

Människosyn och sinnessjukvård

Hospital och hospitalsläkare i Sverige under senare delen av 1800-talet

Ingemar Nilsson

Ingemar Nilsson skildrar en period av stark förändring när det gäller sättet att se på och att ta hand om sinnessjuka. Den innebar en övergång från ren förvaring till aktiva åtgärder för behandling, från uppfattningen att sinnessjukdom var obotlig till diagnos och försök till anpassad terapi. Utvecklingen ses som ett uttryck för rådande värderingar och institutionernas snabba tillväxt som en följd av den samtidiga omvandlingen från agrarsamhälle till urbaniserad industrialism.

Ingemar Nilsson är docent i idé- och lärdoms-historia vid Göteborgs universitet, där han för närvarande innehar en tjänst som forskningsassistent.

Vid 1800-talets mitt reformerades den svenska sinnessjukvården efter mönster från europeiska föregångsland. Reformen innebar en stark centralisering och humanisering av de äldre hospitalen. Många av de små och osunda hospitalen lades ner och nya stora centralhospital uppfördes i deras ställe. Av över fyrtio hospital vid 1700-talets slut återstod 1840 endast nio och under de följande decennierna beviljades medel till uppförandet av nya byggnader i Uppsala (1841), Härnösand (1845 och 1862), Växjö (1857), Vadstena (1861), Stockholm (1861) och Göteborg (1872) (Åman 1976, s 184).

Den omfattande institutionaliseringen av de sinnessjuka på 1800-talet motiverades av att vården ansågs vara en offentlig uppgift. Det var staten som hade huvudansvaret för att fattiga och sjuka fick en

människovärdig behandling. För att övertyga myndigheterna om detta menade reformivrarna också att en utbyggnad av vården var en god investering, då den nya sjukdomsuppfattningen innebar att sinnessjukdomarna gick att bota och de sjuka därför kunde återföras till samhället för att försörja sig själva.

Hospitalens funktion vid 1800-talets början

Förhållandena vid de svenska hospitalen var vid 1800-talets början skrämmande. De äldre hospitalen var utlöpare av medeltida barmhärtighetsinrättningar, de var försörjningsinstitutioner som drevs efter till lika delar barmhärtighetens och de snåla ekonomiska resursernas krav. Hospitalens verksamhet leddes av en syssloman, som skötte räkenskaperna och hospitalens jordegendom men också bedömde sjukdomstillstånd. Han hade oftast en lägre juridisk examen och militära eller administrativa meriter. Först från 1820-talet började särskilda läkare knytas till hospitalen med motiveringen, att det bland de sinnessjuka fanns ett stort antal som också led av fysiska sjukdomar och att många sinnessjukdomar orsakades av fysiska sjukdomar. Men fortfarande var sysslomannen ansvarig för vården. Motivering-

Reformivrarna menade också att en utbyggnad av vården innebär en god investering. Sinnessjukdomarna gick att bota och de sjuka kunde återföras till samhället för att försörja sig själva.

.....
Hospitalens funktion var då som tidigare att skydda samhället från störande eller farliga individer.
.....

en för detta förhållande hade givits av Olof af Acrel, generaldirektör för lasaretten och kurhusen, redan 1796: Hospitalen är helt och hållet ekonomiska verk. Collegium Medicums tillsyn är meningslös där all medicinsk verksamhet upphört.

Hospitalen var inte avsedda för botandet av sjuka. Någon behandling förekom inte, det är i alla fall ingenting generaldirektören för hospitalen frågar efter vid sina inspektioner. De allra flesta patienterna betecknades som obotliga. En lugn och för sig själv ofarlig patient skrevs som regel ut efter någon tid, utan att för övrigt ha visat något tecken på tillfrisknande. Hospitalens funktion var då som tidigare att skydda samhället från störande eller farliga individer. Skyddsaspekten var ännu aktuell, då riksdagen på 1850-talet diskuterade utformningen av en ny stadga. En motion jämförde de sinnessjuka med "brottslingar, hvilka kränka och våldföra samhällsordningen", varför staten måste "taga dessa fridsstörare om hand och göra dem oskadliga" (Bergström 1972, s 22). Principen var att hospitalen borde ta hand om, dels botliga – vilket var nytt – och dels obotliga som är farliga för sig själva eller samhället.

Hospitalen lydde under K. Serafimer-Ordens-Gillet, ett collegium som saknade medicinsk expertis. Serafimerordens överinseende över sjukvård och fattigvård kunde motiveras med dess på medeltida tradition grundade statuter. K. Sundhetskollegiet, landets medicinska ämbetsverk, hade däremot ett mycket begränsat inflytande över sinnessjukvården. Först 1877 övertog detta (1878: K. Medicinalstyrelsen) ledningen av hospitalen, varigenom vården av sinnessjuka definitivt hade erkänts som en medicinsk och inte enbart humanitär angelägenhet (Björck 1963, s 244 f, Underdånigt betänkande 1871, s 5f). Då 1851 krav restes på att hospitalen skulle få en medicinsk administrering svarade Serafimer-Ordens-Gillet, att inget behov av läkare fanns på hospitalen, då dessa inte betjänade patienter med fysis-

ka sjukdomar, utan sådana som inte kunde ta vård om sig själva. Det var ju också billigast att låta de adliga ämbetsmännen öva kontrollen, då de ingen lön begärde utan ansåg det som sin "ridderliga pligt" att åt "den lidande menskligheten räcka en öm och vårdande hand" (Underdånigt betänkande 1851, s 72 f).

Ny syn på sinnessjukvården

Ett genombrott för den nya synen på sinnessjukdomarna kom med 1858 års sinnessjukvårdsstadga, även om denna på många punkter kom att stanna vid en skrivbordsprodukt. Här fastslås att läkaren och inte sysslomannen var ansvarig för verksamheten vid hospitalet. Läkaren underordnades en direktion, som var formellt beslutande, bestående av landshövding, biskop och fyra medlemmar oftast betrodda män i staden såsom grosshandlare, polismästare eller andra ämbetsmän (Stadga 1858). På många hospital uppstod i början svåra slitningar mellan unga läkare och sysslomän som sökte hävda sin auktoritet trots den nya stadgan.

Efter 1858 hade läkare skyldighet att föra journal över patienterna på hospitalet. Diagnosen skulle anges efter ett klassifikationssystem utarbetat av Gustaf Kjellberg, överläkare vid Uppsala hospital, efter mönster från psykiatriker som Esquirol, Bailarger och Griesinger. Schemat omfattade åtta olika sjukdomsformer från mani och melankoli till paralyse générale och epilepsi (Kjellberg 1862). För varje intagen skulle också en och endast en orsak till insjuknandet anges. Tillsammans med en rad uppgifter om ålder, kön, yrke m m sändes detta så in med hospitalets årsberättelse till Öfverstyrelsen för hospitalen för att införas i Bidrag till Sveriges officiella statistik alltifrån 1861. Hospitalsstadgan 1858 var årsbarn med Statistiska centralbyrån och vid samma tid hölls i Tyskland de stora statistik-

.....
Diagnosen skulle anges efter ett klassifikationssystem där schemat omfattade åtta olika sjukdomsformer från mani och melankoli till paralyse générale och epilepsi.
.....

.....
Föreställningen var allmänt omfattad att den kvalitativa förståelsen av sinnessjukdomarna redan var fulländad och inte kunde göras bättre.
.....

kongresserna. Präglade av sin tid ägnade sig svenska hospitalsläkare under 1800-talets senare del åt en slags tabellvetenskap. Framdragandet av statistiskt material var nära nog den enda undersökande vetenskapliga verksamhet de bedrev. Föreställningen var allmänt omfattad att den kvalitativa förståelsen av sinnessjukdomarna redan var fulländad och inte kunde göras bättre. Följden blev en psykiaterkår som var ointresserad av det enskilda fallet och den klinisk-psykologiska beskrivningen av den sjuke.

Sjukdomsbegreppet

Till detta kommer läkarnas utpräglat somatiska sjukdomsuppfattning. Den äldre generationen psykiater, som skolades genom utländska studieresor, hade stor tilltro till moralisk behandling och en psykologisk förståelse av sinnessjuka. För de senare hospitalsläkarna på 1860-talet var psykiatri en vetenskap, en medicinsk specialitet, och de sinnessjuka skulle behandlas på i princip samma sätt som patienter på lasaretten. Under inflytande av Griesinger och den tyska somatiska skolan förklarade exempelvis Gustaf Kjellberg i Uppsala att "sinnessjukdomarne äro således egentligen hjernsjukdomar", men att man innan vetenskapen slutligen lyckats reducera dem till hjärnanatomiska förändringar måste använda sig av psykiska symtom vid diagnosen (Kjellberg 1863, s 6f).

Allt mer medicinering användes på hospitalen. Järn och kinin gavs som stärkande medel, och vid manier rekommenderades kamfer eller bromkalium, vid melankoli olika opiumderivater eller en kvicksilverkur, det senare dock utan någon märkbar, positiv effekt. Som en följd av medicineringen tvingades man ibland behandla fall av bly- och kvicksilverförgiftningar. Olika typer av bad användes flitigt för maniska och melankoliska patienter: varma och prolongerade för melankoli, iskalla duschar för mani. Helt slentrianmässigt behand-

lades också många patienter utifrån den gamla humoralpatologiska sjukdomsuppfattningen med avföringsmedel, kräkmedel och åderlåtning ännu på 1870-talet. (För dessa och följande uppgifter bygger jag på egna källstudier rörande Göteborgs hospital, samt Gülich, Kiskirdis och Westerdahl 1972).

Till psykiatrins tabellvetenskap hörde som nämnts uppgiften att ange en sjukdomsorsak, antingen en fysisk eller en psykisk. Till de fysiska orsakerna hörde organiska sjukdomar (febrar, hjärninflammationer, venerisk sjukdom, menstruationsrubbingar, havandeskap etc.), yttre orsaker (främst skador på huvudet) och ärftliga orsaker. De psykiska indelades i moraliska (religionsgrubbel, kärleksgrubbel, husliga bekymmer, sårad egenkärlek, olyckor och motgångar, pauperism etc.), intellektuella orsaker (överanstängning) och sensuella orsaker (onani eller alkoholmissbruk). De moraliska orsakerna var de vanligaste enligt läkarna vid 1800-talets början och de dominerade ännu in på 1860-talet. Men under de följande decennierna angavs i ökad utsträckning ärftliga orsaker till sinnessjukdomar: 18% 1861 mot 41% 1880 av de fall där orsak kunde anges. Den somatiska grundsynen förstärktes. (Bidrag 1861 ff).

Återanpassning och sysselsättning av de sinnessjuka

Inom "moral-insanity"-skolan eller bland de tyska sk psykikerna vid 1800-talets början fanns en stark övertygelse om att den sinnessjuke kunde återanpassas till samhället genom att på anstalten lära sig självkontroll och arbetsdisciplin. Sinnessjukdomen liksom fattigdomen hade moraliska orsaker. Det är samma synsätt som utformades inom franska och tyska arbetsanstalter eller tukthus. Den sinnessjuke kunde botas, menade man, och det skulle ske genom omvårdnad och vänligt bemötande. Patienterna skulle sysselsättas i arbete, ges närande mat och

.....
Vid 1800-talets början fanns en stark övertygelse om att den sinnessjuke kunde återanpassas till samhället genom att på anstalten lära sig självkontroll och arbetsdisciplin.
.....

lämplig förströelse, samt förmanas till ett ordentligt uppträdande. I Sverige företrädde dessa idéer av pionjärer som Sondén, Huss och Ekströmer, även om optimismen väl oftast var betingad av taktiska skäl, då reformkrav restes (Sondén 1853, s 42 ff. Jfr. Carlson & Dain 1960, Ericsson 1974, s 32 ff). Arbetsterapin skulle rusta den sjuke för livet utanför anstalten, stärka karaktären och hindra tendenser till lättja och ohälsosamma tankar. Arbetets betydelse för människans hälsa insågs lika fullt av det tidiga 1800-talets läkare som av dagens ledande terapeutiska ideologer, fastän motiveringen idag inte längre ges i moraliserande termer (Ericsson 1974, s 96 ff).

De senare hospitalsläkarna efter 1860 betonade också vikten av att "sysselsätta" de sinnessjuka på hospitalen. Ofta användes patienter i hospitalets jordbruk eller trädgård. Här och var fanns det möjlighet till hantverksarbete i skrädderi eller skomakeri, ja, Vadstena hospital drev också en tid en egen smedja. Det hände att man uppsköt utskrivningen av en patient på grund av hans speciella duglighet med hammare eller spade. På detta sätt blev hospitalen delvis självförsörjande enheter, föreståndarna sökte genom effektiv användning av arbetskraften driva anläggningen så rationellt och inkomstbringande som möjligt. Fortfarande betecknades arbetet som "sysselsättningsterapi", men man trodde mot 1800-talets slut inte längre att arbetet i sig hade en botande verkan. Främst fyllde terapin en ekonomisk funktion för anstalten och underlättade kontrollen av de sjuka. I journaler beklagades ibland att vissa patienter inte kunde "användas i arbetet". Hospitalens årsrapporter redovisade antalet gjorda dagsverken. Ju fler dagsverken desto bättre, menade dr Hjertstedt i Vadstena: "Utom det att Hospitalen härigenom tillskyndats ej ringa behållning har man äfven sparat sig olägenheten af främmande folks beröring onödigtvis med Patienterne, en sak som så väl i medicinskt som moraliskt hänseende är af stor vikt" (Hjertstedt 1846).

Arbetslust och disciplin utgjorde det främsta kriteriet på att en patient var botad och kunde utskrivas.

Men bestraffning förekom. Trotsiga eller arbetsovilliga patienter kunde få nedsatt matportion eller ordineras iskalla duschar.

Pessimism inför sinnessjukdomarnas botlighet

Arbetsmoralen var sträng, men det var den ju också i den sociala verklighet till vilken patienten skulle återvända. Arbetslust och disciplin utgjorde det främsta kriteriet på att en patient var botad och kunde utskrivas. Arbetet hade förvandlats från ett terapeutiskt instrument hos de tidiga psykiatrikerna till ett diagnostiskt hos de somatiskt inriktade efterföljarna.

Denna förändring sammanhängde med en tilltagande pessimism rörande sinnessjukdomarnas botlighet. Den stora institutionaliseringsvågen i Sverige och argumenterandet för ändamålsenliga anstalter för de sjuka motiverades främst med idén om att nästan alla sinnessjukdomar gick att bota, om de bara kom under behandling under ett tidigt skede. Hospitalen var vid 1800-talets mitt avsedda främst för de botliga och ofta angavs rätt höga siffror för andelen botade patienter. Men under senare delen av 1800-talet klassificerades allt fler som obotliga, de som tillfrisknade antogs ha gjort det genom medicinering och bättre bespisning.

"Non-restraint"-ideologin hade införts i Sverige på 1840-talet och i fortsättningen användes tvångsmedel med stor försiktighet. Men bestraffning förekom. Trotsiga eller arbetsovilliga patienter kunde få nedsatt matportion eller ordineras iskalla duschar. Att utdela kallvattendusch betecknades oftast inte som straff utan som "moralisk kur" (Wickström 1883, s 24 ff), men den upplyste Sondén hade redan på 1850-talet fördömt detta som ett farligt kvacksalveri, "ett inbillat universalmedel för stockblinda eller ensidiga fanatici och käringar af båda könen." Sondén 1857, s 193 f)

Förutom syssloman och läkare fanns en tredje makt på hospitalet, predikanten. Sedan äldsta tider har kyrkans inflytande på sjukhusinrättningar och hospitalen i synnerhet varit stor. Hospitalen bildade egna församlingar och hade egna predikanter. Des-

sa fyllde en viktig fostrande funktion, men kunde ibland av religiöst nit trampa läkaren på tårna. Enligt stadgan skulle predikanten vaka över sedligheten och gudsfruktan hos patienterna. De intagna skulle regelbundet delta i gudstjänst och andaktsmöten, hade de inte fullgjorda kunskaper så lästes i Luthers lilla katekes och i den bibliska historien.

Borgerliga normer styrde behandlingsideologin

1800-talets hospital utgjorde en tydlig avbildning av det svenska klassamhället. Det fanns olika patientkategorier som gavs särbehandling. Tre olika betalningsklasser förekom från de fattiga och obemädlade och till den bildade klassen, som betalade vårdavgiften själv och erhöll bättre kost och större bekvämligheter. Det förefaller som medelklassen var överrepresenterad bland patienterna.

Den behandlingsideologi som präglade de svenska hospitalen utgick ifrån borgerlighetens normer och värderingar. Den överensstämde med läkarens egen ideologi. En rätt enhetlig bild kan frammanas av en hospitalsläkare vid 1800-talets slut: Han uppträdde som de sjukas vän och välgörare, verkade på myndigheter och politiker för att få till stånd reformer i humanitär anda, arbetade administrativt med sjukhusbygge, hämtade idéer genom studieresor till utländska hospital, sökte utforma yrkesorganisationer och stärka medvetandet om att psykiatrin utgör en självständig och viktig del av medicinen (se t ex Harding 1975). Men hans främsta identitet var såsom anstaltschef, han härskade ofta med auktoritära medel som en medeltida feodalherre över både patienter och personal. Den sociala hierarkin inom personalkategorin var mycket sträng och hospitalet utgjorde genom sitt isolerade läge och stränga kontroll en utåt sluten enhet.

Sjukdomsuppfattningen och människosynen byggde på en balansmodell av samma typ som inom den hippokratiska medicinen: Hälsoillstånd består i harmoni och jämvikt i kroppens organ liksom i själen. Rubbas denna balans uppstår sjukdom, och balansen måste återställas. En tungsint och trög måste livas genom sysselsättning och uppiggande medel, en upprymd och rasande måste tröttnas ut och dämpas ned genom hårt kroppsarbete eller sövande medel. Mörker är lämpligt för maniker, ljus

Den friska människan är ödmjuk och nöjd med sin anspråkslösa lott, om hon inte tillhör den "bildade klassen" för vilken särskilda normer gäller.

och öppen luft för melankoliker. Varma och behagliga bad ordineras för melankolikerna, de "vansinniga" lugnas med iskalla bad.

Anpassning som förhärskande samhällsideal

Måttlighet och anpassning var moraliska honnörsord som svarade mot patologins balasteori: "Den vars vilja är hämmad, exciteras, den vars vilja överstiger tillbörlighetens gräns, inskränkes, kalmeras, tvingas vare sig med psykiska eller fysiska medel" (Sondén 1847, s 309 ff). I sjukjournalernas beskrivning av de mänskliga avvikelserna går det att urskilja den offentliga vårdens människoideal. En patient får beröm, om hon nöjer sig med de enkla och fattiga förhållanden hon placerats in i, om hon varit enfaldig och arbetssam och inte sökt gå utöver de gränser som utstakats för hennes samhällsklass. Den friska människan är ödmjuk och nöjd med sin anspråkslösa lott, om hon inte tillhör den "bildade klassen" för vilken särskilda normer gäller. Måttligheten anbefalldes inte minst i religionen. Religiöst svärmeri ansågs som en viktig orsak till sinnessjukdom, liksom "felaktiga begrepp i religionen" eller undermålig katekesundervisning. Sinnessjukdomen betraktades som resultatet av ett beteende, som inte följt de gängse, naturenliga och universella sociala normerna. De normer som uppehölls av hospitalen verkade som ett stöd för den bestående borgerliga ordningen.

Människosynen verkade som en korrektion som skyddade den rådande samhällsordningen. Det är därför naturligt att statens utbyggnad av anstalter sammanföll med den period, då industrialisering, urbanisering och strukturomvandling kom att utmärka det svenska samhället. Genom det nya produktions sättet kunde de utslagna inte längre i samma utsträckning som tidigare vårdas i hemmen inom familjens ram. Landsbygden genomgick vid 1800-talets mitt en kris, då jordbruket inte längre kunde

omfatta den ökande befolkningen. Hospitalen spelade då en viss roll som stabilisator i samhällsutvecklingen.

LITTERATUR

Otryckt material

Bergström, C. (1972) Riksdagsdebatterna och sinnessjukvården under 1850- och 1860-talen. (Uppsats för proseminariet i Idé- och lärdomshistoria vid Göteborgs universitet. Stencil 1972).

Gulich, S., Kiskirdis, M.-L. & Westerdahl, I. (1972), Sinnessjukvården vid Göteborgs hospital 1872–1878. (Uppsats för proseminariet i Idé- och lärdomshistoria vid Göteborgs universitet. Stencil 1972).

Hjertstedt, L. M. (1846), Rapport till hospitalsdirektionen 11/8 1846 i Wadstena, i 1855 års hospitalskommittés arkiv, Medicinalstyrelsens arkiv nr 26, Riksarkivet, Stockholm.

Hospitaldirektionens i Göteborg protokoll 1858–78, Göteborgs landsarkiv

Journaler förda vid Göteborgs hospital åren 1872–78, S:t Jörgens Sjukhus arkiv, Göteborg

Tryckta arbeten

Bidrag (1861 ff) Bidrag till Sveriges officiella statistik. K) Helso- och sjukvården. II. 1861 ff

Björck, P. (1963) Mentalsjukvården, i Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962 Red. W. Kock. Stockholm 1963.

Carlson, E. T. & Dain, N. (1960) The psychotherapy that was moral treatment. American journal of psychiatry, 67, 1960.

Ericsson, K. (1974) Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utveckling – et sosialpolitisk eksempel. Oslo 1974.

Harding, G. (1975) Tidig svensk psykiatri. De tre första

psykiatriprofessorerna i Stockholm 1861–1902 – Öhrström, Björnström, Hjertström – och bakgrunden för deras verksamhet. Stockholm 1975.

Kjellberg, N. G. (1862) Diagnostisk öfversigt öfver de sinnessjukdomsformer, hvilka å tabellerna till årsberättelsen blifvit uppförda, i Bidrag till Sveriges officiella statistik K) Helso- och sjukvården. II. Stockholm 1862.

Kjellberg, N. G. (1863) Om sinnessjukdomarnes stadier. Utkast till en psykiatrisk diagnostik. Akad. afh. Stockholm 1863.

Sondén, C. U. (1847) Redogörelse för i enskilt praktik behandlade sinnessjuka, Hygiea, 8, 1847.

Sondén, C. U. (1853) Om Danviks dårhus. Stockholm 1853.

Sondén, C. U. (1857) Kallvattenkur och vansinne, Hygiea, 18, 1857.

Stadga (1857) Kongl. Maj:ts nådiga Stadga angående Sinnessjukes behandling och vård. Gifven Stockholms slott den 5 mars 1858, i Svensk Författnings-Samling för 1858, No 50.

Underdånigt betänkande (1871) Underdånigt betänkande angående hospitalväsendets förändrade organisation, afgifvet den 31 december 1870 af dertill i nåder förordnade komiterade. Stockholm 1871.

Underdånigt betänkande (1851) Underdånigt betänkande om erforderlige förbättringar uti Hospitals-väsendet i Riket. Afgivet af den för ändamålet i nåder förordnade komité, jemte Kongl. Serafimer-Ordens-Gilletts och Kongl. Öfver-Intendents-Embetets i anledning deraf afgifna underdåniga utlåtanden samt komiterades af dessa utlåtanden föranledda underdåniga yttrande. Stockholm 1851.

Wickström, J. K. (1883) Vetenskapliga observationer, i Bidrag till Sveriges officiella statistik. K) Helso- och sjukvården. II. Öfverstyrelsens öfver hospitalens underdåniga berättelse för år 1883. Stockholm 1883.

Åman, A. (1976) Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitektur-historisk undersökning. Uddevalla 1976.