

KAPITTEL 2

Om forpleiningen av «sindssyge» på Agder før åpningen av Eg asyl i 1882

Anne Mette Seines Universitetet i Agder

Abstract: This study, based on financial records, investigates the care of the «destitute insane» in the Lister and Mandal region (now Agder) between 1860 and 1882. In 1848 Norway's first mental health act was passed, initiated by Dr. Herman Wedel Major. He had identified 4290 insane persons in Norway, of which 3939 were also destitute. Only 147 public «beds» were available for this group in Norway, most of which could be described more accurately as «cages» or «cells». Some in the group suffered from illnesses like Huntington's and epilepsy. However, «mentally ill» is an anachronistic term, so the contemporary word «insane» (*sindssyg*) is applied. Using *historical empathy* when investigating these stories is necessary, as many contemporary practices were not rooted in malice but rather desperation.

The 1848 law gave the district doctors authority to assess and modify care practices for the insane in private housing. The early public initiatives were optimistic and progressive, based on a belief that 80 % could be cured at asylums (1855). Of the 98 insane persons from the Lister and Mandal region who were sent to asylums, only 5 were cured; such experiences disproved the optimistic cure-rate. High costs made asylum treatment an option mostly reserved for severe cases that local citizens could not, or would not, care for. Thus, asylums filled up with «unreturnable», incurably, insane persons. As a result, 70 % of the region's insane persons were housed privately in their home villages, of which 23 % were kept restrained, locked in, or put in straitjackets. Still, minor improvements due to the district doctors' new authority occurred. Some patients were moved from unheated barns to proper housing, and others had chains replaced with ropes. But most importantly this group's stories were documented in detail in the county's financial records, which have enabled this research and generated new knowledge about Norwegian psychiatric history.

Keywords: asylum, mental institutions, insanity, mental health, psychiatry, mental health act

Forpleining av fattige sindssyge

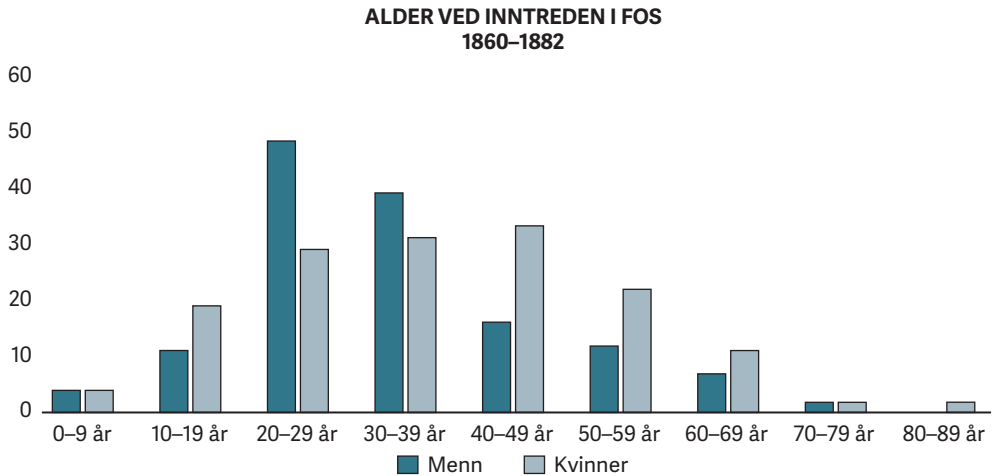
Før etableringen av statlige asyl ble *sindssyge* ofte satt bort til pleie i private hjem, der det var utstrakt bruk av tvang. De «rasende og farlige sindssyge» ble tidlig skilt ut som en gruppe det var lov å underlegge tvangsmidler som fastbinding og innesperring.¹ Når mentalt syke mennesker var farlige for seg selv og andre, ble fiendebilder med disse personene som antagonister skapt, både av sambygdinger og autoritetspersoner. Men humanistiske krefter arbeidet for å etablere behandling og juridiske rettigheter for gruppen. De fattige og de sindssyge var særlig utsatt, på bunnen av den sosiale og økonomiske samfunnsstigen. For enkelte var ulykken dobbel, de var både fattige og sindssyge – samfunnets mest sårbare. Et bilde av hverdagen de, deres pårørende og omsorgspersoner levde i, formidles i denne teksten som bygger på undersøkelser som har vist at måten sindssyge ble ivaretatt på, ofte resulterte i at de befant seg «utenfor midt blant alle andre».

Norges første statsasyl ble opprettet på Gaustad i 1855, Lister og Mandals amts første statsasyl kom på Eg i 1881.² Flere publikasjoner om regionens psykiatrihistorie er basert på materiale fra Eg. Men hva med tiden før 1881? Det finnes kilder som belyser denne, blant annet et årlig bilag i amtsregnskapet kalt «Forklaring om de sindssyge der har vært forpleiet for fattigvesenets og amtskommunens regning i året ...» (FOS). Det første bilagsheftet er fra perioden 1860–1861 og det siste i denne undersøkelsen fra perioden 1881–1882. Mine studier av disse heftene har besvart spørsmålet: *Hvem var de fattige sindssyge i Lister og Mandals Amt før 1882, hvordan levde de, og hvilke faktorer påvirket deres liv.*

Den observante leser har lagt merke til bruken av begrepet **sindssyge**. Dette er ingen skrivefeil, men en nødvendig begrepsdistinksjon. Sammenlignet med det moderne begrepet mentalt syke var gruppen i FOS mer sammensatt, både i alder og diagnoser.

1 Studien er en bearbejding av mastergradsavhandlingen *De fattige sinnssyke*, Seines, 2015 og til dels kapittelet *På bunnen av 1800-tallet samfunnsstige i ... «at maatte erholde en liden Hjelp»*, Seines 2016, s. 104 ff.

2 Det fantes andre tilbud i Kristiansand, mer om dette senere.



Figur 1 Denne figuren er kjønnsfordelt og viser alderen de fattige sindssyge hadde da de kom under forpleining.

For eksempel var den yngste personen i FOS ei jente på 4 år med epilepsi.³ Den eldste en kvinne på 87 år, trolig et slagtilfelle, se figur 1.⁴ Andre eksempler på diagnoser brukt om gruppen inkluderer epilepsi og Huntingdons. Eksemplene viser at sindssyge på 1800-tallet var mennesker vi i dag ikke oppfatter som mentalt syke, og å bruke mer moderne begrep ville derfor både være anakronistisk og feilaktig fremstille gruppens kompleksitet, se figur 3.

Begrepet **forpleining**, som finnes i tittelen på FOS, betyr ifølge ordnett.no stell eller omsorg, ord som gir konnotasjoner til aktiv og deltagende pleie. Dette står i motsetning til forpleiningsbegrepet undersøkelsen har avdekket. Forpleining på 1800-tallet innebar at det offentlige betalte for bolig, mat og tidvis tilsyn eller klær. Spesialisert behandling, eller medisiner, ble ikke påkostet, med mindre den sindssyge ble sendt på asyl. Offentlig forpleining på 1800-tallet var en kompleks og variabel praksis med konsekvenser både for den syke og omgivelsene som jeg kommer nærmere inn på etter å ha presentert studiens teori og metoder.

³ FOS 1871, nr. 62.

⁴ FOS 1864, nr. 59.

Makt, apati og empati

Maktesløshet var en av de følelsene samfunnet, myndighetene og den fremvoksende psykiatrien opplevde i møtene med en rekke sykdommer i tiden før moderne medisiner og helsevesen. Særlig i møtet med alvorlige psykiske sykdommer var behandlingstiltak ikke-eksisterende eller utilstrekkelige. Psykofarmaka eksisterte ikke, men opiumbaserte legemidler, og morfin, som ble tilgjengelig fra begynnelsen av 1800-tallet, ble for eksempel brukt i behandling av melankoli, og digitalis ble brukt mot mania. Men hvor utbredt det var, eller hvorvidt slik behandling var tilgjengelig for gruppen, svarer undersøkelsens kildemateriale ikke direkte på.⁵ Men det finnes ikke dokumenterte kostnader til medisiner, se figur 2. Det er derfor rimelig å anta at slik kostbar behandling ikke ble brukt, da tvangstiltak⁶ oppfylte det primære behovet – å begrense de sindssyges bevegelsesfrihet og dermed risikoene forbundet med å forpleie dem i private hjem.

Å ha ansvar for, eller å være glad i, et psykisk sykt menneske på denne tiden må ha vært ekstremt utfordrende, særlig når vi legger fattigdom til i komplekset. Uten helsevesen, medisiner eller dagens hjelpeordninger måtte familier og lokalmiljø selv håndtere de syke. Ofte ble dette løst ved bruk av **makt**. Forpleierne og autoritetspersonene, som presenteres senere, hadde *herredømme* over de syke. De hadde makt til å påvirke deres liv og hverdag på et nivå umulig uten et *herskere-og-herskede*-forhold.⁷ Vi må forstå og fortolke tekstens funn og eksempler gjennom denne linsen og vokte oss for fordømmelse og anakronistiske fallgruver. Mange av datidens tiltak oppfattes som inhumane og grusomme og bør derfor også sees gjennom et filter av **historisk empati**. Ikke for å unnskyldte eller minimere brutaliteten, men for å sette oss inn i de tilgjengelige fysiske, sosiale og menneskelige handlingsrommene. Gunvald Hermundstad definerte historisk empati slik: «Det betyr at vi ikke kan legge vår egen moral til grunn for forståelsen, men se andres handlinger ut fra situasjonen de sto i og hvilke valgmuligheter de hadde. Hver periode bør oppfattes på egne premisser, og aktørene må vurderes ut fra sin historiske kontekst.»⁸

Videre faller denne studien inn i kategorien **historie nedenfra**. Og tett knyttet til denne er begrepene «**Alltagsgeschichte**» – hverdagsliv – og

5 Robertson, 1863.

6 Mer om dette senere.

7 Weber, 1990, s. 79.

8 Hermundstad, 2005.

«**kleine Leute**» – alminnelige mennesker. Disse begrepene finnes i Alf Lüdkes versjon av historie nedenfra beskrevet i John Tosh' *Historians on History*.⁹ Begrepene er særlig nyttige som fokuspunkter sosialhistoriske undersøkelser som denne. Situasjonene og personene begrepene knyttes til, manifesteres i FOS-beskrivelsene av de hverdagsutfordringene alminnelige mennesker håndterte i ulike situasjoner knyttet til sindssygeforpleining. Og ved å anvende historisk empati sannsynliggjøres det at maktbruken ikke skyldtes ondskap, men apati.

Forklaring om de Sindssyge

Denne studien baserer seg primært på *De fattige sinnssyke*¹⁰ samt videre analyser av de 11 årgangene av FOS som var avhandlingens primærkilder.¹¹ Perioden som har vært undersøkt, er fra 1860 til 1882, området var Lister og Mandals amt. Etter at sindssygeloven kom i 1848 ble sindssyge skilt ut som en egen juridisk enhet. Loven påla det offentlige oppgaven å ivareta deres rettigheter og finansiering, disse utgiftene fikk regnskapsbilag, FOS.¹² I teksten refereres FOS etter publiseringsår, «FOS 1864», er fra april 1863 til april 1864. Personene refereres til med nummeret de fikk i årets hefte, se bilde 1. Det finnes håndskrevne oversikter fra Stadsfysikus Hansen fra 1856,¹³ men det første trykte heftet fra amtet kom i 1860. De trykte FOS-heftene ble sammenstilt fra distriktslegenes innrapporteringer til amtet og inneholdt informasjon om den sykes navn, hjemkommune, alder, sivilstatus, årskostnader, familieøkonomi, antall år i forpleining og sykdomsbeskrivelse. Disse heftene finnes i medisinalinnberetningene, underlagsmaterialet til de nasjonale medisinalberetningene på Riksarkivet. Tidligere studier av dette underlagsmaterialet har avdekket en uutnyttet kilderikdom her som ikke gjenfinnes i de trykte *Medisinalberetningene*.¹⁴

9 Tosh, 2009, kapittel 15. Alf Lüdtke. I tillegg har Blomberg, 2002; Foucault, 2008; Scull, 2005; Skålevåg, 2002 vært sentrale for både inngang til fagfeltet og teoretisk tilnærming.

10 Seines, 2015.

11 Se fullstendig arkivoversikt under Upubliserte kilder og Seines, 2015.

12 Mer om dette i Seines, 2015.

13 Stiftsbyen hadde egen økonomisk administrasjon, de sindssyge fra Kristiansand var ikke med i FOS. Medisinalinnberetningene for Lister og Mandals amt. (1852–1859). *Karl Hansens innberetninger*.

14 May-Brith Ohman Nielsen i arbeidet med *Mennesker, makt og mikrober*. Nielsen, 2008.

Forklaring

om de Sindsyge i Lister og Mandals Amt, som i Tidsrummet fra 1ste April 1863 til 31te Marts 1864 have været forsørgede for Amtskommunens og Fattigvæsenets fælles Regning.

(Følge hvad der er forklaret i den trykte Fortegnelse for 1863/64 udgaar af de i den anførte Sindsyge følgende: Nr. 5 Susanne Bentzdatter, Nr. 16 Barbro Guttormsdatter Aas, Nr. 20 Anne Jakobsdatter Gøteland, Nr. 21 Martine Lorkildsdatter, Nr. 22 Johanne Børnsdatter Blørstad, Nr. 23 Sille Guline Kanenødatter Heddan, Nr. 24 Anne Marie Gjeddeland, Nr. 27 Karl Johan Hansen Gære og Nr. 85 Halvor Torjusen Rouaastvøl eller Tjørhom).

1. Anne Madsdatter Dønnestad af Lvet. Gift. Forsørgt af Amtet siden Mai 1856 og tidligere i 1853 i 3 Maaneder. Forpleies hos Lorkild Knudsen i Kristiansand for 24 f daglig. Afskylge Heyerdahl erklærer den 31te Marts 1864 (Bil. Nr. 1), at hun er "uroelig, affindig, af og til rasende" og kan ikke forpleies som almindelige Fattige. Fattigkommissionen siger den 18de Decbr. 1863 (Bil. Nr. 2), at hun "er aldeles fattig", at hendes Mand, som er 72 Aar gammel, neppe kan ernære sig selv ved Dagarbejde, og at heller ikke hendes Børn ere i den Stilling, "at de kunne bidrage Noget til Moderens Underholdning". Nr. 1 i 1863.
2. Berthe Katrine Olsdatter Bøhn af Lvet. Ugift. 35 Aar. Forsørgt af Amtet siden August 1859 og forpleies paa Gaustad Afskyl, hvis Direktør den 8de Marts 1864 (Bil. Nr. 3) erklærer, at hun "er urolig og voldsom med stærk Hang til Selvbefædigelse, hvorfor hun ofte maa belægges med Tvang". Fattigkommissionen siger den 18de Decbr. 1863 (Bil. Nr. 2), at hun selv Intet eier og har ingen forsørgelsespligtige Slægtninge ilive. Nr. 2 i 1863.
3. Svennif Andersen Stray af Oddernæs. 36 Aar. Forsørgt af Amtet siden April 1855. Forpleies af Hæderen for 28 f daglig. Distriktslægen siger den 25de Januar 1864 (Bil. Nr. 4), at han synes værre, Anfaldene hyppigere og er voldsommere mod sin Familie, og Fattigkommissionen erklærer den 15de Decbr. 1863 (Bil. Nr. 5), at han er aldeles ufornuende og har ikke Slægtninge, der ere pligtige til at forsørge ham og i mindste Maade fornuende dertil. Nr. 3 i 1863.
4. Jørg Ingebretsen af Oddernæs. 27 Aar. Ugift. Forsørgt af Amtet siden April 1858. Forpleies af Hæderen for 18 f daglig. Distriktslægen siger den 25de Januar 1864 (Bil. Nr. 4), at han snarere er "værre end bedre; voldsom, jævnlig epileptiske Anfald, stidsjærbidig, spiser sine egne Ekstremer, aldeles dyrist", og Fattigkommissionen den 15de Decbr. 1863 (Bil. Nr. 5), at han er aldeles ufornuende og har ikke Slægtninge, som ere forpligtede og i mindste Maade fornuende til at forsørge ham. Nr. 4 i 1863.
5. Ole Olsen øvre Ugland eller yttre Mossby af Oddernæs. Enkemand og har Børn. Forsørgt af Amtet siden 19de Februar 1862 og tidligere i 1853—1854. Forpleiet i Hjembygden for 20 f daglig indtil 13de Juli 1863; i Kristiansand fra 14de s. N. for 36 f daglig, fra 1ste August for 28 f og nu i Hjembygden for 24 f daglig fra 25de August s. N. Distriktslægen siger den 25de Januar 1864 (Bil. Nr. 4), at han har været meget voldsom og urolig, saa Tvangstrøje jevnlige

Bilde 1 Forsiden fra FOS 1864. I tillegg til personenes navn ser vi eksempler på sykdomsbeskrivelser som rasende, epileptisk, spiser sine egne ekskrementer og dyrisk. Tvangsmidler som tvangstrøye omtales, og ulike forpleiningssteder som: i privatforpleining i Kristiansand og på Gaustad. (Foto: A. M. Seines, Statsarkivet i Kristiansand, 2014)

Formålet med disse heftene var ikke å evaluere forpleiningen, men å legitimere og redegjøre for kostnadene de fattige sindssyge påførte fellesskapet. Dette kan forklare de til tider grafiske beskrivelsene av sykdomsbildene, som vi ser flere eksempler på i bilde 1, særlig 4 Jørg Ingebretsen. Men den usminkede og direkte stilen i FOS har vært verdifull i studien av hverdagen til alminnelige folk som ivaretok alvorlig syke mennesker, ofte under marginale økonomiske og sosiale forhold. Det er i disse nedtegnede observasjonene rundt og beskrivelsene av sykdomsbildene at utenforskapet ble avdekket. For kunne studere og analysere disse aspektene systematisk utarbeidet jeg følgende metode.

Galskap satt i system

FOS-heftene inneholder informasjon som kan brukes til å generere både kvalitative og kvantitative data. De kvantitative dataene er navn, alder, fødested, bosted, kjønn, sosial status og eventuelt yrke. De kvalitative dataene genereres fra beskrivelsene av sykdomsbilde og ulike forpleiningsaspekt. Innholdet i FOS-heftene ble transkribert og satt inn i en database (FOSDB). Dette gjorde informasjonen systematisk analyserbar og oversiktlig. Gjentakende deskriptiv kvalitativ informasjon ble også gjort kvantitativt analyserbar, for eksempel: urenselig, voldelig, bidrar i arbeid, osv. Flere av personene var i forpleiningssystemet i en årrekke, og en oversikt over utvikling ble ivaretatt gjennom en kvalitativ rubrikk. FOSDB fikk 106 ulike sorteringskriterier, for nærmere beskrivelse se «2.2.2 Kvantitativ metode» og Vedlegg 1–3 i *De fattige sindssyge*.¹⁵ Figurer og funn i denne teksten er hentet, eller videreutviklet, fra nyere analyser av FOSDB og *De fattige sindssyge*.¹⁶

Sindssygepleien i Norge etableres

FOS-heftene dokumenterer på mange måter arven etter legen, og kristiansanderen, Herman Wedel Major. Han opplevde at hans forlovede Fanny ble sindssyge, men fant ikke behandlingstilbud til henne i Norge.

¹⁵ Seines, 2015.

¹⁶ Seines, 2015.

Han reiste ut i Europa, særlig Tyskland inspirerte, og returnerte med ideer om reform og humanistiske behandlingsmetoder. På kontinentet hadde han sett og hørt om mentalinstitusjoner som ikke bare oppbevarte de syke og beskyttet samfunnet fra dem, men som hadde som mål å kurere og forbedre de sykes livsforhold.¹⁷ Major fikk i oppdrag av staten å undersøke forholdene for gruppen i Norge. I 1846 presenterte han resultatene; det fantes 4290 sindssyge, hvorav 3930 fattige i Norge, og kun 147 offentlige plasser. Disse tilbød kun innlåsing og oppbevaring, ikke pleie og omsorg.¹⁸ To av disse plassene fantes på Kristiansands hospital. På lik linje med andre offentlige institusjoner hadde dette hospitalet fått krav om å innrette to rom til rasende og farlige sindssyge tidlig på 1700-tallet.¹⁹ Kristiansands «dårekister» sto ferdige i 1736 og var blant dem Major undersøkte over 100 år senere i 1846. Da beskrev Major forholdene der slik:

Værelsene ere i Gjennemsnit 5 alen²⁰ i Qvadrat og kun forsynede med små høitsidende Vinduer, alle tilgitrede med tætstaaende Jernstenger ... Alle Rum er derfor dunkle, og i hvert findes et Privet, som aabner sig umiddelbart paa Grunden under Huset. ... og da Huset staar på en løs Sandgrund, er denne fuldkomment gjennomtrukket med stinkende Stoffe. Møblementet i Værelsene bestaar af umalede Trækasser, som tjene til Senge og nogle modbydelige Blikkopper, hvori Mad serveres. ... Gaar man ind i et av Værelsene da standses formentligt Ens Aandedret. ... Her finder man da den arme Beboer som oftest sammenkrøbet i sin elendige Seng eller upaa-klædt indtrykket i en Krog af den usunde Celle, der ofte i en lang Række af Aar har begrændset hans ensomme Tilværelse og hvorfra alene Døden i de fleste Tilfælde skal befrie ham ... Der findes intet Regulativ for Bispisingen eller for Tilsynet som skal føres med de Syge ...

Og dog lider de Individder som underkastes disse Forhold af en Ulykke, som af alle er den største, den mest utilregnelige og den mest respektable.²¹

På bakgrunn av sitt engasjement fikk Major i oppdrag å forfatte en norsk sindssygelov. Han så måten de svakeste i samfunnet ble behandlet på, som problematisk. Særlig at sindssyge, på lik linje med andre grupper som var

17 Seines, 2015, 3.2.1.1 Den norske psykiatriens far.

18 Retterstøl, 1995, s. 20.

19 Hospital var på denne tiden ikke et sykehus, men et hjem hvor syke og eldre fikk bolig. Kristiansands ble bygd i 1709/1710. Munksgaard & Spareskillingsbanken (Kristiansand), 2004.

20 Alen er en gammel måleenhet som har variert over tid, men på Majors tid tilsvarte det 62,7 cm.

21 Retterstøl, 1995, s. 45ff.

fattige, svakelige, foreldreløse eller ikke i stand til å forsørge seg selv, havnet på **legd**. I dette systemet ble forsørgelsesbyrden fordelt ved å sende eldre, syke og foreldreløse barn fra gård til gård på kost og losji. Der var det forventet at de utplasserte bidro etter evne.



Bilde 2 Dette huset, fra 1710, på hjørnet Stener Heyerdahls park og Tordenskjoldsgate, er den delen av Kristiansands hospital som rommet dårekisten/dollhuset. (Foto: se fotnote 19)

At fattige sindssyge måtte konkurrere om ressursene med andre på legd, at deres skjebner var underlagt fattigkommisjonen, og at de ble plassert ut etter omvendt auksjon, anså Major som særlig problematisk. Den sambyggingen som var villig til å påta seg forpleiningsansvaret for lavest mulig offentlig betaling fikk ansvaret for den enkelte sindssyge det neste året. Major ønsket å plassere ansvaret, særlig det økonomiske, på amtsnivå for å unngå det økonomiske krysspresset lokalbefolkningen ble satt under. Major hadde nemlig sett at kvaliteten på forpleining ofte tapte mot andre økonomiske hensyn. Majors lovutkast la til grunn at gruppen med sine særegne behov ikke skulle konkurrere mot andre, relativt sett, sterkere grupper på legd om lokalsamfunnenes ressurser. Men da sindssygeloven ble endelig vedtatt i 1848, var det med økonomiske ansvar fordelt mellom amt og fattigkommisjoner. Det administrative ansvaret, og dermed også

mest makt, forble hos fattigkommisjonene. Dette var en stor skuffelse for Major, men heldigvis vant hans visjoner frem på andre områder. Særlig viktig var det at distriktslegene skulle ha tilsyn med hver enkelt sindssyge minst en gang hvert år. Legen fikk også myndighet til å godkjenne eller justere forpleiningsforholdene. Det ble også bygget et statsasyl, Gaustad, hvor Majors visjoner, og moderne tilnærming til forpleiningsmetoder lå til grunn. Arkitektur, behandlingsregimer, -former og -innretninger var alle utarbeidet for å helbrede de syke. Målgruppen for asylbehandling var de helbredelige syke – ikke de uhelbredelige. Major var utpekt som asyl-direktør, men takket nei til jobben.²² Ole Sandberg, som ble Gaustads første direktør, delte Majors tro på helbredelse ved asylopphold og -behandling. I en oppfordring han sendte alle landets «autoriteter» før åpningen, ba han dem om å sende deres sindssyge til Gaustad:

Det er nemlig en over all tvil hevet og ved alle siviliserte staters erfaring godtgjort kjensgjerning, at av de sindssyge, som innlegges i et velordnet asyl innen 3 måneder etter sykdommens begynnelse, helbredes 80 av 100.²³

Dette var utgangspunktet for norsk asylhistorie: opplyst, optimistisk og progressiv. Visjonen bak Gaustad var at det skulle være et sted hvor de syke skulle sendes på et tidsavgrenset opphold, kureres og sendes tilbake til sin hjembygd som friske, arbeidsomme og verdiskapende mennesker. Men Gaustad ble raskt overfylt og overveldet av en strøm av uhelbredelige og alvorlige sindssyge som ikke ble friske. Hvorfor det var så store uoverensstemmelser mellom visjon og virkelighet, gir verken denne undersøkelsen eller avhandlingen fra 2015 fullstendige svar på. Men de prosessene som foregikk blant lokale autoritetsfigurer, særlig i fattigkommisjonene, i vurderingen av hvem som skulle sendes på asyl, og hva et slikt opphold skulle lede til, slik det kommer frem i FOS-heftene og FOSDB, er en del av svaret.

²² Det finnes flere teorier om hvorfor han gjorde dette se, Retterstøl, 1995, s. 56ff.

²³ Stiftamtmanden i Kristiansand – Dokumenter vedr. sinnssyke. Sirkulasjoner (1850–91). *Ole Sandbergs oppfordring, 1855.*

Opfordring.

S Anledning af Gausfad Sindssygeaflyls nærforestaaende Raabning, henvender jeg mig til alle vedkommende Autoriteter og Private med den indstændige Opfordring, at de ville sørge for, at de Sindssyge saavidt muligt strax ved deres Sygdoms Begyndelse indlægges i Aflyet. Det er nemlig en over al Tvivl høvet og ved alle civiliserede Staters Erfaring godtgjort Kjendsgjæring, at af de Sindssyge, der indlægges i et velordnet Aflyt inden 3 Maanedre efter Sygdommens Begyndelse, helbreedes indtil 80 af 100.

Staten har nu med en Rødebonhed, som har Forbring paa Anerkjendelse, stræbt at tilveiebringe et velindrettet Aflyt, hvis Hovedbestemmelse er at virke som Helbredelsesanstalt. Den har gjort Sit, og venter nu, at Enhver, som paa Embeds Vegne eller af private Grunde har at paasee de Syges Bedste, vil benytte det herved ydede Helbredelsesmiddel paa den Raade, som Erfaring har lært at være den hensigtsmæssigste.

Der har været en Tid, da baade de Syge og deres Paarørende kunde have Ret til at frygte Sindssygeindretningerne; men denne Tid er nu forbi; og jeg hengiver mig til det Haab, at Enhver, der endog kun loselig har gjort sig bekendt med det nu i Virksomhed trædende Statsaflyt og sammes Statuter, vil finde det aldeles ugrundet at nære Frygt for samme. Enhver, der betænker, at den hurtigst mulige Indlæggelse i Regelen er det sikreste Middel til den Syges Helbredelse, vil derfor sifferlig i egen velforsaaede Interesse, til den Syges Fordeel og Aflylets Gavn, ile med at benytte samme, hvor det er fornødent.

Det har i flere Stater været anseet nødvendigt ved særegne Midler og Understøttelse at opmuntre til hurtig Indlæggelse af de Syge; men jeg nærer det Haab, at der i vort Fædreland, hvor Loven af 17de August 1848 allerede i længere Tid har virket til at vække Løgers, Dvrigheders og Privates Opmærksomhed for Sindssyges hensigtsmæssige Behandling, ikke tiltrænges Videre end denne min indstændige Opfordring til alle Vedkommende, for at saavel Private som Amtmænd og Magistratspersoner skulle ved ethvert til deres Raadighed staaende Middel paaaflynde Indlæggelsen af de Sindssyge, hvis Sygdom nylig er opstaaet, og som give godt Haab om Helbredelse.

Gausfad i Sindssygeaflylets Direction, den 11te September 1855.

Ole Sandberg.

Bilde 3 Ole Sandbergs oppfordring om å sende inn alle landets sindssyge til asylbehandling med løfter om helbredelse av mellom 80 og 100 %.
(Foto: A.M. Seines, se fotnote 23.)

Autoritetspersoner

De autoritetspersonene som hadde direkte innvirkning på livene til de fattige sindssyge, var på lik linje med dem selv forankret i lokalmiljøet. De mest sentrale aktørene var distriktslegen, sognepresten, lensmannen og fattigkommisjonen. Dette var en av Majors innvendinger, han ønsket at uavhengige personer styrte prosessene. Den lokale **fattigkommisjonen** var ledet av ordfører, eller sogneprest, og det antall menn de selv vurderte nødvendig.²⁴ **Sognepresten** var ofte medlem, eller leder, av kommisjonen.

24 Seines, 2015, s. 68ff

Han kunne uttale seg i egenskap av prest også, men i henhold til FOSDB skjedde dette kun i 6 av 295 tilfeller.²⁵ **Lensmennenes** rolle var særlig knyttet til kriminelle og finansielle vurderinger av de syke og deres familier, særlig hvis eiendeler skulle auksjoneres bort.²⁶ De kvalitative resymeene i FOS fremstiller **distriktslegene** som faglig motiverte og uredde. Dette gjaldt særlig i første møte med nye pasienter, hvor myndigheten de hadde etter 1848, gjorde at de aktivt forbedret livsforholdene til fattige sindssyge. Distriktslegen ble ofte det nærmeste en verge mange av disse hadde.²⁷ I neste del vil jeg minne leserne om å bruke historisk empati – se situasjonene ut fra datidens muligheter og virkelighet, ikke vår egen.

Maktmidler

En rekke fysiske og psykiske maktmidler ble tatt i bruk av private, uskolererte personer i private hjem for å kontrollere og håndtere forpleiningen av sindssyge. Det fantes erfaringer og etablerte praksiser for å håndtere og helbrede psykisk syke i samtiden. Tankegangen og logikken bak disse var like sammensatt og kompleks som de sykes symptomer. Jeg presenterer to ytterpunkter. I Strasbourg ble sinnssyke²⁸ i 1814 satt i «menneskefjøs».²⁹ Teorien bak denne praksisen var at de syke hadde mistet sin menneskelighet og blitt dyriske. Ved å behandle dem som dyr ville de bli påminnet om sin menneskelighet og fri seg fra sykdommen.³⁰ Nøyaktig hvor vellykket praksisen var, vites ikke, men som det går frem i diagnostiske begrep i figur 1, vedvarte forestillingen om det «dyriske» lenge i fagterminologien. 16 av personene i FOS ble beskrevet som dyriske.³¹ Teorien bak den norske sindssygeloven og filosofien bak Gaustad var en helt annen. Her var tanken å behandle de syke med respekt, gi dem ro og meningsfylt arbeid, såkalt moralsk behandling.³² Men vi skal fokusere på praksiser i private hjem, og hvilke muligheter som fantes der.

25 Seines, 2015, s. 87ff.

26 Seines, 2015, s. 80ff.

27 Seines, 2015, s. 65ff.

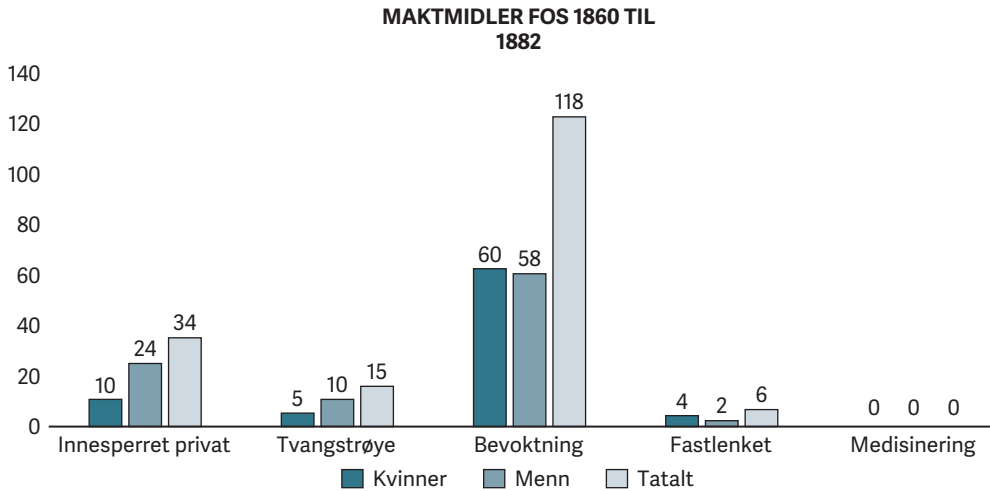
28 Her bruker jeg ordet sinnssyk, da det er ukjent om pasientgruppen tilsvarte FOS-studien.

29 Foucault, 2008, s. 74.

30 Foucault, 2008, s. 76.

31 Se beskrivelse av person 4 i bilde 1.

32 Seines, 2015, s. 61–62.



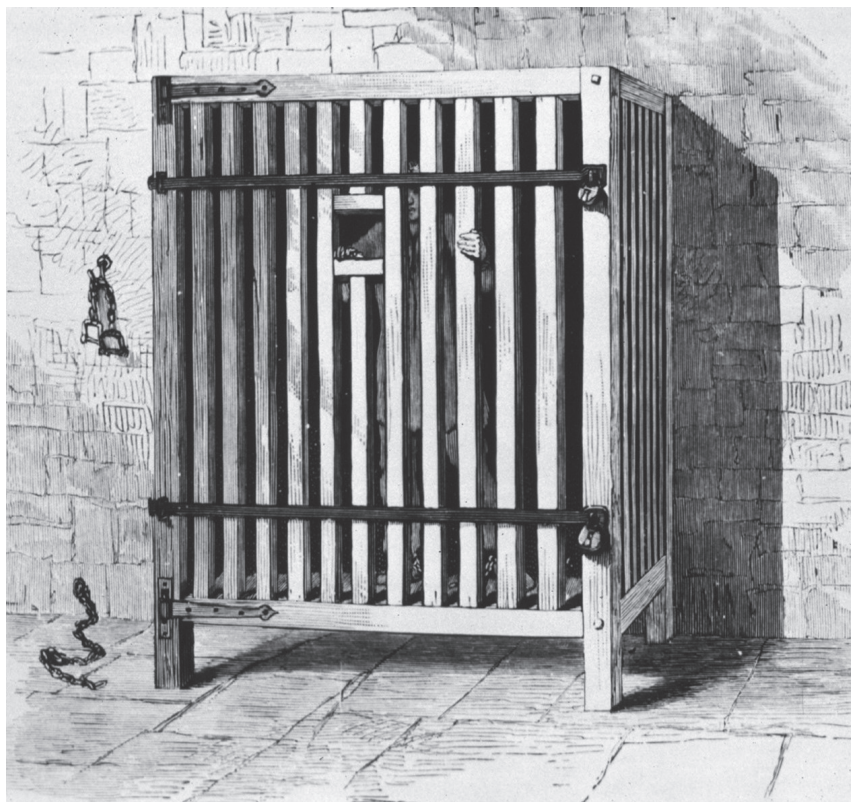
Figur 2 Oversikt over maktmidler brukt overfor personene i FOS. (Denne tabellen er utformet i 2023.)

I FOS-heftene finnes det en rekke eksempler på maktmidler som ble brukt overfor sindssyge. I figur 2 presenteres de fire sentrale fysiske og psykiske praksisene. Legg merke til kolonnen for medisinering, som illustrerer fraværet i alle de 295 tilfellene, de tilgjengelige medisinene ble trolig ikke anvendt på gruppen.³³ Det er viktig å påpeke at en rekke av personene i undersøkelsen var gjenstand for flere tiltak enten i kombinasjon, eller til ulike tider. Det overordnede bildet viser at menn primært ble kontrollert med fysiske tiltak, mens kvinner i større grad ble utsatt for psykiske tiltak som overvåking. **Bevoktning** omfattet alt fra konstant fotfølging av voktere til nøye overvåking i og rundt bostedet. **Tvangstrøye** ble også brukt av legfolk som hadde syke boende hos seg. **Fastlenking** ble kun rapportert brukt unntaksvis, og i de alvorligste sykdomstilfellene, men her fikk distriktslegens autoritet ofte direkte humaniserende effekt. Eksempler på dette var at de fikk byttet lenketype fra kjetting til tau, eller la ned totalforbud mot fastlenking.³⁴ De fysiske plagene og sårene forårsaket av tau vs. jernlenker var reelle forbedringer, om enn marginale. Distriktsleger påla også flytting av lenkested fra uthus og låver til selve gårdsboligen. På denne måten ble de syke en synlig del av gårdshverdagen og deres livsforhold og pleie trolig forbedret som følge av at de ikke lenger ble gjemt vekk. **Innesperring**

³³ De første virkelig effektive medisinene for en rekke psykiske sykdommer kom først på 1950-tallet. Før dette var det primært beroligende medisiner til de som hadde råd.

³⁴ FOS 1862 nr. 53, Alette Rudjord.

forekom ofte som innlåsing i eget rom, eller i et rom i rommet – et bur. Også her fikk distriktslegene utøvd humanisme med tanke på hvor på gården vedkommende ble innstengt, oftest med krav om flytting fra ulike uthus til bolighus.³⁵ Historien til Abraham Larsen eksemplifiserer hvorfor det var behov for, og ble gitt tillatelse til, innesperring i privat omsorg.



Bilde 4 | FOS-beskrivelsene går det frem at Abraham Larsen levde i et slikt bur hjemme hos familien i ti år. (<http://resource.nlm.nih.gov/101436645>)

Selveiende bonde Abraham Larsen bodde på gården Vaage i 1859 med sin kone og fire døtre, i alderen ett til tolv år. Da Abraham var 43 år, utviklet han voldsomme anfall av *mania* der han var voldelig og truet med å slå både kone og barn. Familien ble ofte nødt til å søke tilflukt hos naboene. Men da han truet med å brenne ned huset, som var alt de eide, var slike midlertidige løsninger ikke tilstrekkelige – distriktslegen måtte tilkalles.

35 FOS 1861 nr. 36, Jacob Henrik Mauritsen.

Da legen første gang møtte Abraham i oktober 1859 gikk han med en stor stein i hver hånd og truet med at «de to første som nærmet seg ham skulle ligge døde på stedet». Distriktslegen besluttet at han måtte legges i jern og holdes innesperret, og så sendes til Gaustad. Men på asylet var han en av de mange som ikke ble helbredet, han ble tvert om verre. I 1862 ble han returnert ikledd tvangstrøye til familien. Fattigkommisjonen ansatte en mann som vokter i tiden det tok å bygge et bur av spiler inne på gården. I denne innretningen skulle Abraham holdes permanent innesperret. Det interessante, og ganske unike, med denne historien var at konen drev gården videre med fattigkommisjonens hjelp; slik kunne hun holde familien samlet. Det finnes lignende tilfeller hvor gård og bohaver ble auksjonert bort for å finansiere forpleiningen, noe som gjorde resten av familien til fattiglemmer. I tilfellet Abraham Larsen viste fattigkommisjonen både økonomisk kløkt og evnen til å finne en så verdig løsning som mulig. Tross denne «verdige» løsningen forble Abraham innesperret i buret inne på gården til han døde i 1872. Utenfor midt blant alle.³⁶

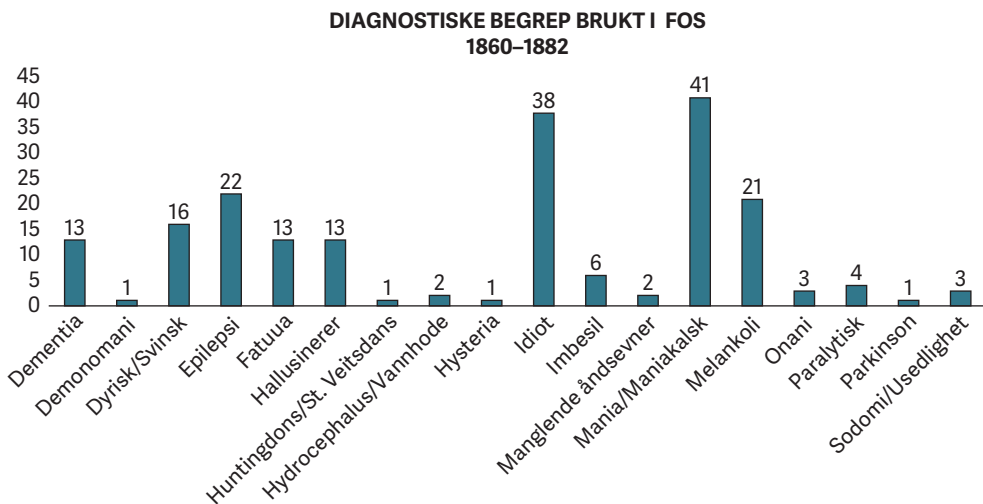
Funnene som presenteres i figur 4, og i historien om Abraham, viser at mange alvorlig sindssyge i Lister og Mandals amt var i privatforpleining. En konsekvens av dette var at 142 av disse, hele 23 % ble fastlenket, innlåst eller lagt i tvangstrøye. Dette var alvorlige tvangstiltak som ble administrert av alminnelige mennesker som i tillegg til å passe på den syke, som ofte var til fare for både seg selv og andre, også måtte passe sine andre arbeidsoppgaver. Hvordan forpleiningen og sikkerheten ble ivaretatt mellom distriktslegenes årlige besøk, kan ikke fastslås ut fra kildematerialet. Hvorvidt distriktslegen kom på anmeldt eller uanmeldt besøk, er også usikkert. Dersom han kom på uanmeldt visitt, vil han trolig ha observert mer reelle forpleiningsforhold og hatt reell innflytelse på forpleiningsvilkår. Men dersom forpleierne fikk varsel om legens forestående visitt, vil de ha hatt mulighet til å justere tiltakene i tråd med sanksjonert praksis, og forholdene kan ha fremstått feilaktig positive.³⁷ Funnene i undersøkelsen må derfor tolkes med forbehold om mulige feilkilder – forholdene kan ha vært verre. Men det som kan fastslås, er hvilke tvangstiltak som ble sanksjonert, og hvorfor; svaret lå ofte i sykdommens manifestasjon.

36 FOS 1860, nr. 47, 1862, nr. 49 og 1872, nr. 56. Forhistorien ble beskrevet i den første oppføringen i 1860.

37 Praksisen med å ha psykisk syke i privat forpleining vedvarte til langt ut på 1900-tallet, og mange av de aspekt som tas opp i denne teksten, fremkommer også i Ericssons undersøkelse fra 1974 (Ericsson, 1974) og Bøes undersøkelse fra etterkrigstidens Jæren (Bøe, 1991).

Diagnosene

Som nevnt tidligere var de diagnostiske kriteriene, særlig tidlig i perioden, ikke etablert, fagfeltet psykiatri var fortsatt i sine formative år. Distriktslegene, som hadde ansvar for å vurdere og sette inn tiltak overfor de pleietrengende, sto oftest ganske alene i møtet med den syke, deres omsorgspersoner og forpleiere. Legenes diagnoser og beslutninger var basert på egen observasjon og berettelser fra nærmiljøet. Dette kan forklare den store variasjonen på detaljnivået i beskrivelsene av forholdene rundt de syke. Et bredt spekter av mer eller mindre faglige termer brukt av legene ble lagt inn i databasen (FOSDB) og brukt analytisk for å danne et bilde av gruppens kompleksitet og legenes forståelse av sine pasienter. Disse begrepene og deres konnotasjoner, se figur 3, bidro til å etablere skillet mellom oss, de friske, og dem, de farlige sindssyke som var dyriske, demonomaniske eller hysteriske.³⁸ Figuren skiller ikke mellom begrep brukt på ulike tidspunkter. For eksempel ble betegnelsene knyttet til «åndsevner» som ble introdusert mot slutten av perioden, disse kom til å bli blant de farligste begrepene innen norsk psykiatri. Det skilte ut en stor gruppe og legitimerte overgrep og inhuman behandling på grunn av stempelet som annerledes og mindreverdige.³⁹



Figur 3 Oversikt over diagnostiske begrep brukt i perioden 1860 til 1882. (Bearbeidelse av tabell fra 2015.)

³⁸ Komplette liste: Vedlegg 1–3 i Seines, 2015.

³⁹ Fjermeros, 2009.

Men det er ikke bare i de diagnostiske begrepene vi finner mange av svarene på hvorfor mange sindssyge ble demonisert og fryktet. En rekke andre aspekt spilte også inn, som hygieniske, brannsikkerhetsmessige aspekt, samt fare for eget og andres liv og helse. Her følger noen særlig relevante eksempler for å forstå kontaktflaten mellom folks hverdagsliv og privatforpleiningen av sindssyge.⁴⁰ De fleste husene på landet var bygget etter en annen standard enn vi har i dag; trolig varierte den fra trampet jordgulv til malte, høvlede og uhøvlede plankegulv. Veggene kunne også være av ubehandlede rundstokker, høvlet eller malt panel. Innlagt vann og strøm var ikke allment tilgjengelig, så både hus-, kropps- og klesvask var tidkrevende oppgaver. Eilert Sundt skrev om bygnings-, kles-, og vaskeskikker i Norge på 1800-tallet, og han forklarte inngående hvor krevende renhold var.⁴¹ Når datidens boligstandard og renholdsmuligheter sees i sammenheng med sindssyge som ikke var renselige, åpenbares nok et krevende aspekt ved forpleiningen. I ekstreme tilfeller kunne sindssyge smøre avføring utover seg selv, seng og vegger. Enkelte forsøkte også å spise ekskrementene. Med anvendt historisk empati kan vi forstå hvorfor omsorgspersoner grunnet apati og desperasjon gikk til det skritt å binde så syke mennesker fast ute på låver. Empatien lar oss forstå *hvorfor* dette skjedde, uten nødvendigvis å *forsvare* valgene. Andre syke ble låst inne, eller bundet fast, for å forhindre at de gikk seg bort, skadet seg selv eller andre med for eksempel ild. Mange bodde i trehus med halm i senger og på loft og hadde helt eller delvis åpne ildsteder. Skulle det bryte ut brann kunne det være langt til nærmeste nabogård som kunne bidra med hender og bøtter til slukningsarbeid. Slike forhold forsvaret samtidens behov for å kontrollere og begrense bevegelsesfriheten til utagerende, truende eller uforstandige mennesker, som Abraham. Men det var ikke bare på landet at trusselen om brann påvirket de sindssyges livsutfoldelse.

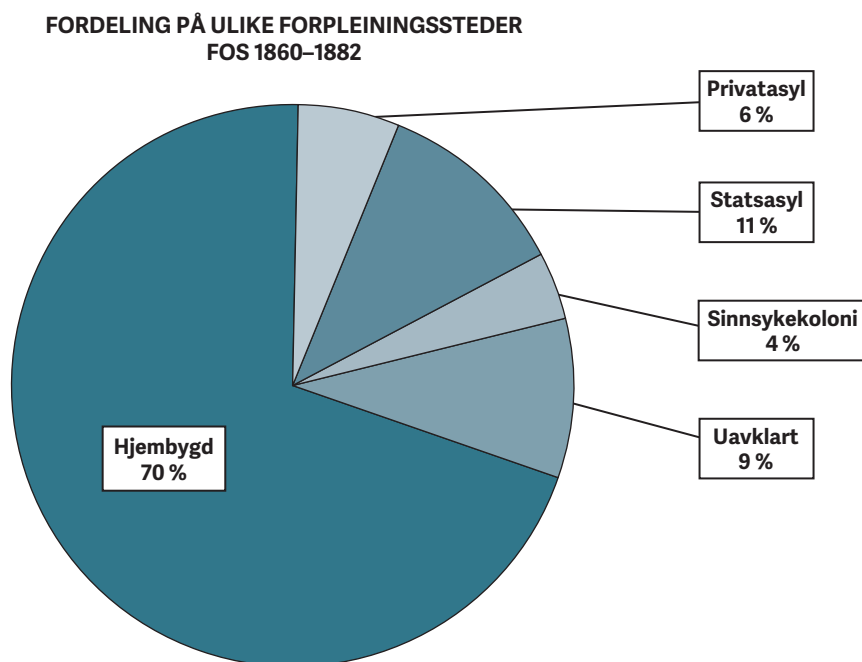
Forpleiningssteder

Tidligere omtalte stadsfysikus Hansen var sterk motstander av asyl- og fattiglege i Kristiansand Stener Heyerdals initiativ til å samle sindssyge i kolonier hos kyndige forpleiere for å sikre kvalifisert omsorg, stabile boforhold og arenaer for fellesskap. Hansens primære innvending var faren for den allmenne sikkerhet, særlig grunnet brannfare og dertil økte

40 Mer utfyllende beskrivelser i avhandlingen fra 2015.

41 For Sørlandske forhold se «3.1 Boligforhold og hygiene» i Seines 2015. Sundt, 1869, 1976.

forsikringspremier. Selv ordfører Fleischer støttet Hansens innvendinger og kalte koloniene «en ubehagelighed». ⁴² Her ser vi et eksempel på at både demokratisk valgte og medisinske autoriteter i samtiden tok sine offentlige taburetter i bruk for å stigmatisere og generalisere en allerede sårbar og utstøtt gruppe. ⁴³ Frykten for brann var reell, som vi så i historien til Abraham, og brannfare ble nevnt i 14 % av personbeskrivelsene. Men en rekke andre aspekt spilte også inn i vurderingene av hvor en sindssygg person ble boende, av disse var opinionen i hjembygden viktig. Hele 70 % av de fattige sindssyge ble boende hele eller deler av tiden under offentlig forpleining i **hjembygden**, enten hos familie eller hos sambygdingen.



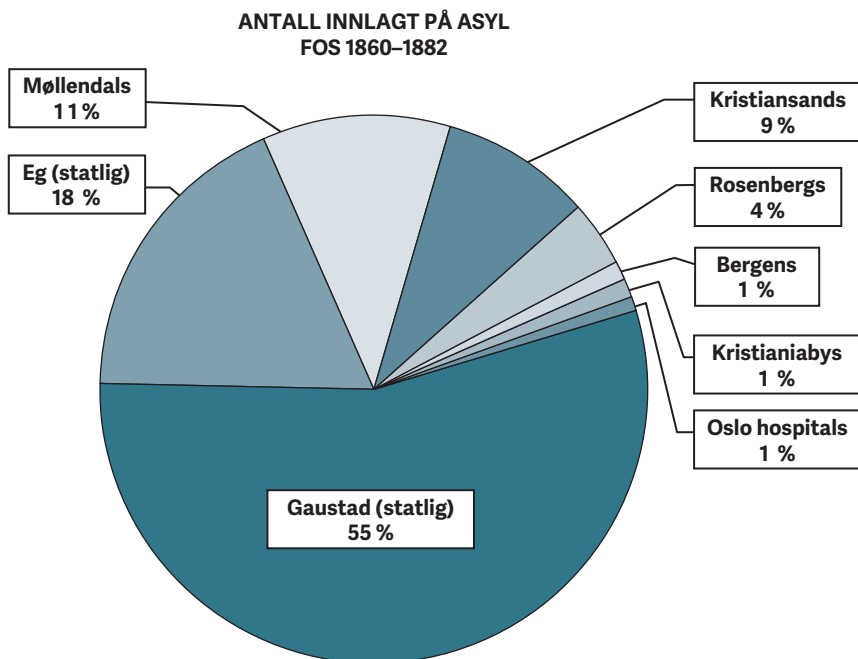
Figur 4 Prosentvis fordeling av forpleiningssteder oppgitt i FOS. (Ny bearbeidelse av diagram fra 2015.)

Men enkelte var så farlige, eller beryktede, at ingen i hjembygden ville forpleie dem. For denne gruppen fantes det etter hvert tre alternativer, privatasyl, statsasyl eller Heyerdahls kolonier. Kun 4 % ble forpleid i **sindssykekolonier**, se figur 4. Flere forhold vil ha påvirket dette, for det første var antallet plasser begrenset, og forpleiningskostnadene der var blant de

42 Nielsen, 2008, s. 311.

43 Nielsen, 2008, s. 306ff.

høyeste.⁴⁴ Men særlig viktig var Heyerdahls krav om at personene skulle passe inn i koloniens kollektive miljø. De personene ingen i hjembygdene ville forpleie, var oftest utagerende og farlige sindssyge som ikke passet i kolonikollektivene. For disse gjensto alternativene private eller statlige asyl. **Privatasyl** var dyrere enn statlige, men var en viktig ressurs når det ikke var mulig å få en person plassert i hjembygden, når det var plassmangel på Gaustad, eller når sykdommen startet mens den syke var i et annet amt. Kostnadene med å få sendt hjem en syk person fra for eksempel Rosenbergs asyl i Bergen, var langt høyere enn for hans lokale fattigkommisjon å betale for den økte kostnaden ved forpleining i bergensk privatasyl. At slike økonomiske aspekt lå til grunn i vurderingene av behandlingsalternativer reflekteres i fordelingen av sindssyge på de ulike asylene i figur 5. Tallene bekrefter at kostnader var en avgjørende faktor for hvilke forpleiningsmuligheter sindssyge fikk. Dette bekrefter Majors opprinnelige innvendinger, og viser at hans bekymringer for det økonomiske og administrative systemet, slik det ble vedtatt, var berettigede.



Figur 5 Fordeling på ulike asyl i perioden 1860 til 1882. (Bearbeidelse av tallmateriale fra 2015.)

44 Den laveste døgnatsen i koloni var fire ganger så høy som den laveste døgnatsen i hjembygd. Seines 2015, s. 76.

Men funnene om hvilke behandlingstilbud som ble benyttet, må også sees i sammenheng med de erfaringene fattigkommisjonene etter hvert fikk med å sende syke til asylbehandling. Av de 98 fra amtet som ble behandlet ved ulike asyl, ble kun 5 helbredet, alle disse fra Gaustad.⁴⁵ Tross dette nedslående tallet må det kalkuleres inn at dersom kun de sykeste ble sendt, med det som viste seg å være uhelbredelige diagnoser, ble systemet selvforsterkende og feilslått i stadig økende grad. Dette sammenfaller med erfaringene som ble gjort på Gaustad, stikk i strid med asyldirektør Sandbergs optimistiske utgangspunkt.

Forpleining av fattige sindssyge på Agder fra 1860 til 1882

På midten av 1800-tallet skjedde et paradigmeskifte i norsk sindssygepleie. Ansporet av ideer og erfaringer fra blant annet Belgia og England gjorde doktor Major det til sitt livsverk å utforme en moderne lovgivning og forpleining. Inspirert av humanistiske ideer med rot i opplysningstiden skulle de sindssyge nå skilles ut og gis rettigheter og behandlingsmuligheter. Gruppen han søkte å hjelpe, var langt mer sammensatt enn dagens begrep mentalt syke favner. Men visjonen feilet, mye grunnet de komplekse sykdomsbildene gruppen hadde, fysiske og psykiske. Alt for mange var uhelbredelig sindssyge og led av sykdommer som verken kunne kureres, eller døyves, med datidens virkemidler. I tillegg skjedde det Major fryktet; kostnadene ved asylbehandling var så høye sammenlignet med lokalforpleining at de lokale fattigkommisjonene sjelden prioriterte profesjonelle tilbud. Resultatet var at 70 % av fattige sindssyge forble under forpleining i hjembygden sin, under herredømmet til forpleiere, sogneprest, lensmann, fattigkommisjon og sambygding. Og i disse private hjemmene ble 23 % av de fattige sindssyge underlagt tvangsmidler som fastlenking og innesperring av omsorgspersonene sine. Kun et fåtall fikk plass på asyl eller andre faglige steder, som sinnssykekolonier. Distriktslegen var den autoritetsfiguren som fikk myndighet og mulighet til å utføre de humaniserende tiltakene Major ønsket for gruppen. Distriktslegene kunne bruke sin makt til å forbedre og kontrollere kvaliteten på forpleiningen. Men eksemplene på det gode de fikk utrettet, var marginale. Det kunne

45 Disse fem skrives ut av FOS med begrunnelsen at de har blitt «helbredet», kun én annen av totalt 297 benevnes slik, denne fra hjembygd. Seines, 2023, FOSDB.

være overflytting fra låve til bolighus, eller fra lenker til innlåsing. Men en slik endring hadde trolig stor reell verdi for personene det gjaldt. Undersøkelsen har også vist at *Alltagsgeschichte* – hverdagslivet – ikke bare for den syke, men for de som hadde makt over dem, var preget av de komplekse situasjonene som måtte håndteres, fare for ildspåsettelse, urenslighet, voldelighet og selvskading. De syke måtte ivaretas på en måte som beskyttet andre, men også dem selv. I de fleste bygder og samfunn på 1800-tallet opplevde *die kleinen Leuten* – folk flest – at mennesker som hadde særskilte behov, var en synlig del av hverdagen, enten på gården de levde på, eller når åremålet for en forpleiningskontrakt gikk ut, og omvendt, at auksjon foregikk for å skaffe ny plassering til en fattig sindssyg. Men ikke alle ble sendt rundt, enkelte fikk bo fast over flere år underlagt sikkerhetstiltak i sine egne hjem. Og om det er en historie blant de 295 skjebnene i studien som forteller om utenforskap, må det være Abraham som levde 10 år i et bur i sin egen families stue.

Upubliserte kilder

Medisinalinnberetningene Lister og Mandals amt:

(1852-1859) RA/S-1044/F/L0109. Karl Hanssens innberetninger fra Kristiansand.

(1860-1864) RA/S-144/F/L01010. FOS 1860-61, 1861-62 & 1863-64.

(1865-1868) RA/S-144/F/L0111. FOS 1864-65.

(1869-1872) RA/S-144/F/L01012. FOS 1869-70 & 1870-71.

(1873-1876) RA/S-144/F/L0113. FOS 1872-73 & 1873-74.

(1877-1881) RA/S-144/F/L0114. FOS 1879-80 & 1880-81.

(1882-1885) RA/S-144/F/L0115. FOS 1881-82.

Stiftsamtmannen i Kristiansand, Amtstingsaker:

(1863-1864) SAK/ 1271-005/H/HI/ Hla/L1967. FOS 1863-1864. Kun bilde 1.

Stiftamtmanden i Kristiansand - Dokumenter vedr. sinnssyke. Sirkulasjoner:

(1850-1891) SAK/1271-0005/H/Hh/Hhd/L1905/0001. Ole Sandbergs oppfordring, 1855.

Litteratur

Blomberg, W. (2002). *Galskapens hus: utskilling og internering i Norge 1550–1850*. Universitetsforlaget.

Bøe, J. B. (1991). *De utsatte: psykiatriske pasienter i privatpleie på Jæren 1950–1970*. [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.

Ericsson, K. (1974). *Den tvetydige omsorgen: sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Universitetsforlaget.

Fjermeros, H. (2009). *Åndssvak! et bidrag til sentralinstitusjonenes og åndssvakeomsorgens kulturhistorie*. Universitetsforlaget.

Foucault, M. (2008). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Gyldendal.

Hermundstad, G. (2005). Ny forskning på psykiatriens historie i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(1).

- Munksgaard, J. H. & Spareskillingsbanken (Kristiansand). (2004). *Hospitalet og Herman Wedel Major*. Spareskillingsbanken.
- Nielsen, M.-B. O. (2008). *Mennesker, makt og mikrober: epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830–1880*. Fagbokforlaget.
- Retterstøl, N. (1995). *Gaustad sykehus 140 år*. Universitetsforlaget.
- Robertson, C. L. (1863). Remarks on the use of digitalis in the treatment of insanity. *British Medical Journal*, 2(144), 364–367.
- Scull, A. T. (2005). *Madhouse: a tragic tale of megalomania and modern medicine*. Yale.
- Seines, A. M. (2015). *De fattige sinnssyke. Om etableringen og utviklingen av sinnssykepleien i Norge, med særlig fokus på fattige sinnssyke i Lister og Mandals amt fra 1860 til 1882*. [Mastergradsavhandling]. Universitetet i Agder.
- Seines, A. M. (2016). På bunnen av 1800-tallets samfunnsstige. De fattige sinnssyke, i K. Pabst (Red.) «... at maatte erholde en liden Hjelp»: *fattige og fattigvesenet på Agder fra 1786 til 1920*. Årsskift for Vest-Agder-museet (s. 104–125).
- Skålevåg, S. A. (2002). *Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870–1920*. [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen.
- Sundt, E. (1869). *Om Renligheds-Stellet i Norge.: Til Oplysning om Flid og Fremskridt i Landet*. Trykt og forlagt af J. Chr. Abelsted.
- Sundt, E. (1976). *Verker i utvalg: 6: Om bygnings-skikken på landet i Norge*. Gyldendal.
- Tosh, J. (2009). *Historians on history* (2. utg.). Pearson Education.
- Weber, M. (1990). *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (2. utg.). Gyldendal.