



# **Behandling av sinnssyke pasienter på Eg asyl i periodene 1935-1939 og 1955-1959.**

- En undersøkelse av behandlingsmetoder basert på pasientjournaler.

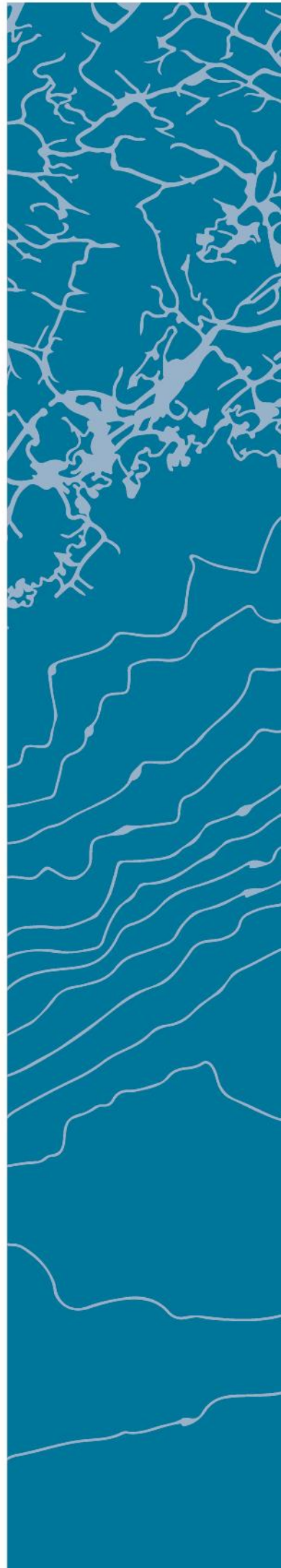
Hanne Birkeland

VEILEDER

May-Brith Ohman Nielsen

**Universitetet i Agder, 2017**

Fakultet for humaniora og pedagogikk  
Institutt for religion, filosofi og historie



## Forord

Jeg vil takke min dyktige veileder May-Brith Ohman Nielsen og min medstudent Linn, takk for all hjelp og støtte. Takk til alle de flinke og hyggelige ansatte på Statsarkivet i Kristiansand. Takk til min familie og mine venner for støtte og tålmodighet. En spesiell takk til min gode venninne, og intensivsykepleier, Silje for at du hjalp meg med å forstå de latinske dødsårsakene. Kildematerialet mitt har vært omfattende og til tider preget av triste menneskeskjebner. Datainnsamlingen har vært en tidkrevende prosess, fra første søknad om innsyn ble sendt, til siste dag på Statsarkivet.

Jeg vil anbefale at masteroppgaven skrives ut i farger, da mye av materialet blir fremstilt i diagrammer.

Froland, 10. November 2017

Hanne Birkeland

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Tema og problemstilling.....	1
1.2 Avgrensning i tid og sted.....	2
1.3 Forskningssituasjon .....	3
1.4 Sentrale begreper .....	4
1.5 Teori.....	5
1.6 Kilder og metode .....	6
1.6.1 Kildegrunnlaget for oppgaven, pasientjournaler etter Eg sykehus.....	7
1.6.2 Metoden og arbeidet med kildene .....	14
1.7 Forskningsetiske hensyn.....	17
1.8 Oppgavens oppbygging .....	18
2. Eg asyl og psykiatriens status.....	19
2.1 Eg asyl .....	19
2.2 Psykiatriens status.....	21
3. De utskrevne pasientene fordelt på utvalgskriteriene for databasene .....	23
3.1 Belegget på Eg i de to periodene .....	24
3.2 Alder ved innleggelse .....	25
3.3 Sivilstatus.....	28
3.4 Forpleining og sted .....	30
3.5 Innleggelsestid .....	32
3.6 Tilstand og årsak til utskrivelse .....	36
3.7 Dødsårsaker .....	39
3.8 Diagnoser.....	41
3.9 Tidligere innlagt .....	46

3.10	Behandling .....	48
3.11	Medisin .....	48
3.12	Oppsummering .....	51
4.	Behandling med malaria, sulfosin og cardiazol på Eg i perioden 1935-39.....	53
4.1	Malaria.....	55
4.1.1	Malaria og/eller salvarsan og wismol behandling av pasienter på Eg .....	56
4.2	Sulfosin.....	59
4.2.1	Sulfosin behandling av pasienter på Eg .....	60
4.3	Cardiazolsjokk.....	61
4.3.1	Cardiazolsjokk behandling av pasienter på Eg .....	62
4.4	Oppsummering .....	66
5.	Behandling med insulin, elektroshokk og medikamenter på Eg i perioden 1955-59 .....	69
5.1	Insulinkoma .....	71
5.2	Elektroshokk.....	72
5.2.1	Elektroshokk behandling av pasienter på Eg .....	73
5.3	Psykofarmaka .....	78
5.3.1	Medikament behandling av pasienter på Eg .....	80
5.3.2	Utelukkende behandlet med medikamenter .....	81
5.4	Ikke behandlet.....	85
5.5	Oppsummering .....	88
6.	Teori og hovedforklaringer på lobotomi basert på forskningsarbeider.....	92
6.1	Generelt om kjønn, alder, innleggelsestid og diagnose .....	95
6.1.1	Kjønn.....	96
6.1.2	Alder.....	97
6.1.3	Innleggelsestid.....	98
6.1.4	Diagnoser .....	99
6.2	To hovedforklaringer .....	100

6.2.1	Siste utvei .....	100
6.2.2	Kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter.....	101
6.3	Indikasjoner for operasjon .....	103
6.4	Resultater av operasjon.....	105
6.5	Oppsummering .....	107
7.	De lobotomerte pasientene på Eg, indikasjoner for lobotomi og samtykkepraksis .....	108
7.1	De lobotomerte pasientene på Eg .....	108
7.1.1	Kjønnfordelingen .....	111
7.1.2	Alder.....	112
7.1.3	Sivilstatus .....	113
7.1.4	Gjennomsnittlig innleggelsestid og varigheten på asyl opphold før og etter operasjon .....	114
7.1.5	Diagnoser .....	115
7.1.6	Behandling før og etter operasjon .....	116
7.1.7	Andel utskrevet som ikke sinnssyke .....	117
7.1.8	Utfall av operasjon .....	117
7.2	Indikasjoner .....	119
7.3	De lobotomerte pasientene på Eg i forhold til de to hovedforklaringene.....	122
7.3.1	Kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter.....	122
7.3.2	Siste utvei .....	125
7.3.3	Andre indikasjoner, tvangstanker og hallusinasjoner .....	127
7.4	Samtykkepraksis ved lobotomi.....	131
7.4.1	Umedalen, Sverige .....	131
7.4.2	Vordingborg, Danmark .....	132
7.4.3	NOU-utredningen, Norge.....	133
7.4.4	Samtykkepraksis på Eg .....	134
7.5	Oppsummering .....	139

8. Oppsummering og konklusjon .....	142
Forkortelser .....	151
Utrykte kilder .....	151
Litteraturliste .....	153
Annen litteratur .....	155
Vedlegg 1: Sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal fra perioden 1935-39 .....	158
Vedlegg 2: Sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal fra perioden 1955-59 .....	159
Vedlegg 3: Tilleggsdiagram til kapittel 3 .....	160
Vedlegg 4: Etterundersøkelse av cardiazol-behandlede syke .....	169
Vedlegg 5: Operasjonsbeskrivelsesark for lobotomi .....	170
Vedlegg 6: Tabell over pasienter det ble søkt om tillatelse til operasjon for .....	171
Vedlegg 7: Tabell over pasienter som ikke ble lobotomert, men som kanskje kunne vært kandidater til lobotomi .....	172
Vedlegg 8: Utfyllende beskrivelser av både de pasientene som ble lobotomerte og de pasientene som ikke ble lobotomerte .....	173

# 1. Innledning

## 1.1 Tema og problemstilling

Temaet for masteroppgaven er psykiatri historie og de somatiske behandlingsmetodene som ble tatt i bruk i psykiatrien fra 1920-tallet og startet opp med malaria behandlingen av neurosyfilistiske pasienter. Denne behandlingsmetoden førte til det som har blitt kalt den somatiske linje i psykiatrien, som ble videreutviklet med insulinkomabehandlingen, cardiazol- og elektroshokk og lobotomi. Jeg undersøker også omfanget i bruken av psykofarmaka, det vil si antipsykotiske medikamenter, som egentlig ikke inngår i de somatiske behandlingsmetodene, men som også var noe nytt innenfor psykiatrisk behandling.

Masteroppgaven vil være en studie av Eg asyl hvor jeg i hovedsak vil sammenligne diagnoser og behandlingsmetoder i årene 1935-1939 og 1955-1959. Hva slags diagnoser ble stilt og hvilke behandlinger ble gitt? Det er ikke gjort noen studier av Eg asyl, men det er skrevet en jubileumsbok, av Erling Sagedal, som kom ved 100 års jubileet i 1981.<sup>1</sup> Og Jorunn Jacobsen Buckley og Kari Henriksen har skrevet en bok om hvordan det var å vokse opp på Eg og senere jobbe der.<sup>2</sup> Formålet med masteroppgaven er å undersøke hvilke behandlingsmetoder som ble praktisert i de to periodene.

Hovedproblemstillingen er:

### **I hvilket omfang ble de somatiske behandlingsmetodene anvendt overfor pasienter som ble utskrevet fra Eg i periodene 1935-39 og 1955-59?**

I denne sammenheng vil det være aktuelt å belyse følgende forhold; hva slags institusjon var Eg asyl, når og hvorfor ble Eg asyl opprettet. Hvordan var psykiatriens status i perioden før oppgavens begynnelse? Og hva var det totale pasientbelegget for Eg i de to periodene?

---

<sup>1</sup> Sagedal 1981.

<sup>2</sup> Buckley og Henriksen 2002.

Følgende underspørsmål skal støtte opp under hovedproblemstillingen:

-Hvordan var fordelingen av alle de utskrevne pasientene på Eg asyl i de to periodene på; alder ved innleggelsen, sivilstatus, forpleining og sted, innleggelsestid, tilstand og årsak til utskrivelse, dødsårsaker, diagnoser, tidligere innlagt, behandling og medisiner.

-I hvilket omfang ble de utskrevne pasientene på Eg asyl behandlet med malaria, sulfosin, insulin, cardiazolsjokk, elektroshokk, lobotomi og medikamenter. Og hvordan var fordeling av disse pasientene på kjønn, alder, innleggelsestid, diagnoser og andel utskrevet som ikke sinnssyk?

-Hvilke forklaringer har blitt gitt på hvorfor pasienter ble lobotomert, ble lobotomi brukt som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter eller som en siste utvei behandling?

-Hva sier forskningsarbeidene fra Opdøl i Norge, Umedalen i Sverige og Vordingborg i Danmark om lobotomi; generelt om antall opererte og fordeling på kjønn, alder, innleggelsestid, diagnoser, behandling før og etter lobotomi og utfall av operasjonen. Og hvordan var dette for de lobotomerte pasientene på Eg asyl?

-Hvilke indikasjoner ser ut til å ha vært de mest fremtredende for de lobotomerte pasientene ved de overnevnte sykehusene og på Eg asyl?

-Ble lobotomi brukt som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter og/eller som en siste utvei behandling på Eg asyl?

-Hvordan var samtykkepraksisen rundt lobotomi i Skandinavia og på Eg asyl? Og i hvor stor grad ble de pårørende spurt om tillatelse i forbindelse med lobotomi?

## **1.2 Avgrensning i tid og sted**

Jeg har avgrenset masteroppgaven til periodene 1935-1939 og 1955-1959, det er gjort for å se nærmere på de somatiske behandlingsmetodene, det vil si malaria, sulfosin, insulinkoma, cardiazol- og elektroshokk behandlingene og lobotomi, samt de antipsykotiske medikamentene. Avgrensning i sted er Eg asyl. Jeg har valgt Eg asyl med tanke på tilgjengeligheten av kildene, de er oppbevart på Statsarkivet i Kristiansand. Og fordi dette materialet tidligere ikke har blitt undersøkt. At Eg asyl også mest sannsynlig vil ha flest



innlagte pasienter fra Aust- og Vest-Agder er ikke noe jeg kommer til å fokusere på i denne oppgaven.

### 1.3 Forsknings situasjon

Psykiatri historie har ofte blitt skrevet av leger og psykiatere og gjerne i forbindelse med jubileer. Det er få som tar utgangspunkt i de samme kildene som jeg skal bruke, pasientjournaler. Jeg deler inn de forskningsarbeidene jeg har brukt i tre kategorier; forskning om lobotomi, oversiktsverk og jubileumbøker, og annen litteratur med relevans for oppgaven.

#### **Forskning om lobotomi:**

Jeg har hovedsakelig brukt forskningsarbeid om lobotomerte pasienter fra tre sykehus, Opdøl i Norge, Umedalen i Sverige og Vordingborg i Danmark. Fordi det var disse som tematisk var mest nærliggende min undersøkelse av Eg asyl. For Opdøl er det Johannes Dale og Tollak B. Sirnes som har skrevet *Noen virkninger av prefrontal leucotomi hos mennesket*.<sup>3</sup> Kenneth Øgren har skrevet sin doktorgradsavhandling om Umedalen, *Psychosurgery in Sweden 1944-1958. The Practice, the Professional and the Media Discourse*.<sup>4</sup> Og Jesper Vaczy Kragh har skrevet *Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922-1983*.<sup>5</sup> med utgangspunkt i Vordingborg. Disse arbeidene tar for seg antall lobotomerte pasienter ved disse sykehusene og undersøker hvor mange av de lobotomerte som var kvinner og menn, hvilken alder disse pasientene hadde ved operasjon, hvilke diagnoser de hadde fått, hvor lenge de var innlagt og hva utfallet av operasjonen ble, samt hva som så ut til å være årsakene til at nettopp disse pasientene ble lobotomert.

Ellers har jeg også hentet en del informasjon om lobotomi i Norge fra NOU *Utredning om lobotomi: utredning fra et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1991: avgitt 30. juni 1992*.<sup>6</sup> Og fra Joar Tranøys *I sinnssykehusets vold. Innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> Dale og Sirnes 1974.

<sup>4</sup> Øgren 2007.

<sup>5</sup> Kragh 2010.

<sup>6</sup> NOU 1992.

<sup>7</sup> Tranøy 1993.

## **Oversiktsverk og jubileumsbøker:**

Erling Sagedal har skrevet jubileumsboken for Eg sykehus<sup>8</sup> og denne har vært sentral for meg i forhold til å få en forståelse av Eg som institusjon og om hvordan forholdene var ved Eg. Andre jubileumsbøker, som for eksempel fra Gaustad<sup>9</sup> og Blakstad<sup>10</sup>, har vært av mindre relevans, da de ikke gir informasjon om omfanget i bruken av de ulike behandlingene.

Av oversiktsverkene er det spesielt bøkene til Per Haave, som har skrevet boken *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*<sup>11</sup>, Gunvald Hermundstad bok *Psykiatriens historie*<sup>12</sup>, Einar Kringlen sine bøker *Psykiatri*<sup>13</sup> og *Norsk psykiatri gjennom tidene*<sup>14</sup> og Jesper Vaczy Kragh bok *Psykiatriens historie i Danmark*<sup>15</sup> som har vært sentrale. Felles for disse bøkene er at de tar for seg psykiatriens utvikling over en lengre periode og de gir en innføring i hva behandlingsmetodene var og hvordan de foregikk. De har vært en fin inngang til fagfeltet og bidratt til at jeg fikk en god oversikt over hva behandlingsmetodene bestod i tidlig i arbeidet med denne masteroppgaven. Men disse bøkene går ikke nærmere inn på bruken av behandlingsmetodene og omfanget av pasienter som ble behandlet.

## **Annen litteratur med relevans for oppgaven:**

Jeg har hovedsakelig basert definisjonene av diagnosene ut i fra *Medisinsk ordbok*.<sup>16</sup> Og Odd Lingjærde *Psykofarmaka*<sup>17</sup> har vært sentral for å forstå virkningsmekanismene til de ulike antipsykotiske medikamentene som ble innført i psykiatrien i 1954.

## **1.4 Sentrale begreper**

Institusjonen Eg het i den første perioden 1935-39 Eg asyl og i den andre perioden 1955-59 Eg sykehus. Av denne grunn bruker jeg, etter kapittel 2, bare betegnelsen Eg eller Eg sykehus videre i denne oppgaven.

---

<sup>8</sup> Sagedal 1981.

<sup>9</sup> Retterstøl 1995 og Steen 2005.

<sup>10</sup> Mamen 1999.

<sup>11</sup> Haave 2008.

<sup>12</sup> Hermundstad 1999.

<sup>13</sup> Kringlen 2008.

<sup>14</sup> Kringlen 2007.

<sup>15</sup> Kragh 2008.

<sup>16</sup> Nylenna 2004.

<sup>17</sup> Lingjærde 1988.

Jeg bruker betegnelsen sinnssyk om pasientene, dette fordi det er det som ble brukt i kildene, pasientene ble av journalførerne beskrevet og vurdert som sinnssyk eller ikke sinnssyk ved utskrivelsen.

Jeg bruker også samlebetegnelse somatisk om behandlingsmetodene. Somatisk betyr legemlig, det vil si at det har med kroppen å gjøre.<sup>18</sup> Malaria, insulinkoma, cardiazol- og elektroshokk og lobotomi var behandlingsmetoder som tok utgangspunkt i at årsaken til sinnssykdommen kunne finnes i kroppen.

Psykokirurgi er betegnelsen på kirurgiske inngrep i hjernen.<sup>19</sup> Eldre betegnelser for lobotomi, som lobotomia og levkotomi/leukotomi, er alle navn på den samme typen inngrep også kalt operasjon, jeg bruker lobotomi unntatt der det blir sitert.

Remisjon og spontan remisjon er også begreper som blir brukt i oppgaven. Remisjon betyr bedring av sykdom og spontan betyr at noe oppstår av seg selv, uten ytre årsak eller inngrep.<sup>20</sup>

Jeg skiller også mellom medisiner og medikamenter/psykofarmaka. Med medisin mener jeg beroligende og sovemedisiner og med medikamenter mener jeg psykofarmaka, altså de antipsykotiske medikamentene som ble innført i psykiatrien på 1950-tallet.

## 1.5 Teori

Når det gjelder den teoretiske tilnærmingen har jeg valgt å ta utgangspunkt i forskningslitteraturen og de to hovedforklaringene som har dominert når det gjelder utvelgelsen av pasienter til lobotomi. Den ene går ut på at lobotomi ble brukt som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter. Den andre går ut på at lobotomi ble brukt som siste utvei for å hjelpe kroniske pasienter med lang innleggelsestid og hvor annen behandling ikke hadde hatt effekt. Disse blir presentert i kapittel 6. Og i kapittel 7 diskuterer jeg i hvor stor grad disse forklaringene kan sies å gjelde for de pasientene som ble lobotomert på Eg.

---

<sup>18</sup> Nylenna 2004: 322.

<sup>19</sup> Nylenna 2004: 282.

<sup>20</sup> Nylenna 2004: 327 og 293.

## 1.6 Kilder og metode

Min oppgave vil bygge på kilder etter Eg asyl/sykehus som er oppbevart på Statsarkivet i Kristiansand. For best å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål har jeg benyttet pasientjournaler som forskningsmateriale til denne oppgaven. Disse har jeg arbeidet med i originaler på Statsarkivet i Kristiansand, da det ikke er lov å ta materialet ut derfra eller kopiere/fotografere journalene fordi de inneholder sensitive personopplysninger og er klausulert i 100 år.

Journalene dokumenterer innleggelse, diagnostisering, behandling og tidvis annet om oppholdet til pasientene i asylene, her dokumenteres den medisinske kunnskapen om pasientene, både kropp og sjel(sinn). Journaler er de beste skriftlige kildene til hvordan sykehuset behandlet sine innlagte, men de har også problematiske sider. Noen journaler kan inneholde detaljerte beskrivelser av sykehusets framferd mot innlagte, mens andre kan være kortfattede og ikke inneholde like mye informasjon. Journalene kan inneholde leger og pleieres observasjoner og vurderinger av innlagte og konfiskert materiale fra den innlagte, som brev og protestskriv.<sup>21</sup> Journalene er sykehusets beskrivelse av pasienten og den pleie og behandling sykehuset mente denne trengte, av hensyn til seg selv eller andre.

Hoved metoden har bestått av å kartlegge og analysere kvantitative og kvalitative data fra pasientjournalene og organisere dette i databaser. Funnene analysert frem fra disse databasene fremstilles i diagrammer og tabeller. Metoden og analysen vil jeg redegjøre for i detalj nedenfor, men først vil jeg si litt om søkeprosessen for å få tilgang og innsyn i materialet.

### Søkeprosessen om innsyn

Siden pasientjournaler inneholder sensitive personopplysninger og er klausulerte i 100 år kreves det tillatelse til innsyn. For å få tilgang til pasientjournalene sendte jeg en søknad til Statsarkivet i Kristiansand, den 15.09.15. Denne søknaden ble videre sendt til Riksarkivaren, og jeg fikk svar den 19.10.15, om at det finnes særregler for søknader om forskerinnsyn i helseopplysninger og at slike søknader må forelegges den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning, REK. Neste steg ble å henvende seg til REK sør-øst for å skaffe meg de nødvendige tillatelser. Jeg sendte inn søknad om *dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger fra helsepersonell eller helsetjenesten for annen forskning*, den 27.10.15. Den ble behandlet på et møte 26.11.15. Jeg fikk tilbakemelding den

---

<sup>21</sup> Tranøy 1993: 14.

14.12.15 om at komiteen ønsket utfyllende opplysninger når det gjaldt prosjektets formål, hvilke metoder som skulle brukes for å analysere materialet, anslagsvis hvor mange pasienter det kunne dreie seg om og om hvordan opplysningene skulle registreres og oppbevares under arbeidet med oppgaven. Vedtaket i saken ble utsatt til de fikk tilbakemelding på disse punkter. Jeg sendte da tilbakemelding på disse punktene den 12.01.16. Tilbakemeldingen ble vurdert av komiteen i møte den 11.02.16, og jeg fikk svar den 25.02.16. Komiteen innvilget dispensasjon fra taushetsplikten, på de betingelser at søkeren utviste varsomhet når det gjaldt direkte gjengivelser fra journalene (av personhensyn og gjenkjennelse av pasienter) og at opplysningene ble lagret på passord beskyttet minnepinne, fremfor på PC med internettilgang. Deretter sendte jeg over vedtaket fra REK sør-øst hvor jeg hadde fått innvilget dispensasjon fra taushetsplikten til arkivet og riksarkivaren. Og underskrev en taushetserklæring på Statsarkivet i Kristiansand. Denne prosessen for å få tilgang til materialet for masteroppgaven tok altså omkring 6 måneder.

### **1.6.1 Kildegrunnlaget for oppgaven, pasientjournaler etter Eg sykehus**

Pasientjournaler kan inneholde verdifull informasjon om pasientenes bakgrunn og behandling. Sinnssykeasylene var lovpålagte å føre journaler, alle endringer i pasientens tilstand skulle journalføres.<sup>22</sup>

Det har vært oversiktlig å arbeide med pasientjournalene etter Eg asyl, men krevende. Jeg har totalt undersøkt og analysert innholdet i 39 fulle arkivbokser. Disse bestod av 7 bokser med journaler for kvinnelige pasienter og 6 bokser med journaler for mannlige pasienter for perioden 1935-39. Samt 11 bokser med journaler for kvinnelige pasienter og 15 bokser med journaler for mannlige pasienter for perioden 1955-59. Antall pasientjournaler per arkivboks varierte mellom 6 og 37. Totalt har jeg gransket og analysert 669 pasientjournaler for de to periodene. Dette fordeler seg på 162 kvinner og 150 menn, totalt 312 pasienter for perioden 1935-39, og 182 kvinner og 175 menn, totalt 357 pasienter for perioden 1955-59.

---

<sup>22</sup> Aaslestad 1997: 58 og 62.

## Pasientjournalenes oppbygging

Alle journalene med tilhørende papirer ligger samlet i et eget omslag. Journalene fra perioden 1935-39 ligger løst først deretter følger diverse skriv og brev (garantier, legeopplysninger o.a.). Journalene i perioden 1955-59 ligger som regel i en brun konvolutt, noen ligger også løst, de inneholder også en rapportmappe og deretter løse skriv og brev.

For perioden 1935-39 har journalene overskriften *Eg asyl journal over:* og første side er et skjema som fylles ut ved Eg, følgende opplysninger skulle fylles inn i rubrikkene:

Navn. Fødselsdato. Stilling. Familiestand. Rekvirent. Sinnssykattest dato. Innleggelsesattest. Umyndiggjort dato. Sykdomsform. Årsaksforhold. Varighet. Hjemstavn. Oppholdssted. Garanti av. Farlighetsattest. Verge. Innlagt dato. Utskrevet dato. Som-(sinnssyk-ikke sinnssyk). Etter begjæring av-. Til-. Dødsårsak. Beskjed til-.

Det var også kolonner for signalement, familieopplysninger og status presens, se vedlagt sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal for perioden 1935-39, i disse kolonnene var det ofte ikke alt som ble fylt inn.<sup>23</sup>

På baksiden av skjemaet kunne det fylles inn om pasienten ble innlagt på ny; dato, år, dato for sinnssykeattest, rekvirent, garanti, diagnose, og atter utskrevet; dato, på begjæring av, hvordan og hvortil.

De påfølgende sidene i den enkelte journalen, kalt kontinuasjon, har form av en løpende tekst og inneholder først beskrivelser av sykdommen, hvordan den begynte og hvilke symptomer pasienten hadde. Disse opplysningene bygget på beskrivelsen gitt av den innleggende legen. Deretter følger Eg legenes rapport fra den første samtalen og undersøkelse av pasienten ved Eg, og i denne ble det gitt en status presens over pasientens tilstand. De følgende sidene i journalen har form av mer eller mindre sporadiske notater, skrevet av legene, om pasientene i form av forandringer i tilstanden, flyttinger mellom avdelingene og behandlinger som ble iverksatt under oppholdet. Disse notatene er ofte veldig korte slik som: "flyttet til avdeling D pga. uro", noen har litt mer forklaring som: "må ligge i belte da h\*n ellers kryper opp i/roter i sengene til de andre pasientene."<sup>24</sup> Hvor ofte det ble notert og hvor mye som ble skrevet ned hver gang og om hva, varierer i stor grad.

---

<sup>23</sup> Vedlegg 1: Sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal fra perioden 1935-39. Jeg har fått tillatelse av Statsarkivet i Kristiansand til å ha en sensurert kopi som vedlegg.

<sup>24</sup> Begge disse notatene/formuleringene er veldig vanlig og går igjen hos flere pasienter.

For perioden 1955-59 har journalene overskriften *Eg sykehus journal over:* og er et omslag hvor første side også er et skjema som fylles ut, men dette er ikke like omfattende som for perioden 1935-39, se vedlagt sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal for perioden 1955-59. Det som nå skulle fylles inn i rubrikkene var: Navn. Fødselsdato. Stilling. Diagnose. Varighet. Hjemstavn. Oppholdssted. Garanti av. Verge. Innlagt dato. Utskrevet dato. Som- (sinnsyk-ikke sinnsyk). Innlagt på ny og atter utskrevet.<sup>25</sup>

Det nye er også at familieopplysninger var det første som stod skrevet på side to. Deretter følger som tidligere en beskrivelse av sykdommen basert på opplysninger fra den innleggende lege og den første undersøkelsen og samtalen med pasienten på Eg og det ble gitt en status presens over pasientens tilstand. Resten av omslaget består av oppsummerende notater over hvordan pasienten hadde vært under oppholdet, hvilke behandlinger som var blitt gitt og utfallet av disse. Inne i omslaget ligger det påfølgende sider, kalt kontinuasjon, med informasjon om utviklingen i pasientens tilstand og om eventuell behandling, disse er tilnærmet lik kontinuasjonene fra den første perioden og har form av samme usystematiske eller sporadiske notater. Det er videre et ark for den somatiske statusen, et medisinarark, et kombinert behandling og laboratorieundersøkelsesark og evt. et eller flere ECT ark og et operasjonsbeskrivelsesark hvis det var blitt utført en lobotomi. Ellers inneholder journalen en rapportmappe som inneholder rapportblader hvor der er notater som oftest var skrevet av pleierne som hadde tilsyn med pasientene om natten, men der kunne også være notater fra dagtid. ECT ark kan også ligge i denne mappen.

Journal-skjemaene er systematiske og standardiserte opplysningene i pasientjournalene og egner seg for kvantitativ analyse, det er disse opplysningene som danner grunnlaget for databasene jeg har konstruert og som blir presentert i kapittel 3. Dette blir forklart nærmere i del 1.6.2 under om metoden.

Av andre dokumenter som ligger i journalene er også, felles for begge periodene, som oftest et legeopplysningsskjema som er utfylt av den innleggende legen. De opplysningene som ble gitt her ble også gjengitt først i journalene. Ellers kan journalene inneholde røntgenkort og røntgenbilder, tann-kort og av og til brille-bestillinger. Det er alltid en kopi eller et brev som opplyser hvem som dekker forpleiningsutgiftene. Og ofte er der kopier av brev til Aust- og Vest-Agders fylkesleger eller distriktsleger. Av og til kan de også inneholde kopi av brev til pårørende og brev fra pårørende.

---

<sup>25</sup> Vedlegg 2: Sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal fra perioden 1955-59.

## **Pasientjournalenes kontinuasjonsnotater som kilde**

Det varierer hvor mye informasjon som er i journalene, de kan inneholde alt fra en side til noen og 20 sider. Kontinuasjonsnotatene er usystematiske, men fine kilder til sykehusets forståelse av pasienten, sykdommen og behandlingen de ga, samt til andre vurderinger av forholdet mellom pasienten og omgivelsene. Kontinuasjonssidene består av mer eller mindre sporadiske notater. Hvor mye som står i disse notatene og hvor ofte det ble notert varierer i stor grad. Det kan være flere år mellom notatene som er skrevet og de har form av usammenhengende tekstbrokker. Hva som utløser at noe ble notert i journalen kommer ofte ikke klart frem, men disse dreier seg i hovedsak om forandringer i tilstanden og/eller oppførselen til pasienten, flyttinger mellom avdelingene og behandlinger som ble iverksatt under oppholdet. Vanlige formuleringer er “fortsatt urolig“, “vanskelig og motstrebende“, “hadde en voldsom skrike-/skjenne-/sinne-tur“. Eller “blitt mer naturlig og omgjengelig“, og “i det siste mer rolig og ordnet“. Urolig oppførsel resulterte som oftest i flytting til en strengere avdeling og roligere oppførsel i flytting til roligere/åpen avdeling.

Kontinuasjonsnotatene beskriver også behandlingen pasientene fikk i disse notatene. Hvorfor en behandling ble valgt fremfor en annen kommer heller ikke klart frem, men det ble alltid bare forsøkt en behandlingsmetode av gangen. Og vurderingen i forhold til effekten av en behandling ble beskrevet som “ingen virkning/ingen effekt“, eller “hadde god virkning på pasienten“, og i noen tilfeller “tross denne behandling holdt tilstanden seg stort sett uforandret“. Ofte ved ECT behandling ble det notert at det hjalp for en tid, men at “uroen kom igjen“. Går det flere år mellom notatene begynner disse ofte med at tilstanden stort sett har vært uforandret siden forrige notat.

Kontinuasjonsnotatene omtaler også utskrivelsen. Ved utskrivelse av en pasient kommer det ikke alltid klart frem hva som er årsaken til at vedkommende ble skrevet ut eller hvorfor pasienten ble skrevet ut på akkurat dette tidspunktet. Vurderingen av en pasient som ikke sinnssyk eller sinnssyk ved utskrivelse og kriteriene for dette blir heller ikke alltid forklart nærmere. Ofte kan en imidlertid se av notatene i forkant at det enten ikke er blitt noen forandringer i tilstanden til pasienten, men at de ikke lenger trenger å være på et lukket asyl og kan overføres til andre forpleiningsinstitusjoner eller privatpleie. Eller en kan se at det er registrert at det har blitt en gradvis bedring i tilstanden slik at pasienten ikke lenger anses for å være sinnssyk.



Det er ikke alltid det står hvem som har skrevet de enkelte kontinuasjonsnotatene, men av og til står det “res.lege“, “avd.lege“ eller “overlege“ eller initialer i (). Det er viktig å igjen understreke at det er legenes perspektiver, og ikke pasientenes, som kommer fram i journalene, og at legene også kan ha hatt ulike fortolkninger og vurderinger uten at journalen fanger opp dette. Journalen var ikke et sted for å uttrykke faglig tvil eller uenighet.

Journalenes kontinuasjonsnotater er usystematisk og egner seg for kvalitativ analyse. Det er disse opplysningene som danner grunnlag for analysen av pasientene som gjennomgikk en behandling og som blir presentert i kapittel 4, 5 og 7. Dette blir forklart nærmere i del 1.6.2 under om metoden.

### **Likheter og forskjeller i forhold til journal opplysninger mellom periodene 1935-39 og 1955-59**

I begge periodene var det første som står notert alltid fra legeopplysningene og det begynte alltid med informasjon om foreldrene. Hvem de var, om de var gift, om de var beslektet og deres levevei var det første som står skrevet både i 1935-39 og 1955-59 perioden. *Er født av gifte ubeslektede foreldre ...* var vanligvis formuleringen på første setning. Og i begge periodene ble pasientene, ved innleggelsen, tatt med til undersøkelse på badet. På badet foregikk også den første samtalen med pasienten.

For perioden 1935-39 er journalene stort sett håndskrevne, det kunne også være noen maskinskrevne notater. Mens for perioden 1955-59 er selve journalen maskinskrevet, mens rapportbladene er håndskrevne. Dødsårsaken er oppgitt på første side av journalen i den første perioden, men ofte ikke i den andre perioden. Og det ble oftere fortatt obduksjoner av de døde pasientene i den første perioden enn i den andre. Om årsaken til dette er at det var mer usikkerhet rundt hva som var dødsårsaken til pasientene i den første perioden enn i den andre perioden er uvisst. Det kan også tenkes at gjennom å obdusere pasienter kunne psykiatrien få en større tyngde som vitenskap. Skålevåg skriver at: «*Obduksjonen kan synes å være den mest naturvitenskapelige av de psykiatriske praksiser.*»<sup>26</sup> Og at gjennom obduksjon kunne psykiatrien få økt status blant de øvrige legespesialer, se mer i kapittel 2.2.

---

<sup>26</sup> Skålevåg 2003: 90.

## Problemer og utfordringer i forhold til å benytte pasientjournaler som kildemateriale

Det var legene som skrev journalene og derfor er det deres perspektiv og ikke pasientenes som uttrykkes i journalene. Hvordan pasientene oppfattet både sin sykdom og sin tilværelse i asylet kommer i liten grad frem. I noen journaler kan det være notater om hva pasientene selv hadde sagt, det er sjelden det er i form av direkte tale, men slike notater som dette forekommer: «*Med hviskende stemme får hun frem: "Jeg skal vel ikke ha sjokk"*».<sup>27</sup> Langt oftere ble det en pasient hadde sagt notert i form av tredjeperson: «*Det var en morgen hun skulle ha sjokk, og hun sa hun var så redd for behandlingene at hun derfor var gått sin vei, men hadde tenkt å komme tilbake senere.*»<sup>28</sup> Det er sjelden pasientenes egne tanker og meninger ble notert i journalen.

Pasientjournalene fra Eg sykehus arkiv er ordnet og arkivert etter dato for utskrivelse eller dødsfall. Og er fullstendige for både menn og kvinner i begge periodene. Det var på 1930-tallet at asylene gikk over til å katalogisere pasientjournalene etter utskrivelsesår fremfor innleggelsesdato.<sup>29</sup>

For eksempel i arkivet etter Eg sykehus inneholder arkiv boks nummer 238 alle journalene etter de kvinnelige pasientene som døde eller ble utskrevet fra Eg i året 1936. Arkiv boks nummer 295 inneholder alle journalene etter de mannlige pasientene som døde eller ble utskrevet fra Eg i året 1936. Andre pasienter som også var innlagt i året 1936, men som ikke ble utskrevet da vil jeg altså ikke finne journalene til, da de ligger i den arkiv boksen som er datert til da de ble utskrevet.

Det at pasientjournalene er ordnet og arkivert etter dato for utskrivelse eller dødsfall betyr at jeg ikke får informasjon om mange av de innlagte som ble værende på asylet i de periodene jeg studerer. Fordelen med arkivordningen er at den fremhever grundig de pasientene som ble utskrevet som ikke sinnssyke etter behandlinger de hadde fått, de pasientene som ble utskrevet som sinnssyke til annen institusjon eller privatpleie og de pasientene som døde som følge av en behandling. Det vil også være en overvekt av døde pasienter blant de pasientene jeg studerer, fordi alle pasientene som døde under sitt opphold på Eg ble skrevet ut.

I tillegg er det slik at hvis noen har blitt utskrevet og senere blitt lagt inn igjen, blir journalen lagt i den tidsperioden de sist var innlagt. Det vil si blir en pasient lagt inn flere ganger ligger

---

<sup>27</sup> Kont 4, 272-7, ESA, SAK.

<sup>28</sup> Kont 2, 270-7, ESA, SAK.

<sup>29</sup> Skålevåg 2003: 57 og Aaslestad 1997: 99.

de/den journalen(e) de fikk ved de/den første (evt. flere) innleggelsen inni den siste journalen. Dette førte til at jeg fant noen pasienter som hadde vært innlagt i den første perioden 1935-39 og utskrevet da, men innlagt igjen senere og utskrevet igjen i den andre perioden 1955-59. Slik blir det en ytterligere usikkerhet i forhold til å dekke hele pasientgruppen.

Her er et eksempel; en mann som hadde vært innlagt totalt 11 ganger på Eg.<sup>30</sup> Han var blitt innlagt og utskrevet fire ganger i løpet av perioden 1935-39, men journalen hans ligger i den arkiv boksen fra når han sist ble utskrevet, det er boksen som dekker tidsrommet 01.06.1955-31.07.1955. Alle de foregående journalene ble flyttet og lagt inn i den siste journalen. Selv om han da hadde vært innlagt og utskrevet i den første perioden jeg undersøker finnes det ingen journaler etter han der.

Følgene av disse arkivforholdene for en studie som min, er at oppgaven ikke kan kartlegge og analysere det totale behandlingsregimet i de to periodene, men utelukkende analysere behandling av de pasientene som ble utskrevet. De andre pasientene, som ikke ble utskrevet, har jeg ikke kildegrunnlag for å kunne å kunne uttale meg om. De utskrevne pasientene derimot, som jeg baserer studien min på, utgjør omtrent 1/5 del av samtlige pasienter på Eg i disse periodene, se kapittel 3.

Hvis jeg skulle lokalisert samtlige pasienter innlagt i de to periodene oppgaven omhandler måtte jeg gått igjennom alt av arkiv materiale etter Eg, omtrent frem til i dag da noen pasienter fremdeles kan være i live og under psykisk pleie. Dette ville blitt en enorm, for nesten ikke si umulig, oppgave å gjennomføre. Det ville også krevd tillatelse jeg ikke har, mitt innsyn dekker bare ut året 1959.

## **Andre kilder**

Opprinnelig hadde jeg også tenkt å bruke tvangsmiddelprotokollene får å undersøke i hvor stor grad pasientene ble beltelagt og isolert. Men disse protokollene ville gitt meg informasjon om andre pasienter i forhold til dem oppgaven ellers handler om på grunn av måten pasientjournalene etter Eg sykehus er ordnet. Her er det i tillegg huller i kildeserien. Protokollene dekket ikke alle årene i de to periodene oppgaven fokuserer på.

Rapportprotokoller var også en mulig kilde jeg kunne benyttet meg av, men da heller ikke disse var fullstendige for både kvinner og menn i de to periodene valgte jeg å konsentrere meg

---

<sup>30</sup> Journal 328-5, ESA, SAK.

om journalene, i tillegg inneholder hver enkelt journal en rapportmappe med rapportblader med den tilsvarende informasjonen.

### **1.6.2 Metoden og arbeidet med kildene**

Som nevnt ovenfor har jeg analysert samtlige journaler for de pasientene som ble utskrevet i de to periodene, totalt 669 journaler. Pasientjournaler egner seg for både kvantitativ og kvalitativ analyse. Skjemaene som utgjør journalenes første side inneholder systematiske og standardiserte opplysningene og egner seg for kvantitativ analyse, det er disse opplysningene som danner grunnlaget for de omfattende databasene jeg har konstruert. Journalenes kontinuasjonnotater inneholder usystematiske opplysninger og egner seg for kvalitativ analyse. Kontinuasjonnotatene gir andre opplysninger enn journalskjemaet og det er disse opplysningene som danner grunnlaget for analysen av pasientene som gjennomgikk behandling med de ulike behandlingsmetodene.

For å kartlegge og organisere opplysningene fra journalskjemaene og å gjøre det søkbart har jeg konstruert fire databaser, en for kvinner K35-39 og en for menn M35-39 for perioden 1935-39, en for kvinner K55-59 og en for menn M55-59 for perioden 1955-59. Dette for at det skal være lettere å håndtere, se sammenhenger og sammenligne. Jeg brukte Excel for å konstruere databasene, hvor det er mulig å søke i og kryssjekke mellom utvalgsriteriene.

Jeg har valgt å analysere følgende utvalgsriterier fra journalenes skjema og innføring av dem i databasene som skulle gi grunnlagt for den kvantitative analysen:

1. Bnr.jnr.: boks-nummer/journalnummer
2. Kjønn
3. A.v.i.: Alder ved innleggelse
4. S.status: Sivilstatus
5. Stilling
6. Betaler: hvem som dekker forpleiningsutgiftene
7. Innlagt: dato for innleggelse
8. Utskrevet: dato for utskrivelse
9. Inn.tid: lengden på innleggelsen
10. Tils./årsak ut.: tilstand eller årsak til utskrivelse
11. Dødsårsak

12. Diagnose
13. Sykårs.: sykdomsårsak
14. Tidl.inn.: tidligere innlagt
15. Behandlingsmetode
16. Medisin
17. Belte
18. F.t.a.a.: flyttet til annen avdeling
19. Isolat
20. Diverse/kommentarer

Som referanse (1) har jeg boksnummeret (fra arkivet) og et tall som er rekkefølgen journalene ligger i, dette tallet varierer etter hvor mange journaler som ligger i hver enkelt boks. Årsaken til at jeg henviser til pasientjournalene på denne måten er fordi jeg ikke kunne bruke løpenummerne til pasientene som referansepunkt i henhold til retningslinjene fra REK sør-øst.

Stilling (5) er tatt med i analysekriteriene fordi dette kan, sammen med hvem som dekket forpleiningsutgiftene (6), si noe om hvilken sosial status pasientene hadde, dette kan være interessant hvis det er noen forskjeller mellom hvordan velstående og mindre velstående ble behandlet. For øvrig har jeg valgt å ikke legge vekt på sosial status i den kvantitative analysen. Dette har jeg gjort av to grunner, for det første var det en enorm mengde forskjellige stillinger blant pasientene og for det andre fordi jeg ikke har funnet noe særlig om dette i forskningsarbeider og litteraturen som kunne blitt brukt til sammenligning eller diskusjon opp mot mine funn. Det eneste unntaket her er Per Haave som fant at de fleste pasientene på Sanderud tilhørte kategorien «offentlig forpleid sinnssyk» fram til 1960-tallet.<sup>31</sup> Det var kun 8 av de totalt 669 pasientene ved Eg som hadde fått oppgitt sin stilling som «offentlig forpleid sinnssyk», og alle disse fant jeg i den andre perioden 1955-59.

På nr.6 har jeg også tatt med om pasientene var fra Aust- eller Vest-Agder fylke, eller andre fylker.

Analysekriteriet nr. 13 Sykdomsårsak blir heller ikke vektlagt i den kvantitative analysen.

Jeg har i analysekriteriene valgt å skille mellom behandlingsmetode (15) og medisin (16) fordi jeg vil registrere de ulike sjokkbehandlingene, lobotomi og medikamenter under

---

<sup>31</sup> Haave 2008: 170-171.

analysepunkt nr. 15 og sovemedisiner og beroligende under nr. 16. Behandlingsmetode inngår i den kvalitative analysen, i databasene har jeg bare registrert hvilke pasienter som fikk hvilke behandlinger for lettere å finne dem igjen.

Analysekriteriene 17, 18 og 19 er kategoriene for de ulike tvangstiltakene, henholdsvis “belte“, “flyttet til annen avdeling“ og “isolat“. Når det gjelder flytting til annen avdeling har jeg utelukkende tatt med om de ble flyttet til en strengere avdeling. Disse punktene blir heller ikke lagt vekt på videre i den kvantitative analysen av samme grunn som for sosial status, da jeg ikke fant nok sammenligningsgrunnlag i andre forskningsarbeid til å forsvare plassen i oppgaven. Og fordi, som nevnt over om andre kilder, var ikke tvangsmiddelprotokollene fullstendige for begge kjønn for begge periodene og ville gitt meg informasjon om andre pasienter i forhold til dem oppgaven ellers handler om på grunn av måten pasientjournalene etter Eg sykehus er ordnet på.

I kapittel 3 presentere jeg de kvantitative funnene slik jeg har bearbeidet dem gjennom databasene. Målet med dette kapittelet er å vise hvordan pasientene fordeler seg på de ulike analyse utvalgsriteriene som databasene utgjør. Jeg har lagt mest vekt på hvilken alder pasientene hadde ved innleggelse, hvor lenge pasientene var innlagt på Eg, hvilken tilstand pasientene var i ved utskrivelse og hvilke diagnoser pasientene hadde fått. De andre utvalgsriteriene, sivilstatus (4), hvem som dekket forpleiningsutgiftene og hvor var pasientene fra (6), dødsårsaker (11), om pasientene tidligere hadde vært innlagt (14) og medisiner (16) blir også presentert, men er av mindre betydning, da det har vist seg å være av liten betydning i forhold til behandlingen av pasientene og da det ikke er store forskjeller mellom kjønnene og i mellom de to periodene. Dette utgjør et stort tallmateriale og derfor har jeg valgt å fremstille funnene i diagrammer. Jeg har valgt å benytte kun to typer av diagram for alle utvalgsriteriene for at materialet skal være lettere å sammenligne.

I tillegg til analysen og registreringen av opplysningene i journal skjemaene for kvantitativ bearbeiding, samlet jeg også en omfattende mengde andre kvalitative data utfra journalenes kontinuasjonsnotater. Jeg noterte det som var av interesse i disse journalnotatene, men som falt utenom utvalgsriteriene i et Word dokument per arkivboks. Dette var da utfyllende om behandlingsmetodene, hvilke pasienter som hadde blitt behandlet med de ulike behandlingsmetodene, eventuelt hvorfor en behandling ble igangsatt, hva utfallet ble, og om det var noen komplikasjoner ved behandlingene. Og om det var noe som kunne si hvordan pasientene selv oppfattet å være innlagt på Eg og å være gjenstand for de ulike behandlingsmetodene.

Med hensyn til personvern og for at ingen skal kunne gjenkjennes blir det ikke brukt navn eller fødselsdato i denne oppgaven. Jeg har regnet ut alder ved innleggelse, ved å trekke fra fødselsåret fra innleggesåret og rundet av til nærmeste år i alder. Heller ikke hjemsted eller bosted blir brukt bare hvilket fylke pasienten var fra. Dette er i overensstemmelse med konsesjonen jeg har fått fra REK sør-øst.

Når det gjelder de ulike behandlingsmetodene har jeg benyttet databasene til å kryssjekke hvordan pasientene fordeler seg på kjønn, tilstand ved utskrivelse og diagnose. Jeg har også regnet ut gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig innleggelsestid. Det vil i fremstillingen bli lagt mest vekt på de pasientene som utelukkende ble behandlet med kun en form for behandling. Det å fokusere på pasienter som kun hadde gjennomgått en form for behandling kan gi oss et inntrykk av hvilke behandlinger som ifølge journalene fremstår som mest effektive, det vil si førte til at flest ble utskrevet som ikke sinnssyke. Jeg har i journalen bare tilgang til hvordan legene på Eg oppfattet og vurderte effekten av behandlingene. Jeg kan ikke konkludere med den faktiske effekten, bare slik den ble oppfattet av legene på Eg om hvorvidt en pasient ble ansett som sinnssyk eller ikke sinnssyk etter at en behandling var blitt gjennomført. Av den grunn bruker jeg innførselen i journalen om at pasienten ble utskrevet som ikke sinnssyk, til å vurdere om en behandling hadde hatt den ønskede effekten og førte til at pasienten ble utskrevet. Jeg vil presisere at det ikke kan slås sikkert fast at det var behandlingen pasientene fikk, eller ikke fikk, som førte til at pasientene ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyk. Jeg kan bare vise sammenfall mellom behandlinger eller mangel på behandlinger og sykehuslegenes journalførte oppfatning av om pasienten var blitt frisk fra sin sinnssykdom.

## **1.7 Forskningsetiske hensyn**

Som nevnt ovenfor i søkeprosessen om innsyn var en av betingelsene for å få innsyn i pasientjournalene etter Eg asyl at jeg måtte utvise varsomhet med å direkte gjengi fra journalene. Dette gjelder jo også generelt. En pasientjournal inneholder svært sensitive personopplysninger, og bør på ingen måte misbrukes. Da jeg skrev under på taushetserklæringen forpliktet jeg meg til å ikke bringe videre taushetsbelagte opplysninger på en slik måte at de kan tilbakeføres til en person eller en liten gruppe av personer. Jeg har etter beste evne forsøkt å imøtekomme disse retningslinjer og gjennom å anonymisere pasientene, ved å ikke bruke navn, fødselsdato, hjemstavn eller andre opplysninger som kan føre til

gjenkjennelse, håper jeg at det ikke skal være mulig å tilbakeføre informasjon fra kildene som jeg benytter.

Jeg har valgt å gi de pasientene som blir presentert nærmere i kapittel 7 nye navn, som klart skiller seg fra deres opprinnelige navn. Dette har jeg valgt å gjøre fordi jeg mener at det å bare referere til disse pasientene ved bruk av et tall eller en kode blir så distansert. En må ikke glemme at det her er menneskers skjebner som diskuteres.

## **1.8 Oppgavens oppbygging**

Masteroppgaven starter, i kapittel 2, med opprettelsen av Eg asyl og psykiatriens status blant de øvrige medisinske grenene i tiden før de somatiske behandlingsmetodene ble introdusert. I kapittel 3 presenterer jeg de utskrevne pasientenes fordelinger på de ulike utvalgskriteriene, som utgjør databasene, og sammenligner begge periodene 1935-39 og 1955-59. I kapittel 4 presenterer jeg de pasientene som ble behandlet med malaria, sulfosin og cardiazolsjokk i perioden 1935-39. Og i kapittel 5 presenterer jeg de pasientene som ble behandlet med insulin, elektroshokk og medikamenter samt de som ikke fikk noen form for behandling i perioden 1955-59. I både kapittel 4 og 5 viser jeg hvordan pasientene som ble behandlet med de ulike behandlingsmetodene fordeler seg på kjønn, alder, innleggelsestid, diagnoser og andel utskrevet som ikke sinnssyke. De lobotomerte utgjør en større del av oppgaven enn det som var tenkt, det har blitt slik fordi det er mest forskning på lobotomi, så lobotomi utgjør de to siste kapitlene. Kapittel 6 viser til andres funn både generelt om bruken av lobotomi og om indikasjonene som ble brukt for lobotomi. Det har dominert to hovedforklaringer på hvorfor pasienter ble lobotomert, disse bruker jeg som teoretiske rammer. I kapittel 7 viser jeg først den generelle fordeling av de lobotomerte pasientene på utvalgskriteriene; fordelingen på kjønn, alder, innleggelsestid, diagnoser, behandling før og etter lobotomi og andel utskrevet som ikke sinnssyke. I dette kapitlet trekker jeg også fram eksempler på pasienter som ikke ble lobotomert, som jeg videre sammenligner med de lobotomerte, både i forhold til indikasjoner og diskusjon i forhold til teoriene på feltet og om teoriene passer på situasjonen for pasientene på Eg. Deretter blir praksisen rundt samtykke, i forhold til operasjon, på Eg sett opp mot praksis ellers i Norge og Skandinavia for øvrig. Til slutt konkluderer og oppsummerer jeg hovedfunnene i undersøkelsen.



## 2. Eg asyl og psykiatriens status

Dette kapittelet skal i den første delen handle om opprettelsen av Eg asyl, hvordan var bemanningen, sengeplasser og avdelinger? Og hvordan utviklet dette seg i løpet av perioden fra opprettelsen og frem til oppgavens slutt i 1959? Den andre delen av kapittelet handler om psykiatriens status frem til oppgavens begynnelse. Hvordan var psykiatriens posisjon blant de øvrige legespesialitetene før innførelsen av de somatiske behandlingsmetodene?

### 2.1 Eg asyl

*«Den kongelige kommisjon av 1825 hadde foreslått at det skulle opprettes helbredelsesanstalter i Kristiania, Kristiansand, Bergen og Trondheim. Staten hadde tatt på seg ansvaret å bygge disse.»*<sup>32</sup> Gaustad var det første i 1855, Rotvoll det andre i 1872, deretter sto Kristiansand for tur. Gården Eg ble valgt på grunn av størrelsen og nærheten til byen. Eg asyl skulle bygges for samme formål som Gaustad og Rotvoll, hvor man til en viss grad hadde klart å kombinere prinsippene for helbredelse- og pleie-anstalt.<sup>33</sup>

Kristiansand ble valgt som neste sted for å opprette et asyl, på grunn av de tallrike sinnssyke i Lister og Mandal amt. Hvorfor det var så mange sinnssyke her kan ha med fattigdom å gjøre og at det var en befolkningsvekst i Vest-Agder som førte til en jordløs klasse av husmenn og strandsittere. Skipsfarten sysselsatte mange langs kysten, men de indre bygdene i Vest-Agder var preget av fattigdom. Noe de tre formene for vandringer vitner om. Det var arbeidsvandring hvor folk fra Vest-Agder søkte arbeid i Aust-Agders kystbyer, her var det et stort behov for gårdsarbeid fordi innbyggerne her var engasjert i skipsfarten.

Barnevandringer var også vanlig, barn fra Vest-Agder reiste til Aust-Agder for å gjete om sommeren. Utvandring var også et alternativ, og utvandringen til USA var to-tre ganger større i Agder enn i landet ellers og mest igjen fra Vest-Agder.<sup>34</sup>

Åpningen av Eg asyl fant sted 5 oktober 1881 med Axel A. Lindboe som direktør.<sup>35</sup>

Sengeantallet var på 230, men dette ble utvidet til 260 allerede i 1901.<sup>36</sup> Bemanningen i 1881 bestod av en direktør, en reservelege, en assistentlege, en forvalter, en kasserer, en prest og en organist i deltidsstilling, en sekretær, en maskinist, en fyrbøter, en portner, en lampepusser, en

---

<sup>32</sup> Sagedal 1981: 27.

<sup>33</sup> Sagedal 1981: 27-28.

<sup>34</sup> Sagedal 1981: 32-33.

<sup>35</sup> Sagedal 1981: 31.

<sup>36</sup> Sagedal 1981: 85.

gartner, huskarlen og en skolelærer. Oldfruen, en overvokterske og en overvokter, en husholderske, 10 voktere og 10 voktersker og 9 kjøkkenpiker og vaskepiker.<sup>37</sup>

Avdeling A var for rolige syke på 1. forpleining. Avdeling B var for rolige syke på 2. forpleining. Avdeling C var for urolige syke som stadig trengte oppsikt. Avdeling D var for voldsomme eller meget besværlige syke.<sup>38</sup> Avdeling D ble utvidet i 1892 med 10 isolater, og bestod nå av 30 isolater, 15 for menn og 15 for kvinner. I 1922 ble asyl et utvidet med en ny kolonibygning for 24 mannlige pasienter. Kolonien var et toetasjes trebygg og ble delvis bygget av pasienter.<sup>39</sup>

Middelbelegget for Eg asyl var i årene mellom 1935 og 1940 ca. 340 pasienter, mens asyl et var registret for 280 plasser. I årsmeldingene ble det påpekt at de vanskelige plassforhold førte til økt bruk av tvangsmidler og sovemidler.<sup>40</sup>

Bemanningen i 1940 bestod av en direktør/overlege, en reservelege, en assistentlege, en forvalter, en kasserer, en prest, en organist i deltidstilling og en oldfrue. Sekretæren ble nå kalt forvalterassistent, maskinisten hadde fått tittelen maskinmester og det var kommet til en reparatør. Nå var det også to fyrbøter istedenfor en og to portnere. I tillegg var der kommet en sjåfør og en kontorsøster. Overvoktersken/overvokter var blitt oversøster/overpleier. Husholdersken var blitt kjøkkensjef og der var kommet en assistent. Istedenfor 10 voktere og 10 vokterske, var det 28 sykepleiere og 34 sykepleierske, inkludert avdelingslederne og de som gikk på natta. Kjøkkenpiker og vaskepiker var økt fra 9 til 22.<sup>41</sup>

Eg hadde samme antall leger, en overlege, en reservelege og en assistentlege, fra åpningen i 1881 frem til det i 1947 kom en assistentlege stilling til. Frem til 1962 hadde Eg disse fire legestillingene.<sup>42</sup>

I 1949 ønsket Eg å overta en brakkeleir på Dalane i Kristiansand, som hadde blitt brukt av tyskerne til interneringsleir for russiske krigsfanger og etter krigen som landssvikleir. Ved å opprette en avdeling på Dalane håpet man å få plass til 52 pasienter som var sløve og arbeidsudyktige, som det ikke var mulig å få anbragt utenfor sykehuset. For på denne måten å kunne øke sirkulasjonen i sykehuset. Ombygging av Dalane ferdig i 1952 og bestod nå av fire

---

<sup>37</sup> Sagedal 1981: 97.

<sup>38</sup> Sagedal 1981: 31.

<sup>39</sup> Sagedal 1981: 78.

<sup>40</sup> Sagedal 1981: 92-93.

<sup>41</sup> Sagedal 1981: 97.

<sup>42</sup> Sagedal 1981: 116-117.

bygninger, en brakke til kvinner og en til menn, med plass til 25 av hvert kjønn. Der var en brakke til kjøkken, felles spisesal og hybler for avdelingspiker og kjøkkenpersonalet og en brakke til pleiepersonalet. Pasientene som ble overført trengte mye hjelp, men var som regel rolige.<sup>43</sup>

## 2.2 Psykiatriens status

*«Behandling var stort sett fraværende, det ble oppbevaring. Og hva måtte man ikke kjempe med? Overfylte asylere med pasienter som ropte og skrek, eller som satt hele dagen i et hjørne uten å si et ord, urenlige pasienter som griset seg til med avføring, mens andre gikk frem og tilbake eller sto og utførte sine ritualer, selvdestruktive pasienter som dunket hodet i veggen, og andre som talte med sine indre stemmer. Slik var hverdagen på mange asylere.»<sup>44</sup>*

Slik beskriver Einar Kringlen hverdagen på asylene på begynnelsen av 1900-tallet.

Arbeidsterapi, vannterapier, sengeleie og noen beroligende midler var de behandlingene en hadde tilgjengelig, men disse førte ikke til helbredelse for pasientene. Der var ingen effektive behandlingsmetoder.<sup>45</sup> Det var et sterkt ytre press på psykiatrien, både som en vitenskap med ansvar for å løse problemer og som praktisk virksomhet. *«Hjelpeløsheten overfor sinnslidelsene var reel,»<sup>46</sup>*

Ifølge Jesper Vaczy Kragh var det liten utvikling i faget og psykiatrien var svakt plassert blant de øvrige lege spesialer og kunne ikke vise til samme fremskritt som i andre grener av medisinen. For at psykiatrien skulle oppnå en bedre posisjon blant de legevitenskapelig spesialer var det viktig at psykiatrien kunne vise til resultater på behandlingsområdet. Psykiatri utgjorde heller ikke en stor del av legeutdanningen, i Danmark utgjorde undervisningen bare 36 timer i et semester, samt en måned psykiatrisk praksistjeneste.<sup>47</sup>

Ifølge Edward Shorter begynte psykiaterne utover på 1900-tallet og seg om etter alternativer, som det hvilte et desperat preg over, men som må ses i en tidsmessig sammenheng. Psykiatrien var hjelpeløs overfor hjernen og sinnets sykdommer og asylene var overfylte.<sup>48</sup>

---

<sup>43</sup> Sagedal 1981: 100-101.

<sup>44</sup> Kringlen 2007: 175.

<sup>45</sup> Valenstein 1986: 33, Bøe 1994: 119, Haave 2008: 118-119 og Kragh 2008: 121-122.

<sup>46</sup> Isdahl 1993: 87.

<sup>47</sup> Kragh 2008: 195 og Kragh 2010: 141.

<sup>48</sup> Shorter 2001: 227.

Med de nye somatiske behandlingsmetodene som ble innført i 1930-årene fikk man en viss optimisme innenfor psykiatrien. Disse behandlingsmetodene må forstås i lys av at psykiatrien lenge kjempet for å skaffe seg en respektert plass blant de medisinske disipliner. De somatiske behandlingsmetodene styrket asylpsykiatrien og asylet ble et sentrum for psykiatrisk behandling. De ledet psykiatrien inn på en somatisk linje, det vil si en retning som søkte etter organiske årsaker og tilsvarende behandling. Siden disse behandlingsmetodene i prinsippet ikke skilte seg fra metoder som ble anvendt innen somatisk medisin førte det til at asylene fikk økt status innen medisinen.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Kringlen 2007: 175 og 180, Kringlen 2008: 23, Tranøy 1993: 29, Blomberg 1990: 22 og Bremer 1982: fra bokens forord, også sitert i Blomberg 1990: 32.

### 3. De utskrevne pasientene fordelt på utvalgsriteriene for databasene

I dette kapitlet skal jeg presentere funnene slik jeg har bearbeidet dem gjennom databasene. Dette utgjør et stort tallmateriale og derfor har jeg valgt å fremstille dette i diagrammer. Jeg har valgt å benytte kun to typer av diagram for alle utvalgsriteriene for at materialet skal være lettere å sammenligne.

Jeg har i alt analysert 669 pasientjournaler for begge periodene. Disse har jeg fordelt på fire databaser, en for kvinner (K35-39) og en for menn (M35-39) for den første perioden 1935-39, og en for kvinner (K55-59) og en for menn (M55-59) for den andre perioden 1955-59. K35-39 utgjør 162 kvinner, M35-39 utgjør 150 menn, totalt 312 pasienter. K55-59 utgjør 182 kvinner, M55-59 utgjør 175 menn, totalt 357 pasienter. Jeg vil gjenta det metodiske poenget som ble beskrevet i innledningen om at det dreier seg om pasienter som har blitt skrevet ut i disse årene og ikke er det totale belegget ved Eg i disse periodene.

Følgende spørsmål blir besvart i det genererte materialet:

- Hvilken alder hadde pasientene ved innleggelse?
- Hva slags sivilstatus hadde pasientene?
- Hvem dekket forpleiningsutgiftene og hvor var pasientene fra?
- Hvor lenge var pasientene innlagt på Eg?
- Hvilken tilstand var pasientene i ved utskrivelse?
- Hva var de ulike dødsårsakene?
- Hvilke diagnoser hadde pasientene fått?
- Hadde pasientene tidligere vært innlagt?
- Hvor mange pasienter ble behandlet, og hvor mange ble ikke behandlet?
- Hvilke medisiner ble brukt, og i hvor stor grad ble pasientene medisinert?

Alle spørsmål gjelder for begge periodene og for begge kjønn. Sammenligninger mellom periodene blir foretatt underveis i kapitlet.

Først skal jeg se på den totale fordeling for både kvinner og menn på de forskjellige utvalgsriteriene databasene inneholder, deretter på forskjellene mellom kjønnene. Først presenterer jeg perioden 1935-39, deretter perioden 1955-59 så skal jeg sammenligne de to periodene tilslutt.

### 3.1 Belegget på Eg i de to periodene

Før jeg presenterer hvordan de utskrevne pasientene fordeler seg på de ulike utvalgs-kriteriene vil jeg si litt om det totale belegget ved Eg i de to periodene. Jeg har brukt *Sinnssykeasylenes virksomhet* for perioden 1935-39 og *Sinnssykehusenes virksomhet* for perioden 1955-59, fra ssb.no, for å finne ut hvor mange pasienter som var innlagt per år i disse to periodene. For på denne måten å se hvor stor prosent de utskrevne pasientene fra mitt materiale utgjorde av det totale belegget.

Følgende tabell viser antall utskrevne og totalt belegg per år.

Årstall	Utskrevne pasienter	Totalt belegg
1935	78 <sup>50</sup>	337 <sup>51</sup>
1936	57 <sup>52</sup>	340 <sup>53</sup>
1937	61 <sup>54</sup>	337 <sup>55</sup>
1938	65 <sup>56</sup>	343 <sup>57</sup>
1939	51 <sup>58</sup>	337 <sup>59</sup>
<b>Totalt 1935-39</b>	<b>312</b>	<b>1694</b>
1955	55 <sup>60</sup>	443 <sup>61</sup>
1956	73 <sup>62</sup>	429 <sup>63</sup>
1957	71 <sup>64</sup>	444 <sup>65</sup>
1958	80 <sup>66</sup>	427 <sup>67</sup>
1959	78 <sup>68</sup>	426 <sup>69</sup>
<b>Totalt 1955-59</b>	<b>357</b>	<b>2169</b>

Tabell 1. Antall utskrevne pasienter og totalt belegg per år for begge periodene.

<sup>50</sup> Arkivboks 236, 237 og 294, ESA, SAK.

<sup>51</sup> *Sinnssykeasylenes virksomhet 1935*: 16.

<sup>52</sup> Arkivboks 238 og 295, ESA, SAK.

<sup>53</sup> *Sinnssykeasylenes virksomhet 1936* og oppgaver over antall offentlig forpleide sinnssyke i 1936: 20.

<sup>54</sup> Arkivboks 239, 240 og 296, ESA, SAK.

<sup>55</sup> *Sinnssykeasylenes virksomhet 1937* og oppgaver over antall offentlig forpleide sinnssyke i 1937: 27.

<sup>56</sup> Arkivboks 241 og 297, ESA, SAK.

<sup>57</sup> *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938* og oppgaver over antall offentlig forpleide sinnssyke i 1938: 29.

<sup>58</sup> Arkivboks 242, 298 og 299, ESA, SAK.

<sup>59</sup> *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*: 34.

<sup>60</sup> Arkivboks 269, 270, 327, 328 og 329, ESA, SAK.

<sup>61</sup> *Sinnssykehusenes virksomhet, 1955*, med sammendragstabeller 1951-55: 20.

<sup>62</sup> Arkivboks 271, 272, 330, 331, 332 og 333, ESA, SAK.

<sup>63</sup> *Sinnssykehusenes virksomhet 1956*: 18.

<sup>64</sup> Arkivboks 273, 274, 334, 335 og 336, ESA, SAK.

<sup>65</sup> *Sinnssykehusenes virksomhet 1957*: 18.

<sup>66</sup> Arkivboks 275, 276, 337, 338 og 339, ESA, SAK.

<sup>67</sup> *Sinnssykehusenes virksomhet 1958*: 18.

<sup>68</sup> Arkivboks 277, 278, 279, 340 og 341, ESA, SAK.

<sup>69</sup> *Sinnssykehusenes virksomhet 1959*: 18.

De utskrevne pasientene i mitt materiale utgjør gjennomsnittlig 17,3% av alle pasienter innlagt per år. Så denne oppgaven har kun dekning for å si noe om behandlingen av ca. 1/5 av alle pasienter innlagt i de utvalgte årene. Hvordan de resterende pasientene (de som ble værende på Eg i de to periodene) ble behandlet har jeg da ingen grunnlag for å si noe om.

### 3.2 Alder ved innleggelse

Hvilken alder hadde pasientene som ble utskrevet i de to periodene da de ble innlagt på Eg?

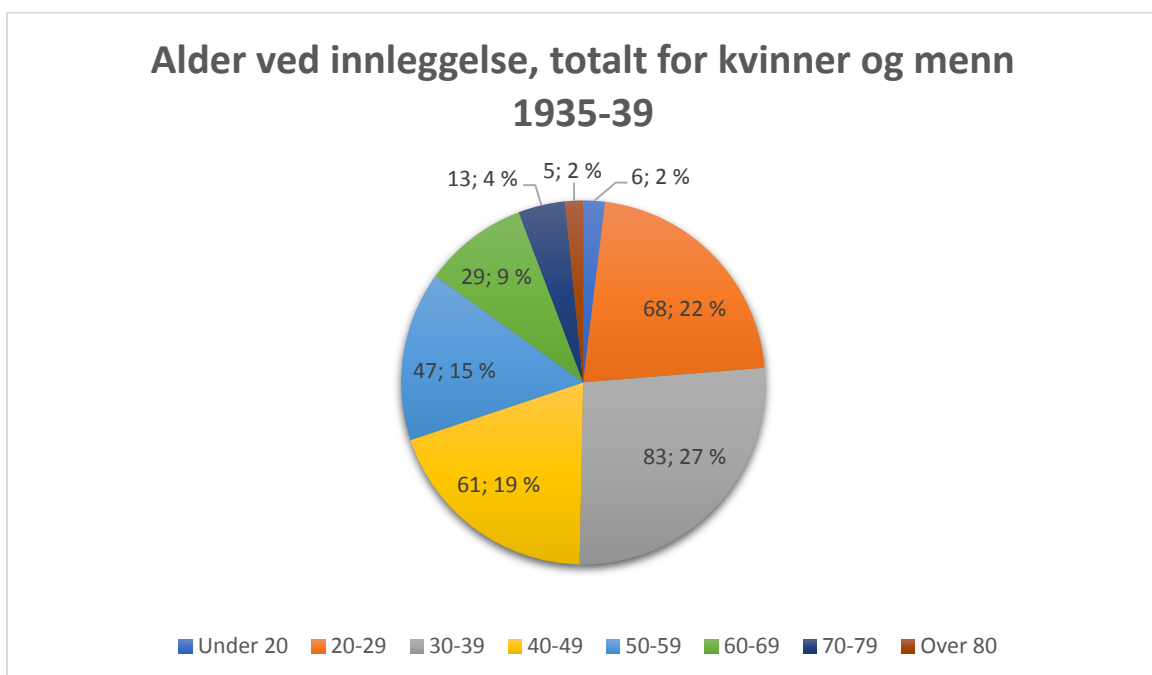


Diagram 1: Antall og prosent, totalt for kvinnelig og mannlige pasienter fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1935-39.

Når det gjelder pasientenes alder ved innleggelse for perioden 1935-39 viser diagram 1 at 51% av alle pasientene utskrevet i dette tidsrom var under 40 år da de ble innlagt. Den største gruppen på 27% er de som var mellom 30 og 39 år.

Kjønnsfordelingen i diagram 1a viser at mennene var yngre enn kvinnene, spesielt var det flere menn mellom 20 og 29 år som ble innlagt. Kvinnene hadde en større andel som var i 60 og 70 årene da de ble innlagt. 46% av kvinnene og 54% av mennene var under 40 år.<sup>70</sup>

<sup>70</sup> Se vedlegg 3, tilleggsdiagram 1b og 1c.

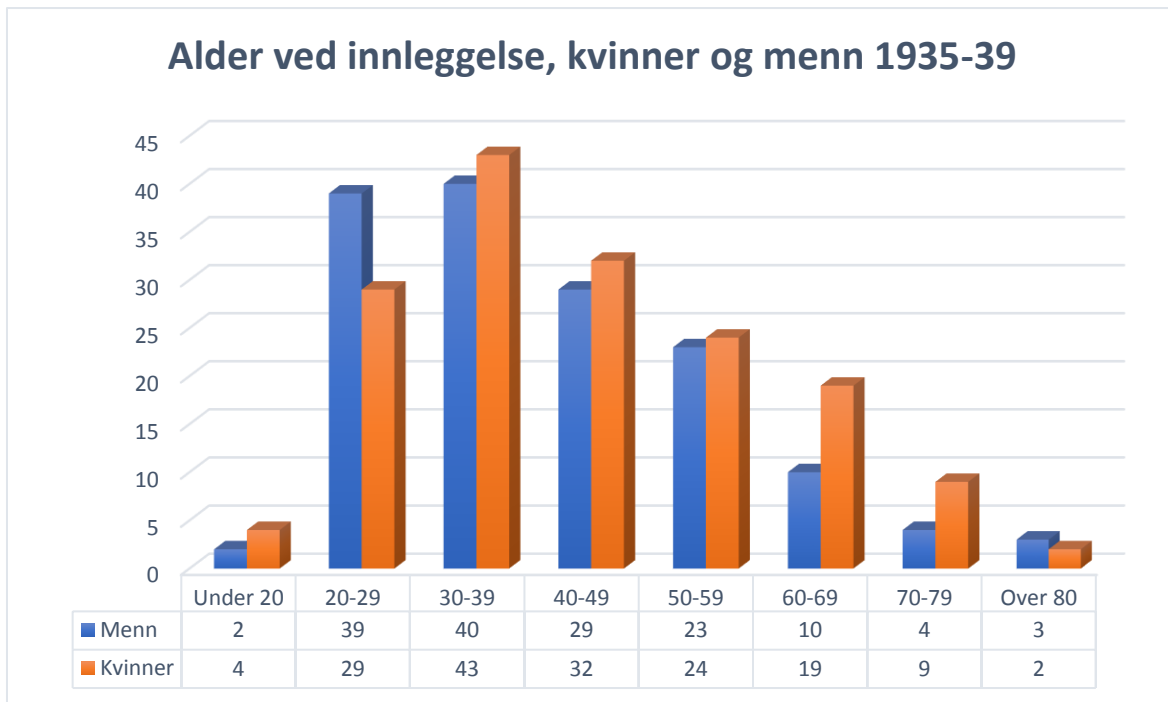


Diagram 1a: Antall kvinner og menn fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1935-39.

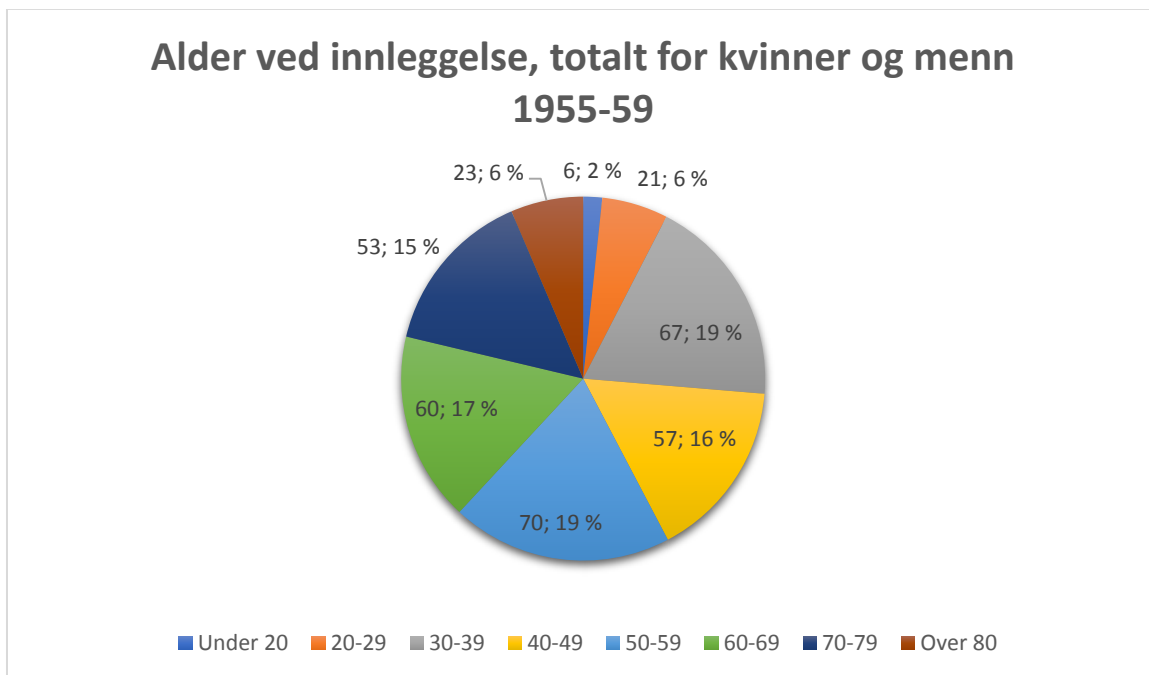


Diagram 2: Antall og prosent, totalt for kvinnelig og mannlige pasienter fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1955-59.



Når det gjelder alder ved innleggelse for perioden 1955-59 ser vi av diagram 2 over at 27% av alle pasientene utskrevet i dette tidsrom var under 40 år da de ble innlagt. De to største gruppene på 19% hver er de som var mellom 30 og 39 år og de som var mellom 50 og 59 år.

Kjønnfordelingen i diagram 2a viser at det var flere kvinner i 60 og 70 årene enn menn.

23% av kvinnene og 28% av mennene var under 40 år.<sup>71</sup>

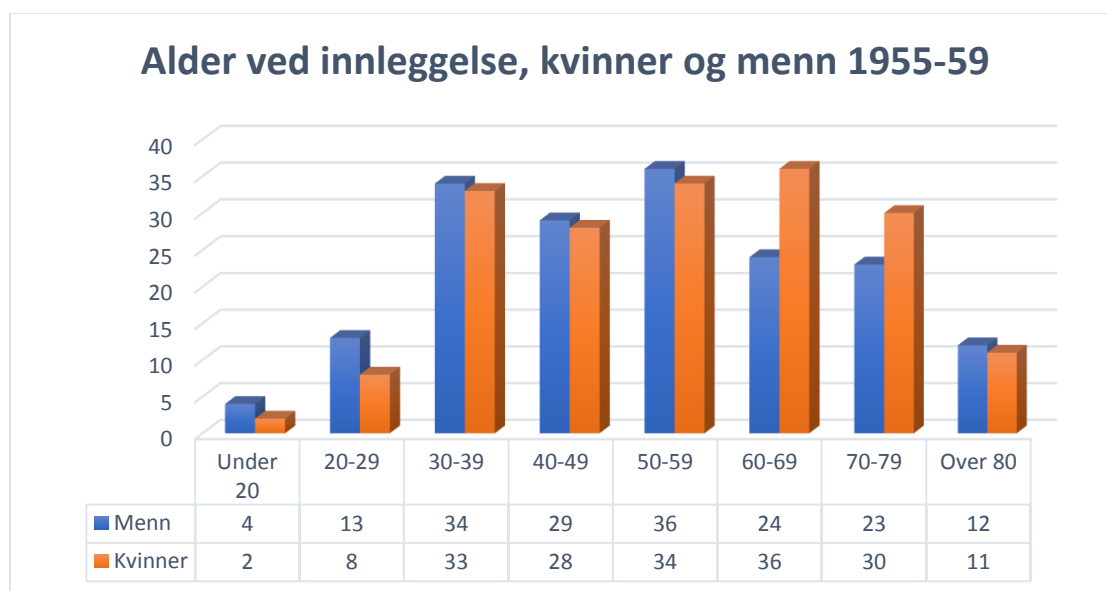


Diagram 2a: Antall kvinner og menn fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1955-59.

### Sammenligning av periodene:

Ved sammenligning av begge kjønn sammenlagt, diagram 1 og 2, ses en nedgang i antall pasienter under 40 år, det er en stor nedgang i de som var mellom 20 og 29 år. Og en økning i pasienter over 40 år, spesielt de over 70 år øker, fra den første perioden til den andre. Det er en økning i alder for både kvinner og menn, men kvinnene er fremdeles eldre enn mennene. I den første perioden var 51% under 40 år, da 46% kvinner og 54% menn. I den andre perioden var 27% under 40 år, 23% kvinner og 28% menn. Det er mulig at økningen i alderen i materialet har sammenheng med økt levealder og bedre levevilkår fra den ene perioden til den andre. Videre i oppgaven skal vi se på om økningen i alderen betyr noe for diagnoser og behandling. Alder på de utskrevne i forhold til de som ble værende på Eg i de to periodene har jeg ikke noen forutsetninger for å si noe om.

<sup>71</sup> Se vedlegg 3, tilleggsdiagram 2b og 2c.

### 3.3 Sivilstatus

Hva slags sivilstatus hadde de utskrevne pasientene da de ble innlagt på Eg?

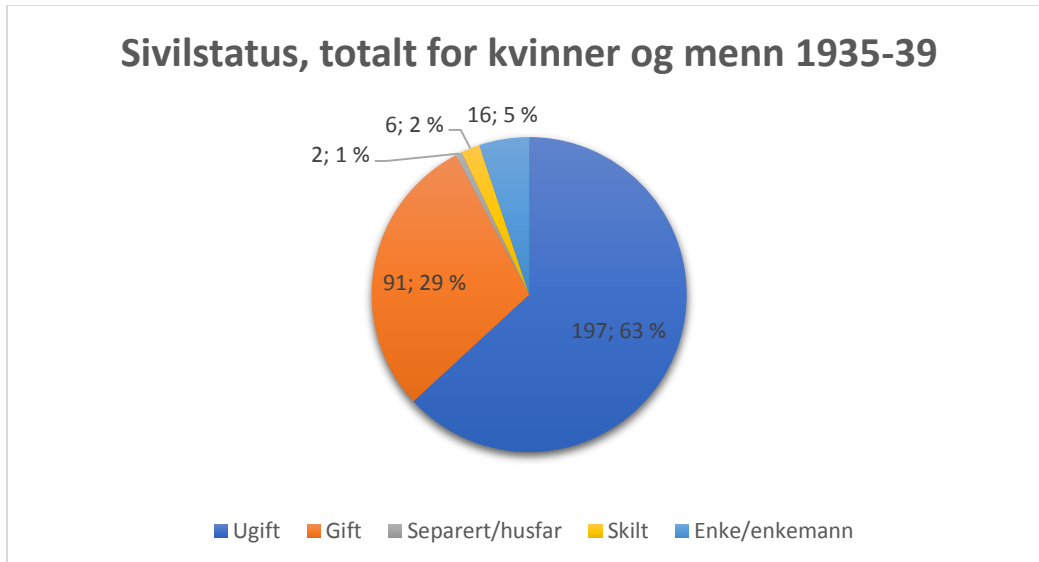


Diagram 3: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på sivilstatus for perioden 1935-39.

Hele 63% av alle pasientene var ugifte ved innleggelse i perioden 1935-39. Når det kommer til forskjeller mellom kjønnene viser diagram 3a at det var flere ugifte menn enn kvinner og flere gifte kvinner enn menn. Som aldersfordelingen viste var det flere yngre menn, spesielt menn mellom 20 og 29 år, dette kan ha sammenheng med at det var flere ugifte menn enn kvinner.

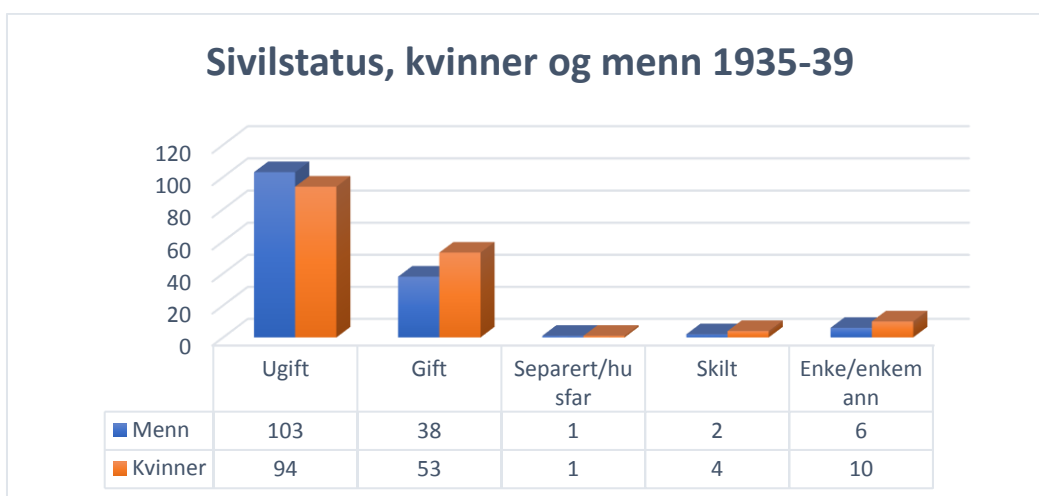


Diagram 3a: Antall kvinner og menn fordelt på sivilstatus for perioden 1935-39.

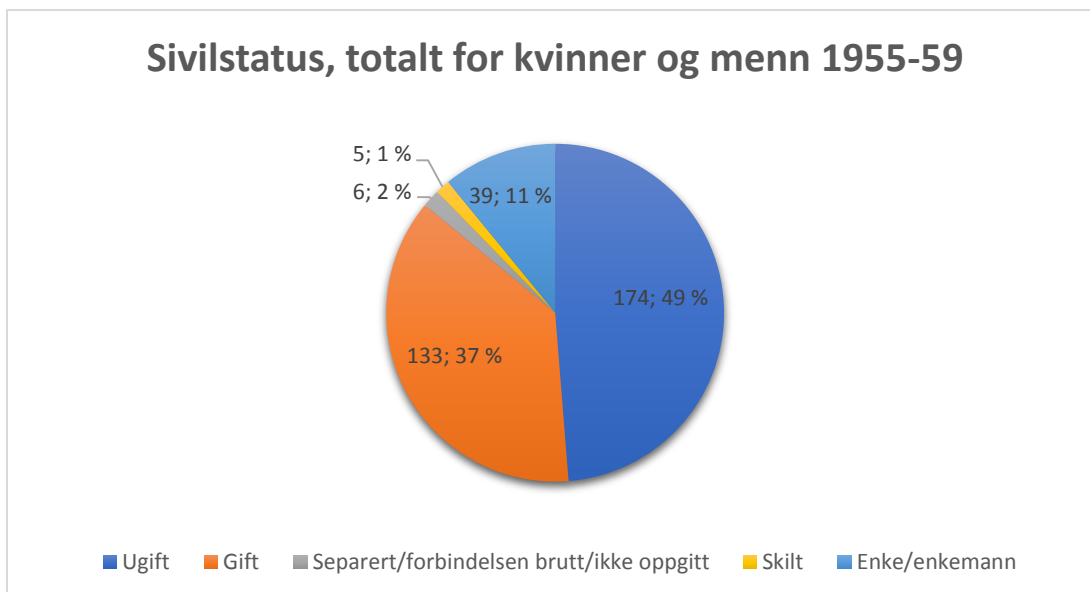


Diagram 4: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på sivilstatus for perioden 1955-59.

For perioden 1955-59 er andelen ugifte pasienter 49%, diagram 4a viser at der var flere ugifte menn enn kvinner, noe flere gifte kvinner enn menn og en større andel enker enn enkemenn.

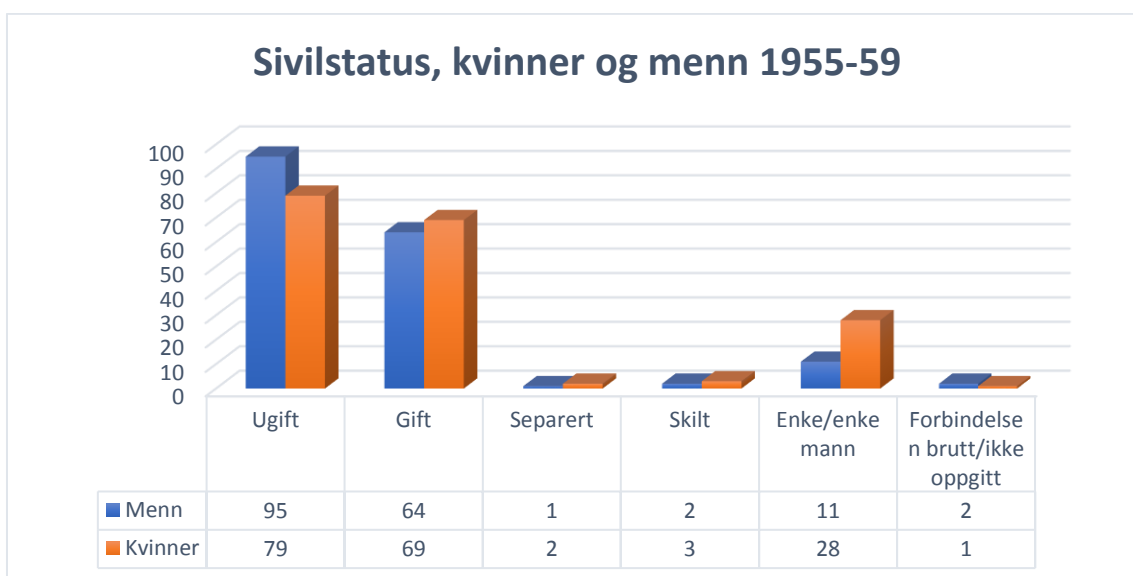


Diagram 4a: Antall kvinner og menn fordelt på sivilstatus for perioden 1955-59.

### Sammenligning av de to periodene:

Fra den første perioden til den andre er det en nedgang i antall ugifte, mens det var en økning i andel gifte og enker og enkemenn. Men fordelingen er nokså lik for kjønnene, i den andre perioden var det fremdeles flere ugifte menn enn kvinner og flere gifte kvinner og enker enn gifte menn og enkemenn. Dette kan ha sammenheng med at alderen til pasientene økte.

### 3.4 Forpleining og sted

I dette utvalgskriteriet har jeg lagt mest vekt på hvem som dekket forpleiningsutgiftene i form av privat eller offentlig, og i mindre grad om pasientene var fra det stedet som dekket utgiftene. Men det skal sies at pasientene i stor grad var fra den kommunen eller fylket som betalte. Og hvis de opprinnelige ikke var derfra, det vil si født og oppvokst, så var det det stedet de bodde og oppholdt seg på, på det tidspunktet da de ble syke.

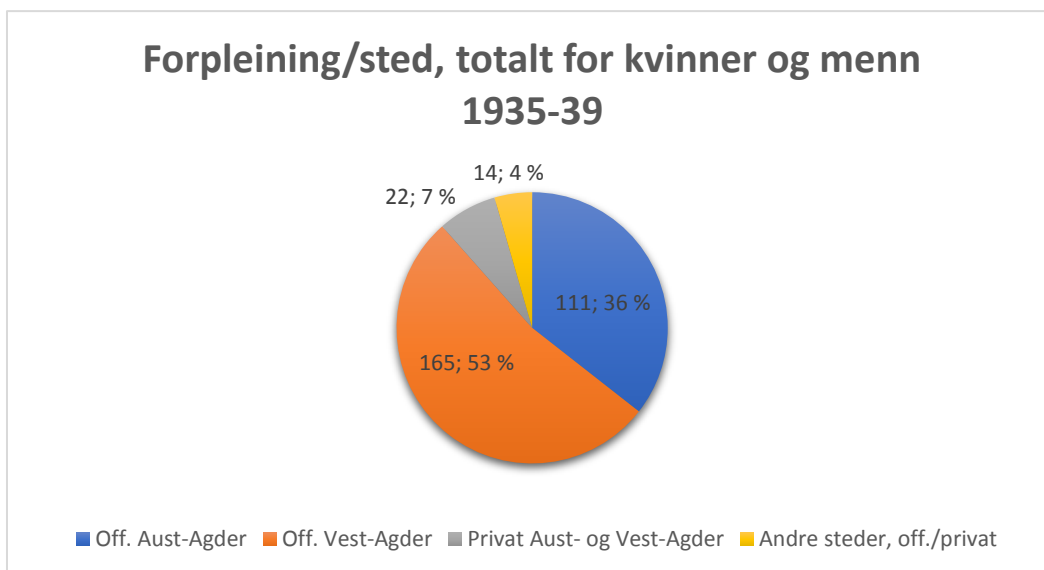


Diagram 5: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på forpleining og sted for perioden 1935-39.

For den første perioden viser diagram 5 at det var flere pasienter som var offentlig forpleid fra Vest-Agder. Dette gjelder for både kvinner og menn, se vedlagt diagram 5a, som viser at det er ganske likt mellom kjønnene.

Privat Aust- og Vest-Agder utgjør de som fikk dekket oppholdet av familien, vergen eller betalte selv. Andre steder, både offentlig eller privat inkluderer de som fikk dekket oppholdet av det offentlig eller familien eller dekket det selv. Disse var fra Akershus, Rogaland, Sør-Trøndelag, Telemark, Oslo, Buskerud og Stavanger.

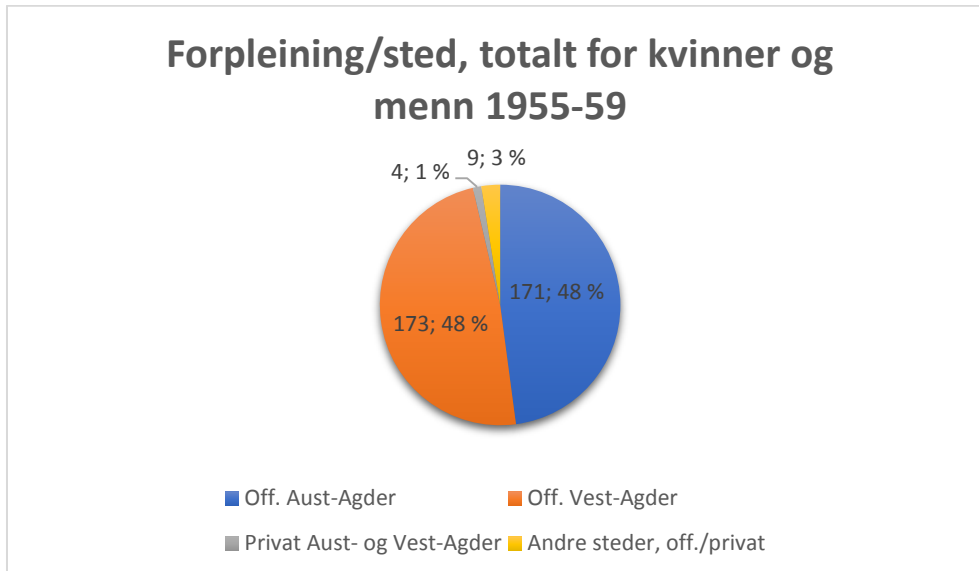


Diagram 6: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på forpleining og sted for perioden 1955-59.

For den andre perioden viser diagram 6 at fordelingen mellom Aust- og Vest-Agder er lik. Mens vedlagt diagram 6a, viser at det er litt flere kvinner enn menn fra Aust-Agder.

Privat Aust- og Vest-Agder inkluderer de pasientene som fikk dekket oppholdet av familie eller betalte selv.

Andre steder inkluderer pasienter som fikk dekket oppholdet offentlig fra Finnmark, Rogaland, Troms, Hedmark, Sør-Trøndelag og Telemark.

### **Sammenligning av de to periodene:**

Det går fra å være et lite flertall av pasienter offentlig forpleid fra Vest-Agder i perioden 1935-39 til likt fordelt mellom Aust- og Vest-Agder i perioden 1955-59. Og det var færre pasienter som ble forpleid med private midler i den andre perioden. Det kan tenkes å ha

sammenheng med at det i den andre perioden var blitt opprettet flere private klinikker, som de med midler til å dekke oppholdet selv heller valgte å søke behandling ved.

### 3.5 Innleggelsestid

Hvor lenge var pasientene innlagt på Eg?

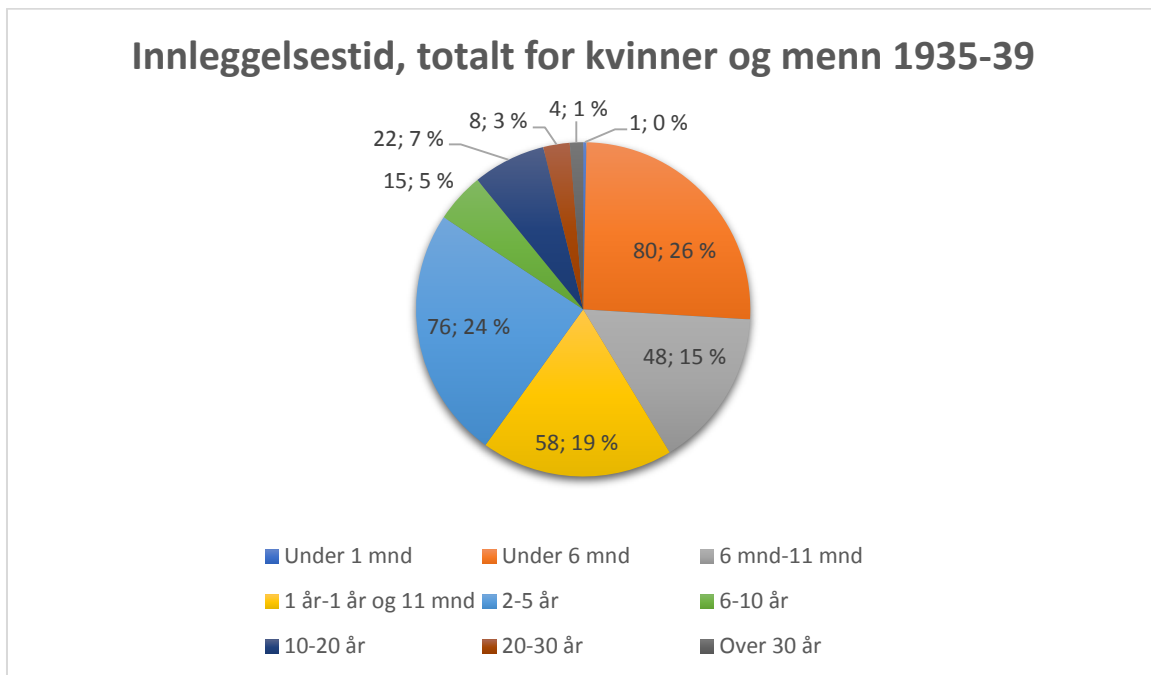


Diagram 7: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på innleggelsestid for perioden 1935-39.

Diagram 7 viser at innleggelsestiden for den største gruppen av de som ble utskrevet for perioden 1935-39 er under 6 måneder med 26%. 60% av alle pasientene var innlagt under 2 år. 41% var innlagt under 1 år.

Diagram 7a viser at flere kvinner var innlagt under 2 år og flere menn var innlagt over 2 år. Der er også flere menn som var innlagt over 10 år enn kvinner. Menn hadde lengre opphold enn kvinner.

Den største gruppen for kvinnene er under 6 måneder med 30%. 68% av kvinnene var innlagt under 2 år. 46% var innlagt under 1 år. Den største gruppen for mennene er mellom 2 og 5 år med 28%. 52% av mennene var innlagt under 2 år. 37% var innlagt under 1 år.<sup>72</sup>

<sup>72</sup> Se vedlegg 3, tilleggsdiagram 7b og 7c.

Hvor lenge de som ikke ble utskrevet var innlagt vites ikke, men vi kan anta at de som ble utskrevet i denne perioden hadde et kortere opphold enn de som ikke ble utskrevet, men det kan ikke dokumenteres.

Det korteste oppholdet i denne perioden var en kvinne som kun var innlagt i tre dager.<sup>73</sup> Og det lengste oppholdet var en mann som hadde vært innlagt i 37 år og 11 måneder.<sup>74</sup>

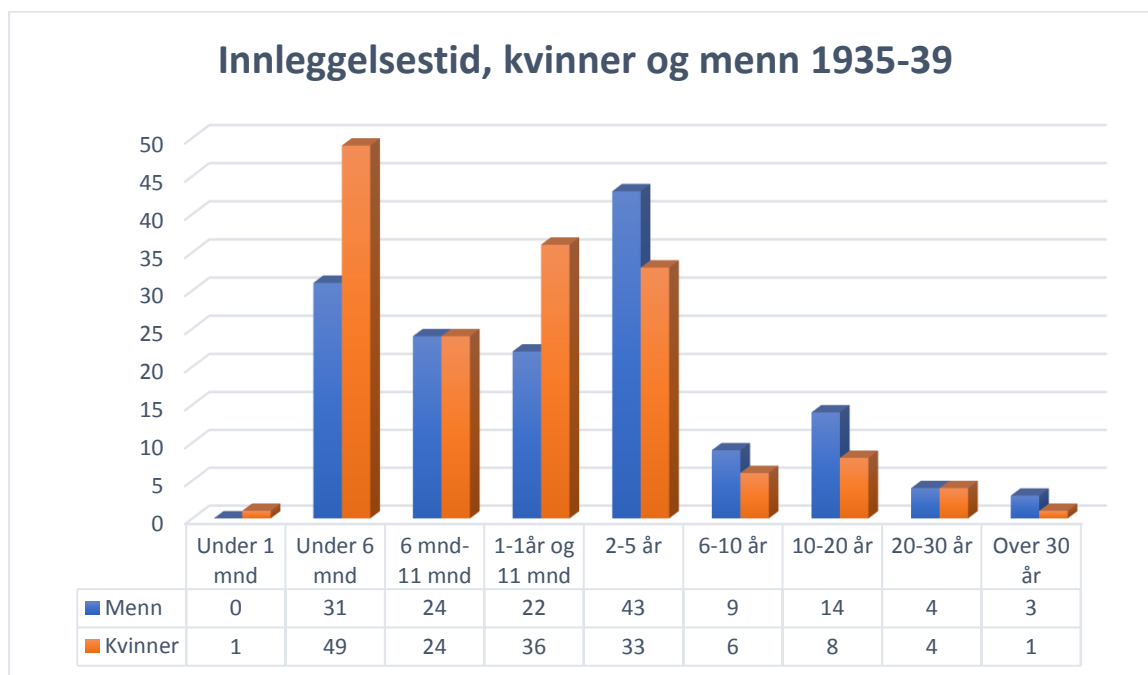


Diagram 7a: Antall kvinner og menn fordelt på innleggelsestid for perioden 1935-39.

<sup>73</sup> 242-11, ESA, SAK.

<sup>74</sup> 294-8, ESA, SAK.

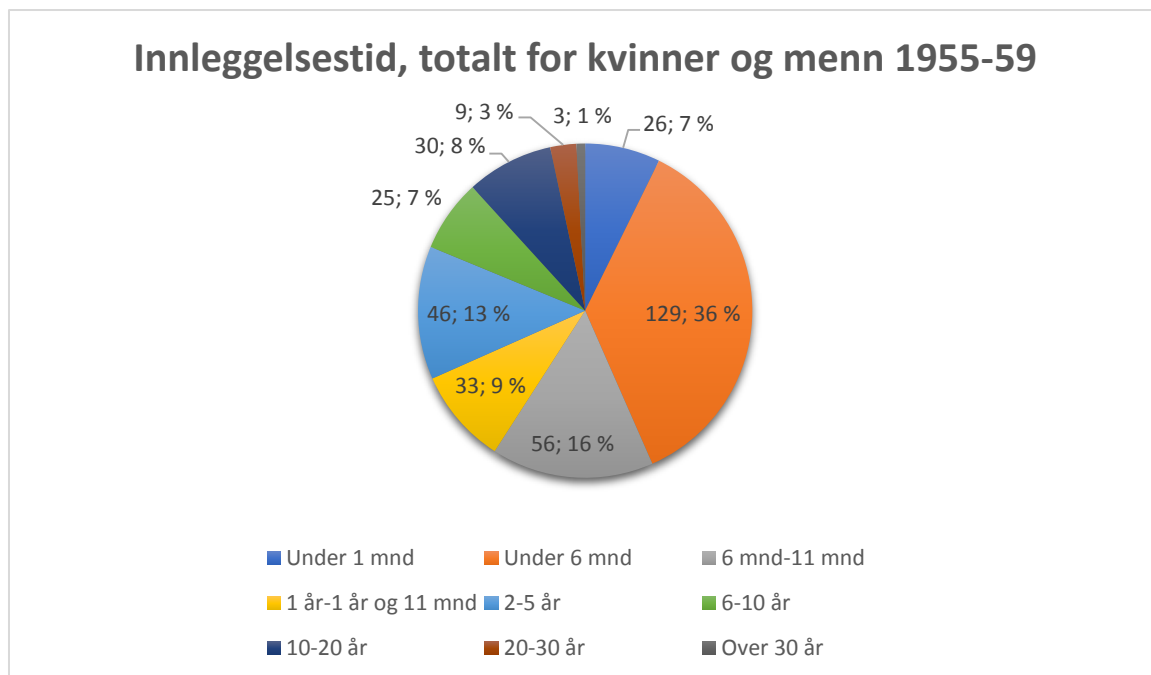


Diagram 8: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på innleggelsestid for perioden 1955-59.

For perioden 1955-59 viser diagram 8 at den største gruppen er under 6 måneder med 36%. 68% var innlagt under 2 år, 59% under 1 år.

Den største gruppen for begge kjønn er under 6 måneder, 37% for kvinner og 35% for menn.<sup>75</sup> Det er flere kvinner innlagt mellom 1 og 5 år og flere menn innlagt over 10 år.

69% av kvinnene var innlagt under 2 år, 59% under 1 år. 68% av mennene var innlagt under 2 år, 60% under 1 år.<sup>76</sup>

Det korteste oppholdet i denne perioden var en mann som bare var innlagt i ca. 4 timer før han døde.<sup>77</sup> Det lengste oppholdet var en kvinne som hadde vært innlagt i 37 år og ti måneder.<sup>78</sup>

<sup>75</sup> Se også vedlegg 3, tilleggsdiagram 8b og 8c.

<sup>76</sup> Se vedlegg 3, tilleggsdiagram 8b og 8c.

<sup>77</sup> 339-6, ESA, SAK.

<sup>78</sup> 278-16, ESA, SAK.



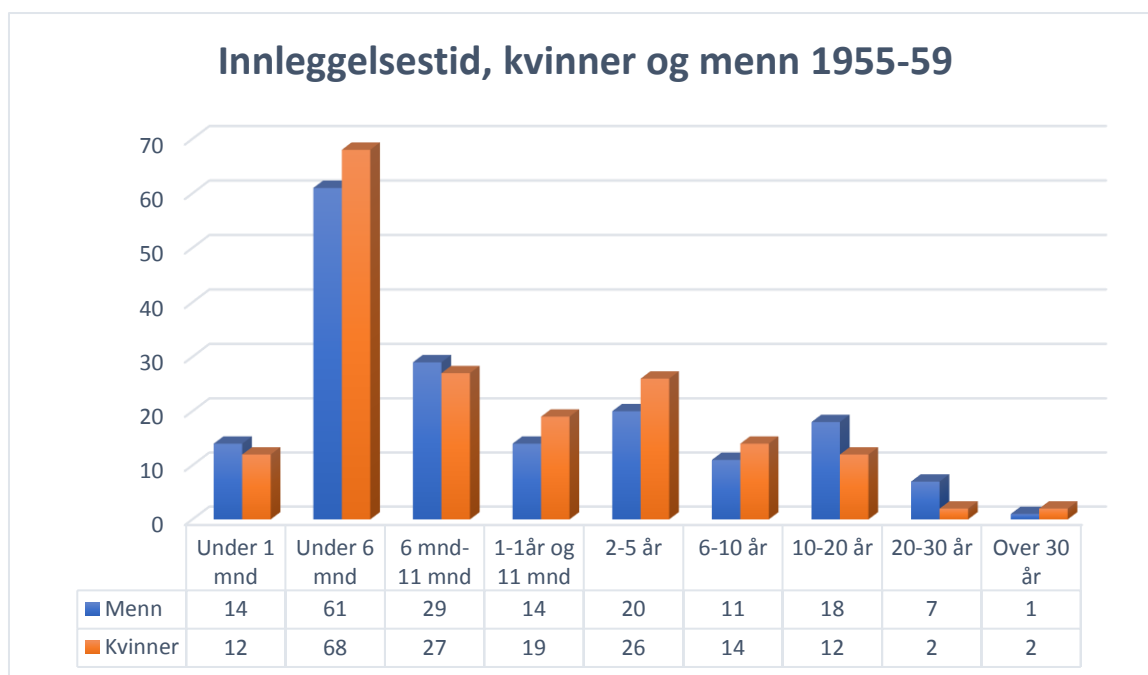


Diagram 8a: Antall kvinner og menn fordelt på innleggelsestid for perioden 1955-59.

#### Sammenligning av de to periodene:

I den andre perioden 1955-59 er det flere pasienter som ble utskrevet etter å ha vært innlagt under 1 år enn i den første perioden 1935-39, spesielt er det en økning i antall pasienter utskrevet etter å ha vært innlagt under et halvt år. Antall pasienter som ble utskrevet etter å ha vært innlagt mellom 1 og 5 år blir nesten halvert fra 43% til 22%. Mens pasienter som ble utskrevet etter å ha vært innlagt over 6 år holder seg ganske likt i begge periodene. Når en ser på kvinner og menn hver for seg er det de samme tendensene som beskrevet over for begge kjønn sammenlagt. Generelt går lengden på innleggelsene ned for begge kjønn.

Om det er behandlingsmetodene som er årsaken til at pasientene hadde kortere opphold i den andre perioden blir nærmere undersøkt i kapittel 4, 5 og 7.

### 3.6 Tilstand og årsak til utskrivelse

Hvordan ble tilstanden til pasientene beskrevet ved utskrivelsen? I hvor stor grad ble pasientene utskrevet som ikke sinnssyke? Det ser ut til at pasientene ble oppfattet som helbredet av sin sinnssykdom av sykehuslegene på Eg da de ble utskrevet som ikke sinnssyke. Men dette kan ikke slås fast med sikkerhet.

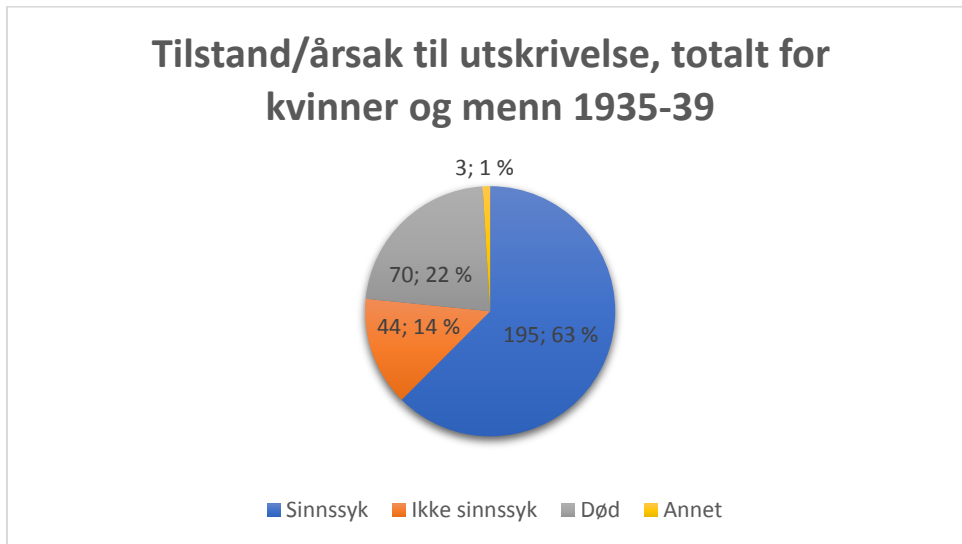


Diagram 9: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på tilstand og årsak til utskrivelse for perioden 1935-39.

Diagram 9 viser at 63% av alle pasientene ble utskrevet som sinnssyke for perioden 1935-39. Kun 14% av pasientene ble utskrevet som ikke sinnssyke. Diagram 9a viser at det var litt flere kvinner enn menn som ble utskrevet som ikke sinnssyke. 22% av pasientene døde under sitt opphold på Eg. Det vil være en stor andel pasienter som ble utskrevet som døde på grunn av måten arkivet er organisert på, se innledningen 1.6.1. Alle pasienter som døde i løpet av sitt opphold på Eg i de to periodene ble utskrevet.

De tre pasientene som utgjør annet er som vist i diagram 9a en mann som ble utskrevet etter endt observasjon og to menn som ble funnet døde etter å ha rømt fra Eg.

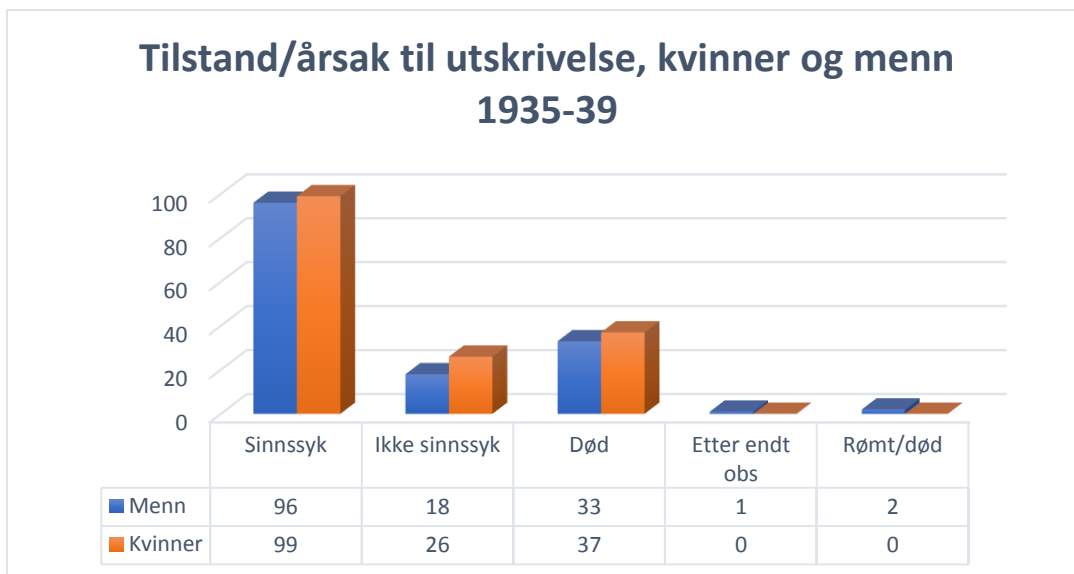


Diagram 9a: Antall kvinner og menn fordelt på tilstand og årsak til utskrivelse for perioden 1935-39.

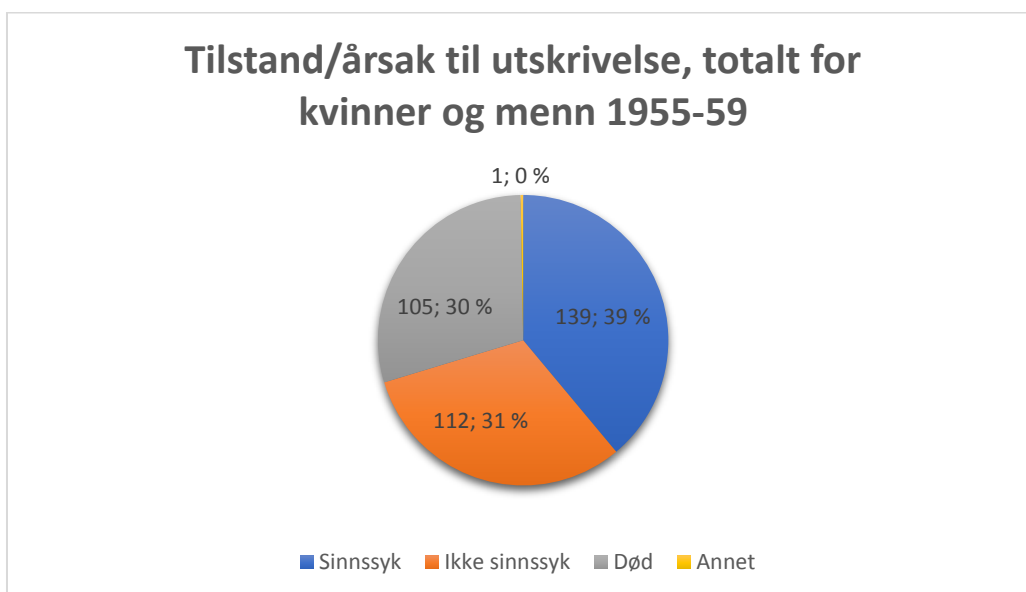


Diagram 10: Antall og prosent, totalt for kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på tilstand og årsak til utskrivelse for perioden 1955-59.

Diagram 10 viser at 39% av alle pasientene ble utskrevet som sinnssyke for perioden 1955-59. 31% ble utskrevet som ikke sinnssyke. Diagram 10a viser at fordelingen er ganske lik for begge kjønn. Den ene kvinnen som utgjør annet ble utskrevet som ikke sinnssyk under tvil. 30% av pasientene døde under sitt opphold på Eg.

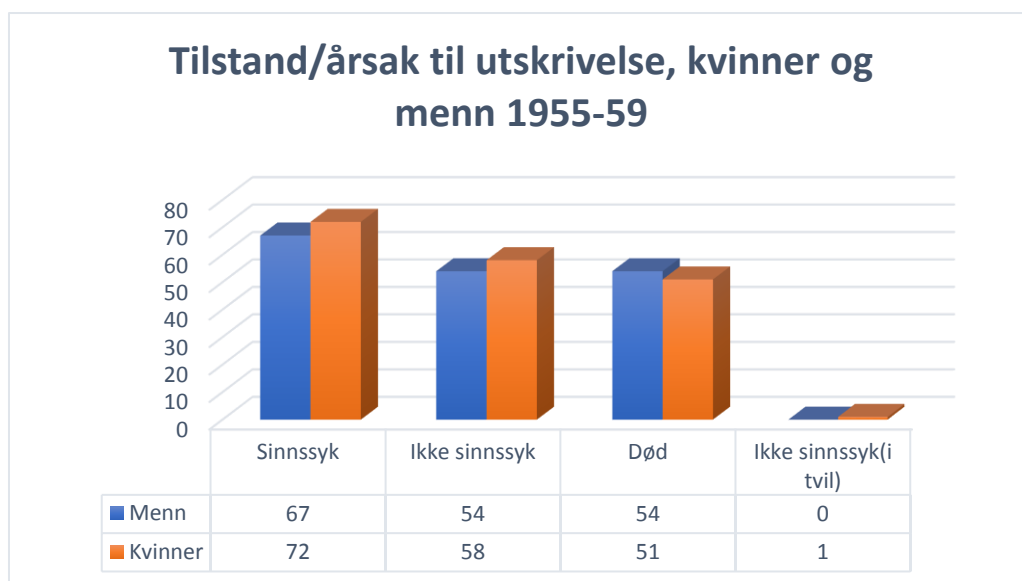


Diagram 10a: Antall kvinner og menn fordelt på tilstand og årsak til utskrivelse for perioden 1955-59.

#### Sammenligning av de to periodene:

Antallet pasienter som ble utskrevet som sinnssyke gikk ned fra 63% for den første perioden til 39% for den andre perioden. Antallet utskrevet som ikke sinnssyke økte fra 14% til 31% og antall døde økte fra 22% til 30%. At det er en økning i antall pasienter som døde på Eg kan kanskje ha sammenheng med at alderen var høyere i den andre perioden enn i den første. Om det er behandlingsmetodene som bidrar til at det er en større andel pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke i den andre perioden i forhold til den første perioden blir beskrevet nærmere i kapittel 4, 5 og 7.

### 3.7 Dødsårsaker

Hva døde pasientene av? Jeg har laget en kategori hvor jeg har samlet de som døde som følge av flere enn en årsak fordi det da var snakk om flere sammenhengende årsaker til at dødsfallet inntreffer. Som oftest en lungebetennelse eller bronkopneumoni i tilknytning til andre sykdommer som hjertefeil og hjerneslag.

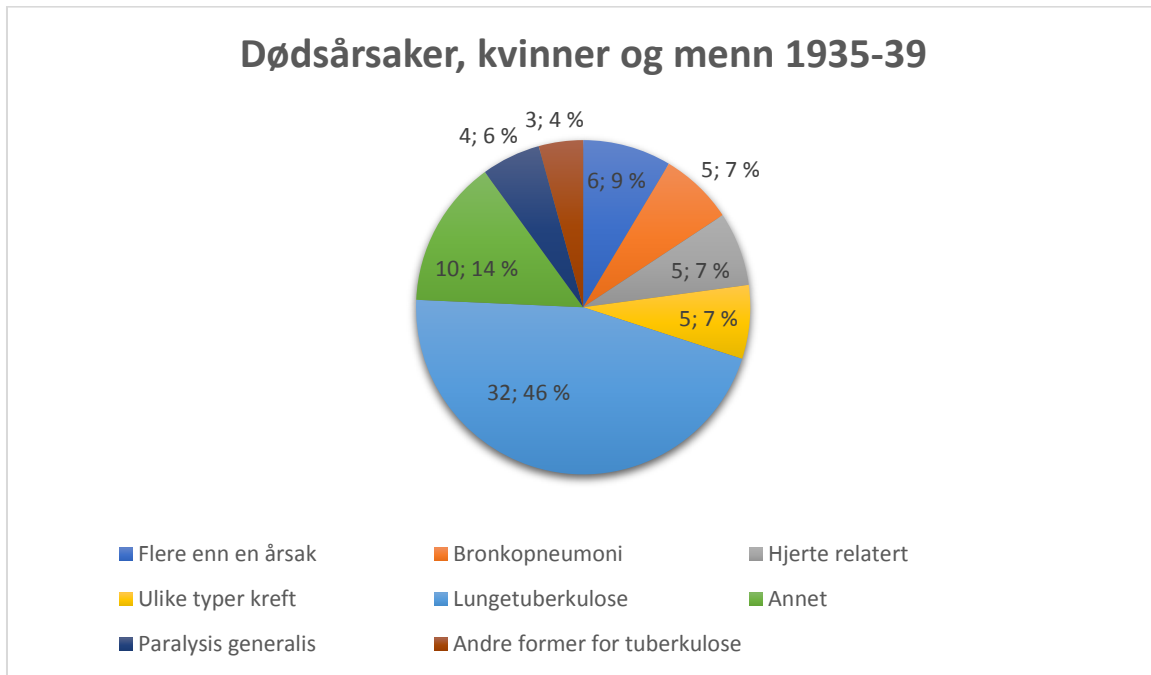


Diagram 11: Antall og prosent, kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på dødsårsaker for perioden 1935-39, av de 70 pasientene som ble utskrevet som døde.

Diagram 11 viser at den vanligste dødsårsaken blant pasientene i perioden 1935-39 var lungetuberkulose.<sup>79</sup> Inkluderer en andre former for tuberkulose, miliar tuberkulose, tuberkulose i benmarg/ledd og tuberkulose i hjerne og lunger utgjør tuberkulose dødsårsaken for halvparten av alle pasientene. Det var bare menn som døde av andre former for tuberkulose. Det var også bare menn som døde av paralysis generalis (sinnssykdommen som utvikles av neurosyfilis). Mens det kun var kvinner som døde av hjerte relaterte sykdommer, som hjertesvikt og myokarditt. For forskjeller mellom kjønnene se vedlagt diagram 11a.

<sup>79</sup> Hvor vidt pasientene allerede hadde lungetuberkulose ved innleggelsen eller om de ble smittet mens de var innlagt på Eg opplyser ikke journalene godt nok om til at jeg kan diskutere rundt dette her.

Annet<sup>80</sup> kategorien utgjør de dødsårsakene det var for få av til å utgjøre en kategori for seg selv.

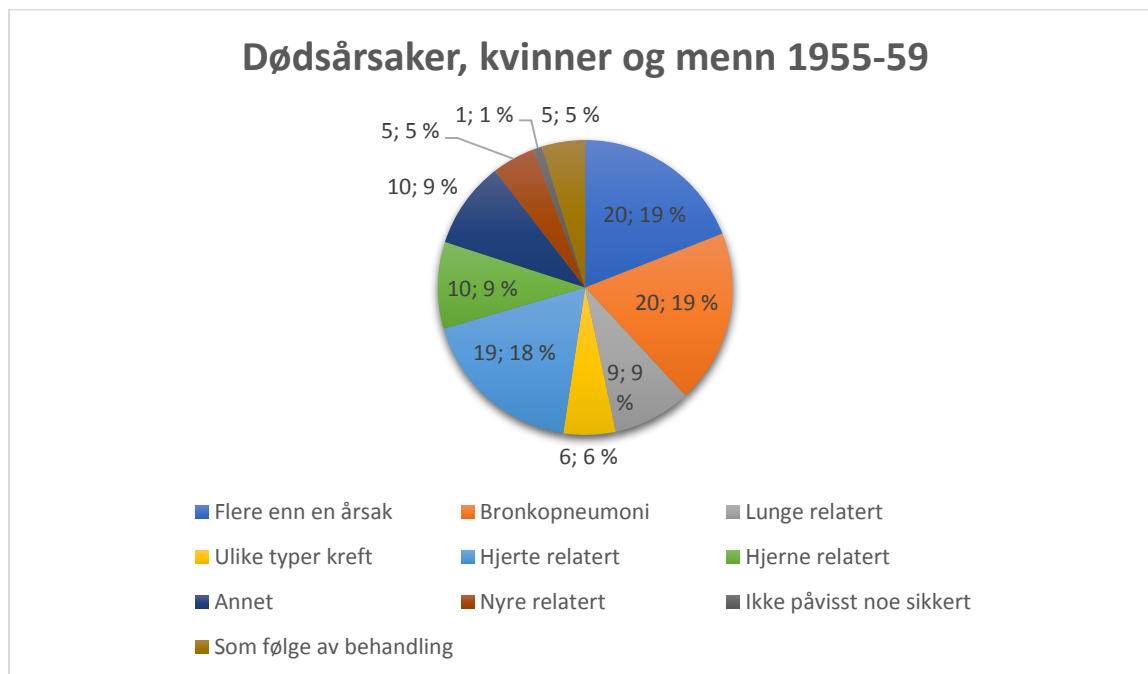


Diagram 12: Antall og prosent, kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på dødsårsaker for perioden 1955-59, av de 105 pasientene som ble utskrevet som døde.

For perioden 1955-59 er de to største gruppene av dødsårsaker flere enn en årsak og bronkopneumoni med 19% hver. Hjerte relaterte<sup>81</sup> sykdommer var også en hyppig dødsårsak med 18%. For forskjellene mellom kjønnene se vedlagt diagram 12a. For kvinner er den største gruppen flere enn en årsak med 25%, for menn er det hjerte relaterte sykdommer med 19%.<sup>82</sup> Det var flere kvinner enn menn som døde av hjerne relaterte<sup>83</sup> sykdommer og annet. Det var flere menn enn kvinner som døde av lunge relaterte<sup>84</sup> sykdommer, ulike typer kreft<sup>85</sup>

<sup>80</sup> Annet inkluderer diare, hjerneslag, nyrebetennelse, utvidet magesekk, inanitio insania, marasmus senilis, pneumoni og selvmord (han hoppet ut av vinduet på Kristiansand sykehus og knuste kraniet). For de to mennene som døde på rømmen var det for han ene ikke oppgitt noen årsak og for han andre ble det antatt at det var snakk om selvmord ved drukning.

<sup>81</sup> Infarkt, akutt hjertesvikt, hjerteinfarkt, hjertestans, hjertesvikt, hjertefeil pga. spanskesyken.

<sup>82</sup> Se vedlegg 3, tilleggsdiagram 12b og 12c.

<sup>83</sup> Hjernefeil tumor i hjernen, hjernerystelse(hodeskade), hjerneslag, hjerneblødning, hæmorrhagia cerebri.

<sup>84</sup> Lobær pneumoni, lungebetennelse, dobbeltsidig lungebetennelse, lungeemboli, lungetuberkulose.

<sup>85</sup> Tynntarmskreft med spredning, benmargskreft, kreft i magesekken, prostatakreft med spredning til skjelettet.

og nyre relaterte<sup>86</sup> sykdommer. Og det var bare menn som døde som følge av behandling.<sup>87</sup> Annet<sup>88</sup> kategorien utgjør de dødsårsakene det var for få av til å utgjøre en kategori for seg selv.

### **Sammenligning av de to periodene:**

I perioden 1955-59 var det bare en mann som døde av lungetuberkulose som utgjorde den vanligste dødsårsaken for perioden 1935-39. Paralysis generalis er ikke oppført som dødsårsak hos noen pasienter i perioden 1955-59, det har sammenheng med at det ikke var noen pasienter innlagt i denne perioden med denne diagnosen. Og i denne perioden forekommer det hjerne og nyre relaterte sykdommer, noe det ikke gjorde i den første perioden. I tillegg er det her fem menn som døde som følge av behandlingen de fikk, disse blir omtalt videre i oppgaven.

Generelt for begge periodene var det mange lunge-relaterte dødsfall. At det var flere pasienter som døde av flere enn en årsak og hjerte relaterte sykdommer i den andre perioden, kan ha sammenheng med at det i denne perioden var flere pasienter med en høyere alder.

Gjennomsnittsalderen ved innleggelsen for de pasientene som døde på Eg var i perioden 1935-39 40,6 år for kvinnene og 40,3 år for mennene. I perioden 1955-59 var gjennomsnittsalderen ved innleggelsen for de pasientene som døde på Eg 64 år for kvinnene og 60,5 år for mennene. Hvis tiden hadde strukket til kunne jeg undersøkt nærmere hvilken alder pasientene hadde fordelt på de forskjellige dødsårsakene.

### **3.8 Diagnoser**

Hvilke diagnoser fikk pasientene ved innleggelsen? Før jeg viser hvilke diagnoser som ble mest brukt i de to periodene skal jeg si litt om de ulike diagnosenes betydning den gangen. Jeg gir ikke en detaljert beskrivelse av sinnslidelsene, men beskriver hva som kjennetegnet dem i korte trekk.

---

<sup>86</sup> Nyrebetennelse, kronisk nyresvikt, nyrebekkenbetennelse, nyresvikt, nyresvikt som komplikasjon av diabetes.

<sup>87</sup> Epilepsi (bivirkning av lobotomi), hjertestans etter ECT, lungebetennelse 3 dager etter utført lobotomi, 2 av hæmorrhagia cerebri post leucotomia.

<sup>88</sup> Annet inkluderer blodforgiftning, feber av ukjent årsak, koldbrann, underhuds koldbrann, tarmslyng, åreforkalkninger i hodet, arteriosklerose og pyæmia(blodforgiftning).

**Insania** en er eldre betegnelse på psykose eller sinnssykdom.<sup>89</sup>

**Dementia præcox/Schizofrenia:** Dementia præcox er en eldre betegnelse på schizofreni.<sup>90</sup> Schizofrenia/schizophrenia er en «*alvorlig psykisk lidelse (psykose) kjennetegnet av spalting av de psykiske funksjonene, der tanker, følelser og handlinger oppleves som fremmede, ofte som styrt utenfra. Vrangforestillinger, f.eks. forfølgelsesideer (paranoia) og hallusinasjoner er ikke uvanlige.*»<sup>91</sup>

**Insania/Psychosis ex constitutione:** I 1926 ble diagnosene insania hysterica, insania degenerativa og insania hypochondrica erstattet med samlebetegnelsen insania ex constitutione i sinnssykeasylenes virksomhet.<sup>92</sup>

**Insania/psychosis manico menlancholia:** Mani er en «*tilstand kjennetegnet ved sykelig grad av vedvarende løftet eller irritabelt stemningsleie.*»<sup>93</sup> Melankoli er en «*dyp form for depresjon kjennetegnet ved tap av interesse for eller glede ved de fleste eller alle aktiviteter, og manglende evne til å kunne reagere med positive følelser.*»<sup>94</sup> Denne diagnosen ble senere kalt manisk depressiv sinnslidelse og ble kjennetegnet ved perioder med oppstemthet (mani) og perioder med nedstemthet(melankoli). Og blir i dag kalt bipolar lidelse.<sup>95</sup>

**Insania/psychosis ex imbecil:** her inngår også debil, idiotia og oligophrenia. Som alle er eldre betegnelser for grader av psykisk utviklingshemning, først debil/debilias, så imbecil/imbesillitet med IQ mellom 35 og 55, til slutt idioti/idiotia med IQ under 35.<sup>96</sup>

**Psychosis ex involutione et senio:** Involusjon/involutio er i denne sammenheng det samme som senil involusjon «*den generelle reduksjon i kroppslig og sjelelig aktivitet som er forbundet med tiltakende alder.*»<sup>97</sup>

**Paralysis generalis:** er en sinnslidelse som utvikles som følge av neruosyfilis, og denne sykdommen blir beskrevet i kapittel 4.1.

**Insania/dementia paranoid:** Paranoia betyr «*forfølgelsesvanvidd, en form for alvorlig psykisk lidelse(psykose) preget av systematiserte, fast forankrede vrangforestillinger som*

---

<sup>89</sup> Nylenna 2004: 156.

<sup>90</sup> Nylenna 2004: 70.

<sup>91</sup> Nylenna 2004: 306.

<sup>92</sup> Bondevik: 2007.

<sup>93</sup> Nylenna 2004: 208.

<sup>94</sup> Nylenna 2004: 212.

<sup>95</sup> Nylenna 2004: 208.

<sup>96</sup> Nylenna 2004: 68,148, 149 og 244.

<sup>97</sup> Nylenna 2004: 160 og sitat fra 310.



*gjerne utvikler seg langsomt.»<sup>98</sup> Paranoid «som har eller som har sammenheng med paranoia; som er kjennetegnet ved uvanlig og urimelig sterk mistenksomhet eller vrangforestillinger.»<sup>99</sup>*

**Dementia senilis:** er en «fellesbetegnelse for sykdommer som aldersdemens, Alzheimers sykdom.»<sup>100</sup> Dementia er en «fellesbetegnelse på organiske sykdommer i hjernen som fører til en generell intellektuell svikt, glemsomhet, desorientering samt sviktende dømmekraft.»<sup>101</sup>

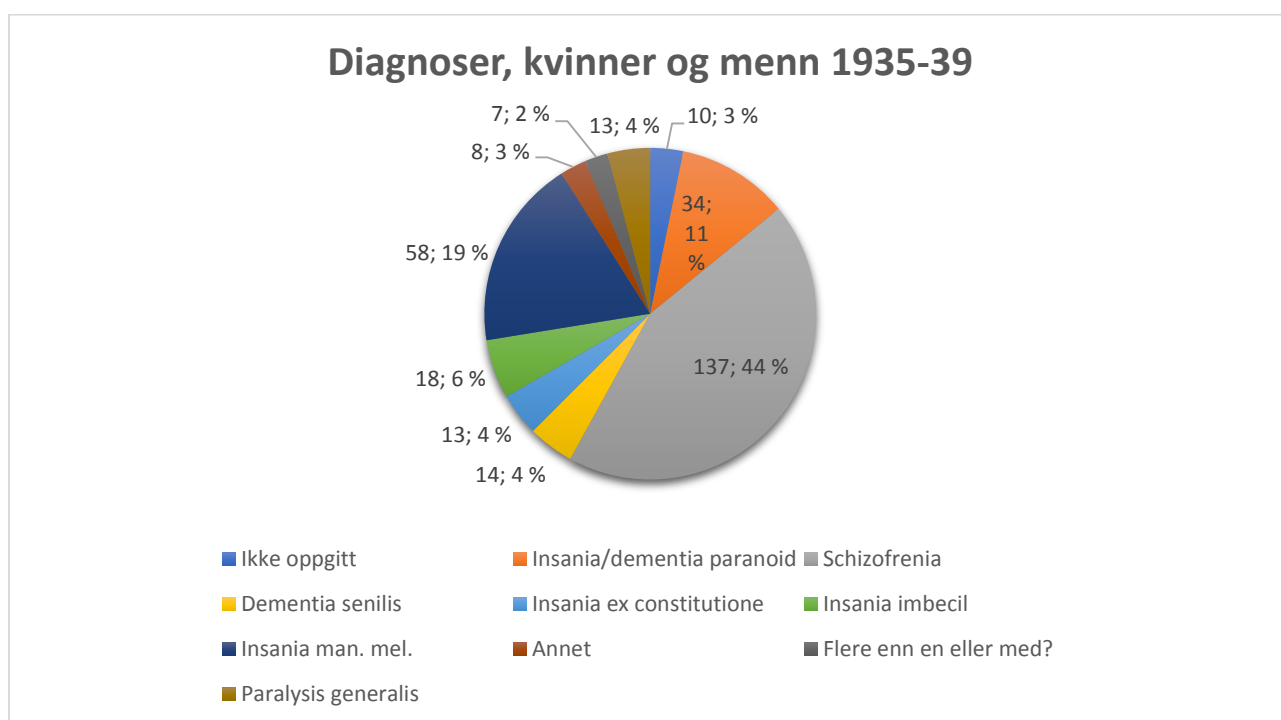


Diagram 13: Antall og prosent, kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på diagnoser for perioden 1935-39.

Diagram 13 viser at schizofrenia var den mest brukte diagnosen for alle de utskrevne pasientene for perioden 1935-39, 44% hadde fått denne diagnosen. Det var flere menn enn kvinner med dementia paranoid og paralysis generalis, og flere kvinner enn menn med dementia senilis, insania ex constitutione og insania manico melancholia.

<sup>98</sup> Nylenna 2004: 256.

<sup>99</sup> Nylenna 2004: 256.

<sup>100</sup> Nylenna 2004: 70.

<sup>101</sup> Nylenna 2004: 70.

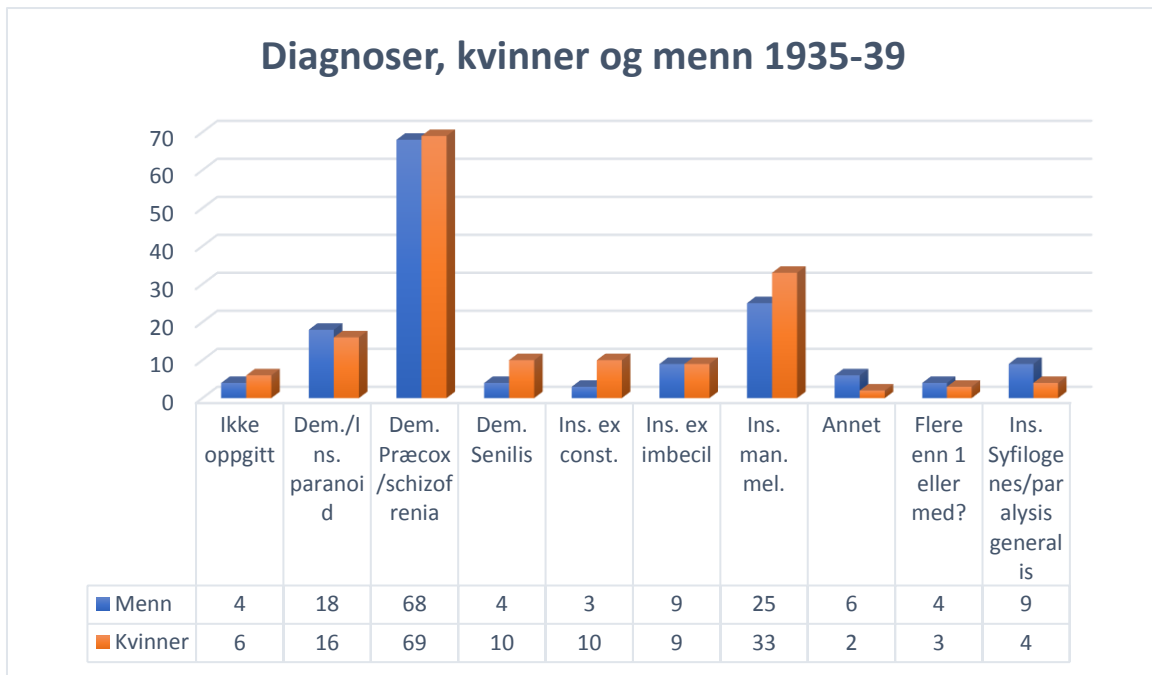


Diagram 13a: Antall kvinner og menn fordelt på diagnoser for perioden 1935-39.

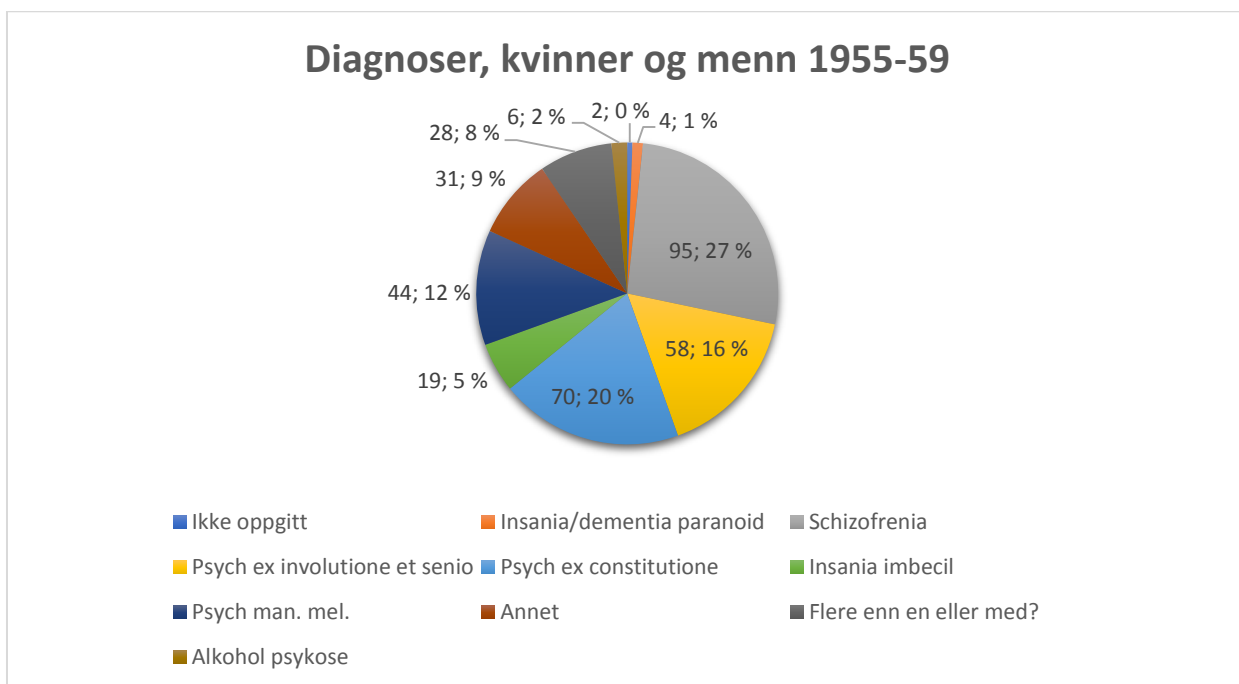


Diagram 14: Antall og prosent, kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på diagnoser for perioden 1955-59.

Diagram 14 viser at schizofrenia var den mest brukte diagnosen for alle de utskrevne pasientene, med 27%, for perioden 1955-59. For kvinner er de største gruppene psychosis ex constitutione, med 24% og schizofrenia med 23%. For menn er den største gruppen schizofrenia med 31%.<sup>102</sup>

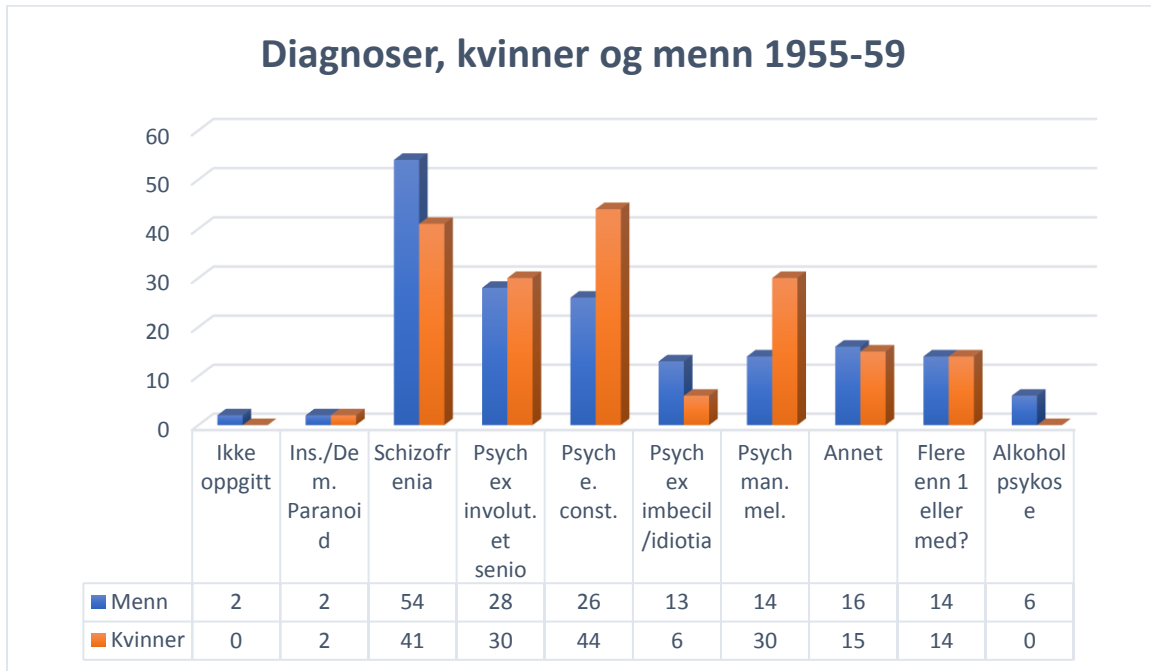


Diagram 14a: Antall kvinner og menn fordelt på diagnoser for perioden 1955-59.

### Sammenligning av de to periodene:

De tre største gruppene diagnoser gitt i perioden 1935-39, insania/dementia paranoid, schizofrenia og insania manico melancholia ble mindre brukt i perioden 1955-59. Men schizofrenia var fremdeles den mest brukte diagnosen. Paralysis generalis ble ikke oppgitt som diagnose hos noen av de utskrevne pasientene i perioden 1955-59. Og i denne perioden økte antall pasienter med diagnosene psychosis ex constitutione og psychosis ex involutione et senio. Hva som kan skyldes den økte bruken av diagnosen psychosis ex constitutione er jeg usikker på, men den økte bruken av diagnosen psychosis ex involutione et senio har nok sammenheng med, som vist i del 3.2, at det var en økning i antall pasienter med alder over 70 år.

<sup>102</sup> Se vedlegg 3, tilleggsdiagram 14b og 14c.

### 3.9 Tidligere innlagt

Hvor mange av pasientene hadde tidligere vært innlagt, både på Eg og ved andre institusjoner? Jeg har laget to samle-kategorier for kun et sted/institusjon og to eller flere steder fordi det er for få på hver av disse institusjonene til at de kunne utgjøre en kategori for seg selv.

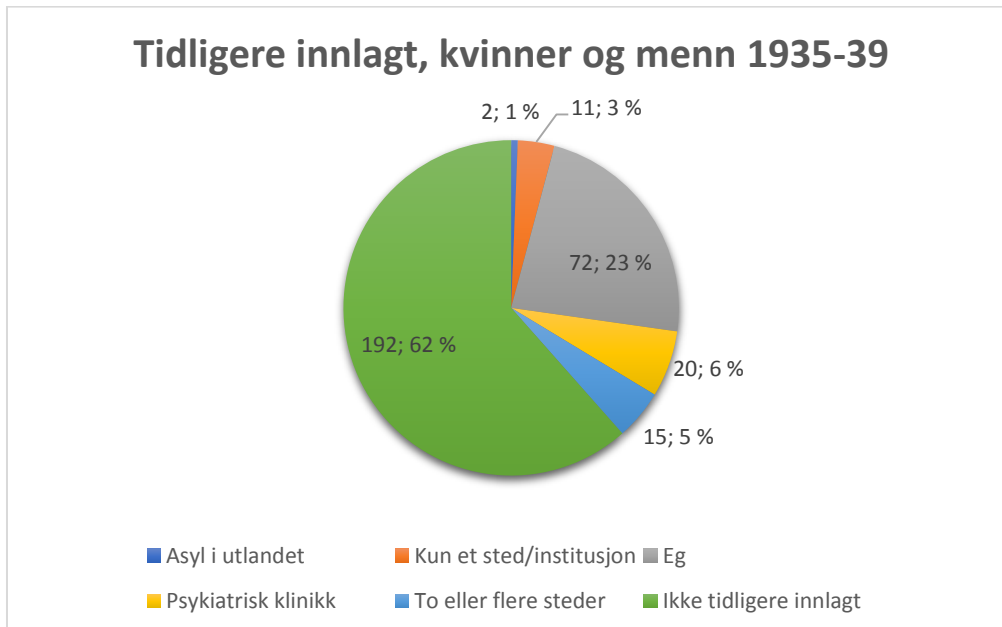


Diagram 15: Antall og prosent, kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på tidligere innlagt for perioden 1935-39.

Diagram 15 viser at 62% av alle de utskrevne pasientene i perioden 1935-39 ikke hadde vært tidligere innlagt. Det vil si at dette var deres første opphold både på Eg og andre institusjoner eller privatpleie o.l. 23% hadde tidligere vært innlagt på Eg, ved en eller flere anledninger. Vedlagt diagram 15a viser at det var flere kvinner innlagt både et sted og to eller flere steder.<sup>103</sup> At de tidligere hadde vært innlagt ved en annen institusjon eller i privatpleie o.l. kan i mange av tilfellene bety at de ble overført fra disse til Eg, enten fordi de hadde hjemstavn i Aust- eller Vest-Agder eller fordi den eller de som hadde pasienten i privatpleie o.l. ikke lenger maktet å ha pasienten hos seg.

<sup>103</sup>Institusjoner: Dale, Dedichens, Lovisenberg, Ullevål, Oslo kommunale sinnssykeasyl, Kristiansand kommunale sinnssykeasyl, Gaustad, Neevengården, Lier og Dikemark. Steder: Hjemmepleie, privatpleie og pleiehjem.

### Tidligere innlagt, kvinner og menn 1955-59

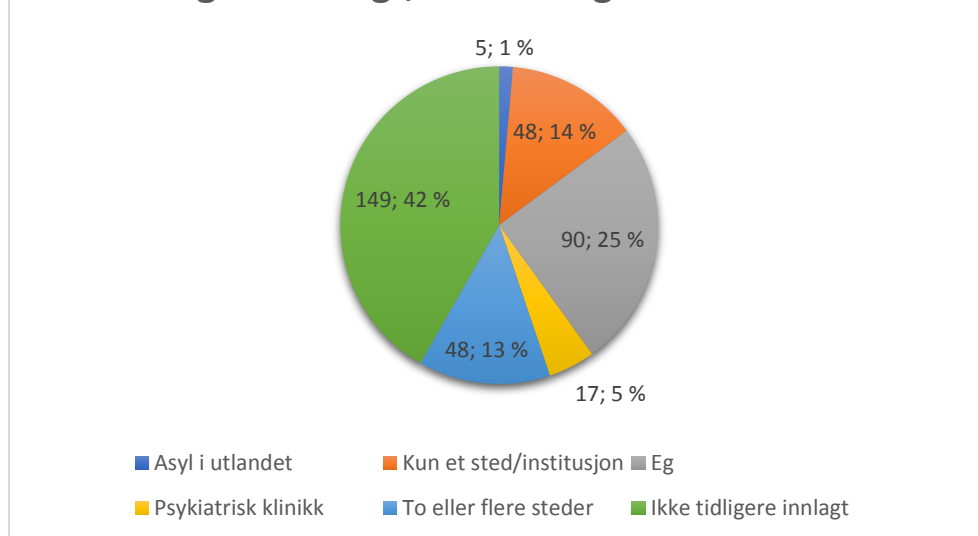


Diagram 16: Antall og prosent, kvinnelige og mannlige pasienter fordelt på tidligere innlagt for perioden 1955-59.

Diagram 16 viser at 42% av alle de utskrevne pasientene i perioden 1955-59 ikke hadde vært tidligere innlagt. 25% hadde tidligere vært innlagt på Eg, ved en eller flere anledninger.

Vedlagt diagram 16a viser at flere kvinner enn menn tidligere hadde vært innlagt kun et sted eller institusjon, dette gjelder også for Eg. Mens det var flere menn som tidligere hadde vært innlagt to eller flere steder.<sup>104</sup>

#### Sammenligning av de to periodene:

Det er flere pasienter som tidligere hadde vært innlagt i perioden 1955-59 enn i 1935-39. Det er kun en liten økning i antall pasienter tidligere innlagt på Eg, så økningen skyldes både de pasienter som hadde vært innlagt kun et sted eller institusjon og de pasientene som hadde vært innlagt to eller flere steder. Denne økningen kommer godt frem i de vedlagte kjønntabellene, diagram 15a og 16a. Hvorfor det var flere pasienter som tidligere hadde vært innlagt i den andre perioden kan kanskje tenkes å ha sammenheng med at det nå fantes flere institusjoner.

<sup>104</sup> Institusjoner: Rønvik, Bjørnegård, Dale, Dedichen, Gaustad, Kristiansand kommunale asyl, St. Fransiskus, Furuly, Kokkeplassen, Reitgjerdet, Hovelsåsen, Ullevål, Lovisenberg, Blakstad og Faret. Steder: Privatpleie, aldershjem, gamlehjem, pleiehjem og helseheim.

### 3.10 Behandling

Her viser jeg bare hvor mange av de utskrevne pasientene som ble behandlet i de to periodene. Omfanget av behandling med malaria, sulfosin, insulin, cardiazol-, elektroshjokk og medikamenter vil bli beskrevet i kapittel 4 og 5 og de lobotomerte blir presentert i kapittel 7.

	<b>Behandlet</b>	<b>Ikke behandlet</b>
Kvinner 1935-39	16, 10%	146, 90%
Menn 1935-39	15, 10%	135, 90%
<b>Totalt 1935-39</b>	<b>31, 10%</b>	<b>281, 90%</b>
Kvinner 1955-59	145, 80%	37, 20%
Menn 1955-59	136, 78%	39, 22%
<b>Totalt 1955-59</b>	<b>281, 79%</b>	<b>76, 21%</b>

Tabell 2: Antall behandlede og ikke behandlede pasienter i periodene 1935-39 og 1955-59.

#### Sammenligning av de to periodene:

Andelen av pasienter som ble behandlet i perioden 1935-39 var kun 10%, andelen av pasienter som ble behandlet i perioden 1955-59 var 79%. Det er en stor økning i antall behandlede pasienter og denne økningen skyldes at det fantes flere behandlingsalternativer i den siste perioden.

### 3.11 Medisin

Jeg har valgt å skille mellom medisiner og medikamenter, med medisin mener jeg sovemidler og beroligende og med medikamenter mener jeg er neruoleptika som blir presenter i kapittel 5. Før jeg viser bruken av de ulike medisinene vil jeg si litt om hva de var.

Hypnotica er en samle betegnelse for sovemidler.<sup>105</sup>

Kloralhydrat, eller bare kloral, ble syntetisk fremstilt i 1832, og virker som et hypnotikum, og var lindrende mot søvnløshet.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> Haave 2008: 303.

<sup>106</sup> Shorter 2001: 237 og Kragh 2008: 181.

Hyoscin ble isolert fra hyascyamin i 1880 og var kjent for sin hallusinerende virkning, også kalt scopolamin. Det var beroligende og kunne lindre opphisselse og aggresjon, ofte også brukt i blanding med morfin.<sup>107</sup>

Veronal ble lansert i 1903, det ble også kalt medinal. Og var effektivt som både sedativ og hypnotika. Det var et mye brukt sovemiddel. Trional var et konkurrerende beroligende middel.<sup>108</sup>

Amycal; «*Amytalnatrium i små doser kunne få pasientene til å slappe av, føle seg veltilpass, lett beruset, men minskelse av hemninger og trang til tale.*»<sup>109</sup>

Allypropynal var en type sovemedisin.<sup>110</sup>

Sulfonal var et beroligende sovemiddel.<sup>111</sup>

Somnifen var et barditurat med både beroligende og søvngivende effekt.<sup>112</sup>

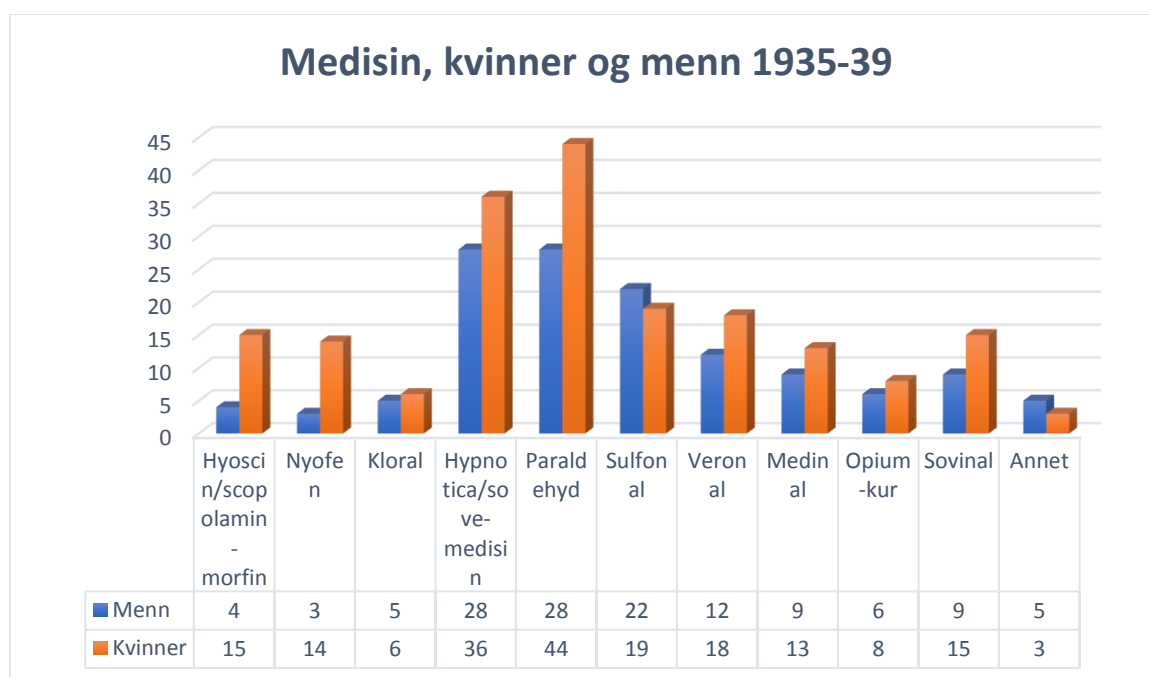


Diagram 17: Antall kvinner og menn fordelt på medisiner for perioden 1935-39. Annet<sup>113</sup>

<sup>107</sup> Shorter 2001: 236 og Haave 2008: 263.

<sup>108</sup> Shorter 2001: 241 og Haave: 2008: 133.

<sup>109</sup> Kragh 2010: 122.

<sup>110</sup> Kragh 2010: 178.

<sup>111</sup> Sjong 1970: 41.

<sup>112</sup> Shorter 2001: 166.

<sup>113</sup> Campolon, Luminal. Luminal/Brom-luminal, Somnifen/-kur.

I den første perioden var de mest brukte medisinene paraldehyd og den uspesifiserte samlebetegnelsen hypnotica, sovemedisin, eller noen ganger bare medisin. 60 kvinner og 77 menn fikk ikke noen form for medisiner. Det var flere kvinner (102) enn menn (73) som fikk beroligende eller sovemidler, hvorfor fremgår ikke i journalene. Men det kan tenkes at de ble oppfattet som mer urolige enn mennene, se mer om dette i del 6.1.1.

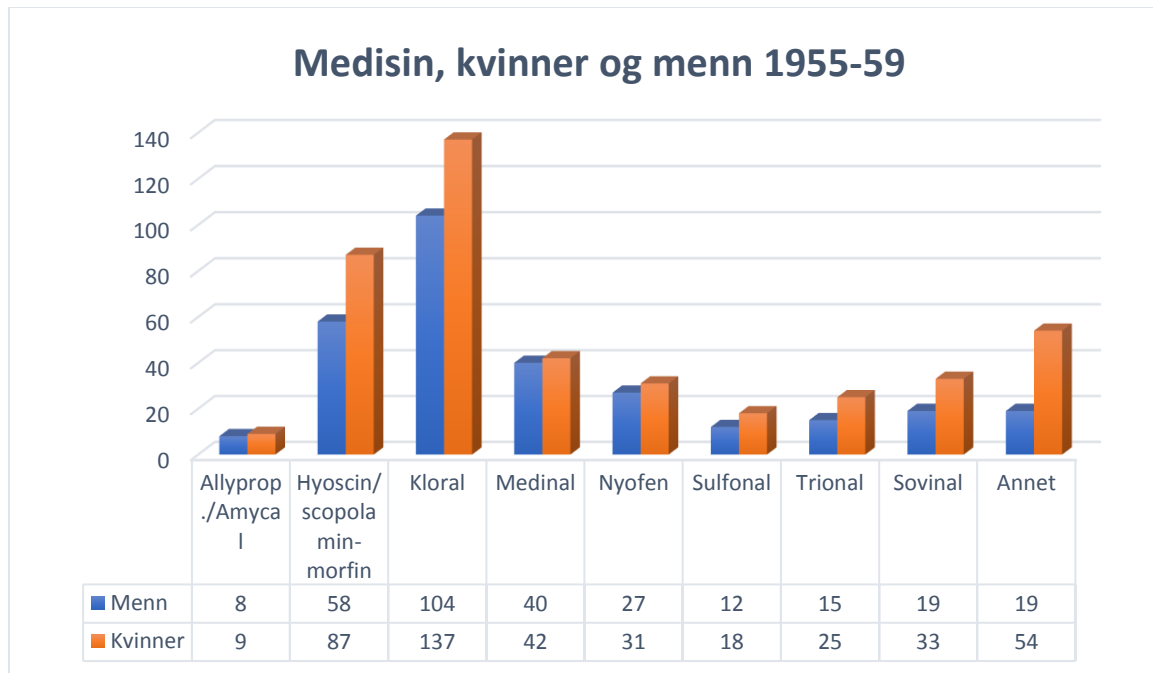


Diagram 18: Antall kvinner og menn fordelt på medisiner for perioden 1955-59. Annet<sup>114</sup>

I den andre perioden var de mest brukte medisinene hyoscin/scopolamin morfin og kloral. 41 menn og 23 kvinner fikk ikke noen form for medisiner. Det var flere kvinner (159) enn menn (134) som fikk beroligende eller sovemidler, og som i den første perioden kan det tenkes at de ble oppfattet som mer urolige, se mer om dette i del 6.1.1.

Det er interessant at bruken av kloral øker fra 11 pasienter i den første perioden til 241 pasienter i den andre perioden. Kloral som allerede hadde blitt fremstilt i 1832 og var i bruk i begge periodene.

<sup>114</sup> Bellagon/bellergal, doriden, morfin, opium/kur, phenergan, paraldehyd, coffein, veronal, meproban, plexonal, luminal, hypnofen, somnifen, pacatal og covatin.



### **Sammenligning av de to periodene:**

En del av medisinene var tilgjengelige i begge perioder som hyoscin/scopolamin, kloral, medinal, nyofen, sovinal. Hva som kan forklare den enorme økningen i bruken av kloral, er usikkert, men det kan være at kloral også inngikk i den uspesifiserte samlebetegnelsen hypnotica, sovemedisin, eller noen ganger bare medisin i perioden 1935-39.

### **3.12 Oppsummering**

I perioden 1955-59 var det færre pasienter i 20 årene og flere pasienter over 70 år. Det er mulig at økningen i alderen i materialet har sammenheng med økt levealder og bedre levevilkår fra den ene perioden til den andre. Videre i oppgaven skal vi se på om økningen i alderen betyr noe for diagnoser og behandling.

Fra den første perioden til den andre var det en nedgang i antall ugifte, mens det var en økning i andel gifte og enker og enkemenn. Dette kan ha sammenheng med at det var høyere alder på pasientene i perioden 1955-59.

Det var en ganske lik fordeling mellom pasienter forpleid fra Vest og Aust-Agder i begge periodene.

I perioden 1955-59 var det flere pasienter som ble utskrevet etter å ha vært innlagt under 1 år enn i perioden 1935-39, spesielt er det en økning i antall pasienter utskrevet etter å ha vært innlagt under et halvt år. Det var en nedgang i antall pasienter innlagt mellom 1-5 år og ganske likt i antall pasienter innlagt over 6 år. Om det er behandlingsmetodene som er årsaken til at pasientene hadde kortere opphold i den andre perioden blir nærmere undersøkt i kapittel 4, 5 og 7.

Antallet pasienter som ble utskrevet som sinnssyke gikk ned fra 63% for den første perioden til 39% for den andre perioden. Antallet utskrevet som ikke sinnssyke økte fra 14% til 31%, om dette har sammenheng med behandlingsmetodene skal vi se nærmere på videre i oppgaven. Og antall døde økte fra 22% til 30%. Det kan tenkes å ha sammenheng med at det var en høyere alder for pasientene i den andre perioden. Og det vil som nevnt alltid være en høy andel døde blant de utskrevne pasientene når arkivet er ordnet slik det er, se innledningen 1.6.1.

Diagnosen schizofrenia ble mindre brukt i den andre perioden, men var fremdeles den mest brukte diagnosen. Det var ingen med diagnosen paralysis generalis i den andre perioden. Og psychosis ex constitutione og psychosis ex involutione et senio ble oftere brukt som diagnoser i den andre perioden.

Det var flere pasienter som tidligere hadde vært innlagt i perioden 1955-59 enn i perioden 1935-39.

Det var en stor økning i antall behandlede pasienter og denne økningen skyldes at det fantes flere behandlingsalternativer i den andre perioden. Det var også litt flere kvinner som ble behandlet enn menn i perioden 1955-59, men det er ikke noen fremtredende store kjønnsforskjeller.

#### **4. Behandling med malaria, sulfosin og cardiazol på Eg i perioden 1935-39**

På begynnelsen av 1900-tallet var psykiatrien inne i en periode med behandlingspessimisme. Som beskrevet i del 2.2 Psykiatriens status bestod behandlingsmetodene av arbeidsterapi, sengeleie, vannterapier og noen medisiner med beroligende og dempende virkning. Dette hadde liten effekt på selve sykdommen, så behandlinger var derfor stort sett fraværende og de fleste psykiatriske sykehusene ble bare oppbevaring og pleie av pasienter. Psykiatrien hadde derfor i 1920- og 30-årene relativt liten prestisje både innen medisinen og i offentlighetene og i folks bevissthet. Det som virkelig skulle avløse behandlingspessimismen blant medisinerne var de nye somatiske behandlingsmetodene som ble innført i 1920- og 1930-årene.<sup>115</sup> Disse var malariabehandling, sulfosinbehandling og cardiazolsjokkbehandling.

Dette kapittelet tar for seg disse tre somatiske behandlingsmetodene i den rekkefølgen de ble introdusert i. Først gir jeg en innføring i hva behandlingsmetoden bestod av, når den ble introdusert, hva som var hensikten med dem, hvordan de ble gjennomført, og hvilke komplikasjoner disse behandlingene kunne gi. Deretter presenterer jeg de utskrevne pasientene fra Eg som hadde blitt behandlet med disse behandlingsmetodene i årene 1935-39.

Gjennom min analyse av 312 pasientjournaler fra årene 1935-39 og kvantifisering av disse i databasene K35-39 og M35-39, har jeg funnet at 31 pasienter av alle de utskrevne pasientene fra denne perioden gjennomgikk en form for behandling i løpet av sitt opphold på Eg. Dette utgjør bare 10%, så hele 90% av de utskrevne pasientene i denne perioden ble ikke behandlet under sitt opphold på Eg. For å analysere de pasientene som gjennomgikk en behandling i denne perioden, enten med malaria, sulfosin eller cardiazolsjokk, har jeg kryssjekket blant de registrerte data i mine to databaser over denne perioden. I dette kapittelet skal jeg vise hvem disse pasientene var, hvordan de fordeler seg på kjønn, gjennomsnittsalder ved innleggelse, gjennomsnittlig innleggelsestid og diagnose. Og til slutt studerer jeg hvordan effekten av en behandling ble vurdert av sykehuset, i form av om en pasient ble utskrevet som ikke sinnssyk eller sinnssyk, eller om det ble registrert en bedring i pasientens tilstand.

Insulinkomabehandling ble også introdusert i 1930-årene, hensikten var å gi en overdose insulin slik at pasienten havnet i koma for en kort tid for deretter å bli våknet med sukkeroppløsning. Insulin ble også gitt i mindre doser som appetittvekker, det kunne fremkalle sultfølelse og ble gitt til pasienter som ikke ville spise.<sup>116</sup> I mine registrerte data fra

---

<sup>115</sup> Tranøy 1993: 11, Kringlen 2007: 175 og 180 og Kringlen 2008: 23.

<sup>116</sup> Se mer om insulin i bl.a. Tranøy 1993 og Kringlen 2007.

de 312 pasientjournalene fra årene 1935-39 var det kun fem pasienter som hadde fått insulin, og alle fem hadde fått det som appetittvekker. Siden insulin ikke ble brukt som behandling av sinnssykdom i denne perioden har jeg valgt å ikke fokusere nærmere på disse fem pasientene her.

Jeg vil legge vekt på de pasientene som utelukkende ble behandlet med en av behandlingene, malaria, sulfosin eller cardiazolsjokk. Det vil si at de pasientene som presenteres i det følgende bare har gjennomgått en type behandling. Ingen av pasientene som ble behandlet med malaria ble behandlet med verken sulfosin eller cardiazolsjokk og motsatt. I årene 1935-39 ble pasientene bare behandlet med en form for behandling. I neste kapittel som dekker årene 1955-59 er det flere pasienter som gjennomgikk mer enn en form for behandling. Det å fokusere på pasienter som kun hadde gjennomgått en form for behandling kan gi oss et inntrykk av hvilke behandlingsformer som ifølge journalene fremstår som mest effektive, det vil si førte til at flest ble utskrevet av sykehuset som ikke sinnssyke. Jeg har bare tilgang til hvordan legene på Eg oppfattet og vurderte effekten av behandlingene. Jeg kan derfor ikke konkludere med den faktiske effekten på sinnssykdommen, bare slik denne ble oppfattet av legene på Eg om hvorvidt en pasient ble ansett som sinnssyk eller ikke sinnssyk etter at en behandling var blitt gjennomført. Av den grunn bruker jeg innførselen i journalen om at pasienten ble utskrevet som ikke sinnssyk, til å vurdere om en behandling hadde hatt den ønskede effekten og førte til at pasienten ble utskrevet. Jeg vil presisere at det ikke kan slås sikkert fast at det var behandlingen pasientene fikk, eller ikke fikk, som førte til at pasientene ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyk. Jeg kan bare vise sammenfall mellom behandlinger eller mangel på behandlinger og sykehuslegenes journalførte oppfatning av om pasienten var blitt frisk fra sin sinnssykdom. Jeg vil her også påpeke at det å bli utskrevet som ikke sinnssyk vil si at sinnssykeattesten ble opphevet. Jeg vil også generere informasjon fra pasientjournalene som opplyser om eventuelle skader og komplikasjoner som er registret på pasientene. Tilslutt oppsummerer jeg funnene og sammenligner hvor stor andel av pasientene som ble utskrevet som ikke sinnssyke av de pasientene som gjennomgikk de ulike behandlingsmetodene. Andelen utskrevet som ikke sinnssyke blir regnet ut ifra antallet pasienter som har gjennomgått en enkelt behandling og ikke ut ifra det totale antallet av pasienter som ble utskrevet i løpet av årene 1935-39.

Som vist i del 3.1 om det totale belegget ved Eg i årene oppgaven dekker, gir mitt materiale kun informasjon om ca. 1/5 del av de pasientene som var innlagt hvert år i de to periodene. Hvordan de resterende pasientene, som ble værende innlagt i disse årene som oppgaven

dekker, ble behandlet har jeg ikke ut ifra materialet noen forutsetninger for å si noe om. Men min studie av de utskrevne pasientene kan danne et grunnlag for at andre kan studere de øvrige pasientene.

Om det at menn og kvinner var adskilte og innlagt på ulike avdelinger har hatt noen betydning for hvordan de ble behandlet, og om det var forskjellige leger på de ulike avdelingene for kvinner og menn kommer ikke klart frem i journalene. Men som beskrevet i del 2.1 Eg sykehus var det bare en overlege, en reservelege og en assistentlege ved Eg frem til 1947 da det kom til en assistentlege til, og det var bare disse fire legestillingene frem til 1962. Så på bakgrunn av dette vil jeg tro at de få legene som var på Eg alle hadde tilsyn med alle pasientene, både de kvinnelige og de mannlige, og at det derfor ikke har vært ulike leger som bestemte på de ulike avdelingene.

#### 4.1 Malaria

Paralysis generalis er ifølge Hermundstad «en sykdom som i siste stadium gir både psykiske og neurologiske symptomer i form av storhetsvanvidd og fullstendig lammelse.»<sup>117</sup> Paralysis generalis førte ofte til døden i løpet av tre til fire år, og blant folk flest ble sykdommen kalt stormannsgalskap, dette fordi pasientene kunne ha ideer om egen storhet og forestillinger om rikdom og makt.<sup>118</sup> Sykdommen viste seg som regel først i form av problemer med hukommelsen, orienteringsevnene og vekslende humør. Den som ble rammet kunne bli svimmel og hadde ofte rykninger i ansiktet, særlig rundt munnen. Noen kunne også gjennomgå en fase hvor de var oppstemte, de kunne da bli aggressive, voldelige og seksuelt oppstemte. Deretter kom lammelser og krampeanfoll, den syke ble mer og mer sløv helt til døden inntraff tre til fire år etter sykdommens utbrudd.<sup>119</sup>

Allerede i 1822 ble det påpekt at sykdommen skyldes en kronisk betennelse(meningitt) i hjernehindene.<sup>120</sup> Da to tyske leger i 1857 hevdet at årsaken til denne sykdommen skyldtes infeksjon av kjønnsykdommen syfilis (lues) ble det stor skandale på grunn av den gamle oppfatningen om sammenkoblingen av sinnssykdom og umoral. «Mange nektet å innse sannheten før det definitive beviset kom i 1913, da den japanske legen Hideyo Noguchi (1876-

---

<sup>117</sup> Hermundstad 1999: 27.

<sup>118</sup> Kringlen 2007: 176.

<sup>119</sup> Kragh 2008: 177.

<sup>120</sup> Hermundstad 1999: 27.

1928) påviste at den mikroben som fremkaller syfilis, spiroketen *treponema pallidum*, finnes i hjernebarken hos paralytikere.»<sup>121</sup>

Wienerpsykiateren Julius Wagner von Jauregg oppdaget ved en tilfeldighet i 1883 at en kvinnelig psykotisk pasient var blitt fullstendig frisk etter en streptokokkinfeksjon. Dette gav han tanken om at andre også kunne helbredes gjennom feber. Jauregg begynte å eksperimentere med å gi neurosyfilitiske pasienter tuberkulosesmitte. Resultatet på psykosene var oppmuntrende mente han, men tuberkulose var en sykdom som i seg selv endte med døden til sist, og den kunne ikke kureres. Jauregg begynte i stedet å eksperimentere med malaria, som kunne kontrolleres med kinin. Den første neurosyfilispasienten ble infisert med blod fra en malariapasient den 14. juni 1917. Etter tre uker fikk han feber, fulgt av en rekke malariaanfall, som ble dempet med kinin. Etter seks anfall opphørte lammelsene, og de kognitive symptomene forsvant gradvis. Pasienten ble utskrevet som helt frisk den 5. desember 1917. I kjølvannet ble en stor gruppe sinnssyke helbredet og utskrevet fra sinnssykehusene. Jauregg fikk nobelprisen i medisin i 1927 for dette terapeutiske fremskrittet.<sup>122</sup>

Salvarsan ble utviklet i 1910. Det var et arsenikkpreparat, bestående av arsenikk og en organisk substans, som gjorde det mulig å forhindre at syfilis infeksjonen spredte seg i kroppen og nådde ut i nervesystemet. Salvarsan kunne stanse utviklingen av syfilis i første og andre stadiet, men for å være effektiv ved neurosyfilis måtte salvarsan tas i bruk på et tidlig tidspunkt. Samtidens spesialister mente da kunne det være ganske effektiv. Men siden neurosyfilis har en lang latenstid i sentralnervesystemet, kunne det ta lang tid før symptomene på neurosyfilis ble synlige og da kunne det ofte være for sent å behandle med salvarsan. Salvarsan var da uten effekt.<sup>123</sup> Salvarsan ble ofte brukt i kombinasjon med wismut/wismol og kalt antiluetika. Penicillin overtok som behandling for neurosyfilis i 1944.<sup>124</sup>

#### **4.1.1 Malaria og/eller salvarsan og wismol behandling av pasienter på Eg**

Jeg har systematisert alle opplysningene i pasientjournalene for årene 1935-39 om behandling med malaria og/eller salvarsan og wismol. Tabellen nedenfor er sammensatt av mine

---

<sup>121</sup> Hermundstad 1999: 28.

<sup>122</sup> Hermundstad 1999: 28, Bøe 1994: 121, Kringlen 2008: 23, Stone 1997: 147, Kragh 2010: 59-70 og Shorter 2001: 229-232.

<sup>123</sup> Shorter 2001: 232-233 og Stone 1997: 147.

<sup>124</sup> Shorter 2001: 233, Langfeldt 1951: 428 og Bremer 1982: 146-147.

registrerte data fra kildene og viser de pasientene på Eg som utelukkende ble behandlet med malaria som feberkur og/eller salvarsan og wismol som antiluetika. De utgjorde totalt 13 personer av 312 utskrevne pasienter.

Ref. nr.	Kjønn	Alder	Innlagt i+ lengde	Tilstand ut	Diagnose	Behandling
236-14	K	32	1934-35, 1år,1mnd	Sinnssyk	Ins. syfilogenes	Malaria. Wis- salvarsan
237- 26*	K	42	1935, 3mnd	Sinnssyk	Ins. Ex vil. Cerebri *	Myosalvarsan
239-15	K	48	1934-37, 2år,11mnd	Sinnssyk	Ins. syfilogenes	Malaria
240-6	K	44	1933-37, 4år	Sinnssyk	Ins. syfilogenes	Malaria. Wis- salvarsan
242-1	K	37	1938-39, 1år,5mnd	Sinnssyk	Paralysis generalis	Malaria. Wis- salvarsanx2
294-2	M	58	1933-35, 2år,4mnd	Sinnssyk	Paralysis generalis	Malaria. Wis- salvarsan
294-3	M	20	1933-35, 1år,8mnd	Sinnssyk	Dem. Præcox **	Malaria
294-13	M	35	1934-35, 1år,2mnd	Død av paralysis generalis	Paralysis generalis	Wis- salvarsan
295-11	M	40	1931-36, 4år,9mnd	Sinnssyk	Ins. syfilogenes	Malaria
296-3	M	34	1935-37, 2år,7mnd	Død av paralysis generalis	Ins. Syfilogenes	Malaria. Wis- salvarsan
297-6	M	44	1937, 7mnd	Død av selvmord	Ins. syfilogenes	Malaria. Wis- salvarsan
297-18	M	52	1936-38, 1år,1mnd	Død av paralysis generalis	Paralysis generalis	Malaria. Wis- salvarsan
298-1	M	37	1938-39, 1år,6mnd	Død av paralyse, brønkopneumoni	Paralysis generalis	Malariax2. wis-salvarsan

Tabell 3: Kvinner og menn behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol i perioden 1935-39.

\*Det er en kvinne i tabellen over som fikk myosalvarsan injeksjoner for sin sykdom; huntington choera, også kalt St. Veitsdans. Hun har på grunn av sykdommen mye rykninger i både ansiktet og kroppen, hun ble litt roligere etter en del myosalvarsan.<sup>125</sup> Siden hun er den eneste som ikke har en sinnssykdom ut fra neurosyfilis ser jeg bort i fra henne i det følgende.

\*\*294-3 har neurosyfilis selv om han har fått diagnosen dementia præcox.

<sup>125</sup> Cont I, 237-26, ESA, SAK.

Det var fire kvinner og åtte menn som ble behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol i perioden 1935-39. Det var dobbelt så mange menn som kvinner. Dette kan ha sammenheng med at det var flere menn enn kvinner innlagt med diagnosene paralysis generalis eller insania syfilogenes. Som vist i del 3.8 var det fire kvinner og ni menn som ble utskrevet med disse diagnosene i denne perioden. Så det vil si at alle kvinnene ble behandlet, mens syv av mennene ble behandlet og to av mennene ikke ble behandlet, da den ene mannen i tabellen over har fått diagnosen dementia præcox. Om disse to mennene faktisk ikke ble behandlet i det hele tatt kan en finne ut av ved å se nærmere på journalene. Hos den ene fant jeg ikke noe om behandling i journalen,<sup>126</sup> men for den andre ser en at han hadde vært innlagt på Eg tre ganger tidligere og ved det første av disse oppholdene blitt behandlet med både malaria og salvarsan og wismol, men uten effekt.<sup>127</sup>

Gjennomsnittsalderen ved innleggelse på pasientene som fikk denne behandlingen var 40 år for kvinnene og 40 år for mennene, de var altså like gamle. Den gjennomsnittlige innleggelsestiden var to år og fem måneder for kvinnene og to år for mennene.

Ingen av disse kvinnene eller mennene ble utskrevet som ikke sinnssyke. Alle de fire kvinnene ble utskrevet som sinnssyke, mens fire av de åtte mennene døde som følge av sinnssykdommen. Tre av de åtte mennene ble utskrevet som sinnssyke og en mann begikk selvmord. Det var altså ingen pasienter på Eg som ble utskrevet som friske etter denne malaria og/eller salvarsan og wismol behandlingen i årene 1935-39. En samtidig forklaring på hvorfor malariabehandlingen ikke hadde noen effekt på pasientene hadde sammenheng med at behandlingen ikke hadde effekt hvis sykdommen var for langt fremskreden. I en artikkel skrevet av en reservelege på Eg, som ligger vedlagt i en journal, ble det for en av pasientene trukket frem at tilfellet viste som

*«mange tidligere erfaringer at det gjelder å være tidlig ute med sin diagnose, hvis man skal nå å behandle på et stadium, hvor man ennå kan vente sig glede av sin behandling; å få en mere eller mindre defekt patient som resultat av terapien er jo et lite opløftende resultat. I nærværende tilfelle progredierte sykdommen tross uspesifikk og spesifikk behandling og førte til mors, vel fordi sykdommen allerede hadde fått for stor utbredelse hos pat.»\**

---

<sup>126</sup> 297-10, ESA, SAK.

<sup>127</sup> 296-22, ESA, SAK.



Denne legens vurdering var at en for langt fremskreden sykdom ikke hadde effekt av malaria og salvarsan og wismol behandling. \*Av personvern hensyn og med hensyn til tillatelser og erklæringer mellom meg og REK sør-øst, har jeg ikke anledning til å diskutere videre rundt hvorfor det ble gjort en studie på akkurat denne pasienten eller referere til den journalen hvor denne artikkelen ligger, da dette kan føre til gjenkjennelse av vedkommende.

Det var ingen pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en behandling med malaria og/eller salvarsan og wismol.

Hvor mange av de som ble værende på sykehuset i perioden 1935-39 som også fikk denne behandlingen, og som likevel ikke ble friske har jeg ikke kildegrunnlag for å uttale meg om. Men en kan anta at flere pasienter fikk denne behandlingen. Men det at ingen pasienter på Eg ble friske av denne behandlingen kan også ha bidratt til at den ikke ble så utbredt slik mitt materiale viser.

## **4.2 Sulfosin**

I Danmark ga positive resultater med malariabehandlingen forhåpninger om nye terapeutiske landvinninger. Spesielt sterkt stod ønsket om effektive behandlingsmetoder for schizofrene pasienter, ifølge Kragh utgjorde disse som regel 50-60 % av de innlagte i psykiatriske sykehus. På mange av mentalsykehusene var der en villighet til å eksperimentere og utprøve risikobetonete metoder overfor nye pasientgrupper i håp om å kunne oppnå resultater. Ifølge Kragh begynte den danske legen Knut Schroeder sine forsøk med en ny feberbehandling i februar 1924, og denne var i første omgang tenkt som et alternativ til malariabehandlingen av syfilispatienter. Schroeder begynte å eksperimentere med et nytt middel, sulfosin, et svoveloljepreparat, som ved injeksjon i musklene kunne fremkalle høy feber. Han mente at dette middelet var lettere å beherske enn malaria og at det kunne ha en god effekt på andre alvorlige lidelser som schizofreni og kronisk hjernebetennelse og at det derfor burde prøves på denne typen sykdommer.<sup>128</sup>

I juli 1927 ble de første resultatene av sulfosinbehandlingen publisert og over store deler av Europa ble det eksperimentert med behandlingen. Psykiaterne i Danmark var spesielt opptatt av behandlingen i forhold til schizofreni.<sup>129</sup> Men resultatene uteble og terapien var også

---

<sup>128</sup> Kragh 2008: 190 og Kragh 2010: 70.

<sup>129</sup> Kragh 2008: 191 og Kragh 2010: 70-71.

risikabel. Sulfosin kunne fremkalle intense smerter, oppkast, vekttaap, lav kroppstemperatur og illebefinnende under behandlingen.<sup>130</sup>

#### **4.2.1 Sulfosin behandling av pasienter på Eg**

Ifølge min gjennomgang av pasientjournalene for 1935-39 var det fem av 312 pasienter som gjennomgikk denne typen behandling. Det var bare kvinner som hadde fått sulfosin i disse årene, alle diagnostisert med schizofrenia. Tre av disse kvinnene hadde fått sulfosin for å hjelpe på spisingen, de ville ikke spise og måtte mates eller gis sondenæring. Sulfosin ga imidlertid, ifølge journalene, ingen forandring i deres tilstand.<sup>131</sup> Den ene av disse kvinnene hadde også fått insulin som appetittvekker.

De to resterende hadde fått det som behandling for selve sykdommen. For den ene ble det bare oppgitt at behandling med sulfosin hadde ingen virkning på hennes psykiske tilstand.<sup>132</sup> Den andre hadde fått det som feberkur, men det hadde ingen effekt.<sup>133</sup>

Gjennomsnittsalderen ved innleggelse for disse fem kvinnene var 26 år og gjennomsnittlig innleggelsestid var ti år og tre måneder. Sulfosin ser ut til å ha blitt anvendt ovenfor unge kvinner med lange opphold, men den ene av disse kvinnene hadde vært innlagt i 30 år og tre måneder, uten henne blir gjennomsnittsalderen likevel lav, 27 år, men den gjennomsnittlige innleggelsestiden går ned til fem år og tre måneder.

Fire ble utskrevet som sinnssyke, og en av dem døde av lunge tuberkulose. Journalene viser at ingen menn i mitt materiale hadde fått behandling med sulfosin. Om dette viser at bruken av sulfosin som behandling kan ha vært knyttet til vurderinger av kjønn i behandlingen har jeg ikke noe grunnlag for å uttale meg om, da der blant de mange andre pasientene som var innlagt i denne perioden, men som ikke ble utskrevet, kan finnes pasienter som har blitt forsøkt behandlet med sulfosin, blant dem kan det være menn. Hvor mange det kan dreie seg om vites ikke.

Sulfosin hadde ifølge journalene til de utskrevne pasientene ingen beviselig effekt uavhengig om det ble brukt som appetittvekker eller som behandling. Det var ingen pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en behandling med sulfosin.

---

<sup>130</sup> Kragh 2008: 193.

<sup>131</sup> Cont I 236-10, Cont I 236-11 og Cont I 237-24, ESA, SAK.

<sup>132</sup> Cont II 236-22, ESA, SAK.

<sup>133</sup> Cont II 242-15, ESA, SAK.

### 4.3 Cardiazolsjokk

Cardiazolsjokk ble introdusert av ungarenen Ladislav von Meduna i 1935. Han bygde sin behandling på en teori om at det var en motsetning mellom epilepsi og schizofreni som forhindret at samme person kunne ha begge sykdommene. Meduna begynte først med kamferinnsprøytinger for å fremkalle epileptiske kramper, men kamfer gjorde det vanskelig å avslutte anfallet, og det var fort gjort å overdosere det giftige stoffet, så det ble erstattet med pentylenetrazol (metrazol/cardiazol). Han mente at *«ved å påføre schizofrene pasienter kramper med cardiazolsjokk kunne man demme opp for sykdommen.»*<sup>134</sup>

Joar Tranøy gjengir den beskrivelsen psykiater Egil Rian ved Rønvik sinnssykehus ga av sjokk-krampene ved cardiazol-metoden, i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* i 1939. Cardiazol var et av de mest benyttede hjertestimulantia;

*«Gir man dette middelet intravenøst i doser fra 4 cm. og oppover av en 10 pct. opl., fremkalles i løpet av 10-20 sek. et typisk epileptiformt anfall. De første symptomer på at anfallet er i anmarsj kommer efter ca. 10 sek. og ytrer sig ved tørrhoste, blekhet, rykninger omkring øiene og i ansiktsmusklene, engstelig ansiktsuttrykk, stirrende blick, dilaterte pupiller og av og til et skrik. Helt plutselig setter nu inn et stadium med toniske kramper som begynner med at munnen gaper og et rykk i armer og ben, hvorefter spasmen brer sig over hele kroppen, musklene er da trehårde å føle på. Alltid begynner dette stadium med at munnen åpnes, og der er god tid til å legge inn spatelen før pt.<sup>135</sup> biter sammen. Det toniske stadium varer 10-30 sek. og går så over i et klonisk stadium. Under krampene foregår ikke respirasjon hvor pt. stadig blir mere og mere blå i ansiktet. Krampene kan vare i alt op til 1 minutt hvorefter pt. med en dyp respirasjon avslappes og blir liggende med snorkende resp. og skum om munnen. Bevisstløsheten varer 5-15 minutter hvorefter pt. slår øiene op og ser sig forvirret og desorientert omkring. Pupillene som under anfallet var dilatert, er nu igjen kontrahert, og efter hvert klarer pt. helt op, men føler sig trett og slapp og vil sove. Efter søvnen som i almindelighet varer nogen få timer, kan pt. godt stå op. Pt. er da alltid meget sulten og spiser ofte langt mere enn vanlig.»*<sup>136</sup>

---

<sup>134</sup> Sitat fra Tranøy 1993: 17. Se også Stone 1997: 154, Shorter 2001: 255-258, Hermundstad 1999: 47, Kringlen 2007: 179-180 og Kragh 2010: 91-96.

<sup>135</sup> Pt. er en forkortelse for pasienten.

<sup>136</sup> Tranøy 1993: 17-18.

Ifølge Rian var det enkelte hensyn som burde tas i tilknytning til cardiazolbehandlingen: «Patientene skal være spredt utover hele sykehuset så de ikke får anledning til å snakke og skremme hverandre op.»<sup>137</sup> Dette vitner om at behandlingen var noe de innlagte fryktet og at den var svært ubehagelig, noe Rians beskrivelse ovenfor også i høy grad gir dekning for.

Cardiazolsjokk-metoden fikk sitt gjennombrudd i 1937/1938, men ble i løpet av 1940-åra erstattet av elektroshokk.<sup>138</sup> Allerede i 1937 ble det påvist at cardiazolsjokkene var mer effektive overfor depressive pasienter enn schizofrene.<sup>139</sup>

#### 4.3.1 Cardiazolsjokk behandling av pasienter på Eg

Cardiazolsjokk ble hovedsakelig brukt som behandlingsmetode i perioden 1935-39. Erling Sagedal, som var administrerende overlege på Eg fra 1973 til 1987, skrev i jubileumsboken at cardiazolsjokkbehandlingen ble tatt i bruk på Eg fra 1938. Cardiazolsjokkbehandlingen ble ifølge Sagedal erstattet av elektroshokkbehandlingen da den ble introdusert. Elektroshokk ble tatt i bruk ved Eg i 1944.<sup>140</sup> I mine registrerte databaser K35-39 og M35-39 har jeg funnet at ni av totalt 312 utskrevne pasienter i denne perioden ble behandlet med cardiazolsjokk.

Tabellen viser de utskrevne pasientene som utelukkende ble behandlet med cardiazol i perioden 1935-39.

Ref. nr.	Kjønn	Alder	Innlagt i+ lengde	Tilstand ut	Diagnose	Effekt
242-2	K	33	1939, 5mnd	Ikke sinnssyk	Ins. Ex const.	+
242-7	K	38	1939, 3mnd	Sinnssyk	Schizofrenia	0
242-13	K	38	1938-39, 5mnd	Ikke sinnssyk	Schizofrenia	+
242-14	K	35	1938-39, 1 år	Sinnssyk	Schizofrenia	+
242-16	K	33	1938-39, 9mnd	Ikke sinnssyk	Schizofrenia?	+
297-31	M	20	1938, 10mnd	Sinnssyk	Schizofrenia	+
298-7	M	33	1938-39, 1 år	Ikke sinnssyk	Melankoli?	+
299-5	M	40	1939, 5mnd	Ikke sinnssyk	Ins. Ex const.	+
299-14	M	28	1934-39, 4år,8mnd	Sinnssyk	Schizofrenia	0

Tabell 4: Kvinner og menn behandlet med cardiazol i perioden 1935-39. + bedre. 0 ingen forandring. – verre.

<sup>137</sup> Tranøy 1993: 18.

<sup>138</sup> Tranøy 1993: 18-19.

<sup>139</sup> Tranøy 1993: 18.

<sup>140</sup> Sagedal 1981: 92, 97 og 123.

Kildematerialet i pasientjournalene har dannet grunnlaget for tabellen over. I tabellen over har jeg ført inn de som utelukkende ble behandlet med cardiazol, slik behandling var ment som sjokkbehandling. I den første perioden var det fem kvinner og fire menn. Det var i tillegg fire kvinner som hadde fått cardiazol i kombinasjon med kamfer og/eller digitalis som behandling av sykdommer, ikke som behandling av sinnssykdommen, derfor har jeg ikke inkludert disse kvinnene i tabellen over.

Tabellen over viser at schizofrenia var den mest fremtredende diagnosen for begge kjønn.

Gjennomsnittsalderen var 35 år for kvinnene og 30 år for mennene. Gjennomsnittlig innleggelsestid var syv måneder for kvinner og et år og ni måneder for menn. Det at kvinnenes innleggelsestid er kortere enn mennenes ser i mitt materiale ikke ut til å ha sammenheng med at kvinnene hadde bedre effekt av behandlingen, da fire av fem kvinner og tre av fire menn ifølge journalene ble bedret av behandlingen, se mer om dette nedenfor.

Gjennomsnittlig ble det gitt 12 sjokk per person. For den ene kvinnen er det ikke opplyst hvor mange sjokk som ble gitt.<sup>141</sup>

Regnet ut ifra de ni pasientene som hadde fått cardiazolsjokkbehandling er det sammenlagt for begge kjønn fem av ni pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke og fire av ni pasienter som ble utskrevet som sinnssyke. Tre av de fem cardiazol-behandlede kvinnene og to av de fire cardiazol-behandlede mennene ble utskrevet som ikke sinnssyke. Her er det en betydelig andel av de pasientene som ble behandlet med cardiazol som ifølge journalene ser ut til å enten bli bedre eller helbredet for sinnssykdommen, og at det har sammenheng med behandlingen.

I følge journalene var det syv av ni pasienter (78%) som ble bedret av behandlingen, mens for to av ni pasienter (22%) hadde behandlingen ingen virkning, det vil si at der ikke kom noen forandring i deres psykiske tilstand. Det er da to pasienter som tilsynelatende ble bedret av behandlingen, men som likevel ble utskrevet som sinnssyke. For fire av fem (80%) kvinner og tre av fire (75%) menn førte cardiazolsjokkbehandlingen til en bedring på deres psykiske tilstand, så derfor også på sinnssykdommen. Man må ha i mente at disse prosentene er basert på små tall. Disse prosentene for bedring blir sammenlignet med den registrerte bedringen på pasientene som ble behandlet med lobotomi, som blir presentert i kapittel 7.

---

<sup>141</sup> 242-2, ESA, SAK.

I tre av journalene har jeg funnet skjema for etterundersøkelse av cardiazol-behandlede syke.<sup>142</sup> Gjennom dette skjema ønsket Eg å stille noen spørsmål om tidligere pasienters helbredstilstand etter utskrivelsen. Det var ti punkter som skulle besvares, om hvordan pasienten hadde hatt det og om det var kommet noen forandringer, i tilfelle når og hva forandringen bestod i. Om de ble helt friske etter den dårlige perioden da de var innlagt, og om de hadde hatt flere dårlige perioder siden. Om de var legemlig friske og hvordan de følte seg nå, hadde de noen plager. Hvordan var hukommelsen for nyere og eldre begivenheter og tilslutt hva slags arbeide de hadde hatt siden utskrivelsen. Hvis de hadde noe mer å tilføye kunne de skrive dette på baksiden av skjemaet.

I det vedlagte skjemaet er det en kvinne som har svart at hun hadde det bra, følte seg frisk og hadde ikke hatt noen dårlige perioder, hukommelsen var bra og arbeidet hadde vært hus og gårdsarbeid hos broren. Hun hadde ikke skrevet noe på baksiden.<sup>143</sup>

For de to andre har svarene de ga på skjemaet blitt skrevet inn i journalene deres. Den ene er også en kvinne som svarte at hun hadde hatt det bra siden utskrivningen. Tilstanden var uforandret og hun var arbeidsdyktig. Hun hadde siden vært legemlig frisk, i godt humør, og søvnen og appetitten hadde vært bra. Hukommelsen hennes var svekket, hun var ikke så god til å huske eldre begivenheter.<sup>144</sup> Den andre er en mann som svarte at alt stod bra til, han hadde arbeidet siden han kom hjem, og det var ingenting som tydet på at han skulle få et tilbakefall på sin tidligere sykdom.<sup>145</sup>

Om denne etterundersøkelsen ble sendt til alle pasienter som hadde gjennomgått en behandling med cardiazol, eller bare til de som ble ansett som friske etter å ha gjennomgått denne behandlingen har jeg for lite kildegrunnlag for å uttale meg om. To av de ovenfor nevnte pasientene hadde blitt utskrevet om ikke sinnssyke, mens den ene kvinnen hadde blitt utskrevet som sinnssyk, men hun er en av de to pasientene som det ble registrert med en positiv effekt av behandlingen. I de seks andre journalene har jeg ikke funnet noe som tilsier at de også hadde fått et slikt skjema eller svart på det. Det trenger ikke å bety at de ikke hadde fått tilsendt et skjema, det kan enten være at de unnlot å svare på det, eller at personalet ved Eg ikke skrev svarene de ga inn i journalene, eller de kan ha blitt feilplassert eller kastet. Her vil jeg også påpeke at dette ser ut til å være et unntak i forhold til det å be om pasientenes

---

<sup>142</sup> Se vedlagt Etterundersøkelse av cardiazol-behandlede syke, kopiert fra journal 242-14, ESA, SAK.

<sup>143</sup> Etterundersøkelses skjema i journal 242-14, ESA, SAK.

<sup>144</sup> Cont II, 242-13, ESA, SAK.

<sup>145</sup> Cont II, 298-7, ESA, SAK.

vurdering av sin situasjon i etterkant av behandling, for jeg ikke har funnet lignende etterundersøkelser for de andre behandlingsmetodene.

Jesper Vaczy Kragh fant i journalene fra Vordingborg sykehus flere notater om at pasientene hadde en overveldende angst for cardiazolbehandlingen, men det var også pasienter som uttrykte en positiv holdning. I brev sendt fra utskrevne pasienter til Vordingborg fortalte de at behandlingen hadde styrket dem både legemlig og sjelelig, og de takket for behandlingen.<sup>146</sup> Dette har jeg også funnet eksempler på fra Eg, om både angst for behandlingen og positive holdninger, som dette sitatet fra en mannlig pasients journal: «*Har vært nokså engstelig for sprøytene, som regel noe deprimert den dag han skal ha disse. Kan finne på forskjellige streker. Sist gjemte han sig under sengen.*»<sup>147</sup> Og hos en av kvinnene var der adskillig motstand mot sprøytene, men det ble notert i journalen at hun ga seg etter hvert da hun fikk forståelse av at det ikke var så farlig. Om hun faktisk fikk denne forståelsen eller om hun bare innså at det ikke nyttet å gjøre motstand vites ikke.<sup>148</sup>

Av positive holdninger, er der en mannlig pasient som sendte brev til familien og skrev i disse at han hadde fått sprøyter og at det var disse som hadde gjort ham bra.<sup>149</sup> Han er en av de to overnevnte som hadde en positiv virkning av behandlingen, men som ble utskrevet som sinnssyk. En annen mannlig pasient ble bedre allerede etter 4 sjokk, da følte han seg svært lettet over at stemmene var forsvunnet. «*Er saa glad for at han ikke hører stemmer lenger. Sa i dag at hvis han hadde sluppet ut av asylet før han fik cardiazolsprøytene, vilde han ha hængt sig i fortvilelse over de stemmene han hørte dengang til alle tider.*»<sup>150</sup>

Av komplikasjoner blant de utskrevne pasientene i den første perioden, ble det bare nevnt i et av tilfellene, den ene kvinnen fikk kjeveluksasjon under de første behandlingene.<sup>151</sup> Og i hennes tilfelle sendte mannen hennes et brev til Eg hvor han skrev at han ikke ville gi tillatelse til behandlingen før han fikk mer informasjon om hva det var, om den var smertefull eller ikke og hva slags fare behandlingen kunne medføre.<sup>152</sup> Om dette betyr at Eg innhentet samtykke til cardiazolbehandlingen vites ikke, men det er ingenting i noen av de andre journalene som tilsier det.

---

<sup>146</sup> Kragh 2010: 95-96.

<sup>147</sup> Cont III, 299-14, ESA, SAK.

<sup>148</sup> 242-16, ESA, SAK.

<sup>149</sup> Cont III, 297-31, ESA, SAK.

<sup>150</sup> Cont II, 298-7, ESA, SAK.

<sup>151</sup> 242-16, ESA, SAK.

<sup>152</sup> Brev til Eg, fra mannen, dato 12.9.38, 242-16, ESA, SAK.

#### 4.4 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg analysert pasientene som gjennomgikk behandling med enten malaria og/eller salvarsan og wismol, sulfosin eller cardiazolsjokk og vist hvordan disse pasientene fordeler seg på kjønn, gjennomsnittsalder ved innleggelse, gjennomsnittlig innleggelsestid, tilstand ved utskrivelse og diagnose. Dette bygger på opplysninger fra de 312 pasientjournalene fra de utskrevne pasientene i årene 1935-39. Kun 10% av de utskrevne pasientene fra denne perioden gjennomgikk en behandling i løpet av sitt opphold på Eg.

Min analyse viser at i perioden 1935-39 ble dobbelt så mange menn enn kvinner behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol, dette har sammenheng med at det var flere menn enn kvinner innlagt med diagnosene insania syfilogenes og paralysis generalis. Kvinnene og mennene som fikk denne behandlingen hadde lik gjennomsnittsalder på 40 år og en gjennomsnittlig innleggelsestid på rundt to år. Pasientene som ble behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol hadde fått diagnosene paralysis generalis eller insania syfilogenes, med unntak av en mann som hadde fått diagnosen dementia præcox, men som likevel hadde hjernesyfilis. Ingen, verken kvinner eller menn ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått denne behandlingen. Dette kan ha hatt sammenheng med at behandlingen ble gitt for sent, eller en for langt fremskreden sykdom ikke lot seg helbrede av malaria og/eller salvarsan og wismol behandling, eller at behandlingen av andre grunner ikke virket.

Kun et fåtall kvinner ble behandlet med sulfosin, de var av ung alder, gjennomsnittlig 26 år og hadde forholdsvis lang innleggelsestid på rett over ti år. Men som vist var det blant disse også en kvinne med en innleggelsestid på over 30 år, uten henne ble den gjennomsnittlige innleggelsestiden fem år og tre måneder. Alle de fem kvinnene hadde fått diagnosen schizofrenia og ingen av dem ble utskrevet som ikke sinnssyke. Hvorfor dette ikke ble forsøkt på noen menn vites ikke. Det kan tenkes at det ble forsøkt på noen av de andre pasientene som var innlagt, men som ikke ble utskrevet i denne perioden.

Fem kvinner og fire menn i mitt materiale gjennomgikk en cardiazolsjokkbehandling. Mennene hadde en gjennomsnittsalder på 30 år og var da gjennomsnittlig fem år yngre enn kvinnene. Kvinnene hadde kort innleggelsestid på syv måneder, mennene litt lengre med et år og ni måneder. Dette vitner om at dette var en behandling som hurtig ble igangsatt etter en pasient var blitt innlagt og som også kunne føre til at pasientene hurtig ble utskrevet igjen. Tre av fem av kvinnene og to av fire av mennene som gjennomgikk en behandling med



cardiazolsjokk ble utskrevet som ikke sinnssyke. Og det var flere av pasientene, 80% av kvinnene og 75% av mennene som ifølge journalene ble bedret av behandlingen, men som likevel ikke ble utskrevet som ikke sinnssyke. Schizofrenia og insania ex constitutione var diagnosene for disse pasientene.

Før jeg oppsummerer andelen pasienter utskrevet som ikke sinnssyk for de ulike behandlingsmetodene vil jeg igjen minne om at det ikke kan sies med sikkerhet at det var behandlingen som førte til at pasientene ble friske nok til å bli utskrevet som ikke sinnssyke, men at det var legene ved Eg som oppfattet pasientene som friske nok til å kunne utskrives. Men jeg vil også da påpeke at pasientene som ble utskrevet i de to periodene, og som utgjør mitt materiale, ikke ble innlagt igjen på Eg. Da ville journalene deres, på grunn av måten arkivet etter Eg er ordnet på, være flyttet til den arkivboksen som passer med datoen for når de ble utskrevet den siste gangen de var innlagt. Se forklaring i innledningen 1.6.1.

Ingen av de malaria og/eller salvarsan og wismol og sulfosin behandlede pasientene ble utskrevet som ikke sinnssyke. Det ser tilsynelatende ut til at disse to behandlingsmetodene ikke hadde den ønskede effekten og førte til at pasienter ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en behandling med disse. For cardiazolsjokk behandlingen kan vi beregne at tre av fem av kvinnene og to av fire av mennene som gjennomgikk en behandling med cardiazolsjokk ble utskrevet som ikke sinnssyke. I tillegg var det også to pasienter som hadde en god effekt av behandlingen, men som likevel ble utskrevet som sinnssyke, hvis en tar med disse to var det fire av de fem kvinnene og tre av de fire mennene som ble bedret etter denne behandlingen. Syv av ni ble bedret blant de utskrevne som fikk denne behandlingen, for begge kjønn sammenlagt.

Disse funnene sier lite isolert sett. Og jeg har ikke funnet annen forskning som kan benyttes til sammenligning. Den tidligere forskningslitteraturen nevner metodene og hva de gikk ut på, men det er ingen som har undersøkt hvor mange pasienter som ble behandlet. Bøkene til blant andre Tranøy, Kringlen, Hermundstad, Kragh, Bøe, Stone og Shorter<sup>153</sup> har form som oversiktsverk og tar derfor ikke for seg det spesifikke og utbredelsen av metodene. Derfor trekker jeg funnene fra dette kapittelet frem igjen i diskusjonen i neste kapittel, og sammenligner med behandlingene brukt i perioden 1955-59.

---

<sup>153</sup> Tranøy 1993, Kringlen 2007 og 2008, Hermundstad 1999, Kragh 2008 og 2010, Bøe 1994, Stone 1997 og Shorter 2001.

At forholdsvis få pasienter ble behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol, sulfosin og cardiazolsjokk kan være et uttrykk for at sykehuset heller ikke erfarte at disse behandlingene gjorde pasientene bedre. Få pasienter ble behandlet og de ble heller ikke bedre. Og de tidligere års behandlingspessimisme kan ha gjort legene tilbakeholdene med å anvende harde behandlingsmetoder. I neste kapittel skal vi se om dette endret dette seg på 1950-tallet.

## **5. Behandling med insulin, elektroshokk og medikamenter på Eg i perioden 1955-59**

Dette kapittelet bygger på min gjennomgang og analyse av 357 pasientjournaler for de utskrevne pasientene for årene 1955-59. Dette kapittelet som undersøker behandlingsmetoder sist på 1950-tallet, vil følge den samme struktur som forrige kapittel, men ta for seg behandlingsmetodene insulinkoma, elektroshokk og medikamenter. Kapittel 7 vil ta for seg den fjerde behandlingsmetoden, lobotomi. Først i kapittel 5 gir jeg en innføring i hva behandlingsmetoden bestod av, når de ble introdusert, hva som var hensikten med dem, hvordan de ble gjennomført og hvilke komplikasjoner de kunne gi. Deretter presenterer jeg funnene fra journalene til de utskrevne pasientene fra Eg som ble behandlet med disse behandlingsmetodene i perioden 1955-59.

Som i forrige kapittel vil jeg vise hvem disse pasientene var, hvordan de fordeler seg på kjønn, gjennomsnittsalder ved innleggelse, gjennomsnittlig innleggelsestid og diagnose. Og til slutt studerer jeg hvordan effekten av en behandling ble vurdert av sykehuset, i form av om en pasient ble utskrevet som ikke sinnssyk eller sinnssyk, eller om det ble registrert en bedring i pasientens tilstand.

Kun 10% av de utskrevne pasientene i perioden 1935-39 ble behandlet under sitt opphold på Eg. I perioden 1955-59 var behandlingsprosenten steget til hele 79% av de utskrevne pasientene i denne perioden. 281 av de 357 pasientene som ble utskrevet gjennomgikk en eller flere behandlinger i løpet av sitt opphold på Eg. Denne enorme økningen i antall behandlede pasienter kan til dels forklares med antall tilgjengelige behandlingsmetoder og til dels med den nye behandlingsoptimismen de somatiske behandlingsmetodene førte med seg.

I årene 1955-59 var det flere pasienter som gjennomgikk mer enn en form for behandling, som vist i diagrammet nedenfor. Men det er ikke snakk om kombinasjonsbehandlinger, det ble alltid bare forsøkt en type behandling av gangen. For eksempel ble en pasient behandlet med elektroshokk og dette var uten effekt ble noe annet forsøkt istedenfor, ikke i tillegg til elektroshokk.

Jeg vil i dette kapittelet, som i forrige, legge vekt på de pasientene som utelukkende ble behandlet med en type behandling. Det vil si at de pasientene som presenteres i det følgende bare har gjennomgått en type behandling. Det å fokusere på pasienter som kun hadde gjennomgått en form for behandling kan gi oss et inntrykk av hvilke behandlingsformer som

ifølge journalene fremstår som dem sykehuset mente var mest effektive, det vil si førte til at flest ble utskrevet som ikke sinnssyke. Se mer i innledningen til forrige kapittel.

Tilslutt oppsummerer jeg funnene fra dette kapittelet og diskuterer det opp mot funnene fra forrige kapittel.

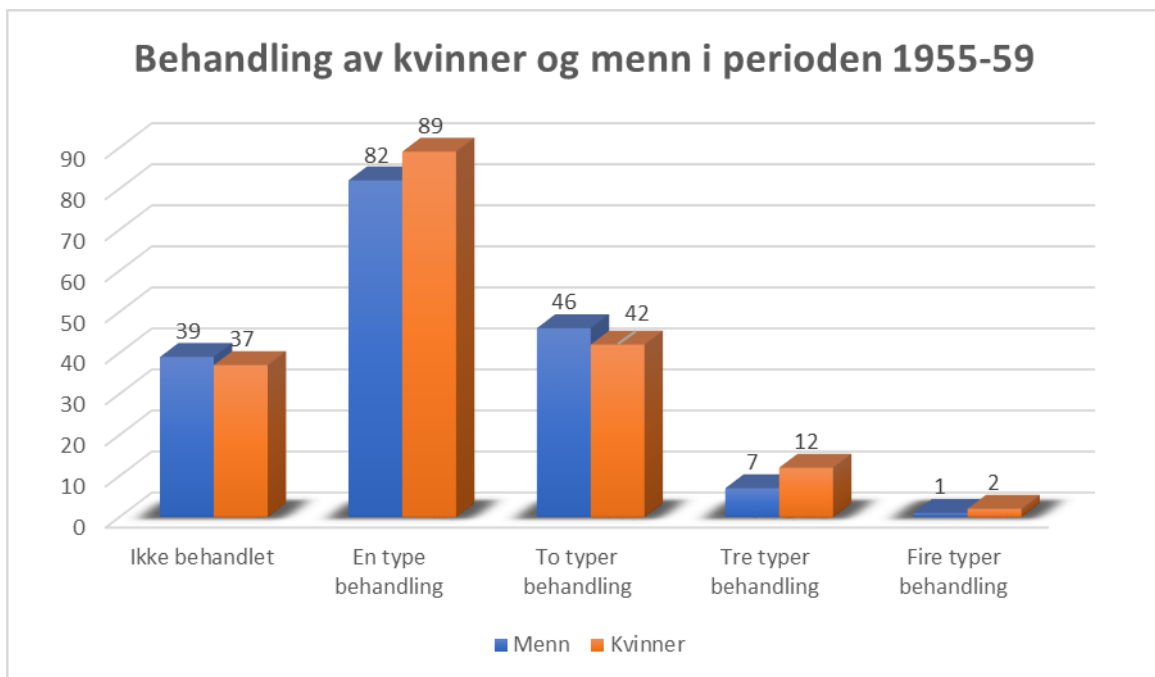


Diagram 19: Behandling av kvinner og menn i perioden 1955-59.

Som diagrammet viser var det en god del av pasientene som ble utskrevet i perioden 1955-59 som gjennomgikk mer enn en form for behandling i løpet av sitt opphold på Eg. Som nevnt ovenfor var det ikke snakk om kombinasjonsbehandlinger, det ble alltid bare forsøkt en type behandling av gangen. Viste det seg at en behandling ikke hadde den ønskede effekten på pasienten ble denne behandlingen stanset og det ble forsøkt med en annen form for behandling. For de pasientene som gjennomgikk to former for behandling var det som oftest elektroshjokk som ble forsøkt først og da det ikke ga den ønskede effekten ble pasientene istedenfor forsøkt behandlet med medikamenter. Dette gjaldt for 36 av de 42 kvinnene og 34 av de 46 mennene.<sup>154</sup> De fleste av pasientene som ble behandlet med tre eller fire former for

<sup>154</sup> For de resterende seks kvinnene og 12 mennene var det fire kvinner og to menn som hadde blitt behandlet med elektroshjokk og insulin, en kvinne og seks menn hadde blitt behandlet med elektroshjokk og lobotomi, en kvinne hadde blitt behandlet med lobotomi og medikamenter, tre menn hadde blitt behandlet med insulin og medikamenter og en mann hadde blitt behandlet med elektroshjokk og cardiazol.

behandling hadde blitt lobotomert og disse pasientene blir presentert i kapittel 7.<sup>155</sup> Årsaken til at jeg ikke går nærmere inn på de pasientene som ble behandlet med mer enn en form for behandling, med unntak av de lobotomerte, og fokuserer på de pasientene som utelukkende ble behandlet med en form for behandling er som beskrevet ovenfor samt i innledningen til forrige kapittel, at det kan gi oss et inntrykk av hvilke behandlingsformer som ifølge journalene fremstår som dem sykehuset mente var mest effektive, det vil si førte til at flest ble utskrevet som ikke sinnssyke. Det at en pasient ble behandlet med mer enn en form for behandling kan gjøre det vanskeligere å se hvilken av behandlingene som har ført til utskrivelse som ikke sinnssyk.

## 5.1 Insulinkoma

I perioden 1955-59 var det 16 kvinner og ti menn av de 357 utskrevne pasientene som ble behandlet med insulin. Fire av disse kvinnene og tre av disse mennene hadde fått insulin som appetittvekker, uten nevneverdig effekt. De resterende tolv kvinnene og syv mennene hadde fått insulin som komabehandling.<sup>156</sup> Kun en av disse kvinnene ble utelukkende behandlet med insulin som komabehandling og behandlingen var ifølge journalen uten effekt.<sup>157</sup> Tre av disse kvinnene ble også senere lobotomert, alle disse hadde også fått elektroshjokk og to av dem hadde også blitt behandlet med medikamenter.<sup>158</sup> Tre øvrige kvinner hadde blitt behandlet med elektroshjokk i tillegg til insulin.<sup>159</sup> Fem kvinner hadde blitt behandlet med insulin, elektroshjokk og medikamenter.<sup>160</sup>

Tre av mennene som hadde vært i gjennom insulinbehandlingen hadde i tillegg blitt behandlet med elektroshjokk og var så blitt lobotomert. En av disse fikk også medikamenter.<sup>161</sup> En mann hadde i tillegg til insulin også blitt behandlet med elektroshjokk.<sup>162</sup> En mann ble behandlet med

---

<sup>155</sup> Pasientene som gjennomgikk tre former for behandling var som følgende: en kvinne ble behandlet med cardiazol, elektroshjokk og lobotomi. En kvinne og to menn ble behandlet med elektroshjokk, insulin og lobotomi. To kvinner og tre menn ble behandlet med elektroshjokk, lobotomi og medikamenter. Åtte kvinner og to menn ble behandlet med elektroshjokk, insulin og medikamenter. Pasientene som gjennomgikk fire former for behandling var to kvinner og en mann som ble behandlet med insulin, elektroshjokk, lobotomi og medikamenter.

<sup>156</sup> For en nærmere beskrivelse av insulin som komabehandling se bl.a. Tranøy 1993, Kragh 2010 og Shorter 2001.

<sup>157</sup> 269-6, ESA, SAK.

<sup>158</sup> 269-3, 274-15 og 274-16, de to siste også medikamenter, ESA, SAK.

<sup>159</sup> 269-10, 269-12 og 272-12, ESA, SAK.

<sup>160</sup> 270-7, 272-3, 272-9, 274-9 og 276-12, ESA, SAK.

<sup>161</sup> 327-9, 329-1 og 331-9, den siste fikk også medikamenter, ESA, SAK.

<sup>162</sup> 328-4, ESA, SAK.

insulin, elektroshjokk og medikamenter.<sup>163</sup> Mens to menn ble behandlet med insulin og medikamenter.<sup>164</sup>

Siden alle disse pasientene, utenom en kvinne, hadde blitt behandlet med minst en annen form for behandling i tillegg kan det tyde på at sykehuset nå forholdt seg til at insulinbehandlingen ikke hadde den ønskede effekt. Og derfor har jeg valgt å ikke videre analysere pasientene som fikk insulin i perioden 1955-59. Slik det blir fremstilt i journalene ser det ut til at insulin ikke helbredet noen sinnssykdom i det hele tatt, og heller ikke bedret de symptomene den var tatt i bruk på. Det var ingen pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en behandling med insulin.

## 5.2 Elektroshjokk

Elektroshjokk ble introdusert av italienerne Cerletti og Bini i 1938.<sup>165</sup> De hadde oppdaget at man enkelt kunne utløse epileptiske kramper ved å sende elektriske støt direkte inn i hjernen til pasienter.<sup>166</sup> De første forsøkene ble gjort på dyr, hvor flere av dyra døde, angivelig fordi de elektriske støtene ble ført til hjertet. Men da Cerletti og Bini plasserte elektrodene på sidene av hodet døde ingen av dyra. Tranøy beskriver det slik:

*«Cerletti erfarte litt seinere at grisene i Romas slaktehus ikke ble drept av de elektriske strømstøtene umiddelbart, men som følge av seinere slag. Mot denne bakgrunn utviklet Cerletti og Bini en måte å administrere sjokk på som de anså som trygg.»<sup>167</sup>*

Det første mennesket som elektroshjokkmetoden ble prøvd ut på var en ifølge Cerletti en "forvirret omstreifer som bare ytret uforståelige ord". *«Det første sjokket resulterte ikke i atferdsendring. Men like før det andre sjokket ytret den forvirrete mannen: "Ikke en gang til. Det er dødelig."»<sup>168</sup>* Dette skulle være hans første meningsfylte ord, men protesten ble overhørt og mannen kom seg etter et kraftigere sjokk og han oppført seg ifølge Cerletti ikke lenger forvirret.<sup>169</sup>

---

<sup>163</sup> 337-4, ESA, SAK.

<sup>164</sup> 335-10 og 338-6, ESA, SAK.

<sup>165</sup> Tranøy 1993: 19, Kringlen 2008: 23 og Hermundstad 1999: 49.

<sup>166</sup> Hermundstad 1999: 49.

<sup>167</sup> Tranøy 1993: 19.

<sup>168</sup> Tranøy 1993: 19.

<sup>169</sup> Tranøy 1993: 19 og Stone 1997: 154. Se også Shorter 2001: 259-266.

*«I begynnelsen ble elektroshokket påført uten noen form for anestesi. Muskelkrampene lignet et klassisk epileptisk tonisk-klonisk anfall, dvs. at musklene trakk seg sammen og slappet av rytmisk. Noen ganger ble det rapportert at krampene kunne være så sterke at de endte i forskyvning av ledd, benbrudd og kjevesperre. Senere ble det obligatorisk å gi pasienten narkose og et muskelavslappende middel, vanligvis curare. Lenge visste man ikke noe særlig om hvorfor elektroshokk virker. (...) Fortsatt er det uklart hva som finner sted i hjernen, men man antar at behandlingen virker ved at innholdet av visse signalsubstanser øker, og ved at nervereseptorenes følsomhet for signalsubstanser øker. Metoden var i begynnelsen ment å skulle benyttes på katatone schizofrene, men den ble brukt på alle typer sinnslidelser.»<sup>170</sup>*

Metoden hadde til å begynne med betydelige komplikasjoner i form av benbrudd og seneskader etter krampene, men da man i 1940 begynte å injisere det muskelavslappende stoff av curare før ECT behandling ble knokkelbrudd langt sjeldnere. Curare lammet musklene i hodet og nakken og forhindret skader her, men dette stoffet kunne medføre komplikasjoner med hjertet.<sup>171</sup>

Elektroshokk fikk stor utbredelse i internasjonal psykiatri, og som med cardiazol ble metoden påvist å være mest effektiv ved endogene depresjoner. Behandlingen ble brukt ved psykiatriske sykehus, både innenlands og utenlands, til begynnelsen av 1970-åra, og blir i dag brukt i modifisert utgave kun ved endogene depresjoner.<sup>172</sup>

### **5.2.1 Elektroshokk behandling av pasienter på Eg**

Eg fikk elektroshokkapparat i 1944.<sup>173</sup> Sagedal skriver ikke noe om omfanget av bruken av denne behandlingsmetoden, men det kan se ut som dette ble en forholdsvis vanlig form for behandling på Eg fra da av, fordi nærmere 50% av alle de utskrevne pasientene i perioden 1955-59 hadde fått elektroshokk. Vanligvis ble elektroshokk gitt i serier på seks eller åtte sjokk.

Journalene etter de utskrevne pasientene i årene 1955-59 viser at elektroshokk var en vanlig behandling på 1950-tallet. Av de 357 utskrevne pasientene hadde totalt 81 kvinner (44,5%) og

---

<sup>170</sup> Hermundstad 1999: 49.

<sup>171</sup> Kringlen 2007: 227, Hermundstad 1999: 49 og Shorter 2001: 266.

<sup>172</sup> Tranøy 1993: 20.

<sup>173</sup> Sagedal 1981: 97.

86 menn (49%) av alle de utskrevne pasientene fått elektroshjokk i perioden 1955-59, både med og uten kombinasjon med andre behandlinger. I min analyse har jeg valgt å fokusere på pasienter som kun ble behandlet med elektroshjokk, og det er disse pasientene som blir presentert i det følgende. Årsaken til dette er for å best kunne vurdere effekten av behandlingsmetoden. Se beskrivelsen i innledningen her i tilknytning til diagram 19, samt innledningen i forrige kapittel.

Av de som utelukkende ble behandlet med elektroshjokk var der 26 kvinner og 33 menn. Flere menn enn kvinner ble utelukkende behandlet med elektroshjokk.

Gjennomsnittsalderen ved innleggelse for disse 26 kvinnene og 33 mennene var 45 år for kvinnene og 44 år for mennene.

Gjennomsnittlig innleggelsestid var to år og fem måneder for kvinnene og fire år og ti måneder for mennene. Mennene som fikk elektroshjokk som behandling var innlagt dobbelt så lenge som kvinnene.

Vanligvis ble elektroshjokk gitt i serier på seks eller åtte sjokk. Gjennomsnittlig antall sjokk per person var 15 for kvinner og 17 for menn. Det ble altså gitt flere sjokk med elektroshjokk enn cardiazolsjokk.

Her er en oversikt over journalmaterialets beskrivelse av diagnosene til pasienter utelukkende behandlet med elektroshjokk:

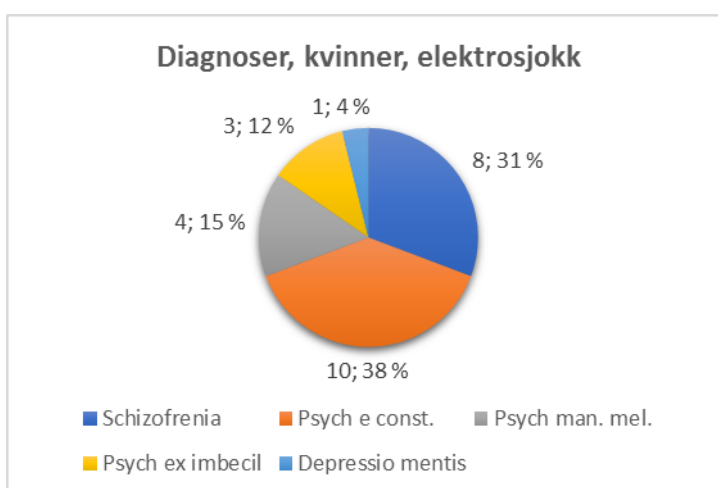


Diagram 20a: Diagnose fordeling for kvinner utskrevet i perioden 1955-59 og utelukkende behandlet med elektroshjokk.



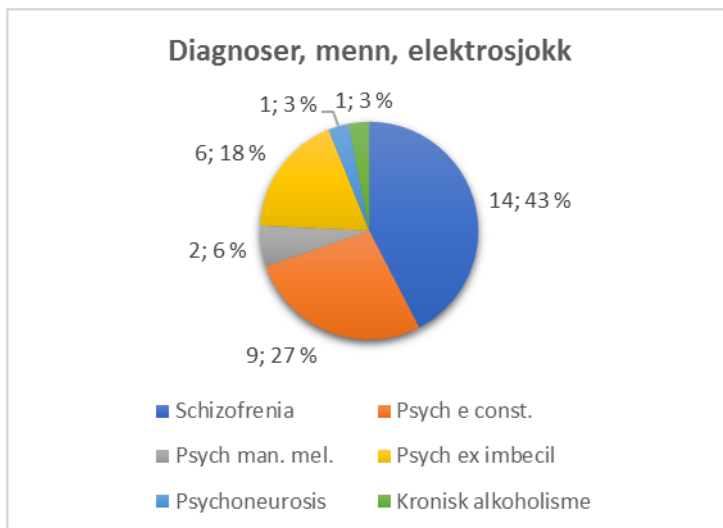


Diagram 20b: Diagnose fordeling for menn utskrevet i perioden 1955-59 og utelukkende behandlet med elektroshjokk.

De to største diagnose gruppene som fikk denne behandlingen var schizofrenia og psychosis ex constitutione. Diagnosen imbecile var også en stor gruppe for elektroshjokk, for begge kjønn. Hvorfor var det først nå med elektroshjokk, at de diagnostisert med imbecil eller idiotia ble forsøkt behandlet? Var behandlingen av imbecile med elektroshjokk en del av behandlingsoptimismen som fulgte med innførelsen av de somatiske behandlingsmetodene? I perioden 1935-39 var det ni kvinner og ni menn som ble utskrevet med en imbecil diagnose, ingen av disse fikk noen form for behandling. I perioden 1955-59 var det seks kvinner og 13 menn som ble utskrevet med en imbecil diagnose, tre av disse kvinnene og seks av mennene var blitt behandlet med elektroshjokk, en kvinne og to menn ble behandlet med medikamenter, mens to kvinner og fem menn ikke ble behandlet. Deres tilstander var preget av lite utviklede evner og intelligens, ofte medfødte tilstander, og de ble ansett som uegnet for behandling for å oppnå en endring av tilstanden. Kan det derfor tenkes at de ble behandlet av forpleiningsmessige grunner, av hensyn til andre enn seg selv og sin egen helse og funksjon?

Å være uberegnelig kan ha sammenheng med å være urolig eller motstrebende og til tider vanskelige å ha med å gjøre og at de på denne måten utgjorde et problem i hverdagen på asylene. Dette kan ikke påvise med sikkerhet. Men ved en nærmere kikk på journalene til disse pasientene finnes en viss dekning for en slik påstand. I journalen til den første av de tre kvinnelige pasientene ble det understreket at: «*Hun kan være uberegnelig, som imb. har for*

vane.»<sup>174</sup> Ellers er det blitt notert at hun plutselig kunne få skjennerurer og at hun hadde et sterkt skiftende humør.<sup>175</sup> Den andre kvinnen hadde lett for å bli uvenn med og sloss med de andre pasientene, og kunne i perioder være urolig og utrygg.<sup>176</sup> Og for den tredje kvinnen står det direkte i journalen: «*Hun har hatt endel skjennerurer og kan skjelle forførdelig. Av den grunn har hun fått flere sjokkserier.*»<sup>177</sup>

For de seks mennene med en imbecil diagnose er det for en av dem ingenting i journalen som tilsier at han hadde vært en vanskelig pasient.<sup>178</sup> Ellers er der en mann som ble lagt inn fordi han hadde vært aggressiv mot familien og truet med å drepe seg.<sup>179</sup> To av mennene ble beskrevet som pasienter som kunne bli hissig og oppfarende og ha uroperioder.<sup>180</sup> For de to siste var riving, av laken og klær, et problem,<sup>181</sup> den ene av disse ble også beskrevet som svært uskikkelig, sint, umulig, og måtte isoleres.<sup>182</sup>

Fem av de 26 kvinnene som utelukkende fikk elektrosjokkbehandling døde, mens fire av de 33 mennene døde, det oppgis ikke at de døde som følge av behandlingen med elektrosjokk, men av andre årsaker, med unntak av en mann som døde av hjertestans under elektrosjokk.<sup>183</sup> Se mer utfyllende under omtalen av komplikasjoner nedenfor.

Ni av de 26 kvinnene og 17 av de 33 mennene som fikk elektrosjokkbehandling ble utskrevet som sinnssyke.

12 av de 26 kvinnene og 12 av de 33 mennene som fikk denne behandlingen ble utskrevet som ikke sinnssyke. Det kan ikke fastslås i mitt materiale noen uomtvistelig sammenheng mellom behandling og bedringen, bare den sammenhengen samtidens behandlere og journalførere mente å ha observert. Det ser ut til at elektrosjokk hadde en god effekt på en god del av pasientene som ble behandlet, for begge kjønn sammenlagt var det 24 av 59 behandlede pasienter som tilsynelatende ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått behandling med elektrosjokk.

---

<sup>174</sup> Kont 2, 273-11, ESA, SAK.

<sup>175</sup> Kont 2, 273-11, ESA, SAK.

<sup>176</sup> Kont 2, 273-7, ESA, SAK.

<sup>177</sup> Kont 4, 273-16, ESA, SAK.

<sup>178</sup> 329-11, ESA, SAK.

<sup>179</sup> Kont1, 333-4, ESA, SAK.

<sup>180</sup> Kont 1, 327-4, og Kont 1, 339-11, ESA, SAK.

<sup>181</sup> 332-5 og Kont 1 og 2, 332-10, ESA, SAK.

<sup>182</sup> Kont 2, 332-10, ESA, SAK.

<sup>183</sup> 330-8, ESA, SAK.

Hvor mange av de andre pasientene som også var innlagt i denne perioden, men som ikke ble utskrevet, som ble behandlet med elektrosjokk, har jeg, på bakgrunn av kildesituasjonen, ikke noen forutsetninger for å si noe om.

Siden elektrosjokk var en dramatisk behandling var bivirkningene ofte akutte. Derfor ble de også ofte notert og knyttet til behandlingen. Det ble notert komplikasjoner hos seks av pasientene, som nevnt overfor var der et dødsfall i direkte tilknytning til behandlingen. Det var en 45 år gammel mann, med diagnosen psychosis ex constitutione. I journalen ble det notert følgende: «*Etter elektrobehandling i dag ble det hjertestans og til tross for hjertemassasje og kunstig respirasjon lykkes det ikke å bringe pasienten tilbake igjen.*»<sup>184</sup>

Det var et tilfelle av brudd, hos en 75 år gammel mann, med diagnosen psychosis ex constitutione (med senile trekk?). Han hadde fått to sjokk i curacit-pentotal, ved det tredje fikk han ikke nyttiggjort hele curacit-pentotalmengden, da noe gikk “extrovaskulært”.<sup>185</sup> Det ble derfor sterkere rykninger enn vanlig, og han klaget over til dels sterke ryggmerter. Røntgen viste en kompressionsfraktur. Han fikk altså et brudd i ryggen av behandlingen. Behandlingen ble seponert.<sup>186</sup> Å få curacit-pentotal bedøvelse i forbindelse med elektrosjokkbehandlingen var ikke så vanlig på Eg. Det er i tillegg til denne mannen tre andre menn og tre kvinner som hadde fått dette muskelammende medikamentet.<sup>187</sup>

Hos en 52 år gammel schizofren mann ble det notert krampeanfallet en stund etter elektrosjokket var gitt:

*«Under et av disse som tilsynelatende forløp normalt fikk han etterat han var lagt bort i sin seng en rekke krampeanfallet av tildels voldsom styrke. Disse kom i forholdsvis hurtig rekkefølge og pasienten var svært medtatt, sterkt cyanotisk, hurtig liten puls og begynnende lungeoedem. Han ble behandlet med Luminal og Nyophen i.m. og anfallet ga seg etter hvert, men hele dagen igjennom virket pasienten slapp og medtatt. Etter dette anfallet ble E.C.T. behandlingen seponert.»* Og han kom seg igjen.<sup>188</sup>

---

<sup>184</sup> Notat 12.1.56, 330-8, ESA, SAK.

<sup>185</sup> ekstravaskulær= utenfor blodkar: <https://legehandboka.no/sok?q=ekstravaskul%C3%A6rt&=>

<sup>186</sup> Kont 1, 335-12, ESA, SAK.

<sup>187</sup> 333-4, 333-5, 337-6, 270-7, 273-10 og 276-9, ESA, SAK.

<sup>188</sup> Kont 2, 341-14, ESA, SAK.

En 33 år gammel kvinne, med diagnosen schizofrenia, fikk under det åttende og siste elektroshokket en kjeveluksasjon som lett lot seg reponere med engang.<sup>189</sup>

Hos en 36 år gammel kvinne, med diagnose schizofrenia? måtte behandling avbrytes etter fjerde behandling da det inntraff respirasjonsstans og uregelmessig hjerteraksjon.<sup>190</sup> På ECT-arket står det trykt ved siden av det siste sjokket:

*«Etter behandlingen kom ikke resp. igang igjen. Hun lå lenge helt paralysert. Blev etter hvert helt voksblek. Det så en tid meget kritisk ut. Hun fikk hele tiden kunstig resp. Det gikk flere minutter før resp. kom igang igjen. Etter dette var hun en tid blek, svedende og medtatt med ureg. hjerteraksjon. Resp. var snorkende som om hun var i coma. Dette varte ca. 20 min. Hun kom sig utover dagen igejn. NB! Hun skal for fremtiden ikke ha elektroshokkbehandling.»<sup>191</sup>*

En annen kvinne fikk også respirasjonsstans i tilknytning til behandlingen. Hun var 31 år gammel med diagnosen schizofrenia. Det står det ingenting i selve journalen om det, men på ECT-arket er det notert ved siden av et av sjokkene at der var respirasjonsstans i tilknytning til sjokket.<sup>192</sup>

### 5.3 Psykofarmaka

Omkring 1950 kom revolusjonen innenfor psykofarmaka. Psykofarmaka blir av Retterstøl betegnet som en *«fellesbetegnelse på medikamenter som hadde evnen til å normalisere unormale psykiske tilstander.»<sup>193</sup>* En type psykofarmaka som fikk en revolusjonerende betydning ved behandling av schizofreni fikk betegnelsen neuroleptika eller antipsykotika. Disse hadde beroligende effekter og evnene til å bedre psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner.<sup>194</sup> Retterstøl forklarer det slik:

*«Psykofarmaka ble opprinnelig lansert som uspesifikke beroligende preparater til pasienter diagnostisert med schizofreni, men ble etter noen år forstått som spesifikke,*

---

<sup>189</sup> Kont 2, 269-13, ESA, SAK.

<sup>190</sup> Kont 1, 269-9, ESA, SAK.

<sup>191</sup> ECT-ark, 269-9, ESA, SAK.

<sup>192</sup> ECT-ark, 274-9, ESA, SAK.

<sup>193</sup> Retterstøl 1995: 114.

<sup>194</sup> Retterstøl 1995: 115.

*anti-psykotiske medisiner. Dette bidro til å styrke medisinerings plass i psykiatrisk behandling.»<sup>195</sup>*

Det ble på 1950-tallet ikke etablert noen fullstendige forklaringer på hvorfor psykofarmaka skulle virke, men de praktiske erfaringene, med større ro på avdelingene og flere utskrivninger, ble ansett som tilstrekkelig begrunnelse for en stadig mer omfattende medisinerings.<sup>196</sup>

Jorunn Jacobsen Buckley og Kari Henriksen som har skrevet om sin oppvekst og senere arbeid på Eg sykehus, merket med en gang forandringene som kom med de nye medisinene omkring 1954. Tidligere hadde det nesten alltid vært skrik, ståk, sang og latter fra avdelingene, nå stilnet alt, pasientene ble sløvere og det ble færre dramaer å observere.<sup>197</sup>

De første kliniske forsøkene med klorpromazin ble foretatt av to franske psykiatere i 1952, medikamentet virket ikke bare ved uro og agitasjon, men også ved hallusinose, autisme og affektive symptomer. Medikamentet var å finne på markedet fra begynnelsen av 1953 og ble raskt utbredt verden over, i en oversikt fra juli 1955 var det på verdensbasis allerede blitt behandlet 5 mill. pasienter.<sup>198</sup> Klorpromazin kom i handel under slagsnavnet Largactil i Europa og i USA som Thorazine i 1954.<sup>199</sup>

Klorpromazin viktigste egenskap var evnene til å motvirke typiske psykotiske symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og tenkningsforstyrrelser. Det hadde også effekt på blant annet agitasjon og forvirring.<sup>200</sup> Klorpromazin ble brukt til å lette symptomer og samtidig var pasientene åpne for andre typer terapi.<sup>201</sup> Klorpromazin salgsnavn i Norge var Hibanil og Largactil. Klorpromazin var det medikamentet som hadde størst tendens til å gi hudkomplikasjoner, slik som lysoverømfintlighet og eksem.<sup>202</sup> Phenergan som hadde en sterk sedativ virkning<sup>203</sup> ble ofte brukt i kombinasjon med klorpromazin på Eg.

En kort tid etter klorpromazin kom i omløp ble det gjort kliniske forsøk med Rauwolfia-preparatet reserpin, som fikk stor utbredelse under salgsnavnet Serpasil.<sup>204</sup>

---

<sup>195</sup> Haave 2008: 492.

<sup>196</sup> Haave 2008: 492.

<sup>197</sup> Buckley og Henriksen 2002: 60.

<sup>198</sup> Kringlen 2007: 268 og Shorter 2001: 294-303.

<sup>199</sup> Kragh 2010: 340.

<sup>200</sup> Lingjærde 1988: 22-23.

<sup>201</sup> Jones 1993: 150.

<sup>202</sup> Lingjærde 1988: 142 og 147.

<sup>203</sup> Lingjærde 1988: 23.

<sup>204</sup> Kragh 2010: 340 og Kringlen 2007: 269.

*«Til tross for helt forskjellig kjemisk struktur og basal virkningsmekanisme (...), viste det seg at klorpromazin og reserpin hadde mange felles kliniske virkninger, så som terapeutisk effekt ved schizofreni og andre psykoser.»<sup>205</sup>*

Reserpin som har noenlunde samme virkninger som klorpromazin, har ifølge Lingjærde *«evne til å dempe psykotisk uro og eksitasjon, evne til å påvirke hallusinose og vrangforestillinger, og også evne til å fremkalle ekstrapyramidale bivirkninger.»<sup>206</sup>*

Trilafon, stemetil og truxal var andre antipsykotisk medikamenter med lignende virkninger som klorpromazin og reserpin.<sup>207</sup> Angstdempende og antidepressive medikamenter som meprobamat/meproban<sup>208</sup> og imipramin<sup>209</sup> som også gikk under navnet tofranil<sup>210</sup> ble også tatt i bruk på Eg.

Antiparkinsonmidler ble brukt for å motvirke de ekstrapyramidale bivirkninger av neuroleptika. Peragit er et av de eldste syntetiske antiparkinsonmidler.<sup>211</sup> Ekstrapyramidale bivirkninger er ufrivillige bevegelser av muskler, ufrivillige grimaser og generende ukontrollerte kroppsbevegelser.<sup>212</sup> Og som nevnt kunne klorpromazin gi hudkomplikasjoner i form av allergier og utslett, se også mer om dette nedenfor.

### **5.3.1 Medikament behandling av pasienter på Eg**

Medikamenter til bruk i psykiatri ble introdusert i 1952 og tatt i bruk ved Eg i 1954.

Uavhengig av om de også hadde fått flere enn en type behandling hadde 111 kvinner (70%) og 92 menn (53%) av alle de 357 utskrevne pasientene i perioden 1955-59 fått medikamenter.

Jeg har valgt å ikke skille mellom de ulike typene medikamenter, da en detaljstudie av dette ikke inngår i formålet med oppgaven. Men som diagrammet nedenfor viser var Hibanil/Largactil mest brukt, fulgt av Reserpin/Serpasil.

---

<sup>205</sup> Lingjærde 1988: 24.

<sup>206</sup> Lingjærde 1988: 480.

<sup>207</sup> Lingjærde, 1988: 155-156, 160 og 169.

<sup>208</sup> Meprobamat (meproban) har *«i tillegg til en angst-spenningsdempende virkning også en moderat antikonvulsiv virkning og en søvndyssende virkning.»* Lingjærde 1988: 260-261.

<sup>209</sup> Imipramin har *«en moderat sedativ-hypnotisk virkning, av og til en viss psykostimulerende virkning, og god antidepressiv virkning.»* Lingjærde 1988: 316-317.

<sup>210</sup> Shorter 2001: 310.

<sup>211</sup> Lingjærde 1988: 401 og 406.

<sup>212</sup> Shorter 2001: 300.

I hvor stor grad medikamenter ble gitt utenfor institusjoner, og skrevet ut av allmennleger opplyser ikke journalene om og jeg har ikke funnet noe i faglitteraturen om asylere om dette. Men ut ifra journalene kan en se at pasienter ble utskrevet med resepter på medikamenter og skulle fortsette med disse etter utskrivelsen fra Eg.

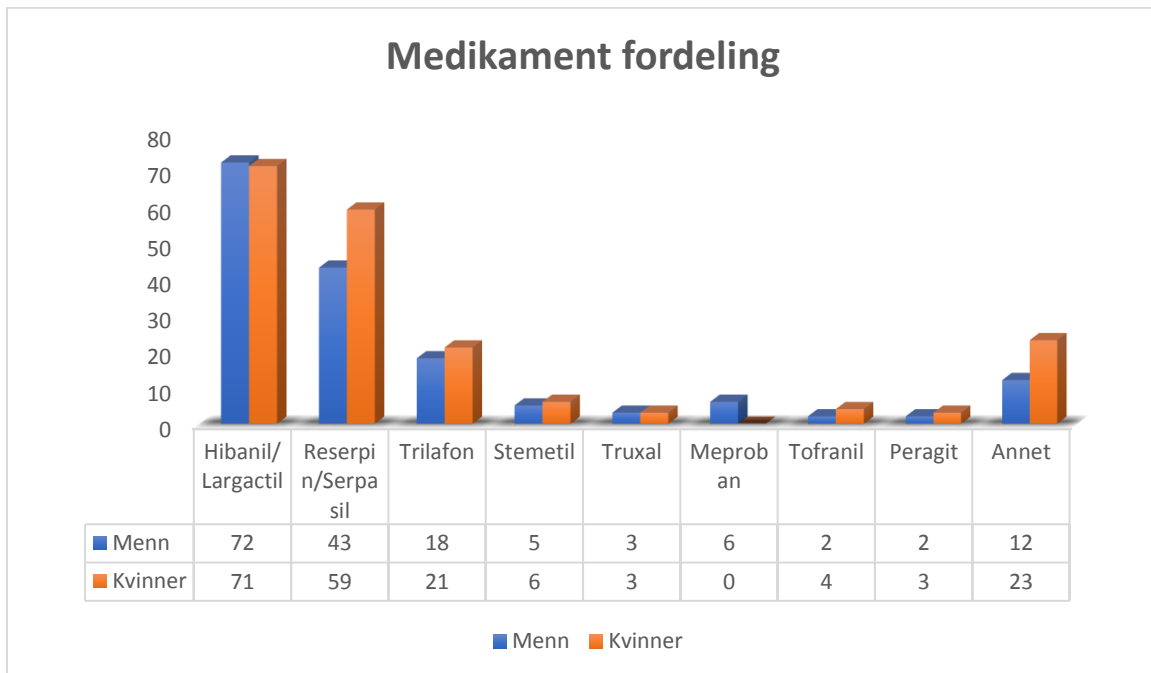


Diagram 21 Medikament fordeling. Se fotnote for hva som inngår i andre typer medikamenter.<sup>213</sup>

Dette diagrammet viser hvor mange pasienter som hadde fått de ulike medikamentene og det var en del pasienter som hadde blitt behandlet med mer enn en type medikament.

### 5.3.2 Utelukkende behandlet med medikamenter

I perioden 1955-59 ble 60 kvinner og 49 menn utelukkende behandlet med medikamenter. Flere kvinner enn menn ble utelukkende behandlet med medikamenter.

For de pasientene i mitt materiale som utelukkende ble behandlet med medikamenter var gjennomsnittsalderen ved innleggelse 62 år for kvinnene og 63 år for mennene.

Gjennomsnittsalderne er forholdsvis like, men litt høyere for mennene, og betydelig høyere

<sup>213</sup> Pactal (6 kvinner og 5 menn). Ritalin (6 kvinner og 3 menn.) Ipronid (6 kvinner). Dominal forte (3 kvinner og 2 menn). Atazal (1 kvinne). Topanil (1 kvinne). Covatin (1 mann). Hydergin (1 mann).

enn for gruppene som hadde blitt behandlet med de øvrige behandlingsmetodene. En mulig forklaring kan være at de andre behandlingsmetodene ble ansett som for risikofylte for de med høyere alder, som en ser av komplikasjoner over for elektroshjokk, var der både dødsfall, brudd i ryggen, uregelmessig hjerteaksjon og respirasjons problemer forbundet med elektroshjokkbehandlingen.

Gjennomsnittlig innleggelsestid i denne behandlingsgruppen var et år og syv måneder for kvinnene og et år og åtte måneder for mennene. Og som vist i diagrammet nedenfor ble hovedparten utskrevet etter å ha vært innlagt under 6 måneder. Det kan tyde på at medikamenter var en behandling som raskt ble satt i gang etter innleggelsen og som tilsynelatende fort førte til symptom bedring/helbredelse som igjen førte til at pasientene raskt kunne utskrives.

Om den høye gjennomsnittsalderen og den korte innleggelsestiden kan forklares med at psykofarmaka bare ble gitt i institusjoner og at kronikere, pasienter med langvarige sykdommer, ble innlagt på sykehus for å få behandling med medikamenter har jeg ikke i mitt kildemateriale funnet noe som tilsier det.

Når jeg deler inn innleggelsestidene slik jeg gjorde i kapittel 3 får jeg denne oversikten over pasientene som ble behandlet med medikamenter.

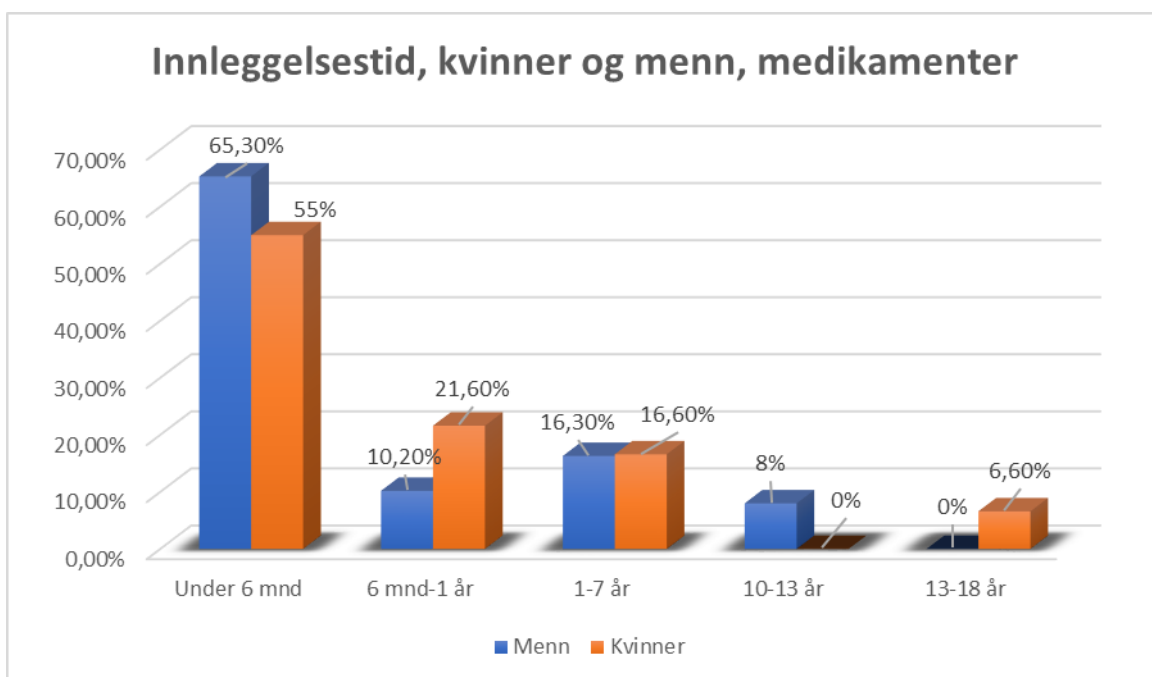


Diagram 22: Innleggelsestid for kvinner og menn utskrevet i perioden 1955-59 og utelukkende behandlet med medikamenter.



Hvilke diagnoser hadde pasientene som ble behandlet med medikamenter fått ved innleggelsen?

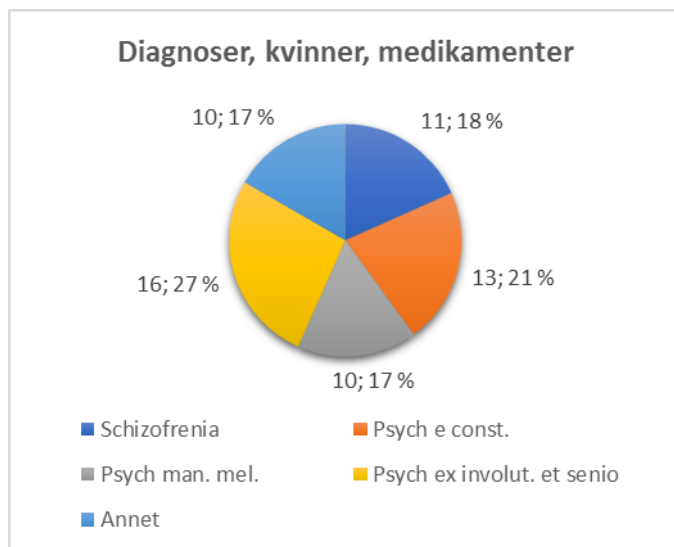


Diagram 23a: Diagnose fordeling for kvinner utskrevet i perioden 1955-59 og utelukkende behandlet med medikamenter.

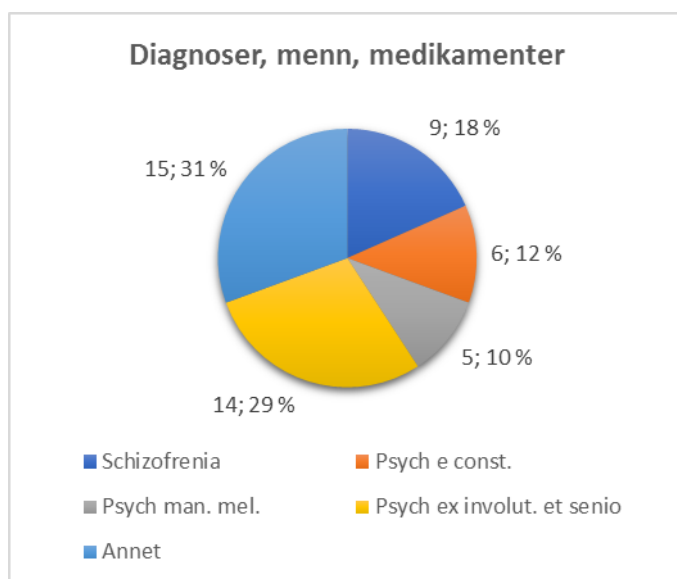


Diagram 23b: Diagnose fordeling for menn utskrevet i perioden 1955-59 og utelukkende behandlet med medikamenter.

Se fotnoter for hvilke diagnoser som inngår i annet for kvinner<sup>214</sup> og menn.<sup>215</sup>

<sup>214</sup> 1 chorea huntington. 1 dementia senilis. 1 Psych. e. gen. Incerta. Alzheimers sykdom? 1 psych e org vit cerebri. 1 psych epileptica. 1 psych ex imbecil. 1 psych ex org cerebri. 1 psychopathia (debilitas?). 1 psychosis paranoid. Schizofrenia. 1 psychosis presenilis alzheimer.

<sup>215</sup> 1 (schizofrenia) psych ex imbecil. 1? 1 alcohol cronica(alkoholhallusinose). 1 idiotia et psychosis ex imbecil. 1 psych presenilis. 1 psych.alcohol.(debilitas). 1 psych e gen inc(depresjon). 3 psych e vit org cerebri(1 av de også embolia cerebri). 1 psych presenilis. Morb. Alzheimers. 1 psychopathia.schizoid form. 2 psychosis alcoholica(1 av de og delirium tremens). 1 senil demens.

Den største enkelt diagnosegruppen er psychosis ex involutione et senio for både kvinner og menn, dette har nok sammenheng med den høye gjennomsnittsalderen for begge kjønn. Ellers er det en jevnere fordeling på flere diagnoser enn for de andre behandlingsmetodene.

Psychosis ex constitutione, psychosis manico melancholia og schizofrenia er vel representerte diagnoser for pasientene som utelukkende ble behandlet med medikamenter.

27 av de 60 kvinnene og 13 av de 49 mennene som fikk medikamenter ble utskrevet som sinnssyke.

15 av de 60 kvinnene og 16 av de 49 mennene ble utskrevet ikke sinnssyke.

Det ser ut til at medikamenter hadde en god effekt på en del av pasientene som ble behandlet. For begge kjønn sammenlagt var det 31 av 109 behandlede pasienter som tilsynelatende ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått behandling med medikamenter.

18 av de 60 kvinnene og 20 av de 49 mennene som fikk denne behandlingen var døde da det ble skrevet ut fra Eg. Det ble ikke oppgitt noen dødsfall i direkte tilknytning til medikament behandlingen, men i det ene tilfellet var det snakk om en mulig binyresvikt i forbindelse med behandlingen, se mer nedenfor. Den høye dødsprosenten kan ha noe å gjøre med den langt høyere alderen i denne gruppen, der var mange med diagnosen psychosis ex involutione et senio. Det at de var eldre kan også bety at de allerede ved innleggelsen hadde andre sykdommer i tillegg til sinnslidelsen. Eldre kan også tåle sterke medikamenter dårligere. Og det vil som tidligere nevnt alltid være en betydelig del av pasientene som døde, da alle pasienter som døde i løpet av sitt opphold på Eg ble utskrevet. Se innledning 1.6.1.

Det ble også registrert en mengde bivirkninger av medikamentene, noen sterkere enn andre, så sterke at de er registret som komplikasjoner, hos ti kvinner og tre menn, i form av allergier og utslett, men også et mulig dødsfall.

En 61 år gammel kvinne ble først satt på reserpin, men hun klaget over søvnløshet og reserpin ble seponert og hun ble istedenfor satt på hibanil. Hibanil ble seponert etter ti dager, den 10.2.58, da hun fikk litt feber og hurtig puls. Symptomene vedvarte og en uke senere ble hun høyfebril og hun fikk antibiotika behandling, men tross dette inntrådte mors den 20.02.58. I journalen ble det notert at man var i tvil om årsaken til feberen. «*Det er sannsynlig at der har foreligget en septisk tilstand, men man har også tenkt på en dysendocrin tilstand (binyresvikt)*»

*i sammenheng med ataraxiabehandling.»*<sup>216</sup> Dødsårsaken ble i journalen oppgitt til feber av ukjent årsak/blodforgiftning.

Når det gjelder klorpromazin rapporterer journalene om allergiske reaksjoner i form av høyfebril<sup>217</sup>, kvalme, oppkast og liten matlyst.<sup>218</sup> Og fire tilfeller av eksem og utslett.<sup>219</sup>

En kvinne reagerte med tørrhet i munnen av pacatal.<sup>220</sup> Og for en mann er det uvisst hvilket medikament som hadde forårsaket kløen på brystet og bena.<sup>221</sup> Han hadde fått både hibanil, reserpin og meproban.<sup>222</sup>

Ved trilafon og tofranil ble det rapportert om to tilfeller av intoksikasjon<sup>223</sup> og bivirkninger som svetting og besvimelsestendens<sup>224</sup> og smerter og kramper i benene.<sup>225</sup>

34 av disse kvinnene og 18 av disse mennene hadde kun fått en type medikament. 26 av kvinnene og 31 av mennene hadde da fått to eller flere typer medikamenter. Hvorfor så mange ble behandlet med mer enn en type medikament kan forklares med at hvis et medikament ikke hadde den ønskede effekten ble en av de andre typene medikamentene forsøkt.

## **5.4 Ikke behandlet**

Blant de utskrevne fra perioden 1935-39 var det et stort flertall, 90% av alle de utskrevne pasientene som ikke fikk noen form for medisinsk behandling. Dette har sammenheng både med tidens behandlingsspesimisme, men også med at det var færre behandlingsmetoder tilgjengelig. Insulin og cardiazol kom først mot slutten av denne perioden og en betydelig del av pasientgruppen i mitt materiale var utskrevet før den tid.

I perioden 1955-59 var det 21% av alle de utskrevne pasientene som ikke hadde fått noen form for medisinsk behandling. Det var 37 (20%) kvinner og 39 (22%) menn som ikke fikk noen form for behandling da de var innlagt på Eg i denne perioden. At en betydelig del av pasientene på Eg ikke fikk noen form for medisinsk behandling for sine sinnssykdommer i

---

<sup>216</sup> Kont 3, 275-7, ESA, SAK.

<sup>217</sup> Kont 2, 270-7, ESA, SAK.

<sup>218</sup> Kont 1, 330-10, ESA, SAK.

<sup>219</sup> Kont 2, 272-9, Kont 1, 273-3, Kont 1, 273-4 og Kont 1, 335-7, ESA, SAK.

<sup>220</sup> Kont 3, 275-22, ESA, SAK.

<sup>221</sup> Rapportblad 2, i rapportmappe, 340-14, ESA, SAK.

<sup>222</sup> Medisin ark, 340-14, ESA, SAK.

<sup>223</sup> Kont 2 og 3, 278-3 og Kont 3, 278-10, ESA, SAK.

<sup>224</sup> Kont 2, 279-1, ESA, SAK.

<sup>225</sup> Kont 2, 278-4, ESA, SAK.

denne perioden med flere tilgjengelige behandlingsmetoder, kan ha sammenheng med at legene mente at tilstandene deres ikke kunne behandles eller forbedres, eller at sykdommene deres kan ha blitt oppfattet som lettere tilfeller. Men det opplyser ikke journalene om.

Gjennomsnittsalderen ved innleggelse for de som ikke fikk medisinsk behandling var 63 år for kvinnene og 57 år for mennene. Kvinnene i kategorien som ikke ble behandlet da de var innlagt på Eg var eldre enn mennene.

Gjennomsnittlig innleggelsestid var to år for kvinnene og to år og fire måneder for mennene. Dette var altså også pasienter med forholdsvis korte opphold. Er de lettere syke enn de øvrige? Og kan diagnosene forklare noe?

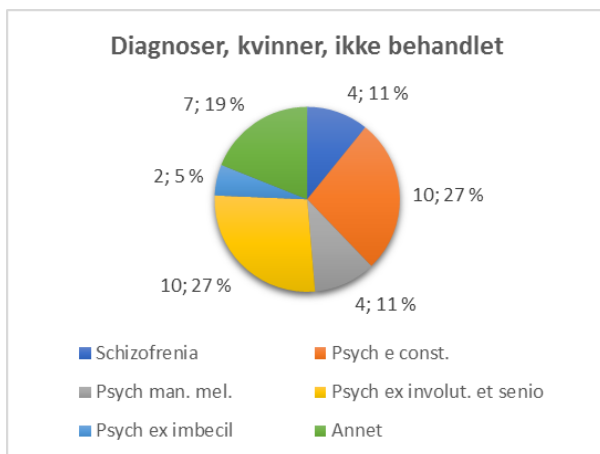


Diagram 24a: Diagnose fordeling for kvinner utskrevet i perioden 1955-59 og som ikke ble behandlet.

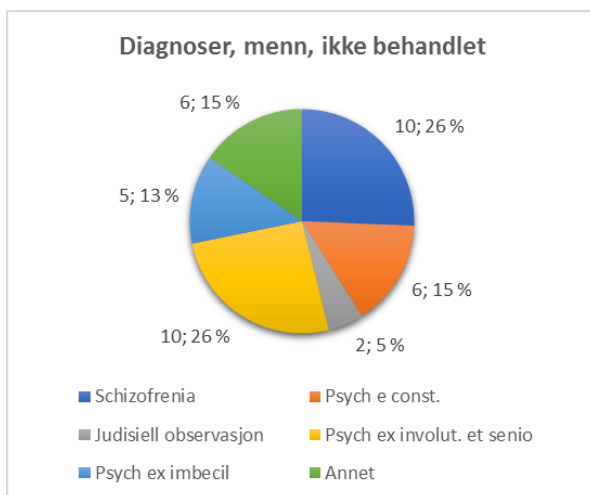


Diagram 24b: Diagnose fordeling for menn utskrevet i perioden 1955-59 og som ikke ble behandlet.

Materialet mitt på disse pasientene viser en forholdsvis jevn fordeling på diagnosene, og ganske likt som for dem som ble behandlet med medikamenter. Disse pasientene er også eldre og har en høy andel av diagnosen psychosis ex involutione et senio.

20 av de 37 ubehandlede kvinnene og 15 av de 39 ubehandlede mennene som ble utskrevet i perioden 1955-59, ble utskrevet som døde. At en så høy prosent av de som ikke ble behandlet døde kan, som for de utelukkende behandlet med medikamenter over, ha sammenheng med både den høyere alderen og at det var mange med diagnosen psychosis ex involutione et senio og at disse pasientene allerede ved innleggelsen kan ha hatt andre sykdommer i tillegg til sinnslidelsen. Og at det var en større andel kvinner som døde, kan ha sammenheng med at det var flere dødsfall generelt hos kvinnene på Eg og at kvinnene på sykehuset hadde høyere alder enn mennene, som beskrevet i kapittel 3. Det kan også ha blitt sett på som for risikabelt å behandle disse eldre pasientene. Og jeg vil igjen minne om at det på grunn av måten arkivet er organisert på vil være en betydelig del som ble utskrevet som døde. Se innledning 1.6.1.

Seks av de 37 kvinnene og 13 av de 39 mennene ble utskrevet som sinnssyke.

11 av de 37 kvinnene og 11 av de 39 mennene ble utskrevet som ikke sinnssyke.

Å ikke bli behandlet hadde tilsynelatende en god effekt på en del av pasientene som ikke ble behandlet. For begge kjønn sammenlagt var det 22 av 76 ubehandlede pasienter som tilsynelatende ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyke uten å ha gjennomgått noen form for behandling. At de ikke ble behandlet kan vel tenkes å ha sammenheng med den høye alderen, men det er lik alder for kvinnene som ble behandlet med medikamenter og kvinnene som ikke ble behandlet og mennene som ikke ble behandlet var yngre enn mennene som ble behandlet med medikamenter. Det kan være en mulighet at de hadde en lettere grad av sinnssykdom eller de kan ha hatt andre sykdommer som hindret at en kunne drive med behandling av psykosene. Den høye dødsprosenten kan vel tenkes å ha sammenheng med andre sykdommer og andelen utskrevet som ikke sinnssyk med eventuelle lettere sinnslidelser, men dette kan på ingen måte dokumenteres tilstrekkelig.

## 5.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg analysert pasientene som gjennomgikk behandling med enten elektroshokk eller medikamenter, samt de pasientene som ikke gjennomgikk noen form for behandling. Jeg har vist hvordan disse pasientene fordeler seg på kjønn, gjennomsnittsalder ved innleggelse, gjennomsnittlig innleggelsestid, diagnose og tilstand ved utskrivelse. Dette bygger på opplysninger fra de 357 pasientjournalene fra de utskrevne pasientene i årene 1955-59.

Ingen, verken kvinner eller menn ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en insulinkomabehandling, og alle unntatt en kvinne ble behandlet med andre behandlingsmetoder, noe som tilsier at sykehuset innså at insulin som komabehandling ikke hadde den ønskede effekten.

Nærmere 50% av alle de utskrevne pasientene i perioden 1955-59 ble behandlet med elektroshokk, enten alene eller i kombinasjon med andre behandlingsmetoder. Jeg har konsentrert meg om de pasientene som utelukkende ble behandlet med elektroshokk, det vil si at det var den eneste behandlingsmetoden de gjennomgikk. Dette var da 26 kvinner og 33 menn. Gjennomsnittlig var mennene kun et år yngre enn kvinnene, 44 og 45 år. Og mennene var gjennomsnittlig innlagt i fire år og ti måneder, noe som var dobbelt så lenge som kvinnene, som hadde en gjennomsnittlig innleggelsestid på to år og fem måneder.

Schizofrenia og psychosis ex constitutione var de mest fremtredende diagnosene for begge kjønn, fulgt av psychosis manico melancholia og imbecile som tidligere ikke hadde blitt behandlet, og til en viss grad kan det se ut til at de har blitt behandlet av forpleiningsmessige årsaker. Når det gjelder å bli utskrevet som ikke sinnssyke var det like mange kvinner og menn i antall, 12 hver, som ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått elektroshokk behandling.

Et stort antall av de totalt 357 utskrevne pasientene ble behandlet med medikamenter i løpet av sitt opphold på Eg i perioden 1955-59. Det var 60 kvinner og 49 menn som utelukkende ble behandlet med et eller flere medikamenter i løpet av sitt opphold på Eg. Disse pasientene hadde en høy gjennomsnittsalder på rundt 62 år og gjennomsnittlig korte opphold på rett over halvannet år. Den mest brukte diagnosen for disse pasientene var psychosis ex involutione et senio, men også schizofrenia, psychosis ex constitutione og psychosis manico melancholia var fremtredende diagnoser. Og her var det også en stor gruppe med andre diagnoser som ble

forsøkt behandlet med medikamenter. 15 kvinner og 16 menn ble utskrevet ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått behandling med medikamenter.

37 kvinner og 39 menn av de totalt 357 utskrevne pasientene fikk ingen form for behandling under sitt opphold på Eg i perioden 1955-59. Kvinnene i denne gruppen hadde en gjennomsnittsalder på 63 år og mennene 57 år. Og disse pasientene hadde en gjennomsnittlig innleggelsestid på rundt to år. De mest fremtredende diagnose gruppene var schizofrenia, psychosis ex constitutione og psychosis ex involutione et senio. 11 kvinner og 11 menn ble utskrevet som ikke sinnssyke uten å ha gjennomgått noen form for behandling.

### **Kjønn**

Det var ikke så store kjønnsforskjeller og det kan vitne om at kvinner og menn, som ble utskrevet fra Eg i begge periodene ble behandlet ganske likt medisinsk. Unntaket er sulfosinbehandlingen som tilsynelatende bare ble anvendt ovenfor kvinnelige pasienter. Men som nevnt i forrige kapittel kan det blant de mange andre pasientene som var innlagt i den samme perioden, men som ikke ble utskrevet, finnes mannlige pasienter som hadde blitt forsøkt behandlet med sulfosin.

### **Alder**

Kvinnene var gjennomsnittlig eldre enn mennene når det gjelder de som ble behandlet med cardiazol for den første perioden, og ikke behandlet i den andre perioden. Pasientene som ble behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol i den første perioden og pasientene som ble behandlet med elektroshokk og medikamenter i den andre perioden hadde tilnærmet lik gjennomsnittsalder. At kvinnene gjennomsnittlig var eldre enn mennene for de cardiazol-behandlede og pasientene som ikke ble behandlet kan ha sammenheng med at kvinnene generelt hadde høyere alder enn menn ved innleggelse i begge periodene.

De kvinnelige pasientene som ble behandlet med sulfosin i perioden 1935-39 hadde den laveste gjennomsnittsalderen på 26 år. Pasientene som ble behandlet med cardiazol hadde også en lav gjennomsnittsalder, 35 år for kvinner og 30 år for menn. Pasientene som ble behandlet med malaria og/eller salvarsan og wismol og pasientene som ble behandlet med elektroshokk hadde en gjennomsnittsalder i 40 årene. Og de pasientene som ble behandlet med medikamenter og pasientene som ikke ble behandlet hadde den høyeste gjennomsnittsalderen, i 60 årene. Dette kan tenkes å ha sammenheng med at malaria, cardiazol og elektroshokk var mer fysisk inngripende behandlinger og at yngre pasienter var bedre rustet for å tåle en slik

behandling. Og som vist kunne det oppstå komplikasjoner som brudd, respirasjonsstans og dødsfall under elektrosjokk behandling. De vanligste bivirkningene ved bruk av medikamenter var allergier og hudutslett.

### **Sivilstatus**

Jeg har valgt å ikke fokusere på sivilstatus underveis i dette kapitlet da der bare var en liten overvekt av gifte kvinner i forhold til gifte menn. Slik er det jo også generelt for alle de utskrevne pasientene i begge periodene, se kapittel 3. Men det skal sies at det for de pasientene som ble behandlet med medikamenter og de som ikke ble behandlet var en liten overvekt av flere gifte menn enn kvinner. Men alt i alt ser det ikke ut til at sivilstatus har hatt noen betydning for behandlingen av utskrevne pasientene på Eg.

### **Innleggelsestid**

De kvinnelige pasientene som ble behandlet med sulfosin hadde den lengste gjennomsnittlige innleggelsestiden på ti år og tre måneder. De mannlige pasientene som ble behandlet med elektrosjokk hadde en gjennomsnittlig innleggelsestid på rett under fem år. Ellers var det gjennomsnittlig korte innleggelsestider på de resterende pasientene, fra to år og fem måneder eller kortere. Dette vitner om at behandling generelt hurtig ble igangsatt etter en pasient var blitt innlagt og som også dernest kunne føre til at pasientene som fikk virksom behandling hurtig ble utskrevet igjen.

At pasientene som ble behandlet med medikamenter og pasientene som ikke ble behandlet hadde så korte opphold kan ha sammenheng med at disse pasientene hadde en langt høyere gjennomsnittsalder enn pasientene som ble behandlet med de andre metodene. Det var også en høy andel døde blant disse pasientene. At det er en betydelig andel ble utskrevet som døde har med måten arkivet er organisert på, se innledning 1.6.1. Dette kombinert, høy alder og høy andel døde, kan tyde på at disse eldre pasientene, som allerede ved innleggelsen kunne ha andre former for sykdommer i tillegg til en sinnslidelse, er en mulig forklaring på at innleggelsestiden var så kort for disse pasientene.

### **Diagnoser**

Schizofrenia, psychosis ex constitutione og psychosis manico melancholia er generelt fremtredende diagnoser, uten at der er noen klare forskjeller som peker på at diagnosen hadde noen påvirkning på hvordan pasientene ble behandlet. Med et selvsagt unntak når det gjelder



malaria og/eller salvarsan og wismol behandling, disse pasientene hadde diagnosene paralysis generalis og insania syfilogenes.

For de pasientene som ble behandlet med medikamenter og de som ikke ble behandlet er psychosis ex involutione et senio en fremtredende diagnose og det har sammenheng med at disse pasientene også hadde en høyere gjennomsnittsalder.

### **Andelen utskrevet som ikke sinnssyk**

Malaria og/eller salvarsan og wismol, sulfosin og insulin hadde tilsynelatende ingen virkning på sinnssykdommen til pasientene som ble behandlet med disse metodene, da ingen ble utskrevet som ikke sinnssyke etter en gjennomgått behandling med disse metodene.

Sammenlagt for begge kjønn er det cardiazolsjokk som ser ut til å ha vært den mest effektive behandlingsmetoden, da fem av ni pasienter ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en cardiazolsjokkbehandling. Det var også syv av ni pasienter som ble bedret etter denne behandlingen. Deretter følger elektroshokk med 24 av 59 utskrevet som ikke sinnssyk. For de pasientene som ikke fikk noen form for behandling var det 22 av 76 som ble utskrevet som ikke sinnssyk. Og 31 av 109 pasienter som ble behandlet med medikamenter ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyk etter en gjennomgått behandling.

At det å ikke bli behandlet hadde en stor andel pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke kan tyde på at det for en god del av pasientene kan ha vært snakk om en lettere form for sinnslidelse og at det var nok å komme bort fra sin livssituasjon og få pleie på sykehus. Å få et pusterom i hverdagen kunne være nok i seg selv til å gi slipp på en del av symptomene og på sykdommen.

## 6. Teori og hovedforklaringer på lobotomi basert på forskningsarbeider

To hovedforklaringer har dominert når det gjelder utvelgelsen av pasienter til lobotomi, den ene forklaringen handler om kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter.<sup>226</sup> Den andre forklaringen handler om at lobotomi var en siste utvei for å hjelpe kroniske pasienter med lang innleggelsestid, hvor annen behandling ikke hadde hatt effekt.<sup>227</sup> Det har også blitt hevdet at det var mest kvinner og fattige pasienter som ble utvalgt til lobotomi.<sup>228</sup> Jesper Vaczy Kragh påpeker at det finnes et stort antall historiske fagtekster skrevet ut fra disse to synsvinklene, men at det er gjort få grundige historiske studier, som har benyttet pasientjournaler eller annet materiale fra de psykiatriske institusjonene til å understøtte disse teoriene. Kragh sier videre, at det er gjennom pasientjournaler at man kan få et bedre innblikk i anvendelsene av behandlingsmetoder i psykiatrien.<sup>229</sup>

Dette kapittelet skal presentere hva andre forskere i Norge, Sverige og Danmark har funnet om lobotomi i sine forskningsarbeider. Først tar jeg for meg det generelle om antall pasienter operert og deres fordeling på kjønn, sosial status, alder, innleggelsestid og diagnoser. Materialet her bygger hovedsakelig på publiserte studier fra institusjonene Opdøl i Norge, Umedalen i Sverige og Vordingborg i Danmark, da det er disse arbeidene jeg har funnet som tematisk er mest nærliggende mitt. Deretter presenterer jeg de to hovedforklaringer på hvorfor pasienter ble lobotomert, henholdsvis kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter, eller som en siste utvei for kronisk syke. Videre bruker jeg disse to forklaringene som teoretisk ramme og skal i det følgende kapittelet undersøke i hvor stor grad disse teoriene kan sies å ha forklaringsverdi for de pasientene som ble lobotomert på Eg. Til slutt ser jeg nærmere på hva som har blitt funnet som indikasjoner for lobotomi og resultatene av operasjonen ved Opdøl, Umedalen og Vordingborg. Indikasjonene som ble brukt på lobotomi er også nært knyttet til de to hovedforklaringene. Der hvor det foreligger kvantitativt materiale på dette, skal jeg sammenligne dette med mine egne funn. Sammenligningen gjøres i neste kapittel, kapittel 7.

Før jeg presenterer de to hovedforklaringene vil jeg gjøre kort rede for introduksjonen, utførelsen og utbredelsen av lobotomi, samt hvilke komplikasjoner et slikt inngrep kunne

---

<sup>226</sup> Kragh 2010: 26-27.

<sup>227</sup> Kragh 2010: 26-27.

<sup>228</sup> Kragh 2010: 26-27.

<sup>229</sup> Kragh 2010: 26-27.

medføre. Den større bakgrunnen for hvorfor lobotomi fikk så stor utbredelse og omfang er det dessverre ikke tilstrekkelig plass til å gå dypere inn på i denne oppgaven.

Lobotomi eller prefrontal leukotomi ble introdusert i 1935 av portugiseren Egas Moniz, som fikk Nobelprisen i medisin i 1949 for denne metoden. Minst 9300 pasienter ble lobotomerte i skandinavisk psykiatri i perioden 1941 til 1959.<sup>230</sup>

Lobotomi er ifølge Tranøy betegnelsen på inngrepet hvor

*«man foretar en overskjæring av den hvite substans (...) i hjernens pannelapper slik at forbindelsene, spesielt nervebaner mellom hjernebarken i frontallappen og andre hjerneområder, som thalamus og hypothalamus, blir brutt. Dette gjøres på bakgrunn av teorien om at hypothalamus har med emosjonell atferd å gjøre, og at denne er kontrollert fra hjernebark i frontallappen. Operasjonen har gjennom årene blitt utført med visse modifikasjoner, men alle har hatt den hensikt å lamme områder av hjernen som antas å ha særlig relasjon til følelseslivet.»<sup>231</sup>*

Lobotomi var en inngripende operasjon og skulle være en siste utvei, en behandlingsmetode ved alvorlige psykoser, og ble først og fremst brukt ved kroniske, invalidiserende psykoser, spesielt schizofreni.<sup>232</sup>

Selv om det var Moniz som introduserte lobotomi var det amerikanske dr. Walter Freeman som gjorde lobotomi kjent og som arbeidet for å utbre metoden, og han la om operasjonsteknikken til å borre hul ved tinningene i stedet for toppen av hodet, denne metoden ble kalt standard lobotomi. Etter hvert ble det utviklet andre operasjonsteknikker, som den transorbitale lobotomi, men da denne ikke ble brukt på Eg, har jeg ikke lagt vekt på å beskrive den her.<sup>233</sup>

I perioden 1941 til 1959 ble minst 2500 personer lobotomert i norsk psykiatri, de fleste fra slutten av 1940-åra og fram til midten av 1950-åra. Gaustad sykehus var den eneste institusjonen som fortsatte med lobotomi etter dette, og opererte personer fram til og med 1974.<sup>234</sup>

---

<sup>230</sup> Tranøy 1993: 21, Hermundstad 1999: 144 og 151 og Kringlen 2007: 229-230. (I Kringlen 2007 s. 229: lobotomi ble utviklet i 1936.). Se også Shorter 2001: 267-272.

<sup>231</sup> Tranøy 1993: 21.

<sup>232</sup> Tranøy 1993: 22.

<sup>233</sup> Tranøy 1993:22 og Hermundstad 1999: 148. I Hermundstad står det at var italieneren Amaro Fiamberti som utviklet den transorbitale lobotomien og at Freeman gikk over til å bruke denne typen.

<sup>234</sup> Tranøy 1993: 25-26, Bøe 1994: 125 og Kringlen 2007: 230.

Senere kritiske studier om lobotomi har vist at det var mange og langt alvorligere komplikasjoner av operasjonen enn det som opprinnelig ble oppgitt. I tillegg til den høye operasjonsmortaliteten, ofte med kraniale blødninger i tilknytning til operasjonen, var epilepsi den vanligste komplikasjonen.<sup>235</sup> Mange pasienter oppgav urininkontinens, hodepine og betydelig vektøkning som komplikasjoner.<sup>236</sup> I tillegg førte lobotomi til omfattende neuropsykologiske skader. Frontallappene er sete for overordnet kontroll, det vil si for reguleringen av og samarbeidet mellom funksjoner som persepsjon, motorikk, språkforståelse og hukommelse. Andre funksjoner som å velge ut et mål, evnen til å forutse konsekvenser av sine handlinger og å planlegge på forhånd hva man gjør ble også redusert etter lobotomien.<sup>237</sup> Noen pasienter «ble så sterkt redusert at de ikke lenger greide å fungere selvstendig.»<sup>238</sup>

Pasientene som ble lobotomert «mistet evnen til å velge ut hvilken informasjon som var mest relevant i situasjonen, og klarte ikke å integrere det de opplevde, med det som allerede lå laget i hukommelsen.»<sup>239</sup> De lobotomerte ble også ofte beskrevet som noe apatiske, de viste tap av initiativ, overflattisk følelsesliv, mangel på energi og tiltakslust, redusert spontanitet og økt irritabilitet.<sup>240</sup>

*«Lobotomerte var påført uspesifikke hjerneskader som blant annet gikk utover evnen til initiativ, planlegging og til å handle og bestemme selv. Dessuten svekket inngrepet følelsesmessige kvaliteter som evne til å utrykke glede, sorg og sinne – samt evne til å oppleve følelsesmessige kontraster og motsetninger.»<sup>241</sup>*

Hvorfor ble lobotomien brukt i et slikt omfang som den gjorde når den førte til slike alvorlige komplikasjoner? Allerede på den nordiske psykiaterkongressen i 1946 ble det av flere psykiatere rapportert om avstumpet følelsesliv og tap av initiativ etter lobotomi. En vanlig oppfatning blant psykiatere har vært at situasjonen ved mange psykiatriske sykehus var så håpløs at en nærmest var forpliktet til å forsøke alle metoder som kunne tenkes å bedre den kliniske tilstanden hos alvorlig syke. En annen grunn er at mange faktisk trodde på metoden og ikke så noen alternativer, og at lobotomien som behandling utviklet seg under helt annerledes rammebetingelser for psykiatrien enn det den har i dag. Sykehusene hadde alltid stort overbelegg og det fantes ikke andre omsorgstilbud for de sykeste. Sykehusene ble ikke

---

<sup>235</sup> Hermundstad 1999: 155 og Dale og Sirnes 1974: 25.

<sup>236</sup> Hermundstad 1999: 155.

<sup>237</sup> Hermundstad 1999: 156.

<sup>238</sup> Hermundstad 1999: 141.

<sup>239</sup> Hermundstad 1999: 158.

<sup>240</sup> Hermundstad 1999: 158.

<sup>241</sup> Tranøy 1993: 84.

bare fylt opp av psykotiske pasienter, men også av kriminelle, epileptikere, psykisk utviklingshemmede og alkoholikere. Sykehusene hadde svært få psykiatere og nesten ingen psykologer, og pleiepersonalet hadde liten eller ingen fagutdanning.<sup>242</sup> Mange institusjoner var preget av stort overbelegg og mangel på personal, men på den annen side fantes en del overfylte sykehus hvor det ikke ble utført særlig mange lobotomier. For eksempel på Dikemark ble det ikke utført lobotomier før overlege Rolv Gjessing gikk av i 1952, og der var overbelegget betydelig, med mangel på fagfolk etter krigen. Et annet moment var at de psykiatriske sykehusene også var et lukket system, med minimalt innsyn fra omverdenen og det eksisterte nærmest ikke kritikk fra utenforstående. Lobotomien kunne også realisere en gammel drøm hos mange psykiatere, om å gjøre psykiatrien til en medisinsk disiplin på linje med andre spesialiteter, her kunne kirurgien være til hjelp.<sup>243</sup>

Ved Eg sykehus begynte man med lobotomi i 1951 etter at Gaustad sykehus hadde meldt om lovende resultater. I perioden 1951 til 1957 ble inngrepet utført på 86 pasienter, ifølge Sagedal ble 56 av disse bedre, 20 forble uforandret og 10 døde.<sup>244</sup>

## **6.1 Generelt om kjønn, alder, innleggelsestid og diagnose**

I NOU-utredingen om lobotomi fra 1992, kom utvalget frem til at det ble utført minst 2500 lobotomi-inngrep i Norge i årene 1941 til 1974.<sup>245</sup> Kenneth Øgren har kommet frem til at ca. 4500 ble operert i Sverige mellom 1944 og 1960.<sup>246</sup> I Danmark har Jesper Vaczy Kragh kommet frem til at det ble utført minst 4500 psykokirurgiske inngrep fra 1939 til 1983, over 4000 av disse var lobotomier.<sup>247</sup> Senere vil jeg diskutere mine funn opp mot deres studier.

---

<sup>242</sup> Hermundstad 1999: 160-161 og Kringlen 2007: 233.

<sup>243</sup> Hermundstad 1999: 160-161 og Kringlen 2007: 233.

<sup>244</sup> Sagedal 1981: 129.

<sup>245</sup> NOU 1992: 8.

<sup>246</sup> Øgren 2007: 18.

<sup>247</sup> Kragh 2010: 23.

### 6.1.1 Kjønn

I Norge ble like mange kvinner og menn operert, men i starten ble flere kvinner enn menn operert.<sup>248</sup>

I Sverige, på Umedalen, var der flest kvinner som ble operert, de utgjorde 61,2% av alle de 771 lobotomerte pasientene ved dette sykehuset, og det var spesielt en kvinnedominans de første årene, men etter hvert jevnet det seg mer ut.<sup>249</sup>

I Danmark, på Vordingborg, var det også flere kvinner enn menn som ble operert. 68,5% var kvinner av alle de 336 pasientene som ble lobotomert ved dette sykehuset. Kragh mener at den høye andelen kvinner ikke kan forklares med pasientfordelingen ellers på sykehuset, for alle innlagte pasienter var der omkring 46% menn og 54% kvinner. Det var ikke bare ved Vordingborg dette var tilfelle, men også andre statlige sinnssykehus i Danmark hadde en overvekt av kvinnelige lobotomipasienter.<sup>250</sup>

Av Joar Tranøy, Kenneth Øgren og utvalget i NOU-utredningen blir det trukket frem forklaringer de mener vanligvis har blitt gitt i forbindelse med at det var flere kvinner enn menn som ble lobotomert. Disse forklaringene går ut på at det generelt var flere kvinner blant de innlagte pasientene. Indikasjonen for å utføre operasjonen har vært urolighet. Kvinner ble hevdet å ha generelt en mer urolig oppførsel enn menn, og at de var forpleiningsmessig vanskeligere enn mennene. Kvinner kunne ifølge samtidens psykiatere lettere tilpasses rutinemessig arbeid, som krevde lite tenking og planlegging, som for eksempel husmor, etter operasjonen.<sup>251</sup> I NOU-utredningen var det:

*«etter utvalgets oppfatning grunn til å anta at den tids syn på kvinnerollen har spilt en vesentlig rolle når det til å begynne med ble operert flere kvinner enn menn: Post-lobotomi-syndromet ble simpelthen oppfattet som bedre tilpasset tidens syn på kvinnerollen: Husstell var et område som – i motsetning til mangt et mannsarbeid – var lettere å utføre for lobotomerte.»<sup>252</sup>*

I tillegg har Kragh funnet at det ikke bare var flere kvinner enn menn som ble lobotomert i Danmark, men også at andelen av gifte kvinner var betydelig høyere enn mennene som ble operert, og at flere kvinner hadde barn før innleggelsen. Dette mener han førte til at

---

<sup>248</sup> NOU 1992: 8 og 49.

<sup>249</sup> Øgren 2007: 51.

<sup>250</sup> Kragh 2010: 264.

<sup>251</sup> Øgren 2007: 60, Tranøy 1991: 12-13 og NOU 1992: 49-50.

<sup>252</sup> NOU 1992: 49-50.

lobotomerte kvinner generelt hadde bedre sosiale muligheter i forbindelse med en utskrivelse. Og det at de hadde små barn kunne øke motivasjonen til å forsøke å få dem utskrevet ved å lobotomere dem.<sup>253</sup>

I det følgende kapittelet skal vi se om disse skandinaviske funnene også gjelder for de lobotomerte pasientene på Eg i mitt materiale.

### 6.1.2 Alder

NOU-utredningen opplyser om aldersfordelingen på 1772 lobotomerte pasienter i Norge. Jeg har for ordens skyld omarbeidet tallene og prosentene de oppgir på de ulike aldersgrupper og satt dem inn i følgende tabell:

<b>Alder</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Under 20	20	1,1%
Mellom 20-29	304	17,1%
Mellom 30-39	530	30%
Mellom 40-49	469	26,4%
Mellom 50-59	318	18%
Over 60	112	6,3%
Over 70	19	1%
	<b>1772</b>	

Tabell 5: Aldersfordelingen av 1772 lobotomerte pasienter i Norge, antall og prosent.<sup>254</sup>

56,4% av de 1772 lobotomerte pasientene i Norge var mellom 30 og 49 år. Johannes Dale og Tollak B. Sirnes fant i sin undersøkelse av 64 lobotomerte ved Opdøl at gjennomsnittsalderen ved operasjon var 41,3 år for kvinner og 39,7 år for menn.<sup>255</sup>

Øgren fant at gjennomsnittsalderen var 43 år for begge kjønn, for pasientene på Umedalen. For kvinnene var det 44,8 år og for mennene 39,5 år.<sup>256</sup>

---

<sup>253</sup> Kragh 2010: 282.

<sup>254</sup> NOU 1992: 31.

<sup>255</sup> Dale og Sirnes 1974: 39.

<sup>256</sup> Øgren 2007: 51.

Kragh fant at de lobotomerte pasientene var i alle aldre ved Vordingborg i Danmark.<sup>257</sup> Kragh har en vedlagt tabell hvor det går frem at det var en jevn fordeling mellom 20 og 69 år, men med en hovedvekt på de mellom 30 og 49 år.<sup>258</sup>

### 6.1.3 Innleggelsestid

Dale og Sirnes har skilt mellom sykdommens varighet og asyloppholdets varighet i sin undersøkelse. De fant at sykdommens varighet ved operasjon gjennomsnittlig var 15 år for kvinner og 15,3 år for menn. Og asyloppholdets varighet før operasjon hadde en gjennomsnittlig varighet på 7,6 år for kvinner og 10,7 år for menn.<sup>259</sup> Kvinnene hadde kortere opphold både før og etter operasjon enn menn. Det var ifølge deres undersøkelse flere kvinner som bare trengte et forholdsvis kortvarig opphold på ½ til 1 år på sykehus etter lobotomien, men Dale og Sirnes oppgir ikke noen gjennomsnittlig tall for antall år og måneder pasientene var innlagt etter operasjon.<sup>260</sup>

Tranøy viser i en tabell hvor lenge pasientene var innlagt før de ble operert ved tre norske, tre svenske og et dansk sykehus. For de svenske, det danske og for Valen sykehus har han basert seg på opplysninger fra undersøkelser som ble publisert i medisinske fagtidsskrift og tallene gjelder for det siste sammenhengende sykehusopphold før lobotomi. For Gaustad og Sanderud har han basert seg på journalmateriale fra sykehusene og tallene gjelder for samlet tid av alle innleggelser før lobotomi.<sup>261</sup>

Sykehus	Det siste sammenhengende sykehusopphold før lobotomi	Samlet tid av alle innleggelser før lobotomi
Sanderud		7 år, 3mnd
Gaustad		3 år, 7mnd
Valen	3år, 5mnd	
Lillehagen, svensk	7 år, 5mnd	
Vadstena, svensk	9 år	
Sidsjøen, svensk	8 år	
St. Hans, dansk	13 år, 7mnd	

Tabell 6: Innleggelsestider før lobotomi, ved 3 norske, 3 svenske og et dansk sykehus.<sup>262</sup>

<sup>257</sup> Kragh 2010: 238.

<sup>258</sup> Kragh 2010: 425.

<sup>259</sup> Dale og Sirnes 1974: 39.

<sup>260</sup> Dale og Sirnes 1974: 60.

<sup>261</sup> Tranøy 1991: 72.

<sup>262</sup> Tranøy 1991: 73.



Ut fra disse tallene kan det se ut som at pasientene som ble lobotomert ved disse svenske sykehusene, det ene danske sykehuset og ved Sanderud sykehus hadde lengre innleggelsestid før operasjon enn de pasientene som ble lobotomert ved Gaustad og Valen sykehus. At disse to norske sykehusene opererte pasienter etter kort tid mener Tranøy kan ha sammenheng med at Ørnulv Ødegård, overlegen på Gaustad allerede i 1948 uttalte at de schizofrene ble lobotomert i løpet av mindre enn ett år, i de tilfeller hvor elektroshokk ikke hadde hatt noen effekt og hvor sykdommen kom til å føre til en forverrelse av tilstanden til pasienten. Ved Valen ble 100 pasienter operert i løpet av ca. 1 år da den transorbitale metoden kom i bruk, uten at han går nærmere inn på hvorfor det skulle forklare hvorfor pasientene ble operert tidlig i innlegelsesforløpet.<sup>263</sup> Implisitt kan det muligens forstås som et effektivitetshensyn. Pasientene ville bli dårligere og kunne da like godt behandles raskt.

På Vordingborg var det heller ikke en nødvendig betingelse med en lang varighet av sykdom eller tallrike innleggelser før en lobotomi. Kragh har lagt sammen alle innleggelser (også de tidligere) og det var ikke en overvekt av de med lange innleggelsestider blant de lobotomerte. Nesten 25% hadde vært innlagt i 0-1 år innen lobotomien. 29% hadde en samlet innleggelsestid på 2-4 år. Så lobotomi pasientene med korte forløp på 0-4 år utgjorde 53,9% av alle pasientene som ble operert på Vordingborg. En forholdsvis stor gruppe på 21,4% hadde en samlet innleggelsestid mellom 5-9 år. Andelen lobotomi pasienter med innleggelsestid på over 10 år var her 24,6%.<sup>264</sup>

#### **6.1.4 Diagnoser**

Generelt ble det operert flest pasienter med diagnosen schizofrenia.<sup>265</sup>

Dale og Sirnes fant at 54 av 64 lobotomerte pasienter ved Opdøl hadde fått diagnose schizofreni. Av de ti andre var der tre med diagnosen psychosis manico melancholia, tre med diagnosen psychosis reactiva, og en på henholdsvis hver av diagnosene psychosis epileptica, psychosis ex imbecillitate, psychosis ex involutione et senio og psychosis meningo encephalopathia. Det var ingen pasienter med diagnosen kronisk tvangsnevrose.<sup>266</sup>

---

<sup>263</sup> Tranøy 1991: 74.

<sup>264</sup> Kragh 2010: 261.

<sup>265</sup> Dale og Sirnes 1974: 19 og Øgren 2007:18.

<sup>266</sup> Dale og Sirnes 1974: 40.

Øgren har funnet at pasienter med diagnosen kronisk schizofreni og seriøse symptomer var de mest vanlige kandidatene for lobotomi, ikke bare på Umedalen, men også ellers i Sverige.<sup>267</sup>

På Vordingborg fant Kragh at nesten alle diagnose-hovedgruppene var representert blant de lobotomerte. De schizofrene utgjorde den største delen med 58,2%, men de var jo også den største gruppen av innlagte på sykehus ellers også. Kragh mener det var mer bemerkelsesverdig med den store gruppen psykopatier, hele 12,1% av lobotomi pasientene. Disse utgjorde ellers en liten gruppe blant de innlagte med ca. 3-5%.<sup>268</sup>

Åndssvake ble også lobotomert i Danmark og Sverige. I Danmark ble i alt 12 med diagnosen åndssvak operert i perioden 1947-49 og ved Umedalen i Sverige ble elleve med diagnose imbecile eller idiotia operert, på grunn av vanskeligheter med forpleining. Disse svenske pasientene ble beskrevet som krangleverne, de sloss, rev tøy og var urenlige med urin.<sup>269</sup>

## 6.2 To hovedforklaringer

Her presenterer jeg de to hovedforklaringene som har dominert når det gjelder utvelgelsen av pasienter til lobotomi. Jeg har valgt å presentere forklaringen av lobotomi som siste utvei først. Dette fordi forklaringen som handler om kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter i større grad er knyttet til neste del 6.3, indikasjoner.

### 6.2.1 Siste utvei

I følge Kragh er det særlig medisinhistoriker Jack D. Pressman som har introdusert synet på psykokirurgien som en måte å hjelpe kroniske pasienter. Ikke for å kontrollere avvikende adferd, men som en siste utvei-behandling, for pasienter med meget lang innleggelsestid og hvor all annen behandling hadde mislyktes. Målet med behandlingen var å lette eller bedre pasientenes tilstand.<sup>270</sup> Det har dessverre ikke vært mulig for meg å få tak i den boken til Pressman som Kragh viser til, men i en annen bok, skrevet av Pressman, *Uncertain promise: Psychosurgery and the developmenr of scientific psychiatry in America, 1935 to 1955*, hevder

---

<sup>267</sup> Øgren 2007: 42.

<sup>268</sup> Kragh 2010: 263.

<sup>269</sup> Kragh 2010: 207-208 og Øgren 2007: 49.

<sup>270</sup> Kragh 2010: 26.

Pressman at lobotomi fortsatte å oppfylle sin tradisjonelle funksjon som en «last resort therapy» etter at de antipsykotiske medikamentene ble innført i psykiatrien.<sup>271</sup>

I den norske fag- og forskningslitteraturen har jeg bare funnet at lobotomi ble beskrevet som en siste utvei i boken *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*, skrevet av Per Haave. Her påpeker han også at det var standard prosedyre å prøve sjokkbehandling før lobotomi.<sup>272</sup>

Lobotomi som siste utvei, med indikasjoner som kronisk, langvarig stasjonær tilstand og lang innleggelsestid, med sviktende resultater av annen behandling og mulighet for markant bedring, hadde en forholdsvis fremtredende rolle, men var ikke de hyppigste indikasjonene ved Vordingborg, og dette kunne bare gjenfinnes i en mindre del av journalene. Kragh mener at selv om det er uro og aggressivitet som er de mest fremtredende indikasjonene behøver ikke det å bety at lobotomi var et målrettet kontrollerende inngrep. Disse pasientene kunne jo også, ifølge Kragh være kronikere, innlagt i en årrekke og alle andre terapier forsøkt forgjeves.<sup>273</sup> Han påpeker også at den største gruppen av de lobotomerte, de schizofrene, uansett gikk en tragisk skjebne i møte. Deres sykdomsforløp kom til å utvikle seg til det verre, så det var ikke noe å tape på å prøve en operasjon. Kragh påpeker også at legene kan ha ment at eventuelle skader av behandlingen heller ikke ville spille en avgjørende rolle for pasientens tilstand.<sup>274</sup>

Kragh fant imidlertid også at lobotomi ikke nødvendigvis var det siste inngrepet. Det kunne også være det første. 7,3% av de lobotomerte pasientene ved Vordingborg hadde ikke blitt behandlet på annen måte før de ble innstilt til lobotomi.<sup>275</sup>

## **6.2.2 Kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter**

At lobotomi ble utført i disiplinierende hensikt, med ønske om kontroll og ro i sykehuset, har blitt fremhevet av blant annet Kringlen, Haave, Hermundstad, Tranøy, Dale og Sirnes og Kragh.<sup>276</sup>

---

<sup>271</sup> Pressman 1986: 380.

<sup>272</sup> Haave 2008: 317.

<sup>273</sup> Kragh 2010: 258 og 262.

<sup>274</sup> Kragh 2010: 286, 389 og 400.

<sup>275</sup> Kragh 2010: 263.

<sup>276</sup> Kringlen 2007, Haave 2008, Hermundstad 1999, Tranøy 1991 og 1993, Dale og Sirnes 1974 og Kragh 2010.

Joar Tranøy har gått igjennom de lobotomertes journaler fra Gaustad sykehus og Sanderud sykehus og har funnet at det ikke nødvendigvis var de mest syke som ble operert. Det var heller de mest gjenstridige og ofte også de mest forsvarsløse menneskene uten nettverk, ressurser eller familietilknytning utenfor sykehuset. Det var mer den innlagtes atferd enn sykdommens utvikling og årsak som var avgjørende. «1940- og 1950-årenes lobotomi-litteratur, nasjonalt og internasjonalt, viser at lobotomi i stor grad dreide seg om disiplinering og kontroll av bråkmakere av ulike slag.»<sup>277</sup> Ifølge Tranøy dreide det seg om rent forpleiningsmessig bedring, de lobotomerte ble roligere og kunne greie seg med ingen eller lite medisin, det førte også til at en kunne innskrenke bruken av tvangsmidler og isolasjon ved sykehusene. «Lobotomi var på mange måter disiplinering av innlagte.»<sup>278</sup> Flere leger uttalte at det var urokråkene og de som utgjorde de største pleievanskene som ble valgt ut for operasjon.<sup>279</sup> Kritikere av behandlingen har hevdet at lobotomien ofte ble gjort i disiplinerende hensikt og at en viktig indikasjon for lobotomi var å dempe urolige pasienter. Man ville ha ro på avdelingene.<sup>280</sup>

Tranøy mener: «Det er påvist at forpleiningsvansker og kontrollhensyn i stor grad bestemte lobotomi.»<sup>281</sup> Han fremholder at disiplinering av de innlagte var felles for alle anstalter som lobotomerte. Det dreide seg om passivisering av besværlige innlagte, å gjøre de innlagte mer rolige og føyelige for å skape ro på avdelingene. Han mener indikasjon var ledet av kontrollhensyn, det vil si pleievanskeligheter.<sup>282</sup> Og Tranøy sier dertil at dette ikke bare gjaldt for lobotomi, men at også insulin, cardiazol- og elektroshokk ble brukt til dette, noe Hermundstad også påpeker.<sup>283</sup>

Haave trekker fram at lobotomi ikke alltid ble utført med tanke på utskrivning, men at en i mange tilfeller bare håpet på en viss anstaltbedring. «I det hele synes lobotomi på Sanderud oftere å ha blitt vurdert som et tiltak for å bøte på en vanskelig forpleinings- og plassituasjon enn som et tiltak for å gjøre pasienten bedre i medisinsk forstand.»<sup>284</sup> Det var godt nok resultat av lobotomien å få pasifisert pasienter som hadde vært lenge i asyl, pasienter som var

---

<sup>277</sup> Tranøy 1993: 27.

<sup>278</sup> Tranøy 1993: 27.

<sup>279</sup> Tranøy 1993: 28-29 og Kringlen 2007: 233.

<sup>280</sup> Hermundstad 1999: 154 og Kringlen 2007: 233.

<sup>281</sup> Tranøy 1991: 66.

<sup>282</sup> Tranøy 1991: 60-63.

<sup>283</sup> Tranøy 1993: 85-86 og Hermundstad 1999: 23.

<sup>284</sup> Haave 2008: 316.

sterkt reduserte, urenlige, urolige og en plage for seg selv, sine medpasienter og pleiere. Det var godt nok å få flyttet dem til en roligere avdeling og kanskje sette dem i litt arbeid.<sup>285</sup>

Kragh samt Dale og Sirnes fremhever at de pasientene som ble vurdert som urolige og motstrebende, med aggresjon som et av hoved symptomene, ofte ble vurdert egnet for lobotomi.<sup>286</sup>

*«Når angst, depresjon og hallusinose ikke dominerer så meget som aggresjon (blant de lobotomerte), kan det tyde på at det i mange tilfeller har vært pasientenes ytre objektive atferd og forpleiningsvansker mer en pasientenes subjektive plager som har vært bestemmende ved utvelgelsen av de pasienter som «egnet» seg for leucotomi.»<sup>287</sup>*

### **6.3 Indikasjoner for operasjon**

NOU-utredningen fra 1992 kom frem til den konklusjonen at det var en del som talte for at forpleiningsvansker kunne vært tillagt en stor vekt når pasienter ble vurdert som egnet for lobotomi, utvalget mente det synes å ha vært tilfelle når symptomene var mer preget av aggresjon enn av angst og hallusinose.<sup>288</sup>

NOU-utredningen trekker frem de indikasjonene som overlege Ørnulv Ødegård ved Gaustad sykehus mente burde anvendes; sykdommen måtte være plagsom for den syke og komplett invalidiserende med liten sjanse for spontan remisjon. Det burde ikke ventes for lenge med de schizofrene. 1-2 år etter sykdommens begynnelse var det beste, for at sykdommen ikke skulle være for langt fremskreden slik at det da ikke lenger var mulig å oppnå helbredelse. Og det var de med kroniske depresjoner som hadde best prognoser. Lobotomi var lite virksom ved kroniske schizofrenier, og de med kriminell fortid og de åndssvake med psykotiske komplikasjoner var kontra-indikasjoner, mente han.<sup>289</sup>

Hermundstad trekker frem at siden situasjonen som preget sykehusene på denne tiden, som oppbevaring av pasienter og med lite effektive behandlingsmetoder, ble det å dempe urolige pasienter raskt en viktig indikasjon for lobotomi. Hensikten var å lette arbeidspresset for de ansatte gjennom å passivisere disse pasientene.<sup>290</sup>

---

<sup>285</sup> Haave 2008: 315.

<sup>286</sup> Kragh 2010: 183.

<sup>287</sup> Dale og Sirnes 1974: 42. Denne konklusjonen trekker også Tranøy frem i 1991: 110.

<sup>288</sup> NOU 1992: 48.

<sup>289</sup> NOU 1992: 35-36.

<sup>290</sup> Hermundstad 1999: 152 og 154.

De første 101 kvinnene som ble operert ved Umedalen ble beskrevet som pasienter som rev klær o.l., de led av negativisme og hallusinasjoner. Fra sykehusets synspunkt var de vanskelige å forpleie og representerte uorden og kaos.<sup>291</sup>

Dale og Sirnes fant at alle pasientene som ble lobotomert ved Opdøl var sykehusets dårligste, innlagt på uroligavdeling eller isolat. Her ble ingen operert uten å ha prøvd elektrosjokk, sovekurer og insulin først.<sup>292</sup> NOU-utredningen fant at de aller fleste hadde blitt behandlet med insulinkoma, cardiazol- og/eller elektrosjokk før de ble lobotomert. Og at: «*Det er neppe grunnlag for å hevde at ikke forutsetningen om at all annen behandling skulle være forsøkt, ble fulgt i norsk praksis.*»<sup>293</sup>

Kragh fant at det langt fra var alle terapier som hadde blitt forsøkt før lobotomi ble valgt ved Vordingborg. Kun 2,4% av de lobotomerte hadde prøvd både insulin, cardiazol- og elektrosjokk og en av de mindre vanlige terapier (hormoner, sulfosin, narkoanalyse m.m.). Cardiazolsjokk var den behandlingen som hadde blitt mest prøvd med 71,5%, deretter elektrosjokk med 57,1%, og insulin med 44,5%. En gruppe på 7,3% hadde ikke blitt behandlet før lobotomi. Og 26,6% hadde bare gjennomgått en type behandling.<sup>294</sup>

De mest brukte indikasjonene ved Vordingborg var urenslighet, aggressivitet/vold, annen behandling uten effekt, forpinthet, uro og ødeleggelsestrang og disse ble fremhevet for både kvinner og menn som ble vurdert som egnet til lobotomi. Og overfor menn kunne også lobotomi bli vurdert i forbindelse med å dempe på seksuelle tilbøyeligheter, da som kontroll og disiplinering av avvikende seksuell adferd.<sup>295</sup>

Men Kragh fant også at en gruppe av de lobotomerte var innlagt på de rolige avdelingene på Vordingborg. Det var flere med diagnoser som tvangsnevrose og manio-depressive pasienter hvor det ble lagt større vekt på diagnose enn på enkelt symptomer. Pasienter med adferd som ikke var et problem for sykehuset, men hvor diagnosene i større grad ble vurdert i forhold til sykdommens varighet og tidligere forsøk med andre behandlinger. Vurderingen bestod da av hvor forpinte pasientene var av sine tvangstanker, hallusinasjoner, depresjoner eller angstanfall. I disse tilfellene kunne lobotomi være en løsning for å bedre pasientenes tilstand

---

<sup>291</sup> Øgren 2007: 48.

<sup>292</sup> Dale og Sirnes 1974: 108.

<sup>293</sup> NOU 1992: 48.

<sup>294</sup> Kragh 2010: 259-260.

<sup>295</sup> Kragh 2010: 252, 254 og 259.

og legene hadde tro på at operasjonen kunne føre til utskrivelse.<sup>296</sup> Dette mente han var en gruppe pasienter som ikke passet inn i de to hovedforklaringene.

Kragh konkluderer for Vordingborg at det var store forskjeller i utvelgelsen av pasienter til lobotomi. Indikasjonene pekte i begge retninger, det var ikke bare enten som kontroll og disiplinering eller som siste utvei, men også en gruppe pasienter hvor disse to forklaringene ikke passet i så stor grad. Lobotomi som kontroll og disiplinering passet for de pasientene hvor det var fokus på et enkelt symptom, som aggresjon, uro, ødeleggelsestrang og urenslighet som utgjorde et problem i hverdagen på sykehuset. Lobotomi som siste utvei, med vekt på at pasientene var kronikere, langvarige sykdommer og annen behandling uten effekt var tilstede, men dette var ikke de mest hyppige indikasjonene. Og det var en tredje gruppe av pasientene som ble lobotomert som ikke passet inn i de to hovedforklaringene. I disse tilfellene hadde en tro på at pasientene skulle bli helbredet, særlig ved tvangsnevrose og pasienter på rolige avdelinger, som ikke utgjorde et problem. Resultatene var også best for denne type pasienter. Overfor disse ble ikke lobotomi brukt som kontroll og disiplinering eller som en siste utvei.<sup>297</sup>

Tranøy kommer frem til i både *I sinnssykehuset vold. Innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus* og i *Lobotomi i skandinavisk psykiatri* at det var pleievansker som mer eller mindre dominerte indikasjonsbildet, og at lobotomi ble brukt som disiplinering.<sup>298</sup> Men i den sistnevnte publikasjonen påpeker han også at noen enkelte kunne samtykke til behandlingen; «*Kun 5 – ca. 4% var mer eller mindre innstilt på og forsonet med lobotomi-inngrep, 3 av disse ba om å bli lobotomert, 2 av de 5 var frivillig innlagt.*»<sup>299</sup> Han går imidlertid ikke nærmere inn på dette.

## 6.4 Resultater av operasjon

Hermundstad og Dale og Sirnes påpeker at det ble meldt om strålende resultater av de første lobotomi operasjonene, og at både Egas Moniz og Walter Freeman var overbevist om at behandlingen kurerter eller lindret tilstanden for 2/3 av pasientene. De hevdet at omtrent 1/3 ble «sosialt helbredet», det vil si at de kunne vende tilbake til samfunnet. 1/3 ble bedre, slik at

---

<sup>296</sup> Kragh 2010: 254 og 256.

<sup>297</sup> Kragh 2010: 398-399 og 401.

<sup>298</sup> Tranøy 1991: 86 og Tranøy 1993: 85-86.

<sup>299</sup> Tranøy 1991: 86.

de kunne bli flyttet til en roligere avdeling eller utskrives til privatpleie. Mens 1/3 forble uforandret. Operasjonsdødeligheten var på ca. 3%.<sup>300</sup>

Den første norske etterundersøkelsen ble gjort av Cristopher Lohne Knudsen og omfattet 48 pasienter fra Gaustad og 39 pasienter fra Dedichen, alle lobotomert før 1 februar 1948. De schizofrene utgjorde 71,5% av de lobotomerte pasientene. Litt over 40% ble utskrevet som arbeidsdyktige, ca. 25% ble ansett som betydelig anstaltbedret, og ca. 15% ble ansett som lettere anstaltbedret. Bare to pasienter ble ansett som uforandret og ingen var blitt verre. Dødeligheten i denne gruppen av lobotomerte var på 17%.<sup>301</sup>

Dale og Sirnes fant at anstaltbedring var det beste resultatet ved Opdøl. Jo lengre sykdommen hadde vart før operasjon jo dårligere ble resultatet av operasjonen. Pasientene ble som regel mindre engstelige og mindre aggressive etter en lobotomi og spesielt reduksjonen av aggressivitet var påfallende.<sup>302</sup>

Konklusjonen for de 64 lobotomerte ved Opdøl var at 10,9% ble utskrevet uten offentlig forpleining, 20,3% ble utskrevet med offentlig forpleining, 20,3% ble betydelig anstaltbedret, 9,3% ble lettere å forpleie, 23,4% forble uforandret, 2,5% ble forverret og 12,5% døde. Av de som ble lobotomert og ikke behandlet med medikamenter etterpå, var det bare en mann og tre kvinner som oppnådde full remisjon. Generelt var det bedre resultater hos kvinner enn menn.<sup>303</sup>

På Vordingborg ble det notert komplikasjoner som kramper, blødninger, urininkontinens, drastiske vektøkninger og lammelser i en side av kroppen. Det ble registret krampeanfallet hos 33,5% av pasientene, og det kunne variere mellom enkelte og meget hyppige anfallet. En mindre del døde etter status epilepticus.<sup>304</sup> Lobotomi kunne også være en medvirkende årsak til andre dødsfall. Hvis en teller alle dødsfall hvor lobotomi ble sett på som en direkte eller medvirkende årsak til dødsfallet var operasjonsdødeligheten på 6,3% for pasientene ved Vordingborg.<sup>305</sup>

---

<sup>300</sup> Hermundstad 1999: 145-146 og 153. Og Dale og Sirnes 1974: 22.

<sup>301</sup> NOU 1992: 39.

<sup>302</sup> Dale og Sirnes 1974: 57, 61 og 89.

<sup>303</sup> Dale og Sirnes 1974: 107-109.

<sup>304</sup> Status epilepticus=vedvarende epileptiske anfallet, Nylenna 2004: 329.

<sup>305</sup> Kragh 2010: 354.



Ved Umedalen var det høy operasjonsdødelighet de første årene, gjennomsnittlig for årene mellom 1947 og 1955, var operasjonsdødeligheten på 7,3%.<sup>306</sup>

## 6.5 Oppsummering

Flere kvinner enn menn ble lobotomert ved Umedalen i Sverige og på Vordingborg, men også ellers i Danmark. I Norge ble like mange menn og kvinner lobotomert. Kragh fant at flere gifte kvinner enn gifte menn ble lobotomerte, og han mente det hadde sammenheng med at kvinner generelt hadde bedre sosiale muligheter i forbindelse med en utskrivelse. Generelt lå alderen til pasientene mellom 30 og 49 år. Innleggelsestiden varierte fra sykehus til sykehus, men generelt var det ikke en nødvendig betingelse med en lang varighet av sykdom eller tallrike innleggelser. Det var de schizofrene som utgjorde største parten av de lobotomerte både i Norge, Sverige og Danmark.

For de foreliggende arbeidene er det kontroll og disiplinering som i hovedsak dominerer som forklaring, men også lobotomi som siste utvei. Lobotomi ble brukt som en siste utvei behandling, for pasienter med meget lang innleggelsestid og hvor all annen behandling hadde sviktet. Målet med behandlingen var da å lette eller bedre pasientenes tilstand. Men hovedsakelig ble lobotomi brukt som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter i både Norge, Sverige og Danmark. Overfor pasienter som utgjorde forpleiningsvansker og hvor symptomer som urolighet og aggressivitet dominerte.

Kragh fant imidlertid at dette ikke gjaldt for alle pasientene ved Vordingborg. Her var det også en tredje gruppe pasienter som var innlagt på de rolige avdelingene og som ikke utgjorde noen forpleiningsvansker som ble lobotomert. Vurderingen bestod av hvor forpinte pasientene var av sine tvangstanker, hallusinasjoner, depresjoner eller angstanfall og om en hadde håp om å få disse pasientene utskrevet.

Dale og Sirnes fant at anstaltbedring var det beste resultatet, og det var dødelighet på 12,5% for de lobotomerte pasientene ved Opdøl. Dødeligheten var på 6,3% for de lobotomerte pasientene ved Vordingborg og 7,3% for de lobotomerte pasientene ved Umedalen.

---

<sup>306</sup> Øgren 2007: 46-47.

## **7. De lobotomerte pasientene på Eg, indikasjoner for lobotomi og samtykkepraksis**

Dette kapittelet skal handle om de lobotomerte pasientene på Eg, og som for de andre behandlingsmetodene, presentert i kapittel 4 og 5, skal vi se hvordan disse pasientene fordeler seg på kjønn, gjennomsnittsalder, gjennomsnittlig innleggelsestid, diagnoser og andelen som ble utskrevet som ikke sinnssyke. Men til forskjell fra de andre behandlingsmetodene undersøker jeg også varigheten på asyloppholdet både før og etter operasjon samt annen behandling som pasientene fikk før det ble anvendt lobotomi. Dette gjør jeg for å holde mitt materiale opp mot funn og forklaringer gitt i tidligere forskning, og som jeg presenterte i kapittel 6.

Jeg sammenligner mine funn om de lobotomerte pasientene på Eg hovedsakelig med det Dale og Sirnes har beskrevet fra Opdøl i Norge, det Øgren har dokumentert fra Umedalen i Sverige og det Kragh har dokumentert fra Vordingborg i Danmark.

Under del 7.2 ser jeg nærmere på hvilke indikasjoner for lobotomi som var de mest fremtredende for pasientene på Eg. Dette blir sammenlignet med indikasjonene som ble presentert i del 6.3.

I neste del, 7.3 blir det diskutert i hvor stor grad de lobotomerte pasientene på Eg ser ut til å ha indikasjoner som stemmer overens med de to hovedforklaringene som har dominert i forhold til hvorfor pasienter har blitt lobotomert. Ble lobotomi brukt som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter eller som en siste utvei på Eg? Og er der noen pasienter som ikke kan plasseres innenfor disse to forklaringene?

Til slutt undersøker jeg nærmere samtykkepraksisen rundt lobotomi i Sverige, Danmark og Norge, og praksisen på Eg. I hvor stor grad ble de pårørende spurt om tillatelse i forbindelse med lobotomi? I hvor stor grad ga de samtykke? Og hvor mye hensyn tok legene på Eg til de pårørendes ønsker?

### **7.1 De lobotomerte pasientene på Eg**

Hvordan fordeler de lobotomerte pasientene på Eg seg på kjønn, gjennomsnittsalder, sivilstatus, gjennomsnittlig innleggelsestid, diagnoser og andelen som ble utskrevet som ikke sinnssyke? For de lobotomerte undersøker jeg også varigheten på asylopphold før og etter operasjon og annen behandling forsøkt før og etter lobotomi.

Først presenterer jeg de lobotomerte kvinnene og mennene i hver sine tabeller, det som blir presentert i disse tabellene blir kommentert i punktene som følger. Tabellene er sammensatt av mine registrerte data fra kildene og viser de pasientene på Eg som ble behandlet med lobotomi. De utgjorde totalt 22 personer av 357 utskrevne pasienter.

Tabellen viser de kvinnelige lobotomerte pasientene i mitt materiale fra Eg som ble lobotomert.

Ref.nr.	Sivil status	Diagnose +tilstand ut	Inn. lengde	Alder ved op.	Op. år	Behandling før	Behandling etter	Utfall av operasjon
269-2 Agnes	Enke	Ins.man.mel. Sinnssyk	17år, 7mnd	56	Mai 1953	Cardiazol, 291 ECT		Anstaltbedret
269-3 Ranveig	Gift	Schizofrenia. Ikke sinnssyk	7år, 10mnd	48	Mars 1954	246 ECT, insulin		Bedret
269-5 Astrid	Gift	Schizofrenia. Sinnssyk	7år, 6mnd	46	Okt. 1954	19 ECT		Bedret
271-1 Tiril	Gift	Schizofrenia. Død	9år, 3mnd	29	Okt. 1952	158 ECT	Largactil/ hibanil+ phenergan. Reserpin	Uforandret. (Død, tarmslyng)
272-8 Laila	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	4år, 8mnd	51	Mai 1955		Reserpin	Anstaltbedret
274-14 Jenny	Skilt	Dem. Paranoid. Sinnssyk	22år, 6mnd	62	Mai 1954	59 ECT	Reserpin	Anstaltbedret
274-15 Ingrid	Separert	Schizofrenia. Sinnssyk	4år, 6mnd	35	Feb. 1955	Insulin. 57 ECT	Pacatal- Hibanil. Reserpin- Hibanil+ phenergan	Uforandret
274-16 Frøydis	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	10år, 6mnd	39	Des. 1952	Insulin. 214 ECT	Largactil/ hibanil+ phenergan. Reserpin	Uforandret
269-4* Vigdis	Ugift	Tvangsnevrose. Ikke sinnssyk	3mnd (6mnd)	50	Nov. 1954			Bedret
276- 23* Frida	Ugift	Psych. e. const. Sinnssyk	1mnd (7år)	31	Juli 1952	ECT		(Bedret)

Tabell 7: De kvinnelige lobotomerte pasientene på Eg som ble utskrevet i perioden 1955-59.

\*utskrevet fra Eg for å bli lobotomert i Oslo.

Tabellen viser de mannlige pasientene i mitt materiale fra Eg som ble lobotomert.

Ref.nr.	Sivil status	Diagnose +tilstand ut	Inn. lengde	Alde r ved op.	Op. år	Behandling før	Behandling etter	Utfall av operasjon
327-6 Johannes	Ugift	Schizofrenia. Ikke sinnssyk	7år, 8mnd	25	April 1952	118 ECT		Bedret
327-9*	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	1år, 11mnd	30	Feb. 1955	Insulin, 65 ECT		Bedret
327-10 Bjørn	Ugift	Schizofrenia. Død	1år, 2mnd	32	Mar s 1955	55 ECT		Døde
327-11 Tom	Ugift	Schizofrenia. Død	3år, 6mnd	22	Mai 1955	51 ECT		Døde
327-12 Øyvind	Ugift	Schizofrenia. Død	2år	42	Mar s 1955	24 ECT		<i>(dør 3dag etter op.)</i>
327-13 Thor	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	16år, 5mnd	43	Nov. 1953	17 ECT		Anstaltbedret
328-5 Magne	Ugift	Psych.man.mel . Sinnssyk	13år, 4mnd	60	Feb. 1954	206 ECT		Ikke oppgitt
329-1* Lars	Gift	Schizofrenia. Ikke sinnssyk	1år, 6mnd	42	April 1955	Insulin. 62 ECT		Bedret
330-10 Trygve	Ugift	Schizofrenia. Død	6 år, 6mnd	43	Nov. 1954	124 ECT	ECT. Klorpromazin (Hibanol /Largactil)	Uforandret
331-9* Kjell	Gift	Psych.e.const. Ikke sinnssyk	1år, 3mnd	32	Sept . 1955	33 ECT. Insulin. Klorpromazin	Largactil. Hibanol+ Phenergan	<i>Bedret</i>
335-17 Arild	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	21år	44	Mai 1952	68 ECT	Klorpromazin . ...	Uforandret
341-14 Tormod	Ugift	Schizofrenia. Død	13år, 5mnd	60	Nov. 1954	25 ECT	Hibanol. Reserpin. Phenergan. Trilafon	Uforandret

Tabell 8: De mannlige lobotomerte pasientene på Eg som ble utskrevet i perioden 1955-59.

\*sendes til Oslo for å bli lobotomert.

\*Det var to kvinner som reiste til Oslo og tre menn som ble sendt til Oslo for å bli operert av dr. Arne Torkildsen, årsakene til dette blir presentert nedenfor.

Når det gjelder hvem som utførte lobotomi-operasjonene på pasientene på Eg ser det ut til at disse har vært utført av kirurger utenfor Eg sykehus faste legestab. Jeg har funnet to brev i to forskjellige journaler sendt fra Eg, signert overlegen A. Braarvig, til moren i det ene tilfellet og til vergen i det andre, der ble det opplyst at: «Operasjonen vil bli utført av overlege Brodersen, Kristiansand komm. Sykehus.»<sup>307</sup> Operasjonsbeskrivelsesarkene som er vedlagt for samtlige av de 17 pasientene som ble operert i Kristiansand opplyser alle at det var Brodersen som var operatør, og at alle inngrepene var en leukotomia bilateralis.<sup>308</sup> Om alle operasjonene har foregått fysisk på Kristiansand kommunale sykehus er derimot mer usikkert, da jeg i en journal for en av de mannlige lobotomerte fant et notat om at han «ble flyttet til Nybygget (på Eg) for operasjon»<sup>309</sup> Så det kan tenkes at noen av operasjonene også ble foretatt der. Hvilke kvalifikasjoner Brodersen hadde for å utføre slike spesialiserte inngrep og om noen av legene ved Eg deltok ved operasjonene opplyser ikke journalene om.

Det var i mitt materiale også en kvinne og to menn som ble lobotomert før de ble innlagt på Eg. Den ene mannen ble lobotomert på Dedichen, de to andre på Gaustad. Den mannlige pasienten som ble lobotomert på Gaustad døde på Eg av epilepsi som bivirkning etter lobotomi. Disse pasientene blir ikke presentert eller omtalt i den videre analysen her, da det er usikkert hva som var indikasjonene for at de ble lobotomert.<sup>310</sup>

### 7.1.1 Kjønnfordelingen

Sagedal oppgir at totalt 86 pasienter ble lobotomert på Eg mellom 1951 og 1957.<sup>311</sup>

Blant de utskrevne pasientene i perioden 1955-59 fant jeg at ti kvinner og 12 menn, 22 pasienter av totalt 357 utskrevne pasienter, ble lobotomert. Åtte av kvinnene ble operert på Eg og to av kvinnene ble utskrevet fra Eg for å bli operert i Oslo. Ni av mennene ble operert på Eg og tre av mennene ble sendt til Oslo for operasjon mens de var innlagt på Eg. Når det gjelder de to kvinnene som ble lobotomert i Oslo er det i Vigdis sitt tilfelle ikke klart hvem som ønsket at operasjonen skulle bli utført i Oslo fremfor i Kristiansand. Journalen opplyser ikke om det. Men for Frida ser en av journalen at det var familien hennes som hentet henne ut fra Eg for å få henne lobotomert i Oslo. Hvorfor familien ville dette opplyser ikke journalen

---

<sup>307</sup> Brev til moren fra Eg, A. Braarvig, dato 7.10.52, 271-1 og Brev til vergen fra Eg, A. Braarvig, dato 17.1.53, 269-2, ESA, SAK.

<sup>308</sup> Se vedlegg 5: operasjonsbeskrivelsesark.

<sup>309</sup> Kont 6, 335-17, ESA, SAK.

<sup>310</sup> 270-10, 330-9 og 341-15, ESA, SAK.

<sup>311</sup> Sagedal 1981: 129.

om. For de tre mennene som ble sendt til Oslo er det for Kjell og Lars uvisst hvem som ønsket at de skulle bli operert i Oslo. Men for John var det familien som ville han skulle bli operert i Oslo, hvorfor familien ville dette opplyser ikke journalen om, men en kan anta at familien mente at en operasjon i Oslo ville kunne gi et bedre resultat, kanskje ved at kirurgen der hadde mer erfaring og trening.

Som beskrevet i del 6.1 fant NOU-utredningen at det ikke var særlige kjønnsforskjeller når det kom til antall kvinner og menn som ble lobotomert i Norge, men i både Sverige og Danmark var det vanlig at flere kvinner enn menn ble lobotomert.

Det var i mitt materiale fra Eg flere pasienter som ble lobotomert enn pasienter som ble behandlet med malaria og cardiazol. Og det var færre pasienter som ble lobotomert enn pasienter som ble behandlet med elektrosjokk, medikamenter og pasienter som ikke ble behandlet, jamfør kapittel 4 og 5.

I tillegg til de 22 pasientene som ble lobotomert var det fem kvinnelige pasienter det hadde blitt søkt om tillatelse til operasjon for, men uten at denne ble gjennomført. Se vedlegg 6 med tabell over disse pasientene. Jeg fant ikke at det var tilfellet for noen av de mannlige pasientene som ble utskrevet i perioden 1955-59. Hadde disse fem kvinnene også blitt lobotomert ville det ha vært flere kvinner enn menn som ble lobotomert på Eg. At det ble søkt om tillatelse til operasjon vil si at Eg henvendte seg til de pårørende med forespørsel om å få foreta en lobotomi på pasienten. Årsakene til at disse kvinnene ikke ble operert er for Lisbeth og Solfrid uvisst. Det er ingenting i journalene deres som omhandler lobotomi bortsett fra et notat på forsiden av journalen, oppi i høyre hjørne hvor det er blitt notert hvilken dato Eg søkte om tillatelse til operasjon. I Torbjørg sitt tilfelle ble det opplyst at alle søsken hadde nektet, men ikke hvilke begrunnelser de hadde for dette. For Olivia ble det opplyst at det var de pårørende som ikke ønsket at operasjonen skulle bli utført. Oline blir beskrevet nærmere under i del 7.4.4. Vi kan derfor anta at det antagelig også er de pårørende som har avstått operasjon for Lisbeth og Solfrid.

### **7.1.2 Alder**

For de 22 utskrevne lobotomerte pasientene på Eg var gjennomsnittsalderen ved operasjon 44,7 år for kvinner og 39,5 år for menn. NOU-utredningen fant at 56,4% av 1772 lobotomerte pasienter i Norge var mellom 30 og 49 år. Dale og Sirnes fant en gjennomsnittsalder på 41,3 år for kvinner og 39,7 år for menn. Gjennomsnittsalderen var høyere på Eg enn på Opdøl når

det gjelder kvinnene, fire år eldre på Eg, men tilnærmet lik for mennene. Ved Umedalen i Sverige fant Øgren at gjennomsnittsalderen var 44,8 år for kvinner og 39,5 år for menn, dette er så å si identisk med pasientene på Eg. På Vordingborg var hovedvekten av de lobotomerte mellom 30 og 49 år. Eg skiller seg i så måte ikke fra det andre har funnet om alderen til lobotomerte pasienter.

For å sammenligne med de pasientene som ble behandlet med de øvrige behandlingsmetodene har jeg også regnet ut gjennomsnittsalderen ved innleggelsen, den var 38,8 år for kvinner og 33,6 år for menn for de lobotomerte pasientene.

I forhold til de andre behandlingsmetodene var de lobotomert pasientene yngre enn både de pasientene som ble behandlet med de øvrige behandlingsmetodene og de pasientene som ikke ble behandlet blant de utskrevne i perioden 1955-59. Med unntak av de pasientene som ble behandlet med cardiazol og utskrevet i perioden 1935-39 som var yngre enn pasientene som ble lobotomert. Årsakene til at det var de lobotomerte og de cardiazol behandlede pasientene som var yngst kan kanskje ha sammenheng med at disse to behandlingsmetodene var harde påkjenninger og alvorlige i forhold til komplikasjoner. Det kan ha blitt oppfattet som for risikabelt å forsøke disse metodene på eldre pasienter, og at så dramatiske inngrep helst burde forsøkes på personer som kunne ha et langt yrkesliv foran seg.

### **7.1.3 Sivilstatus**

Sivilstatus for de lobotomerte kvinnene var 10% enker, 10% separert og 10% skilt, 30% gift og 40% ugift. For de lobotomerte mennene var 16,6% gift og 83,3% ugift. Det var flere kvinner som var eller hadde vært gift enn menn.

Som vist i forrige kapittel mente Kragh at sykehusene anså at gifte kvinner hadde en bedre sosial mulighet ved utskrivelse og at en ved sykehusene oftere hadde håp om å få dem utskrevet igjen, fordi de hadde en mann og barn som trengte dem på utsiden. Om dette er årsaken til at flere gifte kvinner enn menn ble lobotomert på Eg kan det ikke konkluderes med i mitt materiale. Det kan dessuten også diskuteres om ikke Kraghs mening også burde gjelde for gifte menn, de ville jo også hatt bedre sosiale muligheter ved utskrivelse, de hadde kone og kanskje også barn som var avhengig av mannen til forsørgelse. Hvorvidt sivilstatus ble vektlagt kan også ha vært en individuell vurdering av de ulike legene på de forskjellige sykehusene.

I forhold til pasientene som ble behandlet med de øvrige behandlingsmetodene var det stort sett en liten overvekt av flere gifte kvinner i forhold til menn, med unntak av de som ble behandlet med medikamenter. Men materiale mitt viste at det ikke var så store forskjeller så jeg valgte å ikke vektlegge dette i kapittel 4 og 5.

#### **7.1.4 Gjennomsnittlig innleggelsestid og varigheten på asyl opphold før og etter operasjon**

Gjennomsnittlig innleggelsestid totalt for siste opphold, både før og etter operasjon, var ni år og tre måneder for kvinner og syv år og seks måneder for menn. Sammenlignet med de andre behandlingsmetodene er innleggelsestiden lengre for de lobotomerte pasientene.

For de lobotomerte pasientene på Eg var gjennomsnittlig varighet på siste sammenhengende asylopphold før operasjon syv år og fire måneder for kvinnene og seks år for mennene. Til sammenligning var dette 7,6 år for kvinner og 10,7 år for menn ved Opdøl. Hva som kan forklare at det var lengre opphold for menn innlagt ved Opdøl enn menn innlagt på Eg er usikkert. Men som oversikten til Tranøy viser, se kapittel 6.1.3, kunne innleggelsestiden variere fra sykehus til sykehus.

Hvis jeg tar utgangspunkt i måten Kragh delte inn innleggelsestiden for pasientene på Vordingborg, og gjør det samme for pasientene i mitt materiale fra Eg, men inkluderer de som var innlagt i et år og noen måneder i første gruppe, de som var innlagt i fire år og noen måneder i andre gruppe og de som var innlagt i ni år og noen måneder i tredje gruppe, blir det følgende prosentfordeling:

<b>Innleggelsestid</b>	<b>Vordingborg %</b>	<b>Eg %</b>
0-1 år (og noen mnd)	Ca. 25%	27,2%
2-4 år og noen mnd	29%	18,1%
5-9 år og noen mnd	21,4%	22,7%
Over 10 år	24,6%	31,8%

Tabell 9: Prosentfordeling av lobotomerte pasienter på Vordingborg og Eg i forhold til innleggelsestid. Tallene fra Eg er basert på de 22 lobotomerte pasientene som ble utskrevet i årene 1955-59.



De største forskjellene fremkommer da mellom de pasientene som var innlagt mellom to og fire år før operasjon, her var det flere på Vordingborg enn på Eg. Og de pasientene som var innlagt over ti år før operasjon, her var det flere på Eg enn på Vordingborg.

Gjennomsnittlig varighet på asylopphold etter operasjon var for de pasientene som ble lobotomert på Eg og utskrevet i perioden 1955-59 et år og elleve måneder for kvinnene og et år og seks måneder for mennene.

Dale og Sirnes fant at kvinnene trengte kortere opphold på sykehus etter operasjon, og de hadde og kortere opphold før operasjon enn mennene. Det er motsatt i mitt materiale fra Eg. Her var kvinnene både innlagt lengre før og etter operasjon enn mennene.

Øgren viser ikke til innleggelsestiden for de lobotomerte pasientene på Umedalen.

### 7.1.5 Diagnoser

Hvilke diagnoser hadde de 22 lobotomerte pasientene på Eg?

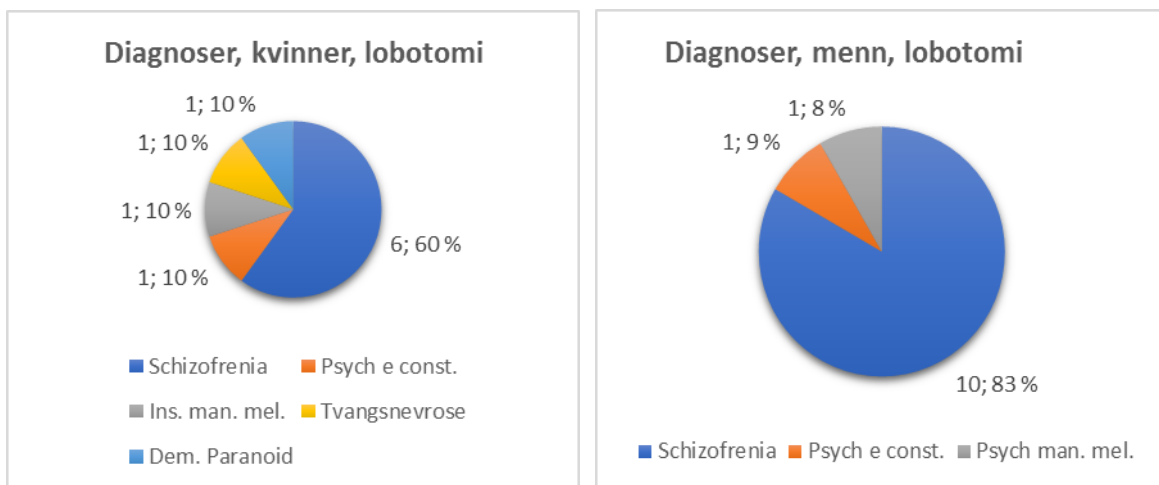


Diagram 25a: Diagnosefordeling for kvinner som ble lobotomert og utskrevet i perioden 1955-59.

Diagram 25b: Diagnosefordeling for menn som ble lobotomert og utskrevet i perioden 1955-59.

Av de 22 lobotomerte pasientene på Eg var det flest med diagnosen schizofrenia, 60% av de ti kvinnene og 83,3% av de 12 mennene. Det var en kvinne og en mann med diagnosen psychosis ex constitutione. Det var en kvinne og en mann med insania/psychosis manico

melancholia. En kvinne med diagnosen dementia paranoid og en kvinne med diagnosen tvangsnevrose. Siden tallene er små, må diagrammet leses med dette i mente.

Dale og Sirnes fant at 54 av 64 pasienter som ble lobotomert på Opdøl hadde fått diagnosen schizofrenia, det vil si 84,3%. Øgren fant at det tilsvarende var flest med diagnosen schizofrenia, ikke bare ved Umedalen, men også ellers i Sverige, blant de lobotomerte. Kragh fant at de schizofrene utgjorde 58,2% av de lobotomerte ved Vordingborg, og at det også var mange pasienter med en psykopat diagnose og flere med tvangsnevrose og manio-depressive pasienter. Blant de utskreven på Eg utgjorde de schizofrene 72,7% av de lobotomerte, totalt for begge kjønn. Det er mindre enn ved Opdøl, men mer enn Vordingborg.

På Eg er det blant de lobotomerte pasientene en større dominans av schizofrenia diagnosen i forhold til diagnosene gitt til pasientene som ble behandlet med de øvrige behandlingsmetodene. For de øvrige behandlingsmetodene jeg har undersøkt i denne studien var det pasientene behandlet med cardiazol på 1930-tallet som hadde den høyest andel av schizofrenia med 66.6% for begge kjønn sammenlagt.

#### **7.1.6 Behandling før og etter operasjon**

Sammenlagt for både kvinnene og mennene som ble lobotomerte på Eg var det av de 22 pasientene 4,5% som tidligere hadde blitt behandlet med både cardiazol og elektrosjokk, 27,2% som hadde blitt behandlet med både insulin og elektrosjokk, 59% som hadde blitt behandlet kun med elektrosjokk, og 9% som ikke hadde blitt behandlet før operasjonen.

Dertil var det 4,5% som ble behandlet med elektrosjokk og medikamenter, 36,3% som ble behandlet med medikamenter og 59% som ikke ble behandlet etter operasjon.

Ved Opdøl var både elektrosjokk, sovekur og insulinbehandling forsøkt før pasientene ble operert. Dette er ikke tilfelle for pasientene ved Eg. Unntaket i mitt materiale er at alle mennene hadde blitt behandlet med elektrosjokk før operasjon. Kragh fant at 26,6% av de lobotomerte pasientene på Vordingborg bare hadde gjennomgått en type behandling, på Eg var det 59% som kun hadde blitt behandlet med elektrosjokk før operasjonen. Og det var en gruppe på 7,3% som ikke hadde blitt behandlet før lobotomi ved Vordingborg, dette var 9% på Eg, så for disse pasientene var lobotomi den første behandlingsmetoden som ble forsøkt.

### **7.1.7 Andel utskrevet som ikke sinnssyke**

Med lobotomi som med de andre behandlingsmetodene presentert i kapittel 4 og 5, kan det ikke sies med sikkerhet at det var den registrerte behandlingen som førte til at pasientene ble friske eller vesentlig bedret, men at det ble oppfattet slik av sykehuslegene ved Eg, basert på informasjonene i journalnotatene. Disse forteller at:

Syv av de ti kvinnene og fire av de 12 mennene ble utskrevet som sinnssyke.

En kvinne og fem av mennene døde. Kvinnen døde av tarmslyng og to av mennene døde av henholdsvis prostatakreft med spredning til skjelettet og hjerteinfarkt. Tre av disse mennene døde som direkte eller indirekte følge av operasjonen. To av mennene døde av hjerneblødning og en mann døde av lungebetennelse tre dager etter operasjon.

To av kvinnene og tre av mennene ble utskrevet som ikke sinnssyke etter lobotomi. Den ene av disse mennene ble behandlet med medikamenter i etterkant av lobotomien, så det kan antas at det var behandlingen med disse som førte til at han ble ansett som frisk nok til å utskrives. Det var altså da to kvinner og to menn som ble ansett som friske nok til å kunne utskrives etter en lobotomi. Så for fire av 22 pasienter som ble lobotomert og utskrevet i perioden 1955-59 kan det se ut til at en lobotomi operasjon var vellykket som behandling for sinnssykdommen.

Når en tar utgangspunkt i det å bli utskrevet som ikke sinnssyk, var det flere pasienter som ble ansett som friske etter en behandling blant de pasientene som ble behandlet med cardiazol (5 av 9 pasienter) i perioden 1935-39 og pasientene som ble behandlet med elektroshokk (24 av 59 pasienter), medikamenter (31 av 109 pasienter) og de som ikke ble behandlet (22 av 76 pasienter) i perioden 1955-59, enn pasienter som ble ansett som friske etter en lobotomi.

### **7.1.8 Utfall av operasjon**

Utfallene av operasjonene på Eg og de som ble operert i Oslo, slik det ble registrert i journalnotatene, var tilsynelatende at fire (40%) av de ti kvinnene og fire (33,3%) av de 12 mennene ble bedret. Tre (30%) av de ti kvinnene og en (8,3%) av de 12 mennene ble anstaltbedret. Tre (30%) av de ti kvinnene og tre (25%) av de 12 mennene var uforandret. Ingen kvinner døde som følge av operasjon, tre (25%) av de 12 mennene døde, to av mennene døde av hjerneblødning, en mann døde av lungebetennelse tre dager etter operasjon. For en

(8,3%) av de 12 mennene var ikke utfallet av operasjonen oppgitt, det står ikke noe i journalen. Det var tre pasienter av totalt 22 som døde som følge av lobotomien.

Hvis en tar utgangspunkt i den journal registrerte bedringen og at 40% av kvinnene og 33,3% av mennene ble bedret etter operasjonen blir det en betydelig dårligere effekt av lobotomi som behandling enn for cardiazol som behandling av pasientene fra perioden 1935-39, her var det 80% av kvinnene og 75% av mennene som ble bedret etter cardiazol behandlingen. Men jeg vil igjen ta forbehold om at tallene er små.

Som beskrevet i innledning til kapittel 6 var epilepsi og krampeanfoll de vanligste komplikasjonene i forbindelse med en lobotomi operasjon. Og de lobotomerte pasientene ble, etter operasjonen, ofte beskrevet som noe apatiske, de viste tap av initiativ, overflattisk følelsesliv, mangel på energi og tiltaksløst, redusert spontanitet og økt irritabilitet.

For ti av de 22 lobotomerte pasientene på Eg ble det i journalene notert en eller flere slike senskader av operasjonen.

I journalen til Vigdis ble det notert at det synes som hukommelsen hennes var noe svekket etter operasjonen.<sup>312</sup> Når det gjelder krampeanfoll ble det registrert hos to av pasientene, John hadde flere kortvarige krampeanfoll<sup>313</sup> og Laila fikk fire måneder etter operasjonen krampeanfoll. I tillegg ble hun også beskrevet som nokså tom og noe sløvet.<sup>314</sup> Og det var flere pasienter som ble beskrevet som sløvet etter lobotomien. Jenny virket sløvet<sup>315</sup> og Tormod ble betegnet som helt sløv etter operasjon.<sup>316</sup> I Ranveigs journal ble det notert at hun virket svært tom og tøv etter operasjonen og hun måtte settes i gang og mases på hvis hun skulle få gjort noe.<sup>317</sup> Thor ble i journalen beskrevet som noe tiltaksløs og ustadig i arbeide.<sup>318</sup> Lars var noe tung og treg i sine reaksjoner, det ble også registrert at han virket interesseløs og noe følelsesmessig redusert.<sup>319</sup> Kjell ble også vurdert til å ha blitt følelsesmessig noe avflatet, og det ble notert at han var uten spontanitet og initiativ.<sup>320</sup> Tiril som før lobotomien var

---

<sup>312</sup> 269-4, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>313</sup> 327-9, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>314</sup> 272-8, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>315</sup> 274-14, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>316</sup> 341-14, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>317</sup> 269-3, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>318</sup> 327-13, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>319</sup> 329-1, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

<sup>320</sup> 331-9, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

pågående og urenslig og ble forpleid på isolat fikk etter operasjon også enkelte ganger en seksuelt preget oppførsel, noe hun ikke hadde hatt før operasjonen.<sup>321</sup>

## 7.2 Indikasjoner

Hvilke indikasjoner ser ut til å ha vært de mest fremtredende for de lobotomerte pasientene på Eg? I denne delen viser jeg bare hvor mange av pasientene som ser ut til å ha hatt de forskjellige indikasjonene, i neste del, 7.3 blir det diskutert i hvor stor grad indikasjonene for de lobotomerte stemmer overens med de to hovedforklaringene på hvorfor pasienter er blitt lobotomert.

I tabellen nedenfor har jeg listet opp hvilke indikasjoner som ifølge journalnotatene tilsynelatende var de mest fremtredende for de 22 pasientene som ble lobotomert på Eg og utskrevet i perioden 1955-59. Første kolonne er uro o.l. som inkluderer urolighet, sinne- og skjenneturer, utrygghet og truende. Andre kolonne er hallusinasjoner og vrangforestillinger. Tredje kolonne er annen behandling som ble forsøkt, men som bare hadde forbigående virkning eller var uten effekt. Fjerde kolonne er urenslighet eller seksuelt preget oppførsel. Og femte kolonne er utilgjengelighet. Det kan ikke fastslås med sikkerhet at det var dette som var de vesentligste indikasjonene, men basert på pasientjournalene og hvordan pasientene ble beskrevet ser det slik ut.

---

<sup>321</sup> 271-1, ESA, SAK, se også vedlegg 8.

Indikasjons tabell for de lobotomerte:

Pasient (alder ved op.)	Uro o.l.	Hallusinasjoner, vrangforestillinger	Annen behandling forsøkt	Urenslig, eller seksuelt preget oppførsel	Utilgjengelig
Agnes (56)	Urolig		Cardiazol, ECT		
Ranveig (48)	Uroperioder	Hørselshallusinert	ECT, Insulin		
Astrid (46)	Skjenneturer med jevne mellomrom	(religiøse) vrangforestillinger	ECT		
Tiril (29)	Urolig, isolatpasient		ECT	Svært urenslig	
Laila (51)	Urolig, vanskelig (lobotomert av pleiehensyn)	Hallusinert for syn og hørsel			
Jenny (62)	Urolig, hyppige skjenneturer	Sterkt hallusinert	ECT		
Ingrid (35)	Urolig	Synshallusinert	Insulin, ECT		
Frøydis (39)	Skjenne- og sinneturer	Hallusinert, hører stemmer	Insulin, ECT		
Vigdis (50)		Tvangsfenomener i form av vaskemani			
Frida (31)	Uroperioder		ECT		
Johannes (25)	Svært utrygg, urolig	Hallusinose	ECT		
John (30)	Turevis truende, virket utrygg		ECT, Insulin		
Bjørn (32)			ECT		Reagerer ikke, snakker ikke
Tom (22)	Turevis truende	Hører stemmer	ECT		
Øyvind (42)	Svært sint, skjenner, truende	Hallusinert	ECT		
Thor (43)	Etter hvert mer utrygg, sint		ECT	Urenslig	Meget sløv
Magne (60)	Utrygg, sinneturer,		ECT	River i stykker tøy, urenslig	
Lars (42)	Vanligvis fjern og utrygg	Tydelige paranoide vrangforestillinger	Insulin, ECT		
Trygve (43)		Iblant tydelig hallusinert	ECT		
Kjell (32)		Tvangsfenomener, tvangstanker av religiøs natur	Insulin, ECT		
Arild (44)	Etter hvert mer urolig	Hører stemmer, veldig plaget av disse	ECT	Onanerer	Betydelig sløvet
Tormod (60)	Isolatpasient, urolig (Lobotomert av pleiehensyn)	Sterkt hallusinert	ECT		

Tabell 10: Indikasjoner for de 22 lobotomerte pasientene på Eg i perioden 1955-59. Se også tabell 6 og 7.

## **Journalenes indikasjoner for de lobotomerte**

For de to kvinnene som ikke ble lobotomert på Eg, men innlagt i Oslo for operasjon, ser det ut til at det for Vigdis var hennes tvangsnevrose, i form av vaskemani som kan ha vært indikasjonen for lobotomi. Frida hadde uroperioder som til en viss grad kunne forkortes med elektrosjokk, ellers er det uvisst hva som kunne ha vært indikasjonen for lobotomi i hennes tilfelle.

For de pasientene som ble lobotomert mens de var innlagt på Eg, inkludert de tre mennene som ble sendt til Oslo for operasjon, er det urolighet og utrygghet som er de mest fremtredende indikasjonene. Seks av kvinnene og tre av mennene ble beskrevet som urolige. Syv av mennene ble beskrevet som utrygge og/eller truende, mens tre av kvinnene hadde skjenneturer. Det ser ut som kvinnene oftere enn mennene ble beskrevet som urolige og mennene oftere enn kvinnene ble beskrevet som utrygge og/eller truende.

Hallusinasjoner og vrangforestillinger var også fremtredende i journalene til de lobotomerte pasientene. Fem av kvinnene og seks av mennene var hallusinerte og en kvinne og to av mennene hadde vrangforestillinger eller tvangstanker.

Utilgjengelig var en del av beskrivelsene for tre av de lobotomerte mennene. Tre av de lobotomerte mennene ble i journalene betegnet som utilgjengelige, to som sløvet og en av mennene reagerte og snakket ikke. Urenslighet var tilstedeværende, men ikke en fremtredende beskrivelse av de lobotomerte pasientene på Eg.

Av de lobotomerte pasientene var det åtte av kvinnene og samtlige 12 av mennene som hadde blitt forsøkt behandlet med andre behandlingsmetoder, men enten med forbigående virkning eller uten nevneverdig effekt. En kvinne hadde blitt behandlet med cardiazol og elektrosjokk, tre av kvinnene og tre av mennene hadde blitt behandlet med insulin og elektrosjokk. Fire av kvinnene og ni av mennene hadde bare blitt behandlet med elektrosjokk før lobotomien. To av kvinnene hadde ikke blitt behandlet før lobotomien.

Urolighet og utrygghet ser ut til å ha vært de mest fremtredende indikasjonene for de lobotomerte pasientene på Eg, som det også var for pasientene ved Opdøl, Umedalen og Vordingborg, se del 6.3. Hallusinasjoner og vrangforestillinger preget også tilstandene for de lobotomerte på Eg, som Øgren også fant ved Umedalen. Som vist i del 6.3 ble pasientene på Opdøl forsøkt behandlet med både insulin, sovekurer og elektrosjokk før de ble lobotomert og i NOU-utredningen ble det hevdet at *«Det er neppe grunnlag for å hevde at ikke*

*forutsetningen om at all annen behandling skulle være forsøkt, ble fulgt i norsk praksis.»<sup>322</sup>*

Dette ser imidlertid ikke ut til å være tilfelle ved Eg, basert på mitt materiale av de utskrevne pasientene i årene 1955-59, var det kun syv av alle de 22 lobotomerte pasientene som hadde blitt forsøkt behandlet med to typer behandlingsmetoder før lobotomien. 13 av pasientene hadde bare blitt forsøkt behandlet med elektroshokk og to av pasientene hadde ikke fått noen form for behandling før de ble lobotomert. På dette området har Eg likhetstrekk med det Kragh fant for de lobotomerte pasientene på Vordingborg.

Indikasjonene blir også diskutert videre i den følgende delen 7.3.

### **7.3 De lobotomerte pasientene på Eg i forhold til de to hovedforklaringene**

I denne delen har jeg gruppert de lobotomerte pasientene på Eg etter det som ser ut til å være indikasjonene for hvorfor disse pasientene ble lobotomert og hvordan disse stemmer overens med de to hovedforklaringene, henholdsvis lobotomi som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter og lobotomi som en siste utvei. Jeg har også identifisert en siste gruppe, hvor de to hovedforklaringene ikke kan sies å stemme i like stor grad. For disse pasientene kan det se ut som det ble lagt vekt på indikasjoner som hadde med hvor forpinte de var av sine tvangstanker og hallusinasjoner. I gjennomgangen av hver gruppe trekker jeg fram noen av de lobotomerte pasienter og noen pasienter som ikke ble lobotomert, men som basert på pasientjournalene, kunne vært kandidater til lobotomi. Se vedlegg 7 for tabell over de pasientene som ikke ble lobotomert. De ligner de lobotomerte ved at de hadde tilsvarende opphold, diagnoser, innleggelsestid og beskrivelser i journalnotatene. Jeg trekker frem disse pasientene som eksempler, fordi de kan være med på å beskrive hovedforklaringene som har blitt gitt på at pasienter ble lobotomert, og de kan være med å belyse praksisen rundt utvelgelsen av pasienter til lobotomi. For mer utfyllende beskrivelser av både de pasientene som ble lobotomert og de pasientene som ikke ble lobotomert se vedlegg 8, her er også alle referansene til journalene satt inn.

#### **7.3.1 Kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter**

Som vist i indikasjonstabellene over var urolighet og utrygghet tilsynelatende de mest fremtredende indikasjonene for de lobotomerte pasientene på Eg. Jeg vil trekke frem to av de

---

<sup>322</sup> NOU 1992: 48.



lobotomerte pasientene, Laila og Tormod, som er spesielt egnet til å belyse hvorfor forklaringen av lobotomi som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter har dominert så mye som den har gjort. Se del 6.2.2. foran. Her trekker jeg også frem Turid som ikke ble lobotomert som eksempel på at det i mitt materiale fra Eg blant de utskrevne pasientene i perioden 1955-59 også var urolige pasienter som ikke ble lobotomert. Jeg vil også se nærmere på Tiril som ble lobotomert og Oda som ikke ble lobotomert, fordi disse to kvinnene, slik de ble fremstilt i journalene, hadde en del likhetstrekk.

Tormod (schizofrenia) ble innlagt i 1946. Av journalen fremgår det at han tidligere hadde vært innlagt på Eg fra 1919 til 1939 da ble han utskrevet til privatpleie. I 1946 maktet ikke lenger forpleieren å ha ham der, da han var sterkt hallusinert, urolig, urenselig og rev tøy. Tilstanden hans på Eg var preget av uro og sinneturer og av den grunn ble han ofte lagt på isolat. Behandling med elektroshokk hjalp bare forbigående. I en kopi av et brev Eg sendte til Tormods fetter står det at Tormod av forpleiningsmessige grunner ble lobotomert i 1954, men uten vesentlig bedring i tilstanden. Han var etter operasjonen helt sløv og måtte som regel ligge i isolat om natten fordi han rev tøy. Det ble forsøkt med antipsykotiske medikamenter, men uten særlig effekt. Men han ble litt lettere å stelle etter hvert. Tormod døde uventet av hjerteinfarkt i 1959.

Laila (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1952. Hun var hallusinert for syn og hørsel og hadde en rekke vrangideer. Fra innleggelsen og frem til operasjonen var tilstanden hennes uforandret, hun var rastløs, urolig og vanskelig. Det står i journalen at «*På grunn av stadig uro m.m. blev pas. i dag (18/5-55) leukotomert av overlegen. Brodersen.*»<sup>323</sup> Hun falt ikke helt til ro etter operasjonen, hun var fremdeles noe rastløs. Under behandling med reserpin ble hun mer ordnet og hjelpsom, men virket nokså tom og noe sløvet. Laila ble utskrevet til privatpleie i 1956.

For disse to pasientene står det direkte i journalene at de ble lobotomert på grunn av uro og av forpleiningsmessige grunner. Men materialet mitt viser at det også var urolige pasienter med lignende beskrivelser i journalene som ikke ble lobotomert, her trekker jeg frem Turid som eksempel.

Turid (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1921. Det er lite notater fra de første årene hun var innlagt, men det fremgår av journalen at hun som regel var ugrei, urolig og til dels aggressiv. Etter hvert som årene gikk ble det notert at hun var uforandret og fremdeles oppholdt seg i

---

<sup>323</sup> Kont 2, 272-8, ESA, SAK. Se også vedlegg 8.

avdeling D. Hun var innlagt i nesten 38 år og hele oppholdet var hun urolig, til dels aggressiv og voldsom. Og hun ble omtrent hele oppholdet forpleiet i kronisk avdeling D på isolat.

Hvorfor ble ikke Turid vurdert som en kandidat til lobotomi? Laila og Tormod ble lobotomert på grunn av uro og av forpleiningsmessige grunner. Turid var under hele sitt nesten 38 år lange opphold en urolig, til dels aggressiv og voldsom pasient. Og hun var omtrent hele oppholdet forpleiet i kronisk avdeling D på isolat. Hun ble som Tiril, se nedenfor, betegnet som en isolatpasient. Turid egner seg til å belyse at lobotomi ikke nødvendigvis var et bevisst inngrep for å disiplinere de pasientene som var vanskelig å ha med å gjøre, slik det har blitt hevdet. Hvis det var tilfellet ville denne pasienten ha blitt lobotomert.

Det kan også tenkes at årsaken til at Turid ikke ble lobotomert hadde med alderen å gjøre. Hun var 68 år da det ble begynt med lobotomi inngrep på Eg, men Tormod var 60 år ved operasjon og Jenny, som blir beskrevet nedenfor var 62 år ved operasjon.

Tiril (schizofrenia) ble innlagt i 1946 fordi hun ikke hadde vært som før etter hun fikk sitt barn. Hun var blitt rastløs, nervøs og hadde hyppige gråteturer. Oppholdet på Eg var preget av urolighet og elektroshjokk hadde ingen virkning. Hun var for det meste en isolatpasient, pågående og svært urenselig. «*Den siste tid før operasjonen fikk hun sjokk en gang i uken, nærmest av pleiemessige grunner.*»<sup>324</sup> Hun ble operert i 1952. Lobotomien var uten effekt og hun hadde fortsatt voldsomme skjenne og skriketurer og var svært urenselig. Hun fikk elektroshjokk også etter operasjon av pleiemessige grunner. Klorpromazin var også uten effekt. Tiril døde av tarmslyng i 1956.

Oda (schizofrenia) ble innlagt i 1950 og «*Første tegn til noe uvanlig hos pas. var at hun tidligere i høst vilde lære å kjøre bil og ta sertifikat.*»<sup>325</sup> Den første tiden på Eg var tilstanden preget av uro, hun var for det meste en meget vanskelig og urolig pasient fram til 1953. Insulinbehandling, trionalkurer og elektroshjokk var uten effekt. Hun var også periodisk hallusinert. Men fra høsten 1954 kom der en gradvis bedring. Hva som skjedde høsten 1954 og forårsaket bedringen står det ikke noe om i journalen, så det var muligens snakk om en spontan remisjon. Oda ble utskrevet som sinnssyk til sitt hjem i 1955.

Det er ingen tegn til at Oda ble vurdert som en kandidat til lobotomi i journalen hennes. Oda ble beskrevet ganske likt som Tiril og fremstår gjennom journalnotatene som en vanskelig pasient. Både Tiril og Oda hadde ikke hatt effekt av annen behandling. De var også begge

---

<sup>324</sup> Kont 4, 271-1, ESA, SAK.

<sup>325</sup> Kont 1, 269-12, ESA, SAK.

unge, Tiril var 23 år ved innleggelsen, 29 år ved operasjonen, og Oda var 26 år ved innleggelsen. Hva er det som gjør at Oda ikke ble vurdert som en kandidat til lobotomi? Tiril var gift og hadde et barn, Oda var ugift og hadde ikke barn. Som vist i del 6.1.1 mente Kragh at det var større håp og tro på at operasjonen skulle føre til helbredelse og utskrivelse av gifte kvinner med barn, de hadde noen som trengte dem på utsiden av sykehuset. Og kanskje ble det ansett som verd risikoen en operasjon innebar for å få en mor tilbake til å ha omsorg for sine barn? Kan det være en av årsakene til at Oda ikke ble vurdert til lobotomi, fordi hun ikke var gift og ikke hadde barn? Men det kan også tenkes at en eventuell operasjon hadde blitt foreslått og diskutert med de pårørende muntlig ved et av deres besøk på Eg, og uten at det da ble skrevet inn i journalen. Men som vist for de kvinnene det ble søkt om tillatelse til operasjon for, se del 7.1.1, så var det i journalene minimum notert ned en dato for når Eg hadde søkt om tillatelse, dette var alltid notert oppe i høyre hjørnet av journalomslaget. Og som det blir diskutert i del 7.4.4 om samtykkepraksisen på Eg, ser det ut til at det var viktig å innhente et skriftlig samtykke på Eg sykehus.

Eksemplene jeg her har trukket frem viser at forklaringen av lobotomi som handler om kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter er tilstede som forklaring også på Eg. Men jeg har også vist at der var pasienter som burde blitt vurdert som egnede kandidater til en lobotomi, hvis lobotomi bevisst ble brukt som en måte å disiplinere de pasientene som var vanskelige å ha med å gjøre, og for å skape ro på avdelingene. Slik andre som har forsket på lobotomi har kommet frem til, jamfør kapittel 6. Det var altså ikke alle «urokråker» som ble lobotomert på Eg.

### **7.3.2 Siste utvei**

Lobotomi som siste utvei ser ifølge journalene ikke ut til å ha vært en fremtredende indikasjon for de lobotomerte pasientene i mitt materiale på Eg. Her trekker jeg frem lobotomerte Agnes og Jenny og tre pasienter som ikke ble lobotomert, Olivia, Velte og Syvert, da disse tre ifølge journalnotatene kunne vært egnede kandidater for lobotomi som en siste utvei behandling.

Lobotomi ble foreslått som en siste utvei til bedring, til de pårørende av Olivia (schizofrenia), som ifølge journalen var fullstendig avhengig av stell og pleie. Hun hadde under hele oppholdet på Eg praktisk talt vært utilgjengelig, det hadde ikke vært mulig å komme i kontakt med henne. I 1954 ble det foreslått lobotomi for de pårørende, de ønsket ikke at operasjonen skulle utføres. Hun ble heller ikke lobotomert. Olivia døde av hjertesvikt etter å ha vært

innlagt på Eg i seks år. At lobotomi ble foreslått som siste utvei var vel mer basert på at hun ble oppfattet som utilgjengelig enn på lengden på oppholdet.

For de to lobotomerte kvinnene som hadde en lang innleggelsestid bak seg, er det likevel urolighet som ser ut til å ha vært indikasjonen for hvorfor de ble operert. Agnes (insania manico melancholia) var innlagt totalt 17 år og syv måneder, tilstanden hennes var preget av uro. Jenny (dementia paranoid) var innlagt i totalt 22 år og seks måneder og var sterkt hallusinert, utfra journalen ses at hun etter hvert som årene gikk ble mer urolig og hadde hyppige skjenneturer.

Når disse kvinnene, som basert på lengden på innleggelsen, og hvor ingen bedringer var inntruffet, kan sies å ha vært kronisk syke ble lobotomert, hvorfor ble ikke Vetle og Syvert vurdert som egnet for lobotomi? Velte (schizofrenia) var innlagt i 19 år og ti måneder, han var de første årene stille og rolig. Men fra 1940 og utover begynte han med å dunke hodet i gulvet og vegger. Og fra 1944 og utover ble han mer urolig og ugrei, han fortsatte å skalle hodet i veggen frem til han begynte på klorpromazin i april 1956. Syvert (schizofrenia) var innlagt i 18 år og syv måneder og tilstanden hans var preget av hallusinasjoner og hyppige og kraftige uroturer, og allerede i 1949 opplyste Eg faren til Syvert om at de ikke ventet noe forandring med ham.

En mulig forklaring på hvorfor Velte og Syvert ikke ble vurdert for lobotomi kan ha sammenheng med diagnose, de var begge schizofrene. Agnes hadde fått diagnosen insania manico melancholia og Jenny diagnosen dementia paranoid. Og hvis Eg fulgte de indikasjonene Ørnulv Ødegård mente burde anvendes, se del 6.1.3 og 6.3, om at lobotomi var lite virksom overfor kronisk schizofrene, kan det tenkes at det var diagnosene som ble lagt til grunn her. Om Eg fulgte indikasjonene som ble brukt av Ødegård på Gaustad opplyser ikke journalene om, men Eg begynte ikke å operere pasienter før Gaustad hadde meldt om gode resultater.

I mitt materiale fra Eg har jeg ikke funnet grunnlag for at lobotomi ble brukt som en siste utvei behandling. Utover at det ble anbefalt til de pårørende for Olivia, men de ønsket ikke at hun skulle bli operert, derfor ble hun heller ikke det.

### 7.3.3 Andre indikasjoner, tvangstanker og hallusinasjoner

Her trekker jeg frem de pasientene jeg mener ser ut til å ha indikasjoner som ikke stemmer overens med lobotomi som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter eller som siste utvei. Det er lobotomerte Vigdis, Astrid, Bjørn, Kjell og Tom. Og tre pasienter som ikke ble lobotomert, Erik, Jørgen og Håvard.

Vigdis, (tvangsnevrose) ble innlagt på Eg i 1954, hun hadde tidligere vært innlagt et halvt år på Eg rundt årsskiftet 1953-54. Hun var plaget av tvangsfenomener i form av vaskemani. Hun ble innlagt etter eget ønske og ble overført til Eg fra Røde Korsklinikk i Oslo. Her hadde hun blitt innlagt for at det kunne utføres en lobotomi av dr. Arne Torkildsen. Hvem som ønsket at operasjonen skulle utføres og hvorfor hun ble lagt inn i Oslo fremgår ikke av journalen, det opplyses bare at hun gjennom en lege ble innlagt i Oslo. Om det var henne selv som ønsket å bli operert eller om det var flere personer involvert i beslutningen er uvisst. Hun ble bare værende på Eg i tre måneder før hun ble utskrevet som ikke sinnssyk, hun hadde da selv håp om at hun skulle klare seg utenfor sykehuset. I journalen ble det notert at: *«Hun sier hun har en deilig følelse etter operasjonen, synes det har gjort underverker. Hun føler ingen angst lenger. Hun har forsøkt å tenke på ting som hun før var så engstelig for, men det gjør ikke inntrykk på henne lenger.»*<sup>326</sup>

Astrid, (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1947 og hadde tidligere vært innlagt tre ganger, første gang i 1936. Hun mente at hun var påvirket av dyret, djevelen. Av journalen fremgår det at hun under oppholdet på Eg hadde skjennerurer med jevne mellomrom. Hun ble lobotomert i 1954. Etter operasjonen ble hun fort rolig og grei og i journalen står det at hun *«var takknemlig for at hun var blitt operert og følte seg godt tilfreds.»*<sup>327</sup> Mannen hentet henne hjem på prøve og hun ble utskrevet fra Eg i februar 1955.

For Vigdis ser det ut til at det er hennes vaskemani som var indikasjonen for lobotomi og at det var håp om bedring gjennom operasjon. For Astrid er det lite informasjon om henne før lobotomien, men hun oppfattet seg som påvirket av djevelen. Dette kan tyde på at hun hadde religiøse vrangforestillinger og at det var dette som ble lagt til grunn for at hun skulle bli lobotomert. Astrid var gift og hadde fire barn og det kan vel ha vært med på å øke motivasjonen til å prøve enhver behandling for å få henne frisk nok til at hun kunne utskrives og komme hjem igjen til sine barn.

---

<sup>326</sup> Kont 2, 269-4, ESA, SAK.

<sup>327</sup> Kont 4, 269-5, ESA, SAK.

Bjørn, (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1954. Han hadde tidligere vært innlagt på Eg i 1947 og 1949. Allerede fra innleggelsen av ble det opplyst at han ikke reagerte. Han ble forsøkt behandlet med elektroshokk, men det førte ikke til noen forandring og han snakket fremdeles ikke. Han ble lobotomert i mars 1955. Det ble i journalen opplyst at det ikke var noen komplikasjoner i direkte forbindelse med operasjonen, men etter hvert fikk han stigende temperatur, som fortsatte å stige til tross for antibiotika og dehydrerende behandling. Bjørn døde i april 1955, dødsårsaken ble etter obduksjon fastsatt til hjerneblødning etter lobotomien.

Tom, (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1951. Han hadde tidligere vært innlagt på Eg i et år i 1950/51. Det ble notert lite i journalen til å begynne med, først i 1953 ble det notert at han turevis var truende. Han ble noe bedre av elektroshokk, da glemte han bort stemmene for en kortere tid. Faren hans var først motvillig til å gi samtykke for operasjon, men ga det til slutt. Se mer under i del 7.4.4. Tom ble lobotomert i mai 1955. Han var ikke bevisst etter inngrepet, temperaturen steg og han fikk pneumoniske forandringer, dette ble behandlet og det var ikke lengre tegn til pneumoni. Likevel holdt temperaturen, pulsen og respirasjonen seg meget høyt. Tom døde i mai 1955 og en partiell obduksjon av hjernen viste at dødsårsaken var hjerneblødning etter lobotomien.

Kjell, (psychosis ex constitutione) ble innlagt på Eg i 1955, han hadde tidligere vært innlagt på Eg rundt årsskiftet 1953-54. Den innleggende legen meldte at han klaget over tvangsfenomener og at tvangstankene var av religiøs natur. Insulinkur og elektroshokk ga bare en kortvarig bedring. Av journalen ser det også ut som han ble forsøkt behandlet med klorpromazin før han ble lobotomert. Kjell ble sendt til Oslo for å bli lobotomert i september 1955. Hvorfor han ble sendt til Oslo istedenfor å bli operert i Kristiansand opplyser ikke journalen om. Han kom tilbake til Eg og etter hvert inntraff en jevn bedring, men han var uten spontanitet og initiativ. Han ble etter hvert skaffet arbeid og flyttet til internat ved arbeidsplassen i mai 1956.

For Bjørn ser det ut til at indikasjonen var at han ikke reagerte eller snakket. Han ble operert tidlig i det siste oppholdet, men han hadde vært innlagt på Eg før, første gang i 1947. Dette sett i sammenheng med at han hadde fått diagnosen schizofrenia kan tyde på at han hadde vært syk i åtte år før han ble operert. For både Tom og Kjell som hadde kortere opphold på Eg ser det ut til at det var tvangstankene til Kjell og stemmene Tom hørte som var indikasjonene for hvorfor de ble lobotomert. Hvorfor Kjell ble sendt til Oslo for å bli operert fremfor i Kristiansand kan kanskje ha sammenheng med dødsfallene til Bjørn og Tom. De ble operert i henholdsvis mars og mai i 1955 og begge døde som følge av operasjonen. Det kan derfor

tenkes at siden det hadde vært dårlige resultater av de operasjonene som hadde blitt utført i Kristiansand i tiden før Kjell skulle bli operert, førte til at Eg vurderte det som best å heller sende han til Oslo for å gjennomføre operasjonen der.

Her trekker jeg frem eksempler på pasienter som ikke ble lobotomert, men som i journalbeskrivelsene ligner de lobotomerte pasientene beskrevet over.

Erik, (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1955, han hadde tidligere vært innlagt på psykiatrisk klinikk og ble overført derfra til Faret mens han ventet på at det skulle bli en ledig plass på Eg. Ifølge journalen mente han seg å være antikrist. Den første tiden på Eg var han rolig, men hørselshallusinert. Behandling med elektroshokk hjalp en stund, men etter hvert ble han mer ujevn med perioder av uro. Han begynte med Largactil i 1955 og ble noe bedre. Erik ble utskrevet til hjemmet i 1956.

Jørgen, (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1954. Han hadde tidligere vært innlagt på Dale i 1941 og Eg fra 1941-44, den gangen ble han utskrevet til privatpleie. Ved innleggelsen i 1954 ble han overflyttet fra sin forpleier som ikke lenger kunne ha ham, da han i det siste hadde måttet være i en celle og ikke kunnet ha tøy for han rev det av seg. Under oppholdet på Eg svarte han ikke på tiltale, og ble beskrevet som en sløvet schizofren, som måtte mates. Han snakket ikke, men var rolig og hadde ingen uroturer. Han ble utskrevet til et pleiehjem i 1957.

Håvard, (schizofrenia) ble innlagt på Eg i 1951, han hadde tidligere vært innlagt på psykiatrisk klinikk i 1946 og 1947 og på Eg i 1947 og 1948-49. Han var hallusinert for hørsel og hadde forestillinger om forfølgelse. Det er lite notater i journalen, men i 1953 ble det notert at han var uforandret og var sterkt hørselshallusinert. I et notat fra 1955 står det at på grunn av svære assosiasjonsforstyrrelser kan ikke pasienten føre en ordentlig samtale, men oppfører seg greit i åpen avdeling. Det samme året begynte han på reserpin og han ble tydelig bedre. Han sa han fremdeles hørte stemmer, men han brydde seg ikke om dem. Håvard ble utskrevet på prøve og oppførte seg bra og ble utskrevet til hjemmet i 1958.

Hvorfor ble ikke Erik og Håvard vurdert som egnet for lobotomi? Erik var hørselshallusinert og hadde perioder av uro, Håvard var sterkt hørselshallusinert og kunne ikke føre en ordentlig samtale av den grunn. For Tom så det ut til at det var hans hørselshallusinasjoner som var indikasjonen for lobotomi. Og som vist i del 7.2 var det mange av de lobotomerte pasientene ved Eg som hadde hallusinasjoner som en del av sykdomsbilde. Hva som kan forklare at Tom på bakgrunn av sine hørselshallusinasjoner ble operert, mens Erik og Håvard som hadde tilsvarende hørselshallusinasjoner ikke ble det er uklart og jeg har ikke funnet noe i journalene

eller i tidligere forskningslitteratur som kan forklare hvorfor noen pasienter ble valgt ut til lobotomi mens andre ikke ble det.

Hvorfor ble Bjørn og Tom operert og ikke forsøkt behandlet med medikamenter slik som Erik og Håvard? De to ble operert i 1955, det samme året som Erik og Håvard begynte med medikament behandlingen. Og Kjell ble forsøkt behandlet med klorpromazin før han ble sendt til Oslo for operasjon. Tom var som Erik og Håvard hørselshallusinerert. Faren til Tom hadde først nektet å la sønnen bli operert fordi han synes det var for stor risiko, se mer under del 7.4.4. Og journalen til Tom viser at behandling med elektroshjokk gjorde at han glemte bort stemmene for en tid. Som beskrevet i del 5.3 var klorpromazin viktigste egenskap evnen til å motvirke typiske psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Når Eg hadde erfart at elektroshjokk kunne gi Tom en midlertidig lettelse av symptomene og fått beskjed av faren hans at han ikke var villig til å utsette sønnen for en lobotomi, samtidig som de visste at behandling med klorpromazin kunne motvirke symptomer som hallusinasjoner, hvorfor da ikke forsøke behandling med medikamenter først, og se om dette kunne ha en effekt på tilstanden til Tom, før man eventuelt gjennomførte en lobotomi?

Og Jørgen hadde mange likhetstrekk med Bjørn, både Jørgen og Bjørn snakket ikke, men begge kan vel tenkes å ha hatt en for langt fremskreden sykdom, og blitt ansett som kronisk schizofrene. Ødegård mente at lobotomi var lite virksomt overfor kronisk schizofrene, men hvis Bjørn var en egnet kandidat til lobotomi hvorfor var ikke Jørgen også det?

Verken kildematerialet mitt eller tidligere forskning har gitt svar på slike spørsmål jeg stiller ovenfor. Mitt materiale viser at det var liten grad av systematikk i valget av lobotomi som behandling for psykisk syke pasienter på Eg. Og at den enkle todelingen av forklaringen av lobotomi som enten kontroll og disiplinering eller som en siste utvei ikke er dekkende for det mønsteret jeg har funnet her. Utvelgelsen av pasienter til lobotomi virker mer tilfeldig enn det tidligere forskning har kommet frem til. Kanskje bør denne todelingen nyanseres også for andre sykehus sin praksis.



## 7.4 Samtykkepraksis ved lobotomi

Hvordan var praksisen rundt det å innhente samtykke til lobotomi på Eg? I hvor stor grad ble de pårørende spurt om tillatelse til operasjon, og i hvor stor grad ga de det? Først presenterer jeg hvordan praksisen var ved Umedalen i Sverige, Vordingborg i Danmark og NOU-utredningen for Norge, før jeg ser nærmere på journalmateriale fra Eg.

### 7.4.1 Umedalen, Sverige

Kenneth Øgren fant at det ble bedt om samtykke fra pårørende til lobotomi pasienter ved Umedalen sinnssykehus. Forespørselen ble sendt i posten og slektninger ble bedt om å svare på baksiden av dokumentet innen en viss dato. Hvis pasienten ikke hadde slektninger, ble en verge eller en representant fra sosiale tjenester spurt. I dokumentet stod det;

*«During recent years, serious cases of mental disease have been the subject of a brain operation (lobotomy), through which those who were previously regarded as hopeless cases have been cured in such a way that the results were followed by the discharge of these patients. While this operation, in common with other surgical procedures, can have a fatal result, I would like to ask you, as the closest relative/guardian of: ... (name of patient) ... if - from your point of view – you have any objections to the patient undergoing the proposed operation, which will be carried out at the Umeå District Hospital. Your answer can be written down on the back of this paper and it should be signed and returned not later than: ... (day/month) ... 19 ... (year). Medical Superintendent of (... male or female ...) ward»<sup>328</sup>*

Siden samtykkeerklæringen sa at operasjonen kunne være dødelig, men ble etterfulgt av at det er sånn med operasjoner ellers også, mener forfatteren at det kan stilles spørsmålsteget ved om denne type informasjon var tilstrekkelig til at familien kunne forstå dødsrisikoen ved lobotomi fullt ut. I gjennomgangen av journalene fant Øgren og hans forskningsassistenter at det ikke fantes underskrevet samtykkeerklæring for storparten av de som ble operert. Men det fantes noen få samtykker, noen ga det villig, andre stolte på legen til å ta den avgjørelsen. En pårørende samtykket ikke fordi en slektning av pasienten de ville operere hadde død av lobotomioperasjon tidligere. Øgren gir også et eksempel på at pasienten selv ikke ble hørt på i

---

<sup>328</sup> Øgren 2007: 44.

saken. Denne pasienten sa på operasjonsbordet at han ikke ville opereres, men han ble ignorert.<sup>329</sup>

#### 7.4.2 Vordingborg, Danmark

Jesper Vaczy Kragh fant at det i Danmark ble begynte å innhente samtykke til psykiatriske terapier med innføringen av malariabehandlingen i 1920-årene. Direktoratet for statens sindssygehospitaller hadde fastslått overfor sinnssykehusene at der måtte foreligge samtykke før behandlingen kunne begynne. Samtykket måtte innhentes fra «*rette vedkommende*“, dvs. *patienten selv eller, hvis denne ikke kunne tage stilling, fra nærmeste pårørende: ægtefælle, forældre, anden familie eller værge.*»<sup>330</sup> Direktoratets bestemmelser om samtykke til malariabehandlingen ble videreført til sjokkbehandlingene og til lobotomi da disse behandlingene ble innført. Hvem som var regnet som nærmeste pårørende var ikke klart ifølge den danske sinnssykeloven av 1938, og dette førte til at sinnssykehusene hadde mulighet for å spørre flere parter hvis den første pårørende hadde sagt nei.<sup>331</sup> Kragh gir et eksempel på at en ektemann hadde nektet å la sin kone bli operert og at legen ved dette sykehus sendte svar til mannen at spørsmålet om operasjon ville bli stilt i bero etter hans svar. Men allerede dagen etter dette svaret ble sendt til mannen, sendte samme lege i stedet spørsmål om samtykke til pasientens mor, som to dager senere underskrev.<sup>332</sup>

Direktoratet opphevet i september 1955 alle sine tidligere bestemmelser om nødvendigheten av å innhente samtykke, både skriftlig og muntlig, til malaria-, sjokk- og lobotomi-behandlinger. Heretter skulle det være opp til hver enkelt overlege å avgjøre om hvordan det skulle informeres om behandlinger og om behandlingenes mulige følger til pasienten og/eller de pårørende.<sup>333</sup>

Kragh viser til to eksempler på hvordan sykehusene informerte de pårørende, i det ene ble det informert om risikoen, inngrepet kunne som alle andre operasjoner forbindes med en vis risiko, og en ba dem om å underskrive samtykkeerklæring. I det andre ble det ikke informert om risikoen, men det ble bare opplyst at de hadde tenkt å operere pasienten fordi legene

---

<sup>329</sup> Øgren 2007: 44-45.

<sup>330</sup> Kragh 2010: 301.

<sup>331</sup> Kragh 2010: 301-302.

<sup>332</sup> Kragh 2010: 318.

<sup>333</sup> Kragh 2010: 312-313.

mente at det var en sjanse for bedring. I begge tilfeller ble det sagt at operasjonen ville foregå på neurokirurgisk avdeling ved et annet sykehus.<sup>334</sup>

Kragh viser at det ikke var blitt innhentet samtykke og/eller tatt kontakt med de pårørende i alle tilfellene. I 35 av 285 journaler var det ikke noen opplysninger om innhentet samtykke. Kragh mener det er en mulighet for at samtykkeerklæringene kan ha blitt borte eller at legene ikke har ført inn notater om det i journalen. Men dette mener han også er lite sannsynlig, det var som regel minst tre notater angående operasjon i de lobotomertes journaler.<sup>335</sup>

Kragh trekker også frem samtykkesakene med motvillige pasienter, som likevel ble operert, de viser at det var forskjeller i vurderingene omkring lobotomi som hadde sammenheng med pasientenes kjønn. Av 285 journaler var der 16 pasienter som hadde motsatt seg operasjon, 15 av disse var kvinner. Kragh mener sammenhengen blir sterkere om en også ser på de tilfeller hvor de pårørende hadde vært kritiske til lobotomi, men hvor inngrepet likevel ble utført. Her var 21 av 22 kvinnelige pasienter. Kragh konkluderer slik om dette: «*Der synes alt i alt at have været en tendens til, at lægerne var mere tilbøjelige til at presse beslutninger igennem over for de kvindelige patienter end de mandlige, og at kvindernes stemme blev mindre hørt af psykiaterne.*»<sup>336</sup>

### 7.4.3 NOU-utredningen, Norge

I NOU-utredningen om lobotomi fra 1992 fant utvalget når det gjelder samtykke at; Tvangsinnlagte alvorlig syke pasienter manglet forutsetningene for å kunne samtykke selv, lobotomi ble i all hovedsak brukt som tvangsbehandling. Lovgivingen om tvungen omsorg inneholdt frem til 1981 ingen bestemmelse om adgangen til å iverksette tvangsbehandling av pasienter, men loven for tvangsomsorg «*ga adgang til å anvende de behandlingsmetoder som til enhver tid ble ansett forsvarlige på fagmedisinsk hold, uten at samtykke fra pårørende ble ansett nødvendig.*»<sup>337</sup>

NOU-utredningen fant når det gjaldt samtykke ved bruken av lobotomi som behandling at det kunne;

«*sluttes følgende med hensyn til nødvendigheten av samtykke:*

---

<sup>334</sup> Kragh 2010: 315.

<sup>335</sup> Kragh 2010: 321.

<sup>336</sup> Kragh 2010: 325.

<sup>337</sup> NOU 1992: 52.

- Samtykke fra pasienten selv er verken nødvendig eller tilstrekkelig.
- Uttrykkelig samtykke fra verge eller pårørende er ikke nødvendig.
- Verge eller pårørende må underrettes hvis det er mulig og gis opplysning om at inngrepet vil bli foretatt hvis det ikke protesteres.
- Hvis det protesteres, kan det bare i «ekstreme» tilfeller utføres lobotomi.
- Det stilles ingen formkrav, dvs. krav om at verge eller pårørende skal underrettes skriftlig.»<sup>338</sup>

Med dette menes vel at de pårørende ikke ble bedt om å gi samtykke, men at en bare informerte dem om at det ville bli foretatt en operasjon. Og skulle en slik informasjon føre til klare protester, så kunne operasjonen bare utføres i ekstreme tilfeller.

Utvalget fant at samtykke ble innhentet i større utstrekning enn nødvendig i forhold til loven, men de pårørende fikk ikke alltid tilstrekkelig informasjon om risikoen ved inngrepet og utsiktene for et godt resultat. Det ble også innhentet samtykke muntlig. Norsk praksis var stort sett lik den som ble fulgt i Danmark og Sverige. NOU-utredningen konkludere med «*At det ikke foreligger noe skriftlig om samtykke i journalene, behøver derfor ikke bety noe mer enn at det ikke er notert.*»<sup>339</sup> Altså at det ikke var blitt notert ned et muntlig samtykke. I mitt materiale fra Eg ser det ikke ut til at det har vært tilstrekkelig å ha fått et muntlig samtykke, dette blir diskutert nedenfor.

#### **7.4.4 Samtykkepraksis på Eg**

Det foreligger skriftlig samtykke for de åtte kvinnene som lobotomert på Eg og for åtte av de ni mennene som ble lobotomert på Eg. Ved Eg var forespørselen om samtykkeerklæringene formulert på et halvt A4 ark, på det sto det trykt: Jeg samtykker i at det utføres hjerneoperasjon på ... Signert ... Noen har også skrevet på dato, andre ikke. På noen står der også Eg sykehus.

Når det gjelder måten det ble informert om operasjonen på til pårørende har jeg funnet to likt formulerte brev til en mor og en verge av kvinnelige pasienter.

*«Da deres datter ... (Tiril), [Da ... (Agnes) som De er verge for,] ikke vil kunne bedres av sin sinnssykdom ved vanlig medisinsk behandling, vil en tilrå at en hjerneoperasjon*

---

<sup>338</sup> NOU 1992: 53.

<sup>339</sup> NOU 1992: 53.

*blir foretatt. Operasjonsrisikoen er forholdsvis stor, men overståes inngrepet, er det håp om bedring. En vil be Dem om å gi Deres samtykke og undertegne vedlagt skriv, som snarest tilbakesendes. Operasjonen vil bli utført av overlege Brodersen, Kristiansand komm. Sykehus.»<sup>340</sup>*

Her som i den svenske undersøkelsen kan det stilles spørsmålstegn ved om dette var nok informasjon for de pårørende til å forstå risikoen operasjonen kunne medføre. Formuleringene rundt risikoen er vage. Å si at «operasjonsrisikoen er forholdsvis stor, men overståes inngrepet, er det håp om bedring», uttrykker vel en del risiko uten å presisere graden av risiko. Og i eksempelet nedenfor ble det sagt at det var «en hvis risiko» med en operasjon. Men det ble ikke opplyst om hva risikoen bestod av, en lobotomi operasjon kunne føre til dødsfall, andre komplikasjoner og innebar varige skader. Se innledningen til kapittel 6. Og hva slags belegg hadde man for å si at det var håp om bedring, og bedring i hvilken forstand? En bedring av en pasients tilstand ville jo ikke nødvendigvis bety en bedring av den psykiske lidelsen eller en utskrivelse.

Jeg har også funnet eksempel på at det kunne bli informert i god tid før, om at det var en mulighet for at en operasjon kunne bli aktuelt ved et senere tidspunkt. I et brev sendt til mannen til Astrid i september 1952, skrev overlege Braarvig at Astrid var noe bedre, og at hun ikke så ofte hadde sine vanskelige perioder, men hun var ikke så bra at hun kunne reise hjem. «*Det kan bli spørsmål om det bør foretas en hjerneoperasjon på henne. En hvis risiko vil det være med en slik operasjon, men på den annen side har en da håp om at hun kan bli bedre. Før en slik operasjon foretas, vil en henvende seg til Dem igjen.*»<sup>341</sup> Astrid ble operert i oktober 1954. Hun ble bedret og var takknemlig for operasjonen. Hvorfor det tok to år før hun ble operert opplyser ikke journalen om.

Det foreligger samtykke for alle de åtte kvinnene som ble lobotomert mens de var innlagt på Eg, disse ble gitt av mann, mor, far, verge, datter og i det ene tilfellet av både broren og mannen. For de to som ikke var innlagt på Eg, er det i Vigdis sitt tilfelle ikke opplyst annet enn at hun gjennom en lege ble lagt inn i Røde Korsklinikk i Oslo for at det kunne utføres leukotomi av dr. med. Arne Torkildsen. Etter operasjonen ble hun overført til Eg.<sup>342</sup> Hvem som ønsket å få utført operasjonen er uvisst, men dette er blitt anbefalt fra Eg til den legen

---

<sup>340</sup> Brev til moren fra Eg, A. Braarvig, dato 7.10.52, 271-1 og Brev fra Eg til vergen, A. Braarvig, dato 17.1.53, 269-2, ESA, SAK.

<sup>341</sup> Kopi av svar fra Eg på baksiden av et brev fra mannen, A. Braarvig, dato 19.9.52, 269-5, ESA, SAK.

<sup>342</sup> Kont 2, 269-4, ESA, SAK.

som fikk henne innlagt i Oslo.<sup>343</sup> Også Frida ble hentet ut fra Eg i 1952 da hun var innlagt der første gang, av familien for at hun skulle opereres av Torkildsen på Wergelandsveiens klinikk. Familien ordnet med innleggelse i Oslo og forlangte å få henne utskrevet direkte fra Oslo til tross for at det ble frarådet. Hun ble innlagt igjen på Eg etter eget ønske i 1958.<sup>344</sup>

I Fridas tilfelle får en også vite at hun ble utskrevet på prøve fra Eg da hun reiste til Wergelandsveien klinikk for operasjon.

*«Dette er vanlig praksis for pasienter som selv ønsker å reise til Oslo for å foreta operasjon, idet det viser seg alltid hensiktsmessig at de må tilbake til sykehuset her etter operasjon.- En er derfor nødt til å holde plassen åpen i denne tid.- Det var også meningen i dette tilfellet at pasienten skulle tilbake hertil, men da det viste seg at pasienten var blitt svært kjekk, og familien ønsket å ta henne med seg hjem, skrev sykehuset pasienten ut den 22/7-53.»<sup>345</sup>*

Om det er henne selv eller familien som ønsker at hun skal opereres opplyser journalen ikke om.

I Danmark viser Kragh til at sinnssykehusene hadde mulighet for å spørre flere parter hvis den første hadde sagt nei. Jeg gjenga ovenfor et av hans eksempler på at en ektemann nektet og at legen i stedet spurte moren. Dette har jeg også funnet et tilfelle av på Eg. Mannen til Ingrid nektet først å la henne opereres, dette var den 20.11.54.<sup>346</sup> Det førte til at Eg sendte forespørsel til broren hennes og han samtykket den 29.12.54.<sup>347</sup> Den samme dagen sendte Eg brev til mannen hennes om at *«deres hustrus familie har nå samtykket i at hun blir operert, og en vil be dem undertegne vedlagt erklæring og sende tilbake»*.<sup>348</sup> Deretter samtykker også mannen.<sup>349</sup> Altså ville Eg likevel også ha samtykke fra mannen selv om de hadde fått det fra familien. Ellers kan det også tenkes at mannen synes det var vanskelig å skulle ta stilling til dette alene. I journalen var der ikke noen brev fra mannen om hvorfor han først hadde nektet, så det kan tenkes at han ville ha tid til å tenke på det og eventuelt diskutere det med andre, slik som i tilfellet med moren til Laila, se nedenfor.

---

<sup>343</sup> Brev fra Arne Torkildsen, dato 5.12.54, 269-4, ESA, SAK.

<sup>344</sup> Kont 2, 276-23, ESA, SAK.

<sup>345</sup> Kopi brev til Herr Fylkeslege i Vest-Agder, Eg sykehus, A. Braarvig, dato 29 oktober 1953, 276-23, ESA, SAK.

<sup>346</sup> Journalomslag, 274-15. ESA, SAK.

<sup>347</sup> Samtykkeerklæring, dato 29.12.54, 274-15, ESA, SAK.

<sup>348</sup> Kopi av brev, signert Braarvig, dato 29.12.54, 274-15, ESA, SAK.

<sup>349</sup> Samtykkeerklæring, dato 4.1.55, 274-15, ESA, SAK.

I de fleste tilfellene ligger det bare samtykke erklæring i journalene, men noen av de pårørende har også i tillegg sendt brev om deres tanker rundt operasjonen. Mannen til Ranveig sendte følgende til overlegen ved Eg sykehus: *«Da jeg forstår at en ikke kan vente vesentlig bedring ved medisinsk behandling er jeg enig i at det blir foretatt hjerneoperasjon. Undertegnet erklæring vedlegges. Jeg tør be om å bli holdt underrettet om operasjonens forløp.»*<sup>350</sup>

Moren til Laila synes det var vanskelig å ta stilling til spørsmålet om operasjon, og skrev følgende til Eg sykehus: jeg har mottatt deres brev om min datters sykdom.

*«Ser dere foreslår operasjon da hun ikke er bedre. Dette er jo vanskelig for mig og gi svar paa men de er kanskje galt og sette sig i mod vist de kunne bli til hjælp for hende og de måtte gå got da de jo nok er en risiko ogsaa jeg venta en stund med at sende brevet da jeg maatte snakke med søsken og flere Hvad jeg skulle da jeg er gammel og ikke har vært saa bra i vinter»*<sup>351</sup>

Hun avsluttet med at hun håpet de tok vare på henne.

For Oline ble det søkt om tillatelse til operasjon, i et brev til faren hennes skrev Eg sykehus at det var uroperiodene en ville forsøke å befri henne for. De kunne ikke love at hun ble helt frisk, men de anså det som sannsynlig at hun ville bli bedre og slippe de vonde anfallene. Det ble opplyst om at der var en viss risiko, det kunne alltid komme komplikasjoner, men at de hadde operert ca. 50 pasienter, og av dem var det tre som døde. Eg sykehus uttrykte forståelse for at det kunne være vanskelig å ta bestemmelsen, og at det ikke var noe i veien for at han kunne tenke over det en tid fremover. Hvis han ikke ville at de skulle operere gjorde de det naturligvis ikke. Men brevet ble avsluttet med at det på den annen side var en trist tilværelse for et ungt menneske som Oline å skulle fortsette å være på asyl og i perioder ha det ondt.<sup>352</sup> Eg fikk samtykke fra faren, men noen, mest sannsynlig på Eg, hadde notert på samtykkeerklæringen at faren døde i april 54.<sup>353</sup> Om det kan forklare at hun likevel ikke ble operert opplyser ikke journalen hennes noe om. Men der er et brev fra overlegen på Eg sendt til en kvinne jeg ikke fant ut av hvem var i forhold til pasienten, det kan ha vært et familiemedlem eller en verge hun fikk etter farens død. I dette brevet sto det: *«På grunn av at hun har vært noe bedre, er der ikke foretatt noen hjerneoperasjon. Denne må sies å være*

---

<sup>350</sup> Brev fra mannen til overlegen ved Eg sykehus, dato 2.12.53, 269-3, ESA, SAK

<sup>351</sup> Brev fra moren til Eg sykehus, dato, 15.april (står ikke årstall), 272-8, ESA, SAK.

<sup>352</sup> Kopi av brev til faren, fra Eg sykehus, dato 30.11.53, 272-12, ESA, SAK.

<sup>353</sup> Samtykkeerklæring, uten dato, 272-12, ESA, SAK.

*nokså alvorlig. Hun ville nok komme seg noe, hvis den ble utført, men vi kan ikke love at hun blir frisk.»*<sup>354</sup>

Det kan også se ut som det var viktig for Eg sykehus å innhente samtykke, i Jennys tilfelle ble det sendt forespørsel til datteren hennes som bodde i USA. Dette er vel et tegn på at det var viktig for Eg å få samtykke.<sup>355</sup>

For åtte av de ni mannlige pasientene som ble operert ved Eg foreligger der samtykke, disse var gitt av mor, far, verge og bror. For de tre som ble sendt til Oslo var der i to av tilfellene ikke oppgitt hvem som ønsket operasjonen, eller hvorfor inngrepet skulle utføres i Oslo fremfor på Eg. For den siste var det familien som ønsket at han skulle bli operert i Oslo. Der er kun en journal hvor det ikke finnes samtykke og hvor det heller ikke ble bedt om det, i stedet for sendte Eg brev til pasientens verge hvor de opplyste om følgende:

*«Tilstanden til ... (Bjørn) har nå i lengere tid vært slik at vi mener ikke å kunne oppnå noen varig bedring uten en hjerneoperasjon (leukotomi). Inngrepet innebærer, som alle andre operasjoner, en viss risiko, og vi kan heller ikke garantere noe om resultatet psykisk sett, men mulighetene for at tilst(an)den skal bedres ansees for å være så store at vi har bestemt oss for operasjon. Denne vil bli utført onsdag ettermiddag den 9/3-55.»*<sup>356</sup>

I dette tilfellet ser det ut til at Eg bare bestemt seg for å operere Bjørn uten at vergen ble bedt om samtykke. Hvorfor vites ikke, i andre tilfeller er jo også verger blitt spurt om å samtykke.

Av de 12 mennene er der et tilfelle hvor faren først nektet å la sønnen (som var 18 år ved innleggelsen) opereres for senere å gi samtykke likevel. I et brev han sendte til Eg får en vite; *«da jeg synes at risikoen er nokså stor at operere ... (Tom) ønsker jeg helst at vente lit da jeg ikke kan bestemme mig enda til senere.»*<sup>357</sup> Et og et halvt år senere sendte Eg brev til faren hvor det opplyses at de har forstått det sånn at han ville at sønnen skulle døpes før han ble underkastet hjerneoperasjon, som tidligere omskrevet. Pastoren ved Eg kunne gjøre det i kirka på Eg, men de ville ha skriftlig erklæring fra faren først, eller aller helst fra jordmor eller lege om når og hvor han ble født. Og de ville vite om han skulle døpes og innføres i statskirken. *«En vil samtidig be Dem bifalle skriftlig den tidligere gitte anmodning herfra om tillatelse til*

---

<sup>354</sup> Brev fra overlegen Eg sykehus til S.J.Ø, dato 23.11.55, 272-12, ESA, SAK.

<sup>355</sup> Samtykkeerklæring, feb. 8 1954, 274-14, ESA, SAK.

<sup>356</sup> Brev til vergen, fra Eg Arne T. Knutsen, dato 3.3.55, 327-10, ESA, SAK.

<sup>357</sup> Brev fra faren, til Eg sykehus, dato 1.10.53, 327-11, ESA, SAK.



*hjerneoperasjon.»*<sup>358</sup> Jeg fant verken brev fra faren om ønsket om å døpe sønnen eller samtykkeerklæringen i journalen, men det var notert at samtykke var gitt på journalomslaget.

## 7.5 Oppsummering

Blant de utskrevne pasientene fra perioden 1955-59 var det 22 pasienter som hadde blitt lobotomert. Det var ti kvinner og 12 menn, to av kvinnene og tre av mennene ble lobotomert i Oslo, de restredende ble lobotomert i Kristiansand. I forhold til helheten i antall pasienter behandlet med lobotomi på Eg sykehus må vi også ha i mente at det ifølge Sagedal var 86 pasienter som ble lobotomert i årene 1951-57. Om de øvrige lobotomerte forble så syke at de ble værende på Eg sykehus er uvisst, en del av de pasientene som ble lobotomert i årene før jeg undersøker, altså 1951-54, kan ha blitt ansett som friske nok til å kunne utskrives i disse årene. For de som ikke ble utskrevet i disse årene, 1951-54, kan det i beste fall være snakk om en mulig pleiemessig bedring.

Aldersmessig skilte ikke pasientene på Eg seg fra de på Opdøl, Umedalen og Vordingborg. De lobotomerte og cardiazol behandlede pasientene var de yngste i forhold til de andre behandlingsmetodene, det kan tenkes å ha sammenheng med at disse behandlingsmetodene ble forbundet med alvorlige komplikasjoner. Det kan ha blitt oppfattet som for risikabelt å forsøke disse metodene på eldre pasienter. Det var flere gifte kvinner enn menn som ble lobotomert, Kragh mente dette hadde sammenheng med at det var større forhåpninger om å få disse kvinnene utskrevet til mann og barn som trengte dem. Innleggelsestidene varierte fra sykehus til sykehus. For de lobotomerte pasientene på Eg var gjennomsnittlig innleggelsestid, både før og etter operasjon, ni år og tre måneder for kvinner og syv år og seks måneder for menn. Sammenlignet med de øvrige behandlingsmetodene var innleggelsestiden lengre for de lobotomerte pasientene. Schizofrenia var den mest fremtredende diagnosen for de lobotomerte ved Eg, slik det også var på Opdøl, Umedalen og Vordingborg. Og det var flere med diagnosen schizofrenia blant de lobotomerte enn for de andre behandlingsmetodene. Ikke alle de lobotomerte på Eg hadde blitt forsøkt behandlet med andre behandlingsmetoder før en lobotomi operasjon, for noen pasienter var lobotomi den første behandlingsmetoden som ble prøvd, slik tilfellet også var på Vordingborg.

---

<sup>358</sup> Kopi brev til faren fra Eg, Arne T. Knutsen, dato 26.4.55, 327-11, ESA, SAK.

Tre av mennene som ble lobotomert døde som direkte eller indirekte følge av operasjonen. To av kvinnene og tre av mennene ble utskrevet som ikke sinnssyke etter lobotomi. Den ene av disse mennene ble behandlet med medikamenter i etterkant av lobotomien, så det kan antas at det var behandlingen med disse som førte til at han ble ansett som frisk nok til å utskrives. Det var altså da to kvinner og to menn som ble ansett som friske nok til å kunne utskrives etter en lobotomi. Så for fire av 22 pasienter som ble lobotomert og utskrevet i perioden 1955-59 kan det se ut til at en lobotomi operasjon var vellykket som behandling for sinnssykdommen.

Utfallene av operasjonene på Eg og de som ble operert i Oslo var tilsynelatende at fire (40%) av kvinnene og fire (33,3%) av mennene ble bedret.

Urolighet og utrygghet ser ut til å ha vært de mest fremtredende indikasjonene for de lobotomerte pasientene på Eg. Som det også var for pasientene ved Opdøl, Umedalen og Vordingborg, se del 6.3. Hallusinasjoner og vrangforestillinger preget også tilstandene for de lobotomerte på Eg, som Øgren også fant ved Umedalen. Utilgjengelighet og urenslighet var tilstede blant de lobotomerte pasientene på Eg, men det var ikke fremtredende indikasjoner.

Lobotomi som siste utvei ser ifølge journalene ikke ut til å ha vært en fremtredende indikasjon for de lobotomerte pasientene i mitt materiale på Eg. For de to lobotomerte kvinnene som hadde en lang innleggelsestid bak seg, er det likevel urolighet som ser ut til å ha vært indikasjonen for hvorfor de ble operert.

Forklaringen som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter var tilstede som forklaring også på Eg, men som vist var det andre pasienter som også ble beskrevet, i journalnotatene, som urolige og vanskelige pasienter som ikke ble lobotomert. De pasientene jeg har trukket frem som eksempel, kan belyse at lobotomi ikke nødvendigvis var et bevisst og målrettet inngrep for å disiplinere de pasientene som var vanskelig å ha med å gjøre, slik andre har kommet frem til, jamfør kapittel 6.

På Eg, som Kragh også fant på Vordingborg var der pasienter som ble lobotomert, men som ikke kunne betegnes som urolige og vanskelige pasienter. Det ser ut til at indikasjonene for å lobotomere disse pasientene har vært grunnet i hvor forpinte de var av sine tvangstanker og hallusinasjoner.

Av andre som har forsket på lobotomi har det blitt hevdet at man hovedsakelig brukte lobotomi som en måte å disiplinere urolige og vanskelige pasienter på. Hvis det var slik at lobotomi ble brukt som en bevisst og målrettet måte å kontrollere pasienter som var

vanskelige å forpleie, ville det tilsi at alle de pasientene som ble sett på som urolige og vanskelige å forpleie skulle blitt lobotomert. Men det er urolige pasienter på Eg som ikke ble lobotomert og det er rolige pasienter som ble lobotomert. For disse rolige pasientene ser det ut til at det var hvor plaget/forpint de var av tvangstanker og hallusinasjoner som var begrunnelsen for hvorfor det ble forsøkt med lobotomi behandling på disse, og at en da hadde et håp om å bedre pasienten eller hvert fall lette tilværelsen deres. Lobotomi på rolige pasienter ser ut til å ha blitt gjennomført for å hjelpe pasientene. Mens lobotomi på urolige pasienter ser ut til å ha blitt gjennomført for å hjelpe legene og pleierne på sykehusene.

Mitt materiale viser at det var liten grad av systematikk i utvelgelsen av pasienter til lobotomi som behandling på Eg. Og at den enkle todelingen av forklaringen av lobotomi som enten kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter eller som en siste utvei ikke er dekkende for det mønsteret jeg har funnet her. Utvelgelsen av pasienter til lobotomi virker mer tilfeldig enn det tidligere forskning har kommet frem til. Kanskje bør denne todelingen nyanseres også for andre sykehus sin praksis.

Det foreligger skriftlig samtykke for alle de åtte kvinnene og for åtte av de ni mennene som ble lobotomert på Eg og utskrevet i perioden 1955-59. Det kan også se ut som det var viktig for Eg å innhente samtykke. Dette ser en også ved at de innhentet samtykke fra datteren til Jenny som bodde i USA. Og det ser også ut som at Eg ikke opererte uten å ha fått samtykke fra de pårørende. Det ser i hvert fall slik ut når det hadde blitt søkt om tillatelse til operasjon og det ikke var blitt gitt samtykke for fem kvinner og med den følge at ingen av disse fem kvinnene ble operert. Kragh fant for Vordingborg at det i større grad ble presset igjennom å få utført lobotomi i kvinnenes tilfeller. Dette ser imidlertid ikke ut til å være tilfelle på Eg.

## 8. Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne masteroppgaven analysert 669 pasientjournaler fra Eg sykehus i to perioder, 312 utskrevne pasienter i perioden 1935-39 og 357 utskrevne pasienter i perioden 1955-59. Først gir jeg en oppsummering av hovedfunn i forskjellene mellom de to periodene 1935-39 og 1955-59. Så konkludere jeg i forskjellene i bruken av de somatiske behandlingsmetodene, malaria og/eller salvarsan og wismol, sulfosin, cardiazolsjokk, elektroshokk og lobotomi samt behandlingen med de antipsykotiske medikamentene. Deretter oppsummerer jeg det jeg har funnet om de lobotomerte pasientene på Eg og de tidligere gitte hovedforklaringene som har dominert når det gjelder utvelgelsen av pasienter til lobotomi. Jeg avslutter med en refleksjon over styrker og svakheter ved masteroppgaven.

Fra perioden 1935-39 til perioden 1955-59 var det en nedgang i antall pasienter som var under 40 år da de ble innlagt på Eg. Spesielt var det en stor nedgang i antall pasienter som var mellom 20 og 29 år da de ble innlagt. Samtidig var det en økning i antall pasienter som var over 40 år da de ble innlagt, spesielt var det pasientene som var over 70 år da de ble innlagt på Eg som økte i perioden 1955-59. I perioden 1955-59 var det flere pasienter som ble utskrevet etter å ha vært innlagt under 1 år enn i den første perioden 1935-39, og spesielt var det en økning i antall pasienter som ble utskrevet etter å ha vært innlagt under et halvt år.

Schizofrenia ble mindre brukt som diagnose i perioden 1955-59, men det var fremdeles den mest brukte diagnosen også i denne perioden. I tillegg var det en økning i bruken av diagnosen psychosis ex involutione et senio, og dette kan ha hatt sammenheng med at det var en økning i alderen i perioden 1955-59.

Alle de somatiske behandlingsmetodene som ble introdusert i løpet av 1920- og 30-tallet ble i større eller mindre omfang anvendt ovenfor de pasientene på Eg som ble utskrevet i periodene 1935-39 og 1955-59.

Bare 10% av de 312 pasientene som ble utskrevet i perioden 1935-39 ble behandlet under sitt opphold på Eg. At så få pasienter ble behandlet kan ha sammenheng med at behandlingsmetodene ikke hadde eksistert så lenge og det kan være at den tidligere behandlingspessimismen fremdeles hang noe igjen.

Malaria og/eller salvarsan og wismol ble bare brukt som behandling i perioden 1935-39 og 13 pasienter av totalt 312 utskrevne pasienter fra denne perioden gjennomgikk en behandling med malaria og/eller salvarsan og wismol. Sulfosin ble også bare forsøkt som behandling i perioden 1935-39 og kun på fem kvinner. Hvorfor dette ikke ble forsøkt på noen menn vites ikke. Cardiazolsjokk ble også hovedsakelig brukt som behandling i perioden 1935-39 og ni av de utskrevne pasientene i denne perioden ble behandlet med cardiazolsjokk.

Introduksjonen av de somatiske behandlingsmetodene førte med seg en ny behandlingsoptimisme, og det kan se ut til at denne optimismen hadde inntruffet på Eg i den andre perioden 1955-59. Av alle de 357 pasientene som ble utskrevet i denne perioden ble hele 79% behandlet i løpet av sitt opphold på Eg. Elektrosjokk ble anvendt ovenfor 167 pasienter og medikamenter ble anvendt ovenfor 203 pasienter. Og 22 pasienter ble lobotomert.

Jeg har valgt å ikke legge vekt på insulinkomabehandlingen i denne oppgaven, på grunn av at det blant de få pasientene som fikk denne typen behandling bare var en kvinne som utelukkende gjennomgikk denne formen for behandling. De andre pasientene ble alle også behandlet med andre behandlingsmetoder i tillegg, noe som tilsier at insulin som komabehandling verken hadde den ønskede effekten eller ble utført i videre utstrekning. Se innledning i kapittel 4 og del 5.1 hvor dette er omtalt.

### **Kjønn**

Min analyse av pasientene som ble behandlet i de to periodene viser at det ikke var så store kjønnsforskjeller i den medisinske behandlingen og det kan vitne om at kvinner og menn, som ble utskrevet fra Eg i begge periodene ble behandlet ganske likt medisinsk. Unntaket er sulfosinbehandlingen som tilsynelatende bare ble anvendt ovenfor kvinnelige pasienter. Men som nevnt i kapittel 4 kan det blant de mange andre pasientene som var innlagt i den samme perioden, men som ikke ble utskrevet, finnes mannlige pasienter som hadde blitt forsøkt behandlet med sulfosin.

### **Alder**

Det var de kvinnelige pasientene som ble behandlet med sulfosin i perioden 1935-39 som hadde den laveste gjennomsnittsalderen på bare 26 år. Pasientene som ble behandlet med cardiazolsjokk hadde også en lav gjennomsnittsalder, 35 år for kvinner og 30 år for menn. Deretter fulgte de pasientene som ble lobotomert, gjennomsnittsalderen ved innleggelsen var

for kvinnene 39 år og for mennene 33 år. Pasientene som ble behandlet med malaria og/eller salvarian og wismol og pasientene som ble behandlet med elektroshokk hadde en gjennomsnittsalder i 40 årene. Og de pasientene som ble behandlet med medikamenter og pasientene som ikke ble behandlet i perioden 1955-59 hadde den høyeste gjennomsnittsalderen, i 60 årene. Dette kan tenkes å ha sammenheng med at malaria, cardiazolsjokk, elektroshokk og lobotomi var mer fysisk inngripende behandlinger og at yngre pasienter var bedre rustet for å tåle en slik behandling. Og som vist kunne det oppstå komplikasjoner som brudd, respirasjonsstans og dødsfall under elektroshokk behandling. De vanligste bivirkningene ved bruk av medikamenter var allergier og hudutslett.

### **Innleggelsestid**

For de lobotomerte pasientene på Eg var gjennomsnittlig innleggelsestid, både før og etter operasjon, ni år og tre måneder for kvinnene og syv år og seks måneder for mennene. Sammenlignet med de øvrige behandlingsmetodene var innleggelsestiden lengre for de lobotomerte pasientene. De mannlige pasientene som ble behandlet med elektroshokk hadde en gjennomsnittlig innleggelsestid på fire år og ti måneder. De kvinnelige pasientene som ble behandlet med elektroshokk og pasientene som ble behandlet med malaria og/eller salvarian og wismol hadde en gjennomsnittlig innleggelsestid mellom to år og to år og fem måneder. For pasientene som ble behandlet med cardiazolsjokk og medikamenter, samt de pasientene som ikke fikk noen form for behandling i perioden 1955-59 var den gjennomsnittlige innleggelsestiden på under to år.

Dette vitner om at behandling generelt hurtig ble igangsatt etter en pasient var blitt innlagt og som også dernest kunne føre til at pasientene som fikk virksom behandling hurtig ble utskrevet igjen.

At pasientene som ble behandlet med medikamenter og pasientene som ikke ble behandlet hadde så korte opphold kan ha sammenheng med at disse pasientene hadde en langt høyere gjennomsnittsalder enn pasientene som ble behandlet med de andre metodene. Det var også en betydelig andel blant disse pasientene som ble utskrevet som døde, noe som kortet ned innleggelsestiden. Dette kombinert, høy alder og betydelig andel døde, kan tyde på at disse eldre pasientene, som allerede ved innleggelsen kunne ha andre former for sykdommer i tillegg til en sinnslidelse, er en mulig forklaring på at innleggelsestiden var så kort for disse pasientene.

## **Diagnoser**

Schizofrenia, psychosis ex constitutione og psychosis manico melancholia er generelt fremtredende diagnoser som ble gitt på de psykiske lidelsene til pasientene i begge periodene, men uten at der er noen klare forskjeller som peker på at diagnosen hadde noen påvirkning på hvordan pasientene ble behandlet. Med et selvsagt unntak når det gjelder malaria og/eller salvarsan og wismol behandling, disse pasientene hadde diagnosene paralysis generalis og insania syfilogenes. For de pasientene som ble behandlet med medikamenter og de som ikke ble behandlet er psychosis ex involutione et senio en fremtredende diagnose og det har sammenheng med at disse pasientene også hadde en høyere gjennomsnittsalder.

## **Ikke sinnssyke**

Jeg vil presisere at det ikke kan slås sikkert fast at det var behandlingen pasientene fikk, eller ikke fikk, som førte til at pasientene ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyke. Jeg kan bare vise sammenfall mellom behandlinger eller mangel på behandlinger og sykehuslegenes journalførte oppfatning av om pasienten var blitt frisk fra sin sinnssykdom.

Sammenlagt for begge kjønn er det cardiazolsjokk som ser ut til å ha vært den mest effektive behandlingsmetoden, da fem av ni pasienter ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en cardiazolsjokkbehandling. Deretter følger elektroshokk hvor 24 av 59 behandlede pasienter ble utskrevet som ikke sinnssyke. For de pasientene som ikke fikk noen form for behandling var det 22 av 76 pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke. Og 31 av 109 pasienter som ble behandlet med medikamenter ble ansett som friske nok til å kunne utskrives som ikke sinnssyke etter en gjennomgått behandling. For fire av 22 pasienter som ble lobotomert og utskrevet i perioden 1955-59 kan det se ut til at lobotomi operasjonen var vellykket i forhold til helbredelse av sykdommen, da disse fire ble utskrevet som ikke sinnssyke etter å ha gjennomgått en lobotomi operasjon og ikke fått noen form for behandling etter lobotomien. Malaria og/eller salvarsan og wismol, sulfosin og insulin hadde tilsynelatende ingen virkning på sinnssykdommen til pasientene som ble behandlet med disse metodene, da ingen ble utskrevet som ikke sinnssyke etter en gjennomgått behandling med disse metodene.

At det å ikke bli behandlet hadde en stor andel pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke kan tyde på at det for en god del av pasientene kan ha vært snakk om en lettere form for sinnslidelse og at det var nok å komme bort fra sin livssituasjon og få pleie på sykehus. Å få

et pusterom i hverdagen kunne være nok i seg selv til å gi slipp på en del av symptomene og på sykdommen.

Når det gjelder den registrerte bedringen i journalene til de lobotomerte og de cardiazolsjokk behandlede pasientene, ser det ut til at det var en betydelig dårligere effekt av lobotomi som behandling enn cardiazolsjokk som behandling. 80% av kvinnene og 75% av mennene ble bedret etter behandlingen med cardiazolsjokk og 40% av kvinnene og 33,3% av mennene ble bedret etter lobotomi operasjonen. Men jeg vil igjen minne om at disse prosentene er basert på små tall.

I kapittel 3 viste jeg hvor mange av de 312 utskrevne pasientene fra perioden 1935-39 og hvor mange av de 357 utskrevne pasientene fra perioden 1955-59 som ble utskrevet som henholdsvis døde, sinnssyke og ikke sinnssyke. Antall pasienter utskrevet som døde steg fra 22% i perioden 1935-39 til 30% i perioden 1955-59, antall utskrevet som sinnssyke gikk ned fra 63% i perioden 1935-39 til 39% i perioden 1955-59 og antall utskrevet som ikke sinnssyke økte fra 14% i perioden 1935-39 til 31% i perioden 1955-59.

Var det behandlingen av pasientene som førte til at flere ble utskrevet som ikke sinnssyke i perioden 1955-59? Ved å se på pasientene som ble behandlet, som jeg har presentert i denne oppgaven, det vil si de pasientene som utelukkende gjennomgikk en form for behandling samt de lobotomerte, og hvordan de fordeler seg på antall utskrevet som døde, sinnssyke og ikke sinnssyke kan kanskje gi et svar på dette spørsmålet. Av de totalt 190 pasientene som i perioden 1955-59 som utelukkende ble behandlet med enten elektroshokk eller medikamenter, samt de pasientene som ble lobotomert, var det 53 pasienter, 28% som ble utskrevet som døde, 77 pasienter, 41% som ble utskrevet som sinnssyke og 60 pasienter, 31% som ble utskrevet som ikke sinnssyke.<sup>359</sup> Og for de pasientene som ikke fikk noen form for behandling i perioden 1955-59 var det 22 av 76 pasienter som ble utskrevet som ikke sinnssyke, altså 29% av disse 76 pasientene. Det ser altså ut at det å bli behandlet, fremfor å ikke bli behandlet, ikke økte sjansene nevneverdig for å bli utskrevet som ikke sinnssyk. Av de som ble behandlet er det også lik prosent andelen utskrevet som ikke sinnssyke som det det var for alle de 357 pasientene i perioden 1955-59. Så uavhengig av om man ble behandlet med kun en form for behandling eller med flere former for behandling eller ikke ble behandlet i det

---

<sup>359</sup> Til sammenligning var det for de totalt 27 pasientene som i perioden 1935-39 ble behandlet med enten malaria og/eller salvarsan og wimol, sulfosin og cardiazolsjokk seks pasienter, 22% som ble utskrevet som døde, 16 pasienter, 59% som ble utskrevet som sinnssyke og fem pasienter, 19% som ble utskrevet som ikke sinnssyke. Og det var bare de cardiazol behandlede pasientene som ble utskrevet som ikke sinnssyke.



hele tatt så var det omtrent en like stor sjanse for å bli utskrevet som ikke sinnssyk. Og hvis det faktisk var slik at det var like stor mulighet for å bli utskrevet som ikke sinnssyk uavhengig om man ble behandlet eller ikke, kan en stille spørsmål ved om behandlingene egentlig hadde noen nevneverdig effekt?

## **Lobotomi**

Aldersmessig skilte ikke de lobotomerte pasientene på Eg seg fra de på Opdøl, Umedalen og Vordingborg. Schizofrenia var den mest fremtredende diagnosen for de lobotomerte ved Eg, slik det også var på Opdøl, Umedalen og Vordingborg. Ikke alle de lobotomerte på Eg hadde blitt forsøkt behandlet med andre behandlingsmetoder før en lobotomi operasjon, for noen pasienter var lobotomi den første behandlingsmetoden som ble prøvd, slik tilfellet også var på Vordingborg. Tre av mennene som ble lobotomert døde som direkte eller indirekte følge av operasjonen.

Urolighet og utrygghet ser ut til å ha vært de mest fremtredende indikasjonene for de lobotomerte pasientene på Eg. Som det også var for pasientene ved Opdøl, Umedalen og Vordingborg. Hallusinasjoner og vrangforestillinger preget også tilstandene for de lobotomerte på Eg, som Øgren også fant ved Umedalen.

Lobotomi som siste utvei ser ikke ut til å ha vært en fremtredende indikasjon for de lobotomerte pasientene på Eg.

En del av de som ble lobotomert på Eg kan sies å stemme med forklaringen av lobotomi som kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter. Men dette gjaldt ikke alle, det var andre pasienter som også ble beskrevet, i journalnotatene, som urolige og vanskelige pasienter som ikke ble lobotomert. Min analyse, som støttes av Kraghs funn, viser et mer nyansert bilde, lobotomi var ikke nødvendigvis et bevisst og målrettet inngrep for å disiplinere de pasientene som var vanskelig å ha med å gjøre, slik andre har kommet frem til.

På Eg, som Kragh også fant på Vordingborg var det også en tredje gruppe av de lobotomerte pasientene som ikke kan sies å ha vært spesielt urolige eller vanskelige, de hadde heller ikke et langvarig opphold. For disse pasientene ser det ut til at det ble lagt mer vekt på hvor forpinte de var av sine tvangstanker og hørselshallusinasjoner, og en hadde håp om å få disse pasientene utskrevet.

Mitt materiale og analysen av pasientjournalene viser at det var liten grad av systematikk i utvelgelsen av pasienter til lobotomi som behandling på Eg. Og at den enkle todelingen av

forklaringen av lobotomi som enten kontroll og disiplinering av urolige og vanskelige pasienter eller som en siste utvei ikke er dekkende for det mønsteret jeg har funnet her. Utvelgelsen av pasienter til lobotomi virker mer tilfeldig enn det tidligere forskningen har kommet frem til. Kanskje bør denne todelingen nyanseres også for andre sykehus sin praksis. Det foreligger skriftlig samtykke for alle de åtte kvinnene og for åtte av de ni mennene som ble lobotomert på Eg. Og det ser også ut som at det var viktig for Eg å innhente samtykke og at det ikke ble opererte uten å ha fått samtykke fra de pårørende. Det ser i hvert fall slik ut når det hadde blitt søkt om tillatelse til operasjon og det ikke var blitt gitt samtykke for fem kvinner og med den følge at ingen av disse fem kvinnene ble operert. Eg respekterte de pårørendes ønsker. Men de pårørende ble bare informert om dødsrisikoen og at det var et håp om bedring. Det ble ikke kommunisert hva risikoen rundt et lobotomi inngrep ellers kunne innebære. Risikoen for senskader og hva som sannsynligvis ble situasjonen for pasienten etter en lobotomi ble ikke kommunisert til de pårørende.

Den metodiske utfordringen med å arbeide med arkiver som er ordnet etter dato for utskrivelse eller dødsfall, er at for å finne alle pasientene som var innlagt i en periode må en forfølge flere tiår for å finne pasientenes journaler. Det vil være en vanskelig og tidkrevende prosess, det ville krevet større ressurser i tid og at man eventuelt var flere som arbeidet sammen, slik Øgren brukte forskningsassistenter. For å finne alle pasientene som var innlagt i en periode burde man ta for seg alle journalene etter de utskrevne pasientene i opptil ca. 40 år etter den perioden man var interessert i, da mitt materiale har vist at noen pasienter kunne være innlagt i nærmere 40 år.

Styrkene ved arkivordningen er at de pasientene som ble ansett som friske og utskrevet som ikke sinnssyke som følge av en behandling, samt de pasientene som døde som følge av behandling kommer godt frem i materialet.

Måten jeg henviser til journalene på, ved å bruke rekkefølgen de ligger i arkivboksen, kan bli forandret hvis noen andre går igjennom en eller flere av arkivboksene. Men dette ville krevd at de først skaffet seg de nødvendige tillatelser fra REK og det er jo også heller tvilsomt at noen skulle forandre på rekkefølgen journalene ligger i. Årsaken til at jeg henviser til pasientjournalene på denne måten er fordi jeg ikke kunne bruke løpenummerne til pasientene som referansepunkt i henhold til retningslinjene fra REK sør-øst.

Hvis jeg skulle gjort noe annerledes ville jeg nok også ha registrert hvor pasientene kom fra da de ble innlagt. Kom de direkte fra sitt hjem, eller var de innlagt i andre institusjoner eller i privatpleie. En del av pasientene i perioden 1955-59 kom til Eg fra eldreomsorg, fra pleiehjem eller gamlehjem. Det ville vært interessant å se i hvor stor grad det var disse pasientene som var årsakene til at alderen var høyere, at det var økt dødelighet og at det var kortere innleggelsestid i perioden 1955-59. Og om dette var en pasientgruppe som ble innlagt for å bli behandlet med medikamenter.

Og jeg ville også ha registrert hvor pasientene ble utskrevet til, om de ble sendt hjem eller til privatpleie eller andre institusjoner. Dette kunne vist hvor mange av de som ble utskrevet som sinnssyke som fremdeles ble sett på som alvorlig syke nok til at de måtte bli overført til et annet sykehus, eller om de var blitt lettere å forpleie slik at de kunne overføres til privatpleie, eller om de faktisk kunne klare seg hjemme.

Jeg har i denne oppgaven bare benyttet pasientjournaler som kildemateriale, årsakene til at jeg ikke har brukt andre kilder er fordi pasientjournalene i seg selv var omfattende og tidkrevende å gå igjennom og at eventuelle andre kilder ikke ville gitt meg informasjon om de samme pasientene. Tvangsmiddelprotokollene ville gitt meg informasjon om andre pasienter i forhold til dem oppgaven ellers handler om på grunn av måten pasientjournalene etter Eg sykehus er ordnet. Disse protokollene dekket heller ikke alle årene i de to periodene oppgaven fokuserer på. Rapportprotokoller var også en mulig kilde jeg kunne benyttet meg av, men heller ikke disse var fullstendige for både kvinner og menn i de to periodene, i tillegg inneholder hver enkelt journal en rapportmappe med rapportblader med den tilsvarende informasjonen.

Jeg har gått i dybden på et omfattende kildemateriale og analysert det grundig, og ved å bruke pasientjournaler kan man få et bedre innblikk i anvendelsen av behandlingsmetoder i psykiatrien. Det er ikke så mange som har brukt pasientjournaler som kilder, og en del av de som har gjort det har kun sett på de lobotomertes journaler, eller bare de pasientene som fikk diagnosen schizofreni. Min studie viser at en mer inngående analyse av pasientjournalene til både de lobotomerte pasientene og andre pasienter som ikke ble lobotomert gir et mer nyansert og utfyllende, og kanskje også et annerledes bilde av lobotomiens anvendelsespraksis. Ved å ikke bare analysere journalene til de lobotomerte pasientene, men også analysere journalene til andre pasienter som var innlagt i samme tidsperiode som de lobotomerte kan man få et bedre innblikk i anvendelsespraksisen av behandlingen og det gir en mer variert pasientgruppe. Jeg har vist at de forklaringene som har dominert i forhold til utvelgelsen av pasienter til lobotomi ikke er så enkel som enten eller. Lobotomi var ikke bare

enten disiplinering og kontroll av urolige og vanskelige pasienter eller en siste utvei behandling. En del pasienter ser ut til å ha blitt lobotomert ut ifra et håp om bedring og basert på hvor forpinte de var av sine tvangstanker og hallusinasjoner. På Eg ser det ut til at lobotomi hadde blitt vurdert i den enkeltes tilfelle og var en individuell behandling, og at det ikke var en enhetlig praksis i utvelgelsen av pasienter til lobotomi. Det kan tyde på at det har vært ulik praksis fra sykehus til sykehus.

En videre studie av alle pasientene som ble lobotomert ved Eg kunne bidratt til å utfylle det mønsteret jeg her har funnet om anvendelsen av lobotomi. Det ville også vært interessant med en videre studie av cardiazolsjokk behandlingen. Har den hatt så god effekt som den tilsynelatende ser ut til å ha hatt for de pasientene som ble behandlet med denne metoden på Eg. Jeg har bare funnet et lite antall behandlede pasienter, så det ville vært interessant å undersøke flere pasienter og bruken av cardiazolsjokk ved andre institusjoner. Et annet spørsmål min studie reiser, men som ville vært vanskelig å svare på, er om medikament behandling bidro til at innleggelsestiden var kortere for pasientene og til den økte dødeligheten blant pasientene? Min undersøkelse viste at de pasientene som ble behandlet med medikamenter hadde en høy gjennomsnittsalder, og bruk av medikamenter kan være en påkjenning selv for en frisk kropp, kan medikamentene ha vært en del av årsakene til at pasienter døde selv om det ikke ble registrert som en medvirkende årsak i journalene?

## Forkortelser

Cont= kontinuasjon, brukt i første periode 1935-39.

Kont= kontinuasjon, brukt i andre periode 1955-59.

ESA= Eg sykehus arkiv

SAK= Statsarkivet i Kristiansand

## Uttrykte kilder

### Arkiv 1731-0001 Eg sykehus, Statsarkivet i Kristiansand

Nummer	Arkivenhet-innhold	Tidsrom	Plassering
0188	Tvangsmidler benyttet overfor pasienter	1954-1957	2C/001/05/5
0559	Pasientbehandling	1883-1955	2C/002/05/4
0236	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1935-31.05.1935	2C/001/06/4
0237	Pasientjournaler, kvinner	01.06.1935-31.12.1935	2C/001/06/4
0238	Pasientjournaler, kvinner	1936	2C/001/06/4
0239	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1937-20.08.1937	2C/001/06/4
0240	Pasientjournaler, kvinner	21.08.1937-31.12.1937	2C/001/06/4
0241	Pasientjournaler, kvinner	1938	2C/001/06/4
0242	Pasientjournaler, kvinner	1939	2C/001/06/4
0269	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1955-30.06.1955	2C/002/01/1
0270	Pasientjournaler, kvinner	01.07.1955-31.12.1955	2C/002/01/1
0271	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1956-30.06.1956	2C/002/01/1
0272	Pasientjournaler, kvinner	01.07.1956-31.12.1956	2C/002/01/2
0273	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1957-30.06.1957	2C/002/01/2
0274	Pasientjournaler, kvinner	01.07.1957-31.12.1957	2C/002/01/2
0275	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1958-30.07(06).1958	2C/002/01/2
0276	Pasientjournaler, kvinner	01.07.1958-31.12.1958	2C/002/01/2

0277	Pasientjournaler, kvinner	01.01.1959-30.06.1959	2C/002/01/2
0278	Pasientjournaler, kvinner	01.07.1959-30.09.1959	2C/002/01/2
0279	Pasientjournaler, kvinner	01.10.1959-31.12.1959	2C/002/01/3
0294	Pasientjournaler, menn	1935	2C/002/01/5
0295	Pasientjournaler, menn	1936	2C/002/01/5
0296	Pasientjournaler, menn	1937	2C/002/01/5
0297	Pasientjournaler, menn	1938	2C/002/01/5
0298	Pasientjournaler, menn	01.01.1939-31.07.1939	2C/002/01/5
0299	Pasientjournaler, menn	01.08.1939-31.12.1939	2C/002/01/5
0327	Pasientjournaler, menn	01.01.1955-31.05.1955	2C/002/02/2
0328	Pasientjournaler, menn	01.06.1955-31.07.1955	2C/002/02/3
0329	Pasientjournaler, menn	01.08.1955-31.12.1955	2C/002/02/3
0330	Pasientjournaler, menn	01.01.1956-30.04.1956	2C/002/02/3
0331	Pasientjournaler, menn	01.05.1956-31.08.1956	2C/002/02/3
0332	Pasientjournaler, menn	01.09.1956-31.10.1956	2C/002/02/3
0333	Pasientjournaler, menn	01.11.1956-31.12.1956	2C/002/02/3
0334	Pasientjournaler, menn	01.01.1957-30.04.1957	2C/002/02/3
0335	Pasientjournaler, menn	01.05.1957-30.09.1957	2C/002/02/4
0336	Pasientjournaler, menn	01.10.1957-31.12.1957	2C/002/02/4
0337	Pasientjournaler, menn	01.01.1958-31.05.1958	2C/002/02/4
0338	Pasientjournaler, menn	01.06.1958-31.08.1958	2C/002/02/4
0339	Pasientjournaler, menn	01.09.1958-31.12.1958	2C/002/02/4
0340	Pasientjournaler, menn	01.01.1959-30.04.1959	2C/002/02/4
0341	Pasientjournaler, menn	01.05.1959-31.12.1959	2C/002/02/4

## Litteratur:

- Aaslestad, Petter. (1997). *Pasienten som tekst: Fortellerrollen i psykiatriske journaler: Gaustad 1890-1990*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Blomberg, Wenche. (1990). *For døve ører. Vold- og makt-ofrene, psykiatrien og den store taushetsplikta*. Oslo: Gyldendal.
- Bondevik, Hilde, (2007). *La donna è mobile – om hysteridiagnosen i Norge på 1800-tallet*. Tidsskriftet Den norske legeforening. Nr. 24. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2007/12/medisinsk-historie/la-donna-e-mobile-om-hysteridiagnosen-i-norge-pa-1800-tallet>
- Bremer, Johan. (1982). *Veier og villspor i psykiatrien*. Oslo: Tanum-Norli. Hentet fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/7f44caa51a9cbf9c4d2d6715992302b4?index=4#0>
- Buckley, Jorunn Jacobsen & Henriksen, Kari. (2002). «Æ du gal?»: oppvekst på Eg sykehus. Stavanger: Hertervig forlag Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Bøe, Jan Bjarne. (1994). *Synd, sykdom og samfunn: Linjer i sinnssykepleiens historie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Dale, J. og Sirnes, T. (1974). *Noen virkninger av prefrontal leucotomi hos mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra nb.no: <http://www.nb.no/nbsok/nb/b49fde326f3062bef85ae54766389e19?index=2>
- Haave, Per. (2008). *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.
- Hermundstad, Gunvald. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Isdahl, Per Johan. (1993). *Grepet om hjernen: fra lobotomiens historie*. Oslo: Aschehoug. Hentet fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/9ecb71735bd4609191f4e66ac0eb0edb?index=1#0>
- Jones, Kathleen. (1993). *Asylums and after : A revised history of the mental health services : From the early 18th Century to the 1990s*. London: Athlone.
- Kragh, Jesper Vaczy. (Red.). (2008). *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kragh, Jesper Vaczy. (2010). *Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922-1983*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

- Kringlen, Einar. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: N.W. Damm & søn as.
- Kringlen, Einar. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Langfeldt, Gabriel. (1951). *Lærebok i klinisk psykiatri: for medisinske studenter og praktiserende leger*. Oslo: Aschehoug. Hentet fra:  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/6e1d1a446a38fb7200354e3a62b066e9?index=6>
- Lingjærde, Odd. (1988). *Psykofarmaka: den medikamentelle behandling av psykiske lidelser*. Oslo: TANO. Hentet fra:  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/b45a525e5b04dc7779ffe8cdab927363?index=1#0>
- NOU-utredningen. Lund, Ketil. (1992). *Utredning om lobotomi: utredning fra et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1991: avgitt 30. juni 1992*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon Statens trykning. Hentet fra:  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/191d4864f737911856d5a902b65b35f3?index=2#0>
- Nylenna, Magne. (2004). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Pressman, Jack, D. (1986) *Uncertain promise: psychosurgery and the development of scientific psychiatry in america, 1935-1955*, Pennsylvania.
- Retterstøl, Nils. (Red.). (1995). *Gaustad sykehus 140 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sagedal, Erling. (1981). *Eg sykehus 100 år: 1881-1981*. Kristiansand: Sykehuset.
- Shorter, Edward. (1997). *Psykiatriens historie – fra asyl til Prozac*. (Dansk utgave. Oversat af Ingegerd Danielsen). (2001) København: Munksgaard.
- Sjong, Erling. (1970). “Spandet“: *Østmarka sykehus 50 år; 1919-1969*. Trondheim. Hentet fra: <https://www.nb.no/nbsok/nb/e9a470649b7f4fa419319c7117d1448c?index=2#0>
- Skålevåg, Svein Atle. (2003). *Fra normalitetens historie: Sinnssykdom 1870-1920*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning i Bergen.
- Stone, Michael H. (1997). *Healing the Mind: A History of Psychiatry from Antiquity to the present*. New York. London: W.W. Norton & Company.
- Tranøy, J. (1991) *Lobotomi i skandinavisk psykiatri*, KS-serien nr 1-92, Institutt for kriminologi og strafferett, Oslo UiO. Hentet fra:  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/f20e3e915d3d9e76bd8468da5b64b23a?index=1#0>



Tranøy, Joar. (1993). *I sinnssykehusets vold. Innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Oslo: Pax forlag as.

Valenstein, Elliot S. (1986). *Great and Desperate Cures. The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical treatments for Mental Illness*. New York: Basic Books.

Øgren, Kenneth. (2007). *Psychosurgery in Sweden 1944-1958. The Practice, the Professional and the Media Discourse*. (Doktogradsavhandling) Hentet fra: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:140147/FULLTEXT01.pdf>

### **Annen litteratur:**

Andersen, Anders Johan W. «En vanvittig historie - omsorgen for sinnslidende i Aust-Agder.» I Andersen, A., Larsen, I., & Söderhamn, O. (2010). *Utdanning til omsorg : I fortid, nåtid og framtid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Astrup, Christian, Retterstøl, Nils, & Dahl, A. Alv (1980). *Gaustad sykehus 125 år: Det psykiatriske sykehus i dag: rFa enhet til mangfold*. Oslo-Bergen-Tromsø: Universitetsforlaget.

Botslangen, Anne Madeleine. (2015). *Den psykiatriske pasient: En begrepshistorisk studie*. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/10727/dr-thesis-2015-Anne-Madeleine-Botslangen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Furre, Berge. (2000). *Norsk historie 1914-2000. Industrisamfunnet – frå vokstervisse til framtidstil*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Goffman, Erving. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday.

Grob, Gerald N. (1995) *The mad among us: a history of the care of Americas mentally ill*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Iversen, Torgeir Alexander. (2013). Masteroppgave. [Psykiatrihistorie fra pasientperspektiv: møtet mellom pasienter, leger og pårørende ved Neevengården asyl](#).

Lund, Tore. (1941). *Sinnssykeasylet: en autentisk beretning om helvete på jorden, skrevet av en som undslapp*. Oslo: (Eget forlag) Hentet fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2013120226001](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013120226001)

Løchen, Yngvar. (1971). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2014082508003](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2014082508003)

Mamen, Hans Chistian. (1999). *Et steg videre: Blakstad sykehus historie gjennom et hundreår*. Blakstad sykehus. Hentet fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010122006035](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010122006035)

Ohman, Nielsen, May-Brith. (2011). *Norvegr. Norges historie – Bind IV Etter 1914*. Oslo: Aschehoug & Co.

Porter, Roy. (1989) *A social history of madness: stories of the insane*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Porter, Roy. (1999). *The Greatest benefit to mankind : a medical history of humanity from antiquity to the present*. London: Fontana Press.

Sande, Lars Chr. (Red.). (1988). *På andre siden av fjorden: Rogaland psykiatriske sjukehus 1913-1988*. Kommunalforlaget. Hentet fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2014042407116](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2014042407116)

Steen, Thorvald (red.) (2005). *Asylet: Gaustad sykehus 150 år*. Oslo: Aschehoug.

Stugu, Ola Svein. (2012). *Norsk historie etter 1905. Vegen mot velstandslandet*. Oslo: Det Norske Samlaget.

#### **Nettsider:**

**Legehåndboka.no:** hentet den 28.10.16

<https://legehandboka.no/sok?q=ekstravaskul%C3%A6rt&=>

**ssb.no:** hentet den 16.03.17

NOS IX 103: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1935*. Tabell 1. «Oversikt over sinnssykeasylenes belegg, inn- og utskrivninger, overbelegg og antall forpleiningsdager.» Hentet fra:

[http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_ix\\_103.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ix_103.pdf)

NOS IX 143: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1936 og oppgaver over antall offentlig forpleide sinnssyke i 1936*. Tabell 2. «Oversikt over sinnssykeasylenes belegg, inn- og utskrivninger, overbelegg og antall forpleiningsdager.» Hentet fra:

[http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_ix\\_143.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ix_143.pdf)

NOS IX 166: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1937 og oppgaver over antall offentlig forpleide sinnssyke i 1937*. Tabell 2. «Bevegelsen i belegget på asylene og i asylenes privatpleie.»

Hentet fra: [http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_ix\\_166.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ix_166.pdf)

NOS IX 193: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938 og oppgaver over antall offentlig forpleide sinnssyke i 1938*. Tabell 2. «Bevegelsen i belegget på asylene og i asylenes privatpleie.»

Hentet fra: [http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_ix\\_193.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ix_193.pdf)

NOS X 022: *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*. Tabell 2. «Bevegelsen i belegget på asylene og i asylenes privatpleie.» Hentet fra: [http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_x\\_022.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_x_022.pdf)

NOS XI 272: *Sinnssykehusenes virksomhet, 1955, med sammendragstabeller 1951-55*. Tabell II. «Bevegelsen i belegget på sinnssykehusene og sinnssykehusenes privatpleie 1955.» Hentet fra: [http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_xi\\_272.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_xi_272.pdf)

NOS XI 312: *Sinnssykehusenes virksomhet 1956*. Tabell II. «Bevegelsen i belegget på sinnssykehusene og sinnssykehusenes privatpleie 1956.» Hentet fra:

[http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_xi\\_312.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_xi_312.pdf)

NOS XI 343: *Sinnssykehusenes virksomhet 1957*. Tabell II. «Bevegelsen i belegget på sinnssykehusene og sinnssykehusenes privatpleie 1957.» Hentet fra:

[http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_xi\\_343.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_xi_343.pdf)

NOS XII 039: *Sinnssykehusenes virksomhet 1958*. Tabell II. «Bevegelsen i belegget på sinnssykehusene og sinnssykehusenes privatpleie 1958.» Hentet fra:

[http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_xii\\_039.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_xii_039.pdf)

NOS XII 063: *Sinnssykehusenes virksomhet 1959*. Tabell II. «Bevegelsen i belegget på sinnssykehusene og sinnssykehusenes privatpleie 1959.» Hentet fra:

[http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos\\_xii\\_063.pdf](http://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_xii_063.pdf)

Vedlegg 1: Sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal fra perioden 1935-39.

EG ASYLS journal over:		
Lpnr. [redacted]	Navn: [redacted]	Innlagt d. 17/5.1937
Tidl. asyl- og klinikkophold:	Forpl. offentlig	Utskrevet d. 30/12-37
Født d. [redacted].1879	i [redacted]	» som <i>2 d.</i>
Stilling husmor	Hjemstavn [redacted]	» eft. begj. av
Familiestand gift	Opholdssted [redacted]	» til
Rekvirent mannen	Garanti [redacted] kommune	
Sinnsykeattest d. 10/5.1937 av [redacted]		Dødsårsak: <i>Ins. multi morbis.</i>
Innl.s attest 19/5.1937	Farlighetsattest	Beskjed til: <i>Mamma.</i>
Umyndiggjort d.	Verge:	
<b>Signalement</b>	Sykdomsform: <i>Schizofreni</i>	<b>Status præsens:</b>
Hoide 160 cm	Årsaksforhold: <i>S.S. i slekten</i> Varighet: <i>8-9 år</i>	Ernæringstilstand meget god
Bygning Tykkfallen	<b>Familieoplysninger:</b>	Vekt 88,0 kg
Konstit. type Pyknisk	Far Mor	Temp. 37,2
Hodeform rund	Farfar Morfar	Tungen fuktig, ren
Hår svart med grå striper	Farmor Mormor	Kjertelsystem intet å bemerke
Skjegg	Fars søskende Mors søskende	Lunger intet patologisk
Øine blå	En søster, [redacted] l.pnr. [redacted] liggende i [redacted] i [redacted] - [redacted] Soligofreni. Utlevet [redacted] for tiden ved Eg asyl [redacted] - [redacted] Soligofreni. Utlevet. a.s.	Pirquet + <i>(1/5.32)</i>
Panne almindelig	Bror <i>Suicidium</i> Søster	Hjerte intet patologisk
Ører alm. store	Son Datter	Puls 72, regelmessig, god
Nese rett, alm. stør		Blodkar
Munn almindelig		Blodtrykk
Tenner gode, fortenner, jekstene trukket		Blod
Gane	Foreløbig diagnose:	Abdomen stor, tallrike stri
Hake almindelig	Sammendrag:	Urin <i>lysel, ko. bef, sen. sp. v. 1013</i>
Tale intet å bemerke		eggehv. ÷ pus ÷
Arr ingen		sukker ÷
		Urobilin
Tatovering ingen		Menstr. sist
		Wassermann blod
Forøvrig:		→ spin. v.
Mål:		Spinalvæske
	Innleggelsen ansees: 1. hensiktsmessig for den syke 2. nødv. av hensyn til den off. orden og sikkerhet	
	Merk!	

Vedlegg 2: Sensurert kopi av en tilfeldig utvalgt pasientjournal fra perioden 1955-59.

EG SYKEHUS		Merk
JOURNAL		
over		
Lp. nr	[redacted]	
Navn	[redacted]	
Født	[redacted]-83 i [redacted]	Yrke fhv. sjømann
Bopel	ingen	Ektesk.forh. ugift
Hjemstavn	Hjemstavnsløs	Tutor [redacted] politikammer
Garanti		Egen begjæring
Umyndiggjort		Verge
Nærmeste pårørende		
Tidligere asyl eller klinikkopphold		
Kings Park Hospital 1921-1924.		
Ullevål VI. avd. 25/3-24 - 25/4-24		
Hvitgjerdet sykehus 25/4-24 til 18/4-52		
<hr/>		
Innkomm	19/4-52	Utgikk 16/6-58. som død
Farlige tilbøyeligheter		
Diagnose <i>Schizofrenia</i> (Paranoid form)		
I. Q. <i>(Paranoid form)</i>		

### Vedlegg 3: Tilleggsdiagrammer til kapittel 3

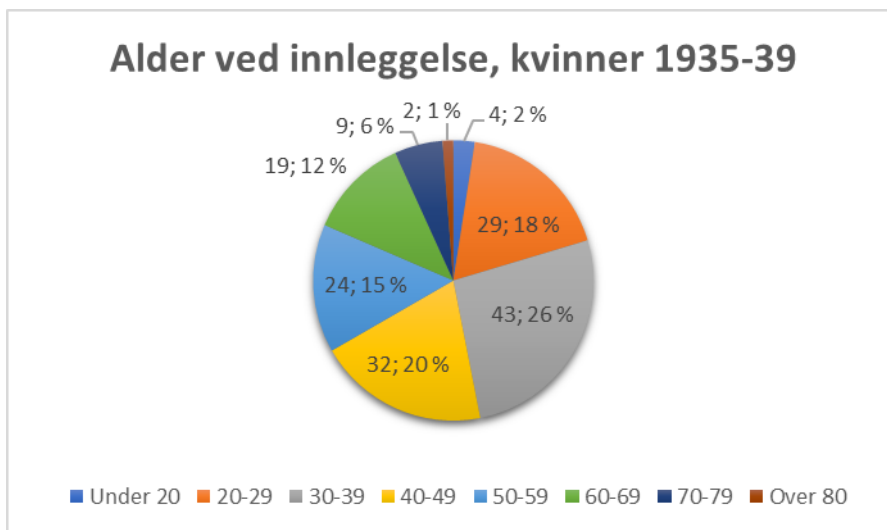


Diagram 1b: Antall og prosent, kvinnelige pasienter fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1935-39.

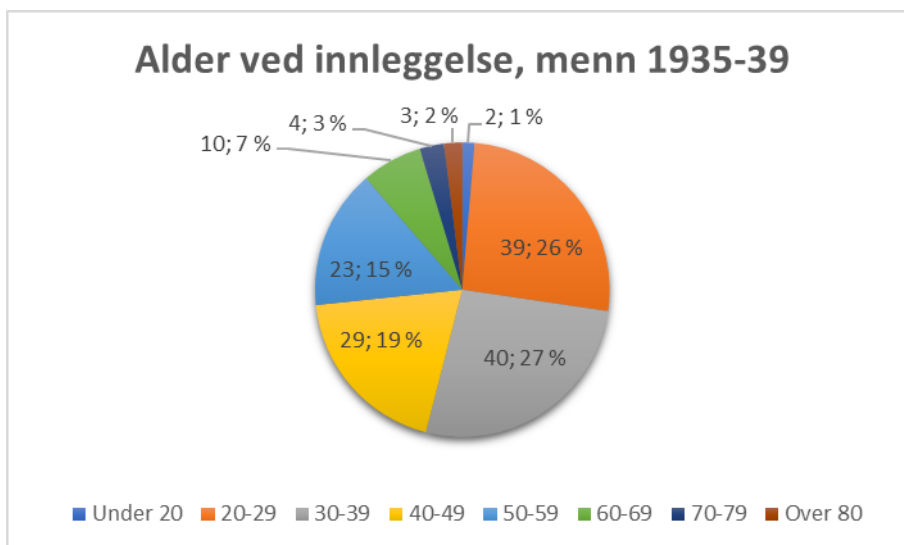


Diagram 1c: Antall og prosent, mannlige pasienter fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1935-39.

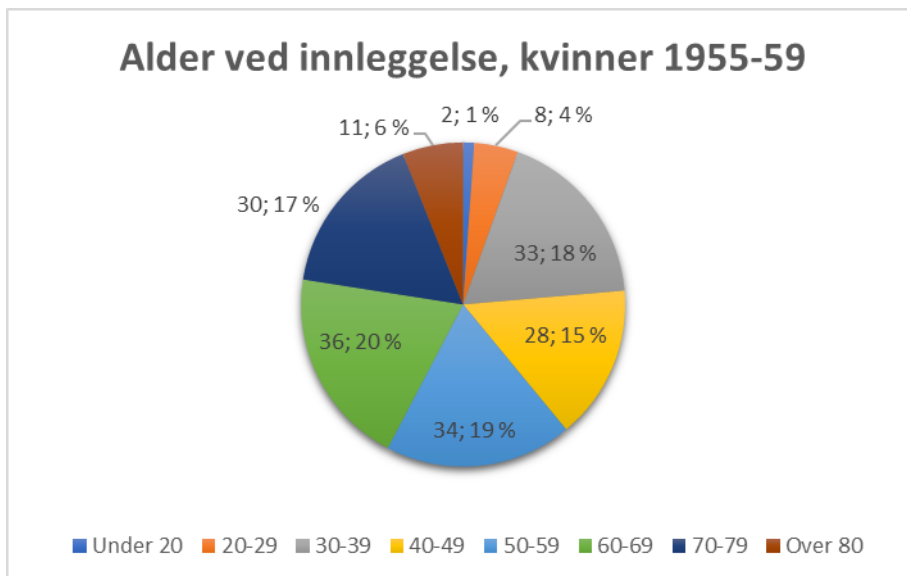


Diagram 2b: Antall og prosent, kvinnelige pasienter fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1955-59.

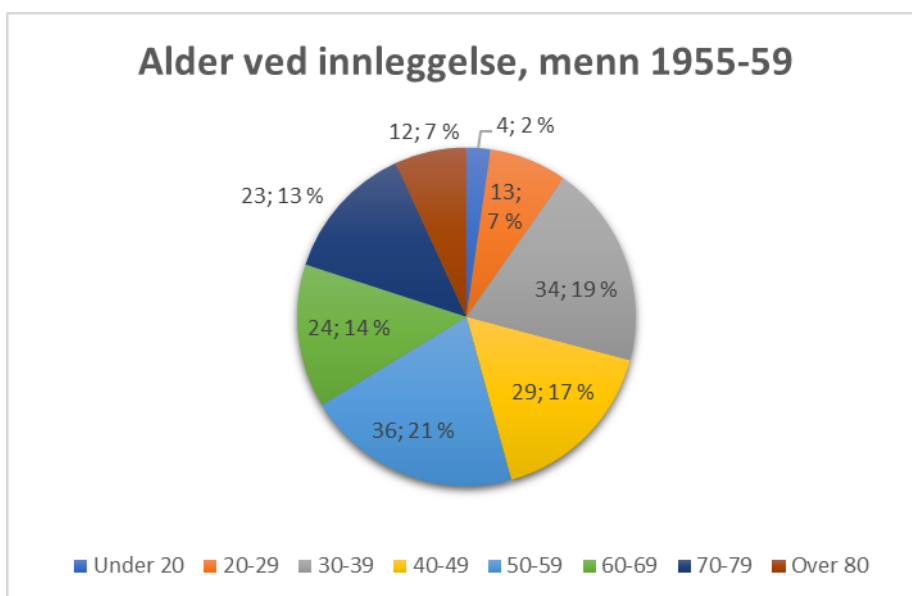


Diagram 2c: Antall og prosent, mannlige pasienter fordelt på alder ved innleggelse for perioden 1955-59.

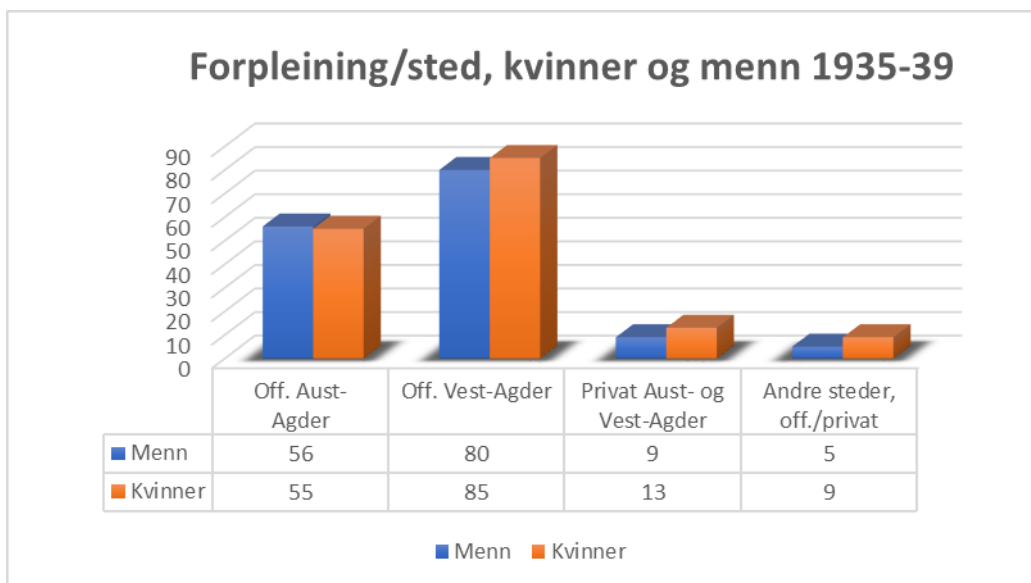


Diagram 5a: Antall kvinner og menn fordelt på forpleining og sted for perioden 1935-39.

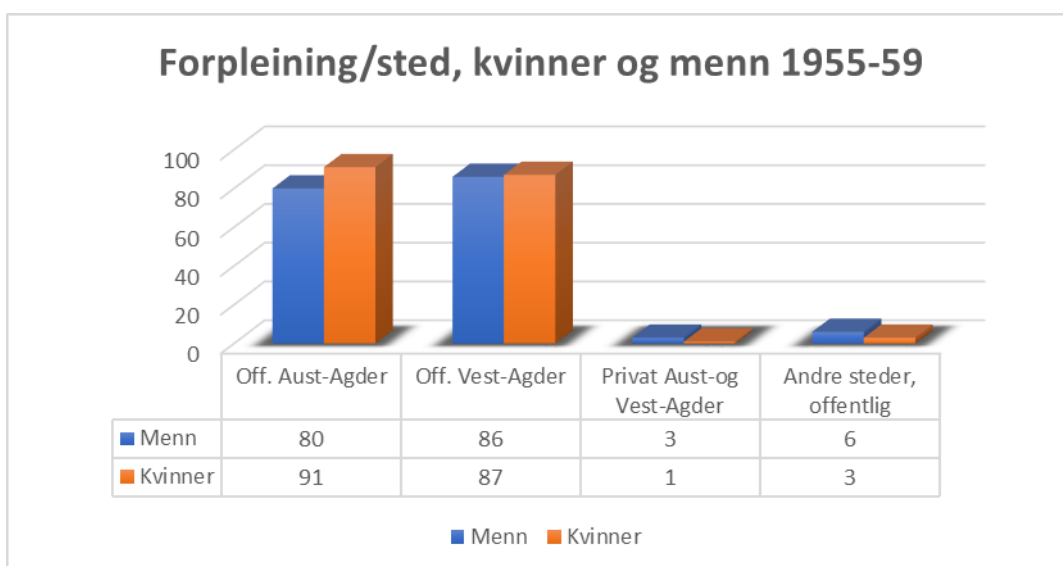


Diagram 6a: Antall kvinner og menn fordelt på forpleining og sted for perioden 1955-59.



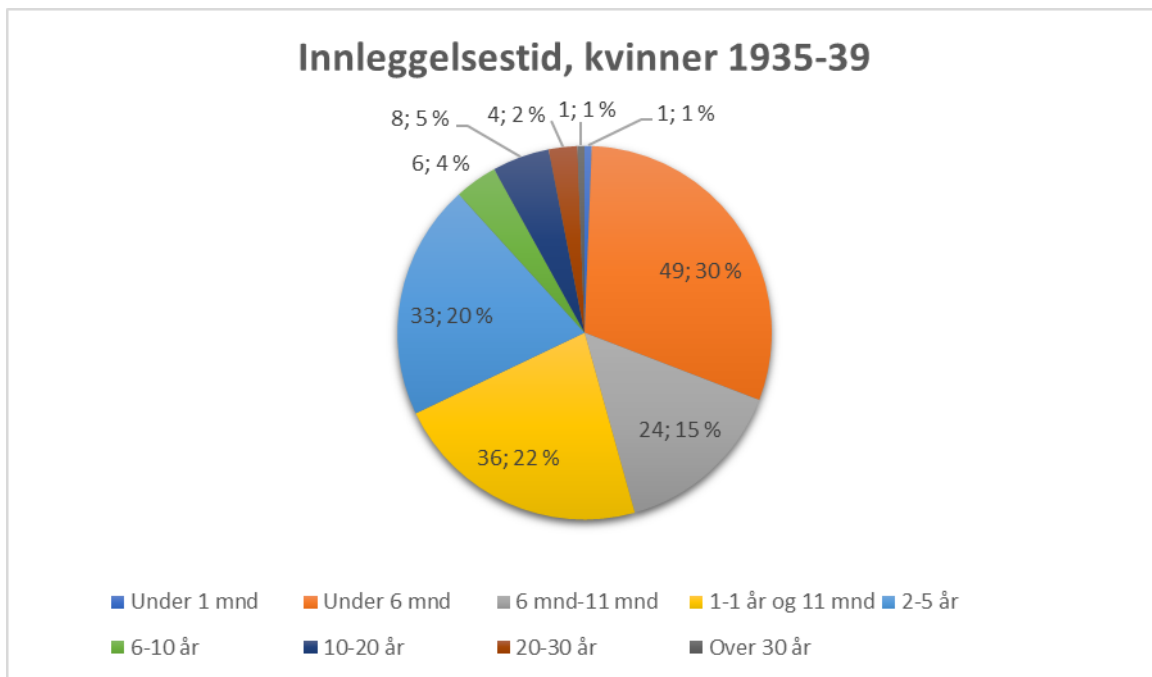


Diagram 7b: Antall og prosent, kvinnelige pasienter fordelt på innleggelsestid for perioden 1935-39.

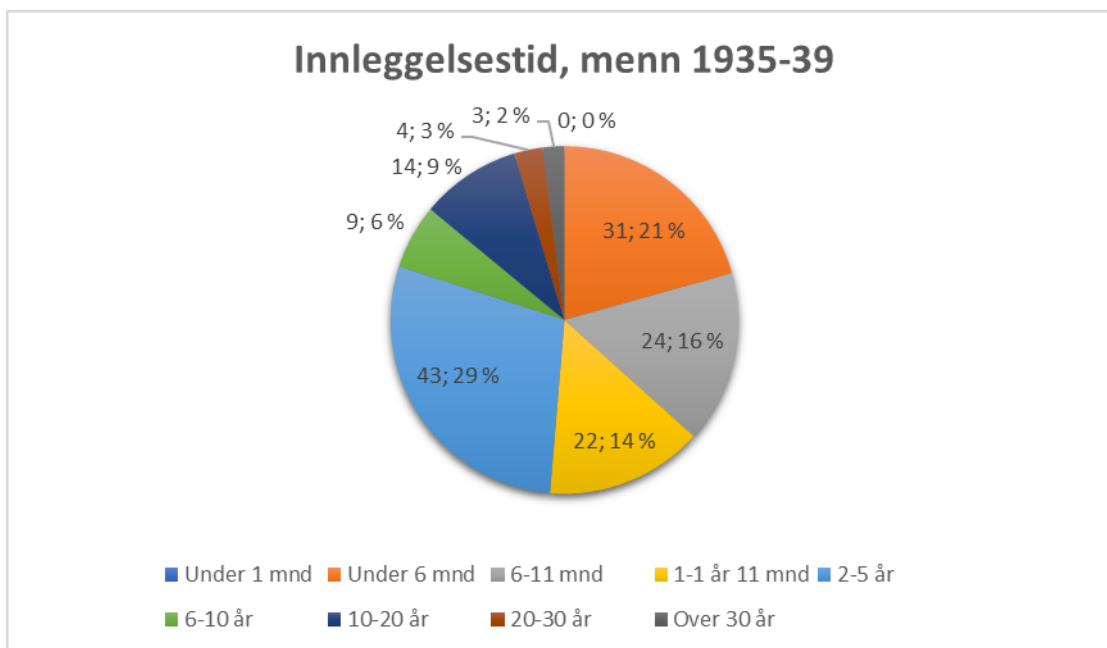


Diagram 7c: Antall og prosent, mannlige pasienter fordelt på innleggelsestid for perioden 1935-39.

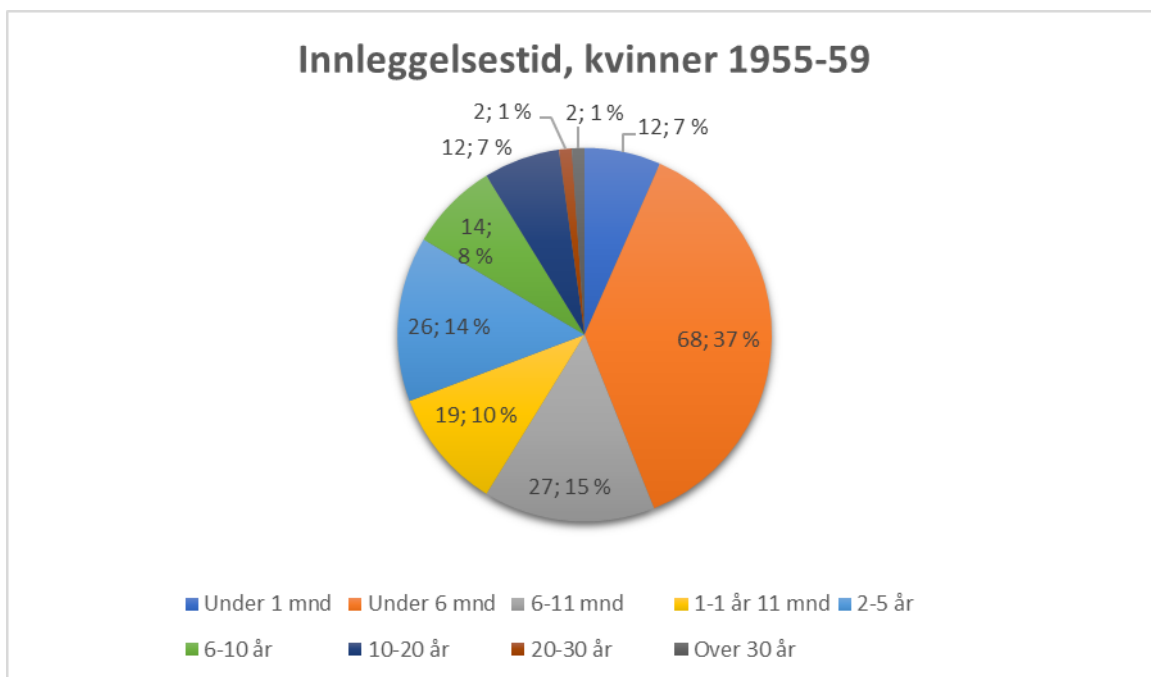


Diagram 8b: Antall og prosent, kvinnelige pasienter fordelt på innleggelsestid for perioden 1955-59.

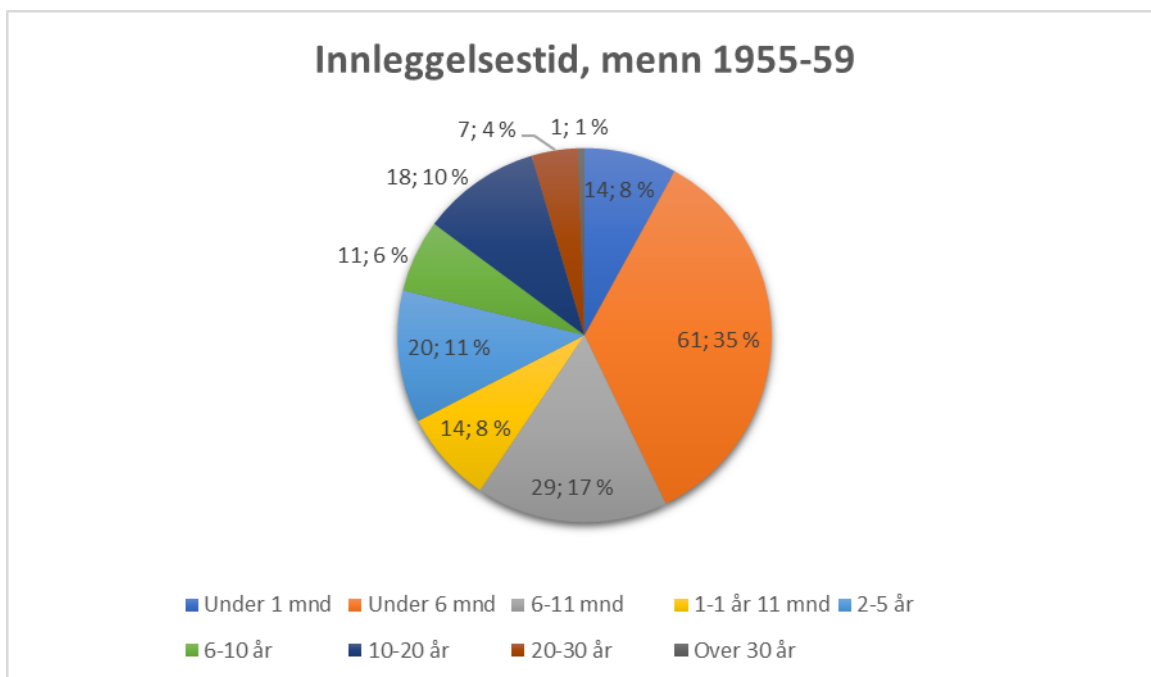


Diagram 8c: Antall og prosent, mannlige pasienter fordelt på innleggelsestid for perioden 1955-59.

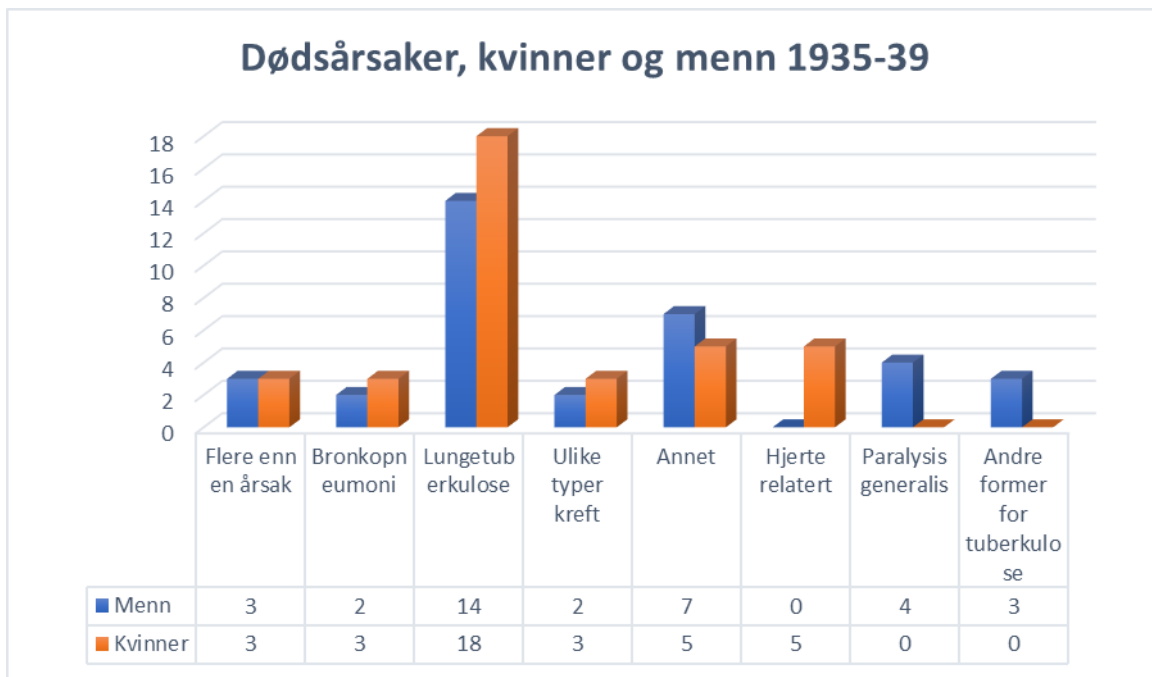


Diagram 11a: Antall kvinner og menn fordelt på dødsårsaker for perioden 1935-39.

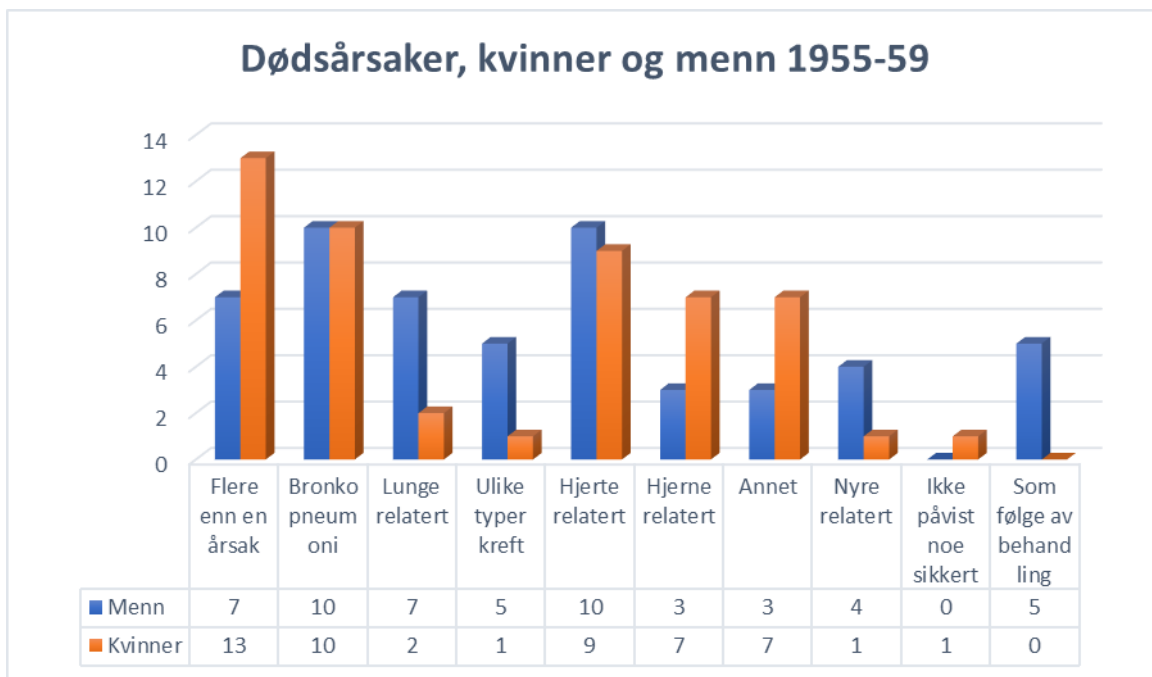


Diagram 12a: Antall kvinner og menn fordelt på dødsårsaker for perioden 1955-59.

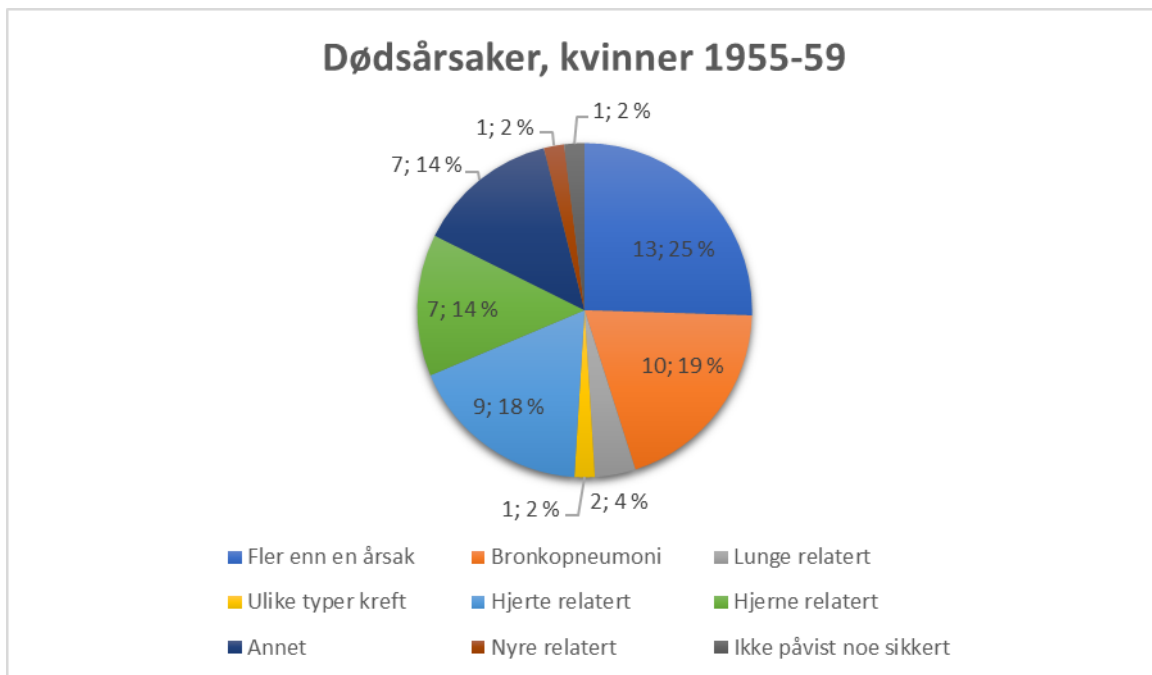


Diagram 12b: Antall og prosent, kvinnelige pasienter fordelt på dødsårsaker for perioden 1955-59.

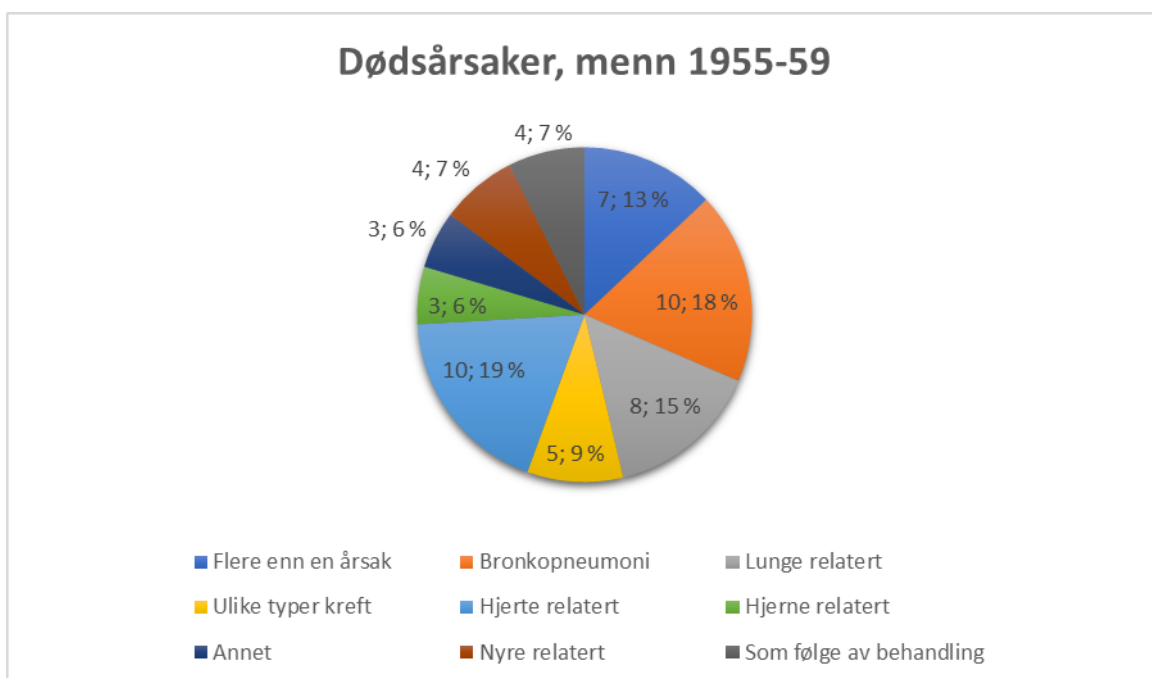


Diagram 12c: Antall og prosent, mannlige pasienter fordelt på dødsårsaker for perioden 1955-59.

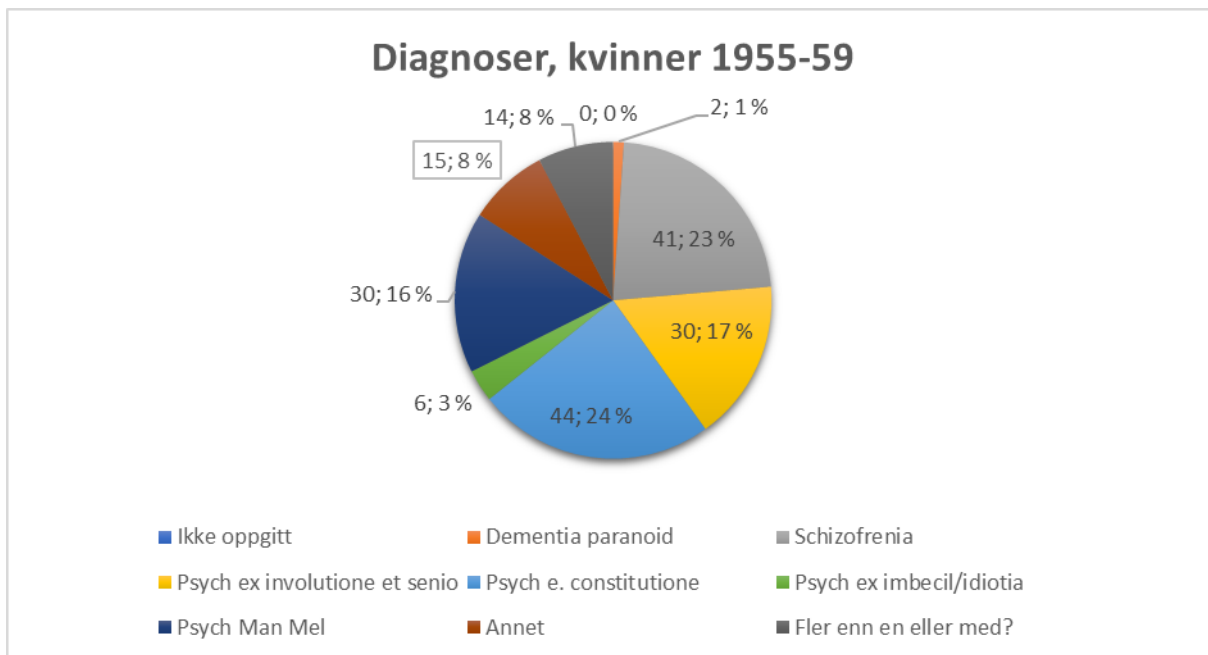


Diagram 14b: Antall og prosent, kvinnelige pasienter fordelt på diagnoser for perioden 1955-59.

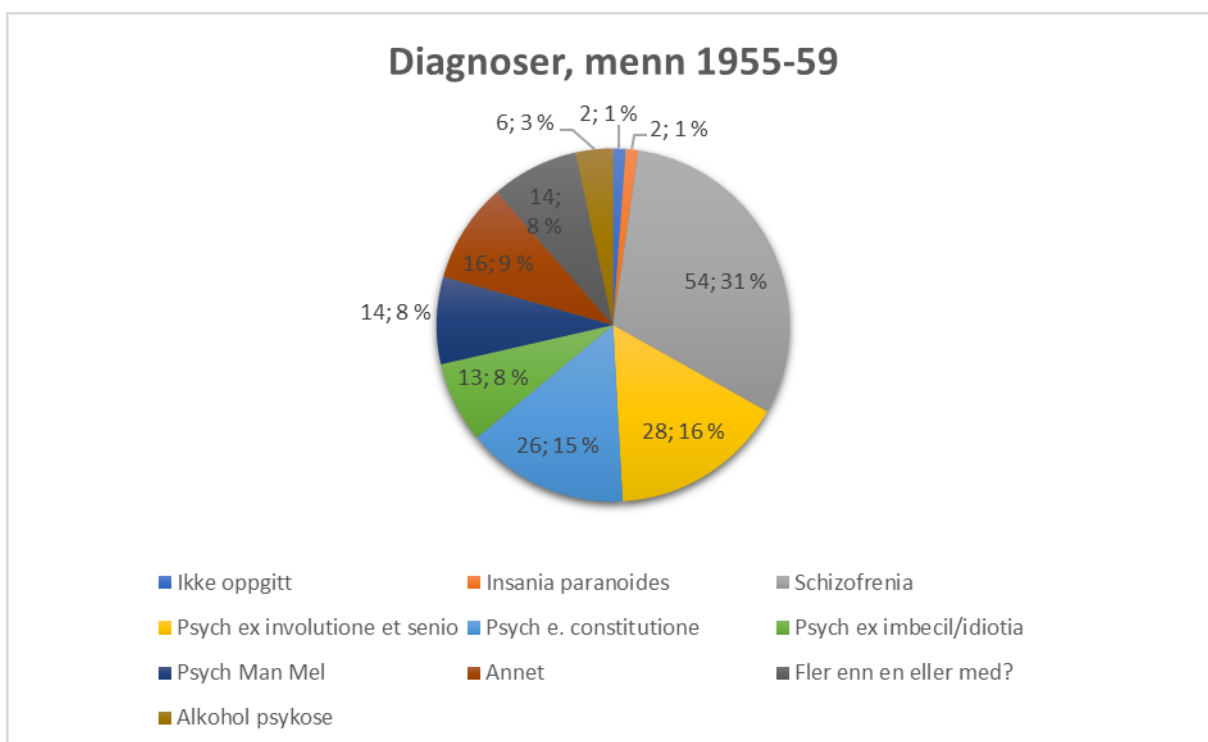


Diagram 14c: Antall og prosent, mannlige pasienter fordelt på diagnoser for perioden 1955-59.

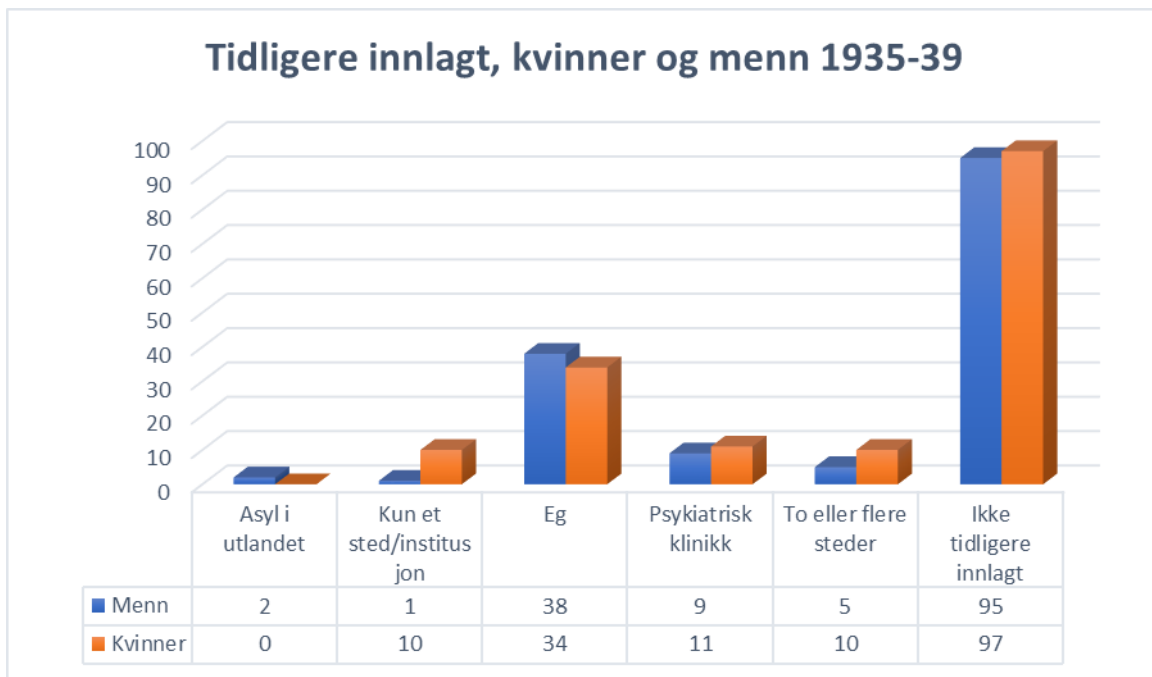


Diagram 15a: Antall kvinner og menn fordelt på tidligere innlagt for perioden 1935-39.

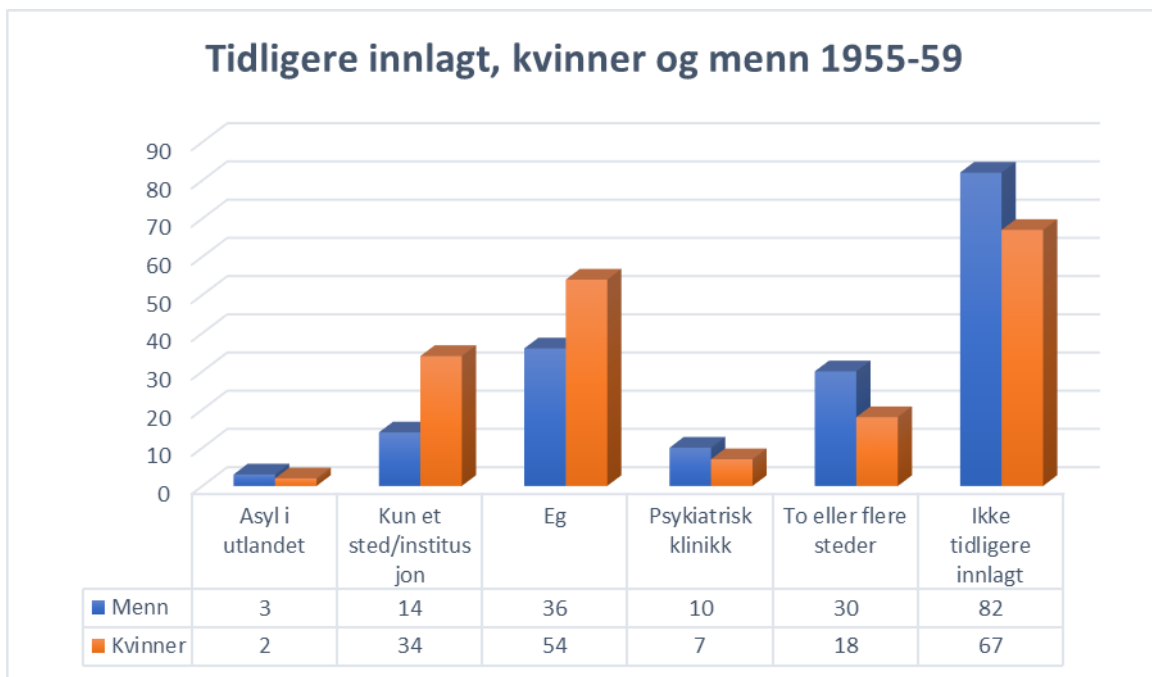


Diagram 16a: Antall kvinner og menn fordelt på tidligere innlagt for perioden 1955-59.

#### Vedlegg 4: Etterundersøkelse av cardiazol-behandlede syke

24/3-39.

Eg sykehus 7/1-43.

I anledning av en rekke etterundersøkelser av pasienter tillater vi oss å stille Dem noen spørsmål med hensyn til Deres helsestilstand etter utskrivningen av Eg sykehus. Da disse etterundersøkelser tillegges stor verdi, ber vi Dem høfligst å besvare spørsmålene så fullstendig og nøyaktig som mulig og sende brevet tilbake snarest.

1. Hvordan har De hatt det siden utskrivningen? Er tilstanden uforandret, bedret, *Ja* eller forverret? *Nei* Har De den hele tid vært arbeidsdyktig? *Ja*
2. Når begynte i tilfelle forandringen, og hvor lenge har den vart?
3. Hvori består forandringen? Har De vært eller er De opstemt, nedstemt, *Nei* rastløs *Nei* eller uten tiltak? *Nei* Har De religiøse skruper? *Nei* Har De sett eller hørt noe unaturlig? *Nei* Har De følt Dem beglodd *Nei* eller forfulgt? *Nei* Har De hatt lyst til å slippe å leve? *Nei* Har De hatt følelsen av at andre kan styre Deres tanker? *Ja* Har De følelsen av å være utsatt for elektrisk strøm? *Nei* eller en annen unaturlig påvirkning? *Nei*
4. Ble De helt frisk etter den dårlige perioden? *Ja* Hvordan følte De Dem i tiden etter denne? *Bra*
5. Har De hatt flere dårlige perioder senere? *Nei* Hvormange? Når? Hvorlenge varte de?
6. Har De vært legemlig syk eller sykehusbehandlet siden utskrivningen? *Reidgubehandlet for Parotitis*
7. Hvordan føler De Dem nå? *Bra* Har De full arbeidslyst og arbeidskraft? *Ja* Hvordan er det med Deres humør, *Bra* søvn *God* og appetitt? *God*
8. Er noen av de plager som gjorde at De ble lagt inn her, vendt tilbake?
9. Hvordan er Deres hukommelse  
a/ for eldre begivenheter, *Bra*  
b) for nyere begivenheter?  
Hvis den er nedsatt, er det da så meget at det hemmer Dem i Deres arbeid?
10. Hva slags arbeide har De hatt siden utskrivningen?

*Stus og gardsarbeid hjå bror min.*

Venligst stryk det som ikke passer i Deres tilfelle.

Har De noe å tilføye om Deres tilstand etter utskrivningen eller nå, vær så snill og skriv det på den annen side.

For Eg sykehus?

## Vedlegg 5: Operasjonsbeskrivelsesark for lobotomi

Lp.-nr.:

Navn:

(Operasjonsbeskrivelse)

23.febr. 1954 i lok. anæst.

Leukotomia bilateralis ( Brodersen ).

Operasjonen, som uten vanskelighet lot seg gjennomføre i lok. anæst., ble utført på vanlig måte gjennom drillåpninger på typisk sted og små åpninger i dura.

Leukotomien ble gjort med sømde oppad i vel 5 cm. dybde, nedad i snaut 5 cm. dybde. Ingen blødning. Lagvis lukning.



**Vedlegg 6: Tabell over pasienter det ble søkt om tillatelse til operasjon for**

Ref.nr.	Kjønn	Alder ved inn.	Sivil status	Diagnose +tilstand ut	Inn. lengde	Behandling	Søkt om operasjon
272-9 Lisbeth	K	32	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	5 år, 10mnd	Insulin. 186 ECT. Klorpromazin	Søkt i feb.53
272-12 Oline	K	39	Ugift	Psych.e.const. Sinnssyk	7 år, 3mnd	Insulin. 252 ECT	Søkt, fått, men ikke op.
272-15 Torbjørg	K	47	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	7 år, 9mnd	287 ECT. Klorpromazin	Søkt, nektet
277-1 Olivia	K	41	Ugift	Schizofrenia. Død	6 år	29 ECT. Hibanil, phenergan, pacatal, reserpin, trilafon	Foreslått, påførende ønsket ikke op.
274-9 Solfrid	K	31	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	10 år	Insulin. 90 ECT. Reserpin	Søkt.

**Vedlegg 7: Tabell over pasienter som ikke ble lobotomert, men som kanskje kunne vært kandidater til lobotomi**

Ref.nr.	Kjønn	Alder ved inn.	Sivil status	Diagnose +tilstand ut	Inn. lengde	Behandling	Mulige indikasjoner
269-12 Oda	K	26	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	4 år, 5mnd	Insulin. 200 ECT	Urolig, vanskelig.
278-6 Turid	K	38	Gift	Schizofrenia. Død	37 år, 10mnd	90 ECT. Reserpin. Hibanol	Urolig, til dels aggressiv, isolatpasient
277-1 Olivia (Pårørende ønsket ikke lobotomi)	K	41	Ugift	Schizofrenia. Død	6 år	29 ECT. Hibanol, phenergan, pacatal, reserpin, trilafon	Avhengig av stell og pleie, utilgjengelig
332-1 Vetle	M	30	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	19 år, 10mnd	28 ECT. Klorpromazin (hibanol)	Etter hvert mer urolig. Dunker hodet i veggen
332-2 Syvert	M	30	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	18 år, 7mnd	29 ECT	Etter hvert mer urolig. Hyppige og kraftige uroturer. Hører stemmer. Preges av hallusinasjoner
331-4 Erik	M	26	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	1 år, 2mnd	8 ECT. Largactil. Hibanol+ phenergan	Ujevn med perioder av uro. Hørselshallusinert
335-16 Jørgen	M	40	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	3 år, 3mnd	8 ECT	Svarer ikke på tiltale, sløvet schizofren, snakker ikke
339-1 Håvard	M	40	Ugift	Schizofrenia. Sinnssyk	7 år, 5mnd	8 ECT. Hibanol. Reserpin	Sterkt hørselshallusinert

## **Vedlegg 8: Utfyllende beskrivelser av både de pasientene som ble lobotomerte og de pasientene som ikke ble lobotomert.**

Den følgende teksten er ikke blitt bearbeidet og er notatpreget og utgjør i hovedsak de mest sentrale notatene fra kontinuasjonssidene fra pasientjournalene.

**Tormod** 52 år, ugift forhenværende sjømann. Offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i januar 1946, i 13 år og 5 måneder, døde i juni 1959 av hjerteinfarkt. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på Eg og i privatpleie.

Tidligere innlagt på Eg fra 1919 til 1939, da utskrevet til privatpleie. Innlagt igjen i 1946 fordi forpleieren ikke lenger makter å forpleie ham. Han var sterkt hallusinert, urolig, urenselig og rev tøy.<sup>360</sup> Ved innleggelsen ble han lagt inn på vaktsalen, men her var han urolig, fløy opp av sengen, vimset omkring, ble da nødt til å anbringe han i avdeling D, hvor han ble lagt på isolat. Utover i 1947 og frem til 1949 var han mye urolig, rev tøy, og ble for det meste forpleid i avdeling D.<sup>361</sup> I et notat fra november 1950 var han fremdeles i avdeling D, han sa aldri et forståelig ord. Han var mye på isolat på grunn av uro og sinneturer, fikk av og til behandling, det hjalp litt på ham. Neste notat er fra juni 1959; i mars 1958 fikk han etter et sjokk, etter han var blitt lagt bort i sin seng, en rekke krampeanfoll av til dels voldsom styrke, etter dette ble elektroshokk behandlingen seponert. De siste årene var han på isolat, ble lettere å stille etter hvert, men pratet aldri med noen, *«han virket mere som et dyr i bur.» «Hans død kom helt uventet selvom han virket svært redusert.»*<sup>362</sup>

I november 1954 ble det utført i lokal anestesi en leukotomia bilateralis (Brodersen).<sup>363</sup> Vergen hadde samtykket.<sup>364</sup>

I et brev til hans fetter oppsummerer Eg Tormods tid på Eg; hans vesentligste symptomer var vrangforestillinger av paranoid karakter. Av forpleiningsmessige grunner leukotomert i 1954 uten vesentlig bedring i tilstanden. Er nå helt sløv, apeliggende utseende, må ligge i tykketepper og er som regel i isolat om natten, i tykketepper, da han river tøy. Er forsøkt ataraxica uten særlig effekt.<sup>365</sup>

---

<sup>360</sup> Journalomslaget, 341-14, ESA, SAK.

<sup>361</sup> Kont 1, 341-14, ESA, SAK.

<sup>362</sup> Kont 2, 341-14, ESA, SAK.

<sup>363</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 341-14, ESA, SAK.

<sup>364</sup> Samtykkeerklæring uten dato, 341-14, ESA, SAK.

<sup>365</sup> Kopi av brev til fetter, Eg sykehus, Johan Stousland 8.5.58, 341-14, ESA, SAK.

**Laila** 48 år, ugift, forhenværende hushjelp, offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i februar 1952, i 4 år og 8 måneder, utskrevet i oktober 1956 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på Eg.

Hun var hallusinert for syn og hørsel og hadde en rekke vrangideer.<sup>366</sup> I mai 1955 ble det notert at hun siden innkomsten nærmest hadde vært uforandret, var rastløs, urolig, misfornøyd og vanskelig. «*På grunn av stadig uro m.m. blev pas. i dag (18/5-55) leukotomert av overlegen. Brodersen. Pas. var meget medtatt etter operasjonen. Hun var soporøs og febril i ca 14 dager, klarnet etterhvert bra op og blev etterhevert betydelig bedre psykisk.*»<sup>367</sup> Moren hadde samtykket.<sup>368</sup> I september fikk hun et krampeanfall. Hun falt ikke helt til ro etter operasjonen, var fremdeles rastløs. Begynte på reserpin i mars 1956, «*under denne behandling er pas. blitt mer ordnet, opfører sig greit i avd. er villig og hjelpsom, men må "puffes" i gang. Virker for øvrig nokså tom noe sløvet. Hun får lite gjort på arbeidsstuen, traver frem og tilbake, men generer ingen av de andre. Alt i alt er dog pas. blitt betydelig bedre.*»<sup>369</sup> Hun ble utskrevet som sinnssyk til privatpleie.<sup>370</sup>

**Turid** 38 år, gift småbrukers hustru. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i oktober 1921, i 37 år og 10 måneder, døde i juli 1959 av bronkopneumoni + alderdomssvekkelse. Diagnose schizofrenia.

Først notat i journaler er fra 1926, hun var da uforandret, var som regelen ugrei, urolig og til dels aggressiv.<sup>371</sup> I 1931 ble det notert at hun oppholdt seg i avdeling D. I 1936 var hun fremdeles helt uforandret, og oppholdt seg stadig i D om dagen, det ble ofte meldt om uro om natten. «*Patienten er den samme urolig, støiende, brølende, urenlige, arbeidsskye som før. Skjenner og smelder, slaar og sparker, river, klorer. Hun sover daarlig, spiser godt og er urenlig. Opholder sig i D.*»<sup>372</sup> I 1937 ble det notert at hun var den samme sløve, urolige og voldsomme pasient. I 1938 var tilstanden som før. I 1939 ble det notert at hun fremdeles var i avdeling D. I 1940 som før. I 1941 fremdeles uforandret, det samme ble notert i 1942 og 1943.<sup>373</sup> I 1946 ble det opplyst at hun fremdeles var i D isolat. I 1947 ble det notert at hun

---

<sup>366</sup> Kont 1, 272-8, ESA, SAK.

<sup>367</sup> Kont 2, 272-8, ESA, SAK.

<sup>368</sup> Samtykkeerklæring uten dato, 272-8, ESA, SAK.

<sup>369</sup> Kont 2, 272-8, ESA, SAK.

<sup>370</sup> Kont 2, 272-8, ESA, SAK.

<sup>371</sup> Journalomslaget, 278-6, ESA, SAK.

<sup>372</sup> Cont 1, 278-6, ESA, SAK.

<sup>373</sup> Cont 2, 278-6, ESA, SAK.

hele tiden var i D. Og i siste notat fra 1959 ble det bemerket at hun hadde vært fjern og utilgjengelig under hele oppholdet, hun var sløvet, periodevis voldsom, og ble det meste av tiden forpleiet i kronisk avdeling.<sup>374</sup> Hun døde av bronkopneumoni og alderdomssvekkelse.

**Tiril** 23 år, gift, kontorists hustru, et barn. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i oktober 1946, i 9 år og 3 måneder, utskrevet i januar 1956, døde av tarmslyng. Diagnose schizofrenia.

Hun hadde ikke vært som før etter at hun fikk sitt barn i april 1946, var rastløs, nervøs og hadde hyppige gråteturer. «*Har ikke noe kjærlighet til sitt barn. Det interesserer henne ikke.*»<sup>375</sup> Etter innleggelsen var hun stadig urolig, skriker og sliter alle belter, sjokkbehandling hadde ingen virkning.<sup>376</sup> I et notat fra oktober 1952 ble det opplyst at hun det siste året hadde fått sjokk omtrent hver uke, hun var fremdeles sint og pågående, og sjokk hjalp bare forbigående.<sup>377</sup>

«*Bortsett fra ca. 2 måneder etter at hun ble leukotomert den 15/10.52, da hun lå i vaktsal, har hun for det meste vært isolatpasient. Før operasjonen var hun tøvete, pågående, inadekvat og svært urenselig. Hun fikk en mengde sjokkbehandlinger uten vesentlig effekt. Den siste tid før operasjonen fikk hun sjokk en gang i uken, nærmest av pleiemessige grunner. Under selve operasjonene hadde pasienten en kraftig urotur så operasjonsfeltet ble delvis usterilisert. Det postoperative forløp var dog ukomplisert, men pasienten fikk mye penicillin. Leukotomien synes å ha vært uten effekt på pasientens psyke. Hun hadde fortsatt voldsomme skjenne og skriketurer, var pågående og svært urenselig. Spiste avføring og drakk urin, vasket gulvet i isolatet sitt med urin. Enkelte ganger var også hennes oppførsel seksuelt preget. Hun onanerte meget og bet seg selv i mammæ. Forskjellige sedativa eller hypnotica hadde liten eller ingen effekt. Hun har også etter operasjonen fått fåere sammenhengende eller enkeltvis sjokkbehandlinger, uten særlig effekt, men av pleiemessige grunner, i alt ca. 90 sjokk etter leukotomi. Enkelte ganger var pasienten så vanskelig at man ikke fikk satt mat inn til henne.*»<sup>378</sup> (Hun kan sies å ha blitt forverret av operasjonen.)

---

<sup>374</sup> Kont uten nr. er bare et., 278-6, ESA, SAK.

<sup>375</sup> Journalomslaget, 271-1, ESA, SAK.

<sup>376</sup> Kont 2, 271-1, ESA, SAK.

<sup>377</sup> Kont 4, 271-1, ESA, SAK.

<sup>378</sup> Kont 4, 271-1, ESA, SAK.

Det ble begynt med klorpromazin i februar 1955, men hun hadde svært liten effekt av denne behandlingen. I september 1955 ble klorpromazin og phenergan seponert og det ble begynt med reserpin, men også dette var uten effekt. Fikk den 3.1.55 omgangssyke.<sup>379</sup> Tre dager senere ble hun plutselig dårlig, hun klaget over sterke magesmerter og virket meget medtatt. Hjertevirksomheten var ujevn. Hun døde av tarmslyng.<sup>380</sup>

I oktober 1952 i lokal anestesi + amycalnarkose ble det utført en leukotomia bilateralis (Brodersen). «*Det drillles på vanlig måte huller på begge sider. Pasienten er herunder temmelig urolig med hodet, men ikke værre enn at det går. Det intrær nu en svær urotilstand, som gjør det nødvendig med amycal (...). Resten av inngrepet utføres uten vanskelighet. Man håper steriliteten er i orden etter basketaket, men sikker kan man ikke være.*»<sup>381</sup> Moren hadde gitt sitt samtykke.<sup>382</sup>

**Oda** 26 år, ugift kontordame. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i november 1950, i 4 år og 5 måneder, utskrevet i mai 1955 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia.

«*Første tegn til noe uvanlig hos pas. var at hun tidligere i høst vilde lære å kjøre bil og ta sertifikat.*»<sup>383</sup> Ved innleggelsen var hun meget urolig og rastløs slik at hun måtte legges i belte.<sup>384</sup> I desember 1950 ble det notert at hun de første dagene var svært urolig og snakket meget, fikk sjokkbehandling og ble meget roligere. Det neste notatet er fra mai 1955 og her står det at siden forrige notat har pasienten for det meste vært en meget vanskelig og urolig pasient i innpå to år slik at hun har vært sengeliggende med belte. Insulinbehandling og trionalkurer hadde vært uten effekt, likeså den ene langvarige sjokk-kuren etter den andre. Situasjonen hadde stort sett holdt seg uforandret, med bare kortvarig bedring etter sjokk-serier, men hun var fortsatt periodisk hallusinert og urolig, til dels truende og pågående. Fra høsten 1954 kom det gradvis bedring, hun hadde da fått 198 sjokk behandlinger. Hun begynte å arbeide i arbeidsstuen i november 1954, og siden vært i jevn bedring. Ble flyttet til Nybygget II i januar 1955 og etter dette vært snill og grei og arbeidsom. Utskrevet sinnssyk til sitt hjem.<sup>385</sup>

---

<sup>379</sup> Kont 4, 271-1, ESA, SAK.

<sup>380</sup> Kont 5, 271-1, ESA, SAK.

<sup>381</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 271-1, ESA, SAK.

<sup>382</sup> Samtykkeerklæring 10.10.52, 271-1, ESA, SAK.

<sup>383</sup> Kont. 1, 269-12, ESA, SAK.

<sup>384</sup> Kont. 1, 269-12, ESA, SAK.

<sup>385</sup> Kont. 2, 269-12. ESA, SAK.

Hva som skjedde høsten 1954 og forårsaker bedringen står det ikke noe om, er vel da snakk om en spontan remisjon.

**Olivia** 41 år, ugift hjemmeværende, offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i februar 1953, i 6 år, utskrevet i januar 1959, døde av hjertesvikt. Diagnose schizofrenia.

De senere år før innleggelsen hadde hun vært fullstendig avhengig av stell og pleie, måtte av og til mates og måtte vaskes. Ved innleggelsen var det ikke mulig å få i gang noen samtale, fikk elektrosjokk og begynte å snakke litt. Fra det siste notatet i journalen ble det opplyst at hun under hele oppholdet praktisk talt hadde vært utilgjengelig. Noen kontakt med henne hadde ikke vært mulig. For det meste hadde hun sittet sløv og fjern på gulvet, det var ikke mulig å få henne til å sitte i en stol, ble da sint og aggressiv. Det hadde de siste årene blitt prøvd alle tilgjengelige aktuelle medikamenter i tur og orden, til dels i store doser, uten noen som helst virkning. Fikk også for en del år siden elektrosjokk til og fra, men bare med ubetydelig bedring i korte perioder. I 1954 ble det foreslått å utføre en leukotomia til hennes pårørende som en siste utvei til bedring, men «*De pårørende ønsket ikke denne operasjon utført.*»<sup>386</sup> Under hele oppholdet hadde hun ikke hatt legemlige sykdommer av betydning, og helt til det siste var det ingen tegn til at hun feilte noe. Hun hadde spiste som vanlig dødsdagen, hun falt plutselig død om, uten forutgående symptomer av noe slag. Dødsmåten tydet i retning av en hjertesvikt.<sup>387</sup>

**Agnes** 40 år enke, stilling er pike, offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i september 1938, i 17 år og 7 måneder, utskrevet i april 1955 som sinnssyk. Diagnose insania manico melancholia. Tidligere innlagt på Eg.

Hun hadde hatt flere anfall av sinnssykdom av et halvt års varighet i tiden 1920-26 og var preget av psykomotorisk uro. Ved innkomsten på Eg ble det notert at hun snakket i et kjørt uten et sekunds opphold, hun var støyende, urolig og forstyret de andre pasientene, ble på grunn av uro flyttet til D-isolat.<sup>388</sup> Utover i 1938 ble hun roligere og i 1939 vekslet tilstanden mellom stille og rolig og oppstemt og pratsom.<sup>389</sup> Hun fikk cardiazol i desember 1940 og

---

<sup>386</sup> Kont 1, 277-1, ESA, SAK.

<sup>387</sup> Kont 1, 277-1, ESA, SAK.

<sup>388</sup> Cont 3, 269-2, ESA, SAK.

<sup>389</sup> Cont 4, 269-2, ESA, SAK.

virket klarere etter sprøyene, hun fikk fem cardiazolsjokk, og ble tilgjengelig, men klaget over smerter i ryggen og anga ømhet i ryggraden mellom skulderbladene. Derfor ble det avstått fra videre cardiazolbehandling foreløpig. I 1941 ble det notert at hun igjen var svært tøvet, ugrei, turevis urolig, rev og spiste tøy. Hun gjennomgikk en cardiazolkur og ble i bedre humør. Hun fikk også cardiazolsjokkbehandling igjen i 1942 og ble igjen grei. Men så ble hun igjen så urolig at hun måtte settes på isolat, hun fortsatte å plukke og rive tøy og spise det. I 1943 noteres det at hun oppholder seg i isolat hele dagen.<sup>390</sup> I 1944 ble det igjen begynte med sjokkbehandling, nå med pentaozol. Neste notat er fra 1946, hun var da på isolat i D, sløvet og urolig. «*Rapporten meller stadig: høirøstet, støiende, sint, synger og snakker hver natt. Motstridende når hun skal ut. Slår og sparker... Somme tider svære raseturer... Svarer ikke på tillate.*»<sup>391</sup> I 1946 ble det begynt med elektroshokk, det hjalp først litt, men hun var fremdeles urolig, vanskelig å stille, høyrøstet og sang om natten. I et notat fra 1950 stod det at hun i lang tid hadde holdt seg uforandret, sjokk kunne bare forbigående dempe hennes uro. I 1953 hadde hun i alt fått 240 elektroshokk, men uten særlig virkning, hun ble forpleid på D i belte.<sup>392</sup> (siste notat er fra 21.2.53, det står ikke hvor hun ble utskrevet til.)

I mai 1953 ble det i lokal anestesi + amycalnarkose utført en leukotomia bilateralis (Brodersen) «*Pasienten var så oppspilet og urolig i en høyst eleveret stemning at det var nødvendig med narkose fra første stund.*»<sup>393</sup> Vergen hadde samtykket.<sup>394</sup>

«*I mange år har hun vært plaget av sin sinnssykdom, men etter at det i mai 1953 ble utført en hjerneoperasjon, er tilstanden blitt meget bedre. Hun er blitt stabil, rolig, snill og ordnet.*»<sup>395</sup>

**Jenny** 43 år, skilt ?, Ett barn. Offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i februar 1935, i 22 år og 6 måneder, utskrevet i september 1957 som sinnssyke. Diagnose dementia paranoid.

Hun trodde folk så etter henne og snakket om henne og ville henne vondt.<sup>396</sup> Er den første tiden urolig og høyrøstet.<sup>397</sup> I 1936 ble det notert at: «*Pasienten er det samme forfengelige fjols som før.*»<sup>398</sup> Hun var meget skjennende, bråkte meget. Og hun ble enda dårligere, skjente

---

<sup>390</sup> Cont 5, 269-2, ESA, SAK.

<sup>391</sup> Cont 6, 269-2, ESA, SAK.

<sup>392</sup> Kont ark uten nr., begynner i 46, 269-2, ESA, SAK.

<sup>393</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 269-2, ESA, SAK.

<sup>394</sup> Samtykkeerklæring, uten dato, 269-2, ESA, SAK.

<sup>395</sup> Gul kopi til Stadlegen i Arendal, fra Eg sykehus, datert 20.4.55, 269-2, ESA, SAK.

<sup>396</sup> Cont 1, 274-14, ESA, SAK.

<sup>397</sup> Cont 2, 274-14, ESA, SAK.

<sup>398</sup> Cont 3, 274-14, ESA, SAK.



meget og var hallusinert. I 1939 var hun fremdeles uforandret. I 1941 ble det notert at det synes som hun stadig ble dårligere, hun var ofte sint, kunne ha svære skjenneturer og var sterkt hallusinert.<sup>399</sup>

I 1954 ble det notert at hennes skjenneturer var nokså hyppige og de rolige periodene var kortere. Hun fikk elektroshokk gjerne 2-4 sjokk når hun var urolig, det hjalp for en tid, men uroen kom igjen og i det siste hadde uroen blitt nokså hyppig. I 1955 ble det notert at etter at hun ble lobotomert i mai 1954 hadde vært blid og grei, men virket dog sløvet. I et notat fra 1957 ble det opplyst at hun var blid, vennlig, litt forvirret, og at det var vanskelig å føre en ordnet samtale med hun, hadde tydelig assosiasjonsforstyrrelser. Hun var stort sett lett å pleie, bortsett fra at hun vætset seg og hadde en tendens til å stikke av; «*Dette er vel nærmest uttrykk for en lett forvirringstilstand.*»<sup>400</sup> Hun begynte med reserpin i 1956 og virket nå alt i alt noe bedre. Hun ble overført til Dalene pleieavdeling hvor tilstanden holder seg slik, så hun ble utskrevet til privatpleie.<sup>401</sup>

I mai 1954 ble det i lokal anestesi utført en leukotomia bilateralis (Brodersen).<sup>402</sup> Datteren hadde samtykket.<sup>403</sup>

**Vetle** 30 år, ugift, stilling; ingen/omstreifer. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i januar 1937, i 19 år og 10 måneder, utskrevet i oktober 1956 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia.

Det ble opplyst at han tilhører omstreiferslekten (...) og at flere av disse var tyvaktige og løsaktige individer. Han hadde tidligere vært siktet og fengslet for tyveri. Han hadde også vært på gamlehjem og rømt derfra, så ble han overført til privatpleie, men rømte også derfra, så innlagt på gamlehjem igjen. I det siste hadde han opptrådt truende og brutal, han truet med å drepe en gammel kone (på gamlehjemmet). Han hadde også vrangforestillinger idet han trodde seg etterstrebet og forgiftet.<sup>404</sup>

Etter innkomsten på Eg var han til å begynne med stille og rolig. Han snakket med de andre pasientene og spiste og sov godt. Det er ingen notat fra 1938, men i 1939 ble det notert at han

---

<sup>399</sup> Cont 4, 274-14, ESA, SAK.

<sup>400</sup> Kont er bare et, 274-14, ESA, SAK.

<sup>401</sup> Kont er bare et, 274-14, ESA, SAK.

<sup>402</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 274-14, ESA, SAK.

<sup>403</sup> Samtykkeerklæring, feb.8 1954. 274-14, ESA, SAK.

<sup>404</sup> Cont 1, 332-1, ESA, SAK.

virket nervøs og han hadde gråteturer.<sup>405</sup> Utover i 1939 ble det notert at han syntes å bli verre, og vegret seg får å ta til seg føde. I notater fra 1940 for en vite at han bare ligger til sengs og krøller seg sammen. Han måtte settes ut med makt, men da krøllet han seg bare straks sammen igjen. Han måtte mates og var urenselig, begynte også med å dunke hodet i gulvet. Resten av året ble det notert at han bare ble liggende. I 1941 var oppe hver dag, men satt stiv og sammenkrøpet uten å røre seg, men han var aldri urolig eller impulsiv. I 1944 ble det notert at han i lang tid hadde vært og var fremdeles urolig og ugrei.<sup>406</sup> Det ble forsøkt med elektrosjokk, men han var uforandret også etter sjokk, han fortsatte med å slå seg i hodet. Utover i 1945 og frem til 1947 fortsatte han med å dunke og slå seg selv i hodet, han stanget ofte hodet i veggen, kunne også spytte oppetter veggene, «gjør i det heletatt all den ugagn han kan.»<sup>407</sup> Notatene videre i journaler ble det ofte meldt om at han spytter, spyr og kliner oppetter veggene, farer rundt å stanger hodet i veggen, svært urolig og bråkete. Han ble forsøkt behandlet med elektrosjokk i 1949, men uten virkning. Han hadde også flere ganger forsøkt å komme seg ut. I siste notat fra 1956 ble det oppsummert med at han siden 1953 ikke hadde vært så høyrøstet som før, men fortsatt hatt det med å skalle hodet i veggen. Måtte mates lange perioder, var autistisk og snakket nesten ikke. Det ble begynt med klorpromazin i april 1956 og siden han begynte med hibanil hadde det blitt helt slutt med skallingen i veggen, han hadde fått bedre appetitt og spiste selv. Kunne svare ja og nei på spørsmål, ellers var det svært lite kontakt å få med han, men han var snill og medgjørlig. Han overflyttet til helseheim.<sup>408</sup>

**Syvert** 30 år, ugift, veiarbeiders sønn. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i april 1938, i 18 år og 7 måneder, utskrevet i oktober 1956 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia.

Han hadde fra barndommen av vært svakelig og sykdommen begynte 2-3 år siden med tiltagende uro og engstelse. Etter hvert ble han mer hissig og oppfarende. Etter innkomsten på Eg kom det frem at han hørte tunger fra himmelen tydelig som alminnelig snakk, disse tunger kunne han tyde og denne gaven hadde han fått av gud.<sup>409</sup>

---

<sup>405</sup> Cont 2, 332-1, ESA, SAK.

<sup>406</sup> Cont 3, 332-1, ESA, SAK.

<sup>407</sup> Kont 4, 332-1, ESA, SAK.

<sup>408</sup> Kont 4, 332-1, ESA, SAK.

<sup>409</sup> Cont 1, 332-2, ESA, SAK.

Av journalen fremgår det at han stort sett var rolig og grei, og at han hadde en lungeinfiltrasjon som ble oppfattet som tuberkulose i 1939. I 1940 virket han mer rastløs og sterkt hallusinert.<sup>410</sup> Tuberkulosen ble behandlet med vanlig sanatoriemessig kur ble da bedre.<sup>411</sup> I 1945 ble det notert at han den senere tid hadde vært urolig, rastløs og bårkende, han slo i veggen, hørte stemmer og så syner. Det ble begynt med elektroshokk og ble adskillig roligere. I 1946 står følgende skrevet i journalen: «*Han er forholdsvis rolig, men banker i veggen av og til blir mere urolig dersom det går for lang tid mellom sjokkene, men blir atter roligere etter et sjokk eller to. for øvrig er han snill og grei på avdelingen.*»<sup>412</sup>

I 1947 ble det notert at han i en periode hadde vært nokså grei, en av de flinkeste på gårdsarbeide i sommer, men at han av og til hadde en urotur, hvor han da skrek, skjelte, banket, løp mot veggen, synes han hørte stemmer og at det var noen som var etter han. Disse uroturene varte opp til en time, ellers var han riktig grei, men holdt seg for seg selv, pratet ikke med noen og hadde ingen interesse. Det er notert inn i journalen hva Eg sendte til faren i brev i desember 1949, her informerte de om at det ikke var noen forandring med deres sønn, han var rastløs og utilgjengelig, «*Vi venter ikke noe forandring med ham.*»<sup>413</sup> I 1950 innrømmet han at han hørte stemmer som gjorde han urolig.<sup>414</sup> Og fra 1953 til 1956 bel han forpleiet i Nybygget I. Tilstanden i denne tiden var stort sett uforandret, han var preget av hallusinasjoner og hyppige og kraftige uroturer, under disse fektet han i lufta og slo i veggen. Ellers var han snill og godslig. «*Selv under uroturene er det noe "fredelig" over ham.*»<sup>415</sup> Han fikk elektroshokk behandling i juli 1955 for første gang, ble noe roligere av det. Han ble overflyttet til helseheim.<sup>416</sup>

**Vigdis** 50 år, ugift kokke, offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt fra desember 1954, i 3 måneder, utskrevet ikke sinnssyk i mars 1955. Diagnose tvangsnevrose. Tidligere innlagt på Eg fra november 1953 til mai 1954.

Hun var plaget av tvangsfenomener i form av vaskemani. Pasienten søkes innlagt etter eget ønske.<sup>417</sup> Gjennom en lege ble hun lagt inn i Røde Korsklinikk i Oslo for at det kunne utføres

---

<sup>410</sup> Cont 2, 332-2, ESA, SAK.

<sup>411</sup> Cont 3, 332-2, ESA, SAK.

<sup>412</sup> Cont 4, 332-2, ESA, SAK.

<sup>413</sup> Kont 1, 332-2, ESA, SAK.

<sup>414</sup> Kont 1, 332-2, ESA, SAK.

<sup>415</sup> Kont 2, 332-2, ESA, SAK.

<sup>416</sup> Kont 2, 332-2, ESA, SAK.

<sup>417</sup> Journalomslaget, 269-4, ESA, SAK.

leukotomi av dr. med Arne Torkildsen. Hun ble operert i november 1954 og kom rett derfra til Eg. «*Hun sier hun har en deilig følelse etter operasjonen, synes det har gjort underverker. Hun føler ingen angst lenger. Hun har forsøkt å tenke på ting som hun før var så engstelig for, men det gjør ikke inntrykk på henne lenger.*»<sup>418</sup> Men hukommelsen synes noe svekket. Etter operasjonen var hun forholdsvis rolig og mer naturlig enn før. «*Selv føler hun seg meget bedre og har selv håp om at hun nå skal klare seg utenfor sykehus.*»<sup>419</sup> Utskrevet om ikke sinnssyk. (står ikke til hvor)<sup>420</sup>

Dr. Torkildsen sendte et brev til Eg sykehus, hvor han skrev at han hadde fått henvendelse fra en lege i Flekkefjord om å ta denne pasienten til behandling med leukotomi, denne legen hadde også oversendt det brev du (mottaker på Eg) hadde sendt til han datert 2.11.54 hvor du anbefaler denne operasjon.<sup>421</sup>

**Astrid** 39 år, gift, småbrukers hustru, 4 barn. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i august 1947, i 7 år og 6 måneder, utskrevet i februar 1955 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt tre ganger på Eg, i 1936/37, 1945 og 1946/47.

Hun hadde fra siste opphold vært i sinnssykekoloni, her var hun umedgjørlig, hadde svære sinnetokter og paranoid reaksjon. Hun mente seg å være påvirket av dyret, djevelen.<sup>422</sup> Ved oppholdet på Eg hadde hun skjennerurer med jevne mellomrom.<sup>423</sup> Eller står det lite i journalen.

I oktober 1954 ble det i lokal anestesi + amycalnarkose utført en leukotomia bilateralis (Brodersen), hun var så urolig at det var nødvendig å gi henne amycal, som virket meget godt.<sup>424</sup> Mannen hadde samtykket.<sup>425</sup>

Etter operasjonen ble hun psykisk meget snart rolig og grei, begynte på arbeidsstuen og deltok der under resten av oppholdet, «*var takknemmelig for at hun var blitt operert og følte seg godt*

---

<sup>418</sup> Kont 2, 269-4, ESA, SAK.

<sup>419</sup> Kont 2, 269-4, ESA, SAK.

<sup>420</sup> Kont 2, 269-4, ESA, SAK.

<sup>421</sup> Brev til Eg sykehus fra Dr. Arne Torkildsen, datert 5.12.54, 269-4, ESA, SAK.

<sup>422</sup> Journalomslaget, 269-5, ESA, SAK.

<sup>423</sup> Kont 3, 269-5, ESA, SAK.

<sup>424</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 269-5, ESA, SAK.

<sup>425</sup> Samtykkeerklæring uten dato, 269-5, ESA, SAK.

*tilfreds»*<sup>426</sup> Mannen hentet henne hjem på prøve, han skrev i brev at hun var rolig hjemme, men arbeide var det snaut tale om. Hun ble utskrevet med offentlig forpleining.<sup>427</sup>

**Bjørn** 31 år, ugift bankassistent. Offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i januar 1954, i 1 år og 2 måneder, døde i april 1955 som følge av lobotomi. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på Eg i 1947 og 1949.

Han var fra innleggelsen stuporøs og reagerte ikke på noe. Det ble forsøkt med elektroshjokk behandling, men han ble ikke forandret og snakket fremdeles ikke.<sup>428</sup> I mars 1955 ble det i lokal anestesi utført en leukotomia bilateralis (Brodersen).<sup>429</sup> Jeg fant ikke samtykkeerklæring i journalen. Det var ingen komplikasjoner i direkte forbindelse med operasjonen, men etter hvert fikk han stigende temperatur. Temperaturen fortsatt å stige til tross for antibiotika og dehydrerende behandling og han døde. Han ble obdusert og dødsårsaken var Hæmorrhagia cerebri post leucotom, dvs. hjerneblødning etter lobotomien.<sup>430</sup>

**Tom** 18 år, ugift sjømann. Offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i desember 1951, i 3 år og 6 måneder, døde i mai 1955 som følge av lobotomi. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på Eg.

Tidligere innlagt på Eg fra juli 1950 til juli 1951. Det står lite i journalen, men i oktober 1953 noteres det at han turevis var turende, fikk elektroshjokk av og til og ble noe bedre av det, glemte da bort stemmene for en kortere tid. Faren ville først ikke samtykke i operasjon, men ga det likevel. Han ble operert i mai 1955. Fem dager etter operasjonene ble det notert at han ikke bevisst etter inngrepet, temperaturen steg og han ble etter hvert mere besværet av pneumoniske forandringer, ble behandlet for det med forskjellige medisiner og luftveiene ble atter fire, og det var ikke lenger tegn til pneumoni. Allikevel holdt temperaturen, pulsen og respirasjonen seg fortsatt meget høyt. Han virket de to siste dager noe bedre, var ikke lenger så dypt bevisstløs. Om kvelden dødsdagen kom det plutselig forverrelse og han døde. Partiell

---

<sup>426</sup> Kont 4, 269-5, ESA, SAK.

<sup>427</sup> Kont 4, 269-5, ESA, SAK.

<sup>428</sup> Kont 3, 327-10, ESA, SAK.

<sup>429</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 327-10, ESA, SAK.

<sup>430</sup> Kont 3, 327-10, ESA, SAK.

obduksjon viste adskillig blod, under manipulasjon av hjernen tøyt det blod ut av lobotomiåpningene. Dødsårsak hæmorrhagia cerebri post leukotomia.<sup>431</sup>

I mai 1955 ble det i lokal anestesi + pentothal-narkose utført en leukotomia bilateralis (Brodersen).<sup>432</sup>

**Kjell** 32 år, gift fabrikkarbeider/forskallings snekker. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i mars 1955, i 1 år og 3 måneder, utskrevet i mai 1956 som ikke sinnssyk. Diagnose psychosis ex constitutione. Tidligere innlagt på Eg i 1953-54.

I journalen ble det notert at den innleggende legen meldte at pasienten klaget over svære tvangsfenomener, var rastløs, fortvilet, tvangstankene er stadig av religiøs natur.<sup>433</sup> Ved innleggelsen hadde han vanskelig for å fatte at hans situasjon skyldes sykdom. «*Han er dog glad for å høre at "de fæle tankene skyldes sykdom som han selv ikke kan hjelpe for."*»<sup>434</sup> Deretter er neste notat fra mai 1956; Ble sendt til Oslo for å bli lobotomert i september 1955, kom tilbake til Eg i slutten av oktober, virket da tung, treg og apatisk. Etter hvert kviknet han til. «*Humøret var jevnt godt hele tiden, men han var uten spontanitet og initiativ.*»<sup>435</sup> Ved utskrivelsen noteres det at hans humør hadde vært jevnt godt hele tiden, men han var uten spontanitet og initiativ. Han ble skaffet arbeide og ble boende i kolonien en stund fordi kona hadde reist fra hjemmet deres. «*Hun hadde øyensynlig ikke kunne forsones seg med mannen nåværende psykiske tilstand, og det ser ut som om hun forsøker å få ekteskapet oppløst. Det ser ikke ut til at dette har gjort særlig inntrykk på pasienten, som muligens følelsesmessig er blitt noe avflatet.*»<sup>436</sup> Den 29.5.56 ble han flyttet til internat ved arbeidsplassen.<sup>437</sup>

Ellers fra journalen får en vite at han ble forsøkt behandlet med flere typer sedativa og hypnotica uten særlig effekt, han gjennomgikk insulinkur og flere serier med elektroshokk behandling, alt med bare kortvarig virkning. Det står også at han begynte med klorpromazin i juni 1955, etter det var han for det meste i daglig arbeide ved sykehuset, var dog fremdeles hallusinert og full av fortapelses- og tvangsideer.<sup>438</sup>

---

<sup>431</sup> Kont 2, 327-11, ESA, SAK.

<sup>432</sup> Operasjonsbeskrivelsesark, 327-11, ESA, SAK.

<sup>433</sup> Kont 2, 331-9, ESA, SAK.

<sup>434</sup> Kont 3, 331-9, ESA, SAK.

<sup>435</sup> Kont 3, 331-9, ESA, SAK.

<sup>436</sup> Kont 3, 331-9, ESA, SAK.

<sup>437</sup> Kont 3, 331-9, ESA, SAK.

<sup>438</sup> Hvitt kopi ark som er et sammendrag av journalen, 331-9, ESA, SAK.

**Erik** 26 år, ugift kontormann. Offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i mai 1955, i 1 år og 2 måneder, utskrevet i juli 1956 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på psykiatrisk klinikk og Faret.

Han ble overført til Eg fra Faret, her hadde han vært urolig, støyende, klarnet litt opp etter en serie sjokk og gjennomgikk også en insulinkur. «*Han mener seg å være antikrist.*»<sup>439</sup> Den første tiden på Eg hadde han forholdt seg rolig, men var hørselshallusinert. Han var den første tiden fjern og ga uttrykk for at han var Satan, fikk elektroshokk behandling og ble etter hvert mer naturlig. Men han holdt seg ujevn med perioder av uro. Det ble begynte med largactil i juli 1955 og det ble noe bedring av tilstanden. «*Han har vært lettere å forpleie.*»<sup>440</sup> I september forsøkte han to ganger å stikke av og i oktober lykkes han, men han ringte selv til sykehuset etter et par timer og ville bli møtt i byen fordi han var redd for politiet. Neste notat sier han ble flyttet til kolonien i januar 1956, herfra rømmer han i mars, tok da toget til (...) til sin far. Han fikk da lov til å være hjemme på besøk et par dager. Da han kom tilbake var han rolig og grei og ble utskrevet til sitt hjem.<sup>441</sup>

**Jørgen** 40 år ugift offentlig forpleid sinnssyk. Offentlig forpleid fra Vest-Agder. Innlagt i januar 1954, i 3 år og 3 måneder, utskrevet i mai 1957 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på Dale og Eg.

Han hadde vært innlagt på Eg fra 1941 til 1944, så overført til privatpleie. Da han ble innlagt i 1954 var det fordi han ikke lenger kunne være hos sin forpleier, her hadde han i det siste vært i en celle, kunne ikke ha tøy, rev det av seg så han sto naken.<sup>442</sup> Ved innleggelsen var status presens at det ikke var mulig å få et ord ut av han. Under oppholdet var han rolig, men svarte ikke på tiltale. I et notat fra mai 1957 sto det at han ble forpleid i avdelingene C1 og C2 inntil han i mai 1954 ble flyttet til Dalane. Her var han den første tiden litt utrygg og rev tøy. I avdeling Dalane holdt tilstanden seg uforandret, var en svært sløvet schizofren. Han måtte mates og snakket ikke. Han var rolig, hadde ingen uroturer, men var likeglad. Han kunne ikke arbeide, sto eller satt på samme sted. Han ble utskrevet til pleiehjem.<sup>443</sup>

---

<sup>439</sup> Journalomslaget, 331-4, ESA, SAK.

<sup>440</sup> Kont 2, 331-4, ESA, SAK.

<sup>441</sup> Kont 2, 331-4, ESA, SAK.

<sup>442</sup> Journalomslaget, 335-16, ESA, SAK.

<sup>443</sup> Kont 1, 335-16, ESA, SAK.

**Håvard** 40 år ugift styrmann. Offentlig forpleid fra Aust-Agder. Innlagt i april 1951, i 7 år og 5 måneder, utskrevet i september 1958 som sinnssyk. Diagnose schizofrenia. Tidligere innlagt på psykiatrisk klinikk og Eg.

Han var innlagt på psykiatrisk klinikk i 1946 og 1947 og på Eg i 1947 og 1948-49.

Sykdommen begynte da han begynte som styrmann på en båt i Norfolk ble han hallusinert for hørsel, følte press over pannen og det ble vanskelig å tenke. Han hadde fått elektroshokk på psykiatrisk klinikk.<sup>444</sup> Og elektroshokk ved begge de tidligere oppholdene på Eg.<sup>445</sup> Før siste opphold hadde han forestillinger om forfølgelse og hallusinoser.<sup>446</sup> Det ble notert i 1953 at tilstanden hans stort sett var uforandret, var sterkt hørselshallusinert. I et notat fra 1955 står det følgende; «*Bortsett fra at pasienten vanskelig kan føre en ordentlig samtale på grunn av svære assosiasjonsforstyrrelser, oppfører han seg greit i åpen avdeling, dog er det perioder da han er meget rastløs, og av den grunn noe forstyrrende for de andre pasientene i Kolonien hvor han har vært fra oktober 1953.*»<sup>447</sup> Han arbeidet med maleren hver dag og begynte med reserpin i oktober 1955. I mars 1957 ble det notert at han var tydelig bedre og mer ordnet. Sa han hørte stemmer, men brydde seg ikke om dem. I mars 1958 ble dosen forandret til hibanil + reserpin, ble da tydelig mer forvirret og tøvet, hørte stemmer og var opptatt av mange vrangforestillinger. Fra april 1958 ble dosen klorpromazin økt til 3 ganger daglig + reserpin, den siste tiden etter det viste han noe sykdomsinnsikt. «*“Det var jo bare tøys det jeg så og hørte.”*»<sup>448</sup> Han ble sendt på prøve til hjemmet. Hadde skaffet seg lett arbeid og oppførte seg bra. Ble utskrevet som sinnssyk.<sup>449</sup>

---

<sup>444</sup> Journalomslaget, 339-1, ESA, SAK.

<sup>445</sup> Kont 2 og Kont 3, 339-1, ESA, SAK.

<sup>446</sup> Kont 4, 339-1, ESA, SAK.

<sup>447</sup> Kont 5, 339-1, ESA, SAK.

<sup>448</sup> Kont 5, 339-1, ESA, SAK.

<sup>449</sup> Kont 5, 339-1, ESA, SAK.