

Framveksten av psykiske helsetjenester i Nord med et blick på sykepleiens utvikling og bidrag

Åshild Fause

Åshild Fause, Førsteamanuensis i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

Sammendrag

Essayet handler om framveksten av psykiske helsetjenester i Troms og Finnmark fra 1848 til 2010 med et blick på sykepleiens bidrag til utvikling av feltet. Til grunn for studien ligger både klausulert kildemateriale, statistikk, fagartikler og forskning. Framstillinga er periodisert ut fra en analyse av sentrale trekk og kjennetegn ved den daglige ivaretakelsen av mennesker med psykiske lidelser og det kunnskapsgrunnlaget virksomheten kvilte på. Fokus er retta mot utvikling og endring i Troms og Finnmark, men også nasjonale og internasjonale forhold tas med i framstillinga. Offentlig forpleining utenfor asyl (privatpleie) dominerte feltet fram til Åsgård Sykehus i Tromsø åpna i 1961. Sjøl om feltet har gjennomgått store endringer, kan en gjenfinne trekk fra tidligere forpleiningsformer i dagens virksomhet.

Vitenskapelig essay:

Referee *

Nøkkelord

Sinnssykepleie, psykiatrihistorie, sinnssykeomsorg, psykiatrisk sykepleie, psykisk helsefag, fagutvikling, husholdets praksis

Introduksjon

Med Lov om Behandling og Forpleining av Sinnssyke av 1848 (Sinnssykeloven) så feltet sinnssykepleie dagens lys. I dag kalles feltet *psykisk helsearbeid* og *psykisk helsevern*. Med Sinnssykeloven ble sinnslidelser en sykdom der de som kunne ha nytte av behandling, skulle behandles i egne institusjoner; i *asyl*, leda av en lege. Øvrige sinnslidende, som oppfylte kriteriene som *offentlig forpleid sinnssyk*, men som ikke kunne helbredes, skulle tas hånd om i offentlig forpleining utenfor asyl; i *privatpleien*. Loven påla staten å bygge og drive asyl, mens amtet (fylket) skulle dekke kostnadene til forpleining i både asyl og privatpleie. Fra 1891 ble utgiftene delt mellom stat, amt og kommune og staten oppretta ei legestilling

(amtsleger) i hvert amt med et overordna ansvar for sinnssykepleien. To grupper var imidlertid ikke omfatta av loven. Formuende sinnslidende måtte dekke kostnadene sjøl og de som ikke oppfylte kriteriene for å bli forpleid av det offentlige, ble tatt hånd om av det lokale fattigstellet. Disse to gruppene utgjorde et sted mellom 5-8 % av alle sinnslidende (Sinnssykeasylenes statistikk 1891-1950).

Psykiatrisk sykepleies historiografi

Tre kjennetegn ved psykiatrihistoriske studier i Norge så vel som i Norden og Vest Europa har hatt betydning for mine valg av perspektiv og forskningsfokus. Det er for det første at psykiatriens historie i all hovedsak er prega av en nærmest ukritisk framskrittsoptimisme der alt er blitt så mye bedre jo nærmere vi kommer vår egen tid og der dilemmaer og avveininger i virksomheten i liten grad har blitt vektlagt (Skålevåg 1999, Møllerhøj 2006:14-17).

Det andre kjennetegnet er at forskninga i stor grad har hatt fokus på det psykiatriske sykehuset til tross for at et flertall av offentlig forpleide sinnssyke ble tatt hånd om utenfor asylene fram til 1950-tallet i Nord-Norge og til 1930-tallet på landsbasis (Fause 2007:74, Sinnssykehusenes virksomhet 1891-1950). Sjøl om det finnes studier som viser omfanget og betydninga av privatpleien i Norge (Ericsson 1974, Bøe 1993, Bauer 1995 og Lia 2003), blir røttene til dagens profesjonelle utøvere i feltet sagt å finnes i asylene. Psykiateren Helge Waal beskrev på 1970-tallet utviklinga fra 1800-tallets vokter til 1980-tallets miljøterapeut som nærmest lineær og delte virksomheten inn i fem perioder fra en vokter-, pleier-, sykepleier-, spesialsykepleier- fram til en framtidig miljøterapeutperiode (Waal 1977:1019-1021). I hans framstilling nevnes ikke privatpleien og ingen har seinere forsøkt å gi en oversikt og analyse av pleie-/miljøpersonalets utvikling og endring. En tar for gitt at grunnlaget ble lagt i asylene.

Det tredje kjennetegnet er at fokus i all hovedsak har vært retta mot psykiatri som vitenskap og terapi med et tilsvarende mindre fokus på dagliglivet i institusjonene, enten det gjaldt pasientene eller de ansatte. Hvilke plager og problemer de sinnslidende hadde og hvordan de levde i samspill med andre er i liten grad blitt løfta fram i forskninga. De som til enhver tid har hatt ansvaret for den daglige ivaretagelsen av sinnslidende, har måttet forholde seg til deres plager, problemer og ikke minst noen ganger også utfordrende væremåte og atferd. Slik er det også i dag. For dagens utøvere vil kjennskap til tradisjon og historie kunne gi et vesentlig bidrag til virksomhetens kunnskapsgrunnlag.

I dette essayet løfter jeg fram noen trekk og kjennetegn ved den daglige ivaretagelsen av mennesker med psykiske lidelser i Nord-Norge. Virksomheten er periodisert i fire faser ut fra en analyse av samspillet mellom forpleining i og utenfor det psykiatriske sykehuset og det kunnskapsgrunnlaget virksomheten kvilte på. Når framstillinga er avgrensa til utviklinga etter 1848, betyr det ikke at det som skjedde tidligere er uinteressant, men sees som et bakteppe for å forstå utvikling og endring.

Kilder

Av åpne kilder har årlige forhandlingsprotokoller for amt/fylker for perioden 1890 til ca 1950 vært sentrale. Hvert år behandla fylkestingene en sak om offentlig forpleide sinnssyke; kalt *Sinnssykeberetninger*. Her stod alle offentlig forpleide i fylket oppført med navn og bostedskommune, hvorvidt de var i privatpleie eller i asyl, navn på forpleier og hvilke

økonomiske utlegg dette påførte amtet/fylket. Sinnssykeberetningene var utarbeida på bakgrunn av distriktslegenes meldinger.

Av klausulert kildemateriale har to kilder skrevet av distriktsleger vært viktige. Det er for det første de årlige *Medisinalinnberetninger* om forhold av betydning for sykdom og helsetilstand i legenes distrikt. Dernest gir *Sinnssykejournaler* med nedtegnelser av den sinnslidendes tilstand og forpleining, god innsikt forholdene til offentlig forpleide i fylkene.

Enkelte journaler strekker seg over et tidsrom på flere tiår og gjør det mulig å følge personen like lenge. Kildene er klausulerte, men Riksarkivaren har gitt tillatelse til bruk av begge. I tillegg har statistikk over "Sinnssykehusenes virksomhet" (1855-1950), fagartikler, lærebøker, lokalhistoriske årbøker og forskning i feltet psykiatri, psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid gitt vesentlige bidrag. Framstillinga har hovedfokus på Nord-Norge, men blir kontekstualisert i lys av også skandinaviske og nasjonale forhold. I fortolkninga av kildene må egne fordommer og forestillinger løftes fram og tematiseres. Her vil jeg spesielt nevne min bakgrunn som sykepleier og seinere lærer for studenter i psykisk helsevern i bachelorutdanninga i sykepleie.

Perioden 1848-1900: Husholdets praksis

I offentlig forpleining utenfor asyl eller privatpleien, fikk en forpleier betaling for å forsørge den sinnslidende. Den sinnslidende bodde sammen med forpleieren og dennes familie, fikk mat, klær, ble satt i arbeid, ble passa på og vokta over når det trengtes. Privatpleien antok ulike former rundt i landet fra midten av 1800-tallet. En av de første forpleiningene en kjenner til i Norge var lensmann Oxsaas forpleining i Lyngen fra 1849 (Dahl 1862:48). Lensmannen ble omtalt som en velrenommert forpleier og hadde rundt 8-10 stykker i forpleining til enhver tid fram til ca 1870. Forpleining med opp til 20 sinnslidende på ett sted, omtalt som kolonier, ble i liten grad videreført i Nord-Norge, Nord-Vestlandet og Trøndelag. Her var det i all hovedsak 1 og noen ganger 2 sinnslidende pr forpleier, mens det på Østlandsområdet var vanlig med koloniforpleining (Bøe 1993, Bauer 1995 og Lia 2003). Her er et eksempel:

En mann fra Sør-Troms ble tilkjent offentlig forpleining som sinnssyk rundt 1920¹. Mannen var da i begynnelsen av 20-årene. Distriktslegen skrev følgende i sinnssykejournalen:

Ingen sindsygdom i familien. Ustadig og arbeidssky de siste 2 aar. Egen og forskruet i sine meninger og ofte i konflikt med familien. Søvnløs og urolig fra midten av november. Engstelig for at folk vil drepe han. Sky og redd for alle mennesker han ser. Rømte to ganger hjemmefra av angst for at noen skulle drepe han. Laaste seg inde, hoppet ut av vindu. Fikk tak i et gevær og kniv for aa forsvare sig. Vilde ikke spise av frygt for aa faa gift i maten. Opfarende og voldsom mot sine foreldre og søsken naar de forsøkte aa tale han til rette. Tilraas asylforpleining.

¹Fause 2007:

Mannen fikk ikke plass i asylet og ble i stedet plassert i privatpleie i en kommune i Nord-Troms. Da distriktslegen kom på det årlige tilsynsbesøk året etter, skrev han: ”*Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa*”. Mannen var i forpleiningen fram til evakueringa av befolkninga høsten 1944.

Privatpleie

Privatpleien i Nord-Norge hadde en allsidig kunnskapsutøvelse, basert på hverdagskunnskap og erfaringer på den ene sida, samt forståelse for formelle regler og medisinsk-faglige anvisninger på den andre (Fause 2007:152, 185). Virksomheten var todelt; en husholdets kategori og en medisinsk-administrativ kategori. Husholdets kategori var knytta til å forsørge den sinnslidende og å håndtere de situasjonene som oppstod i det daglige. Det var vel kjent at det å leve sammen med sinnslidende, kunne være meget krevende. Den medisinsk administrative kategori omhandla distriktslegens og fattigstyrets ansvar. Legen skulle for det første vurdere hvorvidt en person oppfylte kriteriene for å bli tilkjent bidrag som *offentlig forpleid sinnssyk* og deretter om tilrå forpleining i asyl eller privatpleie. Fattigstyrets oppgave var å finne en kvalifisert forpleier. Legen skulle videre utføre årlig tilsyn og kontroll med forpleininga og sende årlige innberetninger til fylkeslege og sentrale myndigheter. Slik ble privatpleien underlagt streng statlig kontroll (Fause 2007:196). I privatpleien ”levde de sinnslidende med” de øvrige i husholdet og ble i større og mindre grad integrert i samvær og dagligliv i husholdet. De sinnssyke måtte ofte passes på og holdes et øye med, og noen ganger voktes over eller bindes fast, men forpleininga var integrert i de øvrige gjøremålene og det var alltid mye arbeid som skulle utføres. Vatn skulle bæres, ved skulle hugges og stables, klær skulle sys, dyr passes osv. De sinnslidende deltok i arbeidet etter evne. Forpleieren fikk ingen opplæring, men kontrakten som ble inngått mellom forpleier og amtet stilte krav til forpleininga. Det viktigste kravet til forpleierne i Troms og Finnmark var at de selv ikke trengte fattigunderstøttelse (Fause 2007:166).

Historiker Astrid Andresen hevder at husholdet var den viktigste av alle samfunnsinstitusjoner på slutten av 1800-tallet (Andresen 1994:351). Husholdet var både en økonomisk og sosial enhet og et familiesystem. Det var familiens bolig, men også en arbeidsplass hvor det ble produsert mat og klær og utført omsorgsoppgaver som stell og pass av barn, sjuke og eldre og stell av dyr. Gamle og syke som ikke kunne ta vare på seg sjøl og som ikke hadde familie, ble tatt hånd om i husholdet med understøttelse av det offentlige. Dette var ei ordning med lange tradisjoner i Nord-Norge (Elstad og Hamran 2006:128).

Privatpleien var avhengig av at det fantes institusjoner i nærheten som kunne gi døgkontinuerlig tilsyn og ivaretagelse i akutte og kritiske situasjoner. Rolige sinnslidende, som ikke voldte problemer for sine omgivelser, ble værende i samme forpleining i årevis. Andre, som i perioder trengte mer tilsyn og overvåking enn det forpleieren klarte med, skiftet forpleier eller ble innlagt i de institusjonene som var tilgjengelige. Det var langt til asylene sørpå og stor mangel på asylplasser. Sykehus, andre helseinstitusjoner, arrestlokaler og fengsel var derfor innretta på å ta imot sinnslidende om nødvendig og fungerte som kriseløsninger. Uten disse institusjonene i ”bakhand” ville privatpleien neppe blitt den viktigste forpleiningsformen i Troms og Finnmark (Fause 2007:292).

Asylforpleining

I 1855 åpna Norges første asyl, Gaustad statsasyl og fram til århundreskiftet bygde staten tre asyl; Rotvoll i Trondheim i 1872, Eg i Kristiansand i 1888 og Rønvik i Bodø i 1902. Sinnslidende fra Nord-Norge ble sendt til et av disse for å få asylbehandling. I 1855 var det overordnede målet med behandlinga å bedre forholdene for sinnslidende. Asylforpleining skulle gi sinnslidende beskyttelse og samtidig være et fristed. Slik datidas sinnssykeleger uttrykte det, representerte asylet både et spørsmål om moral, medfølelse og humanitet, men også framskritt og nasjonal modernitet (Sandmo 2005:57). Innleggelsen hadde en todelt funksjon. Det var først og fremst ei «moralisk *behandling* ², men skulle også hindre vedkommende å skade seg selv eller andre. Livsrytmene var kommet i ulage og målet med behandlinga var å gi den sinnslidende opplæring i felles leveregler (Sandmo 2005:26). Et rolig og regelmessig liv, med orden og renslighet der pasienten kunne lære andre vaner som satte han i vekselvirkning med sine omgivelser var helt grunnleggende. Arbeid ble sagt å ha en helbredende virkning (Evensen 1905:955). Fordi asylene skulle være økonomisk sjølforsynt var pasientenes arbeidsinnsats nødvendige. Samtidig var tiltak til pasientenes adspredelse og underholdning viktige. Behandlinga omfatta derfor en fast døgnrytme, hardt arbeid og ulike fritidssystemer som alle skulle hjelpe de sinnslidende til i minst mulig grad være opptatt av sykelige tanker. I følge sykepleier og filosof Kari Martinsen (2001:181) var ikke den sterke vektlegginga av orden, kontroll og renslighet bare et ledd i disiplineringa, men gjennom den moralske behandlinga fikk den sinnslidende et sted å være, bli tatt vare på og komme i vekselvirkning med verden for å vinne aktelse og dermed også akte seg sjøl. Gjennom å lære andre vaner fikk den sinnslidende hjelp til å finne tilbake til seg sjøl (Martinsen 2001:177).

Det var et krav til personalet som i de første årene ble kalt voktere og voktersker, at innstillinga til arbeidet var tålmodighet, vennlighet og arbeidsomhet (Saastad 1995:88). Vokternes skulle ta seg av pasientene. Direktøren plukka ut de som skulle ansettes. Både kvinner og menn fra bondebefolkninga var etterspurt og ble foretrukket fordi de ble ansett som vant til hårdt og variert arbeid. I de første tiårene bodde de ansatte sammen med pasientene på Gaustad asyl og var på mange måter underlagt samme disiplinering og kontroll som dem. Arbeidsbetingelsene var harde og de ansatte hadde lite eller ingen fritid. Asylene fikk raskt langt flere pasienter enn de var bygget for og de ansatte ble stilt overfor mange utfordringer (Fygle 2002, Sandmo 2005, Haave 2008).

Faglært sykepleie

Den første sykepleierutdanninga ble oppretta i Norge i 1868. Sinnssykepleie ble allerede før århundreskiftet sagt å være et viktig arbeidsfelt for sykepleiersker i følge diakonissen Rikke Nissen. I hennes lærebok i sykepleie fra 1877 finner vi de første nedtegnelsene om sykepleie til sinnssyke:

”Den første Betingelse for en Sindsyges Helbredelse er Rolighed og et regelmæssigt Liv. En passende Afvæxling af Hvil/e og Bevægelse i Forbindelse med tilstrækkelig Nydelse av frisk Luft er af Viktighed. Den Sindsyges Søvn maa aldeles ikke forstyrres;

² Betegnelsen ”Traitment Morale” ble tatt i bruk i 1765 av legen Joseph Daquin og metoden fikk etter hvert gjennomslag i de store hospitalene ute i Europa. (Se Hermundstad 1999: 35)

dog maa det ikke tillades ham, i fald hans Legemstilstand for øvrig er god, at blive liggende i Sengen over den sædvanlige Tid. (Nissen 1877(2000:74)).

Rikke Nissen skrev læreboka inn i tradisjonen med den moralske behandlinga og oppfatninga av asylet som en frigjørende praksis (Sandmo 2005:53). Nissen la vekt på at menneskets verdighet ikke bare blir avgjort i forhold til medmennesker, men også i forhold til omgivelser, hus og hvordan vi omgås hverandre og de daglige gjøremål (Nissen 1877(2000):75). Her finner vi en direkte parallell til Florence Nightingale som viser hvordan sykepleien ved å sørge for døgnrytme, frisk luft, mat, passelig mengde kvile og aktivitet, setter kroppen i en slik tilstand at naturens egne helbredende krefter kan virke på den (Nightingale 1997:32). Nissen gir videre klare føringer hvordan en sykepleierske skal være overfor den sinnssyke idet hun skriver følgende om vanskelighetene med å omgås sinnssyke:

”Det fordres meget taalmodighed, kjærlighed og Visdom hos en sykepleierske, for at hun rettelig skal kunne fyldestgjøre en Opgave, der stilles til hende, forenet med et vennligt, bestemt Væsen og et sundt, klart Blikk for sjælelige Tilstande, som ikke ere mange givet. (...) Ved et venligt Væsen og hjertelig Deltagelse stræber hun at vinde den Sindsyges Tillid, men vogter sig for svag Føielighed, hvor det gjælder at overholde Lægens Anordninger og den bestemte husorden, eller at foretage Noget der kan være skadelig for den Syge selv eller andre (Nissen 1877(2000):75).

Som vi ser antyder Nissen en tvetydighet mellom kontroll opp mot humanisme i behandlinga. Sykepleierne skulle være tålmodige og vennlige i sin omgang med pasienten samtidig som legens påbud og husreglene skulle følges til punkt og prikke.

Spenningsfelt mellom kontroll og humanisme

Skjønnlitterære tekster fra samtida kan i følge historiker Knut Kjelstadli gi opplysninger om menneskers opplevelse av sin tids virkelighet, noe vi ellers ikke ville fått tilgang til fordi fortidsmenneskene ikke lenger er blant oss (Kjelstadli 2005:165). I romanene *Professor Hieronimus*” og *”På Sct. Jørgen*” viser forfatteren Amalie Skram som selv var innlagt i asyl ved århundreskiftet, at kvinnelige ansatte framstod med en dobbelthet i sin væremåte; som både voktere og omsorgsfulle pleiersker. Hun beskriver pleierskene som *”bleke solstråler på en mørk og isfrossen vinterdag*” (Skram 1977:88). Hun skriver videre følgende om en vokterske som har vondt av sin pasient og som sier: *”Kjære lille Frue, vi vil alle gjøre det best mulige for dem*” (samme s. 60). Hun ber fru Kant være rolig og samle seg og oppfordres videre til å vinne professoren tillit. Dette begrunnes i at alt i institusjonen vil kunne tolkes som sinnssykdom. Den som er rolig og tilpasser seg, får det bedre. *”Professoren gjør vel med dem han liker*”, sier frøken Hansen (samme s 90). Vokterskene opptrådte som legens gode hjelpere og var underlagt dem i asylhierarkiet. Samtidig framstod de som pasientens fortrolige og menneskeligjorde oppholdet. Det er dette som er det tvetydige i den moralske behandlinga (Martinsen 2001:183). Ved å sette grenser og utøve kontroll på en verdig måte, var behandlinga i asylene et vern mot det grenseløse. At den moralske behandlinga både var disiplinerende og tvingende slik blant andre filosofen Michael Foucault har vist (Foucault 2001:127), var ei utfordring de ansatte måtte leve med.

Oppsummering

Sinnssykepleien var fra etableringa i 1848 relativt avgrensa med eget lovverk og institusjonelle ordninger og privatpleien, som var ei videreføring av en før-moderne forpleiningsform, dominerte. En kan spørre om ikke trekk fra husholdets praksis ble ført inn i asylet, og la et grunnlag for ivaretakelsen av pasientene? Privatpleien var billigere enn asylforpleining og var i noen tilfeller kanskje også var et bedre alternativ for den sinnslidende. Sinnssykepleie var krevende og foregikk i et spenningsfelt mellom ivaretakelse og kontroll enten en var innlagt i asyl eller ble tatt hånd om en forpleier. Mens både pasienter og ansatte måtte innordne seg disiplinering og kontroll i asylet, var den forpleide overlatt til forpleieren og husholdets forgodtbefinnende. Hos snille og vennlige folk, kunne den sinnslidende leve et godt liv.

Perioden 1902-1961: Hospitalisering

Mens klinisk somatisk medisin gjorde kunnskapsmessige gjennombrudd og viste til positive behandlingsresultater ved århundreskiftet, økte pessimismen innafor sinnssykepleien (Ludvigsen 1998:282). Behandlingsresultatene lot vente på seg og såkalte ”uhelbredelige pasienter” fylte etter hvert opp asylene. Det var vanskelig å skaffe kvalifisert personale og privatpleien bli kritisert for å være inhuman og foreslått avskaffa; især de store koloniene på Østlandet. Men etter hvert skjedde endringer som bidro til ny optimisme. Fram til 1920 økte antallet asylplasser til det dobbelte på landsbasis og nye bygningsmessige prinsipper ble tatt i bruk i asylene. Fordi sinnssykdom i sin natur ble forstått på linje med somatiske sykdommer, ble asylene organisert som øvrige sykehus med store sykesaler. De neste tiårene gjennomgikk asylene og psykiatrisk behandling en hospitaliseringsprosess der begge blir mer lik øvrige sykehus og somatisk behandling. Det skjedde ikke minst da Rønvik statsasyl åpna i Bodø i 1902.

Rønvik statsasyl

Rønvik var planlagt å ta imot 230 pasienter, men hadde overbelegg fra første dag. De største salene romma opp til 30 pasienter. Den såkalte ”dempende behandlinga” (sengeleie, ro, hvile og langbad) for å skape ro i avdelingene var utbredt fram til 1920. Langbad ble gitt til urolige og voldsomme pasienter (Svedberg 2002:125-126). Barbituratene som kom utover 1900-tallet gjorde badene overflødige, og var dessuten dyre og ressurskrevende. Fra 1930-tallet fikk ulike sjokk-terapi og kirurgiske inngrep innpass i behandlinga og understreket behandlingas somatiske karakter. (Kelstrup 1983:226-235, Bøe 1994:121, Lindgjerde 1995: 111-114, Hermundstad 1999:42-50). Legene ved Rønvik fanga raskt opp nye behandlingsmetoder og tok dem i bruk (Fygle 2002:99). Behandlingsmetodene var inngripende i den forstand at de gjorde inngrep i pasientens kropp, enten via kirurgi (lobotomi) eller ved å tilføre stoffer for å påvirke kroppslige reaksjoner (insulinsjokk). Enkelte av metodene kunne nok vise til oppløftende resultater, mens andre ga flere skuffelser enn forhåpninger. Alle påførte pasientene stort ubehag, ekstra lidelse og førte i liten grav til bedring.

Sykepleierens oppgave er å beskytte pasientene for ubehag

Karin Neuman-Rahn virka i flere tiår som sykepleier i psykiatrien i Finland fra 1920-tallet. Hun fikk stor betydning for finsk sykepleierutdanning og hennes lærebok fra 1924 fikk utbredelse i Norden og kom også til å påvirke norsk sykepleie. Neuman-Rahn betonte kroppsspleie som særlig viktig i behandling av sinnslidende og nevner spesielt søvn, døgnrytme, mat og ernæring, aktivitet og hvile og hygiene som viktige anliggender for sykepleierne (Neuman-Rahn 1924:236). Sykepleierens sentrale oppgave er å vinne pasientens tillit og fortrolighet noe sykepleieren gjør gjennom å vise respekt og ydmykhet i møte med den sinnslidende. For Neuman-Rahn var pasienten et lidende menneske og sykepleierne hadde et særegent ansvar for å forhindre pasientene i å fornedre seg selv pga sin sykdom. Sykepleierens viktigste ansvar var å beskytte pasientene for ubehag under legens undersøkelser og behandlingsmetoder. Som vi ser er det ei klar linje fra Rikke Nissens tenkning på 1870-tallet om at møtet med de sinnslidende stiller krav til sykepleierens kunnskaper og egnethet og at dette forsterkes i ei tid der behandlingsmetodene blir stadig mer inngripende (Se også Mathilainen 1997).

Hammerfest pleiehjem for sinnssyke (1930-1942)

Pleiehjemmet i Hammerfest var den første institusjon i Finnmark som var spesielt oppretta for å ta seg av sinnslidende (Fause 2011). Hjemmet var det planlagt for 50 sengeplasser, men da det stengte i 1942, bodde over 100 pasienter der. Distriktslegen i Hammerfest var bestyrer og sykepleierne var rekrutterte fra sykepleieorganisasjonen Bethanien i Oslo. Pleiehjemmet tok imot pasienter fra hele Nord-Norge. Pleiehjemmet var ikke et asyl, men kom til å fungere som det. Distriktslegene søkte like gjerne plass for sinnslidende i pleiehjemmet som ved Rønvik asyl og kun et fåtall sinnslidende fra Troms og Finnmark ble innlagt i asyl sørpå i de årene hjemmet var i drift. Ledelsen ved hjemmet la tidlig opp en strategi for utskrivning av pasienter til privatpleie i Vest-Finnmark. Pleiehjemmet var en lukka institusjon og de ansatte ble opplært til å ta hånd om sinnslidende som syke.

”Tendensen går nu i retning av mest mulig anstaltanbringelse av sinnssyke”

Utover 1930-tallet økte kritikken mot privatpleien, spesielt sørpå. Myndighetene hevda at det var ikke alle hjem som egna seg til å ta hånd om sinnssyke og kravene til forpleierne ble skjerpa (Fause 2007: 195). Det var ikke uvanlig at sykepleiere begynte som forpleiere i Troms og Finnmark og da gjerne for flere sinnslidende. Å være utdanna sykepleier var for mange distriktsleger en garanti for god forpleining.

Sinnssykepleien i Nord-Norge ble for øvrig særlig hardt ramma under krigen. I 1942 ble både Rønvik asyl og Pleiehjemmet i Hammerfest rekvirert av tyske myndigheter til militære formål og de pasientene som fungerte best, ble enten utskrevet eller plassert i privatpleie, mens flertallet ble evakuert til asyl sørpå. Under tvangsevakueringa av befolkninga i Finnmark og Nord-Troms i 1944 ble sinnslidende i privatpleien evakuert sammen med dem, men blei værende i asyl eller privatpleie sørpå (Fause 2013). Pleiehjemmet ble ikke bygd opp etter krigen og privatpleien gikk kraftig tilbake.

Presset på de psykiatriske sykehusene fortsatte utover 1950-tallet. Som avlastning for sykehusinnleggelser omgjorde myndighetene tidligere tuberkulosehjem til pleiehjem for sinnslidende, i Troms gjaldt det pleiehjemmene i Ibestad og Gibostad og Tanagård og Jansnes i Finnmark. De institusjonene og det personalet som over flere tiår hadde pleid tuberkuløse skulle nå ta hånd om sinnslidende. På landsbasis begynte flere mannlige pleiere som forpleiere. Et eksempel er kolonien i Kongshus i Alta som ble drevet av en mann som tidligere hadde vært ansatt som pleier ved Dikemark asyl. Han hadde flere enn ti menn boende på gården (SATØ, FiF, arkivboks 57, D3). Et annet eksempel er sykepleieren som etablerte et pleiehjem på Skippernesodden i Vest-Finnmark.

I 1949 ble Olav Devold ansatt som psykiatrisk konsulent ved Troms og Tromsø sykehus og Troms og Finnmark fikk sin første psykiater. Han bidro til opprettinga av en observasjonspost og en klinikkpost ved sykehuset. De nye sykestuene som var under oppføring rundt i Finnmark, skulle alle ha sinnssykeceller. Bakgrunnen var det store antallet sinnslidende i arrestlokaler rundt i fylket.

Debatt om personalets kompetanse

I de årene arbeids- og gårdsdrift stod sentralt i asylenes virksomhet, var det lett å få ansatt betjening med erfaring og kompetanse fra tradisjonelle håndverks – eller landbruksfag (Borgan & Søråa 1972:100). Etter at psykiatrien befestet seg som en egen medisinsk spesialitet ble det stilt spørsmål om ikke det å omgå sinnssyke krevde særegne kunnskaper og ferdigheter og behovet for ei særskilt utdanning i psykiatrisk pleie ble lansert. (Lysnes 1982:137, Waule 1988:53). Legen J. Heinrichs hevdet at de ansatte trengte å vite mer enn hvordan forhindre at pasientene skada seg og hvordan dekke legemlige behov (Heinrichs 1914:71). Den beste måten å lære sinnssykepleie på var å kombinere arbeid i pleien med teoretisk undervisning. Det første kurset i sinnssykepleie ble holdt i 1900 for pleiere ved Gaustad asyl (Saastad 1995:93). I 1912 ble kurset ettårig og samtidig et minstekrav for ansettelse. Tilsvarende kurs kom i gang i 1913 ved Rønvik asyl (Fygle 2002:82). Samme år endret de ansattes tittel seg til *pleier* og *pleierske* og de organiserte seg i pleierforeninger tilslutta Landsorganisasjonen. De fagorganiserte stilte krav om lønn, regulert arbeidstid og boliger.

Spørsmålet om hvorvidt de ansattes kompetanse skulle bygge på sykepleierutdanninga eller være en selvstendig utdanning i psykiatrisk pleie slik den var det i Storbritannia, Nederland og Finland, for å nevne noen, stod sentralt i den videre diskusjonen. For Norsk Sykepleierforbund var psykiatrisk sykepleie ett av mange områder i sykepleie og gikk inn for ettårig spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie basert på 3-årig sykepleierutdanning (Hvalvik 2005:280). Sykepleierloven av 1948 hadde gitt sykepleiere med 3-årig sykepleierutdanning anledning å søke autorisasjon som offentlig godkjent sykepleier. I framtida kunne offentlig godkjenning bare oppnås ved å gjennomføre 3-årig sykepleierutdanning. Problemet var i midlertid at NSF, fra etableringa i 1912, var et forbund kun forbeholdt kvinner. Menn kunne ikke søke opptak ved sykepleierskolene, men bli tatt opp som elev ved Det Norske Diakonhjem fra 1890 (Stave 1990). Loven var derfor et kompromiss med særlige tilpasninger for mannlige pleiere med langvarig erfaring i psykiatrien³. Sykepleiere kunne ta overgang til jordmorskoler og psykiatriske sykepleierskoler etter 2 år og 4 måneder. Få benyttet seg av

³ Et tilsvarende kompromiss gjaldt også jordmødre som tidligere hadde hatt egne jordmorskoler.

tilbudet, og ordninga ble avskaffa med revisjonen av sykepleierloven i 1960 (Lysnes 1982:161). Mens debatten pågikk fortsatte asylene å gi kurs til pleiere og ved enkelte asyl ble kurset utvida til 2 år. Det var i all hovedsak institusjonens egne ansatte som stod for opplæringa (Saastad 1985:96). Loven åpna også for at menn kunne søke opptak ved sykepleierutdanningene og bli medlemmer av forbundet.

Fra 1948 var psykiatrisk praksis obligatorisk i sykepleierutdanninga og prinsippet om grunnutdanning før spesialisering var knesatt. Debatten var ikke over av den grunn. Mange mannlige pleiere med lang erfaring og sykehusinterne kurs, søkte autorisasjon som sykepleiere utover 1950-tallet. Både pleierne og Norsk Kommuneforbund argumenterte for at pleierkurs og 6 års praksis som pleier burde gi offentlig autorisasjon som sykepleier noe som ville sikre pleierne overordnede stillinger i psykiatrien. Behovet for mannlige pleiere var stort med mange ledige stillinger. NSF protesterte kraftig og argumenterte for at pleiebehovet i psykiatrien skulle dekkes av offentlig godkjente sykepleiere (Fause 2002:240). Stridene om autorisasjon og kvalifiseringskrav, la et grunnlag for langvarige konflikter mellom ufaglærte pleiere og utdannede sykepleiere i årene framover. De såkalte ufaglærte forsvant ikke sjøl om pleierkursene ble nedlagt. Mangeårig hjelpepleier på Gaustad, Arve Saastad beskriver hvordan erfarne pleiere i de kommende tiårene måtte underordne seg nyutdannede sykepleiere lederskap uten erfaring fra psykiatrisk virksomhet eller pleie (Saastad 1995:100).

I 1954 åpna to spesialskoler i psykiatrisk sykepleie i Oslo, Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie på Bygdøy og og Spesialskolen i psykiatrisk sykepleie ved Dikemark sykehus. Målet med spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie var både en pleiefaglig spesialisering og utdanning til lederskap (Lysnes 1982:161).

Utover 1950-tallet gjorde psykofarmaka sitt inntog og roen senka seg formelig over de psykiatriske sykehusene. Pasientene ble roligere og sykepleierne besatte flere poster og avdelinger. Sykepleiere som hadde arbeidet i psykiatriske avdelinger i flere tiår, har i ettertid fortalt hvordan redselen formelig slapp taket da de nye medikamentene ble tatt i bruk (Svedberg 2002: 83).

Medisinaldirektør Karl Evang og sosialdepartementet avgjorde i 1960 spørsmålet om de ansattes framtidige kompetanse. Utdanning i psykiatrisk pleie skulle bygge på grunnutdanning i sykepleie og flere spesialskoler i psykiatrisk sykepleie måtte opprettes. Samme år åpna spesialskolen i psykiatrisk sykepleie i Bodø. Pleierkursene ble nedlagt og erstatta av sykehusinterne hjelpepleierkurs (Saastad 1995, Fygle 2002).

Oppsummering

Privatpleien gikk dramatisk tilbake etter krigen, spesielt i Finnmark. Nye behandlingsformer krevde etter hvert særskilte kunnskaper og ferdigheter hos de ansatte og legene skolerte de ansatte til å ta hånd om pasientene som syke. Det la grunnlaget for en profesjonalisering av feltet der stadig flere oppgaver etter hvert kom til å bli overtatt av yrkesgrupper med formelle kvalifikasjoner (Erichsen 1996:23-28). Hospitalisering av asylene kan sees som en medikaliseringsprosess, der medikalisering blir forstått som en stadig større utbredelse for en medisinsk tenkemåte (Skålevåg 2002:24). Sinnslidelser ble en sykdom på linje med andre sykdommer og biomedisinske forklaringsmodeller fikk økende gjennomslag i behandlinga. I denne prosessen trengte legene personale som kunne observere pasientene og begynte å etterspørre fagutdannede sykepleiere.

Perioden 1961-1980: Terapeutiske samfunn

På 1960-tallet skjedde flere endringer av både politisk, ideologisk og juridisk karakter som gradvis utfordra og omforma tjenesten. I 1961 avløste Lov om psykisk helsevern Sinnssykeloven, introduserte nye ordninger utenfor institusjonene og innførte nye ord og benevnelser. Psykisk helsevern skulle heretter være betegnelsen på feltet. Psykisk lidelse erstatta betegnelsen sinnssykdom og asyl skulle heretter omtales som psykiatriske sykehus. Det kom også signaler om at tjenestene skulle regionaliseres og utføres på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Belegget i både psykiatriske sykehus og sykehjem økte utover 1960-tallet og nådde et toppunkt i 1972 (Pedersen 2002:188). I 1961 åpna Åsgård Sykehus i Tromsø. Etableringa falt som vi skal se, sammen med mange strømninger innafor samfunnsliv og vitenskap utover 1960-tallet.

Antipsykiatri

Mot slutten av 1960-tallet starta en debatt som stilte spørsmål ved tradisjonell psykiatrisk behandling. Utgangspunktet var blant annet den antipsykiatriske bevegelsen i USA og Storbritannia; en omfattende bevegelse med representanter for ulike fagfelt og perspektiv og fokus på psykiatrisk behandling (Kelstrup 1983:274-278). Bevegelsen stilte spørsmål med den biologiske forståelsen av psykisk sykdom og introduserte alternative behandlingsmetoder. "Det terapeutiske samfunn" var ett av dem. Hovedinnholdet slik Maxwell Jones introduserte begrepet på 1950-tallet var at institusjonen måtte organiseres slik at personale og pasienter sammen kunne skape et miljø i institusjonen for å utnytte felles ressurser og samles mot et felles behandlingsmål (Jones 1971). De skarpe grensene mellom pasienter og ansatte måtte viskes ut. Implisitt lå en oppfatning av psykiske problemer som uttrykk for konflikter i samspillet mellom individet og miljø. Dette fikk konsekvenser for forståelsen av hva som var virksomt i behandlinga. Tilhengere av det terapeutiske samfunn hevda at avdelingsmiljøet hadde langt større innflytelse på pasientenes tilstand enn den medisinske behandlinga. Behandlingsformer som miljøterapi, nettverksarbeid, for- og ettervern, sosial trening og familieterapi fikk etter hvert innpass.

Åsgård Sykehus

Åsgård Sykehus åpna i 1961 som det siste statlig finansierte psykiatriske sykehuset i landet. I 1961 var 907 personer registrert som offentlig forpleide i Troms og Finnmark. Av disse var ca 40 % i psykiatriske sykehus, i all hovedsak på Rønvik, omtrent like mange i privatpleie og ca 20 % i psykiatriske pleiehjem (Forhandlingsprotokoller for Troms og Finnmark av 1962). Sykehuset hadde ingen langvarige tradisjoner å forsvare og med mange nyutdanna fagfolk som psykologer, sosionomer og psykiatriske sykepleiere, ble Åsgård en smeltedigel for nytenkning og nye trender fikk lett fotfeste. I de kommende årene satte antipsykiatriske strømninger med kritikk av tradisjonelle behandlingsformer, krav om demokratisering og allmøtekultur sitt preg på institusjonen. Arbeid hadde fortsatt en terapeutisk effekt og kulturelle aktiviteter for pasientene fikk etter hvert en sentral plass (SATØ, Åsgårds arkiv, Notat av 25.august 1968). Entusiastiske fagfolk tok tidlig initiativ til samarbeid med kommuner i de to fylkene gjennom oppsøkende team (Haaland & Rafter 1978:33). Sosialpsykiatri ble slik satt i system og gjorde virksomheten i det nye sykehuset synlig i hele

landet (Hverdag 1978:23) Samtidig var de geografiske avstandene i landsdelen de samme og i helseinstitusjoner i Finnmark var fortsatt isolat i bruk for å ta hånd om akutte kriser slik de hadde gjort før sykehuset åpna (SATØ, Åsgård Arkiv, Notat av 28.august 1969).

Spesialutdanningen i psykiatrisk sykepleie

I de første tiårene hadde erfaringsbasert kunnskap en sentral plass i undervisninga i spesialskolene. Det teoretiske fundamentet var nært knytta til praksis ved at lærerne systematiserte egne praksiserfaringer i mangel på lærebøker. I tillegg underviste psykiatere, leger og psykologer ansatt ved de psykiatriske sykehusene. Hovedtema var kunnskaper om psykiatriske sykdommer. Praksisstudiene som utgjorde halvparten av utdanningstida, var lagt til de store psykiatriske sykehusene (Anderaa 2009:25, Vråle 2009:77). I praksisopplæringa deltok elevene i omstruktureringer på avdelingene der målet var å bygge opp terapeutiske miljø, for- og ettervern og poliklinikker. Det ble lagt stor vekt på å skape en identitet som psykiatrisk sykepleier (Vråle 2008:144). Flere sykepleiere fra Åsgård reiste til Oslo for å ta spesialutdanning. Ved hjemkomsten førte det til spenninger mellom spesialutdanna personell og de andre, slik også sosiologen Yngvar Løchen viste skjedde ved Dikemark Sykehus på 1960-tallet (SATØ, ÅS, Løchen 1970:123).

Oppsummering

Med Åsgård Sykehus kom institusjonaliseringa også til de to nordligste fylkene. En kan spørre om det sterke fokuset på miljøterapi bidro til en anerkjening av husholdets praksis ved at samvær og samhandling mellom personale og pasienter ble løfta fram som vesentlig i behandlinga. Spesialutdannede sykepleiere ønska å endre praksis og representerte nye tanker innafor psykiatrisk behandling. Et sentralt spørsmål er hva de tok vare på og hva som ble endra? Mens betegnelsen sinnssykepleie hadde omfatta både forpleining i og utafor sykehuset, kom psykisk helsevern til å bli ensbetydende med institusjonsbehandling. Sykehuset ble heretter selve drivkraften i utviklinga av feltet.

Perioden 1980-2010: Åpen omsorg og psykisk helsearbeid

På 1980-tallet ga nye finansieringsordninger kommuner og fylkeskommuner ansvar for å prioritere helsetjenestene (Pedersen 2002:192). I tråd med LEON-prinsippet skulle institusjonshelsetjenesten nedprioriteres til fordel for allmennhelsetjenesten. På midten av 1990-tallet fastslo St.meld.nr 25 (1996-97) at det ikke lenger skulle være noen særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 tilførte* feltet økte ressurser, satte fokus på brukermedvirkning og bedre samordning av tjenester mellom faggrupper og forvaltningsnivå (St.prp. nr 63 (1997-98). I samme tidsrom fusjonerte flere psykiatriske sykehus med den øvrige spesialisthelsetjenesten og opphørte som sjølstendige enheter. Det skjedde i Troms da Åsgård Psykiatriske Sykehus ble en del av Regionsykehuset i Tromsø i 1997.

Sykepleiere i åpen omsorg

Sykepleierne strømmet ikke til de psykiatriske sykehusene på tross av flere tok videreutdanninger og mangelen på kvalifisert personell fortsatte i de psykiatriske institusjonene utover 1980-tallet. Mange psykiatriske sykepleiere begynte i stedet å arbeide i poliklinikker, dagsenter, akutt-team eller i veilederstillinger. Samtale - og gruppeterapi ble etter hvert en sentral del av sykepleierens arbeidsfelt i institusjonene. Flere av de som forlot institusjonene begrunna det med at behandlingen var for medisinsk orientert og for regelstyrt (Robberstad 2002). Sykepleier Helga Robberstads undersøkelse fra psykiatrisk hjemmetjeneste fra 1999 viste at mange sykepleiere opplevde at rammene for å bruke sine fagkunnskaper ble for snevre i institusjonen: *"Her får jeg bruke hele meg. Fire vegger, et nøkkelknippe, faste regler og rutiner, jeg ville alle orket det mer"*, sa en sykepleier (Robberstad 2002:67). Hun ønska å møte brukerne som pasientene nå ble kalt, på en annen måte enn det som var mulig inne i institusjonen hvor pasientene ble sett på som et sett symptomer som skulle helbredes med medisiner. Sykepleierne i Robberstads studie hevdde at de hadde en annerledes og friere rolle i kommunepsykiatrien fordi virksomheten der bygde på et annen verdigrunnlag og menneskesyn enn institusjonsbehandlingen. Den åpne omsorgen ga sykepleierne rom for å møte pasienten med respekt og likeverd og de fikk langt større innsikt i brukernes livssituasjon enn de gjorde i institusjonen. Sykepleierne ga uttrykk for at den største forskjellen i behandlingen mellom institusjon og hjem var at behandlingen var frivillig, at pasientene hadde større ansvar for eget liv og at sykepleierne var primært brukerens samarbeidspartner og rådgiver.

Parallelt med framveksten av en miljøterapeutisk tenkning i institusjonene ble sykepleierne kritisert for å ha forlatt sine humanistiske verdier ved å ha knyttet seg så sterkt an til den medisinske profesjonens naturvitenskapelige tenkning (Frost 1984, Fagerland 1997:17). Det er nærliggende å spørre om påvirkningene fra samfunnsvitenskapene som satte fokus på avvik, stempling, institusjonalisering og tvang, førte til at pasientens lidelser og smerte som krevde handling her og nå, kom mindre i fokus? Et økende fokus på medikamentell behandling medførte at av andre faggrupper hevdde at det særegne ved sykepleie var å dele ut medikamenter. Flere innlegg i "Sykepleien" fra slutten av 1970-tallet viser at mange sykepleiere i psykiatriske sykehus opplevde usikkerhet mht yrkesidentitet (Aanderaa 2009:29). Mange sykepleiere opplevde at deres kunnskap ble lite verdsatt og var usikker på egen funksjon i møte med andre grupper.

Sykemeldte sykepleiere ved Åsgård

Fra slutten av 1970-tallet hadde en til stadighet kunnet lese negative omtaler av Åsgård i regionavisa "Nordlys" enten det var snakk om omstruktureringer, økonomiske problemer og nedskjæringer, pasienter som rømte, branner og branntilløp eller at fagfolk forlot sykehuset. De som ble igjen måtte leve med konstant overbelegg, stort forbruk av ekstravakter, mangel på fagutdanna personale og en foruroligende høg andel tvangsinnlagte og tvangsbruk sammenligna med f.eks. Nordland Psykiatriske Sykehus (Rønvik) i Bodø (Skar 1993). Situasjonen forverra seg utover 1980-tallet og kulminerte våren 1985 da alle sykepleiere i sykehuset sykemeldte seg samme dag («Nordlys» 14.januar 1985). Begrunnelsen var at de få sykepleierne som var igjen kunne ikke lenger ta det faglige ansvaret for pasientene. Sykemeldingene gikk ikke upåakta hen og skapte debatt i lokalavisene («Nordlys» 14.-19.januar 1985). Politiske myndigheter og ledelsen ved sykehuset etablerte raskt "luftbroer" og rekrutterte sykepleiere og psykiatere til Åsgård for å arbeide på sykehuset for en kortere eller lengre periode. Enkelte ble opp til et år, mens andre var der ei uke eller to under svært

gode økonomiske vilkår. Få dager seinere vedtok Troms Fylkesutvalg å etablere ei videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved Sykepleierhøgskolen i Tromsø ("Nordlys" 17.januar 1985). Samme høst begynte de første studentene. Videreutdanninga var sentrert rundt to forhold. Det var for det første ei vektlegging av åpen omsorg og en desentralisert psykiatritjeneste i kommunene i tråd med at folk skulle få behandling og oppfølging der de bodde. Det andre var å tydeliggjøre betydninga av grunnleggende sykepleie i psykiatrifeltet (Studieplan i for videreutdanning i psykiatrisk sykepleie 1985). Et flertall av de som ble utdanna de første årene gikk tilbake til stillinger ved Åsgård sykehus, men det var også mange som var med på å bygge opp den kommunale psykiatritjenesten i de to fylkene.

Psykiatrisk sykepleie er ikke lenger tilstrekkelig

Utover 1980-tallet økte andelen teoriundervisning i sykepleierutdanninga samtidig som psykolog, pedagogikk og samfunnsfag etter hvert fikk innflytelse over sykepleiefaget (Fause 2002:279). Det samme skjedde i videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie, som utdanningene nå het (Fagerland 1997:29). Psykologien satte fokus på utviklingspsykologi og egofunksjoner, sosiologien på roller, normer, makt/avmakt og tvang og pedagogikken på læring, veiledning og undervisning. Den konkrete og praktisk retta handlingskunnskapen knytta til pleie av pasientens plager og problemer, fikk i følge sykepleier og førstelektor Tone Fagerland en underordna plass i den teoretiske undervisninga, mens interaksjon mellom sykepleier og pasient som det nå ble kalt, fikk raskt økende vekt og innflytelse. Inger Aanderaa, mangeårige lærer ved videreutdanningen ved Dikemark, hevder at sykepleierne glemte at pasientene hadde en kropp til fordel for en fasinasjon for pasientenes følelser og psykologiske traumer (Aanderaa 2009:34). Å observere bivirkninger av medikamenter, symptomer på somatisk sykdom eller psykisk funksjonshemming kunne lett bli oversett etter hvert som den kroppsnære pleien syntes underkommunisert.

Utover 1990-tallet ansatte Åsgård Psykiatriske sykehus personell med ulik helsefaglig, sosialfaglig eller pedagogisk bakgrunn under tittelen miljøterapeut. Miljøterapi skulle danne basis for det kunnskapsgrunnlaget virksomheten hvilte på, også for sykepleiere. Forfatter av flere lærebøker, professor Jan Kåre Hummelvoll understreka dette (Hummelvoll 2004: 28-32). Å vektlegge grunnleggende sykepleie som innebar å tilrettelegge for søvn, hvile, mat, stell og aktivitet m.m. ble etter hvert nedtona til fordel for sosialfaglig og pedagogisk kunnskap. I en studie av psykiatritjenesten i noen kommuner ble det hevda at psykiatriske sykepleiere representerte et nødvendig, men ikke lenger tilstrekkelig faglig perspektiv i feltet. Tilbud skulle heretter også omfatte integrering og normalisering, forebyggende og helsefremmende arbeid og ikke bare dreie seg om å avhjelpe sykdom og plager (Ramsdal 2004:219). Den psykiatriske sykepleierkompetansen skulle ikke lenger være enerådende.

At kunnskap om kroppen har vært nedprioritert i feltet, ble understreka i sykepleier og førstelektor Rune Karlsens studie av psykiatriske sykepleieres profesjonelle kompetanse (Karlsen 2009). Sykepleierne hevda det se sammenhenger mellom kropp og psyke er en vesentlig del av deres kunnskapsgrunnlag. De oppfatta seg som handlingsorienterte og deres praktiske tilnærminger gjorde dem ekstra godt rusta til å etablere gode relasjoner med pasientene. Samtidig hevda de at andre yrkesgrupper over flere år har kritisert dem for å være for omsorgsgivende i møte med pasienter og brukere.

Videreutdanning i psykisk helsearbeid

I 1998 ble videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie lagt ned og erstatta av tverrfaglige videreutdanningar i psykisk helsearbeid. Bakgrunnen var å bygge ned profesjonskonflikter og bedre det tverrfaglige samarbeidet. Den nye rammeplanen vektla helsefremmende og forebyggende arbeid og tona ned basiskunnskaper om psykiske sykdommer og behandlingsformer. Utdanninga skulle utvikle studentene relasjonskompetanse og brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid, mestring og samarbeidet mellom bruker og profesjonelle hjelpere ble nå sentrale stikkord (Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid 1998). Psykisk helsearbeid var betegnelsen på tjenester og tiltak retta mot forebygging, behandling og/eller rehabilitering av psykiske problemer eller lidelser. Tjenestene skulle ikke lenger knyttes til den medisinske spesialiteten psykiatri, men omfatte ulike kunnskaps – og vitenskapssyn. Kun et fåtall av utdanningene ga tilbud om fordypning i psykiatrisk sykepleie. Teorigrunnlaget skulle nå utvikles i en tverrfaglig kontekst.

Oppsummering

Ved Åsgård starta ei nedskjæring av sengetall og tilbud før tilsvarende var bygd opp i kommunene. Uverdige forhold ved sykehuset fikk etter hvert sykepleierne til å fraskrive seg ansvaret for pasientene. Videreutdanninga i psykiatrisk sykepleie i Tromsø var av vesentlig betydning for å tilføre kommunale tjenester med faglært personell og sykepleiere fikk sentrale posisjoner. Etter hvert blei deres kompetanse sagt å være utilstrekkelig og videreutdanningene endra fokus i retning helsefremming og forebygging

Avslutning

Troms og Finnmark har en lang tradisjon i å ivareta mennesker med psykiske lidelser i lokalsamfunnene. Bortsett fra i perioden 1961 til ca 1980 har ivaretagelse utenfor institusjonen dominert feltet. Det har skjedd mange endringer i tjenestetilbudet i Troms og Finnmark sida sinnssykepleie ble skilt ut som et eget tjenestefelt. Det er ikke lenger en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser, men tjenestene er integrert i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Tjenesten omfatter ikke lenger bare tilbud til de som har alvorlige psykiske lidelser, men består av et mangfold av tilbud, fagfolk, brukerorganisasjoner og sjølhjelpsgrupper i både offentlig og privat regi. I tillegg er rusfeltet blitt samordna med psykisk helsefeltet. Åsgård er ikke lenger en egen institusjon, men en nå to klinikker ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og sengetallet er redusert til en fjerdedel. Tidligere omfatta ordningene alt som hadde med dagligliv å gjøre enten en var innlagt i asyl eller privatpleie. I dag er ansvaret oppdelt mellom ulike etater, behandlingsnivå, faggrupper og enkeltpersoner. Kravet om brukermedvirkning har ført til stillingsbenevnelsen erfaringskonsulent, der mennesker med brukererfaringer ansettes som hjelpere. Det er ikke lenger uvanlig at pasienter og pårørende medvirker i forskningsprosjekt (Askheim og Borg 2010). Noen ordninger som privatpleien er borte og rundt i landet er flere av de store psykiatriske institusjonene ikke lenger i bruk. Da høgskolene fikk anledning til å tilby masterprogram, ble flere av videreutdanningene nedlagt og omgjort til masterstudier. Ved Universitetet i Tromsø ble videreutdanninga i psykisk helsearbeid omgjort til en master i psykisk helse der det å fremme helse og forebygge sykdom tillegges større vekt enn å lindre og avhjelpe sykdom og plager. Kunnskapstilfanget innafor feltet har økt formidabelt med et

høgt antall sykepleiere ansatte øvrige helse- og sosialfaglig ansatte med videreutdanning, mastergrad, doktorgrad og sykepleiere leder store forskningsprosjekt.

Men det er også forhold som lever videre og i avslutninga vil jeg løfte fram tre av dem. Når ordninger som «Inn-på-tunet» og «Grønn omsorg» tas i bruk, skyldes det kanskje at arbeid og samvær med andre og ikke minst med dyr, sees på som en ressurs i tilfriskninga og i strevet etter et bedre liv. I «Grønn omsorg» gir gårdbrukere tilbud om dag – eller døgnopphold til mennesker med ulike psykiske plager, i kombinasjon med ordinær gårdsdrift. Å bo aleine i en leilighet er kanskje ikke alltid det beste tilbudet for mennesker som sliter med angst og utrygghet. Det forteller også at alle kan være gode hjelpere bare de har den rette innstillinga. Kanskje kan noen trekk fra privatpleien og husholdets praksis gis en renessanse?

Det andre forholdet er at tjenesten fortsatt er prega av dilemma og spenningsfelt og det finnes ulike oppfatninger om hvilken behandling som er den beste. Fortsatt tas enkelte hånd om og blir påført behandling mot sin vilje når de sjøl eller omgivelsene ikke lenger makter mer. Pårørendes innsats er fortsatt helt uunnværlig og mange kjenner maktesløshet over manglende tilbud om oppfølging. Fagfolk og brukerorganisasjoner strides om hvorvidt det er behov for et lovverk som fortsatt gir anledning til tvangsinnleggelse og - behandling. I denne situasjonen er det fortsatt behov for døgnkontinuerlig oppfølging og omsorg i kortere eller lengre perioder.

Derfor er det sist, men ikke minst, fortsatt behov for hjelpere som i sin tilnærming har et pasientnært fokus og tar ansvar for følge opp og hjelpe pasienter/brukere i og gjennom usikre livsfaser. Mennesker med psykiske lidelser trenger hjelpere som anerkjenner og har kunnskap om sykdom, lidelse og plagene som følger med, og som i tillegg vektlegger dagligdagse gjøremål. Det er ikke det samme som å underlegge seg det medisinske kunnskapsgrunnlaget, men å sideordne seg. Her har sykepleierne gitt et vesentlig bidrag både gjennom sitt virke og kunnskapsutvikling og vil forhåpentligvis også gjøre det i framtida.

Litteratur:

- Aanderaa, Inger (2009): Historiske og ideologiske utviklingslinjer i norsk psykiatrisk sykepleie i: Vråle, Gry Bruland, Bengt Karlsson og Jan Kåre Hummelvoll (red.): *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvforståelse, praksis og forskning*, Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr 14
- Andresen, Astrid (1994): *Handelsfolk og fiskerbønder. Tromsø gjennom 10 000 år*. Bind 2, Tromsø: Tromsø kommune
- Askheim, Ole Petter og Marit Borg (2010): Deltagerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer «brukbar» kunnskap? I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 7, nr 2
- Austad, Anne-Kristin & Ørnulv Ødegård (1956): *Gaustad sykehus gjennom hundre år*, Oslo: J.Chr. Gundersen
- Bauer, Tom Jøran (1995): *Åtte gærninger og to vettu'e. Privatforpleining av sinnssyke i Nes på Romerike 1900-1961*, Årnes: Gamle Hvam Museum
- Bjørhovde, Vigdis, Sigurd Haugerud & Gullik Nilsen (1988): *Presteseter sykehus 75 år et psykiatrisk sykehus i utvikling 1913 – 1988*, Gjøvik: Presteseter sykehus
- Borgan, Valborg og Gerd Søråa (1972): *Rotvoll 1872-1972: Fra asyl for sinnssyke til psykiatriske sykehus*, Trondheim: Adresseavisens boktrykkeri

- Bøe, Jan Bjarne (1993): *De utsatte. Psykiatriske pasienter i privatpleie på Jæren 1950- 1970*, Oslo: Universitetsforlaget
- Bøe, Jan Bjarne (1994): *Synd, sykdom og samfunn. Linjer i sinnssykepleiens historie*, Oslo: ad Notam
- Bøe, Jan Bjarne (1997): *Fra koloni til sjukeheim. Historien om Svihus' koloni 1933-1966*, Klepp: Engelsvoll psykiatriske senter
- Dahl, Ludvig (1862): *Fortsatt Bidrag til Kundskab om de Sindsyge i Norge*, Aftryk fra Norsk Magazin for Lægevidenskaben, Christiania: Carl C. Werner & Co
- Elstad, Ingunn og Torunn Hamran (2006): *Sykdom. Nord-Norge før 1940*, Bergen: Fagbokforlaget
- Erichsen, Vibeke (red.) (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Oslo: Tano Aschehoug
- Ericsson, Kjersti (1974): *Den tvetydige omsorgen*, Drammen: Universitetsforlaget
- Eriksson, Bengt Erik (1989): *Vegen till centralhospitalet: två studier om den anstaltsbindna sinnessjukvårdens forhistoria i Sverige*, Göteborg: Daidalos
- Evensen, Hans (1908): Grunntrekkene i det norske sindsygevæsens utvikling i de sidste 100 år, i: *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, nr 2
- Fause, Åshild og Anne Mocaelsen (2002): *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*, Bergen: Fagbokforlaget
- Fause, Åshild (2007): «*Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa*». *Sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891-1940*», Phd-avhandling i helsevitenskap, Universitetet i Tromsø
- Fause, Åshild (2011): «Der maa ha vært mange "gale" i Finnmark den gang». Pleiehjemmet for sinnssyke i Hammerfest, *Ottar* nr 284, s. 3-8
- Fause, Åshild (2012): *The Faith of the Mentally Ill during the Second World War in Troms and Finnmark, Norway*, upublisert artikkel
- Foucault, Michel (2001): *Overvåkning og straff*, Oslo: Gyldendal
- Frost, Tore (1984): Kristen omsorgsfilosofi og omsorgsfagenes vitenskapelige utvikling i: *Kristen omsorgsfilosofi: seminar for lærere ved Diakoninstitusjonens høyskoler 4.-5.oktober*, Oslo: Det norske Diakonhjem
- Fygle, Svein (2002): *Marmor og menneskeskjebner, Rønvik sykehus i det 20-århundret*, Bodø: Nordlandssykehuset psykiatri
- Haave, Per (2008): *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*, Otta: Unipub
- Hermundstad, Gunvald (1999): *Psykiatriens historie*, Oslo: Ad Notam
- Heinrichs, I (1914): *Sindsygepleien i dens grunntrek*, Kristiania
- Hummelvoll, Jan Kåre (1980): *Innsikt – en kilde til liv: artikler i psykiatrisk sykepleie*, Oslo: Tanum-Norli
- Hummelvoll, Jan Kåre (2004): *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, Oslo: Gyldendal
- Hvalvik, Sigrun (2005): *Bergljot Larsson og den moderne sykepleien*, Oslo: Akribe
- «Hverdag» nr 4/1978, 2.årgang, Temahefte 12: Syk psykiatri
- Jones, Maxwell (1971): *Det terapeutiske samfunn – i sykehuset og utenfor. Sosial læring og sosialpsykiatri*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Karlsen, Rune (2009): Profesjonell kompetanse, i: *Sykepleien Forskning*, 4(3), s198-204
- Kelstrup, Anders (1983): *Galskab, Psykiatri og galebevægelse – en skitse af galskabens og psykiatriens historie*, København: Amalie
- Lia, Gaute (2003): *Utsettelse av sinnssyke i privatpleie – En undersøkelse av familiepleien i Manger 1880-1920*, Hovedfagsoppgave i historie, Universitetet i Bergen

- Lindgjerde, Odd (1995): Biologisk orienterte behandlingsmetoder i Gaustad sykehus gjennom /tidene i: Retterstøl, Nils (red.): *Gaustad sykehus 140 år*, Oslo: Universitetsforlaget
- Lov om Sindsyges Forpleining og Behandling af 17de august 1848
- Ludvigsen, Kari (1998): *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*, Bergen: Rapport nr 63, Universitetet i Bergen
- Ludvigsen, Kari (2002): Forståelse og praksis knyttet til psykiske lidelser 1850 – 1920, i: Norvoll, Reidun (red.) *Samfunn og psykiske lidelser*, Oslo: Gyldendal
- Lysnes, Marie (1982): *Behandlere og voktere, Psykiatrisk sykepleies historie i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget
- Løchen, Yngvar (1971): *Idealer og realiteter i psykiatriske sykehus*, Oslo – Bergen – Tromsø: Universitetsforlaget
- Martinsen, Kari (2001): Huset sangen, gråten og skammen. Rom og arkitektur som ivaretaker av menneskets verdighet i: Trygve Wyller (red.): *Skam. Perspektiver på skam og skamløshet i det moderne*, Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, Kari (2003): Disiplin og rommelighet i: Kari Martinsen og Trygve Wyller: *Etikk, disiplin og dannelses. Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mathialainen, Dahly (1997): *Idemönster i Karin Neuman-Rahn livsgärning och författerskap: en idéhistorisk-biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1900-tallets första hälft*, Åbo: Åbo akademisk forlag
- Møllerhøj, Jette (2006): *På gyngende grund. Psykiatriens praksiser og institusjonalisering i Danmark 1850-1920*, PhD-avhandling, København Universitet
- Neuman-Rahn, Karin (1924): *Den psykiskt sjuka människan och hennes vård*, Helsingfors: Holger Schildts Förlagsaktiebolag
- Nightingale, Florence (1997): *Notater i sykepleie*, Oslo: Universitetsforlaget
- Nissen, Rikke (2000)(1.utgave 1877): *Lærebog i sygepleie*, Oslo: Gyldendal
- «Nordlys» (1985):
- «Åsgård-pasientene lider overlast hver eneste dag», 14.januar
 - «Alle blir permittert», 15.januar,
 - «Skaffer vikarer til Åsgård», 17.januar,
 - «Sør-norske sykehus som «faddere», 19.januar
- Pedersen, Per Bernhard (2002): Deinstitutionaliseringen av det psykiske helsevernet, i: Norvoll, Reidun (red.): *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Ramsdal, Helge (2002): Om formingen av det kommunale psykiatrifeltet, i Norvoll, Reidun (red.): *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Riksarkivet (RA): Medisinalinnberetninger for Finnmark, Troms og Nordland 1860-1950
- Riving, Cecilia, Jette Møllerhøj og Pernille Sonne (2006): Arvet etter Foucault i Skandinaviske och internationell psykiatrichistoria i: *Scandia* nr 2
- Saastad, Arve (1995): Er god pleie av psykiatriske pasienter avhengig av profesjoner eller mennesker? Utdanningsspørsmålet på Gaustad sykehus i historisk perspektiv, i: Retterstøl, Nils: *Gaustad sykehus 140 år*, Oslo: Universitetsforlaget
- Sandmo, Erling (2005): Et uvisst sted, i: Thorvald Steen (red): *Asylet. Gastad sykehus 150 år*, Oslo: Aschehoug
- Sinnssykeasylenes virksomhet/Sinnssykehusenes virksomhet (1873-1950)
- Sjøstrøm, Bengt (1992): *Kliniken tar over dårskapen. Om den moderna svenska psykiatrins framvext*, Gøteborg; Daidalos

- Skar, Mariann (1993): *Tvang i psykiatriske sykehus*, Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Tromsø
- Skram, Amalie (1977, 1): *Professor Hieronimus*, København: Gyldendal
- Skram, Amalie (1977, 2): *På Sct.Jørgen*, København: Gyldendal
- Skålevåg, Svein Atle (1998): *System i galskapen – teori og terapi i norske sinnssykeasyl, 1855-1915*, Hovedfagsoppgave i Historie, Universitetet i Bergen
- Skålevåg, Svein-Atle (2003): *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920* Bergen: Rokkansenteret, Rapport 10
- Statsarkivet i Tromsø (SAT):
- Åsgård arkiv (1957-1969)
 - Fylkesmannen i Troms og Fylkesmannen i Finnmark, Sinnssykeprotokoller over offentlig forpleide sinnssyke (1870-1961)
- Stave, Gunnar (1990): *Mannsmot og tenarsinn: Det Norske Diakonhjem i hundre år*, Oslo: Samlaget
- St.meld nr 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*
- St.prp.nr 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*
- Svedberg, Gunilla (2000): *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*, Stockholm: Karolinska Institutet
- Vråle, Gry Bruland (2009): *Tradisjon og fornyelse: Forholdet mellom teori og praksis i: Vråle, Gry Bruland, Bengt Karlsson og Jan Kåre Hummelvoll (red.): Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvførelse, praksis og forskning*, Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr 14
- Waule, Jørg Erik (1988): *Fra isolasjon til integrasjon i Sande, Lars Chr: På den andre siden av fjorden, Rogaland psykiatriske sykehus 1913-1988*, Oslo: Kommuneforlaget
- Widerøe, J (1911): *Erfaringer om privatforpleining av sindsyge i et vestlandsdistrikt i: Tidsskrift for Den norske lægeforening, s 578-587*