

«I Videnskabens Lys og Kjærlighed» - asylenes fremvekst i Europas sentrum og periferi

Rønvik, verdens nordligste asyl, ble bygget på begynnelsen av forrige århundre. Avisutklipp fra de første årene kaster lys over hvordan den gigantiske institusjonen ble sett på i sin samtid. Hva var bakgrunnen for den massive utbyggingen av europeiske asylter?

TEKST

Knut W. Sørgaard

PUBLISERT 1. januar 2005

ABSTRACT:

For the sake of knowledge and love: A historical overview of European psychiatric Institutions Norway's first mental hospital was established in 1855. Later on, in 1902, another institution (Rønvik Hospital) was established in the northern most parts of the country. This article describes the content of local press coverage linked to the first ten years of Rønvik hospital's existence. The author has grouped old letters and newspaper articles into four main categories: (a) routine information (20 %), (b) infringement of patients' legal rights, critique of doctors' authority and the hospitals' control commission (20 %), (c) dramatic incidents (escapes, suicide) (18 %), (d) the well being of the hospital staff (10 %). The author points out that the articles do not communicate a patronizing attitude towards patients. On the contrary, they encourage a «constructive curiosity» and positive attitudes towards the mentally ill. The article describes the development of Norwegian psychiatry within a broader European context.

Takk til Ove Eide, Knut Moss og Linda Skogmo for hjelp med bilder og avisutklipp.

Innledning

I 1902 ble «verdens nordligste asyl» offisielt åpnet i Bodø. Norge var på denne tiden Europas definitive utkant, og blant verdensdelens fattigste land. Nord-Norge var et område som sentraleuropeere organiserte ekspedisjoner til. Rønvik asyl stod for den nye tid, institusjonen bar bud om at også nordnorske sinnslidende skulle motta vitenskapens velsignelser i et for sin tid gigantisk bygningskompleks. Her skulle landsdelens sinnssyke samles og klassifiseres, aktiviseres og stimuleres i tidsmessige og hygieniske omgivelser. Asylet var den første bygningen i denne lille nordnorske småbyen som fikk elektrisk lys. Det hadde sentraloppvarming, dampkjøkken, vaskeri og flere bad – og var «et stort Fremskridt paa Civilisationens Omraade», som en besøkende skriver i 1904. Lenge før vanlige folk hadde elektrisk strøm i husene sine, anla man altså

et modernitetens Soria Moria like utenfor bykjernen for landsdelens gale. Hvordan ble denne institusjonen, og det den representerte, sett på i sin samtid?

Sykehuset har en omfattende samling avisklipp fra de første årene. En gjennomgang av disse kan kaste lys over hvordan mange så på institusjonen, den moderne sinnssykepleien og de problemer institusjonen førte med seg både for pasienter og for lokalsamfunnet. Etter som det i vår tid ikke lenger finnes noen «lokal historie», er det nødvendig å se på både de nasjonale forutsetningene for institusjonsbyggingen i Norge spesielt etter 1900, og utviklingen i andre land hvor ideene om den moderne sinnssykepleie oppstod. Jeg skal derfor gå en lang omvei før artikkelen føres fram til sykehusets klipparkiv.

Framveksten av asyler

Storhetstiden for utbyggingen av sykehus innen psykisk helsevern i Vest-Europa og Nord-Amerika var årene mellom 1810 og 1860. Historien viser store nasjonale forskjeller. Noen land var tidlig ute, for eksempel Frankrike, England og USA, mens den store institusjonsutbyggingen i Norge kom etter 1900. I land som Frankrike, Tyskland, Østerrike og Sveits, og etter hvert også i Finland og Norge, spilte staten i begynnelsen en dominerende rolle, mens lokale myndigheter og til dels også frivillige organisasjoner var pådrivere i for eksempel England.

Institusjonsutbyggingen var del av en humanistisk offensiv som skulle gjøre nye behandlingsmetoder og vitenskapelige synspunkter tilgjengelige. Asylene skulle bidra der familie og lokalsamfunn ikke maktet mer. Til tross for humanistiske intensjoner ble asylenes forfall mer og mer synlig utover 1900-tallet, med overbelegg, økende sengetall, mer bruk av tvang og sterkere tilsig av mekanistiske forklaringsmodeller. Gradvis slo også innflytelsen fra eugenetiske bevegelser inn i USA og Europa. Steriliseringslover og innesperring ble stadig oftere ansett som løsning på politiske og kulturelle degenerasjonsforestillinger (Whitaker, 2002). Etter at enkelte amerikanske asyler hadde nådd størrelser på nivå med middelsstore norske byer (opp til 16 000 pasienter), og deres europeiske søsterinstitusjoner hadde plassert seg i sjiktet av norske småbyer (4000–5000 pasienter), endret asylens retoriske og samfunnsmessige posisjon seg. Fra å være del av et humanistisk prosjekt ble de definert som dårlige løsninger i menneskelig, vitenskapelig og økonomisk forstand. De siste 40–50 årene har omtrent alt faglig fokus vært rettet mot tiltak innenfor åpen omsorg som poliklinisk behandling og distriktpsikiatriske sentre (Sørgaard, 2002), og institusjonen har i faglig henseende havnet i skyggenes dal. Men noe tyder på at pendelen snur: Flere og flere helsepolitikere og fagfolk hevder at av-institusjonaliseringen har gått for langt, og at oppbyggingen av tiltak utenfor institusjonene ikke har holdt tritt med reduksjonen i sengetallet.

Asylets oppgaver

Historisk sett var asylens oppgave ikke begrenset til behandling og omsorg. Det skulle også beskytte pasienter, avlaste og skjerme pårørende, sosialisere pasienter, aktivisere dem, gi dem ordinære helsetjenester, strukturere dagene, bistå med hygiene og gi

fritidsaktiviteter. Alle disse oppgavene ble ved institusjonsnedbyggingen lastet over på mer og mindre – fortrinnsvis mindre – forberedte lokalsamfunn. Noe paradoksalt startet institusjonsnedbyggingen i en tid da folks hverdag neppe ble enklere, og hvor sosialvitenskapene dokumenterte mangfoldet av slitasjepunkter i hverdagslivet. Stikkord er fattigdom, ensomhet, trangboddhet, arbeidsmarkedspress og skolekrav.

I tillegg til institusjonenes åpenbare oppgaver som behandling, beskyttelse og omsorg, ligger mye av deres historiske betydning i måten sykehustenkningen har farget forståelsen av sinnslidelser, det Foucault kaller «l'ordre rationell des maladies» (Foucault, 1961, s. 5) – sykdommenes logiske struktur. Dette innebærer at lidelsene retorisk og praktisk ble underordnet et profesjonsstyrt og profesjonsheterogent helsevesen, med sitt omland av fagforeninger, utdanningsinstitusjoner, forsikrings- og trygdeordninger. Foucault overdriver homogeniteten i dette prosjektet, men i den moderne asyldiskursen konvergerer meta-trender fra de biologiske vitenskapene, borgernes behov for sikkerhet, profesjonenes ønsker om definisjonsmakt og arbeidsplasser, pasientenes behov for adekvat behandling og stadig sterkere og mer gjennomtrengende innslag fra det farmasi-industrielle komplekset. Tiden er kommet for en omfattende medisinerings av eksistensielle konflikter, selve «the human condition» (Healy, 2002). De psykiske lidelsers logiske struktur, slik de psykiatriske institusjonene realiserer den, defineres nå av farma-kompleksene. Mottoet ble satt for 30 år siden av de engelske stjernepsykiatere Richard Hunters og Ida Macalapines: «Patients are victims of their brain rather than their mind» (i Porter, 2002, s. 157).

Til tross for institusjonenes betydning for behandlingen av alvorlige sinnslidelser, opplæring av fagfolk, helseøkonomi og sysselsetting, er institusjonsbehandling innen psykisk helsevern i liten grad evaluert. Et stort antall kontrollerte studier har dokumentert effekten av psykoterapi og medikamentell behandling, men vi vet forbausende lite om hvem pasientene i den virkelige behandlingshverdagen er, hvilken behandling de mottar og effekten av behandlingen slik den gis i det private og offentlige helsevesen (Hoult, 1993; Olfson et al., 1997, Tansella & Thornicroft, 1998). Spørsmålet reises om hvor nyttig hjelpen institusjonene i psykisk helsevern gir egentlig er, og om institusjonene i praksis fungerer antiterapeutisk (Pfeiffer, O'Malley & Short, 1996; Thornicroft & Goldberg, 2000). Dog har man ikke noe sted vist at man kan klare seg uten dem.

Hjelpsøkingens korridorer

Uttrykket «pathway to care» (Rogler & Cortes, 1993) er et nøkkelbegrep i forståelse av hvorledes det moderne helsevesenet fungerer, både som sorteringsmekanisme og som et system av endestasjoner. En slik vei («pathway») defineres som de sekvenser av kontakter en person eller andre som opptrer på vedkommendes vegne, initierer for å få kontakt med ønskede hjelpere. Disse hjelpesøkingens korridorer bestemmes av hvilke tjenester som er tilgjengelige og akseptable, kulturelle faktorer knyttet til problemforståelse og hjelpesøking, og demografiske forhold som kjønn og alder.

David Goldberg og Peter Huxley (Goldberg & Huxley, 1980, 1992; Huxley, 1996) har utviklet den mest omfattende strukturelle modellen for forståelse av hjelpesøking ved psykiske lidelser og «pathways of care». Modellen beskriver fem nivåer og fire tilhørende filtre mellom dem. Nivåene avgrensede kontekster for problemutfoldelse, problemidentifisering og behandling, mens filtrene består av prosedyrer som styrer pasienters passasje mellom nivåene. De fem nivåene er (1) samfunnet («the community»), (2) primærhelsetjenesten, (3) merkbare psykiske problemer slik de manifesteres hos pasienter i (fortrinnsvis) primærhelsetjenesten, (4) annenlinjetjenesten og (5) sengeavdelinger innenfor psykisk helsevern. Korridoren mellom (1) og (2) bestemmes blant annet av pasientens problemer, hvordan han/hun oppfatter dem, påvirkning fra betydningsfulle andre, beslutningsprosesser og tilhørende hjelpesøkningsaktiviteter. Det er godt dokumentert at folk oppsøker mange andre hjelpere enn helsepersonell, likeledes at omfanget av legekontakter som kommer i stand på grunn av diffuse – ofte mentale – helseproblemer er enormt. I primærhelsetjenesten identifiseres, diagnostiseres, forklares, behandles, oversees og bortforklars pasientens problemer. Dette utløser i sin tur trøst og oppmuntring, medisiner, samtaler, neglisjering eller viderehenvisning.

Filteret mellom (3) og (4) består av et konglomerat av prosesser og prosedyrer som bestemmer primærhelsetjenestens henvisninger til spesialisthelsetjenesten (pasientens problemer, legens egen erfaring med og oppfatninger av psykisk helsevern, mislykkede behandlingsforsøk fra legens side, pasientens ønsker, spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet osv.). Det er her den største utsilingen av pasienter skjer: I snitt går bare en av ti pasienter videre fra primærlege til den psykiske spesialisthelsetjenesten (Huxley, 1996). Øverst på pyramiden troner fremdeles sengeavdelingene med inngang fra spesialisthelsetjenesten, men fortrinnsvis fra primærhelsetjenesten.

Goldberg/Huxley-modellen forklarer hvorfor depresjoner hos innlagte er mer alvorlige enn de som behandles hos primærlege eller ved poliklinikker, og hvorfor forskning på innlagte pasienter med schizofrenidiagnose ikke uten videre lar seg generalisere til personer som lever utenfor institusjon («the Berksonian bias»). Av Goldberg/Huxley-modellen følger også at utbyggingen av polikliniske tiltak ikke fullt ut kan erstatte institusjonsplasser (Hansen & Øiesvold, 2004; Sørgaard & Sørensen, 1994).

Basert på flere internasjonale studier har Huxley (1996) antydnet ettårs prevalensen av psykiske lidelser på hvert nivå som 315/1000 (nivå 1), 230/1000 (nivå 2), 101/1000 (nivå 3), 23/1000 på nivå 4 og 6/1000 på nivå 6. Altså: I snitt hospitaliseres seks personer av 1000 ved sykehus innen psykisk helsevern årlig. Dessuten brukes også senger (fortrinnsvis medisinske avdelinger) til pasienter med psykiske lidelser. Som ellers er en innleggelse funksjon av en rekke faktorer som går ut over pasientens tilstand.

Det ligger i kortene at Goldberg/Huxley-modellen ikke gir annet enn grove antydninger om hvorledes helsesystemet fungerer. Studier fra flere land hvor man har prøvd å teste den ut, har i rimelig grad bekreftet modellens gyldighet (Marino, Gallo, Ford & Anthony, 1995; Pavluri, Luk & McGee, 1996).

Historien om institusjonene innen psykisk helsevern er fram til de siste 50 årene i det store og hele en historie om direktelinjene fra Goldberg og Huxleys nivåer 1 og etter hvert 2, og til 5. Dette uttrykkes ikke alltid i lokale og regionale helseplaner hvor man ofte tenker seg at veien til innleggelse skal gå via en poliklinikk eller DPS. Dette skjer jo sjelden, og i det minste i akuttpsykiatrien er passasjen inn til institusjonen primært direktekanalen fra primærhelsetjenesten. Ved Nordlandssykehuset var 73.2 % (N = 338) av en 12 måneders kohort (2003) av førstegangsinnlagte henvist av primærlege, mens 23.1 % kom fra spesialisthelsetjenesten i vid forstand (de fleste fra somatiske sykehusavdelinger). Derimot går veien ut langt oftere via distriktpsikiatriske sentre (43 %) og/eller primærlege (70 %).



Rønvik Asyl.

Foto: Nordlandssykehusets bildearkiv.

Goldberg/Huxley-modellen gir rammer for spørsmål som angår endringer i forekomsten av psykiske lidelser, endringer i tolkninger av hva psykiske lidelser er, mulige likheter og forskjeller mellom personer som var lagt inn for psykiske lidelser før og nå, endringer i kanalene som fører inn og ut av institusjonene, og forandringer i bruken av ulike kategorier hjelpere. Vi skal skissemessig se på noen spørsmål med særlig relevans for utbyggingen av institusjoner for folk med psykiske lidelser.

Fortolkning av sinnslidelser

Historikere beskriver hvordan nye relasjoner mellom mennesker oppstod i opplysningstiden og senere. Oppbrekking av fastlåste sosiale systemer førte med seg sosial destabilisering, der flere sosiale roller ble tilgjengelige. Folk beveget seg i et mer fasettert rollelandskap, hvor menneskers personlighet økte i kompleksitet parallelt med tilgangen til nye roller, sosiale masker og karaktertyper. I en rekke arbeider beskriver Rom Harré metapsykologiske rammer for de virksomme prosessene i disse endringene (Harré, 1983; Harré & Gillett, 1994; Harré & Langenhove, 1999). Med et mer mangfoldig, sammensatt og til dels motstridende ytre, oppstod et «behov» for et stabilt eller halvstabilt selv, eller en personlighet bak det skiftende ytre. Men med et selv og en personlighet fulgte også en ny arena for problemer. Etter at medisinsk forskning gjennom store deler av middelalderen lå i skyggen av religiøse fortolkningsmønstre og gammelgresk biologi, ble sinnslidelsene forstått som «sykdom» (Rosen, 1968). På denne tiden var institusjoner for personer med alvorlige psykiske lidelser sjeldne, og om de

eksisterte, var de ubetydelige i størrelse. Et sted som London Bethlem hadde for eksempel ikke mer enn 30–40 pasienter.

I overgangen mellom middelalder og renessanse ble interessen for subjektive og psykiske lidelser vakt. En rekke mer og mindre ulike tilstander (for eksempel hypokondri og hysteri) som man manglet en samlet forståelse av, ble gruppert sammen under betegnelsen «nervøse lidelser» og plassert i den nye og spennende subjektiviteten. «Nervøsitet» heftet det ikke nødvendigvis noe negativt ved; mot slutten av det forrige århundret vitnet en nervøs karakter om sensitivitet, omsorgsfullhet og kunstneriske interesser (Rousseau, 1992). Med ny innsikt og ny merkelapp ble man også mer oppmerksom på problemenes utbredelse. De nye «nervøse» ble ikke ofte innlagte. I Norge kom det første spesialtiltaket for denne gruppen i form av en klinikkavdeling basert på frivillighet, med god bemanning og universitetstilknytning, først i 1917 (Psykiatrisk klinikk Vinderen). På den tiden var institusjonene for de sinnslidende (de tvangsinnlagte) i fullt forfall med overbelegg, mangel på fagfolk og behandlingspessimisme.

Omfanget av psykiske lidelser

Mange mener ut fra grundige undersøkelser av historisk kildemateriale, at omfanget av psykiske lidelser på denne tiden var vesentlig mindre enn det vi er vant til i dag (Porter, 2002; Rosen, 1968). Omfanget økte voldsomt fra 1700-tallet og fremover. Torrey og Miller har på bakgrunn av studier av et mangfold kilder (skjønnlitteratur, offisielle dokumenter, institusjonsbestyreres rapporter, tall på innlagte og utbygging av institusjoner) sannsynliggjort at det i England, Irland, Canada og USA fant sted det de karakteriserer som en epidemisk økning i forekomsten av «insanity» (schizofreni og manisk-depressive lidelser) fra 1700-tallet og fremover. Dette var for øvrig en økning som det daværende helsefaglige establishmentet stort sett lukket øynene for. Torrey og Miller anslår prevalensen av schizofreni og manisk-depressive lidelser til 1/1000 (1700-tallet), at den passerte 3/1000 en gang på 1800-tallet og 5/1000 på 1900-tallet. De gir ikke noe klart svar på hvordan denne utviklingen skal forstås, men diskuterer blant annet endringer i diett, alkoholkonsum, toksiner, infeksjoner, dødelighet i institusjonene og profesjonsinteresser, i tillegg til urbanisering og industrialisering.

Ut fra gamle pasientjournaler har det vært gjort forsøk på å anslå omfanget av sinnslidelser på denne tiden. Den på sin tid anerkjente legen Richard Napier i Buckinghamshire behandlet i perioden 1597 til 1634 ca. 60 000 pasienter (for det meste landsbyboere fra alle sosiale lag) og etterlot seg et omfattende arkiv. Arkivmaterialet er analysert, og for 2039 pasienters vedkommende er det funnet indikasjoner for emosjonelle forstyrrelser. Av de 2039 er kun 139 beskrevet av Napier med ord som «mad» eller «lunatic». Som nevnt anslår Goldberg og Huxley prevalensen av psykiske lidelser hos allmennpraktikere i dag til 230/1000. Omlag 20 av de 139 er rediagnostisert som «schizofrene» (Torrey & Miller, 2001).

Kritikk av Foucaults teorier

Økningen i forekomsten av sinnslidelser førte til en sterk ekspansjon av institusjoner og institusjonsbehandling. Michel Foucault (1961) har gitt den kanskje mest leste og kontroversielle framstillingen av institusjonsutbyggingen og bølgen av innleggelseser under opplysningstiden og framover. Han beskriver den som et rent samfunnsmessig kontrolltiltak. Foucault skildrer en periode, «den store innesperringen», hvor gamle og nye institusjoner overtok for tidligere tiders lokalsamfunns- og familieavhengige løsninger på problemer som sosial mistilpasning, arbeidsuførhet, psykiske lidelser og irrasjonell atferd. Disse institusjonene utviklet seg senere til legestyrte psykiatriske sykehus. Foucaults grunnleggende påstand er at dette var fornuftens innesperring av ufornuften – de veltilpassedes angrep på de mistilpassede skarer – og at det var et generelt europeisk fenomen foranlediget av økte krav til rasjonell livsførsel på et gradvis mer industrialisert arbeidsmarked. Flere har imidlertid påpekt så store nasjonale forskjeller i utbyggingen av institusjoner, at en idehistorisk tese om en generell innesperring under modernitetens svøpe bare kan opprettholdes om en konsekvent overser historiske kjensgjerninger.

Flere typer argumenter kan brukes mot Foucaults teorier. For eksempel manglet flere land Foucaults institusjoner i perioder hvor de i henhold til teorien burde ha eksistert (for eksempel Russland, Portugal og Norge). Foucaults institusjonsoffensiv og innesperringspanorama forutsetter også et grunnleggende statlig engasjement, mens i det tidlig industrialiserte England ble institusjonene oftest lokalt finansiert med påfølgende lav entusiasme og direkte upopularitet i befolkningen. Et tredje poeng er at en generell innesperring av ufornuft begrunnet i modernitetens framvekst ikke burde være begrenset til Foucaults kvasi-galehus, men gjenfinnes for eksempel i økende fengsling av sosialt mistilpassede. I USA ble antallet innlagte pasienter med psykiske lidelser seksdoblet i perioden 1880–1923 (fra 40 000 til 263 000), mens det ikke var noen økning av innsatte i fengslene. Foucaults teorier har hatt stor utbredelse og dominerer fremdeles institusjonsforståelsen i mange miljøer, men opphavsmannen er av fagfolk karakterisert som «(A) self-proclaimed dealer in fictions, seemingly unconcerned with accuracy and evidence» (Sedgewick, 1981, s. 218). Psykiatrikritikeren Andrew Scull (1993) kritiserer Foucaults «(C) avalier tendency to over-generalize». En rimelig konklusjon synes å være at institusjonsutbyggingen i praksis uttrykte et konglomerat av ulike impulser, ønsker, behov og ansvarsområder. Institusjonene var forskjellige i størrelse og kvalitet. Noen steder betalte pasientene selv for oppholdet. Andre steder hadde rike pasienter tilgang til egne luksushospitaler. Ofte dominerte armod og elendighet. Mange hevder at Foucaults teorier kan passe for Frankrike, men ikke kan fungere som en allmenn teori for bygging av psykiatriske institusjoner.

Hvem ble innlagt?

En annen konsekvens av Foucaults teorier er at institusjonsinnlagte burde framvise et konglomerat av ulike diagnoser og problembetegnelser, en samlet sum av «ufornuft». Eller med Goldberg/Huxley: Det burde la seg gjøre å dokumentere endringer i diagnosesammensetningen på nivå 5 over tid av typen flere innleggelseser på grunn av sosiale problemer, mistilpasning, fattigdom og arbeidsledighet i de tidlige

institusjonene enn det som etter hvert ble vanlig. Det er gjort noen forsøk på å undersøke dette gjennom rediagnostiseringer av gamle pasientjournaler (med store metodiske utfordringer). Resultatene viser at pasientsammensetningen på 1800-tallet ofte ikke var nevneverdig forskjellig fra i våre dager. Torrey og Miller (1992) gjengir en oversikt fra Rainhill Asylum (England) hvor rediagnostiserte innleggelser fra 1890 er sammenlignet med innleggelser fra 1990. 1890-tallene viser en noe lavere andel av psykoser (33 % vs. 40 %), depresjoner (18 % vs. 24 %), general paralyses og mental subnormalitet (begge: 11 % vs. 0 %) mens det i 1990 var registrert flere innleggelser på grunn av angst (5 % vs. 0 %) og personlighetsforstyrrelser (6 % vs. 0 %).

Turner (1992) har rediagnostisert pasientene ved Tichurst House Asylum (også England) i perioden 1845–1890. Han finner at både schizofreni og manisk depressive lidelser var stabile over en periode på flere decennier. På bakgrunn av dette tar han et oppgjør med «stemplingsteoretikerne» (for eksempel Scheff) og andre som ser på sinnslidelser som «moralske» kategorier, sosiale merkelapper og «residual avvik». Flere tilsvarende undersøkelser er gjort av engelske sykehus, og alle peker i samme retning: I alle fall i England fungerte ikke institusjonene som oppsamlingssteder for brede grupper av sosialt mistilpassede. Så langt man har kunnet dokumentere det (for eksempel Walton, 1979), har engelske asylospasienter også stort sett vært i arbeid før innleggelsen, og altså ikke som sine franske lidelsesfeller vært sosialt utstøtt og uten arbeidsevne. Årsberetningene fra Rønvik Asyl i Bodø fra de første årene beskriver de fleste (mannlige) pasientene som småbrukere og fiskere, altså som mennesker som var i arbeid. De færreste sinnslidende ble innlagt. Til tross for stor aktivitet med hensyn til utbygging av institusjoner viser undersøkelser at pasientenes familie hadde hovedansvaret for sine psykisk syke også på 1800-tallet (Suzuki, 1992). Dette var situasjonen også i Norge hvor det så sent som før åpningen av Gaustad asyl i 1855 bare var 146 senger til pasienter med psykiske lidelser.

Livet på institusjonene

En rapport i Irland fra 1851 – altså omtrent samtidig som Gaustad asyl ble innviet i framskrittet og humanismens navn – viser til at «the uniform tendency of all asylums is to degenerate from their original object, that of being hospitals for the treatment of insanity, into domiciles for incurable lunatics» (Torrey & Miller, 2001, s. 120). Med en akselererende forekomst av sinnslidelser økte også størrelsen på asylene (i England fra gjennomsnittlig 116 pasienter i 1827 til omlag 3000 i 1910). Med overbelegget kom behandlingspessimismen, paternalisme og det mekanistiske menneskesynet. Mot slutten av 1800-tallet ble sinnslidende oftere oppfattet som farlige, samfunnets behov for sikkerhet ble trukket fram og man kritiserte – som nå – for tidlige utskrivelser.

Med enkelte miljøers demonisering av de psykiatriske institusjonene («Den store innesperringen») har det fulgt en moralsk mistenkeliggjøring av de ansatte. Turner (1992), som undersøkte Tichurst House Asylum, fant at leger og sykepleiere var omsorgsfulle og ledet av humanistiske og religiøse idealer. Andrews (1991) har studert forholdene på Bethlem før 1800, og konkluderer med at institusjonen ble

samvittighetsfullt styrt av et Board of Governors, for det meste meget pliktoppfyllende folk. Fysisk straff av pasienter var aldri offisielt sanksjonert, det var klare regler for de ansatte og sanksjoner mot dem ved brudd på retningslinjene. Men det er forskjell på overordnede intensjonserklæringer og hverdagsliv. Da som nå (Sørgaard, 2004) forekom hverdagsovergrip i større skala enn man liker å tenke på. Til tross for opplysningsfilosofi, vitenskap og humanisme, dokumenterer en stor og omfattende litteratur basert på pasientprotester asylens skyggesider.

Den norske offensiven

Mens mange land i Europa og Nord-Amerika lenge hadde satset på institusjoner innen psykisk helsevern, levde de fleste av de ca. 4000 sinnslidende i Norge (befolkningstellingen i 1845 viste at av en befolkning på 1 328 471 var 2227 erhvervede sinnssyke og 2063 var idioter eller «fødte fjanter») under tilstander som i henhold til regjeringen: «maatte opfylde Enhver med Rædsel og Afsky» (Seip, 1997, s. 73). Norge kom seint i gang med bygging av psykiatriske institusjoner, på tross av at engelske kjennere mente at sinnslidelser var mer utbredt her i landet enn noe annet sted. En viss institusjonsomsorg eksisterte riktignok. Basert på en kongelig forordning av 1736 var det etablert et system av «Daarehus» – eller dårekister – (av det gammelnorske «dári» – narr eller person som er til spott); ved hvert av landets hovedhospitaller skulle det innredes to rom for sinnssyke. Utenfor hospitalene, på steder som Oslo, Arendal, Bergen og Trondheim, var det etablert små «Dollhus» (av «dol» som viser tilbake til et tysk uttrykk for gal).

Sosial elendighet

I 1736 var det samlede antallet plasser for behandling (eller håndtering) av sinnslidende i hele landet 36. Ansvar og omsorgen for de aller fleste lå hos familie og lokalsamfunn. Som ute i Europa var farlige personer gjerne plassert i fengsler – eller fengselslignende anretninger. Norsk sinnssykehistorie er langt på vei historien om fattigpleien (Ericson, 1974). I fraværet av et sentralt makt- og administrasjonsapparat var det over tid utviklet ordninger hvor familie og lokalsamfunn tok seg av folk som ikke klarte seg selv. Ved omgangslegd ble ansvaret for sinnslidende fordelt mellom gårdene i et distrikt når det hadde vist seg at familien ikke maktet oppgavene. Personen ble da fast bortsatt på en gård, eller han/hun flyttet fra gård til gård. Ordningen var virksom helt til slutten av det 19. århundre. Gjenytelsen lå i deltakelse i gårdsarbeidet. Liten arbeidsevne disponerte for hyppige flyttinger. Gjennom ordningen med «bortakkordering» ble fattigfolk og sinnslidende nærmest auksjonert bort, ofte til de fattigste av de som klarte seg. Mange syke livnærte seg også som omreisende tiggere, eller bodde på fattighus eller arbeidsanstalter.

Generelt dominerte familieomsorg til langt inn på 1800-tallet sammen med gamle legdordningen. Dette var et liv med få misunnelsesverdige sider. I Norge dokumenterte Ludvig Dahl, Herman Wedel Major og Eilert Sundt de sinnslidendes sosiale elendighet. Som en illustrasjon tar vi med et par av Dahls beskrivelser (etter Ericson, 1974, s. 23):

«Han opbevaredes nøgen i halm i et bur, med en jerngjord om livet og derfra en lænke fæstet til væggen» (1859), «(H) an holdes forvaret som den værste forbryder og er bundet med en lænke. Når det er hændt, at han kommer løs, styrter nabolaget til, som om der forestod en ulykke, og fanger han inn med en line» (1859).

I 1848 konkluderte regjeringen etter undersøkelser av legen Herman Wedel Major med at staten måtte engasjere seg for at «Menneskelighedens Fordringer ikke aldeles tilsidesættes». I tråd med opplysningstidens ideer og arven fra John Locke (som er den filosofen som har påvirket behandlingen av psykiske lidelser sterkest), argumenterte Major for sinnslidelsenes helbredelighet, og arbeidet hans la grunnlaget for sinnssykeloven av 1848. Den skilte de sinnssyke ut som egen gruppe, og bidro til at behandlingen ikke lenger var en del av den ordinære fattigpleien. Sinnssykeloven kom i en periode med flere sosiale reformer: straffeloven i 1842, fattigloven i 1845 og lov om sunnhetskomisjoner i 1860. Gjennom sine reiser rundt i landet var Major blitt overbevist om at Norge måtte følge andre europeiske stater og at det måtte satses på sinnssykehus. Her skulle pasientene sikres moderne behandling basert på vitenskapelig klassifikasjon og behandlingkunnskap. Asylet skulle være noe annet enn fattighus og de tradisjonelle hospitalene. Initiativene var barn av sin tid: Med basis i skillet mellom de «dannede» og «allmuen» foreslo regjeringen i 1848 å bevilge 23 000 speciedaler til en avdeling med 28 senger for «rolige Syge af den dannede Stand», og 21 000 speciedaler til en avdeling med 96 senger for personer «af Almueclassen» (Seip, 1997, s. 53).



Ansatte kort tid etter oppstart av Rønnevik Asyl.

Foto: Nordlandssykehusets bildearkiv.

Asylene bygges

Gaustad stod ferdig i 1855 og vitnet om et historisk prosjekt for å bedre forholdene for de sinnslidende. Sinnssykeloven av 1848 gav strenge føringer for opprettelse av asyl, utforming av bygninger osv. Et krav var asylenes «fuldkomne adskillelse fra alle andre indretninger; en fri og sund beliggenhet; anledning til de sykes sysselsættelse og bevægelse i fri luft; absolut afsondring av de forskjellige kjønn» (Bøye & Angell 1927, s. 14, sitert etter Vold, 1999, s. 9). Dette var ikke særegne norske krav. Både i Tyskland og Frankrike la man vekt på at asylene skulle gi mulighet for sysselsetting, ligge landlig til og langt på vei fungere som selvforsynte kolonier. Arkitekturen var påvirket av krav til sikkerhet, ventilasjon, avløp og optimal oversiktighet. Avgjørende var også den bygningsmessige klassifiseringen av galskapens ulike graderinger: menn skulle holdes atskilt fra kvinner, de voldelige fra de harmløse og de rene fra de skitne. Gulvene skulle være sklisiske og belagt med motstandsdyktige materialer, hygienene krevde godt avløp, pasientene hadde uniformer og en spesiell diett, og det ble ofte lagt mer vekt på fysisk aktivitet enn hva tilfellet er i dagens helsevesen. Også i de norske asylene var kroppslig avstraffing forbudt. Det ble opprettet kontrollkommisjoner som skulle ha beskjed ved bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler.

Men Stortinget svekket sine egne vedtak ved å gjøre tilsynet svakt, ved å autorisere de gamle dollhusene uten ombygging og utelukke store grupper av sinnssyke fra pleietilbudet. Ludvig Dahl gir en omfattende dokumentasjon av hvor elendig det gjennomgående stod til. Loven krevde også at pasientene skulle undersøkes av lege forut for innleggelse. Innleggelse kunne begjæres av politimyndighet, pårørende eller offentlig lege. Loven gav legene, som garantister for en «vitenskapelig behandling» det overordnede ansvaret for innlagte sinnssyke. Noe senere enn de fleste andre land i Europa, kom asylene på moten også i Norge. Etter Gaustad i 1855 kom Rotvold (1872), Eg (1881) og Rønvik (1902). Antall syke i Norge økte fra 1229 (1.16/1000) i 1825 til 5318 (2.66/1000) i 1890 (Dedichen, 1901).

Ved århundreskiftet fantes det både statseide, kommunale og private asyl. Asylutbyggingen etter 1900 var svært omfattende, de fleste sykehusene som kom til var små amtsasyl. Statsasylene var i henhold til intensjonene helbredelsesinstitusjoner. Det viste seg snart at behandlingsresultatene ikke svarte til intensjonene, og statsasylene fikk mer og mer karakter av oppbevaringsinstitusjoner. Overbeleggsproblemet kom tidlig til uttrykk og økte fra 4,2 % i 1900 til 25 % i 1950, med store variasjoner mellom institusjonene.

Verdens nordligste asyl

Så var det utkantens tur, vi følger den inn i avissidene. Etter åpningen i 1882 var Rotvoll det eneste nordenfjellske sinnssykehuset. Myndighetene forstod etter hvert behovet for et sykehus i de nordlige fylkene. Etter en lokaliseringsstrid mellom Bodø og Harstad, fikk medisinaldirektøren Regjeringen med seg på å plassere sykehuset i Bodø. Medisinaldirektøren mente på moderne vis at mørketiden var skadelig for folks psykiske helse, et resonnement som falt ut til Bodøs fordel. Stortinget gjorde det endelige vedtaket om bygging i 1894. Kolonimodellen fra kontinentet – med en sentral

samling av de dårligste og plassering i ulike perifere tiltak av de arbeidsføre – ble forkastet på grunn av det barske klimaet, og man valgte en kompakt, symmetrisk løsning (Fygle, 2002). Sykehuset hadde eget kraftverk, og i sykehuset inngikk også det største gårdsbruket nord for Dovre.

Etter en anleggsperiode preget av «kolossale Overskridelser» (Dagsposten, 1905) innviet man 22. september 1902 det største bygningsanlegget nord for Trondheim. Dette skjedde i vitenskapenes og kjærlighetens navn. Ved åpningen ble følgende sang – forfattet for anledningen – avsunget.

Reist er et Hjem,
hver Arbeidsdag her kommer
i Videnskabens Lys og Kjærlighed
O! maa den skjænke
Nøden Lys og Sommer
til Styrke og for dem, der stred.
Som Bautasten skal
Huset Slægter minde
om Hjertevarmen her i Norges Sne
Det gjaldt fra Mørkets Magt
de Sjæle vinde,
:/: hvor der var haabløst
skabe Hjem og Læ :/:

Denne nærmest mastodontiske bauta over moderniteten var bygget for 230 pasienter, halvparten menn og halvparten kvinner. Noen enerom var innredet for betalende pasienter, men direktøren ønsket ingen avdeling for «bedre forpleining» (jamfør Stortingets bevilgninger til Gaustad), fordi dette var uaktuelt for den fattige befolkningen i Tromsø stift.

Overbelegget ble et problem fra starten av, og allerede i 1906 hadde mannsavdelingen 23 % flere pasienter enn det man skulle ha. Journalene rapporterer om mye uro på avdelingene og stor gjennomtrekk av personale. Overbelegget opptok lokalavisene, spesielt den psykiatri-kritiske Bodø Tidende. Her opplyses (1911) at distriktslegen i Follo hadde søkt om plass på i alt syv sinnssykeasyler, «men overalt faat det Svar, at der ingen Plads er». I 1921 forteller avisa Nordland at overbelegget nå hadde økt til 40 % og at det var store problemer med å få pasienter tilbakeført til kommunene; private vil ikke lenger ha sinnssyke i forpleining «i det man nødig vil ha den uhygge som det medfører at ha en sindsyk i huset». Så trangt var det at «Pleierskene nu for en stor del ligger på de samme værelser som de syke». Man snakket allerede om behovet for et nytt asyl i Nord-Norge, og det kom 40 år seinere med Åsgård sykehus i Tromsø i 1961. Problemene med tilbakeføring av pasienter til sine hjemkommuner venter fortsatt på sin løsning.

En skulle tro at noe så svært og spektakulært som et marmorbygg pyntet med glødelamper og fylt med rariteter ville få en fargerik omtale i lokalavisene. Og det begynte bra: På åpningskvelden kom den første båtlasten med pasienter fra Rotvoll

asyl, og et avisklipp forteller om en barbermester fra byen som «tullede sig ind i en hob af Sindsyge». Under kraftige protester befant han seg etter hvert blant de nyinnlagte på sykehuset. Moderne psykiatrikritikere vil nikke gjenkjennende til hvorledes man alt for 100 år siden tolket mannens tiltagende protester som tegn på forverring (i dette tilfelle forårsaket av sjøgang under transporten). Barbereren «rømte ikke mindre end 5 Gange». Dette var naturligvis en ren morosak, og sykehusets direktør skrev sitt første innlegg i lokalavisene hvor han tok et krasst oppgjør med den slags myter og folkelige forestillinger om sinnssyke. Historien var rent oppspinn. Det var ikke første gang direktør Sollied gikk i rette med avisredaktører og forsvarte sykehuset og pasientene mot tilløp til nedvurderende omtale.

Avisinnleggene

De til sammen 90 avisinnlegg fra tiden 1903 til 1912 bærer overraskende lite preg av de sensasjoner man ville forvente fra en operalignende kombinasjon av bygningsmasse, glødelamper og sinnssyke plassert i et lite utkantsamfunn. Nesten all omtale er viet hverdagstrivialiteter og mer prinsipielle problemer knyttet til pasienters manglende rettssikkerhet. Samt noen rømninger. Kikking og skremser har ingen plass. En del større innlegg er viet forsøk på å påvirke folks holdninger til pasientene.

Grovt sett fordeler innleggene seg i fire hovedkategorier: hverdagshendelser (20 %); en omfattende redaksjonell kritikk av legeautoriteten, kontrollkommisjonens virke og Sinnsykeloven (20 %); pasienttildragelser (18 %) og personalsaker (10 %) samt en liten samling kuriosa. Innleggene består i hovedsak av redaksjonelt stoff, nyheter, leserinnlegg og et par litterære bidrag.

De hverdagslige notisene er av følgende type: «To fulmodne Kirsebær er os igaar forevist, vokter (!) i Gartnerens have på Asylet, Træet er så lidet at det blot havde 12 bær» (Bodø Tidende, 1910). Ellers klager direktøren på ligningen, sykehusets vakre omgivelser omtales, tilsetninger nevnes sammen med småbranner, ruteknusing, lynnbrann og skogbrann på sykehusets eiendommer.

Personalsaker omhandler fratredelser og tiltredelser, samt rettssaker hvor ansatte er anklaget for å ha besvangret et par kvinnelige pasienter. Begge parter framstilles i avisene under fullt navn. Pastor Nilsens ønsker om høyere lønn foranlediger syv forskjellige innlegg (fire ironiske og tre empatiske). Ironisk: Hvis ønsket ikke imøtekommes, «vil han flytte og overlade de Syge til den Skjæbne, der måtte vente dem hinsides, naar de hernede på Jorden har vandret omkring uden geistlig Assistance» (Nordlys, 1903). Prestens støttegruppe (de empatiske) fant det også urimelig at presten ikke fikk hesteskys til sin asyltjeneste, ikke engang på julaften!

Av de mer kuriøse innslagene er et langt skjønnlitterært bidrag («Den Sindssyge» av Pierre Mille) oversatt fra fransk og trykket som føljetong i Bodø Tidende (1911). Serien har ett mål for øyet, nemlig å framkalle sympati for de sinnslidende ved å vise hvordan hovedpersonen Brouillard avvises av sin hustru, sine barn («Mor! Den Gale er kommet tilbake!»), venner og omgangskrets etter at han ble skrevet ut fra sitt opphold på sinnssykeasylet. Historien ender i Seinen.

I innleggene omtales pasientene med ord som «Sindsyge», «ulykkelige pasienter», «Stakkels syge», «forstyrrede hjerner», «de ulykkeligste af alle Mennesker» og som «uansvarlige for sine handlinger», og – i forbindelse med flukt og tyverier – «utilregnelige Mennesker». Pasienthendelser som beskrives er rømninger, tyverier og problemene dette fører med seg for sykehusets vertskommune. Avis Nordland forteller for eksempel i 1903 om et par fiskere fra byen som har lidd et «følelig» tap «idet en fra Rønvik Asyl rømt Pasient bemægtigede sig deres Baad og seilede i et forrygende Veir nedover til Helgeland. Paa turen hadde den stakkels Syge to Gange seilet Baaden rundt». Sykehuset nektet å betale returfrakt på båten, og spørsmålet var om de «uformuende Fiskere» skulle bære tapet selv uten noen erstatning. «En Gal er selvfølgelig uansvarlig for sine Handlinger ...Det er jo ikke bare af Hensyn til de Syges Forsvarlige Forpleining Asylerne oprettes, men vel ogsaa for at beskytte Samfundet mod de utilregnelige Menneskers Voldshandlinger».

Det hjemstedet vinner i sikkerhet, skulle belastes sykehusets vertskommune økonomisk. Her må det kompensasjonsordninger til. Noen dager før hadde direktør Sollid igjen vært ute og forsvart sine pasienter, denne gangen foranlediget av redaktørens «elskverdige Paamindelse om at 'passe paa de sindsyge' ... asylet er ikke et Fængsel, men et Sygehus, hvor alt i de Sindsyges interesse er gjort saa aabent og lidet fængselsaktig som mulig, overenstemmende med de Krav, som Nutiden stiller til Sindsygepleie». Og skrev ikke redaktøren selv i avisen samme dag at åtte fanger hadde klart å rømme fra et tysk fengsel? Direktøren ba leseren (og redaktøren) om å sette seg inn i pasientenes situasjon. Det kunne jo hende at de selv eller noen av deres nærmeste en dag ville få behov for asylets hjelp. Dette var for øvrig en tid da man ikke stjal biler for å unnsnippe sinnsykelovens mange paragrafer: «Fra Rønvik Asyl undveg Onsdag en sindsyg Mand. Han kom sig til Bodø, stjal her en Færding og lagde iveri at ro ... Han var Torsdag kommen midtfjords da Kræfterne svigted ham ... Kort efter kom «Lyra» paa norgaaende, og saa blef den stakkels Syge, der nu var adskillig vild, bragt om bord i Dampskibet og befordret til Svolvær» (Lofotposten, 1908).

Også selvmord får sine notiser: «En ukjent mand forkortet inat sine Dage på Alstad i Bodin» (Bodø Tidende, 1911), med supplerende opplysninger dagen etter: «Det opplyses nu, at den Mand, som forkortede sine Dage Lørdag paa Alstad, var en Sindssyg fra Hemnes ved Navn Gabriel Mortensen, Fjeldlap, født 1853».

Drapet på en sykevokter

I mars 1909 var dette avisoverskriftene: «Sørgelig Drama paa Rønvik Asyl», «Sindsygedramaet paa Rønvik Asyl. «En Sindsyg paa Rønvik Asyl har dræpt en Vogter», «Bloddramaet paa Rønvik Asyl», «En Sindssyg dræber sin Sygepleier». Dette var en nasjonal sak som fikk sin omtale også i riksavisene En «sygevokter», Johan Hansen Seivaag, ble drept av knivstikk fra en pasient. Lokalsamfunnet var rystet. Hendelsen fant sted i en tid uten uttrykingsklare journalister, og hvor kommunikasjonene var så dårlige og anstendigheten så stor at journalistenes bidrag ofte begrenset seg til å komponere små variasjoner over et oppgitt tema. Hendelsesforløpet gjentas og gjentas,

man er raskt ute med gjerningsmannens identitet, sykehistorie og dårlige karakter: «Periodevis har han dog lidt af hypokondre Forestillinger og har vært grættet og ubehagelig ... en kronisk alkoholist gjentagne gange dømt for Drikfældighed og Tyveri». Reportasjene avsluttes med rosende omtaler av avdøde: «Han var sine fattige Forældres eneste Støtte», «en rolig og samvittighetsfuld Mand», «Han døde paa sin Post». Drapet fikk lokalavisene til å stille spørsmål om pasientene hadde fått det for fritt: «Man faar Indtryk af, at der vises enkelte af de Sindsyge for meget Tillid ... De indrømmes for meget Frihed». Primærforebyggingen starter i avisredaksjonen: «Efter Forlydende skal det være Styrmand Bugge, som indirekte er Skyld i Mordet, idet det skal være han, som har havt Kniven i sin Besiddelse. Den Mand gaar stadig frit omkring, hans Optræden er af den Art, at man har Ret til at være ængstelig naar man træffer han med sin lange Stok. Han bruger grov Mund, skjænder og bander voldsomt» (Bodø Tidende, 1909).

Et kritisk perspektiv

Den mest interessante delen av avisklippene er en løpende, grundig, nærmest kampanjepreget redaksjonell kritikk (i Bodø Tidende) av leger og «Lægeufeilbarligheden», den «forældede Sindsygelov» og kontrollkommissjonens mandat og virksomhet. Hovedanliggendet er å rette søkelyset mot samfunnets rett – eller mangel på rett – til å holde folk innesperret, og de mange tilfeldigheter og feilvurderinger gjeldende praksis og lovverk fører med seg. Avisen vil ikke asylene til livs, men peker på at loven, kombinert med «Sindsygelægernes» mangel på skjønn og kunnskap, gjør det mulig for slektninger, fattigstyrer og onde mennesker å legge folk inn på et svært spinkelt grunnlag: «der maa skaffes en større Garanti for den personlige Frihed». For, skriver avisen, «Frihed er livets dyrebareste Eie, den første og største Menneskerettighed». Selv om sinnsykeanstaltene er berettigede og gagnlige virksomheter er den nåværende tilstand ikke tillitsvekkende.

Avisen setter det sunne legmannsskjønnet opp mot «Sindsygelægernes» vilkårligheter, og foreslår at innleggelser alltid skal avgjøres av en rettskommisjon hvor legene var i mindretall. «Almindelige læger med livserfaring vil være i mange Tilfælde at foretrække for Sinsygelæger» (1910). Gjennom stadige notiser om hendelser fra det ganske land holder avisen leserne varme med meldinger om legenes faglige uenighet og underlige avgjørelser. Utgangspunktet for engasjementet var en sak hvor en person som må ha hatt paranoide vrangforestillinger til tross for bedring, fornuftig tale og rolig framferd forble innlagt fordi en «Sindsygelæge» mente «han vil blive saa brysom i Bygden». «Han vilde 'bli brysom' for Bygden!» freser redaktøren. Fire måneder etter at en pleier er knivdrept to kilometer unna skriver avisen «(M) en naar man nu betragter disse syge, lidende Mennesker, lige overfor hvilke alle maa føle den inderligste Medlidenhed, da kræver vor Tids humanitet at man behandler dem med den største Forsigtighed, Varsomhed og Sympati. Naar de føler Fangenskabets som en Uretfærdighed, der nager og plager dem hver Time paa Dagen, bringer dem lange og søvnløse Nætter, naar de maaske kan have en Brist i den logiske Tankeævnne, et Tomrum et eller andet Steds i Hjærnen, men er stille og føielig, ufarlig for den

offentlige Sikkerhed, har da Samfundet Ret til at kræve dem forvarede i Fængsler ... er det forsvarlig at holde nogen indespærret?».



Foto: Nordlandssykehusets bildearkiv.

I sitt siste innlegg i denne serien understrekes sakens alvor ved at avisen gjengir en statistikk over antall døde av tuberkulose ved landets asyler og ved Rønvik asyl. Det er stygg lesning. Avisen har heller ingen tiltro til kontrollkommisjonen, og viser til at på Rønvik tilhører begge lege-medlemmene i kommisjonen direktørens omgangskrets, og «Lægers kollegialitet er som bekjent av en noget eiendommelig Natur». Avisens kampsak var at det skulle utnevnes varamedlemmer til kontrollkommisjonene – mangel på fulltallighet var et frekvent problem som forsterket både systematiske slagsider og tilfeldigheter. Men da Justisdepartementet endelig imøtekommer kravet og utnevner statsadvokat Aanderud, viser lokalavisen seg fra sitt mest polemiske: «Herr Stadsadvokat Aanderud er kjent som en stiv Formens Mand der lukker seg inne på sitt kontor med sine dokumenter, og lever Udenfor Livet der bevæger seg og rører seg omkring han. Medicinaldirektøren lyktes å finne en mann hvis ensidighet er i overenstemmelse med den gjældende utidsmessige Sindsygelov».

Hva var utgangspunktet for denne vedvarende kritikken av loven, tilfeldighetene og innesperringene? En liten lokalavis' skjebne er å vandre i skyggenes dal. I to år hadde avisen planer om å skrive om sinnsykeloven, men «udsatte det Maaned efter Maaned. Det stod for os som om Opgaven var saa vanskelig, vor egen Indsigt og Evne saa liden, at vi ikke turde skride til Handling. Vi beklager blot at vi ikke haver et Hovedstadsblad til vor Disposition. Et lidet Blad i Nordland har ikke stor Indflytelse». Det var et poeng – det skulle gå 51 år før man fikk en ny sinnsykelov (1961) – og da stod det også dårligere til med den journalistiske beskjedenhet.

Knut W. Sørgaard

Fagavdelingen

Nordlandssykehuset

8092 Bodø

Tlf 75 10 11 20

E-post Knut.Sorgaard@nlsh.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 1, 2005, side 14-23

TEKST

Knut W. Sørgaard

+ [Vis referanser](#)

Referanser

- Andrews, J. (1991). «Hardly a hospital, but a charity for pauper and lunatics?». Therapeutics at Bethlem in the Seventeenth and Eighteenth Centuries. I J. Barry & C. Jones (Eds.), *Medicine and charity before the welfare state* (ss. 63-81). London: Routledge.
- Dedichen, H. A. Th. (1901). *Die Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch Kranke in den Skandinavischen Ländern im Jahre 1900*. Berlin: Verlag Georg Reimer.
- Ericson, K. (1974). *Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie*. Paris: Union Générale d'Éditions.
- Fygle, S. (1902). *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundret. Nordlandssykehuset, Bodø*.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community*. London: Tavistock.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. London: Tavistock/Routledge.
- Hansen, V., & Øiesvold, T. (2004). Community psychiatry in the Sub-Arctic. Experiences with the shift from hospital-based to community-based psychiatric services in Northern Norway. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 13, 73-77.
- Harré, R. (1983). *Personal being*. London: Basil Blackwell.
- Harré, R., & Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. London: SAGE Publications
- Harré, R., & Langenhove, L. V. (1999). *Positioning theory. Moral contexts of intentional actions*. Oxford: Blackwell.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hoult, J. (1993). Comprehensive services for the mentally ill. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 238-245.
- Huxley, P. (1996). Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50 (supl. 37), 47-53.
- Marino, S., Gallo, J. J., Ford, D., & Anthony, J. C. (1995). Filters on the pathway to mental health care. Incident mental disorders. *Psychological Medicine*, 25, 1135-1148.
- Olfson, I. D., Boyer, C. A., Hansell, S., Walkup, J., Kellermann, S. L., Rosenfield, S., & Mechanic, D. (1997). Toward an integrated approach to the study of inpatient treatment of schizophrenia. I I. D. Mechanic (Ed.), *New directions for mental health services* (ss. 25-38). San Francisco: Jossey Bass.
- Pavluri, M. N., Luk, S.-L., & McGee, R. (1996). Help-seeking for behaviour problems by parents of preschool children: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 215-222.

- Pfeiffer, S., L., O'Malley, D. S., & Short, S. (1996). Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals: A synthesis of findings. *Psychiatric Services*, 47, 263-269.
- Porter, R. (2002). *Madness. A brief history*. Oxford: Oxford University Press.
- Rogler, L. H., & Cortes, D. E. (1993). Help-seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 554-561.
- Rosen, G. (1968). *Madness in society*. New York: Harper & Row.
- Rousseau, G. (1992). Towards a semiotics of the nerve. I P. Burke. & R. Porter (Eds.), *Language, self and society: The social history of language* (ss. 213-275). Cambridge: Polity Press.
- Scull, A. (1993). *The most solitary of afflictions. Madness and society in Britain, 1700-1900*. London: Yale University Press.
- Sedgewick, P. (1981). Michel Foucault: the anti-history of psychiatry. *Psychological Medicine*, 11, 235-248.
- Seip, A.-L. (1997). *Nasjonens bygges. 1830-1870*. Oslo: Aschehoug Forlag.
- Suzuki, A. (1992). Lunacy in the seventeenth and eighteenth century England. *History of Psychiatry*, 3, 29-44.
- Sørgaard, K. W. (2002). Deinstitutionalisierung og oppbygging av alternative tjenester. Bakgrunn og årsaker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 796-805.
- Sørgaard, K. W. (2004). Patients perception of coercion. An intervention study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 299-304.
- Sørgaard, K. W., & Sørensen, T. (1994). Decentralizing psychiatry in a rural area: Changes in patterns of care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 191-202.
- Tansella, M., & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: The matrix model. *Psychological Medicine*, 28, 503-508.
- Thornicroft, G., & Goldberg, D. (2000). *Has community care failed? Maudsley discussion paper no 5*. London: Institute of Psychiatry.
- Torrey, E. F., & Miller, J. (2001). *The invisible plague. The rise of mental illness from 1750 to the present*. London: Rutgers University Press.
- Turner, T. H. (1992). A diagnostic analysis of the casebooks of Tichurst House Asylum, 1845-1890. *Psychological Medicine*, 21 (suppl.), 1-70.
- Vold, B. (1999). Den store institusjonsoppbyggingen. *Samfunnsspeilet* 1, 7-14,
- Walton, J. (1979). Lunacy in the industrial revolution. *Journal of Social History*, 13, 1-22.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America. Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge, MA: Perseus Publ.