

Mette Sesilie Selnes Klæth

## De norske spedalske i nord

Fordypningsoppgave i Lektorutdanning i historie for trinn 8-13

Veileder: Øyvind Thomassen

Mai 2023



Mette Sesilie Selnes Klæth

## **De norske spedalske i nord**

Fordypningsoppgave i Lektorutdanning i historie for trinn 8-13  
Veileder: Øyvind Thomassen  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	3
<b>1.1 Overordnet problemstilling og avgrensning av oppgaven</b> .....	3
<b>1.2 Oppgavens oppsett</b> .....	3
<b>1.3 Tidligere forskning</b> .....	4
<b>1.4 Kort om Reitgjerdet</b> .....	4
<b>2.0 Metode og bakgrunn</b> .....	5
<b>2.1 Litteratursøking, valg av kilder og utfordringer</b> .....	5
<b>3. Oldtidens sykdom blir 1800-tallets store folkehelseproblem</b> .....	6
<b>3.1 Om selve sykdommen</b> .....	7
<b>3.2 Kort om spedalskhetens historie i verden</b> .....	8
<b>3.3 Spedalskhetens sykdoms- og institusjonshistorie i Norge</b> .....	8
<b>3.3 1800-tallets dilemma: Hvordan skulle man bremse spredningen av lepra, og hvordan skulle man ta seg av en person som allerede var smittet?</b> .....	10
<b>3.3.1 Offisielle offentlige tiltak blir innført</b> .....	10
<b>3.3.2 Pleie på hjemstedet</b> .....	12
<b>3.3.3 Pleie på pleiestiftelsene</b> .....	13
<b>3.4 Livet på institusjonen</b> .....	15
<b>4.0 Statistikk</b> .....	16
<b>4.1 Norges befolkningsantall</b> .....	16
<b>4.2 Antall smittede av lepra</b> .....	17
<b>4.3 Statistisk og geografisk sammenligning</b> .....	17
<b>5.0 Trondheim får en pleiestiftelse</b> .....	18
<b>5.1 En by med både stor geografisk og historisk betydning</b> .....	18
<b>5.2 Reitgjerdet blir pleiestiftelsen for spedalske i nord</b> .....	19
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	20
<b>Litteraturliste</b> .....	22
<b>Vedlegg</b> .....	24

## Forord

I sammenheng med utarbeidelsen av min fordypningsoppgave i historie ønsker jeg først å gi en stor takk til min veileder på oppgaven, Øyvind Thomassen, som har vært til stor hjelp med utforming, oppsett og generell veiledning på oppgaven!

Deretter går takken videre til familien min; mamma, pappa, min søster Siri, vår katt Buster, morfar, bestemor og farfar – deres evigvarende støtte oppigjennom årene, og mer spesifikt i forhold til studiene mine de siste årene, har betydd alt for meg i de øyeblikkene hvor verden har virket bare akkurat litt for overveldende. Bare det at dere har vært rundt meg har hjulpet ekstremt mye – uten at dere nødvendigvis har innsett det selv. I denne sammenheng ønsker jeg også å utvise takknemlighet overfor vennene mine (spesielt vil jeg trekke fram Ingrid som flere ganger har møtt meg på Dragvoll for kanelbolleonsdag), og for mine nære som dessverre ikke finnes her på jorda lenger.

Helt til slutt vil jeg takke Taylor Swift og hennes musikk. Taylors musikk gitt meg meget nødvendige musikalske avbrekk i studiehverdagen, inspirert meg på ny når det behøvdtes, og ikke minst for å ha hjulpet med å holde meg rolig ved søvnløse netter.

Uten dere hadde det ikke blitt noen fordypningsoppgave!

Long Live,

Mette Sesilie Selnes Klæth

10. mai 2023

## 1.0 Innledning

Min historiske interesse har alltid vært størst innenfor perioden som ofte blir referert til som «det lange 1800-tallet» – en periode som omfatter tiden fra den franske revolusjon i 1789 helt fram til starten av første verdenskrig i 1914. Samtidig har jeg også hatt en interesse i medisinsk og teknologisk historie lenge før jeg begynte på et historiestudium ved NTNU høsten 2020. I fjor høst (høsten 2022) leste jeg boken *Ti tusen skygger*, som jeg umiddelbart merket at markerte seg som noe som passet rett inn i mine hovedinteresser innenfor historiefeltet. Boken er skrevet av Bjørn Godøy (f. 1969), en historiker og tidligere manusforfatter,<sup>1</sup> og skildrer omfanget av spedalske i Norge og hvordan norske leger, forskere og pleieinstitusjoner sto sentralt i utviklingen av forskning rundt spedalskhet og hvordan sykdommen spredtes. Godøy fremstiller blant annet de forskjellige pleiestiftelsene for spedalske som ble opprettet rundt om i landet (Pleiestiftelse no. 1 i Bergen, Reknes i Molde, og Reitgjerdet i Trondheim) – hvor jeg personlig ble spesielt interessert i pleiestiftelsen som befant seg i mitt hjemfylke, Trøndelag, og i den byen jeg har bodd og studert i, i løpet av de siste tre årene – Trondheim og Reitgjerdet pleiestiftelse for spedalske.

Denne interessen har nå ført meg til å skrive min fordypningsoppgave i historie (lektorprogrammets ekvivalent for bachelor) om Reitgjerdet.

### 1.1 Overordnet problemstilling og avgrensning av oppgaven

I denne teksten vil jeg hovedsakelig fokusere på spørsmålet om hvorfor Reitgjerdet pleiehjem for spedalske ble åpnet i 1861. I referanse til frasen «hvorfor *Reitgjerdet* ble opprettet», ønsker jeg å utdype og klarifisere at det menes både hvorfor det i denne perioden ble ansett som nødvendig å åpne nye pleiehjem på landsbasis, men ikke minst mer spesifikt her menes hvorfor akkurat Trondheim ble valgt som en av disse nye lokasjonene med pleiehjem for spedalske. Tydeliggjort: Hvorfor var det ved midten av 1800-tallet nødvendig å opprette nye pleiestiftelser for spedalske, og hvorfor ble Trondheim valgt som sted for en av disse institusjonene?

For å kunne se nærmere på dette er det først nødvendig å se på hvorfor det i det hele tatt var nødvendig å opprette pleiestiftelser for spedalske – og deretter mer fokusert på hvorfor valget falt på Trondheim som en av lokasjonene.

Oppgaven er i hovedsak avgrenset til perioden fra ca. 1840 og utover resten av 1800-tallet. Reitgjerdet åpnet ikke dørene før i 1861, men jeg har funnet at å ta i betraktning årene før åpningen har vært sentralt for å kunne forstå situasjonen som i det hele tatt gjorde det nødvendig at pleiestiftelsen ble opprettet. Likedan blir det også referert til tidsperioder fra før 1800-tallet, da historisk kontekst ble viktig for å kunne diskutere og svare på tekstens problemstilling på en tilfredsstillende måte. Tidsmessig vil oppgaven heller ikke gå lenger fram i tid enn til 1921, da Reitgjerdet i seg selv ikke lenger hadde en funksjon som hjem for de spedalske etter dette tidspunktet.

### 1.2 Oppgavens oppsett

Første del av oppgaven utforsker hvorfor det ved midten av 1800-tallet var nødvendig å sette opp flere pleiestiftelser for spedalske, mens andre del i hovedsak undersøker nærmere hvorfor Trondheim ble valgt som lokasjon for en av dem. Teksten har totalt 6 hovedkapitler, samt litteraturliste og vedlegg med en figur til slutt. De forskjellige

---

<sup>1</sup> Godøy 2014 (fra forfatterens biografi i *Ti tusen skygger*)

kapitlene er deretter delt inn i underkapitler. En komplett liste over underkapitler vil være å finne i innholdsfortegnelsen.

Med første del av teksten refererer jeg til kapittel 1 til og med kapittel 3, og med andre del av teksten menes kapittel 4 og 5, samt kapittel 6, som konkluderer oppgaven. Oppgaven er delvis kronologisk og tematisk oppbygd, og i all hovedsak geografisk definert innenfor Norges grenser.

### **1.3 Tidligere forskning**

Det finnes allerede noe forskning som omhandler spedalskhet i Norge, og fra det jeg har observert i mine egne undersøkelser, er det et tema som det har blitt skrevet mer om i de siste tiårene – likevel er det ikke et tema som er ekstremt godt utforsket og dokumentert i et norsk perspektiv. I hovedsak har jeg også observert et fokus på spedalskhet generelt, og ikke mer spesifikt på de forskjellige pleiehjemmene og institusjonene som tok seg av spedalske.

I hovedsak har jeg funnet at det er blitt skrevet noen oppgaver på universitetsnivå – i hovedsak masteroppgaver. Spesielt har jeg funnet to masteroppgaver i historie som har vært relevante for min egen oppgave; *Fra lidelse til trussel, Spedalskheten i Norge på 1800-tallet* fra 2005 av Magnus Vollset ved Universitetet i Bergen, og *Å trakte etter å bli et lik* fra 2020 av Maria Helene Hanssen Beck ved NTNU. *Fra lidelse til trussel* tar for seg historien rundt spedalskhet i Norge mer generelt, og hvordan sykdommen og de smittede har blitt behandlet/ansett av den resterende befolkningen – deriblant både allmuen og lærde, som for eksempel i kirken og av leger. Som en generell forskningsoppgave som omhandler den samme perioden jeg har satt søkelys på er den derfor relevant. Becks oppgave fra 2020 omhandler mer spesifikt Reitgjerdet som pleiehjem for spedalske, og i hvilken grad pleiestiftelsen i Trondheim bidro til lepraforskningen som ble utarbeidet i Norge på 1800-tallet. Det spesifikke fokuset på Reitgjerdet gjør hennes oppgave meget relevant for min, og den vil til en viss grad naturligvis ha noe overlapp med det som blir tatt opp i min fordypningsoppgave, men det er også store forskjeller i oppgavenes hovedtema. Beck undersøker i detalj hvordan Reitgjerdet (både i seg selv som pleiestiftelse og de individuelle legene ved institusjonen) bidro til den pågående lepraforskningen i Norge utover 1800-tallet. Mitt undersøkelsesfelt omhandler mer pleiestiftelsenes rolle generelt, hvorfor det var et behov for flere pleiestiftelser, og ikke minst hvorfor det ble valgt å opprette en i Trondheim.

Ellers er det også utarbeidet noen dokumentarhistoriske bøker på emnet. *Ti tusen skygger* av Bjørn Godøy (2014) vil for meg være den mest sentrale, da denne omhandler spedalskhetens historie i Norge og hvordan sykdommen ble forsket på i løpet av 1800-tallet i håp om å kunne bekjempe sykdommen og dens utbredelse i landet. Boken *Utstøtt og Uren* av Inger Austveg fra 1987 omhandler også spedalskhet, og nevner til en viss grad sykdommen i en norsk kontekst, men fokuserer også store deler av boken til spedalskhet i et globalt perspektiv – ikke at dette er mindre interessant for historien generelt, men det er likevel mindre relevant for min oppgave, og vil derfor ikke benyttes i denne teksten.

### **1.4 Kort om Reitgjerdet**

Mesteparten av litteraturen som omhandler Reitgjerdet er ikke fra dets periode som pleiestiftelse for spedalske. I mine undersøkelser har jeg heller funnet at det har vært et større fokus fra tiden hvor Reitgjerdet hadde funksjon som kriminalasyl etter pleiestiftelsen for spedalske opphørte på 1920-tallet. Denne perioden i Reitgjerdets historie virker også å være denne delen av historien som er mest kjent iblant dagens



allmennbefolkning. Ikke at dette er ulogisk, da det var en del av kriminalomsorgen i Norge fram til 1987, som kronologisk ikke er langt unna vår samtid, og derfor vil være mer aktivt i befolkningens minne. Likevel ønsker jeg at ved å skrive min fordypningsoppgave om dets tid som pleiehjem for spedalske, at kan jeg forhåpentlig fremheve historien rundt selve opprettelsen av et bygg som lenge har vært «beryktet» i Trondheimsområdet.

Reitgjerdets historie begynte med opprettelsen av Reitgjerdet pleiestiftelse for spedalske i 1861, på Brøset i bydelen Strinda i Trondheim – en funksjon pleiestiftelsen opererte med i omtrent 60 år. I årene mellom 1921 og 1923 ble bygget som tidligere hadde vært forbeholdt spedalske ombygget til et psykiatrisk sykehus for «særlig vanskelig sinnssyke menn», det som også ble kalt et «asyl med fængselsmessig sikkerhet».<sup>2</sup> Denne funksjonen hadde bygget fram til 1961, da det psykiatriske sykehuset opplevde å bli sammenslått med Kriminalasylet i Trondheim som siden slutten av 1800-tallet hadde befundet seg i området Skansen/Kalvskinnet.<sup>3</sup>

Etter sammenslåingen med Kriminalasylet opplevde Reitgjerdet kraftig offentlig negativ kritikk,<sup>4</sup> spesielt i forhold til bruk av tvang på institusjonen, noe som trolig har bidratt kraftig til hvordan Reitgjerdets historie ofte blir hyperfokuseret på perioden som psykiatrisk sykehus og ikke på byggets tidligere perioder. I 1980 besluttet Stortinget å avvikle funksjonene på Reitgjerdet innen juli 1982. Pasientene som på denne tiden var institusjonalisert her ble i de fleste tilfeller flyttet tilbake til deres egne hjemkommuner.<sup>5</sup>

Reitgjerdet ble fullstendig nedlagt den 1. juli i 1987, og fikk fra samme dato funksjon som regional sikkerhetsavdeling ved Sør-Trøndelag sykehus.<sup>6</sup> Det originale bygget består den dag i dag, og er sammen med andre bygg som ble oppført senere, nå underlagt St. Olavs hospitals divisjon for psykisk helsevern. Her finnes avdeling for sikkerhetsfengsels- og rettspsykiatri, habiliteringstjenesten for voksen, lærings- og mestringscenteret, psykisk helsevern og sentral fagenhet for tvungen omsorg.<sup>7</sup> Navnet har i dag blitt endret til Brøset.

## 2.0 Metode og bakgrunn

### 2.1 Litteratursøking, valg av kilder og utfordringer

I min graving etter bakgrunns litteratur har jeg merket markant at det finnes det jeg vil kalle en mangel på litteratur om spedalskhet i Norge, spesielt om Reitgjerdet. Mesteparten av litteratur og forskningen som faktisk finnes baserer seg også hovedsakelig på Pleiestiftelse no. 1 og Lungegaardshospitalet i Bergen. Dette er helt naturlig, da det var her en stor del av den samtidige forskningen foregikk - Vestlandet var også den regionen av Norge som var hardest rammet av spedalskhet.<sup>8</sup> En stor drivkraft for meg i skrivningen av denne oppgaven har også derfor vært at Reitgjerdet i Trondheim skal komme litt mer i søkelyset, da det er tydelig at også Reitgjerdet spilte en stor rolle innenfor lepraforskningen som foregikk i Norge utover 1800-tallet, og blant pleiestiftelsene generelt.

---

<sup>2</sup> Kulturminnesøk u.å.

<sup>3</sup> Ødegården 2023

<sup>4</sup> Kulturminnesøk u.å.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Evensen, Gradmann & Larsen (red.) 2010: 386

<sup>7</sup> St. Olavs Hospital u.å.

<sup>8</sup> Overlægen for den spedalske sygdom 1876: 56

Store deler av empirien som blir gjennomgått senere i oppgaven er funnet gjennom nøkkelordssøk i forskjellige databaser, mest sentralt Stortingets arkiv for Stortingsforhandlinger og Nasjonalbibliotekets nettsider. Søkene ble også avgrenset innenfor tidsperioden fra ca. 1840-1920, da dette omfatter både perioden hvor Reitgjerdet var operativt som pleiehjem for spedalske, samt noen år før for å kunne få med litteratur som gav historisk kontekst til opprettelsen av stiftelsen. Perioden er derfor klart avgrenset, noe som kan ha affektert mine resultater på relevant litteratur. Mine opprinnelige søk på «Reitgjerdet» resulterte i lite materiale som var relevant for denne oppgaven, men ved utvidelse til mer generelle termer som «spedalskhet», «lepra», «pleiestiftelse» gav en større mengde arbeidsmateriale å begynne med.

I statistikkdelen av teksten har jeg også brukt lepraregisteret direkte.<sup>9</sup> Registeret er skrevet for hånd, og deler av det har vist deg utfordrende å tyde på grunn av for eksempel falmende tekst. Jeg har gjort arbeidet nøye med registeret i et iherdig forsøk på å unngå feil, men det er samtidig en mulighet for at registerets oppsett har blitt misforstått fra min side. I håp om å minske sannsynligheten for misforståelser har jeg også anvendt trykte tabeller om spedalske i Norge mellom 1856-1875, publisert av Overlægen for den spedalske sykdom i 1875, som har satt opp tallene på en mye mer forståelig måte, men likevel vil jeg påpeke at muligheten for en viss feilmargin bør medregnes.

Det samme gjelder også i min tolkning av tallene oppgitt i folketellingen av 1855. I forbindelse med denne oppgaven har jeg ikke brukt de original håndskrevne folketellingene som er tilgjengelige på digitalarkivet.no, men en oversikt publisert av den Norske Regjeringen i 1857. Kilden er meget grundig ført, og fra samtiden, men siden det er en rapport som er basert på de håndskrevne oppteignelsene fra 1855, er det heller ikke en primærkilde. Avvik fra primærkilden og det som står i regjeringens rapport kan derfor forekomme. Samtidig er det i likhet med lepraregisteret mulig at jeg kan ha mistolket noen tall eller figurer.

Jeg ønsker også å presisere hvorfor jeg har valgt folketellingen fra 1855 i denne oppgaven. Det hadde også kunne vært relevant å bruke folketellingene fra 1845 eller 1865, men jeg har personlig valgt å heller bruke tellingen fra 1855, av flere grunner. Hovedgrunnen er at folketellingen fra 1855 er den som er kronologisk nærmest opprettelsen av lepraregisteret i 1856, et faktum som vil gjøre at mine sammenligninger og konklusjoner vil være basert på tall i en periode som ikke opplevde store endringer i det totale folketellingene – for å kunne gi en analyse som på best mulig måte vil reflektere samtiden. En annen viktig grunn til at jeg valgte denne kilden spesifikt er at det i tillegg til de håndskrevne materialene finnes trykte kilder direkte basert på det håndskrevne materialet, som nevnt ovenfor – noe som forhåpentligvis har minsket sjansen for fortolkningsfeil fra min side.

### **3. Oldtidens sykdom blir 1800-tallets store folkehelseproblem**

I denne delen av teksten vil jeg i hovedsak undersøke hvordan spedalskheten utviklet seg til å bli et så stort folkehelseproblem at myndighetene var nødt til å ta grep for å begrense smitteutviklingen i den graden de gjorde, med opprettelsen av de fire nye pleieinstitusjoner for spedalske i løpet av et veldig begrenset tidsrom. Kapitlet vil først

---

<sup>9</sup> Her menes personregisteret i Lepraregisteret som kan finnes i skannet versjon på digitalarkivet.no (<https://media.digitalarkivet.no/view/106764/2>)

opplyse generelt om den spedalske sykdommen, før fokuset blir skiftet mot historien rundt spedalskhet. Her vil både den historiske utviklingen av sykdommen og institusjonshistorien rundt sykdommen i Norge bli diskutert. Videre tas den offentlige debatten fra midten av 1800-tallet om hvordan man helst skulle ta seg av de smittede opp.

### 3.1 Om selve sykdommen

Spedalskhet (oftest referert til som Hansens sykdom i utlandet, og i tillegg også kjent som lepra i Norge)<sup>10</sup> er en infeksjonssykdom som spres gjennom kontakt med bakterien som vi i dag kjenner som *Mycobacterium leprae*.<sup>11</sup> Selve leprabakterien ble oppdaget av Armauer Hansen i 1873.<sup>12</sup> Etter smitte vil sykdommen karakteristisk affektere huden, nervesystemet og synet. I hvilken grad og hvor raskt dette skjer vil variere fra pasient til pasient, men NHI anslår at det vanligste er at symptomer opptrer omtrent 2-4 etter initial smitte og at flere; ca. 75 prosent vil tilheles naturlig innen denne perioden.<sup>13</sup> For de som ikke opplever naturlig tilheling er det likevel typisk at forandringene blir verre og verre med tiden. Uten behandling vil sykdommen utvikle seg, og føre til økt bakterieansamling i kroppen. Mange smittede vil etter hvert oppleve nedsatt førlighet, spesielt i ekstremiteter, og mobilitet generelt.

Sykdommen kan deles inn i to former: knutet form og glatt form. På 1800-tallet ble den glatte formen (også kalt maculo anestetisk form) bedømt som mindre alvorlig enn den knutete formen, mest på grunn av at sykdommen framstod som mindre visuelt drastisk og at pasientene i gjennomsnitt hadde lengre levetid enn pasientene med knutet form.<sup>14</sup> <sup>15</sup> Det betyr derimot ikke at formen var lite alvorlig; stadige blemmer og blærer på hender og føtter førte til konstante sår, huden ble øm og hypersensitiv før mange etter hvert mistet følelsen helt, og øyne og ansiktsmuskulatur ble negativt affektert. I ytterste tilfelle ville pasientens tær og fingre i tillegg falle av.<sup>16</sup>

Den knutete formen (også kalt tuberøs form) opplevde smertefulle knuter i huden, som «spredte seg innover i kroppen, og først inntok munnhulen, tungen, ganen og drøvelen».<sup>17</sup> Huden får lesjoner, flekker og sår i huden, og knutene som dannet seg ville videre føre til at de øvre luftveiene tettet seg, noe som også medførte pustevansker – opphopning av slim ville også kunne bidra til at pasientene faktisk endte opp med å kveles.<sup>18</sup> Hvis sykdommen utviklet seg langt nok ville den sannsynligvis føre til alvorlig funksjonshemming på grunn av nerveskader og lammelser, samt økt sosialt stigma blant den øvrige befolkningen. Ved langt fremskredet leprasmitte, vil sykdommen ofte naturligvis oppleves som svært skjemmende for pasienten. At sykdommen historisk sett førte til reaksjoner fra lokalbefolkningen rundt den smittede er derfor ikke hverken utenkelig eller uforståelig, men man vil også forstå at dette i mange tilfeller ville ha vært meget vanskelig for den smittede.

---

<sup>10</sup> Godøy 2014: 226

<sup>11</sup> Norsk helseinformatikk u.å.

<sup>12</sup> Godøy 2014: 201

<sup>13</sup> Norsk helseinformatikk u.å.

<sup>14</sup> Beck 2020: 10

<sup>15</sup> Godøy 2014: 17-18

<sup>16</sup> Ibid.: 18

<sup>17</sup> Ibid.: 18

<sup>18</sup> Ibid.: 18

Historisk sett har sykdommen vært kronisk og uhelbredelig, med bruk av isolasjon som eneste effektive virkemiddel mot sykdommen i den forstand at isolasjonen forhindret videre smitte i befolkningen. Var man allerede smittet var det derimot få tiltak som kunne prøves, og symptomene ble gradvis verre og verre ettersom progresjonen av sykdommen utviklet seg. Sykdommens skjæmmende utseende og illeluktende framtrede gjorde at diagnosen i den forstand også dømte den smittede til sosialt stigma og isolasjon fra samfunnet, langvarig smerte og ubehag, og til slutt; død.<sup>19</sup> I dag kan sykdommen behandles med antibiotika, og forekomsten fremstår som synkende på verdensbasis med omtrent 200 000 nye tilfeller i 2019, sammenlignet med omtrent 600 000 nye tilfeller ved inngangen av dette århundret.<sup>20</sup> Likevel er sykdommen fortsatt å anse som kronisk, og hvis behandling ikke igangsettes i tidlig fase vil det være fare for varige fysiske konsekvenser som følger av sykdommen. I de vestlige delene av jorda er spedalskhet sjeldent i dag, men sykdommen finnes fortsatt utbredt i de sørøstlige delene av Asia – hovedsakelig India, Filippinene og Vietnam. NHI beskriver likevel at behandling er effektiv i de fleste smittetilfeller, spesielt i de tilfellene hvor behandlingen igangsettes i et tidlig sykdomsstadium.<sup>21</sup>

### 3.2 Kort om spedalskhetens historie i verden

Spedalskhet har en meget lang dokumentert historie, og kan klassifiseres som en av verdens eldste kjente sykdommer. Allerede ca. 1500 år før Kristus ble sykdommen skildret av leger i Egypt, men blir også nevnt i antikke tekster fra Kina og Egypt.<sup>22 23</sup> Bibelen omtaler også spedalskhet, i Mosebøkene blir for eksempel symptomene skildret, og her blir det også foreslått at pasientene burde bli isolert fra den øvrige befolkningen. I Bibelen blir i noen utgaver begrepet «hudsykdom som gjør uren» brukt, men flere versjoner anvender også direkte navnet «spedalskhet». Folkets syn på sykdommen var tett knyttet opp imot begrepet «uren», da det i hovedsak ble ansett som en straff fra Gud på grunn av «urene» handlinger eller tanker.<sup>24</sup>

Sykdommen i seg selv ble ført inn i Europa gjennom Egypt og Hellas i antikken, med stor grad av spredning i forskjellige hærer, deriblant romerske hærer, som førte smitten videre innover det europeiske kontinentet. De middelalderske korstogene som gikk gjennom store deler av Europa, var også med på å spre smitten gjennom kontinentet.<sup>25</sup> For å kunne isolere de spedalske ble det tidlig opprettet leprosarier hvor smitten var et stort nok problem. I høymiddelalderen ble det opprettet flere slike institusjoner, blant annet var det oppimot 300 leprosarier i England, og trolig over 2000 i Frankrike.<sup>26</sup>

### 3.3 Spedalskhetens sykdoms- og institusjonshistorie i Norge

I Norge har sykdommen mest sannsynlig eksistert i varierende grad siden vikingtiden, med Vestlandet som sannsynlig opphavsregion, da dette var en sentral region for vikingenes skipsfart.<sup>27 28</sup> Spedalskhetens alvorlighetsgrad og påfølgende konsekvenser for de smittede har ikke vært historisk ukjent i Norge, og «det dominerende trekket i

---

<sup>19</sup> Ibid.: 17-19

<sup>20</sup> Norsk helseinformatikk u.å.

<sup>21</sup> Norsk helseinformatikk u.å.

<sup>22</sup> Godøy 2014: 35

<sup>23</sup> Santacroece, Del Prete, Charitos & Bottalico 2021: 625

<sup>24</sup> Godøy 2014: 36

<sup>25</sup> Beck 2020: 10

<sup>26</sup> Godøy 2014: 37

<sup>27</sup> Beck 2020: 10

<sup>28</sup> Godøy 2014: 37

behandlingen av spedalskheten, har vært institusjonalisering.»<sup>29</sup> I historisk kontekst har institusjonaliseringen vært tett knyttet opp mot religiøse, i all hovedsak, kristne ordener. De første kjente organiserte institusjonene i Norge ble opprettet på 1200-tallet av katolske munkeordener – hvor disse påtok seg å gi de smittede et sted å bo borte fra allmenbefolkningen, samt forpleiningen av dem.<sup>30</sup>

St. Jørgens Hospital i Bergen er et godt eksempel på dette. Hospitalet ble formodentlig oppsatt først som et hospital som tok hånd om mennesker som hadde uhelbredelige sykdommer, deriblant mennesker som var smittet av lepra. Den første kjente referansen er fra 1411, men hospitalet kan antas å ha eksistert i en tid før dette. Spredningen av spedalskhet i Norge gjorde at St. Jørgens, på midten av 1540-tallet, fikk egen separat avdeling for pasientene med spedalskhet. St. Jørgens var likevel ikke det første leprosariet som er kjent i Norge, da St. Katharina, som også befant seg i Bergen, er kjent fra kilder opptil 100 år før St. Jørgens.<sup>31</sup>

Smittetallet for spedalske i Norge gikk ned på 1500-tallet, trolig på grunn av stadige oppblussinger av svartedauden, som medførte at en stor del av den spedalske befolkningen i Norge døde.<sup>32</sup> Utover 1600-tallet steg derimot antallet smittede igjen i Norge. På St. Jørgens hadde nummeret av spedalske pasienter økt til å bli høyere enn antallet pasienter uten leprasmitte i 1688, da kun åtte av pasientene ikke var å anse som spedalske.<sup>33</sup> <sup>34</sup> Hospitalet i Bergen mottok også ca. 880 spedalske pasienter imellom årene 1740 og 1776, noe som tyder på en stor økning i antallet spedalske i perioden opp mot 1800-tallet.

I Molde hadde også Reknes hospital for spedalske blitt oppført ved reskript i 1713 etter at antallet spedalske hjemløse, tiggere og omstreifere som gikk rundt i gatene begynte å virkelig bekymre lokalbefolkningen.<sup>35</sup> Funksjonen som hospital hadde institusjonen hadde fram til midten av 1800-tallet, da Stortinget i 1854 og igjen i 1857 bevilget ekstra midler for å omgjøre hospitalet til en pleiestiftelse som kunne motta flere spedalske pasienter.<sup>36</sup> Langs kysten, så langt nord som utenfor Narvik, fantes det også en rekke mindre institusjoner eller stiftelser beregnet for de spedalske. I størst grad var jobben til slike institusjoner å isolere de smittede fram til de døde, for å holde dem unna den friske befolkningen.<sup>37</sup>

Separasjonen av pasienter med spedalskhet som et fenomen innad i de tidlige nordiske hospitalene er også historisk bevist i Trondheim. I 1277 ble driften ved Trondhjems hospital startet etter at samtidens konge, Magnus Lagabøte, innvilget oppstarten av et nytt hospital for fattige. Som på St. Jørgens i Bergen, var det nye hospitalet i Nidaros var også i stor grad knyttet til kirken, og selv om det ikke var knyttet til en munkeorden var dagens innhold og oppbygning spesifikt strukturert rundt de daglige gudstjenestene. Hovedsakelig var hospitalet oppsatt for «fattige vanføre», men det var også et eget isolat

---

<sup>29</sup> Vollset 2005: 13

<sup>30</sup> Ibid.: 17

<sup>31</sup> Godøy 2014: 37

<sup>32</sup> Ibid.: 38

<sup>33</sup> Bergens byarkiv/Bergen byleksikon, u.å. – *St. Jørgens Hospital*

<sup>34</sup> Godøy 2014: 38

<sup>35</sup> Ibid.: 38

<sup>36</sup> Digitalarkivet 2013: kilden jeg har anvendt i denne sammenhengen er en merknad lagt inn i Digitalarkivet ved kilden «Pasienter ved Reknes pleiestiftelse i Molde 1839-1877»

<sup>37</sup> Godøy 2014: 38

for smittede av spedalskhet.<sup>38</sup> I Trondheim hadde man også hatt den private institusjonen *Landets Cureerkammer*, som hadde hatt spedalske pasienter. Vollset nevner i sin masteroppgave at de seksten pasientene som var innlagt det ble overflyttet til de nye pleiestiftelsene da de åpnet sent på 1850-tallet og tidlig på 1860-tallet.<sup>39</sup> At institusjonalisering og isolasjon fra øvrig befolkning har fulgt den spedalske sykdommen i lang tid, også i Norge er derfor klart.

Når spredningen av spedalskhet ble mer sentral problematikk i politikken rundt 1840-årene, ble det vedtatt å opprette flere institusjoner som skulle spesifikt omhandle pleie av leprapasienter. Etter et stortingsvedtak fra 1845, medbrakte året 1849 seg åpningen av Lungegaardshospitalet, som var å anse som en «helbredelsesanstalt» for de som var smittet av lepra, men tok også hånd om pasienter med andre hudsykdommer.<sup>40</sup> Spesielt med Lungegaardshospitalet er likevel at det var den eneste anstalten som faktisk hadde som mål å kurere de pasientene som var smittet av lepra, og at det var å anse som en av de fremtredende institusjonene i Norge i forhold til ren lepraforskning.<sup>41 42</sup> I 1857 åpnet også Pleiestiftelsen no. 1 i Bergen, som var 1800-tallets første stiftelse spesifikt for spedalske, og ble det første av de rene *pleiestiftelsene* som ble opprettet for spedalske. I 1861 åpnet både Reknes pleiestiftelse ved Molde og Reitgjerdet pleiestiftelse i Trondheim som de to andre pleiestiftelsene.

### **3.3 1800-tallets dilemma: Hvordan skulle man bremse spredningen av lepra, og hvordan skulle man ta seg av en person som allerede var smittet?**

1800-tallet medbrakte seg også et fokusskifte i forhold til spedalskheten. Tidligere hadde det vært et mer signifikant fokus på enkelttilfeller og forpleining av smittede individer, men med økningen i tilfeller utover 1800-tallet samt et større nasjonalt og politisk fokus på sykdommen, var det heller ønskelig å ta sykdommen ved rota – Godøy beskriver at fokuset i større grad ble overført til forskning rundt smittespredning, og hvordan man skulle forhindre videre spredning.<sup>43</sup>

#### **3.3.1 Offisielle offentlige tiltak blir innført**

I hovedsak ble det gjort fire tiltak spesifikt i kampen for å bekjempe spedalskheten. Det første tiltaket kom i form av at det ble i 1856 krevd at det i alle norske distrikter som hadde spedalske innbyggere var nødt til å konstruere det som ble kalt «Sundhedscommissioner». Disse kommisjonene skulle styres av distriktslegen, og hadde i tillegg til distriktslegen medlemmer fra distriktets formannskap. Jobben til disse kommisjonene var å holde styr på alle saker som angikk de spedalske i deres distrikt, samt å sørge for at alle diagnostiserte spedalske skulle innføres i lepraregisteret – som var det andre tiltaket som ble innført.<sup>44</sup>

Lepraregisteret ble også innført i 1856, og viste seg å bli en viktig del av spørsmålet rundt hvordan man best skulle ta seg av de smittede, gjennom å spesifikt kunne finne ut hvilket omfang sykdommen hadde i Norge. Registeret ble opprettet ved kongelig resolusjon i 1856 etter kampanjer fra Ove Guldberg Dinnessen Høegh. Han hadde tre hovedformål ved opprettelsen av et slikt register; 1) å kunne få en komplett oversikt

---

<sup>38</sup> Trondhjems Hospital u.å.

<sup>39</sup> Vollset 2005: 58

<sup>40</sup> Bergens byarkiv/Bergen byleksikon, u.å. – *Lungegaardshospitalet*

<sup>41</sup> Godøy 2014: 113

<sup>42</sup> Breida 2011: 8

<sup>43</sup> Godøy 2014: 122

<sup>44</sup> Breida 2011: 9

over hvilke pasienter som behøvde helsehjelp, 2) anskaffelse av epidemiologisk overvåkning av det som klart var en trussel mot den allmenne folkehelsen, og 3) identifikasjon av smittefaktorer i forhåpning om å stanse eller bremse spredningen av spedalskhet.<sup>45</sup> Ove G. D. Høegh var også den som fikk ansvaret for opprettholdelsen og en kontinuerlig oppdatering av registeret, og har i ettertid blitt hyllet for sitt ærverdige arbeid med registeret, som også er å anse som verdens første pasientregister på nasjonal skala.<sup>46</sup>

Det tredje tiltaket kom i 1860, da Sunnhetsloven av 1860 ble innført. Spesifikt for spedalskheten hadde man i Sunnhetsloven bestemt at alle norske kommuner skulle ha en permanent sunnhetskommisjon – altså ikke lenger kun de kommunene som hadde spedalske innbyggere.<sup>47</sup> Sunnhetskommisjonene hadde i stor grad samme rolle med forebygging og bekjempelse av spedalskheten selv om det ikke fantes noen smittede innbyggere. Kommisjonene lærte opp lokalbefolkningene på kjennetegn på lepra, og instruerte dem i å rapportere inn individer til dem dersom det fantes symptomer på smitte. I tillegg skulle også kommisjonene, med distriktslegen i en sentral posisjon, undersøke de innrapporterte tilfellene for å finne ut om mistenkte lepratilfeller faktisk var lepra og ikke en annen sykdom med lignende symptomer.<sup>48</sup>

Det fjerde tiltaket omhandler mer spesifikt det denne oppgaven undersøker – nemlig pleiestiftelsene. På 1840-tallet hadde det allerede vært offentlige spørsmål om det burde opprettes flere institusjoner spesifikt for spedalske, og i 1842 ble det vedtatt at det skulle gis økonomiske støtte til konstruksjonen av tre nye anstalter, samt oppussingen av en annen. De tre helt nye anstaltene var Lungegaardshospitalet og Pleiestiftelse no. 1 (begge i Bergen) og Reitgjerdet i Trondheim. På den samme tiden ble også Reknes hospital nær Molde pusset opp og omstrukturert for moderne bruk, som nevnt i forrige underkapittel. Institusjonene fikk en sentral rolle i systemet som tok hånd om de spedalske, og det var også etter hvert på institusjonene de fleste spedalske endte opp. Om opprettelsen av stiftelsene sier Vollset følgende:

«De fire stiftelsene var nasjonens svar på det spedalske problem og underlagt overlegen for den spedalske sykdom. Ut over å umiddelbart avlaste de ulike distriktene for byrden de spedalske utgjorde, skulle medisinerne finne en kur mot sykdommen. På 1860-tallet ble de spedalske sett på som en byrde for seg selv og lokalsamfunnet, særlig økonomisk. Dette hang sammen med at spedalskheten var en langvarig sykdom, hvor den enkelte gjerne hadde behov for hjelp i årevis. Ovenfor politikerne argumenterte medisinerne for at mer penger til institusjonene betydde at de syke raskere kunne friskmeldes – og på litt sikt ville dette spare nasjonen for store utgifter.»<sup>49</sup>

Samtidig hadde 1800-tallets leger også store diskusjoner om hvordan man best skulle bekjempe spedalskhetens spredning. I 1850 skapte den sittende regjeringen en komité som ble kalt «medisinalkomitéen», med tre individer som skulle bistå regjeringen i hvilke tiltak som kunne innføres for å gjøre den generelle folkehelsen bedre.<sup>50</sup> De hadde derimot ikke kun spedalskheten i fokus, da 1800-tallet også bød på andre

---

<sup>45</sup> Irgens 2010: 315

<sup>46</sup> Breida 2011: 9

<sup>47</sup> Ibid.: 9

<sup>48</sup> Godøy 2014: 134

<sup>49</sup> Vollset 2005: 58-59

<sup>50</sup> Godøy 2014: 109-112

folkehelsestrusler slik som for eksempel tuberkulose, difteri og tyfus – men spesielt også koleraen som hadde flere større utbrudd i Norge på 1850-tallet.<sup>51</sup> Likevel inneholdt helserapportene tall som ansa at antallet mennesker som var smittet av spedalskhet økte for hvert år.<sup>52</sup> Videre medførte også samtidens mangel på kunnskap rundt sykdommen at det var uenigheter også blant legene; en teori ansa at spedalskheten kun var arvelig, andre teorier mente den kun var smittsom, noen mente den var en kombinasjon av smittsom og arvelig, andre mente fortsatt at det var å anse som en straff fra Gud. Godøy skildrer videre at spedalskhetens forferdelig utseende var med på å isolere de spedalske fra det øvrige samfunnet.<sup>53</sup>

For å forhindre videre spredning av lepra, ble det også i 1877 innført en lepralov i Norge – som senere ble revidert og utvidet i 1885.<sup>54</sup> I lovens første iterasjon blir det bestemt at leprapasienter som «ikke kan forsørge seg selv, skal innlegges på sykehus».<sup>55</sup> Min tolkning av dette er at de menneskene med en langt framskreden form av lepra var de som skulle innlegges, altså de som ikke lenger var fysisk i stand til å kunne ta vare på sine egne fysiologiske behov grunnet limitasjoner forårsaket av deres leprasmitte. Innforstått i dette vil også være de som ikke hadde familie som kunne ivareta seg, da forpleining fra nærmeste familie hadde vært vanlig oppigjennom tidene.

Lepralovene skildrer også tydelig at det eksisterte klare ønsker om å både stanse smittespredningen, og å behandle eller ivareta de som allerede hadde blitt smittet i samtiden. Loven oppnår nok derimot ikke ønsket effekt i første omgang, da den lovpålagte innleggelsen utvides til å omfatte alle leprasmittede som ikke kunne isoleres i egne rom i sine egne hjem.<sup>56</sup> Dette var nok i seg selv et drastisk tiltak i tiden, og blir beskrevet av Irgens (1997) som et tiltak som medbrakte store diskusjoner, som i all hovedsak omfattet om man skulle prioritere enkeltpersoners ønsker og rettigheter over det som ble ansett som det beste for resten av samfunnet for øvrig.<sup>57</sup> At dette ble ansett som drastisk i samtiden er ikke i det hele tatt uforståelig. I moderne tid kan dette for eksempel sammenlignes med lovene som ble innført for å verne den øvrige befolkningen fra smitte av coronaviruset under covid-19 pandemien som oppsto i 2020 – lover som også medførte kontroverser omhandlende enkeltindividers frihet mot befolkningens beste.

Spørsmålet om hvordan man skulle ivareta de smittede var også sterkt preget av et ønske om å opprettholde tradisjoner. Tidligere i historien hadde det vært vanligere å ivareta smittede på hjemstedet eller i alle fall i nærhet av den smittedes hjemmess. Noe vi også ser i den første iterasjonen av lepraloven, da det først kun var de med det mest framskredne sykdomsforløpet som i første omgang skulle legges inn på sykehus.

### **3.3.2 Pleie på hjemstedet**

I ivaretakelse av leprasmittede pasienter var det i hovedsak 3 muligheter; de kunne bli sendt til en institusjon (som historisk ikke hadde vært et alternativ det var godt tilrettelagt for), de kunne bli på hjemstedet og få støtte av fattigkassen, eller de kunne bli ivaretatt av familie. Historisk sett var ivaretakelse på den smittedes hjemsted den

---

<sup>51</sup> Ibid.: 20

<sup>52</sup> Ibid.: 111

<sup>53</sup> Ibid.: 113

<sup>54</sup> Vollset & Aavitsland 2023

<sup>55</sup> Irgens 1997: 252: Epilog: Forskeren og mennesket i Patrix, J.-M. 1997

<sup>56</sup> Myhre 2015: 267

<sup>57</sup> Irgens 1997: 252: Epilog: Forskeren og mennesket i Patrix, J.-M. 1997



mest brukte måten, da det hadde vært begrensede muligheter for statlig eller kirkelig hjelp, men etter de nye institusjonene hadde blitt oppsatt, og lepraen ble en større trussel mot den allmenne folkehelsen, ble myndighetens hovedmål i stor grad å få de spedalske vekk fra bygda. Lokalbefolkningen ble trent opp i å kunne gjenkjenne symptomer på lepra, noe man kunne melde inn til presten eller distriktslegen ved mistanke om smitte.<sup>58</sup> I hovedsak var det økonomien som spilte en rolle.

Den nye fattigloven som kom på starten av 1860-tallet sa blant annet at de spedalske kunne bli satt i forpleining hos noe som tilstrekkelig kunne ivareta dem, mot betaling. Ønsket fra myndighetene var likevel kunne få gjort dette til lavest mulig kostnad. På denne tiden var det fortsatt tre valg man kunne foreta seg i forhold til «oppbevaring» av de spedalske. 1) de kunne bli værende hjemme, 2) fattigkassen kunne ta ansvar for dem og gi dem offentlig forpleining hvor de bodde eller 3) de kunne sendes til institusjoner. Hvis de skulle holdes hjemme var det strenge krav til isolasjon; de måtte ha egne rom som hadde nok plass til klær og kjøkkenredskaper for at de skulle unngå fysisk kontakt med andre.<sup>59</sup>

Isolasjon var i hovedsak det vanskeligste tiltaket å overholde hvis den smittede skulle forpleies i hjemkommunen, tydeliggjort blant annet av innstramningen av lepraloven i 1885. Flere i bygdene omstilte seg dette. Skammen og stigmaet som medførte spedalskheten, gjorde at det for flere ikke var ønskelig å fjerne familiesystemet som hadde fungert tidligere.<sup>60</sup> Mange ville heller ikke rapportere sin leprarammede slektning til Sundhedscommissionen eller den lokale presten for å sende dem til institusjoner – og heller fortsette med forpleining på hjemstedet. Et vanligere og vanligere argument mot midten på 1800-tallet var likevel at de spedalske fikk det bedre på institusjoner. Blant annet argumenterte legen Jens Johan Hjort for at det var nødvendig å isolere de spedalske på institusjoner vekk fra hjembygda for å skjerme dem fra lokalbefolkningen, da han mente de ville stå ovenfor «overgrep og omsorgssvikt på hjemstedene».<sup>61</sup> Medisinalkomitéen virket likevel å være uenige i dette synet, og argumenterte for at de spedalske kun skulle flyttes til institusjoner for å skjerme de som ikke var smittet – ikke for at de faktisk skulle skjermes fra skam og sosial isolasjon på hjemstedet.<sup>62</sup>

I den samme perioden fikk også vanlig folk en travlere og travlere hverdag, det var blant annet nødvendig å kunne produsere så mye som mulig på gårdene i håp om at man kunne ha mulighet til å selge overskuddet og dermed tjene noen kroner. Godøy forklarer at de nye pleiestiftelsene la til rette for at man kunne sende vekk de smittede, men at det i tillegg var et økende ønske fra lokalbefolkningen for å sende vekk de spedalske fra bygda.<sup>63</sup>

### **3.3.3 Pleie på pleiestiftelsene**

Innførselen av lepralovene indikerer at antallet smittede hadde ført til en frykt blant den øvrige befolkningen om videre spredning av spedalskhet. Før 1873 visste man ikke klart hvordan sykdommen smittet, og det fantes deduserbart en panikk eller frykt for å kunne bli smittet av å være i nærhet av en som var smittet av leprabakterien. Ønsket om å isolere dem vekk fra den friske befolkningen gjorde derfor at et system som både

---

<sup>58</sup> Godøy 2014: 134

<sup>59</sup> Ibid.: 141

<sup>60</sup> Ibid.: 136

<sup>61</sup> Godøy 2014: 112

<sup>62</sup> Ibid.: 113

<sup>63</sup> Ibid.: 144

ivaretok de syke og på et vis isolerte dem, var nødvendig på nasjonal skala – spesielt siden det opptil 1840-tallet hadde forekommet en økning i antall smittede og derfor også i trengselen om senger på pleieinstitusjoner, og et behov om hjelp fra statens side.<sup>64</sup> Videre var det også mange av de smittede som ikke hadde nær familie eller et lokalsamfunn som kunne ivareta dem. Kanskje hadde de ingen familie igjen, kanskje var sykdommen kommet så langt at familien ikke lenger kunne møte deres pleiebehov, kanskje var hele familien rammet av spedalskhet eller annen sykdom som gjorde forpleining hjemme umulig, eller kanskje var de rett og slett ikke villige til å ta seg av den smittede – men hvor skulle de da gå for å få hjelp?

I Bergen hadde man leprapasienter på Pleiestiftelsen no. 1, St. Jørgens og Lungegaardshospitalet, som hadde en samlet kapasitet på 520.<sup>65</sup> Reknes i Molde ble i februar 1861 åpnet på nytt etter renoveringer som sammen med en modernisering og omstrukturering etter at det tidligere hadde vært et hospital og ikke en pleiestiftelse, noe som økte kapasiteten på institusjonen til 160 pasienter. Reitgjerdet hadde en liknende total kapasitet ved åpningen i september 1861, med 180 pasientplasser.<sup>66</sup>

Tar man dette i betraktning sammen med spedalskhetens utbredelse i Norge i dette tidsrommet, blir det klart at det ikke bare var et behov for å kunne bidra til å hjelpe pasientene somatisk (fysiske symptomer og utfordringer), men også for å kunne fortsette allerede påbegynt forskning og utvikle ny forskningsdata på en større og mer kontrollert skala i håp om å avdekke nye metoder i behandling av pasienter (lindre og formilde enkeltsymptomer) og eventuelt til slutt avskaffe nok kunnskap til å kurere sykdommen i sin helhet. Selv om det sannsynligvis var et håp om å en gang kunne kurere sykdommen, var det heller ikke hovedoppgaven eller -formålet til stiftelsene å gjøre dette. Utover 1800-tallet skulle stiftelsene i all hovedsak gjøre som navnet tilsier – nemlig å *pleie* pasientene de hadde innlagt hos seg.

Pleiestiftelsene som i all hovedsak ble utbygd utover 1800-tallet var derfor multifunksjonelle. De skulle nemlig ikke bare ivareta de smittede på best mulig måte, men stiftelsene og de ansatte bidro også kraftig til den intensive forskningen som foregikk i Norge på denne tiden. Dette kommer spesielt godt fram i Maria Becks masteroppgave fra 2020, som blant annet presiserer at pleieinstitusjonene også hadde en meget sentral rolle i lepraforskningen i Norge.<sup>67</sup>

Med dette i bakgrunn er det derfor deduserbart at et behov for flere slike pleiestiftelser i Norge eksisterte. En artikkel fra Nasjonalbiblioteket fremhever også dette i en artikkel fra 2021. Skrevet av Live Vedeler Nilsen nevner artikkelen at

«På 1800-tallet var lepra et av de største folkehelseproblemene i Norge, ved siden av kolera og tuberkulose. Derfor besluttet man i 1840 å gjøre kampen mot sykdommen til en statssak – staten skulle sette inn alle nødvendige midler for å bekjempe sykdommen».<sup>68</sup>

Den store geografiske spredningen mellom pasientenes hjemsteder ble gjorde også at det oppsto utfordringer på Reitgjerdet etter oppstarten. Godøy beskriver at pasientene hovedsakelig ankom Trondheim med dampbåt, og at det utover høsten var uvær på

---

<sup>64</sup> Nilsen 2021

<sup>65</sup> Godøy 2014: 152-153

<sup>66</sup> Ibid.: 153

<sup>67</sup> Beck 2020: 45-48

<sup>68</sup> Nilsen 2021

havet – ved ankomst hadde flere av pasientene opplevd store regnmengder i løpet av ruten. I tillegg måtte de som var smittet av lepra sitte på dekk store deler av reisen, da båtene fortsatt hadde med seg ordinære reisende som ikke hadde noen interesse av å være i nærheten av de smittede. Mange av de smittede var allerede i dårlig helse som følge av sin spedalskhet, og den store påkjenningen reisen til Trondheim medførte gjorde at det i perioden fra september 1861 til april 1862, var en dødelighet på 26,3% ved institusjonen.<sup>69</sup>

Likevel fungerte tiltakene i det store og det hele, pleieinstitusjonene var den viktig del av det norske helsevesenet, og i Myhre (2015) nevnes det for eksempel at de forebyggende tiltakene som i økende grad ble innførte utover 1800-tallet sammenhengende bidro til den synkende mortalitetsraten og forhøyede levealderen som forekom i Norge. Innførselen av isolasjon, bedre hygiene generelt, kirurgiske framskritt og et forbedret fødselstilbud bidro til dette.<sup>70</sup>

### **3.4 Livet på institusjonen**

Flere av de som ankom de nye pleiestiftelsene mistrivdes stort, og Reitgjerdet var ingen unntak. Som nevnt var den geografiske opprinnelsen til pasientene veldig variert, da Reitgjerdet tok imot leprasmittede helt fra lengst sør i Trøndelag til nord i Troms og Finnmark. Dietten til mange av de som ankom besto i stor grad av fisk, samtidig som mange av dem hadde spist store mengder mat for å kunne utføre hardt fysisk arbeid i hverdagen, noe de ikke lenger gjorde i samme grad ved stiftelsen. Maten de fikk var næringsrik, og noe vi i dag ville ansett som relativt normal hverdagskost, men den var likevel uvant (både i forhold til smak og mengde) for de som ankom stiftelsene. Til frokost ble det servert brødmatt og te, på ettermiddagene fikk de servert kaffe, og til kvelds var det grøt. Middagene besto i hovedsak av kjøtt i form av kjøttsuppe, fleskesuppe, bygggrøt eller fisk og poteter – som de fikk servert tre ganger i uken.<sup>71</sup> Endringene i daglig rutine, og strenge regelsett som måtte overholdes førte også til misnøye. Et eksempel kommer fram av kveldsrutinene; pasientene skulle være til sengs i åtte til halv nitiden på kvelden, og for å spare penger var det bestemt at lyset skulle slukkes enda tidligere på kvelden – i mørketiden ble det derfor umulig å lese før man skulle sove. I tillegg var selve bygget konstruert av murstein, og derfor til tider meget mørkt, kaldt og ukjent for pasientene som i størst grad ville ha vært kjent med trebygninger.

I Strinda Historielags 150-årsminnes artikkel i Årboken for Strinda Historielag fra 2011 fortelles det blant annet om Johanne Susanna som var hjemme på permisjon fra pleiestiftelsen. 23 år gammel hadde hun ankommet Reitgjerdet i oktober 1864, men mistrivdes stort og forsøkte flere ganger å få tillatelse til å være i forpleining i hjemsoignet Leka. Presten i Leka, som hun hadde skrevet flere brev til, ignorerte forespørslene hennes om å få kunne komme hjem, men bestyreren på Reitgjerdet gav henne til slutt tillatelse til å dra hjem på besøk i 1865. Da det var tide for henne å reise tilbake, nektet hun derimot. Presten i sognet ville gjerne ha jenta tilbake på pleieanstalten da hennes avgjørelse om å bli værende hjemme hos moren hadde potensiale til å medføre ekstra kostnader for sognet og kirken, samtidig som han mente hun var urimelig ovenfor moren som faktisk fysisk måtte ta seg av henne – det samme ønsket om å få henne returnert til Reitgjerdet hadde også bestyreren på Reitgjerdet og

---

<sup>69</sup> Godøy 2014: 153

<sup>70</sup> Myhre 2015: 267

<sup>71</sup> Godøy 2014: 155

Johanne Susannas pleiefar. På den andre siden var Johanne Susannas mor derimot mer enn villig til å pleie og ivareta henne hjemme.<sup>72</sup> I tillegg til historier som denne er det også verdt å trekke fram et det bare i Reitgjerdets åpningsår (1861) ble registrert hele 20 rømninger fra stiftelsen, og i de første fem årene en total av 64 individer som rømte av totalt 455 innlagte pasienter i den samme tidsperioden.<sup>73</sup> Dette indikerer at det fortsatt var et ønske om å kunne foreta et personlig valg angående forpleining av spedalske på hjemstedet eller å kunne sende dem til en institusjon.

## 4.0 Statistikk

For å kunne svare på hvorfor Trondheim var et naturlig valg for plasseringen av en av pleiestiftelsene vil jeg fortsette teksten med en statistisk del som vil analysere blant annet smitte- og befolkningsantall i Norge utover 1800-tallet opp mot utbyggingen av pleieinstitusjonene ved midten av århundret. I denne delen av oppgaven vil jeg først oppgi relevante tall i hver sin underdel av kapitlet (4.1 for antall smittede, og 4.2 for befolkningsantall i Norge), før jeg i siste underkapittel (4.3) analyserer tallene og deres faktiske betydning i større detalj. Tallene som refereres i dette kapitlet er i all hovedsak hentet fra folketellingen av 1855 og direkte fra lepraregisteret som ble opprettet i 1856. Som nevnt i oppgavens innledende del, har jeg valgt folketellingen 1855 spesifikt for å kunne sammenligne tall fra tilnærmet samme tidsperiode – de faktiske tallene vil nok avvike delvis, men ikke i så stor grad at det vil utgjøre en vesentlig forskjell på resultatene.

I denne sammenheng har jeg komponert en tabell basert på tallene fra tabellen oppgitt i *Tabeller over de Spedalske i Norge i Aaret 1875*<sup>74</sup> og tabellen på side 51 i den publiserte oversikten for folketellingen fra 1855 (*se Vedlegg: figur 1*).<sup>75</sup> Tabellen viser til at Norge i 1855 var delt inn i fem Stift; Christiania Stift, Christiansands Stift, Bergens Stift, Thronhjems Stift og Tromsø Stift. I tabellen fra Overlægen for den Spedalske Sygdom er tallene derimot oppført i forhold til Stiftene som fantes i 1875, et tall som da hadde økt til seks Stift, da Hedemarkens- og Christians Amt hadde blitt skilt ut fra Christiania Amt og plassert i det nye Hamars Amt fra 1864.<sup>76</sup> I tabellen har jeg likevel valgt å bruke Stiftene fra 1855, da dette er tidsmessig korrekt i forhold til min oppgave – amtene har ikke undergått noen annen endring i denne perioden etter mine undersøkelser.

### 4.1 Norges befolkningsantall

I denne delen av teksten vil jeg analysere hvilken betydning folketallet og ikke minst den geografiske fordelingen av befolkningen hadde i forhold til hvorfor Trondheim ble valgt som sted for plasseringen av en ny pleieanstalt for spedalske. Som nevnt i innledningen har jeg anvendt folketellingen fra 1855 spesifikt for å kunne få brukt de mest relevante tallene i min analyse.

I folketellingen fra 1855 ble Christiania og Bergen begge regnes som byer – separat fra amtene rundt dem; folketallet i Christiania var på 31 715, og i Bergen var tallet 24 512 innbyggere, og disse stede skiller seg tydelig ut som de mest befolkede tettstedene i landet. Likevel forteller folketellingen oss tydelig at flesteparten av nordmenn bodde

---

<sup>72</sup> Breida 2011: 23-24

<sup>73</sup> Ibid.: 22

<sup>74</sup> Her refererer jeg spesifikt til Overlægen for den Spedalske Sygdom av 1876: 56

<sup>75</sup> Her refererer jeg til oversikten fra 1857 som har blitt publisert på nettet av Statistisk Sentralbyrå - *Folkemængden i Kongeriget Norge den 31st December 1855*

<sup>76</sup> Den Norske Kirke u.å.

utenfor byene. Hvis man regner med befolkningen i Norge som også bodde i lade- og kjøpsteder sammen med tallene fra Oslo og Bergen blir det klart at det til sammen i både ladestedene og kjøpstedene bodde 197 815 mennesker ved årets utgang (31. desember 1855). Folketellingen oppgir videre at det i de norske landdistriktene bodde 1 292 223 mennesker. Når disse tallene regnes sammen, avslører det en totalbefolkning på 1 490 047 i hele Norge ved utgangen av 1855.<sup>77</sup> Som folketellingen fra 1855 har vist var landet befolkning på 1 490 047 den 31. desember, sammenlignes dette med tallene ved utgangen av 1856 er folkemengden på 1 511 175, noe som tilsvarer en økning på totalt 21 128 mennesker i løpet av hele året.<sup>78</sup>

#### **4.2 Antall smittede av lepra**

Jeg har selv gjort prosent omregningene som kan sees under, og har trippelsjekket at utregningene og tallene er skrevet inn korrekt, men vil likevel opplyse om at jeg ikke er en matematiker og vil derfor understreke at tallene oppgis med forbehold om regnefeil.

Ved innførselen av lepraregisteret i 1856 var det totalt 2 858 mennesker i Norge som var smittet av spedalskhet, og ved undersøkelse av disse tallene fordelt på de forskjellige Stiftene og amtene ser vi tydelig hvor de største smitteutbruddene i landet var. I Christianias Stift var det totalt 51 registrerte smittede, i Christiansands Stift var antallet 232, i Bergens Stift var antallet 1 430, i Thronhjems Stift antallet 564, og i Tromsø Stift var antallet smittede 346. I tillegg til det totale tallet på 2 623 smittende utenfor institusjonene, var det 235 smittede som allerede i 1856 var innlagt på forskjellige stiftelser; 187 i Bergens Stift, 46 i Thronhjems Stift og 2 i Tromsø Stift.

De amtene som var hardest rammet, med over 200 smittede i 1856 var Nordlands Amt (272 smittede), Nordre Thronhjems Amt (201 smittede), Nordre Bergenhus Amt (842 smittede), Søndre Bergenhus Amt (466 smittede) og Stavanger Amt (225 smittede).<sup>79</sup>

#### **4.3 Statistisk og geografisk sammenligning**

For å regne ut prosentandelen den spedalske bestanden i 1856 utgjorde i hvert Stift har jeg brukt nøyaktige tall fra tabellen (figur 1) som er vedlagt på slutten av dokumentet. Tallene opplyst under er ikke inkludert de spedalske som allerede befant seg på institusjoner.

1. I Christiania Stift utgjorde den spedalske populasjonen 0,008% av den totale befolkningen, med 51 smittede av totalt 643 371 innbyggere i Stiftet.
2. I Christiansands Stift utgjorde den spedalske populasjonen 0,09% av den totale befolkningen, med 232 smittede av totalt 243 491 innbyggere i Stiftet.
3. I Bergen Stift utgjorde den spedalske populasjonen 0,6% av den totale befolkningen, med 1 430 smittede av totalt 243 836 innbyggere i Stiftet.
4. I Thronhjems Stift utgjorde den spedalske populasjonen 0,25% av den totale befolkningen, med 564 smittede av totalt 227 107 innbyggere i Stiftet.
5. I Tromsø Stift utgjorde den spedalske populasjonen 0,26% av den totale befolkningen, med 346 smittede av totalt 132 242 innbyggere i Stiftet.

---

<sup>77</sup> Folkemængden i Kongeriget Norge den 31st December 1855, publisert av Statistisk sentralbyrå (SSB) [https://www.ssb.no/a/histstat/nos/st\\_16r\\_1846-55.pdf](https://www.ssb.no/a/histstat/nos/st_16r_1846-55.pdf) : 51

<sup>78</sup> Statistisk sentralbyrå (SSB) u.å., *Folkemængdens bevegelse 1735-2021*

<https://www.ssb.no/a/histstat/tabeller/3-13.html>

<sup>79</sup> Tall hentet fra figur 1 (se vedlegg)

Den geografiske fordelingen av smittede viser tydelig hvor i landet det var størst behov for nye pleiestiftelser. Smittetallene fra Vestlandet fremkommer hovedsakelig i tallene fra Bergens Stift og Christiansands Stift, som omfattet blant annet Stavanger, som var hardt rammet av lepra. I Thronhjems Stift ser vi også høye smittetall jevnt over, men ikke i nærheten et like stort antall som i Bergens Stift. Ifra utregningen overfor blir det også klart at Tromsø Stift hadde omtrent samme smittede prosentandel som Thronhjems Stift.

## 5.0 Trondheim får en pleiestiftelse

I denne delen av teksten vil det undersøkes nærmere hvorfor akkurat valget falt på Trondheim i opprettelsen av en ny pleiestiftelse.

### 5.1 En by med både stor geografisk og historisk betydning

At et pleiehjem for spedalske ble lagt til Trondheim er slettes ikke urimelig hvis man tar i betraktning Trondheims geografiske og historiske betydning allerede på 1800-tallet.

Trondheim er en av byene i Norge med lengst historie. Trøndelag hadde allerede fra vikingtiden en sentral rolle i de landområdene som i dag tilhører Norge – med det Moseng et al. (2007) beskriver som et sterkt og velorganisert lov- og tingvesen i form av Frostatinget.<sup>80</sup> Frostatinget omfattet områdene som i dag kan kalles Midt-Norge, og hadde sete på Logtun på Frosta.<sup>81</sup> Likevel utmerket Trondheimsområdet seg også som et sentralt område. Den store kirkelige tilværelsen i Trøndelag i middelalderen var også med på å styrke Trondheimsområdets posisjon innad i riket. Det ble tidlig bygget flere kirker i Nidaros, og i 1153 ble for eksempel erkebispesetet i Nidaros opprettet.<sup>82</sup> Moseng et al. (2007) navngir også de viktigste byene i tidlig middelalder; Bergen, Konghelle (Båhuslen), Kaupang (Nidaros), Borg (Sarpsborg), Oslo og Tønsberg.

Utbredelsen av byer som større geografiske sentere var som nevnt begrenset på 1800-tallet, men Trondheim hadde lenge vært et geografisk senter av betydning. Den begrensede utbredelsen av byer kommer blant annet fram hvis stedsnavnene på folketellingene blir analysert nærmere. I dataen fra folketellingen (presentert i statistikkdelen av teksten) blir 16 amter og et par fogderier nevnt – samtidig utpekes bare to byer; Christiania (dagens Oslo) og Bergen. Dette er interessant av flere grunner. Den første grunnen er at disse byenes plassering begge er sør for Dovre – nord for Dovre fantes det enda ikke steder som kunne klassifiseres som byer. Grunnen til min fremhevelse at dette er at byer eller større tettsteder sannsynlig ville være logiske steder å plassere en ny pleiestiftelse; opprettelsen av et nytt og stort institusjonsbygg krevde tilgang på byggematerialer, innsettelse av peiser, installasjon av kjøkken osv., videre ville det være nødvendig med godt utbygd transportsystem i nærheten for å kunne motta større pasientmengder fra forskjellige deler av landet. 1800-tallets byer blir av Myhre (2015) utpekt som helt sentrale knutepunkt mellom det han kaller «nettverket Norge» - «jernbaner, vegar, båtruter, telegraf [...]» utpekes som sentrale fasiliteter som knyttet landet tettere sammen. Når det da skulle opprettes pleieanstalter som hadde veldig viktige funksjoner i samtidens helsevesen vil det være oppklart at dette ville ha vært både ønskelig og gunstig for å ikke måtte bygge ut helt nye slike nettverk et annet sted.

---

<sup>80</sup> Moseng et al. 2007: 57

<sup>81</sup> Ibid.: 57-58

<sup>82</sup> Ibid.: 94

Samtidig er det viktig å fremheve at dette ikke er det samme som at ingen steder i Nord-Norge bar geografisk og demografisk betydelighet rundt 1850, men heller at det eksisterte steder som både av geografiske og demografiske grunner ville være mer logisk å velge. Før 1814 hadde dagens Nordland, Troms og Finnmark kun totalt tre byer; Tromsø, Hammerfest og Vardø – alle med en geografisk beliggenhet som kan beskrives som avsidesliggende og langt unna de større pleiestiftelsene på Vestlandet. Regionen er geografisk lang og bebyggelsen spredt, noe som gjorde det ugunstig å sette opp nye stiftelser her, selv om smittetallet var det største i forhold til totalt innbyggertall. Ved plassering i Nord-Norge hadde det vært nødvendig med en høyere andel utgifter for å innføre infrastruktur i samme grad som allerede beleilig eksisterte i Trondheim, samt at strekningen også ville ha vært lenger mellom de forskjellige stiftelsene.

Den første kilden fra samtiden jeg har funnet som spesifikt refererer til Trondheim som en logisk plassering for et nytt pleiehjem er i en av rapportene til Medisinalkomitéen. I rapporten legger komitéen fram flere forslag til hvor det vil være nærliggende å plassere en pleiestiftelse, og never følgende steder; Bergen, Molde, Tromsø, Trondheim og Bodø – da det selv etter at Lungegaardshospitalet i Bergen hadde blitt åpnet som en helbredelsesanstalt i 1849 var det behov for flere og mer geografisk utstrakte pleieinstitusjoner.<sup>83</sup> Fokuset hadde også blitt endret i denne rapporten, da det ikke lenger var referert til helbredelsesanstalter, men som pleieanstalter. Det var en vesentlig forskjell på disse, da pleieanstaltene ikke hadde som mål å helbrede pasientene som på Lungegaardshospitalet, men heller hadde en rolle som kan beskrives som oppbevaringsinstitusjoner, hvor man kun skulle gjøre pasientenes opphold så smertefritt som mulig, *men ikke* kurere dem. Det vil derfor være nærliggende å sammenligne dem med de eldre leprosariene, hvor pasientene i hovedsak kun var oppbevart for å holdes vekk fra den friske befolkningen.

Et annet argument for at Trondheim ble et naturlig valg for en ny pleiestiftelse er at, Ove Guldberg Høegh, den første «overlegen for den spedalske sykdom» hadde sitt hovedsete i Trondheim etter at han ble utnevnt til stillingen. Godøy forklarer at Høegh hadde ansvar for alt som var i noen grad relatert til den spedalske sykdommen, og at han fra hovedsetet sitt i Trondheim hadde ansvar for «hele kysten fra Jæren til Finnmark».<sup>84</sup> I tillegg hadde Trondheim blant annet allerede en lang historie rundt hospital og pleieanstalter for spedalske, for eksempel ved Trondheims hospital som hadde vært i drift siden 1270-tallet, som blir nevnt i kapittel 3.

Blant annet ser man også at Bergen, som også var et område med høyt antall spedalske også hadde en lang og klar historie som gjorde den egnet som sted for å opprette nye pleiestiftelser. At stedene har vært viktige steder i lang tid er i og for seg selv ikke et argument for at det er her det var mest logisk å plassere pleiestiftelser. Likevel vil man i disse stedene se et høyere antall innbyggere, bedre transportmuligheter og infrastruktur, større forskningsmiljøer og en rikere historie av medisinske pleieanstalter som ville ha kunnet innvirke positivt på avgjørelsen om å opprette en pleiestiftelse i Trondheim.

## **5.2 Reitgjerdet blir pleiestiftelsen for spedalske i nord**

Reitgjerdet sto klart til åpning i 1861, og på dette punktet hadde til sammen 65 477 spedidaler blitt brukt i konstruksjon av bygget som ble til pleiestiftelsen. Det var arkitektene Wilhelm von Hanno og Heinrich Ernst Schirmer som sto bak byggets design

---

<sup>83</sup> Godøy 2014: 113

<sup>84</sup> Ibid.: 122-123

og plantegning.<sup>85</sup> Bygd med en pasientkapasitet beregnet på 250 pasienter. Stiftelsen var den nordligste i Norge, og var utpekt til å motta spedalske fra Nordre- og Søndre Trondhjems Amt, Nordlands Amt, Tromsø Amt og Finnmarkens Amt<sup>86</sup> – et samlet geografisk areal på ca. 154 000 km<sup>2</sup> – det samlede arealet på dagens Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark fylker.<sup>87</sup> For å sette dette i et perspektiv vil jeg påpeke at det totale arealet som i dag er tilhørende Fastlands-Norge består av 323 806 km<sup>2</sup>, noe som betyr at arealet som Reitgjerdet skulle motta pasienter fra tilsvarte en total av 47,6% av hele landets areal – noe som er en ekstremt stor prosentandel.<sup>88</sup> En annen viktig faktor av dette er naturligvis også folketallet, ikke bare arealet. Akkurat som i dag, kan vi tydelig se at landsdelene nord for Trondheim var hjem til en betydelig mindre mengde folk enn andre landsdeler.<sup>89</sup> Det lavere folketallet i Nord-Norge var utvilsomt også en av hovedgrunnene til at Reitgjerdet faktisk betjente en så betydelig geografisk del av landet, men det betyr heller ikke at de store avstandene ikke bydde på utfordringer som var unike på grunn av dem.

Skipsfart vil også ha vært en sentral faktor, da det var slik pasientene i all hovedsak ble fraktet fra hjemstedene og til pleieanstaltene. Ved å plassere pleiestiftelsen i Trondheim var det også de store pleiestiftelsene nærmere hverandre fysisk. Utveksling av kunnskap, forskning, forflytninger av pasienter ville dermed bli enklere enn om plasseringen hadde blitt gjort lenger nord.

## 6.0 Konklusjon

Oppgaven har i sin helhet tatt for seg spedalskhetens historie i verden, deriblant selve sykdomshistorien og institusjonshistorien i Norge, undersøkt hvilke offentlige tiltak som ble innført i bekjempelsen av lepra, hvilke muligheter det fantes i forpleining av 1800-tallets spedalske, analysert statistikk over befolkning og smittetall, samt undersøkt mulige relevante historiske faktorer i valget av Trondheim som by for en pleiestiftelse.

For å kunne konkludere vil jeg først gjenta min originale problemstilling; Hvorfor var det ved midten av 1800-tallet nødvendig å opprette nye pleiestiftelser for spedalske, og hvorfor ble Trondheim valgt som sted for en av disse institusjonene?

Antallet spedalske i riket hadde økt nok til at myndigheten anså at sykdommen utgjorde en genuin trussel mot den øvrige befolkningen, og det var derfor nødvendig at styresmaktene tok politisk grep. Kort sagt gjorde den økende andelen spedalske i landet kombinert med et ønske om å «finne en løsning på spedalskheten» at de totalt fire nye pleiestiftelsene ble opprettet, og Trondheim ble valgt som lokasjon da byens historie og lokasjon gjorde den til et beleilig valg.

Opprettelsen av pleiestiftelsene var kun ett av fire tiltak i kampen mot spedalskheten. Kombinasjonen av sunnhetskommisjonene, Lepraregisteret, Sunnhetsloven av 1860, og opprettelsen av pleiestiftelsene ble avgjørende for nedgangen i antall lepratilfeller mot slutten av 1800-tallet. Allerede i 1873, det samme året Armauer Hansen oppdaget leprabakterien, hadde smitten i riket gått ned til ca. 1 700 registrerte tilfeller fra nesten 3 000 ved innførselen av registeret.<sup>90</sup> Etter hvert som smitten fortsatte å gå ned ble

---

<sup>85</sup> Beck 2020: 13

<sup>86</sup> Ibid.: 13

<sup>87</sup> Statistisk sentralbyrå 2023

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Figur 1

<sup>90</sup> Vollset & Aavitsland 2023



pleiestiftelsene som ble opprettet på 1850- og 60-tallet til slutt overflødige, og flere av dem skiftet formål – Reitgjerdets siste spedalske pasienter flyttet ut av bygget i starten av 1920-årene, både Lungegaardshospitalet og Reknes hadde spedalske pasienter fram til 1895, mens Pleiestiftelsen no. 1 var den stiftelsen som lengst hadde spedalske pasienter – også her gikk antallet pasienter drastisk ned, men i 1955 var det fortsatt syv igjen. Driften her ble stoppet i 1992.<sup>91</sup> Tiltakene som ble innført på midten av 1800-tallet fungerte dermed i stor grad, og la på mange vis grunnlaget for det moderne helsesystemet vi har i Norge den dag i dag.

For å konkludere gjorde kombinasjonen av Trondheim som et allerede etablert geografisk senter med gunstig plassering innad i landet, sammen med at det var en god den smittede med hjemsted enten i Søndre Throndhjem eller i umiddelbar nærhet av amtet gjorde at Trondheim ble et meget logisk og strategisk valg i forhold til plassering av den nye pleiestiftelsen. Lenger nord var det rett og slett ikke et sted som kunne fungere som et knutepunkt i samme grad som det Trondheim hadde potensiale til å gjøre.

---

<sup>91</sup> Bergens byarkiv/Bergen byleksikon, u.å. – *Pleiestiftelsen no. 1*

# Litteraturliste

## Digitale kilder

Bergens byarkiv/Bergen byleksikon. (u.å.). *Lungegaardshospitalet*. Bergen byleksikon. Hentet fra <https://www.bergenbyarkiv.no/bergenbyleksikon/arkiv/1425047> (sist anvendt 03.05.23)

Bergens byarkiv/Bergen byleksikon. (u.å.). *Pleiestiftelsen No. 1*. Bergen byleksikon. Hentet fra <https://www.bergenbyarkiv.no/bergenbyleksikon/arkiv/1423009> (sist anvendt 09.05.23)

Bergens byarkiv/Bergen byleksikon. (u.å.). *St. Jørgens Hospital*. Bergen byleksikon. Hentet fra <https://www.bergenbyarkiv.no/bergenbyleksikon/arkiv/1423009> (sist anvendt 03.05.23)

Den Norske Kirke (u.å.). *Historien*. Den Norske Kirke – Hamar bispedømme. Hentet fra <https://www.kirken.no/nb-NO/bispedommer/Hamar/om-oss/historien/> (sist anvendt 02.05.23).

Digitalarkivet. (2013). Under *Merknader* gjort ved den skannede kilden «Pasienter ved Reknes pleiestiftelse i Molde 1839-1877». Hentet fra <https://www.digitalarkivet.no/source/100010> (sist anvendt 02.05.23).

Evensen, S. A., Gradmann, C. & Larsen, Ø (red.). (2010). Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus. *Tidsskriftet Michael*, 7(4), 382-527.

Irgens, L. M. (2010). The fight against leprosy in Norway in the 19th century. *Tidsskriftet Michael*, 7(3), 307-320.

Kulturminnesøk. (u.å.). *St Olavs hospital psykisk helsevern avd. Brøset, Humanitær institusjon*. Kulturminnesøk/riksantikvaren. Hentet fra <https://www.kulturminnesok.no/kart/?q=&am-county=&lokenk=location&am-lok=&am-lokdating=&am-lokconservation=&am-enk=&am-enkdating=&am-enkconservation=&bm-county=&cp=1&bounds=63.42089864242229,10.45623779296875,63.419249645780006,10.456774234771729&zoom=18&id=117673> (sist anvendt 09.05.23).

Nilsen, L. V. (2021, 10. november). *Norge ledet av i bekjempelsen av en fryktet sykdom*. Nasjonalbiblioteket (nb.no). Hentet fra <https://www.nb.no/historier-fra-samlingen/lepra-artikkel/> (sist anvendt 08.04.23).

Norsk helseinformatikk. (u.å.). *Spedalskhet, lepra*. Norsk helseinformatikk, NHI.no. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/import-og-tropesykdommer/spedalskhet-lepra/> (sist anvendt 08.04.23).

Santacroce, L., Del Prete, R., Charitos, I. A. & Bottalico, L. (2021). Mycobacterium leprae: A historical study on the origins of leprosy and its social stigma. *Le Infezioni in Medicina*, 29(4), 623-632. Hentet fra [10.53854/liim-2904-18](https://doi.org/10.53854/liim-2904-18) (sist anvendt 02.05.23).

St. Olavs Hospital (u.å.). *Brøset*. St. Olavs Hospital: Universitetssykehuset i Trondheim. Hentet fra <https://stolav.no/steder/broset#adresse-til-st-olavs-hospital> (sist anvendt 11.04.23).

Statistisk sentralbyrå (ssb.no). (2023). *Fakta om: Landskap i Norge*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/faktaside/landskap-i-norge> (sist anvendt 16.04.23).

Statistisk sentralbyrå (ssb.no). (u.å.). *Folkemengdens bevegelse 1735-2021*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/histstat/tabeller/3-13.html> (sist anvendt 09.05.23).

Trondhjems Hospital (u.å.). *Trondhjems Hospitals unike historie*. Trondhjems Hospital. Hentet fra [https://hospitalet.no/hospitalet/historie/?\\_gl=1\\*1aa8ic0\\*\\_ga\\*MTUzNzM1OTU3OS4xNjgzNTA0Mzg4\\*\\_up\\*MQ](https://hospitalet.no/hospitalet/historie/?_gl=1*1aa8ic0*_ga*MTUzNzM1OTU3OS4xNjgzNTA0Mzg4*_up*MQ) (sist anvendt 29.04.23).

Vollset, M. & Aavitsland, P. (2023). *Leprabasillen i 150 år*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2023/02/leder/leprabasillen-i-150-ar> (sist anvendt 14.04.23)

Ødegården, M. (2023). *Ting fra medisinsk museum: Leprajubileum og pleiestiftelse for spedalske*. NTNU – Fakultet for medisin og helsevitenskap. Hentet fra <https://www.ntnu.no/blogger/helse/nb/leprajubileum-og-pleiestiftelse-for-spedalske/> (sist anvendt 09.05.23).

## Trykte

Beck, M. H. H. (2020). *Å trakte etter å bli et lik: Forskning ved Reitgjerdet pleiehjem for spedalske, 1861-1921*. [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Breida, J. P. (2011). Reitgjerdet pleiehjem for spedalske – et 150-årsminne, en hjørnestein i norsk helsevesen. I Strinda historielag (red.) *Strinda den gang da - Årbok for Strinda historielag 2011*. Heimdal trykkeri.

Godøy, B. (2014). *Ti tusen skygger: en historie om Norge og de spedalske*. Spartacus forlag.

Irgens, L. M. (1997). Epilog: Forskeren og mennesket. I Patrix, J.-M. (1997). *Gerhard Armauer Hansen: Leprabasillens oppdager*. Eide forlag.

Moseng, O. G., Opsahl, E., Pettersen, G. I. & Sandmo, E. (2007). *Norsk historie I: 750-1537*. (2. utgave). Universitetsforlaget.

Moseng, O. G., Opsahl, E., Pettersen, G. I. & Sandmo, E. (2003). *Norsk historie II: 1538-1814*. Universitetsforlaget.

Myhre, J. E. (2015). *Norsk historie: 1814-1905*. (2. utgave). Det Norske Samlaget.

Overlægen for den spedalske sygdom. (1876). *Tabeller over de spedalske i Norge i aaret 1875. Aarsberetning for samme aar samt oversigt over spedalskhedens gang i 1865-1875 med bemærkninger*. Det steenske bogtrykkeri.

Vollset, M. (2005). *Fra lidelse til trussel: Spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

## Vedlegg

### Figur 1

Stift	Amtets navn	Total befolkning i området (utgangen av 1855)	Smittede i Amtet (registrerte i 1856)	Smittede på Stiftelser
<b>Christiania Stift</b>	Christiania By	31 715	-	-
	Agershuus Amt	96 055	3	-
	Smaalenes Amt	84 416	-	-
	Hedemarkens Amt	101 394	15	-
	Christians Amt	115 149	33	-
	Buskeruds Amt	90 343	-	-
	Jarlsberg og Laurvigs Amt	73 223	-	-
	Nedre Thelemark og Bable Fogderier	51 076	-	-
<b>Christiansands Stift</b>	Øvre Thelemarkens Fogderie	25 470	-	-
	Nedenæs Amt	59 112	1	-
	Lister og Mandals Amt	67 370	6	-
	Stavanger Amt	91 539	225	-
<b>Bergens Stift</b>	Søndre Bergenhuus Amt	104 763	466	53
	Bergens By	24 512	26	24
	Nordre Bergenhuus Amt	81 496	842	84
	Sundmøre Fogderie	33 065	96	26
<b>Thronhjems Stift</b>	Romsdals og Nordmøre Fogderier	57 218	189	30
	Søndre Thronhjems Amt	96 318	174	16
	Nordre Thronhjems Amt	73 571	201	-
<b>Tromsø Stift</b>	Nordlands Amt	77 587	272	1
	Tromsø Amt	38 184	57	1
	Finmarkens Amt	16 471	17	-

**Kilder:** Overlægen for den spedalske sygdom 1876, Folkemængden i Kongeriget Norge den 31st December 1855, publisert av Statistisk sentralbyrå (SSB) s. 51

