

# Fortegnelse

## Del IV. Sykdom

### Uddrag af en Beretning om Sindssygeforholdene i det flekkefjordske Lægedistrikt, af Distriktslæge J. A. Kraft.

Forinden Sindssygeloven af 17de August 1848 traadte i Kraft, var den sædvanlige Forsørgelse af fattige Sindssyge Omgangslægd (...) Som Exempler paa, hvorvidt denne dreves, og hvor lidet man endog tænkte sig nogen anden Forsørgelsesmaade, vil jeg kun anføre, at forinden min Ankomst til Distriktet havde et gammelt sindssvagt Fruentimmer af Næs Sogn, contract, paralytisk og uden Brug af Hænder og Fødder i en lang Række af Aar i den nærmeste Omegn af Flekkefjord været slæbt om fra Gaard til Gaard i en Kurv baa- ren paa Ryggen, og at hun en Vinterdag døde i Kurven paa Veien mellem Gaarden Dybvig og Loge, og at en voldsom Sinds- syg af Gylands Sogn, som nu forsørges af Amtet, førtes fra Gaard til Gaard bunden til en Stige, baa- ren og escorteret af 8 til 12 Mand. Denne Sindssyge forpleies endnu af Amtet.

Ingen Forsørgelsesmaade har for den Sindssyge været uheldigere end Lægd og mangel, som enten ved at indlægges paa et Asyl eller endog blot ved under gunstige Forholde at udsættes til fast Forsørgelse, rimeligvis vilde have gjenvundet Fornuftens Brug, er ved hin Forsørgelsesmaade tilsidst ble ven uhelbredelig.

*Fra Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i 1860*

Kvin- dekjon.	Kjon ikke angi- vet.	Sum.
1		1
22	14	64
10		10
17	55	89
7		1
1		3
2	1	23
8	10	5
2	1	3
5	4	11
	1	1
3	1	7
1	4	1
	44	44
89	121	194
		404
		2

Borgny Vold

## Fra omgangslegd til asylbehandling

Norge fikk sin første sinnssykelov i 1848, men først på begynnelsen av 1900-tallet skjøt utbyggingen av asylers fart i Norge. Antallet sinnssyke personer forpleid på statens regning, økte med 44 prosent mellom 1900 og 1920.

I denne artikkelen tar vi først opp hvordan synet på mennesker med alvorlige psykiske lidelser, de «sinnssyke», og behandlingen av disse har endret seg opp gjennom tidene, med vekt på endringer som fant sted på 1800-tallet. Deretter ser vi på mulige forklaringer på den store veksten i antallet personer som ble klassifisert som sinnssyke på begynnelsen av 1900-tallet. Samfunnsmessige endringer som modernisering og industrialisering samt nye tankestrømninger preget av humanisme og tro på at sinnssykdom kunne helbredes, er viktige forklaringsfaktorer. Behandling av de sinnssyke gjennomgikk omfattende endringer, og egne institusjoner, asyls, ble opprettet.

### Bondesamfunnet og sinnssyke på legd og i «dollhus»

Fram til midten av 1800-tallet var ikke de sinnssyke skilt ut i lovverket som en særskilt gruppe. De sosiale ordningene som var etablert, skilte ikke mellom de trengende ut fra årsak eller manifestert problem, og skillelinjene mellom pleie, fattighjelp og tvangsarbeid var vage. Familiene hadde hovedansvaret for å ta seg av personer som var ute av stand til å brødfø seg selv, enten årsaken var fysisk sykdom, handikap eller sinnssykdom.

Fra middelalderen av eksisterte det enkelte hospitaler, som hadde et bre-

dere nedslagsfelt enn moderne sykehus. Historikeren Ole Georg Moseng beskriver i sin bok utviklingen av det offentlige helsevesen i Norge i perioden 1603–2003 det gamle hospitalet slik: «Formålet for hospitalene var ikke først og fremst at syke skulle bli friske. Formålet var pleie, mat og bolig for dem som ikke klarte seg selv,

«Det store flertall av sinnssyke ble likevel ivaretatt av egen familie eller gjennom legdsystemet.»

avsondring og beskyttelse for de spedalske og straff og innesperring for resten» (Moseng 2003:236). I et kongelig reskript av 1736 ble det bestemt at hvert hovedhospital skulle innrede ett eller to rom spesielt for sinnssyke (Vold 1999). Det ble etablert såkalte *dollhus* og *dårekister*. På begynnelsen av 1800-tallet fantes *dollhus* i seks norske byer (Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim, Kristiansand og Arendal). Disse institusjonene hadde få plasser, og i kildematerialet brukes begrepene «rom», «celler» og «avlukker», heller enn plasser. Det store flertall av sinnssyke ble likevel ivaretatt av egen familie eller gjennom *legdsystemet*.

Magnus Lagabøte innførte i 1276 en bestemmelse om «husgang» i sin felles lov for hele riket. Gårdene i herredet skulle etter tur la de fattige få losji og mat, mot at de skulle delta i arbeidet på gården. Systemet ble etter hvert kalt «omgangslegd» og

omfattet mange sinnssyke personer som ble ivaretatt gjennom dette systemet. I praksis var det antakelig slik at jo mer brysomme og/eller mindre i stand til å delta i arbeidet de fattige var, jo kortere ble hvert enkelt opphold og jo raskere ble de sendt videre til neste gård. Da distriktslege Kraft i Flekkefjord i 1860 beskrev situasjonen for de sinnssyke i sitt distrikt, anførte han at omgangslegd nesten var enerådende som forsørgelsesmåte for fattige sinnssyke, og at man kun i unntakstilfeller brukte et fast forpleiningssted (Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1860:139).

Mange fattige sinnssyke levde i tillegg som omstreifende tiggere eller i fattighus og arbeidsanstalter. Ordningene som eksisterte, viser at hensynet til samfunnet som helhet fremfor hensynet til det enkelte individ var samfunnets motivasjon. Moralsk forargelse var i høy grad en styrende faktor, og det var et mål å disiplinere de som falt utenfor, gjennom arbeidsvirksomhet.

### Opplysningstiden og ny forståelse av galskap

Med opplysningstiden kom et skifte i behandlingen av avvikergrupper. Opplysningstiden betegner en ny åndsretning som ble dominerende i Europa på 1700-tallet, og som var preget av tro på den menneskelige fornuft og humanistiske idealer. Naturvitenskapens betydning økte, samtidig som kirken mistet mye av sin makt. Tidligere hadde religiøse og moralske perspektiver på galskap dominerert. Nå fulgte store omskiftninger i synet på hva som rasjonelt kunne oppfattes som



*Tvangsremmer brukt ved nevrologisk avdeling på Rikshospitalet. Remmene er fra utstillingen God bedring! Mennesker, teknologi og viten på sykehus på Nasjonalt medisinsk museum.*

sykdom, og hva som kunne helbredes.

I tiden etter 1814 hadde Norge som ny selvstendig nasjon en rekke utfordringer som måtte løses. Oppmerksomheten var rettet mot presserende økonomiske

problemer som fulgte av krisetider i Europa, og behov for å stabilisere det innenlandske pengevesen. Tiltak for å løse andre samfunnsmessige utfordringer ble ofte utsatt (Austad og Ødegård 1956). Enkelte løft ble likevel gjennomført innen helse- og sosialpolitikken, og behandlingen av de sinnssyke fikk også en del oppmerksomhet, selv om denne oppmerksomheten i liten grad førte til vesentlige endringer.

Forholdene de sinnssyke levde under, i dollhus, dårekister og som fattiglemmer på legd, ble undersøkt, og graverende forhold ble avdekket. Samtidig gjennomgikk samfunnet omfattende endringer som følge av industrialisering og urbanisering. Det ble vanskelig å opprettholde legdsystemet som dominerende sosial ordning.

Både med tanke på somatisk og psykisk sykdom rådet optimisme i forhold til hva man kunne forstå rasjonelt, diagnostisere og behandle effektivt. Hvordan oppfatningen av de «sinnssyke» ble endret på 1800-tallet, kan illustreres ved den endrede begrepsbruken i folketellingene. Folkelige betegnelser som «gale og rasende» ble benyttet i folketellingene midt på 1800-tallet, mens distinksjonen mellom medfødte og ervervede sinnslidelser ble viktig i siste

halvdel av århundret (Bore 2006). I tellingene i 1865, 1876 og 1891 var det viktig hvorvidt sinnssykdommen var medfødt eller hadde inntrådt i tidlige barneår, eller om den var oppstått senere i livet. Dette kan forstås som ønsket om å skille mellom psykisk utviklingshemming og psykisk sykdom, hvor den grunnleggende antakelsen var at sistnevnte var mulig å behandle.

Legen Herman Wedel Major fikk i 1840-årene et statsstipend for å undersøke forholdene for landets sinnssyke og utarbeide planer for opprettelse av en moderne institusjon for de sinnssyke. Ut fra humanistiske idealer og samfunnsøkonomiske betraktninger foreslo han at staten måtte overta ansvaret for forpleining av sinnssyke, og at det måtte opprettes store

«Forholdene de sinnssyke levde under, i dollhus, dårekister og som fattiglemmer på legd, ble undersøkt, og graverende forhold ble avdekket.»

moderne sinnssykeasyler hvor vitenskapelig basert behandling av pasientene var mulig. Som et resultat av Majors innsats fikk Norge en særskilt sinnssykelov svært tidlig i europeisk sammenheng. Loven ble vedtatt i 1848, og med dette ble en ny fase i norsk sinnssykepleie innledet. Wenche Blomberg sier at med loven ble «det medisinske monopolet på galskapen» etablert (Blomberg 1998). Gaustad asyl ble i 1855 det første asylt som ble etablert etter Majors idéer. I løpet av de neste drøye 50 årene ble det etablert ytterligere tre store statsasyler: Rotvoll asyl (Trondheim) i 1872, Eg asyl (Kristiansand) i 1881 og Rønvik asyl (Bodø) i 1902. Se tabell 1 for oversikt over når asylene ble etablert, deres beliggenhet og eierskap.

### Sinnssykeloven av 1848 med endringer av 1891

I 1848 vedtok Stortinget *lov om sindssykes behandling og forpleining* (sinnssykeloven). Med denne loven ble sinnssyke skilt ut som en egen juridisk kategori og var ikke lenger integrert i den generelle fat-

tigpleien. Det var likevel slik at hvis ikke sinnssykdommen krevde særskilt tilsyn eller bevoktning, skulle fattige sinnssyke omfattes av de generelle ordningene for fattige (Boye og Angell 1927:18). Videre omfattet loven bare personer med alvorlige psykiske lidelser, mens mindre alvorlige lidelser ikke ble berørt.

Opprettelse av asyl krevde etter loven kongelig autorisasjon. For å få autorisasjon måtte detaljerte planer for bygningsmasse og drift, inkludert kostnadsoverslag, fremlegges. Det ble krevd at asylene skulle være fullstendig atskilt fra andre innretninger, for eksempel fengsler og tukthus,

og at de hadde en «fri og sunn beliggenhet» slik at de syke

skulle sikres sysselsetning og bevegelse utendørs. I tillegg måtte menn og kvinner holdes atskilt, og det måtte finnes en «passende klassifikasjon» av de syke (etter Boye og Angell 1927). Autorisasjon ble gitt til mange av de eksisterende dollhusene og dårekistene, til tross for at de neppe tilfredstilte alle lovens krav. Se for øvrig oversikt over etablering av asylt i tabell 1.

Loven hadde bestemmelser knyttet til innleggelse og utskrivning av pasienter. Før innleggelse skulle pasienten undersøkes av asylts lege, som skulle vurdere om tilstanden var slik at innleggelse var hensiktsmessig for den syke selv eller av hensyn til den offentlige orden og sikkerhet (ibid. s.16). Dermed var alle innleggelser hjemlet i sinnssykeloven av 1848 *tvangsinnleggelser*. Først ved endring av loven i 1935 ble det også åpnet for frivillige innleggelser (Fygle 2002). For øvrig ble institusjonsbenevnelsen i løpet av 1920-/30-årene endret fra «asyl» til psykiatriske sykehus.



### **Sanderud asyl, Vang i Hedmark**

Statistikken over sinnssyke inneholdt ikke bare tørre tall, men også en lang rekke historier om sykdomstilfeller, ulike behandlingsmetoder, kosthold, adspredning etc. Noen ganger var det nesten tendenser til kulørt presse-tilstander: «Paa Sanderud fandt man hos en celeber lægprædikant og religionsstifter sikre tegn paa hjernelues med emollition, (...). han hadde frembudt et tydelig billede av paranoid demens og var i sin tid blitt erklæret sindssyk efter at ha lat en av sine kvindelige tilhængere sulte og fryse ihjel.» (Sindssykeasylenes virksomhet 1914).

Foto: Sindssykeasylenes virksomhet 1913



### **Prestsæter asyl, Vestre Toten**

Det ble opprettet en rekke nye asyls i perioden 1900–1920, blant annet fordi det var et ønske om å sikre de psykisk syke god behandling i velegnede lokaler. I Sindssykeasylenes virksomhet 1913 kunne man lese om opprettelsen av Prestsæter asyl på Vestre Toten: «I februar 1910 avgav komitéen sin enstemmige indstilling; nogen utvidelse av sindssykeavdelingen paa Lillehammer kunde der efter komitéens ikke være tale om; det eneste, som kunde tilfredsstillende nutidens fordringer til en human pleie av amtets sindssyke, var opprettelse av et fuldstændig og tidsmæssig indrettet amtsasyl.»

Foto: Sindssykeasylenes virksomhet 1913

### **Oslo hospital i 1870-årene**

Oslo Hospital er Norges eldste psykiatriske sykehus, med tilbud om behandling og terapi siden 1736. I 1777 ble det oppført et «Dollhus for afsindige». Sykehusets innholdsrike historie går imidlertid helt tilbake til år 1290, da fransiskanermunker stiftet kloster her som base for sitt omsorgsarbeid blant byens syke og svake.

I 1848 kom den første sinnssykeloven i Norge. Da ble de sinnssyke en egen juridisk kategori, og var ikke lenger integrert i den generelle fattigpleien. Dette gjaldt allikevel bare de personene som trengte særskilt tilsyn eller bevoktning. Loven krevde at asylene skulle være fullstendig atskilt fra fengsler og tukthus, at de skulle ha en fri og sunn beliggenhet og at de syke skulle sikres sysselsetting og bevegelse utendørs.

Foto: Per A. Thoren. Oslo Museum, Bymuseet





Legene hadde det overordnede ansvaret for asylene og for at behandling ble satt i verk. Som behandling ble «langbad», sosialt samvær, atspredelse, frisk luft og arbeidsvirksomhet vektlagt. Det var få tilgjengelige medikamenter, men man brukte for eksempel opium, brom, kamfer og rabarbra. Det var et mål at bruken av mekaniske tvangsmidler, som remmer og tvangstrøyer, skulle begrenses så mye som mulig, og at de syke skulle behandles med respekt og en human innstilling. Denne tidlige perioden var preget av optimisme med hensyn til medisinsens mulighet for å helbrede sinnssykdom. Optimismen holdt ikke stand så lenge, da det viste seg at behovet for asylplasser stadig økte, og asylene ble, på grunn av mange kronikere som det ikke var mulig å helbrede, preget av et stadig voksende overbelegg.

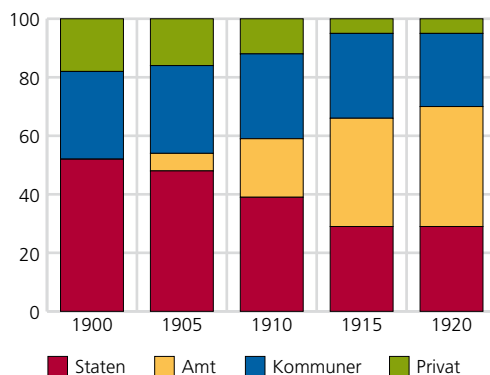
I 1891 ble det i lov av 17. august vedtatt en endring i sinnssykeloven. Staten fikk nå et økonomisk ansvar for «fattige Sindssyge, hvis Tilstand kræver en fra sædvanlige Fattiges Forsørgelse særegen Behandling eller Forpleining», og skulle dekke 40 prosent av forpleiningskostnadene. Av de 60 prosentene av utgiftene som med dette falt på amtet, kunne amtsformannskapet vedta at det fattigdistriktet personen tilhørte, kunne pålegges å dekke inntil halvparten.

«Som behandling ble «langbad», sosialt samvær, atspredelse, frisk luft og arbeidsvirksomhet vektlagt.»

### Utbygging av asylter

Ved utgangen av året 1900 var det i alt 11 asylter med til sammen 1 615 plasser. De tre store statsasylene hadde 52 prosent av det totale plassantallet i år 1900, det vil si 845 plasser. Ved private asylter var det 290 plasser, 18 prosent av plassene. Til de private hørte blant annet Oslo hospitals asyl, som ble opprettet så langt tilbake som i 1777. Denne institusjonen er for øvrig

Figur 1. Andel plasser i asyl, etter eierskap. 1900–1920



Kilde: Medisinaldirektøren: NOS Sinnssykeasylenes virksomhet. Utgaver fra 1900, 1905, 1910, 1915 og 1920.

stadig i drift som institusjon innen psykisk helsevern. De øvrige asylene kan betegnes som kommunalt eide og hadde 30 prosent av plassene, i overkant av 480 plasser. Disse kommunale asylene omfattet en del tidligere dollhus som ble opprettet i perioden 1780–1830, og senere fikk autorisasjon som asylter, samt to asylter opprettet på 1890-tallet.

Figur 1 viser andel asylplasser etter asylenes eierskap – stat, kommunene, amt eller privat. Hva som var den dominerende eierskapsform, definert som andel av totale asylplasser, gjennomgikk store endringer i løpet av 20-årsperioden. Utover i perioden ble samarbeid mellom kommunene i amtet vanlig. Asylene ble et felles ansvar for amtets landkommuner. Det første asyltet med slikt eierskap var Blakstad asyl, opprettet i 1904, som Akershus amts kommunale asyl. Med unntak av Dikemark asyl, som ble åpnet i 1905, med Kristiania kommune som eier, var alle nye asylter etter 1904 eid av amtskommunene. I 1920 utgjorde plasser i disse asylene hele 41 prosent av de totale asylplassene, i alt vel 1 600 plasser. Etter innføring av lov om psykisk helsevern i 1961 ble flere av de tidligere

Tabell 1. **Asyler i drift 1900–1920, med opplysninger om årstall for åpning (og eventuelt nedleggelse dersom nedlagt før 1920), beliggenhet, eierskap og antall plasser**

Asyl	År for åpning <sup>1</sup>	Nedlagt	Beliggenhet	Eierskap	Antall plasser				
					1900	1905	1910	1915	1920
Oslo Hospitals asyl	1777		Oslo	Privat	40	40	40	63	63
Trondhjems hospitalstiftelses asyl	1780	1919	Trondheim	Kommunalt	82	82	82	82	-
Kristiansands asyl	1780		Kristiansand	Kommunalt	21	21	21	32	32
Kristiania kommunale asyl	1829	1905	Oslo	Kommunalt	120	120	-	-	-
Gaustad asyl	1855		Oslo	Staten	330	330	330	330	330
Rosenberg asyl	<sup>2</sup> 1862		Bergen	Privat/kommunalt <sup>2</sup>	175	175	175	120	120
Møllendal asyl	1865		Bergen	Privat	73	80	80	80	80
Rotvoll asyl	1872		Trondheim	Staten	275	275	275	275	265
Eg asyl	1891		Kristiansand	Staten	240	260	260	260	260
Neevengaarden asyl	1891		Bergen	Kommunalt	224	252	322	322	322
Kriminalasylet	1895		Trondheim	Kommunalt	35	35	35	35	35
Dr. Dedichens asyl	1901		Oslo	Privat	-	58	58	58	58
Rønvik asyl	1902		Bodø	Staten	-	230	230	230	252
Blakstad asyl	1904		Akershus	Amt	-	127	147	147	147
Dikemark asyl (Kristiania kommunale asyl i Asker)	1905		Akershus	Kommunalt	-	161	374	484	484
Sanderud asyl	1908		Hedmark	Amt	-	-	133	211	211
Faret asyl / Telemark amtsasyl	1909		Telemark	Amt	-	-	115	181	177
Valen asyl	1910		Hordaland	Amt	-	-	181	181	181
Presteseter asyl	1913		Oppland	Amt	-	-	-	171	171
Dale asyl	1913		Rogaland	Amt	-	-	-	196	205
Oppdøl asyl	1913		Møre og Romsdal	Amt	-	-	-	110	110
Veum asyl	1914		Østfold	Amt	-	-	-	200	200
Østmarka asyl	1919		Trondheim	Amt	-	-	-	-	230
<b>I alt</b>					<b>1 615</b>	<b>2 246</b>	<b>2 858</b>	<b>3 768</b>	<b><sup>3</sup> 933</b>

<sup>1</sup> Ev. årstall for når de fikk autorisasjon dersom opplysninger om etablering ikke finnes i kildematerialet.

<sup>2</sup> Rosenberg asyl var i privat eie inntil det ble overtatt av kommunen i 1914.

<sup>3</sup> Totalt antall plasser i 1920 avviker fra tallene publisert i NOS for dette året, da plasser i landbrukskolonier ved Rønvik asyl og Dale asyl (hvh. 22 og 9 plasser), er tatt med i totaltallet. Dette er gjort fordi tilsvarende landbrukskoloni ved Rotvoll asyl er inkludert i tallene for hele perioden.

Kilde: Medisinaldirektøren: NOS Sinnsykeasylenes virksomhet. Utgaver fra 1900, 1905, 1910, 1915 og 1920.

statlige psykiatriske sykehusene overført til fylkene. Bare Gaustad og Reitgjerdet gjensto som statlig eide psykiatriske sykehus i 1965. Ved innføringen av sykehusreformen i 2002 var det kun de somatiske sykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet som ikke var fylkeskommunalt eid. Med sykehusreformen overtok staten igjen eierskapet.

Institusjonstypen asyl ble kraftig utbygd i perioden 1900–1920. Utbyggingen av asyler kan, som vist, forklares både med endrede tankesystemer, den medisinske profesjons økte betydning og samfunnsmessige endringer, som for eksempel økt urbanisering.

## Landlig befolkning, men flere i byene

Gjennom hele perioden som her omtales, var Norge i liten grad urbanisert. Innbyggertallet i 1900 var 2,2 millioner (Statistisk sentralbyrå 1902), hvorav 72 prosent bodde i landdistriktene og 28 prosent i byene. 20 år senere hadde innbyggertallet økt med 18 prosent til over 2,6 millioner, men befolkningsfordelingen hadde endret seg lite, med 70 prosent i bygdene og 30 prosent i byene. Den prosentvise befolkningsøkningen hadde vært sterkere i byene enn på landet, med henholdsvis 25 og 16 prosent økning (Statistisk sentralbyrå 1922).

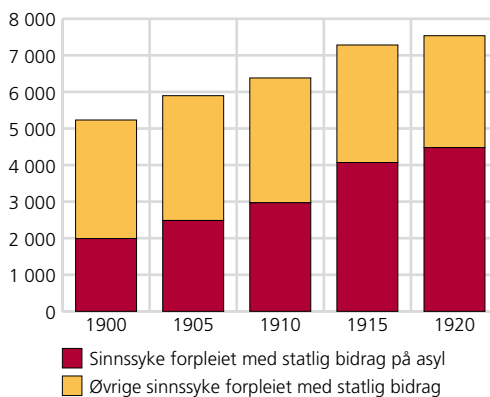
I de neste avsnittene skal vi se på utviklingen i antallet personer som ble forpleid for statens regning, på og utenfor asyl, og hvordan de fordelte seg mellom byer og bygder. Det underliggende spørsmålet er hvilke konsekvenser veksten i byene hadde for de «sinnssyke».

## Flere forpleid for statens regning i byene

Distriktslegene sendte årlig inn en oversikt over antall sinnssyke som ble forpleid på statens regning i sine distrikter,<sup>1</sup> og hvor mange av disse som ble forpleid på asyl. For dem som ikke ble forpleid på asyl, var det ulike former for privat forpleining som ble benyttet. Antall statlig forpleide økte fra om lag 5 200 i 1900 til vel 7 500 i 1920, en vekst på 44 prosent. En grafisk fremstilling av denne utviklingen finnes i figur 2. Som vi ser av tabell 2 nedenfor, var det en langt sterkere økning i antall sinnssyke som ble forpleiet for statlig regning i byene enn på bygdene. Mens økningen var på 28 prosent på bygdene, var tilsvarende økning i byene på 87 prosent.

<sup>1</sup> Etter lov av 1891.

Figur 2. Sinnssyke forpleid med statlige bidrag. 1900–1920



Kilde: Medisinaldirektøren: NOS Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene. Utgaver fra 1900, 1905, 1910, 1915 og 1920.

Ser vi på «sinnssykeraten», definert som det antall sinnssyke som fikk statlig forsorg per 10 000 innbyggere, finner vi en økning fra 23 til 28 per 10 000 innbyggere fra 1900 til 1920. I 1900 var det en relativt liten forskjell mellom bygd og by, med henholdsvis 24 og 23 statlig forpleide sinnssyke per 10 000 innbyggere.

Imidlertid var det store forskjeller fra amt til amt. Raten varierte fra 14 statlig forpleide per 10 000 innbyggere i Nordre Bergenhus amt (nå Sogn og Fjordane) til 41 per 10 000 i Lister og Mandal amt (nå Vest-Agder). Det generelle bildet var at amt med en lav andel byboere også hadde den laveste sinnssykeraten. Men det var ikke noen entydig sammenheng mellom «urbaniseringsgrad» (definert som andel av befolkningen som var bosatt i byer) og sinnssykerate. Høyest sinnssykerate hadde som nevnt Lister og Mandal amt, samt Bratbergs, Bergens og Nedenes amter. Andelen byboere i amtene Lister og Mandal, Bratsbergs og Nedenes lå på henholdsvis 27, 26 og 17 prosent; det vil si at urbaniseringsgraden her var i midtskiktet blant amtene.

Tabell 2. **Sinnssyke forpleid med statlig bidrag, fordelt på bygder og byer. 1900–1920**

	1900	1905	1910	1915	1920	Endring 1900–1920	
						Antall	Prosent
Landet i alt	5 232	5 897	6 382	7 283	7 537	2 305	44
På bygdene	3 784	4 128	4 348	4 830	4 831	1 047	28
I byene	1 448	1 769	2 034	2 453	2 706	1 258	87

Kilde: Medisinaldirektøren. NOS Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene. Utgaver fra 1900, 1905, 1910, 1915 og 1920.

Tabell 3. **Antall sinnssyke forpleid på asyl (med statlig bidrag, ekskl. forpleid for private midler), fordelt etter hjemmehørende på bygdene og i byene. 1900–1920**

	1900	1905	1910	1915	1920	Endring 1900–1920	
						Antall	Prosent
Fra bygdene	1 237	1 618	1 885	2 537	2 714	1 477	119
Fra byene	753	867	1 084	1 533	1 765	1 012	134
Forpleid på asyl	1 990	2 485	2 969	4 070	4 479	2 489	125

Kilde: Medisinaldirektøren. NOS Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene. Utgaver fra 1900, 1905, 1910, 1915 og 1920.

Det amtet/fylket som hadde størst endring i sinnssykeraten i perioden, var Kristiania. I 1900 var det 21 sinnssyke per 10 000 innbyggere i byen, i 1910 hadde dette økt til 31 og til hele 41 per 10 000 i 1920.

Vi antar at økningen av sinnssyke forpleid for statlig regning ikke henger sammen med en reell vekst i antall personer med slik sykdom, men snarere at muligheten for å ivareta disse personene innenfor de gamle ordningene var redusert. Behovet for asylplasser ble større ettersom befolkningen vokste. Bo- og arbeidsforhold gjorde det vanskelig å ivareta sinnssyke innenfor familien, og ordningen med legd lot seg ikke gjennomføre her. Denne sammenhengen blir tydelig dersom vi ser på sinnssyke som ble forpleid på asyl.

### **Dobbelt så mange behandlet på asyl**

Ifølge distriktslegenes innberetninger økte antallet sinnssyke forpleiet for statlig regning på asyl med 125 prosent i årene 1900–1920, fra 1900 personer til 4 500 personer (se tabell 2). Raten for asylbehandlede gikk opp fra 9 til 17 personer per 10 000 innbyggere i disse årene. I 1900 ble i alt 38 prosent av personene som ble

forpleiet på statlig regning, behandlet på asyl. I 1920 hadde denne andelen økt til 59 prosent (se figur 2). Det var altså i asylene at nesten hele veksten i antallet sinnssyke forpleid på statens regning var i denne perioden.

Det var stor forskjell på by og land: Mens 52 prosent av de statlig forpleiede i byene ble behandlet på asyl i 1900, var andelen i bygdene 33 prosent. For byenes del varierte andelen dette året mellom 19 prosent i Finnmarks byer og 76 prosent i Bergen. Det er imidlertid små tall det er snakk om. Fra de få og små byene i Akershus ble det innberettet at kun tre sinnssyke ble forsørget av staten, og ingen av disse var på asyl. Også for landdistriktene var det store regionale forskjeller. Andelen asylbehandlede i landdistriktene varierte fra 18 prosent Nordre Trondhjems amt til 44 prosent i Nordre Bergenhus amt.

Når det gjelder raten for asylbehandling, var det også relativt store forskjeller mellom bygd og by. Mens 8 per 10 000 personer hjemmehørende i landdistriktene ble forpleid på asyl i 1900, var tilsvarende tall for byene 12 per 10 000. 20 år senere var forskjellene blitt ytterligere forsterket: For

## Bedre Forpleining.

<b>Morgen.</b>		
Alle Dage	Caffe eller The og Smørrebrød.	Caffe paa $\frac{3}{4}$ Lod Caffebønner eller The paa $\frac{1}{6}$ Lod The, $1\frac{1}{4}$ Lod Raffinade $\frac{1}{24}$ Pot Fløde. 12 Lod Rugbrød eller 6 Lod Hvedebrød eller 8 Lod Rugbrød og 4 Lod Hvedebrød med 2 Lod Smør. Søn- og Helligdage tillige 2 Lod Ost eller Kjød.
<b>Middag.</b>		
Søndag	Oxesteg og Riisbudding, eller Marvbudding,	14 Lod Steg med Sous, hvortil bruges $1\frac{1}{2}$ Smør $\frac{1}{4}$ Lod Hvedemeel. hvortil 4 Lod Riis, $\frac{1}{4}$ Pot Melk, $1\frac{1}{2}$ Æg, $\frac{3}{4}$ Lod Havanna, 1 Lod Rosiner, $1\frac{1}{2}$ Lod Smør, $\frac{1}{2}$ Potetesmeel; Citronskal og Canel efter Skjön. hvortil 6 Kavringer, 1 Lod Hvedemeel, 1 Lod Smør, $\frac{1}{2}$ Pgl. Melk, $1\frac{1}{2}$ Æg, 1 Lod Havanna, 2 Lod Marv. Til Sousen 1 Lod Havanna, $\frac{1}{2}$ Lod Potetesmeel, Caneel og Saft efter Skjön.
Mandag	Klipfisk og Sagosuppe	16 Lod Klipfisk med $2\frac{1}{2}$ Lod smeltet Smør. hvortil 3 Lod Sagogryn, 2 Lod Kirsebær, 1 Lod Rosiner, $2\frac{1}{2}$ Lod Havanna, $\frac{1}{12}$ Lod Canel og Saft efter Skjön.
Tirsdag	færskt Kjød med Peberrosous og Kjødsuppe med Riis	14 Lod Kjød, $\frac{1}{3}$ Lod Hvedemeel, $\frac{1}{4}$ Lod Smør, $\frac{1}{4}$ Lod Havanna, Edikke og Peberrod efter Skjön. $\frac{1}{2}$ Pot kogt paa 1 Pund Oxe-, Kalve- eller Lammekjød med 2 Lod Risengryn, Rødder og Grønt efter Skjön.
Onsdag	færsk Fisk og Riisvelling	28 Lod Fisk med rørt Smør hvortil $1\frac{1}{2}$ Lod Smør, $\frac{1}{2}$ Lod Hvedemeel, $\frac{1}{8}$ Pgl. Melk. hvortil 3 Lod Risengryn, $\frac{3}{4}$ Pot Melk, $\frac{1}{12}$ Lod Canel.
Thorsdag	Erter salt Kjød og Flesk	$\frac{1}{2}$ Pot hvortil $\frac{1}{4}$ Pot Erter. 8 Lod Kjød og 4 Lod Flesk.
Fredag	Bifsteg og Sagovelling	16 Lod Kjød, $\frac{1}{2}$ Lod Hvedemeel, 2 Lod Smør. hvortil 3 Lod Sagogryn, $\frac{3}{4}$ Pot Melk, $\frac{1}{12}$ Lod Canel.
Løverdag	Øllebrød og Pandekage og Sild	hvortil $\frac{3}{5}$ Pot Öl, $\frac{1}{4}$ Pot Melk, 2 Lod Hvedemeel, 3 Lod Havanna, $\frac{1}{2}$ Lod Smør til ristet Brød. 3 Pandekager hvortil 4 Lod Hvedemeel, $1\frac{1}{2}$ Lod Smør, $\frac{3}{4}$ Pægel Melk, $\frac{1}{2}$ Æg, 1 Lod Raffinade. Sild 1 a 2 Stkr. efter Størrelsen. NB. Til hver Middag pro persona 6 Lod Rugbrød og $\frac{1}{8}$ Fjdk. Potetes eller Stuvning.
<b>Eftermiddag.</b>		
		$\frac{1}{2}$ Port. Smørrebrød. (8 Lod Rugbrød, $\frac{3}{4}$ Lod Smør.)
<b>Aften.</b>		
Tirsdag og Fredag	$\frac{1}{1}$ Gryns Grød The og Smørrebrød	$\frac{1}{2}$ Pot kogt paa $\frac{1}{5}$ Pot $\frac{1}{1}$ Gryn med $\frac{3}{8}$ Pot Melk og 1 Lod Smør. hvortil $\frac{1}{6}$ Lod Congothe, $1\frac{1}{4}$ Lod Raffinade, $\frac{1}{24}$ Pot Fløde. 12 Lod Rugbrød med 2 Lod Smør og 2 Lod Ost eller Kjød.
De øvrige Dage		

Simpel Forpleining.		
		<b>Morgen.</b>
Alle Dage	Caffe eller The og Smørrebrød	Caffe paa $\frac{3}{4}$ Lod Caffebønner eller The paa $\frac{1}{6}$ Lod The, $\frac{3}{4}$ Lod Havanna, $\frac{1}{2}$ Pgl. Melk. 16 Lod Rugbrød med $1\frac{1}{2}$ Lod Smør.
		<b>Middag.</b>
Søndag	færskt Kjød og Kjødsuppe	12 Lod Kjød frit for Sener og Been. 1 Pot kogt paa 24 Lod Kjød og $\frac{1}{4}$ Pgl. $\frac{1}{1}$ Gryn. Rødder og Grønt efter Skjön.
Mandag	Klipfisk og $\frac{1}{2}$ Gryns Melkevelling	16 Lod Klipfisk med Sennepsous, hvortil $\frac{1}{6}$ Lod Hvedemeel, $\frac{1}{12}$ Pot Melk, $\frac{1}{4}$ Lod Smør, $\frac{1}{16}$ Lod Sennep, eller Blodklub med Madfidt. hvortil $\frac{1}{8}$ Pot $\frac{1}{2}$ Byggryn og $\frac{3}{4}$ Pot Melk.
Tirsdag	færskt Kjød og Kjødsuppe	12 Lod Kjød frit for Sener og Been. 1 Pot kogt paa Lod Kjød og $\frac{1}{4}$ Pgl. $\frac{1}{1}$ Gryn.
Onsdag	færsk Fisk og Fiskesuppe	28 Lod Fisk med rørt Smør, hvortil $\frac{1}{4}$ Lod Hvedemeel, $\frac{1}{2}$ Lod Smør, $\frac{1}{4}$ Pgl. Melk og Sennep efter Skjön. hvortil 2 Lod Bygmeel, $\frac{1}{2}$ Pgl. Melk, Rødder og Grønt efter Skjön.
Thorsdag	Erter salt Kjød og Flesk	1 Pot, hvortil $\frac{1}{4}$ Pot Erter. 8 Lod Kjød og 4 Lod Flesk.
Fredag	Menagesuppe og Lapskous	hvortil $\frac{1}{10}$ Pot $\frac{1}{1}$ Gryn, 4 Lod Sirup, Saft efter Skjön. hvortil 8 Lod Kjød.
Løverdag	Øllebrød og Sild	hvortil $\frac{1}{2}$ Pot Öl, $\frac{1}{4}$ Pot Melk, 2 Lod Bygmeel, 4 Lod Sirup. Sild 1 a 2 Stk. efter Størrelsen. NB. Til hver Middag pro persona 8 Lod Rugbrød og $\frac{1}{8}$ Fjdk. Potetes.
		<b>Eftermiddag.</b>
		$\frac{1}{2}$ Port. Smørrebrød, (8 Lod Rugbrød, $\frac{3}{4}$ Lod Smør.)
		<b>Aften.</b>
Søndag } og Torsdag } De øvrige } Dage }	The og Smørrebrød $\frac{1}{1}$ Gryns Grød	hvortil $\frac{1}{6}$ Lod The, $\frac{3}{4}$ Lod Havanna, $\frac{1}{2}$ Pgl. Melk. 16 Lod Rugbrød med $1\frac{1}{2}$ Lod Smør. $\frac{3}{4}$ Pot (kogt paa $\frac{1}{6}$ Pot $\frac{1}{1}$ Gryn) med $\frac{3}{8}$ Pot Melk eller $\frac{3}{8}$ Pot Öl og 1 Lod Havanna.

Ved opprettelsen av Gaustad asyl ble kategorien «rolige og anstendige syke og rekonvalesenter» delt i to grupper: A-pasienter av den dannede klasse og B-pasienter av almueklassen. Man antok at det ville være uheldig for de økonomisk bedrestilte om omgivelsene skilte seg for mye fra det de var vant til. I den tidlige fasen var betaling fra privatforpleide en av de viktigste inntekstkildene for asylene. Klassedelingen kan ses på som et viktig skritt for å integrere sinnssykeomsorgen i helsevesenet og sende et signal om at institusjonene ikke var en del av fattigvesenet.

10 000 bosatte på bygdene ble 15 personer behandlet på asyl for statens regning, mens i byene var det tilsvarende tallet 23. Både i 1900, 1910 og 1920 var det Bergen som hadde den høyeste «asylraten». Denne økte fra 25 til 33 per 10 000 innbyggere i disse årene.

Etter hvert som nye amtsasyler åpnet, økte raten av asylbehandlede innen amtet vesentlig etter få år. Et klart eksempel er Akershus Amt, som i 1900 hadde landets laveste asylrate med 5 asylbehandlede per 10 000 innbyggere. Ti år senere hadde denne raten økt til 15 per 10 000 innbyggere, mens landsgjennomsnittet var på 12. Mellom disse to tidspunktene hadde Akershus fått sitt amtsasyl, Blakstad asyl, i 1904. Samme utvikling ser vi for Hedmark amt hvor Sanderud asyl ble åpnet som amtsasyl i 1908; I 1900 var Hedmarks asylrate på 7 per 10 000, og ti år senere hadde denne økt til 15 per 10 000.

### **På asyl for privat regning**

I denne artikkelen har vi hatt dem som ble behandlet på asyl for det offentlige regning i fokus, de som i oversiktene over asylenes virksomhet, omtales som «fattige». I tillegg til disse ble en del asylopphold betalt for av private midler. Før vi fikk asyl i Norge hadde økonomisk bedrestilte med behov for behandling for psykisk sykdom blitt sendt til institusjoner i utlandet. De store statsasylene hadde egne avdelinger for velstående pasienter. Ved opprettelsen av Gaustad asyl ble kategorien «rolige og anstendige syke og rekonvalesenter» inndelt i to grupper: A-pasienter av den dannede klasse og B-pasienter av almueklassen (Austad og Ødegård 1956). Man antok at denne typen pasienter var tilstrekkelig klare til å være seg bevisst sine omgivelser, og at det ville være uheldig for de økonomisk bedrestilte om omgivelsene skilte seg for mye fra det de var vant til. Austad

og Ødegård understreker at det ikke var Majors intensjon å gi bedre behandling til overklassen, men at de skarpe sosiale skillelinjene som preget samfunnet utenfor asylet, også ble gjenskapt i asylene. Det private asylet Dr. Dedichens asyl i Oslo var et asyl spesielt beregnet på overklassen.

I den tidlige fasen var betaling fra privatforpleide en av de viktigste inntektskildene for asylene. Det blir hevdet at klasseudelingen også kan ses på som et viktig skritt for å integrere sinnssykeomsorgen i helsevesenet og sende et signal om at institusjonene ikke var en del av fattigvesenet (Nasjonalt medisinsk museum, nettutstilling).

### **Konklusjon**

Vi har sett at den massive utbyggingen av asylplasser i perioden fra 1900 til 1920 bidro til at en økende andel av personene som ble klassifisert som sinnssyke og forpleid for statens regning, ble behandlet i asylene. Oppbyggingen av asylplasser har flere årsaker, ikke minst at legeyrket ble den dominerende profesjon, og at sinnssykdom ble oppfattet som en sykdom som kunne helbredes. Asylet hadde hele tiden en tvetydig rolle knyttet til behandling av sykdom på den ene siden, og som institusjon for sosial kontroll på den andre. I denne tidlige fasen var få effektive behandlingsmetoder tilgjengelige, og behandlingsresultatene i asylene ble ikke den suksessen som man i den tidlige optimistiske fasen forventet. Samfunnsmessige endringer, som urbanisering og løsere familieband, gjorde at legdsystemet ikke lenger var funksjonelt, og alternative ordninger for å ta hånd om de sinnssyke ble etter hvert dominerende.

Vi har sett at andelen sinnssyke som ble forpleid for statens regning, var høyere i byene enn på landet, og at det samme

gjaldt andelen som ble behandlet på asyl. Forskjellene mellom by og land kan tolkes som et resultat av at bo- og arbeidsforhold i byene gjorde det vanskeligere å ivareta sinnssyke privat. I tillegg er det klart at legetettheten var langt høyere i byene og at asylene ble bygget i nærheten av byene, slik at denne forpleiningsformen fikk større utbredelse her.

### Referanser

Austad, Anne-Kirsten. og Ørnulv Ødegård (1956): *Gaustad sykehus gjennom hundre år*, Oslo.

Bore, Ragnhild Rein (2006): «Om «Idioter» og «Tullinger» i statistikken», *Samfunnsspeilet* 2006:3, Statistisk sentralbyrå.

Blomberg, Wenche (1998): «Vannkurer og klassedeling i psykiatriens barndom», *Årsrapport 1998, Universitetet i Oslo, Institutt for kriminologi*, Oslo: Universitetet i Oslo.

Boye, Thorvald og Ths. Angell (1927): *Norsk Medicinallovgivning. En kronologisk samling av lover og bestemmelser vedkommende Norges medicinalvæsen for aarene 1672–1900*, Oslo: Aschehoug & Co.

Departementet for det Indre (1863): *Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1860*, Kristiania.

Direktøren for det civile medisinalvæsen (1902): *Beretning om Sundhetstilstanden og medicinalforholdene i Norge 1900*, Norges offisielle statistikk, Kristiania. Utgaver fra 1900, 1905, 1910, 1915, 1920.

Fygle, Svein (2002): *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø: Nordlandssykehuset Bodø Psykiatri.

Moseng, Ole Georg (2003): *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003: Ansvar*

*for undersåttenes helse 1603–1850*, Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt Medisinsk museum, nettstilling. [http://museumsnett.no/alias/HJEMMESIDE/ntm/medisinskmuseum/sunn\\_sjel/psykiatri.htm](http://museumsnett.no/alias/HJEMMESIDE/ntm/medisinskmuseum/sunn_sjel/psykiatri.htm)

Statistisk sentralbyrå (1902): *Folketællingen i Kongeriget Norge 3 December 1900: Første hefte*, Norges offisielle statistikk IV 52, Kristiania: Det statistiske Centralbureau.

Statistisk sentralbyrå (1922): *Folketellingen i Norge 1 december 1920: Første hefte*, Norges offisielle statistikk VII 39, Kristiania: Det statistiske Centralbyrå.

Vold, Borgny (1999): «Den store institusjonsoppbyggingen», *Samfunnsspeilet* 1999:1, Statistisk sentralbyrå.

### Kilder

Medicinaldirektøren (1902): *Oversigt over Sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1900*, Norges offisielle statistikk IV 29, Kristiania.

Medicinaldirektøren (1907): *Sindssygeasylernes virksomhed 1905*, Norges offisielle statistikk V 28, Kristiania.

Medisinaldirektøren (1912): *Sindssygeasylernes virksomhet 1910*, Norges offisielle statistikk V 158, Kristiania.

Medicinaldirektøren (1917): *Sindssygeasylernes virksomhet 1915*, Norges offisielle statistikk VI 109, Kristiania.

Medisinaldirektøren (1923): *Sinnsygeasylernes virksomhet 1920*, Norges offisielle statistikk VII 88, Kristiania.