



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for arkeologi, historie, religionsvitenskap og teologi

Fra Hammerfest pleiehjem til Åsgård sykehus

Jonas Kristensen Hansen

Masteroppgave i historie ved lektorutdanninga HIS-3980 Mai 2021



Forord

Takk til studenter og ansatte ved institutt for Arkeologi, Historie, Religionsvitenskap og Teologi. I prosjektet med å ferdigstille min masteroppgave har det vært mange bidrag som fortjener en stor takk.

Først og fremst takk til min veileder, Ketil Zachariassen. Ditt bidrag vil sent glemmes. Takk til Sigurd Sælthun for fagsamtaler og bidrag som i innspurten gjorde seg svært nødvendig. Takk til Astrid Molaug – uten deg hadde det verken blitt bachelor eller master.

Tusen takk til alle dere som har gjort mine år på UiT minneverdig!

Innhold

1.0 Kapittel 1.	1.1 Innledning	1
	1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	2
	1.3 Avgrensninger:	3
	1.4 Tidligere forskning	4
	1.5 Begrepsavklaring	6
	1.5.1 Sinnssyke	6
	1.5.2 Privatpleie	7
	1.5.3 Fylkeskommunens administrasjonsapparat:	8
	1.6 Kildemateriale og kildekritikk	9
	1.6.1 Stortingets arkiv	9
	1.6.2 Fylkestingsforhandlinger	10
	1.6.3 Øvrige	11
	1.7 Teori og metode	11
	1.7.1 Hermeneutisk metode	11
	1.7.2 Teori	12
	1.8 Oppgavens struktur og periodisering	13
Kapp. 2 – 1924 – 1944		15
	2.1 Stortinget om plasseringen av det planlagte statsasyl	15
	2.2 Politiske kvaler	16
	2.3 Resultatet	18
	2.4 Økonomisk nedgangstid og dens påvirkning	18
	2.5 Et pleiehjem blir til	20
	2.6 Hammerfest pleiehjem åpner dørene	21
	2.7 HPHs funksjon for privatpleien	23
	2.8 Krigen kommer til Finnmark	24
	2.9 Kapittelsammendrag	26
Kap. 3 1945-48		28
	3.1 Helsevesenets status	30
	3.1.1 Provisoriske tiltak	30
	3.1.2 Helseinstitusjoner planlegges og vedtas	31
	3.2 TBC-institusjonene blir til – en konkurranse om midler og institusjonalisering	31
	3.2.1 Tuberkulose og psykiatri	32
	3.2.2 Tuberkulose tiltak i Finnmark etter krigen	33
	3.3 Sinnssykevesenets plass i gjenreisningen av Finnmark	33
	3.3.1 Fagkyndig debatt vedrørende isolater	33

3.4 Sentralmyndighetene i møte med nytt statsasyl i Nord	34
3.4.1 Politisk til verks for sinnssykepleien i Nord	34
3.4.2 Rønvik.....	35
3.4.3 Sentralmyndighetens tiltak i Finnmark.....	35
3.4.4 Debatt på Stortinget om sinnssykevesenet i Finnmark	36
3.4.5 Faktorer for endelig valg.....	37
3.4.6 Eget statsasyl til Troms og Finnmark	37
3.5 Kapittelsammendrag	39
Kapittel 4	41
4.1 1949 - 1953 – Bevilgningsstopp	41
4.1.1 Store endringer, få bevilgninger	41
4.1.2 Finansdepartementet griper inn	43
4.1.3 Ny plan og bevilgning ved Åsgård	45
4.1.4 Informasjon og statistikk om det nasjonale sinnssykevesen.....	45
4.2 Første fireårsplan	46
4.2.1 Interpellasjon fra Hans Borgen.....	46
4.2.2 Debatt om fireårsplan.....	49
4.2.3 Interpellasjon fra Kjell Bondevik	50
4.2.4 Nord-Norge i spørretimen.....	51
4.2.5 Fireårsplan ved veis ende.....	53
4.2.6 Pleiehjem i sinnssykevesenet.....	55
4.2.7 Åsgårds utvikling i fireårsplanen	56
4.3 Ny fireårsplan	57
4.3.2 Nytt budsjettkapittel?.....	58
4.3.3 Byggeplaner og utsettelse til debatt.....	59
4.4 Åsgård.....	61
4.4.4 Siste tradisjonelle statsasyl, første moderne psykiatriske sykehus	62
4.5 Kapittelsammendrag	64
Kap. 5 Finnmark fylkes indre anliggende 1949 – 1961	65
5.1 Legesituasjonen i Finnmark.....	65
5.2 Et fylke i brakker	67
5.3 Sykestuer – en bærebjelke i gjenreisningens helsevesen.....	67
5.4 Isolater – Enkel, billig og mangelfull løsning i Finnmark.....	69
5.4.1 Planen	69
5.4.2 Finansieringen.....	69
5.4.3 Konstruksjon.....	69

5.4.4	Utfordringer tilknyttet anbringelse	70
5.5	Bruk av arrestlokaler	71
5.5.1	Bekymring i bruk av arrestlokaler	71
5.5.2	Økonomisk ugunstig	72
5.6	Privatpleien	72
5.6.1	Privatpleie utenfor fylket	73
5.6.2	Behov for flere forpleiere	73
5.7	Nødvendighet for pleiehjem	73
5.7.1	Gamlehjem	74
5.7.2	Tuberkulose	74
5.8	Forhandlinger om pleiehjem i Øst- og Vestfylket	74
5.8.1	Pleiehjem for samer ved Kistrand	75
5.8.2	Tanagård	76
5.8.3	Betania	77
5.8.4	Jansnes	78
5.9	Pleiehjemmenes driftsavtaler	79
5.9.1	Drift ved Tanagård	79
5.9.2	<i>Drift ved Jansnes</i>	80
5.10	Pleiehjemmene åpnes	85
5.10.1	Tanagård	85
5.10.2	Jansnes	86
5.11	Kapittelsammendrag	88
6.0	Konklusjon	89
6.1	Sentralmyndighetenes tilnærming til nytt statsasyl i Tromsø	89
6.2	Politiske tiltak for sinnssyke i Finnmark etter krigen	90
6.3	Forholdene i Finnmark i lys av de nasjonale forholdene for sinnssyke	92
6.4	Kontinuitet før og etter krigen i det institusjonelle sinnssykevesenet?	92
6.5	Fra HPH til Jansnes	93
	Arkivmateriale	A
	Litteraturliste	C

1.0 Kapittel 1.

1.1 Innledning

I 1944 gikk Hammerfest pleiehjem i luften med et smell. Siden 1930 hadde pleiehjemmet fungert som senter i fylkets institusjonelle sinnssykevesen, men ble av tyskerne rekvirert i 1942, og som en del av deres brente jord taktikk sprengt, da de trakk seg sørover ved krigens slutt. Først ved utgangen av 1950-tallet fikk sinnssykevesenet i Finnmark et nytt institusjonelt tilbud forbeholdt sinnssyke. I store deler av landet hadde sinnssykeasyler vokst frem som den dominerende pleieformen ved inngangen til 1900-tallet, og i 1902 fikk Nord-Norge sitt eget statsasyl plassert ved Rønvik. I 1920 innledet sentralmyndighetene samtaler om et nytt statsasyl for Troms og Finnmark, og etter 41 år med debatter, planlegging, og utsettelse fikk fylkene et etterlengtet statsasyl i 1961. I praksis betød dette at fylket som sto igjen med de største utfordringene etter krigen også var fylket som sto med svakeste tilbudet for sinnssyke, frem til nye anstalter ble etablert ved inngangen til 1960-tallet.

På midten av 1800-tallet inntraff lover om behandling av sinnssyke¹ i flere europeiske land, og i 1848 fulgte Norge på med *lov om sindsyges behandling og forpleining*.² Behandling av sinnssyke hadde frem til dette punktet inngått som en del av fattigvesenet, men europeiske strømninger banet vei for at sinnssyke fikk sin egen lov med tilhørende asyl. Landes første asyl var Gaustad og sto ferdig i 1855, og i 1902 fikk Nord-Norge sitt eget statsasyl plassert ved Rønvik. Etter revidering av Sinnssykeloven i 1891, ble utgiftene differensiert og delt mellom stat, amt og kommune, og i kjølvannet av dette ble amtlegestillingen opprettet med overordnet ansvar for sinnssyke.

Med 1900-tallets urbanisering, industrialisering og lønnsarbeid gjennomgikk den tradisjonelle levemåten i Nord-Norge en endring, og krav til effektivitet og produksjon resulterte i at personer som tidligere hadde blitt oppfattet som bygdeoriginaler eller «litt spesielle», møtte krav og forventninger det var mer utfordrende å innfri. Endrede flyttemønster og urbaniseringen bidro til å løfte avvikere, sinnssyke og åndssvake opp og inn i allmenheten og medføre at familiebånd ble kuttet. Resultatet ble et økende behov for et sterkere og mer inngripende helsevesen.

I en førtiårsperiode fra og med 1880 ble det bygget et forrykende antall sinnssykeasyl i landet, og ved inngangen til 1920 tallet var det kun Finnmark, Troms og Sogn og Fjordane som ikke hadde eget sinnssykeasyl.³ For Troms og Finnmark var Rønvik, plassert utenfor Bodø, det nærmeste og eneste alternativet. Dit var reiseveien lang og forholdene knyttet til hav, vær og vind var sjelden forutsigbare. Som et resultat begynte sentralmyndighetene på 1920-tallet forhandlinger i retning

¹ I oppgaven nyttes betegnelsen sinnssyk. En nærmere redegjørelse for bruken blir gjort i kap. 1.5

² Einar Kringlen 2014:19 - Frankrike 1838, Nederland 1841, Storbritannia 1845, Norge 1848, Sverige 1858, Danmark 1938

³ Fause 2007:23

av et nytt statsasyl for Troms og Finnmark. Da planen få år senere ble lagt på is, ble det på fylkestingets initiativ etablert et pleiehjem i Hammerfest.

Pleiehjemmet gikk straks i møte med de utfordrende forholdene i Finnmark. Institusjonaliseringen av sinnssykevesenet så sin fremvekst ved at pleiehjemmet bygget bro mellom distriktets privatforpleining og asylforpleining ved Rønvik. Gleden ble imidlertid kortvarig, da tyskernes herjinger raserte sinnssykevesenet og etterlot store deler av fylke i aske. Etter krigen ble det fra nasjonalt hold ble det bestemt å ikke reise et nytt pleiehjem i fylket – dette til tross for landsdelens eneste gjenværende anstalt, Rønvik, sto igjen med store vandaliseringer etter krigens slutt.

Avgjørelsen om å legge planene om et statsasyl til side skyldtes i stor grad økonomisk ustabile tider og avgjørelsen møtte lite til ingen protest på Stortinget. Da situasjonen ble løftet opp igjen etter krigen hadde debatten fått en ny dimensjon; For selv om enkelte sosialpolitiske tiltak ble innført så tidlig som på 1800-tallet, var det først i etterkrigstiden at velferdsstaten i Finnmark så sitt første lys.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Tema for oppgaven er sinnssykevesenets utvikling i Finnmark i perioden fra 1920 til 1961. Utbyggingen av sinnssykevesenet, både før og etter krigen, må ses i sammenheng med planene om et statsasyl for Troms og Finnmark. Utbygginga av sinnssykevesenet var del av moderniseringen av helsevesenet, og slik knytt til oppkomsten av velferdssamfunnet. Dem må også ses i sammenheng med gjenreisning og nyreisning av Finnmark og Nord-Troms etter krigen. Oppgaven har en tosidig tilnærming. På den ene siden, de lokale forholdene for sinnssyke i Finnmark i lys av sinnssykevesenet som en institusjon. På den andre siden, hvordan sentralmyndighetene oppfattet og behandlet saken. Oppgaven har to hovedproblemstillinger:

1. Hvordan behandlet sentralmyndighetene planene om et nytt statsasyl i Troms og Finnmark i tidsperioden 1920-61?
2. Hvilke provisoriske og permanente tiltak bidro stat og fylkeskommunen med for å imøtekomme sinnssyke etter krigen?

Hovedmålet er å se på hvilke politiske tiltak og ordninger som ble satt i verk for de sinnssyke i Finnmark. Andre verdenskrig førte til at den etablerte sinnssykeinstitusjonen rundt Hammerfest pleiehjem i Finnmark ble borte. Utvikling må derfor ses i lys av lokale, regionale og nasjonale forhold som lå til grunn for politikernes handlinger.

Til hovedproblemstillingene er det knytt to forskningsspørsmål. I hvilken grad var det kontinuitet mellom det institusjonelle sinnssykevesenet i Finnmark før og etter krigen. De geografiske avstandene i Troms og Finnmark er store og en del av Norge. I hvilken grad ble utbyggingen av

sinnssykevesenet i Finnmark og av det kommende statsasylet i Tromsø sett i sammenheng med sinnssykevesenet i resten av landet?

1.3 Avgrensninger:

Forhandlingene om et nytt statsasyl i nord startet på 1920-tallet. Av den grunn vil oppgavens startpunkt begynne med å kaste lys på behandlingen, og senere beslutningen, om å sette planene om et nytt asyl på is. Oppgaven ser sin slutt i 1961, da Troms og Finnmark fikk sitt statsasyl, og *Lov om psykisk helsevern* erstattet Sinnssykeloven fra 1891. Reformen resulterte i at sinnssykevesenet fikk ny politikk, ideologi og juridisk karakter. Spesielt tydelig ble det da en gikk vekk fra statsasylene, drevet av staten, til fordel for en regionalisering av landets asyls.⁴ Med å følge den politiske utviklingen til Åsgård sykehus, blir en vitne til den tidskrevende prosessen bak landets siste statsasyl. Åsgård sto ferdigstilt samme år som en ny reform medførte endring av bakenforliggende vitenskap og forandret med dette behandlingsmetodene og sinnssykevesenets grunnleggende struktur.

Nord-Norge fikk sitt første statsasyl da Rønvik sto ferdig i 1902, og en utfordring var at statsasylet hadde overbelegg fra første dag.⁵ Når oppgaven har som formål å redegjøre for sinnssykevesenet i Finnmark, vil statsasylet ved Rønvik havnet utenfor oppgavens ramme. Da statsasylet likevel blir tilnærmet i samtlige av oppgavens kapitler, bygger dette på Rønviks rolle som Nord-Norges eneste asyl og hvordan sinnssykevesenet i Finnmark var avhengig av institusjonens tilbud i mangel på eget.

Da planene om et nytt statsasyl i Troms og Finnmark ble løftet frem på Stortinget, etter andre verdenskrig, handlet dette om behovet som vokste frem med de to fylkenes økende befolkning og perifere plassering. Da etterkrigstiden i Finnmark ble tid og sted for både gjenreisning og nyreisning, havnet sinnssykevesenet i en gråson mellom den norske gjenreisnings- og velferdspolitikkenes ansvarsområde. Oppgaven undersøker hvilke tiltak det offentlige bidro med i tidsrommet 1920 - 1961, og ikke minst hva som var motivasjon bak de politiske intensivene. Oppgaven har som mål å beskrive utviklingen av sinnssykevesenet som system, med et fokus på politiske prosesser tilknyttet utvikling og opprettelse av anstalter og institusjoner for syke og sinnssyke.

Av forskingsøkonomiske årsaker har jeg i oppgaven valgt å konsentrere meg om den politiske tilnærming (til sinnssykevesenet) på nasjonalt og fylkesregionalt nivå, med fokus på fremveksten av psykiatrivefenets institusjonelle tilbud i Finnmark.

⁴ Fause 2013:113

⁵ Fause 2013:111

1.4 Tidligere forskning

Av konkrete bidrag til helsehistorie i Finnmark har psykiatrien i liten grad blitt belyst. Et unntak er Åshilds Fauses bidrag. Med lengre en lengre praktisk erfaring fra psykiatrien har Fause, gjennom sykepleierfaget, bidratt til psykiatrihistorie i Troms og Finnmark. Hennes største og mest innflytelsesrike bidrag er doktoravhandlingen «Forpleining tilfredsstillende. Prisen ligesaa». Oppgaven søker å gi empirisk oversikt over sinnssykevesenet i Troms og Finnmark i en tid (1891-1940) hvor reiseveien til nærmeste sinnssykeasyl var lang. Av den grunn har Fauses avhandling et utstrakt fokus på privatpleiens bidrag til sinnssykeomsorgen i de to fylkene.⁶

Fause beskriver de sinnssykes sykdomsbilde inngående og er et godt bidrag fra helsefaget til et interdisiplinært fagfelt som **psykiatrihistorie**. På grunnlag av forfatterens brede og klausulerte kildegrunnlag, deriblant sinnssykejournaler skrevet av fylkets mange distriktsleger, vektlegger avhandlingen hvordan sinnssykdom ble oppfattet og definert av leger, pårørende og offentlige myndigheter i sin samtid. Avhandling har imidlertid et mindre fokus på politiske prosesser og hvordan lokale, regionale og sentrale myndigheter behandlet sinnssykevesenet som et politiske aktører. I det nest siste kapittelet blir Hammerfest Pleiehjem (HPH) beskrevet. Fause viser til hvordan studien «gjenoppdaget» pleiehjemmet i Hammerfest, og i lys av Fauses studie vil dette inngående bli benyttet i forsøket på å skildre det institusjonelle sinnssykevesenet i Finnmark før krigen, samt speile det opp mot egne funn fra gjenreisningen og etterkrigskrigstiden.

Da min egen oppgave har som underordnet delmål å beskrive i hvilken grad det var kontinuitet i det institusjonelle sinnssykevesenet i Finnmark, før og etter krigen, har jeg i hovedsak sett meg nødt til å benytte meg av forskning som direkte ikke omtaler sinnssykevesenet. Det har derfor blitt nødvendig å leite etter forskning som har bidratt til å nyansere bilde av fylkets helse- og velferdsutvikling. Blant slike bidrag har *Sykdom, før 1940* av Hamran og Elstad vært nyttig i for å forstå fremveksten av helseforetak i Nord-Norge. Boken gir inngående detaljer om hvordan det regionale helsevesenet i Nordland, Troms og Finnmark, fungerte før velferdsstatens fremvekst og i en tid der benyttelse av helsetjenester og fattigkassen ofte gikk hand i hand. Bokens skildring stopper i 1940, da okkupasjon, brenning, tvangsevakuering og den påfølgende gjenreisningen markerte et brudd og skapte nye utfordringer. For mitt eget studie har bokens skildringer av ideelle organisasjoner, kvinnebevegelse og misjonsarbeid vært nyttig for å forstå strukturene som lå bak sykestuenes virksomhet i etterkrigskrigstiden.⁷

Gjenreisningen i Finnmark ble foretatt i to etapper; den provisoriske delen, og den påfølgende permanente. I artikkelen «*Norwegian health policy in Finnmark, 1945-1970s*», bidrar Ryymin og Andresen til å forstå sentralmyndighetenes rolle i gjenreisningen av Finnmark. Artikkelforfatterne viser til hvordan helsevesenet var en regionalt anliggende, men hvordan staten

⁶ Fause benytter seg av definisjoner som sinnssykeomsorg, sinnssykepleie og sinnssykevesen. Min egen oppgave vil utelukkende benytte seg av det sistnevnte begrepet.

⁷ Elstad & Hamran 2006:251-69

bidro med særordninger i form av utvidet støtte i Finnmarks tilfelle. Særlig var det sentralmyndighetenes bidrag i reisningen av fire sykehus som var utslagsgivende.

Artikkelen beskriver velferdsstatens bidrag i Finnmark, og bidrar til å kaste lys over fordeler og ulemper ved arbeiderpartiets politikk i tidsperioden. Ryymin og Andresen nevner ikke utfoldelsen av sinnssykevesenet i Finnmark, men utbroderer derimot om fremveksten helsevesenet og spesielt hvordan de mange sykestuene i Finnmark bidro til den spredte og fåtallige befolkningen. I den forbindelse blir særlig kvinnenens arbeid fremhevet, noe som støtter opp et gjennomgående element i Elstad og Hamran.⁸

Historiker Øystein Bottolfsen har skrevet en framstilling av Finnmarks fylkeskommunenes historie i tidsrommet 1840 – 1990. Han beskriver utviklingstrekk i form av amtets fødsel, overgangen fra amt til fylke, mellomkrigstidens utfordringer, og særskilt sentralt for min oppgave – hvordan fylkesadministrasjonen, som styringsaktør, jobbet for å reise og etablere det fylkesregionale politiske organet etter krigen. Et annet sentralt moment er hvilken utpreget stilling fylket spilte under de økonomiske nedgangstidene på 1920- og 30-tallet, og bidrar til å kaste lys over fylkets besparsomme politikk i samtiden.⁹ I mitt studie har Bottolfsen tilført en generell kunnskap om hvilke utfordringer fylket sto ovenfor og hvilken sammensetning den utgjorde.

«*The fate og the mentally sick during world war II*» er tidsskriftartikkel skrevet av Åshild Fause med fokus på behandling av de sinnssyke i Nord-Norge opp mot, og *underveis* i andre verdenskrig. Artikkelen tar for seg hvilket tankesett og tilnærming nazi-ideologien førte i møte med sinnssyke, og videre hvilken konsekvens dette fikk for både sinnssyke og deres operative behandlingsinstitusjoner.¹⁰ Sentralt for min oppgave er hvordan artikkelen skildrer deporteringen av de sinnssyke i 1942 i kjølvannet av rekvireringen av Hammerfest pleiehjem, og ikke minst hvordan de utfordrende forholdene utspant seg på reiseveien sørover.

Av litteraturen nevnt ovenfor er det ikke mangel på skildringer av sinnssyke, helsevesen og sosialpolitikk. Det er til tross ingen som sier noe om fremveksten av sinnssykevesenet i Finnmark etter krigen. Min egen oppgave søker derfor å gi svar på dette, da en slik studie ikke har blitt gjort før.

⁸ Ryymin & Andresen – 2009:100

⁹ Bottolfsen 1990:398

¹⁰ Fause 2015:12-3

1.5 Begrepsavklaring

Hovedfokus for oppgaven er å vise til en empirisk over det offentlige bidraget til sinnssykevesenet i Finnmark, med et særlig bidrag til institusjonstilbudet.

Hovedperspektivet for oppgaven vil derfor være på et makronivå. Analysen har som mål å kunne beskrive endring og utvikling innenfor sinnssykevesenet. Stortingsmeldinger og fylkestingsforhandlinger vil i all hovedsak være studiets bærende kildemateriale, men ved enkelttilfeller vil det fremkomme utdrag fra mikroplanet også, da samspillet mellom fylkesadministrasjon og offentlige enkeltaktører tilbyr enkelte utdrag. Samspillet mellom sinnssyk, distriktslege, fylkeslege, fylkestinget, fylkesmannen, sosialdepartement og sosialkomite vil forsøkes sammenfattes, og det er av vesentlig interesse å vise til hvordan de ulike aktørene påvirket hverandres avgjørelser og utfall for både sinnssykevesen og lokal- og regionalt samfunn. Oppgaven vil se nærmere på hvilke aktører som var sentrale på kommunalt nivå og på fylkes- og statsnivå, med hovedvekt på de to sistnevnte. Da staten siden 1891 hadde bidratt med midler til forpleining av sinnssyke, spilte de også rollen som en drivende aktør for sinnssykevesenets veivalg i oppgavens tidsramme. Hvordan statens og fylkets roller individuelt, men også samspillet fungerte for sinnssykevesenet i Finnmark, vil bli forsøkt belyst som et hovedtema i oppgaven.

I analysen vil følgende begrep være sentrale:

1.5.1 Sinnssyke

Sinnssykebegrepet

Som en gjenganger i oppgaven blir uttrykket «sinnssyk» benyttet. Betegnelsen ble formelt benyttet som et vidtrekkende begrep frem til det ble avløst med Lov om Psykisk helsevern i 1961 (LPH). Betegnelsen ble i realiteten faset ut i løpet av 1950-tallet, da det gradvis forsvant i lovverk, offentlige utredninger, fagfolks terminologi og dagligspråk.¹¹ Siden den tid har uttrykket i større grad blitt benyttet som et sjelsettende adjektiv eller skjellsord.¹² Da *sinnssyk* ble erstattet med LPH-reformen i 1961, ble betegnelsen erstattet med psykisk syk eller mentalt syk. I realiteten er alle uttrykkene paraplybetegnelser for en rekke sub-kategorier innen psykiatrien. Da begrepet sinnssyk likevel blir brukt i oppgaven handler dette om at det er slik det fremkommer og oppgavens kildemateriale.

Da *psykiatri* imidlertid også er brukt, handler dette om psykiatrien ble vitenskapeliggjort ved asylenes inntred på 1800-tallet, og betegnelsen ble i økende grad benyttet i fagartikler og medisinske tidsskrift. Utfordringer tilknyttet *sinnssykdommens* vidtrekkende begrep lot seg dog ikke avløse av psykiatrigrepet, da ordet henspiller til en variasjon av fagfelt, medisinsk spesialitet, vitenskap, praksisfelt, sykdommer og generelle plager.¹³

¹¹ Fause 2007:25

¹² I den grad *sinnssyke-begrepet* fremdeles benyttes som sitt opprinnelige formål, forekommer dette ofte i sammenheng med vår aldrende generasjons mennesker. En eldre pasient uttalte i jobbsammenheng til meg; «min lege forteller meg at jeg ikke er sinnssyk, men syk i sinnet»

¹³ Fause 2007:25

Anstaltene

Som en følge av Sinnssykeloven i 1848 ble betegnelsen «asyl» tatt i bruk.¹⁴ Spesielt blant Stortingets kilder faset en på 1940-tallet gradvis ut asyl-begrepet og innførte «sinnssykehus» som en erstatning. Når oppgaven snakker spesifikt om asyler, vil dette begrepet bli brukt konsekvent. I den grad det er snakk om fysiske institusjoner vil heller begrepet anstalt bli brukt – som en samlebetegnelse på ulike institusjonelle foretak.

Sinnssykevesen

Da jeg i oppgaven omtaler det offentlige helsevesenet i møte med sinnssyke, vil det bli omtalt som *sinnssykevesen* eller *sinnssykepleie*. Førstnevnte som en overgående enhet for offentlig tilnærming av sinnssyke, sistnevnte - tiltak som omhandler det konkrete møte mellom fagperson og sinnssyk.

Sinnslidende

Da begrepet ikke har noen bestemt definisjon benyttet det i forbindelse med en generell henvisning til utfordringer tilknyttet psykiatri. Av eldre journaler, ofte skrevet av distriktsleger uten kompetanse innen psykiatrifaget, benyttes benevnninger som *nervøs, ustadig, forskruet, urolig, engstelig, dement, sløv, minusvariant* ect. Begrepet ble også videreført etter LPH-revisjonen i 1961.¹⁵ Av den grunnen vil *sinnslidende* bli benyttet som en generelt uttrykk for en udefinert gruppe. Sinnssyk vil derimot bli benyttet når en sinnslidende var særlig urolig eller i psykoselignede situasjoner da den sinnslidende gjorde sitt innpass i myndigheters kildemateriale.

1.5.2 Privatpleie

I tidligere studier av psykiatrihistorie, tilnærmet fra ulike fagdisipliner, har privatpleien blitt tilnærmet i ulik grad med ulike geografiske nedslagsfelt.¹⁶ Studiet av psykiatrihistorie har vært, og er fremdeles, drevet av en tendens til å tilnærme seg sinnssykes institusjonsbehandlingen, slik som også denne oppgaven også gjør. Ved innføringen sinnssykeloven og påfølgende innføring av en rekke asyler sørpå, gikk en sakte men sikkert, faglig og politisk, i retning av en institusjonalisering av de sinnssyke. Denne tendensen skjedde gradvis, og i samme tidsrom økte også antallet offentlig forpleide. Privatpleie er betegnelsen på en spesifikk ordning for sinnssyke som foregikk i hjemmet til en forpleier. Den sinnssyke ble i denne ordningen en del av forpleierens familie, på godt og vondt, og tok del i den daglige driften – ofte i form av daglige gjøremål og/eller gårdsdrift. I tillegg til hjelp til daglig virke fikk forpleieren en forhåndsbestemt årlig utbetaling, utformet i samråd med distrikts- og fylkeslege. Som en del av forpleiningen skulle forpleiere forsørge den sinnssyke med mat og klær, og det var spesielt sistnevnte, i kombinasjon av hvor utfordrende sykdomsbilde til den sinnssyke, som påvirket det årlige, offentlige bidraget.¹⁷ Selv

¹⁴ I dag benytter en navnet *psykiatriske sykehus*, slik Åsgård også ble kalt da det sto ferdig i samme år som LPH-reformen trådte i kraft.

¹⁵ Helsedirektoratet.no – Nr. 3 hovedvilkår

¹⁶ Ericsson 1974, Bøye 1993, Bauer 1995 og Lia 2003.

¹⁷ Gjennom det førte registeret over fylkets mange offentlig forpleide, inngikk navn på den sinnssyke, hjemstedskommune, navn på forpleier og dens forpleiningskommune, og avslutningsvis; det offentlig tilkjente

om denne oppgaven i liten grad tilnærmer seg privatpleieordningen, var den en høyst viktig del av forpleiningen av sinnssyke, både før og underveis i min egen oppgaves avgrensede periode

Koloniforpleining

En koloni, men sin koloniforpleining, må forstås som en del av privatpleieordningen.

Forpleiningsformen var særskilt utbredt på Østlandet i tiden frem til krigens utløpt, og defineres ut i fra at én privatforpleiere hadde tre eller flere offentlig forpleide sinnssyke i sin forpleining.

¹⁸Ordningen ble utover 1900-tallet utsatt for en økende kritikk, da det ble kjent at de sinnslidende ble utsatt for svært kritikkverdige forhold. Når koloniforpleiningen avtok utover 1900-tallet må dette sees i sammenheng med overbelegget som ble vokste ved de norske asylene, samt statens økende behov for nye institusjonsplasser. Da forpleiningsmetoden allikevel vedvarte til et stykke etter krigen slutt, omhandlet dette at forpleiningsformen var økonomisk rimelig og forutsigbar. Når oppgaven tilnærmer seg en slik forpleining, er dette fordi det fantes aktører i Finnmark som ønsket å reise private pleiehjem, drevet av forpleiningsbidrag, i skjæringspunktet mellom koloniforpleining og pleiehjemsforpleining.

1.5.3 Fylkeskommunens administrasjonsapparat:

Særlig i etterkrigstiden fikk fylkets administrasjonsapparat i Finnmark en utstrakt autonom stilling. Med en raskt økende befolkningsgruppe og store avgjørelser som måtte tas, var det lite rom for «papirflytting» og stort behov for handling.

Fylkeskommunen

Fra et historiefaglig perspektiv er fylkeskommunen en aktør av dynamisk karakter. Gjennom første halvdel av 1900-tallet spilte den en utpreget rolle da en rekke kommuner havnet *under offentlig administrasjon* som en følge av en nasjonal økonomisk krise med utslagsgivende. Frem til landets fylkeskommuner gjennomgikk administrative reformer i 1974, bestod fylkeskommunen av fylkets mange ordførere som møtte til forhandlinger én gang i året.¹⁹ Da fylket sto som ansvarlig for 6/10 av utgiftene tilknyttet behandling av sinnssyke, ble deres bestemmelser utslagsgivende for fylkets sinnssykevesen. Det oppsto derfor en utfordring da fylket i etterkrigstiden ikke hadde råd til å etablere egne institusjoner for sinnssyke, og samtidig ikke ønsket å sende forpleiningspenger ut av eget fylke. Ettersom det var fylket og fylkeslegen som sto som ansvarlige for de ulike fylkenes sinnssykevesenet, vil fylkeskommunen spille en sentral rolle i oppgaven.

bidrag for forpleining. Ved sammenligning av *sinnssykeberetningene* fra 1940 og 1951, varierte de tilkjente bidragene for forpleining mellom 250,- og 900,- i 1940, mens det i 1951 varierte mellom 500,- og 2100,-. F.F *sinnssykeberetninger* 1940:48-55 sak nr. 17 og F.F *sinnssykeberetninger* 1951:54-57 sak nr. ukjent.

¹⁸ Fause - 2013:107

¹⁹ Fra og med 1960 møttes de to gang i året, uten at dette fikk en utslagsgivende følge for kildematerialet.

1.6 Kildemateriale og kildekritikk

Å studere historie stiller krav til valg av kilder og til bruken av dem. Jeg har utelukkende benyttet meg av skriftlige kilder. Kildematerialet er tredelt og bygger i hovedsak på *trykte* kilder fra tre ulike styringsnivå; Stortinget, sosialdepartementet på vegne av regjering, og fylkestinget.

1.6.1 Stortingets arkiv

Da oppgaven har som delmål å si noe om den politiske utviklingen og prosessen tilknyttet planlegging og etablering av et nytt statsasyl for Troms og Finnmark, har jeg i min oppgave valgt å benytte meg av *historiske dokumenter* fra stortingets arkiv og database.

Gjennom denne portalen har jeg hatt muligheten til å følge forslag, utvikling, debatt og innstillinger. Fordi Stortingets arkiv har hatt en særskilt funksjon i prosjektet, gis en nærmere presentasjon av dem nedenfor.

Stortingsproposisjoner

Sosialdepartementet fungerer som regjeringens viktigste organ til forslag og iverksettelse av regjeringens sosialpolitikk. Som underlagt sosialdepartementet bidrar også Helsedirektoratet som fagdirektorat og myndighetsorgan for gjennomføring av nasjonal sosialpolitikk, og har også historisk sett hatt en viktig rolle som rådgiver ved nasjonale, fylkesregionale og kommunale helseforetak. I oppgaven fremkommer sosialdepartementet og helsedirektoratets rolle i møte fylkeskommunale aktører. I den senere tid har helsedirektoratet fått en mer utpreget og autonom rolle enn hva som fremkommer innenfor oppgavens avgrensede periode

Som utgangspunkt for sosialkomiteens budsjettinnstillinger la sosialdepartementet frem en *stortingsproposisjon* i forkant av komiteens behandlinger.

Da sosialkomiteens budsjettinnstillinger tok utgangspunkt i *sosialdepartementets stortingsproposisjoner*, har disse også vært hyppig benyttet. Sosialdepartementets stortingsproposisjoner har fungert som en kilde til regjeringens fremtidsplaner og fordypende innsikt i byggeprosjekter særskilt. Sentralt blir det også at Arbeiderpartiet, fra 1945 og frem til 1963, representerte et flertall i både sosialkomiteen og på Stortinget, og av den grunn hadde opposisjonen lite til ingen mulighet å utfordre de stortingsproposisjoner som ble fremlagt i sosialkomiteen.

Stortingstidene

Et annet sentralt verktøy å belage seg på har vært *stortingstidene*. Stortingstidene gjør seg relevant da opposisjonspartiernes meninger, kritikk og standpunkt kommer til uttrykk her. Stortingstidene blir et utgangspunkt for å kunne tolke de ulike partienes meninger og ståsted i forbindelse med utbyggingen av det norske sinnssykevesenet. Stortingstidene har også bidratt til å skildre hvordan politikere har fremmet og representert egne valgdistrikter.

I møte med stortingstidene har det vært nødvendige å imøtegå kildene med et kritisk blikk, da de ulike representantenes retoriske ferdigheter og partiideologi ofte har fungert villedende. I lys av

dette må også representantenes regionale tilhørighet vektlegges, da en tendens i retning av at stortingsrepresentanter ofte har fram-snakket politiske tiltak i egen region.

Sosialkomite og sosialdepartement

Frem til 2005 var politikk tilknyttet spørsmål om helse underlagt *sosialkomiteen* på Stortinget. Fra regjeringens side har dette blitt utarbeidet gjennom *sosialdepartementet*.²⁰ Et unntak til regelen er tidsperioden mellom 1945 og 1949, da sosialkomiteen midlertidig byttet navn til helsekomiteen. For å unngå forvirring vil oppgaven se bort fra denne fireårsperioden og i stedet konsekvent benytte navnet sosialkomiteen i hele oppgavens avgrensede tidsperiode.

1.6.2 Fylkestingsforhandlinger

Opgavens andre utpregede kildegrunnlag er fylkestingsforhandlinger. Frem til fylkesreformen i 1974 møtte fylkets ordførere årlig for å diskutere og avgjøre spørsmål underlagt fylkets jurisdiksjon, og spesielt *etter krigen* var fylkestingets ansvarsoppgaver mange og store. Før krigen hadde fylkeskommune vært et støtteorgan for fylkets herrekommuner, men etter krigens utfall måtte kommunene samarbeide på tvers og kommunegrensene, og skillene mellom by- og herrekommuner ble raskt visket ut.²¹ Oppgaven tar sikte på fylkets sosialpolitikk, og denne utgiftsposten krevde samhandling og var særlig kostbar.

Da oppgavens tema omhandler et fag- og arbeidsfelt som ble utsatt for en økende taushetsplikt, har dette fått betydning for tilgangen til kildematerialet. Dette virker også inn blant fylkestingsforhandlingene.

I de første gjenreisningsårene var det først og fremst næringspolitikk som ble prioritert. Da innbyggernes helsetilstand fikk et økende fokus etter hvert som gjenreisningsperioden gikk mot slutten (1945-1960), ble fylkets sinnssykevesen et mer sentralt anliggende på fylkeskommunens politiske agenda.

Beretning om helsestellet – fylkeslegen

Som en følge av sinnssykelovens lovrevisjon av 1891, ble det fylkeslegens oppgave å føre register over offentlig forpleide sinnssyke fylket og melde disse videre til sentrale myndigheter.²² Fylkeslegen var fylkets øverste ansvarlige for sinnssyke, i bindeleddet mellom nasjonale myndigheter og distriktsleger, og er for oppgaven en sentral karakter.

Gjennom fylkestingsforhandlingene får en tilgang til fylkeslegens årsberetninger om helsetilstanden i fylket. Fylkeslegens *beretning om helsestellet* bygde på distriktslegenes innrapporteringer, og er av den grunn et utpregt kildemateriale i møte med befolkningens

²⁰ Siden den tid har politikk tilknyttet helse vært underlagt helse- og omsorgskomiteen og helse- og omsorgsdepartementet.

²¹ Bottolfsen – 1990:195

²² Fause 2007:12

generelle helse, og fungerer dermed som en beskrivende kilde til helsevesenets helhet. Kilden har sin utfordring da den presenteres i en kontekst tiltenkt politiske forbedringer og etterspill. Da fylkeslegen valgte hvilken informasjon han skulle legge frem for fylkestinget – og hva han skulle utelate – kan det tilsynelatende fremstå som at beretningene er formulert i retning av tilrettelegger for økonomiske tiltak og besparelser. Ut i fra kildemateriale er fylkeslegens beretninger den fremste kritiker av fylkets og statens offentlige tjenester til sinnssyke, samtidig som hans skildringer bygger på forestillinger og fordommer som datidens syn på psykiatri og sinnslidende bar preg av.

Forkortelser brukt i notene

Da oppgavens belager seg på et stort antall kildehenvisninger til *fylkestings forhandlinger*, vil disse bli forkortet: **F.F.**

1.6.3 Øvrige

I oppgavens konklusjonkapittel (6.0) vil det henvises til en historie fra en privat kildesamling. Kildematerialet stammer fra en pasientjournal og personen er av personvernsårsaker blitt holdt hemmelig.

1.7 Teori og metode

I den følgende delen vil oppgavens metode og teori bli redegjort for.

1.7.1 Hermeneutisk metode

For å best kunne skildre utviklingen av sinnssykevesenet i Finnmark, har jeg benyttet meg av den hermeneutisk metode der jeg har gjort en nærlesning av årlige stortingsmeldinger og fylkestingsforhandlinger fra oppgavens periode. For å få frem bakgrunnen til sinnssykevesenets utvikling, men også mangel på utvikling, ønsker jeg å bruke hermeneutisk metode og lete etter intensjonen hos beslutningstakerne både på sentralt og regionalt nivå. På denne måten ønsker jeg å se etter ulike og motstridende intensjoner på de ulike nivåene. Jeg har derfor valgt å skildre Stortinget og fylkestinget hver for seg.

I følge Gilje kan hermeneutikken som metode hjelpe oss med å avdekke en dypere mening i handlinger som framstår uklare eller uforståelige.²³ Et sentralt spørsmål som melder seg er sinnssykevesen sin rolle og viktighet i forhold til andre deler av gjenreisningen og senere, utviklingen av velferdsstaten. Hva var årsaken til at Finnmark, den delen av landet med størst krigstraume, i stor grad stod uten et sinnssykevesen?

Et viktig ideal for historikeren er å kunne forholde seg profesjonelt og nøytralt til arbeidets tilgjengelige tekstmateriale. Den hermeneutiske retningen ble utformet ved starten av 1800-tallet og representerer et fokus på den bakom liggende meningen innenfor av humaniora. Innenfor historieforskningen vil forståelsen av kildematerialet basere seg på kunnskap om kildegrunnlagets

²³ Nils Gilje, *Hermeneutikk som metode: En historisk introduksjon* (Oslo: Samlaget, 2019), 11-39.

historiske samtid og politiske normer. Samtidig er vår forståelse av kildene avhengig av vår egen kontekst og samtid. Av den grunn vil vår og andres tolkninger alltid være subjektiv, og må av den grunn være gjenstand for et kritisk skråblikk.²⁴

1.7.2 Teori

Jeg argumenterte i innledningen for at Finnmark, ved innføringen av sinnssykeloven og senere inntred av velferdsstaten, ble utsatt for en *institusjonalisering*.

Institusjonalisering kan defineres ut fra en ramme av tenkemåter og adferd, i et samfunn eller en mindre bestemt samfunnsgruppe. Dette kan utgjøre et kulturelt fellesgrunnlag og være utslagsgivende for skikk, språk og moral. Spesielt for samfunnsvitenskapen er betegnelsen anvendelig, da den kan benyttes i forsøket på å beskrive en styreform eller særskilt innflytelse.

Institusjonalisering kan også tilnærmes som et rent sosiologisk felt. I kjølvannet av filosofen Michel Foucaults kritiske tilnærming til behandlingen av de *gale*, vokste en *antipsykiatrisk* bevegelse frem på 1960-tallet.²⁵ En fellesnevner for bevegelsen var kritikken av behandling ved anstalter og den praksis som fulgte med. Fra sosiologien ble en interesse for samspillet mellom omgivelser og individ i økende grad tematisert i lys av institusjonaliseringens påvirkning. Innenfor psykiatrifaget fikk dette fotfeste på 1960-tallet.²⁶ Kritiske tanker om psykiatriens institusjonalisering og hvilken destruktiv innflytelse den fikk preget denne antipsykiatriske bevegelsen. For å skille begrepene fra hverandre kan det være fristende å kalle psykiatriens fremvekst for både en institusjonalisering og en *anstaltifisering*.

Institusjonaliseringen, fra et norsk psykiatrichistorisk ståsted, så sin tilblivelse ved sinnssykelovens inntred og fikk et påfølgende nedslagsfelt i asylene. Denne institusjonaliseringen får en bokstavelig betydning med innføringen av asylbehandling – i institusjoner, og fra et nasjonalt hold ble behandlingsformen dominerende fra og med 1920-tallet.²⁷ Antagelsen om at asylene «oppfant» sinnssykdommen, da all behandlingen av sinnssyke skjedde innenfor asyls kontroll, gir grunnlag for å stille spørsmålsteget ved hvordan sinnssykevesenet utartet seg i en landsdel som utelukkende hadde ett asyl, plassert ved Bodø, frem til 1961.²⁸ For sinnssykevesenet eksistens som institusjon, i Finnmark, fikk andre verdenskrigs katastrofale utfall. HPH, som hadde institusjonalisert fylkets sinnssykevesen med utgangspunkt i Fuglenesset ved Hammerfest sykehus, ble bestemt av sentralmyndighetene å ikke reises igjen. Det som tidligere hadde utgjort sentrum i fylkets sinnssykevesen var nå borte. Dette gjør det relevant å stille seg spørsmålet hvorvidt det var mulig å videreføre institusjonen i fravær av HPH, og i forlengelsen av dette, hvorvidt det er mulig å snakke om et institusjonelt sinnssykevesen i gjenreisningen av Finnmark. Baserte det sinnssykevesenet som reiste seg etter krigen på en kontinuitet til den institusjonen som hadde eksistert før krigen, eller kan vi prate om et brudd fra denne tradisjonen?

Et forhold som innen psykiatrichistorie til stadighet har blitt belyst er det *fremskrittsoptimistiske* perspektivet. I Fauses forskning pekes det i retning av hvordan forskningen tilsynelatende har vært preget av en nærmest ukritisk framskrittsoptimistisk syn. Dette kan vi se i sammenheng med en økende grad av institusjonalisering. Behandlingen av sinnssyke har blitt fremstilt som stadig

²⁴ Gilje, *Hermenautikk som metode*, 147-148.

²⁵ Fause – 2007:15 Foucault benytter gjennomgående begrepet «gale», da de gale, slike Foucault ser det, er et produkt av utfordrende opplevelser og ikke en sykdom.

²⁶ Fause 2013:115

²⁷ Fause 2007:13

²⁸ Fause 2007:23

mer humanitær jo nærmere egen tid vi har kommet.²⁹ Framskrittsoptimismen må sees i sammenheng med et økende antall asyl og den behandlingen som foregikk der. Hvordan gjorde dette framskrittsoptimistiske synet seg gjeldene i et fylke uten egne behandlingsanstalter?

i gjenreisningen av Finnmark bidro staten med betydelige summer i gjenreisningen, og innen helsevesenet skiller statens bidrag til fylkets fire regionale sykehus seg ut.³⁰ Inspirert av Ryymin og Andresens artikkel, *Effecting Equality: Norwegian Health Policy in Finnmark, 1945–1970s*, er det i oppgaven ønskelig å se nærmere på hvilke utfall velferdsstatens fremvekst bidro med i gjenreisningen av helsevesenet i Finnmark.³¹ Det er ingen kontroversiell påstand at den førte politikken ga positive utslag for helsevesenet i tiden frem mot 1960, men i forlengelsen av dette vil det være interessant å si noe om hvorvidt Arbeiderpartiets velferdspolitik på Stortinget ga resultater for sinnssykevesenet i Finnmark.

I forlengelsen av velferdsstatens inntog i Finnmark, løfter Ryymin og Andresen frem en teori om hvordan velferdsstaten går i møte med den norske befolkningen som en homogen gruppe. Denne teorien er høyst interessant og reiser et påfølgende spørsmål om velferdsstaten i Finnmark, i kombinasjons med institusjonelle forhold, ga utslagsgivende følger for den multietniske befolkningen i fylket. Verken velferdsstaten eller en institusjonaliserende politikk gir rom for ulike tradisjoner, språk og levesett.

Med utgangspunkt i teorier om institusjonalisering og modernisering, ønsker jeg i denne oppgaven å undersøke hvorvidt gjenreisningen av sinnssykevesenet i Finnmark bygde på en kontinuitet med den institusjonen som hadde eksistert før nedbrenningen, eller fremveksten av en ny velferdsstat. Kan man i det hele tatt prate om videreføringen av en slik institusjon uten de fysiske anstaltene, som ble brent ned?

1.8 Oppgavens struktur og periodisering

Oppgaven har som formål å fungere som et bidrag til å forstå fremveksten og organiseringen av sinnssykevesenet i Finnmark i tidsrommet i 1925 – 1961. Det har vært utfordrende å bestemme seg for en periodisering for kapitler

og oppgaven generelt, da oppgaven i sin helhet følger to løp, i form av to individuelle politiske styringsnivå, som tidvis er parallelle. *Det ene løpet* skildrer utviklingen av det fylkesregionale sinnssykevesenet - innenfor Finnmarks grenser, *mens det andre* følger den politiske utviklingens debatt, organisering, administrering, og til slutt, reisningen av et statsasyl i Tromsø. I oppgavens siste kapittel vil jeg trekke trådene sammen og forsøke å konkludere i henhold til oppgavens problemstillinger.

²⁹ Fause – 2013:106, Fause – 2007:13

³⁰ Ryymin & Andresen 2009:101-2

³¹ Ryymin & Andresen 2009:98

Oppgavens andre kapittel vil skildre starten av Stortinget forhandlinger om et nytt statsasyl i Troms og Finnmark, men også vise til de faktiske forholdene for å kunne konkludere i retning av om krigen representerte brudd eller kontinuitet i sinnssykevesenets institusjonalisering.

Oppgavens tredje kapittel forsøker å skildre de nasjonale planene for en gjenoppbygging av helsevesenet i Finnmark, og ut fra disse planene søker kapitlet å gi et innblikk i hvilken plass sinnssykevesenet skulle få.

Oppgavens fjerde kapittel vil ta for seg utviklingen blant sentralmyndighetene i sør. Her vil oppgaven gi et innblikk i diskusjonene innad i sosialkomiteen og samtidig vise til debatter, partipolitikk, og opposisjon. Et sentralt anliggende for kapitlet vil være å skildre det nasjonale sinnssykevesenet med hensikt å forså den politiske utviklingen ved statsasylet i Troms.

Oppgavens femte kapittel vil beskrive fremveksten av et sinnssykevesen innenfor Finnmarks fylkesgrenser. Her vil et særlig fokus ligge hvilke aktører som spilte en sentral rolle da Finnmark fikk egne pleiehjem for sinnssyke.

I oppgaven sjette kapittel vil tråder bli trukket sammen og jeg vil forsøke å komme med noen konklusjoner som svarer på de spørsmål som innledningsvis i dette kapitlet ble stilt.

Kapp. 2 – 1924 – 1944

Og vi som sitter med ansvaret og er den bevilgende myndighet, vi må også kjenne det forpliktende ansvar som vi har overfor disse mennesker, som vi vel kan få lov til å si er «våre minste», og som vi skal ta hand om.

- S.tid 1326:1958 Claudia Olsen

Da målet for oppgaver er å vise til hvilket offentlig institusjonelt tilbud sinnssykevesenet i Finnmark hadde frem til Åsgård sto ferdig i 1961, blir det innledningsvis sentralt å gjøre rede for det politiske klima i samtiden, og hvilket institusjonelt sinnssykevesen Finnmark hadde opparbeidet seg frem til alt forsvant i 1944.

Kapitlet vil ta sikte på å beskrive bakgrunnen for etableringen av HPH og hvilken rolle spilte pleiehjemmet for institusjonaliseringen av fylkets sinnssykevesen?

For å forstå *hvorfor* HPH ble reist er det nødvendig å se nærmere på hvorfor byggingen av det planlagte og vedtatte statsasylet i Troms ble utsatt – en avgjørelse som nødvendiggjorde fylkespolitiske tiltak i det regionale sinnssykevesenet.

Gjennom å svare på disse to spørsmålene, vil jeg vise til hvilke faktorer som virket inn i foranledningen til den politiske beslutningen om å legge planene for statsasylet på is, samtidig som jeg underveis vil forklare hvordan HPH's virke og eksistens kan ha bidratt til at planene ikke ble løftet frem igjen.

2.1 Stortinget om plasseringen av det planlagte statsasyl

Utover 1900-tallet hadde en økende behov for et nytt asyl i Troms og Finnmark gjort seg gradvis gjeldene, og ved inngangen til 1920-tallet var dette et tema Stortinget ikke kunne se bort ifra. Dette kom til uttrykk gjennom ulike offentlige uttalelser, og ballen begynte for alvor å rulle etter at Troms fylkesting, i 1921, nedsatte et utvalg med hensikt om å fremme det manglende sinnssyke-tilbudet i regionen.³² Det samme året nådde saken sosialdepartementet.³³

Fra Stortingets side ble det stilt krav til hva som måtte være på plass før en endelig beslutning kunne gjennomføres, deriblant eiendom. I følge Anne Lise Seip var Norge i mellomkrigstiden, med start på 1870-tallet, inne i en periode som hun for ettertiden har gitt navnet *sosialhjelpstaten* – en epoke som kjennetegnes av økte drivkrefter i utbyggingen av sosiale tiltak fra private, statlige

³² Fause – 2007:256

³³ Fause – 2007:256

og kommunale instanser.³⁴ Når en i denne konteksten henviser til hvordan Stortinget stilte krav til eiendom, skyldtes dette asylenes behov for å være selvforsynte i tillegg til at dette også fungerte en viktig syssel for de sinnslidende. I lys av dette behovet skulle asyllets eiendom inneha minst 400-500 km² areal tilgjengelig for dyrkbar mark, tilgang til havet – da dette fungerte både som inn- og utfartsåre ved innleggelse og utskrivninger – samt en tilgjengelig skog til brensel og syssel.³⁵

2.2 Politiske kvaler

Som et resultat av initiativet utvist fra fylkestinget i Troms, og Stortingets påfølgende krav til eiendom, startet sosialdepartementet en utredning av de økonomiske implikasjonene som ville følge med et nytt statsasyl. I en tidlig fase ble det sentralt å sammenligne utgiftene tilknyttet å reise et nytt asyl, satt opp mot alternativet ved å utvide det eksisterende asyllet fra 1902 ved Rønvik.³⁶ I sosialkomiteens innstilling fra 1922 hadde en overveiende fraksjon uttrykt ønske om å utvide Rønvik til fordel for å bygge et nytt statsasyl i Troms og Finnmark. Medlemmer av komiteen mente at en utvidelse av Rønvik ville være det mest fordelaktige som følge av de økonomiske påkostningene som et nytt asyl ville innebære. Det ble allikevel sendt en henstilling til sosialdepartementet for nærmere utredning av spørsmålet.³⁷

I 1923 sto utredningen langt på vei klar, og det viste seg at en utvidelse av Rønvik ikke ville bli særskilt mye billigere enn det å føre opp et nytt asyl i Troms og Finnmark.³⁸ Da det at på til samme år, fra ulike fagkyndige hold – deriblant overlegen for sinnssykevesenet, kom sterke uttalelser om at et nytt statsasyl i Troms og Finnmark var anbefalt, kunne det fremstå som at avgjørelsen var nær. Før året var omme hadde sosialkomiteen sirklet seg inn på Alta og Tromsø som de eneste aktuelle alternativ, men ettersom utredningen av det førstnevnte Finnmarksalternativet var ufullstendig, med tilhørende sterke fylkesinteresser på spill, ble vedtaket igjen utsatt.³⁹

Ved forhandlingene i 1924 hadde fire representanter fra sosialkomiteen, i forløpet til avgjørelsen, tatt turen til landets to nordligste fylker for å inspisere de aktuelle alternativene ytterligere. Men i tidsrommet frem til de to forslagene lå på bordet, hadde det i kjølvannet av de utvidede utredningene utviklet seg flere fraksjoner, innad i sosialkomiteen.

En fraksjon lente seg i favør av nordligste alternativet. I Finnmark hadde krefter blitt satt i sving for at det nye statsasylet skulle bygges i fylket, og et eksempel på dette var fylkeskommunes komiteutnevning, med distriktslegen Dr. J. Yttri som formann, med formål om å fremheve Alta-alternativet.⁴⁰ De hadde i foranledningen til avgjørelsen utarbeidet et utgreiing, som pekte i

³⁴ A.G Strøm-Erichsen:60 – med henvisning til Seip1984/1994

³⁵ Fause – 2007:257

³⁶ Fause – 2007:256

³⁷ Innst. S. XXXV – 1924 (om bevilgning til sinnssykevesenet)

³⁸ Innst. S. XXXV – 1924

³⁹ Innst. S. XXXV – 1924 Kirkenes og Sørreisa var også vurderte alternativ i prosessen

⁴⁰ Innst. S. XXXV – 1924

retning av Alta som det mest gunstige alternativet, og fra komitefraksjonens medlemmer lød det følgende:

Asylnøden i Hålogalands bispedømme er etter alle sakkyndiges enstemmige dom så skrikende og blir så meget verre for hvert år, at Stortinget nu må gjøre et alvorlig forsøk på å komme denne landsdel tilhjelpe. Forholdet er jo, at selv om man straks bygget et statsasyl så stort som forutsatt i proposisjonen – for 260 plasser – så vilde Hålogaland enda ikke rekke lengre frem enn på høide med de dårligst stillede landsdeler i Syd-Norge.

Har man for øie den plan, at hvert av de to fylker, Troms og Finnmark, med tiden får sit eget statsasyl, da må vel alt tale for at det første nye asyl legges i det fylke som nu er mest nødlidende. Og det er Finnmark fylke [...].⁴¹

Blant argumentene løftet fram for alternativet i Alta, var det spesielt geografiske hensyn som ble fremhevet. Alta, med sin sentrale plassering i fylket, lå godt skjermet til for vær og vind, hadde en overkommelig reisevei for minoritetsbefolkningen på innlandet, en kombinasjon av havtilgang og innlandsklima, rikelig med dyrkbar mark, og viktigst – statseide byggearealer.⁴² Ved anslag ble det uttrykt i sosialkomiteen at prisen, uavhengig av utfallet, ville havne på om lag 4.000.000, men at en i Alta, til fordel for Tromsø, ville slippe å betale for eiendommen.⁴³

Den andre fraksjonen, som utgjorde flertallet i komiteen, argumenterte i retning av Tromsø. De utviste til tross en tilsynelatende forståelse for hvilke positive utfall et statsasyl i Finnmark og Alta ville bringe, men kom ikke fra at statsasylet burde bygges der de sinnssyke ville oppnå best behandling.⁴⁴ I henhold til helbredelse og trivsel, og fraksjonenes uttalelser, var dette i Troms fylke.⁴⁵ De la vekt på at Tromsø var et sentralt knutepunkt i regionen, at det hadde et velutviklet kommunikasjons-senter og et jevnlig hurtigruteanløp. De hevdet at Tromsø-alternativet ville fungere lukrativt for de tilreisende spesialister og deres familier, da Tromsø hadde relevant fagmiljø med påfølgende gode rekrutteringsmuligheter og en nær tilgang til medisinske spesialister.⁴⁶ Argumentasjon mottok støtte, også fra sosialkomiteens formann, som tilførte hvordan det var av:

stor betydning, at den eiendom som erhverves byr på de bedst mulige betingelser både med hensyn til anlegg og drift av det nye asyl. Enn videre må nevnes at det vil være av stor betydning, at asylet blir lagt til et sted hvor der i nærheten av dette kan være anledning til å etablere en tilfredstillende privatpleie under tilsyn og kontroll av asylets direktør og sykepleiere. Dette siste ansees å være av så stor betydning at det må spille en strekt fremtredende rolle ved salg av sted for asylet.⁴⁷

Uttalelsen understreker hvordan asylets eiendom fremheves som sentral, men også hvordan statsasylet ville bidra til en institusjonalisering av sinnssykevesenet i forlengelse av privatpleien i

⁴¹ Innst. S.XXXV - 1924

⁴² Innst. S. XXXV - 1924:7 – Staten eide områder både ved Thomasbakken og Elvestrand i Alta, og i disse områdene var tilgangen på torv, brensel, trematerialer og skifer stor – alt på statseide grunnområder.

⁴³ Innst. S. XXXV:1924. I henhold til de gjennomførte utredningene ble byggekostnadene anslått til 4.100.000 i Tromsø, mens Alta ble satt til 4.000.000,-.

⁴⁴ Alta har siden starten på 2000-tallet vært Finnmarks største by, men var på 1920-tallet en beskjeden herred-kommune med omlag 2000 innbyggere, og ble av den grunn omtalt som en bygd i samtiden. Da sosialkomiteen utviste empati, bygde dette på hvordan et statsasylet i Alta ville resultere i sosiale goder, i form av skoler, vannkraft og et elektrisk kraftverk.

⁴⁵ Innst. S. XXXV - 1924:4-5

⁴⁶ Fause – 2007:256-8

⁴⁷ Innst. S, XXXV – 1924 (om bevilgning til sinnssykevesenet) side 5-6

regionen. Ikke minst var innbyggertallet på dette tidspunktet i Troms omlag det dobbelte av hva det var i Finnmark. Omstendighetene ble styrende for avgjørelsen.

En tredje fraksjon, representert av færrest antall representanter, argumenterte for et tredje alternativ. Det ble her argumentert i retning av å unngå å bygge et nytt statsasyl, men isteden bygge et statsdrevet pleiehjem i Finnmark med sengeplasser for 100 sinnslidende. I den grad dette alternativet vant fram, ville statsasylet ved Rønvik samtidig se sin oppussing og påfølgende utgjøre et bedre og utvidet tilbud for befolkningen i Troms. Forslaget ble imidlertid nedstemt med argumentasjon om at et pleiehjem ikke ville tilfredsstille behovet ved akutte innleggelser av sinnssyke, og at tilbudet dermed ville fungere ufullstendig og lite forsvarlig.⁴⁸

2.3 Resultatet

En etterlengtet beslutning skulle i 1924 avgjøres. Siden sinnssykeloven trådte i kraft hadde begge fylkenes sinnssykevesen vært representert av privatpleie utelukkende, og som et resultat av fire år med forhandlinger, må det være mulig å anta at beslutningen om et nytt statsasyl opplevdes ettertraktet. Når utfallet og bestemmelsen endelig skulle fastslås, må det kunne tenkes at det hele ble mottatt – spesielt i Troms og Finnmark - som et voldsomt antiklimaks. Heller ikke dette året hadde stortingskomiteen klart annet enn å konkludere med at det nye statsasylet skulle plasseres i Troms, og i likhet med de foregående årene ble beslutningen utsatt et år til. En kombinasjon av mange alternativer, sterke stemmer, fylkesinteresser og lite penger, førte til at et *utsettelsesforslag* ble stående som sakens siste ord.⁴⁹

*Stortinget samtykker i at der anlegges et statsasyl for Nord-Norge i Troms fylke for ca. 200 pasienter efter tegninger og planer, som fastsettes av neste års Storting.*⁵⁰

Det påfølgende året ble sosialkomiteens flertall, med sterk påvirkning fra sosialdepartementet, enige om at landets utfordrende økonomiske situasjonen gjorde det midlertidig uaktuelt å reise et nytt statsasyl i nord. Det ble foreslått å bistå asylnøden i Nord med å innrede plass ved andre konvensjonelle sykehus – et forslag som best kan forstås som halvhjertet, og sosialkomiteens flertall hadde fra og med dette tidspunktet lagt planene om et nytt statsasyl død.⁵¹ Diskusjoner om et nytt statsasyl ble ikke løftet frem igjen før etter krigens slutt.

2.4 Økonomisk nedgangstid og dens påvirkning

Den mest utslagsgivende faktoren for at asylplanene ble satt på is, var en dårlig nasjonal økonomi, og årsakene til dette flere og sammensatt. En bidragsytende faktor i Skandinavia, så vel som i Storbritannia, var paripolitikken som gjorde seg gjeldende utover 1920-tallet. Denne politikken kjennetegnes av sentralbankens rente- og utlånspolitikk som viktigste virkemiddel, og tok i praksis sikte på å begrense mengden penger i omløp. Konsekvensen var at Norge i

⁴⁸ Innst. S, XXXV – 1924:4

⁴⁹ Innst. S, XXXV – 1924:11

⁵⁰ ibid

⁵¹ Innst. S. nr. 67a:1925

mellomkrigstiden, på lik linje med andre vestlige land, opplevde en økonomisk ustabilitet, svingende prisutvikling, bankkriser, og i ikke minst arbeidsledighet.⁵²

En annen årsak til økonomisk nedgangstid var usikkerheten knyttet til den russiske revolusjon. Usikkerheter tilknyttet sikkerhetspolitikk førte til at pomorhandelen langs kysten opphørte. Dette fikk store konsekvenser for befolkningen i Finnmark, da revolusjonen bød på særskilte utfordringer for fiskerne som tradisjonelt hadde byttet sine fiskeressurser mot korn, og ble dermed en kilde til økt arbeidsledighet.⁵³ Det var spesielt kystbefolkningen i Finnmark som merket på dette.⁵⁴ Historiker Anne Lise Seip henviser til hvordan den økonomiske krisen førte til at fattighjelpen ble skjerpet, og bidro til at gjelden i Finnmarkskommuner, i tidsperioden mellom 1916 og 1935, tidoblet seg.⁵⁵ På landsbasis ble 50 kommuner satt under offentlig administrasjon i kriseårene.⁵⁶

Også på landsbasis drev økonomien og mangelen på asylplasser i samme nedadgående retning utover 1920-tallet. I en tidsperiode mellom 1904 og 1926 reiste stat og fylkeskommuner 10 nye asyler, de fleste på Østlandet, og bidro samtidig til å institusjonalisere sinnssykevesenet med utslagsfelt knyttet opp mot det økte antallet asyler. Resultatet ble en konsentrasjon av psykiatriens profesjon, gjennom fagkunnskaper og profesjonalisering. Nedgangstiden på 1920-tallet sørget for at den store asylutbyggingen mer eller mindre stoppet opp.⁵⁷

I Finnmark fikk den økonomiske nedgangen konsekvens for det lokale sinnssykevesenet. Ikke bare hadde nedgangstidene resultert i en byggeutsettelse for det tiltenkte statsasylet i Troms og Finnmark, men det hele slo også dårlig ut for privatpleien. Det er fristende å trekke en slutning i retning av at privatpleien, med dens økonomiske tilskudd til privatforpleiere, fikk en oppsving da arbeidsledigheten vokste, men her viser Fause til hvordan det var mindre innbringende å ha sinnssyke i forpleining enn å se seg om etter andre inntektskilder. Et grunnelement i det å være forpleier handlet om å være tilstede i husholdet og ta del i den nødvendige oppfølgingen av den sinnssyke. Den økonomiske krisen tvang i stedet potensielle forpleiere ut av husholdet på jakt etter kontantinntekter.⁵⁸

Som nevnt tidligere fikk mellomkrigstiden en utslagsgivende effekt på fattigkassen, og i den konvensjonelle sykehusdriften ble resultatet slående. I 1931 var økonomien så svekket at *ubemidlede* pasienter på sykehuset ikke ble mottatt på fattigvesenets regning, og på et tidspunkt var situasjonen så kritisk at hele sykehusdriften i Finnmark sto i fare.⁵⁹ Det samme året valgte

⁵² Snl.no - paripolitikk

⁵³ Fause 2007:255

⁵⁴ Bottolfsen 1990:234 Bottolfsen viser til hvordan det var store forskjeller hvordan utfallet påvirket befolkningen langs kysten og på innlandet.

⁵⁵ Seip:1984

⁵⁶ Fause 2007:256

⁵⁷ A.G Strøm-Erichsen:60-62 Etter 1920 og frem til 1961 var det kun kriminalasylet ved Reitgjerdet og det regionale asylet Lier som ble til.

⁵⁸ Fause 2007:254-6

⁵⁹ Elstad 2006:435

fylkestinget å søke en forhøyelse av refusjonsandelen for sinnssykes forplening, da komplikasjoner tilknyttet å betale sinnssykeutgiftene i fylket hadde resultert i at landets asylere hadde antydnet at pasienter fra Finnmark i fremtiden ikke ville bli tatt imot.⁶⁰

2.5 Et pleiehjem blir til

Da nyheten om at det planlagte statsasylet hadde blitt skrinlagt, valgte fylkeskommunen i Finnmark å gå inn for en annen strategi, der resultatet ble et pleiehjem for sinnssyke i Hammerfest. Utfallets utgangspunkt var sosialdepartementets forslag fra 1921 om å bygge nye, moderne lokaler for det eksisterende sykehuset i Hammerfest.⁶¹ Staten skulle bekoste sykehuset, samt et tilhørende epidemilasarett. De økonomiske nedgangstidene førte med seg at arbeidet med sykehuset etter hvert ble innskrenket og ressursene påfølgende redusert.⁶² Som en følge ble det tilhørende epidemilasaretten aldri ferdigstilt. Med unntak av tuberkulosen hadde smittesykdommene en tilbakegang utover 1900-tallet.⁶³ I den forbindelsen valgte myndighetene påfølgende å hevde at lasaretten ikke lengre var nødvendig. Det ble i tillegg argumentert for at lignende tilbud fantes i både østfylket og Troms.⁶⁴ En mulighet for å tenke nytt åpnet seg, og da etterspørselen for en anstalt å behandle sinnssyke i fylket i allerede var stor, benyttet fylkeskommunen muligheten til å reise et pleiehjem der epidemilasaretten i utgangspunktet var tiltenkt.

Forslaget, som på initiativ fra fylkeskommune hadde blitt løftet fram og diskutert på Stortinget i 1926, ble det påfølgende året vedtatt, og med bidrag fra statens *nødsarbeidsbevilgning* ble pleiehjemmet ominnredet og ferdigstilt i 1929.⁶⁵ En forutsetning for driften var at den skulle foregå økonomisk edruelig, noe som lar seg eksemplifisere ved at HPH, etter at pleiehjemmet sto ferdigstilt, ble drevet av de sinnssykes offentlige tildelte midler.⁶⁶

I Finnmark var fylkeslegen øverste ansvarlig for fylkets sinnssykeutgifter, og i lys av situasjonen beskrevet på side 8, blir det tydelig hvordan en spenning utviklet seg mellom økonomi og pasientenes beste. I tidsrommet opp mot åpningen av HPH var fylkeslegen så bekymret at han skrev følgende:

Det vil bli en ulykke for fylket, om det nye asyl for Nord-Norge blir bygget, og der må gjøres hva man kan herfra for at bygningen av asylet ikke iverksettes for tiden. Jeg frykter at allerede åpningen av sinnssykehjemmet i Hammerfest vil foranledige en følelig økning i fylket i utgiftene. Ingen innleggelse i asyl må skje uten at det er helt nødvendig!⁶⁷

Brevet kan bidra til å kaste lys over økonomi som en gjennomgående bekymring i møte med sinnssyke, men kan forklares gjennom to økonomiske nyanser; først og fremst, hvordan et nytt

⁶⁰ St. prp. Nr. 1 1932:37

⁶¹ Fause 2007:257

⁶² Fause 2007:257-58

⁶³ Elstad Ottar:2011:41 <https://uit.no/Content/463192/sykehus%20nordnorge.pdf>

⁶⁴ Elstad 2006:

⁶⁵ Innst. s. nr. 60:1927

⁶⁶ Fause 2008:285

⁶⁷ Fause 2007:259

statsasyl i landsdelen ville bidra til økonomiske utfordringer også etter dens tilblivelse. Selv om staten sto for utgiftene tilknyttet etableringen av landets statsasyl, skulle 6/10 av pasientenes *kurpris* dekkes av fylket.⁶⁸ Til sammenligning med utgiftene som førte med privatpleien, var en innleggelse ved asyl betraktelig dyrere. En generell betraktning kan reises i retning av om innleggelser bar med seg mer positivt enn negativt. Til tross for en bedre behandlingsmulighet ved asylene, var det å bli innlagt også forbundet med en belastning, da dette medførte en lang reisevei og at flere personer måtte inkluderes i prosessen.⁶⁹

For det andre fantes det en frykt for at antallet sinnssyke ville øke i takt med det utvidede tilbudet. En økt innleggelse ville også føre til et økt behov for kompetente ansatte. I forbindelse HPH ble de fagansatte rekruttert fra søsterhjemmet Bethanien, i Oslo.⁷⁰ Pleiehjemmet tok imot sykepleierelever og utdannet også egne mannlige pleiere.⁷¹

I den grad det fantes et økonomisk argument som talte *for* å anlegge en anstalt i fylket, var det at innleggelser ved statsasylet i Bodø, eller ved andre asyl i landet, ville bidra til å sende forpleiningspengene *ut* av fylket.⁷²

2.6 Hammerfest pleiehjem åpner dørene

I 1930, etter samarbeid mellom fylkestinget og sosialdepartementet, to runder på Stortinget og én på fylkestinget, åpnet HPH sine dører og de første pasientene flyttet inn.⁷³

Det lukkede pleiehjemmet hadde ved åpningen plass til 60 pasienter, tiltenkt rolige, kroniske og uhelbredelige sinnssyke og var forbeholdt sinnslidende fra Finnmark. Pleiehjemmet var i utgangspunktet tiltenkt plass til 40 sinnslidende, men på oppfordring fra overlegen av sinnssykevesenet økte pleiehjemmets sengekapasitet i byggeprosessen.⁷⁴ Det ble forstått som en forutsetning allerede før åpningen, at det kun ved ledige sengeplasser kunne bringes inn sinnslidende fra andre fylker, og i så tilfelle skulle dette godkjennes av fylkeslegen og fylkesmannen i dialog med hjemmets bestyrer.⁷⁵ Denne normative praksisen beveget pleiehjemmet seg etter hvert vekk fra, og det utviklet seg et handlingsmønster der distriktsleger i nord søkte plass ved HPH så vel som ved Rønvik eller andre asyler.⁷⁶

Allerede i 1927 uttrykket overlegen for landets sinnssykevesen at driften ved HPH skulle stå i en *intim forbindelse* med Rønvik, slik at det ved behov kunne utveksles pasienter.⁷⁷ Ved åpningen av HPH var det 39 Finnmarkinger innlagt ved Rønvik, og av disse ble 26 flyttet over til

⁶⁸ Kurpris = pris for asylbehandling per døgn

⁶⁹ Fause 2007:260

⁷⁰ Sykesøstre ble rekruttert fra Bethanien i Oslo, en kristen pinsemenighet. Først i 1961 fikk fylket, gjennom Hammerfest sykehus, en egen sykepleierutdanning. F.F 1961:250 sak nr. 30

⁷¹ Fause 2008 – Tidsskriftet Den Norske Legeforening

⁷² Fause 2007:260

⁷³ Fause 2007:253, 260, og St. prp. Nr. 1 – 1927:29

⁷⁴ St. prp. Nr. 1 1927:29 – Sosialdepartementet og Fause – 2007:267

⁷⁵ Fause 2007:261

⁷⁶ Fause 2013:112

⁷⁷ St. prp. Nr. 1 1927:29-30

pleiehjemmet. I tillegg kom én pasient fra Rotvoll, mens 17 kom uten å ha vært innlagt i asyl. Av sinnslidende fra Troms var antallet pasienter det første året 8.⁷⁸ Mot slutten av 1930-tallet tok vekslingen av pasienter mellom Rønvik og HPH seg opp, og i 1939 ble syv pasienter overflyttet til asyl og pleiehjemmet tok imot det samme antallet i retur. I hvilken grad pleiehjemmet var representert av fylkets fleretniske sammensetning, sier kildemateriale lite om.

Ved flere anledninger opplevde pleiehjemmet at kapasiteten ble utvidet, og etter hvert ble også loftet tatt i bruk for å gjøre plass til et utvidet antall pasienter.⁷⁹ Utvidelsene skjedde gradvis, og beskrivelser om uholdbare personalforhold var bidragsytende for sporadiske, offentlige bevilgninger.⁸⁰ I 1940 ble et nærliggende barnehjem også tatt i bruk med formål om å fungere som en fjernbolig for de mer fungerende pasientene.⁸¹

Ved HPH ble pasientene trent opp til arbeid og livsmestring. En målsetting ved innleggelse på pleiehjemmet var at de sinnslidende, etter endt opphold, skulle beherske arbeid, livsmestring og unngå behov for fattigkassens bistand.⁸² Om dette ikke bidro til pasientenes *helbredelse*, ville utfallet gagne i en senere privatforpleining. Pleiehjemmet lyktes godt i oppgaven med bistå sinnssykevesenet i Finnmark, og fram til 1937 ble ingen fra Finnmark innlagt ved asyl.⁸³ Avsnittet fungerer som et eksempel på hvordan pleiehjemmet bidro til positive ringvirkninger og en institusjonalisering av fylkets sinnssykevesen.

Mot slutten av 1930-tallet, etter at en *vekslingspraksis* mellom Rønvik og HPH hadde fått fofeste, sendte fylkestinget i Finnmark en søknad om refusjon av utgifter tilknyttet transport av sinnssyke. En egen post, underlagt statens sinnssyke-utgifter, hadde noen år tidligere blitt opprettet, og i den forbindelse ønsket fylket, på vegne av HPH, at Stortinget skulle subsidiere utgiftene.⁸⁴ Som nevnt tidligere var det overlegen for det norske sinnssykevesenet som i planleggingsfasen hadde oppfordret til et tett samarbeid med Rønvik, og i 1932 presiserte medisinaldirektøren at HPH utførte «*et asyls arbeide*».⁸⁵ Det kan tenkes hvordan denne uttalelsen var utslagsgivende for at søknaden ble innfridd. Sosialdepartementet hadde imidlertid frarådet tildelingen, av budsjettmessige årsaker. I realiteten hadde reiseutgiftene tilknyttet de sinnslidende pasientene nord sunket i tidsrommet *etter* at HPH ble ferdigstilt, og hadde det ikke vært for at medisinaldirektørens innspill, ville dette trolig vært en utgift fylket måtte stått for selv.

Med medisinaldirektørens uttalelse fra 1932, så vel som også Fause peker i retning av, var driften ved HPH på mange måter tilsvarende et asyl.⁸⁶ Det fantes til tross noe klare skillelinjer; et

⁷⁸ Fause 2007:264

⁷⁹ Fause 2007:284

⁸⁰ Innst. S. nr. 59:1935 - 7.000,- overført i 1935. Loftinnredning, kilde. Overtagelse av barnehjemmet, kilde.

⁸¹ Fause 2007:286 – det er uvisst hvorvidt denne planen på noen tidspunkt ble iverksatt, da krigen brøt ut samme år.

⁸² Fause 2007:289

⁸³ Fause 2007 269

⁸⁴ Innst. s. nr. 60 1932:7

⁸⁵ St. prp. Nr. 1:1932:38

⁸⁶ Fause 2007:289

sinnssyke asyl var ved opprettelse gitt kongelig autorisasjon, og det skulle ledes av en ansatt lege på heltid. Dette var ikke tilfelle ved HPH, da verken kongelig resolusjon eller en fulltidsansatt lege var tilstedeværende.⁸⁷ Vi skal videre se hvordan pleiehjemmet og dens bestyrer fikk en sentral betydning for regionens privatpleie.

2.7 HPHs funksjon for privatpleien

En sentral årsak for etableringen av HPH var å gi fylket etterlengtede institusjonsenger, men også skape en dialog og dynamikk med den nærliggende privatpleien.⁸⁸ Resultatet ble en rekke mindre *forpleiersamfunn* omkring Vest-Finnmarks kystkommuner og en fremvekst og stabilitet i regionens privatpleie.

Helt fra pleiehjemmets første virkedager var en opptatt av å «sette ut» pasienter så tidlig som mulig, og nettopp derfor gagnet privatforpleiningen i nærområdet stort ved at pleiehjemmets bestyrer fungerte som et bindeledd mellom pleiehjem og privatpleien.

Bestyreren ved HPH hadde en dobbeltrolle i Vest-Finnmark da han også var distriktslege for legedistriktet som omfattet kommunene Hammerfest, Kvalsund og Sørøysund. Han kunne dermed oppsøke de pasienter som tidligere hadde blitt «satt ut» i privatpleien, og på samme måte bedømme nødvendigheten for nye «pleiehjemskandidater».⁸⁹ Fra pleiehjemmets etablering ble det raskt iverksatt en strategi for samarbeid med sivilbefolkningen i Vest-Finnmark, og allerede det første året ble 20 pasienter flyttet fra pleiehjemmet og ut i privatpleie hos den nærliggende lokalbefolkningen.

Når forpleier-deltagelsen i nærområdet med tiden avtok, gikk pleiehjemmets bestyrer ut i den lokale avisen å annonserte for behovet etter nye forpleiere. Fra og med 1934 var distriktslegen spesialist i psykiatri, og oppnådde stor suksess gjennom annonseringen da 25 pleiepasienter flyttet inn hos familier i pleiehjemmets nærliggende områder, det samme året. Av de som flyttet ut det første året var det bare tre som fikk tilbakefall og flyttet tilbake til pleiehjemmet.⁹⁰

HPHs bestyrer utførte tilsyn så ofte som mulig, minst én gang i året, og det er nettopp her Fause løfter frem i sin avhandling hvordan tryggheten til å «ta inn» sinnssyke i privatpleien vokste fram hos den nærliggende kystbefolkningen. Utstrekningen oppnådde solide resultater, og bare et par år senere var det tilsynelatende langt enklere å få pasientene ut i privatpleien – ja faktisk så overkommelig at både fylkeslegen og distriktslegen kunne velge «de mest skikkede» til oppgaven. Den etter hvert gode relasjonen som utviklet seg mellom forpleiere og HPH gjorde det også mulig å plassere de mest utfordrende pasientene i pleiehjemmets geografiske nærhet.⁹¹ Det vokste også frem sporadiske koloniforpleininger. En koloniforpleining er et tilfelle av privatpleie der en forpleier hadde tre eller flere sinnssyke i sin forpleining. Dette var uvanlig i Nord-Norge, men

⁸⁷ Fause 2007:254

⁸⁸ Fause 2007:268

⁸⁹ Fause 2007:260 og

⁹⁰ Fause 2007:286

⁹¹ Fause 2007:261

etter pleiehjemmets fremvekst vokste enkelte frem i både Hammerfest, Sørøysund og Kvalsund.⁹² Egne samfunn med stor ansamling av privatforpleiere utviklet seg også i kommunene Hammerfest og Hasvik, med større utslag på Klokkerøy, Sjøholmen og Breivikbotn.⁹³

En sentralt ledd i prosessen med å «sette ut» pasienter, var utvilsomt hvordan en klar avtale ble lagt på bordet, mellom privatforpleiere og HPH, der en kontrakt spesifiserte hvordan den sinnslidende i privatforpleining kunne «returneres» til HPH dersom vedkommende ikke passet inn i forpleiningshusholdet lengre. Ved et slik tilfelle ville den sinnslidende slippe forbi pleiehjemmets venteliste – «*det ville alltid være plass til disse pasientene*».⁹⁴

Under Stortingets behandling av sinnssykevesenets budsjett i 1937, ble det med inspirasjon fra Sogn og Fjordane, foreslått oppført et isolasjonslokale ved Hammerfest pleiehjem.⁹⁵ Lokalet hadde som formål å kunne ta i imot urolige sinnssyke, og fylkesmannen i Finnmark anbefalte 8 isolater fordelt på pleiehjemmets to avdelinger. Fylkesmannen pekte på hvordan det ville by på driftsmessige fordeler, da sinnssyke ville forsikres forsvarlig tilsyn og pleie, i avvente på en videre anbringelse til asyl. Det ble vist til hvordan pleiehjemmet ble reist med statsmidler, og hvordan staten burde ta denne regningen også. Medisinaldirektøren påpekte hvordan isolatavdelingen ville forhindre praksisen der fylkets sinnssyke måtte anbringes arrestlokaler og hvilke utgifter det førte med. At privatpleiens trygge rammer ble forsterket av isolatene, ble også løftet fram. Forslaget, som hadde blitt utarbeidet av sosialdepartementet, ble tilsluttet enstemmig av Stortingets sosialkomite.⁹⁶ Det er uvisst hvorvidt isolatet lot seg bygge før krigen kom til Finnmark. Vi skal i det neste delkapittelet se hvilke følger dette fikk.

2.8 Krigen kommer til Finnmark

I 1940 kom krigen til Norge og Finnmark. Tyskerne, med sin tiltenkte fredelige inngang i Norge, hadde langt mindre fredelige planer i møte med sinnslidende.

I Tyskland ble mer enn 300.000 sinnslidende drept i løpet av Naziregimes regjeringstid. Dette skjedde gjennom en *eugenic* bevegelse som sammenfalt med økonomiske årsakssammenhenger, da krigen førte med seg store behov for sykehussenger i landet.⁹⁷ Tidligere sykesenger, forbeholdt sinnslidende i Tyskland, ble frigjort gjennom nazi-ideologiens nedlatende syn på sinnslidende, og resulterte i tvangssterilisering, aktiv utslutning og påfølgende død.⁹⁸

⁹² Fause 2007:286 Fauses studie viser til hvordan kolonien forekom i Kvalsund og Sørøysund, men innblikk i

⁹³ F.F sinnssykeberetningene 1940:49-54, sinnssykeberetningene 1941:52-7, sinnssykeberetningene 1942:50-6

⁹⁴ Fause 2007:286-87

⁹⁵ Da Sogn og Fjordane i likhet med Troms og Finnmark ikke hadde et nærliggende asyl, ble fylkene, både før og etter krigen, benyttet som modeller for løsning av problemer tilknyttet utfordringer i sinnssykevesenet.

⁹⁶ St. prp. nr. 1 – 1939:68, innstilt i Innst. s. nr. 63:1939

⁹⁷ Fause 2015:1

⁹⁸ Fause 2015:7-8 – «The eugenic movement» omhandler i korte trekk nazistenes aktive utrensning av sinnslidende i møte med utfordringer om å gi plass til flere soldater i tyskernes helsevesen. Fori videre lesning, se Fause - The mentally sick during second world war, side 7 og 8.

I Norge stod tyskerne på det meste med 400.000 soldater og utgjorde om lag 20-25% av antallet mennesker innenfor norske landegrenser.⁹⁹ Tyskerne eksporterte sitt syn på sinnslidende til sine okkuperte land, med ulike utslag.¹⁰⁰

Ved inngangen til krigen var HPH landets største pleiehjem.¹⁰¹ Allerede januar 1942 begynte tyskerne sine første forsøk på å rekvirere pleiehjemmet, men lokale, fylkesregionale og nasjonale myndigheter gikk opp og imot dette, og argumenterte for pleiehjemmets viktige funksjon. Protesten oppnådde resultater og medførte at det gikk et år før rekvireringen ble gjennomført.¹⁰²

I løpet av 1942 hadde tyskerne tatt over større og større deler av pleiehjemmet, og i oktober 1942 skjedde den endelige ordren. Pasienter som hadde gjort tilstrekkelige fremskritt ble utskrevet, sendt til sine familier eller sendt i privatforpleining. 23 desember ble 54 pasienter og 10 av pleiehjemmets ansatte sendt sørover med stambåten «Bodø». Pleiehjemmets bestyrer hadde i foranledningen sendt en rekke telegram til asyler med forespørsel om hvor mange sinnslidende de kunne ta. Det medfølgende personale ble beordret til å ta opp arbeidet ved de asyler der pasientene fikk plass. Statsasylet ved Rønvik, som langt på vei delte skjebne med HPH, så seg også nødt til å transportere sine pasienter og personale, da asylet ble rekvirert for militære formål.¹⁰³

I oktober 1944 ble den øvrige befolkningen i Finnmark beordret sørover og den største flyttestrømmen av mennesker, i norsk moderne historie, gjorde seg klare til å sette kursen sørover. Organisert gjennom et evakueringskontor i Tromsø, ble 250 fiskebåter samlet for å plukke opp og transportere befolkningen langs kysten. Med alt fra en uke til noen timer å forbedrede seg på, dro befolkningen sørover - enkelte uten en eneste koffert.¹⁰⁴ Fra Hammerfest startet deportasjonen 29. oktober, og 10 dager senere dro de siste innbyggerne.¹⁰⁵ De som hadde sinnslidende i sin forpleining tok de med seg sørover. En båt ble sendt med utelukkende sinnslidende. Forholdene om bord var grusomme og i et tilfelle hoppet en av de sinnslidende over bord.¹⁰⁶

I 1944 ble Hammerfest pleiehjem sprengt i luften og 10. februar 1945 brente det siste huset i byen til grunne.¹⁰⁷ Frem til dette tidspunktet hadde pleiehjemmet utviklet seg til å være en bidragsytende institusjon for hele Nord-Norge, og etter 1932 var der pasienter fra samtlige fylker i den nordligste landsdelen. Ved åpningen i 1930 hadde pleiehjemmet 12 ansatte, mens det i løpet av sine siste dager i 1942 hadde 20.¹⁰⁸ Etter rekvireringen av HPH og Rønvik var det ingen form

⁹⁹ Fause 2015:10-11

¹⁰⁰ Fause 2015:1 Sinnslidende på Balkan og Øst-Europa fikk gjennomgå betraktelig verre enn i Norge.

¹⁰¹ Fause 2015:2

¹⁰² Fause 2015:12

¹⁰³ Fause 2015:11-13 – Rønvik ble til forskjell for HPH ikke sprengt ved krigens slutt, men ble bombet ved tyskernes ankomst i 1940, og påfølgende rekvirert i 1942.

¹⁰⁴ Bottolfsen 1990:337-9, Fause – 2015:13

¹⁰⁵ Et unntak var den delen av befolkningen som gjemte seg vekk fra okkupasjonsmakten i huler og lignende.

¹⁰⁶ Fause 2015:14

¹⁰⁷ Ibid

¹⁰⁸ Fause 2011 Ottar:4

for institusjonsvirksomhet igjen, og en kan argumentere for at landsdelens sinnssykeinstitusjon, i sin abstrakte form, også var borte. I Nord-Norge sto utelukkende privatpleien igjen, og sinnssykevesenet var satt tilbake et halvt århundre.¹⁰⁹ Fra Tanafjorden i nord til *Lyngenlinjen* ved Lyngenfjorden, ble alt, med svært få unntak, brent, ved tyskernes tilbaketrekning.

Ville sinnssykevesenet som institusjon reises etter krigen?

2.9 Kapittelsammendrag

I 1925 ble en det Stortinget vedtatt en beslutning om å legge planene om et nytt statsasyl på is. Klare stemmer talte i retning for at et slikt prosjekt ikke kunne realiseres da den nasjonale økonomien sto i knestående. Empiriske funn/kildemateriale taler også i retning av at ulike sterke fylkesinteresser bidro til usikkerhet i den politiske prosessen. I prosessen ble lokasjoner i både Finnmark og Troms vurdert, samt et alternativ der Rønvik i stedet ville blitt utvidet.

I 1923 ble det besluttet å ikke fullføre det tiltenkte epidemilasaretet i tilknytningen til moderniseringen av Hammerfest sykehus. Da sosialkomiteen besluttet å ikke bygge et nytt statsasyl, gikk fylket i 19xx inn for å reise et pleiehjem for 6x sinnslidende i stedet. Pleiehjemmet ble ferdigstilt og ominnredet med midler fra statens xxxxx og sto ferdig i xxxx.

En sentral del av debatten om et nytt statsasyl i Troms og Finnmark, var statsasylets beliggenhet. Et nytt statsasyl ville for begge fylkene bidra til næringsinnbringende ringvirkninger, men også bidra til en institusjonalisering av sinnssykevesenet i asylet nærrområde. Da fylkeskommunen i Finnmark reise et pleiehjem i kjølvannet av den stortingsvedtatte beslutningen, startet en institusjonaliseringsprosess av sinnssykevesenet i med utgangspunkt i Hammerfest kommune. Først og fremst bidro pleiehjemmet til å øke virksomheten i nærområdets privatpleie, med de sterkeste utslag i kommunene i Vest-Finnmark. Med pleiehjemmets vekst vokste også institusjonen, og da pleiehjemmet ble rekvirert i 1942 hadde pleiehjemmet 20 ansatte, en spesialisierende bestyrer og distriktslege i psykiatri, en egen praksisordning for opptrening og rekruttering av personale, og kunne samtidig vise til fremveksten av forpleiningssamfunn og koloniforpleininger i nærområdet. Fra og med 1937 forekom også *pasientvekslinger* mellom Rønvik og HPH.

Pleiehjemmet møte med fylket fleretniske befolkning sier kildemateriale lite om.

¹⁰⁹ Fause 2015:13 - Et unntak var i kjelleren ved Bodø sykehus der to rom med to isolater ble opprettet for 10 kvinnelige ikke-psykotiske pasienter.

Hvordan pleiehjemmet vokste frem på bekostning av det tiltenkte lasarettet er et tidlig eksempel på hvordan helsevesenet gjorde en prioritering mellom sinnslidende- og smittesykdommer.

Institusjonalisering, med utgangspunkt i anstalt, var en prosess som måtte skje i takt med modernisering og ressurser. Fylkeslegens uttalelse viser hvordan en anstalt, i dette tilfellet i form av et pleiehjem, skapte store økonomiske bekymringer for sinnssykevesenets økonomiske overhode i fylket. Da pleiehjemmet lyktes med institusjonalisering, uten at det gikk på kompromiss med økonomiske faktorer, skjedde dette over en 12-årsperiode der distriktslege og bestyrer knyttet dynamiske bånd mellom pleiehjem, privatpleie og statsasylet ved Rønvik.

HPH kan på mange måter sammenlignes med asylene sør i landet. Statsasylene; i form av statens fulle dekning av ominnredning og isolatutvikling. Regionale asyl; i form av dag-til-dag utgiftene som fylket selv måtte stå for. Av pleiehjemmets enkeltindividers forpleiningspenger bidro staten med 4/10 til privatforpleining og pleiehjemsforpleining.

I 1940 kom andre verdenskrig til Norge. For sinnssykevesenet resulterte dette i at Nord-Norges eneste anstalter for sinnssyke, i Hammerfest og Bodø, ble rekvirert av tyskerne med militære formål. Rekvireringsprosessen ved HPH forgikk gradvis gjennom 1942, og ved utgangen av året ble pasientene utskrevet eller sendt sørover med båt.

I 1944 ble den øvrige delen av befolkningen tvangsevakuert sørover, og de sinnslidende som to år tidligere hadde blitt skrevet ut i privatpleien, fulgte med sine nye forpleiere i følget sørover. Ved utgangen av 1944 sprengte tyskerne pleiehjemmet som en del av deres *brente jords taktikk*.

I neste kapittel vil vi se nærmere på hvilken plass de sinnssyke fikk i et fylke som var totalruinert.

Kap. 3 1945-48

*«Frykt ikke avsvidde byer,
de reiser seg nok etter evne,
men frykt for de avsvidde hjerter,
som bare har kraft til å hevne»*

Dancke:1986:12

Det krevde ekstraordinære tiltak å bygge opp et fylke som i 1945 var sterkt rasert. Hvem skulle ha ansvaret for planlegging, finansiering, forsyning, transport og gjenoppbygging – og ikke bare av bebyggelsen, men også av den sentrale og lokale administrasjonen i Finnmark? I tillegg kom problemet med å skaffe forsyninger og tak over hodet til de som ikke var blitt evakuerte. Det hele ble et stadig økende problem med at mange finnmarkinger hadde hastverk med å komme seg hjem og gjerne dro før de fikk reisetillatelse. Dette førte til at myndighetene ikke bare stod overfor problemet med en permanent gjenoppbygging, men også en provisorisk.¹¹⁰ Mangel på materialer og arbeidskraft var også tilstedeværende faktorer en måtte forholde seg til.

I Norge var det Finnmark og Nord-Troms som fikk de største ødeleggelsene under andre verdenskrig, og mellom annet ble 12 000 bolighus brent. I en by som Hammerfest sto kun gravkapellet igjen etter den tyske brente jords taktikk, men også Bodø, Narvik og Kirkenes ble sterkt skadet av bombingene. I Finnmark strøk helsevesenet med, da sykehusene i Hammerfest, Vardø og Vadsø, og omlag 40 helseinstitusjoner med smått og stort var borte ved krigens slutt. Skaden var total.¹¹¹

Når det i denne oppgaven er snakk om organiseringen av sinnssykepleien i Finnmark, som en del av den omfattende gjenreisningen av Finnmark, blir det viktig å plassere det i konteksten av at utgangspunktet i 1945, var at okkupasjonsmakten nettopp hadde trukket seg tilbake, sørover, og etterlatt store del av fylket i aske. En bør derfor merke seg følgende:

- 1) Allerede før krigens slutt hadde planer for gjenreisningen av Nord-Troms og Finnmark vært igangsatt fra London av styresmaktene.¹¹² De store linjene i den sentrale gjenreisningsadministrasjonen var allerede fastlagt 25. juni 1945, da den nye regjeringen tiltrådte – sinnssykevesenet i Nord-Troms og Finnmark var ikke en del av disse planene.
- 2) Gjenreisningen av Finnmark var også en nyreisning. Dette innebar at nye moderne krav til institusjoner, så vel som privatboliger, og følgende ble det stilt høyere krav boligstørrelse,

¹¹⁰ Bottolfsen 1990:337-9

¹¹¹ St. meld. Nr. 19 – 1948:1 (Om sykehusforholdene i Finnmark og planene for gjenoppbygging av de permanente sykehus)

¹¹² Zachariassen 1998:56, Bottolfsen 1990:338

standard, innlagt vann, kloakk, elektrisitet, m.m.¹¹³

- 3) Innen sinnssykevesenet i Nord-Norge, hadde privatpleien vært den ledende formen for behandling av siden sinnssykeloven trådte i kraft.¹¹⁴ I en tiårsperiode fra og med 1930, lyktes fylket med å institusjonalisere sitt sinnssykevesen med en desentralisert privatpleie knyttet opp til Hammerfest pleiehjem og statsasylet ved Rønvik. Ved krigens slutt var pleiehjemmet i Hammerfest nedbrent og Rønvik sto igjen med store vandaliseringer.
- 4) Av sinnslidende i Finnmark var de sinnssyke knyttet opp til privatforpleiere, HPH eller Rønvik. Med en fordeling på de to årene 1942 og 1944, ble alle deportert eller tvangsevakuert sørover. Da krigen var over, og et helsevesen i fylket ikke var på plass, resulterte dette i at de sinnslidende, som tidligere hadde blitt behandlet i fylket, ble værende igjen sørpå. Disse kan grovt sett deles inn i to kategorier: De som dro med ansatte fra HPH i 1942, og de som dro med sine privatforpleiere i 1944. Av disse to gruppene, etter krigen, var den førstnevnte gruppen fordelt på asyl og andre typer anstalter over hele landet.¹¹⁵ Den sistnevnte gruppen var fordelt hos nye privatforpleiere – både innenfor og utenfor Finnmark.¹¹⁶

Kapittelets forskningsspørsmål:

I dette kapittelet skal vi se nærmere på de tiltakene som ble gjort i forbindelse med helsevesenets gjenreisning i Finnmark, og spesifikt i etterkrigsårene 1945-48. En gjenreisning av det institusjonaliserte sinnssykevesenet ikke ble prioritert, og noen anstalt i Finnmark ble heller ikke bestemt gjenreist. I den grad en skal forstå hvilken plass sinnssykevesenet hadde i gjenreisningen, må en se til planene for det generelle helsevesenet. Kapittelet vil se nærmere på hvilken plass sinnssykevesenet fikk i gjenoppbyggingen av helsevesenet i Finnmarks, og da Finnmark etter krigen lå i ruiner vil det være interessant å se om staten bidro med særordninger for sinnssykevesenet i fylket. Et gjennomgående element i kapitlet vil også være å belyse hvorvidt det var noen form for kontinuitet vedrørende sinnssykevesenet i Finnmark, før og etter krigen.

¹¹³ Bottolfsen 1990:338 og 397

¹¹⁴ Fause 2013:105

¹¹⁵ F.F Sinnssykeberetning for 1945:114-118 – særskilt Nevengården Sykehus og Gaustad statsasyl skiller seg ut med 25 og 30 sinnslidende fra Finnmark. Det fantes også sinnslidende ved sinnssykeanstaltene Rosenberg, Reitgjerdet, Opdøl, Dale, Dikemark, Lier, Rotvoll, Klæbu, Veum, Rønvik, Oslo Hospital, Faret og Sanderud.

¹¹⁶ F.F Sinnssykeberetning for 1945:108-113 – av sinnslidende i privatpleie etter krigen, lagt frem på fylkestinget i 1946, var om lag halvparten av de offentlige forpleide i forpleining i Finnmark, mens den andre halvdel var fordelt hos nye forpleiere sør i landet. Spesielt Steigen skiller seg ut som hyppig benyttet kommune, men også en rekke tilfeller i Trøndelag, Østlandet og Sørlandsområdet.

3.1 Helsevesenets status

Innenfor arbeidet med å reetablere helsevesenet i Finnmark måtte gjenoppbyggingen skje både provisorisk og permanent. I den forbindelse måtte prioriteringer gjøres, ikke bare av hensyn til økonomiske midler, men også i form av materialer og hvilke pasientgrupper som skulle prioriteres. Etter krigen og tyskernes tilbaketrekning ble alle sykehus og medisinske institusjoner ødelagt.¹¹⁷ Gjenreisningen måtte derfor gjennomføres i to etapper. I første omgang gjaldt det å få på plass et tilstrekkelig antall provisoriske sykehusplasser til gjenreisningsarbeidet og dens arbeidere. Ulike provisoriske helsetiltak måtte derfor iverksettes, både i Vest- og øst-fylket. Deretter kunne det permanente byggearbeidet tilta.

3.1.1 Provisoriske tiltak

Før krigen hadde Finnmark hatt 636 sykesenger, hvorav 347 var forbeholdt tuberkuløse og sinnssyke.¹¹⁸ Med folketallet lagt til grunn hadde Finnmark, til sammenligning med resten av landet, et antall sykesenger som svarte til gjennomsnittet - men dekket ikke fylkets behov. Det var særlig for sinnslidende og tuberkuløse at tilbudet hadde skortet.¹¹⁹

Blant de tidligere sykehusene i Finnmark var det kun Kysthospitalet i Vadsø som var av en forfatning slik at det kunne repareres. De resterende var totalskadde.¹²⁰ Det finnes flere eksempler på hvordan myndighetene, de første månedene etter krigens slutt, gikk kreativt i møte med provisoriske løsninger. Blant disse var den bombeskadde skolen en i Kirkenes omgjorde til et sykehus, og betelskipet «Eliser 4» som en i Hammerfest benyttet som hospitalskip frem til sykehusbrakker var på plass.¹²¹ Ved utgangen av 1946 hadde fylket fått på plass følgende provisoriske sykehusplasser:

Kirkenes og Vardø hadde hver 60 senger, Vadsø 40 senger og Hammerfest 48.¹²²

Utenom bykommunene sørget en for å få på plass 13 provisoriske sykestuer, i fleksibel brakkedrift, jevnt fordelt i fylket.¹²³ Disse utgjorde om lag 100 sengeplasser av fylkets totale 527, og i henhold til sosialkomiteens innstilling skulle disse plasseres i nærheten av de ulike distriktslegenes boliger i Tana, Båtsfjord, Berlevåg, Gamvik, Mehamn, Kjøllefjord, Lakselv, Alta, Øksfjord og Hasvik.¹²⁴

Siden inngangen ved 1900-tallet hadde kvinner i nord gjennomført et uvurderlig arbeid, et arbeid vi i dag ville omtalt som først og fremst politiske. En vanlig forestilling er at de lokale foreningene rundt helse- og sykestell vokste frem etter sentrale initiativ fra landsdekkende

¹¹⁷ St. meld. Nr. 19 – 1948:1 Unntaket var tuberkulosehjemmet i Nesseby og Sollia barnehjem ved Tanafjorden.

¹¹⁸ St. meld. Nr. 19 – 1948:1 - 247 tuberkuløse og 100 sinnssyke fra HPH – kilde (innst. eller dep)

¹¹⁹ St. meld. Nr. 19 – 1948:1

¹²⁰ St. meld. Nr. 19 – 1948:1

¹²¹ Innst. s. nr. 168:1948

¹²² ibid

¹²³ Bykommunene i Finnmark var etter krigen Hammerfest, Vardø og Vadsø

¹²⁴ Innst. s. nr. 168:1948

organisasjoner, men spesielt i Nord-Norge vokst disse ut fra lokale strukturer – ofte ledet an av kvinner.¹²⁵ I Finnmark var det særlig fremveksten av tuberkulosen som sparket liv i initiativene, i 1909 dannet NKS sin første forening i fylket.¹²⁶

Etter krigen var det lite penger, både for kommuner, fylke og stat. Dette krevde felles løft og organisert virksomhet i den grad en skulle få på plass helsetilbudet. Det var ikke noe nytt fenomen at kvinnene måtte trå til, og i et fylke hvor folketallet var lavt, avstandene store og befolkningen spredt, bidro foreninger, ledet av kvinner, til å etablere små, kostnadseffektive sykestuer. Disse måtte også være billige i drift, noe som nettopp lot seg gjøre ved hjelp av de ideelle organisasjonene. I den grad det fantes noen struktur, kan en peke i retning av at Røde Kors sto for driften langs kystens sykestuer, mens Finnemisjonen hadde ansvaret i fjordene og på innlandet. Unntaket var Talvik, der sykestuen ble drevet av NKS.¹²⁷

3.1.2 Helseinstitusjoner planlegges og vedtas

Et arbeidsutvalg på 5 medlemmer, oppnevnt av Helsedirektøren høsten 1945, arbeidet fram en innstilling med plan for reetablering av permanente sykeinstitusjoner i Finnmark, der særskilt Hammerfest og Kirkenes skulle utgjøre de medisinske sentra.¹²⁸ Det ble eksplisitt løftet frem hvordan en så for seg at Hammerfest sykehus burde bygges som det første i rekken.

Sosialdepartementet henviste til hvordan mangelen på materialer førte til en nødvendig prioritering da flere byggeprosjekter ikke kunne ta til samtidig.¹²⁹ Sosialkomiteen bemerket seg at de provisoriske sykehusbygg bare for en kortere periode ville løse sykehusproblemene. På grunn av dette, og i betraktning av at det allerede før krigen var mangel på en rekke medisinske spesialiteter, understreket komiteen at gjenreisningen av medisinske anstalter måtte ha en høy prioritet. Blant delaktige myndigheter i prosessen med å fastslå disse bestemmelsene var; landsdelens offentlige leger, helsedirektøren, Helsedirektoratet, Statens sykehusråd, fylkesmannen og fylkeslegen.¹³⁰

3.2 TBC-institusjonene blir til – en konkurranse om midler og institusjonalisering

Som følge av den høye tuberkulosedødeligheten i første halvdel av 1900-tallet og de vanskelige økonomiske forhold, ble tuberkulose i Finnmark definert som et nasjonalt anliggende. I Norge var tuberkulosen den sykdommen som krevde flest menneskeliv i første del av 1900-tallet, og det var i Finnmark at befolkningen ble rammet hardest. Fra slutten av 1800-tallet vokste dødsstatistikken hurtig, og fra og med overgangen til 1900-tallet og helt frem til ca. 1950, var dødeligheten i Finnmark omtrent dobbelt så høy som landsgjennomsnittet.¹³¹

¹²⁵ Elstad og Hamran 2006:168-9

¹²⁶ Elstad og Hamran 2006:174-5 NKS: Norske Kvinners Sanitetsforening

¹²⁷ St. meld. Nr. 19 – 1948:2

¹²⁸ Innst. S. nr. 168:1948 (Innstilling fra den forsterkede helsekomité om sykehusforholdene i Finnmark [...])

¹²⁹ St. meld. Nr. 19 – 1948 (Om sykehusforholdene i Finnmark og planene for gjenoppbygging av de permanente sykehus)

¹³⁰ St. meld. Nr. 19 – 1948:2-9

¹³¹ Ryymin - 2008

I Finnmark sto tuberkulosebekjempelsen i en særstilling i det statlige og frivillige arbeidet, og særlig etniske stereotyper gjorde seg gjeldende i tilnærmingen.¹³² Forebygging og behandling utgjorde en vesentlig del av det offentlige og frivillige helsearbeidet, og muliggjorde derfor avgjørelsen om å etablere 88 sengeplasser etter krigen. Disse plassene ble fordelt på tuberkulosehjemmene i Sør-Varanger, Nord-Varanger, Tana, Gamvik og Alta¹³³. Det var flere årsaker bak avgjørelsen om å etablere en majoritet av tuberkulose-institusjonene på innlandet, deriblant samenes utpregede stilling blant dødelighetsstatistikken.¹³⁴ En annen årsak var de såkalte *nasjonale årsaker*. Engasjementet hadde sitt utgangspunkt i starten av 1900-tallet og ble sett på som et ledd i planen om å integrere Finnmark tettere i nasjonalstaten.¹³⁵

Staten engasjerte seg i sykdomsbekjempelsen i Finnmark på måter som ikke kan gjenfinnes i andre landsdeler, blant annet i form av delvis dekning av tuberkulosehjemmenes drift.¹³⁶ Denne prosessen utartet seg i skjæringspunktet mellom *sosialhjelpstaten* og fremveksten av det sosialdemokratiske velferdsprosjektet, på et stadium hvor det var knapphet om statlige bevilgninger til helsevesenet. I samme tidsrom ble også ny teknologi implementert, noe som førte til en nedgang av sykdomstilfeller, men også en økt utgift.¹³⁷

3.2.1 Tuberkulose og psykiatri

Tuberkulosestrusselen og dens tilhørende nasjonale arbeid med å forebygge den, kan på mange måter, i en historisk kontekst, sidestilles/sammenlignes med hvordan en gikk i møte med utfordringen blant sinnssyke; Fra og med hundreårsskiftet hadde begge arbeidene blitt regulert av et særegent utarbeidet lovverk.¹³⁸ Begge sykdommene representerte frykt blant den øvrige befolkningen - noe som legitimerte bruken av tvang, og hadde siden inntreden til 1900-tallet mottatt nasjonale, økonomiske bevilgninger. I henhold til de to lovverkene kunne aktører i årene som fulgte bygge og drive institusjoner, med økende bidrag, etter hvert som *velferdsstaten* fant sin form.¹³⁹

Spesielt for utbyggingen av institusjoner for tuberkulose og sinnssyke, var samspillet mellom statlige, fylkesregionale, kommunale og private aktører, og var del av den gryende velferdsstaten.¹⁴⁰ Dette er et eksempel på hvordan drivkreftene bedring av helse og velferdstiltak kom fra ulike hold, som oppsummert i Elisabeth Korens begrep; *velferdsstrekant*. Begrepet er langet med formål om å fange opp arbeide utført av private aktører i helsesektoren, som først og fremst besto av frivillige

¹³² *ibid*

¹³³ Innst. s. nr. 168:1948

¹³⁴ Bergset 2018

¹³⁵ Ryymin 2008

¹³⁶ Ryymin 2008

¹³⁷ Nye teknologiske implementeringer innebar både røntgenapparater og skjermbildefotograferinger, ofte ved diagnosestasjoner, men også kompetansen som muliggjorde kirurgiske inngrep.

¹³⁸ Både Sinnssykeloven av 1891 og tuberkuloseloven fra 1900 var tidlig ute med sosialhjelp, først og fremst fordi de var inngripende tvangstiltak staten ikke kunne *tvinge* pasientgruppen til dekke.

¹³⁹ Helsedepartementet *Rom for helse*:62

¹⁴⁰ Ved benevnelsen av private aktører er det i hovedsak snakk om ideelle organisasjoner

organisasjonens sterke og nødvendige rolle i fremveksten av velferdsstaten. De to andre aktørene, som sammen bidrar til å skape trekanten, er staten og kommunene.¹⁴¹

3.2.2 Tuberkuloseiltak i Finnmark etter krigen

I forsøk på å avlaste det kritiske behovet tuberkuløse i Finnmark sto ovenfor, valgte sentralmyndighetene å innsette tiltak på tvers av fylkesgrensene. I Tromsø fikk en disponere 58 senger fordelt på brakker ved Skattøra og kysthospitalet, mens en ved Statens tuberkulosepsykiatri i Mo i Rana fikk på plass en ordning der 100 provisoriske sengeplasser ble stilt til disposisjon.¹⁴² En undersøkelse gjennomført i 1946 viste at totalt 332 av alle tuberkuløse i landet var tilhørende i Finnmark, og at fylkets faktiske behov var bortimot 3 ganger så stort som landets gjennomsnitt.¹⁴³ En hadde også gjort en kobling i retning av at tuberkulosens utbedring kunne ses sammenheng med de landsdeler der levestandarden var lavest. Finnmarkingenes elendige brakke- og boligforhold må derfor sees i sammenheng med de høye tallene. I Vest-Finnmark alene forventet man at det reelle behovet var så mange som 110 senger – det var med andre ord kamp om både ressurser og sengeplasser i etterkrigstiden!¹⁴⁴

3.3 Sinnssykevesenets plass i gjenreisningen av Finnmark

På Stortinget besluttet en i 1947 å bygge et nytt statsasyl for Troms og Finnmark i Tromsø, og skal en påfølgende forstå de fylkesregionale planene for gjenreisningen av sinnssykevesenet i Finnmark, må dette sees i lys av vedtaket. For med den vedtatte planen om et nytt statsasyl i Tromsø lagt til grunn, gikk politikerne inn for en strategi der sinnssykeisolater langt på vei skulle utgjøre fylkets stående tilbud. Isolatene skulle fungere som et midlertidig akutt-tilbud frem til statsasylet i Tromsø sto klart, og at isolatene var enkle å sette opp, billig i drift og kostet relativt lite å etablere, er faktorer en må kunne anta påvirket avgjørelsen.

3.3.1 Fagkyndig debatt vedrørende isolater

På bakgrunn av vedtaket om at isolater skulle utgjøre Finnmarks eneste ledd sinnssykevesenet, oppsto det en debatt blant de fagkyndige. Fra Statens sykehusråd ble det foreslått å samle isolatene ved to av sykehusene og en sykestue, og de fant det uhensiktsmessig å føre opp isolater i samtlige sykehus og -stuer. Av deres forslag ble det foreslått å samle isolatene på sykehusene i Hammerfest og Kirkenes – fire i hver, mens sykestuen i Honningsvåg var tiltenkt to. En ville dermed unngå isolater i de mindre sykehus og sykestuer, hvor statens sykehusråd argumenterte for at uroen som førte med slike isolater ville være til uforholdsmessig stor ulempe for den daglige driften.¹⁴⁵

Fylkeslegen på sin side argumenterte imot dette. Etter hans mening skulle et isolat for sinnssyke være et høyst midlertidig oppholdssted for en urolig sinnssyk inntil vedkommende kunne

¹⁴¹ Helsedepartementet *Rom for helse*:62, Koren 2017 Sjøfolk og velferdsstaten

¹⁴² Innst. s. nr. 168:1948

¹⁴³ St. meld. Nr. 19 – 1948:8

¹⁴⁴ *ibid*

¹⁴⁵ St. meld. Nr. 19 – 1948:6

transporteres til asyl, og avfeide med dette sykehusrådets frykt for uro. Fylkeslegen pekte isteden i retning av et forslag der sykehusene i Hammerfest, Kirkenes, Vadsø og Vardø skulle få to isolater hver.¹⁴⁶

Helsedirektøren var også innblandet i veien videre for sinnssykevesenet i fylket, og delte langt på vei fylkeslegens synspunkter. Direktøren uttrykte at isolatene utelukkende skulle brukes som et høyst midlertidig oppholdssted – i regelen ikke over et døgn – inntil vedkommende kunne transporteres til sinnssykehus, og at det derfor burde innredes 1 til 2 isolater. Til forskjell fra fylkeslegen argumenterte helsedirektøren for at også fylkets sykestuer burde innredes med isolater.¹⁴⁷

Når planenes endelige detaljer ble vedtatt, i 1948, ble utfallet følgende; to isolater hver ved de tiltenkte sykehusene i Kirkenes, Vadsø, Vardø og Hammerfest, mens det samme antallet også skulle oppføres i sykestuene ved Honningsvåg, Karasjok og Kautokeino.¹⁴⁸ Fylkeslegen, som i debatten kun hadde rådet i retning av isolatbruk ved sykehusene, la til at han på sikt ønsket at sykestuer i de større kommunikasjonsentra i fylket også skulle innredes, og særlig Øksfjord ble løftet frem av geografiske hensyn.¹⁴⁹

Da beslutningen om å plassere et nytt statsasyl i Tromsø ble vedtatt hadde fylkesmannen intet å utsette på dette, men presiserte ovenfor sosialdepartementet at i den grad det skulle bli aktuelt å føre opp et pleiehjem til avlastning av det nye statsasylet, måtte dette skje i Finnmark.¹⁵⁰

Helsedirektøren på sin side uttalte eksplisitt at han ikke fant det nødvendig å ta opp spørsmålet vedrørende bygging av et pleiehjem for sinnssyke i fylket, og dermed døde også saken her.

3.4 Sentralmyndighetene i møte med nytt statsasyl i Nord

Da sinnssykevesenet, i landsdelen generelt, etter krigen var i knestående, gikk Stortinget inn for beslutninger om som først og fremst omhandlet å reise det fremdeles fantes av bygg og anstalter. I motsetning til HPH var Rønvik fremdeles til dels intakt etter krigen, og dette førte til at sinnssykevesenets gjenreisningsfokus umiddelbart havnet her. Når dette var gjennomført, kan det tilsynelatende fremstå som at Stortinget løftet frem gamle visjoner og planer.

3.4.1 Politisk til verks for sinnssykepleien i Nord

I den første stortingsmeldingen som tar for seg spørsmål tilknyttet det *nasjonale* sinnssykevesenet, nevnes Nord-Norge i svært liten grad. Unntaket var Rønvik, landets nordligste statsasyl med adresse utenfor Bodø, som i likhet med HPH hadde blitt benyttet til militære formål under krigen. Statsasylet, som per 1945 representerte Nord-Norges eneste anstalt for sinnssyke, hadde kritiske behov for restaurering. I sin helhet var at landsdelens sinnssykevesen satt i knestående. Stortinget

¹⁴⁶ St. meld. Nr. 19 – 1948:7

¹⁴⁷ ibid

¹⁴⁸ Innst. s. nr. 168:1948

¹⁴⁹ St. meld. Nr. 19:

¹⁵⁰ St. meld. Nr. 19:7

var derfor, med aktiv veiledning fra sosialdepartementet, raskt på banen med å adressere problemet, sommeren 1945.¹⁵¹

3.4.2 Rønvik

Siden 1920-tallet hadde det på Stortinget vært bred enighet om at Troms og Finnmark var et forsømt område innen det nasjonale sinnssykevesenet. Like før krigens utbrudd uttalte sosialdepartementet at en av finansielle grunner måtte bevilge til et større byggeprosjekt om gangen, og at den prioriterte rekkefølge var Nord-Norge, etterfulgt av Sørlandet og Sogn og Fjordane.¹⁵² En større utbygging av Rønvik ble påfølgende vedtatt, og kroner 700.000, øremerket en utvidelse av statsasylets pasientkapasitet, skulle fordeles over de kommende terminer.¹⁵³ Dette var først og fremst en prioritering med formål å ta unna det voldsomme trykket blant sinnslidende som landsdelen hadde opparbeidet seg, men kort tid ut i arbeidet kom krigen og alt stoppet opp. Ved frigjøringen kunne en raskt konkludere med at krigen, for Rønviks vedkommende, hadde ført med seg store negative utslag. Statsasylet hadde i 1942 blitt rekvirert og sjødesløst benyttet av Whermacht.¹⁵⁴ Som en konsekvens var det blitt usanitære forhold ved asylet, og tak, vegger og vinduer var så blitt så ødelagt at vind og vær sto i fare for å ødelegge bygningen. I tillegg hadde kirken, tilhørende statsasylet, blitt benyttet som ammunisjonslager, og sammen med tyskernes forsvant også asylets orgel.¹⁵⁵

For å dekke den radikale restaureringen som ved Rønvik var nødvendig, benyttet Stortinget seg av de utestående midlene som i utgangspunktet var blitt bevilget Rønvik før krigen brøt ut. Omlag halvparten av bevilgningen var ubenyttet, og ved godkjenning fra Finansdepartementet inngikk disse pengene i den første bevilgningen, og etter de påfølgende tre terminene hadde Rønvik fått totalt 3.808.700.¹⁵⁶ Da restaureringen og utbyggingen av Rønvik var ferdig, i løpet av 1950, hadde statsasylet fått nye personalbygninger, flere pasientfløyer, samt en generell oppussing. Basert på disse handlinger, kan tallenes tale tilsynelatende gi uttrykk for at sosialkomiteens fokus i første rekke omhandlet å få på fote det tilbudet som allerede eksisterte i landsdelen.

3.4.3 Sentralmyndighetens tiltak i Finnmark

Baksiden med sosialkomiteens prioritering om å få i stand Rønvik etter krigen, var at resten av Nord-Norge fremdeles sto uten et institusjonelt tilbud. Før krigen hadde HPH representert et nært tilbud for Nord-Troms og Vest-Finnmark, utvekslet pasienter med Rønvik, og vært et avlastende tilbud for privatpleien. Etter krigen var situasjonen forandret, og en gjenreisning av

¹⁵¹ Foreslått St. prp. Nr. 2:86, og vedtatt Innst. s. nr. 382a:1945/46

¹⁵² Innst. s. nr. 63:1939:9

¹⁵³ Innst. s. nr. 63:1939

¹⁵⁴ Fause 2015:11

¹⁵⁵ St. prp. nr. 1 – 1949:65

¹⁵⁶ Innst. s. nr. 382a:1946 – termin 1946-47, 750.000. Innst. S. nr. 83:1947 – termin 1947-48, 1.396.000 kroner. Innst. S. nr. 93:1948 – termin 1948-49, 960.300 kroner. Innst. S. nr. 40:1949 – termin 1949-50, 702.400 kroner. Vedrørende godkjenning fra finansdepartementet, se St. prp. Nr. 2 - 1946-47:50

pleiehjemmet ble ikke prioritert. I og med at Finnmark i de første etterkrigsårene fikk en uforventet/ukontrollert befolkningstilvekst, vokste sentralmyndighetens ansvar parallelt frem.

På bakgrunn av det voksende behovet, valgte sosialkomiteen å gå inn for å dekke alle utgifter tilknyttet offentlig forpleining av sinnssyke i Finnmark.¹⁵⁷ Ordningen trådte i kraft ved nyåret i 1946, og det påfølgende året valgte sosialkomiteen å videreføre den til over sommeren 1947.¹⁵⁸ Sosialdepartementet hadde i sin opprinnelige stortingsproposisjon foreslått å forlenge den fulle dekningen i ytterligere en termin, men 23. april 1947 meddelte Sosialdepartementet – på vegne av Finansdepartementet - at ordningen ville opphøre ved utgangen av gjeldende termin, samme år.¹⁵⁹ I praksis betød dette at Finnmark gikk tilbake til en 4/10 ordning – lik resten av landet.

Som nevnt i forrige kapittel, ble det i 1932 jobbet frem en ordning som dekket utgiftene tilknyttet pasientreiser mellom HPH og Rønvik. Da det ikke fantes noe pleiehjem for sinnslidende i Finnmark etter krigen, ei et operativt statsasyl ved Rønvik, kan en enkelt argumentere for at behovet for subsidierte pasientreiser var større nå enn før. Dette tenkte tilsynelatende politikerne også. Utgiftsposten som i 1932 var forbeholdt «*transport av pasienter fra de tre nordlige fylker til og fra asyl og Hammerfest pleiehjem*», ble i forlengelsen, etter krigen, endret til å dekke «*transport til og fra sinnssykehus av ubemidlede sinnssyke fra de tre nordligste fylker*».¹⁶⁰

3.4.4 Debatt på Stortinget om sinnssykevesenet i Finnmark

Fra og med 1947 ble også sinnssykevesenet i Finnmark debattert på Stortinget. Sosialkomiteens formann og ordfører – Claudia Olsen, var den første til å løfte fram det sørgelige sinnssykevesenet i et krigsrammet Finnmark.¹⁶¹ Dette medførte at sosialkomiteen, i likhet med Stortinget, langt på vei jobbet som en samlet enhet i de første etterkrigsårene for å løse de mange utfordringene en sto ovenfor.

I lys av de utfordrende sinnssyke-forhold i Troms og Finnmark ble planene om et nytt statsasyl løftet fram igjen. Planene, som opprinnelig var satt til å avgjøres på midten av 1920-tallet, skulle nå revitaliseres. Komiteens ordfører viste til hvordan Stortinget, allerede i 1924, enstemmig vedtok å anlegge et nytt statsasyl i Troms med 200 sengeplasser, men hvordan det gang på gang hadde blitt utsatt for utsettelse.¹⁶² Andre komiteemedlemmer, som Norevik, uttalte følgende:

Vi er i komiteen klar over at det fra departementets side er langt større velvilje til stede i dag likeoverfor disse folk (sinnssyke), enn det har vært tidligere. Jeg har hatt moro av å se på de forskjellige innstillinger for en del år tilbake når det gjelder disse bevilgninger. Komiteen har [...], og når det gjelder

¹⁵⁷ Innst. S. nr. 382a:1946

¹⁵⁸ innst. S. nr. 382a:1946:1 - Ordningen var av en særart da den var den eneste av sitt slag i samme tidsrom. Av de totale forpleiningsutgiftene for sinnssyke i Finnmark ble 4/10 dekket av kap 474 – *tilskott til kommunenes sinnssykevesen* – på lik linje med resten av landet, mens den resterende 6/10 – som ellers i landet måtte betales av fylket, ble i Finnmarks tilfelle dekket av kap. 1177 – *evakueringsutgifter*

¹⁵⁹ St. prp. nr. 1 – 1947:51 foreslått, Innst. S nr. 83:1947:1 innstilt.

¹⁶⁰ St. prp. nr. 1 – 1939:67, og St. prp. nr 1 – 1945-6:56

¹⁶¹ S.tid 935:1947 – Claudia Olsen, Høyre, medlem av sosialkomiteen 1945-61.

¹⁶² Innst. S. nr. 83:1947 (bev. Til sinnssykevesenet, kap. 472-80)

tilhøva for pasientene, at det burde ha vært bedre, det burde ha gjort atskillig for få det bedre, men konklusjonen i innstillingene er alltid blitt at man få la det «utstå i år av «budsjettmessige grunner¹⁶³.

Det kan tilsynelatende se ut som at sosialkomiteens historikk gjorde inntrykk på de sittende medlemmene, da Stortinget, samme år som debatten omkring et nytt statsasyl ble løftet fram, kjøpte eiendommen ved Åsgård i Tromsø.¹⁶⁴ Vedtaket sto i kontrast til hvordan sosialkomiteen hadde gått fram på 1920- og -30-tallet, og det kan tenkes hvordan dette påvirket komiteens hurtige behandlingstid. Departementet foreslo at størrelsen på det tiltenkte statsasylet burde settes til en plass mellom 450 og 475 sengeplasser. Antallet belaget seg på data om at Troms i 1945 hadde ca. 400 sinnssyke, mens Finnmark hadde ca. 350 stk. Med utgangspunkt i en uttalt tanke om at 2/3 av disse skulle ha asylplass, havnet derfor kapasitet på ca. 450-475 sengeplasser. Asylets estimerte pris ble satt til 14.000.000.¹⁶⁵

3.4.5 Faktorer for endelig valg

Av debatten i Stortinget fikk det tydelig fram hvilke faktorer som bidro til den hurtige avgjørelsen. Åsgård på Tromsøya ble tidlig ansett som et attraktivt kjøp, særlig pga. av geografiske årsaker; Tromsø var et samferdselssentrum i landsdelen og hadde nær tilgang til annen medisinsk kompetanse. Det ble også løftet fram som et viktig moment at eiendommen ga tilgang til store områder med dyrkbar mark.¹⁶⁶ I henhold til departementet hadde Thune Larsen, ansatt ved Riksarkitektens kontor, i forløpet til avgjørelsen oppsøkt Åsgård-eiendommen og ansett den som *ideell for asylbyggingen*.¹⁶⁷ Fylkesmannen i Troms deltok også til debatten og uttalte i forbindelse med avgjørelsen at eiendommen hadde elektrisk lys, telefonforbindelse og en god veiforbindelse.¹⁶⁸

3.4.6 Eget statsasyl til Troms og Finnmark

Debatten vedrørende nytt statsasyl var aktiv på 1920-tallet, omhandlet avgjørelsen i stor grad hvilke av de to nordligste fylkene statsasylet skulle plasseres i. En slik uenighet var det ikke å spore i 1947 da Finnmark, av naturlige årsaker, var blitt uaktuelt. I Kirkenes hadde det for en periode vært diskutert å anlegge et mindre pleiehjem for sinnssyke, men en slik praksis var sosialdepartementet i etterkrigstiden prinsipielt imot. Kliniske inngrep, som insulinbehandling, metrasol-sjokk, elektro-sjokk og kirurgiske hjerneinngrep hadde gjort seg gjeldende i tidsrommet, og dette lot seg ikke utføre på grunn av manglende kompetanse ved pleiehjemsdrift.¹⁶⁹ Det fantes også to andre forklaringsmodeller; den ene handlet om at Finnmark etter krigen ikke hadde noe medisinsk senter å knytte seg til, slik HPH hadde gjort med Hammerfest sykehus før krigen. Den

¹⁶³ S.tid. 938:1947 Ivar Jacobsen, AP, Sogn og Fjordane

¹⁶⁴ Innst. s. nr. 83:1947:4

¹⁶⁵ St. prp. Nr.1:1947:57

¹⁶⁶ Eiendommen hadde 200 mål dyrket mark, og følgende 600 mål dyrkbar utmark.

¹⁶⁷ St. prp. Nr.1 – 1947:56

¹⁶⁸ Ibid

¹⁶⁹ St. prp. Nr. 1 – 1947:53-55

andre årsaken handlet om at Finnmark i etterkrigstiden ikke hadde noen representant til å tale deres sak i sosialkomiteen.¹⁷⁰

Like før krigen hadde sosialkomiteen gått i en retning der det ble ansett hensiktsmessig å utvide Rønvik til fordel for bygge et nytt statsasyl, men tonen var forandret til 1947. Forholdene i Finnmark medførte at det også *etter* krigen var uaktuelt å reise et asyl i fylket, men annerledes så en på Troms. I sosialdepartementets proporsjoner står det skrevet: «*Man finner at det eneste riktige medisinsk sett er å flytte asylvesenet en etappe lenget nord, nemlig fra Bodø til Tromsø og bygge statsasyl der for de to nordligste fylker*¹⁷¹», og dette spilte en medvirkende årsak. Noen tegn til opposisjon fantes det tilsynelatende lite av, men derimot en felles glede over unison politisk enighet i retning tiltakene.

I 1948, et år etter at statsasyl ble vedtatt og eiendommen ved Åsgård ble kjøpt, fikk asylprosjektet bevilget ytterligere 250.000,-. Pengene gikk til nødvendige grunnvannsundersøkelser, veiframføring og vann- og kloakkarbeider, på initiativ fra Riksarkitekten. Planleggingen av sinnssykehuset ble anslått å ta såpas lang tid at byggearbeidet ikke kunne ta til før 1949, og bidrar til å forklare den lave bevilgningen.¹⁷²

Igjennom Sosialkomiteens debatter kom det fram at situasjonen også haltet i andre deler av landet. Stortingsrepresentanten Ramndal informerte om hvordan justisnemnda, under en befarings i landets fengsler, ofte hadde støtt på sinnssyke – «*ikkje for di dei har gjort noko brotsverk, men berre av den grunn at det ikke var plass for dei nokon annan stad*».¹⁷³ Ramndal formidlet hvordan han nylig hadde blitt underrettet om hvordan sinnssyke i hans eget distrikt, Rogaland, hadde blitt plassert i fyllearett og fengsel i en årsperiode, i mangel på annet tilbud. Før Ramndal forlot talerstolen fremmet han et forslag om å «*laga billegare heimar for dei(sinnslidende), som ikkje kostar så mykje, korkje pengar eller materiale, eller treng så mykje utstyr*», for å gå i møte med problemet.¹⁷⁴ Sosialminister Sven Oftedal løftet frem tanken til Ramndal som en god idé.

¹⁷⁰ Sosialkomiteen var ikke representert av medlemmer fra Finnmark i stortingsperioden 1945-49

¹⁷¹ St. prp. nr. 1 – 1947:54

¹⁷² Innst. S. nr. 93:1948 (bev. Til sinnssykevesenet)

¹⁷³ S.tid 776:1948 Lars Ramndal, Venstre, Rogaland. Ikke medlem av Sosialkomiteen

¹⁷⁴ S.tid 776-7:1948

3.5 Kapittelsammendrag

I de første årene etter krigens slutt, fikk sinnssykevesenet i Finnmark ingen nevneverdig plass i gjenreisningen av helsevesenet. Med unntak fylkets fire bykommuner, der samtlige ble tiltenkt nye sykehus, skulle 13 sykestuer utgjøre helsetilbudet til den spredte befolkningen i fylket. Sykestuene, som alle var av provisorisk art, skulle plasseres i nærhet til de ulike legedistriktenes distriktsleger, og var ment for å drive en fleksibel drift. Sentral i driften av sykestuene sto ideelle organisasjoner. Av ideelle organisasjoner var det NKS, Røde Kors og Finnemisjonen som var tilstedeværende i Finnmark.

I etterkrigstiden bar planleggingen av helsevesenet preg av at tuberkulosen fremdeles var tilstedeværende. I Norge var det tuberkulosen som, til sammenligning med andre sykdommer, hadde tatt flest liv i løpet av 1900-tallets første halvdel, og Finnmark var særskilt utsatt mot slutten av 1940-tallet. Tuberkulosens prioritet resulterte i at andre pasientgrupper, som f.eks sinnssyke, måtte vike i behovet for egne anstalter i Finnmark.

I 1947 innstilte sosialkomiteen å kjøpe Åsgård-eiendommen på Tromsøya. Avgjørelsen sto i kontrast til komiteens behandling av saken på 1920-tallet, da eiendommen, i løpet av en toårsperiode, ble både kjøpt og arbeid satt i gang. Sentralt for avgjørelsen var Tromsøs geografiske posisjon, medisinske sentra, og tilgangen medisinske kompetanse.

I kjølvannet av de vedtatte planene for et nytt statsasyl i Troms og Finnmark, vedtok en nasjonalt, i samarbeid med fylkeskommunale ansatte i Finnmark, å føre opp en rekke sinnssykeisoler i fylket. Isolatene skulle føres opp ved fylkets planlagte sykehus og ved utvalgte sykestuer. Isolatene var først og fremst tiltenkt som midlertidige kriseløsninger, i avvente på plass ved landets øvrige asylr.

Blant faktorer som spilte inn for avgjørelsen om å la isolater utgjøre totalen av sinnssyketilbudet i fylket, var materialmangel, da denne faktoren blir nevnt gjentagende blant kildematerialet.

Åsgård-eiendommen skilte seg ut, det hadde en nærhet til medisinsk kompetanse, var et knutepunkt for samferdsel i landsdelen, og en overkommelig pris. Disse tingene bidro etter all sannsynlighet til å gjøre valget enklere.

Etter krigen valgte sentralmyndighetene å ikke reise HPH. I forsøket på å forklare denne avgjørelsen, peker kildematerialet i retning av Helsedirektørens uttalelse. Uttalelsen omhandler pleiehjemmenes manglende mulighet for somatiske inngrep. Av andre årsaksforklaringer er materialmangel en gjennomgående faktor. At pleiehjemmet var drevet av fylket, og ikke staten, kan også løftes frem som en mulig forklaring. Da pleiehjemmet ikke ble reist igjen, resulterte dette i at hjørnesteinen i regionens privatpleiens var borte. De ulike samfunnene og koloniene, utgjort av privatforpleiere, vokste ikke frem igjen. Beslutningen fikk også konsekvens for det opparbeidede samarbeidet mellom Rønvik og HPH, som forsvant. Dette fungerer som et eksempel

på hvordan de fysiske anstaltene var essensielle det institusjonaliserte sinnssykevesenet i landsdelen. I den grad en snakke om videreføring av landsdelens institusjonaliserte tilbud, skulle dette, slik det fremkommer av kildematerialet, utelukkende foregå gjennom Rønvik til statsasylet ved Åsgård sto ferdigstilt. Valget representerte den samme politiske linjen som sosialkomiteen hadde ført *før* krigen.

Av særordninger i retning av sinnssyke, fra sentralmyndighetene, ble det bidratt med full dekning av sinnssykeutgifter etter krigen. Indirekte ble det også bidratt med støtte til sykehusene, som skulle utgjøre de generelle medisinske sentre, samt huse de tiltenkte sinnssykeisolatene. Da sentralmyndighetene vek vekk fra ordningen (full dekning) gikk Finnmark tilbake til 6/10.

I neste kapittel vil vi ta for oss den påfølgende tidsperioden mellom 1949 og 1955. Vi vil her følge de mange og detaljerte institusjonsplanene lagt og vedtatt den gjennomgatte tidsperioden, og videre følge deres utfall. I samme tidsperiode reiste fylkestinget i Finnmark seg etter krigen, og vi vil dermed følge deres forhandlinger vedrørende sinnssyke i Finnmark.

Kapittel 4

De første årene etter andre verdenskrig ble av politikerne på Stortinget benyttet til å få grep om krigens etterslep. I kontrast til politikken som ble ført før krigen, hadde sosialkomiteen etter krigen vært kontante i sine vedtak. Et av vedtakene var å reise et nytt statsasyl for Troms og Finnmark, som aldri hadde hatt sitt eget asyl, og etter HPH's fall ikke hadde hatt noen anstalt. Den økonomiske veksten i etterkrigstiden ga Arbeiderpartiet muligheten til å realisere sin velferdspolitik. Klare målsettinger ble definert, og for sinnssykevesenet ble disse fremstilt i *fireårsplaner*. For opposisjonen fungerte planen som klare uttalelser regjeringen senere skulle bli stilt til veggs for. I 1961 ble Lov om psykisk helsevern innført, men allerede før reformen ble nye strukturer innledet – enkelte av regjeringens politikk, andre av utenforstående innfall.

I dette kapittelet vil jeg se nærmere på hva som var bakgrunnen for at sosialkomiteen rettet oppmerksomhet mot byggeprosessen ved Åsgård og sinnssykevesenet i Finnmark. Jeg vil også forsøke å vise hvordan politiske strømninger på 1940-, -50 og 60-tallet bidro til en endring og økt institusjonalisering av sinnssykevesenet i landet.

4.1 1949 - 1953 – Bevilgningsstopp

Da et enstemmig Storting i 1947 gikk inn for å kjøpe eiendommen ved Åsgård i Tromsø, kunne en raskt få inntrykket av at Troms og Finnmark snart skulle få sitt etterlengtede statsasyl.¹⁷⁵ To år senere snudde det brått, og ved byggeprosjektet i Tromsø ble der verken nye midler eller utvikling. En usikkerhetsmoment var knyttet til at den arkitektoniske delen av arbeidsoppgaven ble flyttet til private aktører og medvirket påfølgende til at det offentlige tilsynelatende mistet noe grepet om oppgaven. På Stortinget førte sosialkomiteen, ledet av et flertall fra Arbeiderpartiet, en praksis der midler ikke ble bevilget før konkrete planer og tegninger lå på klare. For Åsgård-prosjektet resulterte dette i at bevilgningene uteble.

4.1.1 Store endringer, få bevilgninger

Da Stortinget i 1947 gikk inn for å kjøpe eiendommen ved Åsgård på Tromsøya, kunne det fremstå som om et statsasyl var like om hjørnet. I den grad dette var tilfelle, må tankene ha blitt forsterket da staten overtok eiendommen i 1948 etterfulgt av en bevilgning på 250.000.¹⁷⁶ Etter oppkjøpet tok grunnundersøkelser på eiendommen til, og arbeid med veifremføring og vann- og kloakkundersøkelser fikk det hele til å fremstå som at byggearbeidet ville tiltre når som helst. Fra sosialdepartementet ble det anslått at byggingen ikke ville kunne settes i gang før terminen 1950-51, og ettersom midlene fra 1948 fremdeles sto ubrukte, ble det bestemt å ikke bevilge ytterligere.¹⁷⁷ Det kan tilsynelatende se ut som at sosialkomiteen utførte en politisk praksis der midler ikke ble bevilget før konkrete planer og tegninger lå på bordet. I den grad denne praksisen

¹⁷⁵ S.tid 939-940:1947

¹⁷⁶ St. prp. nr. 1 1949:66

¹⁷⁷ Innst. s. nr. 99:1949

forble konsekvent, ville det for Åsgård-prosjektet bety at bevilgninger ville utebli frem til planene var ferdig utarbeid og arkitektarbeidet var fullført. Åsgård mottok ingen midler til 1949.¹⁷⁸

Av Stortingets ordskifte kunne det i dette tidsrommet fremstå som at situasjonen i sosialkomiteen hadde stabilisert seg etter krigen. Dette medførte at sosialminister Aaslaug Aasland presiserte at situasjonen tilknyttet landets sinnssykevesen sto «*langt etter*».¹⁷⁹ Fokuset blant diskusjonene i sosialkomiteen omhandlet langt på vei de innlagte sinnssykes ettervern, da asylenes overbelegg medførte at utskrevne pasienter ikke ble fulgt opp. For Nord-Norges vedkommende gikk pengene utelukkende i retning av restaurering av Rønviks omgivelser som fremdeles par store preg fra krigen siste år. Det var ingen som stilte spørsmålstegn til prosessen ved Åsgård.

Blant sosialdepartementets stortingsproposisjoner fremkommer det at en plankomite hadde blitt nedsatt i forbindelse prosjektet. Plankomiteen var satt ned med formål om å samkjøre statsasylets byggeprosess med statens tuberkulosepsykiatri og sentralsykehuset for Tromsø by og Troms fylke. I henhold til planen, utarbeidet av plankomiteen, var det tiltenkt at sykehusene skulle bygges på samme sted, og sykehusene skulle dele enkelte funksjoner mellom seg. For Tromsø representerte planene samkjøring, mens det for Troms og Finnmark representerte sentralisering og møtte store protester fra fylket lengst nord.¹⁸⁰ Det ambisiøse prosjektet møtte raskt på problemer, og kan benyttes som en forklaring på hvorfor statlige bevilgninger uteble i retning statsasylet i 1950.¹⁸¹

Blant sosialkomiteens representanter løftet Gabriel Moseid¹⁸² fram hvordan utgifter tilknyttet landets sinnssykevesen, særskilt i Nord-Norge, hadde store utfordringer med å dekke utgiftene tilknyttet lokale sinnssykeutgifter. I den anledning løftet Moseid fram muligheten fylkene hadde til å få sine utgifter dekket av stat med 8/10 – til forskjell for den ordinære 4/10 – slik at en på regionalt nivå kun satt igjen med 2/10 av regningen. «*Hensikten med dette var å gjøre byrdene i de forskjellige distrikter noenlunde like i forhold til den økonomiske bæreevne i hver enkelt distrikt*». Blant flere representanter i sosialkomiteen var ordningen ukjent.¹⁸³ Den generelle debatten omhandlet, slik eksemplet viser, betalingsordningen, mens samkjøringsplanene i Tromsø ikke ble nevnt.¹⁸⁴

I 1951 fortsatte trenden med null bevilgninger i retning av det vedtatte prosjektet ved Åsgård, men til forskjell fra tidligere valgte sosialkomiteen å ta penger fra Åsgård. Statsasylene, der staten sto med ansvaret, hadde samtlige blitt oppført i tidsrommet mellom 1855 og 1902. En fellesnevner blant statsasylene var deres voksende behov for restaurering. Samtlige statsasyler hadde opplevd

¹⁷⁸ Innst. s. nr. 99:1949

¹⁷⁹ S.tid s.1791:1949

¹⁸⁰ Ryymin og Andresen 2009:102

¹⁸¹ St. prp.nr. 1:1950:76

¹⁸² Representant Gabriel Moseid, Bondepartiet, Vest-Agder. Ikke medlem av sosialkomiteen.

¹⁸³ S.tid 746:1950

¹⁸⁴ S.tid 746-50:1950

overbelegg siden første stund og byggene var mellom 50 og 100 år gamle.¹⁸⁵ Av Åsgårds ubrukte 248.995, valgte sosialkomiteen å flytte over 90.000,- til fordel for restaureringsprosjekter og overskridelser. Midlene gikk i retning Eg og Gaustad.¹⁸⁶

Plankomiteen som Sosialdepartementet hadde opprettet i 1949, ble nedsatt med formål om et felles byggeprosjekt. Byggeprosjektet ville spare penger i form av et intimt samarbeid mellom de ulike helseforetakene i Troms. Planene ble i 1951 stilt spørsmålsteget ved. Plankomiteen fant det «*tvilsomt*» at planen kunne realiseres og uttrykte at en ny innstilling om bygging av sinnssykehus som selvstendig institusjon ville finne sted.¹⁸⁷ Noen videre utredning i retning av når de nye planene ville ligge klar, eller annen informasjon, ble ikke utlevert. At mye var uklart vedrørende prosessen i Tromsø blir rundt dette tidspunktet tydelig, og i sosialkomiteens budsjettinnstilling var posten som tidligere hadde referert til det planlagte statsasylet i Tromsø, dette året, utelatt for første gang siden 1947.¹⁸⁸

Regjeringens handtering av Åsgård-prosjektet skapte debatt i sosialkomiteen, og Kjell Bondevik¹⁸⁹ tok påfølgende sterkt til ordet. Bondevik viste til hvordan prosessen ved Åsgård i 1947 ble vedtatt, og hvordan bevilgning og utvikling siden hadde uteblitt. Representanten viste videre til hvordan de 250.000,-, som ble overført i 1948, ikke hadde blitt benyttet til dens hensikt, men hvordan de i stedet hadde blitt benyttet til ytterligere restaurering utenfor Nord-Norge.¹⁹⁰ KrF-representantens kritiske innvendinger fungerer som et eksempel på hvordan sosialpolitiske anliggender utsatt for kritikk, på Stortinget, av representanter som *ikke* representerte Troms og Finnmark.

I sosialdepartementets stortingsproposisjon fra 1952 ble statsasylet i Tromsø ikke nevnt, og i sosialkomiteens budsjettinnstilling ble det heller ikke foreslått noen ny bevilgning for kommende termin. Arbeidet med Åsgårds selvstendige detaljtegninger (jfr. beslutningene fra 1951) var enda ikke satt i gang. Ved Åsgård-eiendommen foregikk det stadig dreneringsarbeider finansiert med de utestående bevilgningspengene fra 1948.¹⁹¹ I lys av den trege progresjonen kom sosialkomiteen med en henstilling til departementet om at planleggingsarbeidet måtte påskyndes så raskt som mulig.¹⁹²

4.1.2 Finansdepartementet griper inn

På samme måte som i 1949 ble det i 1950 heller ikke overført noen statlige midler til det kommende statsasylet og en synlig tendens var i fremvekst. Dette var det to utpregede årsaker til.

¹⁸⁵ Gaustad: 1855. Rotvoll: 1872. Eg: 1881. Rønvik: 1902

¹⁸⁶ Innst. S. nr. 107:1951

¹⁸⁷ St. prp. Nr. 1:1951:68

¹⁸⁸ Innst. s. nr. 110:1951:3

¹⁸⁹ Representant Kjell Bondevik, KrF, Rogaland. Medlem av sosialkomiteen 1950 – 1961.

¹⁹⁰ S.tid 836-7:1951

¹⁹¹ Innst. s nr. 112:1952

¹⁹² Innst. S. nr. 122: 1952 side 1-2

Den ene var, som tidligere nevnt, knyttet til planer om samkjøring og sentralisering. Den andre årsaken som kan forklare hvorfor fremskritt og bevilgninger uteble, og som også forklarer den svært edruelege pengebruken i en sektor preget av mangler, var finanskomiteens vedtak i 1950 om å nedsette bevilgninger til investeringer i statsbudsjettet. Stortingets vedtak omfattet investeringer i statsbudsjettet, i kommunene og det private næringsliv.¹⁹³

Departementet viser til Stortingets vedtak av 21. juni 1950. Det heter i dette vedtak: «Under henvisning til finanskomiteens fellesmerknader i innst. s. nr. 159 om begrensning av investeringene henstiller Stortinget til Regjeringen å søke gjennomført en nedskjæring av de investeringer som er angitt i Nasjonalbudsjettet for 1950, med om lag 5 pst. Nedskjæringer bør søkes gjennomført slik at den mest mulig bidrar til å styrke landets betalingsevne, uten å svekke næringslivets effektivitet. Investeringene i nybygg av boliger bør søkes opprettholdt så langt råd er.»¹⁹⁴

Bakgrunn for nedskjæringsvedtaket bygget på hovedmålene for den økonomiske politikken i samtiden; etter krigen hadde fokuset omhandlet å gjenreise landets produksjon og påfølgende få utenriksøkonomien i balanse til 1952-53. Målet var å sikre full sysselsetting og en rimelig inntektsfordeling.¹⁹⁵

Siden april 1948 hadde staten mottatt tilskudd fra Det Europeiske gjenreisningsprogrammet, populært referert til som Marshallplanen, og på Stortinget forventet man at disse tilskuddene ville falle bort i løpet av 1952-3-terminen. En gikk derfor i retning av å redusere investeringer på en mest mulig rasjonell måte; forsiktig, men samtidig så sterkt nok til at en valutakrise og arbeidsledighet ikke ble fremtvunget. Det ble ansett som særlig viktig at tiltakene ikke skulle gå ut over produksjon av eksportvarer, da dette ville avgi negative resultater både den generelle eksporten, men også fordi det ville lede til en økt import.¹⁹⁶

Fra finansdepartementets side ble det foreslått at drifts- og anleggsutgifter på over 100.000,- skulle reduseres med til sammen 39.73 mill. kroner, samt en inndragning av overførte bevilgninger på 5.4 millioner kroner. Pengene skulle innhentes fra de ulike departementene, og for landets sosialtjenester resulterte prosessen i et kutt på 1.2 millioner i sosialdepartementet.¹⁹⁷ Pengene ble hentet inn gjennom å redusere planlagte bevilgninger, og for det nasjonale sinnssykevesenet fikk statsasylet ved Rønvik en reduksjon av et planlagt restaureringsbeløp, fra 580.400 til 380.400.¹⁹⁸

Da de økonomiske nedsettelsene og inndragelsene verken var gitt eller lovet til statsasylet i Tromsø, kan en vanskelig argumentere for at dette gikk direkte utover den påbegynte prosessen. På en annen side kan det bidra til å forklare at de økonomiske tildelingene, så vel som

¹⁹³ St. prp. Nr. 129:1950:1 (*nedsettelse av bevilgningene til investeringer i statsbudsjettet 1959-51 m.m*)

¹⁹⁴ Innst. s. nr. 241:1950:1

¹⁹⁵ Innst. s. nr. 241:1950:2-5

¹⁹⁶ Innst. s. nr. 241:1950:6-8

¹⁹⁷ Innst. s. nr. 241:1950:3-4

¹⁹⁸ Innst. s. nr. 241 - Resterende beløp ble hentet fra det planlagte Rikshospitalet. Her ble *midler for nybygg* redusert, fra 4.090.000,- til 3.090.000,-

arkitekttegninger, uteble. For det som skulle bli det sentret i det institusjonelle sinnssykevesenet i Nord-Norge, og Finnmark, fikk kuttene en konsekvens i form av at reduserte midler ved utbyggingen av Rønvik – Nord-Norges eneste asyl og anstalt.

4.1.3 Ny plan og bevilgning ved Åsgård

I 1953 ga plankomiteen etterlengtet lyd fra seg, og en innstilling ble behandlet av Statens sykehusråd samme år. Innstillingen omfattet et sykehus med 506 sengeplasser, hvor 56 av sengene var forbeholdt en tiltenkt psykiatrisk klinikk.¹⁹⁹ Siden tidlig 1950-tallet hadde Troms og Tromsø hatt sin egen observasjon- og klinikkpost. Posten kom som et resultat av at Olav Devold i 1949 ble ansatt som psykiatrisk konsulent og ble Troms og Finnmark første psykiater.²⁰⁰ Klinik- og observasjonsposten hadde som formål å gi et bedre tilbud til de sinnssyke, men da Troms og Finnmark sto uten annen anstalt, ble postens få sengeplasser, fra et Finnmark-perspektiv, benyttet som stoppested for sinnssyke Finnmarkinger på vei til Rønvik.²⁰¹ De 56 planlagte sengene, i tillegg til statsasylets konvensjonelle 450, skulle etter planen bidra til at klinikken fikk sin tiltenkte formål.

På Åsgård-eiendommen kunne en fremdeles kun vise til grunnundersøkelser, vei- og dreneringsarbeid. Det planlagte statsasylet fikk en bevilgning på 400.000, øremerket arkitekt- og konsulentonorar, samt kloakk og grunnarbeider ved Åsgård-eiendommen.²⁰² Bevilgningen kom på oppfordring fra Riksarkitekten, som det foregående året hadde gjort et anslag i retning av statsasylets totale kostnader. Arkitekten regnet med at statsasylet pris, eksklusive personalbygg, løst inventar og utstyr, ville utgjøre 20.500.000,-.²⁰³ Bevilgningen Åsgård mottok i 1953 var den første siden 1948.

4.1.4 Informasjon og statistikk om det nasjonale sinnssykevesenet

Av opplysninger i sosialkomiteens budsjettinnstillinger (fra 1953) kom det fram at det var 8.370 sinnssyke til behandling ved landets asyl, mens det resterende antallet offentlig forpleide utgjorde 5.879, og var i en eller annen form for forpleining utenfor landets asyl.²⁰⁴ Tallene kom fra en måling gjort det foregående året og kunne blant annet fortelle om statsasylenes overbelegg i snitt utgjorde 25%. Dette gav konsekvenser for utskrivningsprosessen som ofte ble så fremskyndet at privatforpleiere mottok uegnede sinnslidende. Sosialkomiteen konkluderte med at enkelte sinnslidende ble «*satt ut*» for raskt.²⁰⁵

¹⁹⁹ Innst. s. nr. 125:1953

²⁰⁰ Fause 2013:113

²⁰¹ F.F beretning om helsestellet 1952:152 sak 24, F.F 1953:110-111 sak 11

²⁰² Innst. S. nr. 125:1953

²⁰³ St. prp. Nr. 1:1953:64

²⁰⁴ Innst. s. nr. 122:1953

²⁰⁵ Innst. s. nr. 122:1953 - Begrepet «å sette ut» referer til prosessen der en sinnslidende ble *skrevet ut* i forpleining, i hovedsak privatpleien, etter opphold ved anstalt.

De vanskelige forhold for sinnssyke i privatpleie har i stor utstrekning sin årsak i mangelen på sykehus og pleiehjem, som fører til at uegnede pasienter havner i privatpleie.²⁰⁶

Denne situasjonen var langt på vei overførbar for sinnssykesituasjonen i Finnmark, hvor det verken fantes asyl eller pleiehjem og ventelistene var lange. Samtidig var privatpleien langt mer utbredt i Finnmark enn resten av landet og resulterte i at privatpleien i Finnmark både var viktigere og mer utsatt enn i resten av landet.

4.2 Første fireårsplan

Da et medlem av opposisjonen i sosialkomiteen fremmet en interpellasjon i tilknytning utfordringer i det nasjonale sinnssykevesenet, så regjeringen og sosialministeren sitt snitt til å lansere deres fireårsplan. Fireårsplanen representerte for opposisjonen konkrete mål, mål som for regjeringen i fremtiden ville representere utfordringer. Åsgård, som sinnssykevesenets største byggeprosjekt, ble ikke direkte nevnt.

4.2.1 Interpellasjon fra Hans Borgen

I 1953 fremmet Hans Borgen²⁰⁷ en interpellasjon om plassforholdene med våre sinnssykehus, og ble dermed utgangspunkt og hovedgrunnlag for debatt vedrørende sinnssykevesenet på Stortinget. Stortingspresidenten, på vegne av Borgen, innledet interpellasjon følgende:

Plassmangel i sinnssykehusene har i senere tid i pressen vært anført som årsak til selvmord, til at sinnssyke får mangelfull medisinsk behandling og til at voldsforbrytere er kommet på frifot. – Har sosialdepartementet undersøkt grunnlaget for disse meldinger? Vil departementet foreslå ekstraordinære tiltak for å avhjelpe plassmangelen? ²⁰⁸

Utgangspunktet for interpellasjon var drastiske skildringer i pressen om plassforholdene ved landets sinnssykehus og uverdige forhold med årsak i plassmangelen.²⁰⁹ Borgen forsøkte tilsynelatende å sammenfatte sitt budskap i sosialkomiteen med å belyse ulike utfordringer tilknyttet praksisen i sinnssykevesenet. Sentralt sto de mange sinnssyke i landets fyllearrestere, som i mangel på andre tilsynssteder ble oppbevart på politiets regning. En annen utfordring som hadde oppstått som en konsekvens av asylenes store overbelegg, var ifølge Borgen, hvordan moderne behandlingsteknikk hadde havnet i andre rekke. Overbelegget så også sin konsekvens i at sinnssykevesenet generelt led av en svak modernisering og manglende vedlikehold. Borgen

²⁰⁶ Innst. s. nr. 122:1953 (Bev. til statens sinnssykehus og psykiatrisk klinikk, kap. 472)

²⁰⁷ Representant Borgen, Senterpartiet, Akershus. Medlem av sosialkomiteen 1950 - 1954

²⁰⁸ S.tid 1181:1953 (fra repr. Borgen om plassforholdene ved våre sinnssykehus)

²⁰⁹ S.tid 1181:1953

underbygget sin påstand med å vise til at staten ikke hadde bidratt til nye regionale eller statseide asylsiden siden 1930.²¹⁰

I tillegg til Borgens egne meninger, inneholdt interpellasjonen utspill fra øverste faglige nivå. Særlig ble utgivelsen fra *Norsk forening for sosialt arbeid – Sosial Håndbok for Norge*, løftet frem.²¹¹ I boken, sluppet i 1952, hadde overlege i psykiatri, Christofer Lohne Knutsen, uttalt seg i tilknytning til sinnssykevesenets drift. Borgen henviste spesielt til overlegens påpekning der overbelegget innen sinnssykevesenet i 1920 hadde vært på 8%, mens det i 1950 hadde steget til voldsomme 22,5%. Interpellanten fortsatte med å lese opp en uttalelse fra overlegen, i håndboken, og uttalte følgende:

*Et så stort overbelegg nedsetter trivselen for pasientene og forringer derigjennom effekten av behandlingen. Dertil kommer at vedlikeholdet under og delvis etter krigen har ligget nede, så flere sykehus er i en lite tilfredsstillende forfatning og mangler muligheten for helt ut å nyttiggjøre seg de framskritt i sinnssykebehandlingen som er kommet i de senere år, og som gir løfter om større helbredelsesprosent og bedringsprosent enn tidligere.*²¹²

Fra samme talskilde kunne Borgen vise til at halvparten av landets offentlige forpleide befant seg i privatpleien, i mangel på asylplasser, noe en dermed må kunne tolke i den retning at Lohne mente at den tradisjonelle praksisen med privatpleie ikke var ønskelig. Lohne hadde også understreket, på lik linje med tidligere bidrag; at fengsler i utpreget grad ble benyttet i mangel på annet sinnssyketilbud. Med slike uttalelser, fra overlegen i psykiatri, presiserte Borgen at en «nesten kunne tolke dette som helsedirektoratets egne offisielle uttalelse»²¹³, og med dette lagt til grunn konstaterte Borgen «at flaskehalsen for sinnssykeomsorgen er plass etter plass», og foreslo dermed en radikal utbygging av sinnssykeomsorgen i form av 2000-3000 asylplasser og ekstraordinære tiltak fra regjeringen.²¹⁴

Etter 10 minutters forberedelse tiltrådte statsråd og sosialminister Aaslaug Aasland.

Sosialministeren innledet med å erkjenne at det lenge hadde vært en alvorlig stor mangel på behandlingsplasser for sinnssyke i landet. Videre meldte hun at forsøk på nøytral analyse tidligere hadde vært foretatt, utført av sosialdepartementet, i forsøk på å danne et bilde av det daværende, så vel som fremtidige, behovet for utvidelse av sinnssykeomsorgen.

Aasland benyttet videre muligheten til å legge frem de opplysninger om hvordan det nasjonale bilde så ut, hva som var gjennomført siden frigjøringen, og hva som var planlagt for de kommende år.²¹⁵ Aasland avviste, nok så kontant med henvisning til SSB, påstanden om at

²¹⁰ På dette tidspunktet hadde det i realiteten ikke blitt bygget et nytt sinnssykeasyl siden 1926 ved Lier. Dette asylet var av en regional variant, der Rønvik, bygget i 1902, sto som landets siste statsasyl og hadde dekket Nord-Norge siden dens tilblivelse.

²¹¹ Sosial håndbok for Norge – Boken ble lansert av helsedirektoratet

²¹² S.tid 1182:1953

²¹³ S.tid 1183:1953

²¹⁴ S.tid 1184:1953

²¹⁵ S.tid 1182-4:1953

mangel på sinnssykeplasser hadde resultert i en økning blant selvmordsstatistikken. Statsråden viste også til hvordan plassmangelen for sinnssyke førte til at en stor del av trengende pasienter ble avvist, og at dette fikk en belastende effekt på andre typer pleiehjem, så vel som fengsler og andre uhensiktsmessige oppbevaringssteder – hun erkjente dermed langt på vei Borgens uttalelser.²¹⁶

Interpellasjon kan for Aasland ha vært ønskelig, da hun i sitt svar leverte en lengre redegjørelse av det daværende sinnssykevesenet i landet. I henhold til ministerens tall hadde sinnssykevesenet i 1953 22 regionale og nasjonale sinnssykehus som til sammen utgjorde 19,4 plasser pr. 10.000 innbygger. Påfølgende viste hun til helsedirektoratets mål om å på sikt oppnå 30 plasser per 10.000. Statsråden understreket også behovet for flere pleiehjems plasser for kronisk sinnssyke, da asylenes overbelegg lå mellom 20 og 25%.²¹⁷

Aasland pekte på trenden med økte innleggelser etter krigen og kontekstualiserte dette med henvisning til utfordringer knyttet til gjenreisning. Produksjonslivet skulle innhentes og at boligmangelen hadde vært stor, var faktorer som ikke kunne utelates i det større bilde. I likhet med Borgen viste også statsråden til hvordan det ikke var reist nye asyl siden 1926, men valgte til forskjell å knytte opplysningen opp til hvordan arvede forsømmelser måtte hentes inn, så vel som at nye skulle tilfredsstilles.

Det ble også løftet frem hvordan en forventet at antallet sinnssyke ville stige som et resultat av en aldrende befolkning. Samtidig presiserte Aasland hvordan en forventet at de kommende år ville bringe en mer effektiv behandling, og at dette ville føre til en større sirkulasjon og mindre «innetid» for asylenes pasientgruppe. Relatert til dette fremmet statsråden også nødvendigheten, og ikke minst påkostingen, av et kompetent fagpersonell for et stigende befolkningstall. Sinnssykevesenets utfordringer var med andre ord sammensatte og ikke noe en kunne løse på kort tid.

I likhet med Lohnes uttalelser uttrykket statsråden en tanke om hvordan det var ønskelig å fjerne privatpleieordningen. Angivelig skulle dette skje gjennom aktive behandlingssentre med tilknyttede forpleiningssteder. Dette ville kreve ytterligere behandlingsplasser, men sier også noe om regjeringens visjon i retning av en ytterligere institusjonalisering i tilknytning til nye institusjonssentre – først og fremst i form av asyl.²¹⁸

Avslutningsvis presisere statsråden at regjeringen de kommende år ville gå helhjertet inn for en kraftig utbygging av sinnssykevesenet.²¹⁹ Detaljene ble tilbakeholdt, men forela i korte trekk en plan om hvordan det i perioden frem til 1957 skulle skapes 1600 nye sengeplasser, hvorav 1400 i asyl og 200 i pleiehjem. Aasland presiserte hvordan antallet sinnssykesenger påfølgende ville stige fra 19,4 til 24 pr 10.000 – noe som ville kreve investeringer på om lag 80 millioner. Denne

²¹⁶ S.tid 1182-4:1953

²¹⁷ S.tid 1183:1953

²¹⁸ S.tid 1183-4:1953

²¹⁹ S.tid 1184:1953

utredningen tok ikke forbehold til en stigende befolkning – til tross for at sosialministeren hadde understreket det selv, i samme interpellasjon.²²⁰

4.2.2 Debatt om fireårsplan

På stortinget utviklet det seg en lengre debatt etter at sosialkomiteens Bondevik på nytt gikk hardt ut mot regjeringen og påpekte hvordan det ville bli nær sagt umulig å etterleve sine planlagte lovnader tilknyttet langtidsprogram for perioden 1953-57.²²¹ Etter Bondeviks egen utregning ville regjeringen bare benytte halvparten av de 46.3 millionene de selv hadde lovet ved inngangen til fireårsperioden. Lovnaden omhandlet større bevilgninger i retning av en større utbygging av psykiatriske institusjoner.²²²

I likhet med Bondevik koblet Wirstad²²³ seg på debatten om regjeringens langtidsprogram. Wirstad refererte til regjeringens utrykte plan om å tilføre 1.600 nye sengeplasser som et supplement til de eksisterende 7.000 autoriserte. Utfordringen med dette, slik Wirstad så det, var det faktum at det fantes 16.000 offentlig forpleide sinnslidende til lands, og etter fagfolks uttalelser var det behov for om lag 11.000 sengeplasser. Det kunne tilsynelatende se ut som om regjeringen, til tross for lovnader om bedringer, drev lengre og lengre vekk fra sitt eget mål (jfr. Aasland) om 30 plasser pr. 10.000.

Komiteemedlem Tande²²⁴ påpekte på at det i årene etter krigen var kommet på plass om lag 100 sinnssykeplasser i året. Dette pekte klart i retning av hvilken utfordring det ville bli for regjeringen å få på plass ytterligere 1.600 på de tre gjenværende årene av regjeringens fireårsplan.²²⁵

Evju²²⁶, som ikke hadde bidratt til debatten i sosialkomiteen siden 1951, løftet fram utfordringene knyttet til det regionale asylet i representantens eget distrikt. Påfølgende utrykte representanten hvordan han fant det høyst beklagelig at sosialkomiteen ikke hadde grepet fatt i anliggende ved Lier, dette året også.²²⁷ Da Evju ved forrige anledning deltok i 1951, hadde han også påpekt hvordan bevilgningene i retning Lier stadig uteble og hvordan asylet ikke kunne ta inn så mange sinnslidende som de selv ønsket. Som et argument hadde Evju, i 1951, vist til hvordan det regionale asylet hadde huset plass for 40 – 50 sinnssyke fra Finnmark.²²⁸

²²⁰ S.tid 1184-5:1953

²²¹ S.tid 1049-50:1954

²²² S.tid 1049:1954

²²³ Representant Trond Wirstad, Senterpartiet, Oppland. Medlem av sosialkomiteen 1954 – 1957

²²⁴ Representant Torkell Tande, Venstre, Telemark. Medlem av sosialkomiteen 1954 - 1961

²²⁵ S.tid 1051-2:1954

²²⁶ Hans Oskar Evju, Bondepartiet, Buskerud. Ikke medlem av sosialkomiteen

²²⁷ S.tid 1953:1954

²²⁸ S.tid s.749:1950 – Siden krigens nedbrenninger hadde en rekke asyler fremdeles sinnslidende fra tidligere HPH.

Siste bidragsyter til debatten var sosialminister Rakel Seweriin.²²⁹ Seweriin formet sin respons til debattens siste bidrag i lys av forholdene lengst nord. I følge ministeren var det fylkesregionale asylet ved Lier delt mellom de to rikeste fylkene i landet og kunne av den grunn ikke stå til sammenligning med behovet for sinnssykehus i Finnmark.²³⁰ Sosialministeren la til hvordan Finnmark, slik hun og regjeringen oppfattet det, hadde enorme vanskeligheter med å bære de økonomiske utfordringer sinnssykevesenet bragte. I den forbindelse beskrev sosialministeren det som utelukket for Finnmark – på det daværende tidspunkt – å yte det nødvendige økonomiske bidrag som skulle til for å reise et eget sinnssykehus i fylket.²³¹ Slik ordningen fungerte, ville Finnmark på ingen måte ha en sjanse til å dekke de følgende av 6/10 en ny institusjon vil kreve.

4.2.3 Interpellasjon fra Kjell Bondevik

På samme måte som i 1953, ble en interpellasjon fremmet på Stortinget tilknyttet sinnssykevesenets mange utfordringer. Interpellasjon ble fremmet av Kjell Bondevik, en representant som til stadighet hadde vist seg aktiv i spørsmål om sinnssykevesenet. Bondevik la frem hvordan det i tilknytting til plassmangelen prosentmessig sto dårligere til i 1954 enn til sammenligning med både 1930- og begynnelsen av 1940-tallet.²³² Ytterligere ble plassmangelen kontekstualisert da Bondevik sammenlignet antall plasser i Norge med nærliggende land. Blant interpellantens sammenligninger kom Norge svakest ut. Bondevik henviste til hvordan Helsedirektoratet mente at en måtte komme opp i minst 30 sinnssykeplasser pr. 10.000, men hvordan det norske sinnssykevesenet hadde i underkant 2/3 av dette.²³³

Blant interpellantens oppramsing av utestående prosjekter tilknyttet sinnssykevesenet, ble det tydelig at regjeringen hadde en rekke uløste oppgaver, og størst var statsasylet i Tromsø. Her var det fremdeles behov for 25.000.000,- for å ferdigstille prosjektet. Det var med andre ord en hel del arbeid og investeringer som måtte gjøres for at regjeringen skulle komme i mål med sine lovnader.

I Bondeviks interpellasjon ble betalingsloven av 1925 trukket frem som et større framskritt i sinnssykevesenets historie.²³⁴ Loven innebar at staten tok da på seg 4/10 av utgiftene til sinnslidende pasienter som trengte offentlig støtte. Loven inkluderte derimot ikke en spesifisering om *hvilken* aktør som skulle betale for sinnssykehusene – selv om staten frem til 1902 sto for dette. Frem til 1926 hadde staten gått inn med 4/10 til de fylkene som klarte å reise sine egne asyler, men etter dette var det ingen nye tilskudd av sinnssykeasyler. Med ordningen slik den var

²²⁹ Representant Rakel Seweriin, Arbeiderpartiet, Oslo. Sosialminister 1951 - 1955

²³⁰ Det regionale asylet ved Lier var delt mellom fylkene Buskerud og Vestfold

²³¹ S.tid 1054:1954

²³² S.tid 431-42 (Interpellasjon fra *Repr. Bondevik om sinnsjukeproblema*)

²³³ S.tid 431:1954

²³⁴ S.tid 432-5:1954

måtte de områdene uten eget statsasyl stå for 4/10 av millionregningen om et asyl skulle reises, mens de områdene som hadde eget fikk sitt utgiftene dekke av staten.²³⁵

Sosialministeren viste til hvordan landet, i løpet av en tredveårsperiode, hadde hatt en større økning av antallet sinnssyke i offentlig forpleining. Seweriin kunne vise til hvordan det i 1925 var ca. 9.000 i offentlige forpleining, mens det etter siste gjennomførte telling var økt til 15.000. Dette ga et enkelt og informativt bilde på hvilken oppgave regjering, sosialsektor og sinnssykevesen sto ovenfor. Det var særlig karakteristisk hvordan tallet på erklærte sinnssyke i årene etter krigen viste til en rask stigning. Interessant var det hvordan tallet på sinnssyke ikke hadde steget i takt med hva befolkningsøkningen skulle tilsi. Sosialministeren viste også til hvordan sinnssyke på 1950-tallet levde lengre enn før, da legevitenenskapens forbedring de siste årene hadde gjort seg gjeldende.²³⁶

Komiteens tidligere ordfører og lengst sittende medlem, Claudia Olsen, bidro i karakteristisk stil på slutten av en debatt. Olsen bidro til stadighet med opplysninger sosialministre fant det utfordrende å svare på. I denne interpellasjonen var Olsen langt på vei enig med sosialministerens tilsynelatende ærlige fremtoning, men tillot seg å løfte fram et spesifikt utsagn:

Statsråden sa videre at vi er avhengige av Stortingets bevilgninger (for å nå sine mål for fireårsplanen). I disse årene etter frigjøringen er det, så vidt jeg kan erindre, i hvert fall aldri blitt avslått en eneste bevilgning eller forslag som er kommet fra Sosialdepartementet, når det gjelder til sinnssyke og åndssvake. Det er vel derimot departementet eller regjeringen som har avslått og strøket poster som kunne synes nødvendige [...] Stortinget vedtok å kjøpe eiendommen Åsgård sommeren 1947, og først nå skal man gå i gang med å bygge første etappe.²³⁷

Som respons vedkjente statsråden at arbeidet med statsasylet i Tromsø hadde gått tregt og påfølgende at planleggingsarbeidet hadde gått i det små. Statsråden kom påfølgende med lovnader om å følge opp saken i nær fremtid.²³⁸

4.2.4 Nord-Norge i spørretimen

Under spørretimen på Stortinget, 13. oktober 1954, stilte sosialkomiteens Riise²³⁹ følgende spørsmål til sosialminister Raket Seweriin: *Vil departementet ta under overveielse å kjøpe passende eiendommer for å avhjelpe den utilstrekkelige sinnssykepleie i Nord-Norge, slik det har vært gjort på Østlandet?*²⁴⁰ Til dette svarte sosialministeren at sosialdepartementet hadde tatt opp konkrete undersøkelser for å gå i møte med problemene tilknyttet et manglende antall plasser for sinnssyke

²³⁵ I 1954 var det Midt-Norge, Nordland, Østlandet og Sørlandet som hadde egne statsasyl. Resterende fylker og regioner, med unntak av Troms, Finnmark og Sogn og Fjordane, sto uten. Ingen av disse fylkene satt med skatteinntekter store nok til å dekke de nødvendige 6/10 for et nytt regionalt asyl.

²³⁶ S.tid 433-4:1954

²³⁷ S.tid 439-40:1954

²³⁸ S.tid 441:1955

²³⁹ Johan Riise, Høyre, Nordland. Medlem av sosialkomiteen 1954 - 1958

²⁴⁰ S.tid 2309:1954

i de tre nordligste fylkene. Sosialministeren benyttet muligheten til å presisere at det ikke var statens oppgave å kjøpe eiendommer, slik interpellasjon indikerte, og at dette var en praksis staten heller ikke hadde foretatt seg på Østlandet. Sosialministeren la til at hun håpet at Stortinget, under behandling av neste års budsjett, ville få anledning til å drøfte tema for å finne plasser til sinnslidende i Nord-Norge.²⁴¹

Under spørretimen på Stortinget, 24. november 1954, stilte sosialkomiteens Hamran²⁴² følgende spørsmål til sosialministeren: *Det er mange uløste oppgaver i Nord-Norge, i den sosiale sektor, som et resultat av krigens raseringer og et stigende behov som følge av økte standarder – Hvilke linjer arbeider departementet etter?*²⁴³ Hamran uttrykket et ønske om at den nordligste landsdelen skulle samkjøres i møte med utfordringer i den sosiale sektoren, da problemene var mange og store. Slik Hamran la frem saken spilte fylkenes utfordringene seg utover det økonomiske, hvordan helsevesenet i sin helhet aldri hadde reist seg etter krigen. Tilsynelatende var det også store vanskeligheter i prioriteringsorden og komitemedlemmet etterlyste derfor en målbevisst plan å innrette seg etter. Interpellanten mente dette ville skape trygghet og stabilitet for en landsdel der næringslivet var i vekst og de sosiale tjenestene burde følge på.²⁴⁴

Sosialministeren åpnet med å presisere at det særlig var innen sinnssykevesenet at Nord-Norge var nødlidende. Som et resultat av dette uttrykket Seweriin at hun og regjeringen derfor hadde lagt stor vekt på Åsgård-prosjektet og viste til millionbevilgningen samme års budsjettinnstilling.²⁴⁵ I samme svar ga sosialministeren tydelig uttrykk for hvordan en felles plan for utbygging i nord ville komme i veien for planer som allerede etablerte.²⁴⁶

Hamran fulgte opp med å gå grundigere til verks i spørsmålet tilknyttet sinnssykevesenet, og la til at sinnssykesektoren i Nord-Norge hadde et tilbud som tilsvarte halvparten av landsdelens behov. Han pekte på at det mest tilbakeleggende området innenfor denne sinnssykesektoren var Nord-Norge, og selv om en bevilgning i retning Åsgård nettopp hadde blitt lagt på bordet, rakk den ene millionen kun til plan og tegninger. At en hel landsdel kun hadde Rønvik å støtte seg til, henviste interpellanten til som en krevende situasjon. Med dette lagt til grunn påpekte sosialkomiteens medlem fra Nordland, at det høyst sannsynlig ville gå mange år før asyllet i Tromsø sto klart, og at en dermed ikke hadde tid til å vente på at prosjektet skulle realiseres. Slik Hamran så det trengte den nordligste landsdelen en hurtig løsning, og det beste og billigste alternativet ville være en ytterligere utvidelse av Rønvik.²⁴⁷

Tilbake på talerstolen henviste sosialministeren til at Rønvik nylig hadde gjennomgått en sammenhengende restaurering til en verdi av fem millioner, og at statsasylet nå hadde oppnådd

²⁴¹ S.tid 2309-10:1954

²⁴² Sigurd Hamran, Arbeiderpartiet, Nordland. Medlem av sosialkomiteen 1950 - 1958

²⁴³ S.tid 2840:1954

²⁴⁴ S.tid 2840-1:1954

²⁴⁵ Innst. s. nr. 83:1954

²⁴⁶ S.tid 2841:1954

²⁴⁷ S.tid 2841-2:1954

den samme kapasiteten det hadde hatt før krigens vandaliseringer. Til forskjell var statsasylet bedre utstyrt, mer effektivt og rasjonelt innredet. Hun viste også til plan for ytterligere restaurering og utvidelse av 200 senger, men kunne ikke svare på når denne delen ville igangsettes.²⁴⁸

I 1954 presenterte sosialdepartementet en utbygging som omfattet ytterligere 200.²⁴⁹ Utbyggingen skulle gi statsasylet ved Rønvik totalt 500 sengeplasser, men på lik linje med Åsgård ble også dette forsinket.²⁵⁰ En ordlyd som hadde gjort seg gjeldende i sosialkomiteen siden 1940-tallet, ble derfor dratt frem igjen da repr. Tande uttalte at Nord-Norge innen landets sinnssykeomsorg var ytterligst forsømt.²⁵¹

4.2.5 Fireårsplan ved veis ende

Den ambisiøse fireårsplanen, for utvikling og fremskritt i landets sinnssykevesen, nærmet seg gradvis veis ende. Halvannet år før fireårsperioden var over kunne det tilsynelatende se ut som om målet ikke ville nås, og skapte en naturlig debatt ledet av sosialkomiteens opposisjon. Sinnssykevesenet bevilgninger sto i fokus.

Kjell Bondevik hadde over årenes løp uttalt seg kritisk ved en rekke tilfeller ved debatt om fireårsplanen, og til 1955 var lite forandret. Bondevik løftet opp tråden der han det foregående året hadde sluppet den, og stilte spørsmåltegn ved muligheten for gjennomføring. Hvordan hadde regjeringen tenkt å holde det nødvendige tempoet oppe for å nå sitt mål? Bondevik henviste til hvordan Aaslaug Aasland, i 1953, hadde uttalt at bygging måtte skje hand i hand med økende bevilgninger fra Stortinget²⁵², og at:

*Det er med glede jeg kan si at Regjeringen helhjertet har gått inn for en kraftig utbygging av vårt sinnssykevesen i de årene som kommer.*²⁵³

For å eksemplifisere ytterligere, henviste Bondevik til hvordan regjeringens langtidsprogram hadde lovet 46.5 millioner til ulike sinnssykeformål og 1600 nye sengeplasser til utgangen av 1957. Han konfronterte påfølgende den sittende statsråden med at en nå var to og et halvt år inn i langtidsprogrammets fireårsperiode, og at det så langt bare var bevilget 18 millioner. Det måtte med andre ord bevilges ytterligere 28.5 millioner i løpet av de resterende 18 månedene om lovnaden fra regjeringen skulle opprettholdes.²⁵⁴

I forsøk på å konkretisere hvordan de manglende bevilgningene gjorde utslag, henviste Bondevik til utviklingen ved Åsgård. Her var det, over en fireårsperioden, lovet 11.6 millioner, mens det i realiteten bare var blitt brukt 1 million på forberedende arbeid, og at byggeprosjektet ikke var

²⁴⁸ S.tid 2842:1954

²⁴⁹ St. prp. Nr. 1:1954:61

²⁵⁰ S.tid 1483:1956

²⁵¹ S.tid 1342:1957

²⁵² S.tid 1446-47:1955

²⁵³ S.tid 1449:1955

²⁵⁴ S.tid 1446:1955

kommet i gang. Også Finnmarksykehusene ble dratt inn av Bondevik, og viste til hvordan bevilgninger også her utestod. Totalt sett var Nord-Norge, ifølge Bondevik, lovet mest og fått minst i retur, og KrF-representanten problematiserte videre hvordan 4/10-regelen resulterte i at fylkene måtte forskuttere lån for å få finansiert og bygge ut sine nødvendige institusjoner.²⁵⁵

En annen representant påpekte en symptomatisk tregheten som stadig oppstod i statens byggeprosjekter, som et resultat av at arkitekttegninger som ikke sto klare i tide. Følgene av dette var bevilgninger som uteble.²⁵⁶

Statsråd Rakel Seweriin fikk omsider svare på Bondeviks kritikk, og var rask å erkjenne hvordan regjeringen hadde antatt at utbyggingen ville gå raskere. Vedrørende de få og lave bevilgningene til Åsgård, viste statsråden til at statsasylets planlegging ikke var ferdig:

Jeg vil bare nevne som eksempel sinnssykehuset på Tromsøya, hvortil Stortinget bevilget 1 mill. kroner, som det, da det kom til stykket, viste seg at man ikke kunne benytte fordi planleggingsarbeidet ikke var kommet langt nok fram. Og jeg går ut fra at heller ikke Stortinget er interessert i å bevilge penger som ikke blir benyttet.²⁵⁷

Statsråden foreslo, som en løsning til problemet, en større bevilgning til planlegging, da det framkom at statsråden mente det var her skoen presset. Som et svar til Bondeviks kritikk av regjeringens bygge- og bevilgningslovnader ved Åsgård, presiserte sosialministeren at en forventet at byggearbeidene skulle komme i gang våren 1956, om tegningene sto klare til da.²⁵⁸

Blant opposisjonen i Stortingets sosialkomite var fellesnevner å rette kritikk mot regjeringens fireårsplan fra 1953, men mot slutten av perioden ble kritikken til gjengjeld noe mer nyansert blant representantenes ulike parti og distriktstilhørighet. Bondevik, regjeringens fremste kritiker i sosialkomiteen konkretiserte sin kritikk gjennom et eksempel som viste til hvilke utfall de overfylte asylene resulterte i; at enkelte distriktsleger hadde sluttet å søke om plass ved landets asyler da ventelistene var for lange.²⁵⁹

En annen ivrig opposisjonspolitiker, Tande, delte på mange måter Bondeviks kritiske syn, men gjorde et forsøk på å nyansere de mange forsinkelsene. Tande viste til hvordan det utover midten av 1950- utpekte seg en tendens blant sosialdepartementets mange byggeprosjekter. Han viste til hvordan det ikke alltid var penger det sto på, men ofte en utstrakt tidsbruk for planlegging, tegninger, arkitektkonkurranser og reguleringer.²⁶⁰ I den forbindelse ble det nevnt hvordan en *innsender* hadde stilt spørsmål om det var Helsedirektoratet eller sosialdepartementet som var ansvarlig for at utbyggingen av sinnssykevesenet gikk så tregt. Helsedirektøren svarte til dette at det først og fremst var byggematerialer og arbeidskraft som hadde preget situasjonen.²⁶¹

²⁵⁵ S.tid 1446-8:1955

²⁵⁶ S.tid 1448:1955

²⁵⁷ S.tid 1452:1955

²⁵⁸ S.tid xxxx:1955

²⁵⁹ S.tid 1482:1956

²⁶⁰ S.tid 1485:1956

²⁶¹ S.tid 1341:1957

Sosialkomiteens veteran, Claudia Olsen, kom med bemerkninger i retning av at byggematerialer og arbeidskraft var en legitim årsak til at byggeprosjektene ble sinket, og bidro dermed å forvare angrepene på regjeringen. Samtidig viste hun til hvordan regjeringen hadde prioritert adskillig «mindre vesentlige» bygg til fordel for asylere, ikke bare i fireårsperioden, men helt siden 1940-tallet. Dette til tross for at det innen sosialkomiteen hadde vært en unison enighet om at sinnssykevesenet trengte et kraftig løft.²⁶²

4.2.6 Pleiehjem i sinnssykevesenet

Da sosialministeren i 1954 erkjente at det var 25% overbelegg ved landets asylere, løftet hun også fram hvordan asylerne var fylt opp av pasientgrupper som grovt sett kunne deles inn i to kategorier; de som kunne helbredes, og de som kroniske uhelbredelige. I samsvar med at regjeringen åpnet for sinnssykevesenets inntog i pleiehjemmene, rettet også et fokuset utover 1950-tallet på hvilke positive følger den avtagende tuberkulosen kunne yte sosialsektoren.²⁶³

I 1956, ett år før utgangen fireårsplanen, hadde regjeringen oppnådd 470 asylplasser av det uttalte målet om 1400, som utgjorde ca. en tredjedel av målsetningen. Et annet uttalt, langsiktig og konkret mål, hadde vært å oppnå et antall institusjonsplasser som svarte til 30 plasser pr. 10.000. Dette tallet nådde sitt bunnivå med 19.4 i 1953 og hadde mer eller mindre ikke endret seg til andre halvdel av 1950-tallet.²⁶⁴

Noe regjeringen imidlertid hadde oppnådd, var målet om 200 pleiehjemsplasser. Da regjeringen, ved sosialminister Aasland i 1953, uttalte et mål om 1600 plasser ved anstalter, var 1400 av disse forbeholdt asyl, mens de resterende 200 var tiltenkt pleiehjem. I motsetning til de mange målene regjeringen ikke hadde oppnådd, hadde regjeringen levert langt over egen målsetting i møte med nye pleiehjemsplasser. I 1957 var det opprettet 800 sengeplasser fordelt på en rekke nye pleiehjem, og dette var påpekninger fra sosialkomiteens opposisjon, og bidrar dermed til å styrke deres legitimitet.²⁶⁵ Den voldsomme økningen av pleiehjemsplasser utover 1950-tallet peker i retning av et mindre politisk veiskifte innen den nasjonale sinnssykeomsorgen. Sosialministeren hadde tidligere utvist skepsis ovenfor ideen om at pleiehjemmene skulle ta over en del av de senil demente sinnslidende. Til tross, mot slutten av 1950-tallet åpnet regjeringen for en avlastning i sinnssykevesenet, ikke bare ved asylerne, men også i privatpleien.²⁶⁶ Det var særskilt den siste detaljen som ga praktiske fordeler i Finnmark.

²⁶² S.tid 1342:1957

²⁶³ S.tid 434-5:1954

²⁶⁴ Tall fra SSB

²⁶⁵ S.tid 1341:1957

²⁶⁶ S.tid 1486-1490:1956

4.2.7 Åsgårds utvikling i fireårsplanen

Da Stortinget i 1954 gjennomførte en millionbevilgning til statsasylet ved Åsgård, kunne det saktens se ut som at tiden var kommet for Troms og Finnmark.²⁶⁷ Slik ble det imidlertid ikke, og da byggeprosessen ved inngangen til 1957 fremdeles ikke var igangsatt, så det dårlig ut for Åsgård og regjeringens lovnader.

I 1954 ble det lagt fram et nytt prisanslag av utførende arkitekt, der den totale utgiften ved statsasylet i Tromsø ble beregnet til 21.400.000,-. På toppen av dette ville 4.500.000,- bli påkostet de tiltenkte personalboligene på statsasylets østside.²⁶⁸

På Stortinget fikk sosialkomiteen i 1955 se resultatet av arkitektkonkurransen tilhørende Åsgård. I deltagelsen hadde landets fremste sykehusarkitekter deltatt og Arendalsarkitektene Ketil Ugland og Hans P. Thorne av med seieren. Arkitektene hadde lagt driftsøkonomiske hensyn gjennomgående til grunn. Etersom arkitektkonkurransens ventetid nå var over, uttalte sosialkomiteen at utarbeidelser av de endelige arbeidstegningene ville bli ferdigstilt og at arbeidet med Åsgård-eiendommen kunne ta til våren 1956. Millionen som ble bevilget i 1954 sto fremdeles ubenyttet, og en valgte derfor å ikke bevilge nye midler til prosjektet.²⁶⁹

Selv om bevilgninger til statsasylet i Tromsø uteble, var det ikke en mangel på penger som resulterte i at det planlagte statsasylet haltet. Slik tendensen var i resten av landet hadde Åsgård-prosjektet over lengre tid blitt utsatt for en rekke utsettelse og omorganiseringer. Til tross for at statsasylets eiendom, som også var blitt statsasylets tiltenkte navn – Åsgård, ble kjøpt etter vedtak fra et enstemmig Storting i 1947, hadde byggeprosessen blitt utsatt etter flere politiske vinglinger. I 1957 var det gått 10 år siden Stortinget kjøpte Åsgård-eiendommen, og med unntak av vei- og dreneringsarbeid var det lite konkret å vise til. Heller ikke stortingsproposisjonene bar preg av endringer, og dette var trolig bidragsytende for et økt press fra opposisjonen.²⁷⁰

I en større kontekst var utsettelsene ved Åsgård bare ett av flere symptom på regjeringens feilslåtte sosialpolitikk – ifølge opposisjon.²⁷¹ Claudia Olsen, som utover 1950-tallet i økende grad hadde forbeholdt sine innvendinger til sosialkomiteens åndssvake-kapitler, viste til hvordan hun som komitemedlem hadde tatt del inspiseringer av Åsgård-eiendommen i 1947, og på ny i 1954. Veteranen løftet frem hvordan byggeplassen så tilnærmet lik ut ved begge anledningene.²⁷² Til tross, da sosialkomiteen behandlet saken, samme år, resulterte debatten i en bevilgning på 2.342.000 kroner og iverksettelse av byggetrinn 1 ved Åsgård.²⁷³ Hadde opposisjonens økte press i sosialkomiteen bidratt til bevilgninger – *både* i form av penger og materialer?

²⁶⁷ Innst. S nr. 83:1954

²⁶⁸ St. prp. Nr. 1:1954:64

²⁶⁹ Innst. s. nr. 83:1955

²⁷⁰ St. prp. Nr. 1:1957:66

²⁷¹ S.tid 1342:1957

²⁷² S.tid 1486:1956

²⁷³ Innst. S. nr. 102a:1957

4.3 Ny fireårsplan

I 1955 ble Arbeiderpartiet for fjerde gang på rad valgt inn i regjering med rent flertall. Dette medførte en videreføring av tidligere sosialpolitikk. Innen sinnssykevesenet utpekte en tidligere tendens seg klarere ut og opposisjonen ble stadig mer høylytt. En tjueårsperiode der asylene hadde vært enerådende innen omsorgen av sinnslidende var i endring.

4.3.1 Fylkeskommunale pleiehjemsprosjekter

Da pleiehjemmene utover 1950-tallet gjorde seg stadig mer gjeldene, bidro dette til at avsidesliggende områder fikk sine etterlengtede sinnssyketilbud. I Sogn og Fjordane hadde en i likhet med Troms og Finnmark ingen eget stats- eller regionalasyl. Da pleiehjemmene på 1950-tallet inntraff i norske distrikter, resulterte dette i etterlengtede anstaltsteder for alle tre fylkene.

I Troms hadde en over lengre tid jobbet for et pleiehjem i Tromsdalen, men i 1958 gikk en inn for å stille planene i bero.²⁷⁴ Årsaken til dette var at fylkesmyndighetene i Troms isteden gikk inn for å benytte Midt fylket tuberkulosehjem ved Gibostad. Til forskjell fra resten av landet, inkludert Finnmark, la en innledningsvis opp til et blandet belegg. Dette medførte at pleiehjemmet ved Gibostad, for en stund, drev pleiehjem for både sinnssyke og tuberkuløse, før det omsider ble forbeholdt 40 sinnslidende. Pleiehjemmet sto ferdig ombygget og modernisert ved overgangen til 1960-tallet.²⁷⁵ På samme måte som i Finnmark, hadde fylkeskommunen i Troms store vansker med å dekke sine 6/10 av byggekostnadene og valgte derfor, som Finnmark, å søke om etableringslån av Rikstrygdeverket. Troms valgte også å søke om en 5/10-bevilgning, men Troms og Finnmark delte skjebne og fikk begge avslag.²⁷⁶

Ved Luster tuberkulosesanatorium innerst i Sognefjorden, i Sogn og Fjordane, fikk fylket et etterlengtet sinnssyketilbud i 1958. Sosialkomitéen vedtok enstemmig å omgjøre sanatoriet til en anstalt for 150 sinnslidende.²⁷⁷ Det avsidesliggende pleiehjemmet, drevet av Stiftelsen St. Jørgens Hospital på 500 høydemeter, fungerer som én av mange eksempler på hvordan 1950-tallets tuberkulosefall åpnet opp for institusjonell pleie av sinnssyke i distriktene.²⁷⁸

Eksemplene er lagt ved for å vise til hvordan en kursendring av sinnssykevesenet bidro til å skape pleietilbud og arbeidsplasser i de områder en tidligere hadde stått uten institusjonaliserte sinnssykevesen. I sosialdepartementets stortingsproposisjoner blir de tre nevnte pleiehjemmene behandlet som «fylkeskommunale pleiehjemsprosjekter», og viser til hvordan sosialpolitikken sakte men sikkert beveget seg bort fra den enerådende praksisen der behandling av sinnssyke utelukkende foregikk i asyl. For Finnmarks vedkommende bidrar det også til å forstå hvorfor det kun var ett pleiehjem som mottok statsstøtte i etableringsprosessen, da departementet kun førte

²⁷⁴ St. prp. Nr. 1:1958:68

²⁷⁵ Innst. s. nr. 106a:1958

²⁷⁶ St.prp.nr.1:1957:66

²⁷⁷ Innst. s. nr. 240:1958

²⁷⁸ S.tid 3081-83:1958

opp bistand til ett utvalgt pleiehjem i hvert fylke.²⁷⁹

4.3.2 Nytt budsjettkapittel?

I 1958 fremmet et mindretall i sosialkomiteen forslag om å oppføre et nytt budsjettkapittel tilhørende sosialkomiteens sinnssykevesenet. Over en årrekke hadde regjeringen henvist til økte bevilgninger i retning sinnssykevesenet, men den voksende opposisjon hadde ved flere anledninger uttrykt bevilgningene som både halvhjertet og utilstrekkelig.²⁸⁰ Som ved utgangen av regjeringens foregående fireårsplan (1953-57), var det en tydelig tendens til opprettelse av rimelige pleiehjem til fordel for asyler. Det var særskilt sosialkomiteens to medlemmer fra Høyre som bet seg merke i dette, og ettersom det var fylkene og ideelle organisasjoner som sto bak de fleste av pleiehjems-initiativene, foreslo de to Høyrerepresentantene i 1958 å danne en utvidelse til ett av sosialkomiteens disponerte budsjettkapitler. Kapittelet hadde siden 1950 behandlet spørsmål tilknyttet *byggearbeider for kommunale og private psykiatriske institusjoner*, og fra Høyrefraksjonen ble det foreslått gi kapittelet en *B-seksjon*. Slik budsjettkapittelets navn indikerte, var det ment å støtte opp under fylkeskommunale og kommunale utbygginger tilknyttet sinnssyke og åndssvake.²⁸¹ I forbindelse dette tema uttalte et komiteemedlem fra Venstre følgende:

Dernest har det vært et arbeid i gang for å reise flere pleiehjem når det gjelder sinnssyke. Det er diakoner og sykepleiere med god faglig innsikt og opplæring som tar seg av det feltet og reiser mindre pleiehjem rundt omkring. Det kan bli en god avlastning for de forholdvis kostbare behandlingsanstaltene som vi har nå har, og jeg tror at det er et felt som det også er verdt å gi støtte. Gamlehjemmene rundt omkring sliter ofte med enkelte senile. Det forekommer også tilfeller hvor enkelte av de gamle blir sinnsforvirret, og det er en plage for mange hjem og virker forstyrrende for hele huset. Det er nokså hjelpeløse når det gjelder å gå disse senile anbrakt.²⁸²

Høyrefraksjonen viste til hvordan regjeringen hadde lovet løft etter løft for sinnssykevesenet i landet, men hvordan de økte bevilgningene i realiteten ble hentet inn av økte utgifter, lønninger og prisstigning, og ville *ikke* bidra til økt utbygging eller at flere pasienter ble behandlet. Med det nye forslaget (les; kapittel 479B), som også Venstre og KrF stilte seg til dels bak, skulle en pott på 10 millioner ekstra, av sosialdepartementet, fordeles der bevilgningene ville gjøre størst forskjell. Om lag halvparten skulle bevilges til de institusjonelle foretak som allerede sto oppført under det ordinære kapittel 479. Blant disse var Jansnes i Talvik, og hadde forslaget gått gjennom, ville sosialdepartementet fått muligheten til å dele ut ekstrabevilgninger til pleiehjems-foretak i etableringsfasen. Sosialministeren med regjering ville det annerledes, og på stortinget ble

²⁷⁹ St.prp. nr. 1:1958:69

²⁸⁰ S.tid 1315-6:1958

²⁸¹ Kapittelet hadde gjennom 1940- og 50-tallet bidratt til landets mange regionale asyler, men utover 50-tallet, da flere nye pleiehjem ble til, fikk kapitelet en voldsomt økning i både utgift og antall utgiftsposter – for øvrig informasjon; les innst. S. nr. 106a:1958

²⁸² S.tid 1314-5:1958 – Repr. Tande Venstre

forslaget nedstemt av Arbeiderpartiets rene flertall.²⁸³ Dette til tross for at asylene hadde voldsomme overbelegg.²⁸⁴

4.3.3 Byggeplaner og utsettelse til debatt

Et sentralt debattert tema blant sosialkomiteens medlemmer, var til stadighet forholdene ved Statsasylet ved Eg, utenfor Kristiansand, som trengte et alvorlig løft. Dette førte til en generell debatt om statsasylet. Debatten fungerer som et bilde på hvordan flere av landets statsasylere hadde store utfordringer med de utgiftene som det nasjonale sinnssykevesenet behøvde.

Borgen hadde i 1953, etter egen interpellasjon, forlatt sosialkomiteen. I 1958 deltok han likevel på en av komiteens debatter. Hans utsagn sparket påfølgende liv i komiteens debatt.

«Jeg var med i sosialkomiteen i perioden 1949-53, og som denne komite pleier, reiste også vi omkring og så på forskjellige sykehus og sinnssykehus. Det er gitt så mange beskrivelser av tilstandene i sinnssykehusene at det vel er unødvendig å komme med noe særlig i tillegg, men jeg vil gjerne også si at det jeg fikk se rundt om kring, gjorde et overordentlig sterkt inntrykk på meg, - hvor elendig dårlig vedlikeholdet av bygningene var, hvor trange alle oppholdsrom var, hvor liten adgang til friluftarealer det var, hvor nedslående det hele var. Det som kanskje var mest nedslående, var å høre hva de som arbeidet i disse institusjonene, særlig legene, hadde å fortelle. En fikk høre hvilke muligheter legene har for å hjelpe pasientene, men at de var helt ute av stand til det fordi de ikke hadde plass til å få inn dem som trengte behandling snarest, fordi sykehuset var oppfylt med pleiepasienter og fordi de manglet plass og utstyr av forskjellige slag»²⁸⁵

Utsagnet viset spesielt til to ting. For det første beskriver situasjonen de overfylte asylene og hvilke utfordringer de ansatte måtte bøte med som et resultat av plassmangelen. Senterpartiets representant viste til hvordan asylene var fylt med *pleiepasienter*, noe som underbygger nødvendigheten av de politiske endringene i retning av flere pleiehjem til avlastning for asylene.

For det andre viser den til hvilke utfordringer regjeringen og sosialsektoren satt med. Ikke bare fantes det et skrikende behov for utbygginger til et økende pasienttall, men statsasylene som staten sto med hovedansvaret for, krevde store mengder vedlikehold og restaureringer. Disse konstante restaureringsbehovene måtte til enhver tid settes opp mot behovet for nye anstalter og et økende antall sinnslidende.

Et argument som ved gjentagende tilfeller hadde blitt benyttet av 1950-tallets vekslende sosialministre, var regjeringens standpunkt om å ikke bevilge til prosjekter der konkrete planer ikke forelå. Dette kan forklare hvorfor debatten blusset ekstra mye opp dette året, da Eg

²⁸³ S.tid 1327:1958

²⁸⁴ S.tid 1318:1958

²⁸⁵ S.tid 1806:1958 - Etter siste utførte måling var det 16.500 sinnssyke i landet, og med stort overbelegg hadde landet asyler sengeplasser til ca. 8.500. Fra faglige hold var det ønskelig at antallet asylplasser skulle utgjøre ca. 11.000 plasser

representerte et eksempel på regjeringens manglende evne til å - ikke bare utbygge - men også vedlikeholde sinnssykevesenets institusjoner.²⁸⁶ Claudia Olsen uttrykket følgende:

«Det er i alle fall ikke brukt for sterke uttrykk om Eg sinnssykehus i mindretallsinnstillingen. Sykehuset har slitt med gamle umoderne bygninger og stort overbelegg i mange år, og jeg vil si, etter å ha besøkt Eg flere ganger siden 1946, at man må se dette stedet for å kunne tro at slik forekommer i statens regi. Jeg vet i hvert fall at avdelingsøstre har bodd på et kvistværelse på loftet innenfor tørkeloftet i 16 år. [...] I Aftenposten ganske nylig kunne vi lese i en leder at i Stavanger hadde politiet tatt hånd om og gitt plass til 15 sinnssyke i løpet av halvannen måned. Det er uverdige forhold samfunnet byr de mest hjelpeløse og mest trengende av våre syke»²⁸⁷

I etterkrigstiden hadde tilveksten av psykiatritjenester vokst fram parallelt med velferdsstaten. For den sittende regjeringen, som hadde styrt landet siden 1945, vokste også statens ansvar for helsevesenet. Enkelte områder kunne statlige aktører holdes til ansvar for, andre ikke. I sosialkomiteen ble antydninger i retning av at regjeringen de første årene etter krigen hadde lagt skylden for en mangelfull sinnssykesektor over på *manglende byggematerialer*, ved overgangen til 1950-tallet skyldte en på at *investeringene* var for store og derfor måtte begrenses, mens en som 1960-tallet nærmer seg lot ansvaret falle på *dårlig planlegging*.²⁸⁸

I 1955 tok Gudmund Harlem over som sosialminister for Rakel Seweriin, og med statsrådsposten fulgte et stadig økende gap mellom antallet offentlige forpleide og antallet anstaltsplasser kommune, fylket og stat hadde å tilby. Da Harlem ble stilt til veggs fra en samlet opposisjon i 1958, argumenterte han for at det var byggeplanene det sto på. Et forsøk på å forklare kompleksiteten ble gjort, og forklaringsrekken lød i retning av at alle statlige byggeprosjekter først havnet hos en *plankomite*, som utlyste byggeprosjekter gjennom *arkitektkonkurranser* der seirende arkitekter utarbeidet reguleringsplan og skisseforslag. Skisseforslaget måtte forelegges Riksarkitekten, der spesielt det tekniske grunnlag ble vurdert, og var det ingen videre merknader kunne en faglig bearbeidelse forgå i regi av Helsedirektoratet, da det til syvende og sist var de som sto ansvarlige.²⁸⁹ I den grad opposisjonen var ute etter en syndebukk, bidro svaret utelukkende til å skape forvirring om tregheten lå i tunge byråkratiske praksiser eller regjeringens vilje og handlekraft.

Uansett, det kan forstås at en representant ved slutten av debatten uttalte:

*I dag mangler vi ikke på byggematerialer. Vi er også snart i den situasjon at vi har mer arbeidskraft enn vi kan beskjeftige året rundt. Skal det være slik at det står eller faller med muligheten for å få laget tegninger? Fei papirhaugen unna, for det å få laget planer og tegninger på vesentlig kortere tid, det må være løsbart!*²⁹⁰

²⁸⁶ S.tid 1797-9:1958

²⁸⁷ S.tid 1799:1958

²⁸⁸ S.tid 1806:1958

²⁸⁹ S.tid 1799-1801:1958

²⁹⁰ S.tid 1806:1958

4.4 Åsgård

Etter mange år med diskusjoner, planer og utsettelse, kom en i Tromsø omsider frem til punktet der selve byggeprosessen ved Åsgård kunne ta til. I 1957, sammen med en større bevilgning, startet byggetrinn 1.²⁹¹

Frem til 1957 hadde utelukkende arbeid med drenering, vei, vann og kloakk vært utført på eiendommen. Etter at arkitektkonkurransen var fullført, en vinner var kåret og det påfølgende utkastet ble godkjent. Gjennom departementets konsultasjon og revideringer ble de endelige arkitekttegningene for Åsgård ferdig sommeren 1957. Riksarkitekten hadde på grunnlag av de endelige tegningene beregnet byggekostnadene til ca. 25 millioner kroner.²⁹² I arkitektplanene inngikk det to byggetrinn som totalt ville utgjøre 506 sengeplasser.²⁹³ Statsasylet ble oppdelt i byggetrinn, og en bestemte seg for å det bygge etappevis der byggetrinn 2 skulle avventes til 1959. Byggetrinn 1 skulle derimot igangsettes sommeren 1958 og var forventet å stå ferdig til 1960.

I byggetrinn 1 inngikk to sykepaviljonger, økonomiavdeling, personalboliger, fyrhus, verksteder, kjøkken, oldfruenes avdeling, personalets spisesemse, forsamlingshall, arbeidsterapilokaler, laboratorie- og behandlingsrom, hybelhus, tre firemannsboliger, én tomannsbolig, overlegebolig og forvalterbolig.²⁹⁴ Sykepaviljongene, som kan best forstås som to ulike avdelinger, fikk etter byggeplanen navnene M2 og M3, og hver av dem skulle romme 85 senger.²⁹⁵ De to avdelingene hadde også som formål å skille kjønn.²⁹⁶ Byggetrinn 1 hadde en forventet pris på nærmere 18 millioner kroner, der det i prisen ikke var medregnet inventar til avdelingene, personalhybler og personalets oppholds- og spiserom. At byggetrinnene lå ferdig utarbeidet ble tydelig da Åsgård i 1958 bevilget mer penger enn det sammenlagt hadde gjort tidligere, da fire nye millioner ble vedtatt innstilt for å fullføre byggetrinn 1.²⁹⁷ Dette året fikk statsasylet også innlagt strøm, og markerte dermed at alle ytre fasiliteter var ferdig utført.²⁹⁸ I 1959 bevilget Stortinget i overkant av 5 millioner kroner i retning statsasylet, sammen med en melding om at det første byggetrinnet ikke ville stå ferdig før april i 1961.²⁹⁹

I 1960 hadde statsasylet i budsjettinnstillingen endret navn til *Åsgård psykiatriske sykehus*, som ga innsikt i den kommende psykiatireformen som var på vei.³⁰⁰ Det nærmet seg slutten på byggetrinn 1 og sykepaviljongene M2 og M3, samt økonomibyg, hybelhus og flere

²⁹¹ S.tid 1345:1957

²⁹² St. prp. nr. 1:1957 Personalboliger, løst inventar, utstyr og omsetningsavgift var ikke medregnet i prisen.

²⁹³ St. prp. Nr. 1:1958:64

²⁹⁴ Innst. s. nr. 78b:1960/61

²⁹⁵ Hybelhusene var tiltenkt å romme 58 personale, mens tomannsboligen var forbeholdt asylets reserveleger.

²⁹⁶ St. prp. Nr. 1:1959:63

²⁹⁷ S.tid 1812-13:1958

²⁹⁸ Ibid

²⁹⁹ Innst. s. nr. 78b:1960-61 post 14

³⁰⁰ St. prp. Nr.1:1956:66

familieboliger. Sykepaviljongene ble forventet å kunne tas i bruk i april 1961.³⁰¹ Da Åsgård ved planlegging og under store deler av bygging var tiltenkt som statsasyl, ble sykehusets byggetrinn 1 og deler av byggetrinn 2 dekket av staten. 75% av den andre etappen, av byggetrinn 2, ble dekket av staten mens fylkene Troms og Finnmark dekket resterende, som en den nye regionale reformen.³⁰²

Byggetrinn 2, som omfattet sykepaviljongene M1, K1, K2, K3 og psykiatrisk klinikk, inneholdt også administrasjonsbygg, behandlingsavdeling, kapell, fire firemannsboliger, to tomannsboliger og ett hybelhus var i 1961 fremdeles i byggeprosessen. Sykepaviljongene K2 og K3 skulle begge ha rom for 85 pasienter med fordelt belegg av kjønn, og en forventet utgiftene til ca. 7 millioner kroner. Også en administrasjons- og behandlingsbygg ville i siste byggetrinn tilføres. Disse ble forventet en pris på om lag 2 millioner.³⁰³

4.4.4 Siste tradisjonelle statsasyl, første moderne psykiatriske sykehus

Da lov om psykisk helsevern inntrådte i 1961, ble det grovt sett en todeling av anstalter for sinnssyke i Norge; asylene ble fungerende som behandlingsinstitusjoner, og pleiehjemmene ble langtidsinstitusjoner for personer dersom behandling ble ansett å være virkningsløs. Ved utgangen av 1960 fantes det 7.235 plasser ved asyl, 3055 plasser i pleiehjem for sinnslidende og 1026 plasser ved psykiatriske klinikker og andre anstalter for nervøse. Til sammen var det på dette tidspunkt 11.316 plasser i anstalter for personer med psykiske lidelser. Til tross for en kraftig økning i antallet plasser ved behandlingsanstalter, vokste også antallet offentlige sinnssyke i periode og medførte at regjeringens mål om 30 anstaltsteder pr. 10.000, ved inngangen til 1960, i realiteten ikke var noe nærmere enn hva de hadde vært i 1953.³⁰⁴ I lys av den avtagende tuberkulosen vokste pleiehjemmene fram i løpet 1950-tallet. Resultatet ble 125 med 3055 sengeplasser, til forskjell fra 105 pleiehjem med 2005 sengeplasser i 1954.³⁰⁵

³⁰¹ Innst. s. nr. 78b:1960/61

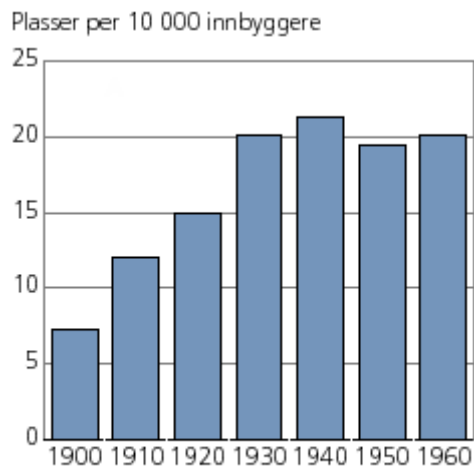
³⁰² Innst. s. nr. 57a:1961-62 (Underlagt nytt kapittel; kap. 742, post 70)

³⁰³ Innst. s. nr. 78b:1960/61

³⁰⁴ SSB – Samfunnspeilet nr.1 1999. Psykiatriens historie i Norge, del 1.

<https://www.ssb.no/a/samfunnspeilet/utg/9901/2.shtml#:~:text=Med%20sinnssykeloven%20av%201848%20ble,at%20forpleie%20som%20andre%20fattige%C2%BB>.

³⁰⁵ <https://www.ssb.no/a/samfunnspeilet/utg/9901/2-3t.txt>



Kilde: Statistikk over sinnssykeasylene og sinnssykehusenes virksomhet

Figur 1.0

Perioden under Sinnssykeloven, som var preget av en kraftig institusjonsoppbygging, ble etterfulgt av en nedbyggingsperiode. I 1961 avløste *Lov om psykisk helsevern* Sinnssykeloven. Påfølgende ble nye ordninger både innenfor og utenfor institusjonene etablert, og Psykisk helsevern skulle heretter være betegnelsen på det som oppgaven har omtalt som sinnssykevesenet.³⁰⁶ En større forskjell var regionaliseringen som skulle forgå på laveste effektive omsorgsnivå³⁰⁷. Nye strømninger innenfor samfunnsliv og vitenskapet kom til å endret feltet betydelig.

³⁰⁶ Fause 2013:115

³⁰⁷ Endringen ble senere omtalt som LEON-prinsippet

4.5 Kapittelsammendrag

Etter sentralmyndighetenes bevilgninger i 1947 og 1948, stoppet prosessen ved Åsgård opp som et resultat av utnevning av en plankomite med påfølgende mål om samkjøring og sentralisering av helseforetak i Troms og Finnmark.

I kombinasjon med samkjøringsplaner bidro også frafall av Marshall-midler til at samtlige departement måtte innskrenke sine bevilgninger. Sosialkomiteens handtering av Åsgård-prosjektet hardnet til etter intet nytt ble foretatt til 1952.

Plankomiteen ga i 1953 etterlengtet lyd fra seg, og planer om et statsasyl med 506 sengeplasser ble lagt fram. Også statistikk om landets sinnssykevesen fremkom. Sentral var asylenes overbelegg på 25%, som bidro til å forklare hvorfor ventelistene for sinnslidende i Finnmark var så lang.

I 1953-4 ble regjeringens fireårsplan for sinnssykevesenet fremlagt for Sosialkomiteen i forbindelse en interpellasjon fremmet av Senterpartiets representant Hans Borgen. Her kom det frem hvilket overbelegg de offentlige asylene gikk ved og hvilke utfordringer sinnssykevesenet sto ovenfor. Særskilt var det referansene fra Helsedirektoratets overlege i psykiatri som skapte gjennomslag, og her kom det blant annet frem hvordan Helsedirektoratet og regjeringen ønsket å bevege seg vekk fra den tradisjonelle privatpleieordningen. Fra sosialministeren ble det også fremmet konkrete mål i form av 1600 nye anstaltsplasser og 30 plasser per 10.000.

Da Rakel Sewerrin tok over som sosialminister var hun rask med å informere om hvordan krigen hadde bidratt til en ikke-proporsjonal vekst blant offentlig erklærte sinnssyke. Hun påviste påfølgende hvordan tallet hadde økt i takt med fremveksten av velferdsstaten.

Kritikken rettet mot regjeringens sosialpolitikk i Stortingets interpellasjoner ble stadig økende utover 1950-tallet. Representanter fra partiene Høyre, Bondepartiet, Senterpartiet og Venstre vekslet seg imellom på å rette hardt skyts mot regjering hovmodige mål for landets sinnssykevesenet.

Da regjering hadde store utfordringer med å innfri sine lovnader om 1600 anstaltsplasser i løpet av fireårsperioden resulterte dette, sammen med en avtagende tuberkulose, at en rekke nye pleiehjem ble til. Regjeringen førte en politikk der hvert av fylkene fikk midler til pleiehjem for sinnssyke i, ofte i gamle tuberkulosehjem.

I sosialkomiteen fremmet ulike representanter sine distrikter i spørsmål om sinnssykevesenet. Dette resulterte i at distrikter som Vestfold og Nordland ble fremhevet, mens fylker som Finnmark og Troms ikke hadde egne representanter i sosialkomiteen.

I 1961 sto første del av Åsgård ferdig og de første pasientene flyttet inn. Statsasylet hadde, siden det først ble vedtatt på Stortinget i 1925, tatt 36 år å ferdigstille.

Kap. 5 Finnmark fylkes indre anliggende 1949 – 1961

I 1951 ble *beretning om helsestellet i Finnmark* for første gang lagt fram på fylkestinget. Innberetningen var skrevet av fylkeslegen og var en sammenfattet rapport bestående av fylkets distriktslegers innrapporteringer. Rapportens hensikt var å bistå fylkets ordførere, som sammen utgjorde fylkestinget, med den nødvendige informasjonen tilknyttet helsetilstanden til fylket innbyggere. Fylkestinget møtte én gang i året for å diskutere og vedta politiske anliggender i fylket. Ved innledningen til 1950-tallet bar fylket fremdeles preg av krigens utfall og påvirket gjennomgående fylkets institusjoner. Blant fylkets mange mangler og utfordringer, var trolig den mest gjennomgående fellesnevneren; mangelen på permanente bygg.³⁰⁸ Få institusjonelle tilbud var på plass – noe fylkeslegens årsrapport gjennomgående viste til.³⁰⁹

Kapittelets forskningsspørsmål vil være å se nærmere på hvilke faktorer som lå til grunn da Finnmark fylkeskommune på ny gikk inn for å etablere pleiehjem for sinnssyke i fylket. I lys av denne avgjørelsen vil det påfølgende bli forsøkt forklart hvordan fylkeskommunen gikk i møte med spørsmål om drift. Da pleiehjem for sinnssyke ikke hadde vært en del av Finnmarks helsevesen siden før siste krig, vil kapittelet belyse faktorer som spilte inn for at et institusjonalisert sinnssyke vesen var på vei tilbake.

5.1 Legesituasjonen i Finnmark

I 1952 tok Øyvind Jonassen over som fylkeslege i Finnmark. Som fylkeslege ble Jonassen tidlig kjent for sin utradisjonelle å imøtekomme den fleretniske befolkningen, og for fylkestinget fikk helseberetningene et noe annerledes preg enn hva den tidligere hadde hatt.³¹⁰ Det kan tilsynelatende fremstå som om den påtroppende fylkeslegen langt på vei la økonomiske faktorer til grunn for sine skildringer og uttalelser. Et eksempel på dette var reisningen av permanente sykehus i Finnmark, som på dette tidspunktet var i planleggingsfasen og manglet finansiering. Sykehusene skulle, i henhold til tanken om nyreisning, utgjøre de samtlige sentre for helsetilbud – inkludert sinnssyke.³¹¹

Ved innlevering av fylkeslegens første årsrapport, i 1951, befant det seg totalt 27 leger i fylket.³¹² Av disse var enkelte tilknyttet provisoriske sykehus mens en brorpart var fordelt over fylkets legedistrikter. At leger hadde overlappende stillinger forekom til stadighet.³¹³

I Finnmark, så vel som resten av landet, fungerte fylkeslegen som et bindeledd mellom stat og fylkets mange distriktsleger. Fylkeslegen var på mange måter krumtappen i en sterk, hierarkisk

³⁰⁸ Bottolfsen 1990:339

³⁰⁹ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1951:199-203

³¹⁰ Ryymin 2008

³¹¹ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952: 203

³¹² F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1951: 204

³¹³ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1951:199

ordning, mellom staten over seg og fylkets distriktsleger under seg³¹⁴. Samme år som sinnssykeloven ble revidert, i 1891, opprettet staten ei legestilling som først og fremst hadde det overordnede ansvaret for amtets sinnssykepleie³¹⁵. Stillingen ble kalt *amtslege* og hadde en særs viktig oppgave med å sørge for at amtets øvrige leger utførte årlige tilsyn og kontroll av forpleining. Til tross for at fokus og midler var av ulik størrelse, var det både på 1800-tallet og etter krigen en sentral del av distrikts- og fylkeslegens arbeid å vurdere hvorvidt personer oppfylte kriteriene for å bli tilkjent bidrag som *offentlig forpleid sinnssyk*.³¹⁶ Ikke før 1912 fikk amtslegen det overordnede ansvaret for amtets helse, og to år senere ble han også embetsmann med «*det overordnede tilsyn med amtet medicinal- og sundhedsvesen*».³¹⁷

I etterkrigstiden var fylkeslegen et flerfoldig arbeid³¹⁸. Ikke bare skulle fylkeslegen ha det øverste ansvaret for fylkets helse, men også inneha én av fylkets flere distriktslegeposter, i tillegg til å fungere som rådgiver for fylkesmann og fylkesting.

Under seg hadde fylkeslegen 16 distriktsleger der samtlige var fordelt på fylkets 16 legedistrikter. Distriktslegenes oppgave var først å fremst å se til helseforholdene i sitt distrikt, herunder tilsyn med de sinnslidende. Distriktslegenes oppgave var også, på samme måte som i mellomkrigstiden, å vurdere hvorvidt sinnslidende hadde krav på offentlig forpleining, samt å se til, og finne nye, forpleiere.

Utover 1950-tallet bedret den generelle helsesituasjon seg gradvis for befolkningen i Finnmark. Til tross for at fylke gjennom første halvdel av 1950-tallet sto uten et eneste permanent sykehus – av noen art – hadde antallet leger steget til 42 ved utgangen av 1955. Dette utgjorde i underkant av 1.800 innbyggere fordelt på hver lege³¹⁹. En kan se en tydelig tendens til hvordan legeantallet utover 50-tallet i Finnmark stadig økte, og parallelt vokste antallet distriktsleger. I praksis betød dette at distriktslegenes distrikter ble av en geografisk mindre utstrekning. På en annen side fortsatte folketallet å øke i samme tidsrom, og det blir derfor vanskelig å fastslå om dette resulterte i en større eller mindre arbeidsmengde. At flere distriktsleger oppfordret fylkeslegen til en reduksjon av distriktene og flere assistenter, peker i retning av det siste. Fylkeslegen på sin side delte distriktslegenes synspunkter, og som et resultat av dette oppfordret han, i økende grad utover 50-tallet, fylkestinget om en deling eller omorganisering av fylkets mange legedistrikter.³²⁰

³¹⁴ Hagestad: 2007 (andre akt)

³¹⁵ Fause 2013:105

³¹⁶ Fause, tidsskriftartikkel, s. 108 (4/19) 2013

³¹⁷ Det norske medicinske selskab – Kristian Hagestad 2007 (første akt)

³¹⁸ I 1919 trådte *lov om forandring av rikets inndelingsnavn* i kraft. En følge av dette var at sammen med overgangen fra begrepsbruken *amt* til *fylke*, byttet en også tittel fra *amtslege* til *fylkeslege*

³¹⁹ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1954:183

³²⁰ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1954. F.F 1955 Beretning om helsestellet i Finnmark

5.2 Et fylke i brakker

Finnmark fylke hadde før krigen en befolkning på 53.000 personer, og seks år etter freden var befolkningsantallet steget til 64.000 personer.³²¹ Den raske befolkningsveksten lot seg avspeile i distrikts- og fylkeslegens rapporter. I 1951 hadde enkelte kommuner opptil 50% av sin befolkning fastboende i brakker eller annen bolig av provisorisk art. Boenhetene ble av fylkeslegen beskrevet som *helsefarlige*, og brakkene av best forfatning var ofte de første til å bli benyttet som materiale i konstruksjonen av nye hus.³²² En konsekvens av dette var at den minst bemidlede delen av befolkningen dermed benyttet seg av de mest ugunstige brakkene, i mangel på andre alternativ.³²³ I 1951 ble boligsituasjonen beskrevet som kritisk, og året etter henviste den påtroppende fylkeslegen til en rapport han selv hadde mottatt fra en av fylkets mange distriktsleger:

*Det store problem er den brakkebeboende del av befolkningen. Når og hvor disse skal komme over i skikkelige hus bekymrer øyensynlig ingen. Brakkene blir dårligere og dårligere for hvert år som går, og en slik langvarig brakkebeboelse virker øyensynlig katastrofal, hygienisk sett. Ingen har innlagt drikkevann [...] og avføring kastes rett ut døren.*³²⁴

Uten at denne avhandlingen har som mål å gå nærmere inn på de mentale påkjenninger som kan bidra til tilfeller av psykiatri, tillater jeg meg til tross å belyse hvilke potensielle utfall de skildrede historier kunne skape for enkeltindivider og deres nærmeste.

For de sinnssyke i Finnmark var brakkesituasjonen preget av fylkets manglende mulighet til å bygge en anstalt. Rønvik var fremdeles det asyltet som lå nærmest, og ventelistene var fremdeles lange.³²⁵ I Troms hadde en psykiatrisk klinikk åpnet, men for befolkningen i Finnmark fungerte klinikken, med svært lav kapasitet, langt på vei bare som et stoppested for sinnslidende på vei sørover.³²⁶

5.3 Sykestuer – en bærebjelke i gjenreisningens helsevesen

I gjenreisningen av Finnmark spilte sykestuene en særskilt viktig rolle. På slutten av 1940-tallet og første halvdel av 1950-tallet kan en på mange måter si at det var sykestuene som utgjorde det institusjonelle tilbudet for sinnslidende, og utenom bykommunene var dette også tilfelle for den øvrige befolkningen. Sykestuene ble i stor grad reist med statlige midler og var eid av kommunene de var plassert i. Sammen med kommunene ble sykestuene driftet av private organisasjoner og lokale sanitetsforeninger.³²⁷

³²¹ Helse- og omsorgsdepartementet Rom for helse:2018

³²² F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1954:184

³²³ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark:1952:193

³²⁴ F.F: Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:203

³²⁵ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1951:184

³²⁶ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:195

³²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet Rom for helse 2018:305

Sykestuenes drift forgikk på en arealfattig flate. Et fokus var at sykestuene skulle være av en dimensjon der det var nok senger til å dekke sykebehovet, men samtidig ikke så store at en risikerte ledige senger over tid.³²⁸ Ved underbelegg kunne sykestuene oppnå røde tall, og dette passet dårlig inn med etterkrigstidens økonomiske bilde. I den forbindelse uttrykte fylkeslegen at størrelsen på sykestuene måtte sees i sammenheng med det som var økonomisk bærekraftig.³²⁹

Med Finnmarks særegne geografiske utfordringer var sykestuenes funksjon av essensiell betydning og hadde først og fremst som oppgave å lette på vanskene skapt av store avstander og spredt bebyggelse.³³⁰ Av den grunn kan det av kildene fremstå som at fylkeslegen fant det nødvendig å fremheve sykestuenes fleksible rolle, da han for fylkestinget vektla deres funksjon som fødehjem, diagnosestasjonsvirksomhet, ambulerende spesialvirksomheter, røntgenvirksomheter og ventestasjon for sinnssyke.³³¹

Selv om sykestuene spilte en viktig rolle for fylkets befolkning, ble de provisoriske forholdene radikalt forverret med årene som gikk.³³² I 1951 fantes det 16 sykestuer i fylket. Kun to av sykestuene var permanente, mens to var under ombygging – ingen av disse var i Øst-Finnmark.³³³ De resterende sykestuer var provisoriske brakker av lav standard.³³⁴ I 1954 ble sykestuenes provisoriske forfatning beskrevet som nær sagt uforsvarlige i sitt formål. Det kan fremstå som om fylkeslegens fokus på sykestuene på fylkestinget ble vektlagt, da det påfølgende året kun var i Berlevåg og Kjøllefjord at driften enten var provisorisk eller at ombyggingen, til permanent sykestue, ikke var iverksatt.³³⁵

Fra og med starten av 1950-tallet uttrykte fylkeslegen til fylkestinget, på samme måte som han tre år tidligere hadde gjort til sosialdepartementet, et ønske om å reise «ventestasjoner» ved utvalgte sykestuer.³³⁶ Isolatene må forstås som isolater for sinnssyke. Dette utviklet seg til å bli – slik sykehusplanene fra 1948 hadde gitt uttrykk for - et provisorisk tilbud i permanente bygg. Løsningen ville for en lengre tidsperiode være et representativt eksempel på sykestuenes allsidige drift, og totalen av sinnssykevesenet i Finnmark. På papiret fremsto løsningen både billig og grei, men hvordan ble det i praksis?

³²⁸ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:149

³²⁹ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:150-51

³³⁰ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1955:231

³³¹ F.F 1953. F.F 1954 - Diagnosestasjonene var én av myndighetens desentraliserte svar i møte med tuberkulosen.

³³² F.F: Beretning om helsestellet i Finnmark 1953:109

³³³ Øksfjord og Lakselv, drevet av Røde Kors. Honningsvåg og Hasvik var samme år under etablering

³³⁴ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1953:104

³³⁵ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1955:193. I 1955 var det ferdigstilte, permanente sykestuer i Øksfjord, Hasvik, Masi, Kautokeino, Alta, Lakselv, Mehamn, Tana, og Polmak. Det samme året også arbeidet igangsatt ved Honningsvåg, Karasjok, Kjøllefjord, Havøysund og Båtsfjord..

³³⁶ F.F 1951 - Fylkeslegens ønske om å innrede to isolater. Dette stemte overens med forslaget fra 1948, der fylkeslegen ovenfor sosialdepartementet uttrykte et ønske om sinnssykeisolater ved sykehusene og utvalgte sykestuer - st. meld. Nr. 19:1948

5.4 Isolater – Enkel, billig og mangelfull løsning i Finnmark

I gjenreisningen av Finnmark var det verken planer eller penger til institusjoner for sinnssyke. Pleiehjem var et alternativ som sentralmaktene ikke lengre praktiserte, og til tross for at staten dekket 4/10 av avgifter tilknyttet sinnssyke, representerte de utestående 6/10 en sum som for fylkeskommunen, i de første gjenreisningsårene, var nær sagt utopiske. Helse var dyrt, og sinnssyke var ikke en førsteprioritet.

5.4.1 Planen

Ved inngangen til 1950-tallet ble planene om sinnssykeisolater først iverksatt i Øksfjord og Porsanger. Isolatene var plassert der av geografiske hensyn. I Øst-Finnmark var situasjonen annerledes, da østfylket verken hadde isolater eller konkrete planer om etablering så sent som i 1951.³³⁷ I stadig økende grad ser en konturene av hvordan isolater i Finnmark blir den enerådende løsningen i møte med sinnssyke. Dette kommer til uttrykk gjennom at det stadig ble reist og vedtatt nye isolater i fylket. Samtidig som nye isolater ble reist, var det så seint som i 1953 fremdeles ikke løftet frem noen forslag om institusjon eller pleiehjem for de sinnslidende på fylkestinget. I stedet hadde en igangsatt nye isolatsprosjekter under etablering i Båtsfjord, Mehamn, Karasjok og Honningsvåg. Dette skjedde samme år som isolatene i Øksfjord og Porsanger sto ferdigstilt.³³⁸

5.4.2 Finansieringen

Sørfra ble det i 1950 anbefalt at staten skulle bidra med 5/10 til omkostninger og innredninger av ventestasjoner i Troms og Finnmark.³³⁹ Dette fordi sinnssykesituasjonen i Finnmark ble forstått som svært utfordrende. Stortinget valgte derfor å følge opp med bevilgninger for dette konkrete formålet, den første i 1951, på 50.000,-.³⁴⁰ Utover 1950-tallet fortsatte sinnssykeisolatene å bli delvis finansiert fra Stortinget. I 1954 fikk de to fylkene en ytterligere bevilgning på 200.000,-.³⁴¹ Isolatene ble finansiert som en del av *gjenreisningen* og mottok derfor et større statsbidrag enn resten av landet.³⁴² Sinnssykeisolatenes resterende halvpart ble dekt av fylkets helsenemnd.³⁴³

5.4.3 Konstruksjon

Isolatene var først og fremst tiltenkt å fungere som kriseløsninger i avvente på plass ved statens asyl. Å reise et isolat var ingen enkel oppgave. De første årene fantes det ingen utarbeidet mal, og byggematerialer var ikke lett tilgjengelig. I et brev fra fylkeslegen ble en av hans underlagte distriktsleger tilskrevet følgende:

³³⁷ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1951:203

³³⁸ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:230

³³⁹ En rekke ulike uttrykk ble benyttet for å beskrive isolater. Andre benyttede former var *ventestasjoner* og *sinnssykeisolater*

³⁴⁰ Innst. s. nr. 110:1951

³⁴¹ Innst. s. nr. 83:1954[1]

³⁴² Finnmark var ikke alene om å innføre isolater i mangel på annet tilbud for sinnssyke. I Finnmark ble bistanden fra Stortinget ansett som en del av gjenreisningen, og mottok derfor en større pengestøtte.

³⁴³ F.F 1952

Jeg har i sin tid arbeidet meget med å få skikkelige forhold i isolatene i de forskjellige sykestuer og sykehus i Finnmark og har i 1953 sendt byggmestere og arkitekter en nøyaktig beskrivelse av hvorledes et isolat bør innredes. [...] isolatene må ha solide og lydtette konstruksjoner i vegger, tak og gulv, vinduer og dører. Glasset må ikke kunne knuses når det gjelder vinduer, lampekuppel og kikkhull i døren. Varmekilden må kles inn i tak og om mulig i gulvet, til nød i veggen. Gulvet må ikke ha sprekker som gir lukt, det bør ikke være kalt, og det må ikke kunne rives opp av urolige pasienter. Døren må ha et godt beslag, håndtak bare på utsiden og kikevindu som bør være så stort at pasienten kan se når han blir iaktatt (ca. 5 x 20cm). [...] Det brukes to typer glass ... Begge sorter glass må importeres ferdig til slipt. Den kan ikke deles opp av glassmestre her i Norge. [...] Dette tykke 22-25 mm glass kostet i 1953 kr 285 pr m².³⁴⁴

5.4.4 utfordringer tilknyttet anbringelse

Blant mange utfordringer ved helsevesenet i Finnmark, representerte transport av syke ett av dem. Det var uvanlig at distriktslegene disponerte egne legebåter, og av den grunn forsvant mange ressurser i store legedistrikter til frakt og transport. Da pasienters helsetilstand ved enkelte tilfeller var kritiske, ble løsningen utover 1950-tallet å benytte seg av ambulanseflyvninger.³⁴⁵ For sinnssykevesenet var dette ikke et aktuelt alternativ, og av den grunn forble transport av sinnssyke et vedvarende problem gjennom hele gjenreisningsperioden. Problemet ble ofte representert av den lange veien til sykestue eller sykehus, men også da den sinnslidende skulle flyttes til og fra statsasylene, ofte i en psykotisk tilstand. Av den grunn ble de oppførte isolatene hyppig benyttet i vente på andre alternativer. I fylkeslegens årlige rapport til fylkestinget skrev han 1956 følgende:

Det er fortsatt store vanskeligheter med å få anbrakt sinnssyke i asyl. Venteisolater for sinnssyke i sykestuer og sykehus bygges. Enkelte steder har det støtt på motstand å få plassert disse rom i flukt med eller på samme gulv som øvrige sykerom. Uventede vansker har vært forbundet med å få dem utført på en teknisk forsvarlig måte.³⁴⁶

Slik fylkeslegens rapport uttalte, møtte isolatene også på problemer i helsevesenet da flere sykeanstalter fant det problematisk å dele lokaler med tvangsisolerte sinnssyke. Mange satt fremdeles over lengre tid i isolater, og det var stor problematikk tilknyttet å få dem fraktet. Det er lett å se for seg hvordan man i enkelte situasjoner kan ha vurdert det som uforsvarlig å sette kursen mot et statsasyl, plassert i Nordland, med en psykoseutsatt pasient om bord. Resultat ble at sinnslidende ble sittende over lengre tider i isolatene, da det i 1958 fremdeles ikke fantes sinnssyketilbud for menn i Finnmark. Da Rønvik utvidet sin pasientkapasitet med en ny avdeling i 1958, argumenterte fylkeslegen det med at ventetiden ble noe kortere. Til tross, for enkelte sinnslidende må isolatoppholdene blitt opplevd som en evighet.

I 1956 ble det første permanente sykehuset i Finnmark reist. Til tross for at sykehusplanene fra 1948 eksplisitt utalte seg i retning av at sykehuset i Hammerfest skulle ha en førsteprioritet, kom

³⁴⁴ L1683:1958 Fylkesmannen 1882/58

³⁴⁵ F.F beretninger om helsestellet 1958:260 sak nr. 42 – I 1958 ble det meldt om ca. 40 lufttransporter i fylket

³⁴⁶ F.F 1956:262 sak nr. 48

utsettelse i veien, og Kirkenes fikk dermed æren av å avduke fylkets første permanente sykehus.³⁴⁷ Bare ett år senere flyttet sykehuset i Hammerfest over fra brakker til helpermanente bygg. Slik sykehusplanen hadde gitt uttrykk for, skulle sykehusene oppføres med isolater, men også her ble det utfordringer.³⁴⁸ For selv om det mot slutten av 1950-tallet ble stadig flere isolater i fylket, representerte isolatene først og fremst midlertidige løsninger ment for kortere perioder. Da fylkeslegen så sent som i 1958 viste til lange ventetider ved isolatene, ble det tydelig at isolater alene ikke kunne imøtekomme sinnssykevesenets behov, og en nærliggende institusjon var nødvendig. Fylkeslegen beskrev situasjon i 1959 følgende:

Det er fortsatt store vansker med å få isolatene i sykehus og sykestuer innredet slik at de kan tjene formålet. Å få anbragt sinnssyke i anstalt er nesten alltid et problem. I Alta satt en pasient i isolat et helt år.³⁴⁹

5.5 Bruk av arrestlokaler

Til tross for at antallet isolater vokste utover 1950-tallet, fantes det fremdeles en rekke tilfeller av sinnssykdom der isolater ikke var tilgjengelige. I den grad isolatene fungerte som nød- og kriseløsninger, var arrestlokalene siste mulige utvei. Isolatene på sin side hadde den fordel at de var plassert på sykestuer – ofte i geografisk nærhet til distriktslegen og alltid med helsepersonell i nærheten. Ved arrestlokalene var saken annerledes, og ofte var det snakk om brakker besatt av et personale uten noen form for medisinsk kompetanse.

5.5.1 Bekymring i bruk av arrestlokaler

Allerede på 1940-tallet viser brev korrespondanse mellom fylkeslegen og fylkesmannen hvordan det var en tilstedeværende bekymring for bruken av politiets arrester. Slik beskrev fylkesmannen Peder Holt situasjonen til fylkeslegen:

Som kjent har jo forholdene hittil vært absolutt uforsvarlige. Sinnssyke som måtte vente på asylplass, har som kjent måttet anbringes i lengre tid i helsefarlige kjellerruiner og lignende steder, og dette har også påført fylket unødvendig store utgifter til vakthold.³⁵⁰

Brevet setter ord på de utfordrende fasilitetene ved arrestlokalene, men også hvilken utgift en slik bruk representerte for fylket. Først i 1951 utviste fylkeslegen, ovenfor fylkestinget, sin bekymring over hyppigheten av sinnssyke i fylkets fengsler. Da fylkeslegen var den i fylket som i størst grad innehav evnen og myndigheten til å uttale seg, skrev han derfor følgende til fylkestinget:

Som bekjent er fengslene i Finnmark stort sett under all kritikk og det er etter min mening helt umenneskelig å måtte sette syke mennesker inn her.³⁵¹

³⁴⁷ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1956:260 sak nr. 48

³⁴⁸ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1957:343 sak nr. 52

³⁴⁹ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1959:261-2 sak nr. 42

³⁵⁰ Fylkesmannen L1682 M. 0002 Utg. H. 5602 /48. OW/PH/bj 03/12-1948

³⁵¹ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1951:201

Det påfølgende året hadde Øyvind Jonassen tatt over som fylkeslege, uten at dette påvirket tonen spesielt:

[..] ettersom asylet somregel er overfylt, må de sinnssyke derfor vente kortere eller lengre tid i de meget dårlige provisoriske arrestlokalene her oppe. Dette må antas virker inn meget dårlig på sinnssykdommen og sjansen for helbredelse.³⁵²

5.5.2 Økonomisk ugunstig

Fra et helseperspektiv var det trolig vanskelig å forsvare de mange sinnslidende som i mangel på andre alternativer måtte sitte i arrest. At de medfølgende utgiftene var så store gjorde det enda vanskeligere for fylkesadministrasjonen i Finnmark å forsvare. Utover 1950-tallet, og særlig etter at Jonassen tok over som fylkeslege, ble det vektlagt og henvist til hvilken økonomisk kostnad arrestbruken fulgte med seg.

De sinnssyke må fremdeles i stor utstrekning forpleie i de dårlige arrestlokalene under politibevoctning, noe som koster svære summer og mange lidelser. Utgiftene som fylket har til behandling og forpleining av sinnssyke er enorme [...] Plassmangelen ved asylene er fortsatt stor, og pasientenes lidelser mens de må sitte å vente i det uendelige er nesten opprørende å tenke på.³⁵³

Lønning av politibetjenter og potensiell oppbemanning var ikke billig, og enkelte steder kunne prisen komme opp i 300 kr per dag. Det var ikke uvanlig at sinnslidende i vente på asylplass måtte sitte i opptil flere måneder i til dels dårlige politiarrester under bevoctning.³⁵⁴ For å sette tallene i perspektiv var døgnprisen på landets statsasyler i samtiden på ca. tre kroner, mens den årlige engangsutbetalingen for offentlige bidrag til privatforpleiere varierte mellom 800 – 2000 kroner.³⁵⁵

Forholdene ved de fleste gamlehjemmene skjemmes av at de må ta imot sløve og sinnssyke. Det er av den grunn et stort behov for pleiehjem som kan ta seg av slike pasienter.³⁵⁶

Et pleiehjem for senil demente ville løse utfordringen med sinnslidende i gamlehjem, og samtidig avlaste problemet denne spesifikke pasientgruppen førte med seg ved de overfylte asylene.³⁵⁷

5.6 Privatpleien

Ved inngangen til 1950-tallet begynte en å tyde at privatpleien, som før krigen hadde stått i velfungerende samarbeid med HPH, begynte å ta seg opp igjen. En utfordring var imidlertid at

³⁵² F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:103

³⁵³ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1953:233

³⁵⁴ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1954:249-8

³⁵⁵ F.F Sinnssykeberetning 1951:54 Den årlige engangsutbetalingen skulle, i tillegg til arbeide med å forpleie den sinnslidende, også rekke til mat og bekledning av den sinnssyke i privatforpleining.

³⁵⁶ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1954:244

³⁵⁷ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark:1953:293

mange offentlige forpleide, både ved asyl og i privatpleie, fremdeles befant seg utenfor fylket, og da spesielt sørpå.

5.6.1 Privatpleie utenfor fylket

Etter sinnssykeloven av 1891 skulle bykommune eller fylket betale 6/10 av utgiftene tilknyttet offentlige forpleining. I 1953 kunne det, på fylkesregionalt nivå i Finnmark, se ut som om fokuset dreide seg mot de sinnslidende innen helsesektoren. Fylkeslegen, som tilsynelatende måtte velge mellom en rekke kjepphester innenfor sitt arbeid- og ansvarsfelt, adresserte dette året, for første gang, de mange sinnslidende som ble sendt sørover i 1942 og 1944, og hvordan enkelte av disse «lengter nordover»³⁵⁸. Det ble derfor etterlyst flere privatforpleiere innad i fylket.³⁵⁹ Dette var både et moralsk og økonomisk anliggende.³⁶⁰

Summen den enkelte forpleier mottok årlig for sitt forpleiningsarbeid var en fastsatt sum som ble avgjort etter avtale mellom forpleier, distriktslege og fylkeslege. Når en sum ble fastsatt, på individuelt grunnlag, baserte dette seg på hvilken utfordring den sinnslidende medførte. Den sinnslidende skulle først og fremst fungere som en ressurs på gården, men trengte også klær og mat. Fause (2008) viser hvordan arbeidsinnsatsen hos den offentlig forpleide i stor grad kunne variere, at familiemedlemmer tidvis måtte bistå til vakthold, og hvordan enkelte hadde til vane å ødelegge sine klær.³⁶¹ En kan umulig fastslå hvorvidt privatforpleiere utenfor fylket tok seg bedre betalt en privatforpleiere i Finnmark, men gjennom sinnssykeberetningenes prisanslag kan en fastslå at snittet for privatforpleining var betydelig større utenfor fylket.³⁶²

5.6.2 Behov for flere forpleiere

De påfølgende årene fortsatte fylkeslegen å mane til flere forpleiere, da sinnslidende sørpå fremdeles lengtet hjem. Mangelen på en anstalt å støtte seg opp til, og større utgifter tilknyttet forpleining sørpå, må anses som tilstedeværende faktorer som sto opp imot hverandre. Fylkeslegen løftet med jevne mellomrom fram denne problemstillingen:

*Privatpleien av sinnssyke innen fylket blir etter hvert mer og mer omfattende. Det er fortsatt ønskelig å få fatt i mange flere forpleiere. Det er en lang rekke sinnssyke som forpleies utenfor fylket, særlig langt sørpå hvor de har vært helt siden evakueringens dager. Av dem er det mange som lengter nordover, og en må se å få plass til dem her oppe.*³⁶³

5.7 Nødvendighet for pleiehjem

³⁵⁸ F.F Beretning om helsestellet 1953:235-7

³⁵⁹ Fause 2013:112

³⁶⁰ F.F Beretning om helsestellet i Finnmark 1952:211

³⁶¹ Fause 2008:166-171

³⁶² F.F Sinnssykeberetningene 1953:232

³⁶³ F.F Beretning om helsestellet 1953:222-3

Til tross for at stadig flere isolater ble opprettet, spredt over fylket, vokste behovet for et dag-tilbud for sinnslidende seg stadig større. Først og fremst fordi sinnslidende trengte et særegent tilbud med spesifikk kompetanse, men også fordi pasientgruppen gjorde krav på store resursene i de sykeanstaltene de ble oppbevart i. Tuberkulosen hadde siden 1900-tallet hatt en høy prioritet innenfor helsevesenet, men utover 1950-tallet avtok dødstallene betydelig. Dette åpnet for at både fylke og stat kunne rette en større del av sitt fokus mot sinnssyke, og med dette fulgte ledige anstalter og bevilgninger. Var Finnmark klar for institusjonell fremvekst av sinnssykevesenet

5.7.1 Gamlehjem

I fylkets gamlehjem var fasilitetene i etterkrigstiden av en relativt høy standard, men det var særlig én pasientgruppe var utsatt for. I 1954 hadde gamlehjemmene 11 operative anstalter med 307 sengeplasser, men utfordringer knyttet til eldre sinnslidende var et gjentakende problem.³⁶⁴ De sinnslidende var til stor ulempe for konvensjonell drift og øvrige gamle, og ble ved gjentakende anledninger løftet frem som driftens akilleshæl av personale og distriktsleger.³⁶⁵ I lys av dette ble det av fylkeslegen løftet frem en tanke, ovenfor fylkestinget, om å etablere et pleiehjem spesielt for «eldre senildemte».

5.7.2 Tuberkulose

I de første etterkrigsårene i Finnmark døde det årlig ca. 70 tuberkuløse og problemet var fremdeles tilstedeværende. Ved inngangen til 1950-tallet var det to tuberkulosehjem i Varangerfjorden, mens én av brakkene tilhørende sykestuen i Alta, var forbeholdt tuberkuløse. Hjemmene utgjorde om lag 50 senger, og på toppen av dette ble enkelte sendt sørover, ut av fylket, for aktiv behandling ved landets sanatorier.³⁶⁶

Ved Tanagård, i Tana kommune, hadde et variert og uforutsigbart pasientbelegg resultert i at tuberkulosehjemmet over en periode hadde vekslet mellom å holde åpnet og være stengt. Resultatet ble likevel at tuberkulosedriften for godt stoppet opp i 1952, og da tuberkulose-tallene fortsatte å synke med årenes løp, begynte fylkesadministrasjonen å lete etter andre alternativer for å ta i bruk den vakante institusjonen.³⁶⁷

5.8 Forhandlinger om pleiehjem i Øst- og Vestfylket

Da fylket mot midten av 1950-tallet startet forhandlinger med hensikt å etablere pleiehjem for sinnssyke, var en fellesnevner deres tilnærming til ikke-statlige aktører. I den politiske prosessen gikk fylkeskommunen inn for å etablere to pleiehjem for sinnslidende, men på veien dit var det flere aktuelle kandidater. Med en avtagende tuberkulose ble dens anstalter stående vakante til bruk for sinnssykevesenets formål. For Finnmark kan en også snakke om ringvirkninger som ga

³⁶⁴ F.F 1954 Beretning om helsestellet i Finnmark 1954:249

³⁶⁵ F.F 1953 Beretning om helsestellet i Finnmark 1953:253

³⁶⁶ F.F 1951 Beretning om helsestellet i Finnmark 1953:243-4

³⁶⁷ F.F 1952, F.F 1953. Dødsfall med tuberkulose som årsak avtok gradvis i årene etter krigen. Påfølgende dødstall fra tre utvalgte år; 1947: 55. 1949: 51. 1952: 25 F.F 1953:111

positive utfall til helsevesenets helhet, da fylkets sykestuer og gamlehjem omsider kunne rette sitt fokus mot konvensjonelle pasienter og sykdomsbilder. I planleggingen sto særskilt fylkesmannen og fylkeslegen, hvor sistnevnte løftet benyttet seg av HPH i forsøket på å eksemplifisere fylkets behov.

Da forhandlinger tok til i 1950-tallets andre halvdel, begynte planleggingen av to pleiehjem i Finnmark. Fylkeslegen kontekstualiserte behovet gjennom en lengre redegjørelse der han vektla forholdene fra «før siste krig».³⁶⁸ Sentralt i redegjørelsen ble det tidligere pleiehjemmet i Hammerfest. Her refererte fylkeslegen til en stortingsmelding som berørte sinnssykevesenet i Finnmark fra mellomkrigstiden, der fylkeslegen viste til at det «særlig var det mangel på plasser for sinnslidende», til tross for pleiehjemmets eksistens med 100 sengeplasser.³⁶⁹ I lys av denne referansen minnet fylkeslegen fylkestinget på at befolkningen i Finnmark, i 1955, var 10% høyere enn den var i 1939. Fylkeslegen konkluderte påfølgende at selv etter at det nye statsasylet i Tromsø ville være på plass, ville et statsasyl i Tromsø fremdeles ikke dekke behovet for sinnssykevesenet i Finnmark. Fylkesmannen understreket også hvilket positivt utfall et pleiehjem kunne ha for privatpleien, og henviste derfor til alle de privatpleierne som hadde dukket opp i legedistriktet tilhørende HPH etter pleiehjemmets tilblivelse.³⁷⁰

5.8.1 Pleiehjem for samer ved Kistrand

Så tidlig som 1951 kom det første forsøket på å finansiere et pleiehjem i Finnmark. Initiativ kom fra privat hold, og omhandlet å åpne et pleiehjem ved Kistrand i Porsangerfjorden. Pleiehjemmet var tiltenkt sinnssyke samer, da «språkvansker gjorde det vanskelig for samer når de kom bort fra sine hjemsteder»³⁷¹. Pleiehjemmet skulle huse kroniske sinnslidende som ikke kunne være i privat- eller familiepleie, men som var for friske til å pleies ved asyl.³⁷² En hensikt var å støtte opp under privatpleien i området.

Bak initiativet sto den samiske sykepleieren Rasmus Rasmussen. Rasmussen kjøpte selv eiendommen ved Russenes og gravde ut tomt for den tiltenkte anstalten. Eiendommen var på 300 mål, derav 200 dyrkbar mark. Rasmussen hadde i tidsperioden 1935 – 1940 jobbet ved både Valen, Lier og Gaustad asyl. Han behersket språkene samisk, norsk og finsk.³⁷³

Rasmussen hadde selv reist rundt i landet med egne bilder og filmapparat, med hensikt å samle inn penger til formålet. Pengene kom fra billettinntekter har solgte på veien.³⁷⁴ Innsamlingen hadde i 1953 opparbeidet seg til nær 60.000 kroner.

³⁶⁸ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1955:302-3 sak nr. 60

³⁶⁹ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1955:303 sak nr. 60

³⁷⁰ F.F 1955:303-4 sak nr. 60

³⁷¹ Fylkesmannen L1682 M. 0002 – Pleiehjem og isolater for sinnssyke – Fylkeslegen (ukjent dato)

³⁷² *ibid*

³⁷³ *Ibid*

³⁷⁴ Fylkesmannen L1682 M. 0002 – Pleiehjem og isolater for sinnssyke – Avisutklipp 25.03.53

I prosessen møtte Rasmussen store utfordringer i møte med fylkeslegen og Helsedirektoratet.³⁷⁵ På bakgrunn av personlige utfordringer fikk Rasmussen ingen støtte, og heller ikke riksarkitekten godkjente hans tegninger.³⁷⁶ I prosessen ble Rasmussen heller oppfordret til å danne en koloni, da ingen offentlige instanser ønsket å inngå avtale i prosjektet.³⁷⁷ Kildematerialet forteller ingenting om pleiehjemmet lot seg realisere, og da kildemateriale ikke nevner Rasmussen ytterligere, ble hans planene hans trolig ikke realisert .

5.8.2 Tanagård

I 1953 startet forhandlinger mellom fylkesmannen, fylkeslegen og Finnemisjonen i forbindelse med opprettelsen av et pleiehjem for sinnslidende i Tana. Samtalens utgangspunkt ble ført i retning av en permanent sykestue, men etter hvert utviklet forhandlingene seg til å omhandle et nytt pleiehjem for sinnslidende. Dette vek man aldri fra, og samme året ble planene vedtatt på fylkestinget.³⁷⁸

Finnemisjonen fikk i 1953 forespørsel om å kjøpe den tidligere tuberkuloseanstalten Tanagård, men da forespørselen traff noe bardus, kunne de umiddelbart ikke ta stilling til saken.

Forespørselen kom fra den konstituerte fylkesmannen, Dag Tønder, som samme år forespurte fylkestinget om fullmakt til å leie ut den fylkeseide anstalten.³⁷⁹ Da fylkesmannen først tok kontakt med Finnemisjonen, i 1953, var hans forespørsel forbeholdt drift av ny sykestue, men til fylkestingets sommerdager i 1954 hadde planen endret seg, og forhandlingene tok nå sikte på en aktør som kunne drifte et pleiehjem for sinnslidende. Lenge hadde fylkets helseanstalter båret preg av eldre, senil-demente som forstyrret driften. På generell basis hadde også akutte sinnssykes situasjonen vært løst med lite ideelle løsninger, og det tiltenkte hjemmet skulle derfor også bistå i slike situasjoner. Svært gunstig var det også at legedistriktets nyansatte distriktslege, dr. Foss, var under spesialisering i psykiatri, og hans distriktslegebolig var tett ved Tanagård.³⁸⁰

Å åpne en ny institusjon var ikke billig. I tilfellet ved Tanagård sto anstalten til fri disponering, som bidro et stykke på vei. Ominnredning og oppføring av nytt isolat medførte fremdeles et større beløp. Det tidligere tuberkulosehjemmet var av *halvpermanent* art og hadde derfor behov for utbedring tilknyttet vann og kloakk. Fylkesmannen estimerte prisen for å få pleiehjemmet i en driftsferdig stand ville ligge en plass mellom 110.000-120.000.³⁸¹

Til fylkestinget i 1954 hadde mye blitt foretatt. Samtaler mellom fylkesmannen, fylkeslegen, Finnemisjon, Helsedirektoratet og Riksarkitekten, i forbindelse med pleiehjemmet, hadde blant annet funnet sted. Resultatet ble at fylkesmannen la på bordet en avtale hvor han oppfordret

³⁷⁵ Fylkesmannen L1682 M. 0002 – Pleiehjem og isolater for sinnssyke – fylkeslegen 02.04.52 1273/52

³⁷⁶ Fylkesmannen L1682 M. 0002 – Pleiehjem og isolater for sinnssyke – Fylkeslegen 01.04.53 572/53

³⁷⁷ *ibid*

³⁷⁸ F.F 1954:336 sak nr. 52

³⁷⁹ F.F 1953 s. 279-80 sak nr. 61

³⁸⁰ F.F 1954 s. 289 sak nr. 52

³⁸¹ F.F 1954 s. 289-90 sak nr. 52

fylkestinget til å samtykke en driftsovertagelse. Konkret omhandlet driftsovertagelsen at finnemisjonen skulle ta seg av driften for et pleiehjem for senil demente sinnslidende. En sentral del av avtalen var at fylkestinget også aksepterte bruken av 130.000 til formålet. Slik fylkesmannen la det fram, var 130.000,- et nødvendig beløp for ominnredning og godkjenning. At fylket satt på en disponibel krigsskadeerstatning på kr. 153.300, var langt på vei den største faktoren for at dette lot seg gjennomføre.³⁸² Fylkestinget samtykket avtalen i 1954.³⁸³

5.8.3. Betania

Tilfeller der en forpleier hadde flere enn to offentlige sinnslidende i sin privatforpleining, var en praksis som ikke var utbredt i den nordligste landsdelen, men det fantes unntaksvis eksempler i Finnmark. Før krigen vokste det frem enkelte kolonier med adresse sentrert rundt Hammerfest pleiehjem, men etter hvert avtok tendensen. For en slik foretagelsen var risikoen stor og den offentlige støtten var liten.

Vi har tidligere sett at Rasmus Rasmussen ble oppfordret til å danne sin egen koloni. En annen aktør som forsøkte det samme, i samme tidsrom, var Alma Halse. Halse holdt til i Bossekop, i Alta kommune. Hennes initiativ og virksomhet hadde sitt utgangspunkt i Pinsemenigheten, og var i denne konteksten en privataktør.

Av kildematerialet å dømme var Alma Halse den privatforpleieren i etterkrigsperioden som forpleide flest sinnslidende med offentlig tilkjente bidrag.³⁸⁴ Kildematerialet omtaler også Halses virksomhet som en «privat forpleiningsanstalt», og kan av grunn plasseres skjæringspunktet mellom koloni og pleiehjem.

I tidsrommet opp imot avgjørelsen å etablere et pleiehjem i Talvik og Tana, var det flere aktører i fylkesadministrative stillinger som var i dialog med Halse. Da den private forpleiningsanstalten til Halse var tiltenkt en slik voldsom størrelse, stilte Helsedirektoratet og fylkesarkitekt Dancke også store krav til den arkitektoniske delen. Fylkeslegen på sin side hadde også stilt krav, både til godkjenning fra kommunens herredstyre, og ikke minst at «*betjeningen ved en slik apesialavdeling har den utdanning som kreves*».³⁸⁵ Det faktum at Jansnes og Tanagård ble vedtatt og etablert i samme tidsrom, kan også ha bidratt til at fylket mistet pågangsmot for å imøtekomme Halse, og dialogen fra fylkesadministrasjonen ble ikke ført videre.³⁸⁶ Fra Halse og pinsemenighetens side ble en forpleiningsanstalt med både 20 og 50 sengeplasser diskutert, men da store lån var nødvendig og intet av administrativt arbeid var på plass, kan det tilsynelatende se ut som at dette var årsaken til at prosjektet i Bossekop forsvant ut fra fylkeslegens fokus.

³⁸² F.F 1954:289-90 sak nr. 52

³⁸³ F.F 1954:336 sak nr. 52

³⁸⁴ Legg inn kilde

³⁸⁵ Fylkesmannen L1682:1954 0003 1/54

³⁸⁶ L1682:1954 0003 Betania pleiehjem, Alta, Alma Halse - 2757/54

I tiden etter forhandlingene mellom Halse og fylkesadministrasjonen, fortsatte Halse sitt arbeid og ble en sentral aktør Vest-Finnmark i møte med utsatte mennesker. På 1960-tallet hadde Halse virksomheter for sinnslidende i Alta og Sørøysund, og til den dag i dag drives det psykiatritjeneste i Bossekop, for unge og eldre, under Stiftelsen Betania.³⁸⁷

5.8.4 Jansnes

*Det gleder oss å meddele at NKS hovedstyre er enig om å sette krigsskadeerstatningen for Talvik tuberkulose og barnekoloni til rådighet for oppførelse av et pleiehjem for senil demente på Jansnes i Talvik.*³⁸⁸

Slik lød det da forhandlinger i 1954 ble innledet mellom fylkeskommunen, Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) og Sosialdepartementet-Helsedirektoratet om etableringen av et etterlengtet pleiehjem for sinnslidende i Finnmark, på Jansnes gård i Talvik kommune. Det som langt på vei vekkert initiativet til å innlede forhandlinger, var det faktum at NKS var i besittelse av nødvendige midler for oppstart.

På samme måte som i 1953, da fylkeskommunen innledet samtaler med Finnemisjon, innledet fylkesmannen i 1954 samtaler med NKS om drift av Jansnes i Talvik. Mellom seg hadde sosialdepartementet, NKS og fylkesmannen startet forhandlinger om et nytt pleiehjem for sinnslidende. Også her hadde utgangspunktet for prosjektet vært tilgangen til en utestående krigsskadeerstatning. På Jansnes hadde det før krigen stått et tuberkulosehjem for barn, men likt resten av Vest-fylket forsvant denne. Igjen sto NKS med en krigsskadeerstatning, og denne var de villig til å låne bort i bidraget til å opprette et nytt pleiehjem i Talvik.³⁸⁹ Ettersom sosialdepartementet hadde vært raskt på banen, hadde fylkesmannen tidlig fått bekreftet at regjeringen stilte 300.000,- disponibelt til oppføring av pleiehjemmet.³⁹⁰ Fylkestinget kunne selv bidra med 50.000,-.³⁹¹ I perioden fra midten av 1940-tallet og frem til midten av 1950-tallet var det uvanlig at staten ga bistand til pleiehjem, men Finnmark ble betraktet som «*særlig nødlidende*» og fikk av den grunn en statsstøtte på 4/10 av totalen. Talvik herredstyre hadde tidlig i forhandlingene sagt seg villig til å overdra Jansnes-eiendommen til den nødvendige aktøren for at driften skulle finne sted, for halvparten av eiendommens pristakst.³⁹²

Det ble raskt nedsatt en plankomité bestående av Talviks ordfører, en representant fra NKS, distriktslegen i Talvik, Fylkeslegen og fylkesarkitekten. Deres første avgjørelse var å gi institusjonen navnet «Jansnes Pleiehjem», men videre avgjørelser krevde godkjennelse fra fylkestinget.

³⁸⁷ L1683:1960 0003 Betania pleiehjem, Alta, Alma Halse - 652/60 22.04.60

³⁸⁸ Finnmark fylkestingsforhandling 1955:301 sak nr.60 - «Krigserstatninger er penge- eller naturalerstatninger som seierherren etter en krig pålegger den beseirede staten å betale. Erstatningene er ment å dekke tap og skade som er oppstått i løpet av krigen» - snl.no/krigsskadeerstatning

³⁸⁹ Ingebjørn Hage - Helseinstitusjoner i Nord-Norge – Arkitektur og struktur (A.G Strøm-Erichsen)

³⁹⁰ St. prp. Nr. 1:1955:70, innst. s nr. 83:1955:5

³⁹¹ F.F 1955:301 sak nr. 60

³⁹² F.F 1955:302 sak nr. 60

Det planlagte pleiehjemmet i Talvik hadde på mange måter mye til felles med pleiehjemmet i Tana. På Jansnes hadde det før krigen vært drevet tuberkulosearbeid, og i likhet med Tanagård stilte en også her spørsmålstegn til det medfølgende vann- og kloakksystemet. Til forskjell var tuberkulosehjemmet drevet på privat initiativ av NKS, mens det var fylket som hadde driftet ved Tanagård.³⁹³ En annen forskjell var at det ikke sto noe bygg igjen i Talvik, men en så allikevel potensiale i benyttelsen av grunnmuren. Fylkesmannen, som hadde vært i dialog med statens overlege for psykiatri, foreslo å stille pleiehjemmet til rådighet for en plass mellom 30 og 40 senil-demente.³⁹⁴

Et sentralt moment med Jansnes og dens tilhørende eiendom, var det store gårdsbruket som lå skjermende til ned mot havet. Fylkeslegen påpekte hvordan han anså dette som positivt for pasientenes beskjeftigelse. Han viste også til hvordan staten, etter all sannsynlighet, ikke ville påta seg driften.³⁹⁵ Dette var det med andre ord noe fylket måtte stå for, og da forhandlingene på flere områder bar preg av utilstrekkelig behandlingstid og raske beslutninger, uttrykket fylkesmannen at et endelig vedtak ikke ville finne sted før neste års fylkestingsforhandlinger.³⁹⁶

5.9 Pleiehjemmenes driftsavtaler

I oppstartsprosessen ved etablering av et pleiehjem for sinnslidende var det mange ting som måtte være på plass. I dette delkapittelet skal vi se nærmere på driftsavtalene utarbeidet i samarbeid med NKS og Finnemisjon.

5.9.1 Drift ved Tanagård

Siden forhandlinger mellom Finnemisjonen og fylkesmannen tok til i 1953, hadde mye blitt foretatt på få år. I 1957 var ominnredningen ved Tanagård fullført og Finnmark hadde dermed sitt første institusjonelle tilbud for sinnssyke i etterkrigstid. De første pasientene flyttet inn samme år.

Etter avtale med fylkesutvalget, godkjent den 13 mars 1957, skulle pleiehjemmet ledes av et styre på tre medlemmer. To av medlemmene skulle være representanter fra Norges Finnemisjonsselskap, mens fylkeskommunen skulle være representert av én. Fylkeskommunen forbeholdt seg rette til å godkjenne ansettelsen av lege. Legen kunne delta i møtene og bidra med faglig rådgiving, men ikke avlegge stemme. Styret skulle i første omgang sitte ut den kommunale valgperioden.³⁹⁷ I avtalens siste punkt var det en klausul som tilsa at driftsavtalen, i den grad pleiehjemmets praksis fremsto urimelig for én eller flere medlemmer av styret, kunne sies opp med ett års forvarsel.

³⁹³ Helse- og omsorgsdepartementet Rom for helse 2012:171

³⁹⁴ F.F 1955:304-5 sak nr. 60

³⁹⁵ F.F 1955:305 sak nr.

³⁹⁶ F.F 1955:308 sak nr. 60

³⁹⁷ F.F 1957:143, sak nr. 20 - Styrets sammensetning var sekretær Gunnar Bukstad, Bonkas, bestyrerinne Kare Krogstad, Austertana, og fylkesmannfullmektig Alf Johansen, Vadsø.

I henhold til den inngåtte avtalen mellom fylkeskommunen og Finnemisjonen skulle fylkeskommunen stå ansvarlig for hjemmets økonomi. Etter lov skulle også staten bidra med dekning av 4/10 tilknyttet forpleining og bygging av anstalt. Ved utgangen av 1956 skrev fylkesmannen et brev til sosialdepartementet der han oppfordret til dekning av et eventuelt driftsunderskudd og påfølgende refusjonsansvar. Spørsmålet ble bestemt utsatt til en hadde nærmere erfaring om pleiehjemmets drift.³⁹⁸ Driftsavtalen understreket at det var Finnemisjonens ansvar å skaffe pleiehjemmets nødvendige betjening. Som en del av dette punktet inngikk også en administrativ ledelse og ansvarlig regnskapsfører. Fra år til år skulle det utnevnte styret utarbeide et detaljert budsjettforslag for hjemmets drift, og budsjettforslaget skulle avslutningsvis godkjennes av fylkeskommunen. Selv om fylket sto som ansvarlige for pleiehjemmets økonomi, var det Finnemisjonens oppgave å stå for den daglige, økonomiske driften. En tok tidlig sikte på at driften skulle foregå økonomisk edruelig, og forarbeidet satt dermed fokus på at kurprisen skulle sette deretter, parallelt med et mål om å unngå røde tall. Kurprisen for sykeopphold ved Tanagård ble innledningsvis satt til 20,- mens kostøre satt til 3,40,- og påfølgende godkjent av sosialdepartementet.³⁹⁹ Under utbyggingen mottok pleiehjemmet ingen statlige midler og unngikk store lån.⁴⁰⁰ Som nevnt i kapittel 4.3.1 gikk sosialdepartementet inn for at fylkene selv valgte ut ett bestemt pleiehjem de fikk statsstøtte til. Da pleiehjemmet ved Jansnes var av en langt større dimensjon og kapasitet, valgte fylkeskommunen tilsynelatende å gå inn for en vektlegging av pleiehjemmet i Talvik.

Pleiehjemmets fastpersonale skulle bestå av en bestyrerinne, en pleierske, kokke og to hushjelper.⁴⁰¹ Det tynne personalbelegget kan peke i retning av at personale hadde overlappende arbeidsoppgaver, og da pleiehjemmet også var i besittelse av et isolat, ble det diskutert hvordan isolatet potensielt kunne åpne for inntekter til å ansette en gårdsgutt.⁴⁰² Pleiehjemmet ble bestemt forbeholdt sengeplasser for 12 sinnslidende, i utgangspunktet kvinner. Pasientmålgruppen ble satt til senil demente, og i den grad en skulle gjøre unntak til denne regelen skulle pasienten være av en type som passet pleiehjemmets tiltenkte formål. Da denne regelen fremsto noe diffus, var det legens oppgave i siste instans å avgjøre om en pasient fikk disponere en seng.⁴⁰³

5.9.2 Drift ved Jansnes

Til fylkestingsforhandlingene i 1956, to år etter at forhandlingene hadde begynt, hadde det vært store framskritt i retning av konkrete planer og avtaler for det tiltenkte pleiehjemmet.

Pleiehjemmet skulle bygges for senil demente med sikte på en kapasitet for 35 pasienter. Da NKS

³⁹⁸ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1957:143, sak nr. 20

³⁹⁹ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1957, side 143-4, sak nr. 20 - To år senere pleiehjemmets kurpris og kostøre hevet til 24- og 4 kroner. Side 214&218:1959

⁴⁰⁰ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1960:37 - Et unntak var 15.000,-som pleiehjemmet lånte av fylket.

⁴⁰¹ Pleiehjemmets lege var ikke ansett som en del av Tanagårds faste personale, da hans jobb først og fremst var å være distriktslege i legedistriktet.

⁴⁰² Finnmark fylkestingsforhandlinger 1957:143, sak nr. 20

⁴⁰³ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1958:261-2 sak nr. 42

og fylkesmannen innledet forhandlinger i 1955, ble det stilt strenge krav til drift og byggeprosess. NKS stilte fem krav, og disse omhandlet, på samme måte som ved Tanagård, først og fremst redegjørelse av *hvem* som skulle ta på seg ansvaret for å bygge og driftet.

Det ble tidlig klart at NKS skulle stille sine 300.000 til disposisjon, men da beløpet alene ikke strakk til, måtte en påfølgende avgjøre *hvem* som skulle stå for den resterende del av finansieringen.⁴⁰⁴

Ettersom fylkesmannen hadde lyktes med å få på plass en statlig bevilgning, allerede i 1955, lå mye til rette for at fylkestinget kunne fatte et endelig vedtak i 1956.⁴⁰⁵ Det ble derfor utarbeidet en finansieringsplan for prosjektet. Finansieringsplanen, som totalt var på 1.200.000,-, baserte seg på:

NKS Krigsskadeerstatningen – ca. 300.000

Fylkeskommunen - 50.000.

Statens 4/10 av totalen på 1.200.000; noe som utgjorde 480.000.

Med dette lagt til grunn, satt prosjektet med tilgjengelige 830.000,- og finansieringsplanen hadde derfor en svikt på 370.000,-. På fylkestinget bestemte en seg for å forsøke å låne disse pengene. Lånets sikkerhet skulle komme fra pleiehjemmet eiendom. NKS, som hadde investert en større sum for å gi liv til prosjektet, mottok på samme måte som banken lånesikkerhet i panten av pleiehjemmet.⁴⁰⁶

Det ble tidlig i forhandlingene tydelig at NKS ønsket å delta aktivt i prosessen, og av den grunn sørget de for å tilskrive seg retten til å utnevne ett medlem i pleiehjemmets styre og byggekomite.⁴⁰⁷ Den som trolig hadde størst forståelse av hvilken nød sinnssykevesenet i Finnmark led av, var etter all sannsynlighet fylkeslegen med sine faste innrapporter fra fylkets mange legedistrikter. I forsøk på å reise pleiehjemmet så raskt som mulig, var fylkeslegen tidlig allerede i 1955 i korrespondanse med Helsedirektoratet om hvilke krav som forelå et pleiehjem. Dette medførte at fylkeslegen ble rådført av Helsedirektoratets overlege for psykiatri, og det første utkastet ble sendt til uformell vurdering samme år.⁴⁰⁸

Med deler av grovarbeidet fullført av fylkeslegen kunne arkitekt Trygve Pedersen, i 1956 startet arbeidet med å tegne pleiehjemmet. Det gikk ikke lang tid før arbeidet var fullført.⁴⁰⁹

Pleiehjemmets arkitektplaner ble godkjent ved Helsedirektørens brev av 10. september 1956 til

⁴⁰⁴ F.F 1957:143, sak nr. 201955:302

⁴⁰⁴ F.F 1955 side 302 sak 60

⁴⁰⁵ St. prp. Nr 1:1955:70

⁴⁰⁶ F.F 1956 Side 384-7 sak 57

⁴⁰⁷ F.F 1955 side 302 sak 60

⁴⁰⁸ F.F 1955 side 304 sak 60

⁴⁰⁹ F.F 1956 side 385 sak 57

fylkesmannen.⁴¹⁰ Et *fylkesutvalg* ble gitt fullmakt til å godta og iverksette byggearbeidene så snart finansieringen var bragt på plass.

Etter møte med pleiehjemmets byggekomite i 1957, ble kontrakt med utførende arkitekt og konsulenter signert. En befaring av Jansnes-eiendommen ble påfølgende utført samme år. Byggekomiteen, som ble utnevnt av fylkesutvalget i 1956, bestod av: Komiteens formann og oppsynsmann i Talvik, Asbjørn Hansen, Distriktsarkitekten i Alta, Distriktslegen i Talvik og kommuneteknikeren i Talvik. Byggekomiteens siste medlem ble NKS egen representant, Laura Lund, som etter avtalen med fylket også skulle inneha et sete i pleiehjemmets styre.⁴¹¹

I forbindelse med pleiehjemmets finansieringsplan ble fylkesmannen gitt en fullmakt til å forhandle videre med sosialdepartementet. Fylkesmannen hadde det foregående året, ovenfor fylkestinget, gitt uttrykk for en mulighet for å få innvilget en større statsstøtte på 5/10, til forskjell fra den vanlige 4/10. Årsaken til fylkesmannens optimisme var at sentralmaktene ved flere anledninger hadde uttrykt forståelse for den svært utfordrende situasjonen i Finnmark, både for den generelle helsesektoren, men også spesifikt sinnssykevesenet.⁴¹²

Innbakt i kravet som først og fremst omhandlet spørsmål knyttet til pantobligasjon, forelå det også en setning som omtalte kravet som NKS hadde stilt til byggearbeidets *ferdigattest*. I henhold til denne skulle pleiehjemmets byggeprosess stå ferdig 1.1 1957. Etersom byggeprosjektets detaljer først lå klart under fylkestingsforhandlingene i 1956, ble det tidlig klart at en ferdigattest ikke ville foreligge til inngangen av 1957. Fylkesmannen inngikk derfor nye forhandlinger om en omgjøring av denne spesifikke detaljen.

Da en var kommet til fylkesforhandlingene 1957 forelå var en ny avtale mellom fylkesmannen og NKS utarbeidet. Fylkesmannen intensjon var i utgangspunktet reforhandle det spesifikke punktet som omtalte pleiehjemmets ferdigattest, men NKS hadde hevet sin ambisitet i lys av reforhandlingene. Da den reforhandelnde avtalen lå ferdig var problemet knyttet til ferdigattest løst, men det var også nær sagt hvert eneste punkt siden partenes førte avtale fra 1955. Etter tidligere avtale skulle fylket både stå som økonomisk ansvarlig og driften av pleiehjemmet. Etter reforhandlingene var den mest sentrale endringen at NKS hadde overtatt driftsansvaret.

Finnmark Krets, underlagt NKS, påtok seg driften av pleiehjemmet. Skulle forholdene ved pleiehjemmet medføre at driften ikke lot seg gjennomføre på et rimelig vis, skulle det for Finnmark Krets av NKS være mulig å reforhandle sitt bidrag i den daglige driften, med 6 måneders forvarsel. Den daglige driften skulle ledes av pleiehjemmets styre bestående av fem medlemmer. Da det var Finnmark Krets av NKS som skulle drifte pleiehjemmet, skulle styret bestå av ett medlem fra fylket mens resterende skulle være NKS-medlemmer.⁴¹³

⁴¹⁰ F.F 1957 side 329 sak 48 (Samme brev ble sendt til fylkeslegen 28 januar 1957)

⁴¹¹ F.F 1957 side 329 sak 48 Etter avtalen inngått i 1955, punkt 6, forbeholdt NKS seg av rette til å «oppnevne et medlem av byggekomiteén og styret for hjemmet» - F.F 1955:302

⁴¹² F.F 1956 side 386 sak 57

⁴¹³ F.F 1957 side 329-330

Da Finnmark krets av NKS under forhandlinger med fylkesmannen pådro seg ansvaret for den daglige driften, ble det påfølgende utarbeidet en driftsavtale mellom de respektive partene. Avtalen spesifiserte gjennom en rekke punkter hvordan driften skulle foregå:

Finnmark krets av NKS påtar seg driften av Jansnes pleiehjem for fylkets regning, og pleiehjemmet skulle ta sikte på å *fortrinnsvis* ta imot senil demente. Pleiehjemmets lege hadde ansvaret for hvilke pasienter en skulle ta inn, og i den grad pleiehjemmets kapasitet skulle tillate det, kunne hjemmet ta inn *andre* typer sinnslidende enn senil demente.

Etter den nye avtalen påtok NKS seg også å skaffe den nødvendige betjeningen for driften, samt en administrativ ledelse. For hjemmets drift skulle styret hvert år utarbeide et detaljert budsjettforslag som skulle forelegges fylket til godkjenning, da det var fylket som sto som økonomisk ansvarlig. Da erfaringer, deriblant ved Tanagård, viste tendenser til at det første året gikk i økonomisk underskudd skulle dette dekkes av fylket i sammenheng med fylkets budsjettbehandling. I tilfelle av driftsoverskudd, skulle dette disponeres til beste for pleiehjemmet etter forslag av styret ved vedtak av fylkestinget.

Pleiehjemmets styre var bundet av det budsjett som Finnmark fylkesting hadde godkjent. Skulle forholdene nødvendiggjøre tilleggsbevilgninger i løpet av budsjettåret, måtte en søknad om dette forelegges fylkesutvalget. Finnmark fylkesting forbeholdt seg retten å utnevne pleiehjemmets lege. På samme måte som ved Tanagård kunne partene, i den grad avtalen viste seg urimelig, reforhandles ⁴¹⁴

Som nevnt tidligere fattet fylkestinget i 1956 et vedtak som ga fylkesmannen fullmakt til videre forhandlinger med sosialdepartementet vedrørende økte bevilgninger til pleiehjemmet. Fylkesmannen Peder Holt, som nylig hadde returnert fra sin tid som konsultativ statsråd, hadde god kjennskap til systemet og overbeviste trolig fylkestinget i retning om en økt bevilgning ville kunne la seg tildele prosjektet. I den grad fylket ikke fikk innvilget en større støtte fra sentralmyndigheten måtte pleiehjemmet finansieres gjennom større lån. Fylkesmannen hadde i den anledning gitt uttrykk for hvilken vanskelig situasjon fylkeskommunen befant seg i, både sosialt og økonomisk, og argumenterte ovenfor sosialdepartementet om hvilken ulempe et større lån ville medbringe.⁴¹⁵ Til tross, da departementet la fram sin stortingsproposisjon i 1957, sto følgende skrevet:

Fylkesmannen (i Finnmark) uttaler at på grunn av den ytterst vanskelig stilling fylkeskommunen befinner seg i, vil et slik lån i tillegg til de store utgifter fylket for øvrig har i helsesektoren virke svært tungt og søker prinsipal om et statstilskott på 5/10 av byggeomkostningene eller kr. 600.000. Det beløp som må dekkes ved lån reduseres derved til kr. 250.000.

⁴¹⁴ F.F 1957 side 330-331 sak 48

⁴¹⁵ F.F 1957 side 328 sak 48

Departementet finner å måtte fastholde et statstilskott på 4/10 av anleggsomkostningene, som tilfellet er for de øvrige fylker som bygger pleiehjem for sine sinnssyke.⁴¹⁶

Et 5/10-bidrag uteble, og pleiehjemmet ble stående med et konvensjonelt sinnssykebidrag på 4/10.

Nord for kommunesenteret i Talvik ligger eiendommen Jansnes, og det var her en planla å etablere det nye pleiehjemmet ved midten av 1950-tallet.⁴¹⁷ Eiendommen hadde siden 1930-tallet vært utgangspunkt for statlige helseforetak, og av den grunn var det sosialdepartementet som sto oppført som eier av eiendommen. Før pleiehjemmet kunne reises var det derfor en del formaliteter som måtte avgjøres.

Da det på Jansnes-eiendommen før krigen var et tuberkulosehjem for barn, var det staten, ved sosialdepartementet, som eide tomten, og i 1952 søkte Talvik kommune om dispensasjon til å utparselleres eiendommen til fordel for drift av et mindre gårdsbruk.⁴¹⁸ Utstykingen av eiendommen fant aldri sted, da sosialdepartementet forbeholdt seg retten til å kreve at eiendommen skulle benyttes som medisinal institusjon.⁴¹⁹ Da en i 1956 besluttet å bygge et pleiehjem for sinnslidende på eiendommen, oppfordret herredstyre i Talvik staten til å overdra eiendommen til fylkeskommunen med forutsetning at det ble bygget et pleiehjem for sinnslidende.⁴²⁰ Da Sosialdepartementet innforstått med den utfordrende situasjonen i Finnmark, var de raske med å igangsette overtakelsesprosessen.

Til tross for at et vedtak om bygging lå klart i 1956, og pleiehjemmets driftsavtale lå klar i 1957, var lånet som skulle dekke finansieringsplanens svikt fremdeles ikke innvilget ved endte forhandlinger i 1957. Da fylkesmannen søkte om lån hadde han henvendt seg til Rikstrygdeverket, men i juni 1957 meddelte Rikstrygdeverket at de imidlertid ikke ville få ledige midler til å dekke de utestående 370.000,-. Finansieringsplanens svikt måtte derfor utsette pleiehjemmets byggestart.⁴²¹ Heller ikke i 1957 kunne arbeidet starte.

Til fylkets forhandlingsdager i 1959 var byggearbeidet ved Jansnes påbegynt, da omsider et lån fra Rikstrygdeverket hadde blitt innvilget. Et utjevningstilskudd fra staten på 31.200,- hadde også latt seg supplere.⁴²² Arbeidet hadde samtidig opparbeidet seg nye påkostninger, og på grunn av særskilt vanskelige grunnforhold på eiendommen ble det lagt til ytterligere 50.000,-, en utgift

⁴¹⁶ St. prp. Nr. 1:1957:66

⁴¹⁷ Siden 1967 har Talvik vært en del av Alta kommune, men en brorpart av Altafjorden og dens tilhørende øyer tilhørte i perioden 1885 til 1966 Talvik herred.

⁴¹⁸ S.tid 3179:1952

⁴¹⁹ St. prp. Nr. 3:1957:1

⁴²⁰ Innst. s. nr. 14 og F.F 1956 side 386-7

⁴²¹ F. F 1957 side 329 og 331

⁴²² F.F 1959:358-359 sak nr.44, st. prp. Nr 1:1957:67 post 17, L1683:1959 Fylkesmannen 2297/59

fylket, som økonomisk ansvarlig, måtte dekke.⁴²³ Den endelige prisen havnet på 1.347.564,- og resulterte i en nødvendig restfinansiering på 70.436,-. Da den totale prisen oversteg den satte finansieringsplanen, vedtok fylkesutvalget at fylkestinget måtte gi en fullmakt til fylkesmannen om å ta opp et nytt lån inntil kr. 150.000 for å dekke refinansieringen for byggearbeidet og anskaffelse av nødvendig utstyr.⁴²⁴

Fra fylkeslegen i Finnmark ble overlege i psykiatri, Lohne Knudsen, formidlet at pleiehjemmet skulle søke å gi belegg til begge kjønn.⁴²⁵ I den grad pleiehjemmet hadde som mål å huse 35 pasienter uttrykte overlegen at pleiehjemmet burde ha minimum tre utdannede sykepleiere, og dertil ett personale per femte pasient.⁴²⁶ En anså det også nødvendig med 1-2 mannlige personale.⁴²⁷

En forutsetning for ansettelse var at enkelte ansatte var i en besittelse av spesifikke kvalifikasjoner, og av den grunn hadde distriktslegen tilhørende Talvik hatt utfordringer i prosessen med å finne kvalifiserte søkere til stillingene. I den anledning kontaktet fylket, på vegne av F.I.N.K.S, Norsk Sykepleierforbund med forespørsel om hvor en kunne henvende seg for å få tak i sykepleiere til pleiehjemmet.⁴²⁸ I 1960 meldte distriktslegen i Talvik at han hadde ansatt en bestyrerinne, sykesøster og vaktmester. I prosessen ble også fire kjøkken personale ansatt.⁴²⁹

5.10 Pleiehjemmene åpnes

I 1957 og 1960 åpnet Finnmark første pleiehjem i etterkrigstid. Det å etablere helseanstalter viser historien tar ressurser, penger, arbeid og tid.

5.10.1 Tanagård

Et år inn i driften ved Tanagård, som nå hadde ommantlet til 12 senger, hatt et gjennomsnittsbetlegg på 11,3 pasienter.⁴³⁰ Pleiehjemmet var i utgangspunktet forbeholdt kvinner, men da anstalten hadde egen isolatfløy og fungerte som krise- og isolatstasjon, hadde det unntaksvis også blitt brukt til behandling for menn.⁴³¹

Fylkesmannen Peder Holt presenterte for fylkestinget regnskapet for pleiehjemmet etter to års drift..⁴³² Pleiehjemmet hadde frem til dette opparbeidet seg et overskudd på 10.179 kroner – noe

⁴²³ F.F 1959: 358 sak 52 – Som et resultat av de vanskelige grunnforhold oppdaget en i byggeprosessen at pleiehjemmet ikke kunne benytte seg av grunnmuren på eiendommen. En måtte legge om til hel sokkel i prosessen, noe som bidro til en økt sluttsum på pleiehjemmet.

⁴²⁴ F.F 1959 side 359-360 sak 52

⁴²⁵ Normalt var kjønn adskilte i ulike institusjoner på denne tiden. Eksempel på dette er Tanagård som var forbeholdt kvinnelige sinnslidende.

⁴²⁶ 1 personale per 5 pasient, fordelt på kokker, vaskere, gårdsarbeidere osv.

⁴²⁷ L1683:1958 Fylkesmannen 529/58

⁴²⁸ L1683:1959 Fylkesmannen 1375/59 Bestyrerinne Else Marie Berg, sykesøster Laura Tronstad og vaktmester Sverre Mikkelsen.

⁴²⁹ L1683:1960 Fylkesmannen R.sak/60

⁴³⁰ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1958:261-2 sak nr. 42

⁴³¹ Finnmark fylkestingsforhandlinger 1958:261-2 sak nr. 42

⁴³² Finnmark fylkestingsforhandlinger 1957 sak nr. 52

fylkestinget, i henhold til avtale og styrets oppfordring, vedtok å bruke til å dekke pleiehjemmets opparbeidede underskudd. Underskuddet stammet fra den tidligere ominnredningen, samt styres avgjørelse om å installere inn nytt elektrisk utstyr.

Fra og med pleiehjemmets åpning og frem til driftsbudsjettet ble lagt fram på fylkestinget, hadde kurprisen steget fra 20 kr til 24 kr.⁴³³ Også lønningene for bestyrerinnen og sykepleierskene ble satt opp i samme tidsrom, etter regulativ fra Norsk sykepleierskeforbund.⁴³⁴ Av vedlikeholdsarbeid måtte pleiehjemmene i løpet av de første årene gjøre småreparasjoner som resultat av en noe robust drift, og pleiehjemmet fikk etter hvert moderne sentralfyring.⁴³⁵ Pleiehjemmet bidro også med klær til pasientene, da de opparbeidede erfaringer viste at dette ble nødvendig. 4.000,- ble satt av til dette formålet.

5.10.2 Jansnes

På lik linje med HPH i mellomkrigstiden, skulle Jansnes etter åpning praktisere en lignende funksjon for regionens privatpleie. Erfaring tilsa at det ville forekommet behov å flytte enkelte sinnssyke mellom privatpleie, pleiehjem og asyl – alt ettersom nødvendigheten spilte inn. At det nå var et pleiehjem i vest-fylke som kunne stå for administrasjon av denne delen, spilte en stor verdi for fylkets helhetlige sinnssykevesen.

Da medisinske problemer til stadighet oppsto ved pleiehjemmet, var det behov for distriktslegens tilsyn flere ganger i uken. Ut fra kildematerialet ble det sett på som en forutsetning at distriktslegen, som også var pleiehjemmets huslege, tok del i det administrative arbeide ved anstalten, mottaking og utskrivning av pasienter, korrespondanse om pasienter, ansvar for medisinbeholdningen og bruk av isolatene.⁴³⁶

Tidlig i planleggingsfasen ble det løftet frem hvordan pleiehjemmet burde ha rom for gårds- og hagedrift i den grad dette lot seg gjøre, og på Jansnes-eiendommen var dette gjennomførbart. Av denne årsak tillot fylkeslegen ovenfor fylkesmannen å oppfordre til at pleiehjemmet skulle ha et aktivt gårdsbruk. Prinsipielt utrykte fylkeslegen at arbeidsdyktige pasienter, i den grad de var skikket til det, burde settes ut i privatpleie rå raskt det lot seg tillate, og av den grunn var det viktig at de sinnslidende pasientene behersket dette arbeidet.⁴³⁷

⁴³³ F.F 1959:214 & 218 sak nr. 29

⁴³⁴ F.F 1959:214-5 sak nr. 29

⁴³⁵ F.F 1957:344 sak nr. 52

⁴³⁶ L1683:1961 Fylkesmannen 244/61 (Jansnes Pleiehjem 19

⁴³⁷ L1683:1960 Fylkesmannen 1700/60

1 februar 1960 åpnet Jansnes pleiehjem for sine første pasienter. Personalets bolig sto på dette tidspunktet ikke ferdigstilt, og av den grunn åpnet pleiehjemmet i første omgang for bare 14 pasienter.⁴³⁸

Ved Kongsgård i Kviby, nord for Alta i Altafjorden, hadde en privatforpleier med navn Idar Jakobsen over lengre tid drevet en *koloni* for sinnssyke. Bakgrunnen for privatforpleierens store privatforpleining var hans bakgrunn som ansatt ved Dikemark asyl på Østlandet.⁴³⁹ Da fylkesmannen i 1960 kontaktet Jakobsen, var dette med hensikt om å erverve Jakobsens sinnslidende til det nye pleiehjemmet i Talvik.⁴⁴⁰

De første innlagte ved den nye pleiehjemsenheten ankom 1 februar 1960 og besto av 10 sinnslidende menn fra åtte kommuner i Finnmark.⁴⁴¹ De neste pasientene, tre menn og én kvinne, flyttet inn fem mars 1960.⁴⁴² I mars 1960 ser en første tegn til at pleiehjemmet aktivt begynte å lete etter kvinnelige pasienter, og senere samme år presenterte distriktslegen i Talvik fylkeslegen seks kvinnelige kandidater ved pleiehjemmet. De fleste var i 60-årsalderen, men det fantes også yngre unntak. Av årsaker for overflytning ble de sinnslidende pasientene beskrevet med svært ulike sykdomsbilder. En av de eldre kvinne ble av distriktslegen beskrevet slik:

«dementia senilis, Parkinsons's sykdom. Hun har vært sengeliggende i flere år med svære fleksjonskontrakturer i underekstremitetene, er urin-inkontinent, sløv og sterkt pleietrengende»⁴⁴³

En annen pasient, i samme alder, ble beskrevet på følgende vis:

«pasienten er tidligere flyttet fra et annet forpleiningssted da hun var for vanskelig der. Hun er en del urolig, skjenner, forpleieren vil ikke ha henne lenger»⁴⁴⁴

23 april 1960 ble en pasient fra Sør-Troms innlagt ved pleiehjemmet, og var dermed den første pasienten med adresse utenfor Finnmark.⁴⁴⁵ Helt frem til 1961 mottok Jansnes statlige midler i form av tilskudd til bygging, da sosialkomiteen innstillet et forslag til ytterligere statstilskudd til merutgift i en siste bevilgning på kroner 52.000.⁴⁴⁶

⁴³⁸ L1683:1960 Fylkesmannen R.sak/60

⁴³⁹ Fause – tidsskriftartikkel 2013:113

⁴⁴⁰ L1683:1960 Fylkesmannen R.sak/60 (19. Januar)

⁴⁴¹ L1683:1960 Fylkesmannen ukjent nummer

⁴⁴² L1683:1960 Fylkesmannen 96/60

⁴⁴³ L1683:1960 Fylkesmannen 97/60

⁴⁴⁴ L1683:1960 Fylkesmannen 97/60

⁴⁴⁵ L1682:1960 0003 118/60

⁴⁴⁶ Innst. s. nr. 78b:1960/61 (post 16)

5.11 Kapittelsammendrag

I 1951 la ble Beretning om helsestellet lagt frem av fylkeslegen på fylkestinget for første gang. Beretningene skildret fylket helse og ble sentral for fylket i møte med utfordringer knyttet til helse i Finnmark. ‘

I den første tiden etter krigen var fylket preget av en brakkebeboelse, og medførte at alle institusjoner var en del av denne utfordringen. For helsevesenet medførte brakkene at både sykestuer og sykehus ble provisoriske. Spesielt sykestuene ble lenge værende i brakker, noen plasser til midten av 1950-tallet.

I mangel på anstalter ble sinnssykeasyler benyttet i møte med sinnssyke. Dette resulterte at sinnssykevesenet i Finnmark hadde hele sitt tilbud bundet opp i disse isolatene. Isolatene var en stor utfordring for det øvrige belegget, og dette fungerte som et drivende argument for at egne pleiehjem omsider ble reist.

Arrester utgjorde store deler av sinnssykevesenet enkelte steder, og ble samtidig utgangspunkt for kritikk i fylkeslegens rapporter til fylkestinget.

Pleiehjemmene, i Talvik og Tana, var begge tidligere tuberkulosehjem, men med skreddersydde avtaler, i møte med fylket, ble begge åpnet for drift mot slutten av 1950-tallet.

I 1960 sto Jansnes ferdig ved Talvik kommune. Distriktslegen gikk raskt i gang med å etablere en institusjon rundt pleiehjemmet, med sikte på å rekruttere nye privatforpleiere. Kildematerialet forteller ikke om han lykter med dette.

6.0 Konklusjon

Kapittel 6: Fra Hammerfest pleiehjem til Åsgård sykehus.

I 1930 fikk Finnmark sin første institusjon for sinnssyke. Pleiehjemmet ble reist i Hammerfest og ga et tilbud til 100 pasienter og regionens nærliggende privatpleie. I 1940 kom krigen til Finnmark, og to år senere ble pleiehjemmet rekvirert av tyskerne for militære formål. Ved tyskernes tilbaketrekning i 1944 ble pleiehjemmet sprengt. Pleiehjemmet ble ikke reist etter krigen.

6.1 Sentralmyndighetenes tilnærming til nytt statsasyl i Tromsø

I 1920, 65 år etter at Norge fikk sitt første sinnssykeasyl, ble det på Stortinget innledet samtaler om å flytte asylvirksomheten i sinnssykevesenet en etappe lenger nord. Initiativet kom innledningsvis fra Troms fylke, men samtalene på Stortinget utviklet seg raskt til å omhandle hvorvidt det var Troms eller Finnmark statsasylet skulle plasseres i. Frem til avgjørelsen om å utsette vedtaket, utspilte det i sosialkomiteen seg en debatt blant ulike interessegrupper. I prosessen ble Kirkenes, Alta, Tromsø og Sørreisa vurdert, alle med ulike tiltrekningsmomenter. Det var spesielt fylkesinteresser som bidro til uenighet i sosialkomiteen. Selv om avgjørelsen ble satt på vent, gikk sosialkomiteen inn for vedtak om at statsasylet skulle plasseres i Troms.

I prosessen med å velge destinasjon for statsasylet på 1920-tallet ble en utvidelse av Rønvik, som et alternativ til forslagene i Troms og Finnmark, også vurdert. I 1938, tretten år etter vedtaket om å legge om statsasylet på is, gikk Stortinget inn for større utvidelse av Rønvik. I 1946 gikk fremmet sosialdepartementet et forslag om en større bevilgning og restaurering av Rønvik etter krigen. Forslaget fikk tilslutning fra sosialkomiteen og senere vedtatt på Stortinget. De to eksemplene viser til hvordan Stortinget, i økonomisk vanskelige tider, valgte å utvide en eksisterende tilbud fremfor å bygge nytt. Eksemplet føyer seg i rekke av hvordan styringsmyndigheter til stadighet måtte velge mellom økonomisk fordelaktige løsninger og et forbedret sinnssykevesen i Nord-Norge.

I 1947 rettet sosialkomiteen blikket mot sinnssykevesenet i Troms og Finnmark. Resultatet ble en hurtig avgjørelse i retning av kjøp av Åsgård-eiendommen i Tromsø. En lokalisering og eiendom som også på 1920-tallet var vurdert. Året etter fulgte en mindre bevilgning og arbeidet med å klargjøre eiendommen ble raskt iverksatt. Avgjørelsen og det forberedende arbeidet ble raskt avløst av et opphold i utviklingsprosessen. I lys av avgjørelsen om å bygge et sentralsykehus og tuberkulosesykehus i Tromsø bestemte en plankomite seg for å samkjøre prosjektene med sikte på Bymyra på toppen av Tromsøya. I 1953 ble planene forkastet og en gikk tilbake til tanken om bruk av Åsgård-eiendommen. Fremdeles manglet statsasylets arkitektplaner. Det arkitektoniske hadde blitt bestemt løst gjennom en arkitektkonkurranse, og først når denne delen var fullført ville sentralmaktens bidra med bevilgninger.

Først i 1957 sto de endelige planene klare og statsasylets byggetrinn 1 tok til samme år. Fire år senere, i 1961, sto byggetrinn 1 ferdig og de 170 første pasientene kunne flytte inn. Samme år som Åsgård sto ferdig ble Lov om psykisk helsevern lansert. Reformen resulterte for Åsgård at sinnssykehuset ble landets siste statsasyl og landets første psykiatriske sykehus. Åsgård ble slik det siste asylet hvor staten sto for største delen av utgiftene. At sykehuset også hadde rene kvinne- og herreavdelinger, innledningsvis, kan også løftes frem. Som psykiatrisk sykehus var Åsgård delvis også regionalt finansiert av fylkene og av vertskapsbyen. Byggingen av Åsgård en smeltedigel for nytenkning innen psykiatrifaget.

Grovt inndelt kan en påstå at Stortingspolitikere er innvalgt med to formål. Den ene, å fremme partiets politikk, den andre, å fremme valgdistriktet politikeren er innvalgt fra. I perioden oppgaven har fulgt utviklingen i sosialkomiteen debatter og bestemmelser, fantes det ikke en eneste representant fra Finnmark. Fra Troms er historien lik, med det enkle unntak Stortingets siste valgperiode frem til Åsgård sto ferdig i 1961. Om mangelen på medlemmer fra Troms og Finnmark i sosialkomiteen hadde noe å si for utbyggingen av Åsgård er vanskelig å si. Det en derimot kan, er å peke på de indirekte konsekvensene. En gjenganger i debatter ført i Stortingets sosialkomite, er hvordan enkelte av komiteens medlemmer har valgt å fremme egne valgdistrikters asyler i spørsmål tilknyttet sinnssykevesenet. I oppgaven har dette blitt forsøkt løftet fram gjennom henvisninger, i kapittel fire, hvordan representant Evju talte Liers sak fremfor andre, mens Hamran og Riise stilte kritiske spørsmål i retning sosialministeren om ytterligere satsing på statsasylet ved Rønvik i Nordland. Dette peker i retning av at valgdistrikter til medlemmer av sosialkomiteen på Stortinget har hatt betydning for utbygging av sinnssykevesenet i Norge.

6.2 Politiske tiltak for sinnssyke i Finnmark etter krigen

Etter krigen var det sentralmyndighetene som sto for planlegging og gjenreisning av et krigsrasert fylke. Sinnssykevesenet ble svært lite prioritert. Det politiske gjenreisningsprosjektet av helsevesenet i Finnmark tok sikte på å reise et permanent og et provisoriske tilbud i fylket. I 1948 kom sentralmyndighetenes planer for gjenreisning av permanente sykehus og sykestuer i Finnmark, og det var i disse planene sinnssykevesenets fremtid lå. Året før sykehusplanene for Finnmark ble lagt frem, gikk Stortinget, anført sosialkomiteen, inn for å kjøpe Åsgård-eiendommen på Tromsøya og reise det siste tilskuddet av statsasyl. Ifølge planene skulle statsasylet fremtiden utgjøre mesteparten av sinnssykevesenet i Finnmark. Unntaket var de 8 sinnssykeisolatene som skulle reises ved de planlagte sykehusene i Vardø, Vadsø, Hammerfest og Kirkenes. I den grad det fantes en debatt vedrørende vedtaket om sinnssykeisolater, dreide det seg i retning av hvorvidt enkelte permanente sykestuer også skulle innredes.

Da det regionale fylkesapparatet etter krigen omsider fikk stablet seg, ved overgangen til 1950-tallet, konkluderte fylkeslegen raskt med at fylkets sinnssykevesenet var langt fra tilstrekkelig. I fylkeslegens *Beretning om helsestellet i Finnmark* ble det manglende tilbudet for sinnssyke ved gjentatte anledninger tematisert. Dette lot seg manifestere gjennom at sinnssyke måtte plasseres i helseanstalter tiltenkt gamle og somatisk syke, men først og fremst gjennom et hyppig bruk av fengselsceller. Sistnevnte kostet mye penger og krevde mange ressurser.

Som et resultat av det manglende tilbudet for sinnssyke, ble det etter hvert innredet flere sinnssykeisolater. Mot midten av 1950-tallet tok en imidlertid sikte på etablere sinnssykeisolater i samtlige av fylkets sykestuer. Isolatenes finansiering skjedde gjennom et 5/10-bidrag fra staten, mens fylkets helsenemnd sto for den andre halvparten. Bidraget fungerer som et eksempel på sentralmyndighetenes bidrag til sinnssykevesenet i Finnmark, og er samtidig det eneste tilfelle/område hvor sentralmyndighetene bidro med mer enn 4/10 – dette til tross for at sinnssykeloven åpnet for muligheten til statsstøtte på opptil 8/10 ved særskilte tilfeller.

Halvveis inn i 1950-tallet hadde sentrale aktører i fylkeskommunen innledet samtaler med flere private aktører i forsøket på opprettelse av pleiehjem for sinnslidende i Finnmark. I prosessen ble flere alternativer vurdert, men havnet til slutt på NKS ved Jansnes i Talvik og Finnemisjonen ved Tanagård i Tana. De to pleiehjemmene, plassert i øst- og vest-fylket, skulle sammen representere et pleiehjemstilbud for 47 sinnslidende ved inngangen til 1960. I prosessen med å bygge og ferdigstille pleiehjemmene, var det kun pleiehjemmet ved Jansnes som mottok statsstøtte i byggeprosessen. Dette skyldtes sentralmyndighetenes politikk med sikte på at hvert fylke fikk statsstøtte til ett pleiehjem hver. I Finnmark valgte en derfor å «satse» på det dyreste pleiehjemmet som også hadde størst kapasitet.

Sentralmyndighetenes kursendring, i retning pleiehjems-behandling av sinnssyke, må sees i lys av to faktum. Først; regjeringens ambisiøse mål om å etablere 1600 nye anstaltsplasser for sinnssyke i før utgangen av 1957, samt et langsiktig mål om 30 anstaltsplasser per 10.000. For å oppnå dette målet måtte regjeringen, med press fra sosialkomiteens opposisjon på Stortinget, tenke nytt, og resultatet ble en rekke nye pleiehjem som vokste frem i løpet av 1950-tallet.

Den andre årsaken for pleiehjemmenes fremvekst må sees i lys av tuberkulosen fall. Tuberkulosen hadde siden 1900-tallets inntred krevd mange liv og mottatt store statsfinansierte bevilgninger. I løpet av, og etter krigen, var det i Finnmark den smittsomme sykdommen i størst grad gjorde seg gjeldende. Et resultat ble en satsning der flere behandlingshjem for tuberkuløse pasienter ble opprettet. Da sykdommen, som et resultat av prioritert satsning, utover 1950-tallet avtok, så fylkesmyndighetene sitt snitt til å benytte de vakante anstaltene til et etterlenget tilbud for sinnssyke i fylket. Pleiehjemmene i Talvik og Tana fungerer som eksempler på hvordan sinnssykevesenet var tuberkulosens arvtager, i den form av at sinnssykevesenets overtok gamle tuberkuloseanstalter i Finnmark. I et nasjonalt perspektiv hadde 1950-tallet representert den

samme strømmingen for andre fylker. Midt fylket tuberkulosehjem i Troms og Luster Sanatorium i Sogn og Fjordane blir benyttet som eksempler på dette.

6.3 Forholdene i Finnmark i lys av de nasjonale forholdene for sinnssyke

Frem til 1961, da de første pasientene ble tatt imot ved Åsgård psykiatriske sykehus, sto Finnmark, sammen med Troms og Sogn og Fjordane, som de eneste fylkene uten eget nær-asyl. Frem til dette punktet hadde sinnslidende i Finnmark benyttet seg av privatpleien, både innenfor og utenfor fylket, sammen med andre improviserte alternativer. Blant de improviserte alternativene var blant annet et hyppig bruk av fengsler i mangel på annen kriseberedskap, og dette var også tilfelle i en rekke andre fylker i landet. Til felles med Troms og Finnmark hadde resten av landet at fengselsbruken til dels dreide seg om mangelen på asylplasser. Uavhengig av hvor den sinnslidende var fra eller befant seg representerte tidsperioden mellom 1920 – 1960 en alvorlig mangel på senger ved landet asyl. I den grad en kan nyansere forskjeller mellom landets to nordligste fylker og resten av landet, måtte fengsler, sammen med isolater, benyttes i mangel på transport. En gjennomgående trekk ved fylkeslegens helseberetninger var en manglende mulighet til å transportere alvorlig sinnssyke til nærmeste behandlingsanstalt. Et resultat av dette ble enkelte, i mangel på asylplass og transport, ble sittende over et år i fengsel og isolat i Finnmark.

Ved slutten av 1950-tallet fikk Finnmark to egne pleiehjem. Hjemmene, driftet av fylket ved hjelp av Norske kvinners sanitetsforening og Norsk Finnemisjon, sørget for å gi fylket etterlengtede anstalter til bruk for sinnssykevesenet. Bilde speilet også forhold utenfor fylket, da fylker som Troms og Sogn og Fjordane også fikk sine første anstalter for sinnslidende i samme tidsrom. Tuberkulosen resulterte i at anstalter ble stående vakante, og distrikter uten eget asyl fikk som en følge se fremveksten av egne institusjoner.

6.4 Kontinuitet før og etter krigen i det institusjonelle sinnssykevesenet?

Det institusjonelle sinnssykevesenet, som Finnmark fylke nær sagt egenhendig bygget opp før krigen, ble ikke forsøkt videreført i gjenreisningen etter krigen. Da krigen kom til Finnmark, i april 1940, hadde fylket sitt eget pleiehjem med sengeplasser for ca. 100 pasienter. Da pleiehjemmet åpnet, i 1930, var det tiltenkt en kapasitet på 56 pasienter, men i løpet av det første driftsåret økte antallet til 60. Da bestyreren ved HPH, som også var legedistriktets fungerende distriktslege, søkte om nye privatforpleiere i nærhet til pleiehjemmet, resulterte oppfordringen til en fremvekst av forpleiningssamfunn i nærliggende områder. I tilknytning HPHs geografiske nærhet, i kombinasjon med en avtale som gjorde det mulig å «returnere» utfordrende sinnssyke, vokste en rekke forpleiersamfunn seg frem. Dette resulterte i at distriktslegen i samråd med fylkeslegen kunne selektere seg frem til de mest skikkede forpleierne.

Innenfor HPHs vegger vokste også et fagmiljø seg fram. Pleiehjemmet, som innledningsvis hadde rekruttert sine sykepleiere sørfra, kvalifiserte etter hvert sine egne pleiere gjennom praksisplasser for studenter. De siste årene før pleiehjemmet ble rekvirert, vedtok Stortinget nye bevilgninger i retning av utvidelser ved pleiehjemmet – både i form av kapasitet og tilbud. Selv om studien ikke har lyktes med å bekrefte eller avkrefte hvorvidt tiltakene ble iverksatt, peker de politiske avgjørelsene i retning av hvilken institusjon HPH var for sinnssykevesenet i Finnmark, og ikke minst i hvilken institusjon myndighetene i Vadsø og i Oslo ved jevne mellomrom forsøkte å skape i Finnmark. HPH var for og ble et pleiehjem, men ble av enkelte fagpersoner sør i landet omtalt som et asyl.

Da pleiehjemmet ble rekvirert i 1942, huset pleiehjemmet sinnslidende fra landsdelens tre fylker, og en praksis der Rønvik og HPH bytte pasienter seg imellom forekom til stadighet. Den institusjonaliserte driften i og rundt HPH bidrar til å forklare hvorfor Stortinget i 1937 valgte å gå inn for en større utvidelse av Rønvik til fordel for å løfte opp igjen planene om et nytt statsasyl i Troms.

Etter krigen bestemte sentralmyndighetene seg for å ikke reise et nytt pleiehjem i Finnmark. Som et resultat av beslutningen ble en rekke offentlige forpleide, i privatpleie og ved asyler, igjen sørpå etter krigen. De sinnslidende var fordelt over en rekke ulike asyler og privatforpleiere i ulike fylker. Fra og med 1952 ga fylkeslegen uttrykk for hvordan enkelte sinnslidende ønsket å returnere fylket. Med studiens materiale lagt til grunn er det sannsynlig at de sinnslidende ikke ble returnert som et resultat av manglende anstalter å støtte seg opp til.

I 1957, 1960 og 1961 fikk Finnmark sine etterlengtede anstalter, tilknyttet sinnssykevesenet, ved Tanagård, Jansnes og Åsgård. Ved Jansnes gikk bestyrer og distriktslege tidlig løs på oppgaven å rekruttere forpleiere i nærområdet, men studiens avgrensning og kildemateriale har gjort det utfordrende å finne svaret på hvorvidt en lyktes med oppgaven. Ut fra kildene som har vært tilgjengelig i denne studien ser det ut til at Finnmark, frem til 1961, klarte å reetablere sitt institusjonaliserte sinnssykevesen i fylket. Følgene av dette har ikke latt seg vise da etableringen av pleiehjemmene i Finnmark inntraff ved studies avgrensede periode.

6.5 Fra HPH til Jansnes

Utviklingen av sinnssykevesenet i Finnmark kan illustreres ved følgende pasientfortelling:

I prosessen med overflytting av pasienter til pleiehjemmet på Jansnes, var det pleiehjemmets bestyrer og distriktslege i Talvik som fikk oppgaven med å fylle pleiehjemmets sengeplasser. Personen som etter all sannsynlighet bidro med flest sinnslidende til pleiehjemmet, var privat- og koloniforpleier Idar Jacobsen. Jacobsen holdt til ved Kongsgård på Kviby, i Alta kommune, og hadde et flertall sinnslidende i sin forpleining. Da distriktslegen i Talvik kontakten Jacobsen viste han uvilje til «gi fra seg» sine forpleide.

En av de personene var en mann fra Hammerfest, i født 1913. Mannen hadde i en femårsperiode på 1930-tallet jobbet ved Hammerfest pleiehjem, og før krigen kom var mannen gift og hadde stiftet familie. Etter krigen ble mannen erklært sinnssyk, og etter et opphold ved Vest-Finnmark politikammer, ble han i 1949 sendt til Rønvik. Ved dette statsasylet var mannen innlagt frem til han ble forflyttet til privatforpleining i 1953, hos Idar Jacobsen i Kviby, Kongsgård. Her gjorde mannen en god jobb og bidro til daglig stell i Jacobsens gårdsdrift. I 1960, som end el av de første sinnslidende som flyttet inn ved Jansnes, var Hammerfestingen en del av pasientgruppen. På Jansnes fant mannen seg til rette gjennom gårds- og hagearbeid, tømte søppel og stifte bekjentskap med både forpleide og forpleiere. I distriktslegens journaler beskrives mannen som «direktøren på huset». ⁴⁴⁷ (Fortsettelse neste side)

⁴⁴⁷ Pasientfortelling. Person født: 1913 død 1979. Privatarkiv pasientjournal.

I 1979 døde mannen ved Hammerfest sykehus.

Historien er først og fremst en reise gjennom sinnssykevesenet i Finnmark. For oppgavene er skildringen et eksempel på hvordan en sinnssykevesenet ikke var i stand til å ta hand om mannen, og hvorfor han derfor måtte tilbringe tid ved Vest-Finnmark politikammer og Rønvik sykehus.

I henhold til en institusjonaliserende utvikling i etterkrigstiden viser mannen hvordan han, gjennom sitt lange liv, gjorde seg avhengig av tilbudet han hadde rundt seg, men også hvordan sinnssykevesenet gjorde seg avhengig av han. Da mannen ble søkt overflyttet til Jansnes ville hans privatpleier ikke gi slipp på han, da han medførte at arbeid på gården ble gjennomført. Videre på Jansnes viste mannen seg som en eksemplarisk pasient, noe som kommer fram distriktslegens beskrivelser. Da mannen døde i 1979 ved Hammerfest sykehus, hadde han vært en pasient ved Jansnes siden dørene ved pleiehjemmet åpnet.

Arkivmateriale

Sosialdepartementet. Stortingsproposisjoner, sosialdepartementet, budsjettkapittel 475-479 tilknyttet sinnssykevesenet. 1920-1940 og 1945-1961.

Stortinget. Budsjettinnstillinger, Sosialkomiteen, budsjettkapittel 475-479 tilknyttet sinnssykevesenet. 1920-1940 og 1945-1961.

———. Stortingstidende, Stortinget, referat fra Stortinget. 1920-1940 og 1945-1961.

Statsarkivet i Tromsø. Finnmark fylkestings forhandlinger, Finnmark fylkeskommune, vedtak fra fylkestinget. 1951-1961.

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 47. 1951

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 24. 1952

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 11. 1953

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 32. 1954

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 60. 1955

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 48. 1956

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 52. 1957

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 42. 1958

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 34. 1959

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 32. 1960

———. Beretning om helsestellet i Finnmark, Fylkeslegen i Finnmark, Finnmark fylkestings forhandlinger, sak 30. 1961

———. Korrespondanse og saksdokumenter, Fylkesmannen i Finnmark, Korrespondanse og saksdokumenter. 1958

Litteraturliste

- Bergset, Tone. "Tuberkulose og krigstid" *Tidsskriftet Norske legeforening* (2018): 1-3.
- Bottolfsen, Øystein. *Finnmark fylkeskommunes historie 1840-1990*. Vadsø: Finnmark fylkeskommune, 1990.
- Dancke, Trond M.E. *Opp av ruinene: Gjennreisningen av Finnmark 1945-1960*. Oslo: Gyldendals, 1986.
- Fause, Åshild. "'Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa" : sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891-1940" Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø, 2007.
- . "Framveksten av psykiske helsetjenester i Nord med et blick på sykepleiens utvikling og bidrag" *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 9, 1 (2013): 105-123.
- . "Sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891 – 1940" *Tidsskriftet Norske legeforening* 128 (2008): 2860-2863.
- . "Der maa ha været mange «gale» i Finnmark den gang: Pleiehjemmet for sinnssyke i Hammerfest" *Ottar* 284 (2011): 3-9.
- . "The fate of the mentally ill during the Second World War (1940–1945) in Troms and Finnmark, Norway" *Nordlit* 37 (2015): 1-29.
- Finne, Øyvind. *Krigen som aldri sluttet - Krigstraumer i et livstidsperspektiv*. Karasjok: Davvi Girji, 2005.
- Hage, Ingebjørg. "Helseinstitusjoner i Nord-Norge - arkitektur og struktur" *Bebyggelsehistorisk tidskrift* 59 (2010): 9-27.
- Gilje, Nils. *Hermeneutikk som metode: Ein historisk introduksjon*. Oslo: Samlaget, 2019.
- Hagestad, Kristian. "Historia om fylkeslegen – ei soge i fem akter". *Michael Journal* 4 (2007): 111-115.
- Elstad, Ingunn. "Sjukehusa i Nord-Noreg". *Ottar* 284 (2011): 35-42.
- Elstad, Ingunn & Hamran, Torunn. *Sykdom - Nord-Norge før 1940*. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
- Kringlen, Einar. "Norsk psykiatri fra «tinglovene» til i dag". *Michael Journal* 14 (2017): 19-24.
- Melve, Leidulf & Ryymin, Temu, ed. *Historikernes arbeidsmåter*. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.

Psykisk helsevernloven. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 07. februar nr 62.*

Retterstøl, Nils. "Herman W. Major – ”far” til norsk psykiatri". *Tidsskriftet Norske legeforening* 120 (2000): 3562-3.

Rom for helse - Hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.

Ryymin, Teemu. "Forebygging av tuberkulose i Finnmark 1900 – 60" *Tidsskriftet Norske legeforening* 128 (2008): 2864-2867.

Ryymin, Teemu & Andresen, Astri. "Effecting Equality: Norwegian Health Policy in Finnmark, 1945–1970s" *Acta Borealia* 26 (2009): 96-114.

Schiøtz, Aina. "Omsorgens røtter – et historisk blick". *Tidsskrift for omsorgsforskning* 5 (2019): 1-16.

Seip, Anne Lise. *Sosisalhjelpestaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920.* Oslo: Gyldendals, 1984.

Zachariassen, Ketil. "Da staten kom til Nord-Troms: Økonomisk modernisering i fire Nord-Tromskommunar i eit innanfrå- og utanfrå-perspektiv, 1945 – 1970." (Hovedoppgave, Universitetet i Tromsø, 1998).