

Den store institusjonsoppbyggingen

Borgny Vold

I 1848 fikk vi den første "moderne" sinnssyke-loven. Loven ble først opphevet i 1961. Størparten av denne epoken ble preget av at institusjonskapasiteten ble oppbygd.

I to artikler i Samfunnsspeilet vil vi beskrive historien til den institusjonaliserte psykiatrien i Norge. Fram til nå har to lover regulert fellet; sinnssykeloven av 1848 og lov om psykisk helsevern av 1961. Nå er en ny lov på trappene. Denne første artikkelen er viet den store institusjonsoppbyggingen som preget årene med sinnssykeloven (1848-1961).

Fattigpleie

Før midten av 1800-tallet var sinnssykepleiens historie i Norge lik historien om fattigpleien. Fra gammelt av var Norge et jordbrukssamfunn, der de aller fleste deltok i arbeidet med jorda. Enkelte falt utenfor, for eksempel krøplinger, eiendomsløse og sinnssyke. Ansvaret for å forsørge mennesker som ikke klarte å brødfø seg selv gjennom arbeid, falt i hovedsak på familiene. Dersom familie ikke fantes, eller den ikke klarte byrden, ble systemet med legd eller omgangslegd benyttet. Magnus Lagabøte innførte i 1276 en bestemmelse om "husgang" i sin felles lov for hele riket. Her ble det slått fast at fattigvesenet skulle organiseres slik at gårdene i herredet etter tur skulle la de fattige få losji og mat og som motytelse delta i arbeidet på gården. Rundt om i lan-

det varierte det hvorvidt de fattige fikk tilhold på én enkelt gård, eller ble sendt fra gård til gård som formulert i den opprinnelige husgangsbestemmelsen. Distriktslege Kraft i Flekkefjord skrev i sin beretning fra 1860, at forut for Sinnssykeloven av 1848 var omgangslegd nesten enerådende som forsørgelsesmåte for fattige sinnssyke, og at fast forpleiningssted sjelden ble brukt (Departementet for det Indre 1860:139). For personer med svært begrenset arbeidskapasitet, eller andre som ble oppfattet som brysomme, var antakelig situasjonen de fleste steder hyppig bytte av forpleiningssted. Før vi fikk et eget

lovverk for de sinnssyke, og før den store institusjonsbyggingen, overlevde i tillegg en del fattige sinnssyke som omreisende tiggere.

Enkelte institusjoner for sinnssyke ble etter hvert etablert, en utvikling som fulgte et kongelig reskript av 1736. Her ble det slått fast at det ved hvert hovedhospital skulle innredes ett eller to rom spesielt for sinnssyke. Den eldste institusjon opprettet kun for sinnssyke, som fremdeles eksisterer, er "Dollhus for Afsindige fra Agershuus Stift", nå Oslo Hospital, som ble etablert 1777. Enkelte kilder hevder at dette var den første institusjon spesielt

Om språkbruk og datakilder

I artikkelen bruker vi begreper som betegner institusjoner og psykiatriske pasienter slik de ble benyttet i opprinnelig publisert statistikk. Derfor skriver vi i første del av artikkelen om "asyl" og "sinnssyke". Den årlig publiserte oversikt over virksomheten ved psykiatriske sykehus er vår hoveddatakilde. I perioden 1872 til 1941 dreide publikasjonen seg om "Sinnssykeasylenes virksomhet". Under 2. verdenskrig, fra 1942, ble tittelen endret til "Sinnssykehusenes virksomhet", et navn som ble brukt t.o.m. 1960. Asylbegrepet hang likevel igjen i navnene på enkeltinstitusjoner. Overgangen fra sinnssykehus til psykiatrisk sykehus, fant i NOS-sammenheng sted samtidig med innføringen av lov om psykisk helsevern (1961). Samtidig forsvinner det siste asyl fra institusjonsnavnene.

For institusjoner utenom sinnssykeasyl/sinnssykehus, er språkbruken i offisiell statistikk til å begynne med ikke enhetlig, særlig fordi det heller ikke ble drevet en enhetlig politikk med hensyn til disse institusjonene. Vi bruker begrepet "pleiehjem for sinnssyke", inntil lov om psykisk helsevern drev fram et skifte i terminologi også her.

for sinnssyke overhodet, men her spriker kildene (Blomberg 1998).

Dollhus betegner innretninger for sinnssyke utenfor hospitalene, og på begynnelsen av 1800-tallet fantes slike i Oslo, Arendal, Kristiansand, Stavanger, Bergen og Trondheim. Forvaringssteder for sinnssyke innenfor en hospitalstiftelse, ble kalt *dårekister*. Disse tidlige institusjonene for oppbevaring av sinnssyke fikk aldri en så dominerende rolle som legdsystemet. Fattighus og arbeidsanstalter huset også en del sinnssyke på denne tiden.

Nye tider: Industrialisering, sinnssykelov og institusjonsbygging

En ny tid i behandlingen av de sinnssyke sprang ut av opplysnings-tidens nye idealer. Legen Herman Wedel Major var en foregangsmann i å reformere behandlingen av sinnssyke i forrige århundre. Han fikk i 1840-årene stipend for å undersøke den eksisterende behandling av sinnssyke, og utarbeide planer for en moderne institusjon. Resultatet av hans arbeid var utkast til sinnssykelov og en plan for oppretting av Gaustad asyl ved Oslo. Major kritiserte de eksisterende forhold for denne gruppen og ivret for nyordninger, dels ut fra humanistiske idealer, dels ut fra samfunnsøkonomiske betraktninger. Staten måtte overta ansvaret for forpleining av de sinnssyke, mente Major. Det måtte bygges store moderne sinnssykeasyler hvor vitenskapelig behandling av pasientene var mulig. I 1848 kom så *lov om sindsykes behandling og forpleining* (sinnssykeloven).

Med sinnssykeloven av 1848 ble sinnssyke skilt ut som en egen gruppe, behandlingen av dem var ikke lenger integrert i den generelle fattigpleien. Paragraf 17 sa likevel at

"Fattige sindsyke, hvis sygdom er av den beskaffenhet, at de ikke tiltrænger særegt tilsyn eller bevogtning, blir at forpleie som andre fattige" (Boye og Angell 1927:18). Amtskommunene skulle dekke kostnadene til forpleining av de sinnssyke som hadde behov for annen pleie enn fattige generelt. Loven hadde klare betingelser for såvel innskrivning som utskrivning fra asyler. Forut for innleggelse, skulle asylets lege undersøke om vedkommendes tilstand var slik at innleggelse var "hensigtsmæssig for ham selv eller nødvendig for den offentlige ordens og sikkerhets overholdelse" (Boye og Angell 1927:16). Innleggelse kunne begjæres av politimyndighet, pårørende eller offentlig lege. Hvis det ikke fantes pårørende som kunne ta hånd om den sinnssyke, eller dersom vedkommende led overlast hos familie eller andre private forpleiere, skulle offentlige leger begjære den sinnssyke innlagt på asyl. Det ble opprettet kontrollkommisjoner som skulle føre tilsyn med asylenes virksomhet og overvåke at pasientenes rettigheter ble ivaretatt.

Etter sinnssykeloven kunne ikke asyler opprettes uten at det forelå kongelig autorisasjon. Detaljerte planer for bygningsmassen og driften, inkludert kostnadmessige aspekter, måtte fremlegges. Av betingelser som ble satt for at et asyl skulle få autorisasjon var "(...) asylets fuldkomne adskillelse fra alle andre indretninger; en fri og sund beliggenhet; anledning til de sykes sysselsættelse og bevægelse i fri luft; absolut avsondring av de forskjellige kjønn, samt en passende klassifikation av de syke av hvert kjønn" (Boye og Angell 1927:14). Selv om mange krav etter loven måtte oppfylles for at en innretning for sinnssyke skulle få autorisasjon, fikk eksisterende innretninger, doll-

hus og dårekister autorisasjon selv om lovens betingelser ikke var oppfylt.

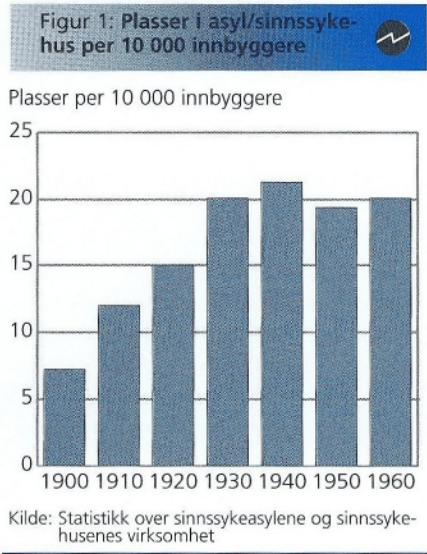
Med sinnssykeloven fikk *legene* det overordnede ansvar for sinnssyke innlagt i asyl og de erklært sinnssyke i privatforpleining. Det var en underliggende antakelse at sinnssyke var syke og at helbredelse var mulig. I asylene skulle de sinnssyke underlegges "vitenskapelig behandling", og man benyttet medisiner (blant annet med opium, kamfer og rabarbra), langbad, sosialt samvær og arbeidsvirksomhet. Det var et mål at bruken av mekaniske tvangsmidler skulle begrenses mest mulig. Ved alle asyler skulle en lege stå ansvarlig for virksomheten. Wenche Blomberg sier i sin artikkel "Galskapens hus i Norge: Det første reforminitiativ" at Sinnssykeloven etablerte "det medisinske monopol på galskapen". Tidligere hadde religiøse og moralske perspektiver vært dominerende (Blomberg 1998).

Med små endringer ble sinnssykeloven av 1848 stående helt fram til *lov om psykisk helsevern* kom i 1961.

Asyloppbyggingen

Gaustad asyl ble det første autoriserte statlige asyl for sinnssyke i 1855. Ytterligere tre statsasyler ble deretter autorisert: Rotvold asyl ved Trondheim i 1872, Eg asyl i Kristiansand i 1881 og Rønvik ved Bodø i 1902.

Ved århundreskiftet var det 11 asyler med totalt 1 615 sykeplasser i Norge. Dette tilsvarer 7,2 plasser per 10 000 innbyggere (se figur 1). Foruten de tre statsasylene som var i drift på dette tidspunkt, fantes både kommunale og privateide asyler. En del av disse var *dollhus*/



dåre-kister opprettet før 1848, som senere fikk autorisasjon som asyl.

Antallet asylplasser var lite sammenliknet med hvor mange sinnssyke personer som ble forpleiet med statsbidrag. I 1900 ble ifølge beretninger fra offentlige leger, 5 232 sinnssyke forpleid med statsbidrag, hvorav 1 900 på asyl (Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1900). Det er liten overensstemmelse mellom det oppgitte antall sinnssyke forpleid for offentlig regning fra offentlige leger og asylenes oppgaver¹. Ifølge oppgaver fra asylene ble til sammen 2 484 sinnssyke forpleiet ved asylene i 1900, hvorav 2 112 var fattige som staten betalte for og 372 ble forpleid for private midler (Medicinaldirektøren 1900:49-57).

Det ble raskt klart at man hadde behov for flere asylplasser, og en nærmest eksplosjonsartet utbygging fant sted i årene 1900 til 1920. Statsasylet Rønvik kom til i denne perioden, men de fleste nye asylene var mindre amtsasyler. De fleste psykiatriske sykehus som er i drift i dag, ble opprettet før 1920. Samtidig ble en del institusjoner som var

etterlevninger etter de gamle dollhus og dårekister, nedlagt på denne tiden. For eksempel ble Kristiania kommunale asyl i Kristiania (Mangelsgården) nedlagt i 1908. I 1920 hadde tallet på asylkommet opp i 21, med til sammen 3 972 sykeplasser. På de 20 årene fra 1900 ble det mer enn dobbelt så mange plasser per 10 000 innbyggere og forholdstallet var nå 15,0 (se figur 1).

Etter 1920 skjedde utbyggingen av asylkom langsommere. Reitgjerdet ved Trondheim ble i 1923 ominnre-det fra spedalskanstalt til statlig asyl for kriminelle sinnssyke, og Lierasylet ble opprettet som amts-asyl for Buskerud og Vestfold i 1926. Den siste institusjon av denne typen som kom til, var Åsgård sykehus i Tromsø som ble åpnet så sent som i 1961, til tross

Tabell 1: Sykeplasser ved asyl/sinnssykehus 1900-1960

			Autoriserte plasser						
	Åpnet	Beliggenhet	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960
Oslo Hospital	1777	Oslo	40	40	63	63	92	92	92
Trondhjem ¹	1780	Trondheim	82	82					
Kristiansand	1826 ²	Kristiansand	21	21	32	32	26		
Kristiania ³	1829	Oslo	120						
Gaustad	1855	Oslo	330	330	330	600	600	480	600
Rosenberg ⁴	1862*	Bergen	175	175	120	120	115	115	
Møllendal ⁵	1865*	Bergen	73	80	80	80	80	80	80
Rotvold	1872*	Trondheim	275	275	265	300	277	277	333
Eg	1881	Kristiansand	240	260	260	284	284	339	387
Neevengaarden	1891	Bergen	224	322	322	322	322	322	322
Kriminalasylet ⁶	1895	Trondheim	35	35	35	35	35	32	32
Dr.Dedichen	1901	Oslo		58	58	58	114	114	114
Rønvik	1902	Bodø		230	252	264	264	304	504
Blakstad	1904	Akershus		147	147	235	335	335	335
Dikemark	1905	Akershus		374	523	620	792	792	826
Sanderud	1908	Hedmark		133	211	319	340	340	378
Faret/Telemark									
amtsasyl	1909	Telemark		115	177	177	196	232	254
Valen	1910	Hordaland		181	181	239	297	297	367
Presteseter	1913	Oppland		171	191	191	169	253	
Dale	1913	Rogaland		205	355	395	395	602	
Opdøl	1913	Møre og Romsdal			110	237	267	267	281
Veum	1914	Østfold			200	200	340	340	365
Østmarka ⁶	1919	Trøndelag			230	230	230	230	290
Reitgjerdet	1923	Trondheim				135	135	160	160
Lier	1926	Buskerud				552	552	608	660
Totalt			1 615	2 858	3 972	5 648	6 279	6 320	7 235

* For disse institusjonene mangler opplysninger om opprettelse. Det oppgitte årstall er år for autorisasjon.

¹ Kriminalasylet var en del av Trondhjems hospitalstiftelses asyl, som ble nedlagt i 1919 og pasientene overført til Østmark asyl. Kriminalasylet fortsatte å eksistere, men eierskap er ikke med i institusjons-oversikten før Staten oppgis som eier i 1936.

² Opplysningene om når Kristiansands asyl ble opprettet er usikre, men i institusjonsoversikten er opplyst i 1829 eller tidligere.

³ Kristiania kommunale asyl i Kristiania ble nedlagt i 1908, mens Kristiania kommunale asyl i Asker (Dike-mark) ble åpnet i 1905. Ved åpningen overtok Dikemark store deler av belegget ved Kristianiaasylet, som ble nedlagt få år senere.

⁴ Rosenbergs asyl i Bergen var privat inntil det ble overtatt av kommunen i 1914. I 1918 og 1920-1923 ble navnet "Fastings Minde" brukt i institusjonsoversikten. Nedlagt desember 1959.

⁵ I Sinnssykehusenes virksomhet 1956 og fremover brukes navnet Dr. Martens sykehus.

⁶ Østmarka ble bygget for å avlaste Trondhjems hospitalstiftelses asyl som ble nedlagt i 1919. Se for øvrig note 1.

for at Stortinget vedtok å bygge et asyl for Troms og Finnmark allerede i 1924.

I tabell 1 finnes en oversikt over asylene og sinnssykehusene med åpningsår og autoriserte plasser hvert tiår fra 1900 til 1960. Endring av navn, fra asyl til sykehus, fant for de fleste institusjonenes del sted på 1940-tallet.

Asyloppbyggingen i Norge startet altså med ulike former for institusjoner, som hadde preg av oppbevaringsanstalter, ikke helbredelsesanstalter (døllhus og dårekister). Av de vel 1 600 sykeplassene i asyl som fantes i 1900, var i underkant av 850 lokalisert til de nye helbredelsesanstaltene, de nybygde statsasylene. Fram til 1910 ble det bygget syv nye asyl, med til sammen 1 238 sykeplasser. Det samlede plassantallet ved de eldre institusjonene holdt seg uforandret i dette tiåret, selv om Kristiania kommunele asyl i Kristiania ble nedlagt og Neevengården asyl i Bergen ble betydelig utvidet i dette tiåret.

Også fra 1910 til 1920 fant atskillig nyetablering sted, idet 5 nye asyl med 916 sykeplasser ble åpnet. Nyetablering stod for det meste av økningen av plasser, men det var også til dels store endringer i antall plasser ved enkeltinstitusjoner. Det neste tiåret kom to nye asyl til, Reitgjerdet i 1923 og Lierasylet i 1926. Dette betydde 687 flere asylplasser i Norge. Antallet autoriserte plasser ved eksisterende asyl økte betraktelig i denne perioden, med nyetablering av bortimot 1 000 nye plasser.

Verken på 1930- eller 1940-tallet ble nye asyl bygget, men på 1930-tallet kom 631 flere sykeplasser til. På 1940-tallet holdt plassantallet seg stabilt. Det er viktig å

merke seg at å gjenoppbygge kapasiteten til 1940-nivå tok mye ressurser. Under krigen ble Rønvik og Østmarka sykehus beslaglagt av tyskerne, og de kunne ikke tas i bruk igjen før omfattende reparasjonsarbeider var gjennomført.

Plassantallet ved sinnssykehusene økte relativt mye fra 1950 til 1960, hvor til sammen 915 nye plasser ble autorisert. Særlig ble Rønvik asyl i Nordland og Dale asyl i Rogaland kraftig utbygd, med henholdsvis 200 og 207 nye plasser dette tiåret.

Statsasyl og amtsasyl

Amtsasylene som ble utbygd på begynnelsen av 1900-tallet, bygget på andre forutsetninger enn de tidligere etablerte statsasylene. Statsasylene var anlagt som *helbredelsesinstitusjoner*, reservert for personer som hadde sykdommer med god prognose. Amtsasylene skulle først og fremst ta imot uhelbredelig syke. De fleste amtsasylene ble bygget etter det såkalte *kolonisystemet*, med en eller flere sentralbygninger beregnet for vanskelige pasienter, og ulike paviljonger eller kolonier for rolige og arbeidssomme pasienter som kunne nyte større grad av frihet. Dette systemet viste seg imidlertid ikke å være hensiktsmessig. Sentralbygningene ble ofte overfylte, mens koloniene hadde få pasienter. Eventuelt ble både sentralinstitusjonen og koloniene fylt med samme type pasienter, de vanskelige og alvorlig syke.

Heller ikke idealet om statsasylene som helbredelsesinstitusjoner ble ivaretatt. Belegget bestod her, som på amtsasylene, vesentlig av pasienter med kroniske plager, som etter den tids standard krevde oppbevaring og pleie, fremfor behandling. Hovedårsaken var kapasitetsproblemer ved amtsasylene, men andre faktorer, som opphopning av "kri-

minelle sinnssyke", trakk i samme retning. Dr. med. H. Evensen, direktør ved Gaustad asyl, beklaget i beretningen for 1915 at det store antall "kriminelle elementer" blant de innlagte menn, gav asylet preg av å være en "forvaringsanstalt" (Medicinaldirektøren 1915:49-57). Evensen mente dette krevde sikkerhetsforanstaltninger og at stemningen ved asylet ble negativt påvirket, slik at asylet fikk mindre preg av sykehus og mer av fengsel. "Asylerne av den eldre type, som var nødt til at ta syke av alle slags, var ogsaa nødt til at forsyne avdelingene for de urolige farlige og utrygge med gitter og celler bare for et faatals skyld. Ved at flytte ut disse faa, for hvis skyld gitrene og cellerne var der, kan avdelingene mere utstyres som almindelige sykehus" (ibid.:57). Allerede på dette tidspunkt var det blitt foreslått å ombygge spedalskanstalten Reitgjerdet ved Trondheim til statlig asyl for kriminelle sinnssyke, og Evensen argumenterte sterkt for nødvendigheten av dette.

Problemer ved asylene: Overbelegg

Selv om utbyggingen av asyl virkelig skjøt fart i første halvdel av vårt århundre, var dette ikke nok. Stadig flere personer ble begjært innlagt og asylene slet med store overbelegg. Det kan være flere årsaker til at behovet for asylplasser stadig økte. Kanskje skapte asylbyggingen i seg selv økt behov, ettersom forståelsen av sinnssykdom som *sykdom* og muligheten for helbredelse ble bedre kjent. Hovedårsaken var nok likevel mer fundamentale samfunnsendringer: Urbanisering, industrialisering og lønnsarbeid gjorde de tradisjonelle forpleiningsformene uhensiktsmessige (Ericsson 1974). Samtidig gjorde den nye tids krav om effektivitet og produksjon at en rekke "grensetil-



feller" møtte krav i arbeidslivet som de ikke var i stand til å innfri. Personer som hadde blitt oppfattet som "litt rare" og som hadde vært sysselsatt i perifere roller i jordbrukssamfunnet, kom til kort når jordbrukssamfunnet endret karakter og industrien vokste frem. En rekke nye avvikere, sinnssyke og åndssvake, ble synliggjort på denne tiden.

I tabell 2 viser vi overbeleggets størrelse ved asylene sett under ett hvert tiår fra 1900 til 1960. Overbelegget er beregnet ved å se på totalt antall forpleiningsdager/liggedøgn, i forhold til maksimal utnyttelse av autoriserte plasser (alle plasser belagt 365 døgn per år). Denne måten å beregne overbelegget på gir imidlertid ikke et helt riktig bilde av situasjonen. Som utgangspunkt er brukt det autoriserte plassantall, og det er ikke tatt hensyn til at plasser for eksempel på grunn av oppussing eller personellmangel var midlertidig ute av drift. Dermed kunne enkeltinstitusjoner ha trangere plassforhold enn det som kom-

mer frem gjennom beregning av overbelegg i forhold til autoriserte plasser. Størrelsen på overbelegget varierte temmelig mye fra institusjon til institusjon. I oversiktene over sinnssykehusenes virksomhet, er overbelegget angitt for hvert enkelt sinnssykehus. Ved Presteseter sykehus var overbelegget i 1950 på hele 62 prosent, og ved Valen sykehus på 55 prosent. I 1955 hadde Valen et overbelegg på 58 prosent, og ved Opdøl sykehus var overbelegget på 54 prosent.

Overbelegg ved asylene betyr at det fantes flere personer med behov for innleggelse enn det fantes tilgjengelige plasser. En følge av overbeleggsproblemet var at pasienter måtte skrives ut fra asyl/sinnssykehus før legene egentlig anså det forsvarlig. En del ble utskrevet "til hjemmet", men en del av de kroniske tilfellene ble satt bort til privat forpleining. Overbelegg ved asylene må sees som viktigste årsak til at andre institusjonstyper gradvis kom til.

Forpleining utenfor asyl: Borttinging

Legdsystemet brukt i forhold til sinnssyke forsvant ikke over natten, selv om asyl ble bygget. Som nevnt skulle amtet dekke utgiftene til forpleining av sinnssyke som krevde annen behandling enn andre fattige. Denne lovbestemmelsen åpnet i høy grad for bruk av skjønn, og mange fattigkasser så muligheten til å redusere egne utgifter.

Legdsystemet var tilpasset en tid hvor naturalhusholdet dominerte. Etter hvert som pengehusholdningen ble vanligere, ble legdsystemet lite hensiktsmessig, og fattigkassene begynte å tilby kontant betaling til dem som ville ta til seg fattige sinnssyke. Det nye systemet som gradvis fortrente legdsordningen,

ble kalt *borttinging*, og baserte seg på utsetting av sinnssyke til private etter anbudsprinsipp. Interesserte gårdbrukere underbød hverandre i kampen om å få "attraktive" sinnssyke, det vil si de rolige og arbeidsføre.

Systemet med borttinging av sinnssyke ble etter hvert gjenstand for mye kritikk, og mot slutten av forrige århundre ble navnet gradvis endret til privatpleie eller familiepleie, uten at selve systemet av den grunn endret seg. Navneskiftet skyldtes blant annet at en del sinnssykeleger hadde sett denne forpleiningsformen brukt terapeutisk i utlandet.

Privatforpleining fantes omkring århundreskiftet på tre nivåer: For det første organiserte fattigkassene slik forpleining for personer som ble omfattet av sinnssykeloven. I forhold til disse hadde offentlige leger ansvar for årlig tilsyn. I tillegg organiserte og finansierte fattigkassene privatforpleining for personer som ikke kom inn under sinnssykeloven, det vil si dem som ble forpleid i egenskap av fattige. For disse personene fantes ikke noe påbud om legetilsyn. For det tredje begynte en del asyl med utsetting av sinnssyke til private. Rotvold asyl etablerte i 1880 systematisk bruk av privatpleie overfor pasienter. Disse pasientene var ikke formelt utskrevet fra asylet, noe som betydde at asyls overlege stadig hadde det faglige ansvar, drev tilsyn og sørget for at de fikk god behandling og at regelverket ble fulgt.

Det er vanskelig å finne ut hvor mange sinnssyke som ble privatforpleid. Statistikken inneholder opplysninger om dem som var i privatpleie under asylene og øvrige forpleid med offentlig bidrag. Om forpleining av sinnssyke administrert

Tabell 2: Overbelegget ved asyl/sinnssykehus

	Autoriserte plasser	Liggedøgn ¹	Overbelegg
1900	1 615	614 484	4,2
1910	2 858	999 493	- 4,2
1920	3 972 ²	1 569 134	8,1
1930	5 625 ³	2 307 900	12,4
1935	5 862	2 413 945	12,8
1940	6 279	2 616 736	14,2
1945	6 073	2 576 532	16,2
1950	6 320	2 888 849	25,2
1955	6 656	3 029 734	24,7
1960	7 235	3 048 776	15,4

¹ Antall liggedøgn gjelder her bare de egentlige asyl/sinnssykehuspasienter, dvs. privatpleie og pleiehjem under asylene er ikke inkludert.

² I statistikken oppgis antall autoriserte sykeplasser i 1920 å være 3 976. Min manuelle optelling gir imidlertid 3 972 plasser.

³ 5 625 autoriserte plasser er korrigert tall fra senere publikasjoner. I statistikken for 1930 er det tatt med 5 648 autoriserte plasser.

og finansiert av fattiggassene, er imidlertid historien taus.

Formelt er ikke systemet med privatforpleining av personer med psykiske lidelser avskaffet. Det foregår imidlertid ikke slik utsetting lenger. Gruppen av privatforpleide blir derfor stadig mindre etter hvert som disse dør ut.

Privatkolonier og pleiehjem for sinnssyke

To forhold gjorde at privatforpleiningen endret karakter; det store overbelegget ved asylene, og at få var interessert i å ta til seg én sinnssyk uten uforholdsmessig høy betaling. Etter hvert ble det opprettet flere *private kolonier for sinnssyke*. Privatpersoner tok til seg opptil 25 sinnssyke mot betaling, og kunne som i den tradisjonelle privatpleien utnytte deres arbeidskraft. I 1900 var det i underkant av 100 slike kolonier for sinnssyke her i landet og om lag 650 personer ble forpleiet på denne måten (Ericsson 1974; Hagen 1997). I beretningen for 1920 meldes det at Sanderud asyl dette året hadde 174 pasienter fordelt på 13 private kolonier under asyls tilsyn. Det fremgår at alle forpleiningskontrakter ble sendt asylt for godkjenning og at direktøren ved Sanderud omtrent annenhver måned foretok inspeksjonsturer for å kontrollere stellet av de syke og veilede forpleierne (Sinnssykeasylenes virksomhet 1920).

Likevel ble koloniene etter hvert utsatt for massiv kritikk på grunn av uverdige forhold for de sinnssyke. I 1924 bemerket direktøren ved Sanderud asyl: "Om koloniene kan det samme sies nu som jeg har bemerket i min siste tidligere beretning, at disse er forholdsvis bra, men det må fremholdes igjen, at denne forpleiningsmåte av sinnssyke bør avskaffes, så snart der blir

anledning, idet det er en forretning for forpleierne å ha sinnssyke i forpleining, og derfor kan denne institusjon kun betegnes som et "uvesen" (Statistisk sentralbyrå 1924).

Gradvis ble de private koloniene erstattet av *pleiehjem for sinnssyke*. Myndighetene førte mer omfattende kontroll med forholdene i pleiehjemmene gjennom tilsynsvirksomhet med bruk av heltids sinnssykeinspektører eller leger ved asylene. Pleiehjemmene avlastet asylene i forhold til gamle og skrøpelige pleiepasienter med kroniske psykiske lidelser, og var i tillegg et alternativ til tradisjonell privatpleie.

På 1950-tallet gikk tuberkulosen sterkt tilbake her i landet, og en rekke tidligere tuberkulosehjem ble omgjort til pleiehjem for sinnssyke. Det ble også bygget nye institusjoner av denne typen. Fra myndighetenes side ble det satset sterkt på disse pleiehjemmene, dels for å avhjelpe kapasitetsproblene i sinnssykehusene, og dels for å gi verdigere forhold for de sinnssyke enn hva privatpleien gav. I årene mellom 1950 og 1960 økte antall plasser i denne typen institusjoner betraktelig. Fra 1954 finnes sammenliknbare tall for antall plasser i pleiehjem for sinnssyke. Før dette ble ikke generell privatpleie og pleiehjem for sinnssyke skilt fra hverandre i sta-

tistikken. Tabell 3 viser at antall plasser ved pleiehjem for sinnssyke økte fra om lag 2 000 i 1954 til vel 3 000 i 1960.

Med de nye pleiehjemmene kom det en todeling av institusjoner for mennesker med psykiske lidelser: Pleiehjemmene ble til langtidsinstitusjoner hvor spesielt senil demente fikk plass. Ofte ble de varige hjem for dem som ble innlagt der. Plasser i asylene som hadde vært belagt med kroniske langtidspasienter ble med dette tilgjengelige for mer aktiv behandling.

Psykiatriske klinikkavdelinger

Asyler, sinnssykehus eller psykiatriske sykehus, var den dominerende institusjonstypen for sinnssyke inntil den store satsningen på pleiehjem i etterkrigstiden. Men det fantes også et annet institusjonalisert tilbud, de *psykiatriske klinikkavdelingene*. I lang tid hadde sinnssyke blitt innlagt på somatiske sykehus, og psykiatri ble flere steder en egen spesialitet. Den første psykiatriske klinikkavdeling ble opprettet ved Ullevål sykehus i 1917 og i 1926 åpnet psykiatrisk klinikk Vinderen. Virkelig fart i utbyggingen av psykiatriske klinikkavdelinger ble det først på 1960-tallet, etter at lov om psykisk helsevern av 1961 trådte i kraft. Det ble også opprettet enkelte frittstående klinikker eller nervesanatorier på 1950- og 1960-tallet, for eksempel Modum Bads Nervesanatorium i Buskerud og Solli Nervesanatorium i Fana ved Bergen. Klinikken tok gjerne hånd om pasienter med lettere psykiske lidelser, og de var langt bedre stilt personellmessig enn de psykiatriske sykehusene. Nærmere om utviklingen i klinikkavdelingene vil følge i del 2 av denne artikkelen.

Tabell 3: Pleiehjem for sinnssyke

	Antall pleiehjem for sinnssyke	Plasser ved utgangen av året
1954	105	2 005
1955	105	2 077
1956	115	2 374
1957	111	2 377
1958	112	2 453
1959	122	2 877
1960	125	3 055

Kilde: Sinnssykehusenes virksomhet for de respektive år.

Fra oppbygging til nedbygging

Årene med sinnssykeloven av 1848 var preget av en kraftig utbygging av spesialinstitusjoner for sinnssyke. Asyl og sinnssykehus fikk betydelig større kapasitet både på grunn av nyetablering og utvidelse av tidligere etablerte institusjoner. Nyetableringer fant vesentlig sted frem til 1920, mens utvidelser ble gjort i hele perioden. Overbelegg gjorde at asyl/sinnssykehus i liten grad kunne fungere som helbredelsesinstitusjoner, og dette banet vei for en ny type institusjoner for sinnssyke: pleiehjemmene.

Da lov om psykisk helsevern kom i 1961, var det grovt sett en todeling av institusjoner for sinnssyke i Norge: Sinnssykehusene fungerte som behandlingsinstitusjoner, og pleiehjemmene var langtidsinstitusjoner for personer dersom behandling ble ansett å være virkningsløs.

Ved utgangen av 1960 fantes 7 235 plasser ved sinnssykehus, 3 055 plasser i pleiehjem for sinnssyke og 1 026 plasser ved psykiatriske klinikker og andre institusjoner for nervøse (ventisolater, observasjonsavdelinger, psykiatriske klinikker, nervesanatorier, hvile- og behandlingshjem for nervøse, barnpsykiatriske avdelinger og behandlingshjem). Til sammen var det på dette tidspunkt 11 316 plasser i institusjoner for personer med psykiske lidelser.

Ved utgangen av 1997 hadde antall plasser blitt redusert til 6 368 (Statistisk sentralbyrå 1998). Perioden under Sinnssykeloven med institusjonsoppbygging, ble altså fulgt av en nedbyggingsperiode under Lov om psykisk helsevern av 1961. Denne utviklingen vil bli beskrevet nærmere i del 2 av denne artikkelen.

1. Avviket kan skyldes at ved overflyttinger mellom asyl og gjeninnleggelser, blir pasientene regnet med flere ganger i asylenes oppgaver, mens oversiktene fra offentlige leger som er innsamlet via fylkesmennene, har person som enhet. Videre er ikke personer uten fast bopel og utenlandske statsborgere med i oversiktene fra de offentlige leger.

Litteratur

Blomberg, Wenche (1998): Galskapens hus i Norge: Det første reforminitiativ, *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, 1.

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

Ericsson, Kjersti (1974): Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel, Oslo: Universitetsforlaget.

Hagen, Helge (1997): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1994. NIS-rapport 5/95. Trondheim: SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.

Departementet for det Indre: Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge 1860, Norges offisielle statistikk.

Medicinaldirektøren: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1900-1934*, Norges offisielle statistikk.

Statistisk sentralbyrå: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1935-1941*, Norges offisielle statistikk (NOS)

Statistisk sentralbyrå: *Sinnssykehusenes virksomhet 1942-1960*, Norges offisielle statistikk (NOS).

Statistisk sentralbyrå (1998): Ukens statistikk, 43.

Borgny Vold

(borgny.vold@ssb.no) er konsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.