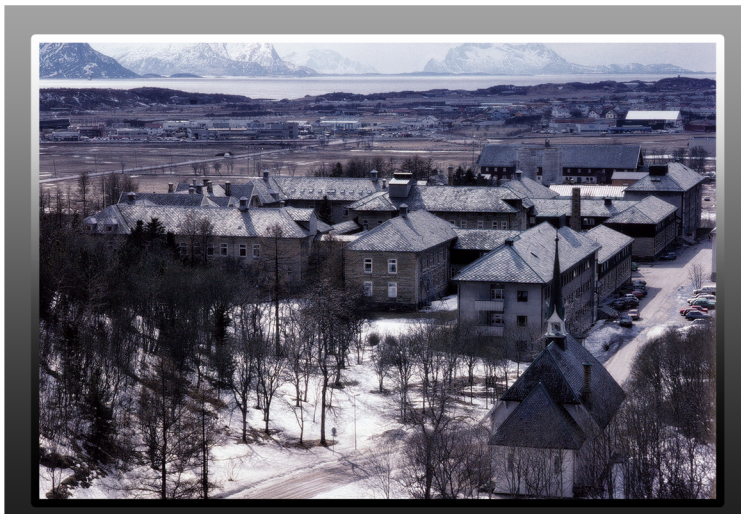


# **Den psykiatriske pasienten i nord**

## **Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i årene 1905 til 1935**



Kapittel 1. Innledning.....	2
1.1 Problemstilling .....	5
Kapittel 2. Valg av metode og innsamling av data.....	8
2.1. Valg av metode:.....	9
2.2 Innsamling og vurdering av data .....	10
2.3 Innsamling av data – protokollenes innhold.....	11
2.4 Protokollenes innhold – hva sier teksten? .....	12
2.5 Sinnssykeattesten.....	14
2.6 Nærmere om valg av variabler og hypoteser og noen problemer ved innsamling av data 15	
Kapittel 3. Sosial atferd og kontroll. ....	17
3.1 Biologi eller avviksteori .....	18
Kapittel 4. Utviklingen av sinnssykeomsorgen i Norge og Nord-Europa.....	22
4.1 Sinnssykdom i Storbritannia og i Sverige .....	22
4.2 Behandlingen av sinnssyke personer i Norge fra middelalderen og fram til vår tid 23	
4.3 Etableringen av en egen lov for sinnssyke .....	26
4.4 Om alkohol som årsak til sinnssykdom.....	28
4.5 Etableringen av et asyl i Nord-Norge.....	29
4.6 Asylenes virksomhet – nasjonal og fylkesvis statistikk.....	30
4.7 Om årsaker til sinnssykdom i våre dager .....	35
Kapittel 5 Befolkning og sosial segregasjon .....	38
5.1 Befolkningen i Norge og i Nord-Norge.....	38
5.2 Etnisitet.....	43
5.3 Fattigkassens betydning for innleggelsene.....	48
Kapittel 6 Rønvik - asylet i nord .....	51
6.1 Pasientenes kjønn, alder og sivilstand.....	52
6.2 Hvilket yrke hadde pasienten og hvilket yrke hadde foreldrene .....	59
6.3 Klasse .....	64
6.4 Etnisitet.....	68
6.5 Hvor rekrutterte Rønvik pasientene fra? .....	73
6.6 Diagnoser.....	77
Kapittel 7 Sinnssykdom i nord .....	82
7.1 Kjønn, alder og sivilstand:.....	84
7.2 Yrke og klasse: .....	85
7.3 Etnisitet:.....	87
7.4 Pasientenes hjemkommune – hvor kom de fra?.....	88
7.5 Diagnoser.....	89
7.6 Konklusjon .....	90

Vedlegg - oversikt side 93:	Tabelliste
	Litteraturliste
	Tillatelser, skjema innsamling av data
	Tabeller ikke vist i manus

Illustrasjon på første side: NPS bildesamling, bilde gjengitt med tillatelse fra sykehuset i november 2006. Bildet viser sykehuset på 70-tallet.

## **Kapittel 1. Innledning**

Denne oppgaven handler om de pasientene som var innlagt ved Rønvik asyl i årene 1905 til 1935. Asylet var sentralinstitusjon for psykiatriske pasienter i Nord-Norge fra 1902 til 1961. På Gaustad og Rotvoll asyl var det innlagt pasienter fra nord, men mange fikk avslag på grunn av plassmangel, og den lange ”frakten” til asylet bekymret legene (Fygle 2002). Det ble opprettet for særskilt å ivareta bøndernes og fiskernes psykiske helse, jamfør samme forfatter.

De aller fleste av mine første 18 år bodde jeg på området til denne institusjonen. I min oppvekst så jeg ofte bilder tatt av pasientene ved asylet. Bildet av ”lappen” gikk ofte igjen. I boka til Fygle er også ”lappen – med utpræget lav panne” presentert. I den nasjonale statistikken (NOS asylenes virksomhet) finner vi ikke data om etnisitet, og heller ikke i norsk institutt for sykehusforsknings rapporter. Jeg har forsøkt å registrere opplysninger om etnisitet i mitt datamateriale. Jeg ønsker også å vurdere om pasientene i nord hadde andre sosiodemografiske kjennetegn enn pasientene i resten av landet.

Knut Hamsun beskriver i sine bøker fra det forrige århundreskiftet dagliglivet i det nordnorske landskapet. I sine beretninger har han med seg ”Gilbert lap”, en lite synlig figur i historiene, men en person folk er redd for. Hamsun omtaler lappen Gilbert slik: ”Nu er lappen Gilbert der igjen. Han farer travlt frem og tilbake gjennom almæeningen som en vævskyt og legger totter og tråder efter sig i bygderne på begge sider av fjældet” (romanen Benoni, side 96).

Mye av den forskningen som er tilgjengelig, baserer seg på undersøkelser fra 60-tallet og fram til i dag. Dette gjør at sammenligningen mellom nåtid og fortid ikke er helt enkel.

Det er mulig at pasientene før krigen hadde andre kjennetegn. Det kan være at pasientene i nord skiller seg ut fra pasientene i sør. En mulig variabel kan være etnisk bakgrunn. En annen

kan være ulikheter i yrkestilhørighet og i bosettingsmønstre. Det kan også være at befolkningens sammensetning er annerledes.

I de fleste pasientpopulasjonene innlagt i asyl i Norge og i Vest-Europa i perioden 1800 til 1914 er det flest pasienter med lav klassebakgrunn (NOS sinnssykestatistikk, flere årganger). Mange av disse er eldre, ugifte og uten arbeid, og det er gjerne flere kvinner enn menn. Undersøkelser fra mange land etter siste verdenskrig stadfester dette (Giddens 1979, Melling and Forsythe 1999, Prior 1999, Lupton 1994).

Da asylene vokste fram var samfunnet preget av både behandlingsoptimisme, industrialisering og urbanisering (Bøe 1994). Tiden var preget av meningsbrytninger mellom naturvitenskap og samfunnsvitenskapelig teori. Psykiatriske lidelser, sinnssykdom, ble sett på både som arvelig og som utløst av menneskelige handlinger som i liten grad var akseptert, herunder misbruk av alkohol, 'latskap' og 'løsaktighet'. Det sosialdarwinistiske perspektiv var også representert i den norske samfunnslivet, og det utviklet seg i flere retninger, blant annet fikk man et til dels aktivt fagmiljø som støttet opp om rasehygien (Lorentz 1981). Hvor omfattende dette var, er vanskelig å si noe om idag, men blant andre Winge (1904) og Skalevåg (2003) har behandlet dette i sine bøker.

Denne oppgaven tar for seg et utvalg av de pasientene som ble innlagt for første gang på Rønvik asyl de første tiårene på 1900-tallet.

Materialet mitt tar utgangspunkt i innlagte pasienter, og kan si noe om prevalens for psykiatrisk sykdom ut i fra disse innleggelsene. Studier foretatt etter krigen om prevalens for psykiatrisk sykdom bygger på denne type pasientdata. Vi har ikke sikre opplysninger på hvor mange av de personene som var sinnssyke som ble innlagt i institusjon. Det generelle tallmaterialet bygger på folketellingene, og disse er ikke utført av medisinsk sakkyndig personale, jamfør Statistisk Sentralbyrås nettartikkel om registrering av "idioter" og "tullinger" (Bore 2006). Pasientene i privatpleien er ikke særskilt vurdert i min oppgave.

Det er vanskelig å vurdere om prevalensen av de ulike diagnosene er den samme for de pasientene som ble behandlet i psykiatrisk sykehus før 2. verdenskrig som etter krigen.

Diagnoseinndelingen var annerledes enn inndelingen er i dag, det samme gjelder klassifiseringen under den enkelte diagnose. Det har også vært store samfunnsmessige endringer, blant annet har næringsveiene endret seg i dette hundreåret. Disse endringene kan ha påvirket framveksten av antall sinnssyke personer i befolkningen og ført til endringer i prevalens sett i forhold til sosiodemografiske bakgrunnsdata.

I oppgaven vil jeg i tillegg til å få en oversikt over innleggelsene, også vurdere om det finnes spor og forklaringer i tekstene i innleggelsesprotokollene og journalene som kan belyse innleggelsene i asyltet. Innleggelsene kan være rent medisinsk begrunnet, eller de kan for eksempel være ansett som et tegn på manglende sosialisering eller sosiale avvik. En annen måte å forklare dette på kan være den sosiale og økonomiske dimensjonen, hvordan for eksempel den yrkespassive delen av arbeidsstokken beskrives.

Det er benyttet enkel, kvantitativ metode til datainnsamlingen. Sammen med de kvantitative data (eget materiale og nasjonal statistikk) benyttes nasjonal og internasjonal forskning som kildemateriale.

Norske og internasjonale forfattere har skrevet mye om sinnssyke menneskers levevilkår både i og utenfor institusjoner, helt tilbake fra tidlig middelalder og fram til i dag. Med ulik anvendelse av teori beskrives overgangen fra føydale institusjoner preget av straff til moderne institusjoner med et sterkere terapeutisk preg.

Parsons (ifølge Zeuner 1998) skriver om de forventninger samfunnet har til den enkelte og de sanksjoner som iverksettes når enkeltmennesker ikke opptrer i henhold til den etablerte norm. Habermas (ifølge Zeuner 1998) viser hvordan den felles kulturen utgjør et kunnskapsforråd for samfunnets medlemmer og dermed fører til sosial integrasjon. Det individuelle livet står i harmoni med de kollektive livsformene. Forstyrrelser i dette kan føre til sinnssykdom. Kommunikasjonen mellom medlemmene i samfunnet er viktig.

Giddens (ifølge Zeuner 1998) skriver om systemintegrasjon som er betinget av sosial integrasjon, og viser hvordan den sosiale praksisen er viktig for integrasjonen. De som er sinnssyke agerer kanskje ikke riktig i forhold til de konvensjonene som preger hverdagslivets møte. Konvensjonene samfunnet var bygget opp rundt for hundre år siden var både like og

ulike de konvensjoner som preger dagens hverdagsmøter. I dag vil vi neppe identifisere selvbesmittelse eller opposisjon mot husets frue som årsak til sinnssykdom, noe som ikke var uvanlig for hundre år siden.

I boka “Central Problems in Social Theory” skrevet av Giddens (1979) ser forfatteren blant annet på hvordan språk kan være en dominant faktor innenfor reproduksjon og sosialisering av samfunnets normsett. I det norske samfunnet ble det norske språket brukt som en slik dominans (Bjørklund 1978). Dette kan ha virket forstyrrende på sosialiseringen av enkeltmedlemmer i samfunnet.

## 1.1 Problemstilling

Min problemstilling er følgende:

Historien om de sinnssyke viser oss en gruppe sterkt stigmatiserte mennesker. Hvilke sosiodemografiske kjennetegn hadde pasientene innlagt i asyl i nord? Skilte pasientene innlagt i årene før krigen fra pasienter som innlegges i dag, og skilte de seg fra pasienter innlagt i andre deler av landet? Er det mulig å si noe om at samfunnsendringer påvirker sinnssykeraten?

I mitt eget materiale forsøker jeg å samle inn opplysninger om hver enkelt pasient sin bakgrunn etter følgende inndeling:

1. Kjønn, alder og sivilstand:

Ble det lagt det inn flere kvinner enn menn, og virket alder og sivilstand inn på innleggelsesmønsteret? Var pasientene gjennomgående eldre mennesker?

Hvordan fordelte pasientene på sivilstand?

2. Yrke, klasse og familiebakgrunn

Kan vi finne at en særskilt type klassebakgrunn dominerte blant pasientene, eller var fordelingen lite systematisk?

Hadde pasientene en særskilt yrkesbakgrunn, og slo næringsmønsteret i nord inn?

3. Etnisk bakgrunn

Finner vi en overhyppighet av pasienter med særskilt etnisk bakgrunn blant pasientene, og finner vi spor av datidens rasehygiene i innleggelsesmønsteret?

#### 4. Kommunitilhørighet

Kan vi ha noen forventninger om kommunitilhørighet?

Finner vi spor av en urbaniseringseffekt i materialet, eller finner vi at pasientene overveiende kom fra spredtbygde strøk?

#### 5. Diagnose

Finner vi noen systematisk fordeling på diagnoser, og er det en sammenheng mellom diagnoser, kjønn og klasse eller andre variabler?

Hvordan kan vi vurdere datidens diagnoser i et samfunnsmessig perspektiv?

Flere forfattere benytter ulike modeller som kan belyse og forklare hvem som blir innlagt i psykiatriske sykehus. Jeg har hentet inspirasjon fra mange forfattere, deriblant Bøe (1994), Skålevåg (2003), Parsons, Giddens og Goffman (i Zeuner 1998). Forfatteren Sjøstrøm (1992) har brukt en svært omfattende modell for å forklare sinnssykdom i sin analyse. Modellrekkene kan utvides, men jeg har i denne oppgaven prøvd å gjøre en grovinndeling.

Modellene kan kort skisseres slik:

- a) medisinsk forklaring › behandlingsoptimisme
- b) sosial og økonomisk forklaring › arbeidskraft
- c) sosiologisk forklaring › sosial avvik/kontroll

Følger vi den første modellen a), vil vi finne at forklaringen på at pasientene legges inn er at de er svært syke og må/kan behandles i et sinnssykehus. Bøe (1994) beskriver opprettelsen av alle asylene blant annet ut fra et slikt syn. Dersom det er denne modellen som har størst gjennomslagskraft, kunne vi finne et pasientmateriale som har de samme kjennetegn som pasienter har hundre år senere, og som sier oss noe om objektive data for prevalens.

Det kan være både medisinske og samfunnsmessige årsakssammenhenger.

Følger vi den andre modellen b), kan vi se etter forklaringer på innleggelser som henger mer sammen med disse pasientenes manglende evne til å stå i arbeidsstyrken og til å klare seg

selv. De kommer da på ”forsorgen” på et eller annet tidspunkt, eller fattigkassen – som var datidens trygdekontor eller sosialkontor. Denne modellen kan både forklare pasientens manglende evne til å klare seg selv og samfunnets behov for å ”plassere” de syke og dermed spare det offentlige for store utgifter, jamfør Blomberg (2002) og Sjøstrøm (1992).

Følger vi den tredje modellen c), vil vi kanskje finne som forklaring at mange av pasientene, i tillegg til å være sterkt stigmatiserte som sinnssyke, også har flere egenskaper som gir dem en sosial rolle som kan betraktes som avvik. Særskilt etnisk bakgrunn kan være en av dem, jamfør Goffman (1972) og Lupton (1994).

Deborah Lupton har i sin bok ”Medicine as Culture” (1994) sett på de noen ulike tilnærminger til medisinen som kultur. Hun beskriver det funksjonalistiske perspektivet slik: samfunnet er bygget opp rundt konsensus om normer, roller og atferd. Sinnssykdom mener hun kan betraktes som avvikende atferd fra disse felles normsett. Parsons skriver, ifølge henne, at disse pasientene er avhengige av andre, positive normbærere. Lupton mener, i likhet med flere andre forfattere, at Parsons kan ha oversett at pasient og doktor ikke alltid har sammenfallende interesser.

Hun beskriver videre politisk-økonomisk teori slik: her vektlegges syke pasienters tilgang til og deltakelse i produksjonsapparatet. Lupton skriver at man innenfor denne teorien, i likhet med funksjonalisme, ser sykdom som en ”moralsk øvelse” som kan brukes til å definere hva som er ”normalt” (ibid).

Hennes beskrivelse av sosial konstruksjon er slik: disse teoriene ser på hvordan samfunnet produserer og reproduserer hverdagskunnskap – og hvordan de medisinske institusjonene opprettholder sosial kontroll i samfunnet (ibid).

Den medisinske forklaringsmodellen bygger på oppsettet i avhandlingen Skålevåg(2003), som er nærmere beskrevet i kapittel 4.

De tre modellene vil neppe utelukke hverandre gjensidig, vi vil sannsynligvis kunne forklare funn ut fra alle perspektivene. Jeg vil komme tilbake til disse modellene i kapittel 7.



## **Kapittel 2. Valg av metode og innsamling av data**

I Norge har det vært samlet inn omfattende statistisk materiale helt tilbake til de første folketellingene på slutten av 1700-tallet, og her er blant annet befolkningen gjennomgående registrert. Folketellingene gir også opplysning om psykiatrisk sykdom, da registrert pr husstand og på kommunenivå. Statistisk sentralbyrå har fra slutten av 1800-tallet gitt ut egne publikasjoner med basis i beretninger innsendt av direktørene ved alle asyl i Norge. Disse skriftene kan benyttes til å vurdere prevalens for psykiatrisk sykdom.

Norsk institutt for sykehusforskning (Øgar med flere 1984, Hagen 1987) har publisert undersøkelser som viser hvilke sosiale bakgrunnsdata vi finner hos innlagte pasienter fra 70-tallet og framover. Disse undersøkelsene sier noe om kjønn, alder og andre variabler hos pasientene. På bakgrunn av disse opplysningene har man vurdert prevalens for sykdom på samme måte som man vurderer dette ved andre sykdommer som kreft og hjertekarsykdom. Disse undersøkelsene er nærmere beskrevet i kapittel 4.

I Nord-Norge har befolkningen både yrkesmessig og ved etnisk opprinnelse hatt en annen sammensetning enn befolkningen i de øvrige landsdelene. Dette er dokumentert i folketellingene, men beskrives også i skjønnlitterære verker og i beretninger ført i pennen av de offentlige tjenestemenn som befant seg i nord, både leger, prester og lærere med flere.

Landsdelen preges av til dels dårlige levekår, jamfør medisinalberetningene (Forsdahl 1991). Folk bor dårlig, kostholdet er dårlig, arbeid er ofte sesongbetont, og helsetilstanden er derfor til dels dårlig.

Aina Schiøtz skriver i boka "Doktoren" (2003) om distriktslegenes møte med blant annet de nordnorske lokalsamfunnene. Legen var sørfra, og kom til reisende til en landsdel med en noe annen kultur og til dels også andre språk enn det norske. Det kan tenkes at en ikke ubetydelig kulturkonflikt fant sted på slutten av 1800-tallet og på begynnelsen av det neste århundret. Legen vil være normbæreren som presenterer de forventede normene overfor sine pasienter i

de små lokalsamfunnene. ”Skitne og late samer” (jamfør distriktslegenes beskrivelse av sjøsamene i medisinalberetningene) tilfredsstillende for eksempel ikke disse normene. Av de ulike medisinalberetningene kan vi lese hvordan doktoren har oppfattet sine bygdebarn (Forsdahl, flere utgivelser). Disse legene hadde, sammen med fattiglegene og amtslegene, også tilsynet med de sinnssyke i sine distrikt, jfr sinnssykeloven av 1913. Legedekningen var svært dårlig i hele landet. År 1900 var det 155 distriktsleger i landet, i 1923 var de 367 (Schjøtz 2003).

## **2.1. Valg av metode:**

Ved å studere de psykiatriske pasientene innlagt i asyl for 100 til 60 år siden håper jeg å kunne si noe om ”hvem” pasientene var. Dette ved å studere sosiodemografiske bakgrunnsdata. Det finnes ulike måter å gjøre dette på. En kan for eksempel bruke nasjonal statistikk alene. En kan analysere teksten i innleggelsesprotokollene ved sykehuset eller direktørens årsberetninger. En kan også intervju ansatte, pasienter eller pårørende. Og en kan hente ut konkrete, kvantitative data fra ulike dokumenter (for eksempel protokoller og journaler ved sykehuset). Valg av kvalitative eller kvantitative data gir nødvendigvis ikke et ulikt resultat når en ønsker å studere sosiale strukturer generelt eller om en ønsker å studere sykerollen spesielt. Jeg vil prøve å legge vekt på et makroperspektiv i denne oppgaven, og jeg vil prøve å si noe om de generelle leveforholdene i nord i tillegg til å studere de psykiatriske pasientene som en særskilt gruppe.

I denne oppgaven vil jeg prøve å ”se” pasientene fra et sosiologisk perspektiv, ikke bare fra et rent medisinsk og sosialt perspektiv.

Det statistiske materialet er bearbeidet og analysert på en enkel måte. Det er ikke foretatt signifikanstesting fordi materialet er lite og fordi det ikke finnes direkte sammenlignbart materiale å teste dette mot. Tallmaterialet fra folketellingene er heftet med større usikkerhet, og det gjelder særlig registreringen av kommune, sinnssykdom og etnisk bakgrunn. Testing mot nyere tids materiale er ikke mulig av flere årsaker, herunder må en ta hensyn til samfunnsendringene og at diagnosesetting er annerledes i dag enn før.

## 2.2 Innsamling og vurdering av data

Materialet tar utgangspunkt i en gjennomgang av innleggelsesprotokollene/ de medisinske journalene ved Rønvik asyl i årene 1905, 1909, 1915, 1920, 1925 og 1933. Årgangene er trukket ut for å unngå de første oppstartsårene (fra 1902) og for å unngå krigsutbruddet (1940). Opprinnelig var det foreslått færre årganger, men det viste seg at noen av protokollene manglet (1935 var forsvunnet fra arkivet), og at det var svært få nyinnlagte pasienter i flere av årgangene. Etter en diskusjon med veileder ble materialet utvidet. Se neste side. Opprinnelig var det satt opp 4 årganger med 10 års intervall. Ingen nålevende pasienter er inkludert i materialet. Navnene på de yngste pasientene i 1933-årgangen ble plukket ut fra sykehusets register og oversendt folkeregisteret, og de har sjekket at disse ikke er i live. Dette er gjort etter anbefaling fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Temaet for oppgaven, og det materialet jeg ønsket å studere er av historisk karakter og svært sensitivt. Det er mulig å benytte både kvalitativ og kvantitativ metode på et slikt tema. De fleste pasientene som er med i materialet er ikke lenger i live, derfor falt intervju eller spørreskjema naturlig ut av mulige måter å samle inn data på. Det falt også ut fordi eventuelle gjenlevende pasienter ville være 90 år eller eldre, og en kan forvente at både innsamlingen av opplysninger og en positiv samtykkeerklæring ville være vanskelig å få. Det ville være en omfattende prosess å intervju levende slektninger, blant annet fordi en ikke praktiserte bruk av fødselsnummer før i tiden og det ville være en omfattende og kostbar sak å finne slektningene til disse pasientene. Det er ikke sikkert at slektningene ville ha oversikt over for eksempel yrke eller etnisk bakgrunn hos eldre slektninger, og det kan derfor hende at datamaterialet ville gi et større frafall enn det materialet jeg senere vil presentere. Sjansen for at de ikke ønsket å gi opplysninger om slektninger med denne type lidelser må man også ta med i vurderingen. Dette ble diskutert med overlege Sørgaard ved sykehuset før datainnsamlingen startet.

De to valgene som da gjensto var enten en kvalitativ analyse av journaltekstene eller en kvantitativ analyse av opplysninger i journalene. Opplysningene som er samlet inn til bruk i denne oppgaven omfatter rene demografiske data og data om sykdommen, sammen med en enkel vurdering av teksten i protokollene, dette for å se etter opplysninger som kan belyse hvorfor pasientene legges inn. Opplysninger som belyser hvorfor pasienter blir lagt inn er

ikke koplet mot enkeltpasienter eller årganger, og heller ikke registrert på kommuner eller fylker. Dette er gjort av personvernansyn.

I tillegg til det innsamlede materialet som er hentet fra innleggelsesprotokollene har jeg benyttet demografiske data hentet direkte fra folketellingene for Nord-Norge og fra Statistisk sentralbyrås publikasjoner. Data fra sinnssykeasylenes virksomhet og fra fattigkassens virksomhet er også hentet fra Statistisk sentralbyrå. Synet på sinnssykdom i ulike tidsperioder er beskrevet av mange forfattere, noe som framkommer i kapitlene 3 og 4.

### **2.3 Innsamling av data – protokollenes innhold**

Innsamlingen av data foregikk gjennom lesning av tekst og fakta i innleggelsesprotokollene i noen utvalgte årganger. I denne perioden, som er på 30 år, ser det ut til å være i hovedsak to doktorer som har skrevet i protokollene. Før 1915 er teksten noe kortfattet, etter 1915 er den mer utfyllende. Skriften er tildels vanskelig å tyde. Det er samlet inn data fra 623 innlagte pasienter, samtlige pasienter i materialet er pasienter som er innlagt for første gang i sykehuset. Valget av førstegangsinleggelse er gjort for å unngå at en enkelt pasient registreres flere ganger. Alternativet ville være å registrere alle pasientene i en enkelt årgang. Materialet ville da bli nokså lite idet det kunne være innlagt ca 250 pasienter i året. Valg av årgang ville antakelig også by på problemer sett ut i fra hva som kan være et representativt snitt av pasientene.

Jeg hadde et eget registreringsskjema som var laget på forhånd. Valg av variabler og verdier til bruk i innhenting av eget materiale er hentet fra Statistisk Sentralbyrå, både nåværende og historisk statistikk. Opplysningene fra innleggelsesprotokoller og pasientjournaler ble krysset av i eget skjema, ett for hver pasient. Hvert ark har det antall variabler og verdier som skal samles inn. Skjema inneholder ingen personidentifiserbare opplysninger (Skjema er vedlagt).

Data ble senere overført til statistisk programvare. Her er hver pasient gitt et eget nummer fra 1 til 623. Det samme nummer finnes på papirvarianten. I sykehusets arkiv har alle pasientene fått egne løpenumre. Løpenumrene ble gitt hver pasient som var nyinnlagt ved ankomst, og dette følger pasienten gjennom hele ”karrieren”. For svært mange av disse pasientene kan dette dreie seg om gjentatte innleggelse og/eller langvarige opphold i sykehuset.

Data er kontrollert mot journalene til hver enkelt pasient for å kunne etterse at opplysningene er riktige. Det finnes to innleggelsesprotokoller for hvert år, en for menn og en for kvinner. Protokollene har innledningsvis en oversikt over alle pasientene som er behandlet der. Etter dette er pasientene registrert på det året de første gang var innlagt i sykehuset. I protokollen for 1905 finner man for eksempel årgangene 02,03,04 og 05.

Jeg har fått tillatelser fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Sosial- og Helsedepartementet, Nordlandssykehuset Bodø – avdeling psykiatri og Den Regionale Komiteen for forskningsetikk. Alle tillatelsene er vedlagt oppgaven unntatt den fra Bodø, den foreligger på en uformell email.

Tillatelse er gitt på bakgrunnen av en søknad hvor det blant annet heter følgende under formål:

Å undersøke og analysere særtrekk ved pasientgruppen innlagt ved Rønvik asyl (Nordland psykiatriske sykehus/Nordlandssykehuset) i perioden 1905 til 1935. Oppgaven skal gi en oversikt over datidens syn på og årsaksforklaringer på sinnssykdom og en oversikt over demografiske trekk ved den nordnorske befolkningen i samme tidsperiode. Den skal videre kort omtale psykiatrisk sykdom i dag gjennom funn publisert av norsk institutt for sykehusforskning. Hovedvekten legges imidlertid på analyse av populasjonene ved sykehuset i angitte tidsperiode.

## **2.4 Protokollenes innhold – hva sier teksten?**

Teksten i protokollene formidler den sykes sinnstilstand ved innleggelse, og beskriver i tillegg til dette forhold som man antar har hatt betydning for sykdommen. Det er lagt vekt på arv som årsak til sykdommen i de aller fleste tilfelle. Et eksempel på dette er at det er notert øverst i marginen at far og farfar har vært på Rotvoll. Protokollene er håndskrevne. De etterfølgende journalnotatene er ganske sparsommelige sammenlignet med innleggelsesprotokollen. Et journalnotat kan inneholde setningen ”pasienten var urolig i dag, men ble bedre etter flere varme bad”, og doktorens signatur.

Sykehusprotokoller som materiale for sosiologiske undersøkelser har vært benyttet tidligere. Harold Garfinkel skriver i sin bok "Studies in Ethnomethodology" (1984) om blant annet "good" organizational reasons for "bad" clinic records. Forfatteren spør om hvilke kriterier som skal til for å bli utvalgt som pasient ved en psykiatrisk klinikk, og da i 1956 i California. Garfinkel har sett på sosiale bakgrunnsdata. Han beskriver protokollskriverens produksjon, i dette tilfellet direktøren eller en av legenes skrivestil og fokus på hvilke opplysninger som tas med som "normal, natural troubles". I tillegg til dette beskriver Garfinkel hvordan personalet tolker opplysningene. Pasienten blir et "kasus" i klinikken.

Innleggelsesprotokollen vil være en kontrakt mellom pasient, lege og sykehus som skal gi en riktig beskrivelse av hvordan pasienten har det ved innkomsten og hva som er diagnosen, jamfør Garfinkel. Jeg tror at det er flere premissleverandører som er aktive ved innleggelsene. Det er legen som i sterk grad vil være premissleverandøren for denne kontrakten. En annen sterk premissleverandør er den doktoren som utsteder sinnssykeattest til pasienten. Attest var nødvendig både for å få det offentliges understøttelse og for å kunne få plass i institusjon (Høyer og Dalgard 2002). Denne beskrives nærmere i kapittel 2.5. En tredje kan være pasientenes nærmeste slektninger, som har gitt legen opplysninger om forhold som den gang utløste sinnssykdom. Blant de mange forhold som ble betraktet som utløsende for sinnssykdom var dårlig moral, dårlig egenhygiene, latskap og opposisjon til øvrigheta (Lorentz 1981, Skålevåg 2003, med flere).

En annen form for kontrakt er i følge Garfinkel (1984) retten til å definere hva som er normale relasjoner i et samfunn. I innleggelsesprotokollene kommer det tydelig fram hvordan mange av de innlagte pasientene bryter med forventede normer i det samfunnet de kommer fra.

I innleggelsesprotokollene fra Rønvik sykehus beskrives ofte kvinnene som lat og umoralsk, skitne, religiøse, rotete og erotiske. Menn er derimot godslige og rolige eller urolige. Pasientens mor kan være nervøs og tullete, far er rar og drikkfeldig.

Fra 1915 inneholder protokollene en større beskrivelse av oppvekst og familieforhold. I de fleste tilfelle er det beskrevet sinnssykdom hos foreldre og besteforeldre. Beskrivelsen av pasientens tilstand ved ankomst er utførlig. Som utløsende faktor for sykdommen er det ofte

anført alkoholbruk, syfilis, lav moral, Amerikareise og andre årsaker. Doktoren har notert pasientens hang til religiøse grublerier, sedelighet, drikkfeldighet, hvorvidt pasienten røyker.

Flere forfattere, deriblant Jan Bjarne Bøe (1994) skriver at den naturvitenskapelige årsaksforklaringen erstattet de mer moralske forklaringsvariantene ved århundreskiftet. Når man leser innleggelsesprotokollene fra Rønvik er det lite som tyder på at et slikt skifte har hatt betydning for legene ved dette sykehuset. Selv om arv er nevnt som sykdomsårsak, finner man en nokså grundig beskrivelse av pasientens livsstil i selve teksten. Miljøfaktorene omhandler også pasientens nærmeste familie. Etnisk bakgrunn er imidlertid ikke problematisert i disse dokumentene.

## 2.5 Sinnssykeattesten

Pasientene ble innlagt ved tvang, det var ikke anledning til frivillig innleggelse på den tiden. Det var ofte familien som ønsket innleggelse, gjerne far eller ektemann. Det kan være pasienten selv eller pasientens familie som har gitt doktoren de opplysningene som er innskrevet i innleggelsesprotokollene.

Kari Ludvigsen har i rapporten "Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920" (1998) beskrevet mange sider ved de norske asylene. Hun har gjennomgått innleggelsesbestemmelsene nøye. Det var bare beviselige sinnssyke som kunne legges inn i asyl, og man måtte ha attest fra lege for å kunne bli innlagt. Det viser seg at asyldirektøren til tider allikevel la inn pasienter uten attest, ifølge Ludvigsen.

Fattigvesenet hadde en sterk posisjon i dette systemet, og kunne være en trussel mot legenes faglige autonomi. Fattigvesenet hadde, i likhet med legene, rett til å skrive inn pasientene, og det hadde i tillegg den makt det ligger i det å være den instansen som betalte for oppholdet. Departementet tolket i 1865 lovverket slik at det ga fattigvesenet tutelmyndighet over de sinnssyke og ga dette rett til å bestemme hvor de syke skulle anbringes (ibid).

De fleste sinnssyke ble, ifølge Ludvigsen (ibid), forpleiet som andre fattige. Ved etableringen av asylene ble disse "verdige trengende" overført til asylene. De var "uforskyldt"

uproduktive, og fikk derfor en sykdomsdefinisjon. Samfunnet var avhengig av at folket var produktivt og kunne stå i arbeidsstokken.

## **2.6 Nærmere om valg av variabler og hypoteser og noen problemer ved innsamling av data**

Variablene er plukket ut fra Statistisk Sentralbyrås sosiodemografiske inndelinger. Variabelen yrke og hjemkommune er satt opp med de verdier som benyttes av statistisk sentralbyrå. Når det gjelder variabelen yrke kan denne settes opp på større detaljnivå enn jeg har valgt her. Pasientene er ikke fordelt på fylke fordi en ved fylkesregistrering har en mulighet for å identifisere de samiske pasientene.

I noen tilfeller har det vært noe vanskelig å tyde diagnosene, i enkelte tilfelle har doktoren kun skrevet en liten bokstav i margen som henviser til for eksempel ”m” for manisk eller melankolsk. Jeg sjekket senere opp diagnosene mot journalene til den enkelte pasient. Journaldata kan være ganske sparsommelige, derfor kunne det være vanskelig å plassere pasienten helt korrekt. Datidens diagnoser kan ikke overføres direkte til dagens diagnosesystem.

Folketellingene har svært mange data presentert i sine utgivelser. Variablene yrke og klasse har den svakhet at ingen av dem har noen verdi som passer for registrering av ”fiskerbonden”, heller ikke fiskerbondens kone (som selv om hun var hjemmeværende, utførte mye arbeid på gården og i fiskemottaket).

Kommunevariabelen viste seg å gi flere utfordringer. Registreringen er foretatt etter å ha sjekket Statistisk Sentralbyrås inndeling. Leser vi i folketellingene, er imidlertid kommunetype registrert på flere måter. Bygd/by eller by/land er en variant, kjøpstad/ladested/herred/by en annen, tettbygd/spredtbygd/by en tredje. Når jeg i kapittel 5 presenterer noen data om befolkningen i nord slik de foreligger i folketellingene, er det lett å bli forvirret. Det er særlig data på antall personer som bor i by som ser lite logisk ut sett med nåtidens blikk.



Dessverre er deler av det statistiske materialet forandret i perioden 1900 til 1935, slik at sammenligningsgrunnlaget til dels har vært vanskelig. Det gjelder særlig registreringen av yrke i folketellingene, som ble svært detaljert etter 1920.

Høyere utdanning ble ikke tatt med på grunn av at det var svært lav frekvens i Nord-Norge i denne tidsperioden (Statistisk Sentralbyrås folketellinger 1900-1935). Tilhørighet til ulike religiøse samfunn kunne ha vært interessant å ta med forutsatt at dette er registrert, men vi finner ingen nærmere beskrivelse om tilhørighet til de ulike religiøse samfunn i innleggelsesprotokollene.

### **Kapittel 3. Sosial atferd og kontroll.**

Mange forfattere har beskrevet forholdet mellom enkeltmenneskets atferd og samfunnets behov for kontroll. Både ved å se på utviklingen av sinnssykdom i et historisk perspektiv og ut i fra dagens sykdomsbilder, har flere sosiologer og andre forfattere vurdert forholdet mellom enkeltmennesket og samfunnsstrukturene.

Michel Foucault redegjør blant annet i boka ”Madness and Civilization” (Foucault 1965) for hvordan samfunnet har sett på og behandlet galskap i flere europeiske land. Fra renessansens tid ble det opprettet flere sykehus i Frankrike, Tyskland og England. Disse ble opprettet for somatisk sykdom, men tok også inn sinnssyke personer. De sinnssyke ble oppfattet som farlige. De skulle korrigere sin moralske atferd i institusjonen. Det var praksis allerede i tidlig middelalder å sette bort de syke i anstalter. Den gang var mange av pasientene boltet fast i cellene (ibid).

Foucault viser i sin bok hvordan samfunnet i de europeiske landene, som på mange måter utviklet seg mot et rasjonelt og moderne samfunn, behandlet galskap etter middelalderiske metoder. Det var de irrasjonale aspektene ved disse lidelsene som var framtrepende. Dersom menneskene utviklet for sterke pasjoner førte det for eksempel til at de ble sinnssyke. Dårlig moral ga grunnlag for det samme. Da asylene ble opprettet ute i Europa på begynnelsen av 1800-tallet, var arbeidsterapi sentral behandling av pasientene (Bøe 1994).

Årsakene til sinnslidelser har vært diskutert helt siden oldtiden. I boka ”Virkninger av strukturendringer i psykiatriske sykehus” beskriver Eivind Ose (1976) i innledningen den historiske bakgrunn for synet på sinnssykdom. De eldre greske filosofene mente at sjelen kunne forlate legemet midlertidig. En frisk sjel ble slik byttet mot en sjel av ond natur. Hippokrates bestred denne teorien idet biologisk sykdom ble oppfattet som årsaken. I middelalderen kom sjelebyttingsteorien igjen til å bli den rådende oppfatning av årsaken til ”galskap”. Ved overgangen til det 18. århundre var man imidlertid kommet til et kompromiss mellom biologi og sjelelige fenomener, idet sinnssykdom kunne forklares enten som djevelbesettelse eller galskap, jamfør samme forfatter (ibid).

### 3.1 Biologi eller avviksteori

Fra midten av 1800-tallet betraktes også arvelige forhold å være en sentral årsak til sinnslidelser. Lidelsene kunne være ”sykdom”, det vil si psykosier eller melankoli, men de kunne også være ”dårlige gener/manglende evner” slik som ”ungdomssløvsinn” og ”åndssvakhet”. Etter 1870 vendes også oppmerksomheten i særlig grad mot trekk ved den samiske befolkningen og andre folkeslag som oppfattes som avvikende i forhold til normalbefolkningen, deriblant sigøynere og tatere. Disse ble oppfattet som umoralske, late, skitne og alkoholisererte. Disse ble beskrevet som ”mindre vel utrustet baade legemlig og sjelelig” i pasientjournalene ved de psykiatriske sykehusene. (Fygle 2002).

I 1897 utkom Freud og Breuers bok ”Studien uber Hysterie”. Denne introduserte psykoanalysen som et redskap også for behandlingen av sinnssyke. Andre behandlingsmetoder ble også utviklet i årene fra 1900 til 1940, slik som malariatapi, sovekurer, insulinkoma behandling og elektrosjokkterapi. Den vanligste behandlingsformen for de innlagte pasientene i de psykiatriske sykehusene var varme bad, jamfør Ose.

Somatiske sykdommer kunne også føre til sinnssykdom i henhold til eldre tiders oppfatning, dette gjaldt i særlig grad veneriske sykdommer. Spanskesyken ble også oppfattet å kunne føre til psykiske lidelser. Ellers ble religiøs fanatisme viet stor oppmerksomhet (Ose 1976).

I sosiologien snakker vi ofte om at menneskelig atferd institusjonaliseres, og Peter L. Berger og Thomas Luckmann bok ”Den samfunnskapte virkelighet” (1966) om hvordan den menneskelige atferd institusjonaliseres er et viktig bidrag til denne måten å se menneskelig atferd på. Berger og Luckmann tar utgangspunkt i samfunnet og ser på hvilke mekanismer som kan utløse vellykket respektiv mislykket sosialisering. Mislykket sosialisering kan være et resultat av signifikante andres formidling av ulike verdener under primærsosialiseringen eller av oppfatningen av den subjektive virkeligheten. Mislykket sosialisering betraktes ofte som et opphav til sinnssykdom. Et annerledes syn på menneskelig atferd er å se den som mer løsrevet fra samfunnet, slik det gjøres i den sosialbehavioristiske teorien til Skinner. Her legges vekten på det enkelte menneskets atferd, ikke den samfunnskapte bevisstheten (i Ritzer 1975).

Joachim Israel og Sonja Calais (Israel og Calais 1967) skriver i sin bok ”medisinsk sosiologi” at man kan slå fast at avvikende atferd forutsetter at det finnes normer for normal atferd og at de avvikende individer overtrer normene. Samfunnets syn på sykdom kan være at sykdom er en form for sosialt avvik. Sinnslidelser har i tillegg vært betraktet som en form for sykdom som er uakseptabel sosialt sett, og som man ikke omtaler i dagliglivet. Sykdom kan også være en sosial rolle, noe som medfører endringer i atferden hos medlemmene i gruppen dette individet tilhører.

I Vilhelm Auberts bok ”Sosiologi” (Aubert 1964) beskrives blant annet det psykiatriske sykehus funksjoner som todelte. Disse sykehusene har både sosial kontroll og sosialisering som oppgaver. Institusjonene ble bygget som totale samfunn som hadde en fullstendig infrastruktur innenfor sine vegger. Pasientene og samfunnet utenfor ble slik skjermet mot hverandre.

Thomas Mathiesen har i en publisert forelesning fra 1959, ”samfunnsklasse og sinnssykdom” sett på den sinnssykes sosiale rolle i samfunnet. Han tar utgangspunkt i Parsons institusjonaliserte normer. Den syke er fritatt fra vanlige rolleforpliktelser og må tas vare på av andre, og den syke betrakter sin tilstand som uønsket og er moralsk forpliktet til å søke hjelp. Mathiesen mener at disse generelle rollebeskrivelsene ikke passer for den sinnssyke. I USA ble det på 1950-tallet publisert flere undersøkelser av forholdet mellom samfunnsklasse og ulike diagnoser. Psykotiske pasienter i alle samfunnsklasser betraktes som fritatt for vanlige sosiale forpliktelser, mens de nevrotiske pasientene i de lavere klassene ikke blir fritatt. Psykotiske pasienter betrakter neppe sin tilstand som uønsket. Denne pasientgruppen ble helst plassert utenfor det ”normale” samfunnet. Når det gjelder den sykes forpliktelse til å søke kompetent hjelp, viser forskningen fra USA at det er en mulig forskjellig mellom pasientene fra høyere og lavere klasser innenfor nevrosegruppen (ibid).

Behandlingen av pasientene viser tilsvarende forskjeller. Psykoterapi som behandlingsform synes konsentrert om de høyere klassene. Psykiateren ble antatt å ha en sterkt ambivalent holdning overfor pasienter fra lavere samfunnslag. Pasientens holdning kan være tilsvarende ambivalent. Thomas Mathiesen mener at lagdelingsstrukturene griper direkte inn i den sinnssykes forhold til omgivelsene og hans muligheter for reintegrering i normal interaksjon.

Mathiesen har videre undersøkt hvordan sinnssykeraten er i forskjellige samfunnsklasser. Det vises igjen til undersøkelsene fra USA, hvor det framkommer at jo lavere samfunnsklassen er, jo høyere er raten av de forskjellige behandlede psykoser. Når det gjelder nevrosene er det en positiv sammenheng mellom posisjon i lagdelingssystemet og behandlede lidelser (ibid).

Mathiesen forklarer dette med at registreringen av psykoser kan være mer nøyaktig i lavere samfunnslag enn i høyere. Det kan også skyldes at behandlingen av nevrosene foregår på andre arenaer enn psykosebehandlingen og derfor ikke registreres tilsvarende.

Han peker videre på at personer fra de høyere samfunnsklassene kan ha lettere for å ”oppfylle” samfunnets sosiale og moralske krav enn personer fra de lavere lag, og at dette kan forklare variasjonene i påvist sinnssykdom. Samspillet mellom ”mål og krav” og ”midler og muligheter” kan utløse sykdom for de menneskene som mangler de rette mulighetene og midlene. Han skriver avslutningsvis at krysskulturell forskning kan kaste lys over dette idet personer som i vår kultur ville bli betraktet som sinnssyke fyller viktige og normale roller i primitive samfunn (ibid).

Clare Blackburn skriver i boka ”Poverty and Health” (1991) om stress, helse og helseatferd om sammenhengen mellom blant annet fattigdom og mental helse. Data er hentet fra Storbritannia og viser at lav inntekt – uavhengig av sosial klasse – øker sjansen for dårlig psykisk helse. Det samme gjelder for personer med ”annen kulturell oppførsel” enn den rådende kulturen i samfunnet. Med fattigdom følger gjerne dårlig sosial integrasjon (få sosiale bånd til andre). Denne tendensen er sterkere i arbeiderklassen enn i middelklassen. Blackburn oppsummerer at et liv fullt av stress (skaffe mat, arbeid osv) sannsynligvis er en mer framtrødende faktor blant fattige enn blant andre, og at det kan være dette som påvirker utvikling av sykdom (ibid).

Lupton skriver i boka ”Medicine as Culture” (1994) om hvordan medisinsk sosiologi og antropologi har tilnærmet seg hverandre. Antropologene bruker en kryss-kulturell tilnærming til helse. Særlig er etniske minoriteters helse undersøkt nærmere. Man er opptatt av tolkningen og oppfatningen av helse. Sykdom kan ses på som en form for kommunikasjon mellom etniske minoriteter og samfunnet for øvrig når dette opptrer i vestlige samfunn. Kommunikasjonen ”forstyrres” av ulike kulturer og språk. Det er viktig å se utviklingen av særlig de mer stigmatiserende sykdommene, som sinnssykdom, i et historisk perspektiv. Disse sykdommene skapte frykt og moralsk fordømmelse i samfunnet langt tilbake i tid.

Medisinsk kunnskap kan ses som et produkt av en kultur, men har ofte blitt sett på, ifølge Lupton, som en objektiv vitenskap helt frakoblet kulturen i et samfunn (ibid).

I boka "Regulating the poor" (Fox Piven/Clovard 1971) viser forfatterne hvordan arbeidsledighet medfører at samfunnets sosiale kontroll blir svakere. De arbeidsledige mister en del av sin viktigste rolletilknytning til samfunnet gjennom at arbeidet forsvinner. I tidligere tider ble almissesystemet brukt til å opprettholde kontroll. På 1700-tallet opprettet man arbeidshus for blant annet de fattige og arbeidsledige. De arbeidsledige ble ikke lenger tildelt almisse. Almissesystemet ble i Norge avløst av fattigkassa, jamfør kapittel 5.

## **Kapittel 4. Utviklingen av sinnssykeomsorgen i Norge og Nord-Europa**

### **4.1 Sinnssykdom i Storbritannia og i Sverige**

Storbritannia og Sverige er noe tilfeldig valgt ut, men er to av de nordeuropeiske landene som har lignende bosettings – og yrkesstruktur som Norge.

Den sosiale historien om galskap er beskrevet i boka ”Insanity, institutions and society” 1800-1914 (Melling og Forsythe, 1999). De ser historien om galskap i et komparativt perspektiv. Eksemplene er hentet fra de landlige asylene i England, Wales, Skottland, Irland og i koloniene.

Forfatterne er opptatt av hvordan særlig fattiglovgivningen har påvirket innleggelsespolitikken i asylene, og hvordan fattiglemmet ble behandlet i samfunnet. Det framkommer at samfunnet gjennom sin økonomiske politikk fremmer en sterk segregering av syke fattige. Da det kapitalistiske samfunnet og den sterke industrialiseringen vokste fram på 1800-tallet oppsto det et akutt behov for plassering av de syke fattiglemmene. Samfunnet hadde sterkt behov for arbeidskraft, og derfor var det få familiemedlemmer som kunne ta vare på sine syke slektninger. Samfunnsforholdene i disse landene er ulike, og derfor slår også segregeringen ulikt ut. I Skottland er bosettingen svært spredt, og her finner myndighetene ut at de i liten grad har de samme behov for de landlige asylene som man har i England, og de satser heller på privatpleien fordi dette antakelig er billigere i Skottland. Etter 1840 finner vi et markert skifte i dette synspunktet idet de engelske myndighetene ønsker å opprettholde kontrollen over de skotske innbyggerne gjennom institusjonsbyggingen. I Wales følges behandlingen i asylene opp med et fokus på pasientenes språk. I asylene snakkes det kun engelsk, mens pasientene snakker walisisk. I Irland har den katolske kirken en framtrødende plass i asylet.

Psykiatrien i Sverige ekspanderer betydelig i perioden 1880 til 1940 (Sjöström 1992). Sverige har dobbelt så mange innlagt i sykehusene som Norge i den samme perioden, og flest innlagte

av samtlige land han har sammenlignet med i Vest-Europa. I boka ”Kliniken tar över för dårskapen” skriver Sjöström om fremveksten av svensk psykiatri. Han vurderer framveksten av antall senger i hospitalene etter de samme hypotesene og årsaksforklaringer som flere norske forfattere, herunder medisinske, humanistiske og framvekst av profesjonene. Han er også opptatt av fattigdom, arbeidsudugelighet og industrialisering.

## **4.2 Behandlingen av sinnssyke personer i Norge fra middelalderen og fram til vår tid**

### Familiepleie, legd eller innesperring

Georg Høyer og Odd Steffen Dalgard (Høyer og Dalgard 2002) beskriver i sin bok ”Lærebok i rettspsykiatri” hvordan sinnssykdom har vært behandlet i Norge helt siden 800-tallet. Det var familien som hadde ansvaret for den sinnssyke. Sinnssyke ble som regel ikke straffet dersom de hadde begått ugjerninger. Innesperring av sinnssyke hadde lite omfang i Norge helt fram til etableringen av Gaustad sykehus i 1855. Ved århundreskiftet var det registrert 4 asyl i Norge, i tillegg til Gaustad var det et asyl i Bergen, et i Stavanger og et i Trondheim. ”Dollhusene” var under avvikling. Et dollhus eller en dårekiste var egne rom for de sinnssyke knyttet til et tukthus eller et hospital. Pasientene var lenket fast og ble oppbevart som i tukthus, og under elendige kår. Antall pasienter i privat forpleining økte i siste del av 1800-tallet, og mange av disse pasientene ble oppbevart i egne ”kolonier” (ibid).

I boka marmor og menneskeskjebner (Fygle 2002) finner vi mer om disse koloniene. Disse ble opprettet på privat initiativ, og ble opprettet av personer som for eksempel kunne huse 12-15 pasienter. Det offentlige betalte godt for disse pasientene. Asyldirektøren viste seg å være positivt innstilt til koloniene både fordi asylet ikke hadde plass nok til alle pasientene og fordi dette var en billigere måte å oppbevare dem på.

### Pasientenes alternativ til innesperring

I boka ”utdrag fra medisinalberetninger for Sulitjelma 1891-1990”, side 24 (Forsdahl 1993) finner vi en omtale av privatpleien i året 1911. Her heter det følgende; ”av sindssyge forpleies



i Skjerstad 34, derav 26 mænd, som Var bortsat fra Rønvik asyl paa gaarder i Misvær og Misværmarka, Forpleiningen er gjennemgaaende upaaklagelig; godtgjørelsen varierer mellem kr 240-360 pr aar; flere av forpleierne er meget flinke til at omgaaes de syke og stelle med dem; man hører heller aldrig, at disse blir irriteret eller fortrædiget fra utenforstaaendes side; kun et faatal av de syke kan sigesat være delvis arbeidsdygtige; de fleste er dypt sløve og urenlige. Rømming forekommer sjelden; i almindelighet kommer de snart til rette dels av sig selv og dels ved naboers hjelp”.

For øvrig omtaler beretningene befolkningens omgang med alkohol og dennes seksualmoral samt beskrivelser av tidens levesett og sykdommer. I beretningen fra Sulitjelma kan vi lese om fattigfolkets mat- og helsestell og om de sykdommer som hadde et epidemisk preg på denne tiden, særlig tuberkulosen.

#### Litt om levekårene i nord, særskilt om sinnssykdom

Beretningene fra Finnmark fylke (Forsdahl 1991) viser oss en landsdel hvor mange bor svært dårlig. Folk bor ofte i små husklynger, og husene er svært dårlige. Sjøsamene bor ofte i gammer. Det er ikke uvanlig at folk og husdyr deler husværet. Samene i indre Finnmark bor i egne hus, og har bedre levestandard enn samene i fjordstrøkene. De hygieniske forholdene er tilsvarende dårlige, ofte benyttes suppebollen til vask av mennesker og klær. Fisket er variabelt, og slår ofte feil. Distriktslegene gir en nokså levende skildring av menneskenes kår i nord. De synes folk ofte er late og drikkfeldige, og seksualmoralen er lav. Nervøsitet er utbredt, særlig blant tilflyttede kvinner, men også blant de innfødte. De oppgir ofte å ha blitt satt ”gan” på etter å ha blitt uenig med en fjellfinn (ibid).

I beretningen fra Kautokeino, 1910, heter det følgende: ”Kautokeinolapperne staar langt tilbake for sine brødre i Øst-finmarken. Paa hvert individ har degenerationen satt sitt præg. Drikkfældigheten kan ikke siges at være stor. Sindssykdomme er slegtsarv. Distriktslægen har endnu ikke truffet nogen familie, med mindre talrike tilfælde av sindssykdomme hører med. Mulig, at den storartete utvikling, skolevæsenet har vist i de siste aar, kan framkalde bedring. Omreisende lægpredikanter sørger for at forvirre lappernes hjerne. Det indtraf saaledes 2 tilfælde av sindssykdom i Korsfjord efter en emissærs virke”(Forsdahl, side 53).

#### Framveksten av asylene

Bøe (1994) beskriver hvordan sinnssykepleien på 1800-tallet var gjenstand for humanisering og vitenskapeliggjøring. Den moralske behandlingssideologien konsentrerte seg særlig om de fornuftsmessige og følelsesmessige årsakene til sykdom framfor organiske årsaker. Isolasjon hadde i seg selv en terapeutisk verdi, mente de. Et opphold på et asyl var ansett å ha helbredende effekt. Asylenes virke kan også ses på som en anstalt som ivaretar sosial kontroll, hvor samfunnet beskyttes mot ”ytringer av de sykes skadelige tilbøyeligheter og egenskaper” slik det ble beskrevet av doktor Dahl i 1859 (i Bøe 1994).

På slutten av 1800-tallet overtar den naturvitenskapelige organiske psykiatri, og arv antas å være den dominerende årsak til sykdom. Doktor Dahl (i Bøe 1994) gjennomførte en større analyse på Gaustad i 1859. Han kom fram til at arv, religiøs innflytelse, alkoholbruk og selvbesmittelse var hovedårsaker til sykdommen, men i tillegg utløste også ordinære ”begivenheter” i livsforløpet slik sykdom (graviditet, økonomiske bekymringer osv).

Bøe (1994) beskriver opprettingen av alle asylene i Norge på 1800-tallet ut fra tre hovedgrunner: datidens behandlingsoptimisme, tidens filantropiske og humanitære ideer samt industrialisering og urbanisering. Industrialisering og urbanisering ble oppfattet å fremme alkoholbruken og svekke familiestrukturen i samfunnet. Det ble hevdet at de store asylene også ble bygget for å kontrollere industrisamfunnets sosiale og moralske problemer.

Under opplysningstiden på slutten av 1700-tallet ble de gale sett på som fordømte dyr, men da de humanitære ideene vant fram, forandret også synet på gale mennesker seg. Faderlig omsorg og kristen nestekjærlighet kunne forandre disse forsømte ”barn”.

De behandlingsmetodene man tok en bruk på 1800-tallet var preget av fysisk og psykisk ”kur”, stort sett under tvang. Dette skulle frambringe ny tankegang hos pasienten. Bøe mener at det lå et sterkt sparemotiv bak behandlingsoptimismen – når pasienten var kurert sparte det offentlige utgifter (ibid).

### Kirkens rolle

Dr Paul Winge har i sin bok "Fattigvæsenets innstilling til sidsygepleien" (Winge 1904) beskrevet hvordan kirken i middelalderen utøvet sin barmhjertighetsgjerning. Pengegaver fra rikfolk bidro til at munkene kunne opprette "milde stiftelser", dvs hospitaler. Opprinnelig var det bygd hospitaler som skulle kurere spedalske. Da spedalskheten avtok på slutten av 1700-tallet fikk institusjonene en ny anvendelse. Veneriske sykdommer begynte å bre om seg, særlig "radesyge" eller "saltflod" (syfilis). Menighetene understøttet også fattige gjennom opprettingen av fattighus og barnehus, senere også arbeids- og tukthus. I disse institusjonene var tiggere, løsgjengere, gjenstridige tjenestefolk og løsaktige kvinnfolk innlagt.

I år 1750 fantes det ikke sykehus i Norge som kunne gi noen medisinsk behandling av sinnssyke personer. Det fantes heller ingen leger som var utdannet til å behandle galskap, jamfør Winge. De fleste pasientene som led av galskap ble forpleiet hjemme i egen familie. Mange ble anbrakt i lægdsystemet. Dette systemet ble etablert for å kunne gi fattige og syke et livsgrunnlag. De gikk da fra gård til gård og ba om almisser, mat og tak over hodet for natten. Ifølge Winge er det usikkert hvor mange sinnssyke det fantes i befolkningen. Det finnes sykestatistikk knyttet til folketellingene. De pasientene som ble innlagt i hospital finner vi i egne statistikker, og de var ofte anbrakt der under andre diagnoser enn "vanvittig" eller "afsindig". Det var ofte de fattige sinnssyke som fikk behandling for sin sykdom i hospitalene. Winge mener også at mange sinnssyke ble drept under heksebrenningene (ibid).

I siste halvdel av 17-tallet hadde hospitalene ervervet en betydelig formue. Interessen for forbedring av de sinnssykes vilkår våknet samtidig med bekjempelsen av "radesygen". Hospitalene ble gradvis bygget ut. Trondhjems hospital fikk i 1780 et lite tilbygg som kunne huse fem sinnssyke. Det kostet 26 riksdaler i året for innleggelse i disse institusjonene. Fattigvesenet betalte ofte for disse innleggelsene, og fikk derfor betydelig innflytelse på institusjonene. På begynnelsen av 1800-tallet ble flere av hospitalene overdratt til fattigvesenet. Winge mener at fattigvesenets utgifter til de sinnssyke har steget mye over årene og både vært ujevnt fordelt mellom kommunene og fattigdistriktene (Winge 1912).

### **4.3 Etableringen av en egen lov for sinnssyke**

Det systematiske arbeidet med oppbyggingen av sinnssykeomsorgen i Norge skriver seg fra 1848 da loven om sinnssykes behandling kom (Bøe 1994). Ved folketellingen i 1845 ble fellesbetegnelsen hadde de fremdeles beholdt ”sindsvag” som betegnelse, men inndelingen ble endret fra gale, vanvittige og avsidinge til rasende og fjanter (åndssvak eller medfødt sinnssyk). I sinnssykeloven brukes ordet sinnssyk uten nærmere forklaring. Lov om sinnssykes behandling og forpleining ble vedtatt i 1848. Man kunne ikke legge seg inn frivillig i et asyl, men fikk utstedt en offentlig sinnssykeattest. Når personen hadde fått attesten, kunne innleggelse på tvang foretas.

Ifølge denne loven vurderte asylets lege hvem som kunne legges inn på asyl idet pasienten måtte være påviselig sinnssyk (Høyer og Dalgard 2002). Det ble satt i gang et arbeid med revisjon av denne loven i 1913 uten at noen endringer ble vedtatt eller iverksatt. I 1925 ble det vedtatt at det offentlige hadde plikt til å utrede utgiftene ved sinnssykepleien. Utgiftene skulle fordeles mellom amt og kommune. I 1935 kom en ny lovendring som ga adgang til frivillig innleggelse i asyl.

Før denne loven ble vedtatt gjaldt behandlingen av sinnssyke som beskrevet i Magnus Lagabøters lov fra tidlig middelalder. Her framgikk det at det måtte være bevist at personen var sinnssyk før han eller hun kunne behandles som en gal person. I 1848 fantes det seks dollhus klar til å ta imot de syke; to i Oslo, ett i hver av byene Trondheim, Bergen, Stavanger og Kristiansand. Forholdene i dollhusene var som tidligere nevnt kritikkverdige, og det ble derfor bestemt at disse institusjonene skulle overtas av staten. Det ble da antatt at staten kunne tilse at disse pasientene fikk en vitenskapelig behandling og passende forpleining (ibid).

Da sinnssykeloven trådte i kraft, ble mange av institusjonene bygget om for bedre å ivareta behandlingen av pasientene. De fikk den utformingen som institusjonene også har i dag, og mange av dem ble bygget etter modell fra tyske asyl.

Svein Atle Skålevåg har i sin avhandling ”fra normalitetens historie – sinnssykdom 1870-1920” (Skålevåg 2003) beskrevet asylbygging og profesjonsbygging i Norge. Han påpeker innledningsvis at norsk lovgivning av 1848 ble til uten at det fantes noen medisinsk spesialitet på dette området i kongeriket. Det ble bygget tre store asyl i landet i perioden 1850 til 1880. Dollhusene ble ikke avvirket i denne perioden. Gaustad var hovedasylet i landet, og det var her sertifisering av de første legene som kunne behandle sinnssyke pasienter fant sted.

Disse legene ble ansatt som direktører ved de store asylene. Fra 1890 ble det bygget seks nye amtsasyl og tre private asyl.

Psykiatrisk behandling også var en del av politikken, og Skålevåg (2003) siterer innledningsvis Paul Winge, som sto sentralt i utviklingen av norsk psykiatri. Medisinen var først en sykesengmedisin, hvor behandlingen var den eneste oppgaven. Den ble så supplert med en hygienemedisin, hvor forebygging ble en ny oppgave samtidig som laboratoriet ble arena for medisinsk aktivitet. I den tredje etappen ble medisinen også samfunnsmedisin. Sykesengen og laboratoriet ble da supplert med rettsvesenet og det nettet av institusjoner som ble opprettet i grenselandet mellom fengselet og sykehuset. Behandling og forebygging ble supplert med samfunnsbeskyttelse; alkoholisme, lovovertrедelser, prostitusjon og fattigdom ble objekter for en ny medisin, representert ved psykiatrien.

#### **4.4 Om alkohol som årsak til sinnssykdom**

Alkoholrelatert sinnssykdom beskrives i flere lærebøker fra 1895 og fram til 1921. Mange leger var av den oppfatning at alkohol utløste sinnssykdom, men i tillegg til dette hensatte rusen drankeren i en sykelig tilstand. Dette er beskrevet i Leegards lærebok av 1895 (i Skålevåg). Ifølge Skålevåg bidro alkoholismen til å gjøre tilregnelighetsspørsmålet enda mer problematisk enn det allerede var i psykiatrien. Han oppsummerer slik: Det finnes minst tre medisinske modeller som viser oss en forbindelse mellom alkohol og sinnssykdom:

alkohol som årsaksagent for en organisk lidelse

alkohol som årsaksagent for en moralsk lidelse

alkoholinntak som symptom

I Skålevågs avhandling framkommer det også at seksualitet vies stor plass i psykiatrien. De medisinske lærebøkene fra 1890-tallet omtaler hvordan kjønnsdrift kan være nedsatt, abnorm eller pervers hos for eksempel åndssløve, paralytikere og homoseksuelle. Ved gjennomgangen av journalene finner Skålevåg at såkalt "selvbesmittelse" ofte framstilles som årsak til sinnssykdom hos innlagte i asylene. Skålevåg oppfatter det slik at psykiatrien gjennom den rettsmedisinske virksomheten støtte på seksualitet i form av seksualrelaterte forbrytere.

Dermed ble seksualiteten tematisert innen medisinen, og smittet over på den andre siden av rettsmedisin, nemlig den generelle psykologiske undersøkelsen. Seksualiteten ble dermed en viktig del av observandens psyke. På den måten bidro rettsmedisinen til seksualitetens medikalisering.

Skålevåg (2003) avslutter kapitlet om alkohol og seksualitet slik: Vi kunne ha forventet å finne spor av en rasehygienisk tankegang i den psykiatriske praksisens oppmerksomhet omkring seksualiteten. Var ikke legene redd for at uheldige arveanlegg skulle videreføres? Men noen slik bekymring er det ikke spor av. Han antar at samfunnsideologiske posisjoner ikke kan være hele forklaringen på rasehygiene og steriliseringspolitikk.

Avhandlingen til Skålevåg omtaler også arv som årsak til sinnssykdom. I noen få av de journalene han har funnet har pasienten fått diagnosen insania degenerativa. Dersom det er ”svekkelser” i slekta, forventes sinnssykdom hos pasienten. Disse ”svekkelsene” er både av biologisk og moralsk karakter (ibid).

#### **4.5 Etableringen av et asyl i Nord-Norge**

Rotvoll asyl i Trondheim tok imot pasienter fra de tre nordligste fylkene før Rønvik ble etablert i 1902. Rønvik ble bygget for 230 pasienter, og etter samme mønster som Rotvoll. Bygningen ble bygget etter inspirasjon fra tyske anstalter, som var kompakte og lukkede bygg. I sørfløyen holdt kvinnene til, i nord mennene. Hver fløy var delt i tre; en avdeling for rolige syke, en for urenlige og urolige syke og en for voldsomme og urenlige syke. Sykehuset inneholdt i tillegg en rekke fasiliteter som var beregnet på arbeidsterapi. Blant disse fantes eget gårdsbruk og gartneri, avdelinger for ulike huslige sysler som kjøkken, vaskeri, vevstue og annet. Sykehuset hadde alle nødvendige fasiliteter for å kunne drive som en selvstendig institusjon, til og med eget kraftverk. Arbeidsterapi var ansett som nødvendig behandling. Asylet var beregnet på ”den nordnorske fisker- og bondebefolkning” (Fygle 2002), og de fleste var i amtets forpleining, og ble da innlagt spesifikt for fattigkassens regning.

I tillegg til de innlagte pasientene i asylet var det også pasienter i privatpleie. De er ikke tatt med i dette materialet, og var heller ikke registrert som pasienter ved sykehuset.

Det ble innskrevet mellom 200 og 300 pasienter i året i de første 20 årene i sykehusets historie. Totalt skal det være ca 8.000 innleggelser i perioden fra 1902 til ca 1950 (Fygle 2002). I krigsårene var sykehuset ikke i drift, anlegget ble da overtatt av tyske tropper. Sykehuset har bevart de fleste medisinske journalene fra hele denne perioden.

Jeg visste i utgangspunktet lite om de pasientene som ble innlagt i dette sykehuset annet enn som enkeltindivider. Jeg hadde pasient som barnepike da jeg var liten, og vi hadde også pasienter som tok vare på hagen og hjalp til med andre sysler rundt huset. Noen av disse menneskeskjebnene er beskrevet i boka ”marmor og menneskeskjebner” utgitt ved institusjonens hundreårsjubileum (Fygle 2002). Boka gir også et godt innblikk i sykehusets historie og drift gjennom hundre år. I Norges offisielle statistikk for 1910 finner vi mye informasjon om virksomheten på Rønvik asyl, blant annet er personalet beskrevet (NOS V 158).

#### **4.6 Asylenes virksomhet – nasjonal og fylkesvis statistikk**

Statistisk Sentralbyrå har utgitt en serie publikasjoner hvor data fra alle landets asyler er presentert årlig sammen med noen utdrag av direktørenes beretninger. I amtsprotokollene for Nordland fylke finnes det også data for virksomheten ved asylet. Disse protokollene finner vi i biblioteket ved Universitetet i Tromsø. Protokollene er en svært detaljert årsberetning over virksomheten i amtet. I amtsprotokollene for Nordland fylke er det oppgitt fullt navn og hjemsted på alle pasienter som har fått forpleining av amtet, hvor forpleiningen er gitt (privat eller hvilket asyl), samt prisen. Prisen for pleie privat var kr 1,20 pr dag.

**Tabell 1****Pasienter i privatpleie og innlagt i sykehus fordelt på ulike år – Nordland amt (antall personer):**

	1902	1903	1911	1920	1930
Privatpleie	134	127	153	122	350
Rønvik asyl	75	72	106	132	164

Kilde: Amtsprotokollene for Nordland amt, ulike årganger, Bodø

Tabellen illustrerer innleggelsene i sykehuset sett i forhold til privatpleien, spesifikt for Nordland.

Norges offisielle statistikk har gitt ut egne hefter om sinnssykeasylenes virksomhet. I NOS V 158, årgang 1910, framkommer det følgende: Kjønnfordelingen blant pasientene var på nasjonal basis slik: det var ca 54 % mannlige pasienter, 46 % kvinnelige pasienter innlagt i asylene. Her har man sett på alle inneliggende, nyinnlagte, behandlede og ”utgåtte” under ett. Flertallet av pasientene var mellom 20 og 50 år, og 60 % var ugifte. Stand og stilling var slik: 27,6 % tilhørte bondestanden, 20,7 % arbeiderstanden, 12,7 % tjenerstanden, 12 % håndverkerstanden, 8,8 % sjømannstanden og 5,6 % handelsstanden.

Rønvik asyl hadde i året 1910 (eksempel) til sammen 230 plasser. Det var innlagt til sammen 403 pasienter i sykehuset dette året. Av disse ble 31 helbredet, 32 bedret og 34 døde (de aller fleste av tuberkulose). Av tilbakeliggende pasienter året før var 269 fattige, kun 5 var private – fordelingen mellom disse pasientene kan fortelle oss at de aller fleste ble betalt for av fattigkassen, de 5 privatpasientene ble betalt for av familien. (Kilde: NOS 1910)

Av nyinnlagte pasienter i 1910 er 49 ugifte, 34 gift, 8 i enkestand og 1 fraskilt (NOS 1910). Årsak til sinnssykdom er for flertallet oppgitt som arv i denne statistikken. De innlagte pasientene er i hovedsak yrkespassive. De yrkesaktive fordeler seg i to hovedgrupper – arbeidere og fiskere. Mennene settes til gårdsarbeide på asylet, kvinnene til ”kvindelig haandarbeide”. 59 pasienter fikk anmerkning for uro og vold, 20 for slett oppførsel.



Beretningen/statistikken fra 1917 viser den samme trenden når det gjelder pasientenes antall, sykdomsårsaker, klassetilhørighet med videre. Det framkommer at overbelegget på Rønvik er på 27 %, og at ”årsaken hertil skyldes ikke større krav paa nyoptagelser, men tiltagende vanskelighet med at evakuere asyllet for kroniske pasienter hvis tilstand ikke gjør fortsatt asylbehandling paakrævet” (NOS sinnssykestatistikk, side 15).

Det er svært mange fiskere innlagt, her skiller asyllet i Nord-Norge seg ut fra de fleste andre asylene i Norge. Eg asyl i Stavanger er det eneste av de øvrige som har mange fiskere registrert blant sine pasienter.

Fra beretningen i 1913 kan vi lese at overbelægget ved Rønvik vesentlig har fundet sted på mandsiden. Direktøren skriver ”for øvrig kan jeg ikke si, at overbelægget har virket særlig generende”. I 1912 skriver Widerøe om de pasientene som var utsatt i privatpleien. Siden det er plassmangel i asyllet mente direktøren at privatpleien må videreføres. Familiepleien er jo også den billigste, skrev direktøren. Om innleggelse og utskrivinger skrev han følgende; ”henvender asyllet sig til hjembygden for at faa en syk hjemhendet, har visst enhver asylllege erfaring for, at han støter på stadige indvendinger og utsættelser. Det er ogsaa saa, at i et utsættelsesdistrikt, hvor befolkningen har faat øvelse i at omgaas med de syke, vil man uten vanskelighet faa forpleiet pasienter, som man i hjemmene eller på et tilfældig forpleiningssted i hjembygden ikke ser sig raad til at beholde. Med den mer tilbaketruckne stilling, fattigvesenet herefter faar ved asyllinnlæggelse, maa man vel ogsaa være forberedt paa endnu mindre bistand fra den kan t med anbringelse i forpleining. Politiet paa landet vil ikke være skikket til at overta nogen virksom rolle her, og den private verge vil ofte staa aldeles raadløs”(side 15, NOS sinnssykestatistikk).

Fra dr. Sollied's innberetning er det kun tatt med et lite utdrag. Han omtaler de mange tuberkuløse pasientene. I tillegg kan vi lese om en ”75 aar gammel pike fra Karasjok” som har hepatitt. Hun hadde i en lang aarrække været forpleiet i et fjøs i hjembygden” Hun ble innlagt som pasient ganske tidlig i århundret (NOS sinnssykestatistikk 1913, side 25).

Beretningen fra 1917 viser den samme tendensen når det gjelder pasientenes antall, sykdomsårsaker, klassetilhørighet med videre. Det framkommer at overbelegget er på 27 % og at årsaken skyldes tiltakende vanskeligheter med å evakuere asyllet for kroniske pasienter.

Når vi ser på beretningene for årene 1912, 13 og 14 er pasientgrunnlaget det samme. Pasientene ved Rønvik asyl skiller seg ut fra de fleste asylene i landet på noen få områder. Det ser ut til at det registreres færre diagnoser her enn ved andre asyl. Av de pasientene som dør under oppholdet, har flertallet tuberkulose.

Som vi vil se av tallmaterialet presentert i kapittel 5 er utviklingen i antall sinnssyke og åndssvake noe forskjellig både mellom bygd og by og mellom fylkene i nord. Finnmark har en økning av antall sinnssyke i perioden fra 1900 til 1920, Troms har en økning i bygdene men ikke i byene, og Nordland har samme utviklingen som Troms. Antall åndssvake fordeler seg mer jevnt over årene og fylkene.

Det ser ikke ut til at det er en sammenheng mellom sykestatistikken i folketellingene og tallene som framkommer i medisinske publikasjoner. Det er derfor noe usikkert hvorvidt tallene er korrekte. Dette kan skyldes at det på den ene siden er bygdefolket som er tellekorpset under folketellingene og teller de sinnssyke, på den andre siden er det en lege på asyl som setter en diagnose.

### Om bruk av diagnoser

Diagnosene er en klassifisering av ulike sykdomsbilder. Til dels i motsetning til klassifisering av somatisk sykdom, klassifiseres ikke psykiatrisk sykdom som ren biologi, men som en blanding av naturvitenskapelige og sosialvitenskapelige forhold. Diagnosene har utviklet seg og endret seg fra 1800-tallet og fram til i dag.

Skålevåg (2003) har også sett på journalene ved enkelte av disse institusjonene i denne tidsperioden, men da begrenset til diagnosene mania og melancholia. Journalene inneholder en beskrivelse av pasientens sykdomsforløp både før og etter innleggelsen. Den må leses sammen med innleggelsesprotokollene, hvor opplysninger om pasientens sivile status framkommer sammen med opplysninger om familie mv. I innleggelsesprotokollene beskrives livshistorien til den som skal innlegges; oppvekstvilkår, sinnssykdom i slekten og pasientens allmenntilstand.

**Tabell 2:****De innlagte pasientene ved dette asylet ble diagnostisert slik i 1910 (antall personer):**

	Menn	kvinner
Melancholia	26	36
Mania	16	13
Amentia	15	12
Dementia	123	87
Paranoia	14	10
Insania periodica	2	11
Epileptica	6	1
Hysterica		6
Hypochondria	2	
Degenerative	5	2
Neurasthenica		
Alcoholismus	2	
Paralysis generalis	1	2
Vitia organica cerebri	4	5
Idiotia	1	

Kilde: NOS V 158 sinnssykeasylenes virksomhet 1910

Denne organiseringen av diagnosene stammer opprinnelig fra de greske filosofenes tid. Doktor Paul Winge har i skriftet ”om fortidens psykologiske og psykiatriske forestillinger og begreber” fra 1912 sett på bruk av diagnoser i en språklig sammenheng. Insania er en fellesbetegnelse for den store gruppen sykdommer som kaltes ”sjælesygdomme”, ordet ble brukt av de romerske stoikerne. Amentia betyr furor, ifølge Winge. Furor har imidlertid to former, melankoli og mani. Mange av begrepene bygger på den opprinnelige sjelebyttingslæren og senere de greske medisineres teori om de fire elementene. De fleste variantene av sinnssykdom ble ansett å kunne utvikle seg fra en form til en annen. Winge påpeker avslutningsvis at en fra det 19. århundre har flere uklare og uriktige definisjoner. Naturligvis var det særlig ”distinktionen mellem vanvittighed og afsindighed som ikke kunde fastholdes” (ibid).

Diagnosen demenita ble gitt til mange pasienter, og må ikke forveksles med dagens bruk av diagnosen demens. Dementia var den gamle betegnelsen på schizofreni, sløvsinn eller ungdomssløvsinn (Fygle 2002). Dementia var delt i to undergrupper. Den ene var hebefreni som blir beskrevet som følelssvingninger, flyktige vrangforestillinger, hallusinasjoner (forekom særlig blant unge mellom 18 og 20). Den andre var katatoni som refererer til stive bevegelser, underlige stillinger, eiendommelige seremonier og kroppslig uro. Den innebar også vrangforestillinger og mistenksomhet. Disse beskrivelsene ble nedtegnet av doktor Heinrich ved Rønvik sykehus (i Fygle 2002).

#### **4.7 Om årsaker til sinnssykdom i våre dager**

Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) har i flere år samlet inn data om pasienter i psykiatriske sykehus på oppdrag fra helsedirektoratet og fra sosialdepartementet. Forfatterne Hagen, Øgar, Kolstad og Kindseth har sett på prevalens over tid, og blant annet sett på sosiodemografiske kjennetegn ved disse pasientpopulasjonene (1984). Hagen har i en egen publikasjon (1987) også vurdert denne type funn over tid. I disse rapportene ses det særlig på utviklingen etter krigen, data er samlet inn fra 1979 og framover.

Det er publisert undersøkelser fra 1945 og framover som belyser prevalens for psykiatriske sykdommer i ulike befolkningslag. Norsk institutt for sykehusforskning har blant annet publisert jevnlig rapporter fra midten av 70-tallet som omfatter kjønn, alder, sivilstatus, yrke/klassebakgrunn med videre. Konklusjonene i rapportene synes å være entydige og i tråd med nasjonale og internasjonale funn.

Forfatterne finner blant annet følgende:

Det er flere eldre mennesker (over 60 år) blant pasienter i sykehusene, og de har betydelig høyere prevalens av sinnssykdom enn yngre mennesker. Ugifte har høyere prevalens enn gifte mennesker, og gifte kvinner har høyere prevalens enn gifte menn, men dette varierer med diagnosene. Personer med arbeiderklassebakgrunn utgjør et flertall blant innlagte pasienter, og arbeidsledige, ufaglærte og hjemmевærende utgjør tilsvarende et flertall. Et flertall av pasientene ser ut til å komme fra bykommuner/ kommuner som har sentral tjenesteyting som en hovednæringsvei (ibid).

Kjønnsfordelingen er gjennomgående jevn for hele populasjonen, og aldersfordelingen er slik at flertallet av pasientene er over 50 år, og hele 53 prosent over 60 år. Av de eldste pasientene er det en overvekt av kvinner. Vi finner at 61 % av pasientene er ugifte. De bemerker at ”det er kjent fra epidemiologiske undersøkelser i befolkningen og i tidligere pasientundersøkelser at personer med psykiatriske lidelser ofte er dårlig integrert i lokalmiljøet og i nære familieforhold”(ibid).

Forfatterne ser nærmere på ”hva som er kunnskapsstatus når det gjelder det kausale forholdet mellom sosial forankring i en primærgruppe/nærmiljø og mental helse”.

I ”sunne” sosiale grupper eller samfunn vil tilknytningsforholdet mellom individet og kollektivet være preget av en gjensidig avhengighet mellom individ og kollektiv. Sosial forankring innebærer for individet en kombinasjon av frihet og autoritetsutøvelse fra samfunnet. Individer som mangler tilhørighet innen familien eller sosialt i samfunnet vil kunne være disponert for sykdom. Det legges vekt på at de store endringene i det norske samfunnet etter krigen, med økt urbanisering, sosial og geografisk mobilitet som påvirker de sosiale relasjonene mellom menneskene (ibid).

Når det kjønnsforskjeller, viser både flere norske og internasjonale undersøkelser at flere kvinner behandles for lettere plager, mens flere menn behandles for tyngre plager. Forfatterne skriver at dette kan skyldes kjønnes ulike roller idet menn kan oppleve større sosiale vansker enn kvinner ved samme nivå av mentale forstyrrelser. De mener også at menn enn kvinner i større grad vil bli tatt vare på av sine ektefeller og derfor venter med å ta kontakt med helsevesenet (ibid).

Når det gjelder alder, viser det seg også her at et flertall av pasientene er i gruppen 50-70 år, og at prevalensen øker kraftig med alderen. Forfatteren sier at det er vanskelig å si noe om årsakssammenheng knyttet til alder.

Prevalens knyttet opp mot sivilstatus gir ulikt utslag etter diagnosene, men totalt sett er den høyest for skilte og lavest for gifte. Ugifte kommer i en mellomstilling. Forfatterne diskuterer om ekteskapet har beskyttende effekt eller om det utgjør en seleksjonsprosess. Ved nærmere studier av prevalensen har han kommet til at blant gifte er det relativt høyere prevalens blant kvinner enn blant menn, mens det er omvendt for gifte og skilte menn.

Det er i rapporten fra 1987 også sett på sosial bakgrunn og sykkelighet. Internasjonale undersøkelser fra 50-tallet viser at fattige og sosialt underpriviligerte er overrepresenterte i de psykiatriske institusjonene. I denne undersøkelsen viser det seg at det forskjell på sosial status hos pasientene i schizofrenigruppen og i nevrosegruppen. I førstnevnte finner vi de lavere klassene, i sistnevnte mellomsjiktet.

Prevalens pr fylke viser enkelte fylker på Vest- og Sørvestlandet samt Vestfold og Buskerud har høyest prevalens fulgt av øvrige fylker i Sør-Norge og Finnmark. Troms, Nordland og Trøndelag har lavere prevalens.

Forholdene i Finnmark fylke er særskilt beskrevet. Her framheves blant annet høy arbeidsledighet, høy andel sosialklienter, høyt kvinneunderskudd og høy skilsmisserate. Fylket er preget av etniske konflikter. Finnmark er også preget av høy mobilitet, noe som kan føre til ustabile sosiale miljøer. Forfatterne mener at folk i Finnmark i større grad enn andre har vært utsatt for sosiale stressfaktorer, noe som kan utløse sykdom. Psykiatrisk sykkelighet i fiskerikommunene trekkes også fram, og da særskilt kommunene i Finnmark. Her trekkes fram usikker økonomi, høy ulykkesrate, dårlig mat og uregelmessig livsstil (Hagen 1987).

Ved å se på forholdet mellom by og land og mellom ulike bosettingsmønstre, viser det seg at det er stor variasjon innen de ulike bosettingene, men urbane kommuner eller svært spredtbygde kommuner framstår som mer "usunne" med tanke på den psykiske helsen. Ved nærmere undersøkelser viser det seg at det i kommuner med over- eller underskudd av et av kjønnene forekommer høyere prevalens enn i kommuner med jevn kjønnsfordeling (ibid).

## **Kapittel 5 Befolkning og sosial segregasjon**

### **5.1 Befolkningen i Norge og i Nord-Norge**

Befolkningen i Norge økte fra 2.2 til 3.1 millioner i nasjonen sett under ett i årene 1900- 1950 (Ramsøy/Vaa 1968). Det var liten endring i alderssammensetningen og befolkningen var ung. Det var en jevn fordeling mellom kjønn, med unntak i året 1910. Levealderen økte med 10 år i perioden 1911 til 1940. Reproduksjonen sank markant etter 1930. Det var en økende mortalitet, særlig blant hjerte-karsykdommene. Det var mange som led av tuberkulose.

Det var små endringer i yrkestilhørighet: antall bønder og fiskere blir færre nasjonalt. I nord blir det derimot flere fiskere. Antall industriarbeidere øker. Ca 35 % av alle kvinnene i landet er yrkesaktive, for menn er prosenten 94. I nord er tallene annerledes, kun 3 % er yrkesaktive. I perioden fra 1920 til 1940 skjer det en dramatisk endring i arbeidsledighet, fra 3 til 35 %.

Befolkningen i landet har lav utdanning. I 1910 har 5 % av mennene på landsbasis tatt artium, 2 % av kvinnene, i perioden fram til 1930 er prosentene steget til henholdsvis 10 og 6 %. I nord er det svært få som tar høyere utdanning (Øyen/Grønseth i "Det norske samfunnet" 1968).

Statistisk sentralbyrå har publisert analyser av folketellingene for årene 1900, 1910, 1920 og 1930. Folketellinger har vært gjennomført siden 1769, og er svært detaljerte. Folketellingene foregikk på den måten at tellekorpset gikk fra husstand til husstand og registrerte alle i huslyden på dette tidspunktet.

Folketellingene gir god informasjon om befolkningen i landet. Data foreligger både på person, husstand, kommune og fylke (daværende stiftsamt) og nasjonalt. Det foreligger opplysninger om blant annet kjønn, alder, sivilstand, yrke, etnisk bakgrunn, med videre. Vi kan blant annet finne følgende:

I 1910 var folkemengden i Nordland 164.687, i Troms 81.902, og i Finnmark 38.065. Av disse var det 18.590 "finner" (samer), 7.172 "kvæner"(personer av finsk opprinnelse) og

50.041 av ”fræmmed race” (hvorav de fleste var antatt å være svensker og dansker). Størstedelen av befolkningen drev med jordbruk og fiske, uavhengig av etnisk bakgrunn.

Vi finner også oversikt over sinnssyke og åndssvake i folketellingene. Tallene her er vist i antall pr. 1000 innbyggere.

**Tabell 3:**

**Antall sinnssyke og åndssvake pr 1000 innbyggere (1910):**

	Åndssvake		Sinnssyke	
	Bygd	By	Bygd	By
Nordland	2.05	2.85	1.87	1.80
Troms	2.16	1.32	1.76	2.76
Finnmark	2.48	2.88	2.30	3.56

Kilde: folketellingene for Nordland, Troms og Finnmark 1910

Vi ser at fordelingen er nokså jevn, med unntak av at det er registrert færre åndssvake i byene i Troms, og flere sinnssyke i byene i Finnmark sammenlignet med de andre fylkene.

Åndssvake er tatt med fordi de gir et bedre bilde av gruppen åndssvake og sinnssyke totalt. Statistisk sentralbyrå har funnet at folketellerne kan ha forvekslet de to gruppene. Dette er ikke urealistisk fordi tellerkorpset ikke har hatt noen medisinsk kompetanse og fordi de to gruppene lett kan forveksles (Bore 2006)

I denne statistikken er asylens beboere er medregnet i tallene for sinnssyke, bygd – Nordland (Bodø kommune var tidligere delt i Bodin og Bodø kommuner, førstnevnte en landkommune). Dersom vi justerer for dette, ser vi at antallet sinnssyke generelt er mye høyere i Finnmark fylke enn i de to øvrige fylkene.

Antall sinnssyke ser på nasjonal basis ut slik: i året 1825 var det 1,17 sinnssyke pr 1000 innbyggere, og i året 1930 var dette tallet økt til 4,05 pr 1000 innbyggere, jamfør folketellingene.



Etableringen av asylene i Norge i perioden 1860 til 1930 er en medvirkende årsak til dette, jamfør Bøe (1994).

Befolkningen øker i landsdelen i denne perioden. Økningen fra 1910 til 1920 er på 8,5 %. I 1900 og i 1930 er det like mange menn som kvinner i befolkningen, men i 1910 og 1920 er det flere kvinner enn menn. Fordelingen mellom by og bygdene viser at byene er små ved århundreskiftet, men at de vokser og blir større. I 1930 ser det ut til at byene i Troms og Finnmark blir mindre igjen. Dette kan skyldes endringene i kommuneinndelingene, men også emigrasjon og økt dødelighet.

#### Tabell 4

##### Fordelingen av andelen kvinner og menn i to utvalgte år i de tre fylkene

	1900		1920	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Nordland	49,8	50,2	46,0	54,0
Troms	49,3	50,7	47,2	52,7
Finnmark	51,8	48,2	47,1	52,8

Kilde: folketellingene i Nordland, Troms og Finnmark 1900 og 1920

Det er en jevn fordeling av kjønn i de nordligste fylkene ved inngangen til dette århundret, og dette harmonerer med sammensetningen av kjønn i nasjonen som helhet. Utviklingen fram mot 1920 viser at andelen kvinner øker og antall menn synker, og at dette er særlig markant i Nordland fylke. Ser vi tallene for 1930 for fylkene samlet, er fordelingen 50-50 for hver av kjønnene. Det er mulig at emigrasjon kan forklare denne variasjonen. Ca 1 % av befolkningen døde av spanskesyken. Et flertall av de som døde finner vi i de store byene i sør, men vi finner også økt dødelighet i noen av byene i nord og på Svalbard (alle steder hvor det har vært gjennomgående båttrafikk). Denne epidemien kan ha ført til økte sinnsforvirringer og depresjoner. I Nord-Norge utvandret kun 600 personer til Amerika i denne perioden.

**Tabell 5:****Fordeling av befolkningen i bygd og by fylkesvis i årene 1910 og 1930**

	1910		1930	
	Bygd	By	Bygd	By
Nordland	92,8	7,1	88,0	12,0
Troms	87,4	12,5	85,5	14,5
Finnmark	79,7	20,2	82,0	17,9

Kilde: Folketellingen i Nordland, Troms og Finnmark 1910 og 1930

De store bosettingene finner vi i fiskeværerne i denne perioden og i Tromsø by (utvidet i 1915 til 7600 innbyggere). I 1915 har Vågan 6600 innbyggere, Bodø 5000 innbyggere. Det ser ut til at det er svært mange fiskere og få bønder i nord i perioden. Industrisamfunnene er også i ferd med å etablere seg. Hoveddelen av befolkningen var mellom 20 og 39 år.

**Tabell 6:****Sivil status fordelt på henholdsvis menn og kvinner i de tre fylkene i 1900**

	Menn			Kvinner		
	Ugifte	Gifte	Enkemenn	Ugifte	Gifte	Enker
Nordland	41.3	53.2	5.5	38.3	51.3	10.4
Troms	42.1	52.3	5.7	39.0	50.6	10.4
Finnmark	46.7	47.9	5.4	30.2	44.1	25.7

Kilde: Folketellingene for Nordland, Troms og Finnmark 1900

Tabellen viser at det er stor likhet mellom mennene i de tre fylkene når det gjelder sivil status. Blant kvinnene skiller imidlertid Finnmark seg ut ved at det er en lavere andel både gifte og ugifte kvinner, men en betydelig større andel enker. Sammenligner en menn og kvinner så er det et gjennomgående trekk at det er flere ugifte menn enn ugifte kvinner, men det er færre

enkemenn enn det er enker. Tallene for 1910, 20 og 30 viser at det er liten endring i fordeling av sivil status mellom kjønnene i nord i disse årene. I aldersgruppa 20-24 er det flest ugifte, i gruppa 25-29 er det en jevn fordeling mellom gifte og ugifte, mens det i aldersgruppa 30-39 er flest gifte.

**Tabell 7:**

**Yrker Pr tusen innbyggere (noen få utvalgte yrker) år 1900:**

	Jordbruk	Fiske	Industri	Sjøfart	Husarbeide
Nordland	6,31	29,0	7,4	2,9	6,7
Troms	3,08	16,7	3,3	2,1	3,3
Finnmark	0,74	11,9	1,7	0,4	1,4

Kilde: folketellingene for Nordland, Troms og Finnmark 1900

I 1910 var det følgende fordeling i nord: 21000 fiskere og 10000 hjelpere på båtene, 15000 bønder og 26000 andre som jobbet i jordbruket (herunder nære slektninger), 5000 gruvearbeidere, 2000 industriarbeidere, 38000 husmødre, 38000 piger, 9000 tjenere og 14000 hjemmeværende (andre, barn, eldre på kår osv). 2000 personer var på fattigkassa, derav 0,5 % sinnssyke. Tilsvarende tall for årgang 1920 viser liten endring i yrkesmønsteret.

**Tabell 8:****Utviklingen i antall åndssvake og sinnssyke i de tre nordnorske fylkene. Pr. 1000 innbyggere**

	Åndssvak (pr 1000 innbyggere)					
	Bygdene			Byene		
	1900	1910	1920	1900	1910	1920
Nordland	1,88	2,05	2,33	2,28	2,85	2,85
Troms	2,18	2,16	2,19	1,32	1,32	1,61
Finnmark	2,48	2,04	2,19	3,88	2,88	1,93

	Sinnssyke					
	Bygdene			Byene		
	1900	1910	1920	1900	1910	1920
Nordland	1,69	1,87	2,28	2,79	1,8	1,08
Troms	1,38	1,7	2,16	1,65	2,76	2,08
Finnmark	1,93	2,3	2,66	2,07	3,56	4,02

Kilde: folketellingene

Personene er registrert i hver husholdning under folketellingene. Noen av disse personene vil bli innlagt i asyl eller i annen institusjon, og noen av disse bor hjemme hele livet.

## 5.2 Etnisitet

Etnisitet kan være interessant når en ser på Nord-Norge. I innledningskapitlet har jeg vist hvordan den samiske pasienten blir gjort til gjenstand for ”særskilt interesse” ved Rønvik asyl (Fygle 2002). Skriftene til Forsdahl (1991), Winge (1904) og Lavik (1998) viser også at både distriktslegene som virket i nord og psykiaterne i Oslo viet den samiske og kvenske befolkningen særskilt oppmerksomhet, og at denne ikke alltid var gjennomgående positiv.

Dette menneskesynet har preget både politikken og vitenskapen i Norge i tidligere tider. Spørsmålet en kan stille seg er om dette menneskesynet også har påvirket innleggelsene i sykehuset. Skålevåg (2003) undersøkte dette spesielt i sin avhandling fra Gaustad, og fant ingen skriftlige spor i journalene som viste at doaktorene var opptatt av dette.

### Tabell 9:

#### Andel med ulik etnisk bakgrunn i bygdene, 1900 og 1920 (prosentvis fordeling):

År 1900:	Finn (same)	Kven	Nordmann
Nordland	1,3	0,11	98,5
Troms	11,9	2,6	85,4
Finnmark	35,9	15,7	48,3
År 1920:	Finn	Kven	Nordmann
Nordland	1,0	0,0	98,9
Troms	8,9	1,8	89,3
Finnmark	30,0	12,6	57,4

Kilde: folketellingene

Tabellen over viser at det er i Finnmark vi har den største andelen av befolkningen som er oppgitt å være 'ikke-norske', men at andelen nordmenn i Finnmark har økt fra 48.3 % i 1900 til 57.4 % i 1920. I Nordland finner vi at hele 98,9 % er registrert som nordmenn i folketellingene. Tallene for 1930, for alle tre fylkene samlet, viser at 5,3 % av alle innbyggerne er finn(samer), 1,1 % er kvener, og 93,6 % er nordmenn. For Finnmark fylke er antall samer nå 23,6 %.

Det store flertall av befolkningen definerer seg som nordmenn. I folketellingene er "nordmann" definert som en som snakker norsk. Dette kan også være en person med norsk-kvensk bakgrunn eller norsk-samisk bakgrunn. Samer og kvener er tilsvarende definert ut ifra det språk de snakker. Vi ser at det blir stadig flere nordmenn i landsdelen i løpet av disse

årene. Det er mange årsaker til dette, det var for eksempel ikke tillatt å snakke samisk i skolene i Finnmark, jamfør Bjørklund (1978).

**Tabell 10:**

**Endringer i registrert etnisitet ved folketellingene over tid (alle tre fylkene samlet):**

	Nordmenn	Samer	Kven
1845	78.1	18.7	3.2
1930	90.3	7.3	2.4

Kilde: folketellingene

Antall samer og kvener halveres fra 1891 til 1930, jamfør annen kilde i folketellingene. Dette betyr ikke at den etniske opprinnelsen er forandret. Vi kan derfor ikke ha noen sikker informasjon om hvor mange personer som har annen etnisk opprinnelse enn norsk i materialet.

I boka "Samenes historie" (Hansen 2004) beskrives hvordan sosialdarwinismen også i Norden framsto som en gjennomarbeidet vitenskapelig teori. Charles Darwin var utdannet teolog, men studerte også naturvitenskap. Darwinismen bygger på den hypotesen at naturlig utvalg og seleksjon blant arvelige variasjoner er en tilstrekkelig forklaring på det organiske livs utvikling. Sosialdarwinismen er en overføring av det naturlige utvalg til samfunn og kultur, et utvalg av klasser og raser. Darwin la selv grunnlaget for en rasistisk tolkning av utviklingslæren. Hansen skriver også om den tyske biologen Ernst Haeckel, som mente at den nordeuropeiske rasen sto høyere enn andre raser pga en høyere utviklet hjerne. Kulturene ble tilsvarende delt inn i høytstående og primitive kulturer, de sistnevnte var forventet å bukke under. Blant de underlegne raser var samene. Den svenske høyesterettsdommeren Knut Olivecrona beskrev i 1884 samenes undergang som nomader som en naturnødvendighet, dermed ville også rasen dø ut. Den svenske staten besluttet at samene skulle siviliseres (ibid).

I Norge var det "skolepolitikk" allerede fra 1850-årene å redusere bruken av samisk språk i skolene (Bjørklund 1978). I 1880 ble det forbudt å bruke samisk og finsk i undervisningen.

Lærernes lønn var avhengig av den iver de la i fornskingsarbeidet. Kun i kristendomsundervisningen var det tillatt å bruke hjelpespråk. Skolesystemet oppfattet, i likhet med distriktslegene, samene som et folk med mindre evner til å lære. Kvenene ble også utsatt for den samme prosessen, blant annet i Kåfjord (ibid).

På slutten av 1600-tallet reiste Isaac Olsen rundt i Nordnorge og beskrev i sin rapport ”underdanigst undretning om nordlandene” fra 1718 sitt møte med samene; de fleste han møtte beskriver han som ”gudhjelpemig” folk som lever av mord, røveri og tjuveri og løgnaktige bedragelser som trolldom og hekseri. Han beskriver også samenes omgang med drikk og med runebomben (Løøv 1994).

I siste halvdel av det 19. århundre hadde begrepet degenerasjon en viss innflytelse innenfor psykiatrien. Lorentz (1981) beskriver hvordan degenerasjonslæren ble praktisert. Lorentz viser til psykiateren Morel og rettsmedisineren Lombroso som begynte å skrive ned avskrekkende sykehistorier fra Paris. Formålet med disse nedtegnelsene var å påvise at tegn på degenerasjon var arvelig. De støttet seg på den østerrikske legen Galls lære fra slutten av 1700-tallet. Degenerasjon ble oppfattet som årsak til all sinnssykdom. De syke ble betraktet som villmenn midt i kulturens sentrum. Gall hevdet blant annet at ved å studere kraniets form kunne man klassifisere individene som mer eller mindreverdige (ibid).

Morel beskrev legemlig og psykisk forfall som en progressiv sykdom som startet med lettere forstyrrelser, og som utviklet seg først til hypokonderi og hysteri og endte med idioti (Lorentz 1981). Sykdom oppsto når dekadente individer formerte seg. Blant årsakene til utvikling av sykdom var disse psykiaterne særskilt opptatt av alkoholisme og masturbasjon.

Morels teorier fikk stor innflytelse i Norge ifølge Lorentz. Det var særlig direktørene ved Gaustad asyl som var opptatt av, og søkte inspirasjon hos sine kolleger i Paris. Allerede i 1867 besøkte den første direktøren ved Gaustad sine kolleger her. Det ble drevet aktiv frenologisk forskning ved Universitetet i Oslo i årene fra 1890. Pasientene ble, som et resultat av denne læren, betraktet som så syke at de ikke kunne behandles. Doktorene mente derfor at disse burde oppbevares i en anstalt, skjermet for befolkningen.

Først i 1911 kom det en kritisk artikkel om degenerasjonslæren, skrevet av Hans Evensen som da var direktør ved Gaustad (i Lorenz 1981). Han mente at tilhengerne av degenerasjonslæren bygde sine teorier på en rekke feiloppfatninger, noe som unødvendig stigmatiserte sinnslidende. Evensen selv var, i likhet med flere norske psykiatere, allikevel opptatt av arvehygiene. Han skrev i sin lærebok at ”den sikreste og simpleste framgangsmaade mot racens utartning vilde vistnok være den, en gang for alle at sætte individer med skadede kimanlæg ute av stand til at forplante sig” (i Lorentz). Flere norske vitenskapsmenn var fascinert av degenerasjonsteorien. Dr. med Justus Barth forsket på kranier ved anatomisk institutt i Oslo. Lappene (samene) ble betraktet som ’degenererte tartarer, et utskudd på menneskeslekten med så skadede raseanlegg at de burde gjøres ute av stand til å forplante seg’, hevdet Barth (i Lorentz 1981).

Forfatteren Fuglesang ga i 1944 ut boka ”Rasehygiene og sosialpolitikk”. Fuglesang var president i Nasjonal Samling. Rasehygiene var en del av sivilisasjonen. Med steriliseringer skulle man forhindre at mennesker med defekte arveanlegg formerte seg. Videre heter det at Norge ikke hadde så vanskelige rasespørsmål som så mange andre land. Befolkningen besto overveiende av den blonde og høyvokste nordiske rase. Noe raseproblem fantes kun i det nordlige Norge, især i Finnmark, hvor en helt fremmed rase – den samiske – utgjorde en stor del av befolkningen.

Jon Mjøen beskrev i sin bok ”Rasehygiene” fra 1938 hvordan positive og negative arveanlegg går i arv i familiene. Han viste først et bilderegister over de dårlige rasene for deretter å gå over til den nordiske rasens fortreffeligheter, herunder gjennom presentasjon av en rekke familier. Bondestanden ble sett på som den fremste og sunneste av de positive bærerne av arveanlegg.

Mjøen fant sitt gunstigste studiefelt i det nordlige Skandinavia. Om det nordisk-lappiske blandingstype, som forfatteren også har avbildet, heter det at personen har små åndsevner ved siden av den (for denne rasens vedkommende) typiske uharmoniske mentalitet. Bastarden ble også beskrevet som sykelig og med dårlig arve kvalitet, en minusvariant for samfunnet (ibid).

Nils Lavik skriver i boka ”Rasismens intellektuelle røtter” (1998) hvordan doktorer og andre skrev innlegg i avisene og holdt foredrag til støtte for rasehygiene. Den rådgivende komite



for rasehygiene ble konstituert i 1908. Vinderen laboratorium ble grunnlagt samtidig, og fikk statsstøtte fra 1916.

Det er imidlertid vanskelig å finne dokumentasjon på hvordan, eller om, synspunktene ble til praktisk gjerning i sykehusene. Skålevåg (2003) finner, som tidligere nevnt, i journalene fra Gaustad sykehus ingen skriftlig dokumentasjon som kan vise at psykiateren var bekymret for rasehygiene. Vi finner det heller ikke i teksten i journaler og innleggelsesprotokoller på Rønvik, hvor man kunne forvente at dette var nedskrevet dersom for eksempel den samiske pasienten var av særskilt interesse, jamfør eget arbeid.

I mellomkrigstiden pågikk det en åpenbart rasistisk forskning på rasebiologisk institutt i Oslo. I 1934 påvirket dette miljøet Stortinget til å vedta en ny lov om sterilisering av åndssvake og sinnssyke. Denne loven var gyldig også etter krigen, og ble erstattet av ny lov så sent som i 1977. 3000 personer ble tvangssterilisert mellom 1934 og 1977, mange av dem var sinnssyke og åndssvake, men det var også mange av dem som tilhørte minoritetsgrupper som for eksempel tatere og sigøynere. Samfunnets syn på tatere har ført til at det har skjedd innleggelses i institusjoner av dette folkeslaget under diagnosene åndssvak og psykoperer (Tranøy 2003).

### **5.3 Fattigkassens betydning for innleggelsene**

Flere undersøkelser viser at personer fra de lavere klassene er mer disponert for psykiatrisk sykdom enn personer fra de øvre lag. Mange av de innlagte i asylene sorterer under betegnelsen ”fattiglem”. Siden det var amtet og fattigkassen som betalte oppholdet for disse i asylene kan det være at vi får en skjevt bilde av hvem som er disponert for psykiatrisk sykdom. De som kommer fra bedrestilte hjem sendte kanskje ikke egne syke til asylet, og de er derfor usynlige i den medisinske statistikken og i medisinalberetningene.

I en historisk hovedoppgave skrevet av Hilde I. Olaussen, som omhandler fattigvesenet i Oslo (Olaussen 1988), har hun sett på sinnssykdom og åndssvakhet som ”trangsårsak”. I oppgaven ses det på utviklingen av tre forhold; virkningene av dårlige konjunkturer, asylbygging og behandlingsmåter. Det legges vekt på at det er behovet for spesialbehandling (i asyl) som er hovedårsaken til at antall sinnssyke vokser – også over fattigkassens budsjett.

Det er også gitt ut nasjonal statistikk som viser hvem som har vært fattigvesenets klienter. Disse er utgitt av Statistisk Sentralbyrå. Understøttede fattige var 67 427 i 1866, 83 560 i 1905 og 74 995 i 1915 (NOS Fattigvesenet, ulike årganger). Ser vi på statistikken over fylkene, har Finnmark det høyeste antallet understøttede i forhold til tallet på innbyggere i 1915 (43 pr 1000 innbyggere). Nordland ligger på andre plass med 32 understøttede pr. 1000, mens Troms har 26 pr. 1000. Fylkene på Østlandet ligger på 24 understøttede pr. 1000 innbyggere. De store byene i sør ligger imidlertid mye høyere, Kristiania på 60 pr 1000, Trondhjem på 50 (ibid).

Flertallet av de understøttede er ugifte voksne kvinner, enker uten barn og gifte menn med barn. Flertallet er over 30 år, og blant disse finner vi 21 % bønder og fiskere, 25 % innen håndverk og industri, og 33 % innen tjenere og dagarbeidere. Av det totale antallet understøttede fordeler årsaken til støtte seg slik: 24,2 % hjelp av fattigkassen pga alderdomssvakhet, 26,1 % pga sykdom, 13,7 9 % pga åndssvakhet og sinnssykdom. Antall understøttede pga øvrige årsaker er få (vanfør, blind, ulykke, drikkfeldig, dovenskap, arbeidsløshet, død, rømming/utvandring).

Synet på fattigdom og på de fattige gjenspeiler de samfunnsmessige forholdene en levde under (Blomberg 2002). Objektet for sosialpolitikken var den fattige snarere enn fattigdommen. Sorteringen av avvikerbefolkningen avspeiler både en samfunnsmessig og endrede tenkemåter om sosial kontroll. Blomberg mener i likhet med flere andre forfattere at det kan være relevant å sette den medisinske offensiven og behandlingsoptimismen i sammenheng med tidens sosialpolitiske interesser. I boka går det fram at ved å presentere sine dristige løfter om helbredelser om de bare fikk sine anstalter, som pr definisjon var vitenskapelige, samfunnsnyttige og dermed nødvendige, kunne samfunnet ryddes for besværlige eksistenser og få arbeidskraft ut i den andre enden. Forfatteren mener at dette var tida for industrialisering og sosial rydding, både av arbeidskraft og avvikerbefolkninger, og for institusjonsbygging (Blomberg 2002).

Årsak til hjelpebehovene, ”trangen” i befolkningen

Sykdom angis som hovedårsak til ”trang”(hjelpebehov). Sinnssykdom utgjør 15 % av årsakene for menn og 12 % for kvinner. 3 444 personer ble i 1915 lagt inn på asyl i Norge på fattigkassens regning (NOS 1915).

I nord har følgende kommuner ca 5 % registrerte fattige i befolkningen: Vågan, Hadsel, Herøy, Mo, Fauske, Buksnes og Ibestad. Normaltallene for hele landet er i følge statistisk sentralbyrås statistikk et sted mellom 0,5 og 1, 5 %. Økningen er markant i 1921, i overkant av 6 %, antakelig på grunn av stor arbeidsledighet i hele landet.

### Tabell 11

#### Årsaker til hjelpebehov ('trang') i 1915 (antall personer):

	Somatisk	åndssvak/sinnssyk	Arbeidsløshet	annet
Nordland	1 568	434	173	795
Troms	833	178	17	259
Finnmark	333	109	53	429

Kilde: NOS statistikk over fattigkassens virksomhet 1915

Tallene inkluderer alle bygdene, ikke byene. Dette gjelder antall hovedpersoner som får støtte pr fylke i 1915. De som er forsørget av fattigkassen pga åndssvakhet eller sinnssykdom utgjør 0,5 % eller mindre av befolkningen i nord. Rubrisert under annet er ulykke, dovenskap, drukkenskap, forsørger er død, rømt eller utvandret, andre årsaker (ibid).

Det er svært viktig å huske på hva som ble betraktet som årsak til sykdom på denne tiden i det årsak ofte hang sammen med samfunnets oppfatning av hva som var rett og gal atferd. I siste del av dette århundret og første del av 1900-tallet var både samfunnet og asylene ”inspirert ” av sosialdarwinistisk teori. Det norske samfunnets syn på ulike etniske minoriteter kom ikke bare fram i skolepolitikken i nord, men også gjennom en svært restriktiv innvandringspolitikk og gjennom blant annet steriliseringsloven som ble vedtatt tidlig på 30-tallet.

## Kapittel 6 Rønvik - asylet i nord

For å få et best mulig inntrykk av psykiatrien i nord har jeg, som tidligere nevnt, hentet opplysningene i sykehusets egne innleggelsesprotokoller og journaler.

Jeg har i de innledende kapitlene sett på hvordan sinnssykeomsorgen utviklet seg i Norge. Asylet på Rønvik var det siste av de store nyetableringene i perioden 1850 til 1920. Befolkningene i Nord-Norge hadde en noe annerledes yrkesstruktur enn befolkningen i sør i perioden mellom 1900 og 1930, jamfør folketellingene. Landsdelen var for manges vedkommende preget av enkle levekår (Forsdahl 1991). I Nord-Norge var det flerkulturelle innslaget synlig, særlig i Finnmark (Hansen 2004). Det var statlig politikk å minimalisere særtrekkene ved den nordnorske befolkningen, og fornorskingsprosessen startet allerede i 1850-årene (Bjørklund 1978). Dette kan ha påvirket fordelingen mellom de ulike etniske gruppene, og kan også ha påført enkeltpersoner stress som senere utviklet seg til psykiatrisk sykdom (Lupton 1994).

Jeg har også sett på hvordan samfunnet så på galskap og sykdom. Mange sosiologer har studert dette fenomenet. En av dem er Foucault (1965), som viser at de sinnssyke ble behandlet etter middelaldermetoder selv i opplysningstiden. Ose (1976) viser hvordan doktorene endret oppfatning når det gjaldt hva som var årsak til slik sykdom. Etter 1870 ble fokus vendt mot etniske minoriteter samtidig som interessen for kjønnssykdommer og religiøs fanatisme økte. Sett ut fra den tidens ”ånd” kunne vi kanskje forvente at de innlagte pasientene var beskrevet som ”lavpannede”, evneveike, folk med dårlig moral, alkoholikere og syfilister, folk som ”var i veien” og som ikke bidro til familiens levekår eller samfunnets behov for arbeidskraft. Kanskje var de ”rasende” eller ”fjanter”, paranoide, maniske eller imbecille, jamfør beskrivelsene i kapittel 3. Men disse pasientene kan også ha blitt innlagt med rent medisinske diagnoser. Med dette for øyet har jeg studert journalene ved Rønvik sykehus.

Hvilke svar kan jeg få ved å studere sosiale bakgrunnsdata i en enkelt pasientgruppe? Dette kapitlet handler om de funn jeg har gjort blant de 623 innlagte pasientene.

## 6.1 Pasientenes kjønn, alder og sivilstand

**Tabell 12:**

**Pasienter ved Rønvik etter kjønn. Frekvens.**

Verdi	Antall	Prosent
kvinne	304	48,8
mann	319	51,2
Total	623	100,0

Missing: 0

Kilde: egne data

Det er en veldig jevn fordeling mellom menn og kvinner blant de innlagte pasientene når vi ser alle årganger under ett. Etter nåtidens innsikt om prevalens av sinnslidelser i norske sykehus burde det være flere kvinner enn menn innlagt i sykehusene, ikke omvendt (Hagen 1987). Kjønnfordelingen for andre asyl i samme periode er variabel; Gaustad har lik fordeling mellom kjønnene, Rotvoll har flere menn enn kvinner og Dikemark har flere kvinner enn menn (NOS sinnssykestatistikk, ulike årganger). Den nasjonale fordelingen på kjønn blant psykiatriske pasienter tyder på at det ikke er noen systematisk fordeling mellom hunkjønn og hankjønn blant psykiatriske pasienter. I befolkningen nasjonalt er det noen flere kvinner enn menn i denne perioden (Vaa og Ramsøy 1968).

Det kan være slik at det er en samvariasjon mellom begjæring om innleggelse, klasse og diagnose som gir så lik fordeling på kjønn. Det kan være mulig at det er far eller ektemann som har begjært et kvinnelig medlem av husstanden innlagt, og vi kan videre anta at dette er en pike på gården, en ufaglært datter eller en hjemmeværende kone. De menn som legges inn er overveiende yngre arbeidere og fiskere.

Tall fra Fattigkassen tyder ikke på at det er kjønnsforskjeller mellom pasienter innlagt i asyl for deres regning. Jeg har ikke undersøkt om utstedelsen av sinnssykeattesten følger noe kjønnsspesifikt mønster.

Det er vanskelig å se at kjønn er omhandlet særskilt blant de forfatterne som har sett på sinnssykeomsorgen i et historisk perspektiv, herunder Bøe (1994), Winge (1904) og Skålevåg (2003). Dette gjelder også de fleste utenlandske forfatterne som er referert til i første del av oppgaven. Det ser ut til at forskningen på forholdet mellom kjønn og mental helse først og fremst relateres til funn fra 70-tallet og framover. Pauline Prior har i boka "Gender and Mental Health" (Prior 1999) sett på data på prevalens i Europa. Hun finner at kvinner har større prevalens enn menn, og at ekteskap ser ut til å beskytte begge kjønn mot utviklingen av psykiatrisk sykdom. Data er hentet fra 80- og 90-tallet. Kvinnene dominerer blant de eldre pasientene. Prior mener at det er flere forhold som må vurderes sammen med kjønn, alder og sivilstand. Generelt vil sosioøkonomiske forhold ha betydning, og det vil også pasientenes tilstand, mangel på adekvat behandling, og antall sengeplasser i asylene. I tiden før krigen fantes ikke psykofarmaka tilgjengelig. Prior skriver at i en tid med mange sengeplasser, hadde fattige menn og kvinner en nokså lik sjanse til innleggelse i asylene. Dette endret seg da sengetallet gikk ned idet det medførte at menn fikk prioritet til behandling i asyl foran kvinner, dette i de landene hun har undersøkt særskilt – England og Sverige.

**Tabell 13**

**Pasienter ved Rønvik sykehus etter kjønn og innleggelsesår – prosentvis fordeling mellom menn og kvinner**

	Innleggelsesår						sum
	1905	1909	1915	1920	1925	1933	
Kvinne	48,3%	52,1%	47,2%	49,1%	42,9%	48,9%	48,8%
Mann	51,7%	47,9%	52,8%	50,9%	57,1%	51,1%	51,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N=	149	146	127	114	42	45	623

Missing: 0

Kilde: egne data

Det er en nokså jevn fordeling mellom kjønnene unntatt i 1925, hvor det legges inn langt flere menn enn kvinner. I og med at antall nyinnlagte pasienter dette året kun er 42, kan det være et tilfeldig utslag i materialet. Det kan også være at antall arbeidsledige med utviklet sinnssykdom under ”depresjonen” har økt, blant annet ser vi at det går dårlig i fiskeriene og at en stor del av befolkningen i nord er unge, og det er mulig at de har liten inntekt, ingen eiendom, men dette er vanskelig å verifisere. Vi ser færre og færre nyinnleggelser i perioden fra 1902 til 1933. Dette skyldes ifølge asyllets direktører, som har kommentert det i årsberetningene, at få pasienter skrives ut og at overbelegget gradvis øker slik at få senger er tilgjengelig for nye pasienter. Nasjonal statistikk samt amtets protokoller viser at antall sinnssyke øker kraftig i samme periode både nasjonalt og lokalt, jamfør folketellingene og de nasjonale statistikkene. Ser vi innleggelsene her i forhold til Priors beskrivelse, stemmer det godt at en ved færre tilgjengelige sengeplasser prioriterer menn. Pasientene som har fått diagnosen dement øker med 20 % i årene 1920 og 1925. Disse pasientene kan være en del av befolkningen som er lite arbeidsføre i utgangspunktet, men det kan også være personer som er blitt arbeidsledige under depresjonen på 20-tallet, jamfør avsnittet om utviklingen i diagnosene.

Sykehuset er delt i to avdelinger med like mange sengeplasser, en for kvinner og en for menn (Fygle 2002). Det er allikevel underlig at kjønnsfordelingen er så jevn idet det kun er nye innleggelser som er registrert i hvert av årene. En ville tro at det var vanskelig å styre ”avgangen” mellom menn og kvinner. Mange av disse pasientene har lengre opphold i sykehuset, og noen av disse dør under oppholdet. Mange blir innlagt flere ganger. De som dør under oppholdet på psykiatriske sykehus er primært menn som dør av tuberkulose (NOS sinnssykeasylenes virksomhet, årgang 1910 og 1917).

En annen forklaring på at det er så stor likhet mellom kjønnene kan være fattigvesenets rolle. Fattigvesenet har hatt en betydelig rolle i forhold til innleggelsene i asylet idet fattigkassen har betalt kostnadene ved innleggelsene, jfr kapittel 4. Det var distriktslegene som utstedte sinnssykeattesten også etter århundreskiftet, og det var legen som normalt begjærte innleggelse i asylet. Kommunens fattigkasse hadde også en sentral rolle ved disse innleggelsene, og kunne dermed medvirke til at person var for syk til å arbeide ble innlagt i

asyl. Ung alder kombinert med yrkespassivitet og igjen kombinert med diagnosesettingen kan tyde på at fattigvesenet var aktivt på dette området.

Georges Midré skriver i boka ”bot, bedring eller brød” (1990) hvordan avgrensningen mellom verdige og uverdige fattige ble satt i fattiglovene fra 1845. Verdige syke var blant annet de ”vanvittige”. De store disiplineringssanstaltene formål var å befeste den nye autoritetsstrukturen som forutsettes ved endringene i økonomien. Midré skriver at kontroll av avvik ble sterkt påvirket av de idemessige skifter på slutten av 1800-tallet, og at dette ga grunnlag for en egenartet blanding av behandling og straff blant annet i asylene. Disse skiftene er omtalt i boka til Bøe (1994). Han viser blant annet til at de sosialdarwinistiske og naturvitenskapelige perspektiver igjen fikk innflytelse på synet også på sinnssykdom idet arv sterkt ble framhevet som sykdomsårsak.

Det er vanskelig på bakgrunn av innleggesdata fra Rønvik å si noe generelt om forekomsten av sinnslidelser i Nord-Norge, og om kjønnsfordelingen når det gjelder sinnslidelser generelt. Det er mulig at kvinner med diagnosen ’melancholia’ pleies privat ut fra at lidelsen ble oppfattet som en ”lett” form for sykdom sammenlignet med for eksempel demens.

#### **Tabell 14:**

##### **Pasienter ved Rønvik etter sivilstand. Frekvens.**

Verdi	Antall	Prosent
Ugift	331	53,6
Gift	226	36,6
separert/skilt	2	,3
enke/mann	58	9,4
Total	617	100,0

Missing: 6

Kilde: egne data



53,6 prosent av pasientene ved Rønvik disse årene var ugifte. Dette harmonerer både med sivilstanden blant pasienter etter krigen (Hagen 1987), og med andre nasjonale og internasjonale undersøkelser på dette området (jfr kap 3). Det er naturlig å tenke seg at Emile Durkheims teorier om at ekteskapet beskytter særlig menn mot selvmord (Durkheim 1991) også kan overføres til en teori om tilsvarende beskyttelse mot sinnssykdom. Pauline Prior(1999) har blant annet vurdert dette. Ser vi på fordelingen mellom gifte og ugifte i befolkningen er det et flertall ugifte enn gifte, noe variasjon mellom fylkene, men langt fra så stor forskjell som vi ser her (NOS befolkningsstatistikk, flere årganger).

Jeg tror at dersom vi ser vi på samfunnsstrukturen i denne perioden, vil vi finne at mange unge menn og kvinner flytter hjemmefra i ung alder for å gå i tjeneste på andre gårder eller delta i fiske, gruvedrift med videre. Barneflokkene på gårdene var store, jamfør befolkningstilveksten i perioden 1900 til 1940 (NOS befolkningsstatistikk perioden 1870 til 1940), og jeg tror at det var nødvendig for barn og ungdom å gå tidlig ut i tjeneste på andre gårder for å tjene til livets opphold.

#### Tabell 15:

##### Pasienter på Rønvik etter alder. Frekvens.

Verdi	Antall	Prosent
1-10	1	,2
11-20	66	11,0
21-30	162	26,9
31-40	120	19,9
41-50	103	17,1
51-60	65	10,8
61-70	53	8,8
71-80	26	4,3
81-90	6	1,0
Total	602	100,0

Missing: 21

Kilde: egne data

I innledningskapitlene framkommer det at risiko for sinnssykdom øker med alderen, og at pasientene i sykehusene ofte er eldre (Hagen 1987). De fleste pasientene som ble innskrevet på Rønvik disse årene er i alderen 20 til 40 år, med et flertall i gruppa mellom 21-30. Det er flest menn i alderen 21 til 30, og flest kvinner 31 til 40.

Pasientene som ble innlagt ved Rønvik er veldig unge, og langt yngre enn dagens utvikling i prevalens tilsier (de eldre, over 60 år, er mer utsatt for psykiatrisk sykdom, jamfør Hagen, 1987). Det kan være en forklaring at befolkningen er veldig ung, men dette burde ikke gi utslag på innleggelsesmønsteret i sykehuset fordi befolkningstilveksten i denne perioden først og fremst er at antall barnefødsler øker. Tilveksten vil vi da finne i gruppene 0-20 år. Denne fordelingen er lik for alle asylene i landet, det er ingen som skiller seg særskilt ut i perioden 1900-1935 (NOS sinnssykeasylenes virksomhet).

Det kan være at endringene i samfunnet i perioden 1900 til 1940 også gir utslag i behov for innleggelse i asylene, og at det vi ser her er et tegn på dette. Det er også mulig at også Nord-Norge har hatt sin "depresjon" i 20-årene, og at denne påvirker innleggelsesmønsteret. Ulike forfattere har forskjellig oppfatning av hvor sterkt denne har virket inn i Nord-Norge. Det er mulig at "fiskerbonden" har hatt bedre overlevelsesvilkår på grunn av den blandede yrkestilknytningen enn andre yrkesgrupper, men jeg finner ikke data som kan verifisere dette. "Fiskerbonden" finner vi heller ikke i dette materialet fordi yrkestilknytning er registrert kun på en levevei, ikke flere samtidig. Generelt har de fleste familiene store barnekull med et økende antall barnefødsler i den perioden, og det kan hende at det har vært vanskelig å brødfø alle disse under depresjonen. Effekten i de små industrisamfunnene kan være større.

Det er mulig at forskjellene kan ses i sammenheng med bruk av ulike diagnoser. Doktorene har i 50 % av tilfellene satt diagnosen demens på pasientene. Det kan være slik at vi her ser en antydning til sosial segregering. Dette kan være vanskelig å påvise fordi verken innleggelsesprotokollene eller beretninger fra fattigkassen/sykehuset belyser dette. Det er en mulig forklaring at disse pasientene rett og slett ikke er arbeidsdyktige. Ser vi på fordelingen av kjønn kan det være slik at de unge mennene er for dårlige til å være med på fiske om vinteren. Det kan og være en tilsvarende forklaring når det gjelder evnen til å kunne arbeide sjølstendig i skogen eller på gården. De kvinnelige pasientene kan være delt i to grupper; unge

jenter som har jobb som tjenestepiker eller husmødre, begge gruppene vil ikke være i stand til å ta vare på hus og barn eller utføre enkelt arbeide på gården eller på fiskebruket.

**Tabell 16:**

**Pasienter ved Rønvik etter kjønn og alder ved innleggelse (de yngste og de eldste ikke tatt med i tabell)  
Prosentfordeling**

ALDER	KVINNE	MANN	TOTAL	N=
11-20	48,5%	51,5%	100%	66
21-30	43,8%	56,2%	100%	162
31-40	56,7%	43,3%	100%	120
41-50	45,6%	54,4%	100%	103
51-60	52,3%	47,7%	100%	65
61-70	52,8%	47,2%	100%	53
71-80	30,8%	69,2%	100%	26

Missing 21

Kilde: egne data

Tabell viser ikke aldersgruppene 1-10 år og 81-90 år (til sammen 7 pasienter)

Her er noe variasjon mellom kjønnene, men det er varierende om det er flest menn eller flest kvinner som blir lagt inn i den enkelte aldersgruppe. I den yngste gruppen er det flest menn. I gruppa 31-40 er det flest kvinner. I gruppa 41-50 finner vi igjen flest menn, og deretter flest kvinner mellom 51 og 70. I gruppa over 70 er det igjen flest menn. Det kan være at sivilstand påvirker innleggelsesfrekvensene mellom kjønnene sett i forhold til alder. Forfattere som har studert innlagte pasienter fordelt på kjønn og alder, finner at det er flere eldre enn yngre pasienter innlagt og at et flertall av disse er kvinner. Det er noe variasjon mellom ulike diagnoser.

Det kan også være slik at livssituasjonen sett i forhold til kjønn og yrke påvirker dette. Befolkningen er ung, jamfør statistisk sentralbyrås statistikk, og det er også pasientene. Befolkningstilveksten er stor i perioden 1900-1920. Hvorfor det er så mange flere menn enn

kvinner, er det vanskelig å finne noen forklaring på, men funn harmonerer blant annet med funn beskrevet av Pauline Prior (1999).

**Tabell 17**

**Pasienter på Rønvik etter kjønn og sivil status.**

		Ugift, gift, skilt/enke				Total
		ugift	Gift	separert/skilt	enke/mann	
kvinne	Antall	153	111	2	36	302
		50,7%	36,8%	,7%	11,9%	100,0%
mann	Antall	178	115	0	22	315
		56,5%	36,5%	,0%	7,0%	100,0%
	Total	331	226	2	58	617
		53,6%	36,6%	,3%	9,4%	100,0%

Missing 6

Kilde: egne data

Det er liten forskjell mellom kjønnene, men det er noen flere ugifte menn enn kvinner blant pasientene. Det er svært få separerte eller skilte i materialet, slik at denne prosentfordelingen kan vi se bort fra. Blant enker og enkemenn er det noen flere kvinner enn menn.

## 6.2 Hvilket yrke hadde pasienten og hvilket yrke hadde foreldrene

I første del av oppgaven framkommer det at mange forfattere har sett på sammenhengen mellom yrke, klasse og prevalens for psykiatrisk sykdom. Mye av denne forskningen er fra nyere tid. Blant annet har forfatterne Blackburn (1999) og Fox Piven/Clovard (1971) i sine bøker vist hvordan fattigdom fører til dårlig sosial integrasjon, og hvordan arbeidsledighet fører til at samfunnets sosiale kontroll blir svakere. Mange forfattere viser at lav samfunnsklasse henger sammen med høy rate av behandlede psykoser, jamfør Mathiesen (1959) og Lupton (1994).

Fattigkassens betydning for innleggelsene i asyl er beskrevet blant annet av Kari Ludvigsen (1998). Thomas Mathiesen beskriver hvordan lagdelingsstrukturen griper direkte inn i den sinnssykes forhold til omgivelsene. Forfatterne Melling og Forsythe (1999) har sett på hvordan fattiglovgivningen har påvirket innleggelsespolitikken i Storbritannia. Det ser ut til at fattigkassen har hatt som hovedfunksjon i denne perioden å ta vare på de syke i samfunnet. Det er relativt få arbeidsledige som har fått understøttelse, jamfør NOS statistikk om fattigkassens virksomhet. Vi kan forstå fattiglovgivningen også ut fra dette perspektivet. Det ligger i begrepet av det er de fattige, syke som ivaretas på denne måten, enten gjennom direkte understøttelse eller gjennom innlegging i hospital.

**Tabell 18:**

**Pasienter på Rønvik etter yrke. Frekvens.**

Verdi	Antall	Prosent
Jord/skogbruk	58	9,5
fiske/fangst	104	17,0
Reindrift	5	,8
industri/håndverk	66	10,8
handel/landtransport	4	,7
Sjøfart	12	2,0
off.administrasjon	17	2,8
off/privat tjenesteyting	94	15,3
Hjemmeværende	199	32,5
Arbeidsledig	11	1,8
Kår/pensjon	43	7,0
Total	613	100,0

Missing: 10

Kilde: egne data

Ser vi på fordelingen blant pasientene, er 1/3 av pasientene hjemmeværende. Det er langt færre hjemmeværende i befolkningen, kun 7 %, jamfør Statistisk Sentralbyrå sin historiske statistikk. Antall pasienter som er fiskere og bønder ligger nærmere antallet i befolkningen. Antall pasienter som har bakgrunn fra bergverk er høyt i materialet fra journalene ved Rønvik,

10,8 % sett mot 2 % i befolkningen i Nord-Norge i 1900, 4 % i 1920. Materialet er lite, kun 11 pasienter er registrert i denne gruppa. Fiskeværene i nord er store i begynnelsen av dette århundret, og de er tett befolket i sesongen. Vågan er et eksempel på det. Også noen av gruvesamfunnene begynner å bli store, men noe senere i denne tidsperioden. Vi kan kanskje se tidlige tegn på den såkalte "urbaniseringseffekten" her, jamfør kapitlet om prevalens i moderne tid (Hagen 1987). I Hagens rapporter fra 1987 antas det at denne effekten kan ha betydning for utviklingen av psykiatrisk sykdom.

I artikkelen "karneval i Lofoten" (Statisk Sentralbyrå internett) viser forfatteren Espen Søybe at befolkningen i fiskeværene ble mangedoblet under lofotfisket – opptil 30 000 tilreisende kom dit i månedene januar til april. Det var svært godt fiske i årene 1880 til 1900, fisket avtok så noe i perioden fra 1900 til 1929. Alkoholomsetningen var stor, både legal og illegal. Livet i fiskeværene tiltrakk seg også fruentimmer, løsgjengere, drukkenbolter og andre løsslupne personer. Det medførte også et høyt antall veneriske sykdommer. I legerapporter fra 1960 og 1965 skriver fiskerilegen at flere og flere fiskere med sinnslidelser oppsøker kontoret under fisket (i Søybe 2000).

Antall fiskere var stort, i Nordland ca 25000, i Troms ca 14000, Finnmark ca 7000. Det var liten endring i fiskermanntallet mellom 1910 og 1930, og fiskerne utgjorde 15 % av totalbefolkningen i denne perioden. 75 % av alle fiskerne i landet tilhørte de tre nordnorske fylkene, jamfør folketellingene.

Einar Arne Drivenes skriver i boka "Fiskerbonde og gruveslusk" (1985) om de to store verkene fra denne perioden, Kåfjord og Sulitjelma. I 1905 var det 2500 arbeidere i bergverksindustrien. Et stort flertall av disse arbeiderne var unge og ugifte. Mange av dem kom i de første årene fra Sverige, men det var også rekruttering fra mange nordnorske kommuner og fra andre landsdeler. Fra århundreskiftet rekrutteres de fleste arbeiderne fra nærområdet. Det var noen tjenestepiker og husmødre i disse gruvesamfunnene, ca 15 % i hver av kommunene Sulitjelma og Kåfjord.

Den store gruppa pasienter i materialet er imidlertid gruppa hjemmeværende. Dette stemmer godt overens med det nasjonale og internasjonale publikasjoner sier om prevalens også i nyere tid, jamfør kapitlene 3 og 4. I nasjonal statistikk for samme tidsperioden, for eksempel i 1920, bor det 1 799 878 personer over 15 år i Norge. Av disse er 731 304 personer ikke yrkesaktive,

det vil si 40 % av den voksne befolkningen. Slår vi sammen hjemmeværende, arbeidsledige og kår/pensjon i pasientmaterialet, får vi de samme 40 %.

Det er mange hjemmeværende som legges inn i sykehuset, hele 30 % av det totale antall pasienter. Det er mulig at dette er personer som er for syke til at husstanden kan ta vare på dem, eller at de ikke kan fungere som omsorgspersoner hjemme. Det kan også være mulig at den samme husstanden ikke har økonomi til å forsørge et familiemedlem som ikke skaffer inntekt til denne. I denne gruppa er alder fordelt jevnt fra 20 til 79 år. Verken etnisk bakgrunn eller bostedskommune ser ut til å ha betydning.. Når jeg leser i innleggelsesprotokollene, får jeg det inntrykk at disse pasientene er forholdsvis dårlige ved ankomsten til asylet.

En kontroll av alder mot yrkesgruppe (tabell ikke vist) viser at vi finner pasientene i all hovedsak i to grupper: de hjemmeværende, som utgjør mellom 30 og 40 % av alle pasientene i alle aldersgruppene, og fiskerne, som utgjør mellom 10 og 20 % i alle aldersgruppene. Antall bønder øker innenfor de øvre aldersintervallene.

En kontroll for kjønn viser som forventet at 90 % av de hjemmeværende som legges inn i sykehuset er kvinner. Når disse kvinnene er blitt for syke, kan de ikke utføre dette arbeidet lengre. I første del oppgaven er doktors beskrivelse av mange av disse pasientene gjengitt, og de beskrives blant annet som late og tullete. Latskap er i dag ikke noen sykdom. Det er usikkert om dette var en reell del av sykdomsbildet før, eller om dette var en del av den nedskrevne observasjon doktoren fikk med seg da pasienten kom til asylet. Opplysningene må være gitt av den som har fulgt pasienten dit, neppe av pasienten selv.

Ser vi på diagnosene, har et flertall fått diagnosen dement eller dement/andre diagnoser blant bønder, sjømenn og personer som jobber innen offentlig administrasjon og offentlig/privattjenesteyting. Diagnosen melankoli fordeler seg ujevnt innen yrkesgruppene, men blant bønder, fiskere, sjømenn og hjemmeværende har 15-25 % av pasientene fått denne diagnosen. Diagnosene delirium og paranoid er det få som har fått, men diagnosen manisk har en høyere frekvens blant fiskere og ansatte innen handel/landtransport.

## Pasientenes familiebakgrunn

I første del av oppgaven presenteres blant annet forskning gjort av H. Garfinkel på 50-tallet. Han har sett på bakgrunnsdata hos pasienter innlagt i denne perioden i California. Fars eller mors yrke er ofte lik pasientens eget yrke. Pasientenes familiebakgrunn har vi data på fra 47 % av pasientene. Som familiebakgrunn regnes her yrket til pasientens far eller ektemann. Mødrene sitt eventuelle yrke er dessverre ikke registrert, og det vises til kommentar tidligere i teksten hvor det framkommer at kvinners yrkesaktivitet i nord i denne perioden ikke framkommer i folketellingene.

**Tabell 19**

### Pasientenes far eller ektemann etter yrke, frekvens

Verdi	Antall	Prosent
jord/skogbruk	145	50,0
fiske/fangst	57	19,7
Reindrift	21	7,2
industri/håndverk	27	9,3
handel/landtransport	8	2,8
Sjøfart	7	2,4
off.administrasjon	4	1,4
off/privat tjenesteyting	8	2,8
Hjemmeværende	2	,7
Arbeidsledig	3	1,0
kår/pensjon	8	2,8
Total	290	100,0

Missing: 333

Kilde: egne data

Det er stort frafall i denne variabelen, og den behandles derfor ikke utover de kommentarene som framkommer her. Tabellen viser oss sannsynligvis at foreldregenerasjonen har tradisjonelle yrker i det 1800 århundre, det er et stort flertall bønder, men også mange fiskere. I innleggelsesprotokollene er det kun far eller ektemann sitt yrke som er registrert, men registreringen er mangelfull. Yrke er kun registrert på ugifte kvinner som er yrkesaktive.



### 6.3 Klasse

Pasientene er registrert etter klassetilhørighet. Mathiesen (1959) har skrevet om samfunnsklasse og sinnssykdom med utgangspunkt i Parsons (1951). Forskning utført i USA viste at psykotiske pasienter i lavere klasser var fritatt for vanlige sosiale forpliktelse, og de fikk også en annen behandling i sykehusene. Mathisen mener at lagdelingsstrukturen griper inn i den sinnssykes forhold til omgivelsene. Blackburn (1991) og Fox Piven/Clovard (1971) omtaler noe av det samme.

#### Tabell 20:

##### Pasienter ved Rønvik etter klasse. Frekvens

Verdi	Antall	Prosent
Arbeider	162	26,3
Lavere funksjonær	20	3,3
mellomnivå funksjonær	5	,8
høyere funksjonær	7	1,1
Fisker	104	16,9
Gårdbruker	37	6,0
Andre selvstendige	26	4,2
Yrkespassiv	254	41,3
Total	615	100,0

Missing 8

Kilde: egne data

Av de innlagte pasientene er hele 41,3 % yrkespassive, 26,3 % arbeidere, og 16,9 % fiskere. Totalt utgjør disse tre verdiene 84,5 % av alle pasientene. De yrkespassive er her alle som ikke har et yrke utenfor hjemmet. Som vi så i forrige kapittel omfatter det hjemmeværende, arbeidsledige og de som lever på kår/pensjon. Andelen er like stor som i befolkningen. De yrkespassive har foreldre som i hovedsak kan antas å være bønder eller fiskere. Fordelingen etter klassetilhørighet viser her at personer med arbeiderklassebakgrunn og med bakgrunn innen verdien yrkespassiv utgjør et stort flertall av pasientene. Studier av prevalens i moderne tid viser det samme (Hagen 1987).

**Tabell 21:****Pasienter ved Rønvik etter etnisk tilhørighet og klasse, prosent**

Klasse		Etnisk bakgrunn					Total
		Same	Kven	Tater	annen etnisk bakgrunn	nordmann	
	Arbeider	29,4%	21,2%		50%	26%	26,2%
	lavere funksjonær	1,5%				4,1%	3,4%
	Mellomnivå funksjonær					1,1%	0,8%
	høyere funksjonær					1,9%	1,5%
	Fisker	19,1%	33,3%			15,2%	16,8%
	Gårdbruker	4,4%	3%			6,5%	5,9%
	andre selvstendige	11,8%	3%			3,8%	4,8%
	Yrkespassiv	33,8%	39,4%	100%	50%	41,5%	40,7%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%
N=		69	33	3	5	371	481

Missing 142

Kilde: egne data

Når vi ser på klassefordelingen innen de ulike etniske gruppene, ser vi at det er noe variasjon mellom samer, kvener og nordmenn innenfor de tre verdiene arbeidere, fiskere og yrkespassive. Innen de øvrige verdiene ser det ikke ut til å være stor variasjon.. Det er ikke stor variasjon fra år til år i materialet.

**Tabell 22:**  
**Pasienter ved Rønvik etter klasse og kjønn**

					N=
			Kvinne	Mann	
Ulike kategorier	Arbeider	N=			162
			47,5%	52,5%	100%
	lavere funksjonær	N=			20
			50,0%	50,0%	100%
	mellomnivå funksjonær	N=			5
			20,0%	80,0%	100%
	høyere funksjonær	N=			7
			71,4%	28,6%	100%
	Fisker	N=			104
			1,0%	99,0%	100%
	Gårdbruker	N=			37
			8,1%	91,9%	100%
	andre selvstendige	N=			26
			19,2%	80,8%	100%
	Yrkespassiv	N=			254
			79,1%	20,9%	100%
Total		N=			615
			49,3	50,7	100

Missing 8

Kilde: egne data

Blant arbeiderne er kjønnsfordelingen nokså lik. De fleste kvinnene er tjenestepiker, og vi finner dem både på gårdene i nord, i gruvesamfunn og i byene. Menn finner vi i gruvesamfunnene, i byene og som arbeidere blant annet på gårdene. Blant funksjonærer er fordelingen lik mellom mann og kvinne i det lavere sjiktet, mens vi på mellomnivå og høyere funksjonærer finner henholdsvis en overvekt blant menn versus kvinner. Det er svært få pasienter i disse gruppene, og det er derfor ikke grunnlag for å trekke noen konklusjoner. Fiskere og gårdbrukere er i hovedsak menn. Gruppen selvstendige har en overvekt av menn. Den mest markante gruppa i materialet er de yrkespassive. De utgjør 41 % av alle pasientene. 79 % av disse er kvinner.

Ser vi på yrkesaktivitet nasjonalt (Ramsøy og Vaa 1968), er 35 % av kvinnene yrkesaktive i denne perioden. I Nord-Norge er 3 % av kvinnene yrkesaktive. Som tidligere nevnt registreres yrkesaktivitet kun på personer som har et yrke utenfor hjemmet. Kvinner som

deltar i arbeid på gården, fiskebruket eller i reindriftsnæringa vil ikke fanges opp av statistikken.

**Tabell 23:****Pasienter ved Rønvik etter sivilstand og klasse. Prosent.**

		Ugift, gift, skilt/enke				Total
		ugift	gift	separert/skilt	enke/mann	
Ulike kategorier	Arbeider	40,7%	10,4%		5,2%	26,2%
	lavere funksjonær	4,6%	1,4%	50%	1,7%	3,3%
	Mellomnivå funksjonær	0,6%	1,4%			0,8%
	Høyere funksjonær	1,2%	1,4%			1,1%
	Fisker	16,4%	18,6%		15,5%	17%
	Gårdbruker	2,4%	11,8%		5,2%	6,1%
	Andre selvstendige	4,3%	4,1%		5,2%	4,3%
	Yrkespassiv	29,4%	51,1%	50%	67,2%	41,1%
Total		100%	100%	100%	100%	100%
N		329	221	2	58	610

Missing 13

Kilde: egne data

Blant de ugifte pasientene finner vi hele 40 % arbeidere, 16 % fiskere og 30 % yrkespassive. Blant gifte pasienter er halvparten yrkespassive. I gruppa enker og enkemenn er halvparten yrkespassive. En kontroll for kjønn (tabellen er ikke vist) viser at det i gruppa yrkespassive er 61 ugifte kvinner, 105 gifte kvinner og 37 ugifte menn, 8 gifte menn. Halvparten av alle pasientene innen disse to verdiene er gifte kvinner.

**6.4 Etnisitet**

I innledningen til denne oppgaven er pasienten ”lappen – med utpræget lav panne” presentert. I medisinalberetningene (Forsdahl 1991) finner vi også gjengitt distriktslegenes omtale av den samiske befolkningen og den befolkningen som hadde finsk-norsk bakgrunn. Samene, særlig sjøsamene, beskrives som late, drikkfeldige og nervøse. Kautokeinosamene beskrives som degenererte, med mange tilfeller av sinnssykdom i familiene (ibid).

Skålevåg (2003) har i sin avhandling fra Gaustad sykehus sett etter spor av en rasehygienisk tankegang i journalene, men finner ikke dette. Det finnes heller ikke slike spor i innleggelsesprotokollene fra Rønvik asyl. Ivar Hansen (2004) og Ivar Bjørklund (1978) beskriver hvordan sosialdarwinismen utviklet seg i Norge. Et viktig instrument i nord var skolepolitikken. Skolesystemet oppfattet, i likhet med legetjenesten, samene som et folk med mindre evner enn nordmenn.

Pasientene ved Rønvik hadde slik etnisk bakgrunn:

**Tabell 24:**

**Etnisk bakgrunn. Frekvens**

Verdi	Antall	Prosent
Same	69	14,3
Kven	33	6,9
tater/reisende	3	,6
annen etnisk bakgrunn	5	1,0
Nordmann	371	77,1
Total	481	100,0

Missing 142

Kilde: egne data

Pasientene som har annen etnisk bakgrunn enn norsk utgjør 23 % av alle pasienter innlagt i denne perioden. Det er langt flere pasienter med samisk bakgrunn (14,3 %) enn registrert i befolkningen, hvor en finner mellom 5-8 % registrerte samer i samme perioden. Etnisk

bakgrunn er i protokollene gitt på bakgrunn av opplysninger fra pasienten og pasientenes pårørende. I protokollene står det for eksempel ”av norsk mor og norsk far”. Doktoren har ikke problematisert disse opplysningene. I de offisielle registrene er samer registrert etter hvilket språk som er daglig tale i familien.

Antall personer med norsk-finsk bakgrunn (kven) er 2 % i befolkningen. Blant pasientene innlagt i asylet er antallet 7 %.

Ivar Bjørklund skriver i sin magistergrad fra 1978 om forholdet mellom kven, same og nordmenn. I avhandlingen har han studert forholdene mellom de tre befolkningsgruppene. A. Helland (i Bjørklund, 78) beskriver forholdene slik: nordmannen ser på kvenen som mistenksom og ikke fri for misunnelse og hevnjerrig, og han er også langsint. Forfatteren Helland sier at nordmannen mener at samene ikke har noen forutsetninger for å lære, og at samene er deformert, hofteskakk og haltende. Videre at nordmannen selv er det ikke noe galt med (selv de som bor i nord), han er de to andre raser overlegne så vel legemlig som dyktig i militærtjenesten (ibid). Norske embetsmenn oppfattet sjøsamene som late og dumme. Det sto litt bedre til med kvenen, han drev jordbruk. Distriktslegen i Skjervøy legedistrikt beskrev sine pasienter slik: sjøsamene er skittenferdige, falske og dovne (i Bjørklund).

Det er flere forfattere som drøfter hvorvidt folketellingenes klassifikasjon av etnisitet er reell. Bjørklund har og vurdert folketellingene. Her framkommer det at det opprinnelige forelå en tellekategori som het ”blandet”, men som ble forandret på grunn av språkkriteriet. Han mener allikevel at fordelingen av etnisitet sier noe om folks oppfatning av kulturell tilhørighet idet det var lokale bygdefolk som utførte tellingene. Hanne Thorsen skriver i sin hovedoppgave ”registreringen av den samiske befolkningen i Nord-Norge fra 1845 til 1970 (1972) om hvordan blandingssekteskap ble registrert. Fra 1890 ble det bestemt at det var språket som bestemte etnisk tilhørighet. De fleste er blandede gruppene er registrert som norske. En langvarig fornorskingsprosess innvirker også på resultatet når vi ser på den etniske fordelingen over tid.

Når en finner en slik tilsynelatende overrepresentasjon av samisk og kvensk etnisk tilhørighet blant pasientene ved Rønvik kan det være interessant å se på hvordan disse gruppene ble ansett av nordmenn i denne perioden.

**Tabell 25:****Pasientene ved Rønvik etter etnisk bakgrunn og innleggelsesår. Prosent.**

		Innleggelsesår						Total
		1905	1909	1915	1920	1925	1933	
	same	12	17	12	23	4	1	69
		12,1%	20,7%	11,1%	21,5%	9,5%	2,3%	14,3%
	kven	9	6	8	6	3	1	33
		9,1%	7,3%	7,4%	5,6%	7,1%	2,3%	6,9%
	tater/reisende	0	0	2	0	1	0	3
		,0%	,0%	1,9%	,0%	2,4%	,0%	,6%
	annen etnisk bakgrunn	0	0	1	3	1	0	5
		,0%	,0%	,9%	2,8%	2,4%	,0%	1,0%
	nordmann	78	59	85	75	33	41	371
		78,8%	72,0%	78,7%	70,1%	78,6%	95,3%	77,1%
Total		99	82	108	107	42	43	481
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Missing 142

Kilde: egne data

Ser vi på fordelingen over år, finner vi at antall samiske pasienter var noe større i 1909 og 1920. Gruppen pasienter med kvensk bakgrunn går noe ned i 1920, men antall pasienter her er få. Andelen nordmenn varierer fra 70 til 78,8 % i alle årene unntatt i 1933, hvor de utgjør 95 % av alle pasientene. Her er det kun 43 nyinnlagte pasienter. Ser vi på forholdet mellom etnisitet og kjønn, er fordelingen 50-50 % innenfor samtlige verdier (tabell ikke vist).



**Tabell 26:****Pasienter ved Rønvik etter etnisk bakgrunn og diagnose. Prosent**

		Flere typer, datidens						Total
		demens	melankoli	dilirium	paranoid	manisk	andre diagnoser	
	same	24	11	0	0	13	19	67
		35,8%	16,4%	,0%	,0%	19,4%	28,4%	100,0%
	kven	10	4	0	0	3	14	31
		32,3%	12,9%	,0%	,0%	9,7%	45,2%	100,0%
	tater/reisende	0	0	0	0	0	3	3
		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	annen etnisk bakgrunn	2	0	0	0	0	3	5
		40,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	60,0%	100,0%
	nordmann	148	65	7	7	19	121	367
		40,3%	17,7%	1,9%	1,9%	5,2%	33,0%	100,0%
Total		184	80	7	7	35	160	473
		38,9%	16,9%	1,5%	1,5%	7,4%	33,8%	100,0%

Missing 150

Kilde: egne data

Ser vi på fordelingen av pasientene innenfor diagnosegruppene i forhold til etnisitet, finner vi at fordelingen innen demens og melankoli er nokså jevn mellom samer, kvener og nordmenn. Det er ingen pasienter med annen etnisk bakgrunn enn nordmenn som får diagnosen paranoid. Ser vi på diagnosen manisk, finner vi at 19,4 % av de samiske pasientene er manisk, noe som er spesielt for dem.

Nils Johan Lavik har i boka Rasismens intellektuelle røtter (1998) sett på hvordan legevitskapen, og særlig psykiatrien, har vurdert og behandlet pasienter etter rasehygieniske perspektiver. Rasistiske strømninger var, ifølge Lavik, betydelige også i Norden i første del av forrige århundre. Man var blant annet bekymret for farene for raseblanding mellom nordmenn og lapper. Det mest synlige utslaget av rasehygiene i Norge finner vi i steriliseringsloven av 1934. De norske psykiaterne spilte en ikke helt ubetydelig rolle i denne prosessen, men det

var også de som var kritiske til saken. Hensikten med denne loven skulle være å begrense minusvariantenes ubegrensede formeringstrang, som det het den gangen (ibid).

Diagnosen manisk kan i denne sammenhengen kanskje ses på som et uttrykk for manglende felles språk og kulturforståelse mellom doktor og pasient. Doktoren kan neppe samisk, og pasienten er kanskje dårlig i norsk. I tillegg kan utøvelsen av religiøs praksis være forskjellig, og det kan også andre kulturuttrykk. Forfatteren Lupton har beskrevet dette i boka ”Medicine as Culture” (1994), jamfør kapittel 3.

## 6.5 Hvor rekrutterte Rønvik pasientene fra?

Rekrutteringen må ses i sammenheng både med distriktlegenes praksis (Forsdahl 1991) og med fattigkassens betydning for innleggelsesmønsteret (Olaussen 1988). Det er 721 sinnssyke eller åndssvake personer i de tre nordnorske fylkene som er registrert som verdige trengende i 1915, jamfør NOS fattigstatistikk. Halvparten av disse kommer fra Nordland fylke. I folketellingene finner vi en hovedfordeling på bygd og by. For Nordland fylke er fordelingen nokså lik, mens en for Troms og Finnmark finner dobbelt så mange sinnssyke i byene som i bygdene.

**Tabell 27**

### Pasientenes hjemkommune - frekvens

Verdi	Antall	Prosent
By	108	17,4
grisgrendte strøk	168	27,1
Jordbrukskommune	208	33,5
Fiskevær	125	20,2
Industristed	11	1,8
Total	620	100,0

Missing 3

Kilde: egne data

60 prosent av pasientene kommer fra jordbrukskommuner eller fra grisgrendte strøk. Dette ser ut til å harmonere med bosettingsmønsteret i denne tidsperioden. De pasientene som kommer fra by eller fra fiskevær er omtrent like mange. Størrelsen på byene og på de store fiskeværene er ikke helt ulik på denne tiden. De fleste bodde i små husklynger på landet, enten hovednæringen var fiske og fangst, jordbruk eller reindrift, eller en kombinasjon av en eller flere av disse yrkene. Svært få pasienter kommer imidlertid fra industristed. Dette kan være fordi antall industristeder i registreringsperioden er få og de er beskjedne i størrelse.

**Tabell 28**  
**Hjemkommune fordelt etter kjønn, prosent**

		By	grisgrendte strøk	jordbruk	Fiskevær	industri	sum
	kvinne	48,1%	52,4%	50,5%	39,2%	72,7%	48,7%
	mann	51,9%	47,6%	49,5%	60,8%	27,3%	51,3%
	total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	N=	108	168	208	125	11	620

Missing 3

Kilde: egne data

Kjønnsfordelingen er veldig lik mellom pasientene som har bosted by, grisgrendte strøk og jordbrukskommune. Under industristed finner vi en overvekt av kvinner. Det totale antallet pasienter her er kun 11, slik at resultatet i liten grad kan tillegges noen vekt. I fiskeværene er det 60 % menn. Det ser ikke ut til at aldersspredningen slår spesielt ut i forhold til type hjemkommune (tabellen er ikke vist i manus).

**Tabell 29**  
**Hjemkommune sett i forhold til sivilstand, prosent**

		Ugift, gift, skilt/enke				Total
		ugift	gift	separert/skilt	enke/mann	
	By	58,9%	33,6%		7,5%	100%
	grisgrendte strøk	52,7%	37%	0,6%	9,7%	100%
	Jordbrukskommune	57,3%	34%	0,5%	8,3%	100%
	Fiskevær	41,6%	44,8%		13,6%	100%
	Industristed	81,8%	18,2%			100%
	Total	53,6%	36,3%	0,3%	9,4%	100%
	N=	331	226	2	58	617

Missing 6

Kilde: egne data

Når vi ser på sivilstand hos pasientene mot bosted, finner vi et stort flertall ugifte fra by og fra grisgrendte strøk, industristed og jordbrukskommuner. I fiskeværene er derimot fordelingen nokså jevn. Dette harmonerer ikke med øvrige funn, hvor det kan se ut som at det er forholdsvis mange unge, enslige fiskere i materialet. Forklaringen kan være at fiskere bor i mange kommunetyper, et flertall av disse neppe har permanent tilhold i et fiskevær.

Ser vi på hvor de ulike etniske gruppene bor, finner vi at den samiske og kvenske befolkningen i større grad enn den norske befolkningen bor i grisgrendte strøk. Tabellen er ikke vist her. Det bor langt flere nordmenn i jordbrukskommunene. Blant kvenene er det 30 % som bor i fiskeværene.

**Tabell 30**  
**Hjemkommune mot diagnose**

		Hjemkommunetype					Total
		by	grisgrendte strøk	jordbrukskommune	fiskevær	industriested	
	demens	36	71	88	40	6	241
		34,6%	42,8%	42,5%	32,0%	54,5%	39,3%
	melankoli	12	31	37	19	2	101
		11,5%	18,7%	17,9%	15,2%	18,2%	16,5%
	dilirium	2	2	3	1	0	8
		1,9%	1,2%	1,4%	,8%	,0%	1,3%
	paranoid	2	2	2	5	0	11
		1,9%	1,2%	1,0%	4,0%	,0%	1,8%
	manisk	7	15	14	6	2	44
		6,7%	9,0%	6,8%	4,8%	18,2%	7,2%
	andre diagnoser	45	45	63	54	1	208
		43,3%	27,1%	30,4%	43,2%	9,1%	33,9%
Total		104	166	207	125	11	613
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Missing 10

Kilde: egne data

Ser vi på diagnose fordelt etter bosted, er fordelingen nokså lik i forhold til hovedmønsteret. I gruppa demente er det flere pasienter som kommer fra grisgrendte strøk og jordbrukskommuner. Det samme finner vi innen melankoli. Blant dem som har fått diagnosen delirium er det derimot flere bosatt i by og færre i fiskevær. I gruppa paranoid kommer nesten halvparten fra fiskevær. I de to sistnevnte gruppene er imidlertid antall pasienter få. I gruppa manisk er fordelingen igjen lik mellom grisgrendte strøk og jordbrukskommuner. Andre diagnoser fordeler seg likt hovedmønsteret. Det kan være at denne fordelingen er tilfeldig, men den følger fordelingen mellom de ulike etniske gruppene.

## 6.6 Diagnoser

Ose(1976) beskriver hvordan de greske filosofene og legestanden så på galskap i et historisk perspektiv. Bore(2006) har publisert en artikkel som handler om idioter og tullinger i statistikken. I de tidlige folketellingene på 1800-tallet brukte man begrepene maniaci, melancholichi, dementes eller idiotæ om de sinnssyke pasientene. I tellingene fra 1845 og 55 var de sinnssyke enten rasende eller fjanter. I 1876 ble sinkene tatt med i tellingen etter ønske fra lærerne ved ”abnorme” skoler (spesialskolene), men de ble tatt ut igjen i 1891. Ved overgangen til nytt århundre ble åndssvake og sinnssyke igjen tatt med, blant annet fordi begge gruppene hadde krav på forpleining på det offentliges regning (ibid).

Winge (1904) beskriver også denne usikkerheten rundt diagnosene. De lekfolk som har registrert befolkningen i folketellingene, har neppe hatt kunnskap nok til å skille mellom for eksempel åndssvake og aldersdemente. Doktorene ved asylene har hatt et noe annet system for diagnosesetting (Skålevåg 2003), blant annet kunne de bruke begrepet insania degenerativa dersom det var svekkelser i slekta. Winge (1912) har beskrevet de ulike diagnosene og bruken av disse.

**Tabell 31**  
**Pasienter ved Rønvik etter diagnoser. Frekvens**

Verdi	Antall	Prosent
Demens	243	39,5
Melankoli	101	16,4
Delirium	8	1,3
Paranoid	11	1,8
Manisk	44	7,2
andre diagnoser	208	33,8
Total	615	100,0

Missing: 8

Kilde: egne data

Under ”andre” hører for eksempel insania (flere underkategorier), alcoholismus, paralysis generalis, idiotia, vitia org. Cerebri.

Ca 40 % av pasientene fått diagnosen dement. 16 % av pasientene har fått diagnosen melankoli, og 7 % har fått diagnosen manisk. Sinnssykestatistikken (NOS, ulike årganger) har en mer gradert skala enn det funn fra innleggelsesprotokollene viser. I statistikken fra 1917 har 62,8 % av pasientene fått diagnosen dement ved Rønvik asyl. De nasjonale tallene viser at 60,9 % av pasientene er demente. Det kan være variasjon mellom årene, og det er også mulig at direktøren i sin årsberetning bruker annet grunnlagsmateriale for statistikken enn det som er utgangspunktet for fordelingen ovenfor. Det kan se ut til at han har forenklet materialet da dette ble sendt inn til statistisk sentralbyrå.

**Tabell 32**

**Pasienter ved Rønvik etter diagnose og sivilstand, prosent:**

		Flere typer, datidens						Total
		demens	melankoli	dilirium	paranoid	manisk	andre diagnoser	
ugift		147	31	7	3	21	116	325
		45,2%	9,5%	2,2%	,9%	6,5%	35,7%	100,0%
Gift		72	55	1	5	18	74	225
		32,0%	24,4%	,4%	2,2%	8,0%	32,9%	100,0%
separert/skilt		0	0	0	0	0	2	2
		,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
enke/mann		21	14	0	3	5	14	57
		36,8%	24,6%	,0%	5,3%	8,8%	24,6%	100,0%
Total		240	100	8	11	44	206	609
		39,4%	16,4%	1,3%	1,8%	7,2%	33,8%	100,0%

Missing 14

Kilde: egne data

Det ser ut ikke ut til at sivilstand slår spesifikt ut på diagnosene.

Tabell 33

## Pasienter ved Rønvik etter diagnose og klasse, Prosent

		Flere typer, datidens						Total
		demens	melankoli	dilirium	paranoid	manisk	andre diagnoser	
arbeider		73	19	0	2	11	57	162
		30,4%	19,0%	,0%	18,2%	25,0%	27,9%	26,7%
lavere funksjonær		13	1	0	0	1	5	20
		5,4%	1,0%	,0%	,0%	2,3%	2,5%	3,3%
mellomnivå funksjonær		3	0	0	0	0	2	5
		1,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,0%	,8%
høyere funksjonær		3	2	0	1	0	1	7
		1,3%	2,0%	,0%	9,1%	,0%	,5%	1,2%
fisker		33	18	0	5	8	37	101
		13,8%	18,0%	,0%	45,5%	18,2%	18,1%	16,6%
gårdbruker		13	10	0	0	1	13	37
		5,4%	10,0%	,0%	,0%	2,3%	6,4%	6,1%
andre selvstendige		9	4	0	0	3	6	22
		3,8%	4,0%	,0%	,0%	6,8%	2,9%	3,6%
yrkespassiv		93	46	8	3	20	83	253
		38,8%	46,0%	100,0%	27,3%	45,5%	40,7%	41,7%
Total		240	100	8	11	44	204	607
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Missing 16

Kilde: egne data

Ser vi på diagnosene dement og andre diagnoser sammen, følger diagnosene den samme hovedfordelingen som vi finner når vi ser på pasientenes yrke – og klassetilhørighet. Ser vi på diagnosene paranoid og manisk finner vi at 45 % av pasientene som har fått førstnevnte diagnose er fiskere, og at 45 % av de som har fått sistnevnte diagnose er yrkespassive. Det er



mulig at diagnosesettingen følger av pasientenes kjønn. Den nasjonale statistikken (NOS sinnssykeasylenes virksomhet, for eksempel årgang 1917) viser den samme fordelingen mellom kjønn på disse to spesifikke diagnosene.

**Tabell 34**

**Diagnoser fordelt på innleggelsesår, prosent**

		Innleggelsesår						Total
		1905	1909	1915	1920	1925	1933	
	Demens	66	68	3	70	25	11	243
		27,2%	28,0%	1,2%	28,8%	10,3%	4,5%	100,0%
	Melankoli	21	31	15	13	7	14	101
		20,8%	30,7%	14,9%	12,9%	6,9%	13,9%	100,0%
	Dilirium	0	0	2	0	3	3	8
		,0%	,0%	25,0%	,0%	37,5%	37,5%	100,0%
	Paranoid	4	4	1	0	0	2	11
		36,4%	36,4%	9,1%	,0%	,0%	18,2%	100,0%
	Manisk	15	23	2	0	2	2	44
		34,1%	52,3%	4,5%	,0%	4,5%	4,5%	100,0%
	Andre diagnoser	43	19	102	27	5	12	208
		20,7%	9,1%	49,0%	13,0%	2,4%	5,8%	100,0%
Total		149	145	125	110	42	44	615
		24,2%	23,6%	20,3%	17,9%	6,8%	7,2%	100,0%

Missing 8

Kilde: egne data

Diagnosefordelingen viser en skjevfordeling mellom de ulike årene som ikke er lett å forklare. Ser vi på gruppa demente, har ca 28 % av pasientene fått denne diagnosen i 1905, 1909 og 1920. Øvrige år er det relativt få. Melankoli har en lik utvikling, men ikke i 1920. Delirium settes som diagnosene i årene 1915, 1925 og 1933. De to siste årene er det få nyinnleggelser ved sykehuset. Diagnosene paranoid og manisk gis til mange pasienter i 1905 og 1909. Den førstnevnte er det også flere som får i 1933. Bruk av andre diagnoser gis primært i 1905 og

1915. Det kan være at diagnosesetting utvikles og endres i disse årene, og det kan også være at sykdomsbildet er forandret i samme periode eller at det er andre samfunnsmessige endringer som slår inn her. Siden pasientmaterialet er lite i de årgangene nærmest andre verdenskrig, er det vanskelig å trekke bastante konklusjoner.

I gruppene demens og andre diagnoser er det en nokså jevn fordeling mellom kjønnene. Tabell ikke vist. Kjønnforskjellene finner vi under de andre diagnosene. Kvinnene har i noen større grad fått diagnosene melankolsk, delirium, maniske. Menn har i større grad fått diagnosene paranoide, alkoholister, syfilitikere. Litteraturen viser at kvinner oftere enn menn har fått diagnosen melankoli, menn diagnosen psykose (Hagen 1987, Prior 1999).

## **Kapittel 7 Sinnssykdom i nord**

I innledningskapitlet har jeg beskrevet utgangspunktet for denne oppgaven. Kan vi finne noe om den samfunnsmessige konteksten ved å studere de innlagte pasientene ved Rønvik asyl i perioden 1905 til 1935?

Kan vi finne spor av at pasientenes innleggelse er tuftet på samfunnets behov, eller er det primært den syke pasientens behov for behandling som er mest framtrædende? For å prøve å analysere dette fant jeg i innledningen, jamfør side 5, ut at innleggelsesmønsteret kan vurderes etter tre modeller:

- d) medisinsk forklaring › behandlingsoptimisme
- e) sosial og økonomisk forklaring › arbeidskraft
- f) sosiologisk forklaring › sosial avvik/kontroll

Mange forfattere har skrevet om samfunnets behandling av de sinnssyke og om samfunnsmessige årsaker til dette. I vår tid tyder pasientdata på at innlagte pasienter er eldre, yrkespassive personer med lav klassebakgrunn, og at det flere ugifte enn gifte personer, og noen flere kvinner enn menn (Hagen 1987).

I sosiologisk teori ser mange forfattere på sinnssykdom sett i forhold til samfunnets normsett og den sykes rolle. Vi kan se på den sykes rolle og samfunnets forventninger til den syke. Vi kan videre vurdere de sanksjoner som iverksettes når det enkelte menneske ikke opptrer i henhold til de etablerte normsett. Systemintegrasjon er betinget av sosial integrasjon (Habermas, Parsons og Giddens i Zeuner 1998).

I politisk og økonomisk teori kan utgangspunktet være at den syke ikke bidrar i produksjonsapparatet. Sykehusene har som funksjon å sikre at menneskene kan stå i arbeidsstyrken etter endt behandling. Økonomene ser, i likhet med funksjonalistene,

medisinen som en moralsk øvelse som brukes til å definere normalitet, straffe avvik og opprettholde sosial orden (Marx med flere, i Lupton 1994).

Et helt annet perspektiv vil være det medisinske. Det vokste fram en behandlingsoptimisme på 1800-tallet. Asylene var antatt å ha en helbredende effekt på pasientene, og isolasjon i seg selv hadde en terapeutisk verdi (Bøe 1994).

De opprinnelige hypotesene, jamfør forarbeidet til denne oppgaven, bygde på at pasientene før krigen hadde de samme sosiodemografiske kjennetegn som pasientene etter krigen. Etnisk bakgrunn ble ikke vurdert i nasjonale undersøkelser gjort etter krigen, men her har jeg gjort en vurdering av etnisitet.

Ose (1976) har beskrevet hvordan doktorene etter 1870 vendte sitt fokus mot etniske grupper samtidig som interessen for kjønnsykdommer og religiøs fanatisme økte. Sinnssykepleien på 1800-tallet var gjenstand for humanisering og vitenskapeliggjøring, og behandlingen av pasientene var preget av moralske imperativer. Asylbyggingen/innleggingen av pasientene i asyl kan ses på som sosial kontroll, ifølge Bøe (1994).

Befolkningen i nord bodde stort på bygdene ved inngangen til det århundret da asylet ble etablert. Levevilkårene var til dels dårlige, særskilt i Finnmark fylke (Forsdahl 1991). Byene var forholdsvis små. De samfunn som var i vekst var først og fremst fiskeværerne og enkelte gruvesamfunn. Befolkningen var ung. Landsdelen hadde ca 20 % fiskere. Særskilt for Nord-Norge i denne perioden var det flerkulturelle innslaget i befolkningen. I Nordland fylke var dette lite idet 98,5 % av befolkningen definerte seg som norske, i Finnmark var antallet nordmenn 48,3 % (folketellingene for de nordligste fylkene 1900). Antall sinnssyke pr tusen innbyggere var noe høyere i Finnmark enn i de to øvrige fylkene (tall fra folketellingene).

Det som skilte Nord-Norge fra resten av landet i denne perioden ser ut til å være fire forhold: levevilkårene i deler av befolkningen, bosettingsmønsteret og yrkestilknytningen (fiskeri og reindrift), det flerkulturelle innslaget i befolkningen, og et noe høyere antall sinnssyke pr tusen innbyggere i Finnmark fylke.

Hva kan vi finne om disse pasientene – og hvilke årsakssammenhenger kan vi se:

## 7.1 Kjønn, alder og sivilstand:

Flere forfattere skriver at kvinner har høyere prevalens enn menn for psykiatrisk sykdom, og at ekteskapet beskytter begge kjønn mot utviklingen av slik sykdom. Sosioøkonomiske faktorer må vurderes sammen med kjønn, alder og sivilstand. Undersøkelser gjort nasjonalt og internasjonalt etter krigen viser at det er en overvekt av kvinner som legges inn i disse sykehusene dersom en ser alle diagnoser under ett (Prior 1999).

Mine data viser at fordelingen av kjønn er svært jevn blant de nyinnlagte pasientene ved Rønvik asyl. Familiens sosioøkonomiske standard og hvem som har begjært innleggelse (far eller ektemann) kan ha betydning. De fleste pasientene er innlagt for fattigkassens regning, og her finner vi ikke noen systematisk kjønnsfordeling. Det er mulig at lavkonjunkturer i fisket kombinert med en generell depresjon på tjuetallet virker inn. Dersom det er tilfelle, får flere yngre menn psykiske lidelser. Det vil da påvirke kjønnsfordelingen blant pasientene slik at flere menn enn forventet får plass i asylet. Diagnosene vil også ha betydning idet er få pasienter som har fått diagnosen melankoli blant de innlagte pasientene, en diagnose flere kvinner enn menn normalt har fått i pasientpopulasjonene.

Over halvparten av pasientene som legges inn, er ugifte, og en tredjedel er gifte. Det ser ut til at teorien om at ekteskapet beskytter begge kjønn mot psykiatrisk sykdom har relevans også i dette materialet, men det må understrekes at det kun er 36 % av pasientene som er gift. Det er langt flere ugifte blant pasientene her enn i den nordnorske befolkningen generelt. Den store andelen ugifte, unge pasienter kan tyde på at de er hjemmeboende og svært syke. Jeg tror også her at de sosioøkonomiske faktorene har noe betydning dersom vi ser sivilstand opp mot levekårene i nord generelt. Om fattigkassens rolle som en sorterer av avviksbefolkningen, eller de uforskyldte uproduktive, her har vært framtrædende, er vanskelig å bedømme ut i fra dette materialet.

Når det gjelder alderen på de psykiatriske pasientene i nord kunne vi forvente at flere av pasientene var over enn under 60 år dersom aldersfordelingen før og etter krigen er lik. Ved Rønvik finner vi at 64 % av pasientene som ble innlagt er mellom 21 og 50 år gamle, og

nærmere 50 % av disse er fra 21 til 40 år i denne perioden. Aldersfordelingen er den samme nasjonalt. De er svært unge, sammenlignet med pasienter innlagt etter krigen. Det kan være at legenes tro på at arv er den fremste årsaken til sykdom har betydning for pasientenes alder. Dersom det hadde vært mulig å se på psykiske lidelser i pasientens slekt systematisk, ville vi kanskje finne en sammenheng mellom bruk av ungdoms- og alderssløvsinn. Jeg tror imidlertid at alder kombinert med yrkespassivitet for kvinnene og fiske for de unge mennene er en mer sannsynlig forklaring enn den rent medisinske. Det betyr at sosioøkonomiske årsaksforklaringer kan stå sterkt i denne sammenhengen.

## **7.2 Yrke og klasse:**

Ser vi på yrkesfordelingen i materialet fra Rønvik sykehus så er 32 % hjemmeværende, 17 % er fiskere, 9,5 % bønder og 15 % er ansatt innen offentlig eller privat tjenesteyting. 90 % av de hjemmeværende pasientene er kvinner. De arbeidsledige er få, kun 1,8 % av alle pasientene. Fiskerne utgjorde 15 % av befolkningen i nord (folketellingene).

Det ser ikke ut til at noen av yrkesgruppene er overrepresentert dersom vi ser på yrkesfordelingen for de tre nordnorske fylkene under ett i samme tidsperioden. Det er innlagt noen flere fiskere og noen færre bønder, men forskjellen er svært liten. Ser vi på antall hjemmeværende, arbeidsledige og personer på kår/pensjon under ett, harmonerer også antallet her med antall personer nasjonalt i samme tidsperioden, jamfør folketellingene.

Den store gruppa i materialet er de hjemmeværende, og de er svært mange sett i forhold til antall hjemmeværende i befolkningen. Her tror jeg vi kan vurdere innleggelsene både etter en teori om medisinske årsaker, sosioøkonomiske årsaker og sosial segregasjon. Leser vi i innleggelsesprotokollene og sammenholder dem med diagnosene, ser det ut til at disse pasientene er svært syke ved innleggelsen. Psykotiske pasienter antas å være fritatt for vanlige sosiale forpliktelser, og disse pasientene plasseres utenfor det normale samfunnet (Mathiesen 1959). Her foregår det en segregasjonsprosess. Med fattigdom følger gjerne dårlig sosial integrasjon, eller mislykket sosialisering (Blackburn 1991). Det store antallet hjemmeværende i mitt materiale kan være tegn på dette.

De sosioøkonomiske perspektivene kommer kanskje fram dersom vi vurderer fattigkassens rolle ved innleggelsene. Fattigkassen fungerer primært som en sykekasse. I den nordnorske befolkningen finner vi litt i overkant av 2 % sinnssyke pr 1000 innbyggere i årene 1900 til 1920, men antallet øker litt i perioden, jamfør folketellingene. Ser vi på fattigkassens virksomhet i nord i 1915, finner vi at de sinnssyke og åndssvake som er forsørget av denne utgjør rundt 0,5 % av befolkningen (NOS fattigvesenet 1915). Når vi ser på levekårene generelt i den samme perioden i nord, er landsdelen til dels preget av fattigdom, og dette gjelder særlig Finnmark fylke (Forsdahl 1991). Dårlige sosioøkonomiske kår kan ha påvirket innleggelsesmønsteret.

Ser vi på klassetilhørighet, finner vi tre store grupper blant pasientene. 26,3 % tilhører arbeiderklassen, 16,9 % er fiskere og 41,3 % er yrkespassive. Flertallet av de yrkespassive er kvinner.

Lagdelingsstrukturene griper direkte inn i den sinnssykes forhold til omgivelsene og hans muligheter for reintegrasjon i normal interaksjon (Mathiesen 1959). Jo lavere samfunnsklassen er, jo høyere er raten av psykosene (ibid). Det store flertallet av pasientene i alle klassene har fått diagnosen dement eller andre diagnoser. Diagnosen melankoli er gitt til flere høyere funksjonærer og til gårdbrukere enn til andre klasser.

Ser vi på klasse i forhold til sivilstand, er flertallet blant arbeiderne ugift, mens flertallet blant de yrkespassive er gifte. Dette funn tyder på at beskyttelseeffekten for gifte kvinner i lavere samfunnsklasser er mindre enn for gifte kvinner generelt (ibid). Når det gjelder klassesdimensjonen, er det mulig at samfunnets behov for sosial kontroll virker inn. Den sosioøkonomiske dimensjonen kan ha påvirket innleggelsesmønsteret dersom dette er pasienter som ikke bidrar eller kan bidra i arbeidsstyrken. Et flertall av de yrkespassive pasientene er hjemmeværende, gifte kvinner. Et fåtall er arbeidsledige menn. Dersom det er slik at disse kvinnene ikke kan delta i gårdsarbeidet, arbeid på fiskebruket eller er for syke til å ivareta sine omsorgsforpliktelser, finner vi en blanding både av årsaksforhold som direkte kan knyttes opp mot teori om sosioøkonomiske forklaringer på psykiatiske lidelser, men som også kan vurderes ut ifra rent medisinske aspekter.

### 7.3 Etnisitet:

De aller fleste pasientene innlagt ved asylet er registrert som nordmenn, 77,1 %. Antall samer utgjør 14,3 %, kvener 6,9 %. Ser vi på befolkningen i nord er forskjellen mellom de tre nordnorske fylkene stor. Nordland fylke har i overkant av 98 % nordmenn. Troms har 85,4 % nordmenn og 11,9 % samer i. Gruppen kven utvikler seg i samme retning som samene. I Finnmark er det 48,3 % nordmenn og 35,9 % samer. Pasientene i mitt materiale er ikke registrert fylkesvis på grunn av mulig personidentifisering.

Ser vi på alle fylkene samlet over hele denne tidsperioden, vil antall samer være mellom 4 og 8 %, antall kvener 2 til 4 %, jamfør folketellingene. Antall pasienter med slik bakgrunn er nær dobbelt så mange som gjennomsnittet i befolkningen sammenlagt i de tre nordligste fylkene, men allikevel relativt få i forhold til det totale antall pasienter.

De distriktslegene som virket i nord viet også de samiske pasientene særskilt interesse. Enkelte av medisinalberetningene fra denne perioden viser at interessen for degenerasjonslæren er sporbare idet beskrivelsene, særlig av sjøsamene, minner om legen Gall sin beskrivelse av de villmenn midt i kulturens sentrum (Forsdahl 1991, Lorenz 1981).

Når jeg leser innleggelsesprotokoller og journaler, kan jeg imidlertid ikke finne at det er de samiske pasientene særskilt som beskrives som late, skitne, tullete og umoralske. Dette er en type beskrivelse som vi finner nedskrevet ved mange innleggelser, og den er mer kjønnsespecifikk enn relatert til etnisitet. Etnisk bakgrunn er for øvrig kun notert, men ikke drøftet eller problematisert i de samme protokollene. Journalnotatene er ganske enkle, og sier mest om behandlingen pasienten har fått.

Ser vi på alder, sivilstand og kjønn, finner vi ingen variasjon mellom de etniske gruppene. Yrke gjør kun utslag i forhold til reindrift, men ellers skiller ikke samer og kvener seg ut i forhold til yrkesspredningen. Det samme gjelder klasse.

Jeg tror at innleggelsesratene kan, i noen grad, vurderes ut fra modellen om sosialt avvik og sosial kontroll som forklaring på psykiatriske lidelser. Det ser ut til at den samiske og kvenske befolkningen kan ses på som stigmatiserte, både sett fra statens fornorskingsiver og ut fra beskrivelsene statens embetsmenn (lærerne og distriktslegene) har gitt av denne delen av



befolkningen i nord (Bjørklund 1978, Forsdahl 1991). De som har en dårlig psykisk helse i henhold til datidens definisjoner og tillegg er same eller kven, kan være dobbelt stigmatiserte. Ser vi imidlertid på det totale antall pasienter med samisk/kvensk bakgrunn opp mot norske pasienter, er antallet relativt lite. Ser vi derimot på det samme antallet i forhold til fordelingen i befolkningen, er det dobbelt så mange innlagt. Konklusjonen må derfor være at etnisk bakgrunn i seg selv har, i noen grad, betydning for innleggelsene i asyl i perioden mellom 1905 og 1935.

#### **7.4 Pasientenes hjemkommune – hvor kom de fra?**

Pasientene fordeler seg nokså jevnt på by, griseværdt strøk, jordbrukskommune og fiskevær, men 60 % av pasientene kommer fra griseværdt strøk eller jordbrukskommuner. Flertallet av innbyggerne bor også i disse kommunene, jamfør folketellingene. Kommunene med bystatus og fiskeværerne er nokså like i antall innbyggere i denne perioden. Få pasienter kommer fra industristeder. Kjønnfordelingen er stort sett jevn blant pasienter fra alle kommunetyper. Sivilstand slår heller ikke spesifikt ut på kommunemønsteret, annet enn at det er et flertall ugifte alle steder unntatt i fiskeværerne, hvor antallet gifte og ugifte er nokså likt.

Tidligere i oppgaven er det beskrevet hvordan de store asylene ble opprettet for å kontrollere industrisamfunnets sosiale og moralske problemer. Urbanisering ble også oppfattet å svekke familiestrukturene og å fremme alkoholbruk (Bøe 1994). Bosettingsmønsteret i nord viser at befolkningen bor spredt, mellom 80 og 90 % bor på bygdene. Ser vi på antall sinnssyke fordelt på bygdene og byene er tallene jevnt nokså fordelt på bygdene i de tre fylkene. I Troms og Finnmark er det flere syke i byene, jamfør folketellingene. Yrkesfordelingen i nord er ulik yrkesfordelingen i resten av landet fordi det er flere fiskere, ansatte i reindriftsnæringen, og færre bønder enn i sør.

Det er generelt vanskelig å vurdere pasientenes hjemkommune opp mot medisinske, sosioøkonomiske eller sosiologiske forklaringsmodeller. Fordelingen av pasientene er som tidligere nevnt nokså jevn fordelt på kommunetyperne.

## 7.5 Diagnoser

Ett av spørsmålene knyttet til materialet om de psykiatriske pasientene i nord er å se hva slags diagnoser de har fått på sine psykiatriske lidelser. Vi finner at 16,4 % av pasientene er melankolske, 7,2 % av pasientene maniske, mens nærmere 75 % av pasientene har fått diagnosen dement eller andre diagnoser.

Ser vi på diagnosene fordelt på kjønn, finner vi variasjon fra diagnose til diagnose. Innenfor gruppen demente er kjønnsfordelingen nokså lik. Innenfor gruppene melankoli, delirium og manisk er det et flertall kvinner, og innen paranoid og 'andre diagnoser' er det et flertall menn. Når det gjelder sistnevnte, skyldes dette blant annet at syfilis og alkoholisme er rubrisert her. Ser vi på sivilstand er det tilsvarende variasjon mellom gifte og ugifte. Det er et flertall ugifte pasienter som har fått diagnosene dement, delirium og andre diagnoser, et flertall blant de gifte pasientene har fått diagnosene melankoli og paranoid. Ser vi på diagnoser i forhold til alder, er det en jevn spredning innenfor aldersgruppene 21 til 50 år. Innenfor diagnosene melankolsk og manisk finner vi noen pasienter over 50 år (ca 20 %), og innenfor diagnosene dement eller andre diagnoser finner vi at nærmere 30 % av pasientene er mellom 21 og 30 år.

Ser vi på fordelingen etter klasse, finner vi at fiskere og arbeidere har i langt større grad enn andre fått diagnosene paranoid, manisk og diagnoser rubrisert under annet (herunder alkoholisme og idioter). Ser vi på yrker, har et flertall bønder, sjømenn og ansatte innen administrasjon og tjenesteyting fått diagnosen dement eller andre diagnoser. Diagnosen manisk har høyest frekvens blant fiskere. Mange hjemmeværende har fått diagnosen melankoli.

Diagnosefordelingen viser at et flertall demente og maniske pasienter og pasienter med andre diagnoser kommer fra grise- og jordbrukskommuner. Et flertall pasienter med delirium kommer fra byene, og halvparten av de paranoide pasientene kommer fra fiskeværerne.

Mange av pasientene har fått diagnosen dement. Det er mulig at disse pasientene på grunn av sykdom og diagnose er ikke kan fungere i arbeidsstyrken, men det kan også være omvendt: de kan lettere ha fått diagnosen og sinnssykeattesten fordi det ikke er arbeid til dem. Her kan vi

både se en antydning til sosial segregasjon og til sosioøkonomiske forklaringer. Hvis en betrakter innleggelsene ut ifra et rent medisinsk perspektiv kan vi bruke andre forklaringsvariabler på forekomsten av sinnssykdom i befolkningen. Asylets leger beskrev denne sykdommen som i sterk grad forårsaket av arv. Imidlertid er miljøfaktorene tatt med i legenes beskrivelser av den enkelte pasient, forhold som alkoholbruk og seksualitet er blant annet beskrevet i innleggelsesprotokollene.

Når det gjelder diagnoser, har en ganske stor gruppe samiske pasienter fått diagnosen manisk, noe som er spesielt for dem. Etniske minoriteters helse kan også ses fra en sosialantropologs synsvinkel og ut fra et krysskulturelt perspektiv (Lupton 1994). Det kan være at et annet språk og en annen kulturbakgrunn kan forklare hvorfor doktoren har oppfattet så mange av disse pasientene som maniske.

Ettersom diagnosesettingen er så sterkt er preget av både biologi og sosiale og moralske aspekter, er det naturlig å vurdere diagnosene ut ifra en blanding av medisinsk og sosiologisk teori. Sett ut fra et rent medisinsk perspektiv kan vi konstatere at pasientene er svært syke og må innlegges i asyl. Når vi ser at doktorens argumenter for den samme innleggelsen handler om dårlig moral, latskap, selvbesmittelse, religiøse villfarelser, alkoholbruk og syfilis, er det naturlig å vurdere pasientene og diagnosene de har fått både ut fra sosial segregering tuftet på avviksteori og samfunnets behov for sosial kontroll.

## **7.6 Konklusjon**

Når vi ser på pasientenes sosiale bakgrunnsdata, finner vi at pasientene i nord på mange måter ikke skiller seg ut fra psykiatriske pasienter generelt i den vestlige verden, og at pasientene tidlig i forrige århundre på mange måter hadde de samme kjennetegn som pasienter har i dag.

Vi finner imidlertid noen særtrekk ved pasientene innlagt her; de er unge og det er like mange av hvert kjønn. I vår tid ser det ut til at det er flere kvinner enn menn som legges inn i sykehus, og flere eldre enn yngre pasienter. Det er et flertall ugifte pasienter både før og etter krigen. Jeg tror primært at levevilkår generelt og yrkesstruktur vil ha betydning for pasientenes kjønn og alder. Levevilkårene i nord var, for folk flest, variable, og særskilt dårlige var de for mange i Finnmark fylke. Det store antallet innlagte fiskere kan forklare kjønnsbalansen blant pasientene. Slik ser vi at næringsmønsteret i nord slår inn blant

pasientene. Pasientene har en hovedfordeling på 26 % arbeidere og 41 % yrkespassive. Når vi ser på innleggelsene i landets asyl generelt, ser det ut til at det er flere pasienter i nord i gruppa yrkespassive. Det kan harmonere med at andelen yrkesaktive kvinner i nord er svært lite sett i forhold til sør i landet, men det kan også hende at registreringsformen, både i folketellingene og i innleggelsesprotokollene, skjuler at mange av disse kvinnenes reelle yrkesutøvelse.

Vi finner ingen overhyppighet av pasienter med annen etnisk bakgrunn enn norsk, det store flertall av pasientene oppgis å ha norske foreldre. Her må vi ta to forbehold; antall missing i registreringen, og hvordan pasienten eller pasientens slektninger har definert sin etniske bakgrunn. Det legges imidlertid inn flere pasienter av samisk eller kvensk opprinnelse enn det antallet vi finner i befolkningen, og vi kan kanskje her se en viss effekt av datidens rasehygiene i innleggelsesmønsteret. Det er imidlertid ikke skriftlig dokumentert i innleggelsesprotokollene. Går vi til andre skriftlige kilder som for eksempel medisinalberetningene, er holdningene til den enkelte doktor ganske tydelig (Forsdahl 1991).

Dersom vi skulle ha noen forventninger til kommunetilhørighet, ville den kanskje bygge på nåtidens antakelser om en kombinasjon av urbanisering og også til nærhet til sykehuset (Hagen 1987). Flertallet av pasientene kommer imidlertid fra spredtbygde strøk og fra jordbrukskommuner. Det ser derfor ikke ut til at vi finner noen sterk urbaniseringseffekt i materialet bortsett fra i enkelte bysamfunn og i fiskeværene. Mest tydelig er aktivitetene i sistnevnte under vinterfisket (Søbye 2000). Vi må imidlertid ta det forbehold at næringsveiene i mange av kommunene i nord både er og var sterkt blandet, slik at registreringen kan skjule en eventuell begynnende urban effekt.

Diagnosene må ses i et historisk perspektiv. Over 70 % av pasientene har fått diagnosene dement eller samlegruppen andre diagnoser. Når vi ser på hvorfor pasienten er blitt syk, finner vi en blanding av arv og miljø som årsaksfaktorer. Det vi også kan vise i denne oppgaven, er noe av doktorens holdninger til disse pasientene.

Garfinkel (1984) skriver om retten til å definere hva som er normale relasjoner i et samfunn. Her ser vi hvordan distriktslegene og asyldirektørene definerer denne pasientgruppen i forhold til ”det normale”.

Enkelte sosiodemografiske bakgrunnsvariabler kan kanskje vurderes både i forhold til fortid og nåtid, som kjønn, alder, sivilstand og klasse, men generelt må vi ta hensyn til at det var en annen sosioøkonomisk levestandard, en annen yrkesfordeling, til dels ulike ideologiske samfunnsmessige posisjoner og en form for diagnosesetting som ikke direkte kan koples mot dagens diagnosesystem.

Ser vi samlet på denne pasientgruppen, heller jeg derfor til at vi kan årsaksforklare innleggelsene ut i fra en blanding av både behandlingsbehov, sosiale og økonomiske behov og samfunnets behov for å kontrollere sosiale avvik. Jeg tror at de sosiale og økonomiske behovene sammen med behovet for å kontrollere avvik står sterkere som forklaringsmodeller når vi til sammen ser på alder, yrke, klasse, etnisk bakgrunn og diagnose. Antallet unge pasienter med lav klassebakgrunn og annen etnisk bakgrunn enn norsk koplet sammen med diagnosesettingen tyder på at det har foregått en viss utsortering som ikke bare skyldes psykiatrisk sykdom, men også utsortering av de uproduktive menneskene i samfunnet. Distriktlegenes negative omtale av den samiske befolkningen koplet sammen med det antall samer som er innlagt i asylet og den diagnosen mange av disse har fått tror jeg tyder på at samfunnet forsøker å utøve kontroll over de etniske gruppene, og at den formen dette antar må sies å være inspirert av sosialdarwinismen.

Ser vi på stigma generelt ut i fra mange forfatteres beskrivelser av psykiatriske pasienter gjennom historien (jamfør oppgavens første del), ser vi en gruppe mennesker som er sterkt stigmatiserte på grunn av sine psykiske lidelser. De pasientene som i tillegg har annen etnisk bakgrunn enn norsk, ser ut til å bære på et stigma nummer to. Pasientene som er innlagt på grunn av dårlig moral og annen upassende oppførsel, ser ut til å bære på ytterligere et stigma. Det ser ut til at samfunnet forsøker å opprette sosial kontroll også gjennom å kontrollere disse pasientenes atferd.

## Vedlegg:

1. Tabelloversikt
2. Litteraturliste
3. Tabeller ikke vist i teksten
4. Tillatelser gitt for innhenting og bearbeiding av data
5. Skjema for innsamling av data

1. Tabelloversikt:

## Data fra folketellingene:

1. Pasienter i privatpleie og innlagt i sykehuset, oversikt fra Nordland: side 31
2. Innlagte pasienter ved Rønvik fordelt på diagnoser i 1910: side 34
3. Antall sinnssyke og åndssvake pr 1000 innbyggere i nord året 1910: side 39
4. Fordeling av kvinner og menn i de tre fylkene, utvalgte år: side 40
5. Fordeling av befolkningen i bygd og by i nord, 1910 og 1930: side 41
6. Sivil status fordelt på kjønn, fylkesvis, år 1900: side 41
7. Noen utvalgte yrker i nord, år 1900: side 42
8. Utviklingen i antall sinnssyke og åndssvake, fylkesvis, flere år: side 43
9. Ulik etnisk bakgrunn i bygdene, fordelt på fylkene år 1900 og 1920: side 44
10. Utviklingen i etnisitet over tid, årene 1845 og 1930: side 45
11. Årsak til hjelpebehov i 1915 fordelt på fylkene: side 50

## Egne data:

12. Pasienter fordelt på kjønn, frekvens: side 52
13. Pasienter etter kjønn og innleggelsesår, prosentfordeling: side 53
14. Pasienter fordelt etter sivilstand, frekvens: side 55
15. Pasienter fordelt etter alder, frekvens: side 56
16. Pasienter etter kjønn og alder, prosentfordeling: side 58
17. Pasienter etter kjønn og sivil status, prosentfordeling: side 59
18. Pasienter fordelt etter yrke, frekvens: side 60
19. Pasientens familiebakgrunn etter yrke, frekvens: side 63

20. Pasienter fordelt etter klasse, frekvens: side 64
21. Pasienter etter klasse og etnisk bakgrunn, prosentfordeling: side 65
22. Pasienter etter klasse og kjønn, prosentfordeling: side 66
23. Pasienter etter sivilstand og klasse, prosentfordeling: side 68
24. Pasienter fordelt etter etnisk bakgrunn, frekvens: side 69
25. Pasienter etter etnisk bakgrunn og innleggelsesår, prosentfordeling: side 71
26. Pasienter etter etnisk bakgrunn og diagnose, prosentfordeling: side 72
27. Pasientene fordelt etter hjemkommune, frekvens: side 73
28. Pasientenes hjemkommune og kjønn, prosentfordeling: side 74
29. Pasientenes hjemkommune og sivilstand, prosentfordeling: side 75
30. Pasientenes hjemkommune og diagnose, prosentfordeling: side 76
31. Pasientenes diagnoser, frekvens: side 77
32. Pasientenes diagnoser og sivilstand, prosentfordeling: side 78
33. Pasientenes diagnoser og klasse, prosentfordeling: side 79
34. Pasientenes diagnoser fordelt på innleggelsesår, prosentfordeling: side 80

## 2. Litteraturliste:

- |                     |   |
|---------------------|---|
| Aaslestad, Petter:  | <b>Pasienten som tekst: fortellerrollen i psykiatriske journaler: Gaustad 1890-1990</b> : 1997<br>Oslo: Tano Aschehoug                          |
| Album, Dag:         | <b>Kommentarer til standard for inndeling etter sosioøkonomisk status:</b><br>1988, Oslo: statistisk sentralbyrå                                |
| Aubert, Vilhelm:    | <b>Den samiske befolkning i Nord-Norge:</b> 1978<br>Oslo: Statistisk sentralbyrå  |
| Berger og Luckmann: | <b>Den samfunnsskapte virkelighet:</b> 2000<br>Bergen: Fagbokforlaget   |
| Bjørklund, Ivar:    | <b>Kvæn - same - norsk: en sosial-antropologisk analyse av "De tre stammers møte":</b> 1978<br>Magistergradsavh. - Universitetet i Tromsø, 1978 |
| Blackburn, Clare:   | <b>Poverty and health: working with families:</b> 1991<br>Milton Keynes: Open University Press  |
| Blomberg, Wenche:   | <b>Galskapens hus: utskilling og internering i Norge 1550-1850:</b> 2002<br>Oslo: Universitetsforlaget.   |
| Blomberg, Wenche:   | <b>Vannkurer og klassesdeling i psykiatriens barndom: 1998</b><br>Oslo, institutt for kriminologi, kapittel i årsrapport                        |
| Bore, Ragnhild:     | <b>Om idioter og tullinger i statistikken:</b> 2006   |

Oslo, samfunnsspeilet nr 3, statistisk sentralbyrå

- Bøe, Jan Bjarne: **De utsatte: psykiatriske pasienter i privatpleie på Jæren 1950-1970:** 1991  
Avhandling (dr. art.) - Universitetet i Bergen, 1991
- Bøe, Jan Bjarne: **Synd, sykdom og samfunn: linjer i sinnssykepleiens historie:** 1994  
[Oslo]: Ad notam Gyldendal
- Drivenes, Einar Arne: **Fiskarbonden og gruvelusk:** 1985  
Oslo: Universitetsforlaget
- Durkheim, Emile: **Selv mordet:** 1991  
Oslo: Gyldendal
- Engelstad, Fredrik & Kalleberg, Ragnvald: **Social time and social change: perspectives on sociology and history:** 1999  
Oslo: Scandinavian University Press
- Fluge, Rannveig: **Overfattigkommissjonen for Bergen stift: forholdet mellom lovverket for overkommisjonen og overkommisjonens virksomhet i praksis innen fattigvesenet i Bergen stift i perioden 1755-1770 / 2005**  
Mastergradsoppgave i historie - Universitetet i Bergen, 2005 I
- Forsdahl, Anders: **Utdrag av medisinalberetninger fra Finnmark 1863-1929:** 1991  
Vadsø, Fylkeslegen i Finnmark
- Forsdahl, Anders: **Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990:** 1993  
Tromsø, ISM skriftserie nr 27
- Fox Piven og Clovard: **Regulating the poor: the functions of public welfare:** 1971  
New York: Pantheon Books
- Foucault, Michel: **Madness and Civilizations:** 1965  
USA: Random House
- Fuglesang, R.J.: **Rasehygiene og sosialpolitikk:** 1944  
Oslo: Brage boklag
- Fygle, Svein: **Marmor og menneskeskjebner: Rønvik sykehus i det 20. århundre** 2002  
Bodø: Nordlandssykehuset Bodø psykiatri
- Fygle, Svein: **Nordland psykiatriske sykehus 1894-1970(1983): arkivkatalog** 1988  
Bodø: Nordlandsarkivet
- Garfinkel, Harold: **Studies in ethnomethodology:** 1984  
Cambridge: Polity Press
- Giddens, Anthony: **Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis:** 1979  
London: Macmillan
- Goffman, Erving: **Stigma: 1963,** Hammondsworth; London: Penguin
- Hagen, Helge: **Hvem blir pasienter i psykiatriske institusjoner? : en epidemiologisk registerstudie:** 1987  
[Oslo]: Sosialdepartementet
- Hamsun, Knut: **Benoni; Rosa; En vandrer spiller med sordin:** 1976



I samlede verker, Oslo, Gyldendal forlag

- Hansen, Ivar, Olsen Bjørnar: **Samenes historie:** 2004.  
Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Hermundstad, Gunvald: **Psykiatriens historie:** 1999  
Oslo: Ad notam Gyldendal
- Høyer, Dalgard: **Lærebok i rettspsykiatri:** 2002  
Oslo: Gyldendal akademisk
- Israel og Calais: **Medicinsk sociologi:**1972  
København: Reitzel
- Larsen, Paulsen, Karlsen: **En studie av registreringsrutinene ved Nordland psykiatriske sykehus: 1987**  
Studentarbeid - Høgskolesenteret i Nordland, 1987
- Lavik, Nils Johan: **Rasismens intellektuelle røtter: rase, psykiatri og vitenskap - et historisk perspektiv:** 1998  
[Oslo]: Tano Aschehoug
- Lindbekk, Tore: **Samfunnsteori: fra Marx til Giddens:** 2001  
Oslo,
- Lorentz, Einar: **Samefolket i historien:** 1981  
Oslo: Pax
- Ludvigsen, Kari: **Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen, 1820-1920 :**  
1998, Universitetet i Bergen
- Lupton, Deborah: **Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies:** 1994  
London: Sage Publications
- Løøv, Anders; **Samemisjonæren Isaac Olsen (1680-1730) og hans "Underdanigst Undrettning om Norlandenne" (1718):** 1994  
Snåsa: Saemien sjiite
- Mathiesen, Thomas: **Samfunnsklasse og sinnssykdom: 1958**  
Oslo: Universitetet i Oslo  
Forelesning holdt for magistergraden høsten 1958
- Melling and Forsythe: **Insanity, institutions, and society, 1800-1914: a social history of madness in comparative perspective:** 1999  
London New York: Routledge
- Midre, Georges: **Bot, bedring eller brød? : om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til folketrygden:** 1990  
Oslo: Rådet for samfunnsvitenskapelig forskning, NAVF  
Universitetsforlaget
- Mjøen, Jon: **Rasehygiene:** 1945  
Oslo: Centralforl.
- Nielsen, Ellen Kristine: **Etableringen av et offentlig fattigvesen: en sammenligning av fattigkommisjonen i Kinsarvik og Kvinnherad 1755-1770 etter 1755-anordningen for Bergen stift:** 2001  
Hovedoppgave i historie - Universitetet i Bergen, 2001 II
- Nordstrand, Eiliv: **Mellom to fattiglover: norsk fattigvesen 1863-1900 :** 1976  
Hovedoppgave i historie - Universitetet i Bergen, 1976 II
- Nordland amt: **Amtsprotokoller, årganger fra 1900 til 1935**

- Tromsø, UiTø
- Olaussen, Hilde: **Fattigvesenet i Oslo gjennom krise og reform 1920 – 1940:** 1988  
Hovedoppgave i historie - Universitetet i Oslo
- Olaussen, Hilde: **Lov om fattigvesenet av 19. mai 1900:** 1945  
Oslo: Grøndahl
- Olsen, Isaac: **Om lappernes vildfarelser og overtro:** 1910
- Ose, Eivind: **Virkninger av strukturendringer i psykiatriske sykehus: en studie belyst ved eget materiale:** 1976  
Bergen: Universitetsforlaget
- Prior, Pauline: **Gender and mental health:** 1999  
Houndmills, Basingstoke: Macmillan
- Ramsøy og Vaa: **Det Norske samfunn:** 1977  
Oslo: Gyldendal
- Rønvik sykehus: **Innleggelsesprotokoller og journalnotater 1900-1935**  
Bodø, Nordlandssykehuset avdeling psykiatri
- Sciøtz, Aina: **Doktoren : distriktslegenes historie 1900-1984 :**2003  
Oslo: Pax
- Seip, Anne-Lise: **Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920:** 1994  
Oslo: Gyldendal
- Sjøstrøm, Bengt: **Kliniken tar över dårskapen: om den moderna svenska psykiatris framväxt:** 1992  
Göteborg: Daidalos
- Skålevåg, Svein Atle: **Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870-1920:** 2003  
Avhandling (dr. art.) - Universitetet i Bergen, 2003
- Statistisk sentralbyrå: **Folketellingene for Nordland, Troms og Finnmark**  
Utgaver i Tromsø – UiTø, årganger fra 1900 til 1935
- NOS sinnssykeasylenes virksomhet**  
Kristiania, årganger fra 1900 til 1935
- NOS fattigvesenet**  
Kristiania årganger fra 1900 til 1935
- Søbye, Espen: **Karneval i Lofoten :** 2000  
Oslo, Fra forrige årtusen, statistisk sentralbyrå
- Thorsen, Hanne Christine: **Registreringen av den samiske befolkning i Nord-Norge fra 1845 til 1970:** 1972  
Magistergradsavhandling i sosiologi. Univ. i Oslo, 1972.
- Tranøy, Joar **Utstøting av reisende folk i lokale samfunn i mellomkrigstiden:**  
1997
- Winge, Paul: **Om fortidens psykologiske og psykiatriske forestillinger og begreber:** 1912  
Kristiania: I kommission hos Jacob Dybwad
- Winge, Paul: **Fattigvæsenets stilling til sindssygepleien (1537-1851):** 1904  
Christiania:

Zeuner, Lilli:

**Sociologisk teori om social integration: teorier av Talcott Parsons, David Lockwood, Jürgen Habermas og Anthony Giddens og disses perspektiver for det empiriske arbejde: 1998**  
København: Socialforskningsinstituttet

Øgar, Kolstad, Kindseth:

**Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984**  
1986  
Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning