett vis förste trädgårdsmästare och lite utav en 'alltiallo' i parken – där han också bodde i ett hus på brunnsplanen. Brunnskänkens uppgifter var alltifrån att servera gästerna brunnsvatten till att ombesörja underhåll av anläggningens byggnader och sköta parken. Parkskötseln sträckte sig över ett stort spann av uppgifter som att rensa rabatter till att slå hö på de tillhörande åkrarna och att agera skogsmästare med nedtagning och plantering av träd efter behov (Jakobsson, 2000).

Pengar fanns att betala för skötseln eftersom parken inte var öppen för allmänheten och det kostade 7 kronor och 75 öre för ett besök med brunnsdrickning under sena 1850-talet (Jakobsson, 2000) vilket motsvarar någonstans kring 500 kronor idag (Ekonomifakta, 2020). Detta var dock priset som betalades av de fattigare så kallade 'fridrickarna' som var tvungna att vara färdiga vid brunnen innan klockan 06.00 på morgonen då parkens förmögna besökare kom för att inmundiga hälsokällans vatten. De mer välbärgade gästerna, som oftast också bodde över på anläggningens hotell (se figur 8), betalade med största sannolikhet mer för sina besök allt som allt. För att hålla ute de som inte kunde betala var anläggningen omgärdad av ett staket (Jakobsson, 2000).



Figur 7: "Karta öfver Ronneby brunn", 1872. Upphovsperson okänd. Kartan visar hur parken såg ut under glansdagarna i slutet av 1800-talet. Källa: Länsstyrelsen Blekinge (u.å.).

Det var under 1850–1860-talet som Ronneby brunnsparke hade sin storhetstid som kurort men parken fortsatte drivas fram till 1929 då verksamheten gick i konkurs. Detta till följd av att övriga sjukvården fått ökade ekonomiska resurser och många av de patienter som tidigare sökt sig till kurorter för behandling av ledvärk och nervsvaghet istället började behandlas på de många sanatorier som hade byggts i landet (Jakobsson, 2000).

Ronneby brunnsparke fortsatte efter konkursen att vara ett populärt utflyktsmål för människor som ville förbättra hälsan genom rekreation – och anläggningen köptes år 1940 av Ronneby kommun med villkor att där skulle ske någon typ av kurortsverksamhet. Diverse olika verksamheter drog nytta av den vackra parken och lokalerna genom arrende fram till år 1959 då det stora brunnsshotellet (se figur 8), som kan sägas hade utgjort navet i anläggningen, brann ned. År 1961 byggdes en ny hotellbyggnad av betong i dåtidens moderna, funktionalistiska stil på platsen där det gamla brunnsshotellet tidigare hade legat. Ytterligare tillbyggnader gjordes på 1970-talet och sedan igen på 1980-talet då flera delar av gamla brunnsparken fick en upprustning i samband med att Ronneby som stad firade 600-årsjubileum (Jakobsson, 2000).



Figur 8: "Ronneby Brunnsshotellet". Vykort med motiv av den gamla hotellbyggnaden som brann ned år 1959. Källa: Ronneby Kommun (2019).

Idag är delar av anläggningen mycket förändrad till utseendet från hur den såg ut under 1800-talet men stora delar av parken är bevarade och anläggningen har behållit sitt immateriella arv som kurort med hotell- och spaverksamhet med goda möjligheter för rekreation och nöjen i parken. En stor utomhuspool, tennisbanor och minigolfbanor utgör centrala nöjesattraktioner anlagda i mer modern tid. I delarna som förr i tiden var en plantskola samt en plats kallad Röda mossen kan finns idag en så kallad doftträdgård respektive en japansk trädgård (Jakobsson, 2000). Även om brunnseran för länge sedan är förbi lever erfarenheter från denna period kvar om hur det går att kurera sig med självbehandling i naturen och genom hälsosam livsstil (Arnesjö & Cederlund, 2017).

4.3 PSYKIATRISKA KLINIKER – HISTORIA OCH KONCEPT

På 1810-talet började psykiska sjukdomar uppmärksammas i större utsträckning vilket ledde till att synen på mental hälsa och ohälsa började förändras i grunden. Tidigare hade psykisk sjukdom betraktats som något som alltid var kroniskt – och inställningen var att inga patienter med psykiska sjukdomar gick att bota. Men det gick vid denna tid upp för läkare och den medicinska forskningen att många personer som led av olika psykiska besvär kunde få hjälp och bli återställda eller åtminstone bättre av 'rätt' vård och omsorg. Denna förändrade inställning berodde

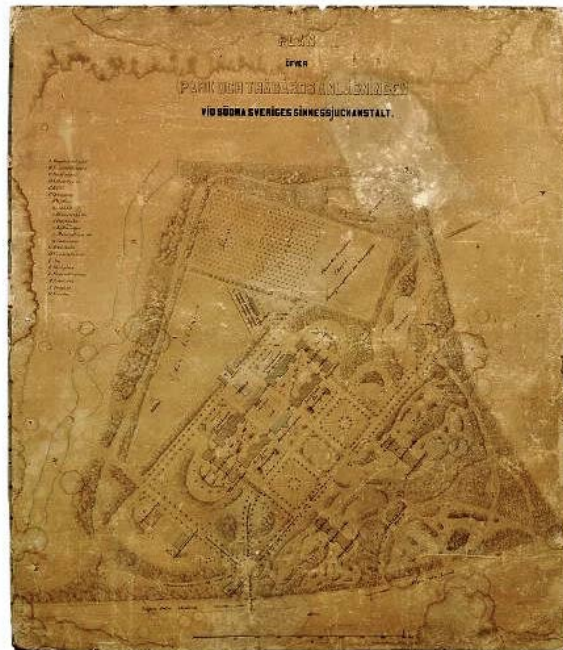
till viss del på genombrottet av det som skulle bli den moderna psykiatrin – men det var också en följd av tidens humanistiska samhällsideal. Tron på att fler sjuka människor var botbara kan benämnas som behandlingsoptimism (Socialstyrelsen, 2015).

Mellan åren 1836 och 1900 byggdes 14 mentalsjukhus i Sverige. Centralt för arkitekturen på dessa sjukhus var att det skulle vara högt i tak, stora fönster och utblick över en vacker park (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005). Parken betraktades som en viktig del av vårdverksamheten och under större delen av 1800-talet fram till tidiga 1900-talet behandlades många patienter inom psykvården med trädgårdsterapi. Den ideala behandlingen ansågs vara mycket ljus, frisk luft och vistelse i grönska (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005). Sinne och kropp skulle behandlas som en enhet. Vyer mot grönska sades vara lindrande för skadade nerver och fysisk aktivitet och trädgårdsarbete utövades för att bygga upp kroppslig hälsa (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Även konventionellt arbete som vårdmetod för psykiskt sjuka var vanligt. Diskursen gällande patienternas arbetsterapi rörde sig både kring ekonomiska fördelar för sjukhusen och fördelarna med arbete i syfte att förbereda patienterna att kunna återgå till ett normalt liv efter sjukhusvistelsen (Andersson, 1990).

4.4 SANKT LARS SJUKHUS

Sankt Lars sjukhus, då vid namn Lunds hospital, invigdes år 1879 (Andersson, 1990). Det var en stor anläggning bestående av ett flertal byggnader av rött, handslaget tegel med ljusa putsdekorationer utplacerade i den väl tilltagna parken. Anläggningens nav var åtta huskroppar i rektangelformation som formade en borggård. Den omgivande parken gav ett mer organiskt intryck än den striktare borggården. Merparten av gångarna var mjuka och slingrande med endast ett fåtal räta alléer som utgjorde parkens huvudstråk (Hemsö Fastighets AB, u.å.).



Figur 9: "Plan öfver park och trädgårdsanläggningen vid södra Sveriges sinnessjukanstalt." "Vårdhus för förryckta." "Hospitalet för samhällsvådliga." "Institutet för sinnessjuka." "Sjukhus för till lynnet sjuka." Henrik A Flindt år 1874 (innan sjukhuset byggdes) Källa: Region Skånes medicinhistoriska samling (u.å.).

Parken ritades av den danske trädgårdsarkitekten Henrik A Flindt (se figur 9) och innehöll en rik variation av inhemska och mer exotiska växter. Under tidiga 1880-talet, strax efter byggnationen, planterades 37 000 träd, buskar och häckplanter i parken av en grupp av sjukhusets första patienter under ledning av vårdpersonal och parkens trädgårdsmästare. Mullbär, persika och valnöt var några av de växter som stod på Flindts planteringslista tillsammans med bland annat lind, kastanj och alm i alléerna. I parkens nordvästra del anlades en fruktträdgård och vid byggnaden där köket låg fanns en tillhörande köksträdgård. Utöver plantering av växter etablerades också en fauna i parken. Påfåglar, rovfåglar, rävar och lodjur var några av djuren som togs till parken och släpptes lösa för att berika landskapet (Hemsö Fastighets AB, u.å.).

För att parken skulle få ett trevligt utseende, vilket ansågs vara nödvändigt för ett mentalsjukhus, anlades omfattande planteringar som skapade rumsligheter som kunde erbjuda skugga och lä. För att ge variation och skönhet användes trädsorter av mer sällsynta slag som fördes till parken tack vare att en anställd hade personliga kontakter med professor Hjalmar Nathorst som var föreståndare för Alnarps lantbruksuniversitet (Hemsö Fastighets AB, u.å.).

En stor andel av patienterna hade tidigare bakgrund som yrkesmän inom lantbruket och patienterna var inte endast med och anlade parken. Tillsammans med trädgårdsmästaren var det dessutom de som skötte om anläggningen. Detta var en del av hospitalets tanke (Hemsö Fastighets AB, u.å.) och syfte att gynna både ekonomin och patienterna (Andersson, 1990). Patienternas arbete sågs som en förberedd behandling inför återgång till det normala livet utanför sjukhuset (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005).

Patienter av bägge könen och från olika samhällsklasser togs emot på anläggningen men de var separerade på olika avdelningar. De välbärgade patienterna och de som kom från enklare förhållanden bodde långt frånskilda på anläggningen. Egna paviljonger i miljöer som var hemlika och, enligt personalen, mycket ombonade och trevliga erbjöds mot betalning för de som hade råd. Patienterna i denna del av anläggningen fick även, till skillnad från de andra patienterna, ha egna ägodelar och kläder. Den enda förutsättningen att få bo i överklasspaviljongerna, förutom pengar, var att patienterna behövde vara lugna till lynnet. Oroliga välbärgade patienter flyttades till huvudbyggnaderna men fick fortfarande fördelar som egen skötare, finare mat och förtur till hygienfaciliteter som exempelvis rakning för de manliga patienterna. Fler anställda per patient på de 'finare' avdelningarna gav fler möjligheter till rekreativ vistelse ute i parken. Det var inte tänkbart att släppa ut patienterna utan någon att vaka över dem (Andersson, 1990).

Vad som ansågs vara passande arbetsuppgifter i sjukhusets arbetsterapi skilde sig mellan de vanliga avdelningarna och 'överklassavdelningarna'. Arbetet för kvinnor och män bestod också oftast av olika uppgifter. De flesta patienter oavsett klass och kön fick dock utföra sysslor som krävdes för sjukhusets drift. Patienterna var med andra ord en del av sjukhusets relativa självhushåll. De skötte bland annat bak i eget bageri, tvätt, kök, sådd och skörd av åkrar samt odling i rabatter (se figur 10) och växthus – allt för hand. Kvinnor hade generellt mer inomhusbaserade arbetsuppgifter än männen med tvätt, städ, sömnad och matlagning som några av de huvudsakliga sysslorna, men de kunde få chansen att komma ut och arbeta när det blev tid för frukt- och bärskörd. Mer grova utomhusarbeten som jordbruk och parkskötsel ansågs vara mer lämpliga för män. De mest populära jobben bland patienterna var dock de som innebar mycket vistelse utomhus. Fysisk aktivitet utomhus, innan medicinering infördes som behandlingsmetod, var också det som personalen noterade var mest effektivt för att minska rastlöshet och oro hos patienterna (Andersson, 1990).

Fysiskt arbete, i synnerhet arbete utomhus, gjorde patienterna fysiskt trötta vilket ledde till att de blev mer avslappnade när de kom tillbaka från arbetsdagen. De kunde då sova ordentligt om nätterna. Flera av patienterna som fick lov att arbeta tyckte inte om när det var lördag eller söndag och de inte fick arbeta – många vankade då rastlöst av och an i korridorerna eller tog på sig ytterkläder i hopp om att de ändå skulle få gå till sitt utomhusarbete (Andersson, 1990).



Figur 10: Foto av patienter från avdelning 1a på Sankt Lars sjukhus (år 1948–1950) som arbetar i trädgårdslandet. Patienterna på fotografiet tycks vara kvinnliga vilket tyder på en modernisering i synen på kvinnors arbete då de kvinnliga patienterna på sjukhuset under 1800-talet inte tilläts arbeta utomhus i större utsträckning. Upphovsperson okänd. Källa: Region Skånes medicinhistoriska samling (u.å.).



Figur 11: "Vy av Sankt Lars-parken mot klocktornet på en av huvudbyggnaderna i borggårdsformationen". Strax bakom kameran ligger 'överklasspaviljongerna'. Källa: eget fotografi, 2021.

Idag används endast ett fåtal byggnader i parken för sjukhusverksamhet, och då inte för psykiatrisk vård utan som närvård för barn. Majoriteten av byggnaderna hyrs istället ut av den dåvarande ägarna, Hemsö Fastighets AB till olika skolor, förskolor och gymnasieskolor (Hemsö Fastighets AB, u.å.). Parken är idag (se figur 11) ett populärt rekreationsområde för många som bor i närheten och tillägg i modern tid har gjorts i form av bland annat biodling och utegym förutom lektyorna på skol- och förskolegårdarna.

4.5 SANATORIER – HISTORIA OCH KONCEPT

Sanatorier kallades de slutna vårdanstalter som under ett sekel, från 1850-talet (Eylers, 2014) till 1960-talet (Antiquum, 2008), var vanliga anläggningar som behandlade människor som led av tuberkulos (TBC). TBC är en sjukdom som har haft spridning över hela världen och som har en lång historia. De tidigaste fallen som konstaterats hittades på skelett från yngre stenåldern (cirka 4500 år f.Kr.). Sjukdomen har även påträffats hos mumier från gamla Egypten samt blivit omskriven i gamla sanskrittexter från Indien, daterade till cirka 1000 f.Kr.. Sanskrittexterna berättar om hur sjukdomen 'konsumerade' människor – ett faktum som gav upphov till att tuberkulos även har gått under namnet konsumtion. Det var dock inte förrän på 1600-talet som sjukdomen började anta en pandemisk karaktär (McMaster University, 2020). Trångboddheten i europeiska städer till följd av industrialisering, urbanisering och befolkningstillväxt utgjorde en utmärkt grogrund för lungsjukdomen (Eylers, 2014). Under 1800-talet var tuberkulosen så utbredd att den hade blivit den sjukdom som orsakade flest dödsfall i både Europa och Nordamerika (McMaster University, 2020).

Vanligast är att tuberkulos sätter sig på den smittades lungor men det är inte ovanligt att andra delar av kroppen som skelett, lymfsystem eller hjärna påverkas. Sjukdomsförloppet är ofta långsamt och många tuberkulospositiva får väldigt få eller inga symtom förrän de av andra anledningar får nedsatt immunförsvar – då vaknar tuberkulosbakterierna, som kan ligga latenta i kroppen under längre perioder, och börjar konsumera de sjuka vävnaderna (McMaster University, 2020).

Idag vet vi att tuberkulos orsakas av bakterier ur bakteriestammen *Mycobacterium*. Vanligast är att människor ådrar sig sjukdomen via bakterien *Mycobacterium tuberculosis* som huvudsakligen sprids mellan människor som en luftburen droppsmitta. Men även bakterien *Mycobacterium bovis*, kan smitta människor. Denna typ av tuberkulos har ett brett spektrum av värddjur, som inkluderar många av våra vanligaste tamdjur och sällskapsdjur. En vanlig smittväg förr var därför via intag av opastöriserad mjölk från boskap med sjukdomen (McMaster University, 2020; Finish Food Authority, 2018).

Vid tiden för upprättandet av de första sanatorierna på den europeiska kontinenten var orsaken till sjukdomen ännu okänd (McMaster University, 2020). Upptäckten av bakteriens existens gjordes 1860 av den franske kemisten Louis Pasteur (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Tuberkulosebakterien upptäcktes dock ännu senare, 1882, av den tyske läkaren och bakteriologen Robert Koch som senare också fick Nobelpriset i medicin för bland annat denna upptäckt (Nobelförsamlingen, 2019).

Innan kännedomen av bakterier trodde många att lungtuberkulos var en ärftlig sjukdom – vilket inte var så konstigt då föräldrar med sjukdomen ofta kom att smitta sina barn. Andra menade istället att ohälsosamma livsstilar och miljöer var bakomliggande faktorer till smitta. Även efter Kochs upptäckt av tuberkulosebakterien levde oron kvar kring att dessa faktorer skulle orsaka

sjukdomen. Detta eftersom det fortfarande rådde oklarheter kring förståelsen om hur bakterier sprids. Särskilt ohälsosam sades den smutsiga stadsluften och luften inomhus i trångbodda och fuktiga bostäder vara. Det fanns vid den tiden inga belägg för att något av detta stämde men tankarna kring hur luft, fukt och utrymme spelade roll i smittspridningen skulle i stor utsträckning komma att påverka de behandlingsmetoder som användes på sanatorierna (Warren, 2006).

Det första sanatoriet grundades år 1854 i den tyska byn Görbersdorf (som idag heter Sokołowsko och tillhör Polen. Byn är belägen i bergen precis vid gränsen mellan de två länderna). Här började läkaren Hermann Brehmer behandla patienter med tuberkulos i sin övertygelse att tuberkulossjuka, som tidigare ansågs obotligt sjuka, kunde bli friska med rätt dos fysisk aktivitet och god näring i en miljö med hälsosam luft. Detta i enlighet med den tidens rådande behandlingsoptimistiska ideal (Warren, 2006).

Brehmers behandlingsprogram fäste stor vikt vid att anstalten där de tuberkulossjuka skulle behandlas var belägen i naturnära omgivningar, helst i den friska, torra luften i en oexploaterad bergsregion, långt från den 'skadliga' stadsmiljön. Fysisk träning bestående av promenader i det backiga bergslandskapet var en viktig del i Brehmers grundidé för sanatoriebehandlingen (Warren, 2006). Han menade att detta skulle stärka hjärtat som i sin tur skulle förbättra cirkulationen och således även hjälpa de sjuka lungorna (Eylers, 2014). Någon vetenskaplig evidens för behandlingen har aldrig påträffats utan detta var helt och hållet doktor Brehmers personliga övertygelse. Idag skulle idéerna kunna beskrivas som kvacksalveri (Böttinger, 2003). Däremot var det helt förenligt med vad flera andra läkare på den tiden också trodde och i enlighet med vad som ansågs vara god praktik av läkekonst. Brehmer var en bildad man med avslutade universitetsstudier i naturkunskap, matematik och astronomi och med en påbörjad utbildning i botanik innan han började studera medicin (Warren, 2006).



Figur 12: "Byn Göbersdorf, numera Sokołowsko, sedd från intilliggande höjd i bergslandskapet". Mitt i byn ligger det första sanatoriet – Dr. Brehmer's Heilanstalten. Fotografi, Bostaf, år 2011. Källa: Wikimedia commons (2020).

När sanatorierörelsen spred sig kom det att råda kluvenheter kring exakt hur viktigt det var med att följa Brehmers ursprungliga tanke om att en anstalt för behandling av tuberkulossjuka, ett sanatorium, måste ligga i oexploaterad bergsmiljö för att ha tillräckligt goda luftförhållanden. Detta eftersom de flesta som drabbades av sjukdomen inte hade råd att ta sig till eller vistas på dessa exklusiva alp-anstalter. Det ansågs av många viktigare att kunna behandla fler människor för att återfå arbetskraft till arbetsmarknaden som blev lidande av det stora antal människor som blev sjuka och dog i TBC. Det menades då att det kanske kunde vara gott nog att bygga mer folkliga sanatorier lite närmare städerna (Eylers, 2014).

Det rådde även delade meningar kring om varm eller kall, fuktig eller torr luft var det bästa. Somliga läkare trodde att kall luft var skadligt för de med TBC medan andra, som den engelske läkaren George Bodington, menade att kall utomhusluft istället var bra – till och med bland det bästa som kunde ordinerats för att lugna patienternas sjuka lungor. Bodingtons spår kom att bli det segrande i denna kluvenhet och vistelse ute i friska luften (även om det var kallt), deltagande i fysisk aktivitet och ordentligt intag av hälsosam mat kom att bli centrala behandlingsmetoder i sanatorievården (Warren, 2006).

De patienter som hade låg, eller ingen feber och som kände sig pigga fick gå uppe och kunde när schemat tillät ströva runt i sanatorieparken. Medan de som var sjukast och för sköra för att delta i fysisk aktivitet istället fick ligga nedbäddade i sängar på så kallade solaltaner eller liggverandor, för att få frisk luft och sol (Boman, 2007).

Allt eftersom tiden gick framkom dock mer och mer evidens på att behandlingen på sanatorierna inte fungerade i någon större utsträckning. Somliga läkare var oärliga och undanhöll information om bristerna i behandlingens verksamhetsgrad. Andra, som exempelvis en läkare vid namn von Unterberger som arbetade vid ett schweiziskt sanatorium, var sanningsenliga i sin dokumentation. Över en fyraårig period rapporterade Unterberger att bara 5,4 procent av de totalt 346 patienterna kunde skrivas ut som 'relativt botade', 39,8 procent skrevs ut med vad som kallades 'förbättrat hälsotillstånd' och hela 49,4 procent, skrevs ut helt utan förbättring eller till och med i försämrat tillstånd (Eylers, 2014).

Den 'mänskliga' behandlingen på sanatorierna var inte heller alltid så bra. Att som patient vistas på ett sanatorium var i många fall mycket inrutat med lite personlig frihet (Boman, 2007). Vård anpassad efter den enskilda individen var inte något som eftersträvades i någon större utsträckning utan alla följde samma strikta schema. Det finns många berättelser skrivna om sanatorielivet av patienter eller anhöriga som vittnar om att de inlagda patienterna kände sig avskilda från världen och frihetsberövade på vårdanstalterna (Böttinger, 2003).

Självbehärskning och kontroll var ledord inom sanatoriebehandlingen. Patienterna lärde sig på vilket sätt de skulle hosta och spotta och fick instruktioner om hur de skulle härda sig själva mentalt mot depression och morbida tankar. Listor och scheman med förbud och regler styrde patienternas tillvaro och bestämde när och hur de var tillåtna att äta, sova, tvätta sig, prata, gå omkring, läsa, utföra hobbies eller skolarbete med mera. Mer eller mindre allt som inte uttryckligen var tillåtet var förbjudet (McMaster University, 2020). Det skulle kunna hävdas att vården på sanatorierna var så gott som motsatsen till patientcentrerad.

4.6 SVENSKA SANATORIER

Under en stor del av 1800-talet orsakades en fjärdedel av alla dödsfall i Sverige av TBC. En lika stor andel av landets arbetskraft förlorades i TBC som det antal arbetsföra invånare som emigrerade till USA (Boman, 2012). De stora dödstalen fortgick även in i början av 1900-talet då sjukdomen skördade uppemot 10 000 liv i Sverige varje år. Det första svenska sanatoriet öppnade år 1891 i Mörsil i Jämtland men det dröjde till 1910-talet innan den stora sanatoriebyggnadsperioden kom igång. Under 1910-talet uppfördes inte mindre än 28 anläggningar runtom i landet (Antiquum, 2008). Det var under denna period som Orups sanatorium och Renströmska sjukhuset kom till.

4.6.1 ORUPS SANATORIUM I HÖÖR

Orups sanatorium, strax utanför Höör i Skåne, upprättades mellan åren 1912–1915 av Malmö stad och Malmöhus läns landsting. Anläggningen ritades av Salomon Sörensen, som vid den tiden var Malmö stads stadsarkitekt (Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet, 2012). Sanatorieområdet kom dock att få nya tillägg även efter inrättningens invigning. En läkarvilla och ett vattentorn tillkom under 1920-talet och parken fick då även en djurpark och utbyggda promenadstigar i det omgivande skogsområdet på Orupsberget (Orupsområdets Vänner, u.å.).

Att sanatoriet skulle byggas just i Orup både var och var inte en tillfällighet. Som tidigare känt så utgick Hermann Brehmers tidiga sanatorieprogram från att tuberkulosanläggningarna skulle förläggas i alpina miljöer. I Skåne är det ont om sådana men Orupsberget utgör en betydande höjd i det annars relativt platta landskapet. Att berget även är bevuxet med blandskog med mycket barrträd var ett resultat av 1800-talets experiment med granskog i Skåne, något som tidigare knappt hade funnits. Det höga läget i kombination med dess barrrika skog gjorde platsen idealisk för ett skånskt sanatorium. Lindrigt sjuka patienter kunde ta stärkande promenader i skogsparken och de sängliggande patienterna på sanatoriet kunde andas den friska luften med doft av barrskog från sina bäddar i de öppna ligghallarna (Orupsområdets Vänner, u.å.). Dock fanns som nämnts ännu inga kända vetenskapliga belägg för barrskogsluftens välgörande egenskaper.

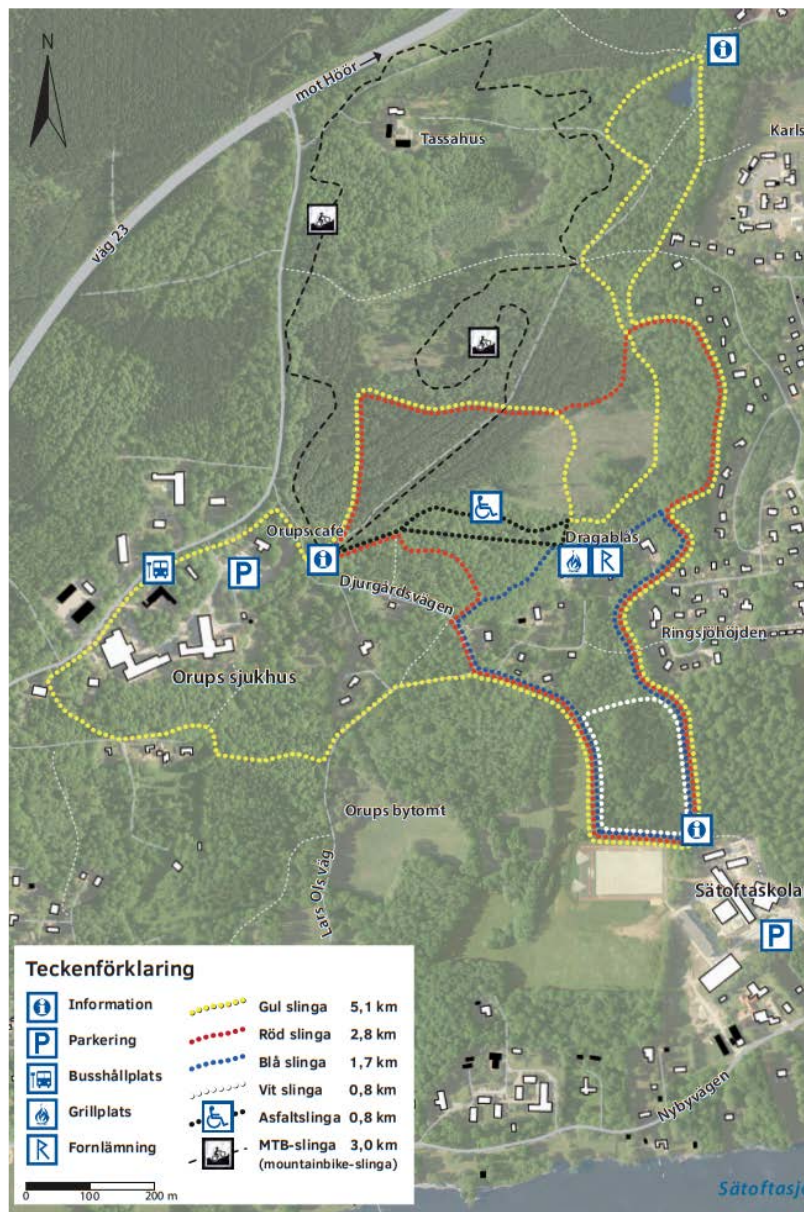
Anläggningen var isolerad för att begränsa risken för smittspridning. Av denna anledning underlättade det att sjukhuset till stor grad kunde vara självförsörjande. Grönsaker, frukt och potatis kunde skördas från den egna köksträdgården och det lilla lantbruket som tillhörde sjukhuset. Från år 1946 fick även patienterna vara med i trädgårdsarbetet då arbetsterapi infördes för de friskare. Detta var till fördel både för sjukhusets cirkulära ekonomi av mat och ved och för patienternas humör – vilket ledde till en snabbare förbättring i deras sjukdom (Orupsområdets Vänner, u.å.).

Antalet tuberkulosmittade sjönk kraftigt vid 1900-talets mitt efter att amerikanen Selman Waksman på 1940-talet framställde preparatet Streptomycin som hade en hämmande effekt på tuberkulosbakterierna – en uppfinning som han kom att belönas med Nobelpriset för. Färre och färre insjuknade nu i TBC och de som väl blev sjuka gick snabbare att bota (Antiquum, 2008).

År 1966 var inte patienttrycket med tuberkulossjuka längre särskilt stort och en rehabiliteringsklinik flyttade in på Orups sanatorium som år 1970 bytte namn till Orupssjukhuset. Konvalescensvården tog mer och mer över verksamheten och i början av 1980-talet stängde den sista lungavdelningen (Orupsområdets Vänner, u.å.). Idag ägs sjukhuset av Region Skåne. Rehabilite-

ringskliniken som flyttade in under 1960-talet utgör kärnan av verksamheten och fokus ligger på rehabilitering av patienter med exempelvis hjärnskada (Kirsebom, 2018).

Området kring Orups sjukhus är idag ett populärt rekreativområde. Hela Orupsberget har blivit ett 'strövområde' med flera vandringslingor av olika längd i skogsområdet kring sjukhuset (se figur 13). Underhållet av vandringslingorna görs av Höörs kommun men marken ägs inte av kommunen utan av Stiftelsen Skånska Landskap. Naturen i området utgörs av bland- och ädellövskog med en rik flora och fauna (Höörs kommun, u.å.).



Figur 13: Karta över vandringslingorna i Orups strövområde. Källa: Höörs kommun (2016).

4.6.2 RENSTRÖMSKA SJUKHUSET I GÖTEBORG

Även på andra håll i landet minskade TBC under senare delen av 1900-talet. Från 1950 till 1970 sjönk antalet årliga TBC-patienter i Göteborg från cirka 500 personer till endast 20. Denna trend skulle komma att påverka verksamheten för Renströmska sjukhuset (eller Kålltorps lungsanato-

rium, som det hette vid tiden för dess anläggning), (Antiquum, 2008) på liknande sätt den samtida utvecklingen på Orups sanatorium.

Planeringen av Renströmska sjukhuset började redan år 1900 då Kålltorp, stadsdelen där sjukhuset ligger, ännu inte tillhörde Göteborgs stad utan var en del av Örgryte socken. År 1903 såldes dock egendomen Kålltorp, ett område på lite mer än 345 hektar, till Göteborg stad. En stor anledning till att marken köptes var just i syfte för byggnationen av det tilltänkta sanatoriet i den kuperade, skogbeklädda terrängen. Det hörde inte till vanligheterna att sanatorier byggdes så pass nära städerna men Renströmska var ett undantag då det ansågs vara så pass avskilt och skyddat på sin skogsklädda höjd att exploatering i närheten inte var trolig och att kontaminering av luften från stadens smuts inte skulle ske (Antiquum, 2008).

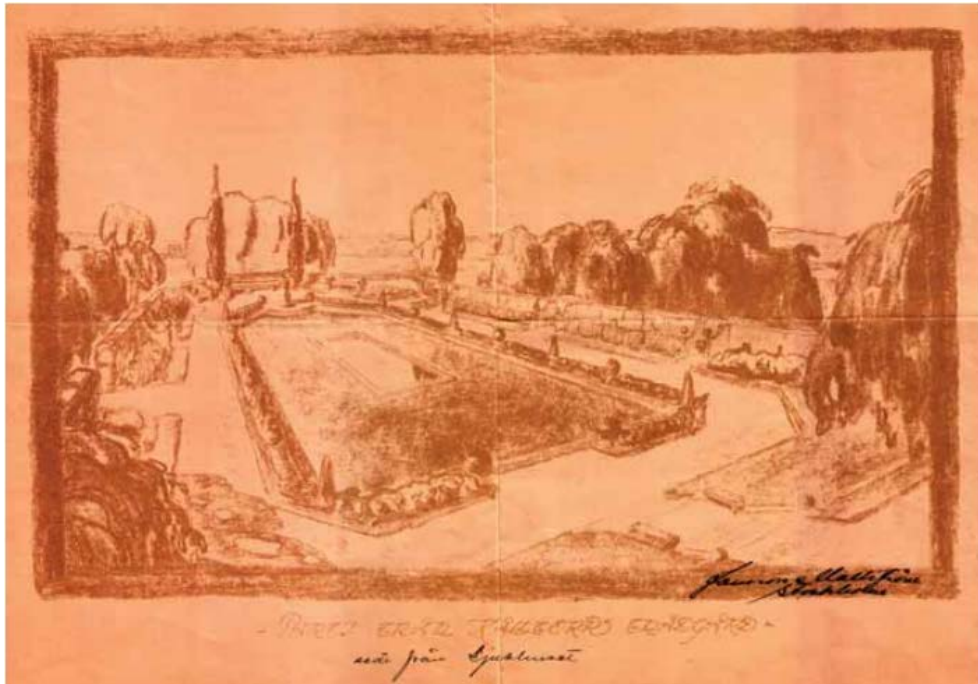
År 1913 var byggnationen av Renströmska sjukhuset klar. Huvudbyggnaden var i brunt tegel och hade sällskap av bostadshus för personalen, sjukhuspaviljonger, lik- och obduktionsbyggnad, vattentorn och ligghallar – allt detta inrymt i en väl tilltagen parkanläggning på cirka 28 hektar (Antiquum, 2008).

Det hela ritades av den framstående arkitektduon Ivar Tengbom och Ernst Torulf som även stod bakom många andra samtida svenska arkitektoniska storverk (Antiquum, 2008). Arkitekterna, i synnerhet Ernst Torulf, var förkämpar för den nationalromantiska stilen som kom att prägla anläggningen Renströmska sjukhuset (Wærn, 2019). Det finns en speciell harmoni mellan natur och bebyggelse på platsen som ger området en speciell och sällsynt stämning. Detta kan bäst uppskattas vid studier av byggnadernas placering, komposition form och material i sin kontext i den fysiska miljön (Göteborgs Stad Stadsbyggnadskontoret, 2015).



Figur 14: "Det nybyggda Renströmska sjukhuset, baksidan sedd från parken". Fotografi av Aron Jonason år 1913 då sjukhuset var nybyggt och trädgården ännu inte anlagts. Ligghallarna som idag är rivna syns till höger. Källa: Göteborgs Historiska Museums bildsamling (u.å.).

Parkens landskapsarkitektur präglades av både strama och mjuka former. Utmed den stora sjukhusbyggnaden stod formklippta pyramidalmar planterade på rad och framför trappan i sjukhusets mittaxel låg en klassiskt utformad trädgård med grusgångar och bårder av blommor runt en rektangulär gräsparterr som i mitten pryddes av en fontän med spegeldamm (se figur 15). Denna del av parken hade en stil som flirtade med barocka trädgårdsideal. Resterande omgivningarna i parklandskapet var friare hållna och innehöll en stor variation av trädslag som stod solitära eller i klunga spridda över svepande gräsytor (Antiquum, 2008).



Figur 15: Skiss över den barockinspirerade trädgården längsmed sjukhusets mittaxel sett ifrån den stora öppna verandan längs byggnadens långsida. Upphovsperson och årtal okänt men troligen från 1913. Källa: Antiquum (2008).

Renströmska sjukhusets park var känd för sina vackra blomsterarrangemang som skapades av parkens egna trädgårdsmästeri som låg i södra delen av anläggningen. Trädgårdsmästeriet hade ett växthus som drev upp blommor till sjukhusets egna planteringar men även till sjukhus på andra håll i Göteborg. Personalen som skötte trädgårdsmästeriet bestod, i alla fall under 1940-talet, av en huvudansvarig trädgårdsmästare och tre anställda trädgårdsarbetare. Denna grupp anställda skötte, förutom växthuset, övriga delar av Renströmska sjukhusets parkanläggning och de privata trädgårdarna vid personalens bostäder (Antiquum, 2008).

Alla patienter, även de sjukaste, fick vistas utomhus nedbäddade i sängar i de 'ligghallar', som stod byggda ute i parken (se figur 14). Detta gjordes fem gånger om dagen för att andas frisk utomhusluft. Ligghallarna var byggda i trä och hade faciliteter som toalett och rum för förvaring av filter till patienterna. Patienter som var friska nog att vara uppegående ordinerades också att gå tre promenader om dagen i parken. Hela parken var inhägnad med högt staket för att förhindra patienter från att lämna området. Detta bidrog till känslan av att vara fängslad bland många av patienterna och det sägs att hål gjordes i detta staket där vissa patienter smet ut ibland för att få känna sig fria och vanliga en stund (Antiquum, 2008).

Under 1950-talet började parken få allt mindre betydelse för patienterna till följd av den nya medicinens effekt som kraftigt förkortade vårdtiderna. Detta kom att påverka markanvändningen i parken under 1960-talet då det byggdes både ett nytt sjukhem (Kålltorps sjukhem) och studentbostäder (Studentstaden Rosendal) på mark som tidigare tillhört sanatorieparken. Detta ledde till att parkens storlek minskade från cirka 28 hektar till 20 hektar (Antiquum, 2008).

Även organisatoriska förändringar skedde i samband med att antalet TBC-patienter minskade. Ett skifte ägde nu rum inne i byggnaden till behandling av patienter med andra lungsjukdomar än TBC. Denna verksamhet fortsatte till 1993 då den flyttades till Sahlgrenska sjukhuset. Under 1990-talet fram till 2004 tjänade Renströmska sjukhuset istället som vårdhem för äldre och personer med multipla funktionsnedsättningar. Efter fyra år utan tydlig funktion påbörjades år 2008 ombyggnation av det gamla sjukhusets huvudbyggnad till bostadsrätter (Antiquum, 2008).

Idag står bostadsrätterna klara och boende har flyttat in. Ombyggnaden av sjukhuset har gjorts med stor hänsyn till byggnadens och omgivningarnas höga kultur- respektive naturvärden. Försiktighet måste även vidtas i de andra exploateringsprojekt som just nu sker i områdets ytterkanter och det är reglerat hur mycket som får bebyggas i omgivningen. Göteborg stad säger sig vara måna om att bevara och förvalta området och dess historia och åtgärder har vidtagits för att bevara och ge funktion till de flesta av sjukhusområdets ursprungliga byggnader som ännu finns kvar. Vissa delar av anläggningen har dock rivits under åren (Göteborgs Stad Stadsbyggnadskontoret, 2015). Ligghallarna som tidigare stod i parken och en det 23 meter höga, åttkantiga vattentornet som ritades av Tengbom och Torulf revs under 1950-talet. Även ett antal mindre ekonomibygnader som portvaktsstuga, kompostbod och pumphus har försvunnit (Antiquum, 2008). Inte heller den barockinspirerade gång- och blomsteromgärdade gräsparterren med fontänen finns idag kvar. På platsen finns istället en sank och lerig gräsyta som ger antydningar om där en gång fanns något mer (se figur 16).

Sanatorieparken är öppen för allmänheten och utgör lite utav en entré från stadsdelarna Kålltorp och Björkekärr mot det natursköna och populära rekreationsområdet kring Härlanda Tjärn, Skatås och Delsjön som varit ett naturreservat sedan 1984. Rekreationsområdet erbjuder fina promenadstråk, utsiktsplatser och picknickplatser (Antiquum, 2008).



Figur 16: "Renströmska sjukhuset idag sett från söder". Det går att ana från den nedsänkta rektangeln i gräsmattan framför trappan i husets mittaxel var gräsparterren en gång var. Men de hamlade pyramidalmarna står ännu kvar och kantar gången utmed det gamla sjukhusets långsida. Källa: eget fotografi, 2020.

5. ANALYS: 1800-TALETS GRÖNA VÅRDINRÄTTNINGAR

5.1 BRUNNSPARKEN: EN EBD-ANALYS

På referensplatsen Ronneby brunnsпарк har jag funnit många kvalitéer som är direkt länkbara till EBD-teorierna. I synnerhet fann jag kvalitéer som går i enlighet med de som beskrivs i *teorin om stödjande miljöer*, *affordanceteorin*, *biophiliahypotesen*, *salutogen design*, *utsikt- och skyddsteorin*, *stressreduktionsteorin* och *uppmärksamhetsåterställningsteorin* samt *Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön*. Sambanden jag fann beskrivs nedan.

5.1.1 RONNEBY BRUNNSPARK OCH DE ÅTTA MILJÖERBJUDANDENA

Så gott som alla olika miljöerbjudanden som presenteras i *Teorin om stödjande miljöer* (se figur 2) går att återfinna i parkmiljön Ronneby brunnsпарк. Omgivningarna på kurorten är varierande och gav goda möjligheter till sociala aktiviteter och interaktioner eller lugn och fridfullhet i naturen beroende på vad brunnsgästerna hade för behov:

Social gemenskap: Ronneby brunnsparcs funktion som arena för societetsmingel med god mat, dryck och underhållning skulle till mångt och mycket kunna identifieras som en miljö för social gemenskap. Ronneby brunnsпарк erbjöd även bad, båtturer, karusell och gymnastikutrustning som sociala aktiviteter för sina gäster under 1800-talet (Jakobsson, 2000).

Kultur och historia: De många historiska lagren i anläggningen, som tillkommit från tidiga 1700-talet till nutid, (Jakobsson, 2000), gör Ronneby brunnsпарк till en plats där det är möjligt att uppleva både kultur och historia – för människor i nutid liksom för brunnsgästerna under 1800- och tidiga 1900-talet.

Öppet och utsikt: På 1700-talet och tidiga 1800-talet utgjordes anläggningen till stor del av öppna ytor som ängsmark och köksträdgård. Om dessa i realiteten var ytor som beträddes är däremot inte givet. Planritningar över Ronneby brunnsпарк på sena 1800-talet visar en park med stora gräsytor beströdda av så kallade boskéer (buskar i grupp) och klungor av träd i tysk eller engelsk landskapsparkstil (samt Brunnskogen) (Jakobsson, 2000). Då, liksom idag, lär utsikterna i landskapsparcsdelen av anläggningen ha varit öppna och ytorna fria.

Känsla av rymd: Fram till 1840-talet utgjorde parkområdet en knapp hektar (en kvadratisk anläggning om cirka 90 x 90 meter) och som utgjordes av främst öppna ytor (se figur 5). Antagligen upplevdes även den lilla anläggningen som luftig men dess omfattning kan ha uppfattats som begränsad utan större känsla av rymd. Efter utvidgandet, och med tillägg av brunnskogen, blev karaktären på anläggningen annorlunda och dess omfattning betydligt större (Jakobsson, 2000).

Artrikedom och variation: I växtlistor från sena 1800-talets omläggningar av Ronneby brunnsпарк finns en uppsjö av inhemskt och mer exotiskt växtmaterial – varav många blommande lignoser. Anläggningen pryddes också av påkostade prunkande blomstergrupper och odlingar med ätliga växter som örter, ärtor och lökar (Jakobsson, 2000). Vid besök idag återfinns en blandning av inhemska och mer exotiska växter i delarna av anläggningen närmast brunnskällan. Brunnskogen innehåller mest inhemska arter men i varierande terräng med hedbokskog, blandskog, berghällar, mossar, och en liten sjö. (De senare tilläggen av den japanska trädgården och doftträdgården (se figur 18) inne i brunnskogen utgör inslag som tillför artrikedom och variation för besökare idag som inte kunde upplevas av de historiska brunnsgästerna.)

Vildhet och natur: De natursköna omgivningarna kring Ronneby brunn med sin lummiga och vilda brunnskog lär ha erbjudit brunnsgästerna så mycket vildhet som möjligen går att önska från en park i stadsnära läge (se figur 17).

Avskilt och skyddat: Likväl som de sociala ytorna fanns kring byggnaderna och anläggningens huvudstråk så lär de mer avlägsna delarna av parken erbjudit möjlighet till avskildhet för de som önskade detta.



Figur 17: "Fotografi från tidigt 1900-tal av brunnsgäster i Brunnskogen intill vattnet". Motivet visar en plats i med till synes artrik och vild karaktär. Fotograf okänd. Källa: Blekinge Museum (u.å.).

5.1.3 BRUNNSPARKEN OCH SINNENA

Den stora, lummiga brunnsparken med sin rika variation av saker att se och göra och stora artrikedomen kan ses som ett typiskt exempel på en 'biophilisk design' som kan upplevas med alla sinnen. Som listat ovan fanns många olika miljöerbjudanden i Ronneby brunnsparke. Tack vare rikedom av miljöer skapades också många möjlighetsinbiter i parken med tydliga erbjudanden av olika aktiviteter i de olika miljödimensionerna. Parkens slingrande stigar med många halvdolda vyer samt utsiktsplatser ett exempel på en invit skapad i den fysiska miljön som lockade till promenadaktivitet. Variationen och artrikedomen är ett exempel på en invit till besökarna att interagera med naturen genom sina sinnen.

Sinneliga upplevelser har i modern forskning visat sig vara så pass bra för hälsan att ett koncept för terapiträdgårdar har tagits fram där fokus ligger på att erbjuda flera olika typer av sinnesstimulans. Dessa trädgårdar, som kan kallas 'sinneliga trädgårdar', är goda exempel på äldrevänlig och universell design (dessa koncept förklaras mer ingående i del 6.6). Detta eftersom de riktar sig till många olika målgrupper och är skapade för att även människor med funktionsvariationer som exempelvis nedsatt syn ska få ett givande utbyte med trädgårdsmiljön genom andra

sinnen som lukt, känsel och hörsel. I begynnelsen skapades dessa trädgårdar i synnerhet för människor med synskada – vanligen som en inkluderad del av en större park i närheten av sjukhus eller äldreboenden. Konceptet har idag utvecklats till att bli platser utmärkta att använda för människor av alla slag och med olika funktioner. Det är njutbart och hälsofrämjande för alla att interagera med trädgården genom att aktivera sina sinnen (Flanders Cushing & Miller, 2020) Oavsett om interaktionen mellan människa och natur sker genom att smaka på dess vatten eller växter, betrakta den på naturpromenader, lyssna på dess susande vass eller porlande vatten eller dofta på aromatiska växter så har det en påvisad positiv inverkan på hälsan (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

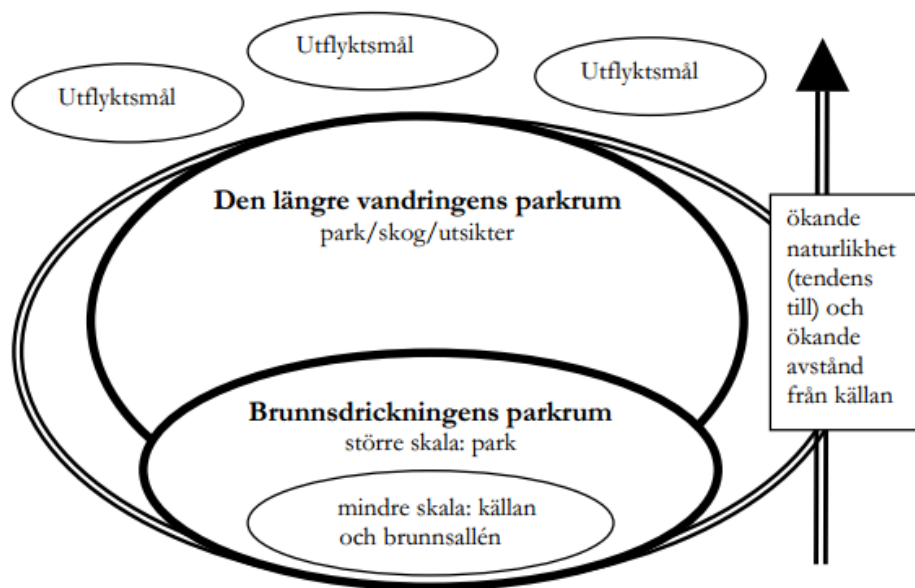
Som beskrivet i Rachel och Stephen Kaplans teori om uppmärksamhetsåterställning har platser som kan tillskrivas egenskaperna 'sammanhängande', 'komplexa', 'läsbara' samt, till en viss grad, 'mystiska', en hälsofrämjande och återställande verkan på hjärnan (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Ronneby brunnsspark skulle mycket väl kunna tillskrivas dessa egenskaper tack vare sin tydliga struktur med ökad grad av naturlighet och mystik i förhållande till avståndet från brunnskällan (se Jakobssons modell i figur 19).



Figur 18: "Doftträdgården som anlades i Brunnskogen på 1980-talet". Trädgårdens planteringar innehåller doftande växter som bland annat doftschersmin, lavendel, clematis, näva, kaprifol, liljor, rosor, olvon, syren, hortensia och fjärilsbuske. Källa: eget fotografi, 2021.

5.1.4 BRUNNSPARKEN OCH BENGTSSENS FYRA ZONER AV KONTAKT MED UTEMILJÖN

Anna Jakobsson har i sina efterforskningar om Ronneby brunnsspark hittat samband mellan stigande grad av naturlighet och funktioner i parkrummet i förhållande till ökat avstånd från brunnskällan (Jakobsson, 2004). Jakobssons schematiska modell (se figur 19) har till synes mycket gemensamt med det som beskrivs i Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön. Nedan presenteras Jakobssons modells 'rum i parkrummet' med olika användningsområden av de olika zonerna Ronneby brunnsspark satt i relation till Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön (se figur 3).



Figur 19: Modell av Anna Jakobsson - En schematisk skiss av Ronneby brunnsparcs rumsindelning och rums-kategorier. (Modellen har nyanserats med mer ingående beskrivning av de olika zonerna i senare arbete av Jakobsson).
Källa: Jakobsson (2004).

Zon 1 - Kontakt med utemiljön inifrån vårdbyggnaden, exempelvis genom fönster: Miljön närmast brunnskällan med, brunns hallen och brunnsallén, skulle kunna sägas vara Ronneby brunnsparcs motsvarighet till zon 1 i Bengtssons modell. Jakobsson beskriver zonen närmast källan som den del av parken som innehöll de mest centrala funktionerna för anläggningens verksamhet och utgjorde en plats i parken som alla brunns-gäster besökte för att utföra brunnsdrickningsritualen. Denna zon hade en småskalig och geometrisk uppbyggnad som gjorde det tillgängligt och bekvämt att utföra brunnsdrickningen och dess mest grundläggande, korta promenader (Jakobsson, 2004).

Zon 2 - Kontakt med utemiljön i övergångszonen mellan inne och ute, exempelvis i vinterträdgårdar, på balkonger, uteplatser och terrasser: Strax utanför brunnsallén tog nästa zon vid. Denna zon utgjordes av den engelsk- och tyskinspirerade landskapsparken och tillägnades de något längre promenaderna. Denna zon innehöll slingrande gångstigar, mötesplatser och praktfulla planteringar. Dock var bekvämligheten och tillgängligheten fortfarande hög med plan terräng och grusade gångar (Jakobsson, 2004). Denna zon skulle kunna jämföras med Bengtssons zon 2 som var 'det lilla steget' ut i utomhusmiljön.

Zon 3 - I parker och trädgårdar som finns i närmiljön, i direkt anslutning till en vårdbyggnad: Bengtssons zon 3 skulle i Ronneby brunnsparc kunna motsvaras av brunnskogen. Här kunde besökarna göra längre dagsvandringar och ta sig till utsiktsplatser som rekommenderades att besökas - men det var inte nödvändigt för att fullborda brunnskuren. Denna zon har längre avstånd från brunnskällan men ligger ändå inom anläggningens gränser. Brunnskogen är

en riktig skog med tydligt vild och mer naturlig karaktär än den tillrättalagda landskapsparken i zon 2.

Zon 4 – Kontakt med den yttre omgivningen, utanför vårdbyggnaden och dess tillhörande närmiljö: Zon 4 i Bengtssons modell kan i Jakobssons modell motsvaras av de utflyktsmål som brunnsgästerna kunde ta sig till strax utanför anläggningen. Båtturer till närliggande skärgårdsö, Karön och besök till ett av traktens gods var populära utflykter. Det viktigaste på utflykterna var dock att uppleva det vackra naturlandskapet som omgav anläggningen (Jakobsson, 2004).

5.2 PSYKIATRISKA VÅRDEN: EN EBD-ANALYS

På referensplatsen Sankt Lars sjukhus finns också många av de hälsofrämjande miljökvantiteter som beskrivs av EBD-teorierna. Liksom för Ronneby brunnsspark har jag funnit att Sankt Lars-parken hade många av de miljöerbjudanden som beskrivs i *teorin om stödjande miljöer*. Parkens design kommunicerar också aspekter ur *biophiliahypotesen*, *salutogen design*, *stressreduktionsteorin*, *teorin om uppmärksamhetsåterställning* samt *anknytningsteorin*. Jag har inte funnit tillräckligt tydliga kopplingar till *Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön* i Sankt Lars sjukhuspark för att ta med denna teori i analysen. Inte heller har jag hittat tydligt underlag för *affordanceteorin*.

5.2.1 SANKT LARS SJUKHUSPARK OCH DE ÅTTA MILJÖERBJUDANDENA

Flera av de dimensioner av miljöerbjudanden som beskrivs som hälsofrämjande i *teorin om stödjande miljöer* går att återfinna i Sankt Lars-parken men vissa i större utsträckning än andra.

Social gemenskap: Efter en tid anlades en idrottsanläggning på området vid Sankt Lars Sjukhus (det framgår inte när, bara att den inte fanns på anläggningen från början samt att den anlades av patienterna på samma vis som när hela parken byggdes) (Andersson, 1990). En egen idrottsanläggning på sjukhusområdet inbjöd till fysisk aktivitet och social gemenskap för de som var friska nog att delta. (Dagens lekytor och utegym i parken skulle kunna definieras som sociala platser som inte fanns då sjukhuset var i bruk.)

Kultur och historia: Hela området Sankt Lars-parken och dess byggnader upprättades ungefär samtidigt på 1880-talet på mark som tidigare hade varit brukad som åker. Att hela anläggningen byggdes i ett svep har givit den en enhetlig i stil – som kan uppfattas som homogen med avsaknad av tydliga historiska lager. I östra delen av parken återfinns dock en valvbro byggd av sten över Höje å som är Lunds äldsta ännu fungerande bro. Den var under lång tid infarten till Lund söderifrån och bidrar med visst historiskt djup till platsen (Lunds Kommun, 2019). Gällande tillgodoseendet av kulturella sammanhang för patienterna skulle det kunna antas att arbetslagen som ägnade sig åt vanliga jobbsysslor som skötsel av parken, jordbruk eller djurskötsel fick detta behov uppfyllt i sin utomhusvistelse genom att utföra ett arbete.

Öppet och utsikt: Ett centralt karaktärsdrag för den engelska landskapsparken, som ju var Sankt Lars-parkens dominerande arkitektoniska stil, är just öppenheten och utsikten i väl avvägd relation till skyddande dungar och solitära träd strödda i landskapet (Länsstyrelsen i Stockholms län, u.å.).

Känsla av rymd: Vid besök av Sankt Lars sjukhusområde blir anläggningens rymd tydlig. Läget vid Höje å och närheten till åkerlandskapet utanför gör att sjukhusområdet upplevs ha en vid omfattning. Området har en yta på cirka 36 hektar om endast marken norr om Höje å räknas in.

Artrikedom och variation: Den rika variationen av inhemskt och exotiskt växtmaterial som planterades i parken var menad att skapa ett varierat och vackert och hälsofrämjande landskap för alla som vistades i parken. Utöver växterna bidrog de 'inplanterade' vilda djuren i parken med artrikedom (Hemsö Fastighets AB, u.å.). Även tama djur som får och svin på området som en del av självhushållets jordbruk. Tamdjuren bodde i stallar inne i på sjukhusområdet och skötes i huvudsak av patienter. Interaktioner med djur har visat sig vara mycket hälsofrämjande och skulle kunna gå under kategorin artrikedom och variation då detta inte nödvändigtvis bara måste handla om växter utan även täcker in fauna (Bengtsson et al., 2018). Den stora mängden löv och annat nedbrytbart material från parkens växter lockar insekter till parken vilket också attraherar en mängd fågelarter. Läget intill Höje å ger en variation som bryter av det anlagda parklandskapet med vattnets vildhet.

Vildhet och natur: Även om Höje å är rätad där den rinner genom Sankt Lars-parken så upplevs vattendraget med sina trädkantade stränder som ett vilt inslag i den annars typiskt engelska landskapsparksmiljön (Hemsö Fastighets AB, u.å.). Dock är den engelska landskapsparken i sig en naturlig typ av parkmiljö även om det är natur på ett tillrättalagt vis. Somliga platser i parken lär ha uppfattats som mer tillrättalagda, andra som mer vilda. Dock finns ingen friväxande skog på området som det finns på, eller i anslutning till, alla de andra referensplatserna.

Avskilt och skyddat: Parkanläggningen hade som tidigare nämnt både öppna ytor och mer avskilda och skyddade platser där häckplanteringar skyddade mot insyn, vind och sol (Hemsö Fastighets AB, u.å.). Däremot var patienterna under så gott som ständig uppsyn av vårdgivare så de lär inte ha fått mycket till privata stunder (Andersson, 1990) trots tillgången till mer avskilda ytor ute i parken. Men ytorna kan ha haft stor betydelse för anställda som behövde avbrott från patienterna för en stund. Trädgårdsmiljöer där personal på vårdanläggningar kan få vara ifred är mycket viktiga för deras egen hälsa (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

5.2.2 PSYKVÅRDEN OCH TRÄDGÅRDEN

Vistelse i natur och trädgård har genom forskning visats ha många hälsofördelar för vårt psykiska välmående. En omsorgsfullt designad hälsofrämjande miljö kan skapa känsla av hemhörighet, sammanhang och meningsfullhet, trygghet och tydlighet – alla dessa faktorer har stort värde för det psykiska välmåendet. Detta är minst lika relevant idag som det var förr och ju mer forskningen inom detta område fortskrider desto mer förfinade och anpassade behandlingsmetoder i natur och trädgård kan ges patienter med olika typer av psykisk ohälsa (Cooper Marcus, 2014).

För patienter inlagda på sjukhus kan ständig övervakning, frekventa provtagningar/utredningar och behandlingar som inskränker på den personliga integriteten orsaka mycket stress. Som förklarar i stressreduktionsteorin är det därför en viktig tillgång för patienter att ha möjlighet att stärka känslan av kontroll och frihet genom vistelse utomhus, i natur och trädgård (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Det är därför logiskt att patienterna på 1800-talets Sankt Lars sjukhus blev lugnare och mer tillfreds när de fick arbeta ute (Andersson, 1990).

Arbetsträningen för patienterna på Sankt Lars sjukhus, i synnerhet den med arbete utomhus, gav patienterna något meningsfullt och lagom krävande att göra under dagarna (Andersson, 1990). Detta lär ha bidragit till en ökad känsla av mening och sammanhang, likt det som beskrivs i den *salutogena designmodellen*. Med största sannolikhet gav denna känsla av mening och sammanhang patienterna en större chans att tillfriskna från sina mentala tillstånd av ohälsa tack

vare funktionen dessa stödjande funktioner har för människors välmående och förmåga till handling.

Att patienterna på Sankt Lars sjukhus fick chans att utöva yrken som de sedan tidigare var vana vid (i största möjliga mån), och därmed omgav sig av föremål och utövade praktiker som var välkända för dem (Andersson, 1990), lär ha bidragit till en ökad hemtrevnad och minskad aliering i sjukhusmiljön. Som förklarar i stycket om anknytningsteorin, menar Cooper Marcus och Sachs, att föremål och stilar i sjukhusmiljön som patienterna kan relatera till är viktiga för deras mentala välbefinnande. Detta gäller i synnerhet i vårdmiljöer där de intagna behöver vara borta från sina egna hem en längre tid, som ju var fallet för de flesta patienter på Sankt Lars sjukhus. Allra viktigast är det för patienter som lider av förvirring och minnessvårigheter orsakat av exempelvis alzheimer eller annan demenssjukdom (Cooper Marcus & Sachs, 2014) som en del av de äldre intagna på Sankt Lars sjukhus led av (Andersson, 1990).

Behandling i natur och trädgård kan förbättra eller bota en rad olika psykiska tillstånd. En studie av Ulrich, Borgen och Lundin från 2012 identifierade flera evidensbaserade designkriterier för psykiatriska kliniker som exempelvis fönster med vyer mot naturmiljöer, tillgång till och exponering för dagsljus och tillgång till utomhusvistelse i natur och trädgård som påverkande faktorer för minskad aggression och sänkta stressnivåer hos patienter (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Det kan även öka det koncentrationsförmågan, minska rädsla, passivitet och skydda mot ångest och depression – framför allt hos äldre. I terapeutiska sammanhang kan det även förbättra kommunikationen med personer med autism, demens eller schizofreni (Andersson & Rydberg, 2005). Solljus har också funktioner för kroppens fysiska välmående då det är nödvändigt för produktion av D-vitamin som behövs för att bibehålla normal benstomme. En japansk studie från 2003 visade att redan 15 minuters solljusexponering om dagen sänkte antalet höftfrakturer hos äldre strokepatienter med hela 84 procent (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Psykologen Bengt Börjesson, som också var professor i socialt arbete vid Umeå universitet, sade i en intervju med Gunilla Nilsson i boken *"Trädgårdsterapi"* att *"Jag tror att trädgården som terapeutisk möjlighet ligger i att den vänder bort blicken från mig själv – inte som en flykt men som en upptagenhet. Detta är en väsensskillnad jämfört med de verbala terapierna som hela tiden har den hjälpsökande personen i centrum. Denna frånvändhet gäller ju metaperspektivet – på realitetsplanet är trädgården i eminent mening mitt projekt, mitt sätt att skapa mening, mitt sätt att ge liv..."* (Nilsson, 2009). Börjesson såg alltså trädgårdsterapi som ett komplement till det han kallar 'de verbala terapierna' – samtal med psykolog eller dylikt.

5.2.3 VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

För många patienter blev vistelsen på de psykiatriska klinikerna som Sankt Lars sjukhus det sista de gjorde i livet. Många av avdelningarna var överfulla, så när patienter med tuberkulos anlände till sjukhuset spreds sjukdomen kraftigt. Av de 696 patienter som avled mellan åren 1919–1933 var 190 av dödsfallen på grund av TBC. Inga patienter på Sankt Lars sjukhus flyttades till sanatorievården men det är oklart om detta hade hjälpt då TBC oftast var dödligt och sanatorievårdens behandlingsmetoder under denna tid var, som tidigare nämnt, relativt överkamma (Andersson, 1990). Antalet patienter på sanatorierna som gick bort på sjukhuset var också högt (Boman, 2007).

Trots att trädgårdar försvann ur bilden på många vårdinrättningar kring 1900-talets mitt (Cooper Marcus & Sachs, 2014), ungefär samtida med införandet av aktiv TBC-medicin (Antiquum,

2008), så var det aldrig frågan om att utesluta natur och trädgård ur hospicevården det vill säga vården för människor i livets slutskede. Denna typ av vårdanläggningar började dyka upp under 1960-talet, mitt under lågpunkten för behandling med natur och trädgård i övriga vården. I hospicevården fanns aldrig någon tvekan kring behovet av en vacker utomhusmiljö. Behandlingen som ges i denna vårdinstans är i stort sett bara palliativ. Fokus ligger på smärtlindring och att försöka att skapa en atmosfär för att hjälpa patienterna att komma i sinnesfrid. Att få vistas i natursköna miljöer är rogivande för döende människor – det är betryggande att få känna sig som en del av naturens kretslopp och att veta att livets cykler runt omkring kommer att fortsätta även när kroppen givit upp (Cooper Marcus & Sachs).

Hörseln är det sista sinnet som lämnar oss innan vi dör – så många moderna hospiceanläggningar har miljöer som erbjuder behagliga hörselintryck som vindens sus i växter, porlande vatten, fågelmatsstationer som lockar till sig kvittrande småfåglar samt möjlighet att lyssna på musik (Cooper Marcus & Sachs). Trädgårdsanläggningarna på Sankt Lars sjukhus samt sanatorierna Orups sanatorium och Renströmska sjukhuset erbjöd, att döma av parkernas generösa och lummiga utformning och avskilda läge, med största sannolikhet ett vackert landskap där patienter kunde känna samhörighet med naturen och njuta av ett rogivande ljudlandskap under sin sista tid i livet.

5.3 SANATORIEPARKEN: EN EBD-ANALYS

På referensplatserna Orups sanatorium och Renströmska sjukhuset går det, precis som i de två ovan beskrivna historiska vårdexemplen, att hitta mycket i designen som kan länkas till EBD-teorier. Det går att återfinna kvalitéer i sanatorieparkerna som kan liknas vid många av de miljöerbjudandedimensioner som beskrivs i *teorin om stödjande miljöer*. Även element som kan länkas till *biophiliahypotesen*, *salutogen design*, *stressreduktionsteorin*, *teorin om uppmärksamhetsåterställning* samt *Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön* går tydligt att finna i sanatoriemiljöerna.

Social Gemenskap: Enligt Boman var de strikta reglerna på sanatorierna inte direkt främjande för social interaktion. Patienterna skulle vila sig i form och leva enligt det hälsoprogram som sanatoriet förespråkade (Boman, 2007). Däremot finns många romaner skrivna av personer som legat inne på sanatorium eller deras anhöriga som beskriver sanatoriemiljön som startpunkt för många kärlekshistorier (Böttinger, 2003) å det lär absolut ha försiggått social interaktion mellan patienterna.

Allan Beskow, en av Sveriges sista sanatorieläkare berättade ungefär så här om kärleksrelationerna som försiggick på 1900-talets svenska sanatorier: *"Om man för samman unga kvinnor och unga män, under kasernliknande förhållanden, långt bortom ära och redlighet och de måste vistas där under långa tider utan att egentligen ha något att göra och ofta utan att vara särskilt sjuka – vad kan man vänta sig?"* (Böttinger, 2003).

Parkmiljöerna lär ha erbjudit fina miljöer för socialisering för de patienter som var friska nog att vara uppegående. Precis som för människor som rekreerar sig i parkerna kring Orups sanatorium och Renströmska sjukhuset idag lär promenadstigarna, skogsdungarna och de öppna ytorna kring sjukhusen ha varit njutbara umgängesmiljöer även för de historiska brukarna.

Kultur & Historia: Marken kring Orups sanatorium var innan sanatorietiden hagmark med betesdjur. När granskogen planterades på Orupsberget år 1870 restes en minnessten för planteringen inne i skogen nära den före detta sysslomannabostaden på området (Orupsområdet

vänner, u.å.). I sjukhusets omnejd finns gammal bebyggelse från så långt tillbaka som 1100-talet med Bosjökloster, en gammal, välbevarad klostermiljö, bara någon kilometer söder om sanatoriet (Bosjökloster Slott & Trädgårdar, u.å.). Med stor sannolikhet är klostret synligt från fönsterna på de övre våningarna i sjukhusbyggnaden.

Kring Renströmska sjukhuset fanns också bebyggelse och kultur långt innan sanatoriet uppfördes. Sedan 1500-talet hade två större gårdar funnits i Kålltorp: Övergården och Nedergården som ägdes och brukades av många olika personer och släkter under århundradena. Även mindre bosättningar som torpet Korpås fanns i närområdet innan sjukhuset byggdes. Idag finns torpet inte kvar men har lämnat spår på platsen i form av en jordkällare samt rester från uthusgrunder. I sanatorieparkens södra del finns även en gammal stengårdsgård från tiden innan sjukhusets uppförande som vittnar om att småskaligt jordbruk en gång har bedrivits på platsen (Antiquum, 2008).

Öppet och utsikt: Utsikten från Orups sanatorium på toppen av Orupsberget är flermilavid över sjö- och åkerlandskapet på den bördiga skånska slätten som breder ut sig nedanför bergssluttningen. Detta kompenserar väl för den mer täta känslan som inges av skogsmiljön i sjukhusets direkta närhet. Något motsatta förhållanden råder kring Renströmska sjukhuset där miljön närmast sjukhuset utgörs av öppet landskap som tidigare varit jordbruksmark (Antiquum, 2008) men vyn mot stadsmiljön i landskapet nedanför höjden skymms av skog. Detta kan tänkas ha varit avsiktligt av arkitekterna då idealet för sanatorium var, som tidigare nämnt, att sjukhuset skulle ligga frångående stadsmiljön.

Känsla av rymd: Orups sanatoriums läge på det skogbeklädda berget inger en känsla av rymd i höjded med utblick över landskapet nedanför. Det går även att uppleva en rymd i omfattning i sanatoriets stora skogspark. Det går att vandra flera kilometer långa sträckor utan att lämna parken (se figur 13).

Liknande förhållanden råder i området kring Renströmska sjukhuset men där finns möjlighet att vandra ännu längre sträckor på anlagda vandringsleder ut från sanatorieparken in i skogsområdet kring Härlanda Tjärn, Skatås och Delsjön som till för några årtionden sedan sträckte sig ända till Borås utan att avbrytas av vägar eller bebyggelse. Idag är området cirka fem gånger åtta kilometer stort innan det korsas av bebyggelse och/eller infrastruktur.

Artrikedom och variation: Skogen på Orupsberget utgörs av en blandskog med stor del gran och en del tall men även ädellövträd som bok, ek björk och hassel finns i de mer naturlika bestånden. Lind och rhododendron samt äppleträd och andra nytto- och prydnadsväxter går att finna närmast sjukhusbyggnaden och kringliggande hus som läkarvillan.

Kring Renströmska sjukhuset utgörs den friväxande skogsmiljön utanför den anlagda parken främst av tall och ek som troligen planterades ungefär samtidigt som sjukhuset byggdes byggnationen av sanatoriet i början av 1900-talet. I södra delen av området är skogen mer varierad med inslag av fler sorters lövträd. I den anlagda delen av den gamla sanatorieparken finns flertal prydnadsträd och buskar. Ett samarbete mellan Renströmska sjukhuset och Botaniska trädgården i Göteborg (när denna anlades på 1920-talet) sägs ha bringat en del exotiskt växtmaterial som planterades i sanatorieparken. Förutom detta var sjukhuset som tidigare nämnt även känt för sina praktfulla blomsterrabatter (Antiquum, 2008).

Rofyllighet: Det avskilda läget i bägge sanatoriemiljöerna på sina respektive höjder i skogbeväxta miljöer var väl avskilt från stadens stress och förorening. Med största sannolikhet upplevdes sanatorieparkerna som mycket rofyllda.

Vildhet & natur: Som tidigare nämnt ligger bägge respektive sanatoriemiljöer i natursköna omgivningar med friväxande skog samt sjöar som närmaste grannar.

Avskilt & Skyddat: De mer vildväxande delarna av respektive sanatoriepark lär ha utgjort miljöer där patienter och personal har kunnat komma bort för en stund och fått möjlighet att vara ensamma om detta var något som eftersöktes.

5.3.2 HELANDE LUFT OCH DOFTER

Brehmers ursprungliga program för sanatorievården byggde, som tidigare nämnt, till stor del på att patienterna skulle vistas i miljöer med frisk bergsluft, gärna i barrskogsrisk miljö (Eylers, 2014). I modern tid har forskning om luft visat att det stämmer att oren luft kan orsaka sjukdom och till och med dödsfall. Enligt FN dör cirka 7 miljoner människor världen över av luftföroreningar varje år. Luftföroreningar är därför dagens största miljöhot mot folkhälsan som bidrar till hjärtsjukdomar, stroke, lungcancer och andra luftvägssjukdomar (FN, 2020). Men det är framför i städer i Mellanöstern, södra och östra Asien samt Afrika som luften är ett problem. I många städer i dessa delar av världen är halterna av hälsofarliga partiklar i luften tio till hundra gånger högre än i städer i de nordiska länderna, Kanada och Estland – som har den renaste luften i världen (Gustafsson, 2018).

I Sverige är det alltså inte utomhusluften som är skadlig. Istället är de inomhusluften som människor behöver vara uppmärksamma på säger professorn Patrik Grahn i en intervju med dagstidningen Dagens Nyheter (Lenas, 2020). Grahn hänvisar till studier som visat att luften utomhus Europa och Nordamerika nästan alltid är minst fem gånger hälsosammare att andas än luften inomhus, även i högdensitetsurbana miljöer som exempelvis Stockholms innerstad. Detta gäller dock torra byggnader. Är det däremot fukt i byggnaden så kan skillnaden vara så mycket som 100 gånger mer hälsosam luft ute än inne. Detta beror på att fler partiklar som till exempel damm från asbest, toxiska kemikalier eller lösningsmedel från till exempel lim, sporer från mögel eller svamp, radongas och bakterier finns i inomhusluften (Grahn, muntl. 2020). Så 1800-talets ovetenskapliga spekulationer om att inomhusluften, i synnerhet fuktig sådan, kan göra oss sjuka (Warren, 2006) är inte så långt ifrån sanningen trots allt.

Inte bara luftkvaliteten ansågs vara viktig i sanatoriemiljön – just luften i barrskogsmiljöer sades också ha stor inverkan på hälsan. Att andas in frisk barrskogsdoft på skogspromenader var del av behandlingsprogrammet men till och med att dofta på tallkvistar och eterisk olja från tallbarr som tagits med in, ansågs vara hälsosamt. Genom att ta in dessa dofter inomhus tillgodosågs även de svagaste patienterna, som inte kunde promenera utomhus, med barrträdens hälsofrämjande egenskaper (Eylers, 2014).

Idag börjar det framkomma mer och mer evidens på att det faktiskt är sant att det finns ämnen i barrdoften som påverkar oss. Doftämnen från barrväxters barr har i japanska studier från 2008 visat sig aktivera flera center i hjärnans frontallob och minnescentret i hjärnans tinninglob. Forsökspersonerna uppgav sig vara vid starkt vigör samt uppleva minskad förvirring efter att ha utsatts för doftexperimentet. En annan japansk studie från 2011 visade att skogsdoft kunde förebygga depression hos råttor samt sänka stressnivåerna och både det systoliska (övertrycket) och diastoliska blodtrycket (undertrycket) hos människor (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Riktigt hur det kommer sig att skogsdoften har dessa hälsobringande effekter är ännu inte klarlagt. Vissa forskare är dock av tron att det är mycket tack vare de antibakteriella, insektsavvisande och rötbekämpande egenskaperna i barrväxternas eteriska oljor och kåda (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Patrik Grahn menar att dessa ämnen, som kallas fytoncider, även finns i lövskogar trots att de förekommer rikligast i barrskog. Japanska och koreanska forskare menar att fytonciderna inte bara agerar försvar hos växterna utan även stimulerar immunförsvaret hos oss människor. Det är i alla fall tydligt att vistelse i skog och trädgård har antiinflammatoriska effekter på oss – men om det beror på vitamin-D-påslag, fysisk aktivitet, fytoncider eller något annat behöver efterforskas ytterligare (Lenas, 2020).

Cecilia Stenfors är docent i psykologi vid Stockholms universitet och forskar bland annat i naturens betydelse för välmående och hälsa. Hennes tankar om vad vistelse i naturen kan göra för hälsan går i linje med teorin om uppmärksamhetsåterställning: *”Sinnesintrycken i naturen är inte lika uttröttande som de i stadsmiljöer, där de kräver större mental kraft att bearbeta och sortera. Samtidigt ger naturmiljöer en stimulans som blir en positiv distraktion. Våra grubblerier kan minska och vi fokuserar mindre på oss själva. Ju fler sådana avbrott desto bättre”*, säger Stenfors i en intervju med 1177 Vårdguiden, Region Stockholm (1177 Vårdguiden, 2020).

Som *stressreduktionsteorin* och *teorin om uppmärksamhetsåterställning* tar upp har utomhusmiljöer en viktig avstressande funktion för människor då miljön, under rätt förutsättningar, inger en känsla av kontroll, social support, ger utrymme för och uppmuntrar till fysisk aktivitet samt utgör en positiv distraktion från det som stressar (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Alla dessa funktioner lär ha varit viktiga för de inlagda patienterna på sanatorier eftersom de fick utstå provtagningar och behandlingar som kan ha upplevts som obehagliga och stressande. En vanlig behandlingsmetod på TBC-patienter var en så kallade 'pneumothoraxbehandling' vilket innebar en insprutning av kvävgas eller luft i lungsäcken för att få den sjuka delen av lungan att kollapsa (Boman, 2012). Detta lär med största sannolikhet inte ha varit en trevlig procedur.

Vistelse de vackra parkerna utanför sjukhuset kan därför ha haft en viktig roll för patienterna för att låta dem distraheras av något annat än sjukdom och behandling. Utemiljön lär även ha utgjort en viktig plats där patienterna kunde söka interaktion med andra patienter och hitta någon slags social support hos varandra i en miljö som annars var väldigt avskild från resten av världen och andra människor.

5.3.3 SANATORIEVÅRDEN OCH BENGTSSONS FYRA ZONER

Även om det i litteraturen inte har framgått någon konkret dokumentation på att sanatorierna var uttalat designade för att erbjuda patienter olika grad av interaktion med natur och trädgård så är det ganska tydligt framkommande i designen av anläggningarna. Genom att analysera sanatoriemiljöerna utifrån *Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön* (se figur 3) kan dessa olika grader av interaktion på ett tydligt vis identifieras i designen och det går genom det att avgöra vilka hälsofrämjande fördelar dessa miljöer lär ha haft baserat på den senaste forskningen.

Zon 1 – Kontakt med utemiljön inifrån vårdbyggnaden, exempelvis genom fönster: Vy av det omgivande natursköna miljöerna kring sanatorierna genom de stora sjukhusfönstren tillät även de sjukaste patienterna att få del av naturens hälsofrämjande egenskaper inne på rummet, om än bara visuellt. De tallkvistar som togs in till inomhusmiljön på somliga sanatorier, likt Eylers

(2014) beskriver, lär ha givit ytterligare hälsofrämjande sinneliga dimensioner av naturupplevelser tillgängliga i zon 1.

Zon 2 – Kontakt med utemiljön i övergångszonen mellan inne och ute, exempelvis i vinterträdgårdar, på balkonger, uteplatser och terrasser: Liggverandorna ute i parkerna kan ses som ett typexempel på miljöer som kan klassas som zon 2. På liggverandorna fick patienter med olika grad av sjukdom andas den friska luften, få solljus och betrakta det vackra landskapet utan att vara långt från faciliteter som exempelvis WC och med vårdgivande personal ständigt till hands. Det fanns även 'vanliga' verandor på både Orups sanatorium och Renströmska sjukhuset som utgjorde skyddade platser som en del av huskroppen där det gick att betrakta omgivningarna utan att lämna komforten av byggnaden.

Zon 3 – I parker och trädgårdar som finns i närmiljön, i direkt anslutning till en vårdbyggnad: Närmiljözonen på sanatorierna utgjordes av trädgården i miljön närmast sjukhusbyggnaden där det lätt gick att ta sig runt på anlagda gångar. I exemplet Renströmska sjukhuset utgjorde den barockinspirerade gräsparterren med sin fontän och blomsterbårder en vacker och trivsamt trädgårdsmiljö i sjukhusets direkta närhet.

Zon 4 – Kontakt med den yttre omgivningen, utanför vårdbyggnaden och dess tillhörande närmiljö: De natursköna skogsparksomgivningarna vid båda sanatorierna är tydliga exempel på zon 4 – den mest extensiva utomhusmiljön som sanatoriepatienterna hade fysisk tillgång till. Till denna zon kan även vyerna över sanatoriets omgivande landskap räknas (detta gäller främst för Orups sanatorium på sin höjdplatå på Orupsberget).

6. DAGENS SAMHÄLLE OCH VÅRD

6.1 SAMARBETE: PATIENTCENTRERAD VÅRD OCH BRUKARMEDVERKAN

Många uppskattade platser i världen har kommit till genom ren intuition och yrkesskicklighet från designers. Men att endast förlita sig på intuition är en risk som lika ofta resulterar i misslyckande som i framgång. När det gäller design av hälsofrämjande trädgårdar där sjuka och känsliga människor ska vistas så är ett sådant risktagande inte lämpligt då det kan gå ut över patienternas välmående. För bara 50 år sedan kunde en ensam arkitekt, tillsammans med ett litet team assistenter, lösa de flesta designproblem som kunde tänkas uppstå. Idag är designproblemen i samhället oftast så komplexa att de kräver en stor grupp professionella med representanter från flera olika yrkesgrupper för att lösas (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Många svenska vårdinrättningar har idag nått sin tekniska och ekonomiska livslängd och behöver omfattande ombyggnationer inom den närmsta framtiden. Stora investeringar kommer därför göras i nya vårdmiljöer. Detta innebär en sällsynt möjlighet att göra en förändring från grunden och ställa om till en grönare och mer hälsofrämjande vårdmiljö (Bengtsson et al., 2018). EBD och branschöverskridande samarbete mellan samhällsbyggnadsdisciplinen och vårddisciplinen kan ses som nyckelverktyg till denna omställning (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

Patientcentrerad vård är ett relativt nytt begrepp i Sverige och innebär att patient, närstående och personal utvecklar vården tillsammans. Hur begreppet ska tolkas, och vad som innefattas i det, är en definitionsfråga som lämnat regionerna till att göra egna bedömningar. I de flesta regioner, som säger sig arbeta utifrån ett patientcentrerat system, är vårdens processer och flöden en direkt konsekvens av patientcentreringen vilket är menat att skapa värde för patienterna. Forskning har visat att inkludering av patienten på detta vis ökar kvaliteten i vårdinsatsen givet att patienten bidrar med viss kunskap och engagemang (Socialstyrelsen, 2015).

Brukarmedverkan är idag ett vanligt tillvägagångssätt för att tillämpa patientcentrerad vård även i designen av den fysiska miljön (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Bengtsson et al. beskriver samarbetet mellan designers och vårdpersonal genom brukarmedverkan som ett sätt för designers att få insikt i patienters och vårdgivares behov och önskemål i vårdmiljön. På detta vis kan brukarmedverkan bidra till mer dynamiska miljöer anpassade för att underlätta de processer och flöden som sker samt skapa en större tillfredställelse för patienterna (Bengtsson et al., 2018).

Behovet av tvärvetenskaplig kompetens i designprocessen blir allt mer uppmärksammat inom samhällsbyggnadsdisciplinens interna diskurs – i synnerhet när det gäller design av vårdmiljöer. Teresia Hazen är utbildad hortikulturell terapeut, psykolog och koordinator för terapeutiska trädgårdar på vårdkoncernen Legacy Health i Portland, Oregon, USA. Hon är väl medveten om hur viktigt det är med branschöverskridande samarbete för att skapa lyckade hälsofrämjande miljöer. Hon förespråkar användandet av en modell, likt den de själva använder på Legacy Health som kallas *”Therapeutic Garden Design Team Process”*, för att sätta ihop ett inkluderande designsteam med bred kunskapsgrund till design- och byggprocessen av vårdmiljön (Hazen, 2014).

Designgruppen behöver inkludera vårdgivare och nuvarande eller tidigare patienter så väl som designers – men även fastighetsägare eller andra finansiärer samt chefer med flera är bra att

engagera för att på bästa sätt skapa en helhetsbild över situationen och vilka mänskliga, ekonomiska och fysiska förutsättningar projektet har. När alla är delaktiga i processen kan en ödmjukhet och förståelse uppstå parterna emellan – vilket ofta resulterar i skapandet av miljöer som alla delaktiga känner involvering i, stolthet och ansvar över. Detta bidrar i sin tur till ett engagemang i upprätthållandet av miljöns kvalitéer genom användning och skötsel efter anläggningens färdigställande (Hazen, 2014).

Det är dock inte helt lätt att samordna branschöverskridande arbetsgrupper med människor med så olika bakgrund och erfarenheter säger Systrarna Blåberg vid intervjutillfället 9 februari 2021. De upplever att det finns ett glapp i förståelsen mellan yrkesverksamma inom vård-, design och byggbranscherna som ofta resulterar i problem med implementeringen av hälsofrämjande trädgårdar efter anläggningen. Främst att det sällan sker en implementering. Detta glapp är orsakat av brist på samordnande kompetens för branschöverskridande samarbete. Det saknas idag en yrkesroll eller funktion på arbetsmarknaden – en helhetsspecialist på design och hälsa. Denna helhetsspecialist bör vara någon som har förståelse och gedigen erfarenhet och kunskap från bägge sidor och som kan gå in som konsult i de stora byggprojekten, samordna i designprocessen och stödja verksamheten. Denna yrkesroll kan utgöras av någon av aktörerna i projektet, det vill säga vårdbolaget, aktieföretaget eller byggentreprenören (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

I intervju med Anna Bengtsson framgår det att hon, olikt Katarina och Anette Blåberg, inte tycker att det saknas en yrkesroll. Anna Bengtsson menar att en duktig designer alltid arbetar för att verkligen ta reda på sin beställares behov i grunden. Däremot är det viktigt att det finns någon på företaget med ett övergripande ansvar för utomhusmiljön så att "hjulet inte behöver uppfinnas på nytt varje gång" (Bengtsson, muntl., 2021).

Oavsett verkar de flesta med kompetens inom hälsofrämjande trädgårdar vara överens om att det i varje projekt behövs en behovsanalys, stöd under arbetets gång samt implementering av den hälsofrämjande miljön i vårdverksamheten (Cooper Marcus & Sachs, 2014; Hazen, 2014; Bengtsson, 2021; Blåberg & Blåberg, 2021). Det krävs en nära relation mellan designerteamet och beställaren med god förståelse för rutiner och behov för patienter och personal i varje specifik vårdanläggning för att säkerställa att den hälsofrämjande trädgårdsmiljön blir lyckad.

6.3 BRUKARGRUPPER

Under de senaste åren har brukarmedverkan fått allt större uppmärksamhet i forskningen. I Sverige idag handlar inte diskursen om brukarmedverkan om ifall brukarna bör inkluderas – den handlar snarare om på vilket sätt deras synpunkter på bästa sätt kan inkluderas och tas tillvara på. Forskning sker även kring hur det går att få fler människor att engageras till brukarmedverkan. Det är viktigt att hitta metoder som engagerar brukare att vara med och bidra eftersom vetenskapliga studier påvisat att detta leder till högre sannolikhet för positiva medicinska resultat och upplevelser av den anlagda miljön (Bengtsson et al., 2018). Brukarna bidrar med en specifik kompetens – de är experter på sin egen situation. Därför är de också lämpade att representera andra i samma situation i designprocessen och bidra med kunskap, erfarenhet och önskemål som främjar just deras brukargrups specifika behov för att kunna uppnå en bättre hälsa (Cooper Marcus & Sachs).

De flesta hälsofrämjande trädgårdar skapas med en viss, eller ett begränsat antal, brukargrupper i åtanke. Dessa gruppers fysiska, psykiska och sociala behov bör vara det som i huvudsak styr

trädgårdens utformning och användning (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005). Boken "*Therapeutic Landscapes*" av Claire Cooper Marcus och Naomi Sachs ger specifik information och designtips för hälsofrämjande utemiljöer inom vården anpassade för följande patientbrukargrupper: barn, cancerpatienter, äldre, personer med Alzheimers och andra demenssjukdomar, palliativa patienter, patienter med mental ohälsa eller beteendestörningar samt krigsveteraner. Cooper Marcus och Sachs lägger stort fokus på uppmärksammandet av de olika brukargruppernas särskilda behov och förståelsen för att varje enskild, hälsofrämjande plats måste skapas utifrån sin unika kontext och med sin unika brukargrupp i åtanke (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Förutom den definierade brukargruppen måste det också tas i åtanke vilken typ av hälsofrämjande utomhusmiljö som behövs. Exempel på olika typer av hälsofrämjande utomhusmiljöer är 'terapi-trädgårdar,' 'helande trädgårdar' och 'sinneliga trädgårdar.'

Design av hälsofrämjande trädgårdar handlar, som all annan god design, om att förstå brukargruppen och låta designen spegla deras behov och önskemål. Däremot kan det anses vara extra viktigt att lära känna sin brukargrupp i just vårdmiljöer. Här vistas många människor som befinner sig i ett extra känsligt tillstånd: det kan vara patienter som genomgår jobbiga behandlingar eller just har fått ett tråkigt sjukdomsbesked men också deras oroliga anhöriga (Hazen, 2014). Det kan vara svårt att kunna möta behoven av alla brukargrupper i en och samma sjukhusträdgård. Med fördel kan därför finnas flera trädgårdsmiljöer på vårdanläggningen (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Patienter: Som beskrivet ovan är det viktigt att definiera exakt vilken patientbrukargrupp trädgården ska anpassas till (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Förutom att behandla sjukdom eller skada är det av stor vikt att patienternas behov som individer kan adresseras i sin helhet i vården och att den fysiska miljön kan underlätta för vårdpersonalen i detta arbete. Patienternas fysiska, intellektuella, känslomässiga och sociala behov måste uppmärksammas. Vårdmiljön måste designas på så vis att den stöttar vårdgivarnas möjlighet till denna typ av individanpassat bemötande och behandling och verka som en arena för samarbete mellan de olika yrkesgrupperna i personalen (Hazen, 2014). Det pågår forskning på många håll i världen för att bättre kunna förstå olika patientgrupper och specialanpassa vårdmiljöer till deras specifika behov. Det är viktigt för designers att förstå att alla inte har samma förutsättningar och kan eller vill använda en trädgård på samma vis (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Anhöriga: Detta gäller självklart också förutsättningar och önskemål från anhöriga till skillnad från patienterna. Ibland är det viktigt att exempelvis anhöriga barn eller syskon till patienten kan få möjlighet att leka av sig någonstans då detta ofta är mindre lämpligt inne stora delar av sjukhusmiljön. Då kan en sjukhusträdgård erbjuda ett bra miljöalternativ. Sjukhusträdgårdar kan också erbjuda anhöriga tillgång till platser i avskildhet för privata samtal och kontemplation som kan vara tacksamt för att bearbeta tankar och känslor som kan uppstå vid svåra besked om en närstående (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Personal: Även personalen är en viktig brukargrupp som inte bör glömmas bort. Vårdmiljön är en arbetsplats där den fysiska miljön är viktig för att skapa trivsel och rätt förutsättningar för att de anställda ska kunna göra ett bra jobb (Cooper Marcus & Sachs, 2014; Blåberg & Blåberg, muntl., 2021). I stressiga vårdmiljöer där personalen ofta står inför kritiska situationer, som kan betyda skillnad mellan någons liv och död, är det viktigt att rum finns för högkvalitativ återhämtning för att personalen ska orka prestera under långa arbetsdagar med korta raster. Med fördel är dessa utrymmen för återhämtning gröna och ljusa trädgårdar där det finns plats för en

lugn stund, att ta ett privat telefonsamtal eller träffa sina kollegor. Det är av största vikt att personalträdgårdar är lättillgängliga och i direkt anslutning till fikarum eller annan plats där personal vistas på sina raster så att trädgården 'hinns med' att utnyttjas. Det är även viktigt att detta är ett separat område dit patienter inte har tillgång – detta för att ge maximal distansering från arbetet för en liten stund. I ett stort sjukhus med flera avdelningar behövs flera trädgårdar så att det alltid finns någon som är lättillgänglig för personalen på de olika avdelningarna (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

6.4 OLIKA FÖRUTSÄTTNINGAR – OLIKA TRÄDGÅRDAR

I princip alla sjukhus har plats för minst en trädgård på ett eller annat sätt. Här är några exempel som Cooper Marcus och Sachs föreslår på olika former av sjukhusträdgårdar:

Stor park eller naturområde: Om sjukhuset har fördelen att vara beläget på ett stort, campusliknande område har det mycket goda förutsättningar att skapa en hälsofrämjande miljö rik på variation i utseende och funktion. Viktigt att se upp så att det inte blir stora tomma överblivna ytor som kostar pengar att underhålla med exempelvis gräsklippning (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Lånat landskap: vy mot närliggande park eller natur som egentligen inte ligger inom sjukhusområdets gränser men som kan nyttjas som utsikt eller av de brukargrupper som har tid/ork att ta sig utanför sjukhusområdet (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Motionsstråk eller naturstråk: Om sjukhuset ligger i anslutning till någon motions slinga eller naturstråk kan detta vara fördelaktigt för de som söker hälsosam utomhusvistelse och motion. Det kan dock vara problemartat om stråket leder alltför långt ifrån sjukhusets trygghet om något skulle hända. Om stråket inte är en del av sjukhusområdet går det heller inte att kontrollera tillgängligheten, i form av exempelvis tydlig skyltning eller erbjudna sittplatser längs vägen (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Grönyta som buffertzona: Om sjukhuset ligger nära en väg kan en grönyta framför byggnaden vara ett sätt att distansera sjukhusentrén från eventuell trafikfara. Det kan också vara välkomnande att mötas av en grönyta för förbipasserande för att undvika en alltför institutionell look på vårdanläggningen (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

'Front porch': En välkomnande entré skyddad av tak kan göra att sjukhusbyggnaden upplevs vara i mänsklig skala och erbjuder möjlighet till skyddade sittplatser utomhus för de som väntar på att bli upphämtade eller bara vill se att 'livet fortsätter som vanligt' i miljön utanför sjukhuset. Denna miljö tappar lätt sin charm om entrén tillåter mycket bilar och parkering (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Entréträdgård: Till skillnad från en 'buffertzona' eller en 'front porch' så är en entréträdgård en noga designad grönyta menad för användning. Om den är öppen för allmänheten kan det till och med vara så att kommunen kan ta på sig skötselarbetet. Detta är en populär variant av sjukhusträdgård, framför allt för äldre (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Bakgård: Denna typ av sjukhusträdgård kan ha vilket utseende eller funktion som helst. Oftast kan en bakgård vara mer skyddad och lugn än en trädgård på framsidan av sjukhuset vilket gör en bakgård mer lämplig att designa för känsliga användare – om där inte är närhet till bilväg, parkering eller annat som kan vara störande (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

'Överbliven plats-trädgård': Om det finns 'överblivna' ytor på sjukhusområdet så kan dessa med fördel designas om till trädgårdar. Risken är dock att dessa inte kommer till så stor användning om de ligger avsides och utan skyltning (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Gårdsplan eller inramad trädgård: En gårdsplan är en av de äldsta formerna av trädgårdsutrymmen och är osluten av en huskropp som ger platsen en känsla av trygghet och tydlighet. En inramad trädgård är likt en gårdsplan omsluten av byggnader, skillnaden är dock att den inramade trädgården är större och inte nödvändigtvis måste vara inramad av en och samma huskropp – vilket är fallet med en gårdsplan. Det finns många fördelar med denna typ av inramade trädgårdar. De är lätta att designa så att patienter som behöver extra övervakning kan vistas ute utan risk att de rymmer från sjukhuset eller skadar sig utan att någon snabbt kan komma och hjälpa dem. De kan skapa en mänsklig skala på platsen (om inte de kringliggande byggnaderna är alltför höga). De är även fördelaktiga ur utsiktsaspekt då det ger många möjligheter till en grön vy genom byggnadens fönster från patientrum eller kontor (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Plaza: En hårdgjord utomhusyta som kan inkludera möblemang och/eller inslag av träd eller planteringar i exempelvis urnor. Fördelen med denna typ av utemiljö är, förutom att de är relativt lätta att tillgänglighetsanpassa, de låga underhållskostnaderna och möjligheten till intensiv användning utan större slitage. De hälsofrämjande/terapeutiska fördelarna med en grön miljö går dock inte att uppnå i större utsträckning och miljön kan uppfattas som kall, hård och stadsmässig snarare än oas-lik och stressreducerande (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Takträdgård/takterrass: I täta urbana miljöer kan en takträdgård vara ett bra alternativ för en hälsofrämjande trädgård. Detta ger möjlighet att ta vara på utrymme som annars skulle kunna vara helt oanvänt och skapa fördelar för människor och miljö. Denna typ av trädgård erbjuder även hög trygghetsfaktor då alla som vistas där måste passera genom byggnaden. Höjden erbjuder goda möjligheter till visuell distansering/flykt med vyer från taket utöver kringliggande landskap. Negativa aspekter med takträdgårdar är att det finns svårigheter med bärigheten. Därför måste designen ofta undvika tunga element som exempelvis vatteninstallationer och växtbäddar med tillräckligt jorddjup för större träd (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Perifer trädgård: Ett annat alternativ när det är ont om plats är en perifer trädgård som likt ett tunt grönt bälte omringar sjukhusbyggnaden. En fördel med detta är att det alltid är nära till sjukhusets trygghet och bekvämligheter från trädgården. En trädgård av detta slag blir även lättillgängligt från alla entréer och är bra för personalen när de ska ta sina korta raster. En nackdel är däremot att denna typ av trädgård inte utgör mycket till tillflykt då dess tunna karaktär släpper både sjukhuset och världen runt om nära inpå (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Atriumträdgård: En atriumträdgård är ett bra alternativ för hälsofrämjande trädgårdar i kalla klimat, som det svenska, där väderförhållandena inte tillåter för någon längre vistelse utan att bli nedkyld under stora delar av året. En trädgård inomhus är också en grön miljö med hög trygghet, säkerhet, god tillgänglighet och närhet till inomhusmiljöns bekvämligheter. En atriumträdgård kräver stort ljusinsläpp i inomhusmiljön – vilket också ger mervärden i hälsoaspekt till hela rummet. Problem med växter inomhus är dock att de försvårar möjligheterna att hålla en steril miljö (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Trädgård för betraktelse: Om budgeten för trädgården är liten så är det ändå fördelaktigt att anlägga en liten trädgård, om än bara för betraktelse från byggnadens fönster. Givetvis är de

hälsosamma fördelarna avsevärt mindre när det inte går att interagera med trädgården på nära håll och uppleva den med flera sinnen men det är ändå bättre än ingen trädgård alls (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

6.5 STANDARDISERING

Det finns som, tidigare nämnts, ingen typ av miljö där EBD fullständigt kan standardiseras och tillämpas likadant på alla platser. Den specifika patientgruppens behov och platsens unika miljömässiga förutsättningar kräver att varje design är unik. Däremot finns det riktlinjer som kan hjälpa till att ställa grundläggande kvalitetskrav på utomhusmiljöer och grundläggande riktlinjer som kan utgöra en utgångspunkt med gemensamma faktorer som är tillämpliga i design av så gott som alla hälsofrämjande utomhusmiljöer (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

En möjlig insats för att arbeta med kvalitetssäkring av den fysiska miljön i svenska regionala byggnationsprojekt är PTS – program för teknisk standard. PTS är en standardisering för byggprojekt inom regionerna som används både vid nybyggnation och ombyggnation av regionalt ägda och förvaltade anläggningar. Utav 21 regioner i landet så arbetar 20 utifrån PTS. Eftersom sjukhusen i Sverige tillhör regionernas ansvar omfattas även de av PTS (PTS forum, 2019). Genom ett samarbete mellan PTS och Chalmers tekniska högskola startade ett program som kallades ”Den goda vårdavdelningen”. Syftet var att genom evidensbaserad design skapa goda, hälsofrämjande sjukhusmiljöer. Men denna insats gällde endast för inomhusmiljön. Forskare på SLU arbetar idag med att försöka utvidga detta koncept till att även bli applicerbart på utomhusmiljöer i vården. Om detta lyckas kan det ge stora effekter på standarden av utomhusmiljöer i så gott som hela vård-Sverige (Bengtsson et al, 2018).

Gällande generella designriktlinjer som är applicerbara i de flesta hälsofrämjande miljöer presenterar Cooper Marcus och Sachs (2014) ett antal kriterier som alla hälsofrämjande trädgårdar i vårdmiljöer bör gemensamt. Hälsofrämjande utemiljöer i vården ska vara: säkra, trygga, tillgänglighetsanpassade, erbjuda fysisk och emotionell komfort, erbjuda positiv distraktion, inbjuda till engagemang med naturen (biophilia), ge möjlighet till avskildhet, vara estetiskt tilltalande och väl underhållna samt vara hållbart designade (ekonomiskt, socialt och miljömässigt). Snarlika kriterier går också att applicera i sammanhang av hälsofrämjande miljöer i den övriga urbana samhällsbyggnationen (Flanders Cushing & Miller, 2020). Även Bengtsson et al. presenterar ett antal generella miljökvalitéer som handlar om att vara bekväm i utemiljön som är applicerbara på de flesta hälsofrämjande utemiljöerna oavsett sammanhang:

- *De bör vara nära, lättillgängliga och synliga för brukargruppen.*
- *De bör vara tydligt definierade och omgärdade utan att upplevas som instängande.*
- *De ska upplevas som trygga och säkra i både psykologisk och fysisk aspekt.*
- *De ska vara familjära eller lätta att relatera till/ta till sig för brukargruppen.*
- *Det ska vara lätt för brukargruppen att orientera sig i miljön.*
- *Det ska finnas alternativ som erbjuder möjlighet att nyttja platsen vid olika typer av väder.*

(Bengtsson et al., 2018)

Det finns också mer specifika checklistor framtagna för undergrupper av hälsofrämjande trädgårdar. American Horticultural Therapy Association's (AHTA) har exempelvis tagit fram en checklista för obligatoriska kvalitéer specifika för 'terapeutiska trädgårdar' som kallas ”Therapeutic Garden Characteristics” (TGC) (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Även om alla dessa riktlinjer är bra att känna till och försöka efterfölja är det alltid viktigast att sätta varje plats och brukargrups förutsättningar och behov först. Det går aldrig att ersätta brukarmedverkan med standardisering. Dialog och en inkluderande designprocess är det viktigaste verktyget för att skapa lyckade hälsofrämjande platser (Hazen, 2014).

6.6 DET INKLUDERANDE SAMHÄLLET

Cirka 15 procent av alla världens människor lever med någon form av funktionsnedsättning. Detta till trots är många av dagens urbana miljöer inte designade på ett sätt som är inkluderande för denna grupp människor. Detta är med största sannolikhet egentligen helt oavsiktligt. Och med stöd från EBD-teorier går det att åtgärda denna exkludering via en förändring av det urbana landskapet till trädgårdar, parker, gaturum och torg som präglas av omtanke, inkludering och design baserad på den bästa tillgängliga informationen om mänsklig mental och fysisk hälsa. (Flanders Cushing & Miller, 2020).

En bra grundregel när det gäller inkluderande design är att det som är fördelaktigt för en 80-åring och en 8-åring generellt sett brukar vara fördelaktigt för alla oavsett ålder eller förmågor. Detta kan exemplifieras med generationsövergripande lekplatsdesign: istället för att vuxna ska sitta på en bänk och passivt åskåda barnens eller barnbarnens lek kan de med fördel, genom god och inkluderande design bjudas in till aktivitet och få del av lekens fysiska och sociala hälsofördelar. Som tidigare konstaterat är både fysisk aktivitet och socialt deltagande stora bidragande faktorer till hälsa – dels för människor generellt men i synnerhet för äldre (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Inkluderande design kan likställas med universell design – som innebär en design anpassad efter att så många som möjligt ska kunna använda platsen och till fullo kunna delta i alla platsens 'möjlighetserbjudanden'. En god början till att skapa en universell design är att följa "De sju principerna av universell design" som togs fram år 1979 av ett designteam av arkitekter, produktdesigners, ingenjörer och miljödesignforskare från North Carolina State University under ledning av arkitekten Ronald Mace (Flanders Cushing & Miller, 2020):

Princip 1 – Likvärdig användning: *en design som är användbar för och vänder sig till personer av olika funktionsförmågor.*

Princip 2 – Användningsflexibilitet: *design som inrymmer en stor bredd av saker att göra som kan passa eller anpassas till olika individuella preferenser och förmågor.*

Princip 3 – Enkel och intuitiv användning: *design som är lätt att förstå oberoende av individuell grad av erfarenhet, kunskap, språk, färdigheter eller koncentrationsförmåga.*

Princip 4 – Mottaglig information: *design som kommunicerar nödvändig information effektivt, oberoende av omgivande förhållanden eller individens sinneliga förmågor.*

Princip 5 – Tolerans för misstag: *design som minimerar riskerna för och konsekvenserna av olyckor eller oavsiktliga handlingar.*

Princip 6 – Låg fysisk ansträngning: *design som kan användas effektivt och bekvämt med minimal nivå av ansträngning.*

Princip 7 – Anpassad storlek och utrymme: design som har lagom story yta och utrymme för sitt tilltänkta ändamål och som tillåter att allt kan nås, kommas åt och användas oavsett individens kroppsstorlek, hållning eller rörelseförmågor.

(Flanders Cushing & Miller, 2020)

Universell design kan tillämpas för att designa utomhusmiljöer som är tillgängliga och användbara för så många brukare som möjligt, oavsett ålder, förmåga eller tillstånd i livet – både rent praktiskt och genom att inspirera till interaktion med den fysiska miljön (Bengtsson et al., 2018).

År 2020 passerade världens befolkning en betydande demografisk gräns som med största sannolikhet kommer påverka vård och omsorgssektorn markant i framtiden: för första gången i mänsklighetens historia är vi fler äldre (över 60 år) än barn (under 5 år) på planeten. FN har förutsett att antalet barn och äldre i världen år 2050 kommer att vara 7,2 respektive 15,6 procent av världens totala befolkning (Flanders Cushing & Miller, 2020). Det är en ökning motsvarande det dubbla antalet äldre invånare vi har idag (900 000 000 personer år 2015) till cirka 2 miljarder (WHO, 2018). Till 2100 förväntas den siffran ha stigit till det tredubbla. Det vill säga till 3,1 miljarder människor som är över 60 år. En åldrande befolkning innebär en förväntad ökning av antalet medborgare med funktionshinder vilket ökar kraven på anpassning av den fysiska miljön (Flanders Cushing & Miller, 2020).

Äldre som grupp är extra utlämnade för dåligt anpassad design och brist på tillgång till (eller omöjlighet att vistas i) gröna miljöer – särskilt de som bor på vårdhem. Det är kritiskt för äldres fysiska och psykosociala hälsa att de får tillgång till utomhusytor som är specifikt anpassade till deras behov. När vi människor åldras förlorar vi muskelmassa och får skörare skelett. Detta i kombination med en försämrad balans, som också är vanligt bland äldre, ökar risken att falla och skada sig illa. Fysisk aktivitet utomhus underhåller muskelstyrkan och D-vitamin från solljus hjälper till att stärka benstommen. Exponering för solljus under dagen gör också gott för sömnen på natten – vilket är viktigt då många äldre har sömnproblem som i sin tur kan leda till depression (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Tyvärr vistas många äldre i Sverige ständigt inomhus på sina äldreboenden, sjukhem eller långtidsboenden (Vårdfokus, 2019). Detta är problemartat på många sätt och lär ha en negativ påverkan på de äldres livskvalitet.

Som beskrivet av Cooper Marcus och Sachs är det många äldre som tidigare i livet haft hus, trädgård eller till och med bondgård. Att skiljas från det som tidigare varit vardagen utan möjlighet att utöva vanliga handlingar som att rensa rabatten, hämta posten, hänga tvätt, sköta om djur med mera är inte bra för de äldres fysiska eller psykiska välmående och skulle rent ut sagt kunna hävdas skynda på åldrandeprocessen. Framför allt för äldre med demenssjukdomar som behöver vanor, rutiner och att omge sig med igenkännliga föremål och miljöer för att hjälpa till med orientering i tid och rum (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Studier i Sverige har visat att den vårdgivande personalens attityder, tid och arbetsrutiner har en stor avgörande faktor för äldres tillgång till att komma ut och delta i trädgårdsaktiviteter. Många som arbetar inom vården har förstått vikten av en ombonad och hemliknande inomhusmiljö för de äldre. Däremot har det helt gått de flesta förbi att det är möjligt att göra det samma i utomhusmiljön trots att många vårdanställda har egen erfarenhet och intresse av trädgård (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005).

Enligt socialtjänstlagen ska äldre garanteras ett värdigt liv med välbefinnande och mening i sin vardag. De äldre och deras närstående behöver få ha inflytande över vilka hjälpinsatser som behövs, hur och när och av vem eller vilka de ska utföras. De äldre ska inte behöva göra avkall på sin identitet bara för att de behöver hjälp. Regeringen tillsatte 2007 en utredning för att se över socialtjänstlagen med målet att höja livskvaliteten för de äldre och att underlätta äldreomsorgens fortsatta förändrings- och förbättringsarbete. Förslag till tillägg i lagen publicerades 2008 och handlar om att det måste finnas en värdighetsgaranti för de äldre ett av tilläggen lyder enligt följande (SOU, 2008):

"5 kap. 4 §

Äldre människor ska, så långt det är möjligt, kunna leva utifrån sin identitet och personlighet. Verksamheten ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Till ett värdigt liv hör:

- integritet såsom rätt till ett privatliv och kroppslig integritet,*
- möjlighet att upprätthålla sitt självbestämmande,*
- individanpassning och delaktighet i beslut och insatser,*
- insatser av god kvalitet, samt*
- att den äldre och dennes närstående ges ett gott bemötande.*

Till välbefinnande hör att den äldre känner trygghet och meningsfullhet".

(SOU, 2008)

Det är viktigt att äldre på boenden har tillgång till en god och varierad levnadsmiljö med möjlighet till utomhusvistelse. Både understimulerande och överstimulerande miljöer kan ge upphov till stress. En ostimulerande miljö kan ha en negativ inverkan med tristess och depression som främsta symtom (Bengtsson et al., 2018). Ökad tillgång till hälsofrämjande natur och trädgård kan ses som ett effektivt och prisvärt sätt att höja levnadsstandarden för äldre (Cooper Marcus & Sachs, 2014; Flanders Cushing & Miller 2020).

Katarina och Anette Blåberg är under vårt intervjuamtal helt av samma mening gällande vikten av att erbjuda kvalitativa utomhusmiljöer för de som bor på långtidsboenden. Vi "... tycker det är viktigt att varje människa tar ansvar för och har omsorg om varandra och vår natur. Det är viktigt att stå upp för våra barn och gamla som inte har en egen röst i vårt samhälle. Att de här bostäderna lyfts till att bli trivsamma och rehabiliteringsvänliga hem, är oerhört viktigt och en investering, inte bara i människovärde utan faktiskt även ekonomiskt. Den gröna miljön är ett lika enkelt som viktigt steg på vägen", säger de. De uppmanar också designers att "gå till sig själv och tänka på vad du själv tycker om och vad du hade velat ha i din boendemiljö" (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

För att i framtiden säkerställa tillgången av kvalitativa hälsofrämjande miljöer i den svenska vården och samhället tror systrarna Blåberg att Boverket har en stor roll att spela då de är en instans som har makt att kunna styra utvecklingen. I byggprojekt inom vården är exempelvis en viss del av budgeten alltid öronmärkt för konst. Det samma skulle kunna gälla för att öronmärka pengar till utomhusmiljön. Om det går att sätta upp riktlinjer för hur många parkeringsplatser per bostad som måste finnas i bostadsområden och hur stor utomhusyta per barn det måste

finnas på skol- och förskolegårdar bör det också gå att reglera en minsta tillåtna yta för utomhusmiljö per patient på vård- och omsorgsanläggningar (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

6.7 EKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Trädgårdar är miljöer som är uppbyggda av mestadels levande material och för att hålla en sådan miljö attraktiv och välmående krävs alltid skötsel. Även om det finns mer eller mindre skötselintensiva ytor så finns det inget som kan kallas underhållsfritt. I dagens ekonomi så utgör detta ett hinder för vården till att kunna ha trädgårdar eftersom det sällan finns stora budgetar för underhåll, jämfört med budget för anläggning, och det är dyrt med personal (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

I dagsläget prioriteras inomhusmiljön oftast över utomhusmiljön men för att helheten ska uppnå en balans behöver både inomhusmiljö och utomhusmiljö vara hälsofrämjande på en vårdanläggning. Budgeten borde därför vara balanserad mellan inomhus- och utomhusmiljö. Utomhusmiljön måste finnas med i planeringen redan tidigt i processen vid byggnation eller ombyggnation av en vårdanläggning. Detta motverkar att problem uppstår som exempelvis att trädgården hamnar i slagskuggan från en byggnad vilket inte är särskilt gynnsamt för någon men i synnerhet inte brukargruppen 'boende på vårdhem'. Dessa personer är ofta frusna (av olika anledningar som exempelvis ålder, hälsa eller fysisk inaktivitet). Det behövs därför platser i både sol och skugga så att det är möjligt för trädgårdens besökare att anpassa vistelsen i trädgården efter just sina närvarande önskemål och behov (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

För att trädgårdar i vårdmiljöer ska ha en hälsofrämjande effekt är det mycket viktigt att själva miljön ser välskött, hälsosam och välmående ut. Patienter som möts av en dåligt skött utemiljö kan lätt uppleva oro för att detsamma skulle gälla vården av människorna på en sådan plats. Väl omhändertagna utomhusmiljöer ökar istället trygghetskänslan av att patienterna, liksom trädgården, är i goda händer. Utemiljön måste spegla den högkvalitativa vården som ges inne i byggnaden (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Förr i tiden var inte arbetskraft så dyr som den är idag och det gick därför att ha många anställda som tog hand om de stora gröna vårdmiljöerna. Att använda patienterna för skötselinsatser (likt det sätt som gjordes på Sankt Lars sjukhus) görs i vissa fall idag – men då endast menat att främja patienternas hälsa genom trädgårdsterapi och inte för att vårdanläggningen ska spara pengar som primärt syfte (Cooper Marcus & Sachs 2014). Även vårdgivande personal har fullt upp med sitt och borde inte belastas med ytterligare ansvar för skötselarbete. Däremot kan med fördel en eller två i personalen, på ett genomsnittligt stort vårdboende, få utbilda sig inom trädgårdsskötsel och trädgårdsterapi för att kunna samordna och leda aktiviteter i utomhusmiljön. Utomhusmiljön har en viktig funktion för många patienters välmående så det måste understrykas att utomhusmiljön inte är något som går att prioritera bort om vården ska vara kvalitativ (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

Gunilla Nilsson återger Terry Hartig och Claire Cooper Marcus tankar när hon i boken *"trädgårdsterapi"* skriver att det finns anledning att tänka om gällande hur vi talar om miljöns betydelse inom vården. Alla aktiviteter sker i någon form av fysisk miljö men att vården av någon anledning länge negligerat denna miljöns betydelsefulla roll. Sambanden mellan trädgård som plats för läkandeprocessen och själva processen i sig är viktiga att förstå (Nilsson, 2009).

Som tur är har forskning likt Ulrichs studie *"View through a Window May Influence Recovery from Surgery"* visat att natur och trädgård i vårdmiljöer inte bara innebär kostnader utan även möj-

lighet till ekonomiska besparingar. Över 50 studier har publicerats där biophiliska element associeras med snabbare tillfrisknande efter sjukdom samt lägre konsumtion av smärtstillande medicin. I en amerikansk studie från 2007 beräknades just hur stora dessa ekonomiska besparingar skulle kunna bli om alla opererade patienter i hela USA skulle få återhämta sig i rum med fönster mot naturvyer. Beräkningen utgick från det resultat som Ulrich kommit fram till – en förkortning av sjukhusvistelsen med 8,5 procent per patient – något som skulle ge mer än 93 miljoner dollar i sammanlagda årliga besparingar för den amerikanska vården (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Utöver de hälsofrämjande kvalitéer som gröna vårdmiljöer har för patienterna så finns en annan klar fördel. En trivsamt vårdmiljö med tillgång till hälsofrämjande trädgård är ett effektivt konkurrensmedel för att locka patienter – vilket blev viktigt för vårdföretagens ekonomi efter införandet av det fria vårdvalet i Sverige år 2010. Det får inte heller glömmas att det även råder konkurrens om arbetskraft inom vården. Arbetsmiljön är en stor faktor för trivseln bland de anställda och är avgörande för många när de väljer arbetsplats. En trivsamt arbetsmiljö gör att det blir lättare att anställa och behålla personal (Bengtsson et al., 2018) vilket kan spara stora summor pengar i längden. Rekrytering och upplärning av en nyanställd inom vården kostar cirka 60 000 amerikanska dollar för vårdföretaget. Om hälsofrämjande utomhusmiljöer finns tillgängliga för personalen minskar med största sannolikhet antalet anställda som drabbas av utbrändhet. Detta sparar pengar i sjuklön och rekrytering av ersättande personal för arbetsgivaren (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Så den väsentliga frågan att ställa är egentligen inte hur mycket hälsofrämjande trädgårdar kommer att kosta vården – medicinska specialister, miljöpsykologer, och landskapsarkitekter med flera har istället börjat ställa sig frågan hur mycket kostnaderna ökar för vården om läkanprocessen skiljs från en läkande miljö (Nilsson, 2009).

6.8 MULTIFUNKTIONALITET OCH HÅLLBARHET

Systrarna Blåberg är stora förespråkare av multifunktionella miljöer, både inom vården och på andra ställen i samhället som i skol- förskole- och arbetsplatsmiljöer. Alla behöver hälsofrämjande miljöer. Men i ett samhälle som bygger allt tätare kan det ses som ett stort slöseri att ha miljöer med endast en funktion eller som är till för endast en liten grupp människor på en begränsad tid av dygnet. Vilket är fallet med många gröna miljöer som exempelvis sjukhusområden, skol- och förskolegårdar samt kyrkogårdar. Att låta dessa ytor stå tomma under stor del av dygnet, då den primära brukargruppen inte är där, kan ses som ett problem både för att markresurserna inte optimeras och för att ytorna skapar otrygghet när de står öde. Om dessa gröna platser förutom sina respektive primära funktioner designas till att bli högkvalitativa rekreativa och hälsofrämjande miljöer under resterande timmar av dygnet, hade de kunnat hjälpa till att främja hälsa och trygghet i sina närområden (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

En annan aspekt av multifunktionalitet är att kombinera hälsofrämjande utomhusmiljöer för människor med insatser för att främja den biologiska mångfalden. Fram till idag har hållbarhetsarbetet inom vården i huvudsak handlat om minskad användning av resurser som till exempel energi och vatten samt försök att minimera mängden avfall och användningen av giftiga kemikalier. Detta är långt ifrån tillräckligt för att kunna anses vara uppdaterat enligt den senaste forskningen om miljömässig hållbarhet (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Klimatförändringar och förlust av biologisk mångfald är två stora, om inte de två allra största, utmaningarna samhället står inför i modern tid och de kommer att ge katastrofala konsekvenser

för oss människor och allt annat liv på vår planet. Effekter av klimatförändringarna börjar redan visa sig – de ekonomiska kostnaderna av klimatförändringarna uppmättes år 2017 till 320 miljarder amerikanska dollar bara i USA (Flanders Cushing & Miller, 2020) – och det är med största sannolikhet bara början.

Som tidigare nämnt är en välskött och välmående utemiljö en signal till människor som kommunicerar övergripande hälsa för både natur och människa. Landskap som är både välskötta och främjar biologisk mångfald kommunicerar detta budskap extra tydligt. Mänsklig hälsa och en hälsosam planet går hand i hand eftersom allt i slutändan hänger ihop. Allt fler designers och hälsovårdsorganisationer har därför börjat arbeta för att kombinera de två syftena – något alla har att vinna på i det långa loppet. Vårdmiljöer som är främjande för både mänsklig hälsa och naturens hälsa visar en djupare nivå av omtanke som inger trygghet, stolthet och inspiration för patienter, besökare och personal (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Att klimatanpassa gröna vårdmiljöer kan göras på många olika sätt – exempelvis genom att minimera eller helt utesluta behov av skötselinsatser som gräsklippning och lövblåsning som kräver maskiner som drivs av fossilt bränsle. Gräsmattor, som många tänker sig är ekonomiskt smarta och skötselintensiva, är i verkligheten raka motsatsen. Sanningen är att de faktiskt är trefaldigt ohållbara miljöer: ur miljömässig aspekt (då de utgör en artfattig monokultur), ur ekonomisk aspekt (då den behöver klippas ofta) samt ur social aspekt (mängd hälsofrämjande kvalitéer för människor). Självklart är gräsmattor ur en hälsofrämjande och miljömässig aspekt bättre än till exempel en asfalterad yta men det finns många smartare alternativ. Att exempelvis låta ängar ersätta gräsmattor är ett designknep som hjälper minska skötselbehovet och på så sätt också sparar pengar samtidigt som den biologiska mångfalden gynnas (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Att adressera behovet av dagvattenhantering på plats är en annan kombinerad miljömässig och ekonomisk vinst. Utemiljöer som dagvattenbäddar eller gröna tak är designade för att kunna fånga upp och fördröja dagvatten och kan spara pengar genom att skydda mot översvämning. Om det tillvaratagna vattnet fångas upp på ett sätt som tillåter att det sparas och kan användas till bevattning är det också ett miljösmart alternativ för att minska förbrukningen av färskvatten. Men självklart är det alltid bäst att använda så mycket ståndortsanpassat växtmaterial⁸ som möjligt för att inte skapa ett onödigt stort bevattningsbehov i grunden (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Att plantera träd runt byggnader kan, förutom att de är vackra och hälsofrämjande att titta på, ha miljömässiga och ekonomiska fördelar. Träd kan hantera stora mängder dagvatten, ge svalka på sommaren och hjälpa till att hålla kvar värme om vintern vilket minskar den urbana värmeö-effekten och ger ett mer stabilt lokalklimat som minskar energiåtgången för värme och kyla i byggnader (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Det kan vara lätt att tro att det bara är beställaren som har ansvar att efterfråga miljömässig hållbarhet – men ett stort miljömässigt ansvar vilar på designers att skapa miljöer som är uppbyggda med hållbart producerade material och som främjar klimat och biologisk mångfald. Byggbolagen delar också ansvaret då de bör se till att konstruktionsprocessen ger så lite negativ

⁸ Växt vald till en plantering för att växten trivs i, eller har ett naturligt habitat som till stor del stämmer överens med, förhållandena på planteringsplatsen.

miljöpåverkan som möjligt. Alla har en roll att spela för att bidra till en bättre och mer hållbar fysisk miljö i världen och runtom i samhället (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

7. DISKUSSION

7.1 SAMHÄLLSBYGGNADSTRENDER - LIKHETER OCH SKILLNADER

Sverige idag skiljer sig mycket från det land det var på 1800-talet men det finns även många likheter i dåtidens och nutidens utvecklingstrender. Urbaniseringstrenden pågår idag liksom den gjorde på 1800-talet och landet har fortfarande en alltjämt växande befolkning (se figur 4) (SCB, 2020). Även om de flesta människor idag bor större än på 1800-talet så råder nu ännu högre befolkningstäthet i städerna och samma stora behov av fler bostäder finns nu som då. En stor skillnad i förhållande är att det nu uppmärksammas en problematik rörande städernas expansion eftersom många anser det viktigt att undvika ytterligare konsumtion av värdefull oexploaterad mark. Så istället för att bygga ut städerna för att ge rum åt den växande populationen satsas det idag på att förtäta inåt och bygga på höjden (Boverket, 2016).

Det finns problematik kring förtätning också för det finns en gräns för hur tätt det går att bygga innan livet i den urbana miljön försämras (Boverket, 2016). Det är sedan länge känt att en minskning av de gröna miljöerna i städerna har negativa konsekvenser på människors möjlighet till fysiskt och mentalt välbefinnande och återhämtning från exempelvis stress (Nilsson, 2009). Att förtäta är därför en fin balans som kräver noggrann planering och väl valda strategier av samhällsbyggnadssektorn som ansvarar för att varje yta får mening och helst högkvalitativ och multifunktionell användning. Ju högre andel bebyggd yta desto större krav bör också ställas på kvalitén och funktionen i de kvarvarande grönyttorna (Boverket, 2016). Denna vetskap till trots verkar insikten inte i någon betydande omfattning hittills ha påverkat planeringen av den fysiska miljön i vare sig stads- eller landsbygd och inte heller verkar den ha påverkat den offentliga vårdens prioriteringar (Nilsson, 2009).

På 1800-talet sattes däremot natur och trädgård högt på prioriteringslistan i både vården och den generella samhällsbyggnationen. Utbyggnaden av städerna för att minska trångboddheten, etablering av fler parker tillgängliga för allmänheten (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg, 2005) samt upprättandet av vårdanläggningar i stora grönskande parkområden bekräftar att prioritering av natur och trädgård var ett ideal som genomsyrade samhället (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Men början till liknande tendenser går att ana i dagens samhällsbyggnation. Sveriges regering inför under våren 2021 ett ekonomiskt stödpaket på 350 miljoner kronor som ska gå till kommuner och fastighetsägare för att bekosta projekt som utvecklar stadsgrönskan. Boverket är ansvarig myndighet för initiativet som är en åtgärd för att arbeta i linje med Agenda 2030 (FN:s mål för hållbar utveckling) (Andersson, 2021).

Eftersom vården i Sverige är regional, och inte kommunal, kommer pengarna ur detta stödpaket inte gå till vården. Men systrarna Blåberg har noterat att vårdföretagen i Sverige också verkar fatta allt större intresse för de gröna värdena att döma av den allt större efterfrågan av hälsofrämjande trädgårdar i vård- och omsorgsmiljöer (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021).

Eftersom många svenska vårdinrättningar, som tidigare nämnt, idag nått sin tekniska och ekonomiska livslängd och behöver omfattande ombyggnationer, kan det nu vara läge att ställa om vårdmiljöerna i grunden (Bengtsson et al., 2018). Tack vare att betydelsen av naturens och träd-

gårdens funktion för människors välmående och hälsa återigen har fått gehör i samhällsdebatten finns nu underlag för en grön renässans i vård- och samhällsbyggnationen.

7.2 SKILLNADER I VÅRDTIDER PÅVERKAR VAR INSATSER GÖR NYTTA

Även om EBD-teorier inte var något som fanns under 1800-och tidiga 1900-talet så är det tydligt att många av tankarna och idéerna kring naturens och trädgårdens hälsofrämjande verkan är samma nu som då, fränsett tankarnas och idéernas ursprung. Synen på naturens och trädgårdens betydelse i vård- och friskvårdssammanhang har gått från att ha haft en central roll på 1800-och tidiga 1900-talet till att minska i popularitet under 1900-talets andra hälft och sedan göra repris som viktig funktion för hälsan i modern tid – sett ur ett samhällsideologiskt perspektiv.

Dagens evidensbaserade forskning kan understryka kvalitéter som fanns i de historiska vårdanläggningarna och belysa exempel på hur utomhusmiljön har inkluderats i behandlingen som gavs där. Detta kan tjäna som en inspirationskälla för dagens designers och planerare i skapandet av nya hälsofrämjande miljöer. Men för att på bästa sätt tillgodose behoven av hälsofrämjande natur och trädgård för människor idag behövs en anpassning av de gröna miljöerna till dagens rådande samhällsprocesser, strukturer och ideal.

Inom 1800-talets vårdideologi var slutenvården idealet och det blev normbildande att behandla sjukdom på olika typer av avskilda vårdanstalter. Öppenvården som vi är vana vid idag fanns inte alls på samma sätt eller var åtminstone inte prioriterad för att ge medicinsk vård (Socialstyrelsen, 2015). Detta ledde till en kultur av att patienter som behandlades på sjukhus förr ofta var tvungna att stanna länge (Cooper Marcus & Sachs, 2014).

Patienterna som vårdades för TBC på sanatorium vistades där under lång tid. Tre månader var en vanlig tid att stanna men många fick vara kvar betydligt längre än så (Warren, 2006). Även patienter i den psykiatriska vården vistades vanligen flera år på sina vårdanstalter innan de skrevs ut. Men somliga patienter kom aldrig ut ur psykvården. De som inte ansågs vara möjliga att kurera stängdes in på så kallade asylor där de fick leva resten av sina liv (Andersson, 1990).

Brunnsparkerna, i kontrast till sanatorier och psykiatriska vårdanstalter, hade en mer generell funktion som plats för att främja den övergripande hälsan. De tillhörde inte de för 1800-talet annars tidstypiska, slutna vårdanstalterna utan skulle kunna liknas mer med sättet människor rekreerar sig nu för tiden. Arnesjö och Cederlund anser att det hälsokoncept som var centralt för kurorter som Ronneby brunnspark än idag är ett gott exempel för hur det går att adressera hälsoproblem med hälsosam livsstil (även om definitionen av 'hälsosam' skiljer sig mellan nu och då) (Arnesjö & Cederlund, 2017).

Idag, till skillnad från 1800- och tidiga 1900-talet, hör inte långvariga sjukhusvistelser till vanligheten. Detta tack vare de senaste årens nya, effektiva vårdmetoder. De allra flesta som besöker en vårdinrättning, för att få fysisk vård får åka hem behandlade, eller får med sig allt som behövs för att fortsätta behandlingen hemma, redan samma dag (Cooper Marcus & Sachs, 2014). Även inom den psykiatriska vården har vårdtiderna sjunkit markant från att förr ofta ha varit flera år till att idag oftast bara vara ett par dagar eller veckor (Nilsson, 2009). Detta betyder att många som besöker sjukhusen är på plats alldeles för kort tid för att kunna använda en sjukhus-trädgård i någon större utsträckning – och de som har oturen att behöva läggas in en längre tid är oftast vid för svag hälsa för att kunna utnyttja en (Cooper Marcus, 2014).

Men trots att allt färre behöver vistas länge på sjukhus betyder det tyvärr inte att dagens människor är skonade från hälsoproblem. Tvärt om finns det många som hävdar att dagens samhälle befinner sig mitt i en global hälsokris. Övervikt, hjärtsjukdomar, diabetes och cancer är några av de främsta moderna folkhälsoproblemen som på ett eller annat sätt kan länkas till livsstil med dålig kost, brist på motion och utomhusvistelse (Andersson & Rydberg, 2005; Flanders Cushing & Miller, 2020).

Behovet av att lösa folkhälsoproblemen har blivit påtagligt och många aspekter av problematiken går att adressera genom hälsofrämjande design av utomhusmiljön. Men idag är trädgårdar på sjukhusområden inte längre det mest effektiva sättet att nå ut till de som behöver de hälsofrämjande miljöerna (i och med dagens avsevärt kortare sjukhusvistelser). För att på bästa sätt adressera dagens folkhälsoproblem krävs istället preventiva metoder som kan adressera problemen redan innan människor blir sjuka. Debra Flanders Cushing och Evonne Miller förespråkar *salutogen design* som en lösning. De menar att det är det bästa sättet att behandla en så stor mängd människor som möjligt, så effektivt som möjligt (Flanders Cushing & Miller, 2020). Genom att fokusera på att skapa miljöer som genererar hälsa, istället för att fokusera på att bota de som redan är sjuka, har salutogen design en offensiv och bred approach och utgör en modern lösning på hälsofrämjande utomhusmiljöer (Health Management, 2012).

Högkvalitativ natur borde placeras så att människor kommer i kontakt med den i sin vardag för att optimera insatsernas hälsofrämjande avkastning (Andersson & Rydberg, 2005). Katarina och Anette Blåberg berättar i vår intervju att de ser en ökad efterfrågan av hälsofrämjande miljöer på arbetsplatser och tror att det i framtiden kommer att bli allt vanligare (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021). Människor arbetar idag långa arbetsdagar och riskerar att må dåligt om de inte ges god tillgång till hälsofrämjande natur (Flanders Cushing & Miller) så att anlägga hälsofrämjande miljöer i anslutning till arbetsplatser kan ses som en viktig åtgärd för folkhälsan.

Systrarna Blåberg understryker även vikten av att inte glömma barnens 'arbetsplatser' – skolor och förskolor som också är i behov av hälsofrämjande miljöinsatser (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021). Högkvalitativ natur har i vetenskapliga undersökningar – som gjorts på flera hundra barn i Sverige, på förskolor med varierande grad av naturtillgång – bevisats öka barns koncentrationsförmåga och motorik (Naturvårdsverket, 2006). Barn är framtidens vuxna och en god start i livet med möjlighet till lek och lärande i en miljö som stärker relationen till natur och trädgård tidigt kan skapa anknytningsband som kan följa med barnen hela livet. När barn har etablerat ett känslomässigt band till en miljö tenderar de att bry sig mer om den och ta hand om den bättre (Flanders Cushing & Miller, 2020). Så att introducera natur i så många barns liv som möjligt kan ses som en nyckelinsats för att säkerställa framtida generationers intresse för, prioritering av och omhändertagande om natur och trädgårdsmiljöer i samhället.

7.3 PATIENTCENTRERING OCH BRUKARMEDVERKAN

Somliga inom vården verkar se det som arkitekturdisciplinens fel att många av dagens sjukhus har en design och funktion som mer kan liknas vid en fabriksproduktion än en instans där de humana värdena står i centrum. Kritiken mot detta är stark och det menas att det är arkitekturens vurm för det industriella samhället under de senaste seklerna som har skapat ett ohälsans landskap med negligering av vad som faktiskt skapar förutsättningar för hälsa på de platser där här hälsa är målet (Health Management, 2012). Inom arkitekturdisciplinen menas det istället att det är vårdens vurm för vetenskaplig rationalitet som har tagit utvecklingen till dagens situation

(Cooper Marcus & Sachs, 2014). Men istället för att vården- och arkitekturdisciplinerna ska peka finger åt varandra kan de två enas om att bägge idag är måna om att skapa förändring.

Som tidigare nämnt är patientcentrering och brukarmedverkan metoder som tillämpas idag för att ge patienter ett värdigt och humant bemötande. Det är mycket troligt att den bristande patientcentreringen, förutom bristen på evidensbaserade vårdmetoder, var en av de vanligaste anledningarna till att patienter i 1800- och tidiga 1900-talets vårdanstalter hade en negativ bild av vårdupplevelsen (som beskrivet av Böttinger (2003), Boman (2007;2012) och Antiquum, (2008)). Idag finns möjlighet att dra lärdom av historien och tillämpa de bästa praktikerna från vårdexempel genom alla tider. De historiska vårdexemplen kan ses som inspirationskällor för hur det går att använda utomhusmiljön i vårdsyfte. I dagens vård finns det patientcentrerade arbetssättet där patienter och vårdgivare kan påverka vårdprocessen och den fysiska miljön genom brukarmedverkan (Cooper Marcus & Sachs). Genom att kombinera dessa två koncept och arbeta för att använda utomhusmiljön i vårdsyfte ihop med inkludering av patienter och vårdgivare i designprocessen kan framtida vårdmiljöer få de bästa koncepten från bägge tider.

Flanders Cushing och Miller understryker dock vikten av att lyfta fokus från att enbart applicera hälsofrämjande utomhusmiljöer i vården till att istället adressera hälsofrågan i samhället i stort genom tillämpning av *salutogen design* i den övergripande samhällsbyggnationen (Flanders Cushing & Miller, 2020). Att arbeta med medborgardialog i designen av dessa salutogena miljöer skulle kunna ses som landskapsarkitekturens motsvarighet till patientcentrerad vård – eftersom allmänheten ('brukarna') då blir inkluderade i och får påverka insatserna som görs för deras hälsa.

7.4 NYA TIDER NYA PANDEMIER

Genom historien har mänskligheten drabbats av ett antal pandemier som skördat många människors liv. Till denna kategori hör sjukdomar som smittkoppor, spanska sjukan och TBC (SCB, 2019). Lungpandemin Covid-19 har idag har chockat världen på ett sätt som kan jämföras med lungtuberkulosen på 1800- och tidiga 1900-talet. Men turligt nog har Covid-19 lägre dödlighet än TBC (SVT, 2020). Dagens samhälle och vård har dock påverkats i stor utsträckning av Covid-19-viruset och dess framfart. Kortsiktigt har det belastat vården genom ett ökat antal fyllda intensivvårdspatienter, ökat tryck på provtagningsmottagningar samt ökat behov av att vidta smittskyddsåtgärder och införskaffa materiel som visir, munskydd och handsprit. De långsiktiga effekterna av sjukdomen är ännu kvar att upptäcka och hitta sätt att möta (Folkhälsomyndigheten, 2020). Uppkomsten av sanatorierna var ett svar på 1800- och tidiga 1900-talens TBC-epidemi, så det är inte otänkbart att större reformer inom vården kommer att följa även i dagens pandemis fotspår.

Även om stora vårdinsatser gjordes för att försöka bota TBC var det många som upplevde symptom även efter behandlingen (Eylers, 2014). Eftervården av TBC-patienter var bristande, menar Gunnar Boman. *"Det var ett stort socialmedicinskt bekymmer med eftervård av tuberkulossjuka. Det ledde aktivt till det som blev Lungsjukas Riksförbund, senare Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund. Det byggde helt och hållet på behovet av eftervård för tuberkulospatienter"*, (Boman, 2007).

Sveriges beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, fick under 2020 ett uppdrag från regeringen att utvärdera det vetenskapliga stödet avseende vård, behandling och rehabilitering av patienter med långvariga symptom av sjukdomen Covid-19. Vad för insatser som kommer att krävas för eftervården av patienter med långvariga symptom är i skrivande stund inte känt. Det

som däremot är känt är många dokumenterade fall av människor som, efter relativt tillfrisknande från de inledande sjukdomssymtomen av Covid-19, har drabbats av långvariga besvär som med största sannolikhet är efterdyningar av sjukdomen. Långvariga besvär som bröstsmärtor, ledvärk, viktnedgång, mag- och tarmbesvär, hudförändringar, försämrad livskvalitet samt allmänt försämrad fysisk och psykisk hälsa ingår i det som har rapporterats. SBU menar att det finns behov av ytterligare behandlingsstudier på personer med långtidssymptom på Covid-19 – i synnerhet från patienter som vårdas hemma eller i öppenvård samt vård av barn (SBU, 2020).

Många av symtomen på Covid-19 som värk och smärta, fysisk och psykisk ohälsa och försämrad livskvalitet, är sådana sjukdomstillstånd som enligt EBD-forskningen kan lindras genom behandling i hälsofrämjande natur och trädgård (Cooper Marcus & Sachs, 2014; Flanders Cushing & Miller, 2020). Kanske finns det anledning att överväga studier på och rehabilitering av Covid-19 patienter i hälsofrämjande trädgårdar?

I samtalet med Anna Bengtsson den 15 februari 2021 diskuterades frågan om det är möjligt att Covid-19-pandemin har lett till en ny våg av intresse för frågor gällande utomhusmiljöns betydelse. Anna menade att så nog är fallet – att vistas utomhus har varit det ända sätt många människor har kunnat umgås med varandra under stora delar av år 2020 och, till skrivande stund passerade del av, år 2021. Särskilt viktigt har det visat sig vara med tillgång till bra utomhusmiljö vid umgänge med samhällets äldre då de har utgjort en särskild riskgrupp att bli allvarligt sjuka. Detta kan ha väckt uppmärksamhet kring brister i utomhusmiljön vid många vårdboenden. Det är sannolikt att denna pandemi, liksom TBC-epidemin kommer att leda till förändringar inom vården. Hur dessa förändringar kommer att se ut är ännu för tidigt att säga men troligen har åtminstone en insikt i behovet av utomhusmiljö som arena för socialt umgänge understrukits om det inte varit tydligt tidigare (Bengtsson, muntl., 2021).

7.5 GAMLA SJUKHUS, NYTT LIV?

Eftersom många av dagens 'aktiva' sjukhusmiljöer har nått sin ekonomiska livslängd (Bengtsson et al., 2018) samtidigt som många historiska vårdanläggningar i landet har slutat brukas för vård (Arnesjö & Cederlund, 2017; SVT, 2020) är det lätt att börja fundera på om det inte hade kunnat vara lönt att återuppta vårdverksamhet på de historiska vårdanläggningarna med tanke på deras hälsofrämjande miljömässiga kvalitéer.

Under diskussionen som förgick omvandlingen av Renströmska Sjukhuset till bostadsrätter menade somliga att det hade varit bättre att låta anläggningen förbli ett sjukhus med äldrevård som möjlig primär inriktning (Burell, 2007). Eftersom antalet äldre som kommer att behöva vård fortsätter att öka (WHO, 2018) är också miljöer där denna grupp kan vårdas en fråga som behöver adresseras i samhällsplaneringen.

Likt framhållet av Blåberg och Blåberg bör designers och samhällsplanerare ställa sig frågan 'Hur hade jag själv velat ha det om jag var äldre och bodde på ett långtidsboende?' (Blåberg & Blåberg, muntl., 2021). De historiska vårdmiljöerna Ronneby brunnsspark, Sankt Lars sjukhus, Orups sanatorium och Renströmska sjukhuset kan i hög grad anses vara attraktiva och hälsofrämjande miljöer som även i dagens mått hade kunnat utgöra goda vårdmiljöer. Det kan därför finnas anledning att ompröva deras lämplighet för drift av vårdverksamhet. Om inte annat bör de i varje fall användas som inspirerande exempel till ny- eller ombyggnation av moderna vårdmiljöer.

7.6 EGNA REFLEKTIONER OCH VIDARE FORSKNING

Under tiden jag har arbetat med denna uppsats har jag bland annat fått fördjupa mig i EBD-teori, idéhistoria och fyra vårdhistoriska platser - vilket har varit mycket givande och intressant. Arbetet har resulterat i en bred, tvärvetenskaplig undersökning som har visat på behovet av kunskap och förståelse för den senaste forskningen, samarbete mellan olika discipliner, relationen mellan människa och natur och historien i tid och rum i skapandet av hälsofrämjande gröna miljöer.

Det finns ännu mycket att upptäcka kring evidensbaserad design och naturens och trädgårdens hälsofrämjande effekter. Mer forskning krävs till exempel för att ta reda på hur olika brukargrupper med varierande behov påverkas av olika kvalitéer i den fysiska miljön (Kaplan & Kaplan, 1989; Cooper Marcus & Sachs, 2014; Flanders Cushing & Miller, 2020). Jag har under arbetet med denna uppsats förstått vikten av fortsatt forskning om hur salutogen design kan användas i andra sammanhang än vården. Ämnet hälsofrämjande skol- och förskolemiljöer samt arbetsplatser är något som behöver utforskas och, att döma av mina lärdomar från detta uppsatsarbete, är något som kommer att bli alltmer efterfrågat i framtiden. Det samma gäller forskning om brukarmedverkan. Metoder för branschöverskridande samarbeten samt metoder för att inkludera och realisera kunskaper förvärvade genom medborgardialog och brukarmedverkan är uppenbarligen forskningsområden som behöver ges ytterligare uppmärksamhet.

8. SLUTSATS

Från 1800-talet till idag har debatten om hälsofrämjande natur och trädgård, i vårdsammanhang och ute i samhället, gjort lite utav en 360-graders vändning. Från att ha spelat en central roll i 1800-talets stora, gröna vårdanläggningar kom användningen av natur och trädgård i hälsofrämjande syfte att bli nästan obefintlig under andra halvan av 1900-talet. Detta kan ses som ett resultat av rationaliseringen av vårdsystemet som följde tidens stora medicinska och tekniska avancemang. Intresset för hälsofrämjande natur och trädgård började öka igen under 1980-talet och framåt då vetenskaplig evidens presenterades om naturens och trädgårdens hälsofrämjande effekter. Detta blev starten på en återupptäckt av den, en gång så populära, gröna vårdmiljön. Idag fortsätter efterfrågan av hälsofrämjande utomhusmiljöer att växa och det finns därför ett behov av fortsatt forskning.

1800-talets vårdanläggningar präglades av tanken om att kroppslig och själslig hälsa behövde adresseras som en helhet. Vackra miljöer ansågs vara bra för den själsliga hälsan och därför även för hälsan i helhet. Utomhusmiljön fick således en central roll i vården. Men även inom den övergripande samhällsbyggnationen var tron på de gröna värdena stor. Koldrivna ångmotorer, befolkningstillväxt och urbanisering i städer som till stor del saknade avlopp och sophämtning resulterade i trångbodda stadsmiljöer med dålig luftkvalitet och spridning av sjukdomar som exempelvis TBC. Natur och trädgård sågs som hälsans landskap i motsats till det urbana.

Upptäckten om bakteriers existens gjordes inte förrän 1860 så fram till dess, och även en tid därefter, spekulerades det vitt och brett av läkare och allmänhet kring hur diverse sjukdomar uppstod och kunde botas. Det fanns en stark behandlingsoptimistisk tro på att det gick att hitta sätt att behandla människor med mental sjukdom eller TBC som tidigare troddes vara obotliga. Detta gav upphov till hälsokurer och program som grundades på intuition i brist på vetenskap. Sjuka människor fick lita till läkarnas yrkessuveränitet eller vända sig till alternativa kurer likt de som erbjöds på kurorter för att försöka bota sina åkommor.

Idag står samhället inför problematik som både liknar och skiljer sig från den som präglade 1800- och tidiga 1900-talet. Urbanisering och befolkningstillväxt i städer som blir allt tätare är en samhällsutmaning idag precis som på 1800-talet. Däremot föreligger idag en skillnad i möjlighet att expandera städerna utåt då det nu råder större medvetenhet kring riskerna och de negativa konsekvenserna av att konsumera oexploaterad mark. Istället för att bygga utåt satsas det stort på ytterligare förtätning av städerna. Detta har medfört en minskning av gröna miljöer tillgängliga för stadsborna. Behovet är därför stort att se till att de kvarvarande grönyrtorna är högkvalitativa och ger maximal hälsofrämjande avkastning om inte stadsmiljön ska ge stora negativa konsekvenser för folkhälsan.

Övervikt, hjärtsjukdomar, diabetes, cancer, psykisk ohälsa samt åldersrelaterade sjukdomar som demens och funktionsnedsättningar som nedsatt syn, hörsel och balans är ett antal av de folkhälsoproblem som kan och bör adresseras genom hälsofrämjande design i utomhusmiljön om den senaste forskningen ska bejakas. *Biophiliahypotesen, stressreduktionsteorin, teorin om uppmärksamhetsåterställning, utsikt- och skyddsteorin, teorin om stödjande miljöer, affordanceteorin, anknytningsteorin, salutogen design* och *Bengtssons fyra zoner av kontakt med utemiljön* är några utav alla evidensbaserade designteorier som tagits fram för att hjälpa designers omsätta den senaste forskningen till hälsofrämjande fysiska miljöer.

Men mer forskning behövs för att bättre förstå sambanden mellan den fysiska miljön och människors hälsa eller ohälsa. Historiska vårdmiljöer kan inspirera och i många fall agera goda designexempel på hur natur och trädgård går att inkludera i design av hälsofrämjande miljöer. Med hjälp av empiriska studier går det att fortsätta undersöka hur det på bästa vis går att använda natur och trädgård i vård- och omsorgsmiljöer och på andra platser i samhället. På det sättet går det att väcka nytt liv i traditionen av att använda natur och trädgård som hälsofrämjande vård – och samhällsinsatser men anpassat till dagens samhälles och människors behov.

Evidensbaserade designteorier, standardiseringar och universella designriktlinjer finns för att ge en utgångspunkt för design av hälsofrämjande miljöer. Men det är viktigt att förstå att fullständig standardisering aldrig är möjlig. Istället bör en designer alltid ha varje plats enskilda förutsättningar och brukares behov i åtanke. Med fördel bör olika brukargrupper och finansärer med flera inkluderas i designprocessen genom brukarmedverkan/medborgardialog. Detta för att kunna åstadkomma riktigt lyckade hälsofrämjande platser och skapa en känsla av stolthet och ansvar för dem inom alla delar av vårdorganisationen/samhället.

Dagens samhällsutmaningar ställer särskilda krav på miljöer i vården och samhället i stort. Det är viktigt att arbeta för en trygg och inkluderande miljö där alla känner sig välkomna och kan vara delaktiga. Detta gäller inte bara människor. Det finns mycket att vinna på om hälsofrämjande platser för människor också visar omsorg för miljön och andra levande varelser som vi delar vår planet med. Med lärdom av historien, stöd av vetenskapen och med blicken på framtiden kan designers bidra till skapandet av en mångfaldigt hälsosammare värld.

8. KÄLLOR OCH LITTERATUR

8.1 SKRIFTLIGA KÄLLOR

1177 Vårdguiden, 2020. Skogens läkande kraft. *1177 Vårdguiden Region Stockholm*, Volym 4, s. 22–23.

Allmännyttan, u.å.. *1850–1900 Industrialisering och bostadsnöd*. [Online]
Hämtat från: [www.allmannyttan.se: https://www.allmannyttan.se/historia/historiska-epoker/1850-1900-industrialisering-och-bostadsnod/](http://www.allmannyttan.se/historia/historiska-epoker/1850-1900-industrialisering-och-bostadsnod/) [Använd 18 01 2021].

Andersson, A., 2021. Regeringen inför nytt grönt stöd. *Arkitekten*, Volym 1, s. 17

Andersson, R., & Rydberg, D., 2005. *Naturen och hälsan*. Jönköping: Skogsstyrelsen.

Andersson, E., 1990. *Sinnessjuk i Folkhemmet*. Malmö: Lundabygdens ABF.

Antiquum, 2008. *Kulturmiljöunderlag Östra Kålltorp*, Göteborg: Antiquum.

Arnesjö, B. & Cederlund, K. E., 2017. *Medicinsk utveckling*. [Online]
Hämtat från: [www.ronneby.se: https://www.ronneby.se/sidowebbplatser/visitronneby/se--gora/parker/ronneby-brunnspark/parkens-historia/medicinsk-utveckling.html](http://www.ronneby.se/sidowebbplatser/visitronneby/se--gora/parker/ronneby-brunnspark/parkens-historia/medicinsk-utveckling.html)
[Använd 25 01 2021].

Bengtsson, A., Oher, N., Åshage, A., Lavesson, L. & Grahn, P., 2018. *Evidensbaserad design av utemiljö i vårdssammanhang*, Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap.

Beynon-Davies, P., & Lederman, R., 2017. Making sense of visual management through affordance theory, *Production Planning & Control*, Volym 28(2), s. 142–157.

Blom, E., 2004. Survatten, Pommac, jäst Sockerdricka och Sveriges första Cola. *Tidskriften från föreningen Stockholms företagsminnen*, Volym 4, s. 3–8.

Boman, G., 2007. *Tbc och sanatorier i ord och bild*. [Online]
Hämtat från: [www.msw.org:
http://www.msw.org/se/historik/forelasningar/medicinhistoriska-sallskapet-westmannia/](http://www.msw.org/historik/forelasningar/medicinhistoriska-sallskapet-westmannia/)
[Använd 11 12 2020].

Boman, G., 2012. Allt började med tuberkuloskampen. *Lung & Allergiforum*, Volym 3, s. 42–45.

Bosjökloster Slott & Trädgårdar, u.å.. *I kontakt med 10 sekler*. [Online]. Hämtat från:
[www.bosjokloster.se: https://www.bosjokloster.se/historia](http://www.bosjokloster.se/historia) [Använd 11 02 2021].

Boverket, 2016. *Rätt tätt – en idéskrift om förtätning av städer och orter*, Karlskrona: Boverket, Publikationsservice.

- Burell, H., 2007. *Renströmska säljs för att bli bostadsrätter*. [Online]
 Hämtat från: www.gp.se: <https://www.gp.se/livsstil/bostad/renstr%C3%B6mska-s%C3%A4ls-f%C3%B6r-att-bli-bostadsr%C3%A4tter-1.1118280> [Använd 05 03 2021].
- Böttiger, L.-E., 2003. Sanatorievistelsen förr: "Att vara lurad på livet" Idag: En luxuös rekreation på spa. *Läkartidningen*, Volym 100, s. 2529– 2530.
- Cooper Marcus, C. & Sachs, N., 2014. *Therapeutic Landscapes; An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Ekonomifakta, 2020. *Räkna på inflationen* [Online]
 Hämtat från: www.ekonomifakta.se: <https://www.ekonomifakta.se/fakta/ekonomi/finansiell-utveckling/rakna-pa-inflationen/> [Använd 28 02 2021].
- Eylers, E., 2014. Planning the Nation: the sanatorium movement in Germany. *The Journal of Architecture*, Volym 19(5), s. 666–692.
- Flanders Cushing, D. & Miller, E., 2020. *Creating great places; Evidence-Based Urban Design for Health and Wellbeing*. New York: Taylor & Francis.
- FN, 2020. *Varje år dör 7 miljoner människor av luftföroreningar*. [Online]
 Hämtat från: www.unric.org: <https://unric.org/sv/varje-ar-dor-7-miljoner-av-luftfororeningar/> [Använd 17 02 2021].
- Folkhälsomyndigheten, 2020. *Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan*. [Online]
 Hämtat från: www.folkhalsomyndigheten.se: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/c/covid-19-pandemins-tankbara-konsekvenser-pa-folkhalsan/?pub=76637> [Använd 09 03 2021].
- Gustafsson, L., 2018. WHO: *Finlands luft är renast i hela världen*. [Online]
 Hämtat från: www.yle.fi: <https://svenska.yle.fi/artikel/2018/05/03/who-finlands-luft-ar-renast-i-hela-varlden> [Använd 17 01 2021].
- Göteborgs Stad Stadsbyggnadskontoret, 2015. *Detaljplan för Bostäder och skola i Östra Kålltorp inom stadsdelarna Kålltorp och Sävenäs i Göteborg*, Göteborg: Göteborgs Stad.
- Hazen, T., 2014. 5 The Participatory Design Process: *Therapeutic landscapes - An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces*. Hoboken, New Jersey: Wiley, s. 47–55.
- Hazen, T., u.å.. *Therapeutic Garden Characteristics*. [Online] Hämtat från: www.ahta.org: https://www.ahta.org/assets/docs/therapeuticgardencharacteristics_ahtareprintpermission.pdf [Använd 08 03 2021].
- Hemsö Fastighets AB, u.å.. *S:t Larsparken i Lund*. [Online] Hämtat från: www.hemso.se: <https://www.hemso.se/om/samhallsfastigheter/st-larsparken-i-lund/> [Använd 16 02 2021].
- Hemsö Fastighets AB, u.å.. *Växter och fauna i S:t Larsparken*. [Online]. Hämtat från: www.hemso.se: [https://www.hemso.se/stlarsparken/vaxter-och-fauna/?fbclid=IwAR1QxO-hkTym09XQ77KcCAFxSYZQn2UwH8IV_Af1lrTopLk\]6gX1WnbijgM](https://www.hemso.se/stlarsparken/vaxter-och-fauna/?fbclid=IwAR1QxO-hkTym09XQ77KcCAFxSYZQn2UwH8IV_Af1lrTopLk]6gX1WnbijgM) [Använd 16 02 2021].

- Henrikson, A., 1963. *Svensk historia 2*. Stockholm: Bonnier.
- Health Management, 2012. *The Therapeutic Benefits of Salutogenic Hospital Design*. [Online]. Hämtat från: www.healthmanagement.org: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/the-therapeutic-benefits-of-salutogenic-hospital-design> [Använd 19 01 2021].
- Höör kommun, 2016. *Natur och kultur kring Orup*. Höör: Höör kommun.
- Jakobsson, A., 2000. *Ronneby Brunnspark: historien om en hälsobrunns parker och trädgårdar*. Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Institutionen för landskapsplanering.
- Jakobsson, Anna (2004). *Vatten, vandring, vila, vy och variation*. Alnarp: Sveriges lantbruksuniversitet. Rapport / Sveriges lantbruksuniversitet, Institutionen för landskapsplanering, Alnarp, 1403-0268; 2004:1
- Kaplan, R. & Kaplan, S., 1989. *The experience of nature: a psychological perspective*. Cambridge: the Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Kirsebom, L., 2018. *Orupssjukhuset – Här tränas patienterna till ett nytt liv*. [Online] Hämtat från: www.neurologiisverige.se: <http://www.neurologiisverige.se/orupssjukhuset/> [Använd 17 02 2021].
- Lenas, S., 2020. Därför mår du så bra av att vara ute i trädgården. *Dagens Nyheter*, [Online] Hämtat från: www.dn.se: <https://www.dn.se/insidan/darfor-mar-du-sa-bra-av-att-vara-ute-i-tradgarden/> [Använd 08 03 2021].
- Finish Food Authority, 2018. *Bovin tuberkulos*. [Online] Hämtat från: www.rukavirasto.se: <https://www.ruokavirasto.fi/sv/odlare/djurhallning/djurhalsa-och-sjukdomar/djursjukdomar/notkreatur-och-bison/bovin-tuberkulos/> [Använd 14 12 2020].
- Lunds Kommun, 2019. *Uteklassrum Sankt Lars-parken*. [Online] Hämtat från www.lund.se: <https://www.lund.se/naturskolan/uteklassrum/sankt-lars-parken/> [Använd 19 02 2021].
- Länsstyrelsen Blekinge, u.å.. *Ronneby brunn och Brunnsparken*. [Online] Hämtat från: www.lansstyrelsen.se: <https://www.lansstyrelsen.se/blekinge/besoksmal/byggnadsminnen/ronneby-brunn-och-brunnsparken.html> [Använd 17 02 2021].
- Länsstyrelsen i Stockholms län. (u.å.). [Online] Hämtat från: [nationalstadsparken.se](http://www.nationalstadsparken.se): <http://www.nationalstadsparken.se/default.aspx?id=2880&ptid=0> [Använd 10 02 2021].
- McMaster University, 2020. *Pulmonary Tuberculosis: a brief history of the disease*. [Online] Hämtat från: www.mcmaster.ca: <https://hslmcmaster.libguides.com/c.php?g=306775&p=2044436> [Använd 11 12 2020].
- Naturvårdsverket, 2006. *Naturen som kraftkälla - Om hur och varför naturen påverkar hälsan*, Stockholm: Naturvårdsverket.
- Nilsson, G (red.), 2009. *Trädgårdsterapi*. 1:4 uppl. Lund: Studentlitteratur.

- Nobelförsamlingen, 2019. *Robert Koch – 1905*. [Online]
Hämtat från: www.nobelprizemedicine.org:
<https://www.nobelprizemedicine.org/nobelpristagare/robert-koch-1905/> [Använd 14 12 2020].
- Orupsområdets Vänner, u.å.. *Orups Sanatorium*. [Online]
Hämtat från: www.orupsomradet.se: <http://www.orupsomradet.se/p/historik.html>
[Använd 04 01 2021].
- PTS forum, 2019. *Vad är Program för Teknisk Standard?*. [Online]
Hämtat från: www.ptsforum.se: <https://www.ptsforum.se/> [Använd 16 02 2021].
- Rietveld, E. & Kiverstein, J., 2014. *A Rich Landscape of Affordances*, Aberdeen: University of Aberdeen.
- SVT, 2020. *Hålahult – byn som Trafikverket gömde*. [Online]
Hämtat från: www.svt.se: https://www.svt.se/nyheter/lokalt/orebro/halahult-byn-som-vagverket-gomde?fbclid=IwAR0y5yECGSzs1Ca-EwpCh_ilnaVKqWH_29ntLO4HQFUkua6s_HwbGCj_GcE
[Använd 21 12 2020].
- Sachs, N., u.å.. *Naomi A. Sachs*. [Online] Hämtat från: www.naomisachs.com:
<https://naomisachsdesign.com/> [Använd 08 03 2021].
- Scannell L. & Gifford, R., 2016. Place Attachment Enhances Psychological Need Satisfaction. *Environment and Behaviour*, Volym 49, s. 359–389.
- SCB, 2015. *Urbanisering – från land till stad*. [Online]
Hämtat från: www.scb.se: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2015/Urbanisering--fran-land-till-stad/> [Använd 21 01 2021].
- SCB, 2019. *Spanska sjukan och döden för 100 år sedan*. [Online]
Hämtat från: www.scb.se: <https://www.scb.se/hitta-statistik/redaktionellt/spanska-sjukan-och-doden-for-100-ar-sedan/> [Använd 09 03 2021].
- SCB, 2020. *Tätorter i Sverige*. [Online]
Hämtat från: www.scb.se: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/miljo/tatorter-i-sverige/> [Använd 21 01 2021].
- Schmidtbauer, P., Grahn, P. & Lieberg, M., 2005. *Tänkvärda trädgårdar*. Stockholm: Formas.
- Socialstyrelsen, 2015. *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar Lägesrapport 2015*. [Online] Hämtat från: www.socialstyrelsen.se:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-7.pdf>online: Socialstyrelsen. [Använd 04 02 2021].
- SBU, 2020. *Långvariga symtom vid covid-19* [Online] Hämtat från: www.sbu.se:
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/langvariga-symtom-vid-covid-19/>
[Använd 10 02 2021].
- SOU, 2008. *Värdigt liv i äldreomsorgen*, Stockholm: Edita Sverige AB.

Sveriges Radio, 2020. *Mumier som medicin*. [Online]
Hämtat från: www.sverigesradio.se: <https://sverigesradio.se/avsnitt/1612395>
[Använd 18 01 2021].

Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet, 2012. *Orups Sanatorium*. [Online]
Hämtat från: www.medicinhistoriskasyd.se
<http://www.medicinhistoriskasyd.se/Bildspel/Sanatorier/SanatSet02.1Orup.html> [Använd 04 01 2021].

Vårdfokus, 2019. *Patienter i äldreboende bör få D-vitamin som frakturprofylax*. [Online] Hämtat från: www.vardfokus.se: <https://www.vardfokus.se/nyheter/patienter-i-aldreboende-bor-fa-d-vitamin-som-frakturprofylax/> [Använd 21 01 2021].

Warren, P., 2006. The Evolution of the Sanatorium: The First Half-Century, 1854-1904. *Canadian Bulletin of Medical History*, Volym 23:2, s. 457–476.

Wærn, S., 2019. *Arkitekten Ernst Torulf: Ett västsvenskt perspektiv på det tidiga 1900-talets svenska arkitektur*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för kulturvård.

WHO, 2018. *Ageing and health*. [Online] Hämtat från: www.who.int: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Använd 16 12 2020].

8.2 MUNTliga Källor

Bengtsson, A., 2021. *Universitetsadjunkt vid Institutionen för människa och samhälle, SLU Alnarp* [Intervju] (15 02 2021).

Blåberg, K. & Blåberg, A., 2021. *Yrkesverksamma inom hälsofrämjande trädgårdsdesign* [Intervju] (09 02 2021).

Grahn, P., 2020. *Health-promotive outdoor environments*. [Föreläsning] Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet.

8.3 Källor till bildmaterial

Figur 1: Grahn och Ottosons pyramid av stödjande miljöer. Grahn, P & Ottosson, J., 1998. Modell. Hämtat från: Bengtsson, A., Oher, N., Åshage, A., Lavesson, L. & Grahn, P., 2018. *Evidens-baserad design av utemiljö i vårdsammanhang*. Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap. Datum för godkännande: [11 02 2021] av Anna Bengtsson.

Figur 2: Tabell med beskrivning av de åtta miljöerbjudandena och deras egenskaper. Bengtsson, A., Oher, N., Åshage, A., Lavesson, L. & Grahn, P., 2018. Tabell. Hämtat från: *Evidensbaserad design av utemiljö i vårdsammanhang*, Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap. Datum för godkännande: [11 02 2021] av Anna Bengtsson.

Figur 3: Anna Bengtssons principmodell för fyra zoner av kontakt med utemiljön. Bengtsson, A., Oher, N., Åshage, A., Lavesson, L. & Grahn, P., 2018. Modell. Hämtat från: *Evidensbaserad design*

av utemiljö i vårdsammanhang, Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap. Datum för godkännande: [11 02 2021] av Anna Bengtsson.

Figur 4: *Diagram över Sveriges befolkningstillväxt och urbanisering från år 1800–2010.* Diagram. Hämtat från: SCB, 2020. Tätorter i Sverige. [Online] [ww.scb.se: https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/miljo/tatorter-i-sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/miljo/tatorter-i-sverige/). [Använd 12 01 2021]. Datum för godkännande: u.d. - Creative Commons Erkännande 4.0 Internationell (CC-BY).

Figur 5: *Charta öfver planen kring den på 16:de dels skatte hemmanet Bohlebros ägor belägne hälso brun.* Nyman, M., 1772. Karta. Hämtat från: Länsstyrelsen Blekinge, u.å. *Kunskapsunderlag till Ronneby Brunn/Blekan/Karön [K 10]*. Karlskrona: Länsstyrelsen Blekinge. Datum för godkännande: u.d. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 6: *"I Ronneby Brunnspark".* Hallbeck, C. S., 1883. Målning. Hämtat från: Blekinge Museum, u.å. *Blm D 2013 24 04 - Teckning*. [Online] [www.blm.se: https://blm.kulturhotell.se/items/show/77237?sort_field=id&sort_dir=d&record_types%5B0%5D=Item&record_types%5B1%5D=File&record_types%5B2%5D=Collection&query=Hallbeck&query_type=exact_match&ref=%2Fsearch](https://blm.kulturhotell.se/items/show/77237?sort_field=id&sort_dir=d&record_types%5B0%5D=Item&record_types%5B1%5D=File&record_types%5B2%5D=Collection&query=Hallbeck&query_type=exact_match&ref=%2Fsearch). [Använd 07 02 2021]. Datum för godkännande: u.d. - Creative commons - Erkännande-Ickekommersiell 4.0 Internationell.

Figur 7: *"Karta öfver Ronneby brunn", 1872.* Upphovsperson okänd, 1872. Karta. Hämtat från: Länsstyrelsen Blekinge, u.å. *Kunskapsunderlag till Ronneby Brunn/Blekan/Karön [K 10]*. Karlskrona: Länsstyrelsen Blekinge. Datum för godkännande: u.d. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 8: *"Ronneby Brunnshotellet".* Upphovsperson okänd, u.å. Fotografi. Hämtat från: Ronneby kommun, 2019. *Gamla Brunnshotellet*. [Online] www.ronneby.se: <https://www.ronneby.se/bygga-bo--miljo/naturvard-och-parker/ronneby-brunnspark/kurortens-tidigare-byggnader/gamla-brunnshotellet.html> [Använd 10 02 2021]. Datum för godkännande: u.d. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 9: *"Plan öfver park och trädgårdsanläggningen vid södra Sveriges sinnessjukanstalt".* Flindt, H. A., 1874. Karta. Hämtat från: Region Skånes Medicinhistoriska samling, u.å. [Online] www.carl.kulturen.com: <https://carl.kulturen.com/medi/web/object/5800>. [Använd 07 12 2020]. Datum för godkännande: u.å. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 10: *Foto av patienter från avdelning 1a på Sankt Lars sjukhus (år 1948–1950) arbetar i trädgårdslandet.* Upphovsperson okänd, u.å. Fotografi. Hämtat från: Region Skånes Medicinhistoriska samling, u.å. [Online] www.carl.kulturen.com: <https://carl.kulturen.com/medi/web/object/230330>. [Använd 07 12 2020] Datum för godkännande: [07 12 2020] av Mats Engström.

Figur 11: *"Vy av Sankt lars-parken mot klocktornet på en av huvudbyggnaderna i borggårdsformationen".* Egen bild [21 02 2021]. Fotografi.

Figur 12: *Byn Göbersdorf, numera Sokołowsko, sedd från intilliggande höjd i bergslandskapet.* Bostaf, 2011. Fotografi. [Online] Hämtat från: www.commonswikimedia.org: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=53566925> [Använd 11 03 2021] Datum för godkännande: u.d. - Creative commons Erkännande-DelaLika 3.0 Unported (CC BY-SA 3.0)

Figur 13: Karta över vandringsslingorna i Orups strövområde. Höörs kommun, 2016., Hämtat från: Höörs kommun, u.å..Datum för godkännande: [24 02 2021] av Kristina Johannesson.

Figur 14: Det nybyggda Renströmska sjukhuset, baksidan sedd från parken. Aronsson, J., 1913. Fotografi. Hämtat från: Göteborgs Stadsmuseum, u.å.. Göteborg: Göteborgs Historiska Museums bildsamling. Datum för godkännande: u.d. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 15: Skiss över den barockinspirerade trädgården längsmed sjukhusets mittaxel sett ifrån den stora öppna verandan längs byggnadens långsida. Upphovsperson okänd, 1913. Hämtat från: Antiquum, 2008. Kulturmiljöunderlag Östra Kålltorp, Göteborg: Antiquum. Datum för godkännande: u.d. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 16: Renströmska Sjukhuset idag sett från söder. Egen bild [15 11 2020]. Fotografi.

Figur 17: Fotografi från tidigt 1900-tal av brunnsgäster i Brunnskogen intill vattnet. Upphovsperson okänd, u.å. Fotografi. Hämtat från: Blekinge Museum (u.å.). Datum för godkännande: u.d. - Upphovsrätt utslocknad, fri användning.

Figur 18: Doftträdgården som anlades i Brunnskogen på 1980-talet. Egen bild [07 03 2021]. Fotografi.

Figur 19: Modell av Anna Jakobsson - En schematisk skiss av Ronneby brunnsparcs rumsindelning och rumskategorier. Jakobsson, A., 2004. Modell. Hämtat från: Jakobsson, A., 2004. Vatten, vandring, vila, vy & variation – den svenska kurparkensgestaltningssidé. Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet. Datum för godkännande: [05 03 2021] av Anna Jakobsson.

BILAGA 1

FRÅGOR TILL INTERVJU MED KATARINA OCH ANETTE BLÅBERG 9 FEBRUARI 2021

1. Vad är din/er bakgrund (som jag förstår från er hemsida så är ni uppvuxna på landsbygden) och hur kommer det sig att du/ni började arbeta med hälsofrämjande trädgårdar?
2. Hur skulle du/ni beskriva det ni gör på Good Garden?
3. Varför tycker du/ni att det ni gör är viktigt?
4. Var tror du/ni att hälsofrämjande trädgårdar behövs/kommer att behövas som mest idag resp. framtiden?
4. Vad ser ni som de största hindren för etablering av fler och bättre hälsofrämjande trädgårdar?
5. Vad tror du/ni är nästa steg i utvecklingen av hälsofrämjande design?
6. Vad vill du/ni som yrkesverksamma att nyutbildade landskapsarkitekter har koll på gällande hälsofrämjande design?
7. Har du/ni några andra tips till mig om vad jag inte bör missa att få med i min uppsats?