Doktoravhandlinger ved NTNU, 2020:315

Magne Brekke Rabben

Humanitet, kontroll og tvang

Tvangsmiddelbruk ved Kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus, 1895 – 1978

Doktoravhandling

Magne Brekke Rabben

ISBN 978-82-326-4978-5 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-4979-2 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Avhandling for graden
philosophiae doctor
Det humanistiske fakultet
Institutt for moderne samfunnshistorie

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2020:315

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Magne Brekke Rabben

Humanitet, kontroll og tvang

Tvangsmiddelbruk ved Kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus, 1895 – 1978

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, oktober 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for moderne samfunnshistorie

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Det humanistiske fakultet
Institutt for moderne samfunnshistorie

© Magne Brekke Rabben

ISBN 978-82-326-4978-5 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-4979-2 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2020:315

Trykket av NTNU Grafisk senter

Forord

Det blir ofte sagt at det er ensomt å skrive en ph.d.-avhandling. Det kan det være. Kildene må du til syvende og sist tyde og tolke selv, det er ingen som leser sekundærlitteraturen for deg, og foran datamaskinen, i arbeid med teksten, der er du alene.

Men å skrive ph.d.-avhandling trenger ikke å være ensomt hele tiden, og det har det ikke vært for meg. Det er mange som har hjulpet og støttet meg gjennom prosessen. Når jeg nå veldig snart er klar til å si meg ferdig med avhandlingen, har jeg derfor en god del mennesker å takke.

Dette prosjektet hadde aldri kommet til uten det viktige forarbeidet gjort av min hovedveileder Øyvind Thomassen. Uten han ville kanskje arkivene til Kriminalasylet og Reitgjerdet fremdeles stått og forvitret på loftet i Reitgjerdets gamle hovedbygning på Brøset, og veldig mye av det vi i dag vet om sikkerhetspsykiatriens historie i Norge, ville vært ukjent. Han fortjener en stor takk for alle dørene han har åpnet for meg og for alle verdifulle innspill og kommentarer på tekst underveis i prosessen. Midlene han skaffet gjennom Tvangsforsk til et forprosjekt om tvang i norsk sikkerhetspsykiatri, var det som sparket dette hele i gang.

Jeg har også vært så heldig å ha to biveiledere som har forsket på og arbeidet med psykisk helse. Maria Knutzen og Richard Whittington har gitt verdifulle innspill av en art som en historiker ikke hadde kunnet gi. De har også hjulpet meg i å bedre forstå den kliniske hverdagen, og ikke minst har de bidratt med en gjentakende, men veldig nødvendig terping på presis og konsistent bruk av psykiatriske fagbegreper.

Takk også til alle ved Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved St. Olavs Hospital, hvor jeg har hatt mitt «andre kontor» i arbeidet med avhandling, og hvor jeg alltid har følg meg inkludert og velkommen. Alle ansatte på post C ved Brøset, Regional sikkerhetsavdeling fortjener også en takk for at de tok vennlig imot meg og tålmodig lot meg få se og ta del i deres arbeidshverdag da jeg hospiterte der i en uke våren 2017.

Maria Antonie Sæther, Hilde Dahl og Eivind Myhre, som har vært stipendiater i samme prosjekt, fortjener også en stor takk for alle gode, faglige og mindre faglige diskusjoner og generelt for all støtte underveis. Takk går også til Espen Storli som har lest og kommentert utkast til hele avhandlingen. Det er flere personer ved det nå oppdelte Institutt for historiske studier som har bidratt til at stipendiattiden har vært en veldig fin periode av livet mitt, både sosialt og faglig. Jeg håper dere vet hvem dere er. Spesielt vil jeg takke hele miljøet

av stipendiater og midlertidige ansatte for å ha opprettholdt et godt faglig og sosialt miljø og for god stemning. Dere har betydd mye.

Takk også til min nåværende arbeidsgiver NTNU Universitetsbiblioteket som har latt meg gjøre ferdig avhandlingen innimellom alt det andre.

Takk til slutt til min kjære Randi for all støtte og for å ha passet på at hverdagen har beholdt en sunn struktur, fordi det alltid har vært en god grunn til å dra hjem fra jobb til høvelig tid.

Magne Brekke Rabben,
Trondheim 24.04.2020

Innholdsfortegnelse

Forord **3**

Kapittel 1. Innledning **9**

Kontroll, tvang og humanitet *11*

Problemområde og sentrale aspekter *12*

Hovedfunn *13*

Relevans *15*

Prosjektets bakgrunn *17*

Avhandlingens struktur *17*

Kapittel 2. Bakgrunn: Kriminalasylet og Reitgjerdets formål, funksjon, etterspill og ettermæle **18**

Bakgrunn: Kriminalasylet *18*

Bakgrunn: Reitgjerdet *24*
Reitgjerdet-saken 27
Nedleggelse 28

Tomrommet etter Reitgjerdet: uutforskede spørsmål *31*

Kapittel 3. Tvang – en definisjonsdiskusjon **34**

Formell og uformell tvang *35*
Formell tvang: tvang under innleggelse 36
Formell tvang: tvang etter innleggelse 40
Et bredere tvangsbegrep – makt og tvang, hand i hand 43

Makt og tvang på lukkede institusjoner *46*

Avslutning *49*

Kapittel 4. Historiografi **51**

Det psykiatrihistoriografiske skisma *52*

Tidligere historisk forskning på institusjonspraksiser og sikkerhetspsykiatri *61*
Historiske institusjonspraksiser 61
Sikkerhetspsykiatrisk historie 65

Avslutning *68*

Kapittel 5: Kilder og metode **69**

Offentlige kilder *70*

Klausulert arkivmateriale *72*
Pasientjournalene 73
Avdelingsrapportene 73
Protokoller over tvangsmiddelbruk 74
Kontrollkommisjonen 74
Korrespondansearkiv 75
Departementsarkiv 75

Mulige metode- og kildevalg for videre og utfyllende studie av tematikken *76*
Intervju 77
Om å møte psykiatriske pasienter som tekst *78*
Kildenes asymmetriske maktfordeling 79

Kapittel 6: Presentasjon av artiklene 82

Referanseliste 86

Artikkel #1. Humane treatment versus means of control: coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978 96

Abstract *97*
Introduction *98*
A narrow definition of coercion *99*
The institutions *99*
Laws and regulations *102*
Empirical sources and methodology *104*
Quantifying coercion: Kriminalasylet, 1895–1963 ..... *107*
Quantifying coercion: Reitgjerdet, 1923–78 ..... *110*
Conclusions *120*

Artikkel #2: Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915 126

Artikkel 3: Tvangsmidler i norsk psykiatri ca. 1900–1950: Kasus Reitgjerdet 145

Sammendrag *145*
Abstract *145*
Historiografi *148*
Kildemateriale *149*
Mekanisk tvang og den psykiatriske fødselsmyten *150*
No-restraint i Norge *152*
Slutten på no-restraint *154*
Slutten på no-restraint: Kasus Reitgjerdet *156*
Hva skapte praksisendringene? *161*
Konklusjon *163*
Litteratur *164*

Artikkel #4. Der tiden stod stille? Reitgjerdet sykehus 1960–1978 167

Sammendrag *167*
Abstract *168*
Innledning *169*
Historiografi *171*
Reitgjerdet: bakgrunn og historie *173*
Utviklingen i tvangsmiddelbruk *174*

Regulering og kontroll av tvangsbruk *176*
Nytt sykehusbygg *180*
Kriminalasylets pleiere og pasienter flyttes til Reitgjerdet *181*
Kampen om kompetansen *183*
Begynnende modernisering og gradvis mindre tvang *184*
Avslutning *189*
Referanseliste *191*

Kapittel 1. Innledning

I arkivet til Reitgjerdet sykehus, som var en psykiatrisk spesialinstitusjon for spesielt farlige og vanskelige mannlige pasienter, ligger en reklamebrosjyre fra den danske fabrikken «Pol». Brosjyren, som kom til Reitgjerdet i november 1942, reklamerer for knapper til «Bælter for Sindssyge og Søvngjængere m. fl.». Knappene skulle gjøre det enklere å feste pasienter til sengen med remmer. Det fremkommer av brosjyren at «Pol» hadde produsert slike knapper siden 1920-tallet og kanskje også enda lenger. Teksten på brosjyren er som følger:

> I den moderne Sindssygepleje søger man at undgaa, at Patienten skal faa det pinefulde Indtryk at være under Tvang.
> Undgaaes kan det ikke alltid, at man maa tvinge en Patient til at holde Sengen.
> Det enkelte Hospital har ofte sin egen Metode at anvende dertil.
> Nogle anvender Bælter, der samles med en Skrue og en Møtrik.
> **Vi tillader oss i Dag at præsentere Dem en Tegning af en moderne og human Bæltelaas samt et Billede af, hvorledes denne Bæltelås kan anvendes.**
> Paasætningen af Bæltet kan ved Hjælp af denne Tryklaas med Bælteknap foregaa **saa hurtigt,** at oprevne Patient næppe alltid er klar over, hva der er gjort for at faa ham til at hvile ud i Sengen.
> **En human Fremgangsmaade mod saavel Patient som Patientens Plejere.**[1]

Det brosjyren beskriver, er anvendelsen av et *mekanisk tvangsmiddel* – en betegnelse brukt på belter, reimer og andre innretninger hvis hensikt det er å begrense en pasients muligheter til å bevege sin egen kropp. Det dreier seg altså om et verktøy for å utøve kontroll over psykisk lidende pasienter på institusjon. Det finnes også andre tvangsmidler enn de mekaniske. Begrepsbruken har endret seg noe de siste årene, men historisk sett har det vært vanlig å dele tvangsmidlene i tre: *mekaniske tvangsmidler*, *isolasjon*, som vil si å låse en pasient alene inne på enerom, og *kjemiske tvangsmidler*, som vil si å bedøve pasienten ved hjelp av kjemiske substanser.

Det er flere ting som gjør brosjyren fra «Pol» interessant. Den er en levning fra en tid der tvangsmidler på institusjon var et langt mindre omtalt og kontroversielt tema enn det senere skulle bli. Over tre tiår senere, mot slutten av 1970-tallet, skulle dessuten Reitgjerdet bli kjent for og få omfattende offentlig kritikk for en rutinemessig bruk av nettopp slike reimer som brosjyren nevner.

I dag vil nok de fleste reagere på den glorifiserende fremstillingen av tvang som brosjyren gir. I den sammenhengen er kanskje bruken av ordet «human» det mest

[1] Brosjyren kom som vedlegg til et brev datert 06.11.1942. Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. DA-011-003. Utheving i original.

iøynefallende trekket. Det forekommer to ganger i den korte teksten og er attpåtil uthevet. Det var åpenbart viktig for «Pol» å overbevise om at låseknappene var en innretning i tråd med et ideal om human behandling, og dessuten at metoden var mer human enn alternativene. Hvorfor det var mer humant å kunne reime pasienter fast til sengen raskere og mer effektivt, kommer ikke frem av brosjyren, men Reitgjerdets overlege, Egil Rian, mente uansett at sykehuset hadde behov for slike knapper og hadde allerede sendt av gårde en bestilling til Danmark.[2]

Noen tiår tidligere ville det vært langt vanskeligere for «Pol» å nå frem med påstanden om at reimer og låseknapper var et humant alternativ. Disse hjelpemidlene ville nemlig ha vært i strid med det psykiatere i Norge på den tiden omtalte som *det tvangsfrie behandlingsprinsipp*. Det var en behandlingsnorm importert fra Storbritannia, hvor de britiske legene og asylbestyrerne Robert Gardiner Hill og John Conolly på midten av 1800-tallet stod i spissen for det som ble kjent som *no-restraint*-systemet.[3] Dette var et program for asyldrift som innebar en total avskaffelse av reimer, lenker, tvangstrøyer eller andre former for mekaniske tvangsmidler. Forkjemperne for *no-restraint*-systemet mente det var både etisk og medisinsk riktig i behandlingen av pasientene, og dessuten fullt mulig å gjennomføre, så fremt asylet disponerte de rette fasilitetene og et tilstrekkelig antall godt trenet personale.[4] Det var ikke bare en human praksis, uten trusselen om mekanisk tvang hengende over seg, ville pasientene bli enklere å håndtere. Men avskaffelsen måtte være absolutt. Hvis ikke ville institusjonen over tid gjennomgå en etisk utglidning der bruk av mekaniske tvangsmidler ble til rutine. I boken *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints* fra 1856 hevdet John Conolly at en institusjon som åpnet for å bruke mekaniske tvangsmidler, per definisjon ikke ville være i stand til å tilby human behandling:

> [N]o fallacy can be greater than that of imagining what is called a moderate use of mechanical restraint to be consistent with a general plan of treatment in all other respects complete, and unobjectionable and humane. […] [I]f hands and feet are allowed, as the ordinary practice and custom of the asylum, to be tied and bound at the will of the attendants, all forms of deterioration will appear in the patients, and all kinds of neglect and tyranny will be engendered ; until, by slow but very sure steps, restraints become the usual substitutes for attention, for patience, for forbearance, and proper superintendence.[5]

[2] Se brev fra Egil Rian til Fabrikken «Pol» 31.10.1942. Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. DB-017-003.
[3] Robert Gardiner Hill 1839. Han omtaler dette som «no-restraint system» på side 49. Se også Gardiner Hill 1857 og Conolly 2013 [1856].
[4] Gardiner Hill 1839: 54.
[5] Conolly 2013 [1856]: 31.

I Storbritannia var det i en periode flere leger og institusjoner som fulgte Conolly og Gardiner Hills lære. Conollys bok ble dessuten oversatt til tysk og lest også på kontinentet. Læren om *no-restraint*-systemet nådde også Norge, hvor *det tvangsfrie behandlingsprinsipp* fikk stor gjennomslagskraft i asyldriften i tiårene rett før og etter århundreskiftet.[6] De første årene etter at Reitgjerdet åpnet i 1923, ble institusjonen drevet uten bruk av mekanisk tvang.

Kontroll, tvang og humanitet

Denne avhandlingen studerer relasjonen mellom tvangsmiddelbruk og idealet om human behandling på psykiatrisk institusjon. Den omhandler bruk av tvangsmidler på Kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus i perioden 1895 til cirka 1980. Begge var nasjonale spesialinstitusjoner for kriminelle og spesielt farlige og vanskelige mannlige pasienter, begge lå i Trondheim, og de to institusjonenes historie er tett sammenvevd.[7] Tematikken illustrerer det som alltid har vært psykiatriens doble, men riktignok overlappende samfunnsoppdrag: Å behandle mental sykdom og gi omsorg til pasientene, samtidig som pasientene, personalet og samfunnet for øvrig skal beskyttes mot potensielt farlige eller forstyrrende handlinger skapt av sykdommen.[8] For å ivareta sitt kontroll- og beskyttelsesoppdrag har psykiatrien gjennom tidene anvendt sin makt over pasientene ved bruk av forskjellige midler og metoder, men bruk av tvang er og har alltid vært psykiatriens viktigste kontrollverktøy. Tvang i behandlingen av psykisk lidende er imidlertid så mangt. Pasienter kan bli tvangsinnlagt på institusjon, og innlagt på institusjon kan pasientene bli underlagt en rekke tvangstiltak og tvangsmidler.

Det sistnevnte er altså denne avhandlingens hovedanliggende. Inndelingen av tvangsmidler i *mekanisk tvang*, *isolasjon* og *kjemisk tvang* har, hvis vi ser litt enkelt på det, ligget fast gjennom hele perioden. Kontinuiteten ligger i det banale faktum at ønsker man å holde fysisk kontroll på et menneske, og maktbalansen er i ens favør, er det enkelte metoder som er lette å ty til: å sperre det inne, å binde det fast eller å sløve det ned med kjemikalier. Men selv om de grunnleggende prinsippene er de samme, har det vært en endring i omfang, foretrukne metoder og tvangsmidlenes legitimitet. Derfor diskuterer avhandlingen også mer generelt tvangsmidler og deres relasjon til de skiftende forståelsene gjennom perioden av hva som utgjorde og ikke utgjorde human behandling på psykiatrisk institusjon.

---

[6] Betegnelsen «tvangsfri behandling» var noe misvisende. Det var ikke snakk om asyldrift fritt for tvang. Pasientene var tvangsinnlagt, og det ble fortsatt brukt andre tvangsmidler: isolasjon og kjemiske tvangsmidler. Mer om dette i avhandlingens artikkel 3.

[7] Denne delen av psykiatrien betegnes i dag ofte som «sikkerhetspsykiatri». Det er et beskrivende begrep for Kriminalasylet og Reitgjerdets formål og funksjon, men begrepet er av nyere dato og var ikke i vanlig bruk før på 1990-tallet.

[8] Kringlen 2007: 468; Winge 1916: 3.

Å gi en presis ahistorisk definisjon av begrepet «human» er vanskelig. I dag definerer *Store norske leksikon* «human» som «menneskelig, menneskevennlig, skånsom eller hensynsfull».[9] Humanitet som hedersord i psykiatrisk praksis er en rød tråd gjennom hele avhandlingens periode. Som sitatet fra Conolly innledningsvis viser, var idealet om human behandling tydelig til stede i vestlig psykiatri lenge før Kriminalasylet tok imot sine første pasienter i 1895. I de etiske diskusjonene knyttet til behandling og håndtering av sinnslidende har idealet om human behandling eksistert like lenge som den medisinske behandlingsprofesjonen har sett på dette som sin oppgave.

Idealet om human behandling har røtter i opplysningstidens forståelse om menneskets universelle verdi og at alle mennesker er født med et sett iboende rettigheter. Vektleggingen av at behandlingen skal være human, kan altså knyttes til menneskerettighetene, men der menneskerettighetene gjennom perioden ble stadig tydeligere formalisert gjennom erklæringer og konvensjoner, har oppfatningen av hva som konstituerer human behandling, vært knyttet til en skiftende og løsere definert allmenn og medisinsk etikk. For hva lå egentlig i human behandling, og i hvor stor grad var det akseptabelt å gå på akkord med idealene for å holde kontroll på pasientpopulasjonen i en krevende institusjonshverdag? Eksemplene med reklamebrosjyren til «Pol» på den ene siden, og Hill og Connollys *no-restraint*-system på den andre, viser hvordan relasjonen mellom humanitet og tvang har vært i endring.

Problemområde og sentrale aspekter

Konkret omhandler avhandlingens sentrale problemstilling arten og omfanget av tvangsmiddelbruk ved Kriminalasylet og Reitgjerdet samt hvordan tvangsmiddelbruken har utviklet seg og blitt legitimert av legene og pleierne ved de to institusjonene. De motstridende elementene som ligger i tvangsmiddelbruk og det humane behandlingsideal, kommer særlig til syne i disse institusjonenes historie både fordi de som sikkerhetspsykiatriske institusjoner hadde en spesiell oppgave i å ivareta samfunnssikkerheten, og fordi de på grunn av pasientmassens egenskaper kunne ha helt spesielle kontrollutfordringer. Til en viss grad legitimerte det spesielle kontrollpraksiser, men samtidig måtte personalet ved disse institusjonene forholde seg det etiske og juridiske rammeverket som omga hele psykiatrien som profesjon.

Hovedtematikken i avhandlingen er altså intern praksis ved Kriminalasylet og Reitgjerdet, men i arbeidet har jeg også løftet blikket utover disse institusjonene. Det har vært

[9] *Store norske leksikon* (2018, 14. mai).

viktig å studere hvordan tvangsmiddelbruk har blitt legitimert ikke bare av leger og pleiere ved Kriminalasylet, men også av den psykiatriske profesjonen generelt og av landets helsemyndigheter. Avhandlingens analyse veksler derfor mellom et mikro- og et makronivå, og jeg har vært opptatt av å studere hvordan kultur og praksiser for tvangsmiddelbruk ved institusjonene har vært påvirket av den faglige utviklingen i psykiatrien, av faglige og etiske diskusjoner i samfunnet og av endringer i normverk og regelverk. En viktig tilnærming har vært å studere den vitenskapelige, politiske og populære forståelsen av tvangsmiddelbrukens etikk og dens relasjon til forståelsen av hva som utgjør human behandling. Det sentrale kildematerialet er Kriminalasylet og Reitgjerdets institusjonsarkiv, og herunder særlig tvangsmiddelprotokoller, avdelingsrapporter, pasientjournaler samt inngående og utgående korrespondanse. I tillegg har psykiatrifaglige publikasjoner i tidsskrift og lærebøker samt avisdebatter vært viktige kilder.

Den periodiske avgrensningen er 1895–1978. Førstnevnte år var da Kriminalasylet åpnet. Denne institusjonen eksisterte frem til 1963, da alle pasientene der ble flyttet over til Reitgjerdet. I oktober 1978 fikk en av Reitgjerdets pasienter hjelp av en av institusjonens leger til å rømme. Legen gikk til dette drastiske skrittet for å sette søkelyset på de indre forholdene ved sykehuset og dermed avdekke det han og mange andre mente var inhumane behandlingsforhold. Det var starten på det som har blitt kjent som Reitgjerdet-saken eller som Reitgjerdet-skandalen. Denne brakte institusjonen inn i en kontinuerlig unntakstilstand som varte frem til nedleggelsen i 1987. Det vedvarende kritiske søkelyset mot sykehuset, sammen med en kraftig nedgang i pasienttallet, førte til en gjennomgripende endring av institusjonen. Selv om avhandlingen i noen grad også omtaler hendelser i årene etter 1978, passer det likevel å sette sluttåret for avhandlingens periode her, fordi hendelsene høsten 1978 sendte Reitgjerdet inn i en ny, avsluttende fase.

Hovedfunn

Avhandlingens sentrale argument er at utviklingen i forholdet mellom humanitet, kontroll og tvang ved Reitgjerdet og Kriminalasylet (og i norsk psykiatri generelt) ikke kan forstås som en rettlinjet utvikling fra en fordums inhuman praksis og frem mot nyere tids bedre standarder. Hver dag har psykiatrien som profesjon møtt den samme problemstillingen: Hvordan kan man opprettholde kontroll over pasientene på en human måte, og hvilke kompromisser er det akseptabelt å inngå ut fra pasientenes tilstand og de eksisterende rammebetingelsene? Psykiatriens svar på disse spørsmålene har endret seg over tid, og vektleggingen av menneskeverd i behandlingen av psykiatriske pasienter har variert gjennom

perioden. Det vises igjen i hvordan den psykiatriske fagprofesjonen har snakket om tvangsmiddelbruk, men også i hvilke praksiser som var vanlig i institusjonene. Etiske vurderinger om tvangsmiddelbruk på psykiatrisk institusjon var langt mer fremtredende i den psykiatriske fagdiskusjonen i Norge i perioden frem til 1930 enn i etterkrigstiårene. Avhandlingen legger frem empiri som dokumenterer dette på både mikro- og makronivå.

Avhandlingen viser også hvordan humane og pragmatiske hensyn virket i samspill og påvirket praksiser ved institusjonene. Så lenge mekaniske tvangsmidler ble sett på som inhumant, var isolasjon en foretrukken løsning for å kontrollere urolige og utagerende pasienter. I tillegg ble sedativer brukt. Da denne praksisen var i endring fra 1930-tallet og fremover, argumenterte landets psykiatere med at bruken av mekaniske tvangsmidler gjorde det mulig å ta pasienten ut av isolasjonsrommet og å la pasienten få interagere med andre mennesker. Samtidig skapte overbelegg på institusjonene større utfordringer med å håndtere vanskelige pasienter, både fordi pasientene bodde tettere på hverandre, og fordi isolasjonsmulighetene ble begrenset av at isolasjonsrommene måtte gjøres om til flermannsrom. Det var med på å legitimere en praksisendring der urolige pasienter jevnlig lå i reimseng på en større vaktsal.

Utviklingen beskrevet ovenfor var en nasjonal trend. Som nasjonale sikkerhetsinstitusjoner for kriminelle og særlig vanskelige og farlige mannlige pasienter hadde både Kriminalasylet og Reitgjerdet en spesiell posisjon i det norske psykiatriske institusjonslandsskapet. Selv om leger og pleiere ved disse institusjonene forholdt seg til de samme etiske diskusjonene i samtiden som resten av profesjonen, kunne kontrollpraksisene her avvike fra det som var akseptert praksis i resten av sektoren. Det mest kjente eksempelet er Reitgjerdets utstrakte og rutinemessige tvangsmiddelbruk mot slutten av avhandlingens periode. Men det gjaldt også Kriminalasylet, som skilte seg ut i sine praksiser, i sin formelle organisering og ved å være et lite asyl med få pasienter i en liten, inneklemt bygning. På mange måter var Kriminalasylet i en mellomposisjon mellom å være et asyl og et fengsel, noe som avspeilet seg i tvangsmiddelpraksisene. Kriminalasylet hadde en egen lovregulering, som i stor grad opphevet sinnssykelovens begrensninger på tvangsmiddelbruk. De første årene etter åpningen i 1895, samtidig som det var gjengs oppfatning i psykiatristanden at bruk av mekaniske tvangsmidler var inhumant, satt enkeltpasienter på Kriminalasylet festet til veggen med jernlenker. Dette foregikk i overensstemmelse med de nasjonale helsemyndighetene samt med Justisdepartementet, som Kriminalasylet var formelt underlagt. Praksisen ble legitimert med at enkeltpasienter ved Kriminalasylet var å regne for så farlige at humane hensyn kunne

tilsidesettes. Jernlenkene forsvant etter få år, men en utstrakt og gjentakende isolasjon av enkeltpasienter forble vanlig praksis gjennom hele asylets eksistens.

Avhandlingen presenterer detaljerte tall over Kriminalasylet og Reitgjerdets tvangsmiddelbruk. Generelt anvendte begge institusjonene tvangsmidler i en grad som lå langt over det nasjonale gjennomsnittet. På grunn av institusjonenes spesielle posisjon i asyllandskapet og antatt vanskelige og farlige pasientmasse vekket ikke tvangsmiddelbruken særlig med offentlige reaksjoner før det kritiske søkelyset ble satt på Reitgjerdet på 1970-tallet. Fra 1960-tallet og fremover hadde tvangsmiddelbruken på Reitgjerdet økt betydelig. Ved å legge som premiss at utviklingen i tvangsmiddelbruk sier noe mer overordnet om utviklingen i humanitet og behandlingskvalitet ved institusjonen, argumenteres det i avhandlingen for at Reitgjerdet-saken med den omfattende kritikken mot sykehuset som kom i kjølvannet av den tidligere omtalte rømmingen i 1978, ikke bare var et resultat av at Reitgjerdets praksiser ikke fulgte samfunnets endringer i normer og krav til human behandling, men også av en konkret negativ praksisutvikling og en etisk utgliding ved institusjonen som hadde foregått siden starten av 1960-tallet. Det var imidlertid flere årsaker til denne utviklingen – både interne og eksterne.

Relevans

Bruk av tvang er et av de mest kontroversielle og aktuelle temaene innenfor psykisk helsevern, både nasjonalt og internasjonalt. I et liberalt og demokratisk samfunn er individets autonomi og integritet en sentral verdi, og tvangsbruk er et direkte inngrep i individets frihet. Koblingen til menneskerettighetene, som de siste to–tre tiårene har fått styrket oppmerksomhet og rettskraft, bidrar til tematikkens relevans i dagens samfunnsdebatt. Hvor grensene skal gå for tillatt inngripen i pasientenes autonomi, er stadig omdiskutert. Derfor utsettes statlige instansers tvangsbruk i dag – med rette – for et nærmest kontinuerlig kritisk blikk.

Media har over lang tid viet tematikken stor oppmerksomhet. Det fremste eksempelet fra de senere årene er antakelig *VGs* artikkelserie fra høsten 2016 om tvangsmiddelbruk i norsk psykisk helsevern.[10] Avisen gjorde et stort arbeid, ikke minst i å sammenstille dokumentasjon på tvangsmiddelbruk fra en rekke institusjoner i Norge. Omfanget avisen dokumenterte, og ikke minst de mangelfulle dokumentasjonsrutine som avisen avdekte, skapte debatt. Samme år satte regjeringen Solberg ned et utvalg for å utrede endringer i

[10] Se for eksempel Åsebø og Norman 2016, 21. november, 22. november og 29. november. Men dette er bare et lite utvalg av saker *VG* hadde på trykk om tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern høsten 2016.

tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren. Utvalgets mandat var å etablere et regelverk som begrenset bruken av tvang. Innstillingen forelå i juni 2019. Her diskuterer utvalget utførlig hva som er relasjonen mellom tvangsmiddelbruk og idealet om human behandling i psykisk helsevern i dag. Utvalget foreslo å etablere en egen tvangsbegrensningslov og kom med flere forholdsvis radikale forslag for å sikre at tvangsmiddelbruken, og da særlig bruken av mekaniske tvangsmidler, innenfor sektoren begrenses.[11] Utredningen har imidlertid møtt en del motbør i høringsrunden. I skrivende stund pågår fremdeles debatten, og det er ventet at den vil øke i intensitet etter hvert som utredningen eventuelt blir behandlet i Stortinget.

Historiske studier bidrar med nye perspektiver på nåtidens verdier og praksiser gjennom bedre kunnskap om tidligere verdier og praksiser og hva som har skapt og formet utviklingen. Denne avhandlingen er først og fremst et historiefaglig forskningsarbeid, men den er samtidig en del av et større tverrfaglig prosjekt og bidrar med en historisk kontekstualisering av samtidens diskusjoner og praksiser om tvang i psykiatrien. Psykiatrifagets tiltakende ønske om å bedre forstå effektene og konsekvensene av sine kontrolltiltak, og for å bedre kunne navigere de etiske spørsmålene knyttet til disse, har ført til et voksende korpus av psykiatrifaglig forskningslitteratur på tvang og tvangsmiddelbruk. Historiefaglig forskning på tvangsmiddelbruk er det imidlertid gjort veldig lite av. Det gjelder både i Norge og internasjonalt. Generelt er psykiatrisk institusjonspraksis på 1900-tallet et lite behandlet område. Det kan i stor grad kan tilskrives forskeres vanskeligheter med å få kildetilgang. I arbeidet har jeg hatt full mulighet til å anvende Kriminalasylets og Reitgjerdets institusjonsarkiver, noe som muliggjør mer inngående studier av pasientenes hverdag og handlinger samt hva som motiverte personalets praksiser.[12]

Avhandlingen bringer også frem nye perspektiver på hvordan humanitet og etiske vurderinger utviklet seg i norsk psykiatri generelt og ved Kriminalasylet og Reitgjerdet spesielt. Reitgjerdet har i dag en særegen plass i samfunnsdebatten og brukes gjerne som eksempel på den inhumane og undertrykkende psykiatriske institusjonen. Det har sitt utspring i den vedvarende negative oppmerksomheten Reitgjerdet fikk i årene etter 1978. Men der de kritikkverdige forholdene ved Reitgjerdet i årene rett forut for 1978 er godt dokumentert,

[11] NOU 2019: 14.

[12] Ph.d.-prosjektet har dispensasjon fra REK (ref. 2010/2206) til å ta i bruk helseopplysninger fra arkivet til forskning. Dette som en del av paraplyprosjektene *Galskapens fengsel* og *Mainnan i buret – kriminalpsykiatriske kunnskapspraksiser i norsk helse- og kriminalomsorg 1920–1990.* Se https://helseforskning.etikkom.no/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=113662&p_parent_id=107889&_ikbLanguageCode=n

finnes det nesten ingen forskningslitteratur som stiller spørsmålet om hvordan forholdene var tidligere i Reitgjerdets historie, eller hvordan de kritikkverdige forholdene oppstod.

I tillegg til kvalitative analyser presenterer avhandlingen kvantitative data over historisk tvangsmiddelbruk. Det har ikke tidligere blitt gjort i Norge, blant annet på grunn av mangel på offentlige og systematiserte data i perioden etter 1969. I odelstingsproposisjonen til det som ble lov om psykisk helsevern i 1999, påpekte Helse- og omsorgsdepartementet vanskelighetene med å finne pålitelige data over tvangsmiddelbruk, siden det i årene forut ikke hadde vært innsamlet nasjonale opplysninger.[13] Avhandlingen bidrar med systematisk innsamlede data fra Reitgjerdet og Kriminalasylet samt en metode for å samle inn og presentere sammenlignbar statistikk fra andre norske institusjoner hvis det blir gitt tilgang til disse institusjonenes tvangsmiddelprotokoller.

Prosjektets bakgrunn

Ph.d.-prosjektet er del av det større forskningsprosjektet *Galskapens fengsel*, som har eksistert siden 2010, ledes av professor Øyvind Thomassen og har hatt Kriminalasylet og Reitgjerdet asyl som hovedfokus. Jeg kom inn i prosjektet etter at organisasjonen Tvangsforsk finansierte et månedsverk for å utvikle en prosjektskisse om tvangsbruk ved disse to institusjonene. Selve ph.d.-stipendet fikk finansiering gjennom en utlysning fra det som da het det tematiske satsingsområdet *NTNU helse, velferd og teknologi* (HEVET), i dag kjent som satsingsområdet NTNU Helse. Oppstart for ph.d.-arbeidet var 1. januar 2016.

Avhandlingens struktur

Avhandlingen består av en sammenbindingsdel (kappe) og fire artikler, hvorav én er skrevet på engelsk og de tre øvrige på norsk. Kappen gir i kapittel 2 et kort riss av Kriminalasylet og Reitgjerdets historiske formål, funksjon og ettermæle. Kapittel 3 inneholder en drøfting og problematisering av tvangsbegrepet. Kapittel 4 gir en historiografisk redegjørelse for psykiatrihistorien som forskningsfelt og for tidligere forskning som er spesielt relevant for avhandlingens tema. Kapittel 5 gir en presentasjon og drøfting av metodebruk, kildematerialet og etiske problemstillinger knyttet til bruk av blant annet medisinske kilder. En presentasjon og oppsummering av artiklene gis i kapittel 6. Til sist kommer selve artiklene.

[13] Helse- og omsorgsdepartementet 1998.

Kapittel 2. Bakgrunn: Kriminalasylet og Reitgjerdets formål, funksjon, etterspill og ettermæle

Kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus var svært ulike institusjoner, men ble opprettet med hovedsakelig samme formål for øye.[14] I perioden 1895–1987 var Kriminalasylet og Reitgjerdet de to særinstitusjonene som fantes for kriminelle og særlig vanskelige psykiatriske pasienter i Norge og var således helt sentrale ledd i samfunnets vern mot farlige psykisk syke. De huset kun mannlige pasienter. Det fantes ikke tilsvarende institusjoner for kvinnelige pasienter i denne perioden.[15] I det følgende vil jeg gi et kort riss av institusjonenes bakgrunn, formål og historie.[16]

Bakgrunn: Kriminalasylet

I løpet av første halvdel av 1800-tallet spredte det seg i den vestlige verden en stor tro på asylenes muligheter til å behandle sinnssykdom.[17] Håndteringen av sinnssyke ble i økende grad medikalisert – altså underlagt en medisinsk fagautoritet –, og det var disse medisinerne, sinnssykelegene, som utviklet sitt virke og sin profesjon til det som etter hvert ble kjent som fagfeltet psykiatri.

Asylene ble denne profesjonens viktigste behandlingsverktøy. Sinnssykelegene så det som essensielt å skille de sinnssyke fra resten av samfunnet, fordi det var i den sinnssykes møte med samfunnet at årsaken til sykdommen lå. Jo kortere tid det gikk før den syke kom inn under psykiatriens omsorg, desto bedre mente man prognosene for helbredelse var. Sammen med tidens store behandlingsoptimisme førte dette tankegodset til en storslagen institusjonsutbygging i den vestlige verden gjennom det 19. århundre.[18]

---

[14] Også Reitgjerdet ble ved oppstarten omtalt som et asyl, men med unntak for Kriminalasylet, ble benevningen «asyl» erstattet av «sykehus» for alle de psykiatriske institusjonene underveis i denne avhandlingens periode. Den årlige offentlige publikasjonen om sektoren, *Sinnssykeasylenes virksomhet,* gikk over til å hete *Sinnssykehusenes virksomhet* fra og med utgaven som gjaldt året 1942. I denne utgaven omtales også Reitgjerdet for første gang som «Reitgjerdet sykehus» (Statistisk sentralbyrå 1946).

[15] Maria Antonie Sæther arbeider i skrivende stund med et ph.d.-prosjekt som blant annet utforsker hvor og hvordan de farlige sinnssyke kvinnene ble behandlet og håndtert, og hvorfor det ikke ble etablert sikkerhetspsykiatriske institusjoner som tok imot kvinner før i 1987.

[16] Mye av dette behandles også i artiklene, som er skrevet for å bli lest som enkeltstående publikasjoner, men Kriminalasylet og Reitgjerdets historie gjennomgås også kort her for å gi leseren nødvendig kontekst for å resten av kappen.

[17] Betegnelsene «gal», «galskap», «sinnssyk» og «sinnssykdom» ble med tiden oppfattet som stigmatiserende og erstattet med nye ord. Jeg bruker likevel disse begrepene stedvis der de var etablerte betegnelser i perioden som omtales.

[18] Se for eksempel Pietikainen 2015: 75–133 og Scull 2015: 188–223 for mer om denne utviklingen.

Det rådende ideologiske grunnlaget for asyldriften hadde sitt utspring i Frankrike og Storbritannia. *Moral treatment* var både et ideal og et program for asyldrift basert på praksiser etablert på 1790-tallet av blant annet av lege og asylbestyrer Philippe Pinel i Paris og ved Tuke-familiens asyl i York. Den syke skulle behandles i rolige og luftige omgivelser med et rutinepreget hverdagsliv bestyrt av asylets leger og pleiere. Et godt behandlingsmiljø var essensielt for helbredelsen. Da gjaldt det å unngå bruk av tvangsmidler.

I britisk psykiatri ble idealet om å begrense tvangsmiddelbruken utviklet videre. Som nevnt i kapittel 1, regnes legene Robert Gardiner Hill og John Conolly som de viktigste initiativtakerne til det som ble kjent som *no-restraint*-systemet. Det ville si drift av sinnssykeasyl helt fri for mekanisk tvang. De rette fasilitetene og et godt trenet personale skulle gjøre dette mulig. Disiplin skulle opprettholdes ved en paternalistisk og overvåkende tilstedeværelse fra pleiere og leger, som også i sitt arbeid skulle fremstå som gode eksempler på normalitet. Arbeidsterapi var den viktigste behandlingsmetoden. En arbeidende pasient var en friskere pasient.

For Norges del skjøt denne utviklingen fart først nærmere midten av 1800-tallet med to sammenhengende prosesser. Det ene var arbeidet med det som ble Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining (også kjent som sinnssykeloven) i 1848. Det andre var planleggingen og byggingen av Gaustad asyl, som åpnet i 1855. Sinnssykeloven var en klar tekstliggjøring av *moral treatment*-prinsippene. Den viktigste pådriveren for loven, legen Herman Wedel Major, la vekt på at sinnssykeasylene skulle være institusjoner for helbredelse og ikke bare oppbevaring. Loven la premissene for en større utbygging av norske sinnssykeasyl og stilte krav som fordret det vi må kalle en humanisering av sinnssykeomsorgen. Blant kravene for autorisasjon var at anlegget skulle være adskilt fra andre virksomheter, ha en «fri og sund Beliggenhed» og mulighet for sysselsettelse av pasientene.[19] En regulert, forutsigbar hverdag skulle gi helbred og med tiden gjøre pasientene klare til å reintegreres i samfunnet. Loven la også klare begrensninger på bruken av tvangsmidler og forbød «Legemlig Revselse» ved institusjonene.[20] Noen tiår senere fikk også Gardiner Hill og Conollys *no-restraint*-program fotfeste i Norge, hvor programmet ble kjent som «den tvangsfrie behandling» og ble et klart norsk ideal for asyldrift mot slutten av 1800-tallet. «Tvangsfri behandling» betydde imidlertid ikke et behandlingsregime fritt for tvang. Det var den mekaniske tvangen som skulle unngås.[21]

[19] Sindssykeloven (1848) § 1.
[20] Sindssykeloven (1848) § 4.
[21] Se artikkel 3 for mer om dette.

Når det gjaldt håndteringen av farlige og kriminelle sinnssyke, skapte sinnssykeloven noen utfordringer. Paragraf 20 nedla forbud mot å forvare sinnssyke sammen med forbrytere. Ble det nødvendig å forvare en sinnssyk, skulle det altså skje ved egnede medisinske institusjoner med offentlig godkjenning som behandlingsmiljø – ikke i fengslene.

Det andre relevante lovverket var kriminalloven av 1842, hvor praragraf 2 inneholdt en utilregnelighetsbestemmelse som sa at sinnssyke verken kunne fengsles eller straffes:

> De handlinger er straffrie, som forøves af Galne eller Afsindige eller af dem, som Forstandens brug ved Sygdom eller Alderdoms-Svaghed er berøvet.[22]

Lovverket skilte altså mellom fengsling og medisinsk forvaring og samtidig mellom strafferettslig tilregnelig og utilregnelig. Det skapte en utfordring når det gjaldt håndteringen av pasienter som var både syke, kriminelle og potensielt farlige. De kunne etter loven ikke forvares i fengsel, men de var heller ikke ønsket ved landets regulære asyl, hvor et innslag av kriminelle og farlige sinnssyke ville forstyrre roen og nødvendiggjøre sikkerhetsforanstaltninger som stred mot det profesjonen oppfattet som egnede behandlingsmiljø. Det førte til at de kriminelle sinnssyke, som altså befant seg i grenselandet mellom rettsvesenet og sinnssykeomsorgen, i prinsippet falt utenfor samfunnets muligheter til både behandling og forvaring.

Spørsmålet om å opprette en egen anstalt for kriminelle sinnssyke ble tatt opp allerede på 1850-tallet. Herman Wedel Major foreslo å opprette et eget kriminalasyl, men det ble ikke realisert.[23] I mangel på klare tilbud for denne gruppen ble det likevel gjennomført en rekke pragmatiske løsninger. Det var ikke uvanlig at sinnssyke ble internert i fengsler, selv om det var i strid med loven. Og da Gaustad asyl åpnet i 1855, gikk direktør Ole Rømer Sandberg som en midlertidig ordning med på å ta imot pasienter fra denne gruppen. Tre år senere var han blant initiativtakerne til et kriminalasyl tilknyttet det kommunale asylet i Christiania, men forslaget ble til slutt nedstemt i Stortingets justiskomité med den begrunnelse at det ble for dyrt, og at institusjonen slik den var skissert i forslaget, ikke var i tråd med de moderne idealene for sinnssykeanstalter. Komiteen påpekte dessuten at det var etablert få lignende institusjoner i utlandet, og at det dermed var vanskelig spille på andres erfaringer når det gjaldt å finne de mest hensiktsmessige løsningene.[24]

[22] Sitert fra Dahl & Thomassen 2016: 180
[23] Avsnittet er basert på Ludvigsen 1998: 156–157.
[24] Winge 1911: 57.

Konsekvensen ble at kriminelle sinnssyke fortsatte å bli sittende i straffeanstaltene eller internert på Gaustad og etter hvert også landets andre asyl. Det ble en stor byrde for asylene og medførte sterke klager på situasjonen fra asyldirektørene på 1880-tallet. Tilstedeværelsen av kriminelle, farlige og vanskelige pasienter gjorde det vanskelig å drive asylene i tråd med de rådende idealene for human og tvangsfri behandling. Justis- og politimyndighetene mente dessuten at ordningen ikke var sikker nok. Det var fare for rømninger. I tillegg ønsket departementet siste ordet i avgjørelsen om innleggelse og utskriving av kriminalpasienter. Det siste ble imidlertid imøtegått av den voksende gruppen av sinnssykeleger. Sinnssykeloven hadde gitt den faglige ledelsen ved asylet suverenitet i spørsmål om innleggelse og utskriving. Dette prinsippet, kjent som asylsuvereniteten, var noe sinnssykelegene ikke var beredt til å lempe på – i alle fall ikke ved de regulære sinnssykeasylene. Ved en eventuell særinstitusjon kunne de imidlertid akseptere en annen ordning.

Historiker og kriminolog Hilde Dahl har studert hvordan utviklingen i forståelsen av farlighet og sinnssykdom i samfunnet ledet frem til opprettelsen av egne asyl for farlige og kriminelle sinnssyke.[25] Hun argumenterer for at det var det faglige møtet mellom særlig tre fagfelt – rettsvitenskap, kriminologi og psykiatri – som bidrog til etableringen av særinstitusjonen. Diskusjonene om hvordan samfunnet skulle håndtere og behandle farlige og kriminelle sinnssyke, som i flere tiår ikke hadde ledet noe sted, fikk ny driv med stiftelsen av Den norske kriminalistforening (DKNF) i 1892. Foreningen ble særlig en møteplass for jurister, leger og representanter fra fengselsvesenet, hvor strafferettslige og kriminalpolitiske spørsmål ble diskutert. Sentrale aktører var personer som fengselslege og rettspsykiater Paul Winge; Bernhard Getz, som senere ble riksadvokat; Francis Hagerup, senere statsråd og statsminister; samt Henrik Dedichen, psykiater og senere asylbestyrer. Det var særlig i spørsmålet om sykdom, kriminalitet og farlighet at disse fant felles grunn. De var enige om at samfunnet hadde et moralsk ansvar for en medisinfaglig ivaretakelse av de kriminelle sinnssyke, men samtidig hadde samfunnet krav på beskyttelse mot farlige handlinger skapt av sykdommen.[26] Dette var problemstillinger som også fikk økt relevans av at den store behandlingsoptimismen fra tiårene før var i ferd med å falme. Asylene, som skulle være effektive behandlingsinstitusjoner, var blitt fylt opp av langtidspasienter. Nye teorier som la mer vekt på arvelighetsforhold for å forklare sinnssykdom, fikk fotfeste.[27] Den franske

[25] Dahl 2018: 57–86.
[26] Samme sted.
[27] Se Ludvigsen 1998: 140–141 og Skålevåg 2003: 311–327.

psykiateren Bénédict Morels lære om slekters degenerering var spesielt innflytelsesrik, og innenfor dette forklaringsparadigmet var det et økt behov for et spesialtilbud for de sinnssyke vanekriminelle, som fra naturens side utgjorde en uhelbredelig fare for samfunnet.

Historiker Kari Ludvigsen, som har studert politikkutforming i norsk psykiatri i perioden, skriver at Paul Winge brukte foredragene i Kriminalistforeningen til å legge frem et program for behandlingen av sinnssyke forbrytere.[28] Det innbefattet mellom annet et eget og uavhengig kriminalasyl for denne gruppen, adskilt fra både fengselsvesenet og den regulære institusjonspsykiatrien. Winge så for seg at denne institusjonen skulle ha plass til 50 menn og 15 kvinner, hvor avgjørelsen om internering skulle ligge hos Justisdepartementet.

I 1894 kom saken om Kriminalasylet opp i Stortinget. Stortingsproposisjonen var undertegnet av Francis Hagerup, som nå var blitt justis- og politiminister. Ifølge den var det 36 såkalte kriminalpasienter som ble forpleiet i landets sinnssykeasyl ved utgangen av 1891. Statsråden mente imidlertid at det var grunn til å tro at det tallet var høyere nå. Dessuten fant han det «neppe tvilsomt, at der i Strafanstalterne hensidder flere sindssyge eller psychisk defekte Fanger, hvis Overførelse til en sindssygeanstalt vilde være ønskelig».[29]

Å bygge en helt ny asylbygning til formålet ville bli for kostbart, men i Trondheim stod en av bygningene til straffeanstalten ledig. I forkant av Stortingets behandling av saken hadde medisinaldirektør Michael Holmboe, direktør Selmer ved Rotvoll asyl og direktør Malthe ved Trondhjem Straffeanstalt vært på befaring. De fant bygningen uegnet som permanent asyl. Bygningen var reist til fengselsformål og var preget av det. Den lå inneklemt sentralt på Kalvskinnet i Trondheim med få muligheter til å aktivisere pasientene. Eneste uteområde var en liten inngjerdet luftegård.[30] Bygningsstandarden lå langt unna *moral treatment*s behandlingsideal, og det var vel meget tvilsomt om den oppfylte sinnssykelovens krav til «fri og sund Beliggenhed».[31]

Justisministeren hadde likevel foreslått å bruke bygningen som en midlertidig løsning for å avhjelpe det han så som en nødtilstand. Det betydde imidlertid at det ikke ville være plass til pasienter av det omfanget som Winge hadde skissert. Derfor ble det ikke prioritert å gi plass til kvinnelige pasienter. Stortinget tilsluttet seg forslaget fra Justisdepartementet og vedtok i juli 1894 en midlertidig etablering av et kriminalasyl i straffeanstaltens gamle bygning.[32] Bestyrer for Trondhjems kommunale sinnssykeasyl, Fredrik Waldemar Bødtker,

[28] Ludvigsen 1998: 299.
[29] Justis- og politidepartementet 1894: 3.
[30] Riaunet 2014: 41–42.
[31] Sindssygeloven (1848) § 1.
[32] Winge 1911: 60.

ble ansatt som Kriminalasylets første bestyrer. Den stillingen hadde han frem til sin død i 1901, hvorpå han ble erstattet av Hans Evensen, som ledet Kriminalasylet frem til han i 1915 gikk over i stillingen som direktør ved Gaustad asyl.[33]

Kriminalasylet skulle ta imot tre typer pasienter. Den ene gruppen var sinnssyke straffanger, som skulle kunne holdes ved asylet på ubestemt tid – også etter at soningstiden var ute, så lenge pasienten ble oppfattet som en fare for samfunnet. I tillegg skulle asylet ta imot andre forbryterske sinnssyke, «hvis moralske Degeneration og Samfundsfarlighed lægger særlige Hindringer iveien for deres Behandling i de almindelige Sindssygeasyler». Asylet skulle også ta imot «ikke særlig demoraliserede eller farlige Straffanger, der lider af akut Sindssygdom», men for denne gruppen skulle det bare være aktuelt så lenge «Forpleining i andre Sindssygeasyler vilde medføre de største Ulemper og Farer».[34]

Kriminalasylet skulle være et asyl og ikke et fengsel, hvilket betydde at det var sinnssykeloven av 1848 som i utgangspunktet var det bestemmende lovverk. Men det var likevel mye ved institusjonen som var fengselsaktig, og dets ledelse måtte forholde seg til både justis- og helsemyndighetene. Driften var organisert under Justisdepartementet, som ifølge regulativet også skulle ha siste ord når det gjaldt innleggelser og utskrivinger.[35] Ifølge sinnssykeloven skulle imidlertid alle asyl ha en kontrollkommisjon, som skulle holde tilsyn med driften og blant annet skulle være ankeinstans for pasienter som motsatte seg innleggelse. I prinsippet kunne derfor kontrollkommisjonen ved Kriminalasylet overprøve Justisdepartementet når det gjaldt innleggelser. Det skjedde aldri, men for å sikre seg mot slike situasjoner la departementet frem et lovutkast som Stortinget vedtok i 1898.[36] Denne særloven overlot asylsuvereniteten helt og holdent til Justisdepartementet. Samtidig ga loven Kriminalasylet fritak fra sinnssykelovens begrensninger på tvangsmiddelbruk. Isolasjon og mekanisk tvang ble tillatt brukt i ubegrensede perioder så lenge det ble ansett som uunngåelig nødvendig.

[33] Se artikkel 1 for en fullstendig oversikt over direktører ved Kriminalasylet og Reitgjerdet i avhandlingens periode.
[34] Justis- og politidepartementet 1894: 3.
[35] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-020-002, «Regulativ for Trondhjem Kriminalasyl», 24.01.1895. Se § 2 og § 9. Forholdet til tvangsmiddelbruk var også annerledes. Dette dekkes særlig i avhandlingens artikkel 2.
[36] Lov angaaende Kriminalasylet (1898).

Da Kriminalasylet åpnet i 1895, var det autorisert for 16 pasienter. I 1900 ble andreetasjen innredet, noe som økte kapasiteten til drøyt 30 pasienter. Men det ble tidlig klart at det nasjonale behovet for asylplasser til kriminelle og farlige sinnssyke var større enn dette. På tross av etableringen av flere nye institusjoner utover 1800-tallets siste halvdel slet landets regulære asyl med en økende grad av overbelegg. Begrepet «asylnøden» var blitt vanlig i bruk hos aktører med kjennskap til sinnssykevesenet allerede på 1870-tallet og forble et omtalt fenomen utover på 1900-tallet.[37] De trange forholdene gjorde det vanskeligere for asylene å unngå at vanskelige pasienter ødela behandlingsmiljøet for andre.

Kriminalasylets bestyrer Hans Evensen var en sentral pådriver for å opprette et større asyl for pasienter som ikke egnet seg for behandling i regulære asyl. Blikket ble tidlig rettet mot Reitgjerdet i Trondheim som en potensiell løsning. Hovedbygningen på Reitgjerdet ble reist i 1860 som en pleiestiftelse for spedalske. Oppdagelsen av leprabasillen i 1873 hadde imidlertid ført til en langt mer effektiv behandling. Den siste tiden hadde derfor antallet spedalske gått nedover, og behovet for slike pleiestiftelser var synkende. I 1910 vedtok Stortinget at Reitgjerdet pleiestiftelse på sikt skulle legges ned. Anlegget lå derfor an til å bli ledig til andre formål.

På initiativ fra medisinaldirektør Michael Holmboe opprettet Justis- og politidepartementet i 1912 en komité for å utrede behovet for et nytt spesialasyl for kriminelle og farlige sinnssyke samt skissere en ny planløsning for bygget og anslå kostnadene ved ombygning. Komiteen bestod av direktør ved Rotvoll asyl Olaf Sollied, forstander ved Reitgjerdet Anton Sand og Hans Evensen. Innad i komiteen var det uenighet om hvor hensiktsmessig Reitgjerdet-bygningen ville være som sinnssykeasyl.[38] Trenden innen asylbygging hadde gått bort fra arkitekturen med de store sentralbygningene slik blant annet Rotvoll asyl var bygget, og som nødvendigvis også måtte bli løsningen på Reitgjerdet. I stedet bygget man nå asylene som kolonier, der de ulike avdelingene var spredt på adskilte bygninger med parkdrag imellom. Dikemark (1905) utenfor Oslo og Østmarka i Trondheim (1919) ble begge bygget etter sistnevnte prinsipp.[39] Bygningsmassen på Reitgjerdet var altså psykiatrifaglig avleggs, men hadde den store fordelen at den snart ville stå ledig. Hans Evensen utarbeidet et detaljert forslag til en planløsning for Reitgjerdet asyl.[40] Her prøvde

[37] Ludvigsen 1998: 152.
[38] Øgaard 2015: 40–42.
[39] Skålevåg 2002.
[40] Øgaard 2015: 39–47.

Evensen å forene kravene til sikkerhet med idealet om at Reitgjerdet skulle minne så mye om et sykehus og så lite om et fengsel som det lot seg gjøre.

I 1919 vedtok Stortinget at Reitgjerdet skulle omgjøres til sinnssykeasyl. Da var saken blitt utsatt i et par omganger fordi nedgangen i spedalske pasienter innlagt i pleiestiftelsen gikk noe saktere enn forventet. I stortingsproposisjonen var det lagt vekt på behovet for en egen institusjon for de «individer der tilhører det kriminelle proletariat» som var å finne ved de regulære asylene, disse «rømmelystne komplotmakere, som lager dirker og forfører de andre patienter eller opfører sig saa usømmelig, at det maa betegnes som inhumant at tvinge skikkelige patienter til at være sammen med dem».[41]

Etter en større ombygging stod Reitgjerdet asyl klar til å ta imot sine første sinnssykepasienter i 1923. Det var blitt gjort en del endringer fra Hans Evensens plan før bygging, men premissene han la til grunn, var i det store og det hele beholdt.[42] I likhet med Kriminalasylet ble også Reitgjerdets drift regulert av en særlov, vedtatt i 1922. Paragraf 1 slo fast Reitgjerdets formål:

> Asylet er bestemt til å opta særlig vanskelige og farlige sinnssyke, som ikke ansees egnet til behandling i almindelige sinnssykeasyler. Likeså kan optas sinnssyke, hvis innleggelse eller fortsatte ophold i Kriminalasylet ikke ansees påkrevet, skjønt de fyller de lovbestemte betingelser for optagelse der.[43]

Formuleringen «særlig vanskelige og farlige sinnssyke» la grunnlaget for det som senere skulle bli omtalt som «Reitgjerdet-kriteriene» – altså et grunnkrav for innleggelse på Reitgjerdet. Lov om Reitgjerdet asyl var gjeldende frem til lov om psykisk helsevern ble vedtatt i 1961. Den nye loven erstattet da alle særlovene innenfor sektoren. Kriteriet om at pasienter før innleggelse på Reitgjerdet måtte bli vurdert som særlig vanskelige og/eller farlige, var imidlertid gjeldende gjennom hele perioden.[44] I praksis var det imidlertid slik at mange pasienter innlagt på Reitgjerdet ikke oppfylte disse kriteriene.

Selv om Kriminalasylet ved opprettelsen i 1895 var ment å være en midlertidig løsning, ble ikke Reitgjerdet regnet som en erstatter, men snarere et supplement. Embetet som direktør ved Reitgjerdet ble kombinert med direktørstillingen ved Kriminalasylet, og de to asylene fungerte i symbiose. Slik tilfellet var med Kriminalasylet, ble også Reitgjerdets asylsuverenitet overdratt til departementsnivå, men i motsetning til Kriminalasylet ble

[41] Sitert fra Blom, Bratholm & Hjort 1980: 14.
[42] Øgaard 2015: 84–85.
[43] Lov om Reitgjerdet asyl (1922).
[44] Se også artikkel 4.

Reitgjerdet lagt under Sosialdepartementets ansvarsområde. Det ga Reitgjerdet en mer rendyrket plassering innenfor landets helsesektor. Reitgjerdets særlov åpnet heller ikke for å avvike fra sinnssykelovens begrensninger på tvangsmiddelbruk, slik tilfellet var for Kriminalasylet. De materielle omstendighetene ved Reitgjerdet skilte seg også kraftig fra Kriminalasylet, med en langt større bygning omkranset av et parkanlegg og med et tilhørende gårdsbruk. Reitgjerdet hadde inngjerdede luftegårder, men uten det høye, ugjennomsiktige plankegjerdet som var reist rundt Kriminalasylets bygning.

Til en viss grad fungerte Kriminalasylet som en høysikkerhetsavdeling for Reitgjerdet. Pasienter ble flyttet mellom institusjonene, men det var ikke en helt sømløs prosess. Justisdepartementet hadde siste ord i alle overføringer til Kriminalasylet og sa i flere tilfeller nei. Pasienten måtte tilfredsstille kriteriene for innleggelse ved Kriminalasylet, noe som blant annet krevde at pasienten hadde begått kriminelle handlinger. Dette ble ikke like strengt håndhevet gjennom hele perioden, men i mellomkrigstiden var Justisdepartementet såpass restriktiv med å akseptere innleggelser at Kriminalasylet i flere år hadde ubenyttet kapasitet på tross av overbelegg både på Reitgjerdet og i hele den norske asylsektoren for øvrig.[45]

Reitgjerdet var ved åpningen autorisert for totalt 105 pasienter, men autorisasjonen ble økt til 135 i løpet av det første året. Pasienttallet vokste raskt. Reitgjerdet var et etterlengtet tilskudd til sektoren, spesielt for landets asylbestyrere, som straks tok til å sende søknader om overflytting av pasienter de opplevde som vanskelige og farlige ved sin institusjon. Det kom også inn et fåtall forespørsler fra leger ute i distriktene om hvorvidt Reitgjerdet kunne ta imot enkelte kvinnelige pasienter. Disse kunne imidlertid ledelsen på Reitgjerdet ikke hjelpe.[46] Ved starten av andre verdenskrig hadde Reitgjerdet ansvaret for 223 pasienter, hvorav 31 riktignok var i privatpleie og ikke bodde i asylets bygninger.[47] I løpet av krigen ble autorisasjonen økt til 160, men mot slutten av okkupasjonen var pasienttallet oppe i nesten 300. Okkupasjonsmakten hadde da rekvirert en betydelig andel av bygningsmassen til landets regulære sinnssykehus til andre formål. Pasientene herifra ble fordelt på de operative institusjonene i landet, og mange havnet på Reitgjerdet. De fleste ble tilbakeført eller utskrevet etter krigen, men ikke alle.

I 1961 stod et nytt pasientbygg klar til bruk. Kriminalasylet ble dermed lagt ned og pasientene overført til Reitgjerdet. På grunn av en lønnskonflikt med pleierne ble pasientene

[45] En gjennomgang av belegget slik det ble rapportert i den årlige publikasjonen *Sinnssykeasylenes virksomhet,* viser dette. Ved minst én anledning ble det også påpekt at det var uheldig at kapasiteten ved Kriminalasylet ikke ble utnyttet. Se *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938* (Statistisk sentralbyrå 1940: 5).
[46] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. DA 004-002 (inngående post 1923).
[47] Se dagsrapport for 9. april 1940 i Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. GC-014-001.

riktignok ikke fysisk flyttet før i 1963. Med det nye bygget økte autorisasjonen til Reitgjerdet med hundre pasienter, uten at pasienttallet økte tilsvarende. Det løste problemet med overbelegg, i det minste i den formelle forståelsen av ordet, om ikke i praksis.

Det var en vedvarende utfordring for Reitgjerdet å få tilbakeført pasienter som ikke lenger oppfylte kriteriene for innleggelse. Derfor huset sykehuset mange pasienter som ikke egentlig trengte å være der. Samtlige direktører og overleger brukte mye tid på å overtale andre institusjoner til å ta imot disse pasientene. Det var en vanskelig oppgave både på grunn av mangelen på institusjonsplasser og på grunn av en skepsis mot å ta imot Reitgjerdet-pasientene, som på grunn av oppholdet implisitt fremdeles kunne være merket som vanskelige eller farlige. Det var kun noen få av Reitgjerdets pasienter som ble utskrevet direkte til frihet. I de fleste tilfeller ble pasientene vurdert til å trenge institusjonell behandling selv om de ikke lenger ble regnet som farlige eller var spesielt vanskelige å håndtere. På grunn av dette hadde Reitgjerdet en pasientpopulasjon som varierte veldig i funksjonsnivå, fra farlige og voldelige sikkerhetspasienter til relativt velfungerende pasienter som hadde stor frihet i det daglige.

Både Kriminalasylet og Reitgjerdet hadde altså en spesiell plassering i det norske asyllandsskapet. Begge var å regne som spesialasyl og særinstitusjoner med høy sikkerhet, og de huset pasienter med helt spesielle utfordringer. Historiene deres er tett sammenvevd, men der Kriminalasylet på mange måter var et fengsel – galskapens fengsel –, noe som viste seg både i organisering og arkitektur, hadde Reitgjerdet en langt større likhet med landets regulære sinnssykehus.

Reitgjerdet-saken

I oktober 1978 hjalp Svein Solberg, som avtjente siviltjenesten som lege ved Reitgjerdet, en pasient å rømme. Dette gjorde han for å rette søkelyset mot det han og flere andre ansatte så som inhumane behandlingsforhold og praksiser ved sykehuset. Dette førte til en omfattende og langvarig kritisk medieinteresse for Reitgjerdet og de indre forholdene der. I februar 1980 nedsatte regjeringen en granskingskommisjon ledet av høyesterettsdommer Knut Blom for å vurdere forholdene ved Reitgjerdet i perioden 1975–1980. Rapporten, som forelå samme år, var sterkt kritisk og underbygget mange av påstandene fremsatt av Solberg og andre i media.[48] Kritikken ble rettet mot flere nivå av forvaltningen og den norske helseomsorgen. At Reitgjerdet hadde mange pasienter som ikke egentlig kunne regnes som særlig farlige og vanskelige, var i stor grad en systemsvikt. Den utstrakte tvangsmiddelbruken, den nærmest

[48] Blom, Bratholm & Hjort 1980.

totale brevsensuren og det mangelfulle behandlingsopplegget hadde mer komplekse årsaker og kunne tilskrives både enkeltpersoners handlinger, en uheldig pleierkultur, svikt hos ledelsen og manglende oppfølging og finansiering fra nasjonale myndigheter.[49]

Nedleggelse

Rømningen som Svein Solberg arrangerte, og det vedvarende kritiske søkelyset som fulgte, satte i gang en større politisk prosess om Reitgjerdets fremtid. De påfølgende årene ble Reitgjerdet sykehus ved flere anledninger omtalt og diskutert fra Stortingets talerstol. Da Stortinget i mai 1982 vedtok å legge ned Reitgjerdet, skjedde det kun mot Fremskrittspartiets stemmer, men likevel ikke uten at flere representanter ga uttrykk for en betydelig mengde tvil. Det var særlig to problemstillinger som gang på gang ble tatt opp. Alternativet til Reitgjerdet som en nasjonal sentralinstitusjon var en mer desentralisert løsning, der fylkeskommunene måtte ta over ansvaret med å etablere et behandlingstilbud for de særlig vanskelige og farlige pasientene. Men det var langt fra sikkert at fylkeskommunene ville ha kapasitet og kompetanse til å fylle dette ansvaret. Dernest var det spørsmålet om hvordan man skulle erstatte funksjonen Reitgjerdet hadde hatt overfor fengselsvesenet som en institusjon som kunne ta imot domfelte kriminelle som ble alvorlig psykisk syke i fengsel. Det var en frykt for at denne gruppen ville falle mellom to stoler, noe som hadde vært grunnlaget for å etablere Reitgjerdet i utgangspunktet.

Reitgjerdet var dessuten i årene forut blitt en radikalt endret institusjon. Helsedirektøren hadde innført inntaksstopp, og pasienttallet hadde gått ned fra 162 i oktober 1978 til 25 da saken var oppe i Stortinget i mai 1982. Seks av disse pasientene oppholdt seg der nå frivillig. Mellom 1975 og 1980 var det brukt over 30 millioner kroner på å utbedre bygningsforholdene på institusjonen. Et nytt aktivitetsbygg var blitt reist, og store deler av den gamle bygningsmassen var blitt pusset opp. Samtidig var mulighetene for etterutdanning blitt kraftig styrket, slik at personalets kompetanse gjennomgikk en generell heving. Tvangsmiddelbruken var gått kraftig ned. Reitgjerdet fremstod nå som langt mer moderne enn det bildet mange hadde av institusjonen.

Tiden var imidlertid i ferd med å gå ifra sentralinstitusjonene. Internasjonalt hadde psykiatrien utviklet seg i retning desentralisering og deinstitusjonalisering. I Norge fungerte Reitgjerdet-saken som en katalysator for denne utviklingen. Nedleggelsen av Reitgjerdet skulle imidlertid først skje i 1987, etter en femårig overgangsperiode, slik at

[49] Dette behandles i avhandlingens artikkel 4.

fylkeskommunene fikk tid til å bygge opp et forsvarlig tilbud. Staten hadde ansvaret for driften frem til nedleggelsen, mens Sør-Trøndelag fylkeskommune overtok eiendommen.

Samtidig som Stortinget debatterte den fremtidige organiseringen av den norske sikkerhetspsykiatrien, lå en annen sak om Reitgjerdet og ventet på behandling. I mars 1981 nedsatte regjeringen et utvalg som skulle vurdere billighetserstatninger til de enkelte pasientene ved Reitgjerdet. Det var allerede kommet inn en del krav om erstatning, og de første sakene hadde nådd rettsvesenet. Rapporten forelå i februar året etter. Utvalget satte noen klare avgrensninger for sitt arbeid. Den forholdt seg til samme periode som Blom-utvalget hadde gjort i sin granskningsrapport. Det var derfor bare pasienter som hadde vært innlagt på Reitgjerdet i perioden 1975–1980, som ble vurdert. Det gjaldt totalt 330 pasienter. Kriteriene for erstatning ble også klart avgrenset. I hovedsak forholdt utvalget seg til to vilkår: (1) hvorvidt lovens vilkår for tvangsinnleggelse var oppfylt i perioden pasienten var på Reitgjerdet, og (2) hvorvidt de såkalte Reitgjerdet-kriteriene var oppfylt, altså hvorvidt pasienten måtte oppfattes som særlig vanskelig og farlig under oppholdet på Reitgjerdet.

Tvangsmiddelbruk og andre interne forhold på Reitgjerdet ble i liten grad tatt med i utvalgets vurderinger. De generelle kritikkverdige forholdene på Reitgjerdet lå riktignok innbakt i at pasienter som var innlagt på Reitgjerdet, men skulle vært på en annen institusjon, fikk erstatning for dette. Men for pasienter som oppfylte Reitgjerdet-kriteriene, førte mangelfull behandling eller utstrakt tvangsmiddelbruk bare unntaksvis til at pasientene fikk billighetserstatning.[50] Unntakene gjaldt der tvangsmiddelbruken hadde vært uvanlig stor sammenlignet med Reitgjerdets uvanlig store tvangsmiddelbruk.

Utvalget omtalte og diskuterte også de mange beskyldningene som var kommet inn om voldsovergrep mot enkeltpasienter. Disse var enten fremsatt til politiet eller overfor Blom-kommisjonen eller var blitt fremsatt direkte til erstatningsutvalget. Flere av pasientene var også representert av advokat som arbeidet for deres sak og brukte beskyldningene om voldsovegrep for å argumentere for sine klienters sak. Mange av forholdene ble etterforsket av politiet, men samtlige saker ble henlagt etter bevisets stilling. Erstatningsutvalget forholdt seg til politiets konklusjoner. Derfor var det ingen pasienter som fikk billighetserstatning for voldsovergrep på Reitgjerdet.

På tross av disse avgrensningene innstilte utvalget på at 97 pasienter burde få erstatning. Innstillingen var oppe til behandling i Stortinget i juni 1982. Kun Fremskrittspartiets fire representanter stemte imot. Erstatningssummene, som Stortinget

[50] Det var to slike tilfeller. Se Clemetsen et al. 1982: 44–45.

vedtok, strakte seg fra 20 000 kroner og opp til 300 000 kroner.[51] Den totale erstatningssummen var på drøyt 4,5 millioner kroner. De pasientene som fikk høyest erstatning, var de pasientene der utvalget mente lovens vilkår for tvangsinnleggelse ikke hadde vært oppfylt ved innleggelse eller gjennom hele perioden de var innlagt. Det vil si at pasientene var blitt ulovlig tilbakeholdt på institusjon. Noen av disse pasientene fikk også erstatning for tapt arbeidsfortjeneste. Flertallet av pasientene som fikk erstatning, fikk det imidlertid fordi de under hele eller deler av oppholdet etter utvalgets vurdering ikke oppfylte Reitgjerdet-kriteriene og derfor burde ha blitt overført til en annet psykiatrisk institusjon. Spørsmålet om erstatning var imidlertid ikke avgjort med dette. Det var et knippe saker som gikk igjennom rettsvesenet, i noen tilfeller helt til Høyesterett, hvor staten i ett tilfelle tapte og måtte betale 400 000 kroner i erstatning for tapt arbeidsfortjeneste til en pasient som hadde tilbrakt til sammen 32 år på Kriminalasylet og Reitgjerdet, og hvorav grunnlaget for tvangsinnleggelse etter rettens mening ikke hadde vært til stede i 23 av disse årene.[52]

Med vedtaket om erstatning gjorde landets rikspolitikere det utvetydig klart at den norske stat hadde et moralsk ansvar for hvordan Reitgjerdet-pasientene var blitt behandlet. Reitgjerdet-saken utviklet seg til en stor skandale for norsk institusjonspsykiatri, men også en alvorlig ripe for den norske nasjonale velferdsstaten mer generelt. Da Stortinget i 1982 skulle til å behandle nedleggelsesforslaget fra sosialkomiteen, avsluttet komiteens saksordfører, Arbeiderpartiets Kjell Bohlin, sitt fremlegg for Stortinget slik:

> Skal jeg avslutte med et personlig hjertesukk, må det være at navnet Reitgjerdet aldri blir knyttet til noen institusjon. Jeg ser det som et høyverdig sosialpolitisk mål å bli kvitt Reitgjerdet sykehus snarest mulig og samtidig bygge ut et fullverdig desentralisert behandlingstilbud for de særlig vanskelige og/eller farlige sinnslidende. Reitgjerdet sykehus er i dag en mye bedre institusjon enn for bare tre år siden, men institusjonen er så belastet – og med full rett – at den snarest må forsvinne ut av norsk psykiatri. Glemt vil den dessverre aldri bli.[53]

Til slutt blir kanskje alt glemt, også Reitgjerdet, men Bohlin hadde utvilsomt rett i at Reitgjerdet var blitt et belastet navn. Den omfattende mediedekningen som kom i kjølvannet av rømmingen i 1978, har sikret Reitgjerdet en plass i folkeminnet som symbol på den undertrykkende psykiatriske institusjonen og som et mørkt eksempel på statlig maktmisbruk

[51] Ifølge Statistisk sentralbyrås priskalkulator tilsvarer 300 000 1982-kroner snaut 916 000 2019-kroner. https://www.ssb.no/kpi?fokus=true

[52] Det var flere oppslag om denne saken i media. Se for eksempel Kringstad 1986 for oppslag i *VG*. Rettsavgjørelsene finnes også i Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. FA-028-006.

[53] *Stortingstidende* 18.05.1982: 3447. Hentet 27.03.2020 fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1981-82&paid=7&wid=a&psid=DIVL607&pgid=c_0671

over de svakeste i samfunnet. Fremdeles i dag brukes Reitgjerdet i samfunnsdebatten som et eksempel på en utvikling vi må unngå.

Tomrommet etter Reitgjerdet: uutforskede spørsmål

Reitgjerdet-saken førte til en fullstendig omorganisering av den norske sikkerhetspsykiatrien. I overgangsperioden frem mot nedleggelsen i 1987 fikk fylkeskommunene økte bevilgninger til å bygge ut et desentralisert tilbud for farlige og vanskelige pasienter, men arbeidet viste seg å være mer problematisk enn departementet og politikerne hadde håpet på. Derfor ble det også besluttet å etablere regionale sikkerhetsavdelinger i Oslo og i Trondheim, hvor sikkerhetsavdelingen ble plassert i Reitgjerdets nye pasientbygg fra 1961. Sikkerhetsavdelingene skulle knyttes til det medisinfaglige miljøene ved universitetene og være omgitt av akademisk kompetanse innenfor sikkerhets- og rettspsykiatri. Etter hvert åpnet også en tilsvarende avdeling i Bergen.

I tomrommet etter Reitgjerdet kom nye utfordringer til overflaten. Det ene var som nevnt utbyggingen av sikkerhetspsykiatriske tilbud på fylkes- og regionsnivå. De regionale sikkerhetsavdelingene hadde en langt lavere samlet kapasitet enn det Reitgjerdet hadde hatt. Samtidig var det store variasjoner i hvor godt utbygget og velfungerende det fylkeskommunale sikkerhetspsykatriske tilbudet var. Et annet aspekt omhandler hvordan nedleggelsen av Reitgjerdet påvirket tilbudet til sinnslidende i fengsel. I den andre stortingsproposisjonen om nedleggelsen av Reitgjerdet (St.prp. nr. 47 (1981–82)) diskuterte departementet muligheten for at Reitgjerdet kunne virke som en lukket psykiatrisk avdeling for innsatte i fengsel. Det ville innebære at Reitgjerdet fortsatte å fungere som en riksinstitusjon for denne gruppen pasienter. Bakgrunnen var, som Sosialdepartementet selv skrev i proposisjonen:

> De senere år har det vært svært vanskelig for fengselsvesenet å få overført farlige sinnslidende og andre sterkt behandlingstrengende innsatte pasientkategorier til psykiatriske institusjoner. Særlig akutt har problemene vært det siste året etter den markerte skjerpingen av inntakskravene ved Reitgjerdet sommeren 1979, samt den generelle krisen innen psykisk helsevern.[54]

Innenfor rettspsykiatrien og sikkerhetspsykiatrien hadde Reitgjerdet hatt en funksjon, og etter vedtaket om nedleggelse var det klart at den funksjonen måtte fylles av noen andre. Det er mye som tyder på at dette tomrommet etter Reitgjerdet aldri ble fylt. I 1982 hadde man et håp om at en ville finne løsninger i løpet av femårsperioden mellom vedtaket og nedleggelsen.

[54] Sosialdepartementet 1981: 6–7.

Etter hvert som nedleggelsesdatoen 1. juli 1987 nærmet seg, begynte flere å frykte at tilfredsstillende løsninger ikke ville være på plass tidlig nok. I 1986 skrev Kåre Trætteberg og Lars S. Seier, henholdsvis underdirektør og assisterende overlege ved Ila landsfengsel og sikringsanstalt, om utfordringene de så ved nedleggelsesvedtaket:

> Det skjer i dag en betydelig opphoping av psykiatriske pasienter i fengslene, og ganske særlig ved Ila landsfengsel og sikringsanstalt. Opphopingen skjer fordi det er nærmest umulig å få det psykiske helsevesen til å akseptere sitt ansvar for disse syke mennesker. Dermed er det også nesten umulig å få dem overført dit de hører hjemme, nemlig i psykiatriske behandlingsinstitusjoner.[55]

Deres observasjon ble understøttet av en utredning gjennomført for Sosialdepartementet i 1990, ledet av psykiater Bjørn Gunby. Her kom det frem at behovsestimatene for sikkerhetsplasser på regionalt nivå ikke hadde tatt høyde for fengselspopulasjonens behov for sengeplasser på psykiatrisk institusjon.[56]

I 1997 la Sosial- og helsedepartementet frem stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og helsetilbudene.*[57] Der pekte departementet på flere mangler i landets helsetilbud for psykisk lidende pasienter. Det gjaldt for hele sektoren, men også for pasienter regnet som farlige eller særlig vanskelige. Som følge av dette vedtok Stortinget i 1998 en opptrappingsplan for psykisk helse for årene 1999–2006. Den la opp til en storstilt utbygging av tilbudet, med flere polikliniske konsultasjoner og med en utbygging av sengeposter for døgnopphold. Status i 2009 var imidlertid at tilbudet ved psykiatriske poliklinikker i opptrappingsplanens periode var blitt betydelig bygget ut, men at antall sengeposter for døgnopphold paradoksalt nok var bygget ned.[58] Antallet sengeplasser ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger også var blitt lavere. I praksis betydde det at tilbudet var bygget ut for de minst syke pasientene og samtidig var blitt dårligere for de dårligste pasientene. Utviklingen i årene etterpå har ikke endret på dette. I 2015 var det 4,1 døgnplasser per 100 000 innbyggere ved norske sikkerhetsavdelinger, sammenlignet med 8 i Sverige og 6,6 i Danmark.[59]

Konsekvensen har blant annet vært at mangelen på psykiatrisk behandlingstilbud til psykotiske i fengsel var blitt forsterket. Sivilombudsmannen har flere ganger uttrykt bekymring for fengslede som sitter isolert i norske fengsler. FNs torturkommisjon har kritisert

[55] Trætteberg & Seier 1986: 173.
[56] Sigurjónsdóttir 2009b.
[57] Sosial- og helsedepartementet 1997.
[58] Sigurjónsdóttir 2009a.
[59] Rosenqvist 2018b.

Norge for det samme.[60] I 2018 viste NRK Brennpunkt dokumentaren *Fengslet og forlatt* om innsatte i Ila fengsel med sinnslidelser som var for syke og farlige til å fungere sammen med andre innsatte i fellesarealene, men som ikke fikk et forsvarlig psykiatrisk behandlingstilbud. Disse pasientene ble sittende innelåst på enecelle nærmest døgnet rundt. Dokumentaren førte til en offentlig debatt om situasjonen. Randi Rosenqvist, psykiater ved Ila fengsel og forvaringsanstalt, anslo i en kronikk i *Aftenposten* at det var cirka 160 innsatte med psykose i norske fengsler. Om de dårligst fungerende av disse uttalte hun:

> Disse innsatte må overføres til sikkerhetsavdelingene i psykiatrien da de er for utagerende for vanlig psykiatriske avdelinger. Og der er det få plasser. Derfor har det sittet alvorlig sinnslidende pasienter i enerom på Ila gjennom mange år. Slik plassering ville være ulovlig i psykiatrien. Men det er det eneste fengselet kan stille opp med, når den innsatte er for dårlig til å sone i fellesskapsavdeling. Den som soner slik gjennom lang tid på grunn av sykdom, blir sykere.[61]

Det er lett å se likhetene i hvordan situasjonen i Ila fengsel ble beskrevet i 1986 og i 2018, og vi kan også se paralleller til diskusjonene i forkant av opprettelsen av Kriminalasylet, hvor et av hovedargumentene var å sikre et tilbud til sinnslidende som i strid med loven ble sittende i fengsel. Utviklingen av den sikkerhetspsykiatriske reformen i årene etter at Reitgjerdet ble nedlagt, er et tema som krever videre forskning. Hvordan løste fengselssektoren utfordringene med at det ikke lenger fantes en sentralinstitusjon for kriminelle sinnslidende? Og hvordan gikk det egentlig med de mange pasientene som fra 1979 ble skrevet ut fra Reitgjerdet i et forholdsvis høyt tempo? I hvor stor grad fantes det lokal kompetanse til å behandle særlig vanskelige og farlige pasienter, og hvordan tenkte myndighetene og fagmiljøene at utfordringene som tomrommet etter Reitgjerdet skapte, skulle løses? Dette kan være fruktbare forskningsspørsmål – kanskje for et tverrfaglig prosjekt som også involverer relevant samfunnsvitenskapelig, medisinsk og rettspsykiatrisk forskningskompetanse.

[60] Falkanger 2018.

[61] Rosenqvist 2018a. Rosenqvist kom samme år også med lignende kritikk i en lederartikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening.* Her viste hun til at «[o]mkring 4 % av soningsfanger og en noe større andel varetektsfanger har en pågående psykose» (Rosenqvist 2018b). Før dette hadde hun gjennom en årrekke vært aktiv i samfunnsdebatten og påpekt mangler i det norske omsorgstilbudet kriminelle psykotiske pasienter. Se f.eks. Rosenqvist 2007.

Kapittel 3. Tvang – en definisjonsdiskusjon

Anvendelse av tvangsmidler på psykiatrisk institusjon, som er avhandlingens hovedtema, utgjør bare en mindre del av det større og mer komplekse fenomenet som omtales som *tvang*. I dette kapittelet drøftes tvangsbegrepet og utfordringene knyttet til å gi begrepet en presis definisjon til anvendelse i en studie av psykiatriske praksiser. Tvang er et sammensatt, mangfoldig og ofte diffust begrep. Det er også uløselig knyttet til bruk av makt. Den dagligdagse forståelsen av hva tvang er, kan oppsummeres som det å tvinge en person til å utføre en handling, nekte en person å utføre en handling eller tvinge noen til å tåle at en handling blir utført mot ens person eller eiendom. *Store medisinske leksikon* definerer tvang som det «å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe, enten ved vedtak med hjemmel i lov, ved urettmessig atferd eller trusler».[62] Har tvangen hjemmel i lov, er den å regne som formell tvang. Formelle definisjoner av tvang finnes det flere av. Det skal jeg komme tilbake til. Selv om problemstillingene og praksisene som studeres i denne avhandlingen, er av historisk art, vil jeg her ta utgangspunkt i både den historiske og den nåtidige norske lovgivningen. Det er fordi den moderne lovgivningen med sine tilhørende diskusjoner og forarbeider er mer detaljert og gir en bedre inngang til å forstå tvang som fenomen med sine tilhørende etiske problemstillinger enn den historiske lovgivningen, hvor dette ikke kommer like godt frem.

Rett til å bruke tvang er en pilar i statens voldsmonopol. Hvordan staten forvalter og anvender retten til tvang, er omdiskutert og tidvis et kontroversielt spørsmål. Den grunnleggende årsaken til det er at individuell autonomi og integritet er en essensiell komponent og verdi i et liberaldemokratisk samfunn som det norske.[63] Vi har etablert mekanismer for å ivareta disse verdiene, men samtidig har vi også mekanismer på plass som kan innskrenke enkelte individers autonomi for å sikre andres frihet og sikkerhet. Ansvaret for disse mekanismene har staten delegert til en rekke instanser. Det gjør den i dag gjennom lovverket, noe den har forpliktet seg til blant annet gjennom Grunnloven § 113, som sier at «[m]yndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov».[64] Dette omtales som *legalitetsprinsippet*. Ingen bruk av tvang er altså lovlig med mindre den har hjemmel i loven. Innenfor justissektoren har politi, påtalemakt, rettsvesen og fengselsvesen lovhjemmel til å anvende tvang på visse vilkår. Innenfor helsesektoren er utgangspunktet i dag at det enkelte individ har full bestemmelsesrett over egen helse og må gi samtykke til alle typer helsehjelp.

[62] Storvik & Førde 2018.
[63] Sjögren 1997: 15.
[64] Grunnloven (1814) § 113.

Denne selvbestemmelsesretten kan imidlertid settes til side i visse tilfeller for å ivareta liv og helse.

De etiske og praktiske problemstillingene rundt tvangsbruk i psykiatrien har endret seg svært lite fra 1895 og frem til i dag. Det som har endret seg, er vektleggingen av humanitet og vern av personlig integritet i psykiatriens arbeid med kontroll og sikkerhet, men denne utviklingen har ikke vært rettlinjet. En annen ting som har endret seg, er offentlighetens forståelse av kompleksiteten i tematikken. Begge disse endringene henger sammen med at menneskerettighetsspørsmålet særlig fra 1980-tallet av har fått en mye tydeligere tilstedeværelse i grunnlaget for lovreguleringen. Det har manifestert seg i tydeligere definisjoner av formell av tvang og en langt mer detaljert regulering med det formålet å bedre ivareta pasientenes rettigheter i helsevesenet. Tvang i psykisk helsevern hjemles i dag i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern fra 1999 (psykisk helsevernloven).[65] Her ble reguleringen av tvang i psykisk helsevern langt mer detaljert enn tidligere, og senere revideringer av loven har videreført denne utviklingen.

I det følgende vil jeg starte med en snever og formell tilnærming til tvangsbegrepet for så å vide ut diskusjonen om hvor grensene går for hva som er tvang og ikke på en psykiatrisk institusjon.

Formell og uformell tvang

Moderne tvangsforskning bruker flere ulike tilnærminger for å dele opp tvangsbegrepet i håndterbare størrelser. Det er ikke uvanlig å skille mellom uformell og formell tvang, der formell tvang er den tvangen som er hjemlet i lover og forskrifter, mens uformell tvang kan være all annen form for tvang som ikke har en formell basis. Myndighetene har pålagt institusjonene å dokumentere anvendelsen av lovhjemlet tvang, noe som gjør at denne praksisen i ettertid kan studeres av for eksempel historikere. Den uformelle tvangen, derimot, har ingen lovhjemmel og er ofte, men ikke nødvendigvis, skjult og udokumentert.[66] Uformell tvang omtales av og til som *gråsonetvang*, men kan også bent frem være ulovlig. I litteraturen om uformell tvang diskuteres disse gråsonene samt hvor grensene går mellom bruk av innflytelse, overtalelse, motivering, trusler, tvang og vold.[67]

Når det gjelder formell tvang, gir psykisk helsevernloven hjemmel for bruk av tvang under innleggelse, under opphold på institusjon og etter utskriving. Sistnevnte, som er mindre

[65] Psykisk helsevernloven (1999).
[66] Poulsen 2000; Hotzy & Jaeger 2016.
[67] Valenti et al. 2015.

relevant i vår sammenheng, omtales som «tvang uten døgnopphold» (TUD) og er hjemlet i forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Forskriften åpner for mulighet til å gjøre tvangsvedtak som pålegger pasienter å møte til dagbehandling på institusjon. Denne tvungne behandlingen kan også innbefatte tvungen medisinering.[68] Vi skal i det følgende konsentrere oss om de to første formene for formell tvang: tvang under innleggelse og tvang under opphold på institusjon.

Formell tvang: tvang under innleggelse

Lovgivningen hjemler bruk av tvang for å etablere tvungent psykisk helsevern. Det vil altså si tvungen behandling i tilknytning til en institusjon. Dette er et tvangstiltak, som iverksettes etter at en faglig ansvarlig vurderer det som nødvendig enten for pasientens egen sikkerhet eller for samfunnets sikkerhet.

Historisk sett er både frivillig og tvungen behandling av psykisk lidende et moderne konsept, men bestemmelser for tvungen håndtering av farlige syke finner vi helt tilbake i vår eldste lovgivning. I middelalderen og i tidlig nytid ble psykisk syke i stor grad sett på som en del av en større gruppe fattige og uføre, og sykdommen ble for det meste håndtert av familie eller lokalsamfunnet. Men der lokalsamfunnet av ulike grunner kom til kort, og den syke fremstod som farlig, kunne storsamfunnet gripe inn. Historiker Svein Atle Skålevåg har dokumentert lovgivning som regulerer utilregnelighetsbestemmelser ved psykisk lidelse, og som åpner for tvangsbruk, i Magnus Lagabøtes landlov fra 1200-tallet og helt tilbake til norrøn rett. Det fantes riktignok ikke institusjoner til å ta vare på sinnslidende på denne tiden, men lovverket tillot at kriminelle eller voldelige gale kunne bindes og føres til tinget. Der kunne familien bli pålagt å ta hånd om personen på en betryggende måte.[69] Christian IVs norske lov fra 1604 videreførte denne bestemmelsen. Det gjorde også Christian Vs norske lov fra 1687, men denne loven åpnet også opp for at forvaringen av den som var «Rasindis eller Galind», også kunne være øvrighetens ansvar hvis ikke familie eller slekt hadde ressurser til å håndtere disse menneskene.[70]

Historiker og kriminolog Wenche Blomberg har beskrevet den norske praksisen for utskilling og innesperring av sinnssyke i perioden 1550 til 1850.[71] I Norge har vi kilder som dokumenterer eksistensen av såkalte dårekister helt tilbake til 1550. Dette var avlukker eller

[68] Forskrift om tvungent psykisk helsevern (2000).
[69] Skålevåg 2016: 15.
[70] Samme sted: 20.
[71] Blomberg 2002.

avstengte rom for voldsomme sinnssyke. Ofte lå de ved landets rådstuer, tukthus, arrester eller hospitaler, og ofte kunne de være å finne i kjelleren. På 1700-tallet ble såkalte dollhus etablert i tilknytning til flere av hospitalene rundt om i landet. Christiania og Trondheim var først ute – henholdsvis i 1778 og 1779. Det lå, slik Blomberg beskriver det, ingen sykdomsbetraktning bak disse tiltakene. Motivasjonen bak dårekistene og dollhusene var ikke behandling, men heller et behov for å ha et sted å kontrollere de brysomme, ufornuftige og kanskje farlige personene som endte opp ved fattighusene, arbeidshusene, tukthusene og hospitalene rundt om i landet.

Samfunnssikkerheten var altså den grunnleggende motivasjonen bak innesperringen av de sinnslidende. Forståelsen av at dette var en gruppe mennesker som burde få medisinfaglig omsorg og behandling, spredte seg i den vestlige verden først fra slutten av 1700-tallet. Det innebar en medikalisering av denne delen av samfunnssektoren og etableringen av et nytt fag og en ny profesjon for behandling, omsorg og håndtering av sinnslidende. I Norge fikk dette et formelt juridisk grunnlag med *Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining* (også kjent som sinnssykeloven) fra 1848. Sinnssykeloven representerte både en humanisering og en medikalisering av sinnssykeomsorgen. Den skilte juridisk ut de sinnslidende som egen gruppe.[72]

Sinnssykeloven åpnet ikke for frivillig innleggelse. Det skjedde først med en lovendring i 1935. Loven var således i utgangspunktet en ren tvangslov. Ansvaret for å forvalte denne retten til tvangsbruk ble gitt til den medisinske profesjonen. Kravet til innleggelse var etter lovens § 9 at asylets lege konkluderte med at «Optagelsen er hensigtsmæssig for ham selv eller nødvendig for den offentlige Ordens og Sikkerheds Overholdelse».[73] Siden loven trådte i kraft, har det vært legestanden (i dag en psykiatrispesialist) som har hatt ansvaret for å definere hvem som tilhørte denne gruppen, og samtidig forvalte statens muligheter til å anvende tvang overfor disse personene.

Stortinget har siden 1848 vedtatt ny lovgivning om psykisk helsevern i flere omganger. De store milepælene her er lov om psykisk helsevern fra 1961 (som erstattet sinnssykeloven) og den tidligere nevnte psykisk helsevernloven fra 1999. En av hovedmotivasjonene for psykisk helsevernloven var å tilpasse lovverket til endringene i psykiatrisk behandlingspraksis, med utbygging av tilbud nærmere pasientenes hjemmemiljø og en nedbygging av de store psykiatriske institusjonene. Men en annen endring var

[72] Se også kapittel 2.
[73] Sindssygeloven (1848) § 9.

menneskerettighetsspørsmålets tydelige tilstedeværelse i lovens forarbeider og en eksplisitt styrking og tydeliggjøring av pasientenes rettigheter.

Reitgjerdet-saken var med å igangsette denne prosessen. Norge hadde alt ratifisert FNs mange menneskerettighetskonvensjoner, samt Europarådets menneskerettighetskonvensjon fra 1950, hvorav blant annet artiklene om forbud mot tortur og nedverdigende behandling, rett til personlig frihet, rett til privatliv og familieliv, rett til å bestemme over egen kropp og likhet for loven kan ha implikasjoner for psykiatrisk praksis. Det var imidlertid på flere samfunnsområder uklart hvor rettskraftige menneskerettighetene var. Delvis som en konsekvens av Reitgjerdet-saken nedsatte regjeringen i 1981 et utvalg, ledet av professor Jan Fridthjof Bernt, for å vurdere nye rettsregler i det psykiske helsevernet. Utvalget fremla sin innstilling i 1988.[74] Mens Bernt-utvalget arbeidet, foregikk det også et internasjonalt samarbeid for å gi menneskerettighetene en tydeligere tilstedeværelse i nasjonalstatenes lovgivning. Som en del av dette samarbeidet vedtok Europarådet i 1983 retningslinjer vedrørende tvangsinnlagte psykiatriske pasienter.[75]

Innstillingen til Bernt-utvalget fra 1988 inneholdt en lengre drøfting av menneskerettighetenes implikasjoner for pasientrettigheter i psykisk helsevern. Det var imidlertid andre aspekter ved denne innstillingen som førte til at den fikk en del kritikk i høringsrunden. Regjeringen ventet derfor med å sende saken til Stortinget. Samtidig foregikk det en prosess for å gi menneskerettighetene generelt sterkere rettskraft i norsk lovgivning. I 1994 ble den norske stats forpliktelse overfor menneskerettighetene skrevet inn i Grunnloven. I 1999 vedtok Stortinget også lov om styrking av menneskerettighetene i norsk rett (menneskerettsloven).[76] Denne loven gjorde blant annet FNs menneskerettighetskonvensjon og Europarådets menneskerettighetskonvensjon bindende som norsk lov, med forrang foran alle andre norske lover.

Sosial- og helsedepartementet la i 1998 frem et forslag til ny psykiatrilov.[77] Samtidig fremmet også regjeringen forslag til nye lover for spesialisthelsetjenesten, helsepersonell og pasientrettigheter. I forarbeidene til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern fra 1999 ble menneskerettighetsspørsmålet gitt prominent plass. Det ble også spørsmålet om bruk av tvang gitt. Departementet uttrykte bekymring for den høye bruken av tvang i norsk psykiatri og var kritisk til det manglende og dårlig sammenlignbare statistiske datamaterialet

[74] NOU 1988: 8.
[75] Se samme sted: 12.
[76] Menneskerettsloven (1999).
[77] Sosial- og helsedepartementet 1998.

over tvangsmiddelbruk i Norge. Departementet mente at bedre statistikk ville kunne gi bedre grunnlag for kvalitetssikring av psykiatriens praksiser.[78]

Diskusjonene om pasientrettigheter og pasientenes rettsvern i psykisk helsevern og relasjonen mellom disse og Norges menneskerettighetslige forpliktelser fortsatte imidlertid, noe som først resulterte i en mindre revidering av loven i 2006 og dernest et større utredningsarbeid om kriteriene for bruk av tvungen behandling. En NOU ble publisert i 2011.[79] Denne igjen ledet frem til foreløpig siste lovendring i 2017, hvor Norges menneskerettighetslige forpliktelser er tydeliggjort i lovteksten.[80] Lovendringen satte også enda sterkere begrensninger på bruken av tvang i psykisk helsevern. Etter lovendringen krever et vedtak om tvungen behandling i psykisk helsevern nå at pasienten mangler «samtykkekompetanse».[81] Det er et begrep fra lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hensikten bak endringen var å gjøre hjemmelen for bruk av tvang i psykisk helsevern mer lik som den i somatisk medisin. Samtykkekompetansen regnes som bortfalt hvis pasienten «på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».[82] Det vil si at hvis pasienten regnes som i stand til å forstå behandlingen, vil det ikke være mulig å gjennomføre behandlingen med tvang hvis pasienten nekter. Dette bortfaller imidlertid hvis det er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller for andres liv og helse. Prinsippet om en medisinfaglig vurdering av pasientens sykdom og eventuelle farlighet før tvangstiltak iverksettes, ligger altså fast og har vært en rød tråd siden den første sinnssykeloven i 1848.

Det er i dag et pågående arbeid for å endre lovgivningen for bruk av tvang i det norske helsevesenet. I 2016 oppnevnte regjeringen Solberg et utvalg, ledet av Bjørn Henning Østenstad, jusprofessor ved Universitetet i Bergen, for å utrede nye bestemmelser. Utvalget leverte sin innstilling i 2019.[83] Østenstad-utvalget gikk inn for en samlet tvangsbegrensningslov for hele helse- og omsorgssektoren. I skrivende stund foregår det altså forberedende arbeid for en stortingsbehandling av et nytt enhetlig lovverk om tvangsbruk. Innstillingen har imidlertid fått omfattende kritikk i høringsrunden, og lovforslaget vil nok

[78] Sosial- og helsedepartementet (1998), kapittel 2.2.2.5.
[79] NOU 2011: 9. Se også rapporten fra arbeidsgruppen Helsedirektoratet satte ned i forkant og som ledet opp til NOU-arbeidet (Bernt et al.. 2009).
[80] Psykisk helsevernloven (1999) § 1-1. Se også Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017).
[81] Psykisk helsevernloven (1999) § 3-3. Se også Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017).
[82] Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-3.
[83] NOU 2019: 14.

gjennomgå store endringer før det blir fremlagt for Stortinget, hvis det i det hele tatt når så langt.

Formell tvang: tvang etter innleggelse

Når pasienten er innlagt på institusjon, åpner lovverket i dag for å ta i bruk en rekke tvangstiltak dersom det vurderes nødvendig. De formelle tvangstiltakene som dagens psykiatriske helseinstitusjoner har til rådighet, kan være begrunnet både som behandlings- og kontrolltiltak. Ofte er det en overlapp mellom disse motivasjonene. I loven fra 1999 ble også regulering av i tvang i institusjon etter innleggelse igjen tatt med i selve lovteksten, etter at det var tatt ut av lovteksten i 1961. Bakgrunnen var et ønske om å sikre at disse inngrepene i pasientenes personlige integritet hadde en klar hjemmel i lov og således var noe Stortinget hadde tatt stilling til.

Formelle tvangstiltak er i dag definert som:[84]

- husordensregler
- skjerming, som vil si at pasienten holdes «helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten»[85]
- postkontroll
- ransaking
- beslag og tilintetgjøring av farlige gjenstander, rusmidler, legemidler, rømningshjelpemidler og skadelige stoffer
- prøver av biologisk materiale ved mistanke om rusmiddelbruk
- tvungen behandling med og uten legemidler
- ernæring uten samtykke (tvangsernæring)
- kommunikasjonsbegrensning
- tvangsmidler[86]

Denne avhandlingens hovedtema er det siste punktet på denne listen, og det punktet skiller seg fra de andre i dagens lovgivning ved å være regnet som kontrolltiltak alene. I Norge kan

[84] Disse er i dag hjemlet i psykisk helsevernloven (1999) kapittel 4. I tillegg gir kapittel 4A hjemmel for ekstra sikkerhetstiltak for pasienter på regionale sikkerhetsavdelinger og enheter med særlig høyt sikkerhetsnivå. Blant annet åpner kapittel 4A for nattelåsing av pasientrom (se § 4A-6 a) – altså en innesperring på enerom, uten at dette defineres som isolasjon etter lovgivningen.
[85] Psykisk helsevernloven (1999) § 4-3.
[86] Psykisk helsevernloven (1999) §§ 4-1 til 4-8.

ikke tvangsmidler tas i bruk i behandlingsøyemed. Dette skillet mellom tvangsmidler og behandling har imidlertid historisk sett ikke alltid vært like klart.

Bruk av tvangsmidler på instituson er i dag hjemlet i psykisk helsevernloven fra 1999 paragraf 4-8, men er også forankret i reglene om nødrett og nødverge i straffeloven paragrafer 17 og 18. Straffeloven åpner for at handlinger som ellers ville være straffbare, i visse tilfeller kan være straffri og lovlige hvis «det foreligger en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte», eller hvis det foreligger et ulovlig angrep.[87] Tvangsmidlene psykisk helsevern etter loven har til rådighet i dag, er

a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og reimer samt skadeforebyggende spesialklær
b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede
c. enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
d. kortvarig fastholding

Kortvarig fastholding ble definert som tvangsmiddel i 2007.[88] Foruten denne endringen har det vært stor stabilitet i definisjonen av formelle tvangsmidler. Tvangsmidlene definert i bokstav a, b og c har historisk sett stort sett blitt omtalt som henholdsvis mekanisk tvang, isolasjon og kjemisk tvang. Regulering av mekaniske tvangsmidler og isolasjon går helt tilbake til sinnssykeloven fra 1848, hvor paragraf 4 i loven åpnet opp for bruk av tvangsmidler i begrensede tilfeller, samtidig som den forbød annen bruk av vold overfor pasientene:

> Indesperren i eensomt Værelse eller mekaniske Tvangsmidler maa kun anvendes i kortere Tid, og naar de Syges tilstand gjør det uundgaaeligt nødvendigt. Legemlig Revselse maa ikke finde sted.[89]

Denne lovparagrafen var gjeldende rett helt til lov om psykisk helsevern ble vedtatt av Stortinget i 1961. 1961-loven inneholdt detaljerte bestemmelser som regulerte tvangsinnleggelser på institusjon, men ingen bestemmelser om selve sykebehandlingen, hvorunder bruk av tvangsmidler i institusjon ble regnet. Forskrifter for tvangsmiddelbruk kom først i 1971. I tiårsperioden frem til da var det ingen regulering av tvangsmiddelbruk i norsk

[87] Straffeloven (2005) §§17 og 18. Se også NOU 2019: 14: 82.
[88] Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2006).
[89] Sindssygeloven (1848) § 4.

psykisk helsevern.[90] Fra 1971 og frem til i dag har imidlertid tvangsmiddelbruk på institusjon vært regulert og hjemlet, først i forskrifter og fra 1999 i psykisk helsevernloven.

I utredningen til en egen tvangsbegrensningslov som ble lagt frem i 2019, foreslo Østenstad-utvalget å ta begrepet «isolering» ut av lovgivningen og erstatte det med «skjerming», som allerede er en etablert term, men med klarere formålsbeskrivelse. Det som tradisjonelt er forstått med isolering, har utvalget foreslått at burde kalles «skjerming som akutt skadeavverging».[91] Hvorvidt disse forslagene vil resultere i endringer i lovverket, gjenstår fremdeles å se. Men begrepet «isolasjon», som har vært en rød tråd gjennom denne avhandlingens periode, er altså foreslått tatt ut av bruk innen helse- og omsorgsprofesjonen. Prinsippet i tiltaket er likevel det samme.

Når det gjaldt mekaniske tvangsmidler, mente Østenstad-utvalget at disse stod i en særstilling som inngripen i den personlige frihet:

> I sin ytterste form – ved bruk av belteseng – representerer mekaniske innretninger en total fratakelse av personens grunnleggende rett til – og behov for – å bevege seg fritt. Samtidig er misbrukspotensialet vesentlig: Når personen er immobilisert er det ikke unaturlig at dette i enkelte tilfeller kan oppleves som både trygt og lettvint for personalet.[92]

Utvalget slo samtidig fast at det «neppe kan være tvil om at det i Norge i dag forekommer mekaniske tvangsinngrep i et ikke ubetydelig omfang som er i strid med» Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK).[93] På bakgrunn av dette har Østenstad-utvalget foreslått en større reform og endring i lovhjemlene for anvendelse av mekanisk tvang. Denne endringen vil medføre en radikal innskrenkning i hjemmelen og har blitt forstått som et forslag om å forby bruk av mekanisk tvang på psykiatriske institusjoner, men riktignok først etter en treårig overgangsperiode. Det er imidlertid ikke helt tydelig hvor langt utvalget mener at dette forbudet egentlig skal gjelde, noe som også blitt påpekt i en rekke av svarene i innstillingens høringsrunde.[94] Utvalget har også åpnet for et unntak for «psykiatriske avdelinger med et særlig sikkerhetsbehov».[95]

[90] Dette diskuteres mer utfyllende i artikkel 4.
[91] NOU 2019: 14: 482.
[92] NOU 2019: 14: 479.
[93] Samme sted.
[94] Se f.eks. høringssvar fra Norsk psykiatrisk forening (2019).
[95] NOU 2019: 14: 479.

Et bredere tvangsbegrep – makt og tvang, hand i hand

Tvangsmidler og de andre tvangstiltakene listet i psykisk helsevernloven, er imidlertid bare en liten del av det brede spekteret av påvirkning, maktbruk og ufrivillighet som tvangsbegrepet potensielt kan beskrive av livet til en pasient på institusjon. Uformell tvang på institusjon kan forekomme i mange former, og gitt den fundamentalt skjeve maktfordelingen mellom psykiatriens utøvere og dens pasienter, kan man tenke seg at for en pasient tvangsinnlagt på institusjon er tvangen nærmest allestedsværende. Dette forholdet mellom makt og tvang innenfor psykiatrien har blitt diskutert av forfattere fra flere fagfelt. Noen av disse har gjort seg bemerket med en altomfattende psykiatrikritikk basert på hvordan psykiatrien tvinger pasientene til full underkastelse. Tvangen er da ikke bare en ekstern og synlig inngripen i pasientens kropp, og den handler ikke bare om handlinger som personalet iverksetter overfor pasienten. Tvangen handler om tankemønstre og meninger hos pasienten som psykiatrien skaper og påvirker. De to antakelig best kjente teoretiske utgangspunktene for disse perspektivene, er Michel Foucaults arbeider om kunnskap og makt og Erving Goffmans banebrytende sosiologiske studier av livet til pasienter på psykiatrisk institusjon.[96] Jeg vil i det følgende redegjøre for hvordan Foucault og Goffman så tvangsmidler som en del av et større system av psykiatriske kontrollmidler, og deretter drøfte dette opp mot konkrete eksempler fra Kriminalasylet og Reitgjerdets historie.

For Foucault handlet psykiatriens makt ikke bare om personalets makt over pasientene eller om konkrete handlinger personalet gjør som representanter for både en medisinsk behandlingsgren og en kontrollerende pleieprofesjon. Foucault brukte begrepet «maktens mikrofysikk» for å forklare hvor finmasket maktpåvirkningen er, og hvordan den gjennomsyrer alt.[97] Makten er motivert, ifølge Foucault, men den har ikke nødvendigvis en ensrettet agenda. Makten er fordelt gjennom det Foucault benevnte som «dispositiv», men som også kan omtales som et apparat bestående av alt som omgir pasientene, herunder leger, pleiere og andre aktører, diskursive praksiser, kunnskapssystemer, lover, regler og arkitektur.[98] Alle elementene som utgjør dispositivet, har en motivasjon fordi de eksisterer som svar på konflikter eller problemer i samfunnet. Derfor samhandler de på bestemte måter. For psykiatriens del var elementene som utgjør dispositivet, motivert ut fra de overlappende

[96] Goffmans feltstudier resulterte i det som i dag er klassikeren *Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Goffman 1961). For Foucaults perspektiver i denne sammenhengen, se særlig den publiserte forelesningsrekken han holdt ved Collège de France i 1973–1974 (Foucault 2006b). Se også den historiografiske gjennomgangen i avhandlingens kapittel 4.
[97] I det følgende, om begrepene *maktens mikrofysikk* og *dispositiv*, lener jeg meg på Eliassen 2016: 95–138.
[98] I den engelske versjonen av *Psychiatric Power* er «dispositif» oversatt til «apparatus» (Foucault 2006b).

motivasjonene behandling og kontroll. Det betydde at pasientene var plassert i en situasjon (Foucault brukte begrepet «felt») der alt som omga dem i deres tilværelse, var motivert ut fra disse to målsettingene. Til sammen ga dette institusjonene tilnærmet absolutt makt over pasientene. Maktbruk var ikke det samme som vold; den trengte ikke engang være fulgt av en trussel om vold (verken eksplisitt eller implisitt). Det var fordi den gjennomsyret hele tilværelsen ved asylet. Makten kunne like gjerne komme til uttrykk gjennom trening, disiplinering, læring og oppdragelse, samtidig som de fysiske forholdene, herunder utforming av rom og andre materielle omstendigheter, var lagt til rette for å oppnå et bestemt formål: å utvikle vaner, tankemønstre, reflekser og reaksjonsmønstre og andre bestemte måter å handle på hos pasientene.[99] Men selv om makten ikke var voldelig, var den likevel kroppslig. For Foucault kunne all maktutøvelse reduseres til kroppslig påvirkning, og ved den psykiatriske institusjonen ble pasientene, bevisst eller ei, tvunget til underkastelse både mentalt og fysisk.[100]

For Erving Goffmans del var det i utgangspunktet ikke en maktstudie han gjorde under sine feltarbeid på psykiatrisk institusjon. Men den fundamentalt skjeve maktfordelingen mellom personal og pasient lå til grunn for hele hans analyse.[101] Goffman plasserte psykiatriske institusjoner i en kategori han kalte «totale institusjoner». En total institusjon var etter hans egen definisjon

> […] a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead an enclosed, formally administered round of life.[102]

Totale institusjoner defineres av barrierer mot utsiden, slik som låste dører, høye murer, piggtråd og vollgraver. Foruten psykiatriske institusjoner kunne kategorien totale institusjoner også innbefatte mellom annet pleiehjem, fengsler, kostskoler, militærleire og klostre.

Goffman beskrev hvordan psykiatriske institusjoner gjennom en rekke virkemidler intensjonelt og ikke-intensjonelt systematisk brøt ned pasientenes individuelle selv. Dette var fordi institusjonene var innrettet for å gjøre pasientene enklere å kontrollere ved å omforme dem til en mest mulig homogen og institusjonalisert pasientmasse. Denne prosessen startet ved innleggelsen, ved at pasienten ble skilt fra samfunnet og sitt vanlige liv og måtte

[99] Eliassen 2016: 117–121.
[100] Foucault 2006b. Se særlig s. 1–19.
[101] Goffman 1961.
[102] Samme sted: 11.

gjennomgå det Goffman beskrev som en serie ydmykende og nedverdigende innvielsesritualer:

> We generally find staff employing what are called admission procedures, such as taking a life history, photographing, weighing, fingerprinting, assigning numbers, searching, listing personal possessions for storage, undressing, bathing, disinfecting, haircutting, issuing institutional clothing, instruction as to rules, and assigning to quarters. Admission procedures might better be called 'trimming' or 'programming' because in thus being squared away the new arrival allows himself to be shaped and coded into an object that can be fed into the administrative machinery of the establishment, to be worked smoothly by routine operations.[103]

Innlagt på institusjonen ble pasientene i Goffmans fremstilling plassert i et miljø der barrierene som til vanlig separerte døgnets aktiviteter, som søvn, arbeid, lek og fritid, var brutt ned. Alt foregikk på samme sted, bestyrt av den samme autoriteten, og sammen med andre beboere av institusjonen. Døgnets aktiviteter var tydelig planlagt og programmert, ofte ned til de minste detaljer, og pålagt beboerne ovenfra av den bestyrende autoriteten representert ved psykiaterne og pleierne. Pasientene befant seg så i en hverdag der de tidvis måtte spørre om lov til helt banale hverdagslige ting, slik som å ta en røyk eller gå på toalettet.

Kontroll ble opprettholdt gjennom et bredt spekter av disiplineringstiltak, hvorav det viktigste var en aktiv bruk av institusjonens hierarkiske avdelingssystem. De tyngste (eller laveste) avdelingene hadde det strengeste sikkerhetsopplegget, noe som også betydde at pasientene hadde mindre frihet til å styre sin hverdag og seg selv, samtidig som komforten var lavere fordi inventaret var sparsomt og bygget for å tåle pasientenes ødeleggende utbrudd. Pasienter ble hele tiden flyttet mellom disse avdelingene basert på sin funksjonsgrad og sine handlinger. Flytting mellom avdelingene ble brukt av personalet, og oppfattet av pasientene, som et disiplinerings- og belønningssystem. Avdelingene utgjorde derfor et system for sosial mobilitet innad på institusjonen. Ved Reitgjerdet fra slutten av 1930-tallet var det for eksempel en utstrakt bruk av mekaniske tvangsmidler på de tyngste avdelingene. Dette var pasientene klar over. I den andre enden av skalaen fant man åpnere avdelinger med bedre komfort og flere typer adspredelser, der pasientene nøt flere friheter, slik som muligheten til å gå ut og få permisjon til å gå til byen. Selv om Reitgjerdet var en lukket institusjon, var det flere pasienter også her som hadde denne typer friheter.

Slik Goffman så det, ble pasientene sosialisert inn i den institusjonelle psykiatriens hverdag og verdensanskuelse. Samtidig inngikk pasientenes evne til å tilpasse seg institusjonen (bevisst eller ubevisst fra institusjonens side) i den pågående vurderingen av

[103] Samme sted: 25–26.

pasientenes psykiske helsetilstand. Dermed oppstod det en sammenheng mellom behandling og kontroll, fordi en enklere pasient var en friskere pasient. Hvor grundig pasienten lot seg innordne av institusjonens sosialiserende kraft, ville altså ha innvirkning på hva slags behandling pasienten fikk, samt tidspunkt for eventuell utskriving:

> The patient's life is regulated and ordered according to a disciplinarian system developed for the management by a small staff of a large number of involuntary inmates. In this system the attendant is likely to be the key staff person, informing the patient of the punishments and rewards that are to regulate his life and arranging for medical authorization for such privileges and punishments. Quiet, obedient behavior leads to the patient's promotion in the ward system; obstreperous, untidy behavior to demotion.[104]

Goffman mente altså at de psykiatriske institusjonene formet sine pasienter helt til det punktet der pasientene ikke bare valgte å innordne seg, men også ble tvunget til å gjenskape seg selv i en versjon i tråd med psykiatriens forventninger til dem. Pasientene ble til en versjon av seg selv der det institusjonelle oppholdet med den ekstreme underkastelsen ga mening for pasientene selv.

Makt og tvang på lukkede institusjoner

Siden Kriminalasylet og Reitgjerdet begge var særinstitusjoner for kriminelle og spesielt farlige og vanskelig pasienter, var samtlige av pasientene her tvangsinnlagt. Først i 1979 ble det gjort mulig for pasienter å være frivillig innlagt på Reitgjerdet.[105] Det er ikke det samme som å si at alle pasientene ønsket seg bort, men det store flertallet var der mot sin vilje og ønsket seg enten utskrevet eller overført til en annen institusjon som gjerne var nærmere familie, og som hadde lavere sikkerhetsforanstaltninger.

Det er lett å finne likhetstrekk mellom Goffmans beskrivelse av den totale institusjonen og Kriminalasylet og Reitgjerdet. Den totale adskillelsen fra den verden pasientene kjente før innleggelsen, innvielsesritualene med bad og utdeling av klær, møte med psykiateren og den utspørrende undersøkelsen – alt dette var en del av Kriminalasylets og Reitgjerdets praksis. For Reitgjerdets del i 1960- og 1970-årene bestod dette innvielsesritualet også av en rutinemessig praksis med å reime nyankomne pasienter til sengen de tre første dagene.[106]

[104] Samme sted: 315.
[105] Blom, Bratholm & Hjort 1980: 29.
[106] Se artikkel 4.

Hvor starter og hvor slutter tvangen i en hverdag som tvangsinnlagt pasient på en høysikkerhetsinstitusjon? Er det noe av hverdagen som ikke er preget av enten uformell eller formell tvang? Det er selvsagt et diskusjonsspørsmål, men i pasientjournalene og avdelingsrapportene ved Kriminalasylet og Reitgjerdet er det ikke vanskelig å finne dokumentasjon på tilfeller av gråsonetvang og uformell tvang som ikke ble dokumentert i de formelle tvangsprotokollene. Vi skal ta tre ulike eksempler fra Kriminalasylet og Reitgjerdets historie som til sammen problematiserer tvangsbegrepet både ut fra Foucaults og Goffmans altovergripende maktperspektiver og viser hvor vanskelig det kan være å skille mellom formell og uformell tvang på institusjon.

Historiker og kjønnsforsker Eivind Myhre har skrevet om kastreringspraksiser og forståelser av mannlighet ved Kriminalasylet og Reitgjerdet i perioden 1895–1940. I alt 36 pasienter ble kastrert i denne perioden. For det meste var dette seksualforbrytere. I pasientjournalene har Myhre funnet samtykke fra halvparten av pasientene. I flere tilfeller ble prosessen frem mot inngrepet også initiert av pasientene selv.[107] Han problematiserer imidlertid disse samtykkene i sin studie. Myhre hevder at kastreringen må forstås som et «verktøy for å kontrollere og administrere pasientenes seksualitet og forplantningsevne», og at pasientene samtykket til kastreringen i håp om kunne tilpasse sin seksualitet til samfunnets forståelse av hva som var en ufarlig og akseptabel mannlighet.[108] Pasientenes ønske var å bli løslatt fra den lukkede psykiatriske institusjonen og akseptert tilbake i samfunnet. Myhre kaller kastreringen i denne konteksten for «frivillig tvang», og viser blant annet til eksempler der legen brukte det at pasienter ikke ville la seg kastrere som argument for å opprettholde deres farlighetserklæring eller forlenge sikringstiden. Samtidig ble det at pasienter hadde latt seg kastrere, i noen tilfeller brukt som argument for at de ikke lenger utgjorde noen risiko for samfunnet og at farlighetserklæringen eller sikringen derfor kunne oppheves.[109] Myhres poeng er altså at selv om inngrepet ble gjennomført med samtykke, var dette noe pasientene ble tvunget til å godta ut fra konteksten de befant seg i: den lukkede psykiatriske institusjonen som en maktutøvende representant for et samfunn som ikke aksepterte deres seksualitet.

Både Goffmans og Foucaults perspektiver bidrar til å forklare hvordan disse mennenes motivasjoner oppstår. Vi kan se dette som det resultat av pasientenes ønske om å gjenskape sin egen seksualitet i en form som var akseptabel for institusjonen, og, som Myhre også er

[107] Myhre 2016: 24–29. Samtidig har han ikke funnet tilstrekkelig dokumentasjon til å kunne fastslå at den andre halvparten ble kastrert mot sin vilje.
[108] Samme sted: 76.
[109] Samme sted: 127.

inne på i sin avhandling, kan man i en forlengelse av Foucaults perspektiver si at pasientene i disse tilfellene selv var med på å utøve psykiatrisk «makt ved å administrere og kontrollere sin egen kropp».[110]

Et annet eksempel på uformell tvang eller gråsonetvang finner vi i en praksis som var utbredt spesielt i Reitgjerdets tidligste periode. Dette eksempelet problematiserer også skillet mellom tvang og behandling. I pasientjournalene fra denne perioden finner vi ofte referanser til pasienter har blitt «lagt til sengs» eller behandlet med «sengeleie». Sengeleie var både en behandlingsmetode og et kontrolltiltak. Reitgjerdets første bestyrer, Karl Anton Andresen, nevnte dette spesielt i Reitgjerdets første årsrapporter og regnet behandling med sengeleie for å være en del av de «almindelige asylprincipper».[111] I sin *Haandbok i sindssykepleie* fra 1921 beskrev psykiater Hans Evensen praksisen noe mer utfyllende. For Evensen var sengeleie på denne tiden en del av den humane utviklingen i sinnssykepleien. Dette var et tiltak som kunne erstatte bruken av tvangsmidler. Men spørsmålet er om ikke også sengeleie kan regnes som tvang. Evensen beskrev behandlingen slik:

> Sengeleiet maa den urolige syke vænnes til, ved at han stadig blir ført tilbake, hver gang han løper op. Det kan være et trættende arbeide, men i regelen lykkes det efter nogen dage at holde den syke i sengen, selv om han ikke holder sig rolig der.[112]

Den medisinske begrunnelsen for sengebehandling var at pasienten skulle spare på kreftene. Men sengeleie handlet også om kontroll – om å holde pasienten i ro. Pasienten ble ikke reimet fast. Selv om sengeleie ikke ble regnet som et tvangsmiddel, eller registrert som tvang, var det likevel slik at pasienten i realiteten ikke fikk lov til å stå opp, men altså ble tvunget til å bli liggende.[113]

Et tredje og nyere eksempel fra Reitgjerdet-arkivet omhandler skillet mellom behandling og tvang samt skillet mellom formell og uformell tvang. I juni 1971 sendte en pasient klage til overlege Finn Brasch Larsen. Pasienten hadde blitt tvunget ut i luftegården av to pleiere ved avdeling VII. Pasienten mente han hadde adgang til å være inne hvis han ønsket dette: «Jeg etterlyser den smidighet som finnes i et fengsel hvor fangene gis anledning til å lufte etter eget ønske», skrev pasienten i klagebrevet.[114] 1970-tallet var en brytningstid for norsk institusjonspsykiatri, noe også Brasch Larsen var klar over. Pasientenes rettigheter og

[110] Samme sted: 128.
[111] Overlægen for sinnssykevesenet 1925: 50.
[112] Evensen 1921: 90.
[113] Svein Atle Skålevåg berører også behandlingen med sengeleie i sin doktoravhandling. Han kaller det et disiplinær-terapeutisk virkemiddel (Skålevåg 2003: 72).
[114] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. FA-013-005. Brev 11.06.1971.

selvbestemmelsesrett var i ferd med å få sterkere anerkjennelse.[115] Han sendte derfor en forespørsel til Helsedirektøren:

> I betraktning av de juridiske problemer som i økende grad viser seg å oppstå når inngrep skjer mot pasienters ønske, forela jeg idag saken for sykehusets kontrollkommisjon som henstiller til meg å be om Deres uttalelse.[116]

Helsedirektoratet svarte i oktober samme år:

> Pasienter som holdes tilbake i psykiatrisk sykehus i medhold av § 5 i lov om psykisk helsevern må ha krav på et fullgodt behandlingstilbud. Dersom pasienten på grunn av sin sinnstilstand ikke kan forutsettes å forstå behandlingens hensikt og nødvendighet antas det at han må kunne behandles uavhengig av eget samtykke. Hva som skal anses å være behandling, er det overlegen ved det psykiatriske sykehus der pasienten er innlagt, som avgjør.[117]

I praksis ga dette overlegen rett til å bestemme over alt i pasientens liv så lenge det ble forstått som behandling og pasienten ikke kunne ventes å «forstå behandlingens hensikt». I et slikt regime kan tvangen være allestedsnærværende. Å tvinge en pasient ut i luftegården, i dette tilfellet med fysisk makt, ble ikke regnet som formell tvang. Det lå ikke noe vedtak til grunn, og det var ingen krav til formell registrering. Pasienten hadde likevel ikke noe valg.

Avslutning

Det er viktig å understreke at både Foucaults og Goffmans maktkritikk rettmessig har fått kritikk for sitt negative syn på psykiatrisk praksis, fordi de avviste eller i stor grad valgte å overse psykiatriens bidrag i behandlingen av menneskelig lidelse. Men de har også rettmessig fått stor oppmerksomhet på grunn av deres grunnpoeng: at psykiatrien kan forstås som en maktinstans som på vegne av storsamfunnet utskiller og kontrollerer annerledeshet, og at maktfordelingen innad på institusjonen er fundamentalt skjevfordelt, slik at pasientene ikke har annet valg enn å tilpasse seg. Begge disse momentene har gjort at forfatterne (riktignok ufrivillig) har blitt assosiert med – og tydelig inspirerte – den antipsykiatriske bevegelsen som vokste frem utover på 1960-tallet.[118]

Jeg vil likevel påpeke at mine kilder fra Kriminalasylet og Reitgjerdet viser at den psykiatriske makten ikke var omnipotent. Pasientenes muligheter til å forhandle om sin egen hverdag var nok varierende gjennom perioden, men den var til stede, og pasientene brukte denne muligheten. Goffman observerte også dette under sitt feltarbeid og beskrev hvordan

[115] Dette omtales mer utfyllende i avhandlingens artikkel 4.
[116] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. FA-013-005. Brev til Helsedirektoratet 16.06.1971.
[117] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. FA-013-005. Brev fra Helsedirektoratet 06.10.1971.
[118] Se den historiografiske gjennomgangen for mer om antipsykiatrien.

pasientene gjorde små opprør mot institusjon og i det skjulte skaffet seg små goder for å gjøre tilværelsen bedre og gi den mer mening.[119]

Selv om moderne psykiatrifaglig forskning i dag i liten grad forholder seg til antipsykiaternes maktkritikk, er man også her opptatt av tvangsbegrepets ulike aspekter. Moderne psykiatrifaglig forskning har også problematisert maktfordelingen og hvordan tvangsbegrepet kan ha både et bredt og et snevert innhold. Hensikten min med dette kapittelet har vært å illustrere noe av problematikken med tvangsbegrepet, hvordan begrepet kan forstås og anvendes ulikt og inneholder langt flere aspekter enn bare de formelle tvangsdefinisjonene vi finner i lover og forskrifter. Utfordringen med å vide ut tvangsbegrepet er imidlertid at man fort ender opp med et begrep som blir for omfattende og diffust til å kunne operasjonaliseres i en historisk og kildebasert studie. Tvangsmiddelbruk har gjennom store deler av denne avhandlingens periode blitt systematisk dokumentert av institusjonene selv – i motsetning til den uformelle tvangen, som ofte har foregått i det skjulte. Jeg har derfor bevisst valgt en snevrere tilnærming.

[119] Goffman kaller dette «secondary adjustment». Der «primary adjustment» handler om å tilpasse seg institusjonens pålagte oppførsel, handler «secondary adjustment» om å finne måter å unngå institusjonens allmektige tilstedeværelse i pasientenes liv på, for på den måten å kunne bevare noe av sin tidligere individualitet og selvforståelse. Se det tredje essayet i *Asylums,* «The Underlife of a Public Institution: A Study of Ways of Making Out in a Mental Hospital» (Goffman 1961: 157–280).

Kapittel 4. Historiografi

En liten presisering først: Galskapens historie kan trekkes tilbake til førhistorisk tid, noe flere historikere også har gjort.[120] Psykiatriens historie tilhører galskapens historie, men begynner, slik jeg ser det, idet håndteringen og behandlingen av galskap ble medikalisert. Det vil si at håndteringen og behandlingen ble tatt over av representanter fra medisinfaget som brukte dette nye ansvaret som anledning til å etablere egne institusjoner til formålet. Av de medisinske særdisiplinene er antakelig psykiatrien den historikere har viet mest oppmerksomhet. Årsaken til det er nok at psykiatrien som en del av galskapens historie kan brukes som linse for å forstå en rekke utviklingstrekk i samfunnet. Galskapens og psykiatriens historie kan handle om kulturelle forståelser av annerledeshet og endringer i skillet mellom det normale og unormale. Men det er også mulig å se på psykiatrihistorien som utviklingen av en medisinsk spesialistprofesjon eller som et ledd i utbyggingen av velferdsstatens institusjoner. Disse perspektivene kan anvendes for å forstå psykiatriens fremvekst som utviklingen av et behandlingsapparat for lidende mennesker, men også som etableringen av et offentlig apparat for samfunnssikkerhet og kontroll og disiplinering av det unormale. Vektlegger man kontrollperspektivet, kan psykiatrihistorien også være historien om menneskelig lidelse påført av en overgripende profesjon villig til å utføre sin makt over samfunnets svakeste gjennom innesperring, tvang, eksperimentelle og inngripende behandlingsmetoder samt utstrakt medisinbruk. Samtidig kan psykiatriens historie tilhøre kunnskaps- og vitenskapshistorien der nye forståelser av sinnssykdom (eller for noen: konstruksjonen av sinnssykdom) og utviklingen av nye behandlingsmetoder blir studert og drøftet. Det ene trenger ikke nødvendigvis å utelukke det andre. Dette er på ingen måte en uttømmende liste, men er ment å illustrere det mangfoldet av tradisjoner psykiatrihistorikeren kan skrive seg inn i. Psykiatrihistorie kan være sosialhistorie så vel som kulturhistorie eller kunnskaps- og vitenskapshistorie.

Jeg skal i den følgende historiografiske gjennomgangen i grove trekk gjøre rede for utviklingen av psykiatrihistorie som fagfelt, før jeg konsentrerer meg om perspektivene mest relevant for denne studien, som er historisk forskning på psykiatriske institusjonspraksiser, herunder bruk av tvang, samt forskning på sikkerhetspsykiatri, hvor forskning på Kriminalasylet og Reitgjerdet inngår.

[120] Det er funnet 7000 år gamle hodeskaller med borehull etter flintredskaper, noe som antakelig ble gjort for å drive ut «onde ånder» fra mennesker som var psykisk syke (Porter 2002: 10). Se også f.eks. Pietikainen 2015; Scull 2015.

Det psykiatrihistoriografiske skisma

I historiografiske gjennomganger av litteraturen om galskapens og psykiatriens historie har det vært vanlig å dele denne litteraturen inn i to hovedretninger: internalistisk og eksternalistisk historieskriving. Dette er et skille som med ulik styrke har preget hele det teknologi- og vitenskapshistoriske forskningsfeltet. Som en teknologi- og vitenskapshistorisk tradisjon preges internalismen av et innsnevret fokus rettet alene mot teknologien eller det vitenskapelige feltet som studeres. Forfatterne er gjerne representanter fra det aktuelle vitenskapelige og teknologiske feltet. Generelle samfunnsendringer og andre former for ytre påvirkninger tones ned eller nevnes ikke i det hele. I stedet tas det gjerne utgangspunkt i dagens kunnskaper og teknologier, og utviklingen hit beskrives som en rettlinjet prosess, der gamle metoder og feilaktige teorier har blitt forkastet i møtet med ny kunnskap. Oppmerksomheten blir rettet mot et knippe navngitte oppfinnere eller vitenskapsmenn, hvis forskning har ledet til fremdriften, og som spiller rollen som protagonister i fortellingen. Det gjøres få forsøk på å forstå den kulturelle konteksten for kunnskapen disse produserer.[121] Denne progresjonsorienterte historietradisjonen omtales også gjerne som positivistisk eller presentistisk og i engelskspråklig historiografi som *whig history.*

Internalistisk psykiatrihistorie har gjerne fremstilt utviklingen som stadige fremskritt bort fra fortidige inhumane og uopplyste praksiser. Etableringen av psykiatri som en profesjon innebar for eksempel en frigjøring av de sinnssyke fra lenker og bur. Psykiatriens fødsel innebar altså en ny, vitenskapelig og human tilnærming, og deretter har det foregått en gradvis, men jevn utvikling frem til nåtidens beste praksiser.[122]

I norsk psykiatrihistorie finner vi de eldste formene for denne typen historieskriving i psykiater Hans Evensens prøveforelesning for doktorgraden om «Grundtrækkene i det norske sindssygevæsens udvikling i de sidste 100 aar» fra 1905 og i enkelte lærebøker i sinnssykepleie.[123] Vi har også flere arbeider fra fengselslege og psykiater Paul Winge, blant annet det monumentale trebindsverket *Den norske sindssygeret historisk fremstillet*.[124] Winges historiske arbeider har på grunn grundigheten, omfanget og nærheten i tid en viktig verdi som sekundærkilder til tiden den beskriver, men først og fremst kan disse eldre historiske arbeidene leses som levninger som gir et innblikk av hvordan datidens psykiatere

[121] Studenmaier 1989: 9; Appleby, Hunt og Jacob 1994; Schaanning 1997: 8–9.
[122] Den psykiatriske fødselsmyten er også tema for artikkel 3.
[123] Evensen 1905; Henrichs 1914.
[124] Winge 1911, 1913, 1915, 1916

forstod sin egen profesjon og vitenskap. Det samme kan antakelig sies om de eldre jubileumsutgivelsene til landets psykiatriske institusjoner.[125]

Eksternalistisk vitenskap- og teknologihistorie legger mer vekt på eksterne faktorer enn innsatsen til vitenskapens aktører for å forklare utviklingen. Den inntar som oftest også en mer utviklingskritisk posisjon. Som en retning innenfor psykiatrihistorisk skriving har eksternalismen utspring i de autoritetskritiske og motkulturelle bevegelsene på 1960- og 1970-tallet.[126] Økonomiske interesser, maktfaktorer, motsetninger i samfunnet og andre sosiale forhold legges her frem som årsaksforklaringer på utviklingen. Innenfor galskapens og psykiatriens historie la det grunnlaget for en kritisk tilnærming som stilte spørsmål ved hele den psykiatriske vitenskapens epistemologiske grunnlag. Flere forfattere og forskere fra flere fagfelt – herunder historie, sosiologi, psykologi og psykiatri – har vært involvert, inspirert særlig av arbeider som Michel Foucaults *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*, R.D. Laings *The Divided Self,* Erving Goffmans feltarbeid fra St. Elisabeth Hospital i Washington D.C, som resulterte i boken *Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, og Thomas Szasz' *The Myth of Mental Illness* og hans etterfølgende og omfattende psykiatrikritiske forfatterskap.[127] Alle disse forfatterne var med på å inspirere den antipsykiatriske bevegelsen som vokste frem på 1960- og 1970-tallet. Opphavet til termen blir som oftest sagt å være psykiateren David Cooper, som også selv tilhørte grupperingen.[128]

Psykisk sykdom var i antipsykiaternes øyne ikke et medisinsk problem, men sosialt konstruert og således en sosial, politisk og juridisk utfordring. De erstattet den internalistiske fortellingen om psykiatrien som en frigjørende og human vitenskap med fortellinger om psykiatriens disiplinerende rolle og den fundamentalt skjeve maktfordelingen som preger relasjonen mellom psykiater og pasient. Samtidig kritiserte de biologiske og andre naturvitenskapelige forklaringsmodeller for psykisk sykdom og det de så som en manglende forståelse hos psykiatere av at psykiatrisk diagnostisering er en subjektiv praksis.

Noen, slik som lege og professor i psykiatri Thomas Szasz, gikk så langt som å definere psykisk sykdom som kun et sosialt konstrukt som i realiteten ikke fantes.[129] For Szasz hadde psykiatrien derfor ingen legitimitet og opererte i realiteten kun som en agent i statens tjeneste

[125] Mamen 1955; Lillevold 1953; Sjong 1970.
[126] Schaanning 1997: 9–10.
[127] Foucault 1999; Foucault 1961/2001; Foucault 2006a; Laing 1960/2010; Goffman 1961: Szasz 1961, 1970. Foucaults maktbegrep og maktkritiske analyse av det psykiatriske asylet og Goffmans sosiologiske analyse av det psykiatriske sykehuset som en «total institusjon» er også tema i kapittel 3 om tvangsbegrepet og blir mer utførlig redegjort for der.
[128] Cooper 1967.
[129] Szasz 1961.

for å tøyle annerledeshet. Gjennom hele sitt omfattende og også historisk orienterte forfatterskap hevdet han at den institusjonelle psykiatrien er grunnlagt på tvang, og at tvang derfor var dens essens. All terapi som ikke er basert på et kontraktsmessig forhold som kan avsluttes av begge parter, mente Szasz var tvang. Institusjonell psykiatri var derfor av natur undertrykkende, voldelig og overgripende: «Simply put, it is that there are, and can be, no abuses of Institutional Psychiatry, because Institutional Psychiatry *is*, itself an abuse».[130] Hans forfatterskap er fult av bitende sitater som angriper selve fundamentet for psykiatrien som medisinsk vitenskap og behandlende omsorgsprofesjon, her fra boken *Coercion as Cure:*

> Mental disease is fictitious disease. Psychiatric diagnosis is disguised disdain. Psychiatric treatment is coercion disguised as care, typically carried out in prisons called «hospitals».[131]

Av de overfor nevnte psykiatrikritikerne er det nok likevel Foucault som i størst grad har gitt teoretisk inspirasjon til senere psykiatrihistorisk skriving. Han utforsket blant annet psykiatriens rolle som verktøy for utskilling og disiplinering av det unormale og hevdet at psykiaternes autoritet ikke stammer fra kompetanse og kunnskap om hvordan man behandler sinnssykdom, men hviler på det at de representerer samfunnets moralske krav til verdier og adferd.[132] For ham utgjorde ikke 1800-tallets *moral treatment*-program en humanisering av omsorgen for de sinnssyke, men en storskala disiplinering av annerledeshet, fordi *moral treatment* også ledet til en storstilt utbygging av asylvesenet og en utskilling av de sinnssyke og en separering fra samfunnet for øvrig. Foucault har senere blitt kritisert for manglende empirisk belegg for mange av sine påstander.[133] Det er nok heller ikke mange som egentlig deler hans syn på at *moral treatment* ikke innebar en humanisering av behandlingen av særlig urolige og voldelige sinnssyke. Som nevnt i kapittel 3 fungerer Foucaults perspektiver, særlig hans publiserte forelesninger om makt i psykiatrien som han holdt ved Collège de France i 1973–1974, likevel som en viktig påminnelse om hvordan pasienter på psykiatrisk institusjon er underlagt et maktsystem som gjennomsyrer hele tilværelsen, hvor tvang og tvangsmidler bare inngår som ett av flere elementer.[134]

Inspirert av Foucault, men også av den mer generelle historiografiske utviklingstrenden med å skrive historie nedenfra, begynte historikere på 1970- og 1980-tallet

[130] Szasz 1970: xxv.
[131] Szasz 2007: xii.
[132] Foucault 1961/2001, 2006a.
[133] Scull 1990, 2006: 30–37; Porter 2002: 92–95.
[134] Foucault 2006b.

å skrive psykiatrihistorie som sosialhistorie. I stedet for å legge vekten på psykiatriens interne problemstillinger prøvde de å få frem pasientenes perspektiver og samtidig se sammenhenger mellom sinnslidelse, asylinnleggelse og andre sosiale forhold, herunder psykiatriens samfunnskontrollerende funksjoner.[135]

Et tidlig norsk eksempel på kritisk psykiatrihistorie er *Den tvetydige omsorgen – Sinnssykevesenets utvikling. Et sosialpolitisk eksempel* fra 1974 av Kjersti Ericsson, psykolog og kriminolog. Her problematiserer Ericsson forholdet mellom sykdom og normalitet med utgangspunkt i Foucaults perspektiver og marxistisk teori. Ericsson så psykiatrien som et verktøy i klassekampen. Da ble psykiatrien et av de mange redskapene som den herskende klassen bruker for å fremme sine interesser ved å sykeliggjøre det som i utgangspunktet egentlig er sosiale problemer. Merkelappen «psykisk sykdom» blir med det en tilslørende individualisering av problemene:

> I stedet for å rette søkelyset mot de samfunnsmessige forholdene som virker hemmende på folks livsutfoldelse og funksjonsdyktighet, konsentrerer en seg om enkeltindivider […] Når folk bryter sammen fordi de må bo i brakke milevis borte fra familien 6 dager i uka, eller fordi de må ha to jobber for å klare husleia, da er dette problemer som må løses med politiske midler, ikke med piller og terapi.[136]

Opprettelsen av institusjoner for sinnssyke på 1800-talet i Norge blir derfor av Ericsson gitt materialistiske årsaksforklaringer og beskrevet som et virkemiddel for sosial kontroll:

> På den ene sida var institusjonaliseringen uttrykk for en progressiv reformbevegelse. På den andre sida innvarslet den industrialismens morgengry i Norge, og den herskende klassens behov for å dempe det nye samfunnets fødselsveer: Den økonomiske og sosiale omstillingsprosessen førte med seg sosial uro, som kunne true den herskende klassens privilegerte stilling.[137]

I senere tid har det kritiske perspektivet særlig blitt holdt i hevd av kriminolog Wenche Blomberg og historiker, kriminolog og psykolog Joar Tranøy, som begge har skrevet flere bøker om overgrep i psykiatrien.[138] Tranøy har særlig satt søkelys på lobotomiinngrep i norsk psykiatri, hvor han ved Gaustad dokumenterte et mye større omfang enn det som tidligere var kjent.[139] Han har også skrevet kritisk om samtidens bruk av medikamenter.[140] I 2009 ga

---

[135] Internasjonale eksempler er Rothman 1971/1990; Scull 1979 og Porter 1987. Andrew Scull er riktignok sosiolog av utdanning, men etter et vell av psykiatrihistoriske publikasjoner i et forfatterskap som spenner over flere tiår, har det lenge vært riktig å inkludere Scull i historikerfolden. Se også Scull 1989.
[136] Ericsson 1974: 10–11.
[137] Ericsson 1974: 79.
[138] Blomberg 1990, 1993; Tranøy 1993, 1999.
[139] Tranøy 1990.
[140] Se blant annet Tranøy 1993, 1995, 1999; Tranøy og Blomberg 2005.

Tranøy ut boken *Reitgjerdet ødela mitt liv* om Bjørn Lande, som var tvangsinnlagt på Reitgjerdet i perioden 1968–1973.[141]

Wenche Blombergs *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550–1850* er et viktig bidrag til vår forståelse av samfunnets håndtering av galskap i det vi kan kalle førpsykiatrisk tid – altså tiden før håndteringen av sinnssykdom i samfunnet ble vitenskapeliggjort og ble en egen medisinsk behandlingsprofesjon. I innledningen tar hun et oppgjør med den internalistiske og progresjonsorienterte psykiatrihistorieskrivingen der alt bare har blitt bedre og bedre «på grunn av akkumulert kunnskap og en grunnleggende filantropisk innstilling».[142] Her skriver hun også at:

> [d]et er grunn til å reise tvil ved fortellingen om det middelalderske mørke som ble avløst av medisinsk lys. Dette er ikke hele historien. Man bør merke seg at det i stor grad er medisinerne selv som har skapt denne historien. Når profesjonene selv skriver sin historie, har de bruk for en framstilling som rettferdiggjør tidligere aktiviteter, og legitimerer deres sosiale plassering i skrivende stund. I den sammenhengen har det vært viktig å dyrke elendighetsbeskrivelsen av fortida, slik at alle skal forstå hvor viktig og riktig det var at deres profesjon brakte fornuften inn.[143]

Den internalistiske og progresjonsorienterte historieskrivingen lever imidlertid fremdeles videre, og debatten mellom disse tradisjonene fortsatte gjennom 1990-tallet og inn 2000-tallet. Den mest markante progresjonsorienterte psykiatrihistorikeren de siste to tiårene er nok kanadieren Edward Shorter. I boken *History of Psychiatry – From the Age of the Asylum to the Age of Prozac* fra 1997 etablerer Shorter et narrativ som starter med den førpsykiatriske tid der livet til de sinnslidende beskrives som en «horror story», etterfulgt av en fortelling om hvordan psykiatrifagets fødsel brakte humanitet og vitenskap inn i behandlingen av sinnssykdom og avsluttes med beskrivelsen av hvordan «the drug revolution had made it possible to dampen or abolish entirely the symptoms of psychiatric illness», og hvordan nåtidens kombinasjonen av medisinbruk og terapi «represents the most effective of all approaches in dealing with disorders of the brain and mind».[144] Ifølge Shorter hadde psykiatrien i 1997, da han ga ut boken, riktignok hatt noen uheldige feilsteg, men utviklet seg stødig frem til de beste løsningene.[145]

[141] Tranøy & Lande 2009.
[142] Blomberg 2002: 11.
[143] Samme sted: 10.
[144] Shorter 1997: 2, 325 og 327.
[145] Lignende, men mer ramsalt kritikk av Edward Shorters *History of Psychiatry* kan leses i Scull 2006: 85–91.

I Norge har tradisjonen med jubileumsberetninger om institusjonenes historie fortsatt.[146] Når det gjelder den mer overordnede norske psykiatrihistorien må Einar Kringlens arbeider regnes som de fremste eksemplene på internalistisk og progresjonsorientert historieskriving. Motsetningene mellom Kringlens perspektiver og den psykiatrikritiske tilnærmingen i Norge kom tydelig til syne i en utveksling i *History of Psychiatry* etter at Einar Kringlen publiserte den ganske så springende og oppramsende artikkelen «A history of Norwegian psychiatry» i 2004.[147] Fra Norge var det flere som sendte inn kritiske bemerkninger, herunder psykolog Haldis Hjort og professor i psykologi Arnulf Kolstad.[148] Sistnevnte beskyldte Kringlen for «apologetic storytelling».[149] Joar Tranøy og Wenche Blomberg kritiserte på sin side Kringlen for å hoppe bukk over norske psykiateres lobotomipraksiser i sin fremstilling.[150]

I 2007 ga Einar Kringlen ut boken *Norsk psykiatri gjennom tidene.* Her hevdet han å innta en kritisk mellomposisjon, men lykkes bare delvis.[151] Pasientperspektivet er nesten fraværende, psykiatriens disiplinerende rolle problematiseres lite, og særlig for perioden der han selv var aktør, er fremstillingen oppramsende og lite analytisk. Polemikken mot blant andre Wenche Blomberg og Joar Tranøy spesielt og antipsykiatrien generelt, som han beskriver som «en koalisjon av opprørere, radikale studenter, hippier, maoister og 'progressive' sosiologer», indikerer heller ikke akkurat en mellomposisjon.[152] Men Kringlens bok fra 2007 er til dags dato det klart mest omfattende forsøket på å skrive en helhetlig fremstilling om norsk psykiatris historie og forblir derfor viktig litteratur for den som arbeider innenfor samme fagområde.

---

[146] Et nyere eksempel på internalistisk institusjonshistorie er Ose (red.) 1991 og Retterstøl (red.) 1995. Det er imidlertid ikke helt riktig å plassere alle jubileumsberetningene i samme bås. Sør-Trøndelag fylkeskommune hentet i 1972 inn journalistene Valborg Borgan og Gerd Søraa for å skrive jubileumsverket til Rotvolls hundreårsjubileum (Borgan & Søraa 1972). Jubileumsboka *Presteseter sykehus 75 år* skiller seg ut med en egen del om «sykehuset og lokalsamfunnet», som Toten museum hadde ansvar for (Bjørhovde 1988). Overlege Sigurd Haugerud hadde ansvaret for delen om «den medisinske utviklingen» (Haugerud 1988). Hvor vellykket og fornuftig denne oppdelingen var, får være en diskusjon for en annen anledning. Til Rønvik sykehus' hundreårsjubileum fikk historiker Svein Fygle oppdraget med å forfatte jubileumsbok (Fygle 2002), mens oppdraget med å skrive Valen sykehus' jubileumsverk ble gitt til journalist Sjur Tjelmeland. Resultatet ble det Tjelmeland kalte en «reportasjebok», der pasientenes stemmer har fått betydelig plass, men som også er helt fri for kildehenvisninger (Tjelmeland 2010). Det etter mitt syn fremste eksempelet på en vellykket jubileumsberetning som ikke faller inn i kategorien internalistisk historieskriving er, noe som også vil bli trukket frem senere, Haave (2008) om Sanderud sykehus.

[147] Kringlen 2004. Kringlen har også senere publisert en artikkel med mye det samme innholdet i *Nordic Journal of Psychiatry.* Se Kringlen 2012.

[148] Hjort 2005; Kolstad 2005.

[149] Kolstad 2005: 251.

[150] Tranøy & Blomberg 2005.

[151] Kringlen 2007: 18.

[152] Kringlen 2007: 337–338.

I 2002 avla Svein Atle Skålevåg doktorgraden med avhandlingen *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870–1920.* Her kommenterte Skålevåg skismaet som preget psykiatrihistorien som fagfelt:

> Det er slående for den som nærmer seg den psykiatrihistoriske litteraturen at den i så stor grad er skrevet ut fra overbevisninger om hva psykiatrien er en vitenskap om, at den i så sterk grad omfavner eller forkaster sinnssykdommen som kognitiv term, det vil si en term som uttrykker noe sant (eller usant) om mennesket. En skulle tro dette var mulig å unngå.[153]

Det er fullt mulig å unngå. Det går an å gjøre studier av psykiatri som en vitenskap og som et kulturelt fenomen med sine praksiser, oppfatninger og forståelser, aktører, institusjoner, tekster og annen materialitet uten enten å forsvare eller avvise psykiatriens grunnleggende legitimitet. Å hevde, for eksempel, at samfunnets forståelser av sinnslidelser og hva som er normalt eller unormalt, er kulturelt betinget, og at psykiatriske diagnoser er sosiale konstruksjoner, er ikke det samme som å hevde at sinnslidelser ikke eksisterer, ei heller at psykiatrien som behandlingsprofesjon ikke har hjulpet mennesker.

Skålevåg tok ikke side i debatten og plasserte seg således verken hos internalistene eller hos eksternalistene i psykiatrihistoriografien. Hans prosjekt, slik han selv formulerte det, var å anvende «et eksternalistisk blikk på en internalistisk tematikk».[154] Med klar inspirasjon fra Foucault og en sosialkonstruktivistisk tilnærming til psykiatrisk kunnskap som forskningsobjekt studerte Skålevåg konstruksjonen av «sinnssykdom» ved å lese et utvalg av psykiatriens viktigste tekster: pasientjournalene og rettspsykiatriske erklæringer. Gjennom en analyse av den diskursive utviklingen i disse tekstene la Skålevåg frem et narrativ om utviklingen av forståelser av sinnssykdom i norsk psykiatri i perioden.

Skålevåg var ved inngangen til det nye årtusenet imidlertid ikke den eneste norske historikeren som tok mål på seg å skrive om norsk psykiatri uten å verken avfeie psykiatrien som vitenskap eller bikke over i det apologetiske. Historiker Jan Bjarne Bøe tok i 1993 sin doktorgrad på psykiatriske pasienter i privatpleie på Jæren i perioden 1950–1970.[155] Han var også tidlig ute med et forsøk på et sammenhengende narrativ om norsk sinnssykepleie med boken *Synd, sykdom og samfunn* fra 1994.[156] Kari Ludvigsen avla i 1998 doktorgraden med

[153] Skålevåg 2003.
[154] Skålevåg 2003: 14.
[155] Bøe 1993.
[156] Bøe 1994.

en avhandling om fremveksten av norsk psykiatri som kunnskapsfelt, profesjon og fagpolitikk med lovgivning, institusjoner og andre offentlige organ i perioden 1820–1920.[157]

Ser en til særlig britisk, men også amerikansk psykiatrihistorisk litteratur, kan en stille seg spørsmålet om ikke egentlig fagfeltet på det tidspunktet da Skålevåg avla sin doktorgrad, hadde kommet videre fra internalist/eksternalist-skismaet. En foregangsfigur her var den britiske historikeren Roy Porter. I 1994 redigerte han sammen med den amerikanske historikeren Mark S. Micale boken *Discovering the History of Psychiatry.*[158] Her etterlyste de to redaktørene en mindre politisert og mer selvreflekterende historieskriving. Micale og Porter undret seg dessuten om ikke beskyldningene om internalistisk «whiggish» historieskriving i første rekke på det tidspunktet fungerte som stråmannsargumentasjon for den siste tidens historikere av den psykiatrikritiske og eksternalistiske tradisjonen.[159] Antologien var ment som et bidrag for å bedre forstå psykiatrihistorien som vitenskapelig forskningsfelt. Blant bidragsyterne var medisinere og samfunnsvitere så vel som historikere.

Året etter redigerte Roy Porter sammen med psykiater German E. Berrios antologien *A Clinical History of Psychiatry,* hvis hovedformål var å bygge bro mellom psykiatriens kliniske historie og sosialhistorie. Historien til en rekke psykiske og nevrologiske sykdommer og diagnoser ble behandlet både fra et klinisk synspunkt og som et bredere sosialt fenomen, og blant bidragsyterne var det både historieinteresserte psykiatere og psykiatriinteresserte historikere. Et uttalt mål var å bidra til bedre historiefaglig skriving om psykiatriens indre problemstillinger fordi

> [i]n general, professional historians have been more preoccupied with the social history of psychiatry, and this has encouraged the growth amongst clinicians of a 'do-it-yourself', low standard, historical industry.[160]

Utgivelsen av disse to antologiene understreket i tillegg et særtrekk ved psykiatrihistorien: Den var blitt en tverrfaglig forskningsarena som i dag ikke bare er befolket av medisinere, helsearbeidere, sosiologer og statsvitere i tillegg til historikere, men også jurister, kriminologer og kjønnsforskere.

I dag finnes det et stort korpus av historiefaglige psykiatrihistoriske publikasjoner. Disse beveger seg langs hele skalaen mellom positivisme og relativistisk eksternalisme og er for tallrike til at alle kan tas med her. Ikke få av disse har blitt utgitt i tidsskriftet *History of*

[157] Ludvigsen 1998.
[158] Micale og Porter (red.) 1994.
[159] Micale og Porter (red.) 1994: 8.
[160] Berrios & Porter 1995: xviii.

Psychiatry, som German E. Berrios og Roy Porter grunnla i 1989 og redigerte sammen frem til Porter døde i 2002. Den som i dag ønsker seg en mindre politisert oversikt over galskapens og psykiatriens historie i den vestlige verden og en historiefortelling der sinnslidelsenes historiske relativisme anerkjennes uten at eksistensen av dem avfeies, kan for eksempel dykke ned i verk som Porters egen posthumt utgitte *Madness. A Brief History*, Andrew Sculls *Madness in Civilization* eller den finske historikeren Petteri Pietikainens *Madness: A history*.[161]

For norsk psykiatrihistories del bør særlig nevnes Per Haaves *Ambisjon og handling* om Sanderud sykehus, som også gir en god oversikt over den mer generelle norske psykiatrihistorien.[162] En annen viktig norsk studie er Åshild Fauses doktoravhandling om sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark i periode 1891–1940.[163] I denne perioden, hvor det var en utstrakt institusjonsbygging i resten av landet, fantes det i de to nordligste fylkene ikke egne asyl for sinnssyke. Særlig Rønvik asyl i Bødø og Rotvoll asyl i Trondheim tok imot pasienter fra regionen, men på grunn av det generelle overbelegget i hele sektoren var det vanskelig å få plass, og gjennom et bredt arkivarbeid viser Fause hvordan ulike sykehus, pleiehjem, fengsler og andre sosiale institusjoner i Troms og Finnmark tok imot, pleiet og håndterte sinnssyke.

I 2011 gjorde historikerne Volker Hess og Benoît Majerus et forsøk på å gi et riss av de siste års trender innenfor psykiatrihistoriske studier av det 20. århundre.[164] De mente de siste årene å ha observert en vending innenfor psykiatrihistorisk skriving som viste mindre interesse for den antipsykiatriske tradisjonen og i stedet vendte seg mer mot vitenskapsstudier og vitenskapssosiologiske tilnærminger inspirert av STS-metodologi.[165] Innbakt denne utviklingen lå en økt interesse for psykiatriens materialitet, herunder arkitektur, lover, forskrifter, regler, vitenskapelige skrifter og ikke minst institusjonsarkivene med sine pasientjournaler. Hess og Majerus påpekte hvordan institusjonsarkivene gjør det mulig å

[161] Porter 2002; Scull 2015; Pietikainen 2015.
[162] Haave 2008.
[163] Fause 2007.
[164] Hess & Majerus 2011.
[165] Forkortelsen STS kan ikke skrives ut uten å miste sin presise mening. Studier av teknologi og vitenskap forekommer i mange former, mens *Science and technology studies (STS)*, eller «teknologi- og vitenskapsstudier» på norsk, omtales ofte og organiseres tidvis som et eget fagfelt med egne perspektiver og forskningstradisjoner. Aktør–nettverk-studier spiller en sentral rolle, men fellesnevneren er en bred teoretisk og metodologisk tilnærming for å forstå samspillet mellom teknologi, vitenskap, samfunn og kultur. Feltet utveksler teorier og perspektiver med, og har forgreininger inn i, en rekke fagfelt, men kanskje spesielt sosiologi og historie. Se Skjølsvold 2015 for en innføring i STS-faget.

tettere følge aktørene i det komplekse miljøet som institusjonen utgjør, og ikke minst kan de gi historikeren mulighet til å bringe frem pasientenes stemmer og forklare deres liv.[166]

Det finnes enkelteksempler, men i det store og det hele har norske psykiatrihistoriske arbeider så langt i svært liten grad tatt bruk begrepsapparatet og de metodologiske verktøyene til STS-faget. Interessen for pasientjournalene og arkivene for å forstå psykiatrien som profesjon er imidlertid klart til stede, men det burde ikke være oppsiktsvekkende. For den empirisk orienterte psykiatrihistorikeren er institusjonsarkivene helt naturlig å oppsøke. Så også hos meg, og denne avhandlingen følger opp denne tradisjonen ved å ta sikte på å gi nye bidrag både til forståelsen av psykiatrisk praksis som vitenskap og profesjon og til vår kunnskap om Kriminalasylet og Reitgjerdet som institusjoner, uten å avvike nevneverdig fra mer tradisjonell empirisk orientert historiefaglig metodologi.[167]

Tidligere historisk forskning på institusjonspraksiser og sikkerhetspsykiatri

I det følgende er den historiografiske gjennomgangen organisert på en litt annen måte og mer i tråd med det jeg anser som mest relevant for min inngang til psykiatrihistorien. Jeg vil konsentrere meg om to overlappende tematikker: historisk forskning på interne institusjonspraksiser, herunder tvangsmiddelbruk spesielt, og deretter historisk forskning på sikkerhetspsykiatrien, hvor Reitgjerdet og Kriminalasylet inngår som en del. Jeg vil avgrense gjennomgangen til arbeider som omhandler slutten av 1800-tallet og fremover.

Historiske institusjonspraksiser

Psykiatriens hovedoppgave er og har alltid vært behandling og kontroll av pasientene. Dette er overlappende kategorier og har derfor ofte blitt behandlet som sådan i den psykiatrihistoriske litteraturen, fordi også behandlingsmetoder kan forstås som disiplineringsverktøy. Utviklingen i behandlingsmetoder på institusjon i det 20. århundre er behandlet i flere publikasjoner, men det er en klar hovedvekt av arbeider om århundrets første halvdel. Her kan spesielt nevnes psykiater Joel Braslows *Mental Ills and Bodily Cures – Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century* fra 1997.[168] Perioden Braslow dekker, var en periode med en rivende utvikling innen somatiske behandlingsmetoder, herunder sterilisering, nevrosyfilisbehandling med malaria, insulinsjokkbehandling, krampebehandling med cardiazol og etter hvert lobotomi og el-sjokk.

[166] Det er imidlertid også klare utfordringer og begrensninger knyttet til å bruke dette materialet. Det drøftes nærmere i kapittel 5.
[167] Mer om metode i kapittel 5.
[168] Braslow 1997.

For mange psykiatere ga denne utviklingen et håp om at psykiatrien kunne bringes opp på nivå med andre medisinske spesialiteter i teknologisk utvikling og anseelse. Braslows bruk av pasientjournaler tar oss inn bak asylets porter på et vis som frem til da ikke hadde vært vanlig i forskningslitteraturen, og han beskriver hvordan behandlere og til en viss grad pasienter utviklet og konstruerte en psykiatrisk behandlingskunnskap rundt de ofte meget intervenerende og farlige nye behandlingsmetodene. Han argumenter også for hvordan behandlingsmetodene utgjorde en form for disiplinering og kontroll. Braslow pløyde ny mark med sin studie. Senere er det flere som har publisert arbeider om samme tematikk. Det gjelder for eksempel Jesper Kragh og Niall McCrae om behandlingspraksiser ved henholdsvis danske og britiske institusjoner.[169] For den norske konteksten har Per Haave et kapittel om tematikken i sin bok om Sanderud.[170] Tranøys arbeider om lobotomi er alt nevnt.[171] I tillegg har Hanne Birkeland skrevet masteroppgave om behandling av sinnssykepasienter på Eg asyl i periodene 1935–1939 og 1955–1959.[172]

I 1998 ga den svenske etnologen Lars-Eric Jönsson ut sin doktoravhandling *Det terapeutiska rummet. Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970.*[173] Jönsson la vekt på samspillet mellom arkitekturen, rommet og kroppen i psykiatriens institusjonelle praksiser. Kildegrunnlaget var blant annet hentet fra institusjonsarkivene til en rekke svenske sinnssykehus. Hans kapittel om fysisk tvang er den studien jeg har funnet som ligger nærmest opp til min avhandling i tema. Avhandlingen gir til en viss grad muligheter for å sammenligne norske og svenske institusjonspraksiser. Jönsson så fysisk tvang som en del av dagliglivet på institusjonene og viste hvordan et forholdsvis bredt spekter av verktøy var tilgjengelig for institusjonens personell.[174] Men selv om perioden Jönsson studerte strakte seg helt til 1970, er det meste av hans analyse lagt til 1800-tallet og det tidlige 1900-tall. Jönsson gjør heller ingen forsøk på å kvantifisere tvangsmiddelbruken og bruker lite tid på å drøfte endringer i praksis over tid.

---

[169] Kragh 2010a, 2010b og 2010c; McCrae 2006
[170] Haave 2008: 259–330.
[171] Tranøy 1990; Tranøy & Blomberg 2005.
[172] Birkeland 2017.
[173] Jönsson 1998.
[174] Jönsson 1998: 185–237. Jönsson bruker begrepet «fysisk tvang» for å understreke samspillet mellom kropp og rom i tvangsmiddelbruken samt den kroppslige underkastelsen som kunne kreves av pasienter på institusjon. Mekaniske tvangsmidler og isolasjon var begge fysisk tvang fordi de utgjorde begrensninger på pasientenes mulighet til å utfolde kroppen, men «fysisk tvang» innbefattet mer enn det, og kapittelet beskriver mellom annet også hvordan pleiere og leger ble opplært i metoder for å fysisk holde pasienter nede, i å vaske pasientene samt hvordan gjennomføre tarmskylling og tvangsforing.

Juristen Phil Fennell utforsket samspillet mellom behandling og tvangsmiddelbruk i boken *Treatment Without Consent. Law, psychiatry and the treatment of mentally disordered people since 1845.*[175] Boken følger britisk psykiatri over en periode på over 150 år og tar i bruk et variert kildemateriale, herunder rettsdokumenter, pasientjournaler og publiserte memoarer, for å gi pasientene en stemme. Fennells prosjekt var å skrive om tvungen behandling, men som han selv skrev: «It is difficult to unravel the different strands of treatment, discipline and punishment interwoven in the Gordian knot of restraint.»[176] Det har aldri vært vanntette skott mellom praksiser motivert av behandling og praksiser motivert av kontroll, spesielt fordi så mange av medisinene gitt som behandling har hatt sedativ effekt. Det inkluderer moderne psykofarmaka. Hvorvidt medisinering derfor oppfattes av pasienten som et behandlingstiltak eller et kontrolltiltak – som kjemisk tvang –, vil variere veldig.

Fennells beretning viser mange likhetstrekk med utviklingen i Norge. Det er ikke så overraskende. Norske psykiatere var internasjonalt orienterte og hentet mye av sin inspirasjon fra Storbritannia. Men det er også ulikheter. Enkelte trender, slik som *no-restraint*-systemet, eller «den tvangsfrie behandling», som det ble kalt i Norge, dominerte britisk psykiatri fra 1840-årene og frem til 1880, men begynte ikke å få fotfeste i Norge før i perioden etter 1870.[177] Kari Ludvigsen berører utviklingen i synet på tvangsmidler i sin doktoravhandling, hvor hun skriver om Gaustad at tvangstrøye og tvangsstol ble mindre brukt her fra 1870 av, og at direktør Ole Sandberg hadde vært i utlandet og studert «det tvangsfrie system». Det samme gjaldt Rotvoll, hvor Ludvig Dahl var direktør fra 1871 til 1875. Dahl ble senere medisinaldirektør, en stilling han hadde frem til 1890.[178] Svein Atle Skålevåg omtaler både behandlingsmetoder og tvangsmiddelpraksiser i Norge i denne perioden i sin avhandling.[179] Hans kildemateriale er hentet fra arkivene til Gaustad asyl, Dr. Rosenbergs asyl i Bergen og Valen asyl i Sunnhordaland. Skålevåg har dokumentert bruk av tvangstrøye også etter 1870, men alle tilfellene han har funnet, er fra Rosenbergs asyl, som var et forholdsvis lite privatasyl. Skålevåg observerte at i den offentlige statistikken lå Rosenberg asyl på topp i bruk av mekaniske tvangsmidler i perioden 1872–1886, med unntak av fire år, og at «de mer moderne asyl hadde så godt som ingen registrert bruk av tvangsmidler».[180] Han spekulerer på om det har årsak i at «'tvangsmidler' i tiltakende grad ble ensbetydende med tvangstrøye».

[175] Fennell 1996.
[176] Fennell 1996: 7.
[177] Se Fennell 1996: 18 samt denne avhandlingens artikkel 3.
[178] Ludvigsen 1998: 144–145.
[179] Se kapittelet «Asylet i praksis», Skålevåg 2003: 67–113.
[180] Skålevåg 2003: 71.

Det er nok tilnærmet riktig. Det tvangsfrie system var i denne perioden ensbetydende med et system uten mekanisk tvang – isolasjon kunne fremdeles brukes ved nødvendighet.[181] Mekaniske tvangsmidler ble regnet som inhumant, og Rosenbergs asyls praksiser i så henseende ble nok oppfattet som umoderne hos den øvrige norske psykiaterstanden. Skålevåg gjorde lignende observasjoner også i sin artikkel «Om psykiatri og konstruksjonen av sinnssykdom i asylets ære» fra 2000. Men her skriver han samtidig: «Nettopp *isolasjon* ble fra dette tidspunkt det mest omtalte tvangsspørsmålet, og rundt århundreskiftet var det isolasjon eller ikke isolasjon som definerte et asyls humanitet.»[182] I artikkel 3 argumenterer jeg for at dette ikke er helt korrekt. Omtrent alle asylene isolerte pasienter, men i ulik grad. Den norske importen av *no-restraint*-systemet, som også Skålevåg omtalte, gjorde at det var bruken eller fraværet av mekanisk tvang som definerte et asyls humanitet.

Fennell skrev også om sammenhengen mellom endringer i bruk av mekanisk tvang og bruken av bedøvende stoffer i britisk psykiatri. Som i norsk psykiatri var mekaniske tvangsmidler i meget liten bruk i Storbritannia frem til 1930-årene.[183] I løpet av hele 1927 var det ifølge den historiske statistikken kun 76 reimpasienter i hele den britiske institusjonspsykiatrien. Men slik Fennell så det, var det en ustrakt bruk av kjemiske tvangsmidler som gjorde dette mulig: «[I]t would have been impolite not to mention the hundredweights of bromide and chloral which had gone into achieving this happy state of affairs.»[184] Det er uklart hvorvidt norsk psykiatri anvendte sedativer samme utstrekning som Fennell hevder var vanlig i britiske asyl på slutten av 1800-tallet og i 1900-tallets første halvdel, men det er godt dokumentert at bedøvende preparater som opiumderivater, kloral og barbiturater var i utstrakt bruk fra slutten av 1800-tallet og frem til 1950-årene. Skålevåg berører også denne tematikken og åpner for at «'kjemisk tvang' på de moderne asylene overtok for tvangstrøye» i Norge.[185] Haave konstaterer at de nye barbituratene, som ble innført tidlig på 1900-tallet, «utløste nye forhåpninger om en mer aktiv psykiatri», men at effekten «viste seg å være mer disiplinær enn kurativ. De bidrog til å skape levelige kår i avdelingene […] men ble ikke betraktet som et bidrag til å styrke asylene som medisinske behandlingsarenaer».[186] De moderne psykofarmaka som kom på midten av 1950-tallet, og som virkelig ble sett på som en revolusjon for psykiatriens behandlingspotensial, hadde også

[181] Se avhandlingens artikler 2 og 3 for mer om dette.
[182] Skålevåg 2000: 361.
[183] Se artikkel 3.
[184] Fennell 1996: 161.
[185] Skålevåg 2003: 71.
[186] Haave 2008: 133.

alle sedative effekter. Således kan innføringen av disse ses på både som en videreføring av tidligere disiplineringspraksis og som en behandlingsrevolusjon. Å omtale de nye medisinene på 1950-tallet som en psykofarmakologisk revolusjon er vanlig, spesielt i den mer internalistisk orienterte litteraturen, men ikke bare der.[187] Laura Allison og Joanna Moncrieff har nyansert dette bildet ved å vise hvordan de første antipsykotiske medisinene på 1950-tallet ble markedsført som beroligende substanser og samtidig brukt i psykiatrisk praksis for å roe ned urolige pasienter. Men de påpeker samtidig at disse preparatene utkonkurrerte andre sedativer til bruk i akutte situasjoner nettopp på grunn av fagfolkenes tro på at de også hadde en terapeutisk effekt.[188]

Sikkerhetspsykiatrisk historie

Rene historiske studier av sikkerhetspsykiatriske institusjoner og praksiser er det få av. Historiker Lars Garpenhag har studert sinnssyke kriminelle, utilregnelighet og straffefritak i Sverige i perioden 1850–1930. Det er i utgangspunktet en mer rettspsykiatrisk tematikk, men han diskuterer også hvordan disse kriminelle ble tatt hånd om, noe som bringer ham inn på de svenske sikkerhetspsykiatriske institusjonene.[189] Et annet relevant verk er boken *Sikringen,* som Jesper Kragh utga i 2018.[190] Den følger dansk sikkerhetspsykiatri fra åpningen av Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland i 1918 og hundre år fremover. Sikringsanstalten hadde som oppgave å behandle og håndtere Danmarks farligste kriminelle psykiatriske pasienter, noe som gjør den til en dansk parallell til Kriminalasylet og Reitgjerdet i Norge med i all hovedsak det samme samfunnsoppdraget. Det er flere likhetstrekk mellom den danske og de norske institusjonene. Kragh beskriver blant annet hvordan Dansk Kriminalistforening, etablert i 1899, ble en viktig møteplass for ulike faggrupper med interesse for kriminologi og strafferett og bidrog sterkt i prosessen frem mot vedtaket om å etablere et tilbud for kriminelle sinnssyke i Danmark. Dette var også rollen til den norske kriminalistforeningen, som også antakelig var blant inspirasjonskildene til den danske søsterforeningen.[191] Valget om å etablere en egen, adskilt institusjon, og ikke en avdeling tilhørende et fengsel eller et av landets regulære asyl, har også en klar parallell til det norske Kriminalasylets historie.

---

[187] Se Shorter 1997: 255 Kringlen 2007: 268–271; Pietikainen 2015: 287–311; Micale 2014.
[188] Allison og Moncrieff 2014. Sammenhengen mellom de nye psykofarmaka og utviklingen i tvangsmiddelbruk diskuteres også i avhandlingens artikler 1 og 4.
[189] Garpenhag 2012. Når det gjelder historiefaglig litteratur om norsk rettspsykiatri, er det verdt å nevne Svein Atle Skålevågs bok *Utilregnelighet* om utilregnelighet og straffrihet gjennom historien i Norge (Skålevåg 2016).
[190] Kragh 2018.
[191] Historiker og kriminolog Hilde Dahl har skrevet om Den norske kriminalistforenings sentrale rolle som møteplass for å utveksle ideer og formulere argumentasjon for etableringen av et kriminalasyl i Norge (Dahl 2018: 57–86). Se også kapittel 2.

Til forskjell fra Reitgjerdet forble den danske Sikringsanstalten en ren rettspsykiatrisk institusjon – altså et kriminalasyl for håndtering av farlige kriminelle pasienter – og fikk ikke Reitgjerdets rolle som en avlastningsinstitusjon der de regulære psykiatriske institusjonene kunne sende sine vanskelige pasienter. Sikringsanstalten ble heller aldri sentrum for samme type skandale, eller utsatt for en medieinteresse som var noe i nærheten av det Reitgjerdet ble, men i Kraghs fremstilling kommer det likevel frem enkelte likhetstrekk i institusjonenes historie. Forholdene ved Sikringsanstalten ble gjenstand for en viss mediekritikk midt på 1970-tallet, mye som et resultat av datidens fremvoksende psykiatrikritiske tradisjon, noe som også i Danmark medførte økt oppmerksomhet rettet mot behandlingen av psykiatriske pasienter og en negativ omtale av psykiatrien. Plassmangel, mangelfull behandling og langvarig institusjonalisering var noe av det Sikringsanstalten ble kritisert for. Den danske psykiatriloven og dens manglende regulering av tvangsmiddelbruk ble også i økende grad kritisert utover 1970- og 1980-tallet.

Når det gjelder Kriminalasylet og Reitgjerdet spesielt, har disse institusjonene og deres pasienter de siste årene vært gjenstand for en rekke studier som er startet under det større paraplyprosjektet *Galskapens fengsel (The Mental Machine)*, ledet av historiker Øyvind Thomassen, som også mitt prosjekt er en del av. Tilnærmingen har i stor grad vært tverrfaglig og innrettet mot å studere historisk vitenskaps- og kunnskapsproduksjon innenfor kriminalpsykiatrien samt utviklingen av institusjonenes praksiser og forståelser og konstruksjoner av pasientene og deres egenskaper basert på institusjonenes arkiv. Et eksempel er kriminolog og historiker Hilde Dahls avhandling om farlige kriminelle sinnssyke pasienter i Kriminalasylet og Reitgjerdet i perioden 1895–1940. Hun studerte hvordan forståelser av farlighet ledet til etableringen av institusjonene og formelle ordninger for sikring og farlighetserklæringer.[192] Kjønnsforsker og historiker Eivind Myhre har, som nevnt i kapittel 3, skrevet om seksualforbrytere og forståelser og konstruksjoner av mannlighet med utgangspunkt i pasientmassen på Kriminalasylet og Reitgjerdet i samme periode.[193] Et eksempel på en tverrfaglig studie av pasientjournalene er Erik Søndenaa, Camilla Gudde og Øyvind Thomassens studie av bakgrunnen til innlagte pasienter med psykisk utviklingshemming.[194] Thomassen har også med grunnlag i pasientmapper studert

[192] Dahl 2018.
[193] Myhre 2016. Myhres avhandling er også tema i kapittel 3.
[194] Søndenaa, Gudde & Thomassen 2015.

Kriminalasylets to første bestyreres diagnostiseringspraksiser og oppfatninger av den kriminelle sinnssyke personligheten i perioden 1895–1915.[195]

De siste årene er det også produsert en rekke masteroppgaver med tematikk relatert til Kriminalasylet og Reitgjerdets historie. Vegard Øiens studie av tvang ved Kriminalasylet i perioden 1895–1915 og Sofie Christensens studie av pasientomtaler i Kriminalasylets pasientjournaler i samme periode bidrar med funn som er relevante for min studie.[196] Det gjelder også Magnus Mundals avhandling om insulinkomaterapi og cardiazolsjokkbehandling og Trude Nerlands avhandling om lobotomi ved Reitgjerdet. Mundal og Nerland skriver om behandlingspraksiser som ved Reitgjerdet strakte seg inn på 1950-tallet, og foruten mitt ph.d.-prosjekt er disse to masterprosjektene frem til nå de eneste studiene som har berørt Kriminalasylets og Reitgjerdets etterkrigshistorie.[197]

Blant de mange masteravhandlingene vil jeg imidlertid spesielt trekke frem Åse Riaunets *Oppdrag, pasienter og praksiser. Kriminalasylet i Trondheim 1895–1905.* Med et metodologisk utgangspunkt i STS- og aktør–nettverk-teori studerte Riaunet pasientenes liv og personalets praksiser innenfor rammene skapt av Kriminalasylets materialitet. Eller som Riaunet selv skriver: «En dyster bygning, en bestyrer, en overvokter, et fåtall voktere og en gruppe uensartede pasienter som ingen andre ville ha, skulle sammen finne en måte å leve på. Hva skjedde så?»[198] Riaunet studerte hvordan aktørene forhandlet med materialiteten og ga den nye meninger. Hun dokumenterte hvordan bygningen ble brukt, og hvordan rommene ble gitt skiftende mening og funksjon. Enecellene kunne for eksempel ha en kontrollfunksjon som isolasjonsrom, men også bli oppfattet som et gode av pasientene fordi de ga mulighet til fred, ro og privatliv.[199] Det som etter min mening er Riaunets viktigste bidrag, er hvordan hun får frem den pragmatiske omsorgen og humaniteten vokterne viste i møte med pasientene. Det var nok en nødvendig tilnærming for å gjøre tilværelsen levelig både for pasienter og voktere i det lille, isolerte og lukkede samfunnet Kriminalasylet var. Alle aktørene levde tett på hverandre. Dette er et viktig komplementerende perspektiv til mitt arbeid. Samtidig vil jeg hevde at Riaunet når hun konkluderer med at «til tross for at spørsmål om farlighet og sinnssykdom var i fritt spill, har denne casestudien vist at det var humane praksiser», legger

[195] Thomassen 2010.
[196] Øien 2015; Christensen 2019.
[197] Mundal 2019; Nerland 2017.
[198] Riaunet 2014: 14.
[199] Samme sted: 49–50.

for lite vekt på hvordan Kriminalasylet gikk bort fra datidens psykiatris humane idealer i møte med de farligste pasientene.[200]

Avslutning

Psykiatriens rolle som vitenskap og profesjon har vært full av kontroverser. En følge av dette er at psykiatrihistorien som fagfelt har vært preget av adskilte leire med motsetningsforhold seg imellom. Men dette skillet mellom internalistisk-positivistisk og eksternalistisk-maktkritisk psykiatrihistorieskriving virker i dag noe oppkonstruert. Snarere har de siste tiårs historisk forskning på psykiatri vært opptatt av å forstå psykiatrien som et kulturelt fenomen med en samfunnsmessig kontekst, som en profesjon med sine praksiser og som et kunnskapsfelt i utvikling – alt dette fra en rekke forskjellige innfallsvinkler og uten nødvendigvis å avvise eller ukritisk omfavne psykiatriens epistemologiske grunnlag.

Det er i denne tradisjonen dette ph.d.-prosjektet plasserer seg. Samtidig bringer det ny kunnskaps til torgs gjennom en vektlegging av sikkerhetspsykiatrien, hvorav etterkrigstiden særlig er lite studert, og ved å rette søkelyset mot profesjonens praksiser – tvangsmiddelpraksiser – innenfor institusjonenes vegger, noe som er lite berørt av historikere, men som også i perioden var lite diskutert av psykiatere selv.[201] Men i likhet med mange andre er også jeg kritisk til hvordan psykiatrien som profesjon har anvendt sin vitenskapelige autoritet for å implementere inngripende kontrollmetoder og behandlingsmetoder med et vaklende vitenskapelig fundament. Å finne skillet mellom behandling og sosial kontroll i historisk psykiatrisk praksis kan være utfordrende, og jeg er ikke sikker på at dette skillet er tydelig i dagens psykiatriske praksiser heller. Nettopp derfor er det viktig å sette søkelyset på denne delen av historien, uten at en trenger å fornekte psykiatriens positive rolle i samfunnet som en helbredende medisinsk spesialisering med et genuint ønske om å hjelpe sine pasienter.

Uavhengig av hva man mener om psykiatriens vitenskapelige legitimitet, er det uansett vanskelig å nekte for at psykiatrien har eksistert, og at den fremdeles eksisterer, både som vitenskap og profesjon, med alt det medfører, og at den spiller og har spilt en ikke ubetydelig rolle i samfunnet slik vi har organisert det. Det gjør den til et høyst legitimt interessefelt for historikere.

[200] Samme sted: 79. Dette er tema for artikkel 2.
[201] Dette siste må forstås ut fra historikerens langstrakte tidsperspektiv. På 2000-tallet har det vært en markant økning i helsevitenskapelig og juridisk forskning på tvang og tvangsmidler.

Kapittel 5: Kilder og metode

Fortiden er tapt for oss. Alt vi har, er biter og brokker i form av levninger og beretninger som er bevart og har overlevd frem til vår tid. Historikere tar på seg oppgaven med å gripe denne fortiden ved å skape og formidle fremstillinger av hvordan fortiden var.[202] Det gjør vi gjennom å konstruere beretninger, analyser og forklaringer basert på det kildematerialet fortiden har etterlatt oss.[203] Det som gjør historie vitenskapelig, er den kildekritiske metoden, og det at vi etter beste evne gjør våre funn etterprøvbare ved å vise til kildene vi har brukt, og diskutere kildenes styrker og svakheter, samtidig som vi forsøker å forklare leseren hvilke tilnærminger vi har valgt, hvilke antakelser og forutsetninger vi har hatt i møte med kildematerialet, og hvilke spørsmål vi har forsøkt å finne svar på. I arbeidet med avhandlingen har jeg brukt en kombinasjon av historisk kildekritisk metode og hermeneutisk kvalitativ teksttolkende metode sammen med kvantitativt arbeid med data over tvangsmiddelbruk.

Historikere har også et ansvar for å forsøke å forstå fortiden på dens egne premisser. Når temaet er tvangsmiddelbruk og relasjonen til forståelsen av hva som utgjorde human behandling, har jeg altså ikke søkt å knytte tvangsmiddelbruken opp til vår tids forståelse av human behandling, men snarere til den skiftende historiske forståelsen av humanitet i psykiatrisk praksis. Min tilnærming til arkivmaterialet har vært å lete etter utsagn og andre tegn som kan gi opplysninger om kulturer for og holdninger til tvangsmiddelbruk, om konkrete tvangsmiddelpraksiser og hva som formet disse, samt tegn til endringer i holdninger og praksiser. Jeg har sett etter hvordan tvangsmiddelbruk ble legitimert og vurdert. Samtidig har jeg tolket funnene i sammenheng med utviklingen innenfor den psykiatriske profesjonen spesielt og samfunnet mer generelt i perioden. Analysen veksler mellom å et mikronivå, der fokuset ligger på hendelser og utviklingen innenfor veggene på institusjonene, og makronivå, der jeg har sett på den større sosiale og faglige konteksten for å forstå de skiftende strukturene aktørene handlet innenfor.[204]

Jeg oppdaget tidlig at det ikke alltid var godt å forutsi hvor i arkivet relevant og viktig primærmateriale kunne finnes. Det er mange forhold som påvirker tvangsmiddelbruk på institusjon. Opplysende utsagn og annen informasjon kunne dukke opp en rekke ulike steder. I kildearbeidet har jeg derfor valgt å gå bredt ut snarere enn å legge vekt på nærlesning av noen få dokumenter. Jeg har gjort det i visshet om at jeg med denne innfallsvinkelen sa fra meg

[202] Andresen, Rosland, Ryymin & Skålevåg 2015: 11.
[203] Om historieskriving som en konstruksjon, se f.eks. Kjeldstadli 1999: 36–40.
[204] Kjeldstadli 1999: 32–36.

muligheten til å ta i bruk andre potensielt fruktbare metodiske grep. For eksempel ville en grundigere diskursanalytisk tilnærming til det som da måtte blitt et snevrere kildeutvalg, muligens kunne avdekket subtile endringer i begrepsforståelser og begrepsbruk. Og det igjen kunne vært opplysende for endringer i pleierkulturer og felles oppfatninger av for eksempel etiske og moralske spørsmål vedrørende institusjonens praksiser og behandling av pasientene.

I det følgende vil jeg gjøre rede for avhandlingens sentrale kilder og utfordringer i bruk og tolkning av kildene. Jeg vil begynne med de offentlig tilgjengelige kildene og deretter beskrive det klausulerte kildematerialet. Spesielt vil jeg drøfte etiske og kildekritiske problemstillinger knyttet til bruk av psykiatriske institusjonsarkiv som kildemateriale. Jeg vil også kommentere enkelte metodiske muligheter som jeg av ulike grunner ikke har valgt.

Offentlige kilder

Av offentlige publikasjoner er det *Sinnssykehusenes virksomhet* som har vært den viktigste kilden i avhandlingsarbeidet. Denne publikasjonen ble med noen unntak utgitt årlig som en del av serien *Norges offisielle statistikk* fra 1872 til 1979.[205] Bakgrunnsmaterialet for disse publikasjonene var årsberetningene fra hver enkelt institusjon. Publikasjonene inneholder oversikter over antall behandlede pasienter ved institusjonene med innleggelses- og utskrivingsårsak, samt enkle statistiske fremstillinger av pasientene fordelt på blant annet diagnoser, sykdommens varighet og årsak, alder, kjønn, hjemsted og mer. Publikasjonene inneholder også utdrag fra beretninger om virksomheten ved institusjonene. I disse beretningene ble ulike aspekter ved institusjonenes praksiser diskutert. Sist, men ikke minst inneholder publikasjonene tallmateriale over tvangsmiddelbruk ved institusjonene. Det er imidlertid hull i materialet. I årene 1930–1934 opphørte publikasjonen på grunn av manglende finansiering, mens i perioden 1941–1954 hentet ikke myndighetene inn tall på tvangsmiddelbruk. Da fant heller ikke institusjonene det nødvendig å omtale og diskutere tvangsmiddelbruk i årsrapportene fra institusjonene. Publikasjonen inneholder heller ikke tall over tvangsmiddelbruk i perioden etter 1969.[206]

Et viktig supplerende kildemateriale har vært den faglige diskusjonen mellom fagpersoner og hvordan disse har formidlet sitt fag.[207] Jeg har særlig tatt i bruk *Tidsskrift for*

[205] Gjennom perioden har publikasjonen hatt litt ulike navn med litt ulik skrivemåte. Da den først kom ut, het den *Sindssygeasylernes virksomhed,* men endret etter hvert navn i tråd med utviklingen i norske rettskrivingsnormer. Fra 1915 til 1941 het den *Sinnssykeasylenes virksomhet,* før den skiftet navn til *Sinnssykehusenes virksomhet* i 1942. Fra 1961 het publikasjonen *Psykiatriske sykehus.*
[206] Se også artikkel 1.
[207] Det gjelder spesielt artikkel 3.

Den norske lægeforening for perioden 1890 til 1955. Norske psykiatere brukte tidsskriftet aktivt til å formidle forskning og erfaringer og til faglig diskusjon. Det fantes også andre kanaler, som *Norsk magazin for lægevitenskapen* og konferanser og møter der foredrag og diskusjon ble trykket og utgitt. Eksempler på det sistnevnte er Norsk psykiatrisk forening og Den nordiske psykiatriske kongress (senere kalt Nordisk psykiaterkongress). Gjennomgangen av den publiserte psykiatriske fagdebatten i Norge har imidlertid vist at etiske og praktiske spørsmål om hvordan man opprettholdt kontroll på institusjon, var lite diskutert gjennom store deler av perioden.[208] Utviklingen i behandlingsmetoder ble diskutert, og ofte bidrog norske psykiatere selv med egne erfaringer og enkel empiri fra bruk av behandlingsmetoder for å vurdere metodenes effekt. Organisasjonsspørsmål om sinnssykevesenet ble også diskutert. Det ble også faglige og juridiske spørsmål vedrørende tvangsinnleggelser. Tvangsmiddelbruk på institusjon var imidlertid først på 1970-tallet tema for offentlig diskusjon i særlig grad. Det betyr imidlertid ikke at omtaler av tvangsmiddelbruk er helt fraværende i perioden før dette. Det har vært mulig å finne et fåtall ytringer om tvangsmiddelbruk i fagtidsskriftene, og disse har blitt tatt med i analysen i særlig artikkel 3.

Lærebøker i sinnssykepleie har også vært viktige kilder.[209] Disse ble skrevet og brukt som verktøy for kunnskapsoverføring. Derfor gir de nyttige innblikk i hvordan forfatterne ønsket å presentere sin profesjon. Bøkene kan også fortelle oss hva forfatterne så på som riktig og gal praksis, og hvilke holdninger de ønsket å innprente i de vordende sinnssykepleierne. Bøkene inneholder også konkret og praktisk informasjon om hvordan man skal og ikke skal håndtere og kontrollere utagerende pasienter.

Et sentralt dokument for studier av Reitgjerdets siste historie er granskningsrapporten om forholdene ved Reitgjerdet sykehus som ble utarbeidet i løpet av våren 1980 og ble publisert og overlevert til departementet 31. august samme år.[210] Granskingskommisjonen, som fikk navn etter sin leder, høyesterettsdommer Knut Blom, undersøkte situasjonen ved sykehuset i perioden 1975–1980. Den gikk igjennom en mengde dokumenter og gjennomførte flere intervjuer av pasienter, ansatte og ledelse. Resultatet ble en meget sterk kritikk av Reitgjerdet både på systemnivå og personnivå.

Jeg har også anvendt stortingsdokumenter, spesielt forarbeider, innstillinger, proposisjoner, forhandlinger og vedtak i forbindelse med arbeidet med spesiallovene til Kriminalasylet (1898), Reitgjerdet (1923) og lov om psykisk helsevern (1961).

[208] Dette diskuteres også i artikkel 3.
[209] Henrichs 1914; Evensen 1921; Dahlstrøm 1926; Ødegaard 1941. Se særlig artikkel 3.
[210] Blom, Bratholm & Hjort 1980.

Stortingsbehandlingen og vedtaket i 1982 om å legge ned Reitgjerdet sykehus og reorganisere den sikkerhetspsykiatriske sektoren i Norge har også blitt studert, sammen med spørsmålene om erstatning til pasientene.

Klausulert arkivmateriale

Det sentrale kildegrunnlaget for avhandlingen er arkivene bevart etter Kriminalasylet og Reitgjerdet. Disse har de siste årene vært på reise. Da jeg kom inn i prosjektet, var arkivene fysisk bevart i hovedbygningen til det som da het St. Olavs hospital, avdeling Brøset, men som en gang i tiden var hovedbygningen til Reitgjerdet sykehus. Etter en periodes lagring på et av skyllerommene her (med plomberte rør), ble arkivene ordnet og overlevert Statsarkivet i Trondheim. Etter det har begge arkivene blitt skannet og finnes nå som helhet i digital versjon. Formelt sett, siden arkivene er helsearkiver, skal de etter helsearkivforskriften overleveres Norsk helsearkiv. Derfor viser også alle arkivreferansene til Norsk helsearkiv i tråd med mappestrukturen og bestandsoversikten til den digitale versjonen, mens andre, tidligere historiske studier basert på samme materiale bruker andre arkivreferanser. I skrivende stund er det imidlertid ikke lagt noen plan for når arkivene fysisk skal overleveres til Norsk helsearkiv.

Arbeid med medisinske arkiv til historisk forskning krever en spesiell etisk aktsomhet. Arkivene til Kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus er, som med andre medisinske arkiv, unntatt offentlighet. Innsyn i arkivene og bruk av arkivenes opplysninger til forskningsprosjektet er godkjent etter søknad til Regional etisk komite (REK).[211] I arbeidet har jeg hatt ubegrenset tilgang til arkivmaterialet i digital form, lagret på en kryptert harddisk.

Pasientene er ikke anonymisert i arkivmaterialet. Utgangspunktet er at pasientene omtalt i forskningspublikasjonene ikke skal kunne identifiseres. I denne avhandlingen er det kun to pasienter som har blitt identifisert med navn med basis i arkivmaterialet. Disse var pasienter ved Kriminalasylet i asylets tidligste periode for over hundre år siden og var på grunn av sine forbrytelser kjente personer i sin samtid. Det var offentlig kjent at de var innlagt på Kriminalasylet. De har ingen etterkommere, og navnene deres har tidligere blitt offentliggjort i historisk forskningslitteratur.[212]

I norsk sammenheng er arkivene til Kriminalasylet og Reitgjerdet unike i den forstand at de er levninger etter to sikkerhetspsykiatriske institusjoner. De er også uvanlige fordi de er

[211] REK-godkjenningen (ref. 2010/2206) er gitt som en del av de større paraplyprosjektene *Galskapens fengsel* og *Mainnan i buret – kriminalpsykiatriske kunnskapspraksiser i norsk helse- og kriminalomsorg 1920–1990.*
[212] Se også artikkel 2.

bevart tilnærmet i sin helhet. Det finnes arkivmateriale fra de fleste psykiatriske institusjonene i landet, men mange av institusjonsarkivene har blitt ryddet på en slik måte at veldig mye har blitt kassert. Arkivene fra Kriminalasylet og Reitgjerdet inneholder i tillegg til pasientjournalene levninger fra det meste av institusjonenes virke, herunder årsberetninger (ufullstendig samling), avdelingsrapporter, inngående og utgående korrespondanse, møtereferater, klipparkiv, behandlingsprotokoller, tvangsmiddelprotokoller, personalmapper og mye, mye mer.

Pasientjournalene

Sentrum i de psykiatriske institusjonsarkivene er på mange måter pasientjournalene. Virksomheten sirkler rundt pasientene, og deres journaler er essensielle kilder for å forstå institusjonens mennesker, formål, virke og hverdag. Pasientjournalene starter med en nedtegnelse av pasientens sykehistorie (såkalt anamnese), som for sinnslidende pasienters del i stor grad betydde livshistorie. Dette er korte fortellinger om pasientenes liv og oppvekst før innleggelsen, i hovedsak basert på informasjon fra personer utenfor asylet. Videre kommer en status presens – altså informasjon om pasientens tilstand ved innleggelse. Deretter følger ulike nedtegnelser om pasientens oppførsel, endringer i sykdomsbilde og dokumentasjon på behandling. Innimellom finnes brev, notater om besøk eller henvendelser fra pårørende, korrespondanse om pasienten med andre institusjoner samt andre notater og dokumenter som ble oppfattet som relevante. Ofte kan nedtegnelsene være meget sporadiske, men journalene inneholder som regel likevel mer enn tilstrekkelig informasjon til at leseren kan skape seg et inntrykk av hvert enkeltindivid, om deres liv, om deres sykdom og behandling, om relasjonen til familien, til legene og til andre ansatte. Men her er det viktig å ta kildekritiske forbehold, noe jeg skal komme tilbake til.

Avdelingsrapportene

Bildet av pasientene og deres hverdag kan så utfylles med rapportene fra avdelingene. Disse ble skrevet av pleiere (kalt «voktere» i Kriminalasylets første år). Detaljgraden i disse rapportene varierer veldig gjennom årene. Særlig de første årene ved Kriminalasylet skrev overvokter Gunerius Skare utførlige rapporter om livet på asylet. Tonen i rapportene er nøktern og saklig. Rundt 1901 endret imidlertid disse rapportene karakter. Skiftet av overlege hadde nok en del å si. Tonen var fortsatt saklig, men trolig var Hans Evensen mindre opptatt

av vokterjournalen som kommunikasjonsverktøy. Beretningene i vokterrapportene ble mer kortfattede.[213]

Reitgjerdet var en langt større institusjon, og det tekstlige omfanget som avdelingsrapportene utgjør, er langt større. Rapportbøkene ble brukt som kommunikasjonsmiddel mellom pleiervaktene og mellom pleiere og legene når de gikk visitt. Pleierne hadde ulik skrivestil, men for det meste består Reitgjerdets avdelingsrapporter av helt kortfattede beskrivelser av siste vakts hendelser. Rapportene har et repetitivt preg, noe som nok var en gjenspeiling av en repetitiv hverdag på avdelingene. Likevel gir de et bedre innblikk i pasientenes dagligliv (herunder tvangsmiddelbruk) enn det pasientjournalene kan gi alene.

Protokoller over tvangsmiddelbruk

I arbeidet med å kvantifisere tvangsmiddelbruken har tvangsmiddelprotokollene fra institusjonenes arkiv samt dagsrapportene som ble produsert daglig ved Reitgjerdet i perioden 1923–1978, vært viktige kilder. Dagsrapportene gir mellom annet en skjematisk oversikt over antall pasienter ved de ulike avdelingene, innskriver og utskrivinger, samt en liste over pasienter underlagt isolasjon og (fra 1947) pasienter i reimseng. Dagsrapportene har også korte beretninger om viktige hendelser ved sykehuset.

Tvangsmiddelprotokollene gir oversikt over tvangsmiddelbruken på individnivå med oppføring av antall timer per døgn. Nøyaktigheten i disse oppføringene varierer imidlertid veldig gjennom perioden. Metodikken bak de kvantitative fremstillingene er gjort rede for i avhandlingens artikkel 1, og jeg vil ikke gå nærmere inn på det her.

Kontrollkommisjonen

Helt fra sinnssykelovens tid og frem til i dag har alle psykiatriske institusjoner vært påkrevd å ha en egen kontrollkommisjon.[214] Dette er og har vært en kanal pasientene kunne bruke for å klage på behandlingen, herunder bruk av tvang og eventuelle voldsovergrep. I Reitgjerdet-arkivet finnes en rekke brev fra pasientene til institusjonens kontrollkommisjon. Påstandene pasientene fremmet her, ble for det meste imøtegått av personalet eller betegnet av personalet som helt legitim maktbruk. Nå, flere tiår senere, er det vanskelig å avgjøre hvordan man skal tolke og vurdere slike ord-mot-ord-situasjoner. Det har jeg derfor i meget liten grad gjort. Pasientenes brev til kontrollkommisjonen og kommisjonens behandling av disse er imidlertid

[213] Riaunet 2014: 20–22.
[214] Se Sindssygeloven §7; Langfeldt (red.) 1963: 20–22; Psykisk helsevernloven §§6-1 til 6-5.

et godt utgangspunkt for å diskutere kontrollkommisjonens rolle i institusjonssystemet, noe som utgjør en del av analysen i artikkel 4.

Korrespondansearkiv

Både Reitgjerdet og Kriminalasylet har et omfattende korrespondansearkiv. Dette består av inngående brev og kopier av utgående brev om alle deler av virksomheten. Tematisk er denne delen av arkivet meget heterogent og inneholder omtale av alle sider ved institusjonenes praksiser. I korrespondansearkivet kan man finne for eksempel søknader om midler til inventar og utstyr samt bestillinger av det samme. Men arkivet inneholder også brevveksling med andre sinnssykehus og med nasjonale helsemyndigheter. Hva som er trivielt, og hva som er relevant, kommer selvsagt an på hvilke forskningsspørsmål man stiller. For min del har det vært verdifullt å finne kilder som dokumenterer bestillinger på behandlingsutstyr, belter og låseknapper. Korrespondansearkivet inneholder også brev hvor direktøren uttrykker bekymring over pasientbelegget og mangelen på kompetent personell. Det er mange brev med omtaler av pasienter, behandlingen de fikk, og hvorvidt det var utfordringer knyttet til å ha disse på institusjon. En gjentakende forekomst i arkivet er diskusjoner og forhandlinger med andre sinnssykehus om pasientbytte.

Departementsarkiv

For å få bedre oversikt over administreringen og politikken rundt institusjonene, samt fange opp mer av kommunikasjonen mellom institusjonene og sentrale myndigheter, har det vært nødvendig å undersøke relevante departementsarkiv hos Riksarkivet. Det gjelder særlig Sosialdepartementets og Justisdepartementets arkiver. Relevante mapper har blitt lokalisert gjennom å søke på «Reitgjerdet» og «Kriminalasylet» i søketjenesten på arkivportalen.no. Departementsarkivene inneholder korrespondanse, som oftest vedrørende driftsspørsmål, mellom institusjonene og departementet, noe som i praksis omfattet et bredt spekter av temaer. Her fant jeg enkelte av årsberetningene som mangler i institusjonsarkivene. Arkivmappene inneholder også tidvis korrespondanseutvekslinger om konkrete pasienter. Derfor er også dette arkivmaterialet klausulert, men søknad om innsyn er innvilget av Riksarkivet basert på REK-godkjenningen. Arkivene inneholder også plantegninger for utbygginger og renovasjoner samt korrespondanse vedrørende gjennomføringen av disse.

Mulige metode- og kildevalg for videre og utfyllende studie av tematikken

I studien av praksiser og holdninger knyttet til tvangsmiddelbruk ved Kriminalasylet og Reitgjerdet har jeg ikke hatt mulighet til å gjøre like inngående sammenligninger av andre institusjoner – verken i Norge eller i utlandet – som jeg skulle ønske. Kildetilgangen er utfordrende. Sekundærlitteraturen har brakt meg et lite stykke på vei, men dette begrenses av at det i sum er gjort veldig lite forskning på historiske tvangsmiddelpraksiser, både nasjonalt og internasjonalt. For den norske konteksten er Per Haaves *Ambisjon og handling* om Sanderud sykehus det mest relevante bidraget.[215] Ytterligere sammenligning med norske institusjoner har delvis latt seg gjøre ved hjelp av offentlige kilder. Det gjelder særlig utdragene fra årsberetningene og de kvantitative oversiktene slik de ble publisert i *Sinnssykehusenes virksomhet*. Vi vet imidlertid at tallmaterialet fra *Sinnssykehusenes virksomhet* har svakheter. Når det gjelder Kriminalasylet og Reitgjerdet, er det ikke alltid at tallene herfra stemmer overens med tallene fra tvangsmiddelprotokollene (se artikkel 1), og vi kan anta det også gjelder for de andre av landets psykiatriske institusjoner.

Tall hentet direkte fra tvangsmiddelprotokollene i arkivene til andre institusjoner ville kunne bidra til bedre forståelse av den nasjonale utviklingen i kulturer for tvangsmiddelbruk og gitt grunnlag for å presentere et bedre tallgrunnlag for komparasjon. Selv om flere av institusjonsarkivene har blitt ryddet og tvangsmiddelprotokollene her kastet, gjelder dette ikke alle institusjonsarkivene. En undersøkelse av tvangsmiddelprotokoller kunne også muligens utvides til å gjelde institusjoner utenfor Norge, selv om det antakelig vil komplisere arbeidet med å lage sammenlignbare statistiske serier. Når jeg ikke har undersøkt materiale fra andre institusjonsarkiver, er det av flere grunner. Det ene er at omfanget av forskningsprosjektet ville blitt for stort. Det andre er rent praktiske hensyn og spørsmål om innsyn i relevante arkiver. Tilgang til de norske arkivene krever en REK-godkjenning i hvert tilfelle, slik at det å lete etter slikt kildemateriale fra andre institusjoner enn Kriminalasylet og Reitgjerdet ville vært utenfor REK-godkjenningen til mitt forskningsprosjekt.

Når det gjelder studier av tvangsmiddelpraksiser i andre land, gir Lars-Eric Jönssons doktoravhandling *Det terapeutiska rummet. Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970* et innblikk i tvangsmiddelpraksiser ved svenske institusjoner, mens Phil Fennells bok *Treatment Without Consent. Law, psychiatry and the treatment of mentally disordered people since 1845* omhandler britisk behandlingspolitikk og -praksiser.[216] Disse arbeidene har en

[215] Haave 2008.
[216] Jönsson 1998; Fennell 1996. Se også kapittel 4.

annerledes vinkling enn min, men gir likevel mulighet til et innblikk i svenske og britiske forhold.

I Sverige utga Kungliga medicinalstyrelsen en ekvivalent til *Sinnssykehusenes virksomhet.* Navnet og sammensetningen på denne varierte noe over tid. I perioden 1911–1939 het den *Sinnessjukvården i riket*. I perioden før og etter inngikk denne i en større serie med opplysninger fra hele den svenske helse- og sykehussektoren. Her kan man finne omtaler og drøftinger av tvangsmiddelbruk, men det er ikke gjennomgående for perioden, og publikasjonene inneholder ikke tallmateriale over tvangsmiddelbruk slik den norske publikasjonen gjør. Derfor gir disse publikasjonene kun små muligheter til en komparasjon av norske og svenske praksiser. En grundigere sammenligning med utenlandske praksiser vil derfor kreve dypere arkivstudier. Her igjen kommer spørsmålet om tilgang opp. Vi kan anta at innsyn i utenlandske arkiver vil kreve godkjenninger tilsvarende REK-godkjenningen dette prosjektet har for Kriminalasylet- og Reitgjerdet-arkivet, noe som kan være en komplisert prosess. Dette er imidlertid høyst sannsynlig en fruktbar vei for videre forskning.

Intervju

Denne avhandlingen har ikke anvendt muntlige kilder. Her er det imidlertid et potensial. Intervju med tidligere pasienter har ikke blitt vurdert på grunn av de etiske begrensningene knyttet til dette. Men flere tidligere ansatte, også personer som var sentrale og markerte seg i personalkonfliktene på Reitgjerdet fra slutten av 1970-tallet, lever fremdeles og vil antakelig kunne bidra med personlige skildringer ikke bare om selve Reitgjerdet-saken, men også for å gi en utfyllende forståelse av institusjonen og dens indre liv. Vi snakker her imidlertid om forhold som nå er langt tilbake i tid, slik at viktige kildekritiske forbehold må tas. Likevel mener jeg at en større innhenting av minner fra Reitgjerdet vil kunne gi samfunnet svært verdifull ny kunnskap om institusjonen. Prosjektet *Galskapens fengsel* har hatt planer om å gjennomføre intervjuer av tidligere ansatte. Disse intervjuene skulle bidra til å dokumentere Reitgjerdets historie mer generelt og ikke bare rette blikket mot tvang og tvangsmiddelpraksiser. Prosjektet har søkt og fått godkjent gjennomføring og opptak av intervjuer hos Norsk senter for forskningsdata (NSD).[217] Ett intervju er gjennomført, men på grunn av ressursmangel og andre forhold ble det innenfor tidsbegrensningene til dette ph.d.-prosjektet ikke mulig å gjennomføre flere.

[217] Prosjektreferanse 304769.

Om å møte psykiatriske pasienter som tekst

Det å bruke pasientjournaler og medisinske arkiv i historisk analyse bringer med seg noen utfordringer. I boken *Pasienten som tekst* analyserte litteraturviter Petter Aaslestad pasientjournaler fra Gaustad i perioden 1890–1990. Her beretter han om hvordan det var å sette seg ned med psykiatriske pasientjournaler for første gang:

> Mitt første møte med journalene på Gaustad medførte […] en ubehagelig fornemmelse av å gå inn i *kikkerens* rolle. Interessen for den lukkede psykiatrien er – blant mange edle motiver – utvilsomt også næret av den mindre akseptable *vellyst* det gir, å få se dét andre holder skjult.[218]

Jeg skal ikke si at mitt møte med journalene ga noen skamfull følelse av voyeurisme, slik Aaslestad beskriver. Kanskje var det avstanden i tid mellom journalenes produksjon og min lesning som gjorde det enklere for meg. Aaslestad skriver selv at de tidligste journalene ga ham minst påtrengende «voyeur-sjenanse», fordi omgivelsene og konteksten rundt pasientene var mer ukjent sammenlignet med de nyeste journalene. Førsteutgaven av Aaslestads bok kom ut i 1997, så i arbeidet leste han journaler nedskrevet nesten helt opp til sin egen nåtid.

Jeg skal imidlertid ikke nekte for at jeg i mine første møter med pasientjournalene fra Kriminalasylet og Reitgjerdet fant pasientjournalene dypt fascinerende. Som historiker er jeg interessert i pasientene som historiske personer, og som sådanne har det ikke vært vanlig å få livet sitt skriftlig omtalt og berettet og bevart for ettertiden med den systematikk og i den detaljgrad som pasienter ved sinnssykehus fikk. Mens jeg bladde i dokumentene, skapte jeg meg mentale narrativer om disse menneskenes ofte mørke og dystre skjebner. Her finnes oppvekstberetninger med omtaler av familieforhold og sosioøkonomiske forhold. I tillegg finnes selvsagt beskrivelser av pasientene og deres sykdomstilstand i stort monn. Journalene beretter om depresjoner, innesluttethet, apati, utagering, psykoser, hallusinasjoner, opprør, voldshandlinger, selvskading, motstand og tilpasning, og alt dette inngår sammen med andre beretninger om dagliglivet på institusjonen. Her finnes også brevveksling med bekymrede pårørende både til og fra pasientene og asylets overlege. Savn er et gjennomgangstema, sammen med skildringer av pasienter som ikke er velfungerende nok til å kunne ha kontakt med sin familie og andre pårørende. Journalene fra Kriminalasylet og Reitgjerdet skiller seg også ut fra andre institusjonsarkiv i at de inneholder mange beskrivelser av vold – tidvis meget brutal vold. Ikke sjelden har pasientene også utført voldshandlinger eller oppført seg truende mot den nærmeste familien. Det er mye lidelse.

[218] Aaslestad 2007: 30.

Min fascinasjon i de første møtene med journalene kom av hvor nær jeg følte jeg kom disse livene. Detaljgraden og omfanget i beretningene er varierende, men tidvis veldig stor. Men, som andre som har forsket på psykiatriske pasientjournaler før meg også har poengtert, er det store begrensninger i hvor nær journalene i realiteten bringer en til pasientenes personlige erfaringer og liv. Svein Atle Skålevåg påpekte i sin doktoravhandling at man ikke måtte forveksle pasientjournalene med «en etnografisk beskrivelse av livet i asylet».[219] Og videre at:

> [d]e er ikke bilder av pasientene (selv om en del av dem faktisk inneholder fotografier av pasientene). De kan heller ikke ses som umiddelbare nedtegnelser av kliniske observasjoner (dvs medisinske observasjoner gjort i asylet). Journalene er tekstbrokker runnet ut av en anstalts daglige liv.[220]

Det journalene i all hovedsak formidler, er legenes og pleiernes utvendige observasjoner av pasienten – og kun de observasjonene de mente var medisinsk relevant for dem selv eller andre av personalet. Med noen unntak setter det grensen for hvor nær vi i realiteten kommer pasientene. Vi leser levninger fra personalets blikk på dem. Pasientens indre liv er ikke mulig å nå. Dette er en av årsakene til at jeg i avhandlingen har brukt dette enorme tekstmaterialet direkte som empiri i langt mindre grad enn jeg først trodde jeg ville gjøre. Som et bidrag til min kontekstuelle forståelse av institusjonene har journalene imidlertid vært uvurderlige.

Kildenes asymmetriske maktfordeling

Reitgjerdet og Kriminalasylet var preget av en fundamental skjev maktfordeling mellom personalet og pasientene. Denne asymmetrien gjennomsyrer kildematerialet. Det gjelder ikke bare pasientjournalene spesifikt, men institusjonenes arkiv som helhet. Materialet er skapt og springer ut av valg som er tatt av institusjonens leger, pleiere og ledelse. For pasientjournalene og avdelingsrapportene er det et viktig poeng at det i stor grad var det uvanlige som ledet til nedtegnelse i journalen. Endring i pasientens tilstand, og ikke minst situasjoner som krevde inngrep av en eller annen art, ble dokumentert. Kontinuitet, derimot, førte til taushet. Kriminalasylets andre bestyrer, Hans Evensen, var selv kritisk til journalen som verktøy og kilde. Han mente den var blitt til en «Rapportbog» og kun inneholdt opplysninger om «naar en Urotur begynder og ophører, hvad en Syg river itu, og hvor ofte

[219] Skålevåg 2003: 56.
[220] Samme sted.

han har været urenlig. […] [E]n methodisk, psykologisk Analyse af tilfældet, vil man udenfor enkelte udvalgte Kasus forgjæves lede etter».[221]

Et annet viktig spørsmål er hvordan asymmetrien i kildene påvirker muligheten til å studere hendelser og praksiser som kan være etisk vanskelige eller problematiske. Tvang og tvangsmiddelbruk faller inn under dette. Det er selvfølgelig svært vanskelig å si noe om hvilke hendelser som ikke ble nedtegnet i journalene. Men samtidig må vi huske at journalene og det meste av arkivet i helhet ikke ble skrevet eller skapt for et offentlig publikum.[222] Levningene og beretningene i arkivet var til intern bruk og ble skrevet for å sørge for god informasjonsflyt mellom ansatte og bistå den videre driften av institusjonen. Journalene ble skrevet for å dokumentere hvem pasientene var, hvordan sykdommen utviklet seg, og hvilken type behandling de fikk. Derfor er det grunn til å hevde at personalet skapte disse arkivene med et mål om å være oppriktig og nøyaktig i det de meddelte. Det underbygges av at journalene ved flere anledninger gjengir pasienters klager på behandlingen samt beskyldninger om overgrep.

Pasientenes stemmer og perspektiver er heller ikke fullstendig fraværende i materialet. Aaslestad viser til eksempler i sin studie der legen lar pasienten være forteller i journalens beretning.[223] Legen er forfatter, men pasientens stemme kan være gjengitt eller referert, da ofte i en fri indirekte stil, som skaper større avstand i teksten mellom pasienten og forfatteren, men i journalene jeg har lest, finnes det også eksempler på at pasientens utsagn er gjengitt som sitater. Det er likevel ikke til å komme unna at pasienten som forteller i kildene, kun får berette det legen tillater pasienten å berette.

Pasientene hadde også som nevnt mulighet til å ytre sin misnøye gjennom klager til kontrollkommisjonen. Der er pasientenes stemmer til stede i arkivet, selv om det nok ikke nødvendigvis betydde at de ble lyttet til av institusjonen.[224] I tillegg inneholder pasientmappene en mengde brev fra pasientene. Disse er adressert gjerne til overlegen eller andre ansatte. Vi har også en del brev fra pasientene til familiemedlemmer. Det er i dag vanskelig å vite den nøyaktige årsaken til at et brev adressert til en person utenfor institusjonen ligger i arkivet. Foruten brev til kontrollkommisjonen ble post både til og fra

[221] Sitert fra Skålevåg 2003: 373.
[222] Skålevåg hevder riktignok at dokumenteringskrav overfor kontrollkommisjonen var den viktigste begrunnelsen for at asylene måtte føre journaler ifølge sinnssykeloven av 1848, men at det foregikk et skifte i praksis her rundt år 1900. 1900-tallets journaler ble skrevet for å dokumentere pasientenes utvikling (Skålevåg 2003: 57).
[223] Aaslestad 2007: 41–45 og 76–81.
[224] Se artikkel 4.

pasientene kontrollert av personalet. I de fleste tilfellene der brevene er å finne i arkivet, var nok årsaken at de ble vurdert å være for preget av pasientenes sykdom og derfor ble holdt tilbake.[225] Men i noen tilfeller fikk adressaten anmodning om å sende brevet tilbake slik at det kunne bli arkivert i pasientens mappe. Brevenes art gjør dem veldig utfordrende å arbeide med som kilder som historiker. Noen ganger er det vanskelig å finne mening i innholdet, mens andre ganger er ikke sykdommen synlig i teksten. Hovedårsaken til at disse brevene så å si ikke er anvendt som empiri i denne avhandlingen, er imidlertid at de i veldig liten grad ga meg svar på mine forskningsspørsmål. I studien av tvangspraksiser på institusjonen er pasientenes oppfatninger og uttrykk absolutt relevante, men i brevkorrespondanse var det sjelden denne tematikken pasientene valgte å skrive om. Det at de ble holdt på institusjon mot sin vilje, var selvsagt en gjentakende tematikk. Det henger sammen med at brevene ofte er stilet til personer pasienten savner og gjerne skulle tilbrakt tid sammen med. Ytringer om selve behandlings- og kontrollpraksiser på institusjonen var det derimot lite av. Det rutinepregede livet på institusjon ble som regel forbigått raskt i pasientenes brev. I stedet spurte pasientene om livet utenfor institusjonen og ba om nytt fra livet til sine kjære.

Kildematerialet jeg har hatt tilgang til, speiler altså perspektivet til makthaverne i pasient–institusjon-relasjonen. Kanskje kan man også hevde at mitt utvalg av kilder har forsterket denne tendensen, men utvalget er gjort ut fra hvilke kilder som besvarer forskningsspørsmålene. En annen tilnærming og andre forskningsspørsmål vil kanskje enklere finne nytte i pasientbrevene og andre deler av arkivet der pasientenes stemmer mer direkte er til stede. Men maktens asymmetri i kildematerialet vil uansett være vanskelig å omgå. Det er en begrensning som må gå inn i de kildekritiske vurderingene som gjøres i møte med materialet, men er ikke en grunn i seg selv til ikke å anvende institusjonsarkiv i historiske undersøkelser, for det finnes få andre innganger til å studere og forstå institusjonenes indre liv og virke.

[225] Dette har flere sider. En sentral del av kritikken mot Reitgjerdet fra slutten av 1970-tallet var at det foregikk en utstrakt uberettiget brevsensur. Blom-kommisjonen la stor vekt på dette i granskningsrapporten om forholdene på Reitgjerdet (Blom, Bratholm & Hjort 1980. Se særlig side 61–64). Det kan være legitime grunner til å holde igjen brev eller nekte pasienten å motta post. Var Reitgjerdets grunner legitime? Blom-kommisjonens vurdering var at det ofte ikke var tilfelle i den perioden den gransket (1975–1980). Kommisjonen fant også påvist at pasienters brev ble ødelagt i stedet for å bli sendt ut eller arkivert. Hvordan praksisen rundt brevsensur har utviklet seg forut for disse årene, vet vi lite om utover det at brevsensur foregikk. Hva lå bak de individuelle valgene om å sensurere post? Var det på grunn av pasientens helsetilstand? Var det for å beskytte pasienten og/eller pårørende mot konsekvensene av sine egne skriverier, eller var det kanskje for å beskytte institusjonen og personalet mot beskyldninger – begrunnede eller ubegrunnede – som pasientene kom med i brevene? Kunne brevsensuren tidvis være et uttrykk for at en systematisk nedverdigelse av pasientene hadde befestet seg i Reitgjerdets personalkultur? Dette er relevante spørsmål som det ikke er rom for å gå videre inn på her.

Kapittel 6: Presentasjon av artiklene

Denne avhandlingen består av fire selvstendige artikler. Samlet gir artiklene en analyse av historien til Kriminalasylet og Reitgjerdet med særlig vekt på utviklingen av tvangsmiddelpraksiser og disse praksisenes relasjon til forståelsen av humanitet i behandlingen i perioden 1895 til cirka 1980. Psykiatriens doble funksjon som behandlende og kontrollerende profesjon er en rød tråd gjennom hele avhandlingen. Det samme er tilstedeværelsen av tvangsmiddelbruk som et kontrollverktøy. Kontrollverktøyene har gjennomgått en teknologisk utvikling. De fysiske tvangsmidlene har endret seg. Jernlenkene ble erstattet av belter og lærreimer med kneppelåser som gjorde dem enklere og raskere å feste. Nye sedativer og nye medisiner har blitt tatt i bruk. Ny og mer virkningsfull medisin på 1950-tallet endret synet på kjemisk tvang. Da sluttet man å snakke om «den kjemiske tvangstrøye», fordi kjemikaliene som ble gitt pasientene, ikke lenger ble regnet som kontrollmidler, men som behandlingsmidler. Men også de nye medisinene hadde sedativ effekt. Prinsippene som har ligget til grunn – innesperring, fastbinding og bedøving – har vært de samme. Heri ligger det en tydelig kontinuitet gjennom perioden.

Artiklene viser imidlertid også at det var en tydelig endring i det moralske og faglige synet på tvangsmidler i den undersøkte perioden. Gjennom hele perioden har det eksistert en forståelse av humanitet og human behandling som psykiatriens praksiser ble vurdert opp mot. Den psykiatriske profesjonen var selv opptatt av dette. Behandlingen måtte være human. Men hva ville det si i praksis? Og i hvor stor grad var det akseptert å gå på akkord med idealene om human behandling i møte med pasientenes farlighet og fordi de fysiske, økonomiske og personalmessige rammene ikke var optimale? Utviklingen her var ikke rettlinjet frem mot dagens humane standarder. Selv om menneskerettighetene i dag står juridisk sterkere enn før, og bruken av tvang i dag er tydeligere regulert enn før, betyr ikke det at det gjennom historien har vært en kontinuerlig sterkere vektlegging av individets integritet og menneskerettigheter. Diskusjonene omkring humanitet i institusjonsbehandlingen var mye mer fremtredende tidlig på 1900-tallet enn på 1960-tallet.

Dette er imidlertid ikke det samme som å hevde at situasjonen i norske sinnssykeasyl i den tidlige delen av perioden var uten problematiske sider. Det var trange forhold, pasienttallene var høye, de gamle institusjonene var slitte, underdimensjonerte og underfinansierte, og det fantes i realiteten ikke fungerende behandlingsmetoder foruten arbeidsterapien og den faste og forutsigbare hverdagen. Tvangsmiddelbruken var heller ikke fraværende. Det var utstrakt bruk av isolasjon, og ulike former for kjemisk bedøving ble

anvendt for å holde pasientene rolige. Men likevel er det interessant å se hvordan den moralske avvisningen av mekanisk tvang ved inngangen til perioden står i kontrast til den rutinemessige reimingen mange pasienter opplevde på Reitgjerdet i 1960- og 1970-årene. Den kanskje viktigste lærdommen fra Reitgjerdets historie er den etiske utglidingen som kan skje hvis storsamfunnet ikke følger med.

Artikkel #1, «Humane treatment versus means of control: coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978», er en kombinert kvantitativ og kvalitativ analyse av tvangsmiddelbruk ved Kriminalasylet og Reitgjerdet. Den presenterer og diskuterer kvantitative oversikter over tvangsmidlenes bruk sammen med en metodologisk gjennomgang. Tallene diskuteres samtidig opp mot utviklingstrekk i norsk psykiatri og sikkerhetspsykiatri generelt og ved de to institusjonene spesielt. Sentrale problemstillinger berører omfanget av tvangsmiddelbruken og endringer i praksis. Artikkelen diskuterer også hvordan tvangsmiddelbruk har blitt påvirket av endringer i lederskap, reguleringer, bygningsforhold, nye teknologier og oppmerksomhet fra myndighetshold og storsamfunnet. På mange måter er denne artikkelen en oversiktsartikkel som tar opp flere momenter som behandles mer grundig i de andre artiklene. Innsamlingen, systematiseringen, utregning og presentasjonen av det kvantitative datamaterialet har jeg gjort i samarbeid med andreforfatter Øyvind Thomassen, mens jeg som førsteforfatter har skrevet teksten og gjort det kvalitative kilde- og analysearbeidet. Denne artikkelen ble publisert i 2019 i *History of Psychiatry* vol. 30(4).[226]

De andre tre artiklene anvender delvis noe av tallmaterialet fra artikkel 1 og presenterer en mer dyptpløyende kvalitativ analyse av problemområdet og praksiser ved institusjonene og deres samfunnsmessige kontekst.

Artikkel #2, «Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915», ble publisert i 2019 i *Historisk tidsskrift* vol. 98(1).[227] Den tar for seg Kriminalasylets tvangspraksiser under asylets to første bestyrere: Waldemar Bødtker og Hans Evensen. Artikkelens hovedpoeng er at Kriminalasylets spesielle mellomposisjon som fengsel og psykiatrisk institusjon medførte at bestyrerne hadde en todelt tilnærming til tvangsmiddelbruk og i vurderingen av denne opp mot idealet om human behandling. Overfor de fleste pasientene førte Bødtker og Evensen en tvangsmiddelpraksis i tråd med datidens idealer,

[226] Rabben & Thomassen 2019b.
[227] Rabben & Thomassen 2019a.

samtidig som enkeltpasienter som ble oppfattet som særlig farlige, ble underlagt et tvangsregime med kontrollmetoder hentet fra fengselsvesenet. Problemstilling og hovedargument har jeg utarbeidet i samarbeid med andreforfatter Øyvind Thomassen. Thomassen har også bidratt med tilrettelegging, identifisering og innledende analyse av relevant kildemateriale. Skrivearbeidet er i hovedsak gjort av meg som førsteforfatter, men med noe bidrag fra Thomassen.

Artikkel #3, «Tvangsmidler i norsk psykiatri ca. 1900–1950: Kasus Reitgjerdet», er antatt for publisering i *Historisk tidsskrift.* I skrivende stund er den planlagt publisert i vol. 99(2) i 2020. Denne artikkelen gjør en historisk analyse av institusjonspsykiatriens etiske og faglige vurderinger og praksiser vedrørende tvangsmiddelbruk i perioden. Artikkelen studerer den faglige debatten om tvang slik den har fremstått i læreverk i sinnssykepleie og den psykiatrifaglige debatten i perioden, samt konkret praksis ved Reitgjerdet asyl fra åpningen i 1923. Artikkelens hovedpoeng er at den norske psykiatriske profesjonen ved starten av perioden knyttet den vitenskapelige psykiatriens opprinnelse til opplysningstidens humanisering av sinnssykebehandlingen og et mål om total avskaffelse av mekanisk tvang. Artikkelen tydeliggjør den brede oppslutningen *no-restraint* hadde som program i norsk psykiatri fra slutten av 1800-tallet og et stykke inn i det 20. århundre. Isolasjon og kjemiske tvangsmidler ble regnet som de mest humane alternativene. Fra 1940-tallet var imidlertid mekaniske tvangsmidler foretrukket, og artikkelen diskuterer årsaker til endringene.

Artikkel #4, «Der tiden stod stille? Reitgjerdet psykiatriske sykehus 1960–1978», omhandler Reitgjerdets historie i de to siste tiårene frem til den såkalte Reitgjerdet-skandalen, som startet da en pasient i oktober 1978 fikk hjelp av en av sykehusets leger til å rømme. Den vedvarende kritiske mediedekningen og undersøkelser av sykehusets praksiser hadde sin årsak i det de fleste mente var inhumane behandlingspraksiser ved sykehuset. Artikkelen bruker tallmateriale over tvangsmiddelbruk i perioden som en indikator på behandlingskvalitet og humanitet i behandlingen. Den identifiserer tidlig 1960-tall som et vendepunkt, noe som sammenfaller med viktige hendelser både i norsk psykiatrihistorie generelt og ved Reitgjerdet spesielt. Etter introduksjonen av psykofarmaka sank tvangsmiddelbruken ved Reitgjerdet, men økte igjen fra 1963 av. Artikkelen ser denne utviklingen i sammenheng med hendelser og utviklingstrekk i norsk psykiatri generelt og for Reitgjerdet spesielt, herunder ny lov om psykisk helsevern i 1961, mangel på kompetent personale, nytt sykehusbygg tatt i bruk ved Reitgjerdet i 1961 samt overføringen av pleiere og pasienter fra Reitgjerdet fra Kriminalasylet i 1963. Artikkelen argumenterer også for at Reitgjerdet var i en begynnende moderniseringsprosess i 1978. Artikkelen er foreløpig

planlagt publisert i løpet av 2021 i en fagfellevurdert spesialutgave av *Trondhjemske samlinger*.

Referanseliste

Allison, L. & Moncrieff, J. (2014). 'Rapid tranquillisation': an historical perspective on its emergence in the context of the development of antipsychotic medications. *History of Psychiatry,* 25(1), 57–69.

Andresen, A., Rosland, S., Ryymin, T. & Skålevåg S.A. (2015). *Å gripe fortida : Innføring i historisk forståing og metode* (2. utgave). Oslo: Samlaget.

Appleby, J., Hunt, L. & Jacob, M. (1994). *Telling the truth about history.* New York & London: W.W. Norton and Company.

Bernt, J.F. et al. (2009). *Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven : Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370).* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 23.03.2020 fra https://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Vurd09_behandlsvilkaar_psyk_helsevern.pdf

Berrios, G.E. & Porter, R. (red.) (1995). *A history of clinical psychiatry : The origin and history of psychiatric disorders*. New York: New York University Press.

Birkeland, H. (2017). *Behandling av sinnssyke pasienter på Eg asyl i periodene 1935–1939 og 1955–1959.* Masteravhandling. Kristiansand: Universitetet i Agder.

Bjørhovde, V. (1988). Del II: Garden, sykehuset og lokalsamfunnet. I V. Bjørhovde, S. Haugerud & G. Nilsen, *Presteseter sykehus 75 år : et psykiatrisk sykehus i utvikling 1913–1988* (s. 63–118). Reinsvoll: Sykehuset.

Blom, K., Bratholm, A. & Hjort, J. (1980). *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*. Oslo: [s.n.].

Blomberg, W. (1990). *For døve ører : vold- og makt-ofrene, psykiatrien og den store taushetsplikta*. Oslo: Gyldendal.

Blomberg, W. (1993). *Karoline og vitenskapen : et psykiatrihistorisk eksempel*. Oslo: Gyldendal.

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

Borgan, V. & Søraa, G. (1972). *Rotvoll 1872–1972 : Fra asyl for sindssyge til psykiatrisk sykehus.* Trondheim: Adresseavisens boktrykkeri.

Braslow, J. (1997). *Mental ills and bodily cures : psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*. Los Angeles: University of California Press.

Bøe, J.B. (1993). *De utsatte : psykiatriske pasienter i privatpleie på Jæren 1950–1970.* Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, J.B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn : linjer i sinnssykepleiens historie.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Christensen, S. (2019). *«Indimellom er han villig og snil» : Hvordan blir Kriminalasylets pasienter og deres sykdom og lidelse omtalt i pasientjournalene i perioden 1895–1915*? Masteravhandling. Trondheim: NTNU.

Clemetsen, D. et al. (1982). *Rapport fra Erstatningsutvalget – Reitgjerdet.* Oslo: Sosialdepartementet.

Conolly, J. (2013 [1856]). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry : Studies in existentialism and phenomenology*. London: Tavistock Publications.

Dahl, H. (2018). *Institusjonaliseringen av farlighet, sinnssykdom og samfunnsvern i Norge: En studie av farlige kriminelle sinnssyke pasienter i Kriminalasylet og Reitgjerdet asyl, 1895–1940*. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU.

Dahl, H. & Thomassen, Ø. (2015). Om sikring og farlighetserklæringer – sikkerhetspsykiatrien etableres. *Tidsskrift for strafferett*, 15(2), 178–196. Hentet 07.04.2020 fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_strafferett/2015/02/om_sikring_og_farlighetserklaeringer_sikkerhetspsykiatrien

Dahlstrøm, S. (1926). Pleie av sinnslidende. I K. Grøn & S. Widerøe (red.), *Lærebok i sykepleien* (s. 333–350). Oslo: H. Aschehoug & Co.

Eliassen, K.O. (2016). *Foucaults begreper*. Oslo: Spartacus.

Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2006). Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. (LOV-2006-06-30-45). Hentet 23.03.2020 fra https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2006-06-30-45

Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017). Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) (LOV-2017-02-10-6). Hentet 23.03.2020 fra https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-02-10-6

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

Evensen, H. (1905). Grundtrækkene i det norske sindssygevæsens udvikling i de sidste 100 aar (Prøveforelesning i den medicinske doktorgrad over opgivet emne). *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, (25)2, 21–28 og (25)3, 63–72

Evensen, H. (1921). *Haandbok i sindssykepleie*. Kristiania: H. Aschehoug & Co.

Falkanger, Aa.T. (2018). Kronikk: Isolasjon av psykisk syke innsatte er uverdig. Hentet 25.03.2020 fra https://www.sivilombudsmannen.no/aktuelt/isolasjon-av-psykisk-syke-innsatte-er-uverdig/

Fause, Å. (2007). *«Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa» : Sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891–1940.* Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Fennell, P. (1996). *Treatment without consent : law, psychiatry and the treatment of mentally disordered people since 1845.* London & New York: Routledge.

Forskrift om tvungent psykisk helsevern. (2000). Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på institusjon (FOR-2000-11-24-1174). Hentet 20.03.2020 fra https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-11-24-1174

Foucault, M. (1961/2001). *Madness and civilization : a history of madness in the age of reason.* London & New York: Routledge.

Foucault, M. (1999). Galskapens historie i opplysningens tidsalder (3. utg. ed., Fakkel). Oslo: Gyldendal.

Foucault, M. (2006a). *History of madness*. London & New York: Routledge.

Foucault, M. (2006b). *Psychiatric power : lectures at the Collège de France 1973–1974.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Fygle, S. (2002). *Marmor og menneskeskjebner : Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø: Nordlandssykehuset Bodø Psykiatri.

Garpenhag, L. (2012). *Kriminaldårar : sinnessjuka brottslingar och straffrihet i Sverige, ca 1850–1930.* Doktoravhandling. Uppsala: Uppsala universitet.

Goffman, E. (1961). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin.

Grunnloven (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet 24.03.2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17

Haugerud, S. (1988). Del I: 75 år i psykiatriens tjeneste. I V. Bjørhovde, S. Haugerud & G. Nilsen, *Presteseter sykehus 75 år – et psykiatrisk sykehus i utvikling 1913–1988* (s. 13–62). Reinsvoll: Sykehuset.

Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)* (Ot.prp. nr. 11 (1998–99)). Hentet 27.03.2020 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/

Henrichs, J.S. (1914). *Sindssykepleien i dens grundtræk*. Kristiania: [s.n.].

Hess, V. & Majerus, B. (2011). Writing the history of psychiatry in the 20th century. *History of Psychiatry*, *22*(2), 139–145.

Hill, R. G. (1839). *Total abolition of personal restraint in the treatment of the insane : a lecture on the management of lunatic asylums and the treatment of the insane, delivered at the Mechanics' Institution, Lincoln, on the 21st of June, 1838 : with statistical tables, illustrative of the complete practicability of the system advocated in the lecture.* London : Simpkin, Marshall and Co. Hentet 03.04.2020 fra https://archive.org/details/b21292036/page/n3/mode/2up

Hill, R. G. (1857). *A Concise History of the Entire Abolition of Mechanical Restraints in the Treatment of the Insane; And of the Introduction, Success and Final Triumph of the Non-Restraint System.* London: Longman, Brown, Green and Lomans

Hjort, H. (2005). A personal comment on Einar Kringlen's 2004 article in History of Psychiatry. *History of Psychiatry*, *16*(2), 253–254.

Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment—a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *7*(197). doi: 10.3389/fpsyt.2016.00197

Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling : Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.

Justis- og politidepartementet (1894). *Om bevilgning til Anlæg og Drift af et midlertidig Kriminalasyl i det nedlagte Afdeling B Trondhjems Strafanstalt.* (Sth. Prp. No. 73). Hentet 27.03.2020 fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1894&paid=2&wid=b&psid=DIVL1125

Jönsson, L.-E. (1998). *Det terapeutiska rummet : rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970.* Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var : en innføring i historiefaget.* Oslo: Universitetsforlaget.

Knutzen, M. (2013). *Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger : hvordan brukes de og hva kjennetegner pasientene?* Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.

Kolstad, A. (2005). Development of 'psychiatry' and the mental health services in Norway. *History of Psychiatry*, *16*(2), 247–252.

Kragh, J.V. (2010a). Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. *History of Psychiatry*, *21*(4), 471–486.

Kragh, J.V. (2010b). Shock therapy in Danish psychiatry. *Medical History, 54*(3), 341–364.

Kragh, J.V. (2010c). *Det hvide snit : psykokirurgi og dansk psykiatri 1922–1983.* Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Kragh, J.V. (2018). *Sikringen : forbrydelse, farlighed og foranstaltninger : sikkerhedsafdelingen i dansk psykiatri 1918–2018.* Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Kringlen, E. (2004). A history of Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry, 15*(3), 259–283.

Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm.

Kringlen, E. (2012). History of Norwegian psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry, 66*(sup1), 31–41. doi: 10.3109/08039488.2011.638726

Kringstad, H. (1986, 13. Desember). Reitgjerdet-pasient for 400 000 kr. *VG,* 6. Hentet 17.04.2020 fra https://www.nb.no/items/d6ac0c7f8b5338fdb22b91649d18e0b8

Laing, R.D. (1960/2010). *The divided self : an existential study in sanity and madness*. London: Penguin.

Langfeldt, G. (red.) (1963). Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. Oslo: Aschehoug. Hentet 12.04.2020 fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2017050848020

Lillevold, E. (1953). *Sanderud sykehus i 150 år.* Brummunddal: Haaves Boktrykkeri.

Lov angaaende Kriminalasylet, 30. april 1898. Sitert fra P.I. Paulsen (red.) *Norges lover 1672–1936.* Oslo: Det juridiske fakultet, 506. Hentet 27.03.2020 fra https://www.nb.no/items/46287cf6e81a805338374ad6ca4c247c

Lov om Reitgjerdet asyl, 7. juli 1922. Sitert fra P.I. Paulsen (red.) *Norges lover 1672–1936.* Oslo: Det juridiske fakultet, 1473. Hentet 27.03.2020 fra https://www.nb.no/items/46287cf6e81a805338374ad6ca4c247c

Ludvigsen, K. (1998). *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820–1920.* Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.

Mamen, H.C. (red.) (1955). *Dikemark sykehus 1905–1955.* Oslo: Dikemark sykehus.

McCrae, N. (2006). 'A violent thundersstorm'. Cardiazol treatment in British mental hospitals. *History of Psychiatry, 17*(1), 67–90.

Menneskerettsloven (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (LOV-1999-05-21-30). Hentet 24.02.2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30

Micale, M.S. (2014). The ten most important changes in psychiatry since World War II. *History of Psychiatry, 25*(4), 485–491.

Micale, M.S. & Porter, R. (red.) (1995). *Discovering the history of psychiatry.* Oxford: Oxford University Press.

Mundal, M. (2019). *Sjokkbehandling – mirakelkur eller kontrollverktøy? En studie av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ved Reitgjerdet asyl i perioden 1938–1951*. Masteroppgave i historie. Trondheim: NTNU.

Myhre, E. (2016). *Farlige menn : Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895–1940*. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU.

Nerland, T.K. (2017). *«Dette er Reitgjerdet – gærne folk overalt». Lobotomi ver Reitgjerdet i perioden 1948–1953.* Masteroppgave i historie. Trondheim: NTNU.

Norsk psykiatrisk forening (2019). Høringsuttalelse ved NOU 2019: 14 Tvangslovsutvalget. Hentet 27.03.2020 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensningsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?uid=6098bd35-1eef-4900-9564-dffca1c8748b

NOU 1988: 8 (1988). *Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Oslo: Sosialdepartementet. Hentet 08.04.2020 fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008072400026

NOU 2011: 9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra 06.04.2020 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/

NOU 2019: 14 (2019). *Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 06.04.2020 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/

Ose, E. (red.). *Frå sindssygeasyl til psykiatrisk sykehus : Neevengården – Sandviken sykehus 1891–1991*. Bergen: Alma Mater forlag.

Overlægen for sinnssykevesenet (1925). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1923* (Norges offisielle statistikk VII. 162). Oslo: H. Aschehoug & Co. Hentet 27.03.2020 fra https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_vii_162.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 23.03.2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Pietikainen, P. (2015). *Madness : a history.* London & New York: Routledge.

Porter, R. (1987). A social history of madness : The world through the eyes of the insane. New York: Weidenfeld & Nicolson.

Porter, R. (2002). *Madness : a brief history.* Oxford: Oxford University Press.

Poulsen, H.D. (2000). Den skjulte tvang. I H.D. Poulsen, P. Gottlieb & H. Adserballe (red.), *Ret og tvang i psykiatrien*. København: Munksgaard.

Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet 23.03.2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62

Rabben, M.B. & Thomassen, Ø. (2019a). Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915. *Historisk tidsskrift, 98*(1), 68–86. doi: https://doi.org/10.18261/issn.1504-2944-2019-01-05

Rabben, M.B. & Thomassen, Ø. (2019b). Humane treatment versus means of control: coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978. *History of Psychiatry, 30*(4), 424-442. doi: https://doi.org/10.1177/0957154X19867256

Retterstøl, N. (red.) (1995). *Gaustad sykehus 140 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Riaunet, Å. (2014). *Oppdrag, pasienter og praksiser : Kriminalasylet i Trondheim 1895–1905*. Masteroppgave. Trondheim: NTNU

Rosenqvist, R. (2007). Omsorgen for kriminelle, psykotiske pasienter. *Tidsskrift for Strafferett*, *2007*(4), 374–390.

Rosenqvist, R. (2018a). Fengslet og forlatt. *Aftenposten* 18.04.2018. Hentet 12.11.2019 fra https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/ddpjMJ/fengslet-og-forlatt-randi-rosenqvist

Rosenqvist, R. (2018b). Psykotisk, fengslet og alene. *Tidskrift for Den norske legeforening, 138*(15). doi: 10.4045/tidsskr.18.0529

Rothman. D. (1971/1990). *Discovering the asylum : social order and disorder in the new republic.* Boston: Little, Brown and Company.

Schaanning, E. (1997). *Vitenskap som skapt viten : Foucault og historisk praksis.* Oslo: Spartacus.

Scull, A. (1979). *Museums of madness : The social organization of insanity in nineteenth-century England*. New York: St. Martin's Press.

Scull, A. (1989). *Social order/mental disorder : Anglo-American psychiatry in historical perspective.* Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

Scull, A. (1990). Michel Foucault's history of madness. *History of the Human Sciences*, *3*(1), 57–67.

Scull, A. (2006). *The Insanity of Place/The Place of Insanity : Essays on the history of psychiatry.* London & New York: Routledge.

Scull, A. (2015). *Madness in civilization : a cultural history of insanity from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine.* Princeton & Oxford: Princeton University Press.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry : from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: Wiley.

Sigurjónsdóttir, M. (2009a). Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *129*(8), 764–766.

Sigurjónsdóttir, M. (2009b). Sikkerhetspsykiatrien trenger flere sengeplasser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *129*(8), 767–768.

Sindssygeloven (1848). Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining. Sitert fra P.I. Paulsen (red.) *Norges lover 1672–1936.* Oslo: Det juridiske fakultet, 111–113. Hentet 26.03.2020 fra https://www.nb.no/items/46287cf6e81a805338374ad6ca4c247c

Sjong, E. (1970). *«Spandet» : Østmarka sykehus 50 år 1919–1969*. Orkanger: Orkla Trykk.

Sjögren, S. (1997). *Party or patient? : discursive practices relating to coercion in psychiatric and legal settings*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Skålevåg, S.A. (2002) Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820–1920. *History of Psychiatry*, 13(1), 51–68.

Skålevåg, S.A. (2003). *Fra normalitetens historie : sinnssykdom 1870–1920.* Rapport 2003(10). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Skålevåg, S.A. (2016). *Utilregnelighet : en historie om rett og medisin.* Oslo: Pax.

Skjølsvold, T.M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn : en introduksjon til STS.* Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Sosialdepartementet (1981). *Om endring av proposisjonen om nedleggelse av driften ved Reitgjerdet sykehus og om fullmakt til å føre forhandlinger om avhendelse av eiendommen eller deler av denne.* (St.prp. nr. 47 (1981–82)). Hentet 27.03.2020 fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Saksside/?pid=1981-1985&mtid=45&vt=a&did=DIVL39994

Sosial- og helsedepartementet (1998). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven).* (Ot.prp. nr. 11 (1998–99)). Hentet 23.03.2020 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld. nr. 25 (1996–97)). Hentet 25.03.2020 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

Statistisk sentralbyrå (1940). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938* (Norges officielle statistikk. 193/9). Oslo: Aschehoug & Co. Hentet 27.03.2020 fra https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_ix_193.pdf

Statistisk sentralbyrå (1946). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1942* (Norges offisielle statistikk. 118/10). Oslo: Aschehoug & Co. Hentet 20.04.2020 fra https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_x_118.pdf

Store norske leksikon (2018, 14. mai). human. Hentet 16. mai 2019 fra https://snl.no/human

Storvik, M. & Førde, R. (2018, 17. januar). tvang. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 23. mars 2020 fra https://sml.snl.no/tvang

Straffeloven (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet 08.04.2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28

Studenmaier, J.M. (1989). *Technology's Storytellers : Reweaving the Human Fabric.* Cambrigde & London: The Society for the History of Technology/MIT Press

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.

Szasz, T. (1970). *The manufacture of madness : a comparative study of the inquisition and the mental health movement*. New York: Harper & Row.

Szasz, T. (2007). *Coercion as cure : a critical history of psychiatry*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Søndenaa, E., Gudde, C. & Thomassen Ø. (2015). Patients with intellectual disabilities in the forensic asylums 1915–1982: before admission. *Scandinavian Journal of Disability Research, 17*(1),14–25.

Thomassen, Ø. (2010). Diagnosing the criminal insane in Norway 1895–1915. I A. Andresen, W. Hubbard & T. Ryymin (red.), *International and local approaches to health and health care.* Oslo: Novus, 79–98.

Tjelmeland, S. (2010). *I det trygge huset : Valen sjukehus gjennom hundre år.* Valen: Valen sjukehus.

Tranøy, J. (1990). *Forfalskningen av lobotomiens historie på Gaustad sykehus.* Stensilserie nr. 64. Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet 14.04.2020 fra *https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2010100709024*

Tranøy, J. (1993). *I sinnssykehusets vold : innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Oslo: Pax.

Tranøy, J. (1995). *Psykiatriens kjemiske makt*. Oslo: Spartacus.

Tranøy, J. (1999). *«Til pasientens beste» : behandling, makt og pasientprotest i norsk psykiatri*. Oslo: Forum Aschehoug.

Tranøy, J. & Blomberg, W. (2005). Lobotomy in Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry*, *16*(1), 107–110. doi: 10.1177/0957154X05052224

Tranøy, J. & Lande, B. (2009). *Reitgjerdet ødela mitt liv*. Oslo: Lanser forlag.

Trætteberg, K. & Seier, L.S. (1986). Reitgjerdet sykehus – hvilket behov bør det fylle – og hvor lenge? *Lov og Rett*, *70*(7), 373–374.

Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C.M., Hoffmann, K.-M., Pelto-Piri, V., … Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(8), 1297–1308. doi: 10.1007/s00127-015-1032-3

Winge, P. (1911). *Historisk fremstilling af den norske administrative sindssygerets udvikling.* Kristiania: Grøndal & Søns bogtrykkeri.

Winge, P. (1913). *Den norske sindssygeret : historisk fremstillet. Bind 1.* Kristiania: Dybwad.

Winge, P. (1915). *Den norske sindssygeret : historisk fremstillet. Bind 2.* Kristiania: Dybwad.

Winge, P. (1916). Den norske sindssygeret: historisk fremstillet. Tredje bind. *Skrifter. I. matematisk-naturvitenskapelig klasse, 1916 annet bind*(11). Kristiania: *Videnskabsselskabet i Kristiania*

Ødegaard, Ø. (1941). Sinnslidelser. I A. Jervell (red.), *Lærebok for sykepleiersker. Bind III.* (s. 160–200). Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Øien, V.J. (2015). *Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri : en studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895–1915.* Masteravhandling. Trondheim: NTNU.

Øgaard, I.M.S. (2015). Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923. Masteravhandling. Trondheim: NTNU. Hentet 07.04.2020 fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/299532

Åsebø, S. & Norman, M.G. (2016, 21. november). Sykehuslogger avslører: Pasienter bindes fast ulovlig. *VG*, 6–11.

Åsebø, S. & Norman, M.G. (2016, 22. november). Kontrollkommisjonene i psykiatrien: Grep ikke inn mot ulovlig beltetvang. *VG*, 12–15.

Åsebø, S. & Norman, M.G. (2016, 29. november). Legges i belter når legene drar på ferie. *VG*, 12–14

Aaslestad, P. (2007). *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990.* Oslo: Universitetsforlaget.

Artikkel #1. Humane treatment versus means of control: coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978[*]

Magne Brekke Rabben

Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

Øyvind Thomassen

Norwegian University of Science and Technology and St. Olavs Hospital, Trondheim

Corresponding author:

Magne Brekke Rabben, Norwegian University of Science and Technology (NTNU),

Department of Historical Studies, NO-7491 Trondheim, Norway.

E-mail: magne.brekke.rabben@ntnu.no

[*] Denne versjonen er såkalt post-print-versjon. Det vil si etter fagfellevurdering og språkvask. Etter det er det kun gjort endringer i formatering og rettet korrekturfeil. Den publiserte versjonen finnes i *History of Psychiatry* vol. 30(4). https://doi.org/10.1177/0957154X19867256

Abstract
This article analyses the use of coercive measures at two national institutions for high-security psychiatry in Norway – Kriminalasylet (Criminal Asylum) and Reitgjerdet – during the period 1895–1978. Historical study of coercion in psychiatry is a fruitful approach to new insight into the moral and ethical considerations within the institutions. We approach the topic through a qualitative study of patient case files and ward reports from the institutions' archives, as well as a comprehensive quantification of the coercive measures used. The data show shifting considerations of humane treatment and changes in the respect for human dignity in the institutions' practices. They also show that technological developments, such as the introduction of new psychopharmaceuticals, did not necessarily lead to higher standards of treatment.

Keywords
Coercion, ethics, high-security psychiatry, history, mechanical restraints, Norway, seclusion

Introduction

In this article, we study the use of coercion at two national institutions for high-security psychiatry in Norway – Kriminalasylet (the Criminal Asylum) and Reitgjerdet – during the period 1895–1978. The use of coercive measures, such as seclusion, mechanical restraint and chemical/pharmacological restraint, is perhaps the most intrusive act that society can inflict on its members. While coercion may be used for various reasons, it is mostly legitimized by the need for control, security and protection. Psychiatric institutions are charged with the task of treating their patients; but at the same time, they are expected to protect their patients from themselves and other patients, and to protect society from their – potentially dangerous – patients. These tasks are sometimes incompatible. In such cases, medical personnel at the institutions face the difficult task of balancing the ideals of human dignity, humane treatment, and patient autonomy versus the need for security measures. Therefore, the study of coercion can generate important insight into the moral and ethical considerations within psychiatric institutions.

We engage with this topic by examining and contextualizing the use of coercive measures at Kriminalasylet and Reitgjerdet. This is done on the basis of both a qualitative source study and quantification of the coercive measures used at the institutions. Since the implementation of the Insanity Act in 1848, the use of coercive means in Norwegian psychiatric institutions has been recorded, documented and quantified by the institutions. Furthermore, between 1872 and 1969 (with some significant interruptions) statistics on seclusion and mechanical restraint in Norway's psychiatric institutions were published annually. The data presented here constitute the most comprehensive data sets that have been gathered on the historical use of coercion in the Norwegian psychiatric sector, and they give a picture of shifting considerations of humane treatment and respect for human dignity over time. This deviates from the common narrative of the positivistic psychiatric history tradition (which is also prominent in popular belief) that the development of moral and humane norms in psychiatry has shown linear progression from low moral standards to the higher standards of today, and that technological developments such as the introduction of new medicine necessarily has led to better treatment.

Drawing on the archive material from Kriminalasylet and Reigjerdet, we ask: to what extent were coercive means used at these institutions, and how did usage patterns change over time? How did factors such as leadership changes, rules and regulations, societal scrutiny, architectural context and new technologies, such as sedatives and medicine, affect the use of

coercion? Also, what can the use of coercion tell us about the presence or absence of moral, ethical and normative considerations within the institutions?

A narrow definition of coercion

Coercion is a diverse and controversial topic and, as a phenomenon in the psychiatric context, it could be understood to cover every aspect of power in the relationship between the patient and the institution. Michel Foucault (2006) noted that asymmetric power relations infuse every aspect of life at an institution, and that patients are thus coerced, even when the coercion is neither physical nor explicit. Psychiatry critic Thomas Szasz, while opposing many of Foucault's other claims, would certainly have agreed with this notion, as it is his main argument in his book *Coercion as Cure* (Szasz, 2007). The understanding of coercion as an omnipresent phenomenon is especially relevant for institutions such as Kriminalasylet and Reitgjerdet, which were enclosed, high-security institutions with most patients confined against their will and unable to leave if they wished. Furthermore, by separating their patients from wider society and restricting their autonomy, the institutions also demonstrated many of the characteristics of Erving Goffman's 'total institutions' (Goffman, 1961).

Without dismissing the broad aspects of coercion in institutional life, in this article we focus on coercive measures that our source material allows us to quantify: seclusion and mechanical restraint. Seclusion involves confining a patient to a cell or locked room without the ability to interact with other people at his or her own will. Mechanical restraint is here understood as a means of physically restraining a patient's movement using bed restraints, belts, chains, strait-jackets or similar tools. From almost the beginning of Kriminalasylet's history, pharmacological substances were injected into unruly patients in order to forcibly sedate them. This practice, often referred to as chemical coercion or chemical restraint, was also increasingly used at Reitgjerdet throughout the period under study. It has not been possible to quantify the use of this type of coercion, but we have included it in our qualitative study as it was an important means of control, and also because the development and availability of sedating substances influenced when and how the institutions used other coercive measures.

The institutions

Several publications have described the history of psychiatry in Norway (Blomberg, 2005; Kringlen, 2004, 2012; Ludvigsen and Seip, 2009; Skålevåg, 2002; Tranøy and Blomberg, 2005) and, more specifically, Kriminalasylet and Reitgjerdet (Dahl, 2017; Myhre and

Thomassen, 2014; Riaunet, 2014; Thomassen, 2010; Søndenaa, Gudde and Thomassen, 2015). However, little has been written on the use of coercion within psychiatric institutions in Norway.[1] Kriminalasylet and Reitgjerdet were both high-security institutions with a national responsibility to provide care for criminal, dangerous and particularly difficult male psychiatric patients (Dahl, 2017). Kriminalasylet was established in 1895 as a response to the question of what should be done for insane criminals and the criminally insane who were incarcerated in prisons and regular mental asylums. By law, psychiatric patients could not be held in prison; but at the same time, the criminal and violent insane were not especially welcome at regular asylums, as they created unrest within the patient population and required security provisions that did not conform with the moral treatment ideals of the time.

Due to austere economic considerations, several compromises were made in establishing Kriminalasylet. While it was formally a psychiatric institution, it was located in a vacant prison building close to downtown Trondheim and, consequently, had many of the characteristics of a penitentiary. There was little space for patient activities, and the only accessible outside area was a small walled yard. From the outset, the building was deemed unsuitable as a mental asylum, but it was still approved by the national parliament, Stortinget, as a temporary solution. In fact, Kriminalasylet lasted until 1963, when it was closed and its patients were transferred to a new ward at Reitgjerdet. Kriminalasylet was a small asylum: when it opened, it had beds for 16 patients, but in 1900 the first floor was also put to use, and this increased the capacity to 30–35 patients. Patient quarters were comprised of both dormitory rooms and seclusion cells. The latter were in constant use, though their doors were not always locked. The responsibility for governmental oversight was given to the Department of Justice, which also had the final say in patient admissions and discharges.

Reitgjerdet Asylum (from 1942 called Reitgjerdet Hospital) opened in 1923 and was situated in a former leper sanatorium in the outskirts of Trondheim. Earlier in the century, it had become clear that the capacity at Kriminalasylet would not be sufficient to meet the country's need for high-security psychiatric care. To make matters worse, the entire asylum sector in Norway was overcrowded, and it was a particular challenge to house and treat patients considered dangerous and difficult. Patients who met the criteria for admission to Reitgjerdet were male patients considered unsuitable for treatment in regular asylums and male criminal patients whose care did not demand the high-security measures of

[1] One notable study is the master's thesis on coercion at Kriminalasylet during the period 1895–1905 by Vegard Øien (2016).

Kriminalasylet. Before Reitgjerdet Asylum opened, the building was renovated to fulfil the needs of a mental institution. Although it was a high-security institution, it was not as prison-like as Kriminalasylet. The two institutions had the same leadership and were run in coordination, and patients were often moved between them. Kriminalasylet, in many ways, functioned as a high-security ward for the new asylum, as it had a larger share of seclusion cells and a high wooden surrounding wall to prevent patient escapes.

Originally, Reitgjerdet was authorized to house 135 patients. However, its manager, Karl Anton Andresen, estimated in 1923 that it could house up to 166. Within two years, the patient population surpassed this. Overcrowding became a constant issue, especially during World War II, when Reitgjerdet had to receive patients from Norway's many regular psychiatric hospitals that had been requisitioned by German forces. During the war, Reitgjerdet's authorized capacity was increased to 160 patients. However, in 1944 and 1945, the patient population rose to almost 300. Many of these patients did not meet the criteria for admission to Reitgjerdet and were discharged or transferred back to their original institutions after the war, but not all. In fact, despite the efforts of Reitgjerdet's management, it was a continuous challenge to get the country's regular psychiatric institutions to accept patients who showed improvement and could no longer be considered dangerous or especially difficult. The regular institutions were also overpopulated and, in addition, their leadership tended to be sceptical of patients from Reitgjerdet, who were implicitly (if not explicitly) labelled as difficult to deal with. When the new ward opened at Reitgjerdet in 1963, authorized capacity was increased to 260. This ended the days of overpopulation in the formal sense of the term, but, seen through the lens of the later and higher standards for institutional care, Reitgjerdet was still overcrowded. During the 1970s there was a slow but more or less steady decrease in the patient population. Authorized capacity was reduced to 220 in 1976 and to 200 in 1977.

During the 1970s, Reitgjerdet was increasingly criticized for not providing patient care in accordance with the ideals of humane and modern health care. This escalated in 1978, when Svein Solberg, one of the doctors carrying out civilian national service at Reitgjerdet, staged a patient escape. His purpose in doing so was to draw attention to what he viewed as unacceptable conditions at the asylum. This resulted in several years of critical media coverage of the institution's practices and of public revelations of extensive and arguably continued use of coercion. Solberg later published his criticisms in a book (1979), and the practices at Reitgjerdet were subjected to national inquiry, which resulted in a report that substantiated many of Solberg's claims (Blom, 1980). The sustained criticism was a catalyst

for a deinstitutionalization process in Norwegian psychiatry and a sweeping reform of Norwegian high-security mental health care that included the closure of Reitgjerdet in 1987.

Table 1 lists the managers of the two institutions.

Table 1. Managers of Kriminalasylet (K) and Reitgjerdet (R), 1895–1979

1895–1901	Frederik Waldemar Bødtker (K)
1901–15	Hans Evensen (K)
1903–4	Johan Scharffenberg (K, substitute for Hans Evensen)
1915–23	Johan Sofus Widerøe (K)
1923–38	Karl Anton Andresen (K+R)
1938–39	Asbjørn Odde (K+R)
1939–45	Egil Rian (K+R)
1945–46	Nils Berner Johannessen (K+R)
1946–69	Henry Anker Lundh (K+R)
1969–79	Finn Brasch Larsen (R)
1979	Reidar Larssen (R)

Laws and regulations

Enacted in 1848, the Norwegian Insanity Act was one of the most humane laws of its kind in Europe at the time and signified a national breakthrough for the ideals of moral treatment. It outlawed corporal punishment in psychiatric institutions and it established control commissions as authorities to which patients could direct complaints and appeals. It also regulated the use of coercion by specifying that seclusion and mechanical restraint could only be applied for a short period of time and only when unavoidable due to the patient's condition. The law also demanded that institutions record and document their use of coercive measures (Blomberg, 2002: 213).

In 1898, after Kriminalasylet had been operating for three years, Stortinget passed a special law regulating the institution. This law explicitly set aside some of the regulations of the Insanity Act, including the constraints on coercion. Specifically, the time limits on the use of coercive measures were removed, enabling Kriminalasylet's staff to seclude or restrain patients for an unlimited period, as long as it was deemed necessary.

Reitgjerdet also had its own law passed by Stortinget, although this one did not set aside the Insanity Act's limitations on seclusion and mechanical restraint. Rather, the asylum's regulations, from 1923, specified that coercive measures could only be implemented on doctor's orders in each specific case; however, it enabled nurses to confine patients in urgent situations and to receive doctor's approval afterwards.

These laws and regulations remained in effect until 1961, when a new Mental Health Care Act was passed. This law provided new provisions on admission without consent, but no legal framework for the use of coercion within the boundaries of the institutions. In principle, the only path to the legal use of coercion was, at this time, through the judicial principle of necessity, but at the same time there were no working regulations to restrict its use. In practice, therefore, the institutions continued to use coercion more or less as they had before, and national health authorities still asked for documentation on the use of coercive measures. Without written regulations, however, there was no effective governmental authority to guide mental health workers through the ethical considerations of the implementation of coercive means or to correct invidious changes in practice. As a result, governmental oversight slackened.

In 1965, the state of the law was sharply criticized by Trondheim city court's chief judge and leader of Reitgjerdet's Control Commission, J.M. Jacobsen, in an article in the Norwegian legal journal, *Lov og rett* (Jacobsen, 1965). In his opinion, the conditions of the country's psychiatric hospitals – and the fact that many patients were unable to voice their concerns – called for especially strong legal protection against intrusive treatment. However, this consideration was not present in the legislation at that time. Jacobsen was concerned for patients' legal protection and the lack of procedures for patients to appeal decisions concerning their treatment, particularly with respect to institutions' use of coercion. The preamble for the 1961 law stated that coercive measures and other elements of the internal practice of psychiatric hospitals should be regulated not by law, but rather by regulations issued by the Ministry of Social Affairs. However, the Ministry had not yet passed such regulations, and the new law did not give the control commissions a strong enough mandate to serve as a check or an appeal body for decisions concerning patient treatment. Jacobsen pointed out that the state of the law, thus gave psychiatric patients less legal protection from coercion than prison inmates had. Further, he drew attention to what he described as an extensive use of coercion at Reitgjerdet and claimed that, if the same regulations as those operating in the prison sector were to be applied to the mental health care sector, the practices at Reitgjerdet would be illegal.

Despite Jacobsen's continued criticism, national regulations concerning the use of coercion in the mental health care sector were not implemented until 1971. In the new regulations, seclusion and mechanical restraint were legalized, but only in situations in which they were necessary to prevent a patient from hurting him- or herself or others, and when less intrusive means proved ineffective. In addition, the regulations specified that mechanical restraint should not be used unless seclusion was inadvisable. This preference between the two means of coercion was removed when the regulations were revised in 1977. Mechanical restraint had, by then, again come to be viewed as the more humane option, as it allowed patients to interact socially with staff members and other patients (Blom, 1980: 66).

Empirical sources and methodology

In this study, we have used a combination of qualitative and quantitative sources. Our main qualitative sources have been ward reports and patient case files from the Kriminalasylet's and Reitgjerdet's archives, while the quantitative data on the use of seclusion and mechanical restraint at the two institutions has been collected from three sources.

(1) The annual publications in the series Norway's Official Statistics on the psychiatric hospitals

These NOS publications were based on the annual reports that asylums sent to the national health authorities. Until 1929, the office of Norway's Medical Director compiled the figures from these reports into national statistics. After 1935 this was done by Norway's Central Bureau of Statistics. We have also used this source to collect national figures on use of coercion. However, there are some significant gaps in the data. In 1930–4, the publication was discontinued due to a lack of funding and, for the period 1941–54, the national health authorities did not collect documentation on coercion, so no data were published. When data on coercion were again collected and published, this occurred against the will of Reitgjerdet's leadership, who feared that the data would put the hospital in a bad light, since it was a high-security institution caring for the country's most difficult male patients, and therefore claimed a greater need for coercion than Norway's regular psychiatric hospitals (NHA/RG/FC-029-003).

Data on coercion are also absent from the publications dated 1970–8. Furthermore, prior to 1935, the publications combined mechanical restraint and seclusion in the statistics. While some data on mechanical restraint were presented in the publications' footnotes, only a few of the institutions reported the use of mechanical restraints specifically and did so only

for some of the years. This limits our understanding of the use of mechanical restraint in Norwegian asylums during the period. There is, however, good reason to believe that mechanical restraints were used much less than seclusion prior to 1935, as the no-restraint movement originating in British psychiatry in the mid-1800s had significant impact on Norwegian psychiatry well into the 1920s. As discussed later, this was certainly the case for Reitgjerdet, where other sources indicate that mechanical restraint was not used at this institution before 1929, and was seldom used for several years after that.

(2) Archives of the institutions

We also used the institutions' local records of seclusion and mechanical restraint, found in their archives (NHA/RG/FC, NHA/RG/GD and NHA/K/K-HB). These records were compiled by nurses in each ward every day, and later checked and signed for by the manager or a doctor on duty. This material also has some significant gaps. The Reitgjerdet records do not include the years prior to 1929; also, no records on coercion exist for the periods 1936–43 and 1947–53. For some of these years the records must have been made, but were later lost. However, during the years 1947–53, Reitgjerdet probably stopped keeping coercion records since the national health authorities did not ask for documentation.

(3) Reitgjerdet's schematic daily reports (NHA/RG/GC)

Using these reports, we were partially able to fill gaps in the archival sources. These reports were produced by a staff member each day, and they summarized the day's events at the hospital. Based on reports from each ward, they include a head-count, short descriptions of significant events, a list of persons in seclusion and, from 1 February 1947, a list of patients in restraint beds. With only a handful of exceptions, these reports were produced every day from September 1923 to the end of 1978. While the reports are the only quantitative source that covers the use of coercion over the entire period of our study, for reasons discussed below we consider them the weakest of the three data sources, especially for the period post-1962.

Coercion calculations

The way in which coercion was recorded, calculated and presented differed over time, as official guidelines and local practices changed. Every Norwegian asylum contributed figures, but, for many years, there was no clear national standard for the local calculation of them or their presentation to national health authorities. Initially, the NOS publications' formula for recording the use of coercion at Norwegian psychiatric institutions was that 12 or more hours

of coercion equalled one coercion day. A shorter period of coercion was logged according to the number of hours (i.e. eight consecutive hours in seclusion was recorded as eight hours). However, in their reports, some asylums only recorded coercion hours, some only recorded days and some recorded a combination of hours and days. In an attempt to present comparable figures, the office of the Medical Director and later the Central Bureau of Statistics made some independent assumptions and calculations. In the NOS publications variably – and in different years – they presented the use of coercion in the total number of hours, the total number of days and the total number of hours relative to 100 patient-care days (with one patient staying for 100 days of the year equating to 100 patient-care days). The basic principle for all calculations was that one coercion day constituted 12 coercion hours.

In order to present comparative figures that span the whole period of our study, and that are controlled for the changing numbers of patients at the institution, we have followed the Medical Director's (NOS publications) initial method of calculating use of coercive measures, and present here the use of coercion as hours per 100 patient-care days. In cases where we have the number of coercion days but not the total number of coercion hours, we considered one day equal to 12 hours. In the case of Reitgjerdet's local records of coercion (see (2) above) for the years 1929–72, however, everything above 10 hours (rather than 12) was considered a full coercion day. This means that no coercion episode was recorded as having lasted for more than 10 hours, which we know from looking at the patients' case files was not the case. For these years, therefore, to get comparable figures over time, we have multiplied the number of coercion hours from the records by 1.2.

In the daily reports (see (3) above), the number of patients in seclusion or a restraint bed was listed. Usually, the reports gave no additional information. We counted every patient listed as having been in coercion for one coercion day, which is to say 12 coercion hours.

Thus, the coercion figures presented in this article should not be understood as exact measures of the amount of coercion used. There are too many assumptions, uncertainties and systematic errors in the data due to changes in recording practices for this to be the case. This is especially apparent, given the significantly different output of the three sources. Also, random sample checks in written reports from the wards has revealed that several situations that had led to coercion were never recorded in either the institutional coercion records (2) or the daily reports (3). However, the statistical data we present in this paper are comparable over time and, most importantly, the data from all three sources show, with a few notable exceptions, the same trends. This makes them a useful point of departure for discussing the development of the practice and culture of coercion at the institutions.

Quantifying coercion: Kriminalasylet, 1895–1963

Figure 1 shows the number of hours of seclusion per 100 patient-care days at Kriminalasylet and for all of Norway for 1895–1923, which is the period between Kriminalasylet's and Reitgjerdet's opening. In Figures 1–5, the 'National total' signifies the total number of hours reported from all Norway's institutions divided by the total number of 100 patient-care days for the same institutions. Data from the NOS publications (1) and the asylum's local records (2) show, with two notable exceptions, very few discrepancies. The large spike in the data from the NOS publications in 1906 can most likely be explained by a calculation error made by the Medical Director's office, as the number of coercion hours is almost exactly the double of what we found based on the local records. The discrepancy in 1908 is probably due to a typo in the NOS publication.

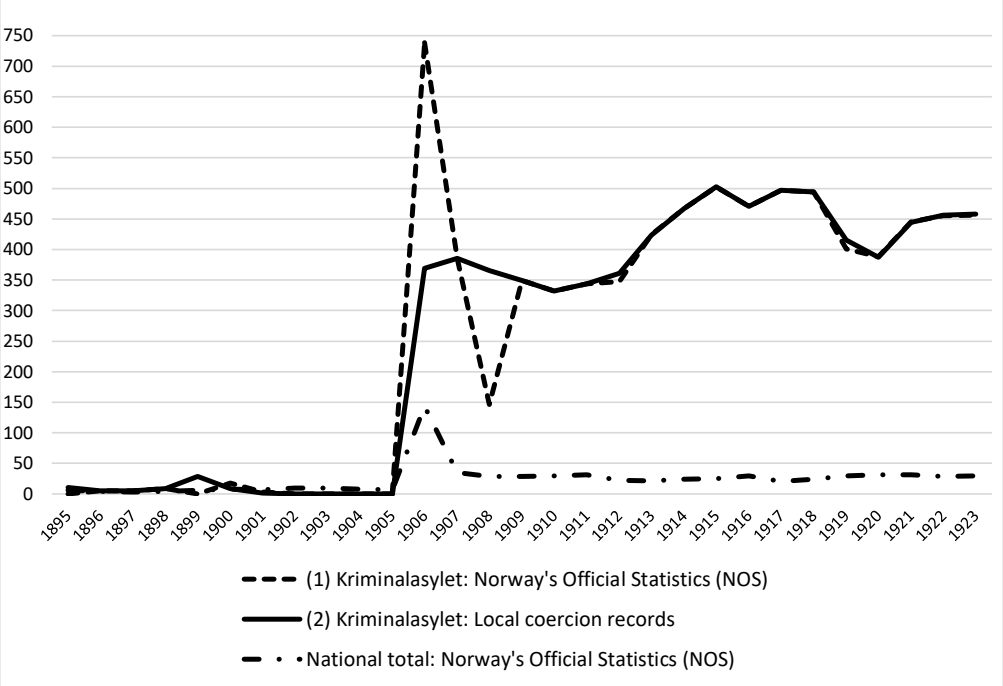


Figure 1. Kriminalasylet: seclusion hours per 100 patient-care days, 1895–1923.

When Kriminalasylet welcomed its first patient in 1895, it was under the leadership of Dr Waldemar Bødtker, who was then 70 years old and had a long career behind him as the manager of the municipal mental asylum in Trondheim. He was well aware of the moral treatment movement and the no-restraint programme that had spread throughout Western psychiatry over the previous decades. Many of his peers in Norwegian psychiatry had expressed their moral conviction that the use of coercion, in general, and restraints, especially, should be limited. Bødtker seems to have shared these views and had a clear understanding that humane patient treatment implied as little coercion as possible. Furthermore, he had previously spoken out about his positive experience of reducing coercion (Rabben and Thomassen, 2019).

The coercion data that Bødtker provided to national health authorities indicated little use of coercion during his time at Kriminalasylet. However, the reports from the head warden and the patient case books tell a different story. Entering his new position as manager of Kriminalasylet, Bødtker had to concern himself not only with patients' illnesses, but also with their criminal past and potentially dangerous behaviour. Some of the patients gave him concerns for his own safety, and at least one had threatened him personally even before being transferred to Kriminalasylet. With this in mind, Bødtker requested permission from the health authorities to put aside (what he expressed as) humanitarian concerns and to implement methods of coercion that were practised in the prison sector. Three to four patients were secluded and chained to the wall for periods of time – one of these was in some form of chains for nine consecutive months and, after the chains were removed, was still kept in almost constant seclusion.

Kriminalasylet's second manager, Hans Evensen, was significantly younger than Bødtker when he took over the position as manager in 1901 and came from a different background. Evensen had worked and studied with Emil Kraepelin at his clinic in Heidelberg and had become heavily influenced by the no-restraint movement. Shortly after taking up his position at Kriminalasylet, he suspended all use of mechanical restraint. He did, however, continue to keep patients in seclusion, though he tried to give these patients more opportunities to participate in the institution's daily life and to interact with other patients. Furthermore, he introduced a new means of coercion into the asylum – the sedating hyoscine injection, which was a powerful chemical restraint. The availability of this technology was probably in part the reason why Evensen felt he could unchain even the most dangerous patients. However, he resorted to hyoscine injection on only rare occasions.

Although Evensen kept patients locked in cells for long periods of time, he did not report this to the national health authorities as coercion. In fact, in his yearly report he made a point of stating that coercion was not used at Kriminalasylet. While the practice of locking dangerous patients in their cells was not kept secret from the authorities, when filling out the standardized forms, both Bødtker and Evensen omitted the continuous coercion used on patients viewed as serious security risks. It is unclear why they chose this reporting practice, but evidently there was not a common national understanding of the formal definition of coercion. In 1905, this issue was addressed by the Medical Director, who sent a letter to all asylums specifying that seclusion meant every instance in which a patient was kept alone behind a locked door during the daytime, and that every device or arrangement that restricted the patients' ability to move parts of the body should be defined as a mechanical restraint.

After this, the reports on coercion were probably in greater accordance with actual practice at the asylums. As Figure 1 shows, the reported use of seclusion increased significantly on a national level, from a total of 7.2 hours per 100 patient-care days in 1905 to 35.2 hours in 1907. But in Kriminalasylet's case, the increase was even more dramatic. After 1905, Kriminalasylet reported an annual use of seclusion that was 10–15 times greater than the national total per 100 patient-care days. In 1915, for instance, 502 seclusion hours per 100 patient days meant an average of over 5 hours/day/patient. However, the average was high due to a minority of patients being secluded more or less continuously. Many patients were never secluded.

Figure 2 shows the number of seclusion hours per 100 patient-care days at Kriminalasylet for the period of 1923–61. Data are missing for the period of 1941–52, but it is still clear that the use of seclusion per 100 patient days remained well above the national total throughout the entire period. Kriminalasylet never reported any use of mechanical restraint to the national health authorities, nor did it keep any systematic record of this form of coercion. However, written reports from the wards reveal that belt restraints were used on some patients when they were outside in the yard.

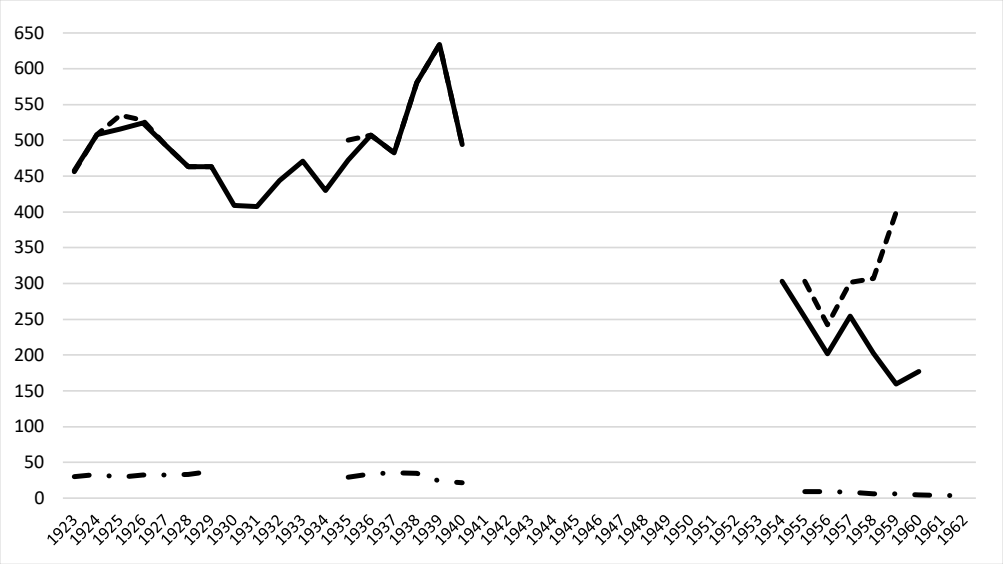


Figure 2. Kriminalasylet: seclusion hours per 100 patient-care days, 1923–62; for key, see Figure 1.

Kriminalasylet treated some of the most dangerous psychiatric patients in the country, so the significant use of seclusion was perhaps not unexpected and did not lead to inquiries from health authorities. However, in addition to the qualities of the patient population, the architecture of the asylum probably contributed to this practice. The cramped conditions at the institution enabled few alternatives to seclusion in the classification and separation of patients. Patients spent most of their waking hours in the living rooms, of which there was one on each floor in addition to a room for unhygienic and less functioning patients (Riaunet, 2014). Thus, if a patient caused unrest, there were few places to put the patient other than in a seclusion cell.

Quantifying coercion: Reitgjerdet, 1923–78

Figure 3 provides an overview of the seclusion hours per 100 patient-care days at Reitgjerdet for the period of 1923–50. Over this period, the three data sources provide significantly different outputs. For this period there are only two years where we have data from both the NOS publications (1) and Reitgjerdet's local coercion records (2): 1929 and 1935. For these two years the two sources show significant discrepancies. As mentioned above, in the years prior to 1973, Reitgjerdet recorded in its local coercion records (2) every instance of coercion as lasting either 5 or 10 hours, which is too rigorous to possibly be accurate. It also means that

a full day of coercion was recorded as only 10 coercion hours. Patient case files reveal, however, that some patients were secluded more or less round the clock. This makes it clear that Reitgjerdet under-recorded its use of coercion and subsequently underreported its use of coercion to national health authorities. To create data that is comparable over time and in conformity with the NOS publications' practice of treating one coercion day as equal to 12 coercion hours, we have multiplied the total of coercion hours from the local coercion records prior to 1973 by 1.2. This calculation seems to explain the discrepancy between the data from the NOS publications (1) and the local coercion records (2) for the year 1929, but not for the year 1935.

Data from the daily reports (3) show a higher use of seclusion. As stated above, the daily reports provide only a list of secluded patients, and when this is calculated into hours, it gives a higher result; but it is difficult to assess how accurate this measure really is. However, despite their weaknesses, the three data sources show the same trends.

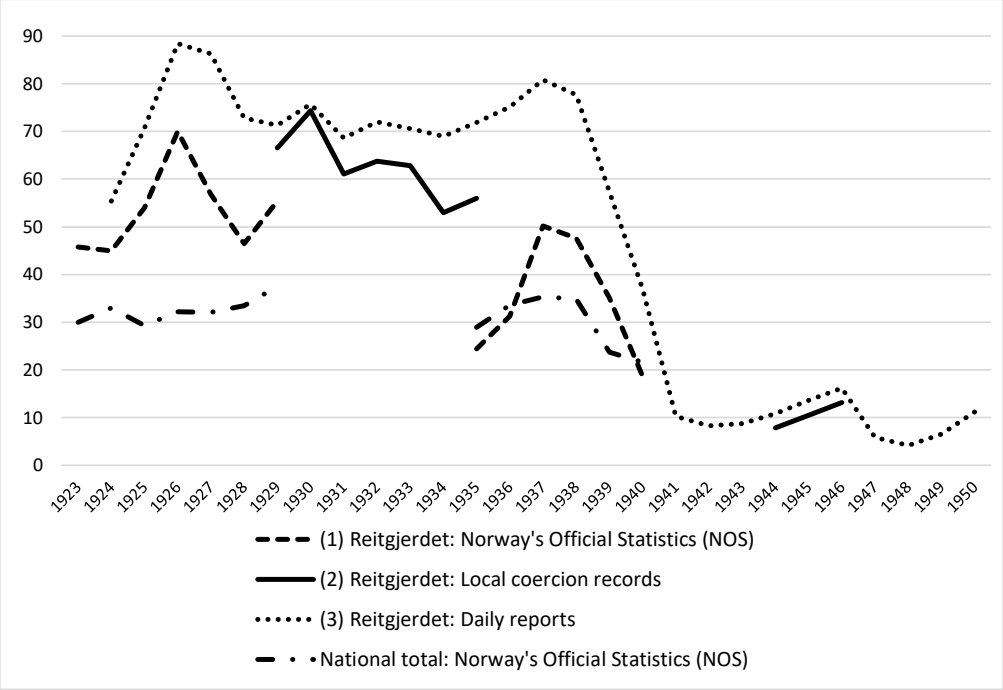


Figure 3. Reitgjerdet: seclusion hours per 100 patient-care days, 1923–50.

Reitgjerdet's use of seclusion per 100 patient-care days was significantly higher than the national total up to World War II, but still far below that of Kriminalasylet. Often, the

need for higher security and seclusion was used as an argument for transferring patients from Reitgjerdet to Kriminalasylet. The most notable trend shows that the use of seclusion significantly decreased between 1938 and 1939 and plummeted in the early 1940s. Changes in leadership might provide part of the explanation. In 1939, Reitgjerdet's manager, Karl Anton Andresen, died and was replaced by Egil Rian, who remained manager until he was ousted in 1945 due to his affiliation with the Norwegian Nazi party. Rian's view of coercion differed from Andresen's. In the asylum's annual report in 1941, assistant manager Dr Einar Bø elucidated Reitgjerdet's new approach. He declared the asylum's doctors considered it better for the chronically unsteady and violent patients to be housed with calmer patients in an open ward, rather than spending month after month 'in a dark and grisly seclusion cell' (NOS no. 100, 1945: 20).[2] This meant that the doctors at Reitgjerdet saw mechanical restraint as a more ethical option than seclusion. As a consequence of this, the asylum's use of belt restraints increased, while seclusion was rarely used and, according to Bø, only as 'disciplinary punishment'. The moral and judicial grey areas connected with the disciplinary use of coercion seemed to concern neither Bø nor the national health authorities, who accepted and published his report.

However, it is hard to separate Bø's arguments for the institution's changes in practice from plain necessities at the asylum. At the time, Reitgjerdet was completely filled with patients arriving from asylums around the country that had been closed after their premises had been requisitioned by German forces. Even the chapel was being used as a dormitory, and almost all the seclusion cells had been turned into sleeping quarters for two to five patients. Thus, seclusion was a less viable option. At the same time, many of the new patients were better-functioning patients who could more easily be controlled in the asylum environment without the use of coercive measures. Nonetheless, the overcrowding caused chaos. Modern mental health research has established a correlation between overcrowding and aggressive behaviour among patients (Brooks et al., 1994). Reports from the wards at Reitgjerdet substantiate this observation, with frequent descriptions of violence, both among patients and towards staff, as well as numerous escapes. This situation lasted well into the post-war era. As discussed below, we have no data on mechanical restraint for the war years, but after the war, overcrowding was used to explain the increased use of mechanical restraint, and it is highly likely that this was also the case during the occupation.

[2] *Sinnssykehusenes virksomhet* [The Mental Hospitals' Activity] 1941 (published in 1945). This and all other quotes were translated from Norwegian to English by the present authors.

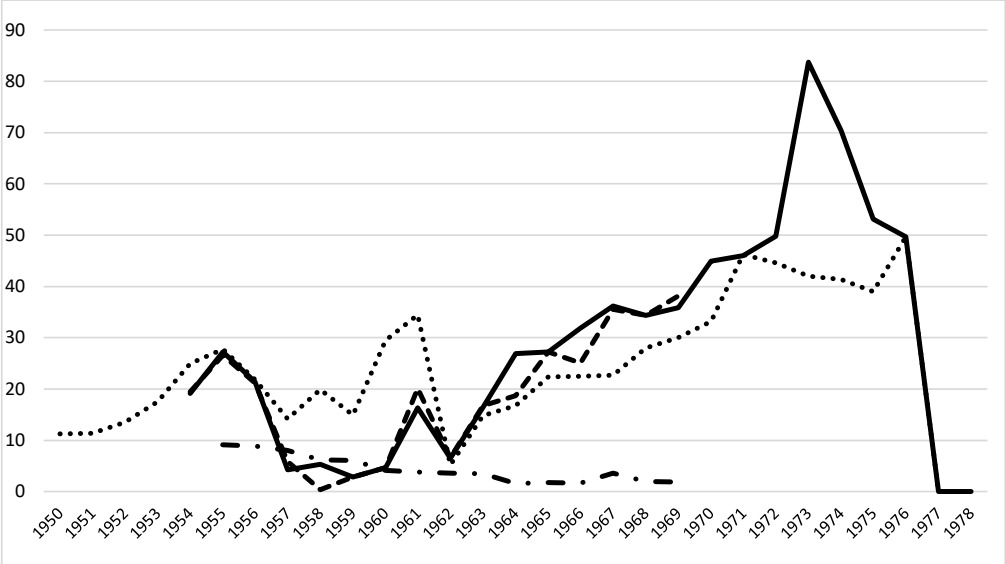


Figure 4. Reitgjerdet: seclusion hours per 100 patient-care days, 1950–78; for key, see Figure 3.

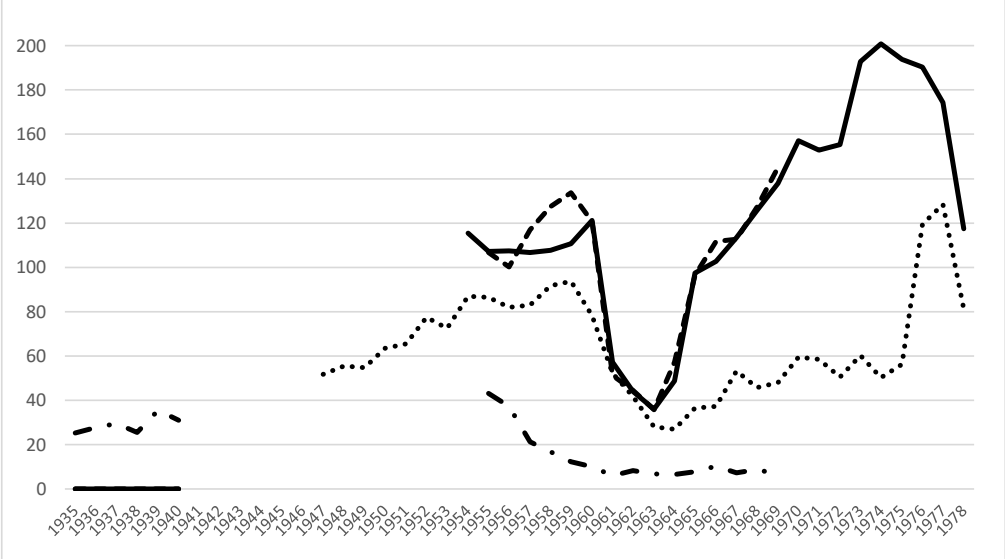


Figure 5. Reitgjerdet: mechanical restraint hours per 100 patient-care days, 1935–78; for key, see Figure 3.

Figure 4 shows the use of seclusion per 100 patient-care days at Reitgjerdet in the period of 1950–78. The use of seclusion fluctuated until 1962, probably more because of the varying conditions of individual patients than because of systematic changes in policy. The numbers of secluded patients were low: according to the daily reports (3), the average was 2.5 patients each day in 1959. In 1960, this number rose to 5.2, while two years later, in 1962, the number dropped to 0.9.

In 1963, patients at Kriminalasylet were transferred to a new ward at Reitgjerdet, which had an immediate effect on Reitgjerdet's use of seclusion. The new ward consisted mainly of large dormitories, but the institution's number of seclusion cells was also increased. Several of the patients from Kriminalasylet had been frequently secluded there and continued to be so at Reitgjerdet. The continuous increase in the use of seclusion after 1962 corresponds with an increase in the use of mechanical restraint over the same period. This is discussed further, below. The spike in the use of seclusion that Figure 4 shows for the year 1973 is probably, to a large degree, due to the new and stricter recording practices that were implemented then, and indicates an under-reporting in the prior years. After 1973, use of seclusion decreased, dropping to 0 in 1977. The new regulations issued in 1977 only partially explain this, as they were approved as late as June that year. Instead, the decrease in the three years prior to 1977 indicates a change in policy that pre-dated the new regulation.

Figure 5 shows the use of mechanical restraint in hours per 100 patient-care days for the period of 1935–78. Before this period, the NOS publications (1) did not systematically differentiate between seclusion and mechanical restraints in its statistics. However, in its first years of operation, Reitgjerdet was restrictive in its use of restraint and reported no use of mechanical restraint in the pre-war years. The no-restraint ideology that Hans Evensen championed had a powerful influence on Norwegian psychiatry, especially at the two high-security institutions in Trondheim that were a part of his legacy. Evensen's experience of caring for high-security patients was put to good use in Reitgjerdet's planning phase, where he played a pivotal role (Øgaard, 2015). In 1915, he went from managing Kriminalasylet to leading Gaustad, the largest psychiatric asylum in Norway. This made him one of the leading psychiatrists in the country. From his new position, he continued to disseminate the no-restraint ideology. In his handbook on mental health care published in 1921, he simply stated that mechanical restraint had no place in modern psychiatry (Evensen, 1921: 93).

Not all of Norway's psychiatric institutions followed Evensen's teachings, but, for a while, Reitgjerdet did. Its first manager, Karl Anton Andresen, made a conscious effort to

continue Evensen's no-restraint policy. In 1931, he claimed – in a letter to the manager of another Norwegian psychiatric asylum – that belts and restraining gloves had not been used at Reitgjerdet, 'except in one special case' (NHA/RG/FB-083-00875). This was the case of a patient admitted in late 1928, who the staff experienced as such a threat and as having such a will to escape that, during the spring of 1929, he was restrained in his bed. The description of this event in the patient's case file suggests that it was the first time this specific coercive method was used. The staff did not seem to have a developed language for the practice: instead of using the later well-known Norwegian term *remseng* ('restraining bed'), the journal author described a leather belt that had been specially made to restrain the patient in the bed (NHA/RG/FB-031-00318). Later in the 1930s, however, several sporadic references to mechanical restraint were recorded, so when Reitgjerdet reported zero use of this coercive measure in the period 1935–40, their claim could not have been completely true. While there is very little data available for the war years, as discussed above, Dr Egil Rian, who replaced Andresen as manager in 1939, had a different approach to coercion and preferred mechanical restraint over seclusion.

The first day on which patients in restraining beds at Reitgjerdet were listed in the daily reports (3) was 1 February 1947. This change in recording policy must have come on the orders of Henry Lundh, who, at that time, had been managing Reitgjerdet for only a few months. On that day, five people were listed as having been restrained. The casebook for one of these patients is missing from the archive, but the casebooks for the other four patients reveal that all were frequently restrained in bed, even before 1 February 1947. On average in 1947, more than 10 patients were listed as having been restrained in bed each day.

This gradual shift from seclusion to mechanical restraint in the 1930s and 1940s corresponds with an increased willingness within the psychiatric profession at the time to implement intrusive somatic treatment methods, indicating a diminishing respect for patients' bodily integrity. Though somatic treatments for curing the mind were far from a new aspect of psychiatry, practitioners were increasingly willing to wield power over patients' bodies using insulin, cardiazol and electric shock treatment, often without patients' consent (Braslow, 1997; Scull, 2015: 290 ff). This culminated in the era of the lobotomy, which, in Reitgjerdet's case, was relatively short and ended in 1953, after 36 patients had undergone the procedure (Nerland, 2017: 35). In his book *Mental Ills and Bodily Cures*, Joel Braslow (1997: 9) pointed to the close alliance between treatment and control in psychiatry and claimed that these new treatment methods were, in large part, technologies of control. Several authors (of various academic and political backgrounds) have argued that bodily treatment as a means of control

continued after the lobotomy era, but with psychopharmaceuticals as the main vehicle (Allison and Moncrieff, 2014; Haave, 2008: 365 ff; Szasz, 2007). These new medicines alleviated many of patients' symptoms, but their sedating effects also made them efficient technologies of control – sometimes at great cost to the patients, due to their severe side effects.

As Figure 5 shows, Reitgjerdet's use of mechanical restraint was significantly above the national average, with a steady increase until 1959/1960 and then a noticeable decrease until 1963. The decreased use of coercion in the early 1960s mirrored a national trend that can be attributed to the arrival of the new and more efficient psychopharmaceuticals. Indeed, this was the view of Reitgjerdet's leadership at the time. In the yearly report from 1962, manager Henry Lundh praised the effects of ataraxica and the calming effect it had on patients, whom he considered easier to treat and interact with (NHA/RG/YA-010-003).

According to our data, however, it was only for a short period of time that the controlling properties of the new pharmaceuticals limited the use of restraint at the hospital. As Figures 4 and 5 show, the trend in the data from both the NOS publications (1) and internal coercion records (2) shows an increased use of both seclusion and mechanical restraint, from 1963 onwards. However, the daily reports (3) do not show the same clear trend. There are good indications that, after 1962, the daily reports should not be trusted as a source for the quantification of coercive measures. Reitgjerdet's Control Commission would occasionally ask for a list of patients in seclusion and mechanical restraint on a specific date, and these reports can be cross-checked against our data. In 1962, the Control Commission received a list of coercion patients for 19 June. On this list, the numbers of patients listed as being in seclusion and restraint match those in the archival records (2) and daily report (3). However, in the report to the Control Commission, Reitgjerdet's leadership admitted to restraining numerous patients by fastening one foot to the bed, for security reasons during night-time, even though they did not record this as coercion.

The Control Commission asked for similar reports once in 1963 (20 June) and once in 1964 (11 November). The 1963 report contains figures that correspond with the local coercion record (2), but are far higher than those of the daily report (3). In the 1964 report, the number of general coercion patients is the same as that of the local coercion records (2), but there are discrepancies in the number of patients listed as either secluded or restrained. The daily report (3) for the same day lists far fewer general coercion patients. After 1962, the daily reports seem to list mainly patients who were secluded or restrained in their beds during daytime and to omit the large number of patients who were restrained during the night shift.

With the exception of the data from the daily reports (3), the data in Figures 4 and 5 show that the downward trend in the use of coercive means, created by the new medication, ended in 1963 and was followed by a dramatic increase. However, the changing trend can also, in part, be explained by changes in recording practices. When filing the 1964 annual report, manager Henry Lundh claimed that the increase from the year before in the use of mechanical restraint was due to the institution's new practice of registering patients restrained in bed on one foot for security reasons (NHA/RG/YA-010-001). It is, however, unlikely that this change in reporting practice fully explains the increased reports of mechanical restraint. If that were the case, we would expect the graph in Figure 5 to level out after 1964. Instead, it shows a steady increase to a peak in 1974, which most likely signifies an actual and continuous increase in the use of restraint over the period, though some of the increase shown for 1973 was probably due to the stricter recording practices implemented that year.

The increased use of coercion separates Reitgjerdet significantly from the data available from other Norwegian psychiatric institutions, and it occurred despite the continuous introduction of more efficient medications. More research is needed to understand how and why the hospital's practices developed in this way, but, over the period, the psychiatric sector reported increased violence and unrest among the patient population due to the arrival of new patient groups with challenges caused by drug abuse (NHA/RG/HA-001-005). This violence and unrest might have led to an increased use of coercive means at Reitgjerdet, which welcomed the most challenging male patients. But it does not sufficiently explain why the growth in the use of coercion at Reitgjerdet deviated significantly from the national trend.

Our view is that, during the 1960s, a new institutional logic developed. The records on coercion in the 1960s and most of the 1970s display a repetitive use of mechanical restraint, seemingly without individual or ethical considerations of its necessity. This development was probably driven by chronic understaffing (and, in particular, a lack of qualified personnel), as well as the architectural structure of the wards, where patients slept side by side in large halls with little supervision. To ensure control and to keep patients separated at night, most patients in the wards with highest security level were fastened to their beds for the night when the evening shift started at 7 p.m. Some patients were secluded and restrained for up to 22 hours every day for months on end. Coercion became routine, and this was possible partly because of the lack of scrutiny from national authorities and society at large. The ethics and moral implications of psychiatric treatment in institutions were low on the national agenda, and the lack of regulations on coercion after the new law on psychiatric care came into effect in 1961

was a symptom of this. With no regulations and little oversight from the authorities, ethical considerations of the increased use of restraint, and corrections to unfortunate changes in practice, failed to be incentivized. Without outside control, Reitgjerdet's practices drifted towards what was most convenient, while concerns for human dignity in patient treatment were weakened.

Understaffing and a lack of governmental oversight, however, were national developments, and although Reitgjerdet reported a use of coercive measures far greater than the national average, the extent to which the practice at Reitgjerdet deviated from that of the psychiatric sector in general, is not completely clear. Practices at Norway's other psychiatric hospitals were never subjected to the same critical inquiry as Reitgjerdet's, and no systematic historical study has ever been conducted. However, many hospitals have published their own institutional history, and a few of these publications contain references to a routine practice of restraining patients to beds at night (Bjørhovde, 1988; Fygle, 2002; Haave, 2008: 372; Tjelmeland, 2010: 109). In addition, some contemporaries in the 1970s criticized Norwegian institutional psychiatry for having inhumane traits.[3]

After 1974/1975 the spotlight slowly turned towards Reitgjerdet, which began to receive criticism for its practices and, particularly, its excessive use of coercion (Evensen, Gradmann and Larsen, 2010). As a response to the critical reports, Reitgjerdet received funding to renovate the hospital buildings, and construction started on a brand-new welfare building containing a swimming pool, a sports hall and a better infrastructure for work therapy and other types of training. During the same period, some members of Reitgjerdet's staff became increasingly critical of the institution. Its director at the time, Finn Brasch-Larsen, later claimed that he was working towards decreasing the use of coercion during his years in charge (Blom, 1980: 68).

Our data supports the conclusion that this increased attention towards the conditions at the hospital had some effect on the use of coercion. Figures 4 and 5 show a decrease in the use of both seclusion and mechanical restraint over the period, but this was in no way enough to calm down the hospital's increasingly turbulent working environment. By 1977,

[3] One example is the thematic issue of the magazine *Hverdag* (1978, no. 4), with the subtitle *Syk psykiatri* [Sick Psychiatry], which contained, among other things, a ranking of the country's psychiatric institutions from one star (bad and authoritarian) to three stars (doing the best they can). Reitgjerdet was given one star, but was at the same time described as too bad for comparison. In addition, several of the most critical members of the Norwegian psychiatric profession were interviewed. Among them was Reidar Larssen, who took over management of Reitgjerdet in 1979. Another example is the novel *23-salen* by Ingvar Ambjørnsen (1981), based on his own experience of working at Lier hospital in the 1970s.

Reitgjerdet had become rife with turmoil. Several staff members, who later became known as the 'Reitgjerdet opposition', tried to address what they saw as inhumane treatment of the patients, but felt their efforts were ignored or actively opposed by the hospital's management and the 'old guard' of staff members. This culminated in the escape of a patient in October 1978 organized by Dr Solberg, after which Reitgjerdet became the focus of a long run of critical news coverage. Director Brasch Larsen was granted a one-year leave of absence and later chose to resign. His replacement was one of Reitgjerdet's most ardent critics within the medical profession, Dr Reidar Larsen, who had labelled Reitgjerdet a torture institution and, incidentally, was the only applicant for the job. He represented a fundamental change in treatment philosophy and brought about a radical reduction in the use of coercion at the hospital. His time at Reitgjerdet became short, however. He was severely criticized for his treatment philosophy, which among other things included a significant reduction in the use of psychopharmaceuticals. The staff claimed the patients became sicker and the personnel's working conditions were much more difficult. He also received criticism for discharging a number of the patients to their local communities, despite many of the local municipalities' lack of competent personnel and failure to provide satisfactory facilities for proper care and treatment. After only a few months, this led to the national health authorities stripping Dr Larsen of his authority by placing him under the supervision of a second head physician, and he resigned shortly afterwards (Blom, 1980).

Many of the 'veteran' staff members continued to work at the hospital after the 1978 scandal, but the culture of coercion at Reitgjerdet nevertheless changed. At the same time, the work had been made easier by a steady decrease in the patient population. The hospital's previous problems in arranging for the transfer of patients who did not fit the admission criteria for Reitgjerdet more or less disappeared after the national health authorities started to put pressure on regular psychiatric hospitals and smaller psychiatric care units to receive its patients.

From the end of 1978, coercion at Reitgjerdet drastically decreased, and it continued to do so in the following years. Reitgjerdet had, however, become a public symbol of the oppressive psychiatric institution. A public inquiry resulted in an extremely critical report (Blom, 1980). Two years later, in 1982, Stortinget approved a sweeping reform that included replacing Reitgjerdet with a number of regional high-security wards, each with a far smaller number of patients and far higher personnel to patient ratio.

Conclusions

Coercion has always been an integral part of psychiatric care, and, when discussing the patient-personnel relationship, there is no denying the fundamental disproportion of power. Coercion in psychiatry is therefore a fruitful starting point for discussing the ethical and normative ideals of humane treatment. Data on the use of coercive measures at the two high-security mental institutions, Kriminalasylet and Reitgjerdet in Trondheim, Norway, show – despite some weaknesses – clear and varied trends relating to the use of coercion over time. Importantly, the data tell a different narrative than the one commonly assumed (and often implied in the Whiggish positivistic literature on psychiatric history): that moral standards in psychiatry have shown a linear development from low standards to the modern – and higher – standards of today; also that technological development such as the introduction of new psychopharmaceuticals necessarily led to better treatment. While the closing of Reitgjerdet as a result of scandal supports a Whiggish narrative, the development to that point was in no way linear. Rather, Hans Evensen's and Karl Anton Andresen's no-restraint ideal and moral standpoint in relation to the integrity of patients and their bodies diminished from the 1930s onwards. At the same time, Norwegian society developed into a modern welfare state and this raised the standards for the country's health care. The sharp criticism towards Reitgjerdet in the 1970s was therefore partly the result of the hospital falling behind the normative standards of society at large and partly the result of a negative development at Reitgjerdet, where concern for patients' integrity and their moral value as individuals had weakened until the point where use of coercive measures became routine.

It can be argued that the statistics show the demise of moral treatment in Norwegian high-security psychiatry, as moral treatment ideology was highly concerned with minimal use of restraint. The routine restraint of patients documented in Reitgjerdet's archival records from the 1960s paints a picture of a psychiatric practice that is far from the ideal shown in Tony Robert-Fleury's famous painting of Philippe Pinel unchaining patients at Salpêtrière. Nor is it in correspondence with the treatment ideal that the Tuke family put into practice at York Retreat or the no-restraint movement that the York Retreat – at least partially – inspired. This development can probably, to some degree, also be found at other Norwegian psychiatric institutions during the same period, but more research is needed on this topic.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sector.

Acknowledgements
The authors would like to thank Dr Maria Knutzen and Professor Richard Whittington for their valuable comments and help in improving this paper.

References

(a) Archival sources

National Health Archives/Norsk helsearkiv (NHA):

Kriminalasylet's archive (KA): Patient case files (K-FA); Ward reports (K-HA); Coercion records (K-HB).

Reitgjerdet's archive (RG): Patient case files (FB); Coercion records (FC and GD); Ward reports (GB); Daily reports (GC); Annual reports (YA-010); Control Commission (HA).

(b) Publications

(All publications with translated titles are in Norwegian, and were published in Norway)

Allison L and Moncrieff J (2014) 'Rapid tranquillisation': an historical perspective on its emergence in the context of the development of antipsychotic medications. *History of Psychiatry* 25(1): 57–69; doi: 10.1177/0957154X13512573

Ambjørnsen I (1981) *23-salen* [The 23rd Row]. Hølen: Forfatterforlaget.

Bjørhovde V (1988) *Presteseter sykehus 75 år: Et psykiatrisk sykehus i utvikling 1913–1988* [Presteseter Hospital 75 Years: A Psychiatric Hospital in Development 1913–1988]. Reinsvoll: Sykehuset.

Blom K (1980) *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus* [Report on the Conditions at Reitgjerdet Hospital]. Oslo; accessed (11 July 2019) at: http://sifer.no/files/Rapport_om_forholdene_ved_Reitgjerdet_sykehus-_1980.pdf

Blomberg W (2002) *Galskapens hus: Utskilling og internering i Norge 1550–1850* [House of Madness: Segregation and Internment]. Oslo: Universitetsforl; doi: 10.1177/0957154X05052223

Blomberg W (2005) Some traits of Norwegian pre-medical social reactions to madness. *History of Psychiatry* 16(1): 99–105.

Braslow JT (1997) *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley: University of California Press.

Brooks KL, Mulaik JS, Gilead MP, et al. (1994) Patient overcrowding in psychiatric hospital units: effects on seclusion and restraint. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 22: 133–144.

Dahl H (2017) 'Insane criminals' and the 'criminally insane': criminal asylums in Norway, 1895–1940. *History of Psychiatry* 28(2): 209–224; doi: 10.1177/0957154X17691004

Evensen H (1921) *Haandbok i sindssykepleie* [Handbook of Insanity Care]. Kristiania: H. Aschehoug & Co.

Evensen SA, Gradmann C and Larsen Ø (2010) Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus [The closure of Reitgjerdet]. *Michael Quarterly* 7: 371–530.

Foucault M (2006) *Psychiatric Power: Lectures at the Collège de France, 1973–74*, trans. G Burchell. Basingstoke: Palgrave Macmillan; originally published in French in 2003.

Fygle S (2002) *Marmor og menneskeskjebner: Rønvik sykehus i det 20. århundre* [Marble and Human Fates: Rønvik Hospital in the 20th century] . Bodø: Nordlandssykehuset Bodø psykiatri.

Goffman E (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* London: Penguin.

Haave P (2008) *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv* [Ambition and Action: Sanderud Hospital and Norwegian Psychiatry in a Historical Perspective]. Oslo: Unipub.

Jacobsen JM (1965) Personlighetsvernet for pasienten i det psykiatriske sykehus [The Patient's Statutory Protection in the Psychiatric Hospital]. *Lov og rett: Norsk juridisk tidsskrift*: 110–116.

Kringlen E (2004) A history of Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry* 15(3): 259–283.

Kringlen E (2012) History of Norwegian psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry* 66: 31–41.

Ludvigsen K and Seip ÅA (2009) The establishing of Norwegian child psychiatry: ideas, pioneers and institutions. *History of Psychiatry* 20(1): 5–26; doi: 10.1177/0957154X08089847

Myhre E and Thomassen Ø (2014) The construction of an accepted masculinity: castration in high security psychiatric institutions in Norway 1923–1945. In: Lander I (ed.) *Masculinities in the Criminological Field: Control, Vulnerability and Risk-Taking.* Farnham: Ashgate Publishing.

Nerland TK (2017) *"Dette er Reitgjerdet – gærne folk overalt" – Lobotomi ved Reitgjerdet i perioden 1948–53* ["This is Reitgjerdet – crazy people everywhere" – Lobotomy at Reitgjerdet during the period 1948–53]. Master thesis, Department of Historical Studies. Trondheim: NTNU; accessed (10 July 2019) at: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2455222/trude_kristine_nerland_master.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Norges offisielle statistikk [Norway's Official Statistics] (NOS) (1895 to 1969) *Sinnssykehusenes virksomhet/Psykiatriske sykehus* [The Mental Hospitals'

Activity/Psychiatric Hospitals]. Published by Medisinaldirektøren [the Medical Director] up to 1930, and by Statistisk sentralbyrå [Central Bureau of Statistics] after 1935.

Rabben MB and Thomassen Ø (2019) Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915 [Control, coercion and humane treatment at Kriminalasylet 1895–1915]. *Historisk tidsskrift* 98(1): 68–86; doi: 10.18261/issn.1504-2944-2019-01-05

Riaunet Å (2014) *Oppdrag, pasienter og praksiser – Kriminalasylet i Trondheim 1895–1905* [Assignment, Patients and Practices – Kriminalasylet in Trondheim 1895–1905. Master thesis, Department of Interdisciplinary Studies of Culture. Trondheim: NTNU; accessed (10 July 2019) at: https://docplayer.me/23583898-Oppdrag-pasienter-og-praksiser.html

Scull A (2015) *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Skålevåg SA (2002) Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820–1920. *History of Psychiatry* 13(1): 51–68.

Solberg S (1979) *Rapport fra Reitgjerdet* [Report from Reitgjerdet]. Oslo: Pax.

Szasz T (2007) *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Søndenaa E, Gudde C and Thomassen Ø (2015) Patients with intellectual disabilities in the forensic asylums 1915–1982: before admission. *Scandinavian Journal of Disability Research* 17: 14–25; 0.1080/15017419.2013.868824

Thomassen Ø (2010) Diagnosing the criminal insane in Norway 1895–1915. In: Andresen A, Hubbarb WH and Ryymin T (eds) *International and Local Approaches to Health and Health Care.* Oslo: Novus Press, 79–98.

Tjelmeland S (2010) *I det trygge huset – Valen sjukehus gjennom hundre år* [In the Safe House – Valen Hospital through 100 years]. Haugesund: Valen sjukehus.

Tranøy J and Blomberg W (2005) Lobotomy in Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry* 16(1): 107–110.

Øgaard IMS (2015) *Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923* [The Establishing of Reitgjerdet Asylum in 1923]. Master thesis, Department of Historical Studies Trondheim: NTNU; accessed (10 July 2019) at: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/299532

Øien VJ (2016) *Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri: En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895–1915* [Coercion in Norwegian High Security Psychiatry: A Study of Kriminalasylet in Trondheim 1895–1915]. Master thesis, Department of Historical Studies. Trondheim:

NTNU; accessed (10 July 2019) at: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2388031

HISTORISK TIDSSKRIFT
VITENSKAPELIG PUBLIKASJON
UNIVERSITETSFORLAGET
Bind 98, nr. 1-2019, s. 68–86
ISSN online: 1504-2944
https://doi.org/10.18261/issn.1504-2944-2019-01-05

Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915

Control, coercion and humane treatment at Kriminalasylet 1895–1915

Magne Brekke Rabben
Master 2007
Stipendiat ved Institutt for historiske studier, NTNU
magne.brekke.rabben@ntnu.no

Øyvind Thomassen
Dr.art. 1997
Professor ved Institutt for historiske studier, NTNU, og Brøset Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, St. Olavs Hospital
oyvind.thomassen@ntnu.no

SAMMENDRAG
Artikkelen analyserer tvang ved Kriminalasylet under asylets to første bestyrere, Waldemar Bødtker og Hans Evensen, i perioden 1895–1915. Kriminalasylet var en spesialinstitusjon for mannlige kriminelle sinnssyke, og hadde som oppgave både å være en behandlingsanstalt og å sikre samfunnet fra potensielt farlige pasienter. Derfor hadde asylet i praksis en posisjon tilhørende både sinnssykeomsorgen og fengselsvesenet. Det var formelt en medisinsk institusjon, men ansvaret var lagt under Justisdepartementet. Artikkelen argumenterer for at bestyrerne av denne grunn hadde en todelt tilnærming til tvangsmiddelbruk. De fleste pasientene opplevde en hverdag i tråd med psykiatriens daværende idealer om human behandling, samtidig som enkeltpasienter som ble oppfattet som spesielt farlige, levde under et meget strengt tvangsregime med kontrollmetoder hentet fra fengselsvesenet. Dette illustreres gjennom pasienthistorier. Studien bygger blant annet på pasientjournaler og avdelingsrapporter fra asylets arkiv.

Nøkkelord
psykiatrihistorie, Kriminalasylet, sikkerhetspsykiatri, tvang.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Idunn

ABSTRACT
This article studies the use of coercive means at Norway's first criminal asylum, Kriminalasylet, under its two first managers, Waldemar Bødtker and Hans Evensen in the period 1895–1915. The asylum was established with the aim of treating criminally insane male patients, but also of providing a secure place of confinement for patients who were considered dangerous. In its practical purpose, and formally since it was a psychiatric asylum administered under the Department of Justice, Kriminalasylet had a double role as both a mental health care institution and a detention facility. In the article we argue that this double role laid the foundation for double standards in the managers' approach to the use of coercion in the asylum. Most of the patients experienced an everyday life mostly in compliance with the psychiatric profession's contemporary standards of moral and humane treatment. However, some patients who were considered especially dangerous were simultaneously subjected to an extremely coercive regime with methods imported from the prison sector, where iron chains and solitary confinement were common.

In addition to laws and regulations concerning the asylum's practices, the study uses Kriminalasylet's archives as source material. The archive includes patient casebooks, the warden's report logs and correspondence between the managers and national medical authorities. These sources allow for a nuanced approach to the institution's history. The asylum archive makes it possible to follow the actors in the complex environment of the asylum. It illuminates the practices of the staff, the influence of the materiality of the space and resources, and to a certain extent the experiences and reactions of the patients.

Key words
history of psychiatry, coercion, Criminal Asylum, high security psychiatry, forensic psychiatry.

Refleksjoner om når bruk av tvang kan forsvares innenfor samfunnets humane idealer, har vært en del av den internasjonale og norske diskursen om sinnssykeomsorgen fra tidlig på 1800-tallet.[1] Humane idealer for sinnssykebehandling ble nedfelt i lovs form i 1848, og de tidlige psykiaterne var tydelige i visjonen om å minimere og aller helst fjerne all tvang. Men praksisen ved asylene avvek fra idealene. Artikkelen diskuterer spenningen mellom praksis og normative idealer i tvangsmiddelbruken ved Kriminalasylet i Trondheim under asylets to første bestyrere, Waldemar Bødtker og Hans Evensen, i perioden 1895–1915.[2]

Kriminalasylet var Norges første rene sikkerhetspsykiatriske institusjon.[3] Pasientpopulasjonen bestod av kriminelle sinnssyke hvor enkelte ble oppfattet som særlig farlige.

1. Begrepsbruken om psykisk lidelse har endret seg over tid. Tidligere brukte begrep som «gal» og «sinnssyk» har blitt stigmatiserende og erstattet av nye. I dag kaller vi sektoren «psykisk helsevern», mens pasientene omtales som «psykisk lidende». Vi har likevel valgt å bruke begrepet «sinnssyk», fordi det var den etablerte betegnelsen i perioden artikkelen omhandler.
2. Fredrik Waldemar Bødtker var bestyrer for Kriminalasylet i perioden 1895 til 1901, og Hans Evensen fra 1901 til 1915. I tillegg var Johan Scharffenberg vikar i omtrent et år i 1903–1904.
3. Begrepet «sikkerhetspsykiatri» var riktignok ennå ikke i bruk i perioden artikkelen omhandler.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Det gjorde asylet til et spesielt tilfelle med særegne utfordringer, samtidig som mange av de etiske problemstillingene bestyrerne møtte i arbeidet gjaldt for profesjonen som helhet. Artikkelen undersøker Kriminalasylets praksiser for tvangsbruk, hvordan bestyrerne reflekterte rundt denne og i hvilken relasjon dette stod til føringer fra myndigheter og oppfatningene i den psykiatriske profesjonen om hva en human behandling ville innebære. Studien bygger på pasientjournaler, avdelingsrapporter, brevkorrespondanse og årsberetninger fra asylets arkiv. Kildematerialet muliggjør en tilnærming til psykiatriens institusjoner som er hittil lite utforsket.

Tvang blir her avgrenset til bruk av mekaniske tvangsmidler som lenker og tvangstrøyer samt isolasjon og kjemisk tvang, noe som vil si tvungen bruk av substanser som roet ned pasientene. Det argumenteres for at begge bestyrerne, men i størst grad Bødtker, hadde en todelt tilnærming til tvangsmiddelbruk ved asylet. Denne speilet Kriminalasylets spesielle posisjon mellom sinnssykeomsorg og fengselsvesen. Det vil si at de fleste pasientene ved asylet hadde en hverdag som var i tråd med den psykiatriske profesjonens daværende idealer om human behandling, samtidig som bestyrerne førte en streng tvangsmiddelpraksis overfor pasienter de oppfattet som spesielt farlige.

LENKEPASIENTEN

8. oktober i 1895 ble 33 år gamle Lars Erikson ført inn dørene til Kriminalasylet i Trondheim.[4] Han hadde drept to mennesker. Det siste mordet skjedde i Trondhjems Strafanstalt mens han sonet straffen for det første. Etter et kortere observasjonsopphold på Rotvoll asyl, ble han erklært sinnssyk og utilregnelig. Dermed var han kvalifisert for innleggelse på Kriminalasylet. Han ble ført dit fra straffeanstalten ledsaget av tre betjenter og påført håndjern og en fothelle, som var en steinhelle festet til foten med jernlenke. Dette var ikke uvanlig. Asylets pasienter ble ofte overført direkte fra fengsel hvor lenker var dagligdags.

Jernlenkene var likevel i strid med psykiatriens idealer om human behandling. Psykiatere hadde i flere tiår sett på seg selv som utviklere og opprettholdere av en moderne, vitenskapelig og human sinnssykeomsorg, og de var tilnærmet unisone i sitt prinsipielle ønske om å ikke bruke mekanisk tvang. Vanlig praksis ved nye pasienters ankomst til Kriminalasylet var derfor å fjerne lenkene, gi dem et bad, nye klær og en celle å sove i for natten. Dagen etter møtte pasienten bestyreren, som avgjorde om pasienten skulle holdes på isolasjonscelle eller få komme inn i dagligstuen sammen med de andre pasientene.

Lars Erikson fikk også bad og nye klær ved ankomst, men i motsetning til det som var vanlig, ble kun håndjernene tatt av ham før han ble lenket til veggen i en av asylets celler.

4. I denne artikkelen har vi valgt å anonymisere alle de omtalte pasientene foruten to: Lars Erikson og Karl Sundby. Alt kildematerialet brukt i denne artikkelen er på grunn av alderen offentlig og fritt tilgjengelig for innsyn, men av etiske årsaker er det likevel en vurderingssak om pasientenes navn bør publiseres. Vår vurdering er at spørsmålet om anonymisering må settes opp mot spørsmålet om hvorvidt ikke anonymiseringen snarere bidrar til å gjøre pasientene mindre menneskelige i fortellingen og minsker deres muligheter til å fremstå som egne aktører i sin historie. De to navngitte pasientene var på grunn av sine forbrytelser kjente personer i sin samtid, og det var offentlig kjent at de var innlagt på Kriminalasylet. De har ingen etterkommere, og navnene deres har tidligere blitt publisert i historisk forskning. Vi har derfor valgt å bruke navnene deres i teksten.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Det overrasket ham. «Han undredes over at han skulde være i jern her», skrev Kriminalasylets overvokter Gunerius Skare i rapportboken dagen etter.[5] Erikson mente å ha erfart fra Rotvoll asyl at det ikke var tillatt å legge pasientene i jern. Det hadde han i prinsippet rett i. Lovverket tillot kun bruk av tvangsmidler over kortere tid, og bare når det var uunngåelig påkrevd. Likevel ble han lenket til veggen. Lenken var kort – en meter lang, og foruten en kort daglig tur i luftegården påført fothelle, forble han lenket til veggen frem til juli året etter. Behandlingen var lovstridig, men samtidig godkjent av både Justisdepartementet og Medisinaldirektoratet.

Bakgrunnen for denne praksisen lå i Kriminalasylets doble posisjon. Kriminaliteten og den opplevde farligheten til pasientene gjorde at både asylets personell og landets myndigheter var villige til å godta behandling av enkeltpasienter som var i strid med datidens lovtekst og profesjonens humane idealer. Derfor hadde pasientene i asylet meget ulike hverdager når det gjaldt tvangsmiddelbruken de opplevde. Lars Erikson var således et spesielt tilfelle, men ikke det eneste.

HUMANITETENS VEI INN I BEHANDLINGEN AV SINNSSYKDOM

Idealene om human sinnssykebehandling har røtter i opplysningstidens forståelser om menneskets universelle verdi og rettigheter. Den moderne forståelsen av humanitet, hva det innebærer i praksis og at kravet om human behandling gjelder alle, har imidlertid utviklet seg over tid og med tidvis store tilbakeskritt. Det har skapt spenninger, spesielt innenfor samfunnssektorer som befattet seg med håndtering av sosiale avvik, herunder institusjoner for sinnssyke.

For legene som lot seg inspirere til å reformere behandlingen, handlet det ikke bare om å tilnærme seg de syke med humanitet og verdighet, men også å søke empirisk grunnlag for behandlingen av pasientene. Philippe Pinel (1745–1826), som var sinnssykelege i Paris på slutten av 1700-tallet, var en viktig tidlig talsmann for disse idealene. Han la vekt på at et godt behandlingsmiljø hadde positiv påvirkning på pasientenes muligheter til å bli friske og kritiserte samtidens institusjoner for å være oppbevaringsanstalter i stedet for behandlingsinstitusjoner.[6] Liknende tanker kom samtidig til uttrykk andre steder i den vestlige verden, blant annet i Storbritannia, hvor York Retreat, etablert i 1792, ble et forbilde for behandlingsidealet kjent som *moral treatment*. Det la vekt på en behandling bestående av human pleie og forutsigbare rutiner i åpne, luftige og landlige omgivelser.[7] Oppfatningen var dessuten at tvangsmiddelbruk virket mot sin hensikt. Personalet skulle i stedet opprettholde kontroll gjennom å være myndige moralske forbilder. Britiske psykiatere videreutviklet dette til et program, kjent som «non restraint»-systemet, som omfattet hele asyldriften og tok fullstendig avstand fra bruken av mekanisk tvang.[8]

5. Norsk helsearkiv, Kriminalasylet. K-HA-003-001. Rapportbog for overvogteren: 77.
6. Weiner 1992: 725–732.
7. Pietikäinen 2015: 89–91; Porter 2002: 108–18.
8. Conolly 1856; Gardiner Hill 1857.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

I Norge var det flere som argumenterte for reformering av sinnssykebehandlingen gjennom første halvdel av 1800-tallet, men *Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining* fra 1848 regnes som gjennombruddet for et humant behandlingsideal her til lands. Loven kom sammen med planer om å bygge landets første statsasyl og baserte seg på et større forarbeid utført av legen Herman Wedel Major (1814–1854). På oppdrag fra staten dro han på studiereiser i Europa og til landets dårekister, dollhus og andre eksisterende institusjoner for sinnssyke.[9] Han konkluderte med at det stod særs dårlig til med norsk sinnssykepleie og argumenterte for profesjonalisering av behandlingen, nedtoning av det fengselsaktige og mindre tvangsbruk. Han leverte også et utkast til ny sinnssykelov. I lovproposisjonen til Stortinget argumenterte Regjeringen med de eksisterende institusjonenes «ligesaa irrationelle som fra Humanitetens Side utilfredsstillende Tilstand».[10] Loven av 1848 forble med mindre revideringer gjeldende lov i Norge frem til 1961.

Majors arbeid bidrog til å knesette et humant behandlingsideal i norsk psykiatri. Sinnssykeloven regnes blant de mest humane lovene for sinnssykepleie i datidens Europa. Den skilte de sinnssyke juridisk ut som egen gruppe, nedfelte et medisinsk syn på sinnssykdom, og var samtidig en lovfestet bekreftelse av *moral treatment*s behandlingsidealer. Asylene måtte i fremtiden ha statlig autorisasjon, noe som blant annet krevde en «fri og sund Beliggenhed» hvor de syke fikk anledning til sysselsetting. Loven la også sterke begrensninger på bruken av tvang, som etter § 4 bare kunne brukes i kort tid og når det ikke var andre alternativer:

> Indesperren i eensomt Værelse eller mekaniske Tvangsmidler maa kun anvendes i kortere Tid, og naar de Syges Tilstand gjør det uundgaaeligt nødvendig. Legemlig Revselse maa ikke finde Sted.[11]

Både i Norge og i resten av den vestlige verden gikk *moral treatment*-idealene og humaniseringen av sinnssykebehandlingen hånd i hånd med stor behandlingsoptimisme og omfattende utbygging av asylbehandlingen. I Norge stod Gaustad asyl ferdig i 1855 og i de neste tiårene ble det bygget flere statsasyl. Sinnssykelegene, som etter hvert ble titulert psykiatere, befestet posisjonen som behandlere.[12]

De nybygde asylene fyltes raskt opp av kronisk syke pasienter, og mot slutten av hundreåret fikk nye fagretninger som vektla arvelighet innpass i forståelsene av sinnssykdommenes årsaker. Det tæret på behandlingsoptimismen, men idealene om human behandling fortsatte å stå sterkt. I 1874 skrev direktør Ole Rømer Sandberg ved Gaustad asyl at han ville fjerne all tvang ved asylet, og at «Spørgsmaalet om Tvangsmidlernes fuldstændige Afskaffelse allerede længe har staaet og fremdeles staar paa Dagsordenen her som andetsteds».[13] I forelesningsserien om den norske sinnssykelovgivning som politi- og fengselslege Paul Winge ga ut i 1901, mente han at den mekaniske tvang «nu i gode asyler er fuldstendig

9. Skålevåg 2016: 67.
10. Departementet for det Indre 1848: 8.
11. Sitert fra Blomberg 2002: 213.
12. Ludvigsen 1998: 118–119.
13. Departementet for det Indre 1875: 22.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

afskaffet».[14] Det betød imidlertid ikke at all tvangsmiddelbruk var avskaffet. Paul Winge var selv åpen for bruk av mekanisk tvang i visse tilfeller og mente at tvangstrøyen var å foretrekke fremfor utstrakt bruk av «manuel magt og narkotiske midler».[15] Samtidig ble isolasjon regnet som et mer humant alternativ og brukt både på Gaustad og ved de fleste andre norske asyl.

FRA FOUCAULT TIL MATERIALITETEN

Michel Foucault hevdet både i *Galskapens historie* og den publiserte forelesningsrekken han holdt om makt i psykiatrien i 1973–1974, at *moral treatment*-bevegelsen med sine store og avsidesliggende asyl i hovedsak handlet om å skille ut og kontrollere personer samfunnet oppfattet som utenfor normaliteten. Han mente også at mindre bruk av lenker ikke betød en lavere grad av tvang i pasientenes hverdag, fordi maktfordelingen mellom personalet og pasientene fremdeles var ekstremt skjevt fordelt.[16] Foucault utviklet et vidt og dynamisk maktbegrep der et nettverk (eller et system) av aktører, diskursive praksiser, kunnskapssystemer og arkitektur til sammen ga institusjonen absolutt makt over pasientene. Maktutøvelsen i seg selv trengte derfor ikke være voldelig, fordi den gjennomsyret hele tilværelsen ved asylet. Til syvende og sist var den likevel kroppslig, fordi den tvang pasientene til underkastelse både mentalt og fysisk.

Foucault har et poeng i at *moral treatmet*-idealets humanisme gikk hånd i hånd med et paternalistisk og autoritært asylregime med en tydelig åpning for ydmykende maktbruk. Pinel og hans etterfølgere ønsket å minimere tvangsbruken, men hadde ikke som mål å fjerne den helt.[17] De var heller ikke fremmede for å bruke tvangsmidler som straff eller korreks. Det var viktig at pasientene fortsatte å innordne seg institusjonen, som på sin side representerte storsamfunnet. Den moralske forbedringen som *moral treatment* la opp til, var i realiteten en moralsk tilpasning til samfunnets normer. Likevel er psykiatrihistorikere i dag stort sett enige om at *moral treatment*s behandlingsidealer representerte en humanisering av sinnssykeomsorgen.[18]

Foucaults arbeider baserte seg dessuten ikke på empiriske studier av asylenes indre liv. I artikkelen «Writing the history of psychiatry in the 20th century» fra 2011, tok Volker Hess og Benoît Majerus til orde for det de oppfattet som en pågående *materiell vending* i studier av psykiatrihistorie.[19] Materialiteten må i denne sammenheng forstås som konteksten som skaper og påvirker praksiser ved asylet – herunder lover, regler, arkitektur og faglige idealer. Det har vært grunnlaget for vår studie. Et viktig ledd for å forstå materialitetens påvirkning, er studier av institusjonsarkivene med rapportbøker og pasientjournaler. Som kilder til historisk kunnskap har de riktignok en utfordring ved at de er preget av den grunnleggende asymmetriske maktfordelingen mellom leger og pleiere på den ene siden og

14. Winge 1901: 112.
15. Samme sted.
16. Foucault 1964/2001: 260; Foucault 2006: 1–16.
17. Scull 2015: 161.
18. Se bl.a. Scull 2015: 207; Pietikäinen 2015: 77–82.
19. Hess & Majerus 2011.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

pasientene på den andre. Det gjelder både for hvordan kildene har blitt skapt og i relasjonene de beskriver. Men samtidig ble ikke disse dokumentene skrevet for et offentlig publikum. Journalene var et internt verktøy for å dokumentere hvem pasientene var, hvordan sykdommen forløp og hvilken behandling de fikk. Det fantes få insentiver til bevisst å utelukke informasjon eller å skrive usant, og selv om det i hovedsak er personalets tilnærminger og perspektiver som kommer frem i journalene, får til en viss grad også pasientene komme til orde. Derfor gir disse kildene unike muligheter til å følge aktørene og studere praksiser i den komplekse konteksten som institusjonen utgjorde.

NORSK HISTORIOGRAFI

I norsk sammenheng er det flere som har gitt viktige bidrag til kunnskapen om norsk sinnssykeomsorgs historie.[20] Det finnes likevel få studier som har tatt i bruk de psykiatriske institusjonenes arkiver, mest fordi kildene ikke har vært tilgjengelige for historikere. Svein Atle Skålevåg brukte imidlertid utvalgte pasientjournaler fra flere norske asyl i doktoravhandlingen om den sosiale konstruksjonen av sinnssykdom-begrepet i perioden 1870–1920.[21] Blant annet anvendte han eksempler fra asylenes tvangsmiddelbruk i drøftingen. Et annet eksempel er Anne Marie Botslangens avhandling om historiske endringer i pasientbegrepet. Denne bygger blant annet på arkivet til Opdøl sykehus.[22] Petter Aaslestad har studert fortellerrollen i pasientjournaler fra Gaustad i perioden 1890 til 1990 i boken *Pasienten som tekst*.[23] Han hadde imidlertid ikke som mål å beskrive asylets indre liv. Per Haave fikk tilgang til deler av sykehusarkivet, blant annet et anonymisert utvalg av pasientjournaler, i arbeidet med boken *Ambisjon og handling* om Sanderud sykehus, som også er et verdifullt bidrag til den bredere norske psykiatrihistorien.[24]

Om Kriminalasylet finnes det flere artikler og masteroppgaver som tar i bruk asylets bevarte arkiv.[25] Her kan spesielt nevnes antologien *Galskapens fengsel*; samt masteroppgavene «Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri – En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895–1915» av Vegard Jenset Øien og «Oppdrag, pasienter og praksiser – Kriminalasylet i Trondheim 1895–1905» av Åse Riaunet.[26] Disse studiene gir ny forståelse av asylets indre liv, og viser i motsetning til det Foucault hevdet at asylets makt over pasientene var sterk, men ikke absolutt. Pasientene hadde ulike grader av frihet i hverdagen. Asylet var en scene for forhandlinger, prøving og feiling hvor personalet viste omsorg overfor pasientene og vilje til å etterfølge humane praksisidealer. Noen av pasientene hadde god kontakt med omverdenen, og de best fungerende fikk anledning til å forme sin egen hverdag og selvstendig skape mening i sine liv innenfor asylets rammer.

20. Eksempler som ikke er trukket frem andre steder i artikkelen er Blomberg 2002; Fause 2007; Kringlen 2007; Ericsson 1974; Bøe 1999; Fygle 2002; Søbye 2010.
21. Skålevåg 2002b.
22. Botslangen 2015.
23. Aaslestad 2007.
24. Haave 2008.
25. Bl.a. Myhre 2017; Dahl 2018; Thomassen 2010.
26. Riaunet 2014; Øien 2016; Furset 2015.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

KRIMINALASYLET – EN HYBRID

Kriminalasylet var offisielt et asyl, men i realiteten en hybrid mellom et asyl og et fengsel, noe som hadde årsak i formålet det var bygget for, men også de pragmatiske løsningene som ble valgt for å få asylet i drift innenfor statens stramme økonomiske rammer. Asylet var svaret på utfordringen om hva som skulle gjøres for en gruppe mennesker som ble regnet både som kriminelle og sinnssyke. Paragraf § 20 i sinnssykeloven av 1848 slo fast at «Ingen sindssyg maa forvares sammen med Forbrytere».[27] Samtidig inneholdt straffeloven av 1842 en utilregnelighetsbestemmelse som medførte at sinnssyke verken kunne fengsles eller straffes. Lovverket etablerte dermed et skille mellom fengsling og medisinsk forvaring og gjorde det lovstridig å forvare sinnssyke i fengsel, selv om de hadde begått kriminelle handlinger.

Blant medisinere og jurister var det stor enighet om at alle sinnssyke, uavhengig av bakgrunn og tidligere handlinger, burde ha et tilbud ved en helbredelsesanstalt. Samfunnet hadde en moralsk plikt til å ivareta disse personene, men samfunnet hadde også krav på beskyttelse. Sinnssykelovens § 10 hadde imidlertid en åpning for at en «Sindssyg af Politiøvrigheden indsættes i et Sindssygeasyl, naar han forstyrrer den offentlige Sikkerhed».[28] Men asylets lege skulle selvstendig avgjøre om innleggelsen var nødvendig, og beslutningen kunne ankes til Kontrollkommisjonen. Det var i tråd med prinsippet om «asylsuvereniteten», som tilsa at den medisinske ledelsen ved asylet skulle ha siste ordet i spørsmål om innleggelser og utskrivinger. På dette grunnlaget ble likevel kriminelle og farlige sinnssyke innlagt ved landets ordinære asyl, og i mangel på gode alternativer hendte det også at personer fra denne gruppen ble forvart i fengsel. Men det var en problematisk og tidvis ulovlig praksis.[29] Mange av disse pasientene skapte uro ved asylene og krevde sikkerhetsforanstaltninger som ikke var i henhold til behandlingsidealene. Justisdepartementet ønsket dessuten hjemmel til å bestemme innlegging og utskriving av disse pasientene.

Løsningen som Regjeringen og Stortinget falt ned på var å etablere en frittstående institusjon med høy sikkerhet, et kriminalasyl for mannlige pasienter. Et nybygg til formålet fantes det ikke penger til, men i Trondheim stod en av bygningene til straffeanstalten tom. I forkant av Stortingets behandling av saken i 1894, hadde medisinaldirektør Michael Holmboe vært på befaring sammen med direktørene for Rotvoll asyl og Trondhjems Strafanstalt. De fant bygningen uegnet som permanent asyl. Den var dyster og lå innestengt sentralt i Trondheim med kun en liten luftegård og få muligheter til å aktivisere pasientene, altså et godt stykke unna *moral treatment*s arkitektoniske idealer.[30] I stortingsproposisjonen som ble vedtatt, ble bygningen likevel anbefalt som en midlertidig løsning.[31] I tillegg til kriminelle sinnssyke skulle asylet ta imot pasienter som var for farlige til å kunne behandles i ordinære asyl. Pasientpopulasjonen bestod altså av alt fra sinnssykeerklærte vanekriminelle og sedelighetsforbrytere som kunne vise god oppførsel i anstalten,

27. Sitert fra Blomberg 2002: 216.
28. Sitert fra samme sted: 214.
29. Problemstillingen hadde blitt diskutert også tidligere, men fikk ny kraft da den ble tatt opp av Kriminalistforeningen i 1893. Se Hagerup 1894: 49–86.
30. For utviklingen av psykiatriens arkitektoniske idealer i Norge, se Skålevåg 2002a; Hvattum 2006.
31. Riaunet 2014: 29.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

til utilregnelighetserklærte voldsforbrytere og drapsmenn som i asylet kunne være voldelige og farlige. Den første pasienten ble ført inn dørene i februar 1895. I første omgang ble asylet autorisert for 15 pasienter, men i 1900 ble også andre etasje tatt i bruk, slik at kapasiteten økte til oppimot 35 pasienter.[32] Sammenlignet med andre asyl i landet var det små forhold.

TVANG OG HUMANE IDEALER HOS KRIMINALASYLETS BESTYRERE

Fredrik Waldemar Bødtker (1824–1901) var 70 år da han tiltrådte i stillingen som Kriminalasylets første bestyrer. Han var universitetsutdannet lege og hadde bestyrt Trondhjems Kommunale Sinnssykeasyl (Tronka) siden 1854, noe han fortsatte med ved siden av stillingen ved Kriminalasylet. Bødtker hadde også studert psykiatri i Tyskland og besøkt sinnssykeasyl i Sverige og Danmark.[33] Med førti års erfaring innen sinnssykepleie må han ha vært godt kjent med de etiske og moralske idealene i sektoren. Han mente selv å ha gode erfaringer med å legge seg på en human behandlingslinje. «Jo mindre Anvendelsen af Tvangsmidler tillades, desto mere medgjørlige bliver Patienterne, – dette er en paalidelig Erfaring», skrev han i årsberetningen for Tronka i 1879.[34] Den viste at tvangsmidler kun hadde vært anvendt en eneste gang det året, og de neste årene meldte han om ingen bruk av mekaniske tvangsmidler og lite bruk av «Indespærring».

Hans Evensen (1868–1953) var 33 år da han i 1901 ble ansatt som bestyrer ved Kriminalasylet og Tronka etter at Bødtker døde på post samme år. Han kom til asylet med en ganske annen bakgrunn enn den Bødtker hadde. Evensen hadde arbeidserfaring som reservelege på Gaustad asyl, og ved ansettelsen var han doktorgradsstudent ved Emil Kraepelins forskningsklinikk i Heidelberg i Tyskland. Her var Evensen en del av et miljø som lå i fronten av utviklingen innen internasjonal psykiatri. Kraepelin utviklet diagnosen *dementia praecox*, som var en forløper til schizofreni-diagnosen. Den var også temaet for Evensens doktoravhandling som han disputerte over i 1904. I perioden han var ansatt ved Kriminalasylet, etablerte Evensen seg som en av Norges ledende psykiatere. Han hadde en omfattende vitenskapelig produksjon, reiste ofte på konferanser og hadde en forskningsbasert tilnærming til den kliniske praksisen som Bødtker manglet. Evensen forlot Kriminalasylet i 1915 til fordel for en av de mest prestisjefylte stillingene en psykiater kunne ha i landet: direktør ved Gaustad asyl.

Den første tiden Evensen var bestyrer ved Kriminalasylet, satte han en strek over skjemaet for tvangsmiddelbruk som han hvert kvartal sendte inn til Medicinaldirektoratet. «Her bruges ikke tvang», skrev han i et av følgebrevene.[35] Det var, som vi skal komme tilbake til, en sannhet med modifikasjoner, men det er tydelig at Evensen så seg selv som en fanebærer for human sinnssykebehandling. Han var prinsipiell motstander av mekanisk

32. Riksarkivet. Riksarkitekten. S-1534 1 Da L0296 0014. Innstilling fra komiteen til løsning av spørsmål i forbindelse med nedleggelse av Kriminalasylet.
33. Thomassen 2015: 64.
34. Direktøren for det civile medicinalvæsen 1880: 32. Se også Øien 2016: 51.
35. Sitert fra Thomassen 2015: 65.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

tvang, som han mente ikke hørte hjemme i moderne sinnssykebehandling.[36] Han ønsket også å minimere bruken av isolasjon. Det var i samsvar med idealene i norsk psykiatri i perioden. Isolasjon ble sett på som et nødvendig onde i noen tilfeller, men den utstrakte bruken ble oppfattet å tilhøre fortidens asyler. Pasientene, også de urolige og utagerende, skulle ideelt sett behandles tvangsfritt, men under døgnkontinuerlig observasjon på vaktavdelinger.[37]

KRIMINALASYLETS DOBBELTMORAL

Kriminalasylets posisjon mellom sinnssykepleie og fengselsvesen gjorde at asylets bestyrere måtte forholde seg til både justis- og helsemyndighetene. Fengselsvesenet opererte med andre standarder for humanitet enn det sinnssykeomsorgen gjorde. Nå hadde riktignok også landets straffeanstalter blitt modernisert i løpet av 1800-tallet, men siden frihetsberøvelsen var essensen av de innsattes straff, gjennomsyret den praksisen ved fengselsinstitusjonene der låste dører, isolasjon og jernlenker var en del av hverdagen.[38]

I møtet med kriminaliteten og den potensielle farligheten til pasientene gikk Kriminalasylets bestyrere, særlig Waldemar Bødtker, på akkord med profesjonens humane behandlingsidealer. Det var en ny situasjon Bødtker trådte inn i ved asylet, og det var en situasjon han fant ganske skremmende. Han hadde i embeds medfør flere ganger møtt og blitt truet av Lars Erikson. Stilt overfor muligheten om at han skulle bli sendt til Kriminalasylet, uttrykte Bødtker bekymring overfor Justisdepartementet: «I den herværende Presse er allerede nævnt, at den renommerede Lars Erikson skal anbringes i Kriminalasylet», skrev han i et brev til departementet i januar 1895.[39] Han ønsket tillatelse til å gi Erikson særbehandling:

> Skulde en saadan Bestemmelse realiseres, vil jeg forbeholde mig lige overfor en Person, som erklærer at ville mig dø så ofte Anledning maatte gives, at det staar mig frit for, med Tilsidesættelse af alle humane Hensyn – at gjøre ham uskadelig paa samme Maade som for Tiden i Straffeanstalten, nemlig ved at lænke ham fast til Væggen.

Konfrontert med det han mente var en spesielt farlig pasient, ønsket altså Bødtker ta i bruk kontrollmetoder som han visste ikke var akseptert ved regulære sinnssykeasyl. «Om hans Behandling vil De faa Anledning til nærmere at konferere med Medicinaldirektøren», svarte departementet.[40] Bødtkers praksis indikerer at han fikk nokså frie tøyler.

I 1898 vedtok Stortinget en egen lov for Kriminalasylet. Den tilsidesatte enkelte deler av sinnssykeloven. Den viktigste årsaken bak særloven var asylsuvereniteten, som ifølge sinnssykeloven lå hos bestyreren og Kontrollkommisjonen, men som både Bødtker og departe-

36. Evensen 1921: 93.
37. Dette er beskrevet i Skålevåg 2000: 370–371.
38. For mer om norsk fengselsvesens historie, se Schaanning 2007.
39. Riksarkivet. Justisdepartementet. FS/D del 1 – KA I 1881–1895 L0719.
40. Samme sted.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

mentet mente for Kriminalasylets vedkommende burde tillegges departementet. Men da lovproposisjonen ble lagt frem for Stortinget, inneholdt den også en paragraf (§ 2) om tvangsmiddelbruk:

> Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17de August 1848, §4, skal ikke være til Hinder for, at Indespærring i ensomt Rum eller mekaniske Tvangsmidler anvendes, saalenge vedkommende Syges Tilstand gjør dette uundgaaeligt nødvendig.[41]

Sinnssykelovens tidsbegrensning på tvangsmiddelbruk ble altså opphevet for Kriminalasylet. Hvorfor denne bestemmelsen kom med proposisjonen er uklart. Det var nok av hensyn til pasienter som Lars Erikson, men i forarbeidene til loven står det kun:

> Det kan imidlertid hende, at der i Kriminalasylet sidder saa farlige Patienter, at de nævnte Forholdsregler maa bringes til Anvendelse i længere Tid. Hertil antager man, at der ved den foreslaaede Lov bør gives Adgang.[42]

Proposisjonen refererer til de potensielt farlige pasientene som skulle innlegges ved asylet, men det er påfallende at den ikke inneholder noen faglige begrunnelser. Det synes heller ikke å være bevart noen skriftlig oppfordring om lovendring fra asylledelsens side eller noen spor etter diskusjon og saksbehandling vedrørende denne paragrafen i departementet. Ordlyden i proposisjonen: «Det kan imidlertid hende» og «Hertil antager man», gir snarere inntrykk av at paragrafen om tvang kom med i loven uten større forutgående faglig vurdering. Men samtidig er det ingenting som tyder på at var uenighet om loven. Dessuten var den i realiteten en legalisering av en allerede etablert praksis.

TVANG OG AUTORITÆR HUMANISME VED KRIMINALASYLET

Da Kriminalasylet tok imot den første pasienten i februar 1895, var altså bestyrer Waldemar Bødtkers holdning den at pasientene skulle tas imot og behandles i tråd med humane verdier, men samtidig at disse verdiene kunne tilsidesettes for pasienter som ble opplevd som spesielt farlige. Foruten bygningsmassen og de fysiske sikkerhetstiltakene, som han fikk gjort lite med, var tilnærmingen hans til pasientene i hovedsak i tråd med *moral treatment*s prinsipper. Pasientene levde regelmessige liv med måltider servert til samme tid hver dag. De hadde daglige turer i luftegården, og den vanligste formen for behandling var arbeidsterapi. Bestyreren var innom minst en gang daglig for å snakke med vokterne og pasientene. Til adspredelse hadde pasientene tilgang til spill, bøker og aviser. Mange skrev også brev. Hver søndag var det gudstjeneste.

Men i likhet med *moral treatment*s prinsipper for behandling, var det utvilsomt en autoritær og paternalistisk humanitet pasientene ble møtt med. Kontrollen ble opprettholdt av

41. Justis- og politidepartementet 1898: 4.
42. Samme sted: 2.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

bestyreren og vokterstaben gjennom en myndig tilnærming der tvangsmiddelbruken ble forsøkt minimert, samtidig som trusselen om tvang hele tiden var nærværende. Pasientene gikk forbi isolasjonscellene daglig, og de observerte selv at enkeltpasienter var påsatt lenker. Tidvis var truslene om tvang også eksplisitte. Tvangstrøyer, som var i bruk ved flere av landets asyl, ble så vidt vi vet ikke brukt ved Kriminalasylet i perioden, men det hendte at tvangstrøyen ble forespeilet enkelte pasienter for å få dem til å oppføre seg slik personalet ønsket. Bødtker var heller ikke fremmed for å bruke tvangsmidler som korreks og straff. «Han har flere Gange været straffet med Glat Celle», skrev Bødtker om en pasient i den første årsberetningen.[43] Pasienten hadde ødelagt inventar og flere ganger vært truende overfor personalet. I denne sammenhengen ble glattcellen også brukt som pressmiddel for å roe pasienten. Overvokter Skare beskrev situasjonen slik:

> Jeg foreholdt ham forskjellen mellem at sidde paa den sidste celle og der han var før og bad ham vælge selv; vilde han love at han om han straks blev flyttet tilbage, vilde være renslig og ikke beskadige noget skulde han faa flytte straks; imodsatfald maatte han være hvor han var uden mindste indrømmelse. Han valgte det første og har inat været rolig og ordentlig.[44]

Pasienter kunne også unntaksvis bli lagt i kaldt bad som straff. Skare berettet i vokterjournalen at en pasient hadde:

> slaaet istykker cellens vindusruder, revet ned et gasrør […] og ramponeret væggene og døren med rørstumperne. Sine ekskrementer havde han kastet opover væggene. Han blev da sat paa glat celle. Paa spørgsmaal svarede han at den skade han havde gjort beløb sig til kr. 30.00 og han havde udført arbeide i asylet for et saadant beløb og asylet skulde ikke tjene paa ham.[45]

Da Bødtker avla visitt den samme ettermiddagen, ble pasienten ifølge Bødtkers notater gitt «et koldt Bad, ganske momentant, som Korrektiv».[46] Det overrasket pasienten, som ikke ventet at handlingene hans ville føre til en så skarp reaksjon.

Også Hans Evensen var bevisst den doble rollen som Kriminalasylet hadde og utfordringene det skapte. I årsberetningen for 1907 reflekterte han over hvordan personalet skulle forholde seg til straffangene som ble overført dit. Det gjaldt å finne en middelvei:

> Vanskeligheden ved behandlingen bestaar i at opræde med netop det maal af fasthed, som ligger lige langt fra fængselets skematiske og stramme haandhevelse af disciplinærregler som fra det næsten kameratslige forhold, som hersker mellem betjening og pasient paa det almindelige asyl.[47]

Samtidig tenkte Evensen disiplinering og kontroll på en litt annen måte enn det Bødtker gjorde. Det er tydelig at han var mer restriktiv i bruken av tvang. I likhet med mekaniske

43. Riksarkivet, Justisdepartementet. FS/D del 1 – KA I 1881–1895 L0719. Beretning for Kriminalasylet 1895.
44. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-HA-003-001. Rapportbog for overvogteren.
45. Samme sted.
46. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-FA-001-001. Pasientprotokoll.
47. Riksarkivet. Justisdepartementet. FS/D del 1 – KA 1 1908–1914 L0722. Beretning for Kriminalasylet 1907.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

tvangsmidler hørte heller ikke tvungne kalde bad hjemme i hans forståelse av moderne sinnssykepleie.

Når det gjaldt isolasjon, var imidlertid forståelsen og praktiseringen hans mer preget av gråsoner. Isolasjonscellene ble brukt aktivt og i noen tilfeller som disiplinærtiltak. Han hadde likevel som mål at isolasjonen skulle være kortvarig. Cellene kunne dessuten ha en rekke forskjellige formål, og pasientene som var der hadde ulike grader av frihet. Enkelte av cellene var låst døgnet rundt, mens i andre tilfeller fikk pasientene bruke cellene som enerom. Da kunne døren være åpen, og pasienten kunne fritt gå ut og inn. Andre ganger ble døren kun låst om natten. Cellene ble også tidvis brukt som sykestuer. I årsberetningen for 1901 ga Evensen en oversikt over cellebruken og således også et innblikk i hvordan han tenkte om praktiseringen av isolasjon:

> På listen over tvangsmidler er anført de tilfælder, hvor en kortvarig isolation har været anvendt som disciplinærmiddel overfor brutal opførsel eller ufredeligt forhold på fællesværelse.
>
> Udenfor disse tilfælder har 3 syge […] størsteparten af tiden været holdt på eneværelse på grund av deres stadige eller hyppige uro […] de har som de andre hver dag været ude i fri luft 1 à 2 timer efter årstiden […]
>
> 1 patient […] har væsentlig av sikkerhedshensyn hele året havt eneværelse, 1 […] på grunn av pæderastiske tilbøiligheder, 2 […] fordi de ikke kommer ud af det med de andre; [den ene av disse] har dog den allersidste tid opholdt sig på fællesværelse udenfor arbeidstiden, og [den andre] benytter værelset som skrædderverksted, begge betragter det forøvrigt som en begunstigelse at have eget værelse, og der er ikke gjort nogen indskrænkning i den frihed, de har havt, til at pynte op cellene.
>
> Som isolerede opføres naturligvis heller ikke de syge, der underkastes sengebehandling i eneværelse […] eller de, som efter eget ønske har fått lov til at være alene.[48]

DE FARLIGE FORBRYTERNE

Pasientene som ble regnet som spesielt farlige, levde imidlertid under mye strengere tvangsregimer. Vi skal i det følgende se på hverdagen til to av disse: Karl Larsen Sundby og allerede nevnte Lars Erikson.

Sundby ble kjent i offentligheten som «Bødkeren» etter at han i romjulen 1894 voldtok og drepte en kvinne ved Aker kirke i Kristiania. Saken fikk stor oppmerksomhet, og pressen var raskt ute med å navngi Sundby som gjerningsmannen. Historiker Maria Sæther har diskutert hvordan saken skapte sterke reaksjoner i kvinnebevegelsen. Ønsket om hevn og korporal avstraffelse var sterkt, særlig i Norsk Kvinnesaksforening med Ragna Nielsen i spissen. Sundby ble beskrevet som et «vilddyr» og et «uhyre».[49]

Sundby ble først vurdert som tilregnelig og i 1895 dømt til straffarbeid på livstid i Akershus Strafanstalt. Der viste han imidlertid sykdomstegn og truende oppførsel, og etter ny

48. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-BA-001-002. Kopibok: 444.
49. Sæther 2014.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

undersøkelse ble han sinnssykeerklært og overført til Kriminalasylet.[50] Men det skjedde ikke uten sterke protester fra blant annet Norsk Kvinnesaksforening, som fryktet for at han ville få slippe ut hvis han en dag ble erklært frisk.

Da Sundby kom til Kriminalasylet i mai 1896, var han av samfunnet regnet som en svært farlig mann, og mange mente han fortjente hard straff uavhengig av om han var syk eller ikke. Behandlingen han fikk var i hovedtrekk lik den Lars Erikson fikk. Han ble plassert på celle og lenket til veggen. Sundby klagde over lenkene som han mente var i ferd med å skade det ene benet. Det kalde jernet og den manglende bevegelsesfriheten gjorde dessuten at han frøs. To uker etter innleggelsen etterkom Bødtker Sundbys ønske om å bli løst fra veggen, hvoretter han ifølge bestyrerens beskrivelse «blev meget glad og har Lægen takket for denne Indrømmelse».[51] Fri for jernlenker ble han imidlertid ikke. Lenken til veggen ble erstattet av en fothelle.

I årsberetningene var bestyrer Bødtker åpen om lenkebruken ved asylet. Den ble dessuten observert av Kontrollkommisjonen hver gang den var på visitt. Etter å ha gjennomgått årsberetningen for 1896, hadde Medisinaldirektøren følgende reaksjon på tvangsmiddelbruken:

> Uagtet Anvendelsene af Fodjern i en Anstalt af denne Art er lidet tiltalende og kun kan ansees som et rent Nødmiddel, finder jeg dog ikke at kunde foreslaa dem afskaffet for Karl L. Sundbys Vedkommende, saalænge man anser det tvivlsomt hvorvidt man med Asylets Betjening vilde magte at beherske ham naar Jernene fjernedes. Ligeoverfor en saa farlig Person maa Hensynet til saavel Betjeningens som den offentlige Sikkerhed i et saadandt Spørgsmaal være det afgjørende.[52]

Justisdepartementet sendte året før en liknende respons på beretningen om at Lars Erikson satt lenket til veggen. Departementets oppfatning var «[a]t der intet kan være at sige paa, at en saa farlig person som her omhandlede patient belægges med jern, naar det ansees uomgjengeligt nødvendigt for at sikre vogterne og hindre undvigelse».[53] Men samtidig ønsket departementet at bruken av lenker skulle opphøre. Isolasjon ble sett på som mer humant, og departementet henstilte derfor til Bødtker om å «indrette et par sikkerhedsceller», noe som ville gjøre det mulig å løse de farlige pasientene fra lenkene.

I november 1896 stod sikkerhetscellene klare til bruk. De var innredet med jerngitter fra gulv til tak på tvers av cellen omtrent en meter fra døren. Det gjorde det mulig å gå inn i cellen uten risiko for overfall. Tidligere hadde Lars Erikson blitt løst fra veggen og påsatt fothelle «paa Betingelse af at han ikke overskrider Cellens Territorium».[54] I sikkerhetscellen tok imidlertid Bødtker sjansen på å løsne Erikson fra fothellen, men først etter å ha gitt klar beskjed om at lenkene kunne komme på igjen hvis han viste dårlig oppførsel.

50. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-FA-001-001. Pasientjournaler: 65.
51. Samme sted.
52. Riksarkivet. Justisdepartementet. FS/D del 1 – KA II 1896–1900 L0720. Brev fra Direktøren for det civile Medicinalvæsen til Justisdepartementets Fængselsavdeling, 02.06.1897.
53. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-CA-001-001. Brevjournal 1896. Lpnr. 24.
54. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-FA-001-001. Pasientprotokoll: 52.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Karl Sundby forholdt seg rolig sine første par uker i Kriminalasylet, men oppførselen hans ble deretter stadig vanskeligere for personalet å håndtere. Han var flere ganger så truende at overvokteren forbød de andre vokterne å gå inn til ham. Bødtker omtalte ham ved et tilfelle som «et fuldstendig Vilddyr».[55] Sundby ønsket heller å forbli på sin vante celle med fothellen på enn å bli plassert i «et løvebur», som var det han kalte sikkerhetscellen. «Jeg skal ikke benegte, at jeg saameget hellere imødekom hans Begjæring», skrev Bødtker i årsberetningen for 1896. Han var i tvil om «Asylets Betjening magtede i fornødend Fald at beherske en saadan Person».[56] I Akershus Strafanstalt hadde det vært seks mann til stede de gangene det var nødvendig å løse Sundby fra lenkene. Etter en episode med trusler mot bestyreren i oktober 1897, havnet Sundby likevel i «løveburet». Da mente han å ha krav på at fothellen skulle tas av, uten at det ble etterkommet.

Men jernlenkene og fothellen var ikke de eneste tvangsmidlene brukt på Erikson og Sundby. De levde isolerte tilværelser både før og etter at de ble plassert i de nyinnredede sikkerhetscellene. Kontakten de hadde ansikt til ansikt med andre var i hovedsak begrenset til møter med vokterne, bestyreren og Kontrollkommisjonen. De hadde også tidvis kontakt med lærer og prest. I noe varierende grad fikk de delta i de ukentlige gudstjenestene.[57] I tillegg var det veldig lytt mellom cellene i asylet, slik at det var mulig for pasientene å snakke gjennom veggene. Vokterne tillot ofte dette, men pasienter som ble regnet for å ha dårlig innflytelse på andre, en kategori som begge tilhørte, fikk som oftest pålegg om å være stille.

Da Evensen tok over bestyrerstillingen i 1901, gikk Sundby og en annen pasient fremdeles med fothelle, men den ble etter kort tid tatt av.[58] Det er ingenting som tyder på at beslutningen var basert på endringer i pasientenes tilstand. Tvert imot fortsatte Sundby med trusler og vold. Han rev istykker klær og slo overvokteren i pannen, og Evensens beslutning var snarere grunnlagt i hans prinsipielle motstand mot mekanisk tvang.[59] Lars Erikson var allerede frigjort fra jernlenkene da Evensen tiltrådte, men også han opplevde økende frihet under den nye bestyreren. Etter å ha lært Erikson å kjenne, var Evensen beredt på lette på isolasjonen og gi ham større mulighet til bevegelse og samvær med de andre pasientene. Fra 1902 fikk han i korte perioder på dagtid være på forsamlingsværelset. Etter hvert fikk han også være i luftegården med de andre pasientene.

FRA MEKANISK TVANG TIL MEDISINERING

I *Fra normalitetens historie* skriver Skålevåg at kjemisk tvang kan ha overtatt for mekaniske tvangsmidler ved asylene på slutten av 1800-tallet.[60] Det kan sies å ha vært tilfellet også ved Kriminalasylet. Psykiateres kjemiske verktøykasse i perioden var ikke innholdsrik, men ulike opiater og andre beroligende midler som kloralhydrat og sulfonal var tilgjengelig

55. Samme sted: 139.
56. Riksarkivet. Justisdepartementet. FS/D del 1 – KA I 1881–1895 L0719. Beretning for Kriminalasylet 1895.
57. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-HA-003-001. Rapportbog for overvogteren.
58. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-BA-001-002. Kopibok 1899–1902: 445.
59. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-FA-002-002. Pasientprotokoll.
60. Skålevåg 2002b: 68.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

og forholdsvis vanlig.[61] Både Bødtker og Evensen ga tidvis enkelte pasienter beroligende midler. Sundby fikk kloralhydrat av Bødtker etter et psykotisk anfall der han både hadde vært truende overfor personalet og samtidig forsøkt å skade seg selv. Kloralpulveret måtte imidlertid spises, og de gangene Sundby nektet, virker det som at Bødtker respekterte det.

Evensen tok i tillegg i bruk sprøyter for å kontrollere de mest utagerende pasientene. Sundby ble ved en anledning i juni 1902 injisert med det beroligende og søvnfremkallende middelet hyoscin. Middelet, som også er kjent som skopolamin, ble introdusert midt på 1800-tallet og var ved århundreskiftet begynt å bli et kjent kjemisk tvangsmiddel i psykiatrien. Foranledningen for injeksjonen var at Sundby prøvde å skalle ned Evensen i luftegården. Han ble imidlertid etter Evensens beretning holdt tilbake av vokterne «under adskillig modstand». Evensen ga deretter Sundby en sprøyte med 1 mg hyoscin og beordret ham ført opp på cellen. Trolig forventet Evensen at kjemikaliene ville bringe Sundby i søvn. Det skjedde ikke. Sundby kjempet antakelig imot injeksjonen. Evensen noterte at en del av innholdet «randt ud af sprøiten». Hyoscinen hadde likevel en effekt. Sundby sov ikke, men han «formåede ikke lengere at slå». I stedet satt «han ved døren som i dvale» og «snakket når vogteren var inde». Han klaget over å bli behandlet «sjofelt, nedrigt, skammeligt og vanærende» og ba om å ikke bli påtvunget medikamenter.[62]

Hyoscin var ikke et middel Evensen brukte ofte. Det er ingen flere referanser til middelet i journalen til Sundby i Evensens periode, selv om det er svært mange beskrivelser av truende og voldelig oppførsel overfor vokterne og bestyreren. Heller ikke da han gikk til angrep på et av Kontrollkommisjonens medlemmer og slo ut to av tennene hans, virker det som om Evensen gjorde annet enn å låse Sundby inn på cellen der han likevel tilbrakte store deler av døgnet. Men det var minst én annen pasient som fikk hyoscinsprøyte mens Evensen var bestyrer. Samme pasient fikk også hyoscin av Johan Scharffenberg, som var vikar fra 1903 til 1904 mens Evensen fullførte doktorgraden.

Fellesnevner for alle disse hendelsene var at pasienten gikk til angrep på bestyreren. Det hadde nok årsak i at bestyreren var den eneste ved asylet med medisinfaglig bakgrunn, og at vokterne ikke hadde erfaring med å sette sprøyter. Sprøyten ble brukt for å nøytralisere pasienten i akutte situasjoner med voldelig oppførsel. I tilsvarende situasjoner der det ikke var lege til stede, måtte vokterne bruke andre midler for å løse situasjonen.

Det at Evensen hadde hyoscin tilgjengelig, gjorde det nok enklere for ham å fjerne lenkene fra de farligste pasientene. I stedet for det han mente var inhuman og umoderne bruk av lenker, brukte han ny og moderne medisinsk teknologi. Journalene gir klare indikasjoner på at pasientene opplevde dette som krenkende. Samtidig hadde hyoscin den fordelen at pasienter man fryktet skulle bli voldelige og farlige ikke trengte å være underlagt tvang til enhver tid. I stedet ble kjemisk tvang brukt i spesifikke, akutte situasjoner.

61. Ban 2001; Healy 2000; Shorter 1997: 198–199; Skålevåg 2002b: 67.
62. Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-FA-001-001. Pasientjournaler: 225.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

AVSLUTNING

Da Kriminalasylet tok imot de første pasientene i 1895, var det blant norske psykiatere etablert et ideal om human behandling av pasientene og minst mulig bruk av tvang, spesielt mekaniske tvangsmidler. Det gjaldt også Kriminalasylets to første bestyrere, Waldemar Bødtker og Hans Evensen, som begge var sinnssykeleger med godt omdømme. De fleste pasientene ved Kriminalasylet hadde derfor en hverdag stort sett fri for tvangsmiddelbruk.

Som institusjon hadde imidlertid Kriminalasylet i praksis en todelt posisjon et sted mellom sinnssykeomsorg og fengselsvesen. Asylet var både et sted for behandling og for internering og frihetsberøvelse. Den formelle statusen som asyl forhindret derfor ikke Bødtker og Evensen å gå på akkord med humane behandlingsidealer og å iverksette langvarig tvang i møte med farligheten til enkelte av pasientene. Denne tvangsmiddelbruken var kjent for landets medisinske administrative ledelse, som aksepterte den, selv om praksisen var i strid med sinnssykeloven frem til Kriminalasylets drift ble regulert av en egen lov i 1898 – en lov som understreket asylets doble rolle.

Det var imidlertid kun asylets første bestyrer, Waldemar Bødtker, som tok i bruk mekaniske tvangsmidler. For Hans Evensen var det viktig at denne typen tvang ikke ble brukt ved asylet under hans ledelse. Men begge bestyrerne isolerte enkelte av pasientene over lengre tid. Hans Evensen tok også i bruk kjemiske tvangsmidler ved å injisere beroligende midler med makt for å avverge voldelige angrep. Å erstatte mekanisk tvang med kjemisk tvang var en utvikling som også foregikk ved landets øvrige asyl i perioden.

LITTERATUR

Ban, T. A. (2001). Pharmacotherapy of mental illness – a historical analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25(4), 709–727. https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00160-9

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

Botslangen, A. M. (2015). *Den psykiatriske pasient – En begrepsstudie.* (Doktorgradsavhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.

Bøe, J. B. (1999). *Synd, sykdom og samfunn – linjer i sinnssykepleiens historie.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Conolly, J. (1856) *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints.* London: Smith, Elder and Co. Hentet fra https://books.google.no/books/about/Treatment_of_the_insane_without_mechanic.html?id=xrZrAAAAMAAJ&redir_esc=y

Dahl, H. (2018). *Institusjonaliseringen av farlighet, sinnssykdom og samfunnsvern i Norge: En studie av farlige kriminelle sinnssyke pasienter i Kriminalasylet og Reitgjerdet asyl, 1895–1940.* (Doktorgradsavhandling). Trondheim: NTNU.

Departementet for det Indre (1848). *Kgl. Prp. til Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining* (Prop. 47, Stortinget 1848). Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Saksside/?pid=1814-1870&mtid=39&vt=a&did=DIVL89586

Departementet for det Indre (1875). *Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed i Aaret 1874.* Hentet fra https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_i_c5b_1874.pdf

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn

Direktøren for det civile Medicinalvæsen (1880). *Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed i Aaret 1879.* Hentet fra https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_i_c5b_1879.pdf

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

Evensen, H. (1921). *Haandbok i sindssykepleie.* Kristiania: Aschehoug & Co.

Fause, Å. (2007). *«Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa». Sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891–1940.* (Doktorgradsavhandling). Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Foucault, M. (1964/2001). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason.* London: Routledge.

Foucault, M. (2006). *Psychiatric power: Lectures at the Collège de France, 1973–74.* New York: Palgrave Macmillan.

Furseth, E. (red.) (2015). *Galskapens fengsel.* Norsk rettsmuseums skriftserie, vol. 3. Trondheim: Norsk rettsmuseum.

Fygle, S. (2002). *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundret.* Bodø: Nordlandssykehuset Bodø Psykiatri.

Gardiner Hill, R. (1857). *A Concise History of the Entire Abolition of Mechanical Restraints in the Treatment of the Insane; And of the Introduction, Success and Final Triumph of the Non-Restraint System.* London: Longman, Brown, Green and Lomans.

Hagerup, F. (red.) (1894). *Forhandlinger ved Den Norske Kriminalistforenings andet Møde i Oktober 1893.* Kristiania: H. Aschehoug & Co.

Healy, D. (2000). Some continuities and discontinuities in the pharmacotherapy of nervous conditions before and after chlorpromazine and imipramine. *History of Psychiatry.* 11(44), 393–412. https://doi.org/10.1177/0957154X0001104405

Hess, V. & Majerus, B. (2011). Writing the history of psychiatry in the 20th century. *History of Psychiatry*, 22(2), 139–145. https://doi.org/10.1177/0957154X11404791

Hvattum, M. (2006). Major og Schirmers Gaustad. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(12/13), 1113–1118, http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.15.0782

Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv.* Oslo: Unipub.

Justis- og politidepartementet (1898). *Kgl. prp. til lov ang. kriminalasylet* (Prop. 4 Odelstinget 1898). Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Saksside/?pid=1892-1900&mtid=30&vt=a&did=DIVL34444

Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene.* Oslo: Damm.

Ludvigsen, K. (1998). *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen, 1820–1920* (Rapport 63/1998). Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Myhre, E. (2017). *Farlige menn: Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895–1940.* (Doktorgradsavhandling). Trondheim: NTNU.

Pietikäinen, P. (2015). *Madness: A History*. London: Routledge.

Porter, R. (2002). *Madness: A Brief History.* Oxford: Oxford University Press.

Riaunet, Å. (2014). *Oppdrag, pasienter og praksiser – Kriminalasylet i Trondheim 1895–1905.* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU.

Schaanning, E. (2007). *Menneskelaboratoriet: Botsfengselets historie.* Oslo: Scandinavian Academic Press.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn

Scull, A. (2015). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine.* Princeton: Princeton University Press.

Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac.* New York: John Wiley & Sons.

Skålevåg, S. A. (2000). En sykdom tar form: Om psykiatri og konstruksjonen av sykdom i asylets æra. *Historisk tidsskrift,* 80(3), 352–375.

Skålevåg, S. A. (2002a). Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820-1920, *History of Psychiatry,* 13 (49), 51-68.

Skålevåg, S. A. (2002b). *Fra normalitetens historie: Sinnssykdom 1870–1920.* (Doktorgradsavhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.

Skålevåg, S. A. (2016). *Utilregnelighet: En historie om rett og medisin.* Oslo: Pax Forlag.

Sæther, M. A. (2014). *«Kastrer dem, sperr dem inde!» En studie av kvinnebevegelsens tilnærming til seksualforbrytere 1895–1934.* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU.

Søbye, E. (2010). *En mann fra forgangne århundrer – Overlege Johan Scharffenbergs liv og virke 1869–1965. En arkivstudie.* Oslo: Oktober forlag.

Thomassen, Ø. (2010). Diagnosing the criminal insane in Norway 1895–1915. I W. H. Hubbard, A. Andresen & T. Ryymin (red.), *International and Local Approaches to Health and Health Care* (79–98). Oslo: Novus Press.

Thomassen, Ø. (2015). Asylene for de sinnssyke og farlige mennene – Kriminalasylet og Reitgjerdet. I E. Furseth (red.) (2015), *Galskapens fengsel.* Norsk rettsmuseums skriftserie vol. 3. Trondheim: Norsk rettsmuseum.

Weiner, D. B. (1992). Philippe Pinel's 'Memoir on Madness' of December 11, 1794: A Fundamental Text of Modern Psychiatry. *American Journal of Psychiatry,* 149(6), 725–732. https://doi.org/10.1176/ajp.149.6.725

Winge, P. (1901). *Den norske sindssygelovgivning: Forelæsninger.* Kristiania: A.W. Brøggers Bogtrykkeri. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2011100423011

Øien, V. J. (2016). *Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri: En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895–1915.* (Masteroppgave). Trondheim: NTNU.

Aaslestad, P. (2007). *Pasienten som tekst: Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2019 Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Idunn

Artikkel 3: Tvangsmidler i norsk psykiatri ca. 1900–1950: Kasus Reitgjerdet[*]

Sammendrag

Artikkelen gjør en historisk analyse av institusjonspsykiatriens etiske og faglige vurderinger og praksiser vedrørende tvangsmiddelbruk i perioden 1900–1950. Artikkelen studerer den faglige debatten om tvang slik den har fremstått i læreverk i sinnssykepleie og den psykiatrifaglige debatten i perioden samt konkret praksis ved Reitgjerdet asyl fra åpningen i 1923. Reitgjerdet var en spesialinstitusjon for kriminelle og særlig vanskelige mannlige pasienter, men endte også opp med å ta imot og behandle pasienter som ikke tilfredsstilte de særskilte inntakskriteriene. Reitgjerdet hadde derfor en del spesielle utfordringer, men samtidig mange fellestrekk med landets regulære psykiatriske institusjoner.

Artikkelens hovedpoeng er at den norske psykiatriske profesjonen ved starten av perioden knyttet den vitenskapelige psykiatriens opprinnelse til opplysningstidens humanisering av sinnssykebehandlingen og et mål om total avskaffelse av mekanisk tvang. Isolasjon og kjemiske tvangsmidler ble regnet som de mest humane alternativene. Fra 1940-tallet var imidlertid mekaniske tvangsmidler foretrukket, og artikkelen diskuterer årsaker til endringene.

Nøkkelord: psykiatrihistorie, tvang, Reitgjerdet, sikkerhetspsykiatri

Abstract

This article presents a historical analysis of coercive measures in Norwegian psychiatric debate and institutional practice in the period c. 1900–1950. The study uses as source material the professional debate on institutional treatment and coercion as it was presented in textbooks on psychiatric care and scientific publications. It also uses the archives from Reitgjerdet asylum to exemplify institutional practice after 1923. Reitgjerdet was a national institution for criminal and especially difficult male patients. As such, conditions at Reitgjerdet differed from the regular asylums in Norway, but at the same time its practices were influenced by the same trends as the rest of the psychiatric institutional sector.

[*] Artikkelen er antatt for publisering i *Historisk tidsskrift.* Dette er post-print-versjonen av artikkelen – det vil si etter fagfellevurdering og språkvask. I skrivende stund er den planlagt publisert i *Historisk tidsskrift* vol. 99(2) i 2020.

The main argument is that Norway's psychiatric profession in the beginning of the 20th century understood modern psychiatry to be closely connected to the Enlightenment's new ideals of humane treatment, and especially the subsequent rejection of mechanical restraints found in the 'no-restraint' movement. Seclusion and chemical restraints were considered the humane alternative. This changed during the period, and by the 1940s mechanical restraints had become preferential. The article discusses the causes underlying these changes.

Keywords: History of psychiatry, coercion, Reitgjerdet, forensic psychiatry

Som en medisinfaglig omsorgsprofesjon har psykiatrien alltid bestått av to sammenkoblede aktiviteter: Å behandle mental sykdom og samtidig beskytte sine egne pasienter og samfunnet ellers mot pasientenes ordensforstyrrende og noen ganger farlige handlinger.[1] Den ene aktiviteten innebærer behandling, den andre innebærer kontroll. Begge innebærer faglige og praktiske utfordringer, men også moralske problemstillinger. Psykiatrien har anledning til å bruke tvang overfor pasientene og har hele tiden måttet vurdere hvilke typer maktbruk som etisk og faglig kan forsvares. Praksiser har endret seg over tid under en gjensidig påvirkning av utviklingen i normer, kunnskap, teknologi og materielle forutsetninger.

Denne artikkelen omhandler ett av institusjonspsykiatriens sentrale kontrollverktøy: tvangsmidler. Innlagt på institusjon kan psykiatriske pasienter bli underlagt tvangsmidler som isolasjon eller mekaniske tvangsmidler som reimer, belter, tvangstrøye og lignende. Pasientene kan også bli påtvunget beroligende midler, ofte omtalt som kjemisk tvang. Artikkelen diskuterer den norske psykiatriens tilnærming til tvangsmiddelbruk på institusjon og dens kobling til profesjonens forståelse av human sinnssykeomsorg cirka 1900–1950.[2] Perioden dekker 1900-tallets psykiatri i tiden før de moderne psykofarmaka kom på markedet midt på 1950-tallet og endret både behandlings- og tvangsmiddelpraksiser ved institusjonene.

Artikkelens hovedpoeng er at norsk sinnssykeomsorg i århundrets første to–tre tiår fremdeles var sterkt preget av den britiske *no-restraint*-bevegelsen. I Norge ble idealet omtalt som det tvangsfrie behandlingssystem, men det ble først og fremst forstått som et system fritt for mekanisk tvang. Isolasjon og kjemiske tvangsmidler ble regnet som de mest humane alternativene i de tilfeller der tvang var nødvendig, men dette var i endring, og i løpet av 1940-tallet ble mekaniske tvangsmidler det foretrukne tvangsmiddelet fremfor isolasjon. Argumentet understøttes av synspunkter som kom frem i lærebøker i sinnssykeomsorg, den offentlige psykiatrifaglige debatten, samt konkrete praksiser ved Reitgjerdet asyl fra institusjonen åpnet i 1923. Reitgjerdet var en spesialinstitusjon for kriminelle og særlig vanskelige mannlige pasienter. Praksis her var påvirket av de nasjonale strømningene, men skilte seg også delvis fra andre asyl. Reitgjerdet er valgt som eksempel på grunn av kildetilgangen, men også fordi funnene presentert i artikkelen bidrar til å nyansere nåtidens bilde av Reitgjerdet, som i stor grad er preget av den massive kritikken institusjonen fikk på

[1] Winge 1916: 3; Kringlen 2007: 468; Scull 2006: 107–128.
[2] Begrepsbruken om psykisk lidelse har endret seg over tid. Betegnelsen «sinnssyk» ble med tiden oppfattet som stigmatiserende og erstattet med nye ord. Benevningen «sykehus» erstattet «asyl» underveis i denne artikkelens periode. I dag kalles sektoren for «psykisk helsevern» og dens brukere for «psykisk lidende». Jeg har stedvis valgt å skrive «sinnssyk» og «asyl» fordi dette var etablerte begreper i perioden artikkelen omhandler.

slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet for blant annet en rutinemessig og utstrakt reiming av pasienter.[3]

Historiografi

I den psykiatrihistoriske litteraturen finnes det flere klassiske verker om maktbruk og psykiatriens disiplinerende rolle.[4] Det forfatterne har til felles, er deres vektlegging av den fundamentalt skjeve maktfordelingen mellom personell og pasient ved psykiatriske institusjoner. Tvangsmiddelbruk er således kun en del av det spekteret av tiltak som en psykiatrisk institusjon tar i bruk for å opprettholde kontroll. Historisk sett har psykiatrisk kunnskapsproduksjon vært mindre opptatt av denne tematikken, men i dag er makt og tvang et mye diskutert tema. I vår samtid har det medført et stort korpus av psykiatrifaglige forskningsartikler. Disse skiller ofte mellom formell tvang og skjult tvang.[5] Førstnevnte er gjennomført etter vedtak basert på gjeldende lovgivning, mens skjult tvang kan være mange typer maktbruk der pasienten ikke opplever å ha reelle valg. Skjult tvang er ofte ikke dokumentert i journalene, noe som gjør historiske undersøkelser utfordrende. Denne artikkelen tar i hovedsak for seg det vi i dag ville kalt formell tvang.

Når det gjelder vestlig psykiatrihistorie, er fremveksten av idealet om *moral treatment* og særlig *no-restraint*-programmets avvisning av tvang på 1800-tallet mye omtalt.[6] 1900-tallets praksiser og holdninger er imidlertid lite behandlet. Den svenske etnologen Lars-Eric Jönsson har studert tvangsmiddelbruk ved svenske sinnssykehus, mens Phil Fennell har skrevet om behandling uten samtykke og tvangsmiddelbruk i Storbritannia fra 1845 og fremover.[7] I norsk sammenheng omtaler Per Haave tidvis tvangsmiddelbruk i sin bok om Sanderud sykehus.[8] I tillegg er det gjennomført studier av tvangsmiddelbruk ved de to norske høysikkerhetsinstitusjonene Kriminalasylet og Reitgjerdet.[9] Svein Atle Skålevågs artikkel fra 2000 om psykiatrien og konstruksjonen av sinnssykdom på 1800-tallet berører også asylenes tvangsmiddelpraksiser. Han observerte at «[d]et konstituerende element i den psykiatriske terapien etter sinnssykeloven og opprettelsen av Gaustad asyl […] var tvangsfrihet», men Skålevåg hevdet samtidig at «rundt århundreskiftet var det isolasjon eller ikke isolasjon som definerte et asyls humanitet».[10] Jeg vil argumentere for at Skålevåg her tar feil, fordi

[3] Se Blom, Bratholm & Hjort 1980; Rabben & Thomassen 2019b.
[4] Kjente eksempler er Foucault 2006; Goffman 1961; Szasz 2007. Se også Scull 2006: 107–128.
[5] Et eksempel er Poulsen 2000.
[6] Her kan nevnes noen psykiatrihistoriske oversiktsverk: Pietikainen 2015: 137–146 og Porter 2002: 112–116.
[7] Jönsson 1998; Fennell 1996.
[8] Haave 2008. Se særlig s. 128–131.
[9] Rabben & Thomassen 2019a; Rabben & Thomassen 2019b; Øien 2016.
[10] Skålevåg 2000: 361.

tvangsfrihet ble forstått som frihet fra mekanisk tvang, og at det var det som definerte et asyls humanitet. Skålevåg berører også kort tvangsmiddelbruk i sin doktorgradsavhandling, hvor han i tråd med min argumentasjon observerte at det ble registrert nesten ingen bruk av mekanisk tvang i perioden 1870–1920.[11]

Kildemateriale

Artikkelen diskuterer psykiatriens fagdebatt slik den har fremstått i lærebøker i sinnssykepleie, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* og i publikasjonen *Sinnssykehusenes virksomhet.* Det fantes også andre kanaler for psykiatrifaglig diskusjon, herunder møtene i Norsk psykiatrisk forening og ved Den nordiske psykiatriske kongress, hvis referater ble trykket. Norske psykiatere skrev også for *Norsk magazin for lægevidenskaben.* Når disse kildene ikke er referert i denne studien, er det fordi det ikke har lyktes meg å finne diskusjoner om tvangsmiddelbruk her. Rettslige og faglige spørsmål om tvangsinnleggelse på institusjon ble diskutert, men utover det er det påfallende hvor lite plass spørsmålet om kontroll og tvang i institusjonene tar i skriftlige kilder fra psykiatriens profesjonsdebatt i perioden. Det viser at det nok var mer spennende og meritterende å drøfte vitenskapelige fremskritt i behandlingsmetoder og -teknologi enn etiske og praktiske spørsmål vedrørende psykiatriens kontrollerende og disiplinerende praksiser.

Pålegg fra myndighetshold gjorde at tvangsmiddelbruk ble omtalt og dokumentert i publikasjonen *Sinnssykehusenes virksomhet*, som utkom i årene 1872–1979. Men det er hull i materialet. I årene 1930–1934 opphørte publikasjonen på grunn av manglende finansiering, mens i perioden 1941–1954 hentet ikke myndighetene inn tall på tvangsmiddelbruk. Det siste kan nok delvis forklares av at okkupasjonen skapte et større behov for å prioritere ressursbruk, men hvorfor det tok så lang tid før registreringen kom i gang etter krigen, er uklart. Det er imidlertid en indikator på hvor lite tvangsmiddelbruk ble problematisert i denne perioden.

Kildemateriale fra arkivet til Reitgjerdet asyl er også en sentral del av studien.[12] Arkivet inneholder et rikt materiale av levninger fra hele institusjonens virksomhet. I denne studien har pasientjournaler, tvangsprotokoller, avdelingsrapporter og brevkorrespondanse til og fra Reitgjerdet vært de viktigste kildene. Materialet er i all hovedsak skapt av representanter fra den psykiatriske profesjonen – det vil si leger og pleiere. Det gjør at arkivet

[11] Skålevåg 2003: 71.
[12] Forfatteren har fått dispensasjon fra Regional etisk komité Midt-Norge til å anvende helseopplysninger fra arkivet til forskning.

i hovedsak gir et bilde av institusjonens praksiser filtrert gjennom de ansattes virkelighetsforståelse og prioriteringer og i mindre grad forteller hvordan pasientene oppfattet situasjonen. Arkivet inneholder imidlertid brev til og fra pasientene. I journalene finner vi også tidvis transkripsjoner av brev eller referater av uttalelser fra pasientene. Pasientenes stemmer er derfor ikke helt fraværende.

Mekanisk tvang og den psykiatriske fødselsmyten

I 1914 ga Jens Skagen Henrichs, direktør for Faret sinnssykeasyl i Skien, ut boken *Sindssykepleien i dens grundtræk.*[13] Den starter med gjennomgang av fagets historie. Henrichs viser en grunnleggende utviklingsoptimisme. Fortiden var mørk og inhuman. Den tidligste tilnærmingen til særlig «de urolige, voldsomme og farlige sindssyke» var å «*gjøre dem uskadelige*».[14] Og:

> i det øiemed ble de indestængt i kjeldere, underjordiske rum, fangetaarn og fengsler […]. Og naar uro og angst plaget dem og redselen jaget dem op i den stærkeste ophidselse blev de smedet til væggen og led navneløse kvaler, der de laa og slet i sine lænker.[15]

Men med opplysningstiden måtte «middelalderens mørke vike». Det «frembrytende lys» kastet sine «straaler gjennom de tykke murer og ned i de dype kjeldere. Det var humanitetens aand som besjælet tidens største mænd, filosofer og læger».[16]

Det Henrichs beskrev, var fødselsmyten til psykiatrien som vitenskap, profesjon og pleiefag slik den har blitt fremstilt i en rekke historiske verker. Den forteller hvordan opplysningstiden førte til en vitenskapeliggjøring av sinnssykeomsorgen og fremveksten av *moral treatment* som behandlingsideal med den franske legen Philippe Pinel i Paris og den britiske Tuke-familien ved York Retreat blant pionerne.[17] Sentralt i denne fortellingen er endringen i synet på de sinnslidende. I Henrichs' fremstilling forstod Pinel at «de 'galne' ikke var ubændige dyr som skulle tæmmes og pryles til lydighet, [de] var mennesker som du og jeg, *syke mennesker som kunde helbredes*» .[18] Da ble de uverdige forholdene som denne gruppen levde under, ikke bare sett på som umoralsk, men også lite hensiktsmessig fordi et

[13] Henrichs 1914.
[14] Samme sted: 3. Alle uthevinger i sitatene er originale.
[15] Samme sted.
[16] Samme sted.
[17] Se Shorter 1997: 1–33 for en moderne versjon. Min hensikt er kun å vise betydningen av denne fortellingen i Henrichs' fremstilling. Som de fleste fødselsmyter inneholder også denne sannheter, forenklinger, feil og konstruksjoner, noe som er påpekt av flere forfattere. Se f.eks. Scull 2006; Vandermeersch 1994; Weiner 1994.
[18] Henrichs 1914: 4.

godt bomiljø fremmet helbred. Denne viktige innsikten, skrev Henrichs, fikk Pinel til «at *fjerne lenkerne*» fra de syke.[19]

Psykiatriens fødselsfortelling handler altså ikke bare om en vitenskaps opprinnelse, men også om etableringen av en human omsorgsprofesjon. Humanitet ble et hedersord, og det fremste symbolet på humaniseringen av sinnssykeomsorgen er akten der Pinel løsnet de sinnslidende fra veggen. Men slik Henrichs så det, var Pinels bidrag bare et steg på veien. Han sluttet nemlig ikke å bruke mekaniske tvangsmidler:

> Vistnok var lænkerne fjernet; men saa længe man endnu ikke var kommet længere i sit syn paa de sindssykes behandling end at uskadeliggjøre dem, maatte man i lænkernes sted ty til andre *tvangsmidler*, som tvangstrøie, tvangsseng, tvangsstol, belte med hansker, haandjern, og fotbøiler med jernlenker, som holdt lemmerne i samme ubevegelige stilling, altsaa den rene tortur.[20]

I Henrichs fremstilling skjedde neste steg i utviklingen i England på midten av 1800-tallet, da et knippe asylbestyrere «indførte *tvangløs behandling*, det siden så bekjente *no-restraint*-system. Det gjaldt å fjerne alle tvangsmidler og søke nye veier».[21]

No-restraint-systemets forkjempere, der John Conolly og Robert Gardiner Hill er de mest kjente, mente at mekanisk tvang i alle tilfeller var skadelig for pasientene, og at med en egnet bygningsmasse og med et tilstrekkelig antall trent personell, var det ikke bare mulig, men også moralsk påkrevd å avskaffe all bruk av mekanisk tvang. I stedet for å bruke reimer skulle kontroll på institusjonen opprettholdes gjennom en klassifikasjon og fordeling av pasientene etter adferd og funksjonsnivå, gjennom utstrakt bruk av vaktsaler og overvåking og gjennom å appellere til pasientenes selvrespekt og pliktfølelse. Det var ikke bare den mest humane løsningen, mente de, det var også den mest praktiske fordi uten trusselen om mekanisk tvang ble pasientene faktisk roligere og enklere å håndtere.[22]

No-restraint-systemets tilhengere satte altså grensen mellom en human og inhuman sinnssykeomsorg ved bruken av mekanisk tvang. Lenkene var et uakseptabelt inngrep i pasientens kropp. Det går imidlertid an å argumentere for at den grensedragningen var noe vilkårlig. Psykiatriens humanisme var fra starten en paternalistisk humanisme, hvor legene bestemte hva som var det beste for pasientene. Pasientene kunne tvangsinnlegges på institusjon; der måtte de spise maten de fikk utdelt, og de måtte legge seg og stå opp når de fikk beskjed. De skulle helst arbeide om dagen. Arbeidsterapien og de daglige rutinene skulle

[19] Samme sted.
[20] Samme sted.
[21] Samme sted.
[22] Conolly 2013 [1856]; Hill 1857.

bringe sinnsro, og en arbeidende pasient var en friskere pasient. De som ikke ville arbeide, ble ofte behandlet med sengeleie, der pasienten ikke ble holdt til sengen med reimer, men ble ført til sengs av en pleier hver gang han eller hun stod opp.[23] Et viktig kontrolltiltak var en kontinuerlig og overvåkende tilstedeværelse av pleiere som fysisk kunne gå i kroppen på pasienten om nødvendig. Utagerende pasienter kunne holdes fast og låses inne i ensomhet på isolasjonscelle.[24] Langvarige varme bad var en utbredt passiviserende behandlingsmetode, mens kalde bad kunne tas i bruk som disiplineringsmiddel. Det var også vanlig å gi pasientene sedativer som kloral, bromider og opiumsderivater. Kjemisk tvang ble dessuten mer effektiv i løpet av 1800-tallets andre halvdel med utviklingen og spredningen av kanylen, som gjorde det mulig å injisere kjemikalier i pasienten. En blanding av stoffet hyoscin (også kjent som skopolamin) og morfin kunne bli brukt i akutte tilfeller. Den ga en øyeblikkelig bedøvende «likeglad-effekt» på pasientene.[25] Respekten for pasientens kropp var altså ikke absolutt.

For Jens Skagen Henrichs var *no-restraint*-systemet likevel det siste stadiet i utviklingen mot en human og moderne psykiatrisk praksis. Hans utviklingsoptimistiske tilnærming til psykiatrihistorien var altså sterkt knyttet en fortelling om fjerningen av mekanisk tvang, og han var med på å spre denne forståelsen gjennom sin lærebok.

Hans Evensen, daværende direktør for Gaustad asyl og tidligere direktør for Kriminalasylet og det kommunale asylet i Trondheim, fulgte i 1921 opp i sin *Haandbog i sinnssygepleie.* Hans lærebok var langt mer praktisk innrettet og inneholdt ikke den samme historiske gjennomgangen. Når det gjaldt mekaniske tvangsmidler, var Evensen imidlertid klokkeklar: «Mekaniske tvangsmidler brukes ikke i moderne sindssykebehandling.»[26] Da overlege ved Ullevål sykehus' psykiatriske avdeling, Sigur Dahlstrøm, forfattet kapittelet om pleie av sinnslidende i *Lærebok i sykepleien* fra 1926, var budskapet at en «pleierske må aldri isolere nogen pasient», underforstått at kun legen kunne beordre dette, og at «[t]vangstrøier, tvangsbelter o. l. må ikke anvendes».[27]

No-restraint i Norge

Den bastante avvisningen av mekanisk tvang i lærebøkene reflekterte imidlertid ikke fullstendig realitetene ved asylene. *Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining*, som ble vedtatt i Stortinget i 1848 og var gjeldende lovgivning frem til 1961, åpnet for et mer

[23] Denne praksisen er beskrevet i Evensen 1921: 90 og Dahlstrøm 1926: 343.
[24] Isolasjon var et vanlig brukt tvangsmiddel ved *no-restraint*-institusjonene. Se Fennell 1996: 25–26.
[25] Øye 2018.
[26] Evensen 1921: 90.
[27] Dahlstrøm 1926: 342.

pragmatisk forhold til tvang, selv om den satte klare begrensninger. Isolasjon og mekanisk tvang kunne etter § 4 i loven «kun anvendes i kortere Tid, og naar de Syges Tilstand gjør det unngaaeligt nødvendig».

Særlig i tiårene rundt 1900 er det likevel grunn for å si at *no-restraint* som ideologi stod sterkt i norsk psykiatri.[28] De nasjonale oversiktene over tvangsmiddelbruk i *Sinnssykeasylenes virksomhet* inneholder i perioden 1889 til 1929 kun sporadiske rapporteringer av bruk av mekaniske tvangsmidler. Det er riktignok vanskelig å vurdere i hvilken grad institusjonene underrapporterte (eller lot være å rapportere) tvangsmiddelbruken i sine årsberetninger. I 1890 meldte Medicinaldirektøren at «[m]ekaniske tvangsmidler ere ikke anvendte» ved noen av landets sinnssykeasyl.[29] Året etter følte direktøren for Eg asyl, Lars Platou, at han måtte unnskylde da han som eneste asyldirektør rapporterte bruk av mekaniske tvangsmidler fordi han hadde plassert en pasient i tvangstrøye i til sammen 7 døgn for å hindre ham i å skade andre:

> Der er hermed vistnok gjort et Brud paa det tvangfrie Behandlingsprincip, hvad jeg ogsaa i det Længste kviede mig for, men vel overveiet anser jeg det i et exceptionelt Tilfælde som nærværende for baade berettiget og humant at anvende et Tvangsmiddel.[30]

I årsrapporten for Rotvoll asyl fra 1892 fikk Platou støtte fra direktør Jens Andreas Selmer, som hadde vært fristet til å bruke tvangstrøye på en av sine pasienter og mente mekaniske tvangsmidler kunne forsvares i helt ekstreme tilfeller. Men Selmer la også til:

> Saadanne Tilfælde er forøvrigt ganske sjeldne, og jeg ved neppe, der er indtruffet noget andet Tilfælde her i Asylet i en hel Række af Aar, der skulde friste til andet Tvangsmiddel end Isolation.[31]

I forelesningsserien om den norske sinnssykelovgivning som politi- og fengselslege Paul Winge ga ut i 1901, hevdet han at mekanisk tvang «nu i gode asyler er fuldstendig afskaffet».[32] Men han mente likevel ikke at mekanisk tvang skulle unngås i alle situasjoner. Slik Winge så det, var tvangstrøyen å foretrekke fremfor utstrakt bruk av «manuel magt og narkotiske midler».[33] I biografien om Johan Scharffenberg forteller Espen Søbye at Scharffenberg i 1914, etter å ha søkt en overlegestilling ved en avdeling for urolige på

[28] Ifølge Jönsson var også svensk psykiatri inspirert av *no-restraint*-ideologien, men han skriver at tvangsfri behandling «snarare var en målsättning ën ett faktum». Se Jönsson 1998: 197.
[29] Medicinaldirektøren 1891: 3.
[30] Medicinaldirektøren 1892: 44. Se også Kringlen 2007: 93–94.
[31] Medicinaldirektøren 1893: 72.
[32] Winge 1901: 112.
[33] Samme sted.

Ullevål, ikke fikk stillingen på grunn av beskyldninger om at han blant annet brukte gamle metoder som tvangstrøye i sin behandling av pasientene. Scharffenberg hevdet det var fullstendig feil, og at de eneste gangene han hadde tatt i bruk mekaniske tvangsmidler, var to tilfeller av gips på underarmer og hender på grunn av pasientenes selvskading. Hans Evensen skrev en attest til Scharffenbergs forsvar, hvor han avviste muligheten for at Scharffenberg brukte tvangstrøyer på sine pasienter. I tillegg påstod Evensen at det siden 1910 ikke hadde vært brukt tvangstrøye i et eneste asyl her til lands – ikke engang i de private pleiestiftelser.[34] Den tvangsfrie behandling var nå, slik Evensen så det, innført overalt, og tvangstrøyen bare brukt i de tilfellene der pasientene rev av seg bandasjer eller på annen måte ødela for behandlingen etter kirurgiske inngrep.[35]

Slutten på *no-restraint*

Fra 1920-tallet kan vi imidlertid se tegn til at synet på mekaniske tvangsmidler var i endring. I et innlegg i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* i 1923 kommenterte Henrik Dedichen, som da var direktør for sitt eget privatasyl i Kristiania, sinnssykelovens paragraf om tvangsmiddelbruk. Han ønsket den helst fjernet fordi han mente at det burde være «utelukkende lægens syn paa saken som blir det bestemmende for behandlingen». Det var, mente Dedichen, fordi alle sinnssykelegene så seg nødt til å bruke tvang i visse tilfeller: «30 aars daglig samliv med sindsyke har lært mig, at isolationen rigtig brukt ogsaa er den eneste rigtige behandling.» Mekaniske tvangsmidler var likeså «overfor enkelte selvødelæggende eller kirurgiske syke […] en uavviselig pligt».[36]

Den moralske avvisningen av tvangsreimer ble enda svakere utover i tiåret, og i 1930-årene var mekanisk tvang, i sammenligning med isolasjon, i ferd med å bli det humane alternativet. I årsrapporten for 1929 ga direktøren for Dikemark, Rolv Gjessing, uttrykk for en pågående praksisendring:

> Vi har i det senere kanskje vært noe mere tilbakeholdne i bruk av hypnotika og i tvilstilfeller foretrukket mekaniske tvangsmidler som belte eller hansker fremfor isolasjon eller den symptomatisk langt virkningsfullere i øieblikket og for behandlingen langt enklere kjemiske tvangstrøye.[37]

[34] Skålevåg (2003: 71) har dokumentert bruk av tvangstrøye ved det privat drevne Rosenbergs asyl i Bergen i 1910, og det er antakelig denne institusjonen Evensen indirekte refererer til som sendrektig i utviklingen.
[35] Søbye 2010: 336–339.
[36] Dedichen 1923: 576.
[37] Medisinaldirektøren 1931: 40. «Chemical restraint» var et vanlig begrep i engelskspråklig psykiatri. Se Fennell 1996: 37–47.

Valget av formuleringen «kjemisk tvangstrøye» viser hvordan mekanisk tvang og sedativer ble forstått å ha overlappende kontrollerende funksjon. Vi kan også lese en begynnende skepsis til datidens sedativer hos Gjessing. Opium, kloral og barbitursyre hadde alle vanedannende og skadelige effekter ved langvarig bruk.

Ni år senere, i 1938, var direktør for Rønvik, G.R. Moe, enda tydeligere i å foretrekke mekanisk tvang.

> Kvartalslistene viser en jevn og betydelig nedgang i bruk av isolasjon, og om beltebruken heller er noe større, så viser det bare at vi har kunnet strekke oss lenger i vaktsalsbehandling selv av vanskelige pasienter, og det er dog en langt mer human, skånsom og trygg behandling.[38]

Per Haave beskriver lignende holdningsendringer i sin studie av Sanderud sykehus, hvor direktør Eivind Støren allerede i 1925 henviste til «de i Danmark såmeget anvendte belter», som han det året hadde tatt i bruk på to pasienter: «Anvendelsen av disse er jo ikke tiltalende, men det må innrømmes at de kan være til god hjelp ved enkelte tilfeller.»[39] Haave har også dokumentert en dramatisk økning i bruk av mekanisk tvang ved Sanderud fra 244 hele dager fordelt på 4 pasienter i 1930 til 8545 dager fordelt på 50 pasienter i 1937.[40] Erik Härne, som tok over direktørstillingen der i 1938 og før det arbeidet som lege under Rolv Gjessings ledelse på Dikemark, reagerte på den høye bruken av tvangsmidler ved Sanderud. I sin første årsberetning for asylet erklærte han en målsetning om å redusere denne. Han fant det imidlertid «riktigst å begynne med […] de kjemiske tvangsmidler: sprøiter og sovemidler, for dernest å ta fatt på isolasjon». Mekaniske tvangsmidler regnet Härne som «de mest harmløse av tvangsmidlene». De fikk derfor komme «i siste rekke».[41]

I lærebøkene i psykiatrisk pleie fra samme periode kan vi finne en sammenfallende økende aksept for mekaniske tvangsmidler. *Lærebok for sykepleiersker* fra 1941 hadde to kapitler om sinnslidelser og behandlingen av disse. Det ene av disse var skrevet av Ørnulf Ødegaard, direktør ved Gaustad psykiatriske sykehus. Han beskrev mekaniske tvangsmidler som en «uting» som en «avgjort bør unngå», men som brukes en del «som nødhjelp ved mange asyler», «for eksempel overfor pasienter som

[38] Statistisk sentralbyrå 1940: 17.
[39] Sitert fra Haave 2008: 131. Jönsson (1998: 235 fotnote 26) skriver at «sengebälten» ble introdusert i svensk institusjonspsykiatri mot slutten av 1920-årene og da kaltes for «danska bälten».
[40] Haave 2008: 131. Tallene for 1937 er også å finne i *Sinnssykeasylenes virksomhet* for det året (Statistisk sentralbyrå 1939). For mer statistikk over utviklingen av tvangsmiddelbruk i landet generelt og Reitgjerdet spesielt, se Rabben & Thomassen 2019b.
[41] Sitert fra Haave 2008: 261.

slår seg selv eller andre».[42] Innen 1941 hadde altså mekaniske tvangsmidler i lærebøkene gått fra å være noe man bestemt ikke måtte bruke, til noe man kun burde unngå.

Slutten på *no-restraint*: Kasus Reitgjerdet

Reitgjerdet asyl i Trondheim åpnet i 1923.[43] Frem til da hadde Kriminalasylet i samme by med drøyt 30 plasser vært landets eneste institusjon for kriminelle og særlig vanskelige pasienter. Det dekket ikke behovet. Konsekvensen av det var at flere kriminelle sinnslidende ble holdt i fengsel, noe som var lovstridig, eller de ble behandlet ved landets regulære asyl, som ikke hadde tilstrekkelige sikkerhetstiltak, og hvor vanskelige enkeltpasienter kunne ødelegge behandlingsmiljøet for hele avdelinger. Reitgjerdet skulle bøte på disse problemene, men på grunn av generell manglende kapasitet hos landets sinnssykeasyl, noe samtiden omtalte som «asylnøden», endte Reitgjerdet også opp med å ta imot pasienter som i utgangspunktet ikke tilfredsstilte kriteriene. Reitgjerdet var altså en spesialinstitusjon, men hadde likevel mange fellestrekk med landets regulære asyl. Tvangsmiddelbruken var regulert av det samme lovverket som resten av sektoren, og ansatte og ledelse forholdt seg til de samme faglige og etiske spørsmålene i behandlingen av pasientene.

Hans Evensen, som var direktør ved Kriminalasylet i Trondheim fra 1901 til han tok direktørjobben ved Gaustad asyl i 1915, var en sentral figur i planleggingen av det nye sikkerhetsasylet. Det var han som tegnet den første skissen til Reitgjerdets planløsning, og selv om det ble gjort endringer senere, ble hans sentrale premisser beholdt. Hans Evensen var derfor med på å legge grunnlaget for asylets kombinasjon av vaktsaler, mindre soverom og isolasjonsceller. I planleggingen er det høyst sannsynlig at han så for seg Reitgjerdet som en *no-restraint*-institusjon.

Reitgjerdets første direktør var Karl Anton Andresen. Da han ble utnevnt i 1922, ble han samtidig direktør for Kriminalasylet, som hadde felles ledelse med Reitgjerdet frem til Kriminalasylet ble lagt ned i 1963. Gjennom stillingen som reservelege ved Neevengården asyl og bestyrer av Ørje kuranstalt for alkoholikere hadde Andresen skaffet seg erfaring både som psykiater og institusjonsbestyrer.[44] Reitgjerdet var ved åpningen autorisert for 105 pasienter, men autorisasjonen ble økt til 135 i løpet av første driftsår. Andresen mente imidlertid at asylet ved full utnyttelse hadde sengeplass til 166 pasienter, fordelt på 18

[42] Ødegaard 1941: 164, 193.
[43] Øgaard 2015.
[44] Schmidt-Nielsen 1939.

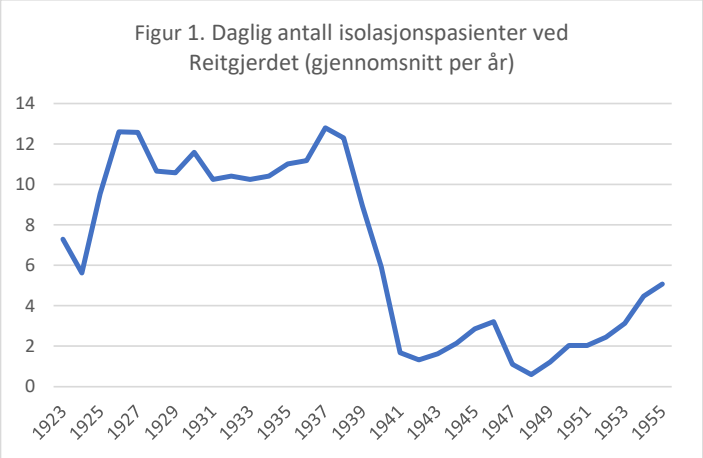
enerom, 8 firemannsrom, 11 større soverom og 2 saler med plass til 12 pasienter.[45] De vanskeligste og uroligste pasientene ble plassert på isolasjonscelle eller på vaktsal. Rolige pasienter ble lagt på de mindre soverommene.

Det var mange asyl som ønsket å overføre sine vanskeligste pasienter til Reitgjerdet. Allerede sommeren 1923 sendte direktør Andresen en advarsel til overlegen for sinnssykevesenet, som var hans overordnede i statsadministrasjonen, om at alle isolasjonscellene var fylt opp, og at Reitgjerdet inntil videre ikke hadde plass til flere «cellepasienter». Overlegen for sinnssykevesenet svarte imidlertid at Reitgjerdet måtte fortsette å ta imot pasienter. Det var fremdeles plass på vaktsalene, og «i nødsfald har man medicamenter – særlig hyoscin – og belte».[46]

Overbelegg ble en konstant utfordring. Ved utgangen av 1924 var antallet pasienter på Reitgjerdet kommet opp i 149. Året etter passerte belegget det opprinnelige maksimum for antall senger. Nye senger måtte kjøpes inn og plasseres på rom der det i utgangspunktet ikke var plass. Ved utgangen av 1925 hadde asylet ansvaret for 172 pasienter.[47] Og pasienttallet fortsatte å stige.

På tross av overbelegget styrte Andresen asylet etter *no-restraint*-idealene og fant andre løsninger enn mekanisk tvang for å holde kontroll på utagerende og urolige pasienter. Alternativene var imidlertid kjemisk tvang og isolasjon. Andresen og resten av staben brukte beroligende midler samt injeksjoner av hyoscin på utagerende pasienter. Reitgjerdet hadde også kontinuerlig pasienter på isolasjonscelle. Asylets interne journaler indikerer mellom 10 og 13 isolasjonspasienter de fleste dager.

[45] Overlægen for sinnssykevesenet 1925: 47.
[46] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. DA 004-002. Brev 2.8.1923.
[47] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. GC-001-001.



Data hentet fra dagsrapportene i Reitgjerdets arkiv.

Men i den offisielle statistikken skilte ikke Reitgjerdet seg særlig fra resten av sektoren i denne perioden. Oslo hospital under Johan Scharffenbergs ledelse rapporterte gjennomgående høyere isolasjonsbruk enn Reitgjerdet. Og det var flere år der Gaustad, Dikemark og Dale (Rogaland) gjorde det samme. Mye tyder på at Reitgjerdet underrapporterte bruken av isolasjon i disse årene, men det er ikke usannsynlig at det også gjaldt de andre institusjonene.[48] I bruken av isolasjon var det Kriminalasylet som skilte seg ut. Mange av de antatt farligste kriminelle mannlige pasientene ble overført hit, og Kriminalasylet hadde forholdsvis mange isolasjonsceller sammenlignet med pasienttallet.

Andresens konsekvente avvisning av mekanisk tvang varte imidlertid bare noen få år. «Belter og hansker har hittil ikke vært benyttet ved Reitgjerdet asyl», hevdet han i et brev til direktøren for Dikemark i 1931, men fulgte så opp med «undtagen i et enkelt specielt tilfelle».[49] Historien til pasienten som var dette spesielle tilfellet, gir en god innsikt i de kontrollmidlene institusjonen hadde til rådighet, og viser hvordan andre tvangsmidler ble forsøkt før mekanisk tvang ble tatt i bruk, først i en mildere form før pasienten ble reimet fast.

Pasienten kom til Reitgjerdet i november 1928. Han var blitt overført fra Opdøl asyl, hvor han var blitt lagt inn året før for vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. På Reitgjerdet ble han lagt på isolasjonsrom på sikringsavdelingen nokså umiddelbart etter

[48] Rabben & Thomassen 2019b.
[49] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. FB-083-00875.

ankomst fordi han prøvde å rømme. Hver gang noen var inne hos ham, forsøkte han å komme seg ut døren. Karl Anton Andresen noterte at pasienten «medgir at det er mange stemmer han hører og de sier til ham at det går ikke an å være her da han ingen beskyttelse eller helbredelse kan få her, så det er umulig for ham å være her».[50] En dag i januar 1929 gikk pasienten løs på inventaret. Etter drøyt to måneder på isolasjonsrom prøvde personalet å la ham få komme ut i en periode, men så seg da nødt til å begrense hans bevegelsesfrihet:

> Er blitt forsøkt oppe med hansker på, men disse bet han snart istykker. Det er også blitt laget en jakke speciellt, som er knappet i ryggen og som er sydd hel over henderne. Denne har han også bitt istykker. Forsøkes nu i luftegården, idet der nu utenpå denne jakke kneppes hans vinterfrakk så han ikke får op henderne.

Foruten de korte turene i luftegården tilbrakte pasienten så og si hele døgnet i isolasjon. «Fremdeles på isolat, er svært påtrengende som før, så det er et stadig mas når man kommer inn til ham, vil da absolut være med når lægene går», skrev legen i journalen hans den 10. februar 1929. «Tilstanden er som før», noterte legen i mars samme år. Samme dag hadde pasienten fått «en sprøite hyoscin […]. Blev meget roligere og mere medgjørlig». Men hyoscin var kun et sedativ, og virkningen gikk ut av kroppen etter en dag eller to. Neste journalinnføring, som ble gjort 29. april, over en måned senere, beretter at pasienten «blev snart likedan om ikke verre enn før – pågående som før og er også i den senere tid begyndt å bokse til pl[eierne] når de skal inn med mat til ham». Asylet hadde derfor iverksatt et nytt tiltak: «Man har nu forarbeidet et lærbelte til ham og spenner ham i dette som sengebånd om dagen, men løsner ham om natten.»

Å spenne pasientene fast til sengen er et tvangsmiddel som senere skulle bli svært vanlig ved Reitgjerdet. Slike senger har gjennom historien blitt omtalt ved flere navn: «sikkerhetsseng», «isolasjonsseng» og «reimseng». Men den som beskrev hendelsen ovenfor i pasientjournalen i 1929, hadde ikke utviklet et profesjonelt språk for å forklare tvangsmiddelet, noe som indikerer at dette faktisk var første gangen det ble tatt i bruk. Pasienten forble reimet over lengre perioder det neste året, men fikk utbrudd av tuberkulose. Etter hvert som han ble sykere, lettet personalet på tvangsmidlene. Pasienten døde høsten 1930.

Karl Anton Andresen fungerte i stillingen som direktør frem til like før sin død i mai 1938. Reservelege Asbjørn Odde overtok da midlertidig frem til Egil Rian tiltrådte i april 1939. Mot slutten av sitt virke begynte også Andresen i tråd med de faglige strømningene i

[50] Alle sitater fra pasientjournalen: Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. FB-031-00318.

tiden å beltelegge enkelte av de mest urolige pasientene på vaktsalen. Dette ble ikke tatt med i de offisielle tvangsrapportene, men er jevnlig omtalt i pasientenes journaler: «Har siden siste notat vært på isolat på D […]. Av og til får han en urotur og må da bindes i sengen idet han kan være rent livsfarlig med sine store krefter og sit vilde pågangsmot», skrev Andresen om en pasient i januar 1938.[51] «Han er hallucinert, ofte impulsiv og voldsom, må i regelen ligge i belte», skrev han om en annen i et brev til Sør-Trøndelag fylkeskommune i april 1938.[52] Tidlig i mai 1938 sendte han av gårde en bestilling på tvangsbelter.[53] Behovet var altså økende.

Med Egil Rians inntreden i direktørstillingen i april 1939 ble preferansene langt mer uttalt. Rian hadde erfaring både som reservelege ved Reitgjerdet og fra Rønvik asyl i Bodø. For ham var *no-restraint* feil tilnærming. Det var ikke reimene, men isolasjonen som var viktigst å minimere. Denne oppfatningen delte han med de andre legene ved institusjonen. I 1941 skrev reservelege Einar Bø årsberetningen for Reitgjerdet. Han hadde følgende å si om tvangsmiddelbruken:

> Asylets læger er av den oppfatning at kronisk urolige og voldsomme pasienter helst bør anbringes på rolig vaktsal istedenfor i månedsvis ligge på et mørkt uhyggelig isolat. Som følge av det er den medikamentelle behandling og bruken av belte steget en del, mens isolasjon så å si ikke forekommer eller i høyden som disiplinærstraff.[54]

De juridiske og moralske spørsmålene ved å bruke isolasjon som «disiplinærstraff» virker ikke å ha opptatt dr. Bø, men også ved Reitgjerdet hadde nå altså isolasjon gått fra å være det mest humane alternativet til å bli det minst humane alternativet sammenlignet med beroligende stoffer og reimer. Den nye faglige vurderingen og endringene i praksis vises tydelig igjen på statistikken over bruken av isolasjon ved Reitgjerdet. Fra 1938 til 1939 sank denne dramatisk, og den fortsatte å synke inn på 1940-tallet.

No-restraint-idealet var psykiatrien altså ettertrykkelig i ferd med å gå bort fra. Med det forsvant også den sterke koblingen mellom den moderne og humane psykiatriske tradisjon og avskaffelsen av mekanisk tvang, som hadde vært så fremtredende i Jens Skagen Henrichs historiske gjennomgang. Begrepet «human» fortsatte å være et hedersord med en sterk normativ kraft, men det var mer uklart i

[51] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. FB-039-0387.
[52] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. DB-016-001.
[53] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. DA-010-001.
[54] Statistisk sentralbyrå 1945: 20.

hvilken retning denne kraften dyttet. I 1945 bestilte Reitgjerdet 110 låseknapper til tvangsbelter fra den danske fabrikken Pol. Låseknappene gjorde det enklere å feste beltene og kunne ikke åpnes uten nøkkel. I reklamebrosjyren understreket Pol at låseknappene ga «[e]n Human fremgangsmåde for såvel Patient som Patientens Plejere».[55]

Hva skapte praksisendringene?

Som vist ovenfor var den forklaringen på praksisendringene som profesjonen i stor grad ga selv, og som må tillegges kraft, den faglige vurderingen at langtidsisolasjon var skadelig. Når tvangsmiddelbruk ble vurdert som en nødvendighet, var mekanisk tvang sett på som et mer humant alternativ, fordi pasientene da kunne ligge på sal der de fikk se, høre på og prate med andre. Det er også tegn til at den psykiatriske profesjonen i perioden ønsket å minske bruken av sedativer som opium, kloral og barbitursyre, som for lengst hadde vist seg uten kurativ effekt og dessuten var vanedannende og skadelige ved langvarig bruk.[56]

Men de materielle realitetene ved institusjonene spilte nok også inn. Med unntak av Kriminalasylet, hvor inntakskriteriene ble strengt håndhevet, opplevde hele asylsektoren økende pasienttall inn mot krigen, noe flere asyldirektører brukte for å forklare økt tvangsmiddelbruk.[57] Under krigsårene forverret situasjonen seg etter at den tyske okkupasjonsmakten rekvirerte mange av landets asylbygninger til andre formål. Pasientene ble fordelt på de gjenværende asylene i landet, og en betydelig andel endte opp på Reitgjerdet. Pasienttallet steg til nesten tre hundre pasienter gjennom vinteren og våren 1944/1945. Mange av disse ble skrevet ut kort tid etter krigens slutt, men ikke alle. Det var ofte vanskelig å få landets regulære asyl til å ta imot pasienter som på grunn av sitt opphold ved Reitgjerdet var blitt stigmatisert som vanskelige og kanskje også farlige. Pasienttallet var ikke nede på førkrigsnivå før i 1960.

Overbelegget ved Reitgjerdet må ha skapt mye uro og gjort det vanskeligere å håndtere pasientene, samtidig som mulighetene til å isolere urolige pasienter var begrenset. Vi har ikke gode tall på tvangsmiddelbruk ved Reitgjerdet i disse årene, men at den økte i løpet av krigsårene, er svært sannsynlig. Moderne helseforskning har

[55] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet. DA-011-003.
[56] Dette poenget er hentet fra Haave 2008: 133. Det er imidlertid uklart om bruken av sedativer faktisk gikk ned i denne perioden.
[57] Se f.eks. Haave 2008: 131.

etablert en sammenheng mellom overbelegg og tvangsmiddelbruk.[58] Avdelingsrapportene fra Reitgjerdet gir dessuten et inntrykk av kaotiske tilstander med hyppige episoder med vold mellom pasientene og mot pleierne. Det var heller ikke uvanlig med rømninger.[59]

Henry Lundh, som ble ansatt som direktør og overlege i 1947, hevdet ved flere anledninger at overbelegget førte til mer tvangsmiddelbruk. Isolatene måtte tas i bruk som flermannsrom, og konsekvensen var mer bruk av mekanisk tvang: «På grunn av […] mangel på isolater måtte det overveiende antall av vanskelige og urolige pasienter behandles på sal i remseng», meldte Lundh i årsmeldingen for 1948.[60] I avdelingsrapportene skrev pleierne nå ofte om urolige pasienter som måtte gis beroligende midler eller legges i belter – tidvis også i kombinasjon. Problematikken fortsatte inn i det neste tiåret. Da Sosialdepartementet i 1954 besluttet å gjenoppta innsamlingen av tall over tvangsmiddelbruken i de psykiatriske sykehusene, skjedde det mot Henry Lundhs vilje. Han mente statistikken ville stille Reitgjerdet i et dårlig lys fordi institusjonen «må på grunn av sitt overbelegg og vanskelige pasienter i større utstrekning enn tilfelle er andre steder benytte belter, hansker og remsenger».[61]

En utfyllende årsaksforklaring ligger antakelig i sammenheng mellom endringer i tvangsmiddelbruk og endringer i synet på sinnssykdom og utviklingen av nye behandlingsmetoder. Det kan være et fruktbart spor for videre forskning. Behandlingspessimismen som hadde preget starten av århundret, ble avløst av en ny og innovativ driv, der psykiatrien på 1930- og 1940-tallet tok i bruk flere nye somatiske metoder som insulinkomabehandling, cardiazolsjokkbehandling, elektrosjokk og lobotomi. Psykiaterne selv håpet denne utviklingen ville likestille psykiatrien med den somatiske medisinen. Mange av metodene var sterkt inngripende, men den optimistiske gleden over å ha aktive behandlingsmetoder å prøve ut, overskygget i mange tilfeller etiske og humane vurderinger.[62] Dette utgjorde en stor omveltning i psykiatrisk behandlingsideologi og -praksis, noe som kan å ha påvirket de etiske vurderingene og den prinsipielle tilnærmingen til tvangsmiddelbruk. Vi vet at enkelte institusjoner

[58] Se f.eks. Brooks, Mulaik, Gilead & Daniels 1994.
[59] Fredrik Berg har skrevet om rømninger fra Kriminalasylet og Reitgjerdet. Berg talte totalt 291 rømninger i perioden 1940–1981. Hyppigheten sank betydelig fra midten av 1950-tallet, antakelig på grunn av økte sikkerhetstiltak etter at en rømt pasient i 1956 drepte en fem år gammel gutt. Se Berg 2014.
[60] Statistisk sentralbyrå 1950: 18.
[61] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, FC-023-003. Brev 5.5.1954.
[62] Flere forfattere har beskrevet denne utviklingen. For norsk kontekst, se f.eks. Haave 2008: 259–330. For spesifikt om Reitgjerdet, se Mundal 2019; Nerland 2017.

forklarte økt bruk av mekanisk tvang med at pasientene måtte reimes under behandling.[63]

Konklusjon

Historien om psykiatriens opprinnelse er både en fortelling om en ny medisinsk vitenskap og en ny omsorgsprofesjon. Psykiatrien tok på seg å helbrede og ta vare på psykisk syke, og «humanitet» ble et viktig begrep for å beskrive profesjonens idealer. Men psykiatrien hadde også en kontrollerende funksjon. Den skulle beskytte pasientene selv og samfunnet utenfor mot farlig adferd forårsaket av pasientenes sykdom. Det kunne nødvendiggjøre å frata pasientene selvbestemmelsesrett og bruke tvang, noe psykiatrien gjennom hele sin historie har vært villig til å gjøre. Spørsmålet ble da: Hvordan opprettholde kontroll på en human måte, og hvilke kompromisser var det akseptabelt å gjøre ut fra pasientenes tilstand og de rammebetingelsene som eksisterte? Psykiatriens svar på disse spørsmålene har endret seg over tid. Denne artikkelen har sett på faglige og moralske vurderinger av tvangsmiddelbruk i norsk psykiatrifaglig diskusjon i perioden cirka 1900–1950 samt konkrete tvangsmiddelpraksiser ved Reitgjerdet asyl fra institusjonen åpnet 1923.

For Jens Skagen Henrichs, Hans Evensen og andre i deres samtid var den moderne psykiatriens fødsel forbundet med avvisningen av mekanisk tvang. Det ble forstått som inhumant å begrense pasientenes kroppsbevegelse med lenker og reimer. Kontroll og humanitet måtte derfor ivaretas med andre midler. I løpet av 1930-årene kom norsk psykiatri til en annen oppfatning. Hvis alternativet var langvarig isolasjon og kjemiske bedøvningsmidler, kunne mekanisk tvang være det humane alternativet.

Utviklingen av Reitgjerdets tvangsmiddelpraksiser i artikkelens periode fulgte en lignende trend. Kunnskap om dette gir nye historiske perspektiver på Reitgjerdet som institusjon, særlig med tanke på institusjonens senere utstrakte bruk av mekanisk tvang, noe som har vært med på å definere dens ettermæle. I kontrast til kritikken mot institusjonen som kom på slutten av 1970-tallet, ble institusjonen i starten av sin historie drevet som en *no-restraint*-institusjon. Mekanisk tvang ble imidlertid brukt i et økende omfang fra 1930-tallet. Årsakene til dette var sammensatte. Etiske og faglige vurderinger av hva som var human behandling, er én forklaring. En annen handlet om de materielle forholdene, der overbelegg skapte et økt behov for tvang, mens isolasjonsrommene måtte tas i bruk som soverom for flere.

[63] Se beretning fra Dikemark i Statistisk sentralbyrå 1938: 15.

Litteratur

Berg, F. (2014). *På rømmen – Rømninger fra sikkerhetspsykiatrien 1895–1956* (mastergradsavhandling). NTNU, Trondheim.

Blom, K., Bratholm, A., & Hjort, J. (1980). Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus. Oslo: [s.n.].

Brooks, K.L., Mulaik, J.S., Gilead, M.P., & Daniels, B.S. (1994). Patient overcrowding in psychiatric hospital units. Effects on seclusion and restraint. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 22*(2), 133–144. https://doi.org/10.1007/bf02106547

Conolly, J. (2013 [1856]). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints.* Cambridge: Cambridge University Press.

Dahlstrøm, S. (1926). Pleie av sinnslidende. I K. Grøn & S. Widerøe (red.), *Lærebok i sykepleien* (s. 333–350). Oslo: Aschehoug.

Dedichen, H.A.Th. (1923). Sinnssykeloven §4 m.m. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening årgang 1923*, 575–576.

Evensen, H. (1921). *Haandbok i sindssykepleie*. Kristiania: Aschehoug.

Fennell, P. (1996). *Treatment without consent. Law, psychiatry, and the treatment of mentally disordered people since 1845*. London & New York: Routledge.

Foucault, M. (2006). *Psychiatric power. Lectures at the Collège de France, 1973-74.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin.

Henrichs, J.S. (1914). *Sindssykepleien i dens grundtræk*. Kristiania.

Hill, R.G. (1857). *A Concise History of the Entire Abolition of Mechanical Restraints in the Treatment of the Insane; And of the Introduction, Success and Final Triumph of the Non-Restraint System.* London: Longman, Brown, Green and Lomans.

Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.

Jönsson, L.-E. (1998). *Det terapeutiska rummet. Rum og kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970.* Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm.

Medicinaldirektøren. (1891). *Oversigt over Sindssygeasylernes virksomhed i Aaret 1890* (Norges officielle statistikk 3/145).

Medicinaldirektøren. (1892). *Oversigt over Sindssygeasylernes virksomhed i Aaret 1891* (Norges officielle statistikk 3/164).

Medicinaldirektøren. (1893). *Oversigt over Sindssygeasylernes virksomhed i Aaret 1892* (Norges officielle statistikk 3/189).

Medisinaldirektøren. (1931). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1929* (Norges officielle statistikk 8/162).

Mundal, M. (2019). *Sjokkbehandling – mirakelkur eller kontrollverktøy? En studie av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ved Reitgjerdet asyl i perioden 1938–1951* (masteroppgave). NTNU, Trondheim.

Nerland, T.K. (2017). *"Dette er Reitgjerdet – gærne folk overalt" – Lobotomi ved Reitgjerdet i perioden 1948-53* (mastergradsavhandling). NTNU, Trondheim.

Overlægen for sinnssykevesenet. (1925). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1923* (Norges offisielle statistikk 7/162).

Pietikainen, P. (2015). *Madness. A history.* London & New York: Routledge.

Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. Oxford: Oxford University Press.

Poulsen, H.D. (2000). Den 'skjulte tvang'. I H.D. Poulsen, P. Gottlieb & H. Adserballe (red.), *Ret og tvang i psykiatrien*. København: Munksgaard.

Rabben, M.B., & Thomassen, Ø. (2019a). Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915. *Historisk tidsskrift, 98*(1), 68–86. https://doi.org/10.18261/issn.1504-2944-2019-01-05

Rabben, M.B., & Thomassen, Ø. (2019b). Humane treatment versus means of control. Coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978. *History of Psychiatry, 30*(4), 424–442. https://doi.org/10.1177/0957154X19867256

Schmidt-Nielsen, S. (1939). Karl A. Andresen (Minnetale i Fellesmøtet 12te december 1938). *Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab Forhandlinger, 11*(39).

Scull, A. (2006). The Insanity of Place/The Place of Insanity. Essays in the history of psychiatry. London & New York: Routledge.

Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac.* New York: John Wiley & Sons.

Skålevåg, S.A. (2000). En sykdom tar form. Om psykiatri og konstruksjonen av sinnssykdom i asylets æra. *Historisk tidsskrift, 79*(3), 352–375.

Skålevåg, S.A. (2003). *Fra normalitetens historie. Sinssykdom 1870–1920.* Rapport 2003(10). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Statistisk sentralbyrå. (1938), *Sinnssykeasylenes virksomhet 1936* (Norges offisielle statistikk. 143/9).

Statistisk sentralbyrå. (1939), *Sinnssykehusenes virksomhet 1937* (Norges offisielle statistikk 166/9).

Statistisk sentralbyrå. (1940), *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938* (Norges officielle statistikk. 193/9).

Statistisk sentralbyrå. (1945), *Sinnssykeasylenes virksomhet 1941* (Norges offisielle statistikk 100/10).

Statistisk sentralbyrå. (1950), *Sinnssykeasylenes virksomhet 1948* (Norges offisielle statistikk 115/11).

Szasz, T. (2007). *Coercion as cure. A critical history of psychiatry*. New Brunswick, NJ: Transaction.

Søbye, E. (2010). *En mann fra forgangne århundrer. Overlege Johan Scharffenbergs liv og virke 1869-1965. En arkivstudie*. Oslo: Oktober.

Vandermeersch, P. (1994). "Les mythes d'origine" in the History of Psychiatry. I M.S. Micale & R. Porter R. (red.), *Discovering the History of Psychiatry* (s. 219–231). Oxford: Oxford University Press.

Weiner, D.B. (1994). "Le geste de Pinel". The History of a Psychiatric Myth. I M.S. Micale & R. Porter R. (red.), *Discovering the History of Psychiatry* (s. 232-247). Oxford: Oxford University Press.

Winge, P. (1901). *Den norske sindssygelovgivning. Forelæsninger*. Kristiania.

Winge, P. (1916). *Den norske sindssygeret: Historisk fremstillet. Tredje bind.* Skrifter utgitt av Videnskabsselskabet i Kristiania i matematisk-naturvitenskapelig klasse. Annet bind. Kristiania: Jacob Dybwad.

Ødegaard, Ø. (1941). Sinnslidelser. I A. Jervell (red.), *Lærebok for sykepleiersker*, bd. 3 (s. 160–200). Oslo: Fabritius.

Øgaard, I.M.S. (2015). *Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923* (masteravhandling). NTNU, Trondheim.

Øien, V.J. (2016). *Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri. En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895–1915* (mastergradsavhandling). NTNU, Trondheim.

Øye, I. (2018). Skopolamin. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/skopolamin

Artikkel #4. Der tiden stod stille? Reitgjerdet sykehus 1960–1978

Sammendrag

I oktober 1978 hjalp lege og sivilarbeider Svein Solberg en pasient å rømme fra Reitgjerdet sykehus, som var en psykiatrisk spesialinstitusjon for farlige og særlig vanskelige mannlige pasienter. Hendelsen medførte en vedvarende kritikk av Reitgjerdet og forholdene pasientene levde under på sykehuset. Søkelyset ble blant annet rettet mot en langvarig institusjonalisering av pasienter og en rutinemessig bruk av tvangsmidler. I 1982 vedtok Stortinget å legge ned Reitgjerdet og omorganisere den norske sikkerhetspsykiatrien.

Artikkelen drøfter Reitgjerdets historie og plass i norsk psykiatri i perioden som leder opp til rømmingen. Den anvender kvantitative data over tvangsmiddelbruk som en indikator for humanitet og kvalitet i behandlingen, og argumenterer for at situasjonen på Reitgjerdet var resultat av en utvikling som startet tidlig på 1960-tallet. Etter noen år med synkende tvangsmiddelbruk etter at psykofarmaka kom i vanlig bruk, økte bruken av tvang ved Reitgjerdet fra 1963 av, og artikkelen ser denne utviklingen i sammenheng med hendelser og utviklingstrekk i norsk psykiatri generelt og for Reitgjerdet spesielt, herunder mangel på kompetent personale, ny lov om psykisk helsevern i 1961, nytt sykehusbygg samme år samt overføringen av pleiere og pasienter fra Reitgjerdet fra Kriminalasylet i 1963. Artikkelen argumenterer også for at Reitgjerdet i 1978 hadde begynt en moderniseringsprosess, og at dette vistes igjen i tvangsmiddelbruken, som hadde gått noe ned de siste årene før dette.

Nøkkelord: psykiatri, sikkerhetspsykiatri, psykiatrihistorie, Reitgjerdet, tvang

Where time stood still? Reitgjerdet hospital 1960–1978

Abstract

In October 1978 a doctor doing civilian national service at Reitgjerdet psychiatric hospital for dangerous and difficult male psychiatric patients, helped a patient escape. The aim was to put public attention on what he meant were inhumane treatment practices at the institution. The result was a series of critical media coverage and a governmental investigation that in 1980 concluded in a rapport criticizing Reitgjerdet among other things for institutionalizing patients for decades without proper reevaluation and an extensive use of coercion.

This article discusses the developments at Reitgjerdet in the years leading up to the escape. It utilizes quantitative data on use of seclusion and mechanical restraints as an indicator for treatment quality. After a few years of decline in use of coercive measures due to the advent of new psychopharmaceutics, it started increasing again in 1963. The article argues that the «Reitgjerdet scandal» had its origins in a development that started around this time, and discusses several possible contributing causes, including the institution's difficulties getting hold of qualified staff, the implementation of the 1961 law on psychiatric care which put no regulations on coercive measures, the opening of a new ward in 1961, and the changes in nursing culture after all patients and nurses from the Criminal Asylum were transferred to Reitgjerdet in 1963.

Key words: psychiatry, forensic psychiatry, history of psychiatry, Reitgjerdet, coercion

Innledning

I slutten av oktober 1978 hjalp lege og sivilarbeider Svein Solberg en pasient å rømme fra Reitgjerdet sykehus i Trondheim. Planen var å hjelpe pasienten med å reise til Oslo for å møte journalister fra rikspressen. Bakgrunnen var et sterkt ønske fra pasienten og en del av Reitgjerdets ansatte om å rette søkelyset mot det de mente var inhumane forhold og behandlingspraksiser ved sykehuset.

Reitgjerdet var et psykiatrisk spesialsykehus for farlige og spesielt vanskelige mannlige pasienter. Alle pasienter på rømmen ble ansett som en fare for samfunnets sikkerhet. En stor leteaksjon ble igangsatt. Solberg og pasienten kom seg derfor aldri til Oslo. De ble arrestert på toget på Lillestrøm stasjon. Målet ble likevel oppnådd. Media fattet interesse, og resultatet ble en vedvarende kritisk mediedekning av forholdene pasientene levde under på Reitgjerdet. I februar 1980 nedsatte regjeringen en granskingskommisjon, ledet av høyesterettsdommer Knut Blom, for å vurdere forholdene ved Reitgjerdet i perioden 1975–1980.[1] Rapporten, som forelå samme år, var sterkt kritisk og underbygget mange av Solbergs påstander. Saken kulminerte med at Stortinget i 1982 vedtok en reorganisering av hele den norske sikkerhetspsykiatrien. Sektoren ble desentralisert, og det ble innført sterkere kontrollordninger. I 1987 ble Reitgjerdet nedlagt og erstattet med regionale sikkerhetsavdelinger i de tre største norske byene. I samfunnsdebatten i dag brukes Reitgjerdet ofte som et symbol på den undertrykkende psykiatriske institusjonen.

Solberg bidrog selv til kritikken i boken *Rapport fra Reitgjerdet.* Her beskrev han Reitgjerdet som en institusjon der «tiden synes å ha stått nokså stille», hvor utviklingen ikke hadde fulgt endringene i normer og verdier og forståelsen av menneskeverd og humanitet i samfunnet for øvrig, og der situasjonen hadde fått vedvare på grunn av «en utilstrekkelig og ineffektiv overordnet kontroll fra de ansvarlige helsemyndigheter», som dermed tillot at «institusjonens 'indre liv' [fikk] utspille seg nærmest fritt».[2]

De kritikkverdige forholdene ved Reitgjerdet på slutten av 1970-tallet har blitt godt dokumentert. Men hva var det som førte utviklingen ved Reitgjerdet dit? Var det slik at «tiden stod stille» ved sykehuset, eller var situasjonen i 1978 et resultat av en konkret utvikling i årene forut? Implisitt i påstanden om at tiden hadde stått stille ved Reitgjerdet, ligger en påstand om at fortidens psykiatri per definisjon var inhuman, noe som er et lite nyansert bilde av psykiatrihistorien. Denne artikkelen vil argumentere for at «Reitgjerdet-skandalen», som kritikken og hendelsesforløpet etter rømmingen i 1978 omtales som, riktignok var et resultat

[1] Blom, Bratholm & Hjort 1980.
[2] Solberg 1979: 9.

av at praksisene ved Reitgjerdet ikke var i tråd med tidsånden. 1970-årene var en periode der nye psykiatriske behandlingsmetoder basert på samtaleterapi ble vanligere, der institusjonene ble åpnere og med færre pasienter, og der samfunnet stilte nye etiske krav til behandlingen og håndteringen av sinnslidende. Reitgjerdet var på etterskudd i denne utviklingen. Men samtidig vil artikkelen argumentere for at de inhumane trekkene ved Reitgjerdets praksiser, som ble avdekket under skandalen, ikke var et resultat av at tiden hadde stått stille, men i stor grad har bakgrunn i en utvikling som foregikk på sykehuset fra 1960-tallet og fremover.

Artikkelen tar i bruk kilder fra Reitgjerdets institusjonsarkiv. Her finnes blant annet årsmeldinger, pasientjournaler, avdelingsrapporter, brevkorrespondanse og tvangsmiddelprotokoller.[3] Artikkelen bruker kvantitative data over Reitgjerdets bruk av tvangsmidlene mekanisk tvang (belter, reimer og lignende) og isolasjon (å låse pasienten inne på enerom) for å analysere utviklingen av Reitgjerdet sykehus i perioden. Kontroll over pasientpopulasjonen har ved siden av behandling alltid vært en del av den moderne psykiatriens samfunnsoppdrag. Tvang er et av de mest inngripende verktøyene storsamfunnet kan ta i bruk for å kontrollere et menneske, og har helt siden den første norske moderne loven om sinnssykebehandling i 1848 vært lovregulert som en siste utvei. Samtidig kan tvang og tvangsmiddelbruk være bekvemt for personalet å ty til når makten er så skjevt fordelt som den er ved psykiatriske institusjoner. Omfanget av tvangsmiddelbruk er derfor et godt utgangspunkt for å diskutere behandlingskvalitet og hvordan forståelsen av human behandling og pasientenes menneskeverd var til stede og utviklet seg i institusjonens praksiser.

For Reitgjerdets vedkommende er det to hovedmomenter denne artikkelen vil diskutere. Det ene er at begynnelsen på 1960-tallet var et vendepunkt, der tvangsmiddelbruken ved Reitgjerdet snudde fra en nedadgående til en kraftig oppadgående trend. Artikkelen setter dette i sammenheng med viktige hendelser i Reitgjerdets historie og norsk psykiatri generelt som sammenfalt i tid:

- I 1961 vedtok Stortinget lov om psykisk helsevern, som erstattet den gamle sinnssykeloven fra 1848.
- I 1961 stod et nytt sykehusbygg klar til bruk på Reitgjerdet.
- I begynnelsen av 1963 ble pasientene og pleierstaben fra Kriminalasylet overført til Reitgjerdet.

[3] Forfatteren har som del av forskningsprosjektet *Galskapens fengsel* fått dispensasjon fra Regional etisk komité Midt-Norge til å ta i bruk helseopplysninger fra arkivet til forskning. Se https://helseforskning.etikkom.no/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=113662&p_parent_id=107889&_ikbLanguageCode=n

- I samme periode slet norsk psykiatri generelt og Reitgjerdet spesielt med å ansette utdannet og kompetent personale.

Det andre er at sykehuset i årene før 1978 var i gang med en begynnende modernisering. Andelen offisielt godkjente sykepleiere økte, og det ble opprettet stillinger for sosionomer, psykologer og arbeidsterapeuter. Reitgjerdet fikk også bevilgninger til å modernisere bygningsmassen og til å bygge et nytt aktivitetsbygg. Dette sammenfalt i tid med en nedgang i bruk av tvangsmidler ved Reitgjerdet fra 1974 av.

Historiografi

Den norske etterkrigstidens psykiatrihistorie er et tema som er lite berørt av historikere. En stor andel av det som er skrevet, faller inn under kategorien jubileumsverker og institusjonshistorie.[4] Her er det naturlig å trekke frem historiker Per Haaves bok om Sanderud sykehus som det viktigste bidraget ikke bare til Sanderuds historie, men også til den generelle norske psykiatrihistorien.[5] Psykiater Einar Kringlens bok om norsk psykiatri gjennom tidene er ikke institusjonshistorie, men tilhører likevel en internalistisk historieskriving. Han dekker kort Reitgjerdet-saken.[6] Det finnes også en norsk psykiatrikritisk tradisjon. Her kan kriminologen Wenche Blomberg samt historiker, psykolog og kriminolog Joar Tranøy nevnes spesielt.[7] I 2009 ga Tranøy ut boken *Reitgjerdet ødela mitt liv*, som beskriver historien til pasienten Bjørn Lande, som var innlagt på Reitgjerdet fra 1968 til 1973.[8] I 2010 arrangerte Det norske medicinske selskab et aktørseminar om nedleggelsen av Reitgjerdet. Blant deltakerne var representanter for de ansatte, andre sentrale aktører ved Reitgjerdet i perioden, inkludert Svein Solberg, ledende psykiatere, politikere og historikere. Hele samtalen ble publisert i tidsskriftet *Michael Quarterly*.[9]

1960- og 1970-tallet var en periode med fremvoksende psykiatrikritisk akademisk produksjon. Dette var et internasjonalt fenomen, og bevegelsen omtales ofte som antipsykiatrien, selv om dens mest kjente personer ofte ikke ville vedkjenne seg denne merkelappen. I tråd med tidsånden var kritikk av autoriteter og undertrykkende maktbruk en viktig drivkraft, men samtidig trakk denne kritikken frem forhold ved psykiatrien som vekket reaksjoner over hele det politiske spekteret. Kjente psykiatrikritikere som R.D. Laing,

[4] Se f.eks. Ose 1991; Fygle 2002.
[5] Haave 2008.
[6] Kringlen 2007: 355–358.
[7] Tranøy 1993, 1999; Blomberg 1990; Tranøy & Blomberg 2005.
[8] Tranøy 2009.
[9] Evensen, Gradmann & Larsen 2010.

Thomas Szasz og Michel Foucault var alle aktive i denne perioden.[10] Mye av kritikken av Reitgjerdet som kom etter rømmingen i 1978, var klart inspirert av den internasjonale antipsykiatriske bevegelsen.

1960-tallet var også tiåret der sosiologen Erving Goffman publiserte sin kjente feltstudie fra amerikansk psykiatri.[11] Her fremstilte han psykiatriske sykehus som totale institusjoner der den fundamentalt skjeve maktfordelingen mellom institusjonen og pasientene uttrykkes gjennom en rekke ydmykende ritualer som bryter ned pasientenes integritet og individualitet. Goffmans studie skapte store ringvirkninger – også innenfor den norske psykiatridiskursen. Blom-kommisjonen viste i sin rapport at den var godt kjent med Goffmans perspektiver, og omtalte Reitgjerdet ved én anledning som et eksempel på «totale institusjoner» hvis praksiser innebar «en fullstendig umyndiggjøring av pasientene i store og små ting».[12]

Den danske historikeren Jesper Vaczy Kragh utga i 2018 boken *Sikringen*, som følger dansk sikkerhetspsykiatri fra åpningen av Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland i 1918 og hundre år fremover i tid. Sikringsanstalten hadde som oppgave å behandle og håndtere Danmarks farligste kriminelle psykiatriske pasienter og kan derfor ses som den danske parallellen til Kriminalasylet og Reitgjerdet i Norge. Sikringsanstalten ble aldri sentrum for samme type skandale eller utsatt for en medieinteresse som var noe i nærheten av det Reitgjerdet ble, men i Kraghs fremstilling kommer det likevel frem enkelte likhetstrekk i institusjonenes historie. Forholdene ved Sikringsanstalten ble gjenstand for en viss mediekritikk midt på 1970-tallet, mye som et resultat av datidens fremvoksende psykiatrikritiske tradisjon, noe som også i Danmark medførte økt oppmerksomhet rettet mot behandlingen av psykiatriske pasienter og en negativ omtale av psykiatrien. Plassmangel, mangelfull behandling og langvarig institusjonalisering var noe av det Sikringsanstalten ble kritisert for. Den danske psykiatriloven og dens manglende regulering av tvangsmiddelbruk ble også i økende grad kritisert utover 1970- og 1980-tallet.[13]

I internasjonal psykiatrihistorisk forskning finnes det en del arbeider om etterkrigstidens utvikling bort fra de store institusjonene og over til en mer desentralisert psykiatri, hvor behandlingen skulle skje tettere på samfunnet for øvrig og ikke adskilt fra det,

[10] Laing 1965; Szasz 1961; Foucault 1967/2001. Foucault holdt også en forelesningsserie om psykiatri og makt i Paris i 1973/1974 (Foucault 2006).
[11] Goffman 1961.
[12] Blom et al. 1980: 99.
[13] Kragh 2018: 161–182.

slik som tidligere.[14] I flere tilfeller ble denne deinstitusjonaliseringsprosessen drevet frem av psykiatriske skandaler og en stadig mer kritisk samfunnsdebatt. Reitgjerdet-saken og den påfølgende nedstengingen kan således ses som et eksempel på en pågående internasjonal utvikling.

Reitgjerdet: bakgrunn og historie

Reitgjerdet åpnet som en nasjonal sentralinstitusjon for spesielt farlige og vanskelige mannlige pasienter i 1923.[15] På den tiden var det underskudd på sengeplasser i hele den norske psykiatrien, men det var et spesielt behov for en utbygging av kriminal- og sikkerhetspsykiatrien. I Trondheim lå alt den nasjonale institusjonen Kriminalasylet, som ble opprettet i 1895 spesielt for kriminelle og farlige mannlige pasienter. Kriminalasylet var imidlertid en liten institusjon med drøyt 30 sengeplasser totalt og dekket ikke det nasjonale behovet. Det var derfor ikke uvanlig at kriminelle med psykisk sykdom ble holdt i fengsel, og at voldelige og farlige pasienter ble behandlet ved de regulære psykiatriske institusjonene, noe som skapte vanskelige behandlingsforhold for den øvrige pasientpopulasjonen.

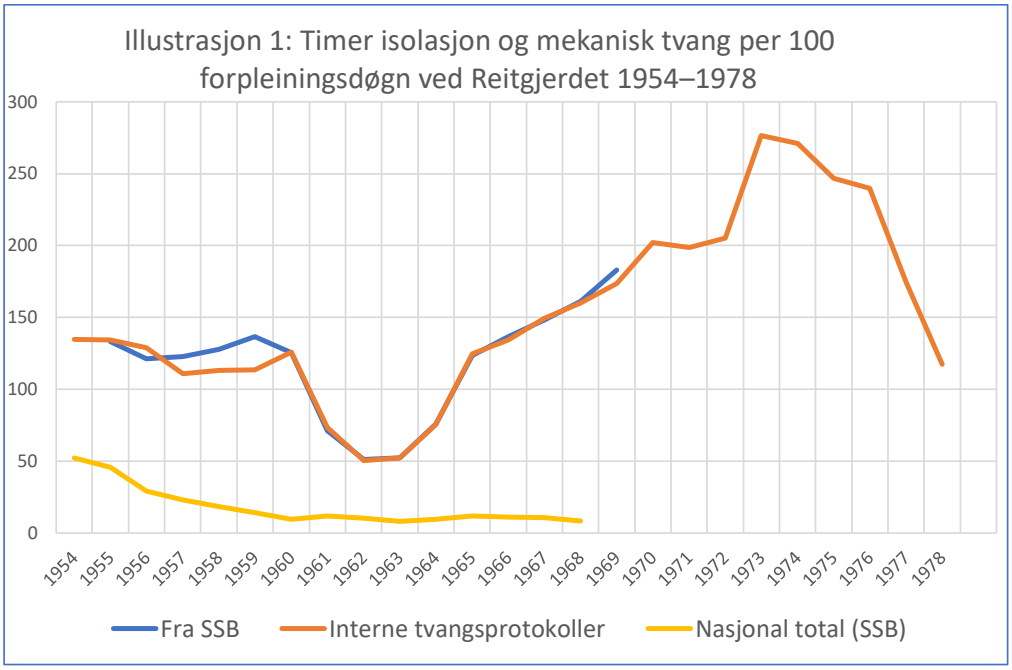
Dette var de nasjonale utfordringene Reitgjerdet var ment å løse. Kriteriene for innleggelse var at pasienten ble regnet som særlig vanskelig eller farlig og derfor ikke egnet til behandling i alminnelige sinnssykeasyl. I tillegg skulle Reitgjerdet ta imot kriminelle pasienter som ikke ble oppfattet å kreve Kriminalasylets høye sikkerhetsoppbud. Reitgjerdet var altså det vi i dag ville kalt en sikkerhetspsykiatrisk institusjon, men på grunn av generell manglende kapasitet hos landets psykiatriske institusjoner endte Reitgjerdet også opp med å ha en del pasienter som ikke tilfredsstilte de såkalte Reitgjerdet-kriteriene. Det var en vedvarende problemstilling gjennom nesten hele Reitgjerdets historie at institusjonen hadde pasienter som egentlig ikke skulle være der. Samtlige direktører og overleger brukte mye tid på å overtale andre institusjoner til å ta imot disse pasientene. Det var en vanskelig oppgave både på grunn av mangelen på institusjonsplasser og på grunn av en skepsis hos andre institusjoner mot til å ta imot Reitgjerdet-pasientene, som enten eksplisitt eller implisitt var blitt merket som vanskelige eller farlige.

[14] Se f.eks. Kritsokaki, Long & Smith 2016, men temaet er behandlet også i psykiatrihistoriske oversiktsverk, slik som Scull 2015, s. 367 ff og Pietikäinen 2015, s. 326 ff. I Sverige, hvor det er en mer utviklet tradisjon for forskning på 1900-tallets psykiatrihistorie enn i Norge, danner det mer generelle narrativet om deinstitusjonalisering underlaget for blant annet Frida Wickströms doktoravhandling *Att skriva sig ut. Nya terapeutiska miljöer och tvångsvårdade patienters subjektsformering 1967–1992,* hvor hun har studert nye terapeutiske initiativer ved Sankt Lars sjukhus i Lund i Sverige (Wickström 2018).
[15] Lov om Reitgjerdet asyl (1922) § 1; Øgaard 2015.

Som konsekvens var det et nærmest konstant overbelegg av pasienter ved Reitgjerdet. Spesielt kritisk var dette under andre verdenskrig, fordi Reitgjerdet i tillegg måtte ta imot pasienter fra andre asyl som var blitt stengt fordi okkupasjonsmakten rekvirerte bygningsmassen til andre formål. Ved inngangen av krigen hadde Reitgjerdet ansvaret for over 200 pasienter. Autorisasjonen økte under krigen til 160 pasienter, mens pasienttallet våren 1945 lå tett oppunder 300. Mange av pasientene ble skrevet ut eller overført til andre institusjoner etter krigen, men overbelegget vedvarte. På begynnelsen av 1960-tallet stod en ny sykehusavdeling i et nybygg klar til bruk. I den forbindelse ble Kriminalasylet lagt ned og pasientene der flyttet til Reitgjerdet. Helsedirektoratet økte da Reitgjerdets autorisasjon til 260 pasienter. Pasienttallet lå imidlertid mellom 225 og 242 pasienter til og med 1975. Fra 1976 var pasienttallet synkende. Helsedirektoratet hadde da så smått begynt å gjøre en innsats for at Reitgjerdet skulle ha færre pasienter ved å legge press på andre institusjoner for å få dem til å ta imot pasienter derifra som ikke tilfredsstilte Reitgjerdet-kriteriene. Autorisasjonen ble også satt ned, til 220 pasienter i 1976 og videre ned til 200 året etter. Den 22. oktober 1978, dagen da Svein Solberg hjalp en pasient å rømme, var det 162 pasienter innlagt på sykehuset.

Utviklingen i tvangsmiddelbruk

Utviklingen i omfanget av tvangsmiddelbruk er et godt utgangspunkt for å diskutere utviklingen i humanitet og behandlingskvalitet ved en institusjon. Som alle de andre psykiatriske institusjonene i landet var Reitgjerdet gjennom store deler av sin virketid pålagt å registrere bruken av isolasjon og mekanisk tvang i egne protokoller. En gjennomgang av denne dokumentasjonen fra 1960- og 1970-tallet viser godt den rutinemessige tvangspraksisen Reitgjerdet ble kritisert for. Flere pasienter kunne ligge reimet til sengen eller være innelåst på isolasjonsrom, i noen tilfeller begge deler, nesten døgnet rundt i måneder i strekk. Ved de tyngste avdelingene var det vanlig praksis å låse samtlige pasienter til sengen med reim på den ene foten om natten, og på grunn av pleierturnusen startet natten for mange pasienter klokken 18:30. En betydelig andel av pasientene lå altså reimet til sengen 12 timer i døgnet. Mye av denne tvangsmiddelbruken var rutinepreget og ikke basert på en individuell beslutning, slik den var ment å være.



Den grundige journalføringen av tvangsmiddelbruken har gjort det mulig å kvantifisere den. Tall over tvangsmiddelbruk ble også frem til og med 1969 publisert i *Sinnssykeasylenes virksomhet*, som ble utgitt årlig av Statistisk sentralbyrå. Tallene viser at Reitgjerdet gjennom hele perioden hadde langt høyere tvangsmiddelbruk enn resten av landets psykiatriske institusjoner. Som et spesialsykehus for spesielt vanskelige pasienter var det lenge få som reagerte på dette. Pasientenes farlighet ble brukt som argument for gjennomgående strenge sikkerhetstiltak. Det fantes også konkrete hendelser som styrket dette argumentet. Spesielt skjellsettende var drapet på en seks år gammel gutt i 1956 gjort av en pasient rømt fra Reitgjerdet.[16] I lokalmiljøet var Reitgjerdet et beryktet og fryktet sted.

Men som illustrasjon 1 viser, gikk bruken av isolasjon og mekanisk tvang kraftig ned fra rundt 1960.[17] Nedgangen kan i all hovedsak tillegges nye psykiatriske medisiner som kom i denne perioden. Dette omtales ofte som den psykofarmakologiske revolusjonen. Klorpromazin, utviklet i Frankrike, kom på markedet i 1953 og ble raskt tatt i bruk over hele den vestlige verden. Den var den første av en rekke nye antipsykotiske medisiner som kom på markedet utover 1950-tallet. Ved Reitgjerdet og

[16] Berg 2014.
[17] Et mer utfyllende tallmateriale samt en metodologisk gjennomgang av hvordan tallene er hentet inn og systematisert, er publisert i Rabben & Thomassen 2019b.

de andre av landets psykiatriske institusjoner ble det meldt at de nye medikamentene skapte en betydelig endring i miljøet, hvor flere av pasientene nå kunne ferdes fritt ute.[18] I årsrapporten for 1962 kommenterte Reitgjerdets overlege Henry Lundh de nye medisinenes innvirkning på sykehusmiljøet:

> Hele beleggets karakter er forandret. Pasienter som har ligget i mange år, er kommet opp og tildels kommet med i arbeidsterapi. […] Pasientene er blitt roligere, lettere å behandle og omgås. Voldsomme utbrudd er sjeldnere, avdelingene er blitt mye fredeligere og riving av tøy og ødeleggelser forekommer praktisk talt ikke.[19]

Medikamentene gjorde altså pasientene enklere å håndtere. Dermed ble behovet for tvangsmidler mindre. Som illustrasjon 1 viser, gjaldt det den psykiatriske sektoren som helhet i perioden.

Utviklingen i tvangsmiddelbruk ved Reitgjerdet fulgte den nasjonale trenden frem til 1963, men deretter skilte Reitgjerdet lag med den nasjonale utviklingen. Både det offentlige tallmaterialet og de interne tvangsmiddelprotokollene viser en markant økning i både isolasjonsbruk og mekanisk tvang de påfølgende årene. Det skjedde altså i en periode med stor økning i bruken av psykofarmaka og der stadig nye medisiner kom på markedet. Hva kan da forklare denne utviklingen? Helt klare svar er vanskelig å gi, men som nevnt sammenfaller vendepunktet tidlig på 1960-tallet i tid med noen viktige hendelser i Reitgjerdets historie spesielt og i norsk psykiatri generelt.

Regulering og kontroll av tvangsbruk

Lov om psykisk helsevern trådte i kraft 1. juli 1961. Den avløste *Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining* (også kjent som sinnssykeloven), som ble vedtatt i 1848 og kun hadde gjennomgått mindre endringer siden den gang. Tvangsmiddelbruk på institusjon var regulert i den gamle loven gjennom § 4: «Indesperren i eensomt Værelse eller mekaniske Tvangsmidler maa kun anvendes i kortere Tid, og naar den Syges Tilstand gjør det uundgaaeligt nødvendig.»[20] Reitgjerdets regulativ, vedtatt ved kongelig resolusjon i februar 1923, åpnet likeså også opp for tvangsmiddelbruk «efter lægernes ordre i hvert enkelt tilfelle».[21]

[18] Haave 2008: 359–362; Kringlen 2007: 368–371.
[19] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, YA-10-003. Årsberetning for Reitgjerdet sykehus for året 1962.
[20] Sindssygeloven 1848 § 4.
[21] Sosialdepartementet 1923.

Bestemmelsene for tvangsmidler i sinnssykeloven gjaldt hele den norske psykiatriske sektoren med unntak av Kriminalasylet, som fra 1898 var regulert av en egen lov som eksplisitt fritok asylet fra sinnssykelovens tidsrestriksjoner på bruk av tvang og tillot tvangsmiddelbruk i en ubegrenset periode så lenge det var «uundgaaelig nødvendig».[22] Bakgrunnen lå i et antatt behov siden Kriminalasylet tok seg av noen av landets farligste pasienter.[23]

Den nye loven fra 1961 opphevet ikke bare den gamle sinnssykeloven. Den opphevet samtlige spesiallover for landets psykiatriske sykehus, inkludert lovene som regulerte driften av Reitgjerdet og Kriminalasylet. Loven baserte seg blant annet på arbeidet til Komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningen (den såkalte Sinnssykelovkomiteen) som ble nedsatt av Sosialdepartementet i 1951 og avla sin innstilling i 1955.[24] Komiteen bestod av ledende psykiatere, jurister, en journalist og representanter fra det statlige embetsverket.[25] I innstillingen og de påfølgende forarbeidene til loven ble spørsmål omkring tvangsinnleggelse og pasientenes rettigheter i den forbindelse omfattende drøftet. Men foruten en diskusjon i innstillingen om tillatt minimumsstørrelse på isolasjonsrommene ble spørsmålet om bruk av tvang inne på institusjonene lite behandlet. Lov om psykisk helsevern inneholdt da den ble vedtatt i 1961, ingen bestemmelser om tvangsmiddelbruk. Det var meningen at det skulle komme forskrifter som regulerte tvangsmiddelbruken, men disse kom ikke før ti år senere.[26]

Den nye loven beholdt imidlertid kontrollkommisjonene fra 1848-loven. Det fantes (og finnes fortsatt) en kontrollkommisjon for hver institusjon. Lederen for kommisjonen skulle være jurist, og det skulle være en lege blant medlemmene. Kontrollkommisjonens oppgave var å representere statens kontrollerende myndighet, utgjøre en lekmannskontroll med psykiatrien og samtidig være en klageinstans for pasientene og et vern mot uberettiget frihetsberøvelse, herunder uhjemlet bruk av tvang. Dette er fremdeles i dag blant kontrollkommisjonenes oppgaver, men bestemmelsene om kommisjonens sammensetning og mandat har flere ganger blitt endret. 1848-loven ga i utgangspunktet kontrollkommisjonen et svært bredt mandat, men et gjennomgående trekk ved de senere lov- og forskriftsendringene har vært at ansvarsområdet til kommisjonen ble smalere.[27]

[22] Lov angaande Kriminalasylet 1898 § 2.
[23] Rabben & Thomassen 2019a.
[24] Ødegård, Arnholm, Hagen, Kløvstad, Langfeldt, Knudsen & Vogt 1955.
[25] Haave 2008: 335.
[26] Lovgivningen i Storbritannia hadde samme utvikling. I The Mental Health Act fra 1959 ble den juridiske reguleringen av isolasjon og mekaniske tvangsmidler tatt ut. Ansvaret for regulering og prosedyrer ble overlatt til sykehusene og det medisinske personalets faglige og etiske vurdering. Se Fennell 1996: 163 og 169.
[27] Høyer 2016.

I forarbeidene til lov om psykisk helsevern av 1961 ble det gitt god plass til diskusjon av kontrollkommisjonens funksjon som ankeinstans i forbindelse med tvangsinnleggelser eller i de tilfellene legen motsatte seg pasientens ønske om utskriving. Men kommisjonen var ikke ment å ha sterk kontroll over selve sykebehandlingen. Spørsmål om behandling og håndtering av pasientene på institusjon var tenkt å tilhøre psykiaterens etiske og faglige autoritet nærmest alene. Innstillingen til Sinnssykelovkomiteen står som en god illustrasjon på hvor sterk posisjon denne autoriteten hadde i samfunnet. Komiteen la vekt på at kontrollkommisjonen ikke hadde kompetanse til å involvere seg direkte i behandlingen pasientene fikk på sykehuset. Unntaket var «behandlingsmåter som innebærer en begrensning av den sykes handlefrihet og selvbestemmelsesrett: isolasjon, mekaniske tvangsmidler og narkotiske midler (kjemiske tvangsmidler)». Overoppsynet over tvangsmiddelbruk var imidlertid ment å være på et overordnet nivå. Kontrollkommisjonen skulle bare føre «en alminnelig kontroll» med omfanget og be overlegen om en forklaring hvis tendensen gikk mot økt bruk, eller hvis tallene var påfallende høye.[28] Komiteen mente det ikke var behov for nærmere ettersyn av tvangsmiddelbruken fordi alt tydet på at sykehusene forvaltet retten til tvangsmiddelbruk på en god måte:

> Når vi siden sinnssykeloven av 1848 trådte i kraft, har hatt kontroll med bruken av isolasjon og mekaniske tvangsmidler, og når komitéen nå foreslår denne kontroll bibeholdt, bør det uttrykkelig sies fra at dette ikke skyldes noen mistanke om at de av noe psykiatrisk sykehus brukes i utrengsmål.[29]

Kontrollkommisjonen var altså ikke ment å følge med på individuelle tvangsmiddelvedtak. Kontrollkommisjonen kunne engasjere seg hvis den mottok klager eller på annet vis fant noe den mente burde rettes på, men den skulle ikke selv ha myndighet til å treffe avgjørelser. Den skulle ha adgang til å bringe saken videre til Sosialdepartementet, men lovkomiteen regnet med at det meget sjelden ville bli aktuelt. Den viktigste funksjonen til kontrollkommisjonen når det gjaldt tvangsmiddelbruk, var ikke å være ombudsmann for pasientene, men snarere å ta imot og avlede klager og være en støttespiller for overlegen i møte med myndighetene. Ifølge innstillingen var årsaken til at kontrollkommisjonen burde holde kontroll med tvangsmiddelbruken derfor at:

> dette er et av de punkter hvor de syke, deres nærmeste og publikum er tilbøyelig til å nære mistanke, slik at kontrollkommisjonen bør skytes inn som en avledende faktor. Men fremfor alt er grunnen at disse behandlingsmåter oftest er nødhjelp som sykehusene blir tvunget til å bruke fordi deres bygningsmessige utstyr er for

[28] Ødegaard et al. 1955: 74.
[29] Samme sted.

> dårlig, deres personale for knapt, fordi overbelegget er for stort og fordi urolige sinnslidende som venter på plass, må mottas før sykehuset egentlig har kunnet skaffe forsvarlig plass for noen som er så vanskelig å behandle. Alt dette henger nøye sammen med de økonomiske vilkår det psykiatriske sykehusvesenet arbeider under, og her kan overlegen trenge kontrollkommisjonens støtte overfor de ansvarlige myndigheter.[30]

I en artikkel i *Lov og Rett* i 1965 kritiserte byrettsjustitiarius og daværende leder for Reitgjerdets kontrollkommisjon Jacob Mandius Jacobsen både den manglende reguleringen av tvangsmiddelbruk og det at pasientene manglet formelle kanaler å rette protester mot behandlingen gjennom. Jacobsen mente pasientenes rettsvern var dårligere enn hos innsatte i fengsel, hvor den omfattende tvangsmiddelbruken han observerte på Reitgjerdet, ville vært ulovlig.[31] I kontrollkommisjonens årsrapporter de neste årene fulgte Jacobsen opp henstillingen om å få utferdiget forskrifter for tvangsmiddelbruk. Det kom jevnlig henvendelser fra pasientene om bruken av tvangsmidler, skrev Jacobsen.[32] Men kontrollkommisjonen kunne gjøre lite annet enn å holde oversikt over omfanget.

De planlagte forskriftene for tvangsmiddelbruk kom først i 1971, ti år etter den nye loven. I mellomtiden var det ingen regulering eller ytre instans som kunne begrense tvangsmiddelbruken og justere utviklingen av uheldige praksiser. I 1971-forskriftene lød § 1:

> Tvangsmidler overfor pasienter under psykisk helsevern kan bare nyttes når forholdene gjør det uomgjengelig nødvendig for å avverge at pasienten skader seg selv eller andre, og kun når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.
>
> Tvangsmidler må ikke tas i bruk uten etter forordning av lege, som har plikt til å påse at disse ikke anvendes lengere enn høyst påkrevd. Skulle en akutt nødsituasjon gjøre det nødvendig å anvende tvangsmiddel før lege har kunnet forordne det, skal legen snarest mulig underrettes og ta standpunkt til bruken av tvangsmiddel.[33]

I tillegg stod det i § 2 at mekaniske tvangsmidler «bør bare tas i bruk når hensynet til den syke gjør det utilrådelig å bruke isolasjon». Det stod i kontrast til utviklingen slik den hadde vært siden slutten på 1930-tallet, der den norske psykiatriske profesjonen så på mekanisk tvang som et mer humant alternativ til isolasjon, fordi selv om pasientens bevegelsesmuligheter var begrenset, hadde pasienten i det minste mulighet til å se, høre og prate med andre. Den utstrakte og repetitive bruken av både isolasjon og mekaniske

[30] Samme sted.
[31] Jacobsen 1965.
[32] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, YA-018-022, Kontrollkommisjonens årsrapport 1969.
[33] Sosialdepartementet 1971.

tvangsmidler på Reitgjerdet i denne perioden tyder imidlertid på at den nye forskriften hadde liten innvirkning på institusjonens etablerte praksis.

Selv om tvangsmiddelbruken var omfattende også etter at de nye forskriftene var blitt gjeldende, var det kun et fåtall klager fra pasientene som nådde Reitgjerdets kontrollkommisjon, og i behandlingen av de få klagene som kom, lente kommisjonen seg i stor grad på overlegens fremstilling. Dermed ble også overlegens argumentasjon den bærende i behandlingen, og kontrollkommisjonen grep aldri inn for å stoppe tvangsmiddelbruk mot enkeltpasienter. En sak fra 1976 kan illustrere:

> Klagen over bruk av fotremmer om natten. Man henviser til overlegens uttalelser, og finner ingen grunn til forføyning i saken. Man tilføyer at pasienten deler rom med flere og det er ikke noe ukjent fenomen at medpasientene ikke tør legge seg til å sove når de har fått en ukjent inn i rommet uten at den nye blir fastspent. Noen ber til og med om å bli fastspent fordi de ikke er sikre på seg selv. Ingen forføyning fra kontrollkommisjonen.[34]

I 1977 kom nye forskrifter, og der var preferansen for isolasjon sløyfet. Da var bruken av både isolasjon og mekanisk tvang ved Reitgjerdet gått nedover i noen år allerede.

Nytt sykehusbygg

Det nye sykehusbygget på Reitgjerdet stod klart i 1961. Bakgrunnen for byggingen var den planlagte nedleggelsen av Kriminalasylet, men også et ønske om å utvide kapasiteten til Reitgjerdet for å unngå overbelegg i fremtiden. Samtidig som det nye bygget ble reist, ble den gamle hovedbygningen rehabilitert, modernisert og utvidet med åtte nye isolater.

I Blom-rapporten hevdes det at modellen for det nye sykehusbygget var Sidsjöns sjukhus, et psykiatrisk sykehus som lå i Sundsvall i Sverige. Sidsjöns sjukhus ble bygget på begynnelsen av 1940-tallet i funksjonalistisk stil og var da regnet for å være en meget moderne institusjon. Sykehuset hadde om lag tusen pasienter, inkludert en egen spesialavdeling for utilregnelige og «kriminella psykopater».[35]

Ifølge Blom-kommisjonen var romplanen til Reitgjerdets nybygg uheldig for pasientene og en medvirkende årsak til den store bruken av tvangsmidler. Årsaken var videreføringen av de store vaktsalene der pasientene lå på rekke, samt en lav andel enerom. Men da Sidsjöns sjukhus åpnet i 1943, representerte sykehuset i realiteten en delvis endring fra de store vaktsalene som preget asylbygninger fra århundreskiftet. Sidsjöns spesialavdeling, som i utgangspunktet huset 102 pasienter, ble bygget med seks mindre avdelinger for 16–18

[34] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. HA-004-008. Referat fra møte 30.03.1976.
[35] Eivergård & Jönsson 1993: 16.

pasienter bestående av en rekke enkeltrom samt rom for fire til seks pasienter med åpning ut mot en felles korridor, noe som gjorde det enklere for pleierne å ha oversikt.[36] Reitgjerdet avdelinger var større, men inspirert av Sidsjöns romplan ble Reitgjerdets nye sykehusbygg innredet med en kombinasjon av seks- og åttemannsrom med glassvegger mellom rommene og ut mot korridoren samt noen mindre rom med plass til tre pasienter og noen få enerom og isolasjonsrom. Isolasjonskapasiteten til sykehuset økte betraktelig med det nye bygget.

Det trengs mer forskning for å forstå sammenhengen mellom arkitekturen og tvangsmiddelbruken på Reitgjerdet. Blom-kommisjonen vurderte det nye sykehusbygget ut fra den psykiatrifaglige tenkningen slik den var i 1980, og mente at i kombinasjon med lav bemanning og en urolig pasientmasse bidrog nybyggets romplan til å øke de ansattes behov for å bruke tvangsmidler både av hensyn til pasientenes og til egen sikkerhet. På vaktsalen for urolige pasienter kunne to pleiere om natten ha ansvaret for 55 pasienter.[37] Det hendte at pasientene samarbeidet om å overmanne pleierne. I tillegg var det flere pasienter som delte mindre soverom. Med den lave bemanningen var det, som kontrollkommisjonen kommenterte ovenfor, vanskelig å ha oversikt. Overlege Henry Lundh var også inne på dette i årsrapporten for 1967, hvor han forklarte den høye tvangsmiddelbruken delvis med at man så seg nødt til å feste pasientene med en fotreim for å «hindre at de som ikke ligger på vaktsal om natten skal komme opp og forstyrre og forulempe medpasienter».[38] Denne rutinemessige remmingen av pasienter om natten stod for en stor andel av den totale tvangsmiddelbruken.

Dette bidrar likevel ikke til å forklare økningen i tvangsmiddelbruk i perioden. Selv om romplanen tilhørte gammel psykiatrifaglig tenkning i 1980, er ikke klart hvorfor arkitekturen i det nye sykehusbygget skal ha skapt et større behov for tvangsmidler sammenlignet med situasjonen slik den var før nybygget. Ved åpningen av bygget økte autorisasjonen til Reitgjerdet med hundre pasienter, uten at belegget økte tilsvarende. Snarere skulle en tro at den økte kapasiteten ville ført til mer rommelige forhold og således bedre vilkår for en mer human pasientbehandling.

Kriminalasylets pleiere og pasienter flyttes til Reitgjerdet

Da nybygget på Reitgjerdet stod ferdig i 1961, ble Kriminalasylet lagt ned og pasientene overført til Reitgjerdet. Den fysiske overføringen skjedde riktignok ikke før i 1963 på grunn

[36] Eivergård & Jönsson 1993: 16.
[37] Blom et al. 1980: 201.
[38] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-018-022.

av en lønnskonflikt.[39] Flyttingen av Kriminalasylets pasienter og pleiere hadde stor påvirkning på Reitgjerdet som organisasjon. Totalt ble 28 pasienter og 15 pleiere flyttet. Kriminalasylet hadde et sterkere sikkerhetsopplegg enn Reitgjerdet. Bygningen var omringet av et høyt tregjerde og inneholdt en langt høyere andel isolasjonsrom per pasient. Innstillingen til pleiepersonalet spilte også inn. Pleierne ved Kriminalasylet tok vare på og håndterte landets antatt farligste psykiatriske pasienter, mens selve institusjonen hadde én fot i helsevesenet og én fot i fengselssektoren og var underlagt Justisdepartementet. Flere av pleierne hadde utdanning fra fengselsvesenet.

Det er imidlertid ikke gitt at pasientene fra Kriminalasylet i realiteten var vanskeligere å håndtere enn Reitgjerdets pasientpopulasjon. På begynnelsen av 1960-tallet var det en aldrende pasientgruppe som bodde på Kriminalasylet. En opptelling ved utgangen av 1960 viste at asylet da huset 27 pasienter, hvorav 17 var over 60 år. Kun fem av pasientene var under 50 år.[40] Noen av dem hadde utført brutale voldshandlinger før de ble innlagt, men blant Kriminalasylets pasienter fantes det for eksempel også sedelighetsforbrytere som kunne være farlige ute i samfunnet, men ikke utgjorde noen fare innlagt i institusjon.

Endringene i pleierkulturen hadde antakelig mer å si for den videre utviklingen ved Reitgjerdet. Pleierne fra Kriminalasylet kom fra en institusjon der tvangsmidler ifølge det gamle lovverket kunne brukes i et ubegrenset tidsrom. Kravet om at tvangsmiddelbruken skulle være «uunngåelig nødvendig», var så å si umulig for utenforstående å etterprøve. De små forholdene og de mange isolasjonsrommene gjorde riktignok at asylet i mange år nesten ikke hadde hatt behov for å bruke mekanisk tvang. Samtidig var asylet uten sammenligning den institusjonen i Norge som oftest og lengst hadde sine pasienter på isolasjonsrom.[41] Det lot seg i samtiden legitimere ut fra pasientmassen og Kriminalasylets funksjon. På Reitgjerdet tok disse pleierne med seg kulturen fra Kriminalasylet til et sykehus med samme funksjon, men som var større og mer uoversiktlig, og der den nye loven om psykisk helsevern gjorde tvangsmiddelbruk til et uregulert område frem til ny forskrift kom i 1971.

[39] Pleierlønnen ved Kriminalasylet var høyere enn ved Reitgjerdet, og Reitgjerdets personalforening krevde samordning av lønnen når deres medlemmer og tidligere ansatte ved Kriminalasylet skulle arbeide side om side. Dette kommer frem av brev fra overlege Henry Lundh til Riksrevisjonen 12.07.1962 i Norsk helsearkiv, Kriminalasylet. K-EA-007-010.
[40] Norsk helsearkiv. Kriminalasylet. K-EA-007-009.
[41] Rabben & Thomassen 2019b.

Kampen om kompetansen

Utbyggingen av den norske velferdsstaten i tiårene etter krigen innebar krav til økt og mer spesialisert kompetanse. Nye utdannings- og videreutdanningstilbud ble opprettet, men etterkrigstidens psykiatri var ikke en attraktiv arbeidsplass for Norges nye helsearbeidere. Hele sektoren slet med å rekruttere kompetent personale. I boken om Sanderud sykehus beretter Per Haave at andelen godkjente sykepleiere på sykehuset sank fra opp mot 60 prosent i 1930-årene til 45 prosent i 1955 og til 13 prosent i 1966. I 1971 hadde Sanderud sykehus elleve godkjente sykepleiere.[42] I tillegg var det vanskelig å rekruttere leger til psykiatrien. I Trondheim meldte både Rotvoll og Østmarka sykehus lignende problemer.[43] Dette var problematisk, ikke bare fordi sektoren trengte helsearbeidernes praktiske kompetanse knyttet til pleien av pasientene. Det var også et spørsmål om etisk kompetanse i møte med pasientene i en relasjon der makten var fundamentalt skjevt fordelt.

Forholdene ved Reitgjerdet på 1960-tallet var delvis et resultat av en etisk utglidning i personalets møte med pasientene. Manglende fagprofesjonell kompetanse bidrar til å forklare dette. Reitgjerdet var verre stilt enn resten av sektoren, med en enda større andel av ufaglært personale. En viktig årsak var at Reitgjerdet nesten bare ansatte menn, og mannlige sykepleiere var det særs få av. Frem til den andre verdenskrig hadde menn få muligheter til å ta sykepleierutdanning. I likhet med de fleste andre større psykiatriske institusjoner i Norge arrangerte Reitgjerdet i 1920- og 1930-årene interne kurs i sinnssykepleie med avsluttende eksamen. Den ordningen synes å ha falt bort etter krigen. Mange av pleierne ved Reitgjerdet tok det såkalte Gaustad-kurset, men på 1960-tallet opphørte også dette.[44]

I 1963 var overpleieren den eneste med godkjent sykepleierutdanning på Reitgjerdet, men de fleste pleierne hadde gått pleierskole i psykiatri.[45] Etter at overpleieren sluttet i stillingen året etter, stod Reitgjerdet igjen uten noen sykepleiere i staben. I årsberetningen for 1966 ropte overlege Henry Lundh varsko: «Når det gjelder pleierpersonale har vi tildels vært nødt til å ta inn folk uten den ringeste utdannelse. […] Det har vist seg helt umulig å få søkere selv med så minimal utdannelse som hjelpepleierkurs.»[46] Dette problemet fortsatte inn i 1970-årene.

Situasjonen ble ytterligere forverret av Reitgjerdets kroniske legemangel. Det var i alt fire legestillinger på Reitgjerdet, men på grunn av mangel på søkere til assistent- og

[42] Haave 2008: 382.
[43] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-019-001. Medisinsk beretning for Trøndelag psykiatriske sykehus for 1971.
[44] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, YA-018-022. Kommentarer til årsoppgave 1967.
[45] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-018-018.
[46] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, YA-018-021. Kommentarer til årsoppgave 1966.

reservelegestillingene var det i lange perioder kun to ansatte leger på sykehuset. Reservelegestillingen stod ubesatt fra 1953 til 1964, og da det til slutt meldte seg en kandidat, sluttet vedkommende høsten 1965.[47] Noe av forklaringen lå i dårlige lønnsvilkår og mangel på boliger til ansatte. Tidvis ble innleide medisinstudenter brukt for å bøte på legemangelen.

Begynnende modernisering og gradvis mindre tvang

Norsk psykiatri var på 1970-tallet i endring. Nye syn på psykisk lidelse utfordret den eksisterende biologiske tilnærmingen, som nesten utelukkende baserte seg på medisinbruk. Den psykiatriske sektoren ble differensiert, med psykiatriske sykehjem og flere psykiatriske klinikker, institusjonene ble åpnere og friere, og nye behandlingsmetoder, slik som miljøterapi, psykoterapi og annen samtaleterapi, fikk bredere fotfeste.[48] Behandlingstilbud med døgnopphold ble bygget ned.[49] Samtidig opprettet sykehusene nye stillinger til ergoterapeuter, psykologier og sosionomer. Driften ble også klarere regulert. I løpet av 1970-tallet utstedte departementet en rekke nye forskrifter for blant annet tvangsmiddelbruk, brevkontroll og disponering av pasientenes personlige midler. Forskriftene sikret også tvangsinnlagte pasienter jevnlige psykiatriske undersøkelser, der innleggelsesgrunnlaget skulle revurderes. Dette var ment å gi pasientene bedre rettsvern. I sum indikerte de nye forskriftene økt etisk bevissthet fra myndighetshold når det gjaldt å ivareta psykiatriske pasienters menneskelige integritet og personlige rettigheter. De reflekterte også en økende interesse fra storsamfunnet for hva som foregikk innenfor de psykiatriske institusjonenes vegger.

I denne utviklingen var Reitgjerdet klart på etterskudd, men også her var det igangsatt en moderniseringsprosess i årene forut for rømmingen i 1978. I 1969 tok Finn Brasch Larsen over som overlege og direktør for Reitgjerdet sykehus etter Henry Lundh, som hadde hatt stillingen siden 1947. Fra høsten 1978, mens «Reitgjerdet-saken» verserte i media, måtte Brasch Larsen håndtere et vedvarende kritisk mediekjør og en voksende arbeidskonflikt ved institusjonen han bestyrte. I 1979 ble han langtidssykemeldt og sa etter hvert opp stillingen. Blom-kommisjonens rapport inneholdt kritikk av alle organisatoriske nivå ansvarlig for Reitgjerdets drift og behandling – fra pleiernivå til ledelsesnivå og opp til Helsedirektoratet. Brasch Larsen fikk blant annet kritikk for ikke å være tilstrekkelig involvert i den daglige virksomheten på avdelingene, for å ha latt den totale brevsensuren foregå og for ikke å ha

[47] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, YA-018-020. Kommentarer til årsoppgave 1965.
[48] Haave 2008: 357–358.
[49] Rosenqvist 2007.

gjort tilstrekkelig for å få ned tvangsmiddelbruken. Langt på vei var det likevel en oppreisning han fikk i Blom-kommisjonens rapport, hvor han ble fremstilt som en leder som gikk inn i arbeidet med et sterkt engasjement for å skape positive endringer, men som på grunn av helseproblemer, arbeidsbelastningen, manglende støtte fra Helsedirektoratet og motstanden han møtte internt, ikke maktet å opprettholde initiativet.[50]

Da Brasch Larsen tiltrådte i 1969, visste han at Reitgjerdet hadde behov for moderniseringer. Ifølge Blom-kommisjonen var Reitgjerdet på det tidspunktet et «meget ressurssvakt» sykehus, som fremstod «nærmest som et behandlingsmessig konkursbo» og med en «dårlig bygningsmessig standard». Det siste stemmer ikke helt med at hovedbygningen hadde gjennomgått en ombygging og modernisering, og at et flunkende nytt sykehusbygg var blitt reist bare få år tidligere. Men det var riktig at Brasch Larsen la mye arbeid ned i å modernisere sykehuset. Flere ganger tok han opp svakheter og mangler overfor Helsedirektoratet. Til Blom-kommisjonen uttalte han at direktoratet ga ham «gehør, men ikke penger».[51] Hans reformforslag ble også møtt med motstand fra pleiergruppen. Det viste seg vanskelig å endre kulturen som hadde etablert seg ved sykehuset.

I likhet med sin forgjenger påpekte Brasch Larsen problemene med mangelen på kvalifiserte leger og sykepleiere overfor Sosialdepartementet gang på gang. I årsberetningen for 1969 meldte han at legemangelen gjorde det umulig for de to ansatte legene å «yte en tilfredsstillende service».[52] For å bøte på problemet foreslo Brasch Larsen at leger som valgte å avtjene sivil verneplikt, kunne gjøre det ved Reitgjerdet. Det ble en varig løsning, slik at fra 1972 var det gjennomgående én til tre leger i siviltjeneste ved sykehuset.

I 1970 ansatte Reitgjerdet en kvinnelig sykepleier. Med et par unntak fra Reitgjerdets tidligere periode var dette den første kvinnen blant lege- og pleiepersonalet. Ansettelsen møtte protester, særlig blant den eldre garde av pleiere. Brasch Larsen insisterte imidlertid på at det var uproblematisk, og dessuten heldig for miljøet på avdelingene, å ha kvinner i stillinger som innebar kontakt med pasientene. De neste årene intensiverte han arbeidet med å skaffe autoriserte sykepleiere, og i årsberetningen for 1971 kunne Brasch Larsen fortelle at Reitgjerdet året etter ville ha tolv offentlig godkjente sykepleiere blant de ansatte. Seks av disse var kvinner. Ved utgangen av 1975 var det ansatt 19 sykepleiere. Omtrent samtidig

[50] Blom et al. 1980: 136–137.
[51] Blom et al. 1980: 82.
[52] Norsk helsearkiv, Reitgjerdet, YA-019-001. Kommentarer til årsberetning for 1969.

ordnet han med å få opprettet stillinger for psykolog, sosionom og ergoterapeuter.[53] Men disse ble stående ubesatt i lange perioder fordi det ikke meldte seg søkere.

Det var fortsatt store utfordringer med å få overført eller utskrevet pasienter som ikke lenger oppfylte Reitgjerdet-vilkårene. Endringene i psykiatrisk behandling i 1970-årene til en ny filosofi med mer åpne behandlingsinstitusjoner gjorde antakelig terskelen for å ta imot pasienter fra Reitgjerdet høyere. Dermed tok Reitgjerdet en del av belastningen for de andre sykehusenes mer åpnere behandlingstilbud. Det var Blom-kommisjonens konklusjon i 1980.[54] Det hevdet også Brasch Larsen selv i et brev til overlegen for Opdøl sykehus i 1975:

> Opdøl sykehus har vært et av de sykehusene som ikke har funnet det nødvendig å sende så mange pasienter til oss, og det er vi takknemlige for. Pasientene i din region er neppe lettere å hanskes med enn i andre sykehus som nok av og til føler seg nødsaget til å søke inn i Reitgjerdet sykehus pasienter som etter vanlig sykehusdrift 10–15 år siden ville kunne vært beholdt der. Dette er dog en sak for seg og vel i trend med psykiatrien under «friere forhold» som jo presser seg igjennom mer og mer.[55]

Samme år fikk Brasch Larsen applaus på årsmøtet i Norsk psykiatrisk forening i Trondheim for arbeidet han gjorde ved Reitgjerdet og for norsk psykiatri. Han svarte med å ytre et håp om at landets regulære psykiatriske institusjoner i fremtiden ville bli mer villige til å ta imot pasienter fra Reitgjerdet.[56]

I 1975 fikk Reitgjerdet besøk fra Helsedirektoratet og Stortingets sosialkomité. Brasch Larsen redegjorde da for forholdene ved sykehuset og understreket de klare behovene for økt bemanning og bedre bygningsmessige forhold. Spesielt vektla han behovet for et nytt velferds- og aktivitetsbygg, som han hadde arbeidet for i flere år allerede.[57] Befaringsrunden synes å ha gjort det klart for både politikerne og Helsedirektoratets representanter at Reitgjerdet hadde store behov for bygningsmessige forbedringer, og i neste års budsjett fikk sykehuset forholdsvis store bevilgninger til å bygge aktivitetsbygg og til gjennomgripende moderniseringer av de eksisterende sykehusbyggene. Aktivitetsbygget stod ferdig i desember 1977, mens moderniseringsarbeidet fortsatte til ut på 1980-tallet.

Justis- og politidepartementet arbeidet i samme periode med en stortingsmelding om rettssikkerheten i sosial- og helseinstitusjoner.[58] I den forbindelse ble Reitgjerdets situasjon

[53] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-019-001. Kommentarer til årsberetninger 1971–1974.
[54] Blom et al. 1980: 83.
[55] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. DB-043-001. Brev 07.01.1975.
[56] Blom et al. 1980: 83.
[57] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. IA-007-004. Orientering om Reitgjerdet sykehus, Trondheim, 5. februar 1975.
[58] Justis- og politidepartementet 1976.

drøftet. Man kom da til at landet inntil videre ville ha behov for en spesialinstitusjon, men at denne gradvis skulle nedbygges til et lavere pasienttall.[59] Det la et grunnlag for å legge større press på de andre psykiatriske institusjonene for å ta imot Reitgjerdet-pasienter. I 1977 sendte Helsedirektøren et rundskriv til landets regionale psykiatriske sykehus og henstilte dem om å akseptere tilbakeføring av pasienter fra deres region hvis kriteriene for innleggelse på Reitgjerdet ikke lenger var oppfylt. I årsrapporten for 1977 skrev Brasch Larsen at rundskrivet ikke hadde hatt særlig virkning. Tallene over antall pasienter viser imidlertid at Reitgjerdet lyktes bedre i få sine pasienter tilbakeført til regulær psykiatri fra 1976 og fremover.

Den begynnende moderniseringen av Reitgjerdet og det gradvis synkende pasienttallet sammenfaller med en nedgang i tvangsmiddelbruken. Overfor Blom-kommisjonen hevdet Brasch Larsen at han helt fra han overtok overlegestillingen, hadde som mål å redusere tvangsmiddelbruken, men at det ikke hadde latt seg gjøre. Det hadde han også beklaget i sykehusets årsrapporter flere ganger på 1970-tallet. Han forklarte det med bemanningsproblematikken, som blant annet gjorde at en ny vaktavdeling ikke kunne tas i bruk som planlagt.[60] Ser vi på tallene over tvangsmiddelbruk i illustrasjon 1, viser de imidlertid at tvangsmiddelbruken gikk nedover etter toppåret i 1973, med en tydelig nedgang fra 1976 til 1978, selv om tvangsmiddelbruken fortsatt var veldig høy.

Utover på 1970-tallet begynte Reitgjerdet gradvis å havne i medias søkelys, noe Brasch Larsen kommenterte allerede i årsberetningen for 1971:

> Som nevnt i et tidligere skriv er Reitgjerdet mer og mer kommet i søkelyset til visse grupper i samfunnet. Fra pårørende til pleierpersonalet har det vært hevdet at der brukes for lite tvangsmidler ved sykehuset. Fra andre – og det er den største gruppe – at der brukes for meget. Det er ingen grunn til å tro at kritikken av sykehuset vil avta i tiden som kommer.[61]

Landsforeningen We Shall Overcome, som ble etablert i 1968 som en kamporganisasjon for å fremme rettighetene til innlagte i psykiatrien, fattet tidlig på 1970-tallet interesse for Reitgjerdet. Kriminologistudent Petter Norløff, som senere var aktiv i foreningen, besøkte senhøsten 1971 Reitgjerdet sammen med en gruppe studenter ved Universitetet i Oslo. I løpet av vinteren 1972 var hans kritiske betraktninger fra oppholdet på trykk både i *Dagbladet* og i *Dag og Tid*.[62] I stor grad la han vekt på de samme forholdene som Blom-kommisjonen skulle komme til å kritisere åtte år senere. Men i *Dag og Tid*-artikkelen beskrev Norløff også spesielt

[59] Sosialminister Ruth Ryste hevdet så i Stortinget 22. november 1978. Stortingstidende 1978 s. 904.
[60] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-019-002.
[61] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-019-001. Kommentarer til årsoppgave for 1971.
[62] Norløff 1972a: 4, 1972b: 8.

situasjonen til en enkeltpasient som mente seg holdt på Reitgjerdet på uriktig grunnlag, og som hadde bedt Norløff om hjelp til å bli utskrevet. Ifølge Norløffs beretning var denne pasienten, etter at Norløff hadde engasjert seg, blitt tvunget til å trekke dette tilbake og samtidig lyve til kontrollkommisjonen og si at han ikke hadde noen klager. Brasch Larsen forfattet et motsvar hvor han omtalte denne påstanden som «meget injurerende». Etter konferanse med Helsedirektoratet ble imidlertid denne formuleringen tatt ut og erstattet med en svakere kritikk av Norløffs rolle.[63] Personalforeningen ved Reitgjerdet tok imidlertid sterkere til motmæle i et leserinnlegg i *Dag og Tid* i mars samme år:

> I artikkelen anføres […] at omtalte pasient er blitt tvunget til å lyve for sykehusets kontrollkommisjon. En slik påstand kan medføre at publikum får den oppfatning at pasientene utsettes for en utilbørlig opptreden, noe som slett ikke er tilfelle.
>
> I det hele tatt er artikkelens omtale av Reitgjerdet sykehus og forholdene der, av en slik art at Personalforeningen vil ta opp spørsmålet om eventuell forføyning mot forfatteren.[64]

I 1975 tok sykehussjef i Sør-Trøndelag Sjur Børve til orde for å legge ned Reitgjerdet. Han var blant annet bekymret for behandlingsmiljøet ved de større institusjonene i Norge, og han mente tilbudet generelt burde desentraliseres.[65] Sommeren 1978 ga tidsskriftet *Hverdag* ut et eget temanummer med tittelen «Syk psykiatri». Her ble hele den norske psykiatriske sektoren beskyldt for å være autoritær og undertrykkende, men forholdene ved Reitgjerdet ble trukket frem som «så ekstremt dårlig at det ikke en gang tåler sammenlikning».[66] Innholdet i utgivelsen ble gjengitt i flere norske aviser.[67] Det samme nummeret av *Hverdag* hadde et intervju av sosiallege Reidar Larssen, som utover på sensommeren og høsten markerte seg i media som en tydelig kritiker av Reitgjerdet som institusjon. I *Adresseavisen* i august kalte han Reitgjerdet «en torturanstalt i psykiatrisk regi».[68] De neste ukene var det flere kritiske artikler på trykk i norske aviser.

Som vist var Reitgjerdet da et sykehus underveis i en moderniseringsprosess, men utviklingen gikk saktere enn andre steder i norsk psykiatri. Den gikk også altfor sakte for flere av Reitgjerdets ansatte, spesielt blant flere yngre og nylig ansatte. Mange av de mest kritiske

[63] Norsk helsearkiv. Reitgjerdet. YA-014-008. Brev 19. februar 1972 og fra brev fra Sosialdepartementet 3. mars 1972.
[64] Størseth et al. 1972.
[65] Adresseavisen 1975, 22. mai.
[66] Hverdag 1978: 3.
[67] Bryne 1978: 8; Borgan & Morken 1978: 11; Worm-Müller 1978: 8.
[68] Adresseavisen 1978, 25. august.

interne røstene var å finne blant yngre ansatte som tilhørte det nye fagpersonellet som var kommet til de siste årene. Noen, men ikke alle de interne kritikerne hadde venstreradikale politiske standpunkt. Det ga deler av ledelsen og den eldre garde av pleiere påskudd til å avfeie kritikken som «marxisme».[69] 1970-tallet var et tiår preget av et generelt systemkritisk stemningsskifte. Kritikken mot Reitgjerdet inngår i denne trenden, og forholdet mellom de ansatte på institusjonen var nok påvirket av tidens politiske motsetninger.

Avslutning

Da Svein Solberg arrangerte rømningen i oktober 1978, hadde media begynt å vise en viss interesse for forholdene på Reitgjerdet, men det var ingenting mot det som skulle komme. Sett fra utsiden var Reitgjerdet en institusjon tiden var i ferd med å gå ifra. Psykiatrifaglig var utviklingen på vei bort fra de store sentralinstitusjonene. Det var en internasjonal trend som også var i ferd med å nå Norge. Pasientene skulle behandles nærmere sitt lokalmiljø, og psykiatrien skulle deinstitusjonaliseres, desentraliseres og gjøres mer åpen mot samfunnet.

Sett fra innsiden var Reitgjerdet en institusjon hvor en voksende andel ansatte mente pasientene var rettsløse og ikke ble behandlet i tråd med et humant behandlingsideal. En stor andel av pasientene oppfylte ikke vilkårene for innleggelse på Reitgjerdet, men fikk likevel ikke komme ut eller bli overført til andre psykiatriske sykehus. Sikkerhetsoppbudet var strengt. Alle avdelingene var lukkede, og kun noen ytterst få pasienter fikk gå fritt. Tvangsmiddelbruken var svært høy og brevsensuren nærmest total. Praksisene ved Reitgjerdet var sterkt i strid med samfunnets krav til en moderne helseinstitusjon og med oppfatningen av hvordan man mente de svakeste i samfunnet skulle ivaretas. Deri lå skandalen.

Kulturen ved Reitgjerdet viste seg vanskelig å endre. Men tiden hadde ikke stått stille ved sykehuset. Reitgjerdet-skandalens årsaker finnes i en negativ utvikling på 1960- og 1970-tallet. Tvangsmiddelbruken økte drastisk, noe som er en klar indikator på at idealet om humanitet i behandlingen og håndteringen av pasientene ble ofret for andre hensyn. Artikkelen har diskutert noen ytre og noen indre faktorer som kan bidra til å forklare denne negative utviklingen ved Reitgjerdet, og har trukket frem manglende regulering, svakt mandat for kontrollkommisjonen, nytt sykehusbygg, integreringen av Kriminalasylets pleierkultur samt en generell mangel på kompetanse som forklarende faktorer fra 1960-tallet og fremover.

[69] Under aktørseminaret i 2010 kom flere av deltakerne, inkludert Svein Solberg, inn på hvordan påstander om nyansattes venstrevridde politiske holdninger, begrunnet eller ei, ble brukt for å avvæpne kritikken (Evensen, S.A., Gradmann, C. og Larsen Ø. Øivind Larsen (red.) 2010).

Norsk psykiatri var på 1970-tallet inne i en moderniseringsprosess. Denne utviklingen hadde også nådd Reitgjerdet, som utover 1970-tallet fikk flere resurser og ansatte flere fagpersoner. Da mediene virkelig begynte å fatte interesse for forholdene på Reitgjerdet høsten 1978, var det umiddelbare forsvaret fra landets helsemyndigheter at situasjonen var blitt bedre de siste årene, men denne argumentasjonen druknet fullstendig i den massive kritikken. Mye av den interne kritikken som kom til overflaten i 1978, kom fra personale som ikke hadde hatt jobb ved Reitgjerdet hadde det ikke vært for denne utviklingen. De kom imidlertid til en institusjon hvis forhold og praksiser forferdet dem, og de reagerte etter at de opplevde det som umulig å forandre kulturen ved institusjonen innenfra.

Denne artikkelen har anvendt kvantitative data over tvangsmiddelbruk som en indikator på kvalitet og humanitet i behandlingen. Reitgjerdet-saken er den norske institusjonspsykiatriens største skandale. Ingen annen institusjon ble utsatt for den samme oppmerksomheten som Reitgjerdet, men i samtiden ble det også rettet kritikk mot den norske institusjonspsykiatrien generelt. Når det gjelder utviklingen i tvangsmiddelbruk, finnes det beretninger om ustrakt bruk også ved andre institusjoner på 1970-tallet. I boken om Sanderud sykehus for eksempel siterer Per Haave en tidligere ansatt ved Sanderud på at 80 prosent av pasientene på hans avdeling ble systematisk «lagt i reimer eller puttet på isolat […] før klokken 7 om kvelden, for da gikk dagvakta hjem».[70] Vi mangler imidlertid gode tall på omfanget av tvangsmiddelbruk ved de andre av landets institusjoner, og det trengs mer forskning for å forstå i hvilken grad Reitgjerdets etiske utglidning og kritikkverdige behandling av sine pasienter var en anomali i norsk psykiatri eller et mer ekstremt utslag av en nasjonal trend.

[70] Sitert fra Haave 2008: 372.

Referanseliste

Adresseavisen (1975, 22. mai). Reitgjerdets fremtid bør trolig vurderes, s. 9.

Adresseavisen (1978, 25. august). Påstand om Reitgjerdet fra sosiallege: En torturanstalt i psykiatrisk regi, s. 12.

Berg, F. (2014). *På rømmen : rømninger fra sikkerhetspsykiatrien 1895–1956.* Masteravhandling. NTNU: Trondheim.

Blom, K., Bratholm, A. & Hjort, J. (1980). *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*. Oslo: [s.n]. Hentet 15.04.2020 fra https://www.nb.no/items/7b456b368cf8b963f88cf66048dad12e

Blomberg, W. (1990). *For døve ører : vold- og makt-ofrene, psykiatrien og den store taushetsplikta*. Oslo: Gyldendal.

Borgan, V. & Morken A. (1978, 22. august). Reitgjerdet er ekstremt dårlig. *Adresseavisen,* s. 11.

Bryne, A. (1978, 21. august). Psykiatriske sykehus svært dårlige og autoritære. *Dagbladet,* s. 8.

Eivergård, M. & Jönsson, L.E. (1993). *Sidsjöns sjukhus 1943–1993: ur den moderna sinnessjukvårdens historia*. Hentet 15.04.2020 fra https://collectiveaccess.murberget.se/media/ylm_ca_system/images/1/9/2/6/22077_ca_object_representations_media_192675_original.pdf

Evensen, S.A., Gradmann, C. & Larsen Ø. (red.) (2010). Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus. *Michael 2010*(4), *382–527.*

Fennell, P. (1996). *Treatment without consent : law, psychiatry and the treatment of mentally disordered people since 1845.* London & New York: Routledge.

Foucault, M. (2001). *Madness and civilization : a history of insanity in the age of reason*. London: Routledge.

Foucault, M. (2006). *Psychiatric power : lectures at the Collège de France, 1973–74*. Basingstoke: Palgrave Macmillan

Fygle, S. (2002). *Marmor og menneskeskjebner : Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø: Nordlandssykehuset.

Goffman, E. (1961). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin

Hverdag (1978). *Syk psykiatri. 1978*(4, temahefte 12). Hentet 27.03.2020 fra https://www.nb.no/items/c83e9113a682065fa6481472b2fb0cf8

Høyer, G. (2016). Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern – Herman Wedel Majors nyskapning. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (136), 1109–1112. doi: 10.4045/tidsskr.15.0935

Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling : Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub.

Jacobsen, J.M. (1965). Personlighetsvernet for pasienten i det psykiatriske sykehus. *Lov og Rett, 89*(3), 110–116.

Justis- og politidepartementet (1976). *Rettssikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner* (St.meld. nr. 32 (1976–77). Hentet 27.03.2020 fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Saksside/?pid=1970-1981&mtid=45&vt=a&did=DIVL113925

Kragh, J.V. (2018). *Sikringen : forbrydelse, farlighed og foranstaltninger : sikkerhedsafdelingen i dansk psykiatri 1918–2018.* Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm.

Kritsokaki, D., Long, V. & Smith, M. (red.). (2016). *Deinstitutionalisation and after : post-war psychiatry in the western world*. Palgrave Macmillan.

Laing, R.D. (1965). *The divided self : an existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin.

Langfeldt, G. (red.) (1963). Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961. Oslo: Aschehoug. Hentet 12.04.2020 fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2017050848020

Lov angaaende Kriminalasylet, 30. april 1898. Sitert fra P.I. Paulsen (red.) *Norges lover 1672–1936.* Oslo: Det juridiske fakultet, 506. Hentet 27.03.2020 fra https://www.nb.no/items/46287cf6e81a805338374ad6ca4c247c

Lov om Reitgjerdet asyl, 7. juli 1922. Sitert fra P.I. Paulsen (red.) *Norges lover 1672–1936.* Oslo: Det juridiske fakultet, 1473. Hentet 27.03.2020 fra https://www.nb.no/items/46287cf6e81a805338374ad6ca4c247c

Norløff, P. (1972a, 13. januar). Illusjon om rettssikkerhet for psykiatriske pasienter. *Dagbladet*, s. 4.

Norløff, P. (1972b, 3. februar). Illusjon om rettstryggleik for psykiatriske pasientar. *Dag og Tid*, s. 8.

Ose, E. (red.) (1991). *Frå sindssygeasyl til psykiatrisk sjukehus. Neevengården – Sandviken sykehus 1891–1991*. Bergen: Alma Mater.

Pietikäinen, P. (2015). *Madness: a history*. London & New York: Routledge.

Rabben, M.B. & Thomassen, Ø. (2019a). Humanitet, kontroll og tvang ved Kriminalasylet 1895–1915. *Historisk tidsskrift, 98*(1), 68–86. doi: https://doi.org/10.18261/issn.1504-2944-2019-01-05

Rabben, M.B. & Thomassen, Ø. (2019b). Humane treatment versus means of control: coercive measures in Norwegian high-security psychiatry, 1895–1978. *History of Psychiatry, 30*(4), 424-442. doi: https://doi.org/10.1177/0957154X19867256

Rosenqvist, R. (2007). Omsorgen for kriminelle, psykotiske pasienter. *Tidsskrift for Strafferett, 2007*(4), 374–390.

Scull, A. (2015). *Madness in civilization: A cultural history of insanity, from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.

Sindssygeloven (1848). Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining. Sitert fra P.I. Paulsen (red.) *Norges lover 1672–1936.* Oslo: Det juridiske fakultet, 111–113. Hentet 26.03.2020 fra https://www.nb.no/items/46287cf6e81a805338374ad6ca4c247c

Socialdepartementet (1923). *Regulativ for Reitgjerdet asyl.*

Solberg, S. (1979). *Rapport fra Reitgjerdet*. Oslo: Pax.

Sosialdepartementet (1971). *Forskrifter om begrenset adgang til bruk av tvangsmidler og forbud mot korporlig refselse innen psykisk helsevern* (Rundskriv I-1010/71. H.dir. 4).

Størseth, G., Stavran, J., Kvam, P., Utne, J., Hammerstad, O. & Trøan, A. (1972, 2. mars). Frå norsk psykiatri: Sengebelte, reimar og tvangstrøyer. *Dag og Tid*, s. 5.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.

Tranøy, J. (1993). *I sinnssykehusets vold : innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Oslo: Pax.

Tranøy, J. (1999). *«Til pasientens beste» : behandling, makt og pasientprotest i norsk psykiatri*. Oslo: Forum Aschehoug.

Tranøy, J. (2009). *Reitgjerdet ødela mitt liv*. Oslo: Lanser forlag.

Tranøy, J. & Blomberg, W. (2005). Lobotomy in Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry, 16*(1), 107–110. doi: 10.1177/0957154X05052224

Wickström, F. (2018). *Att skriva sig ut : nya terapeutiska miljöer och tvångsvårdade patienters subjektsformering 1967–1992.* Lund: Arkiv förlag.

Worm-Müller, I.-L.K. (1978, 22. august). Norsk psykiatri kritikkverdig. *VG*, s. 8

Ødegård, Ø., Arnholm, C.J., Hagen, R., Kløvstad, M., Langfeldt, G., Knudsen, C.L. & Vogt, P. (1955). *Instilling fra Komitéen til revisjon av sinnssykelovgivningen*. Oslo: Arbeidernes Aktietrykkeri.