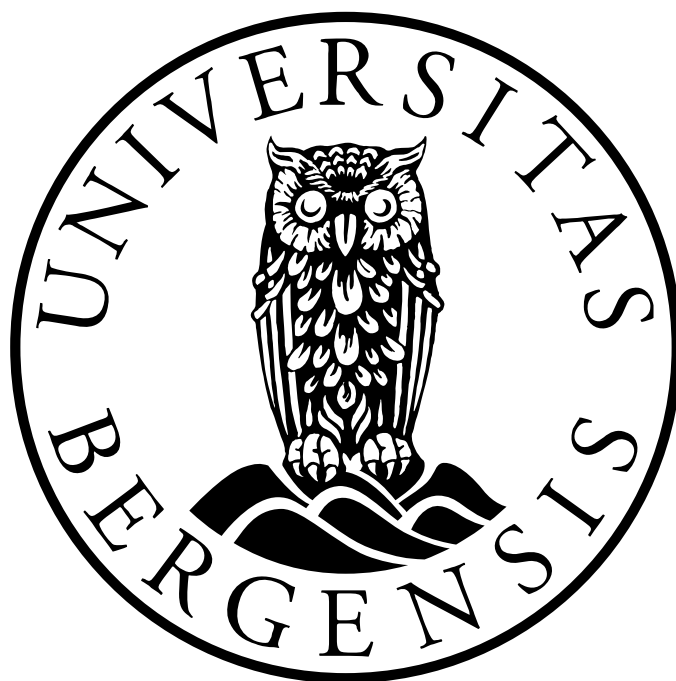


Spedalskhet, galeanstalter og laboratoriemedisin

- endringsprosesser i medisinen på 1800-tallet i Bergen

Morten Hammerborg



Avhandling for graden Philosophiae Doctor (PhD)

ved Universitetet i Bergen

2009

FORORD:	III
INNLEDNING	1
Et synlig sammenbrudd.....	3
Et frigjøringsprosjekt	5
Historie som "thickening narratives"	8
Historiens plot	11
De tre fortellingene – mine plot og kilder.....	14
KAPITTEL 1: BERETNINGEN OM ET SAMMENBRUDD	19
Det moderne som fetisj	20
Det moderne som konvensjon og kronologi.....	22
Det moderne som moderniteten.....	24
Det moderne som forståelse og mening – et eksempel	31
Det modernes faser – et forsøk på operasjonalisering	37
Modernitetens problem	41
KAPITTEL 2: BYGGINGEN AV ET SPEDALSKHETENS APPARAT	45
Tallenes historie	46
Tidligere forskning.....	49
Prosjekt 1 – en trussel og en løsning	52
En mediko-politisk allianse	52
En trussel blir til	58
En løsning formuleres	64
Prosjekt 2 – arvelighet, isolasjon og ekteskapsforbud	67
Et spørsmål om etiologi.....	68
Miasmer uten program	71
Pleiestiftelsene som isolasjonsanstalter	74
Lov mot ekteskap i spedalske familier	79
Prosjekt 3 – På hygienismens grunn – sunnhetskommisjoner og "Lepraregisteret"	86
Høeghs søyler.....	86
"ved i Almindelighed at virke i Culturens og Civilisationens Tjeneste" –sunnhetskommisjoner mot spedalskhet	88
"Lepraregisterets" tilblivelse	92
Et epidemiologisk prosjekt?	97
Konklusjon	103

KAPITTEL 3: PORTEN – EN FORTELLING OM GALEINSTITUSJONER I BERGEN	107
Tidligere forskning.....	109
Om begrepsbruken	112
Til utlandet for å lære.....	113
En egen stiftelse for de gale	117
En egen stiftelse for de rolige	123
Forslag om en ny galeanstalt for byen.....	132
Frederik Holst og hans nasjonale reformforsøk.....	139
Mot bygging i Bergen.....	144
Se til Bergen!	147
Fortellingen om et forfall.....	150
En blir til to – Mentalen og sykehuset skiller lag	154
De selvsagte forutsetninger – portens forklaring og mening.....	157
Epilog – Fortidens forpliktelser	160
KAPITTEL 4: LABORATORIET OG KLINIKKEN - OM INNFØRINGEN AV LABORATORIEMEDISINEN I BERGEN SYKEHUS.....	163
Tidligere forskning – fortellingen om en konflikt	165
Prosektorstilling og den nye generasjon leger	171
Nye teknologier i et gammelt regime	181
Et nytt regime.....	185
Laboratoriet i arbeid – "forsinkete" teknologier?	186
Histologi og kreft – den siste prøve.....	194
Et fruktbart fellesskap.....	201
AVSLUTNING	205
Litteraturliste:	215

Forord:

Denne avhandlingen er en del av prosjektet "Helse- og medisinhistorie: Sykdomsbekjempelse i spenningsfeltet mellom forebygging og behandling. Norge i komparativt perspektiv 1800-2000", ledet av professor Astri Andresen og professor Tore Grønlie. Jeg har vært ansatt som stipendiat på Historisk institutt, senere Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap (AHKR). Arbeidssted har i hele perioden vært ved Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Det er mange som fortjener takk for at denne avhandlingen nå er ferdig. Mine veiledere er selvsagt dem som i første rekke har muliggjort ferdigstillingen. Hovedveileder Astri Andresen og biveileder Tore Grønlie ga meg all den frihet jeg kunne ønske meg til å gå mine egne veier. Det hendte jeg gikk vill, og særlig på slutten ga de den motstand som var nødvendig for å løse det hele i havn. De har veiledet i ordets beste betydning. Dere skal begge ha stor takk for deres kloke og vennlige fremferd.

I lange perioder har jeg imidlertid latt mine veiledere få fri. I det daglige er det nære venner og kolleger ved Rokkansenteret som har måttet tåle et uendelig mas om medisinsk historie i Bergen. Svein Atle Skålevåg og Teemu Ryymin har levd med dette prosjektet like lenge som meg, og de har gitt tilbakemeldinger på idéer, tanker og utkast i årevis. Tusen takk for deres aldri hvilende kritiske sans. Like kritiske og entusiastiske lesere har jeg hatt gleden av å ha tilgjengelig i Sissel Rosland og Jan Heiret. Disse fire personene er også sentrale i det vi omtaler som "Bjørnson-seminaret", startet opp av og oppkalt etter professor Øyvind Bjørnson. Øyvind, min mentor og tidligere hovedfagsveileder, gikk dessverre bort oppunder jul 2007, men seminaret han grunnla fortsetter. Dette uformelle manuskriptseminaret er det mest nådeløse forum jeg kjenner, og jeg takker alle som har deltatt i dissekeringen og pulveriseringen av mine tekster her. Her deltok også min medstipendiat på prosjektet, Elisabeth Koren, en medstipendiat som gjorde stipendiatperioden langt bedre og morsommere enn den ellers ville vært. Margrete Søvik var også i lang tid et meget aktivt medlem av seminaret. I tillegg til disse må Rokkan-medhistorikerne Knut Grove, Svein Ivar Angell, Yngve Flo og Aarstein Svihus nevnes spesielt.

Helse- og medisinhistorieprosjektet har også gitt svært gode rammevilkår for å kunne teste ut materiale og få tilbakemeldinger underveis. Den løpende seminarrekken med tittelen "Helse-

og medisinhistorie" har vært et godt sted å legge fram tekster. De årlige internasjonale workshopene har vært uvurderlige for å presentere stoff og å knytte kontakter med utenlandske miljøer. Kapittel 4 ville aldri sett dagens lys uten at Steve Sturdy fra Science Studies Unit, University of Edinburgh besøkte workshopen. Det påfølgende studieoppholdet hos Steve, Ivan Crozier og alle PhD-studentene i Edinburgh var helt avgjørende for at laboratoriemedisinen kom til å bli tematisert i denne avhandlingen. Ved Gades institutt har jeg møtt stor interesse og velvillighet, og professorene Ole Didrik Lærum og Tore Elling Ulvestad har begge vært utmerkete samtalepartnere. De har begge lest og kommentert tidligere utkast av kapittel 4. Lærum gjorde også litteratur og kildemateriale tilgjengelig for meg.

Jeg har vært så heldig å kunne knytte meg til den ypperste ekspertise også i andre deler av avhandlingen. Sigurd Sandmo, Magnus Vollset og professor Lorentz Irgens har alle hjulpet meg inn i spedalskhetens verden. Både Sigurd og Magnus har lest og gitt tilbakemelding til kapittel 2, og Sigurd har i det hele tatt vært min kunnskapsrike guide i et for meg tidligere ukjent landskap. I den siste hovedfortellingen, om galeanstaltene i kapittel 3, hadde jeg heldigvis Svein Atles inngående kunnskaper om psykiatrihistorien å støtte meg til. I tillegg hjalp førstearkivar Christopher Harris ved Statsarkivet i Bergen meg i gang med kildejakten i den første og mest forvirrende fasen. Da jeg først fant gull i Bergen byarkiv, og den gotiske skriften var nesten usynlig, satte avdelingsleder Knut Geelmuyden av to arbeidsdager for å tyde og lese høyt fra brevene. I det hele tatt har jeg alltid fått all den assistanse og hjelp jeg har kunnet be om fra Statsarkivet, og da særlig fra statsarkivar Yngve Nedrebø som stadig har hjulpet meg i stort og smått, og fra Byarkivet, hvor Mona Nielsen alltid har vært vennligheten selv.

Professor emeritus William Hubbard har fulgt prosjektet med stor entusiasme og stadig vært parat med litteraturtips. Litteraturhjelp har jeg også fått av professor Aina Schiøtz. I tillegg har følgende personer lest og kommentert deler av avhandlingen: Professor Knut Kjelstadli, Anne Kveim Lie, Eirinn Larsen og Jan Kåre Breivik. Min far, Dag Hammerborg, som gjennom et langt liv ved UiB har deltatt i mang en avhandlingsprosess, har bidratt til å holde arbeidet i rute med sine strenge formaninger.

Dere skal alle ha takk for den hjelp dere har ytt og den vennlighet dere har vist meg. Men den største takken må gå til den som har levd med meg i disse årene. Det er min kone Anette som

har holdt meg i den nåtidige verden, som har holdt hjemmet vårt samlet og tatt hovedansvaret for våre to døtre når avhandlingsarbeidet har holdt meg hjemmefra. Uten din hjelp hadde dette vært en umulighet. Tusen takk.

I en tid hvor komplekse historiske tidsperspektiver i økende grad etterlyses, og det skjer en avstandstaken til forenklete, lineære trendfremskrivinger, slike fremskrivinger som en ofte finner i de modellbyggende samfunnsvitenskapene, så er det vesentlig at historikernes særegne perspektiver på dynamikker over tid og kritikk av determinisme i historiske prosesser fremheves og ikke tynnes ut med honnørbegrepet tverrvitenskap.¹

INNLEDNING

Dette er en avhandling som handler om medisinhistoriske endringsprosesser på 1800-tallet. Den inneholder tre ulike fortellinger som alle tar sitt utgangspunkt i Bergen og viktige endringsprosesser knyttet til medisinen, og ser disse i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv.² De tre fortellingenes hovedtema er henholdsvis utbyggingen av et spedalskhetens apparat, galeanstaltenes³ særegne historie i byen og introduksjonen av laboratoriemedisinen i byens sykehus. Temaene og endringsprosessene er valgt ut fra deres viktighet for den store transformasjonen av medisinen som foregikk i løpet av 1800-tallet, en transformasjon som oftest refereres til som "moderniseringen" av medisinen.⁴ Forut for de tre fortellingene har avhandlingen derfor en studie og kritikk av modernitetsbegrepet som analyseredskap, en kritikk som de tre fortellingene tar sitt utgangspunkt i.

De tre fortellingene kretser alle rundt kvalitative brudd i medisins historie som utgjør merkestener i "moderniseringen" av den. Merkestener er de fordi de alle er knyttet til forhold

¹ Bo Stråth, Dorthe Gert Simonsen, Anette Warring, Thomas Lindkvist og Nils Erik Villstrand: *Evaluering av norsk historiefaglig forskning. Bortenfor nasjonen i tid og rom: fortidens makt og fremtidens muligheter i norsk historieforskning*, Oslo 2008 (Norges Forskningsråd): 139.

² For noen vil begrepet "fortellinger" kunne gi konnotasjoner om en historieskrivning som er omtrentlig og som nøyer seg med kun å være beskrivende (ofte sett i motsetning til en forklarende og analytisk historieskrivning). Etter mitt syn er et slikt skille kunstig. "Fortelling" er her valgt for å betone historiefagets narrative karakter, ikke si noe om framstillingens ambisjons- eller presisjonsnivå. For en behandling av dette spørsmålet, som tar utgangspunkt i en motsetning mellom "forklaring" og "fortelling", men som ender opp med å oppheve motsetningen og konkluderer med at "den narrative grunnstruktur er det særegne og konstitutive ved historiske forklaringer, teorier og framstillinger", se Ottar Dahl: "Forklaring og fortelling i historievitenskapen" i *Historie og teori. Artikler 1975-2001*, Oslo 2004: 71-83. Artikkelen sto opprinnelig på trykk i *Nytt Norsk Tidsskrift* 1993 (3).

³ Jeg har valgt å bruke "galeanstalter" i stedet for "asyl", "døllhus", "dårekiste" eller lignende for å minimere et begrepsmessig anakronismeproblem. For en argumentasjon, se kapittel 3.

⁴ Se for eksempel Jan Groven Grande: *Veien, sannheten og livet: Norske medisineres vitenskapelige moderniseringsarbeid ca. 1840-1880*, Trondheim 2003.

som ansees som avgjørende for å hevde at en modernisering har funnet sted. På ulikt og varierende vis er fortellingene om spedalskhetens apparat, galeanstaltene i Bergen og innføringen av laboratoriemedisinen i Bergen sykehus knyttet til forhold som vitenskapeliggjøring, medisinsk spesialisering, teknologisering, institusjonsmessig differensiering og til statens økende opptatthet av helseforhold. Alle disse fenomenene hører til blant dem som sees som byggestener for "moderniteten", noe vi skal se nærmere på i kapittel 1.

Denne avhandlingen vil imidlertid argumentere for at det å forstå slike endringsprosesser med moderniseringsbegrepet som viktigste redskap, og å primært ordne fortellinger om slike endringer med utgangspunkt i at det har foregått en "moderniseringsprosess", kan gi noen høyst uheldige konsekvenser. Resultatet kan bli teleologiske, lineære og forenklete historier, hvor moderniseringsbegrepet står for mening, forklaring og forståelse, på bekostning av empirisk analyse. Dermed blir selve den konkrete endringsprosessen uforklart og uforstått.

Denne avhandlingen vil derfor, gjennom nærlesninger av slike endringsprosesser i medisinen, utforske, åpne for og demonstrere hvor heterogene, tilfeldige, improviserte, kontingente og komplekse slike "moderniseringsprosesser" arter seg når de studeres i en konkret og lokal kontekst. Vi kjenner allerede til de grove trekkene i medisinen utvikling gjennom 1800-tallet. Det er ingen tvil om at medisinen ble mer vitenskapelig, at medisinsk spesialisering tiltok og førte til spesialiteter så som psykiatrien, at medisinen ble tilført nye teknologier, at nye typer medisinske institusjoner ble bygget og at staten ble sterkere involvert i helsearbeidet, for bare å nevne noe av det som skjer i dette hundreåret. Eller for å låne W. F. Bynums ord når han tematiserer "modern medicine": "in terms of concepts, institutions, and professional structures, the medicine of 1900 was closer to us almost a century later than it was to the medicine of 1790."⁵ Slike observasjoner sier imidlertid ikke stort om prosessene; om *hvordan* dette skjedde. I denne avhandlingen skal vi derfor stille følgende spørsmål: Hvordan skjer og arter de kvalitative bruddene i medisinen seg? Hva slags kunnskap kan vi få om slike "moderniseringsprosesser" når de studeres enkeltvis i tid og rom? Med andre ord: Hvordan ble medisinen "modernisert" i Bergen?

⁵ W. F. Bynum: *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth century*, Cambridge 1994: xi.

Et synlig sammenbrudd

Det første kapittelet er kalt "Beretningen om et sammenbrudd", og legger et viktig premiss i det narrativ som denne avhandlingen utgjør, samtidig som det viser fram den problematikk som denne avhandlingen skal kretse om. Kapittelet startet som et forsøk på å operasjonalisere begrepet "det moderne". Den opprinnelige planen var nemlig å skrive en avhandling om "Framveksten av det moderne sykehuset". Med erfaring fra flere oppdragsverk som tok for seg perioden 1850-2000,⁶ anså jeg det for en overkommelig oppgave å skulle skrive en slik historie. Operasjonaliseringen skulle være en vei inn til å bestemme tidsavgrensningen og hvilke endringer ved sykehuset jeg skulle undersøke, dvs. "moderniseringen" av sykehuset. Slik gikk det ikke. Mitt operasjonaliseringsforsøk endte nemlig ikke opp med å gi meg redskaper til å strukturere min forventete fortelling om sykehuset, men førte i stedet til en kritisk holdning til enkelte sider ved min egen tidligere produksjon og praksis, samt at det gjorde meg skeptisk mot i det hele tatt å strukturere en fortelling rundt "det moderne".

Til tross for at jeg hadde vært fast bestemt på å lese meg fram til en funksjonell modernitetsdefinisjon som så skulle være mitt analytiske hovedgrep for avhandlingen, så lyktes ikke dette. Sammenbruddet skyldtes at jeg gjennom nærlesning av to tekster⁷ som proklamerte å omhandle "det moderne sykehuset", mente å se noen negative konsekvenser av å skrive historie strukturert med utgangspunkt i et begrep som "moderniteten". En kan si at det oppsto en disharmoni, en kollisjon, mellom den historikerpraksis jeg trodde jeg hadde bedrevet og det dette operasjonaliseringsforsøket av "moderniteten" fortalte meg om min egen praksis. Min oppfatning av egen tidligere historieskrivning var at jeg fortalte dynamiske, spennende og mangefasetterte historier hvor en eklektisk og fri omgang med teorier og begreper var uttrykk for historiefagets egenart og dynamikk. Det operasjonaliseringsforsøket og nærlesningen lærte meg, var at jeg ubevisst hadde latt mine historier bli formet innenfor rammer og langs linjer jeg ikke hadde sett tydelig. Dette rammeverket og denne lineariteten ble synliggjort i analysen av modernitetsbegrepet og da særlig i lesningen av tekstene om "det moderne sykehuset". Jeg tør tro at jeg ikke er alene om en slik praksis, og tør videre tro at å vise fram dette sammenbruddet kan ha interesse.

⁶ Se Morten Hammerborg, Ingrid Louise Ugelvik, Knut Vennesslan og Hans-Jakob Ågotnes: *Jernvilje. Et stykke bergensk industrihistorie 1850-2000*, Bergen 2000; Morten Hammerborg: *Skipsfartsbyen. Haugesunds skipsfartshistorie 1850-2000*, Bergen 2003; og Martin Byrkjeland og Morten Hammerborg: *Byens skjulte årer. Vann og avløp i Bergen gjennom 150 år*, Bergen 2005.

⁷ Henholdsvis Ole Georg Moseng: "Ansvaret for undersåttenes helse, 1603-1850", bind I i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, Oslo 2003 og Vibeke Erichsen: "Sykehusets plass i helsetjenesten" i Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Oslo 1996.

Kapittel 1 konkluderer nemlig med at modernitetsfortellinger står i fare for å ikke lesningen av fortiden en tvangstrøye hvor i bunn og grunn bare én fortelling er mulig å fortelle, nemlig den om modernitetens komme og utvikling i ulike faser etter et relativt fastlagt skjema – og det tildels uavhengig av hvilken empiri man forholder seg til. Dette kan gi deterministiske og lineære historiefortellinger som er blinde for det kontingente, det lokale og det temporale. Jeg forkastet derfor fortellingen om ”det moderne sykehuset”. I stedet for å skrive om én enkelt institusjons kvalitative endring og kle dette bruddet i moderniseringsbegrepet, så ville jeg forsøke å kreere andre fortellinger som ikke skulle la seg begrense av modernitetens rettlinjete utviklingsskjema. Jeg ønsket å unnslippe modernitetsmodellens ”tvang over tanken”, for å si det med Jens Arup Seip.⁸ Disse fortellingene skulle imidlertid hente sine tema fra den store modernitetsfortellingen om endringen av medisinen på 1800-tallet, og på denne måten utforske slike modernitetsbrudd. De tre kapitlene som følger dette innledende sammenbruddet, er altså mine forsøk på å skape slike historier.

Dette sammenbruddet i forskningsprosessen, i seg selv et prosaisk og vanlig fenomen i slike prosesser, har jeg valgt å beholde i teksten. En kunne tenkt seg en løsning hvor innsikten fra sammenbruddet ble bakt inn i et nytt teoretisk og metodisk perspektiv, og hvor selve sammenbruddet ble usynliggjort gjennom å framstille det nye perspektivet som en logisk og koherent måte å gripe problematikken på. Det at sammenbruddet er beholdt betyr ikke at jeg forfekter en naiv tro på at produktet på et vis kan bli en nøyaktig kopi av prosessen; også denne teksten er spekket med eterrasjonaliseringer - og ønskeligheten av å presentere et produkt som er like springende og kaotisk som en forskningsprosess er vel høyst tvilsom. Jeg mener imidlertid at akkurat dette sammenbruddet kan, i tillegg til å vise fram på en svært tydelig måte en del problemer forbundet med modernitetsbegrepet, fungere som et illusjonsbrudd av den typen som blant annet Peter Burke har tatt til orde for. Et historisk narrativ bør utformes på en slik måte at det kan framvise historiefremstillingens konstruktivistiske oppbygning og relative karakter:

[M]ore and more historians are coming to realize that their work does not reproduce ”what actually happened” so much as represent it from a particular point of view. To communicate this awareness to readers of history, traditional forms of narrative are inadequate. Historical

⁸ Jens Arup Seip: *Problemer og metode i historieforskningen. Artikler, innlegg, foredrag 1940-1977*, Oslo 1983: 225. Uttrykket er hentet fra et foredrag som har gitt opphav til kanskje Seips mest kjente aforisme: ”Modellenes tyranni”. Først publisert i *Studier i historisk metode*, bind 10, 1975, inkludert en innledning til diskusjon som dette sitatet er hentet fra.

narrators need to find a way of making themselves visible in their narratives, not out of self-indulgence but as a warning to the reader that they are not omniscient or impartial and that other interpretations besides theirs are possible.⁹

Den oppfordring som Burke her propagerer for, skal forsøkes etterlevd i denne avhandlingen. Jeg vil, både i enkeltkapitlene/-fortellingene så vel som i avhandlingens struktur, kommunisere historiefortellingens karakter som konstruksjon gjennom å synliggjøre både forfatter og forskningsprosess; å skape illusjonsbrudd i den illusjon som den autorative historikerfortelling om fortiden er. Delvis derfor er sammenbruddet beholdt som en synlig del av narrativet. Sammenbruddet var dessuten fruktbart. Det er i sammenbruddet at det ligger en lærdom om hva som kan skje med historiefortellinger som forsøker å ta sitt utgangspunkt i et stort metanarrativ som "moderniteten" utgjør. Det er derfor også i sammenbruddet at de tre studiene av medisinsk historie i Bergen henter sin inspirasjon til å se særlig etter det som ikke lar seg forklare av et enkelt og lineært gjennombrudd for "det moderne". Inspirasjonen var altså negativ, det var negasjonen av modernitetsfortellingene jeg ville forfølge. Men dette skulle likevel skje gjennom å velge temaer ut fra at de ble tilskrevet viktighet i modernitetsfortellingen. Slik var det mulig å utforske hvordan slike brudd kunne skje i praksis. Før vi går nærmere inn på disse studiene; deres tema, deres problemstillinger og deres kilder, skal vi gå veien om noen inspirasjonskilder for dette prosjektet.

Et frigjøringsprosjekt

En lignende kritikk som den jeg framfører i kapittel 1 mot moderniseringsfortellinger, er tidligere fremmet av historikeren Finn Olstad i *Historisk Tidsskrift* i 2002.¹⁰ Foranledningen var at historikeren Francis Sejersted hadde publisert en skisse¹¹ til det som skulle bli hans bidrag til tobindsverket som ble utgitt i anledning 100-årsmarkeringen for oppløsningen av unionen med Sverige i 2005.¹² I denne skissen så Olstad et eksempel på en uheldig trend i historiefaget, og det framført av en av fagets ubestridte nestorer i landet. Det Olstad angrep var det at "Sejersteds grunnkonsepsjon, hans nøkkel til forståelse, ligger i den snart alle steds værende forskerklisjé modernisering".¹³ Sejersted bestred senere at denne kritikken rammet

⁹ Peter Burke: "History of events and the revival of narrative" i Peter Burke (ed.) *New perspectives on historical writing*, Cambridge 1992 [1991]: 239.

¹⁰ Finn Olstad: "Forståelsen av historien" i *Historisk Tidsskrift* 2002 (4): 541-549.

¹¹ Francis Sejersted: "Sverige og Norge i det 20. århundre. Skissemessig opplegg til en fremstilling", *Historie* 2002, nr. 2.

¹² Francis Sejersted: "Sosialdemokratiets tidsalder: Norge og Sverige i det 20. århundre", bind 2 i *Norge og Sverige gjennom 200 år*, Oslo 2005.

¹³ Olstad 2002: 542.

hans planlagte bok,¹⁴ og vi skal ikke forsøke å avgjøre denne striden her.¹⁵ Det vi derimot skal følge videre, uavhengig om dette var en rammende kritikk av Sejersted eller ikke, er de innsigelser Olstad retter mot bruken av ”modernisering” i sin alminnelighet.

Det Olstad angriper er at naturvitenskapelige modeller, gjennom import av teorier, metaforer, begreps- og modellbruk fra samfunnsvitenskapene, skal utgjøre rammene for det historikeren kan skrive om. I slik kritikk blir av og til bildet av Prokrustes’ seng mobilisert.¹⁶ Dette mytiske torturretskapet, hvor den som ikke passet i sengen enten ble kuttet av eller strukket til, motsvarer i dette tilfellet idéen om ”moderniteten” som en fast størrelse, ”moderniseringen” som et bestemt utviklingsforløp og ”moderniseringsprosessen” som bestående av visse bestemte og etterfølgende faser. Det som ikke passer inn, blir presset inn.

Min lesning av moderniseringsfortellingene i kapittel 1, gjør at jeg langt på vei støtter en slik konsepsjon av hvordan samfunnsvitenskapelige begrepsapparat og tenkemåter kan bli applisert på historien. En kan snakke om en tendens i retning av at empirien kan få karakter av å være en eksempelsamling for et ahistorisk metanarrativ, i dette tilfellet ”Den store fortellingen om moderniteten”. Empirien må finne seg i å spille andrefiolin. Det er, for å si det med Finn Olstad når han parafaserer Seip, ”fristende å tale om teoriernes tyranni”. Og videre: ”De sosiale teoriene, fratatt sin historisitet og narrative karakter, [framstår] som det vitenskapelige element, overordnet den konkrete historiske fortelling.”¹⁷

Mot denne, for historikeren, triste beskrivelsen av trender innen faget, setter Olstad opp et frigjøringsprosjekt:

¹⁴ For interesserte lesere; se Sejersteds svar: Francis Sejersted: "Om å kjempe mot stråmenn. En kommentar til Finn Olstad og litt til" i *Historisk Tidsskrift* 2004 (1): 81-86.

¹⁵ Det bør imidlertid nevnes at det er overraskende at akkurat Sejersted skulle bli målet for et slikt angrep som ville gå til felts mot ukritisk import av samfunnsvitenskapelige teorier til historiefaget. Det er vel få historikere som tydeligere har tatt til orde for historiefagets egenart og nødvendigheten av å bekjempe samfunnsvitenskapelige "koloniseringsforsøk", enn nettopp Sejersted. Se for eksempel hans omtale av Gudmund Hernes i Francis Sejersted: "Litt av en historie. Om forholdet mellom humanister og samfunnsvitere" i *Demokratisk kapitalisme*, Oslo 1993: 343-356. Når det er sagt, så har det også i en ellers positiv bokmelding blitt kommentert at Sejersteds valg av "modernitet" har negative konsekvenser for deler av analysen. Se Jan Heiret: "Et forsøk på å beskrive det moderne. Francis Sejersted: Sosialdemokratiets tidsalder." i *HIFO-nytt* 2006 (2): 48ff.

¹⁶ Se for eksempel Sarah Mazas utlegning av Stephen Greenblatt, nyhistorismens og den nye kulturhistoriens kritikk mot "conventional history": Sarah Maza: "Stephen Greenblatt, new historicism, and cultural history, or, what we talk about when we talk about interdisciplinarity" i *Modern intellectual history* 2004, (vol. 1), nr. 2: 259.

¹⁷ Olstad 2002: 543.

[Denne] motstand og motstrategi burde for historikere være et velkomment frigjøringsprosjekt: å være mindre opptatt av å teoretisere historien og mer opptatt av å historisere teorien. Det ville innebære å dekonstruere "den felles moderniseringshistorie", og i stedet å la lokal og temporal tilknytning, variasjoner og særpreg få spille seg ut. Programmatisk kunne en tale om å gjenfinne historiens historisitet, tidens egen tale og samtale, på bekostning av generell teori.¹⁸

Frigjøringen består i at historikeren ikke skal la seg kvele til å rettferdiggjøre sine studier ved å kle sine historier i "vitenskapelige" teorier. Dette innebærer selvsagt ikke et farvel til teori som sådan og en tilbakevending til en rankeansk empirisme. I stedet skal teorien historiseres. For at den skal være meningsfull må den knyttes til tid og rom. Det som har skjedd med "moderniseringshistorien/-teorien" er at den er fratatt sin historiske opprinnelsessituasjon. Det primære, selve utgangspunktet, må være å la det varierte og det særpregete "få spille seg ut". Teorier må utvikles og festes i den mangfoldige, dynamiske og heterogene historien, ikke reifiseres i abstraksjonenes evige verden.

Det er i særlig grad uttrykkene "lokal og temporal" og "få spille seg ut" som har inspirert denne avhandlingens kapittel 2-4. For det første har jeg valgt å lokalisere mine medisinhistoriske studier til i utgangspunktet et begrenset geografisk område. Selve studiene bringer oss til andre deler av landet og utlandet og ser på dynamikker mellom de ulike nivåene, men utgangspunktet for studien er Bergen. Det lokale tilsnittet gir mulighet for å gå nøye og detaljert til verks på det empiriske materialet. Det er også derfor jeg i stedet for å lage én kronologisk og tematisk sammenhengende fortelling om medisinsk utvikling i Bergen, har valgt å gjennomføre tre studier av ulike fenomen hvor jeg på ulike vis har kunnet la ulike moderniseringsfortellinger "få spille seg ut". Mer om disse studiene senere.

I dette perspektivet ligger det en ambisjon om at fortellingene er åpne, de har ikke én bestemt, teoretisk definert, retning de skal gå i. Tilnærmingen er utpreget induktiv. Detaljer som fanger oppmerksomheten, kan få lov til å bli analysert i detalj. Tilfeldigheter og de uforutsette eventualiteter gis rom som potensielt viktige for forståelsen av et historisk forløp og fenomen, de kasseres ikke uten videre fordi de forkludrer bildet av den "egentlige" utviklingen. På lignende vis gis også den handlende aktør rom for å handle og påvirke i disse fortellingene. Dette gir heterogene og dynamiske fortellinger hvor det tilfeldige, det planlagte og det improviserte behandles på likt nivå og inngår i og tillates å påvirke fortellingen. I mine øyne

¹⁸ Olstad bygger her på Margaret R. Somers og Gloria D. Gibson: "Reclaiming the epistemological "Other": Narrative and the social construction of identity" i Craig Calhoun (ed.) *Social theory and the politics of identity*, Oxford 1994. Se Olstad 2002: 543.

er en slik framgangsmåte noe som kan ta "historiens historisitet" på alvor. En unngår å nivellere, forflåte og sterilisere empirien for at den skal gjøre tjeneste som eksempler for et modellenes, teoriens eller metanarrativens tyranni. Empiriens mangfoldighet kan spilles ut, og vi kan lage andre fortellinger.

Men hvordan skal vi konseptualisere slike fortellinger? Hvordan skal vi la dem spille seg ut? Et utgangspunkt for hvordan vi kan tenke om dette, er den tidligere nevnte Peter Burkes begrep om "thickening narratives", og kanskje særlig Paul Veynes bruk av begrepet "plot".

Historie som "thickening narratives"

Begrepet "thickening narratives"¹⁹ har sitt utspring i sosialantropologen Clifford Geertz' berømte begrep og parole om "thick description".²⁰ Forskjellen på en tynn og en tykk beskrivelse ble av Geertz eksemplifisert ved det å trekke sammen øyelokkene. En tynn beskrivelse vil være å bare beskrive den fysiske handlingen, at øyelokkene trekker seg sammen. Ut fra denne beskrivelsen er det umulig å vite om denne sammentrekningen var en ufrivillig handling (a twitch) eller et forsettlig blunk (a wink) som hadde til hensikt å framsi noe. En tykk beskrivelse vil, ved å gi en så utførlig beskrivelse av situasjonen som mulig, av alt det som omgir den, av å bygge lag på lag med beskrivelser, kunne gi en forståelse av den situasjonen som den fysiske handlingen finner sted i. Gjennom slike tykke beskrivelser av det sagte og gjorte blant en gruppe mennesker, så kan antropologen oppnå en forståelse av kulturen²¹ som handlingen finner sted innenfor og dermed kan handlingens meningsdimensjon komme til syne og forstås. Dette er Geertz' etnometodologiske praksis, og finner sted i en deltagende observasjon, en type observasjon som for historikeren ikke er tilgjengelig. Denne insisteringen på at en kultur kan sees som semiotisk i sin natur, har gjort Geertz til den som "[f]ramfor noen har (...) stimulert historikere til å se kulturene de studerer som 'tekster' som kan 'leses'", for å si det med Erling Sandmo.²² Geertz blir av mange historikere brukt som selve inngangsporten til sitt metodiske univers, særlig blant dem som bekjenner seg til den nye kulturhistorien. Olav Hamran ser for eksempel den nye kulturhistoriens "oppmerksomhet på språk og representasjon" som "en følge av en nærmest

¹⁹ Burke 1992: 240ff.

²⁰ Geertz lånte selv begrepet fra Gilbert Ryle. Se Clifford Geertz: "Thick description: Toward an interpretive theory of culture" i *The interpretation of cultures*, London 1993 [1973]: 6.

²¹ Geertz definerer kultur som en grunnleggende semiotisk størrelse og sitt prosjekt som fortolkende og meningssøkende, ikke lovsøkende: "Believing, with Max Weber, that man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law but an interpretive one in search of meaning." Geertz 1993: 5.

²² Erling Sandmo: *Voldssamfunnets undergang*, Oslo 1999: 78.

logisk utviklingsprosess i de siste tiåra", en prosess som altså startet med Geertz' dictum i 1973.²³

"Thick description" vil altså, gjennom sitt program om grundig beskrivelse av det gjorte og sagte, dvs. å bygge opp lag på lag med beskrivelse til den blir tykk, kunne bryte med på forhånd gitte lesninger av de praksiser og kulturer som analyseres. Dette har åpenbart overføringsverdi til det å studere fortiden, selv om metoden ikke er deltagende observasjon og emnet ikke er kulturstudier. Jeg vil bygge tykke beskrivelser av det fortidige i mine fortellinger, beskrivelser som skal gjøre oss i stand til å forstå aktørene og fenomenene vi studerer. I relasjon til de tidligere omtalte tyrannier, så finnes det ikke i en tykk beskrivelse plass til Prokrustes' seng; ingen teori skal gi mening til beskrivelsene, i stedet skal forskeren forsøke, induktivt, å finne et meningsbærende mønster i beskrivelsene. Ting skal få spille seg ut, det er i dette spillet, denne beskrivelsen, at vi skal finne våre tolkninger og forståelser av de fenomen vi studerer.

Sandmo går imidlertid videre i sin tolkning av Geertz. I det at det ikke er det indre, "men det ytre som fenger Geertz", finner Sandmo at: "Menneskene blir produkter av en kultur som manifesterer seg rundt dem, ikke omvendt."²⁴ Denne lesningen av Geertz' kan sees som for strukturalistisk i det at den proklamerer en enveis påvirkning fra kultur til mennesket: Mennesket er et produkt, og på ingen måte en medskaper av den kultur som omgir det, verken nå eller historisk. I Peter Burkes adaptasjon av Geertz og "thick description" til sitt begrep om "thickening narratives" finnes det imidlertid ikke en slik kultur-/strukturdeterminisme.²⁵ I stedet tar det utgangspunkt i at både struktur, aktør, hendelse og intensjon, alt skal kunne rommes i én fortelling.

Burke har ikke veldig klare idéer om hvordan et slikt narrativ skal se ut. Den største mengden av historie skrevet i tråd med konseptet om "thickening narratives", finner Burke i mikronarrativet/mikrohistorien. Her er det nitidige beskrivelser av enkelthendelser og/eller

²³ Olav Nærland Hamran: *Det egentlige drikkeonde. Måtehold i etterforbudstida*, Oslo 2005: 40.

²⁴ Sandmo 1999: 80 (Sandmos kursivering). Dette standpunktet utvikles videre med vektlegging av den språklige og semiotiske siden av Geertz' arbeid, men vi skal ikke følge dette videre her.

²⁵ Se også omtalen av Geertz i tilknytning til det mikrohistoriske prosjektet, Giovanni Levi: "On microhistory" i *New perspectives on historical writing* (Peter Burke ed.), Cambridge 1992. Her postuleres det også at mennesket alltid har et handlingsrom, det vil alltid kunne handle, ikke bare bli skapt. "Thus all social action is seen to be the result of an individual's constant negotiation, manipulation, choices and decisions in the face of a normative reality which, though pervasive, nevertheless offers many possibilities for personal interpretations and freedoms". (s. 94-95).

små lokalsamfunn som står i sentrum. Historiene gjøres tykke med lag på lag med beskrivelser. Disse mikrohistoriene brukes imidlertid som innganger for å belyse strukturene som omgir de små historiene,²⁶ og kan dermed favne, i form av en fortelling om en liten bondefamilie eller en liten landsby, både handling, intensjon, hendelser og strukturer. I tillegg til mikrohistorien, som til tross for metodologiske utfordringer knyttet til å forbinde mikro- med makrohistorie er høyst fruktbar som "thickening narrative", så fester Burke også lit til en annen måte å utforme narrativet på. Et eksempel finner han i sosialantropologen Marshall Sahlins' arbeid.²⁷ Hos Sahlins finner Burke sin løsning på problemet med å inkorporere både hendelse ("event") og struktur ("structure"). Sahlins nøyer seg ikke med å se hendelsen som noe som kan opplyse oss om strukturen, en vei inn til en sannhet om ellers skjulte strukturer,²⁸ men hevder at det finnes et dialektisk forhold mellom hendelse og struktur. Hendelsen kan påvirke strukturen, på samme vis som strukturen kan påvirke hendelsen. Ved å inkorporere dette synet i sine fortellinger, viser Sahlins oss hvordan denne relasjonen mellom hendelse og struktur ikke behøver å sees som motsetninger i et historisk narrativ, men som komplementære. "Indeed, he has virtually resolved, or dissolved, the binary opposition between these two categories", slutter Burke av med.²⁹

Jeg leser Burke og hans tapning av Sahlins dit hen at dette dialektiske forholdet ikke nødvendigvis er avgrenset til hendelse og struktur. Samme logikk må tilskrives andre fenomener som ofte blir sett på som motsetninger i slike binære framstillinger av hva kultur er, hva samfunn er og hva historie er. I stedet for hendelse kunne man satt inn både aktør, handling, intensjon og tale, og i stedet for struktur så kunne kultur, episteme, diskursiv formasjon eller kosmologi vært brukt. Idéen er at den historiske fortellingen skal kunne integrere disse i en framstilling som opphever motsetningsforholdet mellom kategoriene, og i stedet går de inn som likeverdige bestanddeler i en historisk fortelling.

For ytterligere å understreke dette poenget, vil jeg benytte meg av et begrep som har vært fremmet i en skjønnlitterær framstilling hvor historiefaget tematiseres. I Dag Solstads *Roman*

²⁶ Programmatisk uttaler mikrohistorikeren Giovanni Levi seg ved å si at: "It is then possible to use these results to draw far wider generalizations although the initial observations were made within relatively narrow dimensions and as experiments rather than examples". Se Levi 1992: 98.

²⁷ Burke bygger her på to arbeider: Marshall Sahlins: *Historical metaphors and mythical realities*, Ann Arbor 1981 og *Islands of history*, Chicago 1985. Her etter Burke 1992: 248.

²⁸ For et slikt prosjekt som ser hendelsen som nøkkelen til å gripe strukturer, og som har vært mye diskutert blant historikere, se Philip Abrams: *Historical Sociology*, New York 1982. For en oversikt over feltet historisk sosiologi, se Leidulf Melve: "Ein "reflektert historiefagleg identitet"?" i *Historisk Tidsskrift* 2002, (4): 443-488.

²⁹ Burke 1992: 245.

1987 tar hovedpersonen historie hovedfag, og i sin jakt på forståelse av det fortidige, så proklamerer han å skulle finne aktørens "sjølsagte forutsetninger".³⁰ Dette kan forstås på to måter, eventuelt kan sies å romme to dimensjoner, som korrelerer med ambisjonen hos Burke. I en forstand kan "det selvsagte" forstås som det som er ukjent og utilgjengelig for den historiske aktøren (struktur, diskurs eller episteme etc., alt etter teoretisk perspektiv), altså det som "former" ham. Selvsagte forutsetninger kan imidlertid også vise til det som *for den historiske aktøren* er selvsagt, altså at det er kjent for ham og ligger til grunn for hans intensjonale handlinger, men som *for historikeren* er usynlig på grunn av tidsavstanden, av at vårt utsyn på verden er så annerledes enn den historiske aktørens og at det er koder vi ikke kan forstå uten å forsøke å lese aktørens samtid sett fra aktøren.³¹ Disse dimensjonene kan, på samme måte som hendelser og strukturer i Sahlins analyser, sameksistere innenfor samme narrativ, og det på samme nivå.

Historiens plot

Paul Veyne, en fransk antikkhistoriker, ga i 1971 ut en innflytelsesrik bok som propagerte for historiens narrative karakter.³² Boken ble gitt ut på et tidspunkt da historikere utstyrt med kvantitative redskaper, datateknologi og inspirasjon fra samfunnsvitenskapene, kanskje særlig i Veynes hjemland, tok mål av seg til å gjøre historiefaget til en vitenskap i naturvitenskapelig forstand, å gjøre historie til "science".³³ Veyne argumenterte i denne boken konsekvent mot

³⁰ Dag Solstad: *Roman 1987*, Oslo 1987: 149-180. Begrepet tas i bruk på side 152 og 172. For lesninger av den framstilling Dag Solstads gir av historiefaget i denne romanen, se Kåre Lunden: "Automat med og utan medvit – kommentar til Dag Solstad, "Roman 1987"" i *Nytt Norsk Tidsskrift* 1989, 6 (1): 95-99; Trygve Riiser Gundersen: "Historie 1567. (Eller: "Så er det jo det jeg gjør, men jeg ville aldri gjort det hvis det var det jeg egentlig gjorde!"). Fire punkter om Dag Solstad og fortidas prosa" i *ARR – idéhistorisk tidsskrift* 2007, 19 (1): 69-77; og Anne Heit: *Kontrapunktik. En studie i Dag Solstads Roman 1987 och Medaljens forside – en roman om Aker*, Stockholm 1998.

³¹ Det samme poenget gjør Geertz når han viser til at man i en fremmed kultur ikke forstår folks handlinger og at dette skyldes "a lack of familiarity with the imaginative universe within which their acts are signs." Geertz 1993: 13.

³² Paul Veyne: *Comment on écrit l'histoire: essai d'epistemologie*, Paris 1971. Jeg har benyttet meg av den engelske oversettelsen: Paul Veyne: *Writing history. Essay on epistemology*, Middletown, Connecticut 1984.

³³ Om den franske situasjonen, se Francois Dosse: *New history in France. The triumph of the Annales*, Chicago 1994 [1987]. For eksempel anføres Le Roy Laduries utsagn som betegnende for den franske situasjonen: "Tomorrow's historian will be a computer programmer or he will no longer exist." (s. 157). Paul Ricoeur omtalte 1960- og 70-tallet som "the eclipse of narrative", som et bilde på hvordan samfunnsvitenskapenes teorier og metoder dominerte historiefaget. Paul Ricoeur: *Time and narrative*, vol. 1, Chicago 1985: 95ff, her fra Geoffrey Roberts: "Introduction: the history and narrative debate 1960-2000" i *The history and narrative reader*, (Geoffrey Roberts ed.), London og New York 2001: 2 Det er også sagt om Veynes bok at den "stimulated a renewed interest in narrative history among French theorists who were formerly inclined to treat it as an embalmed corpse in nineteenth-century garments." Cushing Strout: "Carl Becker and the haunting of American history" i *Reviews in American History*, 1987, 15, (2): 340. For en beskrivelse av den norske situasjonen, se Sejersted 1993.

denne retningen, og holdt i stedet fram historien som noe kvalitativt annet enn "science".³⁴ Ved å bruke det aristoteliske bildet av verden som delt i to; én guddommelig del hvor alt er determinert, evig, hvor intet endrer seg og alt styres av lover, og én jordisk ("sublunary") hvor alt endrer seg, hvor tilfeldigheter influerer, hvor framtiden er usikker og der en lov kun kan uttale seg om sannsynlighet, plasserer han "science" og historie i to forskjellige dimensjoner.³⁵

Veyne slår så suverent fast hva historiefaget handler om, nemlig å fortelle om sanne hendelser der mennesket er aktør.³⁶ Hva kan vel være enklere enn det? Kriteriene for hva som er sant blir ikke lagt under lupen og Veyne ender dermed ikke opp i de typiske debatter om sannhetens ontologiske status i det fortidige, slik debatt om alt som kan smake av relativisme og postmodernisme i historiefaget ofte har endt opp med i tiden etter Hayden White.³⁷ I stedet kan Veyne fortsette med å beskrive det historikeren faktisk gjør:³⁸ At han eller hun tar som sitt utgangspunkt at sporene etter det fortidige kan brukes til å si noe om den fortidigheten. Befrikk fra scientistiske ambisjoner hvor lovmessighet skal regjere, får historiefaget tilbake sin frihet til å fortelle. Og formen denne frie virksomheten som omhandler fortidens sanne begivenheter både forstås i, forklares i og presenteres i (og her er vi ved kjernen) er i fortellingen og dennes ordnende premiss, nemlig *plotet*.

Facts do not exist in isolation in the sense that the fabric of history is what we shall call a plot, a very human and not very "scientific" mixture of material causes, aims and chances – a slice of life, in short, that the historian cuts as he wills and in which facts have their objective connections and their relative importance.³⁹

Historien er altså som et fortidig "slice of life". Det menneskelige i all sin ubestemmelighet, det er det som er historien. Veynes plot åpner for både hendelser og strukturer, for å fortsette Sahlins' og Burkes språkbruk. Faktisk åpner Veynes program for historieskrivningen for dette i så stor grad at dialektikken mellom strukturene og hendelsene/aktørene etc, ikke engang

³⁴ En lignende polarisering mellom "science" og historie finner også sted i Hayden Whites forfatterskap på 1970-tallet. For en behandling av dette, se Jan Thomas Kobberød: *Sverre Steen – sosialdemokratiets historieforteller*, Trondheim 2004: 22ff.

³⁵ Veyne 1984: 28-29.

³⁶ Veyne 1984: Prologue, s. x.

³⁷ Den mest sentrale av disse debattene i Norge er den såkalte "Sannhetsdebatten" som raste i Historisk Tidsskrifts spalter i perioden 1999-2001. For innleggene som startet debatten, se Ottar Dahl: "Om 'sannhet' i historien"; Knut Kjelstadli: "I hvilken forstand kan vi snakke om sannhet i historie?"; og Erling Sandmo: "Mer og mindre sannhet" i *Historisk Tidsskrift* 1999, 78 (3): henholdsvis s. 365-374, 375-386 og 387-399.

³⁸ En entusiastisk anmeldelse av Veynes bok er da også symptomatisk kalt "History is what historians do", se Eugen Weber: "History is what historians do" i *The New York Times*, 22. juli 1984.

³⁹ Veyne 1984: 32.

tematiseres. Det er ikke en gang tatt opp som et mulig problem. Hos Veyne forteller man. Det er om å gjøre å vise sin kreativitet, vise fram hva som er interessant - og å vise hvordan dette kan forstås (og forklares⁴⁰) i form av en fortelling og et plot. Det er som om historikeren igjen kan puste fritt.

”Plot” er et bevisst valg av Veyne, et valg som skal signalisere noe om historiens og historiestudienes karakter: "The word ”plot” has the advantage of reminding us that what the historian studies is as human as a play or a novel."⁴¹ ”Plot” og ”fortelling” vil jeg hevde har lignende konnotasjoner; de bærer med seg en forestilling om historien som menneskeskapt og konstruert, ikke hentet fra én entydig reelt eksisterende fortid ”slik det egentlig var”. Denne vektleggingen av det konstruksjonistiske kommer tydelig fram også i forståelsen av historien som noe som tilhører det jordiske og menneskelige. Nettopp fordi historiefaget omhandler dypest sett menneskelige og jordiske ("sublunary") fenomener, så kan vi fritt trekke inn alle mulige menneskelige og verdslige forhold i våre plot og våre fortellinger om fortiden. I tillegg til de nevnte "material causes, aims and chances" må vi ta med oss at:

(...)in the world as we see it, the future is contingent and, consequently, deliberation has its justification. (...) Such is the sublunary world of history, in which reign side by side liberty, chance, causes and ends, as opposed to the world of science, which knows only laws.⁴²

Her nektes historikeren intet. Årsaker, intensjoner, aktørers handling, tilfeldigheter, det uintenderte – alt kan brukes. Dette leder på ingen måte til et anarkistisk og atomistisk syn på fortiden. For det første er det ikke slik at alt er like viktig hele tiden. Poenget er at alt er *potensielt* like viktig, hvilken vekt man legger på de ulike forhold avgjøres av hvilket plot vi velger.⁴³ Og når plotet er valgt må man i tillegg forholde seg til at det finnes forbindelser, "objective connections", mellom de ulike fortidige fakta; og det å presentere dette i en fortelling som kan gi mening til alle disse enkelhetene, det er det som er historikerens praksis.

⁴⁰ Veyne gjør et poeng ut av at historisk forklaring heller ikke er forklaringer i en naturvitenskapelig forstand. Historiske forklaringer tar verken sikte på å bygge eller å være utledet av noen lover, men er forklaringer på enkeltstående fenomener. Den grunnleggende forskjellen mellom nomotetisk og idiografisk aktivitet består. Historisk forklaring er ikke annet enn at historikeren ordner sin fortelling i et forståelig plot, det er dette som forklarer det fortidige. Det er dette som ligger til grunn for en av Veynes mest kjente aforismer: "to explain more is to narrate better" (s. 93). Men på grunn av forklaringsbegrepets tilknytning til det scientistiske, så ønsker han å bruke forståelse ("comprehension"). Se Veyne 1984: 87ff. Jeg vil imidlertid benytte meg også av "forklare" i fortssettelsen, men da ikke i en strengt kausal forstand.

⁴¹ Veyne 1984: 32.

⁴² Veyne 1984: 89.

⁴³ Bytter man ut "plot" med en histories "tråd", kan følgende sitat fra Kaldal være opplysende: "tråden avgjør kva som er relevant å ha med, og kva betydning det skal ha, i forteljninga." Ingar Kaldal: *Frå sosialhistorie til nyare kulturhistorie*, Oslo 2002: 55.

Veynes bruk av "objective" kan gi grunnlag for å hevde at han her forfekter en form for en positivisme eller essensialisme hvor historien venter på oss "der ute" i fastlagte mønstre og sett av forbindelser; at det ikke er historikeren som får kildene til å tale med sine spørsmål, men at kildene taler til oss. Jeg vil imidlertid hevde at Veynes plot-begrep åpner for å vise fram at det er historikeren som konstruerer historien. Men prosessen er heller ikke fullstendig relativistisk, det er ikke slik at alt flyter fritt og uten indre koherens. Det er ikke fritt fram for hvilke fakta man vil forholde seg til. Faktaene betyr ikke noe utenfor en fortelling og et plot. Hvis ikke fakta settes i sammenheng med andre fakta gjennom et plot, så har de ingen mening. Det er historikeren som, gjennom valg og konstruksjon av plot, bestemmer faktaenes organisering og meningsbetydning. Denne narrativistiske historieskrivningen går godt i hop med Burkes "thickening narratives". I tillegg gir Veyne oss et nøkkelbegrep, "plotet", til hvordan vi konstruerer disse fortellingene, og det er dette vi skal ta i bruk når enkeltstudiene nå skal presenteres.

De tre fortellingene – mine plot og kilder

Plot må konstrueres for at en fortelling kan ta sin form. Denne konstruksjonen av plot har i denne avhandlingen fulgt en relativt fast mal. Jeg har i den medisinhistoriske litteraturen lett etter tekster som har tatt for seg ulike endringsprosesser som enten direkte blir, eller som lett kan tenkes, knyttet til en "moderniseringsprosess". Jeg har videre betraktet disse tidligere arbeidene nettopp som fortellinger, og har forsøkt å se hva som er *deres* plot for på den måten å kunne få øye på hva slags konstruksjon som ligger til grunn for den historien de forteller, en dekonstruksjon om man vil. Mine egne plot har da blitt til i dialog med eksisterende forskning og egne kildestudier. Resultatet er mine forsøk på å fortelle historier i tråd med de prinsipper Olstad, Burke og Veyne forfekter: rike, dynamiske og spennende medisinhistoriske fortellinger med verdi i seg selv, men som også skal fungere som eksempler på hvordan moderniseringsprosesser foregikk i konkrete tilfeller. Både av hensyn til konstruksjonen av mine plot, og for at disse fortellingene skal gis anledning til å "tykne" og å "spille seg ut", har jeg valgt å la studiene bli fortalt som egne univers. Det vil si at hvert av kapitlene beretter om sine tema, sine problemstillinger, sine historiografier, sine analyser og sine konklusjoner; før de igjen relateres til "modernefortellingen". Dette valget har også som konsekvens at jeg har valgt å ikke presentere en generell historiografi i denne innledningen.⁴⁴

⁴⁴ Det finnes en rekke gode oversikter over medisinhistoriens historiografi, også på norsk. Se for eksempel Lise Kvande: "Når medisin blir historie: Ufordringer for eit fleirfagleg forskningsfelt" i *Sunnhetens apostler. Kultur*

De tre medisinhistoriske plotene i denne avhandlingen, er, som nevnt, valgt ut fra at de alle på ulike måter kan sies å spille en viktig rolle i transformasjonen av, altså ”moderniseringen”, av medisinen og samfunnet på 1800-tallet. Som nevnt handler de henholdsvis om utbyggingen av et spedalskhetens apparat, galeanstaltens historie i Bergen og om innføringen av laboratorieteknologier i byens sykehus.

Den første fortellingen, den om spedalskhetens apparat, tar sitt utgangspunkt i at det mot og rundt midten av 1800-tallet, utspilte seg en voldsom oppmerksomhet mot spedalskheten fra både leger og myndigheter. I løpet av et drøyt tiår ble sykdommen medisinsk-vitenskapelig definert i et kanonisert verk, det ble bygget opp forskningssykehus og isolasjonsanstalter, opprettet sunnhetskommisjoner og i 1856 ble det startet føring av et permanent register over alle de syke. Sentrum for denne virksomheten var for det meste Bergen, men gjennom flere mediko-politiske kampanjer ble saken et anliggende både økonomisk og juridisk også for nasjonalforsamlingen. Som oftest betraktes denne første perioden i historien om kampen mot spedalskheten, bare som et, i etiologisk forstand, forfeilet preludium til den bakteriologiske løsningen på sykdommens etiologi som vant fram fra slutten av 1870-tallet. I den grad tidligere litteratur har beskjeftiget seg med perioden, så har det hovedsaklig vært med henblikk på det som skulle komme, som et steg på veien mot det ”moderne”. Dessuten bærer kampen mot spedalskheten i seg mange av de modernitetsmarkører som ofte brukes; tallregistrene pekte framover mot den ”moderne” epidemiologien, sunnhetskommisjonene var uttrykk for statens involvering på helsefeltet og starten på ”moderne” folkehelse, forskningssykehuset signaliserte en sterkere vitenskapeliggjøring av medisinen og både forskning og institusjonsbyggingen sees ofte som ledd i legenes profesjonsbygging. På grunn av den manglende opptattheten i litteraturen av denne første perioden som et studieobjekt i seg selv, og dens tilknytning til og parallellitet til moderniseringsfortellingen, så ble dette temaet interessant. Mitt plot tar sikte på å etablere et blick på denne perioden i den medisinerledete kampen mot spedalskheten, ikke som et preludium, men som en bevegelse, fenomen og prosess i seg selv. Slik ble det mulig å lage en fortelling som gir et heterogent

og ukultur i helsefeltet (Nora Levold og Per Østby eds.), Trondheim 2002: 55-80 (konsentrert om norsk historiografi på feltet); Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008 (sentrert rundt historiografien om hvordan skrive en sykdoms historie) og "Nyere teoretiske og metodiske innganger til medisinhistorien" i *Nytt Norsk Tidsskrift* 2008, nr. 2: 157-168. Se også Svein Carstens: *Lokal sykehusutvikling i en vitenskapelig brytningstid. Trondhjems Borgerlige Sygehus, senere Trondhjems Kommunale Sygehus 1805-1902*, Trondheim 2006: 2ff. For en god og viktig antologi om feltets internasjonale historiografi, se Frank Huisman og John Harley Warner (eds.): *Locating medical history. The stories and their meanings*, Baltimore 2004.

bilde av ganske andre dynamikker og bevegelser enn tidligere framstillinger av perioden. Byggingen av forskningssykehus, isolasjonsanstalter, opprettelse av sunnhetskommisjoner og et register, alt blir knyttet til, forstått og forklart som resultater av tre ulike mediko-politiske kampanjer som forfektet ulike løsninger på problemet med spedalskheten: Først en kampanje som prediket en statlig involvering og en forsknings-/helbredelsesantalt, deretter en kampanje som med isolasjon og ekteskapsforbud skulle utrydde sykdommen ved å nekte de syke å reproducere seg; og til slutt en kampanje som skulle mobilisere folket selv til innsats gjennom sunnhetskommisjoner og som tok sikte på å utfordre den rådende etiologien med et register. I stedet for et bilde av et enhetlig preludium som et steg på veien fram mot bakteriologien, hvor alle disse bestanddelene sees på som komplementære og kumulative, så kan de i dette plotet leses som konkurrerende prosjekter som lykkes i å realisere deler av sine program, og disse delvis realiserte prosjektene løper sammen i et spedalskhetens apparat. Felles for alle kampanjene var at de baserte seg på tall. Tall som teknologi blir dermed et gjennomgangstema i fortellingen, og presenteres inngående ved fortellingens begynnelse. Sentralt i kildetilfanget står en rekke komitéers utredninger og innstillinger, samt tidens egen medisinske litteratur. I tillegg har jeg benyttet tidligere ubrukt materiale som omhandler opprettelsen av et permanent register over de spedalske, det såkalte "Lepraregisteret".⁴⁵

Den neste fortellingen tar for seg galeanstaltens historie i Bergen. Denne knytter an til moderniseringshistorien i litteraturen ved at spesialiseringen og differensieringen i medisinen ofte brukes som modernitetsmarkør. Og, som i tilfellet med spedalskheten, så er også vitenskapeliggjøring, institusjonalisering og profesjonsbygging andre markører. Min studie tar sitt utgangspunkt i en detalj, nemlig byggingen av en port i Bergens galeanstalt på 1860-tallet. Spørsmålet er hvorfor denne ble bygget akkurat da, ettersom galeanstalten hadde delt inngang med sykehuset i hundre år uten at dette hadde bydd på problemer. Ut fra denne detaljen, og i dialog med foreliggende forskning, konstrueres plotet både diakront og synkront, slik at det tar for seg historien til galeanstalten i Bergen tilbake til før hopehavet med sykehuset oppstod på 1760-tallet samtidig som narrativet blir stadig bredere (tykkere) i sin orientering jo nærmere vi kommer byggingen av porten. Igjen er historiografien avgjørende i konstruksjonen av plotet. Generelt er den nasjonale historien om galeanstalter og galebehandling i Norge kanonisert gjennom et bilde av forløpet til Sinnssykeloven av 1848; en lov som har to pionérer i hovedstaden, én som tiden ikke var moden for og én som lyktes å

⁴⁵ Dette kildematerialet er å finne i: Riksarkivet. Justisdept. M, boks "Spedalskpleien", mappe "Telling av spedalske 1856". Se kapittel 2 for ytterligere detaljer.

grunnfeste ”den moderne psykiatrien” i landet. Lesning av lokal litteratur viste at denne konsekvent tolket den lokale historien innenfor den nasjonale rammefortellingen. Samtidig fant det sted en nybygning med et ”moderne” siktemål i Bergen før ”det moderne gjennombruddet” hadde rukket skje i hovedstaden og lovverket, et faktum som stemte dårlig overens med den nasjonale evolusjonshistorien. Dette ga opphav til å forsøke å lese den lokale historien på samme nivå som den nasjonale, ikke som forklart av den nasjonale. Dette grepet ga mulighet til å gi en tolkning av byggingen av porten, samtidig som lineariteten i den nasjonale historiefortellingen om innføringen av ”den moderne psykiatri” blir utfordret. Kildene denne fortellingen bygger på, består for en stor del av eldre litteratur fra Bergen samt nye og tidligere ukjente kilder til byggingen av det ”moderne” nybygget.⁴⁶

Fortellingen om laboratoriemedisinen henter i større grad enn de foregående sitt plot fra en lesning av internasjonal litteratur, ettersom lokal og nasjonal historiografi stort sett er ikke-eksisterende. I den herskende fortellingen om laboratoriet og klinikken, så sees dette forholdet som et dømt til konflikt. I denne historiografien sees laboratoriet og dets teknologier som en imperialistisk kraft som trenger seg inn på klinikkens område. Laboratoriet er realisasjonen av den vitenskapelige ”moderne” medisin. Dens oppgave i evolusjonens navn er å nedkjempe den gamle medisin. Klinikernes viktigste rolle er å yte, over tid, nytteløs motstand mot historiens ubønhørlige gang som skal endre klinikkens diagnostiske teknikker, dvs. rive dem ut av eneveldige legekunstneres rutine, blikk og hender og flytte dem inn under mikroskop og i reagensglass. Motstrategien, altså plotet i denne studien, blir derfor å nærlese en prosess hvor klinikken utsettes for innføringen av laboratorieteknologier, dvs. ved opprettelsen av en prosektorstilling på 1890-tallet. Det er den daglidagse praksisen i klinikken som blir studert, gjennom pasientjournaler, for å få øye på historiografiens proklamerte konflikter. Da ingen absolutte konflikter mellom laboratoriet og klinikken lar seg påvise i Bergen, så gir dette utgangspunkt for å reflektere over kompleksiteten og ikke-lineariteten i forholdet mellom ”bedside and bench”. I tillegg til et stort antall pasientjournaler, består kildematerialet i hovedsak av medisinskvitenskapelige artikler i tidsskriftet *Medicinsk Revue*.

Det er med disse tre plotene vi skal berette om medisinhistoriske endringsprosesser og transformasjonen av medisinen i Bergen på 1800-tallet. Men først; et sammenbrudd som ga inspirasjon.

⁴⁶ Det viktigste av dette kildematerialet er å finne i Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. For detaljer, se kapittel 3.

KAPITTEL 1:

Beretningen om et sammenbrudd

Dette er fortellingen om et prosjekts sammenbrudd, om en begrepsoperasjonalisering som endte med en kritisk holdning til begrepet, men som også ga støtet og inspirasjon til et nytt prosjekt.

Jeg skulle skrive en avhandling om framveksten av det moderne sykehuset i Norge. Intuitivt skulle en tro at det ville være lett å bestemme *når* moderniseringen av denne institusjonen foregikk, og *hva* denne moderniseringsprosessen gikk ut på, med andre ord når historien om framveksten av det moderne sykehuset skulle foregå og hva den skulle handle om. Et raskt blick på historiografien viser at så enkelt er det ikke.

Historikeren Ole Georg Moseng har i *Helsevesenets historie i Norge* proklamert at det moderne sykehuset vokste fram her i landet i løpet av de siste tiårene av 1700-tallet.⁴⁷

Statsviteren Vibeke Erichsen hevder på sin side i sin bok *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon* at: "(...)det moderne sykehuset vokste fram i tiden etter første verdenskrig".⁴⁸ Moseng og Erichsen hevder altså at den samme institusjonen, "det moderne sykehuset", "vokste fram" (også denne metaforen er felles for begge) henholdsvis på slutten av 1700-tallet og på begynnelsen av 1900-tallet.

Hvordan kan det hevdes at ett og samme fenomen "vokser fram" på to svært ulike tidspunkt i historien? Er det så enkelt at en av dem tar feil og den andre har rett, at vi så å si kan oppsøke empirien og avgjøre tvisten? Eller er det noe med begrepskonstruksjonen som gjør at begge utsagn kan sies å være gyldige? Og hvilke problemer hefter i så fall med et begrep som kan brukes om to vidt ulike fenomener?

⁴⁷ "[D]et moderne sykehusvesenet som vokste fram i Norge i løpet av de siste tiårene av 1700-tallet...". Ole Georg Moseng: "Ansvaret for undersåttenes helse, 1603-1850" bind I i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo 2003: 235. Forfatteren bruker senere begrepet "de moderne sykehusene" om den samme perioden, og Mosengs posisjon må altså tolkes som at begrepet "moderne" er en gyldig beskrivelse av sykehusinstitusjonen på slutten av det 18. århundre i Norge.

⁴⁸ Vibeke Erichsen: "Sykehusets plass i helsetjenesten" i Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo 1996: 70.

For å eventuelt kunne avgjøre når historien om framveksten av det moderne sykehuset i Norge skal foregå, og hva denne historien skal handle om, må vi ta utgangspunkt i begrepskonstruksjonen ”det moderne sykehuset”. Hva slags fenomen er dette? Hvilke kjennetegn utgjør fenomenet ”moderne sykehus”? Vi kan spørre: Hva er det ”moderne” ved det moderne sykehuset?

Et forsøk på en utredning av begrepet ”det moderne” som sådan, vil raskt føre oss ut i en evigvarende ørkenvandring. Begrepet er, sammen med sine nære slektninger ”modernitet” og ”modernisering”, noen av de mest omskrevne som finnes. Vi kunne med Anthony Giddens si at sosiologien som sådan er studiet av moderniteten.⁴⁹ Det mulige utvalget av tekster og teoretikere er i praksis ubegrenset. I stedet for å granske modernitetsdebatten, har jeg i stedet valgt å bruke et par gjengse modernitetsforståelser for å skape en, om ikke idealtipe, så i hvert fall noen rammer for hva som kan knyttes til begrepet. Diskusjonen om og forståelsen av ”det moderne” og ”moderniteten” som ligger innenfor disse rammene, har jeg valgt å kalle modernitetsdiskursen. Det er i lys av denne jeg vil prøve å forstå Moseng og Erichsens utsagn. Det er gjennom en analyse av Moseng og Erichsens bruk av begrepet i sine historiske framstillinger at jeg vil forsøke å finne en måte å forholde meg til begrepet ”det moderne” når jeg skal skrive om sykehusets utvikling i Norge.

Det moderne som fetisj

Bruken av begrepet ”moderne” hevdes å øke i omfang i humaniora- og samfunnsvitenskapene.⁵⁰ I enkelte fag, så som idéhistorie, har postmodernismedebattene endret faget grunnleggende og gjort spørsmål om det moderne til dets hovedanliggende.⁵¹ Skal en spørre hva det postmoderne er, så må man først ha begreper om den tilstanden man etter sigende har forlatt, altså den moderne. Begrepet ”postmodernisme” forholder seg, som Espen Schaanning har påpekt, parasittisk til modernitetsbegrepet, og definerer seg ut fra en avstandtagen til sentrale moderne dyder så som evolusjon og framskritt.⁵²

Postmodernismedebattene har helt klart påvirket interessen for begrepet ”moderne”, men den utstrakte bruk man ser av begrepet, kan ikke forklares med dette alene.

⁴⁹ Anthony Giddens og Cristopher Pierson: *Samtaler med Anthony Giddens: at forstå moderniteten*, København 2002: 21. Se også Thomas Krogh: "Idéhistorie og modernitet eller: It was the Economy, Stupid", *Historisk Tidsskrift* 2005 (1): 17, hvor Jürgen Habermas får stå for den samme påpekningen.

⁵⁰ Se for eksempel Olstad 2002: 542: ”den snart alle steds værende forskerklisjé modernisering”.

⁵¹ Krogh 2005: 15.

⁵² Espen Schaanning: *Modernitetens oppløsning, sentrale skikkelser i etterkrigstidens idéhistorie*, Oslo 2000: 9.

Den danske litteraturviteren Carsten Sestoft hevder at den eskalerende bruken av modernebegrepet har fått karakter av en fetisj. Ordets viktighet synes bare å være proporsjonal med dets vaghet.⁵³ Dette vil jeg påstå er en rammende beskrivelse av hvordan begrepet ofte brukes av historikere. Jeg tillater meg å tro at jeg som relativt ung historiker, og uten særlig tidligere kjennskap til modernitetsdiskursen, gjennom min produksjon de siste årene kan være et høvelig bilde på hvordan og hvorfor dette foregår. En rask gjennomgang av egen produksjon, hvor alt faller innenfor perioden 1850-2000, avslører en flittig, men høyst uklar bruk av ”moderne-begrepet”.⁵⁴

Jeg har tilskrevet ”moderne” til en hel rekke fenomener som må sies å tilhøre vidt ulike nivåer, historiske perioder og samfunnsforhold. En rekke av tilfellene titulerer *gjenstander* som moderne, det være seg vannklosetter, maskiner eller skip. Andre ganger er det *organisatoriske prinsipper*, slik som organiseringen av rederier og andre aksjeselskaper. Andre ganger igjen, så er det *virksomheter*, så som linjefart, som benevnes som moderne. *Mennesker*, det vil si skipsredere i form av næringsutøvere, bedømmes også som moderne. *Historiske utviklingsløp*, så som industrireisningen i Bergen gjennom siste del av 1800-tallet og tankskipsæraen i mellomkrigstiden, er andre moderne fenomener i disse bøkene. *Krig og teknologi* likeså. Og til slutt, er det til og med en *definisjon* som er moderne. Hva er det med begrepet moderne, som gjør at jeg tydeligvis føler det riktig å bruke begrepet om en mengde gjenstander, mennesker og historiske utviklingstrekk, samt om et i utgangspunktet ahistorisk og abstrakt begrep som definisjon? Hvorfor har jeg brukt begrepet så flittig? Hvorfor har jeg, for det meste ubevisst, henfalt til denne fetisjen?

Jeg tror svaret ligger i begrepets effekt, i hvert fall i den effekt jeg håper og tror begrepet frambringer hos leseren. Ved å benytte meg av en dagligdags forståelse av begrepet, at det

⁵³ Carsten Sestoft, Ordet fanger. Moderne-begrebernes historier. *Kritik* nr. 136. Her etter Peter Sørensen, *Hva er det moderne?* www.filosofi.net, februar 2004.

⁵⁴ Eksempler er hentet fra følgende verk (utelukkende hentet fra min tekst der hvor publikasjonene har medforfattere) Morten Hammerborg, Ingrid Louise Ugelvik, Knut Venneslan og Hans-Jakob Ågotnes, *Jernvilje. Et stykke bergensk industrihistorie 1850-2000*. Bergen 2000, Morten Hammerborg, *Skipsfartsbyen. Haugesunds skipsfartshistorie 1850-2000*. Bergen 2003 og Martin Byrkjeland og Morten Hammerborg, *Byens skjulte årer. Vann og avløp i Bergen gjennom 150 år*. Bergen 2005. Jeg har, i tilfeldig rekkefølge, funnet følgende eksempler: moderne avløpssystem, det moderne Norge og det moderne Bergen, moderne kloakkledninger, moderne infrastruktur, det moderne vannklosettet, moderne prinsipper, en moderne, sunn og ren by, en moderne pumpestasjon, moderne gravemaskiner, den moderne industrireisningen, det moderne rederiet, en moderne reder, en moderne flåte, den moderne linje- og tankfart, moderne maskiner, moderne skipsfartsby, en moderne organisasjonsform, moderne aksjeselskap, moderne skip, den moderne tankskipsæra, den moderne hvalfangsten, en moderne krig, moderne teknologi og til slutt, en moderne definisjon.

moderne er noe nåtidig, som angår oss her og nå, så aktualiseres stoffet for leseren. Ved å bruke moderne signaliserer jeg at det fenomenet som nå beskrives/forklares/analyseres, det må leseren få med seg for å forstå hvorfor ting er som de er, og ikke minst, at han eller hun kan bruke sine kunnskaper om dagens samfunn til å forstå det jeg skriver. Det er et forsøk, tror jeg, på å gjøre det fremmedartede i det fortidige gjenkjennbart for dagens mennesker.⁵⁵ Bruken av det moderne impliserer også at jeg innfører et tidsmessig skille. Det jeg beskriver som moderne, kommer i et klart motsetningsforhold til det som gikk forut, det implisitt eller eksplisitt gammeldagse, tradisjonelle eller før-moderne. Leseren, i likhet med forfatteren, får da et ordnende begrep for å forstå framstillingen, en hjelp til å få en ordnet og forståelig idé om utviklingen, enten det nå gjelder et støperi, skipsfart eller vann og avløp, eller noen av de mange småhistoriene i disse bøkene. Kort sagt så blir ”det moderne” framstillingens ordnende grep. Historien som fortelles får et startpunkt og et slutt punkt, en fra-til-bevegelse.⁵⁶

Begrepets ordnende og dikotomiserende egenskaper gjør det lett å ty til, både for meg, og jeg vil våge å påstå, også for andre. Men for at det skal fungere, så er vagheten som Sestoft kritiserer, nesten helt nødvendig. Det er mangetydigheten og den innforståtte bruken som gjør begrepet så effektivt. Men metodologisk er dette et høyst problematisk standpunkt. *Hva er det som endrer seg? Er to tilstander på ulike tidspunkt uttrykk for det samme fenomenet? Som idéhistorikeren Thomas Krogh nylig har pekt på, må en ”ha svært essensialistiske oppfatninger om en grunnleggende substans som er i endring, for å få til dette.”*⁵⁷

Vi skal vende tilbake til det ”moderne” som et ordnende begrep, et som skaper mening og retning i historien. Men først skal vi nærme oss begrepet som konvensjon og dets etymologi.

Det moderne som konvensjon og kronologi

Moderne brukes flittig i dagligdags tale og skrift. Ordets leksikalske betydning er i følge Norsk Bokmålsordliste, todelt. For det første defineres ordet til å betegne det ”som tilhører

⁵⁵ En kunne nå ha begitt seg inn på en diskusjon om det er historiefagets oppgave å gjøre alt så enkelt, så sammenhengende og så fattbart som mulig, slik som det ofte har vært bedrevet. Eller om det, slik det mer og mer hevdes, er historikerens oppgave å gjøre det fortidige fremmed; at en i stedet for å vise kontinuitet, orden og sammenheng som kan gi grunnlag for identitetsdannelse, heller bør vise diskontinuitet og det umulige i å kjenne og forstå fortiden, og det umulige i å se dens sammenheng med nåtiden, for å kunne gi grunnlag for refleksjon over vår egen historisitet, våre egne sannheter og tenkemåter. Se for eksempel Erling Sandmos anmeldelse av Norsk Idéhistorie bind 1. ”Da boken kom til Norge”, av Sverre Bagge (2001) på <http://www.nrk.no/nyheter/kultur/785928.html> (tilgjengelig juli 2007).

⁵⁶ Se også Krogh 2005.

⁵⁷ Krogh 2005: 19.

den nyeste tid, nåtids-".⁵⁸ Eksempler som ordboken angir er "moderne mennesker", "moderne historie" etc. Den andre betydningen knyttes til det "som tilhører det nyeste på sitt område, tidsmessig, aktuell". Eksempler er "moderne kunst", "en moderne skjorte", etc. Det er ullent hva som egentlig menes hvis man pirker og spør eksempelvis hva et "moderne menneske" egentlig er, men dagligtale setter sjeldent spørsmålstegn ved begreper. Til sammen beskriver definisjonene og eksemplene en konvensjonell bruk av ordet. Det eksisterer en konvensjon som gjør det underforstått for både avsender og mottager at ordet betegner "noe" som har med nåtiden å gjøre eller "noe" som er nytt.

I følge Jürgen Habermas kom begrepet "modernus" første gang i bruk i slutten av 400-tallet.⁵⁹ Vårt "moderne" er avledet av det latinske "modernus", som betyr ny eller nyere. Modernus er igjen avledet av "modo", som betyr nylig. Modernus ble på 400-tallet brukt for å markere en avstand til den før-kristne og hedenske romertid. Begrepet erklærte at noe nytt var inntrådt. Dette "noe" skilte seg kvalitativt fra fortiden, og det var derfor viktig å skille mellom det nye og det gamle.

Bruk av det moderne kjenner vi også gjennom middelalderen. Det latinske modo har også blitt utledet som "moderni", og i middelalderen ble dette begrepet brukt om de teologer/filosofene som satte seg utover den tradisjonelle tekstkommenterende aristotelestradisjon ved å benytte seg av en logisk og språkkritisk tilnærming til tekstene. Motsetningen mellom de to retningene ble i løpet av senmiddelalderen kjent som å velge mellom "via antiqua" og "via moderni".⁶⁰

Det moderne dukker opp også senere. Rundt 1800 proklamerer Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) at: "Die neue Zeit, ist die Moderne Zeit".⁶¹ Med den nye tid, mente Hegel de tre siste århundrer, altså fra overgangen mellom middelalderen og renesansen. Denne nye

⁵⁸ Bokmålsordboken på nett, desember 2004.

<http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?OPP=moderne&bokmaal=S%F8k+i+Bokm%E5lsordbok a&ordbok=bokmaal&alfabet=n&renset=j>

⁵⁹ Jürgen Habermas: "Modernitetsoppfattelser." i *Philosophia* volum 26 nr. 1-2. Her etter Sørensen 2004.

⁶⁰ Dette er hentet fra Reinhart Kosellecks arbeid med historisk semantikk. Se Peter Osborne: "Modernity is a qualitative, not a chronological, category: notes on the dialectics of differential historical time" i Francis Barker, Peter Hulme og Margaret Iversen (eds.) *Postmodernism and the re-reading of modernity*, Manchester og New York 1992.

⁶¹ Sitert fra Jürgen Habermas: *Der Philosophische Diskurs der Moderne*, Frankfurt 1985, her etter Sørensen 2004.

tiden var kvalitativt annerledes enn middelalderen, på samme måte som 400-tallets kristne oppfattet sin tid som kvalitativt annerledes enn den hedenske.

Den historiske bruken av moderne fra det 5. til overgangen til det 19. århundret, viser altså at "moderne" har vært brukt i flere ulike tidsrom for å signalisere at det har inntrådt en radikal og kvalitativ endring. Begrepet sier i seg selv ikke noe om *hva* som er nytt siden det har vært brukt om flere slike grunnleggende endringer, bare at det har skjedd *noe*. Begrepet brukes epokalt og kronologisk, for å definere og innsnevre en epoke. Begrepet er i så måte "tomt". Det sier ikke noe om *hva* det moderne er, bortsett fra at det er nytt og skiller seg kvalitativt fra noe som gikk forut. Kjennetegnene ved det moderne endres over tid, fra epoke til epoke. En kan si at begrepet brukes relasjonelt. Det ordner og skiller det gamle fra det nye. Det modernes etymologi åpner for at Mosengs, Erichsens og min egen tidligere bruk av det moderne er i sin skjønneste orden, så lenge det fenomen vi omtaler har gjennomgått en kvalitativ endring.

Begrepet blir imidlertid i denne forståelsen meningsløst som et hjelpemiddel til å bestemme hva en fortelling om "det moderne sykehuset" skal handle om. En slik kategori kan ikke være "tom", en kan ikke tilskrive begrepet hva en måtte ønske. Kategorien må bringe med seg en del utsagn om kjennetegn og karakteristika ved det moderne. Det må si noe om hva det moderne *er*. Og videre, dette må skje i entall, det må være *ett* moderne med bestemte kjennetegn som skal relateres til empiri. Det vi snakker om, er, i bestemt form entall, moderniteten, og det er denne som vanligvis forbindes med en "faglig" bruk av begrepet.

Det moderne som moderniteten

Det finnes nemlig en motsetning mellom det moderne som konvensjon og det moderne som fagbegrep. Det var i hvert fall professor Bernt Hagtvets krystallklare melding til den relativt ferske statsråden Morten Andreas Meyer (H) i en kronikk i Aftenposten høsten 2004.⁶² Under overskriften "Språkets hekserier for Morten Meyer" hamret Hagtvet løs på statsrådets tittel, nemlig "moderniseringsminister" i det nyopprettede "Moderniseringsdepartementet". Hagtvet stemplet statsrådets tittel til å høre hjemme blant "overtalende definisjoner" og "ladete begrepsbestemmelser". Hans tittel burde, etter Hagtvets mening være "privatiserings- og markedsstyringsminister", siden dette var hans program. Og ministerens virksomhet og

⁶² *Aftenposten* 18. oktober 2004. Skirbekks innlegg fulgte den 23. oktober 2004. Meyers tilsvare kom den 21. og 29. oktober 2004.

målsetninger var ikke bare utilstrekkelige for å kunne kalle seg moderniseringsminister, ifølge Hagtvet, men var rent ut representativt for en ”premodernitet”. Professor Gunnar Skirbekk fulgte opp kritikken med å kalle tittelen for ”sjølvgratulatorisk”, og at ministeren var uttrykk for en ”anti-intellektualisme” som var bekymringsfullt sterk i det politiske liv. Meyers tilsvarende svar til de to professorene var nærmest identiske. Han proklamerte i begge sine innlegg at moderniseringsbegrepet var valgt fordi ”politikk er å ville noe”. Budskapet skulle være at stillstand var negativt, endring positivt. Han ville overhodet ikke debattere på professorenes premisser, og prøvde å bruke nettopp deres professorstatus til å stemple kritikken som irrelevant for ”folk flest”. Som han skrev: ”Vi bruker begrepet modernisering på en noe mer folkelig måte enn det Hagtvet og Skirbekk foretrekker, men dette får de tåle.”

For Meyer er begrepet ”det moderne” retorikk, og retorikk alene. Begrepet står tomt og åpent, men like fullt med overveiende positive konnotasjoner, og kan dermed fylles med det han ønsker. For ham er tre satsningsområder god nok konkretisering av hva modernisering er; nemlig ”brukerretting, effektivisering og forenkling.” Det er dette som opprører spesielt Hagtvet, og får ham til å belære Meyer i hva modernisering ”egentlig” dreier seg om. I følge Hagtvet dreier modernisering seg om ”en prosess der samfunnet blir mer og mer differensiert”, en ”funksjonell differensiering”. Dette er nært knyttet til moderniteten som består av ”industrialisering, sekularisering, rasjonalisering, urbanisering og kapitalisering”. I motsetning til de tidligere forståelsene og bruksmåtene av det moderne og modernisering vi har vært inne på, knyttes begrepene nå til moderniteten, og det i éntall. Moderniteten handler om en periode i historien, men viktigere, den har visse karakteristika, kvaliteter ved seg, som gjør den unik. Den er ikke bare ett av flere periodiske skiller, men ett bestemt skille som skal la seg definere ved hjelp av dets karakteristika. Og det er kun en oppfatning av det moderne som knyttet til moderniteten, som et kvalitativt begrep, som kan gi svar på mitt innledningsspørsmål om *hva* som er moderne med det moderne sykehuset.

Men hva er så moderniteten? I det store utvalget av mulige startpunkt, av forsøk som er gjort på å besvare dette spørsmålet, har jeg valgt Marshall Bermans verk fra 1982, ”All That Is Solid Melts Into Air”, med undertittelen ”The Experience Of Modernity”. Bermans bok begynner med en definisjon:

There is a mode of vital experience – experience of space and time, of the self and others, of life's possibilities and perils – that is shared by men and women all over the world today. I will call this body of experience modernity.⁶³

Modernitet er for Berman selve den felles livserfaringen mennesker av i dag deler. Modernitet er rammene for tenkningen, for selvforståelsen, for forståelseshorisonten vår. Den utgjør rammene for våre liv ved at grunnkategoriene i vårt utsyn på verden, slik som oppfatning av tid og sted, selvet og (de) andre, er felles tankegods. På en måte forenes menneskeheten i moderniteten, og det på tvers av landegrenser, klasser, etnisitet og kjønn. Å være moderne er å leve i denne forente verden, men denne foreningen bærer i seg et paradoks, et paradoks hvor sammenbruddet truer. Moderniteten er omskiftelig. Å leve i denne verden er å være fanget i en malstrøm av stadig endring. I samfunn før moderniteten var ting fast, fiksert. En visste hvem en var, hvor en hørte til og hvilke muligheter en hadde. I moderniteten ligger alle muligheter åpne for individet, men det åpner også for at alle farer kan true en. Moderniteten, erfaringen ved å være et moderne menneske, kan i følge Berman, fanges inn i bokens tittel, som for øvrig er et Marx-sitat fra Det kommunistiske manifest: ”Everything that is solid melts into air.”

Hvordan samfunnet kom til å bli slik, denne tilstanden av stadig endring, denne felles livserfaringen, er resultatet av en historisk prosess som går flere hundre år tilbake. Berman identifiserer selv en del av disse prosessene, denne moderniseringen, som kan forklare modernitetens oppkomst: Han peker på de store oppdagelsene innen fysikken, oppdagelser som har forandret våre oppfatninger av universet og dermed vår plass i det. Videre er industrialiseringen viktig. Den har gjort vitenskapens kunnskap om til teknologi, den har skapt nye livsforhold og –vilkår for menneskene og ødelagt gamle, den har økte selve livstempoet og har skapt nye maktforhold og klassekamper. De store demografiske endringene har sendt millioner av mennesker bort fra sine forgjengeres hjemsted og kastet dem inn i nye liv langt hjemmefra. Den raske og ofte katastrofeaktige urbaniseringen har også gitt nye livsbetingelser for mange. Revolusjonen innen massekommunikasjon har gjort verden mindre og bundet sammen de mest forskjellige samfunn og mennesker. Nasjonalstatens stadig sterkere stilling har sterkt preget utviklingen. Mennesker i sosiale massebevegelser har utfordret samfunnets politiske og økonomiske herskere i en kamp for å vinne kontroll over

⁶³ Marshall Berman: *All that is solid melts into air. The experience of modernity*, London 1983 [1982]: 15. Det følgende bygger på introduksjonen i denne boken, s. 15-36, der ikke annet er oppgitt.

sine liv. Og til slutt, det som har drevet fram alle disse menneskene og institusjonene, nemlig utviklingen av et kapitalistisk verdensmarked.

Berman forsøker også å tidfeste moderniteten og å faseinnde den. Den første fasen går fra begynnelsen av det sekstende til slutten av det attende århundret. For Berman er ikke denne fasen den viktigste. Det finnes bare spredte uttrykk for det moderne. De som opplever det moderne vet ”knappt hva som har truffet dem. De famler, desperate men halvblinde, for et adekvat vokabular”, som han uttrykker det.⁶⁴ Jean Jacques Rousseaus romaner fra midten av 1700-tallet er, slik Berman ser det, noen av de første uttrykk som evner å gripe, beskrive og tematisere moderniteten.⁶⁵

Den andre fasen innledes av revolusjonsæraen i 1790-årene og varer ut 1800-tallet. Dette er modernitetens gjennombruddsfase. Det samfunnsmessige landskapet endres radikalt med dampmaskiner, fabrikker, automatisert produksjon, jernbaner, enorme industriområder, rask urbanisering; en ny offentlighet og kommunikasjonssfære med aviser, telegrafer og telefoner. De fleste mennesker kommer i kontakt med moderniteten, erfarer den, og det finnes en sterk følelse av at ting er i endring, i omveltning. Men de kan samtidig huske, vet om, hvordan det er å leve i en verden som ikke er moderne. Denne indre dikotomien, denne følelsen av å leve i to verdener samtidig, som Berman mener er typisk for 1800-tallet, blir spesielt interessant for å fange essensen i moderniteten. Det er når man opplever, erfarer, spenningen mellom det tradisjonelle og det moderne i sitt eget liv, i sin egen virkelighet, at fenomenet best kan beskrives. Det er kun i en slik erfaringsverden at Marx kan ytre de senere så kjente ord: Alt som er fast, damper bort.

I den tredje fasen, som innledes med overgangen til det 20. århundret, blir vi alle omkapslet av moderniteten. Vi kjenner ikke en annen virkelighet enn den moderne. 1800-tallets dikotomi hvor man levde i to verdener, følte seg trukket i to retninger, er oppløst, men

⁶⁴ Berman 1983: 17. Min oversettelse.

⁶⁵ Rousseau skrev i sitt romantiske verk *Julie, ou la Nouvelle Héloïse* i 1761, om erfaringen av det nye. I romanen flytter en ung mann fra landsbygden til Paris, og det er her han møter det moderne. Det moderne er en måte å leve på, et utblikk på verden, en erfaring av det å leve, en forståelseshorison, som skiller seg radikalt fra alt han kjenner fra den tradisjonelle landsbygden. Han kastes ut i det Rousseau kaller ”le tourbillon social”, en virvelvind av et samfunn. Han skriver hjem til sin elskede om et samfunn hvor ”alt er absurd, men ingenting sjokkerende, fordi alle er vant til all ting.” ”Det gode, det onde, det vakre, det stygge, dydene, har bare en lokal og begrenset eksistens.” Han raver rundt i en følelse av beruselse og svimmelhet, og ønsker desperat noe fast å holde seg i, men han ser bare ”skygger” som forsvinner i det han prøver å gripe dem. Det er et samfunn som er kvalitativt annerledes, han har møtt det moderne. Sitater og mine oversettelser fra Berman 1983: 18.

problemene har ikke blitt mindre av den grunn. Oppsplittingen av samfunnet i utallige bestanddeler, den stadig økende differensieringen og spesialiseringen, fører til meningstap. Idéen om det moderne gir ikke lenger grunnlag for hvordan å organisere sine liv og å fylle dem med mening. Berman mener ikke dermed at vi har forlatt moderniteten, tvert i mot, vi lever i en verden som er mer moderne enn noen gang, men vi lever i en verden hvor vi har mistet kontakten med vår egen modernitet.

Bermans tapning av moderniteten er både generell og spesiell.⁶⁶ Boken er omtalt som en gjenreisning av og hyllest til moderniteten.⁶⁷ Berman hadde helt klart vyer om at boken skulle fungere politisk, og må til dels sies å være spesiell for ham.⁶⁸ Men karakteristikaene han tilskriver moderniteten og moderniseringsprosessen, de er i stor grad typiske for hvordan begrepet brukes faglig. Dette gjelder også tidsangivelsen, delvis inkludert faseangivelsene. Moderniteten og det moderne knyttes til kjennetegn som endring, differensiering, spesialisering, industrialisering, rasjonalitet, vitenskap, sekularisering, menneskets herredømme over naturen, framveksten av et kapitalistisk verdensmarked, byråkratisering, styrking av nasjonalstatene, og at alt dette legger grunnlaget for en helt ny måte å erfare verden på. Det finnes en mengde varianter i forhold til hvilke modernitetskjenntegn som sees som fenomenets avgjørende, dets *sine qua non*. Nesten like stor er uenigheten om tidspunktet for når moderniteten ”inntreffer”, men debatten foregår innen en modernitetsdiskurs som opererer innen perioden fra cirka 1500 til i dag, og hvor karakteristikaene kretser rundt de nevnte tema.

⁶⁶ For en sammenfatning av de vanligste modernitetskaraktistika, se Willy Guneriussen: *Modernitet og modernitetskritikk i den sosiologiske tradisjonen*, (Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, Stensilserie A nr. 70.) Tromsø 1993: 5-6.

⁶⁷ Osborne 1992: 23.

⁶⁸ Bermans mål er å gjenopprette kontakten med moderniteten. I det moderne ser Berman nemlig et prosjekt. Modernitetens prosjekt handler om en visjon, om et lovete land. Dette lovete landet er fremskrittets land. Med menneskelig rasjonalitet, herredømme over naturen og vitenskap skal det bygges et godt samfunn. Det er et samfunn fritt for krig, fritt for nød og fritt for sykdom. Men siden det moderne, og da spesielt gjennom 1900-tallet, stadig sviker sine framtidslofter med de grusomste kriger, stadig nød og stadig sykdom, fører det til en utbredt desillusjon. Hos tenkere i det 20. århundret, så som Weber, og særlig hos Foucault, ser Berman en slik desillusjon. I Webers ”jernbur”, hvor samfunnet er jernburet og sprinklene former menneskene, gis det ikke åpning for at mennesket kan påvirke de strukturer som skaper det. Hos Foucault er det hele, ifølge Berman, enda tristere. I hans verden finnes ingen idé om frihet. Makten er overalt, selv i våre drømmer om frihet. Webers jernbur består, bare at det nå er gjort lufttett og ikke en strime av lys kan skinne inn. Dette står i motsetning til 1800-talls-tenkningen til Marx, Nietzsche og flere andre, hvor mennesket ble tillagt evnen til å kunne gjøres oppmerksom på de krefter som formet dem, og så kjempe mot eller endre disse. Gjennom sitt prosjekt vil Berman gå inn i denne tradisjonen. Ved å gjenopprette menneskets kontakt med sin egen modernitet, ønsker han at mennesket skal kunne tre fram som sosiale reformatorer igjen, som handlende, som entusiastiske deltagere i det moderne prosjekt om det lovete land.

Dette blir tydelig hvis vi ser kort på et par andre modernitetsteoretikers posisjoner. For Anthony Giddens er det forholdet til fremtiden kontra fortiden som blir selve kjennetegnet på moderniteten. I det før-moderne er tradisjonen og fortiden alt. Et moderne samfunn er et som har "lagt sin fortid bak seg", et "samfunn som ikke er bundet av de tradisjoner, skikker, vaner, rutiner, forventninger, den tro og de overbevisninger, som karakteriserte dets historie."⁶⁹ I det moderne samfunn finnes det også tradisjoner, men de er bare en av flere mulige grunner til å gjøre som man gjør. De blir en "begrenset rettesnor for handling, mens fremtiden, åpen for atskillige "scenarier", blir av tvingende interesse."⁷⁰ Det er denne transformasjonen av tradisjonen, og viktigheten av fremtiden, som er det enestående ved moderniteten for Giddens. Selv om Giddens dermed har et annet *sine qua non* enn Bermans "alt-ender-seg-kjennetegn", er han like fullt opptatt av mange av de samme karakteristikaene ved det moderne samfunn som Berman. Det å ha fremtiden som rettesnor for handling, er nemlig institusjonalisert i samfunnets byråkratiske, økonomiske og teknologiske systemer. Industriell produksjon, markedsøkonomi, nasjonalstaten og massedemokratiet, alle er de nødvendige bestanddeler i en moderne verden. Det er et samfunn, eller som han selv sier det, et "kompleks av institusjoner – som i motsetning til alle andre forutgående kulturer lever i fremtiden fremfor i fortiden."⁷¹

For Reinhart Koselleck begynner moderniteten idet de europeiske samfunn begynte å tenke og handle som om de var en del av historien, som om samfunnets "historisitet" var et avgjørende trekk ved dets identitet. Det er oppkomsten av det historie-begrepet vi kjenner i dag, og som inntreffer et sted i perioden 1750-1850, som for Koselleck markerer modernitetens start. Det er ved at samfunn ser seg selv som en del av en historisk utvikling at ord som framskritt vil gi mening. Både samfunn og kunnskap blir historiske i sin natur, og dermed også mulig å forandre. Alle de endringer som så skjer og utgjør det moderne samfunn, er dermed en funksjon av denne endringen av historie-begrepet.⁷²

⁶⁹ Giddens og Pierson 2002: 22. Min oversettelse fra dansk utgave.

⁷⁰ Anthony Giddens: *Beyond Left and Right: The Future of Radical Politics*, Stanford 1994, sitert i Giddens og Pierson 2002: 92-93. Min oversettelse fra dansk utgave.

⁷¹ Giddens og Pierson 2002: 98. Min oversettelse fra dansk utgave.

⁷² Reinhart Koselleck, *The practice of conceptual history. Timing history, spacing concepts*. Stanford 2002. Se Hayden Whites forord (s. ix-xiv) og de to essayene "On the need for theory in the discipline of history" (s. 1-19) og "The eighteenth century as the beginning of modernity" (s. 154-169).

Walter Benjamins særkjennetegn ved det moderne er at inntrykkene i det før-moderne tok preg av erfaring, mens de i det moderne tar form av sjokk.⁷³ De sistnevnte kan ikke integreres eller føres videre som visdom, og som et resultat blir menneskene isolert fra hverandre, sin fortid og til slutt fremmede for seg selv. For Benjamin henger dette sammen med overgangen fra *Gemeinschaft* til *Gesellschaft*, slik Tönnies skildret det, og han tilbyr dermed også en annen start på moderniteten, nemlig til slutten av det 19. århundret.

For å oppsummere: Det finnes en modernitetsdiskurs som opererer innenfor noenlunde klare rammer av hva moderniteten er og når den begynte. Debatten foregår innenfor disse rammene, innenfor denne diskursen. Det er imidlertid stor ulikhet og uenighet om tidsfastsettelsen, eventuelt faseinndelingen av moderniteten. Som Berman er det mange som opererer med faser, deriblant Giddens, mens andre, så som Koselleck og Benjamin, ikke gjør det.

Ulikhetene de ulike modernitetsteoretikerne i mellom, sprenger imidlertid ikke rammene for det vi allerede har slått fast er gjengs modernitetsforståelse; at framveksten av den finner sted innenfor de siste fem hundre år, at det dreier seg om et kvalitativt skifte hvor modernitetens røtter kan knyttes til nøkkelord som industrialisering, rasjonalitet, vitenskap, sekularisering, menneskets herredømme over naturen, framveksten av et kapitalistisk verdensmarked, byråkratisering, styrking av nasjonalstatene, at hele samfunnet differensieres, spesialiseres og endres stadig hurtigere, og at alt dette gir grunnlag for en annen måte å se og oppleve verden på.

For å avgjøre spørsmålet om hva som er det moderne med det moderne sykehuset i Moseng og Erichsens utsagn, trenger vi ikke ytterligere kjennskap til den diskursinterne debatten. Uavhengig av akkurat hva som defineres som modernitetens kvintessens, og når denne trer fram og gir anledning til å ta i bruk begrepet om en historisk tid, kan vi peke på noen felles trekk ved tenkningen om moderniteten. Det moderne som en del av moderniteten må forstås som både å være del av en periode, om enn ikke særlig nøye definert, og at det moderne i denne forstand har en hel rekke tilskrevne kvaliteter ved seg. Hvordan forholder så Moseng og Erichsen seg til det moderne? Hva er det moderne ved deres sykehus?

⁷³ Elisabeth L'Orange Fürst og Øystein Nilsen (red.) *Modernitet - refleksjoner og idébrytninger: en antologi*. Oslo 1998: 107ff.

Det moderne som forståelse og mening – et eksempel

Ole Georg Moseng plasserer framveksten av det moderne sykehuset i Norge til slutten av 1700-tallet. Det empiriske beviset finner han i de såkalte radesykehusene.⁷⁴ Radesyken ble oppfattet som et stort problem i deler av Sør-Norge i tiårene etter 1750. Sykdommen forsvant både som ”epidemi og medisinsk kategori” mot slutten av 1850-tallet.⁷⁵ Diskusjonen gikk høyllytt i samtiden om sykdommens etiologi, og debatten har til dels fortsatt lenge etter at sykdommen forsvant. Definisjoner som er foreslått, er for eksempel en ”ikke-venerisk syfilisvariant som forekom under dårlige hygieniske forhold”.⁷⁶ Men hva denne sykdommen ”egentlig” var,⁷⁷ er for så vidt uten interesse for sykehusets utvikling. Det viktige er hvilke tiltak denne sykdomstrusselen utløste.

De viktigste institusjonelle uttrykk for kampen mot radesyken, var opprettelsen av en rekke sykehus på 1770-tallet. Det er disse som er de moderne sykehusene, i følge Moseng. Moderne er de i kraft av at de skiller seg radikalt fra de eldre hospitaler: For det første er det nytt at noen av sykehusene oppstår ved hjelp av og finansieres av statsmakten, men viktigere er det at formålet for institusjonen for første gang knyttes direkte til behandling og helbredelse, ikke oppbevaring. Radesykehusene hadde som målsetning kun å ta inn radesyke og der behandle og helbrede dem. Ikke var man sikker på hva sykdommen var, og behandlingsmiddelet, kvikksølv, var tradisjonelt og hadde visse tvilsomme bivirkninger, men like fullt så var målsetningen nå å diagnostisere, analysere, behandle og helbrede.

Disse målsetningene korrelerer svært godt til de kjennetegn det moderne gis i modernitetsdiskursen. Troen på rasjonaliteten og menneskets evne til å underlegge seg naturen, deriblant sykdom, står sentralt i modernitetsdiskursen. En sterkere og mer aktiv nasjonalstat sees også som et trekk ved det moderne. Å opprette spesialinstitusjoner for en bestemt sykdom, må helt klart også kunne sees som uttrykk for en begynnende differensiering og spesialisering av samfunnet. Mosengs utsagn om at moderne sykehus vokste fram i andre halvdel av 1700-tallet i Norge, har derfor gyldighet når de nye sykehusenes fremste

⁷⁴ Generelt om disse, se Moseng 2003: 235ff.

⁷⁵ Moseng 2003: 246.

⁷⁶ Se Øivind Larsen og Per E. Børdahl: ”Hvorfor et ”almindeligt hospital for Riget” i Jacob B. Natvig, Per E. Børdahl, Øivind Larsen og Elisabeth T. Swärd (red.) *De tre riker. Rikshospitalet 1826-2001*, Oslo 2001: 12.

⁷⁷ Se Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008: 209-226 for en iscenesatt undersøkelse av hva dagens medisin ville ha sagt om radesyken.

karakteristika sees i sammenheng med vanlige kjennetegn for det moderne innen modernitetsdiskursen.

Det er da også tydelig at Moseng selv ser sitt moderne-begrep som en del av modernitetsdiskursen. Faktisk så kan man argumentere for at ”det moderne”, i tillegg til at det fungerer ordnende, også er det begrep som på et vis gir mening og forståelse til Mosengs bok om utviklingen av det offentlige helsevesen i Norge fra 1603 til 1850. Begrepet glimrer med sitt fravær i bokens innledning, men på avgjørende punkter i framstillingen bringes begrepet det ”moderne” inn og gir retning og mening. I den første delen, som omhandler perioden ca. 1600 til 1720, er det ikke mye som kan kalles moderne, men som Berman jakter i litteraturen og politisk filosofi, jakter også Moseng på tegn av det ”moderne”, om enn på andre arenaer. Ansettelsen av de første statlige leger, den første i 1603, noe som legitimerer hele tobindsverkets startpunkt og feiringen av helsevesenets 400-årsjubileum i 2003, representerer i følge Moseng ”begynnelsen på en grunnleggende moderniseringsprosess.”⁷⁸ Sammen med innvilgelse av apotekprivilegier, sees dette som de første tegn til at staten skal ta ”ansvaret for undersåttenes helse” (som for øvrig er bokens tittel). Dette statsinitiativet sees altså som et tegn på det ”moderne”, selv før det ”moderne” har meldt sin ankomst.

Eksplisitt blir det modernes betydning for framstillingen når Moseng introduserer bokens andre del. Under overskriften ”Inn i det moderne” blir leseren presentert for en rekke av de gjengse modernitetskjenntegn, om enn i den litt abstrakte enden av skalaen: Vår verdensoppfatning endres grunnleggende, tid og sted får en ny betydning etc. Moseng advarer sine lesere mot modernitetsbegrepets ullenhhet, men med moderniteten skapes det uansett en forestillingsverden som vi mennesker av i dag ”i stor grad kan kjenne oss igjen i”, som han uttrykker det.⁷⁹ Den eneste teoretiker som spesifikt nevnes når det moderne presenteres for leseren, er Michel Foucault. Dette er ikke overraskende når emnet er medisinsk historie. Sammen med Erwin H. Ackerknechts *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848* har Foucault med sin *Klinikkens fødsel*, mer enn noen annen argumentert for og kanonisert det kvalitative bruddet i medisinsens historie som forbindes med sykehusmedisinen og den franske

⁷⁸ Moseng 2003: 35.

⁷⁹ Moseng 2003: 77.

revolusjon.⁸⁰ Den tradisjonelle medisin ble erstattet av en analytisk medisin, og institusjonen hvor bruddet skjedde og kunne skje, og som selv ble radikalt endret av bruddet, var sykehuset.

Foucault skriver ikke om det moderne på samme måte som Berman eller Giddens. Hans fremstilling er en studie av selve transformasjonen av medisinen, men i denne transformasjonen kan man se en ny måte å se mennesket på, en ny måte å se verden på. Legene i sykehuset etter 1800 forholdt seg ikke til sykdom, til kroppen, til døden, til verden, på samme måte som legene femti år tidligere. Metafysikken og metaforer vek plassen for et rasjonelt, presist språk, observasjon, vitenskap og analyse. Det ”moderne” brukes imidlertid ikke av Foucault som et analytisk begrep, det opptrer knapt nok i teksten. Med Finn Olstad kunne vi si at Foucault er mer opptatt av å historisere teorien (moderniteten) gjennom en konkret fortelling, heller enn å teoretisere sin historiefortelling, dvs. forstå den gjennom moderniteten. Men det brudd Foucault beskriver, passer godt inn i modernitetsdiskursens måte å betrakte det modernes gjennombrudd, og han brukes derfor flittig i så henseende.

Det er imidlertid ikke bare sykehuset som moderniseres og framstår i moderne drakt i Mosengs framstilling, det gjør alle de ulike bestanddelene i ”helsevilkårene” (Mosengs uttrykk) og i samfunnet forøvrig. I følge Moseng er det gjennom 1700-tallet at det moderne trer fram. Der det på 1600-tallet var få tegn, blir det nå stadig flere og sterkere tegn. Det øker på med merkantilisme, sosial matematikk og sunnhetspoliti, alt del av en modernisering. Mot slutten av århundret (og ved overgangen til det 19. århundret) øker tegnene ytterligere og ender i et crescendo av modernitet i det ”det moderne” slår gjennom og manifesterer seg i koppevaksinasjon, jordmorvesen, sunnhetskollegiet, fødselsstiftelsen, det medisinske fakultet og ikke minst, de moderne sykehusene. Alt knyttes til modernisering og til det moderne som moderniteten.

Dette er, vil jeg påstå, hovedgrepet i fremstillingen, og det fungerer godt. Alt passer fint i hop, det er en koherent fortelling og en god oversiktsbok om helsevesenets utvikling i perioden 1600-1850. Men det er også grunn til skepsis. Moderniteten og prosessen som leder fram til dets gjennombrudd, moderniseringen, legger an en linearitet for Mosengs fortelling om utviklingen av det norske helsevesen. Med Veyne kan vi si at plotet er hentet fra moderniseringsfortellingen, og alt følger så fra dette: Det begynner i det små med få tegn på

⁸⁰ Michel Foucault: *Klinikken fødsel*, København 2000 [1963]; og Erwin H. Ackerknecht: *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore 1967.

det moderne, det øker stadig på, det får sin utløsning med det modernes gjennombrudd rundt 1800. Denne gitte utviklingen, denne lineariteten, finner vi igjen også i metaforene til Moseng. Radesyken blir for eksempel kalt en ”katalysator”.⁸¹ Sykdommen fører altså til at de moderne sykehusene kommer raskere enn de ellers ville gjort, for komme, det ville de: ”De moderne sykehusene, det fremste og tydeligste uttrykket for en ny klinisk medisin, ville blitt bygd likevel, men ikke der og ikke da”, skriver han.⁸² Det å bruke det moderne som grep gir framstillingen en bestemt retning for både leser og forfatter. I tillegg til retning gir kan hende også begrepet *forståelse* for leser så vel som forfatter. De ulike temaene, institusjonene og fenomenene Moseng forteller om, blir, ved at de tituleres som deler av en modernisering, og til slutt at de kan kalles ”moderne” og dermed en del av moderniteten som sådan, ikke bare enkeltfortellinger om ulike deler av helsevesenet i Norge, ei heller bare en samlet framstilling om framveksten av helsevesenet, men blir knyttet til Den store fortellingen om utviklingen av Vest-Europa og verden de siste 500 år. Nær sagt alt som viser tegn til å endre seg i perioden 1603-1850 i Norge, innen det Moseng kaller ”helsevilkårene”, knyttes som ved et trylleslag kalt ”det moderne”, til at menneskene har forandret sin oppfatning av tid og sted, til opplysningstiden, til den gryende industrialiseringen, til differensieringen av samfunnet; kort sagt, til selve *det* kvalitative skiftet i historien siden middelalderen. Det enkelte fenomen, institusjoner etc. som omtales, gis dermed også en mening; vi får direkte og indirekte vite hva de *egentlig* var en del av, nemlig en modernisering, at de var små og store byggesteiner i det moderne. Det moderne som modernitet, utgjør dermed ikke bare det ordnende grep for Mosengs framstilling, men utgjør også referanserammen for den utvikling han beskriver gjennom at det er tilknytningen til det moderne som gir mening, retning og forståelse til helsevilkårenes historie 1603-1850.

Det moderne som moderniteten handler som vi har sett om de virkelig store sammenhenger, om den store fortellingen om hvordan den verden vi kjenner i dag, hvordan våre forestillingsformer, våre institusjoner, den livsverden vi opplever, ble skapt. Det er et totalhistorisk begrep som favner alt som peker i retning av det som ble utviklingen. Det er implisitt de seirende ideologier, de seirende økonomiske systemer, samfunnsorganiseringer og tankers historie. Det er selve utviklingen, den totale utviklingen. Hvordan kan historien *ikke* handle om denne utviklingen når man ordner fortellingen med utgangspunkt i det moderne?

⁸¹ Moseng 2003: 244.

⁸² Moseng 2003: 237.

Et mulig problem med en slik tilnærming, en slik måte å fortelle på, et slikt plot, kommer kan hende til syne i behandlingen Moseng gir en kilde som peker i en annen retning, mot en annen virkelighetsforståelse enn den han så kraftfullt har propagert for. I 1820- og 30-årene, altså godt *etter* at det moderne i Mosengs fortelling har rystet samfunnet generelt og transformert sykehusvesenet spesielt, utarbeidet Jens Kraft (1784-1853) en serie topografiske og statistiske beskrivelser over Norge.⁸³ Dette er, som et av de første forsøkene på å presentere statistikk over en mengde samfunnsforhold i Norge, en viktig kilde. Kraft valgte ut det han oppfattet som de viktigste typer av institusjoner i hvert lokalsamfunn, og grupperte dem slik han så det i sin samtid, etter hva som hang sammen. En av kategoriene het ”Hospitaller og Sygehuse”, og denne samlekategorien ble registrert under Fattigvesenet. Denne grupperingen og plasseringen av sykehusene stemmer imidlertid ikke overens med Mosengs fortelling. Det var det før-moderne oppbevaringshospitalet/-sykehuset som hørte hjemme i en slik felleskategori koblet til Fattigvesenet. Jeg skulle da tro, at når det i fremstillingen kommer frem noe som ”lugger”, når en viktig kilde i fortellingens empiriske grunnlag viser at virkelighetsforståelsen til aktørene kanskje ikke hadde endret seg i like stor grad som fortellingen om det modernes seiersgang gjennom 1700-tallet hevder, at dette skulle utløse refleksjon i teksten, en refleksjon over den unilineære utviklingslinjen vi har blitt presentert for, og som kanskje kunne gitt fortellingen og teksten en ytterligere dimensjon. Mosengs reaksjon kan imidlertid vanskelig sees som så fruktbar. Han skriver om Kraft:

Ved en slik inndeling *hang* han igjen i tradisjonelle oppfatninger, og fikk *ikke med* det vesentlige poenget at sykehusenes formål hadde endret seg så mye på noen tiår at de hadde *fortjent* en egen kategori.⁸⁴

Jeg finner en slik reaksjon på en kilde merkelig. Moseng har godt empirisk belegg for at det hadde skjedd kvalitative endringer ved norske sykehus, og at disse endringene kan knyttes til gjengse karakteristika innen modernitetsdiskursen. Det kunne derfor vært interessant å diskutere *hvorfor* Kraft ikke ga sykehusene en egen kategori, som i større grad hadde gjenspeilt eller representert den karakter Moseng finner ved dem. Dette står for meg som leser interessant, særlig ettersom Jens Kraft skulle ha utmerkete forhold til å fange opp vesentlige

⁸³ Jens Kraft: *Topographisk-statistisk beskrivelse over kongeriget Norge. Fjerde deel. Det vestenfjeldske Norge*, Christiania 1830, var en av disse beskrivelsene, og kan sees på <http://www.hist.uib.no/kraft/> (januar 2005). Om Jens Kraft og hans prosjekt, se Einar Lie og Hege Roll-Hansen: *Faktisk talt - statistikkens historie i Norge*, Oslo 2001: 23ff.

⁸⁴ Moseng 2003: 265 (mine kursivering).

sider ved institusjoner i sin samtid, institusjoner som i beskrivelsene hans fikk en inngående behandling.⁸⁵ I stedet for diskusjon blir Kraft og hans ikke-moderne utsyn på en *for Moseng* moderne verden, kort og brutalt avfeid med at Kraft henger igjen i fortiden, ikke har fått med seg hva som skjer i hans egen samtid og derfor ikke yter sykehusene den rettferdighet de fortjener som egen kategori.

Dette finner jeg oppsiktsvekkende. Og min teori er at forklaringen på denne manøveren er å finne i Mosengs bruk av modernisering og det ”moderne” som selve fortellingens rasjonale. Når det moderne over flere hundre sider og gjennom mer enn to hundre år, først sakte, så stadig sterkere og så som et tordenskrall endrer samfunnet til det ugjenkjennelige, så er det nærmest uforståelig for både leser og Moseng å møte på en aktør og en kilde *etter* det modernes gjennombrudd, som ikke har tatt denne utviklingen innover seg. Det er dette som gjør at Moseng kan skrive at Kraft henger ”igjen” i gamle forestillinger, og ikke har fått med seg det som, i følge Moseng og moderniteten, beviselig har skjedd.

Dette synes jeg gir grunn til skepsis mot å bygge en fremstilling rundt et begrep som det moderne. Når alt det vesentlige egentlig er fortalt før fortellingen fortelles, og retningen er gitt og er så sterk, så uimotståelig (for både forfatter, leser og nå også aktøren,) at empiri kan avvises som i tilfellet med Kraft, da spørres det om ikke omkostningene er større enn gevinsten med å bruke begrepet som utgangspunkt for å kreere en historisk fortellings plot.

Eksempelet viser oss at med bruken av det moderne er linearitet i fremstillingen snublende nær. En kan også snakke om en form for teleologi. Målet er det moderne, moderniteten, og historien fører uvegerlig fram mot dette målet. Historien blir ikledd en tvangstrøye. Det moderne opptrer som et metasubjekt i historien. Når Moseng, Berman og flere andre leter etter det moderne i en tradisjonell, før-moderne tid, kommer dette særlig tydelig fram. Det moderne er på denne måten alltid til stede, det venter på å bli artikulert, oppdaget, erfart og satt ut i livet av de historiske aktører.

⁸⁵ For eksempel inkluderer beskrivelsen av det kommunale sykehus i Bergen statistikk over antall innleggelser, utskrivninger, antall døde; opplysninger om organisasjon, at det var knyttet en lege samt en kombinert kirurg og bestyrer til sykehuset; opplysninger om bygningene etc. Se Kraft 1830: 313ff, her etter <http://www.hist.uib.no/kraft/> (januar 2005).

Det modernes faser – et forsøk på operasjonalisering

Vibeke Erichsens tilnærming til det moderne skiller seg på flere punkter fra Moseng.⁸⁶ Hennes utgangspunkt er at sykehuset framstår ”som et prisme, som viser det moderne samfunnet i en fortettet form”, som hun skriver. Dette fordi interessekonflikter og maktforhold, teknologiske og sosiale utviklingstendenser kommer til uttrykk innen institusjonen. Hun ønsker primært å utvikle en forståelse av sykehuset som sosialt konstruert i tid og rom. Dette skal gi større innsikt i ”mekanismene i helsetjenestene.” For å gripe sykehusets utvikling, velger hun å bruke ”modernitetsbegrepet som et slags ordnende prinsipp”. Det bør nevnes at det vi nå tar for oss, ikke er et større verk, men en artikkel i en antologi om profesjonenes utvikling innen helsevesenet.

Moderniteten byr seg frem som formålstjenlig for Erichsen, fordi hun ønsker å synliggjøre historiske variasjoner i hva et sykehus var og er. Dette kan modernitetsdiskursens faseinndelinger gi redskaper til. Erichsen ser også et ytterligere argument for å velge moderniteten i det at sykehuset har vært sterkt knyttet til forestillinger som vitenskap og framskritt, viktige bestanddeler i det moderne.

I motsetning til Mosengs dels generelle betraktninger om karakteristika ved det moderne, velger Erichsen å gi en definisjon av hva moderniteten er (en forskjell som ikke akkurat bør overraske i metoden til henholdsvis en historiker og en statsviter). Hun velger seg definisjonen til den svenske sosiologen Göran Therborn. Therborns modernitetsdefinisjon har som sitt fremste kjennetegn at det er en epoke som er vendt mot fremtiden.⁸⁷ Det at det har vokst fram et samfunn som er vendt mot fremtiden, skyldes en rekke forhold, forhold som er kjent for oss fra modernitetsdiskursen og som må sees på som helt gjengse og udramatiske, så som opplysningstiden, industrialisering, vitenskapelige gjennombrudd og den franske revolusjon. Tidspunktet for modernitetens gjennombrudd er heller ikke oppsiktsvekkende; den blir lagt til andre halvdel av det 18. århundret.

Therborn predikerer også en slutt for moderniteten, og også hvordan vi kan gjenkjenne at den tar slutt. Modernitetens endetid er kommet når vi slutter å definere en handling eller et sosialt

⁸⁶ Det følgende bygger på Erichsen 1996: 61-77, der ikke annet er oppgitt.

⁸⁷ Göran Therborn: *European modernity and beyond: the trajectory of European societies, 1945-2000*, London 1995: 3ff. Han bygger her blant annet på Reinhart Koselleck.

fenomen på akse fra det tradisjonelle til det moderne.⁸⁸ Konkret vil dette tre frem ved at ord som framskritt, forbedring, utvikling, vekst og opplysning mister sin tiltrekningskraft og sin funksjon som rettesnorer for sosial handling.

Erichsen skal så dele inn sykehusets historiske utvikling etter denne modernitetsforståelsen som setter det å være vendt mot fremtiden som modernitetens *sine qua non*. Hun må altså operasjonalisere denne modernitetsforståelsen slik at den kan sammenholdes med og korrelere med karakteristika ved sykehusinstitusjonen. Dette er ingen lett øvelse, som vi skal se. Erichsen tar som sitt startpunkt at hun må skille mellom "det premoderne" og "det moderne". Hun mener at moderniteten fikk et litt senere gjennombrudd i Norge enn på kontinentet, og velger seg 1814 som modernitetens start i Norge. Dette begrunner hun med at grunnloven og regimeskiftet markerer et gjennombrudd "for opplysningstidens politiske og kulturelle tenkning", men også med at denne modernitetens inntreden fører til endringer så som "universitetsmedisin med sykehusforankret undervisning". Hva som er sammenhengen mellom det postulerte moderne gjennombrudd rundt 1814 og oppkomsten av et universitet med medisin som et fag og med pretensjoner om undervisning i sykehuset, får vi ikke vite noe om. Mer alvorlig er det at den valgte modernitetsdefinisjonen, altså fremtiden som rettesnor, ikke brukes aktivt i periodiseringen av sykehuset. Det er ingenting i Erichsens tekst som tilsier at synet på *fremtiden* har endret seg innen *sykehuset* fra "det premoderne" til "det moderne". Modernitetsdefinisjonen er ikke forsøkt operasjonalisert, forsøkt oversatt fra sitt nivå hvor den prøver å si noe om det absolutte kjennetegnet ved moderniteten, til nivået hvor en enkelt institusjonstype i Norge skal analyseres. I stedet blir det i gjennomgangen av det premoderne sykehuset vist til kjente karakteristikk som fremhever dets rolle som oppbevaringssted for fattigfolk og hvor prester spilte en større rolle enn leger. Hun gjør gode poeng ut av at institusjonen i så måte var av politisk og sosial betydning og ikke medisinsk, men en forklaring av hvorfor dette var premoderne i følge hennes og Therborns definisjon, det får vi ikke.

Erichsens periode er en annen enn Mosengs. Der Moseng skildret helsevesenets modernisering før og gjennom ett "moderne gjennombrudd", så vil Erichsen si noe om sykehusene helt fram til 1990-tallet. Hun vil derfor ikke nøye seg med "premoderne" og "moderne" som begreper, hun trenger flere faser for å vise sykehusets historiske variasjon.

⁸⁸ Therborn siterer her Alain Touraine: "we leave modernity when we cease to define a conduct or a form of social organization on the axis of tradition-modernity or underdevelopment-development." Therborn 1995: 4.

Det moderne gjennombrudd rundt 1800 en eller annen gang, frambringer derfor ikke det moderne sykehuset, men det ”tidlig moderne sykehuset”. Det premoderne sykehuset opplever i følge Erichsen et ”sammenbrudd”, et sammenbrudd som framprovoseres av moderniteten, eller forhold ”nær knyttet til modernitetens kjerne”, som hun skriver.⁸⁹ Det er Foucaults *Klinikkens fødsel* som også her brukes som argumentasjon. Sammenbruddet var imidlertid ikke mer alvorlig enn at sykehuset ”overlevde [...] som en kraftfull institusjon, om enn i endret form”. En forvirrende bildebruk hvor noe bryter sammen, men overlever kraftfullt som noe ganske annet, skal vi ikke feste oss for mye med. Erichsens poeng er at det ”tidlig moderne sykehuset” vokser seg stadig sterkere utover 1800-tallet. Essensielt er det at sykehuset blir tatt i bruk som undervisningsarena. Foucaults og Ackerknechts poeng tas i bruk, og sykehuset får et gjennombrudd som kunnskapsprodusent i den tidlig moderne perioden. Legenes inntreden i sykehuset, og legenes oppkomst som profesjon knyttet til sykehuset, er også essensielt i denne perioden.

Det neste bruddet, den neste fasen, er "den moderne". Idéen om at det moderne har en gjennombruddsfase, og så en modningsfase som fører til en høyalder for det moderne, er vanlig innen modernitetsdiskursen, og Erichsen finner at sykehuset har modnet og utviklet seg tilstrekkelig til at hun vil hevde at ”det moderne sykehuset vokste fram i tiden etter første verdenskrig” (som er konklusjonen vi brukte i begynnelsen av dette kapittelet).⁹⁰ Modningen, altså det nye ved sykehuset i den moderne perioden, består i at sykehuset oppnår et gjennombrudd som behandlingsinstitusjon og at en stadig økende del av helsevesenets ressurser kanaliseres til sykehuset (”sykehussentrering”). Det er disse forhold som gir grunnlag for å kalle sykehuset "moderne". Men kan økt behandlingsevne og sentrering av sykehusinstitusjonen sees som et skille i moderniteten? Er dette noe som kan sammenholdes med det moderne definert som å ha blikket vendt mot framtiden? Jeg kan ikke se noen sammenheng, og det er da heller ikke meningen. Disse karakteristikaene er det ”som *kjennetegner* den moderne perioden”, skriver Erichsen.⁹¹ Modernitetsdefinisjonen er ikke forsøkt operasjonalisert for å grunngi valget av en inndeling i tidlig moderne og moderne, og det er heller ikke forsøkt gitt en argumentasjon for hvordan sykehusets fremste kjennetegn i perioden kan sammenholdes med eller skyldes en endring i moderniteten, altså utsynet på framtiden. Det moderne ved perioden svever i det uvisse mens fortellingen om hva som

⁸⁹ Erichsen 1996: 64-65.

⁹⁰ Erichsen 1996: 70.

⁹¹ Erichsen 1996: 70. Min utheving.

skjedde med sykehuset fortsetter. Vi kan innvende som i tilfellet med Moseng, at empirien ved å bli knyttet til begrepet det moderne, får automatisk en retning, forståelse og mening som ikke fortellingens grunnlag i seg selv kan berettige. Den empiriske fortellingen heves til sfæren av Den store fortelling om moderniteten, men uten at empirien reelt forsøkes relatert til modernitetsdefinisjonen.

Hos Erichsen kommer så den siste perioden. Hun velger å unngå merkelappen postmodernisme, og kaller perioden "senmodernitet", i tråd med Giddens' faseinndelinger. Denne siste inndelingen skiller seg fra de tidligere. Her forsøker Erichsen å operasjonalisere sitt modernitetsbegrep, å bygge bro fra begrepet til empirien ved å gjøre sin definisjon i stand til å kommunisere med sitt empiriske materiale.⁹² Forskjellen til de tidligere periodene er slående, så slående at man kan mistenke forfatteren for reelt sett å bare ha vært opptatt av denne siste perioden. Erichsen argumenterer her for at utviklingsoptimismen og framtidstrettheten har fått skudd for baugen fra 1980-tallet og framover. Troen på at vitenskapen kan løse alt, er ikke lenger like sterk. Uansett hvor mange behandlingsmetoder som utvikles på basis av ny teknologi, så ser man at sykehuset har fått legitimitetsproblemer og at flere oppsøker alternativ medisin. Det har utviklet seg en ny måte å snakke om sykehuset på, hvor ord som "framskritt", "utvikling" og "forbedring" har mistet deler av sin makt.⁹³ Utviklingen kobles direkte til modernitetsdefinisjonens fremtidsperspektiv og grunngir hvorfor det senmoderne sykehuset er nettopp det sett ut fra modernitetsdiskursen. Det er institusjonens egne karakteristika som knyttes til moderniteten, og som legitimerer et brudd. Karakteristikaene står ikke som kjennetegn på en periode, men som årsaken til at dette utgjør en særegen periode i sykehusets historie sett gjennom et modernitetsperspektiv.

Min oppsummering av Erichsens faseinndeling blir da som følger: De tre periodene "det premoderne sykehuset", "det tidlig moderne sykehuset" og "det moderne sykehuset", blir alle postulert å ha en relasjon til det moderne definert som å ha fremtiden som horisont. Institusjonens endrete karakteristika blir imidlertid ikke knyttet an til modernitetsdefinisjonen, og gir i seg selv ikke grunnlag for å hevde at de representerer ulike nivåer av modernitet. For meg framstår det som en inndeling foretatt induktivt etter empiriske funn ved

⁹² Erichsen 1996: 74f.

⁹³ Som nevnt bygger Therborn på Koselleck, og denne analysen av begreper som "framskritt" etc, er nettopp den metode som Koselleck benytter seg i sitt begrephistoriske prosjekt. Det er det at mange viktige begreper fikk et kvalitativt nytt innhold som reelt sett er det modernes gjennombrudd hos Koselleck, og i hans prosjekt så er denne modernitetsforståelsen operasjonalisert nettopp i det at det er begrepene og deres endrete innhold som studeres historisk. Se Koselleck 2002, særlig kapittel 1.

sykehusinstitusjonen gjennom århundrene, det vil si at den historiske undersøkelsen har vist at institusjonen har endret seg på sentrale områder. Først er det snakk om et oppbevaringssted utenfor medisinen ("premoderne") som blir avløst av et sykehus med tilknytning til legeprofesjon og medisinsk kunnskapsutvikling ("tidlig moderne"). Denne institusjonen mangler noe vesentlig, nemlig et behandlingstilbud. Gjennom en utvikling av medisinen, særlig kirurgien, og nyvinninger som antiseptikk og anestesi, blir det utviklet stadig flere virksomme behandlingsmetoder, noe som gir sykehuset økt betydning og gjør at det fremstår som en kvalitativt annen institusjon enn tidligere ("moderne"). Til slutt er det tegn som tyder på at det legitimitetsgrunnlaget som sykehuset hadde, er i ferd med å forvitne ("senmoderne"). Med et mulig unntak for det siste poenget, så ser ikke jeg hva fremstillingen hadde tapt på å la være å ta i bruk modernitetsbegrepet (og den siste delen kunne vært fortalt som mangel på framskrittsoptimisme etc.). For fortellingen vi bys på hos Erichsen, er god. Analysen viser tydelige endringer over tid i sykehusets sentrale kjennetegn, og med sitt komparative blikk, gir vi mange og gode betraktninger om sykehusets historiske utvikling i en relativt kort artikkel. Uten et teoretisk moderne-begrep hadde vi ikke fått konnotasjoner til Den store fortellingen om det moderne, men den gode fortellingen som faktisk fortelles, den om sykehusets utvikling i Norge, den hadde bedre kledd mindre og mer passende begrepsklær.

Modernitetens problem

Innledningsvis spurte vi hva som var det "moderne" med det moderne sykehuset. Målet var at begrepet "moderne" skulle kunne gi oss en mulighet til å bestemme både *hva* en historie om framveksten av det moderne sykehuset skulle handle om, og *når* denne historien skulle foregå.

Begrepet gir ikke svar på dette. Så lenge begrepet ikke bare skal betegne at "noe" nytt har skjedd eller at dette "noe" er det nyeste på sitt område, slik dets etymologi jo gir åpning for, så hører det hjemme innen en modernitetsdiskurs hvor rammene er svært vide. Å hevde at det moderne, eller prosessen modernisering, persist kan beskrive Vest-Europa og etter hvert verdens, historie de siste 500 hundre år, er urimelig. En definisjon som sådan vil være som å "halda fast i ei handfull vatn".⁹⁴ Å hevde at det "moderne" skal gi presise kjennetegn for en

⁹⁴ Hallvard Tjelmeland: "Kva er modernisering," i Jan Eivind Myhre (red.) *Nord-Norges modernisering* (Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, Stensilserie B, nr. 35). Tromsø 1995: 1. Tjelmeland siterer her Brynjulv Gjerdåker.

enkelt institusjons utvikling, blir enda vanskeligere. Nær sagt hva som helst av utviklingstrekk siden 1500 kan tituleres som "moderne", om man ønsker det. En kan med utgangspunkt i sitt eget studieobjekt velge seg sitt eget *sine qua non* for moderniteten, og så proklamere det modernes gjennombrudd. Det er dette Moseng og Erichsen gjør med sykehuset. Moseng velger seg ambisjonen om å behandle sykdom i radesykehusene på slutten av 1700-tallet som modernitetens kjerne (for sykehuset), og kan dermed hevde det moderne sykehusets tilblivelse på samme tid. Erichsen velger seg sykehusets gjennombrudd som en faktisk behandlende institusjon for de fleste av menneskets sykdommer, samt sykehussentreringen, som sine fremste modernitetskjenner, og ender derfor opp med at det moderne sykehuset først eksisterer i tiden etter den første verdenskrig. Begge har rett, og viser dermed, med all ønskelig klarhet, hvor upresist moderne-begrepet faktisk er.

Problemene stanser imidlertid ikke med begrepets vaghet. Vi har gjennom en analyse av Moseng og Ericshens tekster, antydning noen mulige uheldige konsekvenser av å bruke det moderne som fortellingens rasjonale. Vi har sett hvordan moderniteten opptrer som et ahistorisk metasubjekt i historien. Det er alltid til stede, selv i før-moderne tid, det er alle tings mål og målestokk. Man måler sin empiri i forhold til hvor langt eller kort aktører, institusjoner eller hele samfunn har kommet på veien til moderniteten, eventuelt i hvilket stadium av moderniteten de befinner seg. Modernitetsfortellingens karakter som metanarrativ blir tydelig nettopp ved at andre fortellinger måles mot den.⁹⁵ Det er dette som kan gi disse fortellingene et deterministisk, teleologisk og unilineært preg.

Jeg vil tro det går an å motvirke deler av dette gjennom en mer strategisk og reflektert operasjonalisering av moderne-begrepet enn vi i disse arbeidene har vært vitne til. Eksempelvis har det i slike operasjonaliseringsprosesser blitt lagt stor vekt på å åpne for *usamtidighet*, eller "det samtidige ved det usamtidige".⁹⁶ Dette innebærer en oppfatning som tilsier at ikke alt blir modernisert på samme tid og at ulike samfunnsområder og fenomener kan være moderne og ikke-moderne om hverandre på et gitt tidspunkt. Moderne-begrepet mykes opp og tar høyde for at "før-moderne" utsagn kan ytres og "før-moderne" institusjoner kan eksistere, selv i en i hovedsak "moderne tid". Mer generelt åpner det opp for at moderne og før-moderne trekk kan eksistere om hverandre; at mangfoldigheten og kompleksiteten i

⁹⁵ Dette er et av de karakteristiske trekkene ved Jean-Francois Lyotards begreper om "metanarratives" og "masternarratives". Se Ingar Kaldal: *Frå sosialhistorie til nyare kulturhistorie*, Oslo 2002: 51.

⁹⁶ Uttrykket stammer fra Marc Bloch, se Kaldal 2002: 58-59.

slike prosesser i større grad kan tas på alvor.⁹⁷ Med et slikt moderne-begrep kunne for eksempel Krafts "før-moderne" gruppering av sykehus og fattigvesen, fått en annen skjebne enn avskrivning i Mosengs framstilling ettersom det mer tøyelige begrepet hadde "tålt" et "før-moderne" utsagn. Dette gjør begrepet langt mer brukervennlig i historiske framstillinger, men det kan hevdes at det grunnleggende problemet med modernitets-begrepet gjenstår: Å hevde at "noe" som "egentlig" hører hjemme i en tid kan opptre i en annen tid, bygger på en essensialisme som etablerer en fast målestokk som må stå utenfor historien. Denne ahistoriske rammen forblir all empiris målestokk.

En annen måte å nærme seg modernitets-begrepet kunne være å i større grad behandle det som et rendyrket heuristisk verktøy.⁹⁸ Moderniseringsteorier har utsagn om hva som endrer seg/får ting til å endre seg, som igjen kan brukes til å formulere spørsmål i en forskningsprosess og som dermed kan operasjonaliseres i en historisk undersøkelse. Implisitt har modernitetsbegrepet fungert heuristisk for denne avhandlingen, om enn ikke i en streng operasjonaliserende forstand. Temaene for de tre følgende fortellingene er valgt på bakgrunn av at de er nært knyttet til moderniseringsfortellingens kjernetemaer; og modernitetsfortellingen er i så måte utgangspunktet for fortellingene og har styrt valget av dem. Jeg vil imidlertid ikke forsøke å skape et operasjonalisert og analytisk modernitetsbegrep som skal følge oss i disse fortellingene. Fortellingene skal ikke måles mot hvor langt eller kort de har kommet "på veien til moderniteten", ei heller skal enkeltfortellingene forklares eller forstås ut fra Den store modernitetsfortellingen. I de konkrete fortellingene skal vi ta i bruk de begreper som byr seg fram som formålstjenlige i den aktuelle sammenheng for å gi mening og forståelse til det fenomen som studeres. Det primære siktemålet i de følgende kapitlene er å forstå og forklare henholdsvis oppbyggingen av et spedalskhetens apparat, galeanstaltenes særegne histore i Bergen og innføringen av laboratoriemedisinen i byens sykehus.

Målsetningen vil altså være å fortelle om variasjoner over moderniseringsprosesser uten at resultatet blir preget av linearitet, determinisme eller en enkel fra-til bevegelse. Gjennom å undersøke kvalitative brudd i den store transformasjonen av medisinen på 1800-tallet i konkrete og lokale prosesser, skal vi forsøke å demonstrere kompleksiteten i slike

⁹⁷ Dette har blant annet blitt gjort i forbindelse med studier av modernisering i Nord-Norge. Se Tjelmeland 1995 og Erik Oddvar Eriksen (red.), *Det nye Nord-Norge: avhengighet og modernisering i nord*, Bergen 1996.

⁹⁸ Koselleck for eksempel sier om sin konstruksjon av modernitet at "I cannot emphasize strongly enough its heuristic character." Koselleck 2002: 5.

moderniseringsprosessene i medisinen. Gjennom å forholde oss løst til modernitetsbegrepet og la fortellingene "spille seg ut", skal vi åpne for denne kompleksiteten.

KAPITTEL 2: Byggingen av et spedalskhetens apparat

Ovenstaaende Data efterlade formeentlig ikke længere nogen Tvivl om, at jo den spedalske Sygdom og især i det sidste Decennium har grebet mer om sig end forhen, og det, som det synes, endog i en frygtelig Grad.⁹⁹

Med disse ord entret spedalskheten norsk politikk som en trussel av enorme dimensjoner. Sykdommens framgang ble hevdet å true flere landsdelers "Fremadskriden i Velstand". I det hele tatt fordret "Landets Tarv, Nationens Ære og, fremfor Alt, Menneskelighed" at staten grep inn så raskt som mulig og det med "kraftige Foranstaltninger".¹⁰⁰ Hvis ikke, ville nasjonen gå dårlige tider i møte, kanskje kunne til og med rikets sikkerhet og statens eksistens stå på spill. Forfatteren av de dystre ordene, Brigadelæge Jens Johan Hjorth (1798-1873), bygget sitt trusselbilde på en nasjonal telling av landets spedalske. Slike tellinger skulle komme til å spille en sentral rolle i utformingen av det omfattende apparatet som rundt midten av 1800-tallet ble bygget ut for å bekjempe spedalskheten i Norge. Dette apparatet besto ved slutten av 1850-tallet av en kur-/forskningsanstalt, isolasjonsanstalter,¹⁰¹ sunnhetskommisjoner i alle kommuner hvor spedalskhet fantes, et statlig embete med en nasjonal overlege for spedalskheten og et register hvor samtlige spedalske skulle føres kontinuerlig. Tall over og det å telle spedalske var en viktig bestanddel i utformingen av dette apparatet. Dette gjaldt like fra den første tellingen av spedalske i 1836 til opprettelsen av "Lepraregisteret" i 1856. Tallene ble imidlertid konstruert og brukt på svært ulike måter for ulike formål. Det er byggingen av et spedalskhetens apparat denne fortellingen skal handle om. De endrete betydningene og funksjonene tillagt tallene i denne byggeprosessen, skal vi være særlig oppmerksomme på. Min analyse er rettet inn mot de ulike rollene tellingene fikk spille i arbeidet med å bygge opp retoriske konstruksjoner som skulle utløse bestemte typer politisk handling.

⁹⁹ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision." Denne ble gjengitt i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843, no. 13-16: 97-116. Sitatet er hentet fra side 99-100.

¹⁰⁰ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 98 og 115.

¹⁰¹ Pleiestiftelsen nr. 1 åpnet i Bergen i 1857, Reknes ved Molde og Reitgjerdet i Trøndelag ble begge tatt i bruk i 1861. Se Astri Andresen: "Avsondring og pleie på Pleiestiftelsen nr. 1" i Lorentz M. Irgens, Yngve Nedrebø, Sigurd Sandmo og Arne Skivenes (red.) *Leptra*, Bergen 2006: 73.

Tallenes historie

Tall og det å telle er et fenomen som ofte ansees for å være hevet over tid og rom. Tall sees gjerne som tegn på objektivitet.¹⁰² Tallenes påståtte ahistoriske karakter gjør dem tjenlige til bruk i matematiske analyser hvor ambisjonen er å produsere resultater som er universelt gyldige, uavhengig av kontekst, tid og rom. Men tallene som ble produsert ved de ulike spedalsketellingene ble produsert og skapt i spesifikke historiske, politiske og sosiale kontekster. Tallene er verken ahistoriske eller ikke-sosiale størrelser som reflekterer sosiale fakta. Tall har også sin historie.

I denne fortellingen skal vi forholde oss til denne tallenes historie, og da i særlig grad til statistikken. Vi skal koste på oss noen ord om statistikkens historie før vi går videre. Når en skal bruke et nåtidig begrep om historiske forhold, er det ofte et problem at dette i den omtalte historiske periode har en annen betydning, eventuelt betydninger, enn nåtidens. Så også med statistikk-begrepet. I dag er statistikk forbundet med tallanalyser som bruker et sett av matematiske redskaper og teorier, men dette er et resultat av en matematisering av statistikken som først fant sted helt mot slutten av 1800-tallet,¹⁰³ og som nådde sin hegemoniske status i tiden rundt 2. verdenskrig.¹⁰⁴ Opprinnelsen til begrepet er imidlertid å finne i den tyske "Göttingen-skolen" ved midten av 1700-tallet.¹⁰⁵ Denne skolen la liten vekt på den senere statistikkens fremste kjennetegn, nemlig tallene, men dyrket en statistisk topografi hvor det særegne og idiografiske, ikke det generaliserbare og kvantifiserbare, sto i sentrum, og dette ble beskrevet med ord, ikke tall. Statistikkhistorikere anså lenge den tyske tradisjonen for helt irrelevant for å forstå statistikkens oppkomst, nettopp på grunn av dens manglende opptatthet av tall,¹⁰⁶ og så i stedet til Storbritannia, og den politiske aritmetikken for å finne fagets forløpere. Denne britiske tradisjonen hadde røtter tilbake til midten av 1600-tallet, og det var

¹⁰² Om mekanismene og tallenes rolle i slik produksjon av objektivitet, se Theodore M. Porter: *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton 1995.

¹⁰³ Det er denne prosessen som beskrives i og som signaliseres ved tittel og tidsavgrensning på en av de mest innflytelsesrike historiene om statistikken, nemlig Theodore M. Porter: *The Rise of Statistical Thinking 1820-1900*, Princeton 1986.

¹⁰⁴ Gérard Jorland og George Weisz: "Introduction: Who counts?" i *Body Counts. Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives. La Quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques*. (eds. Gérard Jorland, Annick Opinel og George Weisz), Montreal 2005: 3-15.

¹⁰⁵ Det er "Göttingen-skolens" ledende figur, Gottfried Achenwall, som skal ha tatt i bruk begrepet i 1749, se Porter 1986: 23. For en kort beskrivelse av den tyske skolen og dens utvikling, se for eksempel Alain Desrosières: *The Politics of Large Numbers*, Cambridge, Massachusetts og London 1998 [org. fransk utgave 1993]: 19-23.

¹⁰⁶ I følge Einar Lie var særlig den danske Harald Westergaard i mellomkrigstiden skoledannende for statistikkhistorisk skriving, og Westergaard var sterkt fordømmende, ja, totalt uforstående overfor den tyske skolens holdning til tallene. Se Einar Lie og Hege Roll Hansen: *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge*, Oslo 2001: 20f. Som Alain Desrosières påpeker, så har mange senere forfattere funnet "Göttingen-skolens" holisme interessant. For en oversikt, se Desrosières 1998: 19-23.

her føring av registre, tellinger og så videre, den senere statistikkens produksjonsapparat av empiri, kunne man kanskje si, ble institusjonalisert. Formålet med denne aritmetikken var å gjøre den merkantilistiske staten i stand til å fatte politiske beslutninger som kunne øke dens makt og rikdom.¹⁰⁷ Det var en virksomhet som virket for et sentralisert byråkrati, og som samlet statens tall for staten selv.

På begynnelsen av 1800-tallet døde "Göttingen-skolens" mer eller mindre ut som selvstendig akademisk disiplin, mens statistikk-begrepet ble adoptert og levde videre som betegnelse for den tellevirksomheten som nå ble foretatt, særlig i Storbritannia og i Frankrike. I første halvdel av 1800-tallet økte telleaktiviteten voldsomt. I Storbritannia¹⁰⁸ og Frankrike¹⁰⁹ fikk man nå statlige registerkontorer. Samtidig foregikk det en utvidelse av hva tallene ble brukt til, og av hvem. Beskrivelsen av staten sto ikke lenger alene i sentrum, men tellingene ble også brukt som redskaper for å beskrive samfunnet vitenskapelig. "Fra statsbeskrivelse til sosialvitenskap" er passende nok overskriften historikeren Einar Lie har valgt for perioden cirka 1800-1850 i sin historie over norsk statistikk.¹¹⁰ Statistikken kom i løpet av denne perioden til å bli betraktet som det kanskje beste redskapet for å få kunnskap om samfunnet. Gjennom klassifisering og koding, det vil si å forme en kaotisk, heterogen og mangesidig "virkelighet" om til kategorier og klasser, som igjen kunne føres et bestemt sted i et skjema og deretter telles; kunne man nå produsere store mengder kunnskap om ulike samfunnsfelt. Om disse tallene faktisk representerte sosiale forhold, eller om de var misvisende reduksjonismer, var omstridt gjennom store deler av 1800-tallets første halvdel,¹¹¹ men de statistisk inspirerte produsentene av sosial kunnskap var på frammarsj. En naturvitenskapelig og kvantifiserbar tilnærming til samfunnet - en vitenskap om samfunnet - var i støtet.

¹⁰⁷ For korte innføringer i den politiske aritmetikk, se for eksempel Desrosières 1998: 23-25 og Porter 1986: 18-22. For en detaljert omtale av den politiske aritmetikkens grunnleggere, John Graunt (1620-74) og William Petty (1623-87), og deres metode, se Major Greenwood: *Medical Statistics from Graunt to Farr: The Fitzpatrick Lectures for the Years 1941 and 1943, delivered at the Royal College of Physicians of London in February 1943*, Cambridge 1948.

¹⁰⁸ Simon Szreter: "The GRO and the public health movement in Britain 1837-1914" i *Social History of Medicine* 1991, 4 (3): 435-463.

¹⁰⁹ Alain Desrosières: "Official statistics and medicine in nineteenth-century France: The SGF as a case study" i *Social History of Medicine* 1991, 4 (3): 515-537.

¹¹⁰ Lie og Roll Hansen 2001.

¹¹¹ En av de mest kjente kontroversene var mellom Adolphe Quetelet (1796-1874) og Auguste Comte (1798-1857), hvor førstnevnte gjorde seg til talsmann for at statistikken kunne avdekke samfunnsmessige lover og opererte med en statistisk konstruert gjennomsnittsmann som utgangspunkt. Denne kontroversen kom til uttrykk da Quetelet plagierte og annekterte Comtes begrep "physique sociale", og Comte, rasende over at hans vitenskapsbegrep var blitt redusert til simpel statistikk markedsførte i stedet sin nye vitenskap under navnet "sociologie". Se Porter 1986: 156.

I sentrum for alle tellingenes oppmerksomhet, sto befolkningen. Allerede i kameralismen og merkantilismens¹¹² politiske aritmetikk var dette tydelig. Premisset om at statens makt var synonymt med en stor befolkning, gjorde at statens politikk tok sikte på nettopp å kartlegge denne. Politikken tok da sikte på å øke og styrke befolkningen, og befolkningens helse ble dermed et svært viktig tema for myndighetene. Det var befolkningen som var objektet, og dette objektet ble konsipert på en ny måte gjennom tallene. En kvantifiserbar befolkning, var en befolkning som kunne måles. Dette var en befolkning som kunne formes, manipuleres, dyrkes, oppdras og skjermes for risiko med ulike (mediko-)politiske tiltak. Og den nye teknologien som på 1800-tallet kunne utsi noe om hva som burde gjøres, hvor mye som burde gjøres og som også kunne måle effektene av de tiltak som var iverksatt, det var tallene og dens vitenskap; statistikken. Med Foucault kan vi si at befolkningen nå var blitt en populasjon, en størrelse av biologiske vesener som kunne bli gjenstand for myndighetenes økonomisk-politiske tiltak.¹¹³

Medisinen var også arena for en prinsipiell debatt om tallenes kunnskapsmessige status. Nylig er det argumentert for at leger i Storbritannia allerede på slutten av 1700-tallet omformet den politiske aritmetikken til en medisinsk aritmetikk,¹¹⁴ men vanligvis tilskrives Paris rollen som åsted for den nye kvantifiseringen av medisinen, slik Paris i alminnelighet betraktes som åstedet for alt det kvalitativt nye i medisinen på begynnelsen av 1800-tallet.¹¹⁵ Det første viktige navnet i så måte, var Pierre Louis (1782-1872), som på 1820-tallet gjennomførte flere studier hvor bruk av forholdstall utgjorde et bevis for medisinske forhold. Særlig berømt ble han for å sammenligne to pasientgrupper med tyfoidfeber hvor den ene gruppen ble behandlet med blodigler, den andre ikke; og han konkluderte på bakgrunn av forholdstallet gruppene i mellom at blødning ikke var en anbefalelsesverdig terapi ved denne sykdommen. Louis med flere ble utsatt for voldsom kritikk for at de reduserte legekunsten, pasienten, intuisjonen og

¹¹² Om å velge mellom disse begrepene, se Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008: 239-240. For en ytterligere drøfting av kameralismen sett i relasjon til fattigdomsspørsmålet, se Jørn Øyrehagen Sunde: "Lade og Ørkesløse Betlere" – Fattigforordninga for Bergens stift av 1755 i eit idéhistorisk perspektiv" i Yngve Nedrebø (red.): *Fattigfolk i Bergens stift 1755-2005*, Førde 2005: 28f.

¹¹³ Michel Foucault: *Security, territory, population. Lectures at the Collège de France 1977-78*, New York 2007. Populasjon er et gjennomgangstema i mange av disse forelesningene, men se særlig s. 21 og 42 for tematisering av begrepet.

¹¹⁴ Ulrich Tröhler: "Quantifying Experience and Beating Biases: A New Culture in Eighteenth-Century British Medical Medicine" i *Body Counts. Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives. La Quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques*. (eds. Gérald Jorland, Annick Opinel og George Weisz). Montreal 2005.

¹¹⁵ Se for eksempel J. Rosser Matthews: *Quantification and the Quest for Medical Certainty*. Princeton 1995. Her argumenteres det også for at Foucaults opptatthet av den patologiske anatomi i Paris-medisinen har skygget for at kvantifiseringen også var en meget viktig del av den nye medisinen som oppsto i tiden etter revolusjonen.

erfaringen til enkle regnestykker,¹¹⁶ men etter 1850 var det relativt få som på prinsipielt grunnlag avviste tall som et redskap for å måle også medisinske forhold.¹¹⁷

Tallene ble av medisinerne ikke bare tatt i bruk til å måle virkningen av terapi, man begynte også å kombinere tankegangen som lå bak de store statistiske undersøkelsene om befolkningsvekst, kriminalitet, dødelighet og alle mulige andre sosiale forhold, og appliserte disse direkte på sykdom som sådan eller enkeltsykdommers forekomst i samfunnet.¹¹⁸ I stedet for individet var det samfunnsgruppen (populasjonen) som sto i sentrum: Sykelighet i ulike grupper og områder, variasjoner i sykelighet over tid og rom og forsøk på å forklare disse variasjonene – alt dette kunne analyseres i form av tall som representasjoner av sosiale og medisinske forhold. Denne kvantitativt innrettede samfunnsmedisinen kaller vi i dag epidemiologi, og den fikk et særlig sterkt fotfeste i Storbritannia i tiden rundt 1850, hvor sosiale reformatorer tok i bruk statistiske undersøkelser for å fremme bygging av en sunnere infrastruktur i de overbefolkete byene. Og denne tidlige epidemiologien ble også praktisert i Norge, dog med ganske andre forutsetninger.

Tidligere forskning

Tidligere forskning på spedalskhetens historie i Norge, har i svært liten grad vært opptatt av tellingenes rolle. Feltet har lenge vært dominert av en hagiografisk tradisjon hvor Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) og hans oppdagelse av *Mycobacterium leprae* eller *Bacillus leprae* i 1873 har vært framstillingenes brennpunkt og mål.¹¹⁹ Perioden før Hansens inntreden i fortellingen om spedalskheten rundt 1870 har oftest vært lite omtalt, og da mest som et preludium til den store oppdagelsen Armauer Hansen skulle gjøre i 1873, og ellers handlet mest om de feilaktige oppfatninger som rådet om spedalskhetens etiologi. I den grad tall er nevnt, så er det nesten utelukkende de norske legenes "påvisning" av en sterk økning i antall

¹¹⁶ Den mest berømte debatten over medisinsk statistikk, var i Académie de médecine i Paris fra april til juni 1837 – for den nyeste tolkningen av denne debatten, se Ann F. La Berge.: "Medical Statistics at the Paris School: What Was at Stake" i *Body Counts. Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives. La Quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques.* (eds. Gérald Jorland, Annick Opinel og George Weisz). Montreal 2005.

¹¹⁷ Marianne Berg Karlsen: "Den første norske telling av sinnssvake" i *Nytt Norsk Tidsskrift* nr. 3/2000: 278.

¹¹⁸ Om epidemiologiens oppkomst, se følgende oversiktsartikler: Mervyn Susser og Ezra Susser: "Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms" i *American Journal of Public Health*, 1996, 86 (5): 668-673 og Ezra Susser og Michaeline Bresnahan: "Origins of Epidemiology" i *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001, 954: 6-18.

¹¹⁹ For eksempel er det skrevet en rekke presentasjoner og noen større biografier om Armauer Hansen: Isak Kobro: *Gerhard Henrik Armauer Hansen*, København 1924; H. P. Lie: "Armauer Hansen: Leprabasillens oppdager" i *Nordisk Medisin* 1941, 11; Th. M. Vogelsang: *Om Armauer Hansen og spedalskhetens historie i Norge*, Bergen, Oslo 1962; Th. M. Vogelsang: *Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1841-1912. Leprabasillens oppdager, hans liv og hans livsverk*, Oslo 1968; Johanne-Margrethe Patrix: *Armauer-Hansen*, Paris 1976; Johanne-Margrethe Patrix: *Gerhard Armauer Hansen. Leprabasillens oppdager*, 1997 Bergen.

spedalske på 1830-40-tallet, som reproduseres i disse fortellingene.¹²⁰ De tall som ble produsert av legene i tiden fram mot 1850, har ofte blitt adoptert som utgangspunkt for å skape fortellinger om spedalskhetens historie, gjerne for å etablere bildet av et forferdelig problem som ga et sterkt insentiv i Gerhard Armauer Hansens jakt på sykdommens årsak.¹²¹

Denne hovedfortellingen om spedalskheten ble i grove trekk etablert av medisinere i den første generasjonen etter Armauer Hansen, tildels hans samtidige.¹²² Historiografien har vært dominert av ikke-historikere. Flesteparten har vært leger, men også en sykepleier¹²³ og et barnebarn av Armauer Hansen¹²⁴ har skrevet om ham. Historikernes involvering med spedalskheten har tildels hatt andre siktemål enn den omtalte hagiografien. For eksempel har Astri Andresen studert pasientene og en av pleiestiftelsene,¹²⁵ Magnus Vollset har fulgt omformuleringen av spedalskheten fra en lidelse til en trussel i sin hovedfagsoppgave¹²⁶ og Jan Groven Grande har konsentrert seg om arbeidet med sykdommens etiologi.¹²⁷ Generelt for historikerne kan en si at de i sin omtale av tellingene og den påståtte økningen av antall spedalske, tar forbehold om hvorvidt tallene kan sees som et resultat av en faktisk økning i antall tilfeller eller om det var slik at økningen skyldtes at telleapparatet hadde blitt bedre eller andre forhold,¹²⁸ men ingen tar tak i eller forfølger tallenes rolle. Internasjonal litteratur om spedalskheten har også lite å tilby i så måte, da den har vært konsentrert om sykdommens rolle i koloniale forestillinger om de usiviliserte.¹²⁹

¹²⁰ Se for eksempel Vogelsang 1968: 47f.

¹²¹ Se for eksempel Inger Austveg: *Utstøtt og uren. Spedalskhet – en svøpe for millioner*, Bergen – Oslo – Stavanger – Tromsø 1987. Austveg har bygget sin fremstilling på en Patrick Feeney: *The fight against leprosy*. American Leprosy Mission, New York 1964. I motsetning til den legedominerte litteraturen, så er det her en rekke misforståelser angående disse tallene. For eksempel hevder hun at 3% av befolkningen var smittet (s. 28), mens legenes tellinger på det høyeste viste 3000 spedalske, dvs. 2 promille av befolkningen.

¹²² Først ut var Hans Peter Lie (1862-1945), Armauer Hansens etterfølger som Overlege for den spedalske sykdom: H. P. Lie: "Spedalskheten i Bergen 1814-1914" i *Bergen 1814-1914*, bind 1, (Carl Geelmuyden, Haakon Schetelig red.), Bergen 1914: 539-557.

¹²³ Austveg 1987.

¹²⁴ Patrix 1976 og 1997.

¹²⁵ Astri Andresen: "'Patients for Life': Pleiestiftelsen Leprosy Hospital 1850s-1920s", i Astri Andresen, Tore Grønlie og Svein Atle Skålevåg (eds.) *Hospitals, Patients and Medicine 1800-2000, Rokkansenteret Report 6*. 2004: 93ff og Astri Andresen: "Avsondring og pleie på Pleiestiftelsen nr. 1" i Lorentz M. Irgens, Yngve Nedrebø, Sigurd Sandmo og Arne Skivenes (eds.) *Leprosy*, Bergen 2006: 71ff.

¹²⁶ Magnus Vollset: *Fra lidelse til trussel – spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. Bergen 2005.

¹²⁷ Jan Groven Grande: *Veien, sannheten og livet. Norske medisineres vitenskapelige moderniseringsarbeid ca. 1840-80*. Trondheim 2003.

¹²⁸ I tillegg til de nevnte arbeidene, så omtales tallene på lignende måte av Egil Ertresvaag i historien om St. Jørgen og Aina Schiøtz i helsevesenets historie. Se hhv. Kari Blom, Egil Ertresvaag og Kjell Irgens (redaktør Svein Aage Knudsen): *De fattige Christi lemmer... Historien til stiftelsen St. Jørgen*, Bergen 1991: 64 og Aina Schiøtz: "Folkets helse – landets styrke 1850-2003", bind 2 i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo 2003: 4

¹²⁹ For en kommentert oversikt over viktige verker, se Vollset 2005: 6f.

Medisineren og epidemiologen Lorentz M. Irgens er den som best og mest autoritativt har målbært tellingenes rolle i oppbyggingen av spedalskhetens apparat. I en artikkel omhandlende "Lepraregisteret", i samarbeid med Tor Bjerkedal, omtales tellingene og "Lepraregisterets" preludium slik:

The Royal Decree of 30 July 1856, the legal basis of the leprosy registry, was the result of development over several decades. (...) in an attempt to quantify the leprosy problem, the Government conducted nationwide leper censuses in 1836, 1845 (in connection with a general census) and 1852. (...) The censuses represented a very difficult task and the results were of questionable validity. Still the substantial increase in the prevalence documented was indisputable (...).¹³⁰

Irgens' spørsmålstegn knyttet til tellingene er knyttet til tallenes validitet, det vil si hvor pålitelig og nøyaktig tallene faktisk speilet den sosiale virkeligheten de var ment å representere. Videre, og viktigere, er det at tellingene sees som suksessive steg i en plan lagt av myndighetene om å kvantifisere problemet med spedalskheten. Tellingene var rasjonelle, kumulative og nødvendige skritt i ett og samme prosjekt. Opprettelsen av "Lepraregisteret" i 1856 representerte i sin samtid "a mere continuation of the counting of persons with leprosy carried out in 1836, 1845 and 1852".¹³¹ I et senere arbeid viser Irgens hvordan ulike grupper av leger hadde ulike oppfatninger om sykdommens etiologi i denne perioden, men den direkte årsaken til registerets opprettelse blir ikke knyttet til disse forskjellene, men i stedet til manglene ved de tre foregående tellingene.¹³²

Jeg vil imidlertid hevde at tellingene og registeret ikke bør sees som ledd i et og samme prosjekt, men tvert imot som uløselig knyttet til *tre ulike prosjekter*, og at tallene ble produsert med *tre ulike formål* for øye. Tellingene over spedalske inngikk som ledd i argumentasjoner for ulike politiske "tiltaks pakker" overfor de spedalske. Jeg vil i denne fortellingen konstruere og identifisere tre ulike mediko-politiske prosjekter som løp sammen og ga som resultat et spedalskhetens apparat på 1850-tallet.

¹³⁰ Lorentz M. Irgens og Tor Bjerkedal: "Epidemiology of Leprosy in Norway: the History of The National Leprosy Registry of Norway from 1856 until today" i *International Journal of Epidemiology*, 1973, 2 (1): 81-82. Denne artikkelen er senere gjengitt i Lorentz M. Irgens, Yngve Nedrebø, Sigurd Sandmo og Arne Skivenes: *Leprosy*, Førde 2006, samt oversatt til norsk i Lorentz M. Irgens, Yngve Nedrebø, Sigurd Sandmo og Arne Skivenes: *Lepra*, Førde 2006 – en bokutgivelse som markerte 150 årsdagen for opprettelsen av Lepraregisteret. Irgens har også tatt doktorgraden på registeret, publisert som: Lorentz M. Irgens: "Leprosy in Norway. An epidemiological study based on a national patient registry" i *Leprosy review, supplement 1*, London 1980.

¹³¹ Irgens og Bjerkedal 1973: 87.

¹³² "Den umiddelbare årsaken til at Lepraregisteret ble opprettet, må søkes i de upålitelige og ufullstendige resultatene av de tre tidligere pasienttellingene", Lorentz M. Irgens og Karen B. Helle: "Medisinske røtter i Bergen" i *Universitetet i Bergens historie*, bind II, Bergen 1996: 254.

De tre prosjektene jeg ser som styrende for utformingen av spedalskhetens apparat, er ikke ment som faseinndelinger. Faseinndelinger har ofte en slagside ved at de rydder for mye og forsøker å adskille for skarpt. Det er ikke snakk om en suksessiv rekke av faser hvor det nye fjerner det gamle. For eksempel brukes det samme trusselbildet i den første og andre "fasen" og de to siste "fasene" pågår mer eller mindre parallelt i tid. Mer enn brudd og klare fronter er det her snakk om tre ulike prosjekter hvor *tyngdepunktet* var forskjellig i hvilke argumenter og politiske virkemidler som ble valgt. Det er korrelasjonen mellom tall, etiologi og politikk i tre ulike mediko-politiske prosjekter som sammen legger premissene for utformingen av spedalskhetens apparat.

Prosjekt 1 – en trussel og en løsning

I 1871 publiserte den da 73 år gamle legen Jens Johan Hjort (1798-1873) et skrift kalt *Om Spedalskheden i Norge – og Foranstaltninger imod Samme*.¹³³ Skriftet var foranlediget av et angrep på den linje norske myndigheter og leger hadde fulgt i kampen mot spedalskheten de siste par tiårene. Angrepet kom fra norsk medisins *enfant terrible*, den høyst kontroversielle professor Ernst Ferdinand Lochmann ((1820-1891).¹³⁴ Kontagionisten Lochmann tok mål av seg til å endre myndighetenes politikk mot spedalskheten. I dette så Hjort en trussel mot alt han hadde arbeidet for og oppnådd like siden han som ung mann hadde truffet sine første spedalske på Vestlandet i 1832. I skriftet satte Hjort likhetstegn mellom sin egen person og de tiltak og virkemidler som var tatt i bruk i kampen mot spedalskheten.¹³⁵ Dette var nok noe megalomant av ham - det var lange tider da Hjort og hans meninger var marginalisert i den norske spedalskhetsdiskursen - men noe riktig er det ved utsagnet. Det er med Hjort historien om medisinen og medisinerens planmessige befatning med spedalskheten begynner.

En mediko-politisk allianse

Hjorts engasjement i kampen mot spedalskheten startet i 1831. Det året søkte han Kirkedepartementet, som Medicinalvesenet da sorterte under,¹³⁶ om bistand til en

¹³³ Jens Johan Hjort: *Om Spedalskheden i Norge – og Foranstaltninger imod Samme*, Christiania 1871.

¹³⁴ For et inntrykk av Lochmanns standhaftige vilje til å gå i debatter, se omtalen i *Norges Leger*, bind III: 601-603. For en klassisk beskrivelse av ham som kverulant og omtrentlig i sin vitenskapelighet, se G. Armauer Hansen: *Livserindringer og betragtninger*, Kristiania 1910.

¹³⁵ Hjort 1871: 6.

¹³⁶ Se Andreas A. Svalestuen: "Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940" i *Administrasjonshistoriske oversikter*. Oslo 1988: 9ff.

Vestlandsreise hvor han ville undersøke de ”der gjængse Hudsygdomme”.¹³⁷ Spedalskheten fristet ennå en tilværelse som bare en av flere dårlig avgrensede og definerte sykdommer i den medisinske statistikkens samlepost kalt ”veneriske Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme”,¹³⁸ og hadde lenge vært levnet liten oppmerksomhet i Norge. Dette til tross for at spedalskhet var noe av en særnorsk sykdom i europeisk sammenheng. Sykdommen hadde for det meste forsvunnet fra resten av Europa i middelalderen, men hadde av ukjente årsaker forblitt en relativt vanlig lidelse i Norge.¹³⁹ Den var imidlertid ikke jevnt utbredt over landet, på Østlandet og helt sør i landet var den så godt som ukjent. Det var særlig i kyststrøkene langs vestkysten, og da særlig i Bergen stift, at sykdommen grasserte. Det var også i Bergen at det eneste overlevende asylet fra middelalderen, St. Jørgens hospital, fantes.¹⁴⁰ Det var slett ikke en ukjent sykdom, men i de siste tiårene av 1700-tallet og ved inngangen til 1800-tallet var det radesyken, en annen vansirende og potensielt dødelig sykdom, som dominerte offentlighetens, myndighetenes og de fåtallige legenes oppmerksomhet.

Det er uklart i dag hva slags sykdom radesyken "egentlig" var. Flere medisinere har forsøkt å "oversette" 1700-tallsbeskrivelsene av sykdommen til dagens diagnostiske apparat.¹⁴¹ Uansett hva den var eller ikke var, så førte alarmerende meldinger i siste halvdel av 1700-tallet om en grusom sykdom som spredte seg raskt, til at de dansk-norske myndighetene grep inn og bevilget penger til å bygge opp et lite nettverk av radesykehus som hadde til oppgave å

¹³⁷ Hjort 1871: 9.

¹³⁸ Eyr no. 10, 1836: 1-44, her etter Vollset 2005: 32.

¹³⁹ Nesten alle legene som arbeidet med eller debatterte spedalskheten på 1800-tallet brukte fortellingen om spedalskhetens herjinger i middelalderen til å legitimere og argumentere for ulike oppfatninger av sykdommens etiologi og dermed hvilke politiske tiltak mot de spedalske som ble ansett for profylaktisk virkningsfulle. Det var særlig den meget strenge isolasjonen av spedalske som ble gitt æren for at Europa hadde rensset seg for spedalskhet. Eksemplene er mange, men den mest skoledannende framstillingen ble gitt av Carl Wilhelm Boeck (1808-73) i Daniel Cornelius Danielssen og Carl Wilhelm Boeck: *Om Spedalskhed*, Christiania 1847: s. 90-142. Nyere forskning setter imidlertid spørsmålsteget ved de spedalskes antall og deres behandling i middelalderen. Se Sheldon Watts: *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*, New Haven og London 1999 [1997]: s. 40-63.

¹⁴⁰ Om St. Jørgens historie, se Blom et al. 1991.

¹⁴¹ Se for eksempel Øivind Larsen og Per E. Børdahl: ”Hvorfor et almindelig hospital for Riget” i Jacob B. Natvig, Per E. Børdahl, Øivind Larsen og Elisabeth T. Swärd (red.) *De tre riker. Rikshospitalet 1826-2001*, Oslo 2001: 12, hvor radesyken hevdes å ha vært en særlig type av ikke-venerisk syfilis som smittet under dårlige hygieniske forhold. Ole Didrik Lærum hevder i forordet til Johanne-Margrete Patrix' bok om Gerhard Armauer Hansen, at radesyke var en tidligere benevnelse for syfilis. Se Patrix 1997: 10. Anne Kveim Lie iscenesetter i sin doktoravhandling hvordan slike oversettelsesprosesser kan foregå med dagens medisinske kunnskap, men argumenterer også for at slike øvelser ikke gir mening. Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008: 209-226.

helbrede de syke og stanse epidemiens framgang.¹⁴² Det var kun når en epidemi framsto som truende for hele riket at staten grep inn, til vanlig hørte alt som vi i dag vil kalle forhold knyttet til helse, inn under det lokalsamfunnene selv måtte bekoste. Dette var landets første spesialsykehus med kurative ambisjoner, og radesyken var den første sykdommen som utløste en planmessig reaksjon fra staten.

Spedalskheten derimot, hadde ikke blitt gjenstand for samme type tiltak eller katastrofebeskrivelser fram til Hjorts avreise fra Christiania i 1832, og var fremdeles et nærmest ubeskrevet blad i medisinen. Enkelte stadsfysikuser i Bergen hadde riktignok forsøkt å undersøke og behandle sykdommen på 1700-tallet. Både Jacob Woldenberg (1687-1737) og Johan Andreas Wilhelm Büchner (1751-1806) begynte i henholdsvis 1711 og 1760 kurforsøk på spedalske hentet ut fra St. Jørgen,¹⁴³ men deres initiativ førte ikke til videre tiltak. Det første forsøket på bringe spedalskheten, eller rettere: de spedalske, inn for myndighetenes interessefelt, kom fra en prest, ikke en lege. Presten ved St. Jørgens hospital i Bergen, Johan Ernst Welhaven, publiserte en artikkel i den svenske legeforeningens tidsskrift i 1816, hvor han beskrev de spedalskes lidelser inngående, og bønnfalt legestanden og myndighetene om å komme de syke til unnsetning.¹⁴⁴ I Welhavens tekst var spedalskheten en gåtefull og grusom sykdom som rammet tilfeldig og utsatte enkeltpersoner for fryktelige pinsler. Hans bønn var at forholdene ble bedret i institusjonen, som, på grunn av de økonomisk vanskelige tidene mot slutten av Napoleonskrigene, hadde forverret seg. Myndighetene bevilget da også penger til noen forbedringer ved anstalten.¹⁴⁵

I 1826 fikk Norge sitt første medisinske tidsskrift, *Eyr*. Siden 1816 hadde Universitetet i Christiania uteksaminert norske medisinerere. Landet var i ferd med å få en egen legestand, og den nye generasjon med leger, som var utdannet her i landet og som stadig ble mer tallrik, ga grunnlag for en norsk medisinsk offentlighet. Nå var det ikke lenger radesyken som sto i sentrum for medisinerens oppmerksomhet. Allerede i tidsskriftets tredje årgang, og særlig fra

¹⁴² Det finnes en detaljert beskrivelse av denne prosessen i Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008: 243ff. Generelt om sykdommen og sykehusoppbyggingen, se også Ole Georg Moseng "Ansvaret for undersåttens helse 1603-1850" i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo 2003: 244ff.

¹⁴³ Se Th. M. Vogelsang: "Justitsråd dr. med. J. A. W. Büchner" i *Bergen historiske forenings skrifter*, bind 66, 1966: s. 33-40. Se også Blom et al. 1991: 32-33.

¹⁴⁴ Artikkelen ble publisert i Sverige ettersom Norge ikke hadde et eget medisinsk tidsskrift før i 1826. Min omtale av Welhaven bygger på Vollset 2005: 27ff.

¹⁴⁵ I 1817 ble det ansatt en kirurg ved stiftelsen, i tillegg ble det gitt penger til gratis legemidler og to pleierstillinger.

1831 av, ble spedalskheten flittig debatteret.¹⁴⁶ Spedalskheten hadde det til felles med radesyken at den ga seg utslag i sår og utslett, en type sykdommer som generelt fanget interesse hos medisinerne på denne tiden.¹⁴⁷ De ulike innleggene i *Eyr* viste at det var stor uenighet og usikkerhet rundt fenomenet spedalskhet, og stor interesse parret med uklarhet, gjorde spedalskheten til et innlysende studieobjekt for landets ledende ekspert på hudsykdommer og leder for Rikshospitalets hudavdeling, Brigadelæge Jens Johan Hjort.

Som Magnus Vollset har vist, så skilte legen Hjort seg tydelig fra presten Welhavens tilnærming til de spedalske og spedalskheten.¹⁴⁸ Der Welhaven så lidende individer, der så Hjort i større grad en sykdom, et problem. Da han besøkte St. Jørgen var de mangler han fant ved institusjonen ikke motivert av hensynet til de lidende, slik det var for Welhaven i 1816, men av hensynet til helbredelse av sykdommen og til de friske utenfor institusjonen. Det var sykdommen, sykdommens bekjempelse og vernet av de friske som sto i sentrum for Hjort, ikke de lidende individer i asylet. Hjorts reise ble starten på en kampanje for å reise staten til kamp mot spedalskheten, en kampanje som ble ført både medisinsk-vitenskapelig og politisk, og hvor bruk av tellinger av spedalske var helt avgjørende for utfallet.

Under sitt opphold i Bergen ble Hjort overbevist om to ting: At spedalskhet kunne kureres, og at det burde bygges en institusjon for dette formålet. Dette var som musikk for to av byens ledende politikere, den reform- og byggevennlige borgermester Jens Schydtz (1792-1859) og rektor ved Katedralskolen, Hans Holmboe (1798-1868). Disse tre mennenes koordinerte aktiviteter i en forent mediko-politisk kampanje, er det som utgjør kjernen i det første prosjektet i utbyggingen av et spedalskhetens apparat.

Schydtz var inspektør ved St. Jørgen og hadde allerede ved Hjorts ankomst i lengre tid planlagt en forbedring og utvidelse av stiftelsen.¹⁴⁹ Schydtz kom senere til å bli amtmann og stortingsrepresentant fra Bergen fra 1833 av.¹⁵⁰ Holmboe på sin side, kom til å bli en av de viktigste lokale strategene i Bergen gjennom store deler av 1800-tallet.¹⁵¹ Han var rektor ved byens viktigste utdanningsinstitusjon fra 1837 til 1862, og selv om han ble blind i 1850, ble

¹⁴⁶ Se *Eyr* 1828 og 1831.

¹⁴⁷ Moseng 2003: 236.

¹⁴⁸ Vollset 2005: 32ff.

¹⁴⁹ Hjort 1871: 13.

¹⁵⁰ <http://samfunnsveven.no/TT/U21.cfm?Utside=&Uttaksnummer=21&person=12603> (Tilgjengelig 11.12.07).

¹⁵¹ Martin Byrkjeland og Morten Hammerborg: *Byens skjulte årer – vann og avløp i Bergen gjennom 150 år*. Bergen 2005: 19ff.

han oppfordret til å stå i sin stilling. Han stilte som representant på syv storting i perioden 1833-1863, og satt som ordfører eller varaordfører i Bergen gjennom hele 1840-tallet. I tillegg var han aktiv i oppstarten av flere aviser i byen. Han var en utpreget framskrittvennlig mann som tok initiativ til en rekke prosjekter i sin hjemby, prosjekter som ofte møtte motstand fra de mer spareorienterte i bystyret. Da kronprins Oscar, i egenskap av visekonge, besøkte Bergen i 1833, fikk de lokale strategene en anledning til å løfte fram kampen mot spedalskhet på et nasjonalt nivå. Visekongen hadde allerede besøkt St. Jørgens hospital og der blitt fortalt at intet kunne gjøres for de syke utover å gi dem et sted å tilbringe sine siste år.¹⁵² Ved byens stortingsrepresentanter sin avskjedsaudiens for Oscar, nyttet imidlertid Holmboe sjansen til å gjøre kronprinsen oppmerksom på at det fantes leger som inntok et mer helbredelsesoptimistisk standpunkt vis-à-vis spedalskheten. Hjort ble innkalt til kronprinsen, og resultatet var at det ble satt ned en kommisjon i Bergen som skulle se på hva som burde gjøres med spedalskheten.¹⁵³

Troikaen Hjort, Schydtz og Holmboes plan om å utløse statlige bevilgninger for å bygge nye institusjoner for spedalske, kunne imidlertid ikke påregne støtte fra en slik kommisjon i Bergen. Årsaken til det var overlegen ved Det civile Sygehuus, Christian Wisbech (1801-1869) sin holdning til spørsmålet.¹⁵⁴ Wisbech hadde siden midten av 1820-tallet drevet behandling av spedalske på sykehuset, og det med stor suksess, i hvert fall til å begynne med. Han hadde også, i forbindelse med publisering av landets første sykehusberetninger, rapportert om dette i flere årganger av *Eyr*. I beretningen for 1827 hadde Wisbech ført opp tre spedalske som helbredet etter en kur bestående av arsenikk kombinert med svovelbad. Han proklamerte da: ”at Sygdommen langt fra kan antages at være uhelbredelig, hvilken Mening almindelig har været den gjældende.”¹⁵⁵ Men da Hjort kom til byen i 1832, hadde Wisbechs entusiasme kjølnet. Han greide ikke lenger å helbrede så mange av de spedalske, og når en bedring tilsynelatende var inntruffet, så kom det tilbakeslag.

Schydtz ble medlem av kommisjonen i Bergen, men det gjorde også byens to fremste leger, Stadsphysicus Jakob Worm Skjelderup Müller (1793-1863)¹⁵⁶ og nevnte Wisbech.

¹⁵² Hjort 1871: 12.

¹⁵³ Se ”Om Spedalskheden og hva der er gjort og bør gjøres for at standse den videre Utbredelse”, opprinnelig trykket i *Bergens Stiftstidende*, her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 89.

¹⁵⁴ Personopplysninger er hentet fra *Norges Leger*, bind V: 676.

¹⁵⁵ *Eyr* 1829: 132-133. Også beretningen for 1828 rapporterer om helbredete spedalske, denne gang ved hjelp av ”jodin” både innvendig og utvendig, samt svovelbad, se *Eyr* 1830: 126.

¹⁵⁶ Personopplysninger i *Norges Leger*, bind IV: 137.

Kommisjonen foreslo i 1835, mot Schydtz' stemme, bare mindre endringer på St. Jørgen.

Legenes konklusjon med hensyn til hva som kunne oppnås i en kamp mot spedalskheten, var drepende:

”den spedalske Sygdom (ifølge Hr. Wisbechs Erfaring) forekommer under forskjellige Former, hvoraf enkelte ere ulægelige, ja forværres endog øiensynlig ved Midlers Brug, - andre helbredelige, men kun for en kort Tid, hvorefter Sygdommen igjen fremtræder under en verre Form eller maaske kun i en høiere Grad, - og atter andre, desværre indskrænke sig til meget faa, ere blevne radikal helbredede.¹⁵⁷

Müller og Wisbech slo derfor fast at det var uhensiktsmessig å bygge nytt, langt mindre å opprette en kuranstalt. Kirkedepartementet konkluderte derfor med at ”der med den Sag intet videre var at foretage”.¹⁵⁸

Prosjektet var nå tilsynelatende dødt, men de videre hendelser tyder på at Holmboe og Schydtz ikke på noe tidspunkt ga opp planen om en kuranstalt til byen, og heller ikke at de ville la sin egen bys fremste medisinske ekspertise stå i veien for denne planen. Begge var stortingsmenn ved det neste Storting i 1836, og leverte der hvert sitt forslag som tok til orde for å bevilge penger til bekjempelsen av spedalskheten. Schydtz startet ballet ved å ta opp spørsmålet om hva som kunne gjøres for å hindre at ”den spedalske Sygdom griber videre om sig”.¹⁵⁹ Senere samme dag leverte Holmboe og de to resterende Bergens-representantene et forslag om å opprette en kuranstalt for spedalske. Med sprikende medisinske råd og oppfatninger om mulighetene for kur, samt uvisshet om antallet spedalske og om dette var stigende, valgte Stortinget å sende saken til videre utredning.¹⁶⁰

Gjennom sine forslag hadde representantene fra Bergen tatt opp de to sentrale spørsmålene som måtte besvares positivt før Storting og regjering kunne vinnes for saken. For det første måtte det framstå som mulig å kurere de spedalske, eller i det minste være håp om å finne en kur, og dermed bekjempe sykdommen, for det andre måtte spedalskheten oppfattes som en stigende trussel, som en sykdom i framgang. Hvis ikke spedalskheten var en trussel av store nok proporsjoner til å påvirke riket negativt, så hadde heller ikke staten noe med finansieringen av kampen mot den å gjøre. Og det var her at tellingen av spedalske kom til å tjene sin misjon.

¹⁵⁷ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 100.

¹⁵⁸ Se ”Om Spedalskheden og hva der er gjort og bør gjøres for at standse den videre Utbredelse”, opprinnelig trykket i *Bergens Stiftstidende*, her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 90.

¹⁵⁹ Stortingsforhandlingene 1836, bind 2: 30, her etter Vollset 2005: 34.

¹⁶⁰ Stortingsforhandlingene 1836, bind 2: 139, her etter Vollset 2005: 34.

En trussel blir til

Regjeringen iverksatte to tiltak for å utrede spedalskhetsspørsmålet. Det første var å iverksette en telling av landets spedalske i 1836,¹⁶¹ og året etter ble det satt ned en kommisjon som skulle komme opp med forslag til hvilke tiltak som ville være tjenlige i arbeidet mot spedalskheten.¹⁶² Av kommisjonens fem medlemmer var tre leger, og kommisjonens ledende kraft og den som førte innstillingen i pennen, var Jens Johan Hjort.¹⁶³ Innstillingen kom til å danne det politiske grunnlaget for opprettelsen av en kuranstalt, Lungegaardshospitalet, et grunnlag som ble lagt gjennom å etablere spedalskhetens økning og kurabilitet som vitenskapelige sannheter. Det falt på Hjort å etablere disse sannhetene.

Men hvorfor valgte regjeringen å *telle* de spedalske når den ble bedt av Stortinget om å utrede spørsmålet om bygging av en kuranstalt for spedalske? Hvorfor ikke heller beskrive og legge vekt på hvor grusom sykdommen var, slik Welhaven hadde gjort tyve år tidligere, for å argumentere for statlige tiltak? Hvorfor skulle dette samfunnsødet, dette sosiale fenomenet, gis uttrykk i form av tall, og ikke ord? På 1830-tallet var det ikke slik at tall nødvendigvis ble ansett som en selvsagt måte å beskrive sosiale fenomener på. I Norge sto lenge den tidligere omtalte "Göttingen-skolen" sterkt.¹⁶⁴ Som nevnt oppstod begrepet statistikk i denne skolen, men tallene hadde ikke en veldig sentral plass i denne statistisk-topografiske tradisjonen. En mengde store dansk-norske og norske arbeider mot slutten av 1700-tallet og begynnelsen av 1800-tallet, sto trygt plantet i denne. Idealet var hentet fra totalbeskrivelser av tyske fyrstestater hvor det særegne og idiografiske ble vektlagt, ikke det generelle og kvantifiserbare. "Göttingen-skolen" mistet sin kraft i første del av 1800-tallet, men dens påvirkning er tydelig på et så sent verk som Anton Martin Schweigaard (1808-1870) sin *Norges Statistikk* fra 1840, selv om tallene inntok en helt annen rolle her enn i de tidligere statistikkene.¹⁶⁵ Den tidligere så dominerende tyske tradisjonen var ennå ikke død i Norge, men ble utfordret av den britiske og franske vektleggingen av tallene.

Tallenes økte prestisje og antatte viktighet kan dels forklare hvorfor regjeringen nå anså det som viktig å få oversikt over hvor mange spedalske det fantes før man kunne bestemme seg

¹⁶¹ Kongelig resolusjon 30. juli 1836, her etter *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 97.

¹⁶² Kongelig resolusjon 10. september 1837, her etter *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 97.

¹⁶³ Som tidligere nevnt ble kommisjonens innstilling i sin helhet trykket som "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," gjennom flere nummer i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 97-116. De neste sidene bygger på denne, der det ikke oppgis annet.

¹⁶⁴ For norske arbeider i denne tradisjonen og analyser av disse, Lie og Roll Hansen 2001: 18-30.

¹⁶⁵ For en analyse av Schweigaards verk, se Lie og Roll Hansen 2001: 18f og 36ff.

for hvilke tiltak som eventuelt skulle settes i verk. Det fantes i tillegg en direkte forløper og et forbilde i norsk sammenheng for det å telle når man skulle utrede omfanget av en viss type sykdom. På 1820-tallet ble galskap tematisert for norske myndigheter på en lignende måte som spedalskheten et tiår senere. Professor Frederik Holst (1791-1871) var en av de viktigste medisinske reformatorene gjennom store deler av 1800-tallet.¹⁶⁶ Etter en studiereise til en mengde europeiske land tok han ved sin hjemkomst initiativ til å reformere blant annet behandlingen av de gale. Holst besøkte både England hvor telletradisjonen sto sterkt, og i Paris hadde han stiftet bekjentskap med klassifikasjonssystemer for galskap.¹⁶⁷ Klassifisering og koding var avgjørende for å kunne telle i og skape kategorier, og det franske klassifiseringssystemet kunne Holst bruke som utgangspunkt for å telle alle landets gale, en telling som ble gjennomført av landets sogneprester i 1825-27. Basert på dette tallmateriale kunne Holst føre sin kampanje for reformer i galepleien, og staten fikk et synliggjort og tallfestet uttrykk for problemets størrelse, og dermed hvilke dimensjoner eventuelle reformer ville måtte ha.

Det var sogneprestene som også fikk i oppdrag å telle de spedalske. Legene var uansett altfor fåtallige til å effektivt kunne dekke landet, og dessuten hadde prestene tradisjoner for å være statens tellekorps ved de ulike folketellingene som var gjennomført siden 1769.¹⁶⁸ Selv om oppgaven, i likhet med tellingen av de gale ti år tidligere, denne gang var noe annerledes, så ble dette betraktet som en naturlig ordning. Prestene hadde jo også tradisjonelt vært knyttet til sykepleien. Det ble like fullt utarbeidet hjelpemidler for prestene når de nå skulle avgjøre hvem som led av spedalskhet, og så telle disse. Christen Heiberg (1799-1872), som hadde bakgrunn som sykehuslege fra Bergen og som hadde vært en av de første, sammen med Schwindt, som hadde publisert om spedalskheten,¹⁶⁹ fikk i oppgave å lage et skrift med oversikt over spedalskhetens ulike symptomer, et skrift som skulle veilede og gjøre prestene i stand til å foreta en korrekt telling.¹⁷⁰ Tellingsinstruksens siste punkt var rettet inn mot det Schydtz allerede hadde hevdet, nemlig at antallet spedalske var økende. Prestene fikk i oppgave å vurdere om ”Sygdommen [hadde] aftaget eller tiltaget i de sidste 10 Aar”.¹⁷¹ Hjort og kommisjonen tok utgangspunkt i disse oppgavene, da de tok fatt på spørsmålet om antallet spedalske var økende. Rettere sagt, så mistenker jeg at de tok utgangspunkt i disse tallene for

¹⁶⁶ For en oversikt over Frederik Holsts karriere, se *Norges Leger*, bind III: 42-46.

¹⁶⁷ Om både Frederik Holst og denne nosologien, se kapittel 3.

¹⁶⁸ <http://www.rhd.uit.no/census/oldcensus.html> (Tilgjengelig 12.12.07)

¹⁶⁹ ”Om den norske spedalskhed” i *Eyr* volum III, 1828: 50-54.

¹⁷⁰ Se *Departementsstidende* 1836: 1003-1007.

¹⁷¹ Her etter kommisjonens tekst gjengitt i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 99.

å bevise at spedalskheten *var* i fremgang. Spedalskhetens kurabilitet hadde Hjort allerede erklært seg overbevist om i Bergen for kronprins Oscar, og økningen var brukt som argument av Schydtz for å reise saken på Stortinget. De bergenske stortingsrepresentanters forslag i 1836-stortinget var helt i tråd med hans egne meninger, eller kanskje man heller skulle si at disse representantene målbar og brukte Hjorts oppfatninger og faglige tyngde i sitt arbeid for en kuranstalt. I Hjort hadde ledende menn i Bergen funnet en kuroptimist da deres egen sykehusoverlege Wisbech utgjorde en bremsekloss for dette arbeidet.

Hvilke tall hadde så prestene levert? Sogneprestenes talloppgaver var på ingen måte så alarmerende at Hjort uten videre kunne slå fast en økende trussel. Faktisk slo han innledningsvis fast at på bakgrunn av tallene "seer Commissionene sig vel ikke istand til med fuldkommen Vished at kunne afgjøre" om sykdommen var i økning eller ikke.¹⁷² Totalt ble 659 personer oppgitt å være spedalske. Det geografiske mønsteret bekreftet det som tidligere hadde vært hevdet; at det var vestkysten av landet fra Stavanger i sør til Finnmark i nord som var rammet, og i særdeleshet Bergens stift hvor hele 405 av de spedalske befant seg. Dette var ille nok i seg selv, men sannsynligvis var det langt flere som faktisk led av sykdommen, mente Hjort. Og han hadde mange av prestene med seg i sitt syn. Flere av prestene bemerket i sine oversikter at de antok at folk dels ikke ga "Agt paa Sygdommens Symptomer, der i dens Begyndelse ofte ere mindre iøinefaldende" og derfor ikke anså seg eller ble ansett som spedalske; og dels at stigmaet knyttet til sykdommen, gjorde at mange holdt sin sykdom bevisst skjult.¹⁷³ Hjort kunne med andre ord argumentere for at det fantes store mørketall, men viktigere enn det totale antallet var det å påvise en økning i antallet spedalske. Hvis ikke en økning kunne påvises, var sykdommen heller ingen trussel mot riket, og følgelig var et statlig engasjement utover utredningsarbeidet heller ikke påkrevet.

Prestenes oppgaver var imidlertid lite egnede til å påvise spedalskheten som en *økende* trussel. For det første hadde omtrent halvparten av sogneprestene misforstått Kirkedepartementets instruksjer. Da departementet utba seg opplysning om "Sygdommen [hadde] aftaget eller tiltaget i de sidste 10 Aar", så trodde mange av prestene at det var sykdommens utvikling hos den enkelte spedalske de skulle vurdere. Hjort og kommisjonen var tydelig oppgitt over at prestene hadde misforstått en så enkel bestilling. Særlig siden departementet hadde sendt et

¹⁷² "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 99.

¹⁷³ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 99.

nytt sirkulære til landets prester den 14. oktober 1836 hvor departementet, som Hjort beskrev det: "udtrykte sig endnu tydeligere, idet det æskede Oplysning 'om Spedalskheden antages nu at være mere eller mindre udbredt i Præstegjeldet, end tilforn og især i sidste Decennium"¹⁷⁴. Men denne presiseringen til tross, så valgte likevel omlag halvparten av prestene å beskrive sykdommen og de syke, i stedet for å gi en kvantitativ vurdering. Det er imidlertid interessant å spørre seg hvordan de kunne misforstå, eller retttere; hvilken forståelse lå til grunn for disse prestenes valg og handlinger?

Regjeringsapparat, sentraladministrasjon og legene tok nå for gitt tallenes primat når en "avtagen" eller "tiltagen" skulle dokumenteres. Det er ingenting som tyder på at det å gjennomføre en telling av landets spedalske var ansett som en kontroversiell avgjørelse blant disse, heller var en slik telling allerede en etablert framgangsmåte. Som påpekt av Marianne Berg Karlsen, er det lite som tyder på at kvantifisering av medisinen var omdebattert i Norge,¹⁷⁵ i motsetning til de store debattene som pågikk på samme tid i Europa, særlig i Frankrike. Mange av prestenes forståelse av oppdraget, tyder imidlertid på at denne tallenes primat som dominerte i legestanden og i det sentrale regjeringsapparatet langt fra var hegemonisk i embetsverket på nasjonalt plan på slutten av 1830-tallet. Da de ble bedt om å vurdere et sosialt fenomens utvikling de siste ti år, valgte altså rundt halvparten av landets sogneprester ord, ikke tall; og utførlige, kvalitative beskrivelser av sykdommen basert på individuelle kropper og deres symptomer, ikke en reduksjonistisk plassering av individer i kategorier som så kunne telles. Som i "Göttingen-skolen" lå vekten på det særegne, ikke det generelle og kvantifiserbare. Denne tellingen var langt fra et enestående tilfelle hvor skismaet mellom ord og tall kom til uttrykk. De femårige amtmannsberetningene var fra 1825 tenkt å utgjøre et sentralt kildemateriale for en kontinuerlig statistikk over de økonomiske forhold i riket. Utførlige og nøyaktige skjemaer med kategorier og underkategorier ble tilsendt amtmennene utover landet, men like fullt valgte mange amtmenn å returnere lange beretninger, gjerne uten tall, i mer enn et tiår framover.¹⁷⁶

Både for Hjorts prosjekt og statens planleggingsbehov var prestenes ikke-kvantitative utsagn verdiløst materiale. De trengte tall, ikke ikke-kvalifisert synsing om spedalskhetens egenart,

¹⁷⁴ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 99.

¹⁷⁵ Karlsen 2000.

¹⁷⁶ Det endte med at departementet reduserte drastisk mengden forhold det ønsket underrettelse om, og utarbeidet enklere skjemaer. Etter hvert ble tallene som uttrykksform om sosiale forhold akseptert utover landet. Se Lie og Roll Hansen 2001: 34ff.

etiologi og patogenese. Prestenes trang til å "leke medisinere", slik Hjort nok anså det, tyder også på en motsetning i utsynet på verden mellom de sentrale myndigheter og mange av sogneprestene rundt om i landet. Prestene hadde i lang tid vært involvert i sykepleien, men nå ble de forventet å være som alle legfolk, alle ikke-medisinere. Det medførte at de måtte nøye seg med å telle, og det basert på en leges veiledning, ikke gi kvalitative vurderinger av sykdommen. Bare tyve år tidligere hadde presten Welhaven gitt utførlige beskrivelser av sykdommen, og enda før det hadde presten Hans Strøm (1726-1797) i 1784 forfattet en artikkel om spedalskhetens opprinnelse og muligheter for kur.¹⁷⁷ Mange av prestene var fra gammelt av legeutdannete¹⁷⁸ og også dilettanten, amatøreren som forfulgte vitenskapelige studier, hadde en lang og stolt tradisjon, særlig gjennom 1600- og 1700-tallet.¹⁷⁹ Selv om Hjort og myndighetene nå tok for gitt at spedalskheten hørte inn under medisinen, så gjorde tydeligvis ikke alle prestene det; og da de ble bedt om å vurdere utviklingen, så ga de seg til å beskrive sykdommen så godt de kunne – i tråd med sin oppfatning av hva en beskrivelse av land og folk skulle være, nemlig en kvalitativ beretning, ikke et regnestykke; og i tillegg holdt de seg slett ikke tilbake for å levere, i deres øyne, vitenskapelige avhandlinger om spedalskheten i deres distrikt og blant deres sognebarn.

Halvparten av det innhentede materialet var altså ubrukelig for kommisjonen. Det var også problemer forbundet med dem som hadde besvart forespørselen på den intenderte måte. Det var nemlig på ingen måte et entydig ramaskrik om at sykdommen var i fremgang: 11 prester mente at sykdommen hadde gått tilbake de siste ti år, 24 at sykdommen hadde tiltatt og de resterende var i tvil. Dette var ikke noe tallmateriale å bygge et trusselbilde på, og Hjort vendte seg derfor til, og viet mye større plass til, talloppgaver fra en enkelt institusjon, nemlig St. Jørgens hospital. Her var tallene langt mer alarmerende, og det var også en lege som hadde telt, noe som nok i Hjorts øyne borget for en korrekt telling.

¹⁷⁷ Strøms beskrivelser av spedalskhet inngikk nettopp i et av de store klassiske statistisk-topografiske verkene mot slutten av dansketiden. Se Lie og Roll Hansen 2001: 18-30. Se også Vollset 2005: 25-26.

¹⁷⁸ Moseng 2003: 107.

¹⁷⁹ Det er et pågående forskningsprosjekt ved Universitetet i Tromsø, i samarbeid med et dansk, et østerriksk og flere tyske universiteter, som tar for seg dilettantens rolle, og som ser på hvilken innvirkning amatørvitenskapmenn hadde på de ulike vitenskapsdisiplinene før de ble utdefinert da vitenskapene ble profesjonalisert på begynnelsen av 1800-tallet. Se <http://uit.no/humfak/dilettantismus/1> (tilgjengelig 30.12.07).

Den nye statsfysikusen i Bergen, Ole Bornemann Heiberg (1803-1878),¹⁸⁰ hadde sendt kommisjonen en oversikt over utviklingen av antallet lemmer ved St. Jørgen. Denne viste at det de ti siste årene hadde søkt stadig flere til hospitalet. I 1837 hadde det for første gang vært nødvendig å sette stopp for flere innleggelser, og det til tross for utvidelsene som var gjort de siste årene. Det var nå nærmere 140 spedalske på St. Jørgen. Hjort sammenlignet dette med at tallet i 1654 hadde vært 29 og vel hundre år senere 76 spedalske, og kom derfor fram til en voldsom økning.¹⁸¹ Det kan godt hende at det Hjort og hans samtidige observerte var en faktisk økning i antall tilfeller av spedalskhet i Norge, men det kan selvsagt også tenkes at økningen hadde andre årsaker. Familie- og legdsystemet på landet som tradisjonelt hadde tatt vare på syke, gale, gamle og fattige, var i endring, og stadig flere kan av slike grunner ha søkt institusjonen i Bergen. Fattigkommisjonene hadde også et økonomisk insentiv for å få lagt spedalske inn på St. Jørgen, ettersom disse da ikke lenger ville belaste fattigvesenet.¹⁸² Men slike motforestillinger eller mulige feilkilder var ikke tema for Hjort og hans kommisjon. Tallene ble sett som et direkte uttrykk for at sykdommen var i sterk økning og dermed i ferd med å spre seg. På dette ikke veldig overbevisende grunnlaget, og kort etter at han hadde hevdet at "fuldkommen Vished" om spørsmålet ikke kunne nås, slo Hjort uansett fast:

Ovenstaaende Data efterlade formeentlig ikke længere nogen Tvivl om, at jo den spedalske Sygdom og især i det sidste Decennium har grebet mer om sig end forhen, og det, som det synes, endog i en frygtelig Grad.¹⁸³

Gjennom tallenes kraft og bevis hadde Hjort, hvis denne beskrivelsen ble akseptert, gjort spedalskheten til en trussel mot riket, og dermed bekjempelsen av denne til et statlig anliggende. Hans neste utfordring var å gi denne kampen en retning. Hva var løsningen? Hva var staten forventet å finansiere? Svaret var et nettverk av kuranstalter og pleiestiftelser langs kysten, som skulle finne en kur for sykdommen, samt gi dem hvor sykdommen var kommet for langt, et pleiehjem og en verdig død.

¹⁸⁰ Heiberg ble utnevnt til statsfysikus 26. august 1836. *Norges Leger*, bind II: 597. Se også M. Geirsvold: "Bergens sundhetsvæsen" i *Bergen 1814-1914* (Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig red.), bind I, Bergen 1914: 504.

¹⁸¹ Hans Peter Lie hevder at tallet på spedalske ved St. Jørgens hospital var 135 i 1754. Se Lie 1914: 540.

¹⁸² Sognepresten overførte fattige til stiftelsen på 1820-tallet, slik at fattigkommisjonen ikke lenger måtte understøtte disse. Opplyst av statsarkivar Yngve Nedrebø. Se Statsarkivet i Bergen, Stiftamtmannsarkivet, eske 2145 for oversikter over innleggelser. Ofte ble samme pasient utskrevet fra St. Jørgen flere ganger, men så beordret innlagt igjen.

¹⁸³ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 99-100.

En løsning formuleres

Når det gjaldt det avgjørende punktet i denne planen, det vil si "Spørsgmaalet om den spedalske Sygdoms Helbredelighet",¹⁸⁴ hadde Hjort det samme problemet som Schydtz og Holmboe i Bergen; nemlig overlege Christian Wisbech. Wisbechs erfaring med kurforsøk på spedalske var unik. Når hans faglige tyngde tilsa at spedalskhet i all hovedsak var uhelbredelig, og at ingen kuranstalt burde bygges, så var dette ord som veide tungt. At ikke Wisbech med sine meritter var gjort til medlem av kommisjonen, kan synes merkelig, men sannsynligvis skyldtes det at han med bosted i Bergen vanskelig kunne delta i kommisjonens arbeid som foregikk i Christiania. Og siden Wisbech ikke var med i kommisjonen, kunne Hjort, selv om han i innstillingen anerkjente Wisbech som landets største autoritet på den spedalske sykdom,¹⁸⁵ i detalj og uimotsagt gjøre rede for hvorfor overlegens konklusjoner burde settes til side.

Som nevnt hadde Wisbech i andre halvdel av 1820-tallet rapportert om strålende resultater i sin behandling av spedalskhet, men på 1830-tallet opplevde han at stadig færre ble friske, ja, endog at pasientene ble dårligere av behandlingen, og at de som tidligere var dimittert som helbredete, kom tilbake sykere enn noensinne. Wisbechs konklusjoner var kjent for myndighetene og Hjort *måtte* underminere disse om han skulle ha håp om å overbevise Storting og regjering. Hans hovedangrep på Wisbech var høyst originalt. Hjort valgte å la Wisbechs suksessrike behandlinger på 1820-tallet telle *mot* hans senere oppfatninger. Wisbech hadde som nevnt i *Eyr* rapportert om opp mot 100 % helbredelse for sine spedalske pasienter. Siden Wisbech på et tidspunkt hadde opplevd suksess, så var det dette man burde legge vekt på; ikke det faktum at samme mann basert på større erfaring og kjennskap til kurforsøk gikk bort fra sine tidligere standpunkter, mente Hjort. Hjort anklaget i realiteten Wisbech for ikke å ha vært iherdig nok. Et par mislykkete kurforsøk hvor pasientene hadde blitt dårligere av behandlingen, og et par pasienter som fikk tilbakefall; alt dette var mindre tilbakeslag man måtte regne med i en forskningsprosess og på den kronglete veien mot en kur. Wisbechs opprinnelige behandlingsforsøk "maa ansees for at have været særdeles heldige, og

¹⁸⁴ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 100.

¹⁸⁵ I "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 100, het det: "Langt viktigere er derimod hr. Wisbechs Erklæring i denne Anledning, da han vel er den Læge her i Landet, som har meest Erfaring om Behandlingen af Spedalske."

berettigede til meget gunstige Forventninger i Fremtiden”, skrev Hjort.¹⁸⁶ Slik ble Wisbechs utvikling fra behandlingsoptimist til behandlingspessimist gjennom økt erfaring, fullstendig neglisjert. Det at han en gang hadde trodd på en kur og ment å oppnå helbredelse var det viktige. Og uansett avviste ikke Wisbech at noen kunne helbredes, han hadde selv i 1835 ment at noen, selv om disse var svært få, hadde blitt radikalt bedre. Hjorts konklusjon ble derfor at Wisbechs arbeid ga håp for framtiden, det måtte bare tas opp igjen av en lege som kunne vie all sin oppmerksomhet til spørsmålet ("en duelig Læge [som] ene og alene beskæftiger sig med Undersøgelse av denne Sygdom") og som ikke ville la seg kue av mindre tilbakeslag.¹⁸⁷ Det trengtes en spesialist som viet seg utelukkende for studiet av spedalskheten, ikke en generalist og sykehuslege som skulle forske på spedalskheten innimellom alle sine andre gjøremål og sykdomsbehandlinger av ymse slag. Bare slik kunne en gjøre seg håp om en vellykket forskningsprosess og finne fram til en kur.

Den endelige tilsidesettelsen av Wisbech som autoritet skjedde imidlertid ved hjelp av utenlandske størrelser. Hjort hadde som ledd i utredningsarbeidet blitt sendt til Piemonte i Nord-Italia, et av de få stedene i Europa utenfor Norge hvor spedalskheten fremdeles fantes, og viktigst, til Paris hvor han hadde besøkt den berømte professoren og pionéren i dermatologi Laurent-Théodore Biett (1781-1840). I Piemonte fant Hjort en lege som delte hans egne oppfatninger, i. e. at sykdommen kunne helbredes bare den syke kom tidsnok til behandling. I Paris herjet riktignok ikke spedalskheten, men heldigvis for Hjort hadde Biett til behandling tre spedalske fra India, som i ens ærend hadde kommet til Frankrike "for at søge Raad hos denne verdensberømte Læge".¹⁸⁸ Biett hadde allerede nesten helbredet den ene av inderne, den andre hadde nettopp påbegynt kuren og den tredje hadde hatt sykdommen så lenge at han i liten grad hadde kommet seg. Biett hadde i alt behandlet 36 spedalske, og var fast overbevist om at helbredelse nesten kunne garanteres så lenge den spedalske kom under rask behandling. En verdensberømt lege i Paris sine ord utkonkurrerte selvsagt en skarve overlege i Bergen sine betraktninger, og Hjort kunne endelig konkludere med at "ogsaa

¹⁸⁶ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 101.

¹⁸⁷ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 100-101.

¹⁸⁸ "Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision," her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 102.

Commissionen [maa] antage som afgjort, at den spedalske Sygdom er helbredelig, naar den ikke har naaet sin høieste Grad.”¹⁸⁹

Etter Hjort og hans kommisjons uttalelse, kunne det ikke lenger være tvil; sakkyndigheten hadde talt. Med Wisbech ute av bildet, talte denne sakkyndigheten med én stemme og slo fast følgende sannheter: At spedalskheten var en økende trussel, men også helbredelig. Nå gjensto det å overbevise Stortinget om sakens viktighet, og at dette var et statlig og ikke bare kommunalt eller regionalt, anliggende. Hjort tok store ord i bruk. Sykdommen ville direkte føre til at store deler av landets ”Fremadskriden i Velstand” ble hindret. Men spørsmålet var ikke bare av økonomisk eller materiell viktighet. Det som sto på spill var selve ”Landets Tarv, Nationens Ære og, fremfor Alt, Menneskelighed”. Ingen kunne være i tvil om sakens viktighet i økonomiens, humanismens og sivilisasjonens navn. Når det gjaldt Statens ansvar, ble det kort vist til at ”den mindre frygtelige Radesyge” hadde blitt gjenstand for statlige bevilgninger allerede i 1788.¹⁹⁰

Kommisjonens plan ble så forelagt Stortinget. Forslaget innebar at det skulle legges både kuranstalt og pleiestiftelse til Bergen, Reknes (Molde), Bodø og Tromsø. Kuranstaltene skulle forske på og forsøke å helbrede de syke, mens pleiestiftelsene skulle være oppholdssted for dem hvor sykdommen var kommet for langt. Planen ville koste mer enn 80 000 spesidaler. Legfolket i Stortinget kunne vanskelig imøtegå den medisinske sakkyndigheten og rapportens faglige slutninger om sykdommens økning og dens mulige helbredelse. Men det stortingsmennene kunne, var å fortelle at det ikke fantes penger til planen, og det var også det som skjedde.

Vi skal ikke følge sakens videre vei i Stortinget i detalj.¹⁹¹ Regjeringen fant i 1839 ikke å kunne støtte saken finansielt, og foreslo i stedet at kommunene skulle ta på seg utgiftene forbundet med prosjektet. Hjorts kommisjon skrev derfor en ny innstilling som la mye større vekt på å vise hvor mye verre spedalskheten var enn radesyken, og at dette forpliktet staten til å handle. Denne gang utviklet også kommisjonen subsidiære forslag slik at noe av planen

¹⁸⁹ ”Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision,” her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 102.

¹⁹⁰ ”Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commision,” her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 98 og 115.

¹⁹¹ Et sammendrag er å finne i ”Om Spedalskheden og hva der er gjort og bør gjøres for at standse den videre Utbredelse”, opprinnelig trykket i *Bergens Stiftstidende*, her fra *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843: 90.

kunne settes ut i livet. Til Stortinget i 1842 hadde regjeringen innstilt på at staten ikke skulle involvere seg på grunn av ”Statscassens Resourcer”. Men de folkevalgte fra Bergen, igjen ledet av Holmboe, fremmet like fullt forslag om en redusert utbygging. Hjort-kommisjonens rapport ble delt ut til samtlige representanter, og det lyktes å få Stortinget til å bevilge 10 000 spesidaler i året til bygging av en forsknings- og kuranstalt i Bergen. Dette var smålåtent i forhold til kommisjonens og Hjorts opprinnelige plan, men nå var endelig pengene på plass for å begynne å bygge.

Resultatet av Hjorts kampanje for et statlig engasjement mot spedalskheten, ble et enkeltstående forskningssykehus i Bergen, Lungegaardshospitalet. Dette åpnet i 1849. Dets overlege ble Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894). Danielssen hadde etter avlagt medisinsk eksamen i 1838 valgt å bli i Christiania for å studere fysiologi, kjemi og hudsykdommer. Etter sigende skal han allerede da ha tenkt å gjøre spedalskheten til sitt studium.¹⁹² Etter et år som distriktslege i Stavanger, kom han til Bergen hvor han begynte som lege ved St. Jørgens hospital. Regjeringen påla ham i 1840 å fortsette sine observasjoner av de spedalske på St. Jørgen mens utredningene om en eventuell kuranstalt fortsatte. Han delte Hjort og Bietts oppfatninger om spedalskhetens kurabilitet,¹⁹³ og ble en aktiv støttespiller for Hjort-kommisjonen og Holmboe. Han var akkurat den legen som Hjort kunne ha ønsket seg, spesialisten som i vitenskapens navn skulle løse spedalskhetens gåte. Danielssen kom til å bli anerkjent som den ledende medisinske autoriteten på spedalskhet i både inn- og utland, men det å finne den, i følge Hjort, nært forestående kuren, mislyktes. Tross energiske kurforsøk gjennom mange år,¹⁹⁴ så lyktes det ikke å finne en kur. Den manglende suksessen tok luven av Hjorts kampanje, og allerede kort tid etter åpningen av Lungegaardshospitalet kom en annen kampanje til å overta som retningsgivende for utbyggingen av spedalskhetens apparat.

Prosjekt 2 – arvelighet, isolasjon og ekteskapsforbud

Ved årsskiftet 1850-51 ble bygging av ytterligere kuranstalter effektivt stanset på sentralt politisk hold. I 1850 hadde Departementet for det Indre fått opprettet en fast komité av

¹⁹² Artikkel om Danielssen og Lungegaardshospitalet i *Illustreret Nyhedsblad* nr. 22 og 25 i 1854.

¹⁹³ Om spedalskhetens prognose, se Danielssen, D. C. og Carl Wilhelm Boeck: *Om Spedalskhed*, Christiania 1847: 269-270.

¹⁹⁴ Danielssens beretninger fra Lungegaardshospitalet er utgitt i *Norsk Magazin for Lægevidenskab* gjennom 1850-tallet. Senere også i ulike særtrykk.

medisinere som skulle representere sakkyndigheten i alle medisinske spørsmål.¹⁹⁵ Denne komitéen fikk stor makt, og da Den rådgivende medicinalkomité, som den het, uttalte at ”de hidtil anstillede Kuurforsøg af Spedalske endnu ikke (...) har afgivet et eneste vel konstateret Exempel paa en Helbredelse”, så ble konklusjonen at Hjort-kommisjonens planlagte nett av helbredelsesanstalter måtte oppgis.¹⁹⁶ Komitéen så ikke bort fra at ”Lægekunsten” skulle kunne nå dette målet, og innstilte derfor på at Lungegaardshospitalet ble beholdt og at forskningen der skulle holde fram, men det var klart at framtidige tiltak måtte konsentreres rundt andre virkemidler. Vi skal vende tilbake til denne komitéen, men for nå er det tilstrekkelig å vite at den satte en effektiv stopper for Hjorts prosjekt.

Men hvilke virkemidler skulle da velges? Nå når ikke lenger en terapi, en kur, var svaret på trusselen som spedalskheten utgjorde, så måtte man vende seg til forebyggingen. Spørsmålet som måtte besvares, var altså hvordan man kunne hindre sykdommen i å spre seg, forhåpentligvis utrydde den? Svaret var selvsagt betinget av sykdommens etiologi, altså dens årsakslære. De mediko-politiske slag som nå skulle utkjempes om retningen i kampen mot spedalskheten, måtte derfor ta sin start i sykdommens etiologi. Og nok en gang skulle tallene mobiliseres.

Et spørsmål om etiologi

Ofte er det før-bakteriologiske synet på spedalskhetens etiologi, enkelt oppsummert med at man da trodde at sykdommen var arvelig.¹⁹⁷ Spørsmålet om spedalskhetens etiologi var imidlertid et omdiskutert spørsmål også i tiårene før Armauer Hansens bakteriologiske arbeider etablerte sykdommens smittsomhet.¹⁹⁸ Deler av historiografiens vektlegging av arvelighetsteorien, har imidlertid mye for seg. Denne teorien var dominerende i perioden, og da særlig blant politiske myndigheter og de leger som sto disse nær (i. e. Den rådgivende medicinalkomité). Legene debatterte flittig spørsmålet om spedalskhetens etiologi, men arvelighetsteorien var den eneste som ble framført i et større vitenskapelig bokverk; en bok som ble oversatt, vant en internasjonal pris og ble feiret som norsk medisins fremste

¹⁹⁵ Om denne, se Svalestuen 1988: 28ff.

¹⁹⁶ Medicinalkomitéens innstilling inngår i: *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851*. Christiania 1851: 6. Hjort fortsatte å propagere for kuranstalter, men hans politiske påvirkningskraft var nå kraftig redusert. Overlegen for den spedalske sykdom, O. G. Høegh, kommenterte tørt i hans årsberetning for 1856 at Hjorth ”staar saagodt som ene om denne Mening”. Se *Aarsberetning for 1856 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre*. Christiania 1857: 26.

¹⁹⁷ Se for eksempel Vogelsang 1968: 48.

¹⁹⁸ Som nevnt har særlig Lorentz M. Irgens gjort rede for de ulike standpunktene angående sykdommens etiologi. Se for eksempel Irgens og Helle 1996.

vitenskapelige prestasjon fram til da. Denne avhandlingen var i så måte et viktig argument for arvelighetsforkjemperne, og dermed tilhengerne av isolasjon og ekteskapsforbud.

Arvelighetsteoriens fremste vitenskapelige autoritet, var overlege D. C. Danielssen. Arveligheten, som tidligere var kjent og allment akseptert blant legene som spedalskhetens viktigste årsak,¹⁹⁹ ble gitt en vitenskapelig basis da Danielssen og Carl Wilhelm Boecks²⁰⁰ *Om spedalskhed* ble publisert i 1847. Den ble oversatt til fransk året etter, og vant Det franske akademis prestisjefulle Prix Monthyon i 1855.²⁰¹ Bokens største og varigste suksess var å avgrense spedalskheten fra andre hudsykdommer og å innføre to hovedformer av sykdommen, nemlig den glatte og den knutete. Tross den økte interessen for spedalskheten, så var det fram til *Om Spedalskhed* en sykdom med sprikende definisjoner. Gjennom en redegjørelse for sykdommens ulike navn og betegnelser, så som "elephantiasis" og "lepra", samt tiltak mot disse gjennom historien, (skrevet av Boeck som hadde hatt et større reisestipend for å studere sykdommen i Europa), og deretter grundige patologisk-anatomiske undersøkelser, både før og etter døden, (skrevet av Danielssen på bakgrunn av hans forsøk, observasjoner og obduksjoner gjennomført på St. Jørgen siden 1840), ble sykdommen definert og avgrenset fra andre tilstander. Spedalskheten var nå blitt en konkret, bestandig enhet, en konkretisering som bidro til styrken i den pågående medisinerledete kampanjen for å få staten til å ta økonomisk ansvar for kampen mot spedalskheten.²⁰²

Forfatterne av "Om Spedalskhed" nøyde seg ikke med å komme med deskriptive utsagn om sykdommens symptomatologi. Danielssen hadde gjennomført en mengde kjemiske undersøkelser av spedalskes blod, og mente å ha identifisert sykdommens årsak til å være en ubalanse i blodet, en såkalt bloddyskrasi, en gammel humoralpatologisk sykdomsterminologi.

¹⁹⁹ For eksempel skrev Hjort i 1833 at "det er afgjort" at spedalskheten var arvelig. Her etter Vollset 2005: 32. I følge en artikkel i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1858: 440, var arveligheten allment akseptert blant legene allerede før Danielssen og Boecks avhandling.

²⁰⁰ Boeck kom til å konsentrere seg om syfilis og særlig syfilisasjonen som behandlingsmetode. Dette arbeidet kom til å skaffe ham internasjonal berømmelse, han ble til dels også beryktet for dette. For en omtale av Boecks arbeid internasjonalt, se Joan Sherwood: "Syphilization: Human Experimentation and the Search for a Syphilis Vaccine in the Nineteenth Century" i *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1999, 54: 383ff.

²⁰¹ Blant annet hadde Claude Bernard, den eksperimentelle medisins ledende figur i Frankrike ved midten av 1800-tallet, vunnet prisen fire ganger tidligere. Danielssen og Boeck brukte prispengene til å innstifte et legat til belønning av avhandlinger om hudsykdommer, og den første prismottageren ble Armauer Hansen. Se Grande 2003: 60 og 72.

²⁰² "Om spedalskhed" er også analysert av Jan Groven Grande i hans doktoravhandling, se Grande 2003: 54-76. I sin analyse av arbeidet mot spedalskheten i denne perioden, ser Grande dette som statsinitiert og statsdrevet. Jeg mener derimot at staten blir mobilisert av medisinerne. Initiativene kommer fra medisinerne, ikke fra staten. Grandes oppfatning mener jeg er farget av hans smale kildeutvalg. Han ser ikke ut til å kjenne debattene og kampanjene som ligger forut de bestemmelser han ser departementer og Storting fatter.

Ubalansen bestod i at blodet hadde for mye fibrin og eggehvite, og kurforsøkene han allerede hadde gjennomført, og kom til å forfølge i Lungegaardshospitalet senere, konsentrerte seg om å tilføre pasientene stoffer som kunne løse opp disse stoffene og rens blodet for dem.²⁰³ Det avgjørende for hva man så skulle anbefale som virkningsfulle tiltak mot sykdommen, berodde på denne sykdommens årsak. Gjennom en kvantitativ analyse av pasientene på St. Jørgen, fant Danielssen at 189 av 213 pasienter hadde arvet sykdommen.²⁰⁴ Det var imidlertid ikke et enkelt bilde han presenterte, hvor barn fikk sine foreldres sykdom. Heller mente Danielssen at sykdommen viste seg i annethvert slektsledd, en merkverdighet han ikke hadde gode svar på, men som like fullt måtte aksepteres som empirisk sannhet. For å få så høy arvelighetsandel opererte Danielssen også med arv i sidelinjer, et valg som ble kraftig kritisert av Hjort i en anmeldelse i *Norsk Magazin for Lægevidenskab*.²⁰⁵ De resterende 24 personene i Danielssens pasientgruppe som altså ikke hadde spedalske i sin familie i det hele tatt, hadde ervervet sykdommen spontant. De spontant oppståtte tilfellene antok Danielssen skyldtes visse forhold som hersket i de områder hvor sykdommen var endemisk. Nøyaktig hvilke forhold som var bestemmende for at et slikt spontant utbrudd av spedalskhet skulle kunne foregå, var noe uklart. Dels viste forfatterne til naturmessige forhold, så som den ”fugtige, taagede Luft” som opptrådte langs de dype fjordene hvor de fleste spedalske levde.²⁰⁶ De trakk også fram eldre teorier basert på fiskedietten i kyststrøkene, og underkastet disse vitenskapelig etterprøving. I tillegg til de klimatiske forholdene, så fant imidlertid Danielssen og Boeck de økonomiske, sosiale og kulturelle forhold å være forklaringen på spedalskhetens oppstand. Særlig var boforholdene, hvor de små ”Bønder-Hytterne” var ”yderst trange og lave”, med små, oftest gjenspiikrete, vinduer. Det som da oppsto var en ”slet Oxydation af Blodet”, og kombinert med klima og generell skjørlevnet, var veien kort til at ”Blodet i sine Blandingsforholde kan blive abnormt.”²⁰⁷ Som vi siden skal se, fantes det medisinere som tok denne sosiale beskrivelsen av sykdommens årsak som grunnlag for sin kampanje mot spedalskheten.

For Danielssen og Boeck var imidlertid de spontane tilfeller av mindre viktighet sammenlignet med de nedarvete. Tallenes tale var klar; det var gjennom arv at spedalskheten spredte seg og økte i omfang. Hvert eneste individ i en spedalsk familie, ville ved ”at

²⁰³ For et inntrykk av disse kurforsøkene, se ulike beretninger fra Lungegaardshospitalet som er utgitt i *Norsk Magazin for Lægevidenskab* gjennom 1850-tallet.

²⁰⁴ Boeck og Danielssen: 263.

²⁰⁵ *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1848: 150-175. Se også Grande 2003: 60.

²⁰⁶ Boeck og Danielssen: 267.

²⁰⁷ Boeck og Danielssen: 268.

forplante sin Slægt”, ”nedlægge Spiren til den skrækkeligste af alle Sygdomme hos kommende Generationer”.²⁰⁸ Dette måtte staten forebygge, og det fantes kun én løsning; å nekte de spedalske reproduksjon. Allerede etter et drøyt års drift i Lungegaardshospitalet, så var i realiteten håpet om en snarlig kur forlatt, selv av den som hadde fått i oppdrag å finne kuren og helbrede alle spedalske i riket. Danielssen lot det i sin første årsberetning til myndighetene og den medisinske offentligheten ikke være tvil om at det ennå var langt fram til en endelig kur:

Af hvad der her er anført, vil man vistnok gjøre det Spørgsmaal, hvor langt er vel Spedalskhedens Therapie skredet fremad i det forløbne Aar? Og hertil skal jeg være villig at svare, at Fremskridtene ere ikke mange eller store, Resultaterne ere langt fra glimrende, - kun nogle sikkre Skridt opad det steile Fjeld, see det er det Hele. Der vil sandelig hengaae mangt et Aar, inden Toppen er bestegen, og jeg tvivler ingenlunde om, at Mangen en vil trættes ved den yderst langsomme Stigning, og ganske forglemme den store Høide af lutter Utaalmodighed og Længsel efter at kunne faae nyde den prægtige Udsigt. Men dette kan dog ligesaa lidt paaskynde min Gang, som forandre dens retning; thi det er ikke min Mening at ile ti ubetenksomme Skridt fremad for at blive kastet elleve tilbage.²⁰⁹

Medisinsk forskning var vel og bra, men en langsiktig prosess med et usikkert tidsperspektiv. For å bekjempe sykdommen i nået, så var isolasjon av de syke svaret, mente Danielssen og Boeck. Dette var altså den ledende medisinske spedalskhetsautoritetens anbefaling, og følgelig et naturlig utgangspunkt da Hjorts helbredelseskampanje ble avlivet av Den rådgivende medicinalkomité i 1850-51. En av styrkene ved Danielssens og Boecks forståelse av spedalskhetens etiologi, var at den med letthet kunne brukes til å utarbeide konkrete, effektive og kraftfulle politiske tiltak. En slående kontrast til denne vellykkete mediko-politiske etiologiforståelsen, er å finne i fiaskoen til en av tidens opposisjonelle stemmer, nemlig distriktslege Holm Holmsen (1812-1888).

Miasmer uten program

Holm Holmsen var distriktslege fra 1840-54 i Fosen,²¹⁰ et distrikt på kysten av Trøndelag med relativt mange spedalske. Han gjorde seg bemerket ved å publisere en artikkel om spedalskhetens årsaker allerede i 1844 i *Ugeblad for Medicin og Pharmacie*.²¹¹ Han hevdet da at visse ting tydet på at sykdommen ikke var arvelig. Han sendte også en innberetning om spedalskheten i Fosen til Departementet for det Indre i 1848. Etter å slik ha gjort seg til kjenne

²⁰⁸ Boeck og Danielssen: 266. Se også side 85.

²⁰⁹ Daniel Cornelius Danielssen: "Lungegaardshospitalets Virksomhed i 1850. Beretning til Departementet for det Indre" i *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1852: 16.

²¹⁰ *Norges Leger*, bind III: 34.

²¹¹ *Ugeblad for Medicin og Pharmacie*, 1844: 69-70.

som en kjenner av spedalskhet, ble han bedt av Departementet for det Indre om å utarbeide en innberetning om spedalskhetens utbredelse blant de innvandrete østerdølene til Målselvdalen og kvenene i Alta i 1851.²¹² Hans innberetninger ble, uten at hans samtykke var innhentet, publisert i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* i 1851.²¹³ I 1857 publiserte Holmsen på nytt i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*,²¹⁴ en hendelse som sammen med at Medicinalkomitéen nok en gang hadde uttalt seg i favør av arvelighetsteorien,²¹⁵ førte til en opphetet debatt i Det medicinske Selskab i Christiania. Holmsen reiste nå rundt og foredro om sine teorier i landets medisinske selskaper.²¹⁶ Etter den voldsomme debatten i 1857, oppsummerte Holmsen sin oppfatning om spedalskhetens etiologi, og forsøkte en siste gang å bevege arvelighetsforkjemperne bort fra sine prinsipper gjennom en artikkel i samme tidsskrift i 1858, men mislyktes nok en gang.²¹⁷

Holmsens énmannskorstogs uttalte mål var å få sine kolleger til å akseptere spedalskhetens miasmatiske karakter. Gjennom å se på tallmaterialet fra Fosen, og å følge utviklingen i et spedalsk distrikt gjennom lang tid, mente han å observere at sykdomsutbredelsen gikk i bølger. I visse år ble mange angrepet, i andre få eller ingen. Det Danielssen så som arv når både bestefar og barnebarn, eller grandonkel og grandnevø, var spedalske, var etter Holmsens oppfatning bare et resultat av at mange på et og samme sted ble syke samtidig. Dette måtte skyldes en spesifikk sykdomsagens av noe slag, noe som utdunstet av det han kalte ”Spedalskhetens Arner”. Det store problemet til Holmsen, i likhet med miasmeteoriene som sådan, var at det ikke var mulig å påvise en slik agens, et sykdomsfremkallende stoff av noe slag. Gjennom å propagere i mer enn ti år, lyktes det ham likevel å få oppmerksomhet om sitt standpunkt. I tillegg til de nevnte debattmøter, påvirket han ordskiftet generelt om spedalskheten. Hans teorier om spedalskhetens ”Arner eller Brændpunkter” dukker for eksempel opp i en medisinalberetning fra Ytre Nordhordland i 1856.²¹⁸ I motsetning til

²¹² *Norges Leger*, bind III: 34.

²¹³ *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1851: 433-449 og 489-500. At Holmsen ikke hadde bedt om å få publisert denne, oppgir han i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1858: 321.

²¹⁴ *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1857: 129-149.

²¹⁵ *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1858: 422ff.

²¹⁶ Hans foredrag for et fellesmøte for Vestlandets leger den 24. juni 1858, og det angrep han her ble utsatt for fra Daniel Cornelius Danielssens side, er omtalt i St. Tschudi Madsen og O. Sollied: *Medisinsk Liv i Bergen. Festskrift i anledning av 100 års jubileet for Det Medicinske Selskap i Bergen*, Bergen 1931: 85-86. Hans foredrag for Bergens lægeforening fra den 25. juni 1858, er trykket i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1858: 906-918 og 1010-1026.

²¹⁷ *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1858: 321-339.

²¹⁸ Medisinalberetning fra Ytre Nordhordland 1856, av Michael Krohn: 3. Beretningene fra dette distriktet er transkribert og er tilgjengelig på internett gjennom Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen: <http://www.uib.no/isf/hist/beret/beret009.htm#I1> (Tilgjengelig 02.01.08).

Christian Wisbech, som ikke meddelte offentligheten noen av sine oppfatninger om spedalskheten etter at Hjort-kommisjonen ble satt ned i 1837, lyktes Holmsen å holde sitt standpunkt levende i debatten (Lochmann brukte for eksempel hans standpunkter ti år senere til å legitimere sitt angrep på de rådende politiske tiltakene mot spedalskheten), selv om det virker som de voldsomme motangrepene i 1858 fikk ham til å tie for mange år framover.²¹⁹

Som nevnt hadde en miasmeteori den store ulempe at den ikke kunne fremvise en spesifikk årsak, men måtte henvise til et mytisk og usynlig miasmatiske stoff. Arvelighetsteorien hadde for så vidt det samme problemet. Ingen arvelighetsmekanisme kunne påvises, og ikke minst var det uforklarlig at sykdommen kunne hoppe over generasjoner og spre seg i sidelinjene, men sjeldnere fra foreldre til barn. Danielssen og Boeck proklamerte likeså godt at denne merkelige uforklarligheten lå ”utenfor Forskningens Grændser”.²²⁰ Begge teoriene måtte nøye seg med å telle de spedalske, se om de var i familie, om de bodde på samme sted, spiste samme mat etc., og så sammenholde dette med de ulike teoriene og se hva som virket logisk. Men likheten i vitenskapelig metode til tross, så fikk Holmsens argumenter langt mindre gjennomslagskraft enn Danielssens. Et mulig forhold som kan forklare den ulike gjennomslagskraften kan være Holmsens perifere posisjon i forhold til menn som Danielssen og Boeck. Med unntak av en mindre innberetning til departementet, så var alle hans undersøkelser gjort på eget initiativ og innenfor arbeidstiden i hans egenskap som distriktslege. Som amatørforsker på Ørlandet, befant han seg på et klart lavere trinn i vitenskapshierarkiet enn Danielssen og Boeck som bereiste Europa og innehadde forskerstillinger i rikets to største byer. Tyngden av den prisbelønte og internasjonalt anerkjente *Om Spedalskhed* overgikk selvsagt også Holmsens ulike skrifterier.

Men enda et forhold kan forklare hvorfor Holmsens etiologiforståelse var sjanseløs i sitt angrep på arveligheten: Han hadde nemlig ikke noe alternativ til politisk handling. Hvis jordbunnen i visse år under visse klimatiske og telluriske forhold utdunstet et uidentifiserbart sykdomsstoff som gjorde mange spedalske, hva skulle man så gjøre med det? I sitt tilsvaret til Holmsen etter hans siste artikkel i 1858, stilte Carl Wilhelm Boecks halvbror, Christian Peter Bianco Boeck (1798-1877), dette momentet klart til skue. Chr. Boeck angrep ikke Holmsens

²¹⁹ Da Lochmann skulle angripe det spedalske apparat og dets politikk, tok han nettopp utgangspunkt i Holmsens standpunkter. Imidlertid ønsket ikke Holmsen å bli identifisert med smitteteorien Lochmann forfektet i tilknytning til Holmsens arnesteder. Dette ifølge en debatt ved De Skandinaviske Naturforskernes 10de Møde i Christiania i 1868, referert i Hjort 1871: 1ff.

²²⁰ Boeck og Danielssen: 263.

argumenter eller empiri *per se*, de kunne eller kunne ikke ha noe for seg, derom visste man lite. I stedet ble miasmeteoriens mangel på *politiske handlingsalternativer* brukt som selve argumentet for hvorfor det ikke skulle lyttes til denne:

Men da det endnu ikke er paaviist, hvilken Jordbunds Beskaffenhed det er, som betinger det antagne Miasmas Udvikling og Fremkomst, og man saaledes ikke kan have noget Begreb om, hvorledes man vilde kunne virke mod Miasmaets Udvikling, og da man i hvert Fald forud kan indsee, at det blive uoverkommelig at forandre Jordbunden saaledes, at den ikke skulde udsende de samme skadelige Uddunstninger som tidligere, saa vilde Antagelsen af Hr. Holmsen's Formening om Sygdommens Aarsag betinge, at man ikke kunde synderlig tænke paa Sygdommens Udrydning.²²¹

Holmsens standpunkt var altså ubrukelig, ikke først og fremst som medisinsk teori, men definitivt som et premiss for en mediko-politisk kampanje. Holmsens program kunne umulig ha annet til mål enn å fjerne de forholdsregler arvelighetsforkjemperne forfeftet, dvs. hindre de spedalskes reproduksjon, og i dettes sted gjøre ingenting. Men det å gjøre ingenting overfor spedalskheten, var ikke en oppfatning som sto høyt i kurs i de reformvillige og aktivistiske medisinerne rekker ved midten av 1800-tallet. Holmsens synspunkter fikk da heller intet gjennomslag i de fora som virkelig talte: de politiske, og da særlig i de politiske foras portvokter; Den rådgivende medicinalkomité.

Pleiestiftelsene som isolasjonsanstalter

Medicinalkomitéen fungerte i perioden 1850 til og med 1857 som statsapparatets rådgivende komité i alle større spørsmål knyttet til sykdom og helse,²²² og øvde avgjørende innvirkning på alle politiske vedtak som førte fram til opprettelsen av de ulike delene av spedalskhetens apparat etter opprettelsen av Lungegaardshospitalet. Det falt på denne komitéen   føre alle viktige innstillinger i pennen, og uten dens godkjenning, kunne departement eller regjering ikke beveges til noen form for aksjon i spørsmålet om spedalskheten. Komitéens medlemmer tilhørte alle hovedstadens medisinske elite. Det var de samme tre medlemmene som kom til å utgjøre komitéen i hele dens funksjonstid. Dens preses var professor Andreas Christian Conradi (1809-1868), som allerede i to år hadde fungert som departementets rådgiver i

²²¹ Boeck, Chr., "Nogle Bemærkninger til Distriktsl ge Holmsen's "Redegjørelse" i Magaz. F. L gevidskb., 2 R. XII B. 4" i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1858: 634.

²²² Medicinalkomitéen er en del av en lang og kronglete historie om hvordan medisinen har vært representert i sentraladministrasjonen. Komitéen ble midlertidig opprettet etter kongelig resolusjon 12. juli 1850, og oppløst ved utgangen av 1857 etter at Stortinget ikke hadde godkjent en permanent ordning, og valgte i stedet å ansette en legekyndig ekspedisjonssjef for medisinalvesenet i Departementet for det Indre fra 1. januar 1858 av. Se Svalestuen 1988: 28-31.

medisinske spørsmål.²²³ De øvrige medlemmer var professor Frans Christian Faye (1806-1890), omtalt som 1800-tallets ”mest produktive medicinske forfatter” i Norge,²²⁴ og Henrich Steffens (1809-1867), Christianias statsfysikus.²²⁵ Samtlige medlemmer var overbevist om arvelighetsteorien, og baserte alle sine uttalelser på dette premiss.

Den 31. desember 1850 la den nye Medicinalkomitéen fram en stor innstilling om spedalskhetens stilling, hva som var gjort så langt, og hva som burde gjøres i fremtiden.²²⁶

Det var her at Hjorts helbredelseskampanje ble lagt død. Komitéen konsentrerte seg utelukkende om tiltak som kunne realisere det eneste saliggjørende virkemidlet basert på arvelighetsetiologien, nemlig å forhindre de spedalskes reproduksjon. Komitéen drøftet et så oppsiktsvekkende tiltak som massekastrasjon av alle menn i spedalske familier, men fant dette ”fra et høiere moralsk Synspunkt” å være utilbørlig.²²⁷ Komitéen landet på to tiltak som til sammen skulle stanse spedalskhetens framgang gjennom reproduksjonen; det ene var pleiestiftelser, det andre var ekteskapsforbud.

Begrepet "pleiestiftelser" hadde allerede figurert i Hjort-kommisjonens plan for et nett av helbredelses- og pleieanstalter langs kysten. I Hjorts plan var disse tiltenkt å være et pleiested for de spedalske for hvem alt håp var ute, og på denne måte gi dem en verdig død: "Asyler (Pleiestiftelser), der kunde optage og paa en passende Maade forpleie de Spedalske, som man maatte ansee for uhelbredelige".²²⁸ Det var uansett kur/-helbredelsesanstalten som skulle være virkemiddelet mot sykdommen som sådan i Hjorts plan. I Medicinalkomitéens språkdrakt var imidlertid "pleiestiftelse" synonymt med "isolasjonsanstalt", og i stedet for å være det humane vedhenget til kuranstalten, så ble pleiestiftelsene gjort til selve virkemiddelet. Etter å ha avvist tanken om å bygge de av Hjort foreslåtte helbredelsesanstaltene, så var komitéen nemlig langt mer interesserte i pleieanstaltene:

Af en heel anden Betydning [enn Helbredelsesanstaltene] skiller sig Spørgsmaalet om Pleieanstalters Oprettelse i større Maalestok, som Middel til en endelig Udryddelse af Sygdommen. Af Historien er det nemlig bekjendt (...) at afsondrende Anstalter (Leproserier),

²²³ *Norges leger*, bind I: 588-590.

²²⁴ E. Schönberg: *Oversigt over den norske medicinske literatur i det nittende aarhundrede*, Kristiania 1897: 31. Her blir også en del av verkene vurdert. Se også *Norges leger*, bind III: 118-122 for en total oversikt over hans produksjon.

²²⁵ *Norges leger*, bind V: 196-197.

²²⁶ Innstillingen gjengis i sin helhet i: *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851*. Christiania 1851.

²²⁷ Sitert etter Hjort 1871: 23.

²²⁸ Hjort 1871: 11.

hvori de Spedalske bleve indsluttede og aflukkede fra Omgang med den sunde Befolkning, oprettedes i Mængde rundt om i Europa, og at denne Methode i Forbindelse med den Afsky for al Berørelse med de Syge, som overalt fandt Sted, synes at have været det virksomste Middel til efterhaanden udrydde Ondet".²²⁹

Isolasjonen var det "virksomste Middel". Og Medicinalkomitéen var ikke alene om å mene dette. I arbeidet for opprettelse av pleiestiftelser fikk komitéen stor hjelp fra de spedalskrammete amtene, særlig Søndre og Nordre Bergenhus amter (i dag henholdsvis Hordaland og Sogn og Fjordane). Amtene utviklet sent på 1840-tallet en trusselretorikk som var nødvendig for å kunne hevde at staten hadde en økonomisk forpliktelse. Ammunisjon til trusselen ble hentet fra Danielssens arvelighetspremiss, og de tok nå til orde for opprettelse av pleiestiftelser i betydning av isolasjonsanstalter. Overgangen fra pleie til isolasjon, er tydelig i amtenes saksgang. Det hele startet med at formannskapet i Kinn, en av de verst rammete kommunene i landet, i 1848 henstilte Nordre Bergenhus Amtsformandskab om å opprette en "Hjælpeanstalt" til "lettelse for de ulykkelige Spedalskes beklagelige Kaar".²³⁰ Kommunen ønsket altså en omsorgsinstitusjon hvor de spedalske skulle slippe å sulte, fryse og dø i fornedrelse. Amtsformannskapet undersøkte så mulighetene for at St. Jørgen kunne bli utvidet, og i tillegg ba de alle spedalskrammete kommuner i amtet om å uttale seg om de var enig i at amtet selv skulle bekoste en slik institusjon. Nesten alle kommunene mente at det var staten, ikke amtet, som måtte stå for utgiftene. Amtets oppgave var nå å overbevise staten om at den måtte komme på banen.

For å oppnå statlig finansiering, var det fremdeles slik at det kun var sykdomsforhold av slikt omfang, og slik økning, at det kunne truet riket selv, som var kriteriet. Amtet kunne derfor ikke be om en "Hjælpeanstalt", omsorgsbolig eller lignende, det de måtte be om var hjelp til å bekjempe en nasjonal trussel. Amtet mobiliserte, som Hjort før dem, en telling over spedalske som skulle vise hvor stor trusselen var. Dette var en lokal telling for Nordre Bergenhus Amt gjennomført i 1848, og hvor sammenligningsgrunnlaget var folketellingen av 1845. Sogneprestene kom fram til at 373 personer var spedalske, en katastrofal økning fra de 287 spedalske bare tre år tidligere. Amtet kunne nå, med utgangspunkt i den påviste økningen, og ved å benytte seg av Danielssen og Boecks arvelighetsteori, mane fram en stor trussel som kunne legge landsdelen øde om det ikke snart ble tatt grep. Om økningen het det fra amtet:

²²⁹ *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851.* Christiania 1851: 6.

²³⁰ Gjengitt i *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851.* Christiania 1851: 2. Det følgende er hentet fra denne innstillingen, der ikke annet er oppgitt.

Med et saadant Resultat for Øie og naar det derhos erindres, at Sygdommen, skjønt den ogsaa kan opstaae spontant, dog fornemmelig gaaer i Arv fra Forældre, samt at der af de i 1845 opgivne 287 spedalske levede 107 i Ægteskab, synes det (...) at Udsigterne er nedslaaende, og vil blive det endmere for hvert Aar der gaaer hen, inden der træffes gennemgribende Forføininger mod Sygdommens videre Udbredelse.²³¹

Amtet satte selv fram to spørsmål de mente måtte besvares positivt før statlige midler kunne bevilges. Det første spurte om spedalskheten i amtet var av en slik art at den krevde ”overordentlige Foranstaltninger (...) for at standse dens videre Utbredelse og komme de allerede Angrebne til Hjælp”. Og for det andre om distriktet var ute av stand til å oppfylle disse målsetningene om det ble overlatt til seg selv. Med henvisning til økningen i de spedalskes antall, og, basert på ekteskapsallene og arvelighetsteorien, den kommende og større økningen i tallet på syke, så måtte svaret på begge spørsmål, bli ja. Amtet ba derfor om at regjeringen snarest måtte besørge bygging av en utvidelse av St. Jørgen, samt bidra økonomisk til at amtet kunne fylle sine tildelte plasser i Lungegaardshospitalet. Denne viste seg nemlig for dyr for kommunene, og Danielssen måtte ofte skrive ut pasienter han anså som lovende for helbredelse på grunn av at de var tidlig i sitt sykdomsløp.²³²

Det er verdt å merke seg at Nordre Bergenhus amt fremdeles brukte begrep som ”avhjelpe Nøden” og ”meget formenes at ville blive vundet for Menneskelighedens sag” i sitt foredrag til departementet,²³³ en språkbruk som bringer tankene tilbake til presten Welhaven mer enn tretti år tidligere. Departementet behandlet ikke foredraget da dette ankom i 1849, men lot Søndre Bergenhus Amt uttale seg om saken, da departementet visste at dette amtet også slet med å finansiere pasienters opphold på Lungegaardshospitalet. Dette amtets menn sa seg enig i alt det av Nordre Bergenhus framførte om statens ansvar og hvilke hjelpemidler man trengte. Det var imidlertid en viktig endring som måtte gjøres, ifølge amtmannen i det søndre, i måten foredraget var utformet på av amtmannen lenger nord. Det var ikke appeller om nestekjærlighet som kunne utløse midler. Pleiestiftelsene måtte ikke sees som ”Forsørgelses-Indretninger”, for da ville de være staten uvedkommende. I stedet måtte pleiestiftelsene som sykdomsbekjempende virkemidler *per se* understrekes. ”Afsondringen” var poenget; man

²³¹ Gjengitt i *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851*. Christiania 1851: 4.

²³² Se Daniel Cornelius Danielssen: "Lungegaardshospitalets Virksomhed i 1850. Beretning til Departementet for det Indre" i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1852.

²³³ Gjengitt i *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851*. Christiania 1851: 5. Nordre Bergenhus amts foredrag er datert 27. juli 1849.

måtte ”hindre Sygdommens videre Ødelæggelser gennem ufødte Slegter formedelst dens Arvelighed”.²³⁴

Medicinalkomiteén sa seg fullstendig enig i amtenes forslag om å opprette pleiestiftelser i isolasjonsøyemed. Ideelt sett ønsket komitéén å isolere samtlige spedalske i landet på en gang, men dette ville bli altfor dyrt. Det var også det vanskelige spørsmålet om tvang eller ikke tvang; arbeidsføre og/eller gifte i gode kår, ønsket selvsagt å bli pleiet hjemme. Komiteén mente, til tross for mange uavklarte spørsmål og usikre økonomiske kalkyler, at Stortinget i 1851 burde forelegges en skisse som gjenopplivet Hjorts plan om et nett av pleiestiftelser langs kysten, men denne gang med det formål å hindre de spedalskes reproduksjon gjennom isolasjon. Nettet skulle bestå av en ny stiftelse med 250 plasser i Bergen, at Reknes ved Molde ble utvidet til å ta 100 pasienter, og at en stiftelse ble bygget i Tromsø som kunne huse 50 personer.

På grunn av de mange usikkerhetene forbundet med en slik plan, innstilte imidlertid Departementet for det Indre på at saken skulle utredes nøyere i årene fram mot neste Storting i 1854. For øyeblikket skulle man nøye seg med å be Stortinget om å bevilge støtte til de bergenhuiske amter slik at de ble satt i stand til finansiere sine pasientplasser på Lungegaardshospitalet (noe som ble innvilget²³⁵), hvis ikke ville forskningssykehuset stå uten pasienter og dermed forskningsmateriale. Da Stortinget møttes i 1851, opplevde man imidlertid at lokal aktivisme nok en gang greide å utløse en delvis realisering av en foreslått institusjonsbygging. Bergenserne ville ikke vente tre nye år, og ”Repræsentanten Schydtz med Flere” søkte derfor både ”om Bidrag til Kuuromkostninger for Spedalske Syge og om Opførelse af en Pleieanstalt for Spedalske.”²³⁶ Avtalen Stortinget krevde av amtet, var at amtet selv overtok risikoen ved byggeprosjektet, mot å få utbetalt den bevilgete sum av 30 000 spesidaler, samt fri tomt på Lungemarken. I et fellesmøte aksepterte de bergenhuiske amter dette, og startet prosjekteringen av stiftelsen.²³⁷ I 1857 sto den endelig ferdig under

²³⁴ Gjengitt i *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851*. Christiania 1851: 7.

²³⁵ Stortinget valgte å betale 4/7-deler av utgiftene til alle pasientene ved Lungegården, forutsatt at sykehuset ikke ble forbeholdt de bergenhuiske amter, men var åpent for spedalske fra hele landet. For en framstilling av saken, se *Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16* ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 1-2.

²³⁶ *Stortingsforhandlinger 1851, Bind 9*: 23.

²³⁷ *Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16* ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 1-2.

navnet Pleiestiftelsen no. 1. Som ett-tallet antyder, så skulle dette være den første i et nett av pleiestiftelser. Ved Stortinget i 1854 lyktes det å få vedtatt en plan noenlunde etter de planer som Medicinalkomitéen la fram i 1851.²³⁸ Både Reknes og Reitgjerdet (Trondheim) åpnet sine porter i 1861. Totalt var det i alle anstaltene til sammen innlagt mellom 700 og 800 pasienter utover på 1860-tallet, med et høydepunkt av 793 i 1867.²³⁹

Lov mot ekteskap i spedalske familier

For en rask og effektiv utryddelse av den arvelige spedalskheten, var det imidlertid ikke tilstrekkelig å bare isolere de syke og nekte dem å reproducere seg, mente Conradi, Faye og Steffens. Den største trusselen kom ikke fra de syke, men fra medlemmene av spedalske familier som var *friske*. Danielssen og Boecks arvelighetslære tilsa at spedalskheten oftest viste seg i annenhver generasjon. Hvis de friske mellomgenerasjonene fikk reproducere seg uhemmet, så la de grunnlaget for at de spedalske slektene vokste seg større, og antall sykdomstilfeller kunne stige voldsomt. Den drivende kraft bak ekteskapsforbudet var Medicinalkomitéens preses, professor Conradi. Forut for komitéens opprettelse, hadde Conradi, i kraft av å være departementets konsulent i saker angående medisinalvesenet, fremmet forslag om ekteskapsforbud allerede 17. april 1850,²⁴⁰ og han fikk nå i den nyopprettede Medicinalkomitéen anledning til igjen å ta opp denne saken. I tillegg til opprettelsen av pleiestiftelsene, ble innføring av ekteskapsforbud den andre hovedsøylen i den arvelighetsetiologiske kampanjen mot spedalskhet.

Conradis prinsipale forslag gikk ut på ”at Giftermaal i og med Spedalske Familier og deres Lemmer i 1ste og 2det led forbydes”,²⁴¹ subsidiært at bare allerede spedalske ble nektet å gifte seg. Medicinalkomitéen adopterte Conradis forslag fra tidligere på året, og oppfordret departementet til å fremme lovforslaget for Stortinget i 1851. I argumentasjonen sto som alltid statens eksistens på spill; en økning og utbredelse av sykdommen var som alltid det avgjørende argumentet for å kunne utløse statlig handling. Det var her snakk om ”en paaviselig Nedarvelse af Forældrenes Onder på Børnene i fjerde Led.” Og staten måtte da av

²³⁸ For den nye planen som ble foreslått for Stortinget og i det vesentlige vedtatt, se Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”.

²³⁹ Hjort 1871: 27.

²⁴⁰ Datoen er hentet fra Hjort 1871: 21. Conradi var ikke alene om å tenke i slike baner, D. C. Danielssen hadde allerede ved Naturforskermøtet i 1844 tatt til orde for et forbud, se Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 5.

²⁴¹ De følgende sitater er alle hentet fra *Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851*. Christiania 1851: 11-12, der ikke annet er oppgitt.

hensyn til sin ”Existents have Ret til at hindre en paa organiske Love beroende, evigvarende Forplantelse af et Onde, der vel langsomt men sikkert griber om sig, og ved en hurtigere Communication mellem Landets forskjellige Dele truer med efterhaanden at utbrede sig til en tidligere sund Befolkning.”

Medicinalkomiteén visste utmerket godt at dette var et kontroversielt forslag. En slik lov ville "have berøvet [den] personlige Frihed og [de] borgerlige Rettigheder" for tusenvis av mennesker.²⁴² Det var tilstrekkelig at ens grandonkel hadde vært spedalsk, så ble man nektet seksuell aktivitet innenfor rammene av ekteskapet (og dermed ikke-syndig) og det å stifte familie. En slik radikal inngripen i menneskets juridiske rettigheter passet dårlig med at midten av 1800-tallet var en liberalismens tid i Norge. Mange av de gamle merkantilistiske privilegier og lover var, eller var i ferd med, å fjernes. Lovverket som sådan ble i perioden innrettet mot færrest mulig restriksjoner for innbyggerne. To viktige lovendringer i så måte, og som pekte i motsatt retning av et eventuelt ekteskapsforbud, var opphevelsen av passtvangen (1860) og tjenestetvangen (1854).²⁴³ I tillegg kunne Medicinalkomiteén påregne motstand fra kirkens menn. Det var ikke bare grunnleggende borgerrettigheter som ble foreslått nektet de spedalske, men også nekting av et sakrament innstiftet av Gud. Komiteén innrømmet da også i sin innstilling at det nok ville bli vanskelig å lykkes med en slik lov. De ”politiske og sociale Forholde (...) gjøre et saadant Forbud langt betenkeligere end for et Seculum tilbage.” Men Medicinalkomiteéns hjertesukk til tross; Enevoldstiden var ugjenkallelig over og lovforslaget måtte gå gjennom de parlamentariske kanaler. Departementet slo kort fast at forslaget var svært kontroversielt og måtte av ”Hensyn til dets moralske og religiøse Side, samt dets Forhold til Lovgivningen i Almindelighed” utredes nærmere. Komiteén ble derfor pålagt å utrede spørsmålet fram til Stortinget i 1854.

Conradi, Faye og Steffens begynte nå et møysommelig arbeid for å forfatte en innstilling som skulle demonstrere, med all tydelighet, at lovforslaget måtte vedtas; uansett hvilke motforestillinger av politisk eller religiøs art som måtte bli fremmet. Det måtte stå klart for enhver at forslaget var helt avgjørende for å redde riket fra en katastrofe, at dette inngrepet i borgerrettighetene ikke bare var en rett, men også en plikt, staten måtte gripe til i selvforsvar.

²⁴² Hjort 1871: 21.

²⁴³ Se Tore Pryser: *Norsk historie 1800-1870. Frå standssamfunn mot klassesamfunn*, Oslo 1985: 54ff.

Slik jeg leser komitéens neste forslag,²⁴⁴ så tok forslagsstillerne sikte på å etablere en retorisk konstruksjon hvor de innledende premisser var noe alle måtte si seg enig i, premisser som i sin tur ga som konklusjon at et ekteskapsforbud var uomgjengelig, uansett hvor politisk, moralsk eller religiøst ubehagelig eller lite ønskelig det måtte være. Et viktig premiss i denne argumentasjonsrekken, skulle utgjøres av en ny telling av landets spedalske.

I alle diskusjonene om byggingen av pleiestiftelser, florerer det med tall på antall spedalske i ulike deler av landet, hvor usikre tallene var, hvor mange som kunne isoleres for hvor store beløp osv. Dette var først og fremst et spørsmål om økonomi og styring. For å bedre grunnlaget i planleggingsarbeidet, så trengte man derfor å få gjennomført en ny telling. Ingen dramatisk heftet ved denne argumentasjonen eller avgjørelsen. Slik var tellinger tenkt, utformet og benyttet før. Det eneste nye denne gang, var at distriktslegene for første gang skulle stå for tellingen, noe som skulle borge for større nøyaktighet.²⁴⁵ At legene ble valgt framfor prestene, kan også sees som nok en omdreining i prosessen hvor medisinske forhold ble eksklusivt forbeholdt medisinere. Tellingene skulle imidlertid også tjene en annen, og for komitéen, en enda viktigere funksjon.

Tellingens utforming og ikke minst komitéens bruk av de produserte tallene, viste hva Medicinalkomitéen og Conradi ønsket å bevise gjennom tellingen. Distriktslegene ble, for det første, bedt om å identifisere alle spedalske i sitt distrikt. Legene skulle så fylle ut et skjema for hver enkelt spedalsk, og i tillegg til navn, stand og kjønn, så skulle alderen oppgis innenfor kategorien 0-5 år, 5-10 år, 10-20 år, 20-30 år, 30-40 år, 40-50 år, og så over 50 år. Ytterligere rubrikker på skjemaet var satt av til å opplyse om vedkommende var gift eller ikke gift, om vedkommende hadde barn, og så om slektninger av vedkommende også var eller hadde vært spedalske. I tillegg var det en rubrikk som spurte ”Om de have Afkom, Ascendenter eller Sødskende, der ikke ere Spedalske”.²⁴⁶ Tellingene var konsentrert rundt antall ekteskap, antall

²⁴⁴ Medicinalkomitéens forslag og alt dens grunnlagsmateriale er gjengitt i Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storting om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”.

²⁴⁵ Medicinalkomitéen og amtmennene i de berørte distriktene ble spurt til råds om hvordan telle. Distriktslegene ble nå sett som best skikket, og det ble pålagt prestene og andre offentlige tjenestemenn å hjelpe disse i deres telling, se Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storting om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 1-2. Selve tellingen ble bestemt i Kongelig resolusjon av 6. juli 1852, og her er det også lagt ved kopi av skjemaet som skulle nyttes, se *Samling af Love, Traktater, Kundgjørelser, Resolutioner, Departementsskrivelser m.m.*, bind V, 1849-1854, Christiania 1855: 326-327.

²⁴⁶ *Samling af Love, Traktater, Kundgjørelser, Resolutioner, Departementsskrivelser m.m.*, bind V, 1849-1854, Christiania 1855: 326-327.

barn, samt potensielle ekteskap og barn sett i forhold til de spedalskes alder. Den registrerte også alle friske familiemedlemmer. Den handlet altså om å dokumentere den pågående og den framtidige reproduksjonen blant de spedalske og deres familier. Da Medicinalcomitéen skulle analysere tallene, så ble dette enda tydeligere. Tellingen hadde vist at det totalt fantes 1782 spedalske i landet, en veldig økning siden siste telling i 1845 da 1123 spedalske ble registrert. Komitéen fordelte så tilfellene geografisk, deretter etter kjønn, andel gifte og alder. Men komitéens aldersanalyse var enda mer grovmasket enn skjemaets. Komitéen valgte å bare operere med 0-10 år, 10-20 år, 20-50 år og over 50 år.²⁴⁷ Alderen 50 år ble ansett som den øvre grense for reproduksjonen, og differensiering av de spedalske over denne alder, var meningsløst når formålet var å mane fram bildet av en kommende økning i antallet spedalske. Konklusjonen var uansett at foruroligende mange spedalske fortsatte å bli gift og å reproducere seg; og antallet av de spedalskes friske slektninger, som altså ble ansett for å kunne føre sykdommen videre, økte også. Tallene predikerte en kommende katastrofe.

Medicinalkomitéen hadde nå etablert et tilsynelatende objektivt og uangripelig premiss for debatten. Væpnet med nøytrale tall, kunne nå resten av argumentet for ekteskapsforbud bygges. Siden arveligheten var allment anerkjent som spedalskhetens hovedårsak, så ville et ekteskapsforbud føre til at "Spedalskheden efter et par Generationer [ville] være indskrenket til de forholdsviis sjeldne Tilfælde, hvor den udvikler sig spontant ved ydre Aarsagers Indflydelse."²⁴⁸ En nasjonal katastrofe versus et tilnærmet spedalskfritt Norge; valget burde være enkelt og være en "overveiende Modvægt mod alle Betænkeligheder". I trygg forvisning om at komitéens lovforslag skulle møte motstand fra ikke-vitenskapelig hold, ba komitéen om at forslaget ble betraktet "fornuftig og forudseende", altså rasjonelt og ikke emosjonelt.

Men da de geistlige skulle uttale seg, var ikke Conradis tall, arvelighetsetiologi eller påkalling av rasjonalitet mye verdt. Kirkens utsyn på verden lot seg ikke diktere av tall som påviste alvorlige samfunnsmessige konsekvenser, deres gebet var menneskets evige sjel, ikke dets

²⁴⁷ Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 "Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.": 3.

²⁴⁸ Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 "Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.": 5.

høyst dødelige legeme og de sykdommer som til slutt tok dem av dage. Da landets biskoper uttalte seg over lovforslaget, så var alle, på ett unntak nær,²⁴⁹ enige om at forslaget stred:

”saavel imod Ægtestandens guddommelige Indstiftelse, som imod Religionens og Moralens almindelige Grundsetninger, idet Forbudet formenes aa gribe krænkende ind i Krav og Rettigheder, der ligge dybt i Naturen og Guds Skabning og Orden, uden at det ved nogen Brøde af Vedkommende kan siges at være forskyldt, medens det paa den anden Side antages at ville fremkalde store Fristelser for Synd af forskjellig Art.”²⁵⁰

Uskyldige mennesker kunne ikke nektes en guddommelig rett, hvor de samtidig ble fristet til å produsere uekte barn, og slik begå synd og dømmes til evig fortapelse. Kirken ønsket derfor et tilstrekkelig antall pleiestiftelser til at alle landets spedalske kunne settes inn i dem, selv om Medicinalkomitéen allerede hadde gjort det klinkende klart at dette var økonomisk umulig. Medicinalkomitéen angrep nå biskopenes standpunkt for å være langt mer inhumant og umoralsk enn deres eget. Hvis alle spedalske skulle isoleres måtte dette skje med tvang. De spedalske ville da uansett leve som ugifte i stiftelsen, gifte mennesker ville bli skilt fra hverandre, og gamle, og fra et arvelighetsetiologisk syn, harmløse spedalske ville bli tatt bort fra familien sin. Seksuell aktivitet utenfor ekteskapet kunne nok øke litt i omfang, men et langt liv i en stiftelse uten omgang med det motsatte kjønn, ville ”utvivlsomt [gi] større Fristelse og Leilighed til unaturlig Tilfredsstillelse af Kjønsdriften”.²⁵¹ Men komitéens angrep på biskopene var mer som frustrasjon enn seriøse motangrep å regne. Komitéen innrømmet for nå at dens primære standpunkt nok ikke kunne gjennomføres, og utarbeidet et nytt forslag hvor kun spedalske ble nektet å gifte seg.

Et halvt år etter dette tilbaketog, i desember 1853, få måneder før lovforslaget måtte leveres Stortinget, kom imidlertid Medicinalkomitéen med et reelt motangrep. Igjen var det tallene som ble ansett som viktige nok til å danne grunnlag for en relansering av ekteskapsforbudet for friske mennesker fra spedalske familier. For det første mente komitéen at det reelle tallet

²⁴⁹ Biskopen i Troms argumenterte med at siden ekteskapets formål var forplantning, så ville ekteskap grunnidé krenkes når to personer uskikket til ekteskapelig samliv inngikk slikt forbund, og henviste så til Matteus 19.12. Teologisk fakultet som også uttalte seg, viste også en noe mer pragmatisk innstilling enn flertallet av biskopene. Se Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 7.

²⁵⁰ Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 7.

²⁵¹ Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 10.

spedalske var høyere enn de 1782 rapporterte tilfellene. Tallet var nok minst dobbelt så stort som det oppgitte ved folketellingen i 1845, altså 1123 individer. Ved å ta utgangspunkt i antallet ekteskap blant disse cirka 2200 personene, deres oppgitte og beregnede antall friske foreldre, barn og søsken, så kom komitéen til det ”virkelig gruopvækkende Resultat”, nemlig at antallet som bar ”Sygdomsstoffet liggende skjult i deres Organisme”, var 6-8000 mennesker.²⁵² Det fantes altså en udetonert demografisk bombe av spedalskhet som ville øke antallet sykdomstilfeller radikalt i de nærmeste generasjonene, i et ”geometrisk Forhold” var uttrykket som ble brukt, selv om alle synlig spedalske ble isolert. Doblingen i antallet sykdomstilfeller fra 1845 til 1852 var starten på dette marerittet. Komitéen oppfordret derfor departementet om likevel å innføre noen restriksjoner for giftermål for så mange som mulig av disse personene.

I Indredepartementet fikk Medicinalkomitéen full støtte. Departementet anså en lov som tvingende nødvendig, og foreslo at alle personer med spedalske foreldre (en langt mindre restriktiv ordning enn det opprinnelige forslaget som skulle nekte alle etterkommere i to slektsledd) skulle nektes å gifte seg før fylte 30 år for menn, og 25 år for kvinner. I tillegg støttet departementet Medicinalkomitéen i alle tilleggsparagraferne denne loven måtte ha. Den viktigste av disse ville innføre et rapporterings- og registreringssystem for å hjelpe gjennomføringen av loven. For å være viss på at ingen spedalske eller deres barn fikk gifte seg, trengtes et sinnrikt og grundig overvåkningssystem av de spedalske og deres familier. Ved å gjøre de sporadiske tellingene av spedalske til en årviss foreteelse, hvor alle til- og avganger og alle flyttinger blant de spedalske ble registrert, samt deres familieforhold, så kunne myndighetene til enhver tid finne ut om noen var diagnostisert som eller i nær familie med spedalske. Disse oppdaterte listene skulle så sendes en gang i året til alle sogneprester og distriktsleger. Enhver som ønsket å gifte seg skulle søke presten om dette, presten var så pliktig til å sjekke vedkommende i listene og erklære ham fri for spedalskhet. Prester og leger som ikke fulgte disse påbudene, kunne straffes med bøter.²⁵³

Da saken nådde Stortinget, var Medicinalkomitéens vitenskapelige argumenter satt sammen slik at det hele skulle være uangripelig for nasjonalforsamlingens lekfolk. Likevel falt

²⁵² Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”: 12-13.

²⁵³ Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 ”Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.”.

forslaget med 68 mot 37 stemmer i en kampvotering i et samlet Storting.²⁵⁴ De vitenskapelige fakta som Stortinget ble presentert for, altså tallene og analysen av dem basert på arvelighetsetiologien; intet av dette ble forsøkt imøtegått av lekfolket i Stortinget. Men selv om det vitenskapelige grunnlaget ikke ble rokket ved, og selv om tallene understreket sakens alvorlige karakter, så var det like fullt rom for å være uenig med virkemidlene som var valgt. Vitenskapen kunne nok være korrekt, men de imperativer vitenskapen mente å kunne pålegge ordningen av det sivile samfunn; det var en annen sak. I debatten var motstanderne av ekteskapsforbudet sitt viktigste argument at man måtte gi pleiestiftelsene tid til å virke. Hvis denne isolasjonen ga heldige resultatet, så slapp man å gå til et så radikalt skritt som å hindre ekteskap mellom lovlydige borgere, mente stortingsflertallet. Ved Stortinget i 1854 var det klart at Pleiestiftelsen no. 1 i Bergen ville stå ferdig før neste storting, og i 1854 ble det, som nevnt, vedtatt å utvide Reknes ved Molde og bygge nytt i Trondheim.

Medicinalkomitéens arvelighetsetiologisk baserte kampanje for isolasjonsanstalter og ekteskapsforbud, var dermed til veis ende som mediko-politisk prosjekt. Den lyktes, sammen med initiativ fra amtene som hadde flest spedalske og de vestlandske stortingsrepresentantenes aktivisme på Stortinget, i å utløse statlige midler til institusjonsbygging, men i forsøket på å endre lovverket og innskrenke de sykes borgerrettigheter, så sa stortingsflertallet stopp. Både i arbeidet for isolasjonsanstalter og i forsøket på å innføre ekteskapsforbud, ble beviset for nødvendigheten av tiltakene, hentet fra tallene om antall spedalske. Ethvert argument for statlig innsats mot sykdommen, startet med å henvise til tall. Så også med kampanjen for ekteskapsforbudet. De innledende, tallbaserte premisser som bygget trusselen ble akseptert som grunnlag for å vurdere saken, men likevel nøyde Stortinget seg med å bevilge penger til pleiestiftelsene. I arbeidet med å få Stortinget til å akseptere sitt ansvar for å bidra i kampen mot spedalskheten, hadde både Hjort i 1842 og Medicinalkomitéen i 1851 støtte av stortingspolitikere fra Bergen. Det var denne støtten som utløste bevilgning til henholdsvis Lungegaardshospitalet og til Pleiestiftelsen no. 1. Gjennom disse bevilgningene hadde Stortinget knesatt statlig hjelp til slik institusjonsbygging, og aksepterte i 1854 å finansiere ytterligere pleiestiftelser. I lovarbeidet derimot, manglet Medicinalkomitéen aktivistiske støttespillere i Stortinget. Lovforslaget ble fremmet med Regjeringens og departementets støtte, men falt like fullt. Tre isolasjonsanstalter var det som

²⁵⁴ Stortingsforhandlinger 1854, Bind 9: 55. Hele sakens stortingsbehandling kan følges i Stortingsforhandlinger 1854, Bind 8: 127, 156, 203 og 231, Bind 9: 55, 96, 120f, 127, 169f og 173f.

ble arvelighetsteoriens og -kampanjens bidrag til spedalskhetens apparat. Dette var intet lite bidrag, men lovverket, det evnet ikke kampanjen å endre.

Prosjekt 3 – På hygienismens grunn – sunnhetskommisjoner og "Lepraregisteret"

Et av de mange forslagene Medicinalkomitéens fremmet for Stortinget i 1854, var opprettelsen av to overlegestillinger for den spedalske sykdom.²⁵⁵ Tanken var at disse overlegene skulle sørge for at arbeidet mot spedalskheten ble drevet effektivt. Gjennom utstrakt reisevirksomhet skulle de motvirke at interessen for saken ikke "kjølne[t]" hos landets distriktsleger. Disse overlegene, en for Sør-Norge og en for Nord-Norge, henholdsvis hjemmehørende i Bergen og Trondheim, skulle sørge for oppsyn med ekteskapsforbudet, føringen av lister, opprettelsen og driften av pleiestiftelser, samt avholde "populaire Foredrag" for allmuen i de mest belastede områdene. Selv om verken føring av lister eller ekteskapsforbud ble innført i 1854, så aksepterte Stortinget å opprette én, men ikke to slike stillinger. Det ble i første omgang således bare en Overlege for den spedalske sykdom i landet.²⁵⁶ Den første innehaveren av dette embete var Ove Guldberg Høegh (1814-1863), og han kom til å bruke sin posisjon til å utfordre arvelighetsetiologien og forsøke å dreie politikken mot spedalskheten inn på et nytt spor.

Høeghs søyler

Den nyansatte Overlegen for den spedalske sykdom, O. G. Høegh, hadde, i motsetning til professorene i Medicinalkomitéen i hovedstaden eller den internasjonalt anerkjente autoriteten D. C. Danielssen i Bergen, ikke en lang vitenskapelig merittliste å vise til. Han tok medisinsk eksamen i 1840 med en medioker karakter, og hadde fram til sin ansettelse som Overlege for den spedalske sykdom den 28. mai 1854, kun én publikasjon å vise til.²⁵⁷ Siden 1845 hadde han vært distriktslege på Senja. Uansett bakgrunn;²⁵⁸ Høegh kom til å vise seg som en aktiv,

²⁵⁵ Se omtale av disse i Stortingsforhandlinger 1854, Bind 4, Odelstingsproposisjon nr. 16 "Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storthing om Udfærdigelsen af en Lov angaaende Foranstaltninger mod den spedalske Sygdom m. m.": 21.

²⁵⁶ Stortinget i 1857 vedtok å finansiere også den andre overlegestillingen. Hjort 1871: 25. Den andre overlegen ble Timandus Jonas Løberg (1819-1882). Se *Norges Leger*, bind III: 678f. Etter Høeghs død i 1863 forble hans stilling ubesatt, og etter denne tid var det igjen bare en Overlege for den spedalske sykdom.

²⁵⁷ Guldbergs biografi bygger på *Norges Leger*, bind III: 123f. Karakteren var haud (2,8) og hans eneste publikasjon før 1855, var kalt "Korrespondance fra Lødingen" og figureerte i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1842: 149-159.

²⁵⁸ Jeg har ikke gått inn i ansettelsesprosessen av Høegh, som kanskje kan gjenfinnes i Justisdepartementets arkiv i Riksarkivet. Jeg har derfor ikke oversikt over eventuelt andre søkere til stillingen eller hvordan departementet resonnererte da Høegh fikk stillingen.

foretaksom og uredd mann i stillingen. Han hadde ingen overdreven respekt for sine mer meritterte kolleger, og hans bidrag til spedalskhetens apparat var betydelige.

Kort etter at Høegh hadde installert seg i Trondheim, byen som skulle være base for overlegen for landets nordlige del, satte han straks i gang et arbeid for å befeste sin egen stilling, og å omgi denne med hjelpe- og maktmidler som ville gjøre ham i stand til å drive arbeidet mot spedalskheten, og det i den retning han ønsket. I et brev i april 1855 til sin arbeidsgiver, Departementet for det Indre, proklamerte han sine ønsker, intensjoner og mål.²⁵⁹ For det første ønsket han at stillingen fikk en instruks,²⁶⁰ men viktigere var det å få på plass to hjelpemidler som var helt avgjørende for om han kunne "udrette Synderlig". Høegh mente at hans stilling skulle være vesensforskjellig fra Danielssens forskningsstilling på Lungegaardshospitalet, og han hadde derfor ikke til hensikt å legge seg bort i denne virksomheten eller Danielssens myndighetsområde som overlege på denne institusjonen. I stedet ønsket Høegh å reise. Skulle han kunne påvirke hvorledes arbeidet ble drevet rundt om i landet, så måtte han reise, men skulle hans besøk ha noen varig virkning, så måtte han ha et organ som kunne drive arbeidet også i hans fravær. Han foreslo derfor for departementet at det ble opprettet permanente sunnhetskommisjoner i alle kommuner hvor spedalskhet fantes.²⁶¹ Til slutt foreslo den nyslåtte overlegen at "Spedalskhetens Statistik" skulle tilhøre ham. Han ønsket seg derfor at sunnhetskommisjonene skulle føre til- og avgangslister over de spedalske, og at disse listene så ble sendt til ham selv for sammenstilling og analyse.

De to søylene i hans kamp mot spedalskheten, var altså sunnhetskommisjoner og en løpende, kontinuerlig statistikk over alle landets spedalske. Høegh proklamerte sin ambisjon og sin metode til å skulle:

virke paa den almindelige Overbevisning angaaende de Forholdsregler, den sunde Del af Befolkningen bør gribe til, for at frelse sig selv og sin Afkom fra at angribes af Sygdommen. Jeg antager nemlig, at et af de virksomste Midler maa søges i Folkets egen Virksomhed ved i alle Henseender at forbedre sit Levesæt samt ved at undgaa aabenbart skadelige Potensers Indvirkning t. Ex. Giftermaal i inficerede Familier og muligens ogsaa Anledning til Smitte.²⁶²

²⁵⁹ Riksarkivet. Justisdept. M, boks "Spedalskpleien", mappe "Tellingen av spedalske 1856". Brev av 5. april fra O. G. Høegh til Departementet for det Indre.

²⁶⁰ Denne kom først på plass etter at Sunnhetskommisjonene var opprettet. Instruksene finnes i *Samling af Love, Traktater, Kundgjørelser, Resolutioner, Departementsskrivelser m.m.*, bind VI, 1855-1861, Christiania 1862: 75-76.

²⁶¹ Sunnhetskommisjonene ble vedtatt opprettet ved Kongelig resolusjon 29. august 1855, se *Departementstidende*, 1855: 632-638.

²⁶² Riksarkivet. Justisdept. M, boks "Spedalskpleien", mappe "Tellingen av spedalske 1856". Brev av 5. april fra O. G. Høegh til Departementet for det Indre.

I Høeghs formulering om at "Folkets egen Virksomhed" skal være det virksomste middel mot spedalskheten, var uttrykk for en ganske annen oppfatning av spedalskhetens vesen og årsaker enn arvelighetsetiologien. Høegh dempet umiddelbart denne potensielle konflikten ved at han også anså giftermål med spedalske familier for å være åpenbart skadelig, men nevnte til slutt en tredje forklaring som mulig, nemlig smitte. Men Høeghs prinsipale standpunkt var et hygienistisk, nemlig at spedalskheten oftest skyldtes dårlige sanitære forhold og levevilkår generelt. Det som for Danielssen og Boeck var anomalier hvor spontane tilfeller av spedalskhet oppsto, var for Høegh regelen, ikke unntakene. Høegh ville på ingen måte underslå det at spedalskheten sannsynligvis hadde en arvelig komponent, slik som mange andre sykdommer hadde, men han var overbevist om at de langt fleste sykdomstilfellene kunne tilskrives de tidligere marginaliserte "ytre Aarsager".²⁶³ Høegh ville nå gå til kamp mot de ytre årsakene i folks levevilkår gjennom sunnhetskommisjoner. I tillegg ville han utfordre Danielssen og Boecks vitenskapelige funn som underbygget arvelighetsetiologien. Danielssens bevis var et tallbevis, og det var gjennom tallene han kunne produsere med en "Spedalskhetens Statistik", det senere så kjente "Lepraregisteret", at han virkelig kunne utfordre arvelighetsforklaringens hegemoni.

"ved i Almindelighed at virke i Culturens og Civilisationens Tjeneste" – sunnhetskommisjoner mot spedalskhet

Høegh ønsket nå å innrette spedalskhetsarbeidet etter sin etiologiske overbevisning, og samtidig slå et slag for en generell bedring av landets sunnhetspleie. Høeghs etiologi manglet ikke, slik som Holmsens arner og miasmer, et politisk handlingsalternativ eller supplement til arvelighetsregimets isolasjonsanstalter. Løsenet var i følge Høegh å la sunnhetskommisjoner i samtlige berørte kommuner arbeide mot "slette Boliger, ussel Bekledning, daarlig Kost samt Urenlighed".²⁶⁴ Men i arbeidet med å få gjennomslag for sunnhetskommisjonene, så valgte han å fremstille dette som et supplement, noe de jo også var; og språkbruken var slett ikke provokativ. Livsvilkårene og ytre årsaker ble ikke satt i stedet for arveligheten, men noe som "maa ansees som i det Mindste medvirkende Aarsaker til Spedalskhedens Udbredelse". En slik formulering kunne arvelighetsforkjemperne si seg fullt enig i, og Medicinalkomitéen støttet helhjertet forslaget om opprettelse av sunnhetskommisjoner. Den 29. august 1855 ble det ved kongelig resolusjon bestemt at "amtmennene i Stavanger, søndre og nordre

²⁶³ Riksarkivet. Justisdept. M, boks "Spedalskpleien", mappe "Tellingen av spedalske 1856". Brev av 5. april fra O. G. Høegh til Departementet for det Indre.

²⁶⁴ *Departementstidende*, 1855: 636.

Bergenhuus, Romsdal, søndre og nordre Trondhjem, samt Nordland og Finmarken” måtte sørge for at sunnhetskommisjoner ble opprettet i alle de kommuner hvor spedalskhet fantes.²⁶⁵

Vi vet ikke sikkert hvor Høegh hadde fått idéen eller forbildet til sine sunnhetskommisjoner. Høeghs skriftlige produksjon besto stort sett av beretninger han leverte årlig til departementet, og han henviser ikke til litteratur eller forhold i andre land i disse.²⁶⁶ Heller ikke i sine skrivelser til departementet brukes utenlandske forbilder eller vitenskapelig litteratur som belegg for hans forslag. Sannsynligvis stammet inspirasjonen fra to mer hjemlige forhold. Midlertidige sunnhetskommisjoner hadde vært opprettet en rekke ganger tidligere i anledning epidemiske sykdommer. Særlig var det under de dramatiske og ødeleggende koleraepidemiene at de midlertidige sunnhetskommisjonene ble opprettet. I tillegg hadde Medicinalkomitéen, i et forsøk på å reformere lovgivningen på feltet, levert en innstilling til departementet i 1853 kalt ”Forslag til Lov angaaende Foranstaltninger mod epidemiske, endemiske og smitsomme Sygdommer”.²⁶⁷ Da Medicinalkomitéen ble forelagt Høeghs forslag støttet medlemmene det umiddelbart, og henviste i tillegg til at denne tanken var i tråd med deres tidligere innsendte lovforslag.²⁶⁸ Høegh bidro altså ikke med en radikalt ny idé da han ville opprette permanente sunnhetskommisjoner i kommuner med spedalskhet. Sunnhetskommisjoner for landet som sådan var under drøfting i departementet ansporet av Medicinalkomitéens innstilling av 1853. Det var også en sterk kontinuitet mellom Medicinalkomitéens arbeid og den lovkomisjon som til slutt utarbeidet Sunnhetsloven av 1860.²⁶⁹ Da denne kommisjonen ble satt ned i 1858, var to av medlemmene Faye og Conradi.²⁷⁰ Høeghs initiativ i 1855 for sunnhetskommisjoner i anledning spedalskheten, dukket altså opp i tiden mellom Medicinalkomitéens innstilling i 1853 og utarbeidingen av Sunnhetsloven i 1858-1860. Høeghs sunnhetskommisjoner fikk dermed indirekte karakter av

²⁶⁵ *Departementstidende*, 1855: 637.

²⁶⁶ Om sunnhetskommisjonene, se særlig *Aarsberetning for 1856 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre*, Christiania 1857.

²⁶⁷ *O. No. 34. Angaaende naadigst Proposition til Norges Riges Storting betræffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme. Betenkning og Udkast, afgivet af den ved Kongelig Resolution af 6te Februar 1858 naadigst anordnede Commission, dateret 30te December 1859*: 8.

²⁶⁸ *Departementstidende*, 1855: 632-638.

²⁶⁹ Om loven, se foruten *O.No. 34*, Schjøtz 2003: 41ff. Se også Astri Andresen og Teemu Ryymin: ”Towards Equality? Rural Health and Health Acts in Norway, 1860-1912” i *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)* (eds. Josep L. Barona og Steven Cherry). Valencia 2005: 110ff.

²⁷⁰ *O. No. 34*: 1.

å være et prøveprosjekt²⁷¹ for de senere alminnelige sunnhetskommisjonene.²⁷²

Lovkommisjonen av 1858 omtalte dem som ”en gavnlige Institution” som burde danne mal for hvorledes arbeidet burde organiseres og foregå på landsbygden.²⁷³ Det eneste som trengtes var å proklamere deres formål å gjelde all sykdom, så kunne de fortsette som før.²⁷⁴

Verdt å merke seg er det også at Høegh ut fra de ulike lovforslagenes titler, nærmest tilranet seg en del av Medicinalkomitéens program for å skape permanente strukturer som skulle motvirke sykdom. I overgangen mellom 1853-innstillingen kalt ”Foranstaltninger mod epidemiske, endemiske og smitsomme Sygdommer” og loven av 1860 hvor samme utsnitt er kalt ”Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdommer”, så forsvant altså ”endemiske”, og spedalskheden ble betraktet nettopp som en endemisk sykdom. Høegh grep altså inn i en lovprosess som for tiden sto stille, og lyktes i å få opprettet permanente sunnhetskommisjoner mot spedalskheden.²⁷⁵ Sunnhetskommisjonenes arbeid ville være i overensstemmelse med Høeghs etiologiske anskuelser, og på samme tid var det et arbeid som arvelighetstilhengerne i de sentrale politiske fora kunne stille seg bak.

Sunnhetskommisjonene mot spedalskhet, skulle, etter Høeghs forslag, ledes av distriktslegen, og var derfor i stor grad avhengig av distriktslegens evne og vilje til å ta på seg dette arbeidet. Med seg skulle han ha hele eller deler av formannskapet i kommunen. I tillegg kunne ytterligere medlemmer utnevnes om ønskelig. Ved slik å ansvarliggjøre bygdens ledende

²⁷¹ Magnus Vollset har også merket seg den sammenheng som eksisterte mellom sunnhetskommisjonene mot spedalskhet og Sunnhetslovens alminnelige og permanente sunnhetskommisjoner; samt gjort rede for sunnhetskommisjonenes arbeidsformer i arbeidet mot spedalskheden. Se Vollset 2005: 50ff.

²⁷² Dette gjaldt kun sunnhetskommisjonene på landet, i byene måtte de settes annerledes sammen. Se. *O. No. 34*, Schiøtz 2003: 45-46 og Andresen og Ryymin 2005.

²⁷³ *O.No 34*: 6.

²⁷⁴ Lovkommisjonen ønsket å beholde sammensetningen av og aktiviteten i de eksisterende sunnhetskommisjonene mot spedalskhet, og supplere disse med nye oppgaver rettet inn mot all sykdom og all hygiene. Grunnet motstand i en del kommuner mot å innføre slike, hadde resolusjonen av 29. august 1855 blitt gjort til lov av Stortinget i 1857 (5. august 1857). (Se Stortingets forhandlinger 1857, Bind 5, no. 43, Bind 9: 252 og 293 og Bind 10: 129, 134, 147, 194.) 1860-loven kom derfor i tillegg til 1857-loven, men kommisjonen måtte innrette loven slik at man ikke fikk to sunnhetskommisjoner eller andre tungvinte løsninger. Se *O.No 34*: 6-7.

²⁷⁵ Disse kommisjonene skilte seg fra tidligere tiders kommisjoner med at de ikke var opprettet mot en epidemi, men en endemi. Kommisjonene kunne nok sees som midlertidige i at de ville bli nedlagt i tilfelle spedalskheden forsvant, men det er positivt feil det som hevdes av Aina Schiøtz om at: ”I forbindelse med de omfattende lepraubruddene på Vestlandet i 1857 ble det opprettet midlertidige sunnhetskommisjoner langs hele kysten.” Videre heter det at ”lovkommisjonen foreslo at de ble permanente”. (Schiøtz 2003: 44.) For det første finnes det ikke referert i noen debatter om spedalskheden til noen ”omfattende lepraubrudd” på Vestlandet i 1857. Spedalskhet ble, med et delvis unntak for Holm Holmsen, ikke betraktet som en sykdom med slike epidemiske kvaliteter at det kunne komme ”utbrudd” av den. Dessuten så ble sunnhetskommisjonene mot spedalskhet opprettet i 1855, kun gitt en lovmessig forankring i 1857. Og til slutt så nevnes det ikke i Lovkommisjonens arbeid at sunnhetskommisjonene mot spedalskhet på noen måte ble betraktet som midlertidige, heller måtte det tas hensyn til det lovverk som omga dem i utarbeidelsen av lovene i forbindelse med innføringen av permanente sunnhetskommisjoner for hele landet.

menn, og å gjøre dem til hygieniske forbilder for sine sambygdinger, så man for seg at allmuen kunne løftes ut av sin skitne og sykdomsfremkallende tilværelse. Dette var en grunntanke både i Høeghs sunnhetskommisjoner fra 1855 og Sunnhetslovens etter 1860.

Men hvorledes skulle så en innsats spesifikt mot spedalskheten kunne føres av en slik kommisjon? Svaret er at det skulle den ikke. I Høeghs forslag het det at kommisjonens mål var ”en forbedret Sundhedspleie og ved i Almindelighed at virke i Culturens og Civilisationens Tjeneste.”²⁷⁶ Bekjempelsen av spedalskheten var nærmest en bieffekt av en generell heving av landbefolkningens kultur, sivilisatoriske og hygieniske nivå. Ved å løfte folket, så forebygget man sykdom, deriblant spedalskhet. Høeghs sunnhetskommisjoner mot spedalskhet kom derfor til å fungere i praksis på samme måte og med samme formål som Sunnhetslovens sunnhetskommisjoner på landet etter 1860.

Det er for eksempel påfallende hvor lite spedalskhet dominerte og hvor bredt sunnhetskommisjonene mot spedalskhet arbeidet når man ser på hvordan arbeidet ble drevet i praksis i et enkelt legedistrikt. Michael Krohn (1822-1897) var distriktslege i Ytre Nordhordland i tiden 1855-1863. Han må ha vært en distriktslege etter overlege Høeghs hjerte. Han fikk allerede før året var omme opprettet sunnhetskommisjoner i sitt distrikts to kommuner, Manger og Lindås, etter den kongelige resolusjonens vedtagelse 29. august 1855. Krohn innkalte både skolelærere og, i samarbeid med Høegh, en særlig ivrig prest ("den nidkjære og praktiske residerende Capellan Holtermann") i kommisjonene, alt i den hensikt å skape gode forbilder og å ansvarliggjøre stedets institusjoner til å påvirke barna spesielt og sognebarna generelt i den ønskete retning.²⁷⁷ Arbeidet med å skape forbilder, besto hovedsakelig av at Krohn holdt foredrag for sine sunnhetskommisjonsmedlemmer. Krohn kunne med tilfredshet merke seg at hans arbeid gjorde inntrykk:

Da jeg i mit sidste Foredrag kom til et Sted, hvor det hedder at Sandsen er saa lidet vakt i denne Retning, at Ansigt og Hænder i Reglen ere saa tykke af Lort at den kan skræbes af, overraskede jeg Ordføreren under en nøiagtig beskuen af sine Hænder, der med eet forsvandt under Bordet. Idet de ikke paa langt nær udholdt prøven.²⁷⁸

²⁷⁶ *Departementstidende* 1855: 632f.

²⁷⁷ Se Medisinalberetninger fra Ytre Nordhordland for 1855 og 1856. <http://www.uib.no/isf/hist/beret/beret009.htm#I1> (Tilgjengelig 09.01.08).

²⁷⁸ Medisinalberetning fra Ytre Nordhordland for 1856: 5. <http://www.uib.no/isf/hist/beret/beret009.htm#I1> (Tilgjengelig 09.01.08).

Disse foredragene var, som det anførte eksempel, i hovedsak rettet mot å propagere for generelle hygieniske dyder, ikke mot spedalskheten spesielt. Oversikten over Michael Krohns foredrag i perioden 1856 til 1862, er talende i så måte. De fire første foredragene var gitt følgende navn: "Om boligerne", "Om klædedragten", "Om reenligheden" og "Om maden vi nyde". Deretter fulgte i 1858 et foredrag kalt "Om folkets standpunkt", som handlet om hvor motvillige allmuen var til å gi slipp på sin overtro, sitt kvakksalveri og sin trolldom, og hvorledes dette sto i veien for "lægens virksomhet"; og videre at alle tilstedeværende måtte legge seg i selen for å bidra til "at bane Veien for en kommende bedre Tilstand."²⁷⁹ Deretter fulgte fire foredrag om henholdsvis vann som drikkekilde, om melken og kaffen, om "gjærede" drikke og til slutt et om "Luften vi indaande". Først i mai og juli 1860, etter mer enn fire års virksomhet og ni tidligere foredrag, fant Krohn tiden inne til å holde, riktignok ikke bare ett, men to, foredrag om spedalskheten.

En slik bredt orientert virksomhet rettet inn mot å løfte folket var akkurat slikt som Sunnhetsloven ønsket å se på landet, og dette hadde, for de spedalske distrikters del, startet fem år tidligere enn for resten av landet. Spedalskheten sto, overraskende nok, ikke særlig sentralt i "Sunnhetskommisjonene mot spedalskhetens" arbeid. Heller skulle spedalskheten forsvinne som en følge av generelt bedre hygiene, spisevaner, byggevaner, klesstell etc. Men Høegh nøyde seg ikke med innføringen av denne foranstaltningen. Han ønsket i tillegg en "Spedalskhetens Statistikk". Dels for å overvåke sykdommens utvikling sett i forhold til de tiltak som var satt i verk mot den, men mest for å skaffe seg et redskap som endelig kunne gi sikker viten om sykdommens etiologi.

"Lepraregisterets" tilblivelse

Begrepet "Lepraregisteret" er en anakronisme. Samtidens medisinske ekspertise brukte konsekvent ordet "spedalskhet", det var dette ordet som betegnet den nye, vitenskapelige og klart definerte sykdommen. "Lepra" ble konnotert med den før-vitenskapelige sammenblandingen av ulike sykdommer.²⁸⁰ Derfor er det utenkelig at aktørene selv ville ha referert til den årlige føringen av til- og avganger blant de spedalske for et "Lepraregister". Erttertiden kjenner det imidlertid under dette navnet, og har hyllet det for å være det første

²⁷⁹ Om folkets standpunkt. Foredrag i sunnhetskommisjonen 22. mars 1858 av Michael Krohn. <http://www.uib.no/isf/hist/for5.htm> (Tilgjengelig 09.01.08)

²⁸⁰ Et eksempel er Wisbechs tidligere omtalte sykehusberetninger hvor han oppgir sine vellykkete kurer mot "spedalskhet". Her er en annen sykdomskategori kalt "Syphilis & Lepra". Se *Eyr*, 1830: 124.

nasjonale pasientregister i verden.²⁸¹ I 2001 ble også "The Leprosy Archives of Bergen", hvor Lepraregisteret er kronjuvelen, innlemmet i UNESCOs Memory of the World.²⁸² Dets tilblivelse var selvsagt ikke preget av ettertidens bruk, navngivning, hyllest eller omtale av det. Den prosess hvor oppkomsten av "Lepraregisteret" inngår, er festet i overlege Høeghs prosjekt for å utfordre overlege Danielssens arvelighetsetiologi. Denne utfordringen skulle skje ved hjelp av tall og genealogi av de spedalske familier, nøyaktig de samme redskaper Danielssen selv hadde etablert sin arvelighetsteori på. Striden sto (nok en gang) om råderett over tallenes makt og beviskraft.

I motsetning til ved innføringen av sunnhetskommisjoner, hvor Høegh kunne knytte an til et allerede pågående politisk prosjekt som han visste ble støttet av Medicinalkomitéen, ulike etiologioppfatninger til tross, kunne utformingen av et register potensielt føre til konflikt med den mektige komitéen. Medicinalkomitéens makt var stor, i realiteten fungerte den som portvokter for departementet og uten støtte fra komitéen, så var slaget i realiteten tapt. Vi må se dette som utgangspunktet for Høeghs ulike manøvrer i denne saken.

Allerede i sitt tidligere omtalte brev i april 1855, erklærte Høegh til departementet at han anså en "Spedalskhetens Statistik" som tilhørende hans myndighets- og ansvarsområde. Han ønsket videre at det var sunnhetskommisjonene, forutsatt at disse ble satt i verk, som ble ansvarlige for å føre disse listene og så sende dem til ham for videre behandling og analyse, slik at han "til enhver Tid vil blive sat istand til at følge Sygdommens Udbredelse."²⁸³ Slik var det distriktslegen som fikk det overordnede ansvaret for tellingen, noe som borget for en medisinsk korrekt telling, og i tillegg ble bygdens ledende menn i form av formannskapet, ansvarliggjort for å bidra til tellingen. Igjen kan vi se hvordan distriktslegen i Ytre Nordhordland løste denne oppgaven, og da særlig ved å knytte til seg personer som kunne gi opplysninger om slektskapsforhold, innsikter som for en nyinnflyttet distriktslege måtte være vanskelig å få grep om på egen hånd.²⁸⁴

²⁸¹ Irgens et al. 2006: 8.

²⁸² http://portal.unesco.org/ci/en/ev.php-URL_ID=23111&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (tilgjengelig juli 2008).

²⁸³ Riksarkivet. Justisdept. M, boks "Spedalskpleien", mappe "Telling av spedalske 1856". Brev av 5. april fra O. G. Høegh til Departementet for det Indre.

²⁸⁴ Se Medisinalberetninger fra Ytre Nordhordland for 1856 og 1857. <http://www.uib.no/isf/hist/beret/beret009.htm#I1> (Tilgjengelig 10.01.08).

Saken om tellingene var ikke en hastesak for Høegh. Han hadde nå erklært sitt ønske og sin intensjon for departementet, men våren 1855 var det den mulige opprettelsen av sunnhetskommisjoner som opptok ham. Det var jo uansett disse han skulle bruke til å gjennomføre listeføringen; ting fikk komme i rekkefølge. Men kun fem dager etter Høeghs brev, den 10. april 1855, ankom det et forslag til departementet som trakk i samme retning som Høeghs. I et følgebrev til innsendingen av distriktslegenes medisinalberetninger for Søndre Bergenhus amt for 1854, beklaget amtmannen seg over at han ikke på bakgrunn av medisinalberetningene kunne si noe om spedalskheten hadde gått frem eller tilbake den siste tiden. Dette var umulig å uttale seg om, mente amtmannen, ”saalænge det ikke er paalagt Distriktslægerne at føre Fortegnelser over de Spedalske.”²⁸⁵ Videre foreslo amtmannen at distriktslegene måtte få i oppdrag å oppdatere listene fra den siste tellingen bestemt i 1852, og så jevnlig føre av- og tilgang på disse listene. Departementet sendte saken som vanlig til uttalelse hos Medicinalkomitéen, som igjen mente at Overlegen for den spedalske sykdom burde uttale seg.

Slik gikk det til at Høegh allerede før han visste om hans forslag om sunnhetskommisjonene ville bli godkjent av regjering og departement, måtte uttale seg om hvorledes han så for seg gjennomføringen av en slik kontinuerlig telling. Etter å ha gjentatt sine tidligere oppfatninger om at sunnhetskommisjonene, under ledelse av distriktslegene, skulle stå for føringen av et slikt register (under forutsetning av at disse ble opprettet), gikk han over til det avgjørende punktet, nemlig skjemaenes utforming.²⁸⁶ Hva og hvordan det telles, er selvsagt medbestemmende for hva og hvordan tallene kan brukes etterpå. De eksisterende skjemaene var preget av Conradi og Medicinalkomitéens kampanje for ekteskapsforbudet. Høeghs målsetning med skjemaet var å kunne teste alle foreliggende teorier om spedalskheten (arv, hygiene/livsvilkår, miasmer og smitte), det vi anakronistisk kan kalle en epidemiologisk studie. Rettere sagt vil jeg hevde at han ønsket å komme i besittelse av et slikt instrument, slik at han kunne tilbakevise arveligheten som dominerende, og i dens sted sette hygiene og livsvilkår.

En nødvendig instans å vinne for å kunne skape et slikt register, og en instans som kunne utgjøre et vanskelig hinder hvis den satte seg på bakbena, var Medicinalkomitéen.

²⁸⁵ Riksarkivet. Justisdept. M, boks ”Spedalskpleien”, mappe ”Tellingen av spedalske 1856”. Brev av 10. april fra Søndre Bergenhus amt til Departementet for det Indre.

²⁸⁶ De følgende opplysninger og sitater er hentet fra Riksarkivet. Justisdept. M, boks ”Spedalskpleien”, mappe ”Tellingen av spedalske 1856”. Betenkning i brev av 24. juni fra O. G. Høegh til Departementet for det Indre.

Arvelighetstilhengerne i komitéen måtte for all del ikke provoseres, noe som fikk Høegh til å gå stille i dørene, i hvert fall fram til vedtakene var fattet. Dette preget Høeghs argumenter i saken, noe som tydelig kommer fram i endringen av tellingskjemaene. Høegh kom med til sammen åtte endringsforslag til de eksisterende skjemaene. I flere av endringsforslagene, argumenterte han med at dette var gjort for å få bedre oversikt og innblikk i slektskapsrelasjonene, det gjaldt blant annet "Fødested" som kunne gi opplysninger om familieforhold og muligens "Kausalmomenter". I tillegg ville han gjøre rubrikken for slektskapsforhold mer detaljert og ha "Fulde Navn" ikke bare "Navn" for slik å få større innsyn i slektskapsforhold. Selvsagt hadde Høegh bruk for slike opplysninger uansett hans preferanser i forhold til etiologi, han kunne bruke innsyn i slektskapsrelasjoner til både å forsøke å bevise eller å motbevise dem. Det er imidlertid grunn til å tro at hans valg om å framheve endringene i skjemaet som kunne brukes til å si noe om slektskap og dermed arvelighet, var gjort med overlegg for å få Medicinalkomitéen til å se med blide øyne på hans forslag i alminnelighet. Striden rundt aldersrubrikken i skjemaene tyder på det.

"Alder" var en rubrikk som ved siste telling hadde bestått av flere grove alderskategorier for å demonstrere en ventet vekst i de spedalske familier. Høegh ønsket å endre denne til å be om eksakt alder, men i stedet for å argumentere med at dette kunne gi grunnlag for å si noe om sykdommens vesen eller etiologi gjennom en statistisk analyse, så prøvde han å snike inn endringen ved å hevde at: "Alderen har jeg for Rummets skyld ikke delt i flere Rubriker".²⁸⁷ Denne argumentasjonen, eller nærmest mangel på sådan for å få adgang til de spedalskes nøyaktige alder, rimer dårlig med omtalen han gir av dette spørsmålet to år senere. I analysen av tellingsmaterialet i 1857, beklaget han seg sterkt over at skjemaene ikke ga anledning til å avgjøre når sykdommen vanligvis brøt ut. Denne viktige informasjonen, som kunne si noe om spedalskhetens vesen, manglet fordi skjemaene ikke var utstyrt med en rubrikk for nøyaktig alder. Høeghs tidligere ikke-argument basert på plassmangel, var nå erstattet med at denne mangelen ved tellingen slett ikke var hans feil, og at han hadde advart mot dette:

Heri fraskriver jeg imidlertid mig al Skyld. Da jeg ved Benyttelsen af Tællingslisterne af 1853 var kommen til den Overbevisning, at man, ved paa Skemaerne for den nye Tælling at sætte Aldersklasser, vilde fremkalde den nu paaklagede Mangel, foreslog jeg disse Skemaer forsynede med kun en Rubrikk for Levealderen, og forsøgte derhos at begrunde mit saaledes forslag, hvilket dog blev forkastet.²⁸⁸

²⁸⁷ Riksarkivet. Justisdept. M, boks "Spedalskpleien", mappe "Tellingen av spedalske 1856". Betenkning i brev av 24. juni fra O. G. Høegh til Departementet for det Indre.

²⁸⁸ *Aarsberetning for 1857 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre.* Christiania 1858: 4.

Medicinalkomitéen sa seg nemlig enig i alle Høeghs forslag, på ett unntak n r. Høeghs argument om at han ville spare plass på skjemaet, syntes ikke komitéen var noe godt argument for å fjerne aldersklassene. Komitéen så en rekke fordeler med aldersklassene: ”da det vil blive et større Arbeide for den, der skulde bearbeide Listerne at sammenstille de forskjellige Aldere uden hine Rubrikker, medens Arbeidet med Rubriceringen for hver T ller er lettere,” var argumentene de brukte.²⁸⁹ Departementet lyttet som vanlig til sin Medicinalkomit , og slik ble da også skjemaene.

Dessuten hadde jo ikke Høegh argumentert for sitt ønske. Høeghs påstand i 1857 om at han to år tidligere hadde "begrunde[t]" sitt forslag om aldersrubrikken, står ikke til troende. I 1855 hevdet han at det var av plasshensyn, i 1857 var han rasende fordi nøyaktig alder ville gitt ham anledning til å si noe om når sykdommen i alminnelighet brøt ut, og han påsto samtidig at han hadde gitt beskjed om dette. Dette gir grunn til å tro at plasshensynet var et vikarierende motiv for Høegh, og at han svært bevisst forsøkte å ikke tirre fram en konfrontasjon med Medicinalkomitéen f r han hadde fått på plass den infrastruktur han ønsket.

Uenigheten om rubrikken på tellingskjemaet skulle angi nøyaktig alder eller grovkornete aldersklasser, kan knyttes til de ulike *formålene* Høegh og Medicinalkomitéen/departementet hadde med et slikt register. For departementet b d registeret seg fram som et tjenlig styringsredskap overfor både spedalskheten og de spedalske. Ved nøyaktige talloppgaver kunne man bedre planlegge de tiltak som skulle settes i verk, det ble lettere å regne på hvor mange institusjonsplasser som trengtes, myndighetene kunne følge sykdommens eventuelle fram- og tilbakegang for de ulike landsdeler, og slik se effekter av de grep som var gjort. Med på lasset fulgte en oversikt over hvem alle de spedalske var og hvor de bodde. Dette ga mulighet for kontroll av sykdommen og de syke. For Medicinalkomitéen framsto registeret også som en god idé. De hadde allerede ivret for å opprette et slikt register, men da i tilknytning til et ekteskapsforbud. Medicinalkomitéens register skulle være et rent overvåkningsorgan som en del av et strafferegime for brudd på det planlagte forbudet. Da de nå støttet Høeghs forslag om et register, var det, som for departementet, først og fremst et styringsredskap de så. Komitéens argumenter for aldersklassene, som la vekt på at dette lettet både registrering, og ikke minst, behandlingen av tellingene, tyder på dette. I det registeret

²⁸⁹ Riksarkivet. Justisdept. M, boks ”Spedalskpleien”, mappe ”Tellingene av spedalske 1856”. Erklæring fra Medicinalkomitéen til Departementet for det Indre, datert 29. oktober 1855.

som Høegh så som en helt ny mulighet til å analysere spedalskhetens etiologi, der så komitéen en rent mekanisk sammenstilling av tall i visse kategorier som kunne brukes til styringsformål. Fordi Høegh sannsynligvis underspilte alderens rolle for hans epidemiologiske prosjekt, så ble ikke en potensiell konflikt mellom arvelighetstilhengerne og hygienisten Høegh tematisert i forarbeidene til registeret. Men da Høegh hadde fått sine to søyler, sunnhetskommisjoner og kontinuerlig listeføring, så kunne han gå mer offensivt til verks.

Et epidemiologisk prosjekt?

I sin årsberetning for 1857, hadde O. G. Høegh for første gang en fersk telling å forholde seg til. Etter Medicinalkomitéen og departementets aksept, hadde registeret blitt opprettet ved kongelig resolusjon den 30. juli 1856.²⁹⁰ Han kunne da ta bladet fra munnen og proklamere sin intensjon, sin ambisjon og sitt håp for "Lepraregisteret":

(...)hvortil nytter saa den hele Tælling? Jeg anseer den heller ikke for mer, end en Begyndelse til og et Grundlag for en Statistik over Spedalskheden i vort Land; men jeg antager en saadan Statistik af den største Vigtighed, da det er gennem den, jeg venter man engang skal komme til Erkjendelse af Sygdommens Aarsager, (...) Det har været mit Haab at et med Iver og Enhed drevet statistisk Studium skulde, tilsidst bringe en Indsigt, som, saavidt jeg ser, endnu mangler Enhver.²⁹¹

Dette var en ganske annen tone enn den Høegh la an da han skulle få gjennomslag for sin idé om et register, hvor plassmangel på et skjema skulle forstås som et argument. Høegh proklamerer her at han ikke vet svaret på spedalskhetens årsaker, men det gjør ingen andre heller, noe som inkluderer Danielssen og alle hans meningsfeller. Høegh proklamerer også å vite at han besitter den vitenskapelige metode og redskap som kan gi svaret, nemlig statistikken og registeret. Høegh opplevde at ordningen av registeret ble overført sentrale myndigheter fra 1858 av,²⁹² noe han beklaget sterkt, så 1857-beretningen er den første, og delvis også siste forsøket fra Høegh på å legge grunnlaget for sitt "statistisk Studium".

Men hva var Høeghs metode? Hvordan gikk han fram for å underminere arveligheten og fremme hygienismen? Hans årsberetning for 1857 er bygget opp som en vitenskapelig studie.

²⁹⁰ *Samling af Love, Traktater, Kundgjørelser, Resolutioner, Departementsskrivelser m.m.*, bind VI, 1855-1861, Christiania 1862: 103-105. Inneholder også skjemaet slik det ble bestemt utformet.

²⁹¹ *Aarsberetning for 1857 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre.* Christiania 1858: 4.

²⁹² Dette har sannsynligvis sammenheng med reorganiseringen av de sentrale medisinalmyndigheter. Ved utgangen av 1857 ble Medicinalkomitéen oppløst og i dennes sted ble det ansatt en legeknyndig ekspedisjonssjef i Departementet for det Indre, C. T. Kierulf, fra 1. 1. 1858. Se Svalestuen 1988: 30-32.

Først gikk Høegh gjennom materialet med henblikk på dets validitet. Han vurderte sannsynligheten av at skjemaene var ført korrekt, om alle spedalske var telt med, det før omtalte aldersspørsmålet ble kommentert etc. Etter slik å ha vurdert tallene og fastslått hvilke som rimeligvis var korrekte og dermed spilte forholdene riktig, kunne han så teste de ulike årsaksteoriene for spedalskhet mot disse.

Høegh begynte sin analyse med mulighet for smitte. Smitteteorien var noe som alle forfattere om spedalskhet fram til da hadde tatt opp, men avfeid etter å ha brukt det samme beviset; nemlig det at ingen tilfeller noensinne var rapportert blant personalet på St. Jørgen siden dens opprettelse i middelalderen.²⁹³ I tillegg hadde Danielssen forsøkt å påvise smitte tallrike ganger ved å inokulere materiale fra spedalske knuter på seg selv og sine assistenter.²⁹⁴ Smitteteorien hadde derfor meget lav oppslutning blant legene på denne tiden. Høegh kunne i sitt nye register finne at av totalt 842 gifte spedalske, så var 773 av disse i ekteskap med en ikke-spedalsk. Dette tydet ikke på noen stor smittefare, medga Høegh, men standardbeviset med det friske tjenerpersonalet på St. Jørgen ville han røkke ved. For det første så var kjennskapen til den stiftelsens fortid, begrenset til den siste mannsalder, hevdet han. Og i tillegg var det gjennom den siste tellingen kommet fram at en av pasientene på St. Jørgen hadde vært pleier i ¾ år før hun ble syk 20 år tidligere, og hun hadde vært av "ren Æt", la Høegh til. Han ville ikke konkludere om smitte kunne være en faktor, men ville holde muligheten åpen: "(...)lad os observere; der er ligesaavidt her, som ved Tuberkulosen nogen Grund til å være mistenksom".²⁹⁵

Etter den forholdsvis korte behandlingen av smitte, skulle Høegh nå prøve ut sitt materiale på arvelighetstesen, en langt større øvelse. I korte trekk valgte Høegh å gjenta Danielssens resonnementer på sitt eget materiale og/eller operasjonalisere Danielssens teorier og så prøve disse ut på materialet. Gjennom å behandle arvelighetsteorien med enda større alvor og enda mer inngående enn teoriens vitenskapelige garantist, så kunne teoriens dominans tilbakevises, eller i det minste stilles spørsmål ved, hvis andre funn kunne bevises. Igjen var det tallene, og da særlig forholdstallene som fungerte som bevis.

²⁹³ Se f. eks. Danielssen & Boeck 1847.

²⁹⁴ Se Erik Waaler: "Patologi og mikrobiologi i Bergen. Det første sentrum for lepraforskning" in *Nordisk Medicinhistorisk Årsbok*, supplementum XI, 1985: 19.

²⁹⁵ *Aarsberetning for 1857 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre*. Christiania 1858: 6.

Innledningsvis nevnte Høegh at kun 131 eller 5,2 prosent av de totalt 2510 barna til de spedalske, selv var spedalske. Dette tydet ikke på særlig grad av arvelighet. Men Høegh visste utmerket godt at sykdommen oftest brøt ut senere i livet, og derfor at tallene ikke rammet arvelighetsteorien før man hadde fulgt disse barna gjennom hele livet. I tillegg måtte han selvsagt ta hensyn til at Danielssen hevdet at sykdommen oftest hoppet over et slektsledd, samt at sidelinjene måtte regnes med. Høegh måtte derfor foreta en langt grundigere analyse av tallmaterialet for å kunne forsøke å felle en dom over arveligheten. Gjennom å operasjonalisere Danielssens teori om arvelighet, de ulike slektsledds utsatthet for sykdommen og at sykdommen kunne opptre i sidelinjene, i det hele tatt at han tok Danielssens teori på alvor, kom Høegh fram til følgende kategorisering:

[Jeg har] opført samtlige Talte i 4 Klasser: til 1ste henførtes de, der havde spedalske Slegtninge i ret opadstigende Linie; til 2den de, for hvilke intet nærmere Slegtskab med Spedalske er opgivet, end med Syskende, Forædres Syskende og Afkom af begge disse Led; til 3die de, som er angivne kun i fjernere Slegtskab med andre Spedalske; endelig har jeg til 4de Klasse henført dem, for hvis Vedkommende Slegtskab med andre Spedalske er enten negtet eller ikke opgivet.²⁹⁶

Gjennom en slik analyse møtte han Danielssen på Danielssens egne premisser, og det med et overlegent tallmateriale og en enda grundigere analyse. Danielssen hadde funnet at 189 av 213 tilfeller av spedalskhet i St. Jørgens hospital, skyldtes arv, dvs. 89 % (en regneoperasjon Danielssen ikke utførte). Høegh fant at de spedalske fordelte seg på de fire klassene slik i antall: 448, 652, 64 og 919. Dette regnet han om til forholdstall, henholdsvis 21,5 %, 31,3 %, 3,1 % og 44,1 %.²⁹⁷ Allerede her hadde Høegh lyktes i å etablere at nærmere halvparten av de spedalske ikke kunne knyttes til en form for arvelighet. Men han var ikke tilfreds med dette.

Nå kom nemlig et angrep på Danielssens metode, hans forutsetninger. Det kunne nemlig ikke være slik, skrev Høegh, at om en spedalsk har en eller flere spedalske slektninger, så var dette tilstrekkelig bevis for at sykdommen var oppstått ved arv. Like gjerne kunne det være at disse slektningene kunne ha vært utsatt for samme "Leilighedsaarsager". Nær familie kunne antas å tilbringe store deler av sitt liv under lignende livsvilkår, og så lenge man aksepterte at andre årsaker enn arv kunne være virksomme, så behøvde slett ikke arv være årsaken i slike tilfeller. Det som trengtes for å dømme i saken var fullstendige stamtavler og slektsregistre gjennom

²⁹⁶ *Aarsberetning for 1857 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre.* Christiania 1858: 7.

²⁹⁷ Høegh førte disse som "21.5, 31.3, 3.1 og 44.1 – Alt af 100." Se *Aarsberetning for 1857 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre.* Christiania 1858: 7.

flere generasjoner, og noen slike hadde Høegh fått utarbeidet. Igjen gikk Høegh grundigere til verks enn Danielssen, og gjennomganger av noen stamtavler, med over 100 personer i hver, kunne blant annet vise hvordan spedalske kunne være tallrike i en slekt, for så å se sykdommen forsvinne i de kommende generasjonene. På en slik bakgrunn kunne Høegh endelig konkludere om arveligheten. Han hadde aldri avvist arvelighetens betydning for sykdommen, på samme måte som arvelighet spilte en viktig rolle i andre sykdommer så som podagra, men:

det er ligesaa utvivlsomt, at denne Betydning af Nogle er saaledes overvurderet, at de Øvrige Aarsagsmomenter utilbørligen er stillede i Skyggen, og at urigtige Forestillinger om Spedalskhedens hurtige og sterke Udbredelse derved er fremkaldt; man har jo endog spaaet, at Sygdommen skulde tiltage i et geometrisk Forhold (...) ja af vore største Autoriteter i denne Sag findes paa Prent udtalt, at Spedalskhed næsten som ufravigelig Regel angriber samtlige Individuer i 2den Generation naar det hænder, at den sparer den 1ste efter en Spedalsk. Det er imidlertid saa langt fra, at dette, saavidt jeg har kunnet erfare, er en rigtig Observation, at jeg endog maa antage, at et saadant Tilfælde hører til de saare sjeldne Undtagelser.²⁹⁸

Nå var det tid for full konfrontasjon. I første del av sitatet fikk Conradi og Medicinalcomitéen på pukkelen for at de i kampanjen for ekteskapsforbud bygget på en forfeilet og overdrevet bruk av arvelighetsteorien for å skape skremmebilder av en sykdom i rask vekst. I andre del ble Danielssen og Boecks *Om Spedalskhed* skyteskive. Det var de som var de ”største Autoriteter”, og som hadde proklamert lover for spedalskheten som i beste fall var ”sjeldne Undtagelser”. Til alt overmål hevdet Høegh også at han på bakgrunn av tellingene fra 1853 og 1856 kunne se en *realnedgang* i antall spedalske. Konklusjonen var klar. Spedalskheten var slett ikke ute av kontroll. Arveligheten spilte ingen større rolle i denne enn i andre sykdommer. Man måtte se mot andre årsaksforhold, og i arbeidet med å motvirke disse årsaksforholdene, så hadde man god tid ettersom ingen immanent trussel lurte i verken de syke eller deres friske slektninger. Høegh gikk videre i sine analyser med å peke på mange enkelthistorier og –tilfeller som ga grunn til å tro at forhold som bruk av ullklær, forbedring av boliger etc. virket inn på sykdommens fram- og tilbakegang. Det ville i praksis si at det var livsvilkårene i kystdistriktene som var hovedårsak til sykdommens utbredelse. Og virkemiddelet mot disse forholdene besatt man allerede gjennom sunnhetskommisjonene hvor distriktsleger som Michael Krohn formet forbilder av bygdens ledende menn gjennom opplæring og forelesninger i god hygiene, luftige, rene boliger, et variert kosthold og

²⁹⁸ Aarsberetning for 1857 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre. Christiania 1858: 9.

fornuftige klær. Slik skulle allmuen løftes til et høyere kulturnivå, og i prosessen ville spedalskheten formelig vaskes av dem.

Som vi kan se, så besto Høeghs "statistiske Studium" av at han testet de ulike teoriene om spedalskhetens etiologi mot sitt tallmateriale med svært enkle virkemidler. Kategoriseringen, både på skjemaene og i Høeghs analyse, var studiets kjerne. De tall som så ble produsert innenfor de ulike kategoriene ble deretter summert og sett i forhold til hverandre. Som vist, så gikk Høegh et lite skritt lenger enn Danielssen i form av regneoperasjoner. Der Danielssen nøyde seg med å si "189 tilfeller av 213 skyldtes arv", der innførte Høegh flere kategorier og regnet ut forholdstallene mellom dem i prosent. Utover det, så var redskapet rett og slett logikk, komparasjon og koherens. Teoriene om etiologi ble testet mot noe som ble betraktet, med visse forbehold om validitet, som et tallmessig uttrykk for sykdommens egenart. Stemte eller stemte ikke teoriene mot den egenart som kunne observeres med tallene, så ble teorien styrket eller svekket på bakgrunn av dette. Dette var en tidlig epidemiologisk undersøkelse, i en tid som ansees som en gullalder for epidemiologien.²⁹⁹

Men fra hvor fikk Høegh idéen til et slikt studium? Igjen hjelper ikke Høegh oss på vei med henvisninger til samtidige bevegelser og hendelser i Europa, men hans metode og formål med sitt statistiske studium passer godt inn i et slikt bilde. Som nevnt innledningsvis, så var det en sterk bevegelse i Frankrike og England i første halvdel av 1800-tallet for å kvantifisere sosiale forhold, og å framstille disse i form av lover. Samtidig hadde medisinere, særlig Louis i Paris, forsøkt å bruke forholdstall til å si noe om terapi i sykebehandling. Ved midten av 1800-tallet var det medisinere som hadde begynt å forene disse tilnæringsmåtene, altså det å kunne si noe om usynlige lover i et samfunns utvikling ved hjelp av tall og det å si noe om sykdom ved hjelp av tall. Statistikken ble en mulig inngangsport for å studere sykdom i samfunnet og et redskap til å fronte reformer innen offentlig helsepolitikk. En kunne nå se på sykdommenes utbredelse, deres variasjon og en kunne gjennom analyser bruke studiene til å lære noe om sykdommene *per se*. Dette er den klassiske epidemiologien som både er deskriptiv, analytisk, evaluerende i forhold til tiltak og på jakt etter sykdommens etiologi.

På samme tid som Høegh fikk opprettet sitt "Lepraregister" og gjennomførte sine analyser av det produserte materiale, så foregikk det altså en omkalfatring av hvilken plass tallene inntok i

²⁹⁹ Se Susser og Susser 1996: 669.

sosiale vitenskaper og i medisin, og faget som siden skulle bli kalt epidemiologi, ble grunnlagt i disse bevegelsene. Og Høegh satt altså i Trondheim og brukte "Lepraregisteret" til å foreta *de facto* epidemiologiske analyser. Kan Høegh ha fått idéen fra å lese Louis? Fra å lese William Farr sin "On prognosis"? Fra å lese Quetelet om statistiske lover om samfunnet? Fra å lese Siméon-Denis Poisson om de store talls lov? De to sistnevnte var nok alt for matematisk orientert til at verken Høegh eller andre epidemiologer på den tiden ville la seg inspirere. (Som nevnt innledningsvis i kapittelet levde matematikernes sofistikerte sannsynlighetsmodeller sitt helt eget liv fram til slutten av 1800-tallet, ubrukt av alle andre.) Men kjente Høegh til Louis René Villermés arbeid i Frankrike? Til John Snøws studier av koleraen i Storbritannia, og til den hygieniske bevegelsens frammarsj under Edwin Chadwick i samme land? Vi vet ikke. Noe kjente han nok til, og da særlig de chadwickske lover og bevegelser i Storbritannia som var meget omskrevet og omtalt også i Norge, men om han hadde inngående studert noe av dette, det vet vi ikke. Uansett står Høegh, hans register, hans analyser og hans politiske tiltak basert på disse, på linje med de svært omtalte pionérene i Europa. Hans metode var i likhet med disse berømte epidemiologpionérene, også basert på svært enkle matematiske hjelpemidler.³⁰⁰ Pionérene i Europa var, i likhet med Høegh, for det meste også autodidakter innen studiet – de fant på veien mens de gikk. Der Høegh skiller lag med de kjente pionérene, er først og fremst i sitt studieobjekt. I det svært industrialiserte Storbritannia ble denne tidlige epidemiologien først og fremst knyttet til den sterke urbane veksten og den økte forekomsten av generell sykdom og død som fulgte.³⁰¹ Som årsaksforklaring var det miasmene som dominerte, og store sanitære prosjekter ble satt i gang på bakgrunn av epidemiologenes funn og vellykte mediko-politiske framstøt. I Norge var det ikke sivilisasjonens svøpe som var problemet, her var spedalskheden et ruralt problem, og skyldtes ikke for mye sivilisasjon, men mangel på sådan, ifølge Høegh. Årsaksforklaringen var da knyttet til de dårlige livsvilkårene langs kysten, ikke til overbefolkning og fattigdom i byene.

Høegh kan sies å tilhøre det som har blitt referert til som gullalderen innen epidemiologien; en gullalder hvor autodidakter med stor idériskdom gjennom enkle matematiske analyser av sykdomsfenomener i samfunnet, uttrykt gjennom tall, dannet det kunnskapsmessige

³⁰⁰ Victoriansk epidemiologi før 1890 har fått følgende attest: "[It] had been a largely observational, environmentally-oriented science, which employed fairly simple statistical methods." Se Anne Hardy og M. Eileen Magnello: "Statistical methods in epidemiology: Karl Pearson, Ronald Ross, Major Greenwood and Austin Bradford Hill, 1900-45" i *A History of Epidemiologic Methods and Concepts* (ed. Alfredo Morabia), Basel 2004.

³⁰¹ Se for eksempel Susser og Bresnahan 2001: 6-18.

grunnlaget for politiske helsetiltak. Men kanskje vil det være uriktig å forstå Høeghs valg av analyseredskaper og metode først og fremst ut fra den europeiske utviklingen? Visst pågikk det en endring av tallenes status i vitenskapen, og visst fikk statistikk en stadig viktigere posisjon i statsstyringen i de europeiske stater, en utvikling som vi også har fulgt for den norske statens vedkommende. Men å se Høegh som en refleks av denne utviklingen, vil kunne være å redusere Høeghs prosjekt og fjerne noe av det historiske ved det. Høeghs prosjekt, og tallenes rolle i den norske spedalskhetsdiskursen, er *en del av* historien om tallenes endrete rolle og tilskrevne kvaliteter, *ikke et uttrykk* for den. Når Høegh settes inn i en internasjonal kontekst som epidemiolog, så lærer man at det foregikk lignende ting andre steder på omtrent samme tid, men Høeghs prosjekt inneholdt jo mye mer som en slik kategorisering ikke kan gi svar på.

Det å forstå konteksten for og forklare hva Høeghs arbeid var, gjøres best gjennom å se på den konkrete situasjon han sto i; hvilke forhold som påvirket ham, og hvilke forhold han selv tok sikte på å påvirke. Høeghs register var tenkt som en, det vi anakronistisk kan kalle, epidemiologisk studie.³⁰² Men opprettelsen av registeret handlet også om så mye mer; opprettelsen hadde konkrete siktemål i en pågående og sammenvevd debatt om spedalskhetens etiologi og ulike mediko-politiske tiltak mot sykdommen. Registeret var Høeghs måte å utfordre Danielssen og arvelighetens hegemoni. Høegh innførte ikke en ny vitenskapelig metodologi som utfordret Danielssens. Han aksepterte Danielssens beskrivelse av sykdommen, og også det at Danielssen hadde konkludert om arveligheten basert på en statistisk og genealogisk undersøkelse av sine pasienter. Men han var uenig i konklusjonen, og raffinerte Danielssens tallredskaper i et forsøk på å utfordre ham. Han utfordret Danielssens forholdstallsbevis med et forholdstallsbevis bygget på et enda større og grundigere materiale. Dette pasientregisteret bør kanskje heller sees i relasjon til sin spesifikke historiske rolle som et redskap i en mediko-politisk kampanje mot arveligheten og for hygienismen, ikke som en grunnsten for en framtidig medisinsk spesialitet kalt epidemiologi.

Konklusjon

I løpet av bare 25 år, fra Hjort fikk innvilget sin reisesøknad i 1831 til Høegh lyktes å få vedtatt opprettelsen av et permanent register i 1856, gikk spedalskheten fra å være nærmest ubeskrevet i medisinen og usynlig for myndighetene, til at det var bygget opp et statsfinansiert

³⁰² Slik allerede Lorentz Irgens gjorde oppmerksom på i Irgens 1973.

spedalskhetens apparat i Norge. Dette apparatet besto av en rekke ulike institusjoner og teknologier. Gjennom forskningssykehuset Lungegaardshospitalet var den medisinske vitenskapen og kunnskapsproduksjonen mobilisert for å finne en kur. Med pleiestiftelsene var avsondring og isolasjon fra de friske, og en intern adskillelse mellom kjønnene, tatt i bruk som virkemiddel mot sykdommen. Opprettelsen av sunnhetskommisjonene tok sikte på å løfte folket til et høyere kulturnivå – et hvor spedalskhet ikke fantes; det var et redskap som skulle omforme landsbefolkningens spisevaner, boligforhold, klesdrakt og lære dem å vaske seg. Dette nettet av legestyrte, kommunale sunnhetskommisjoner ble også tatt som utgangspunkt for det permanente register som både skulle overvåke sykdommen og avsløre dens etiologi. Det var sunnhetskommisjonene som skulle føre listene til Høeghs permanente register. Og til å koordinere all denne innsatsen og alle disse institusjonene, var det ansatt overlege(r) for den spedalske sykdom.

Denne studien har vist at dette apparatet ikke oppsto som et resultat av én plan, ei heller bare som resultatet av én aktør eller én bestemt gruppes handlinger. I stedet har vi identifisert tre ulike prosjekter som i sine bestrebelser på å få gjennomslag for bestemte måter å arbeide mot spedalskheten, fikk realisert ulike deler av sine programmer. Disse ulike praktiske konsekvensene (som ikke var planlagt av én enkelt aktør) var noe som løp sammen, de kunne eksistere innenfor samme overordnede prosjekt. Til sammen utgjorde de et felles system, en infrastruktur – et apparat. Under parolen om å utrydde spedalskheten, så var det dette apparatet som forsket, overvåket, pleiet, isolerte, transformerte, telte og koordinerte.

I alle de tre prosjektene, så var tall en viktig bestanddel. Tall som viste hvor stort problemet var, og ikke minst, hvor stort problemet ville eller kunne bli om ikke det ble tatt affære, det var selve kjernen i legitimiteten til de krav som de to første prosjektene stilte. Tallene ble produsert som, og akseptert som, gjenspeilinger av den sosiale virkelighet. Som vi har sett ble den første av disse tellingene produsert i en tid hvor det ikke var selvsagt at slike fenomener skulle telles. Gjennom flere og flere tellinger utdannet man et tellekorps som i større grad tenkte kvantitativt enn kvalitativt også når sosiale fenomener skulle beskrives. Tellingene av spedalske og føringen av et register var en del av denne prosessen. Særlig må bruken av sunnhetskommisjonene hatt stor betydning. Her fikk legen ansvaret, men han involverte alle bygdens ledende menn, både prest, lensmann og lærere, i arbeidet med tellingene. På en og samme tid fikk legen nyte godt av de lokalkjente sine kunnskaper i arbeidet for å telle mest mulig korrekt, og de lokale embetsmenn ble oppdratt til gode tellere.

Tallene hadde også en annen kunnskapsproduserende og mer direkte medisinsk-vitenskapelig betydning. I Danielssens arbeid med spedalskhetens etiologi, hadde han basert selve beviset på sykdommens arvelighet på den store andelen spedalske som var i slekt. Høeghs strategi var, som vi har sett, å bygge opp en "Statistik" som skulle fravriste spedalskheten dens sanne natur. Slike tallanalyser brukt som ledd i medisinske resonnementer og bevisførsler, var en del av den økte statusen tallene nøyte også internt i medisinen. Staten var på dette tidspunkt allerede vunnet for saken, og Høegh trengte slett ikke tellingene for å overbevise myndigheter om nødvendigheten av å gripe inn. Høegh kunne tillate seg å hevde sannsynligheten av en nedgang i antall sykdomstilfeller fra 1853-56 uten å risikere at de pågående byggearbeidene med pleiestiftelsene skulle stanse opp. Høeghs prosjekt pekte uansett utover det å bygge noen enkeltinstitusjoner. Staten måtte tilrettelegge for at medisinen kunne nå ut til folket og at folket slik skulle få hjelp til selvhjelp. Høegh knyttet an til en pågående lovprosess, og fikk realisert et nett av sunnhetskommisjoner som skulle endre livsmåten til folket, og derigjennom befri dem fra sykdom.

Det var først og fremst leger, støttet av lokale strateger og amtsstyrer, som mænte staten til innsats. Disse mediko-politiske prosessene virket også til å styrke legenes grep om å representere sakkyndigheten på medisinsens område, blant annet gjennom å ekskludere prestene. Tillit til legenes vitenskapelighet, deres tall og framtidsscenarioer var helt avgjørende for at staten skulle bidra økonomisk. På samme tid måtte legenes oppfatninger ha praktiske forslag til tiltak for at deres synspunkter skulle ha relevans for politiske myndigheter. Holm Holmsens miasmatiske teorier var ubrukelige i så måte. Det var imidlertid ikke slik at tiltroen til legene eller "vitenskapen" var blind, og at legfolket i ett og alt fulgte deres formaninger. Vanskelighetene med å få bevilget penger til både Lungegaardshospitalet i 1842 og Pleiestiftelsen no. 1 i 1851, og i enda større grad stortingflertallets nei til en lov om ekteskapsforbud, er tydelige tegn på dette.

Ved midten av 1800-tallet besatt staten et apparat som var et resultat av tre ulike mediko-politiske prosjekter. Staten hadde blitt beveget til å finansiere og beordre utbyggingen av dette apparatet, ut fra argumenter bygget på tall. Argumentet var alltid at nasjonen som sådan kom til å tape på at staten ikke involverte seg, at det hadde et så stort omfang at staten måtte gripe inn. Det var først og fremst en økonomisk argumentasjon som ble benyttet. Spedalskheten betydde først og fremst tap av arbeidskraft, en svekkelse av populasjonen, i ytterste fall en

slutt på staten selv, ikke lidelser for den enkelte. Spedalskheten hadde gått fra "lidelse til trussel", for å låne fra tittelen på Magnus Vollsets hovedfagsoppgave, og trusselen var rettet mot populasjonen og dermed staten.³⁰³

For tydeligere å se hva som var det nye med spedalskhetens apparat, så er det interessant å sammenligne denne fortellingen med en nylig utkommet doktoravhandling om radesyken. Anne Kveim Lie finner at argumentene som ble brukt for å konstruere radesyken som trussel og mobilisere staten til innsats, var hentet direkte fra kameralismens og merkantilismens diskurs om befolkningsvekst og hensynet til populasjonen.³⁰⁴ Den slående forskjellen fra 1770-tallets forsøk sammenlignet med 1830-50-tallets forsøk på å mobilisere staten til å gå til aksjon, er *mangelen på tall*. I de lange debattene om valg av framgangsmåte i bekjempelsen av radesyken, var det kun én aktør som hevdet at første steg måtte være å telle og slik få oversikt over sykdommens omfang og hvor de syke befant seg.³⁰⁵ Han ble angrepet og ignorert av leger og myndigheter, og tellinger ble ikke et premiss for de videre tiltak som i hovedsak besto av å bygge et nett av mindre sykehus.

Radesykekampanjene på 1770-tallet setter spedalskhetens apparat i relieff. I et slikt perspektiv er det tydelig å se den avgjørende rollen tallene ble gitt i oppbyggingen av spedalskhetens apparat. Tallene produserte nå kunnskap om populasjonen, om sykdommen og om effekter av de tiltak som var satt i verk. Den nye tallteknologien var avgjørende for oppkomsten og driften av et apparat som skulle utrydde spedalskheten og forbedre populasjonen. Spedalskhetens apparat hadde et helt annet omfang, et langt videre siktemål og en helt annen robusthet enn de tiltak som oppsto i tilknytning til radesyken. I spedalskhetens apparat var tallene den helt sentrale teknologien når populasjonen skulle formes, manipuleres, dyrkes, skjermes for risiko, overvåkes, oppdras og helbredes.

³⁰³ Vollset 2005.

³⁰⁴ Kveim Lie 2008: 227ff.

³⁰⁵ Vedkommende var stiftamtmann Hagerup i Kristiansand. Om hans initiativ og dets endelikt, se Kveim Lie 2008: 248ff.

Men make their own history, but they do not make it just as they please; they do not make it under circumstances chosen by themselves, but under circumstances directly encountered, given and transmitted from the past.³⁰⁶

KAPITTEL 3: Porten – en fortelling om galeinstitusjoner i Bergen

På midten av 1860-tallet verserte det en sak for myndighetene i Bergen som ikke uten videre lar seg forstå. I utgangspunktet fremstår ikke saken som særlig gåtefull; i all korthet handlet den om hvordan byens galehus skulle få en egen inngang. Bergens Mentale Sygehus, populært kalt og heretter benevnt som "Mentalen", lå nemlig i bakhagen til byens sykehus på Engen og delte inngang med dette. Dette hopehavet mellom sykehus og galeinstitusjon hadde en hundreårig historie i byen, men ved midten av 1860-tallet la byens myndigheter for dagen stor besluttsomhet i arbeidet med å skaffe Mentalen en egen inngang. Det er i det hele et slående misforhold mellom engasjementet, tiden, seriøsiteten og ressursbruken spørsmålet ble omfattet med, og sakens tilsynelatende bagatellmessige innhold. Hvorfor var det så viktig, etter 100 år med delt inngang, å lage to separate innganger på 1860-tallet? Det er dette som ikke uten videre lar seg forklare.

Slik saken ble presentert for Bergens bystyre i juli 1865, hadde den sin opprinnelse i et brev forfattet to år tidligere i mai 1863 av den avdøde overlegen ved sykehuset, Daniel Moldenhawer Bull (1802-1863).³⁰⁷ Bull tok i sitt brev til orde for at Mentalen burde få en egen inngang, og Mentalens lege og bestyrer, Frants Theodor Rosenberg (1817-1878), erklærte kort etter at han støttet Bulls initiativ. Etter Bulls død fikk den nye overlegen ved sykehuset, Jens Andreas Holmboe (1827-76), anledning til å uttale seg om saken, og også han støttet Bulls idé. Da begge institusjonenes ledere hadde stilt seg bak saken, var det nå sykehusets kontrollorgan, Sykehuskomitéen, sin tur til å uttale seg. Den sendte saken videre til Formannskapet i kommunen med påtegning om at også den gjerne så at Mentalen fikk sin

³⁰⁶ Karl Marx: *The 18th Brumaire of Louis Bonaparte*, London 2001: 7 (tilgjengelig som e-bok juni 2008: <http://site.ebrary.com/lib/bergen/Top?id=2001665&layout=document>).

³⁰⁷ Saken ble presentert for representantskapet den 1. juli 1865. Bulls brev var datert 2. mai 1863. Se *Bergens Kommuneforhandlinger* 1865: 57ff. De følgende opplysninger bygger på samme kilde.

egen port. I formannskapet var det heller ingen som ytret seg negativt om planen og Magistraten fikk i oppdrag å informere bestyreren ved Mentalen om avgjørelsen. Nå hadde imidlertid bestyreren innsigelser mot det planlagte arrangementet. Ikke så å forstå at han var imot at institusjonen skulle få en egen inngang. Nei, slett ikke. Det var den praktiske gjennomføringen av forslaget som voldtte bry. Dette var starten på en prosess hvor sykehuset og Mentalen førte lengre diskusjoner om hvor den nye inngangen skulle ligge, om hvordan diverse hageområder skulle fordeles mellom institusjonene, om hvilken institusjon som skulle bekoste blant annet et par nye gjerder i forbindelse med ombyggingen osv. Diskusjonen dreide seg om til dels små praktiske detaljer ved gjennomføringen av prosjektet, hvor detaljnivået nådde sitt mest pedantiske i diskusjonen om hvorvidt forstanderen ved sykehuset skulle tilbakebetales personlig åtte spesidaler for hønsehusene han hadde anskaffet, men som fra nå av skulle ligge på Mentalen sitt område. Saken sto i stampe helt til bestyrer Rosenberg fikk tilbud av en privatperson om å kjøpe en eiendom som grenset mellom Mentalen og gaten utenfor for 500 spesidaler. Rosenberg slo straks til, med det forbehold at de rette myndigheter godkjente kjøpet. Etter et par nye runder med uttalelser fra og små uenigheter mellom Sykehuskomité og Mentalens Kontrollkomisjon, kunne saken endelig igjen sendes Magistrat og Formannskapet. Etter en over to år lang runddans mellom ulike instanser, kunne bygging av en ny inngang til Mentalen endelig behandles i bystyret sommeren 1865, og representantene aksepterte Rosenbergs kjøp av eiendom nr. 131 i 11. røde for å muliggjøre at byens sykehus og galeinstitusjon for første gang skulle ha separate innganger.

Denne saken er i mine øyne uforståelig lest rett ut av Bergen Kommuneforhandlinger. I sin isolerte kommunale saksgangskontekst fra 1860-tallet blir diskrepansen mellom sakens bagatellmessige innhold og de ressurser som ble mobilisert for å gjennomføre prosjektet, for stor. Ingenting av det som kommer fram i saken kan forklare oss hvorfor det var viktig å bygge porten nå, på 1860-tallet, siden det tydeligvis ikke hadde vært viktig i det foregående hundreåret. Hvorfor gå til dette skrittet? Hvorfor bruke en masse tid, innsats og penger i en høyst seriøs, byråkratisk saksbehandling, på noe som i mine øyne fremstår som en bagatell? På et eller annet vis må dette ha betydd noe for aktørene, det må ha vært viktig for dem, og det på en måte som jeg i 2008 ikke umiddelbart kan forstå. Denne fortidige meningsdimensjonen kan ikke leses direkte ut av saken. Meningen med porten må ha vært selvsagt for aktørene våre, så selvsagt for dem alle, at ingen behøvde å kle denne i ord. I denne fortellingen skal vi forsøke å gripe denne meningsdimensjonen. Men hvor skal vi begynne?

Det finnes ett utsagn i Bulls opprinnelige brev som antyder et motiv. Hans hovedargument for portens ønskelighet var at det ”Fælledsskab, som bestod mellem det communale Sygehuus og Byens Sindssygeasyl, burde søges hævet saameget som Omstændighederne maatte tillade.”³⁰⁸ Dette utsagnet forklarer imidlertid ikke byggingen av porten da det ikke sier noe om *hvorfor* dette fellesskapet mellom institusjonene måtte oppheves. Det sier heller ikke noe om hvorfor det plutselig var viktig *nå*, altså i 1863, å oppløse et fellesskap som hadde fungert i de foregående hundre årene. Det er i det hundre år lange hopehavet mellom de to institusjonene vi skal lete. Rettere sagt, så skal vi gi mening til byggingen av porten ved å se den som et ledd i den særegne historien til byens galeinstitusjoner. Dette er en historie som handler om hvordan Bergen holdt en annen takt enn den nasjonale og sentralt styrte utbyggingen av galeinstitusjoner. Vår fortelling vil tematisere hvordan fortidens valg, improvisasjoner og tilfeldigheter, og disses materielle uttrykk, la føringer for de valg senere generasjoner fattet. Porten var nettopp et slikt valg, betinget (men ikke diktert!) av en fortidighet. Men porten var også sterkt influert av nyere og samtidige hendelser, og er også et uttrykk for våre aktørers ambisjoner om å handle i pakt med sin tids idealer.

Tidligere forskning

Vi kjenner forestillingene. De opptrer i alle psykiatrichistorier, der deres funksjon er å illustrere den lykkelige tiden da galskapen endelig ble erkjent og behandlet i pakt med sannhet som man så altfor lenge hadde vært blind for.³⁰⁹

Det finnes arbeider som både tar for seg de bergenske galeinstitusjonenes historie så vel som den nasjonale og sentralt styrte utviklingen. Til den første kategorien hører en rekke av arbeider hvor forfatterne alle var utøvende psykiatere i byen. Den første av dem ble forfattet av Peter Jürgenssen (1821-1907) som fra 1870 var lege og bestyrer ved ”Bergens kommunale Sindssygeasyl”. Det var i hans tid at den nye galeanstalten, Neevengaarden, ble planlagt, finansiert og endelig sto ferdig i 1891. Hans artikkel er i hovedsak et sammendrag og en sammenstilling av kilder omhandlende galebehandling i Bergen fra 1500-tallet og fram til byggingen av Neevengaarden. Manuset ble funnet blant hans etterlatte papirer og utgitt posthumt av hans kolleger i det bergenske medisinske tidsskriftet *Medicinsk Revue*.³¹⁰ Nestemann ut var Karl Anton Andresen (1869-1938), reservelege ved Neevengaarden 1905-10 og den som presenterte Jürgenssens arbeid i *Medicinsk Revue* i 1907. Da Bergen kommune

³⁰⁸ *Bergens Kommuneforhandling* 1865: 57.

³⁰⁹ Michel Foucault: *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*, Oslo 1973 [1961]: 201.

³¹⁰ P. Jürgenssen: ”Sindssygevæsenet i Bergen” i *Medicinsk Revue*, 1907: 433-447 og 521-546.

utarbeidet sitt store trebinds historieverk i anledning Grunnlovens hundreårsjubileum, *Bergen 1814-1914*, ble Andresen bedt om å skrive om ”Sindsykevæsenets utvikling”.³¹¹ Hans artikkel bygger nesten utelukkende på Jürgenssens. Det samme kan sies om Finn Torgeir Rud (1907-1987), også han overlege ved Neevengaarden, sin behandling av den bergenske utviklingen i sin *Kort historisk oversikt over psykiatrien før Herman Major* fra 1966.³¹² Jubileumsboken for Neevengaarden fra 1991 skriver i all hovedsak av disse tidligere arbeidene i sin historiske gjennomgang.³¹³

Det finnes to nyere arbeider om galehistorien i Bergen, begge publisert i 2003. Historikeren Svein Atle Skålevåg gir i *Dårekiste og psykiatriske sykehus* et riss av utviklingen fra 1500-tallet fram til et stykke inn på 1900-tallet.³¹⁴ Skålevåg baserer seg i dette arbeidet hovedsaklig på tidligere litteratur, men introduserer også nytt kildemateriale særlig i relasjon til privatasylene og virksomheten i Neevengaarden, i hovedsak etter den periode vi her tar for oss. Førstearkivar Christopher John Harris presenterte samme år en studie av Mentalen.³¹⁵ Harris presenterte nye kilder i tilknytning til selve bygget, og brukte dette sammen med den etablerte fortellingen til å markere 170-årsdagen for Mentalen.³¹⁶

Den nasjonale fortellingen om galebehandlingen har vært behandlet i en rekke arbeider. Til å begynne med dominerte psykiaterne også her. Paul Wingses trebindsverk om psykiatriens historie utgitt i tiden 1913-17, er, med sin empiriske grundighet, på mange måter fremdeles standardverket om norsk psykiatrihistorie.³¹⁷ De siste tiårene har imidlertid et antall psykiatrihistorier blitt forfattet av ikke-psykiatere, men som ”i større eller mindre grad har vært profesjonelle historikere, om ikke i navnet, så i gavnet”, for å si det med Svein Atle

³¹¹ Karl A Andresen: ”Sindsykevæsenets utvikling” i *Bergen 1814-1914*, (Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig red.) bind 1, Bergen 1914 : 558-573.

³¹² Finn Rud: *Kort historisk oversikt over psykiatrien før Herman Major*, Bergen [forfatteren] 1966.

³¹³ Eivind Ose (red.): *Frå sindssygeasyl til psykiatrisk sjukehus. Neevengården – Sandviken sykehus, 1891-1991*, Bergen 1991.

³¹⁴ Svein Atle Skålevåg: ”Dårekiste og psykiatriske sykehus” i *Byen og helsearbeidet* (Kari Tove Elvbakken og Grete Riise red.), Bergen 2003: 215-234. (Heretter benevnt som Skålevåg 2003a.)

³¹⁵ Christopher John Harris: ”Mentalen i Bergen” i *Bergensposten* 2003: 47-56. Også tilgjengelig (juni 2008) på <http://www.arkivverket.no/webfelles/sab/bp2003.pdf>

³¹⁶ I tillegg er galeinstitusjonene så vidt berørt i annen lokal litteratur, så som Egil Ertresvaag: ”Et bysamfunn i utvikling 1800-1920” bind III i *Bergen bys historie*, Bergen 1982: 273ff og St. Tschudi Madsen og O. Sollied: *Medisinsk liv i Bergen. Festskrift i anledning av 100 års jubileet for Det Medicinske Selskap i Bergen*, Bergen 1931: 227ff.

³¹⁷ Paul Winge: *Den norske sindssygeret – historisk fremstillet*, Kristiania 1913-1917. Wingses verk var rettet mot å påvirke et lovreformarbeid, og er derfor spesielt opptatt av ”tutelretten”, altså av vergemålet og hvem som skulle juridisk håndheve retten til å pålegge tvangsbehandling i institusjon.

Skålevåg.³¹⁸ Skålevågs kommentar skyldes at bare én av psykiatrehistorieforfatterne, med unntak av ham selv, var utdannet historiker.³¹⁹ Blant de andre fantes det både psykologer,³²⁰ kriminologer³²¹ og statsvitere.³²² Nylig har også en psykiater igjen lagt an en stor historisk fortelling om psykiatrien i Norge.³²³ Temaet, eventuelt startpunktet, for de fleste studiene³²⁴ har vært prosessen fram mot det store og kvalitative bruddet i galehistorien da legene og medisinen inntok galebehandlingen og –institusjonene.³²⁵ Kriminologen Wenche Blomberg har i flere arbeider studert hvordan denne prosessen foregikk.³²⁶ Hun skiller seg ut fra de fleste andre ved at hun begynner sin undersøkelse langt tilbake i tid, rundt 1550, og hennes arbeid vil derfor ha stor betydning for min studie.

Fortellingene om denne prosessen deler noen grunnleggende fellestrekk. Kort fortalt så utspiller handlingen seg gjennom og innenfor rammene av to legegionérs aktivitet. Den første var Fredrik Holst (1791-1871) som etter en utenlandsreise på 1820-tallet satte galebehandlingen på den politiske dagsorden, gjennomførte en telling av landets gale og foreslo nye anstalter under legers kontroll.³²⁷ Intet kom ut av dette, og den vanlige forklaring er da at "tiden ennå ikke var moden" for Holsts tanker. Annerledes da med nestemann, Herman Wedel Major (1814-54), som på 1840-tallet lyktes med å få Stortinget til å vedta en sinnssykelov i 1848 og fikk staten til å bekoste oppføringen av Gaustad asyl utenfor Christiania i 1855. Loven og det nye asylet er da kulminasjonen av den prosessen som Holst

³¹⁸ Svein Atle Skålevåg: *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*, Bergen 2003 (Rokkansenteret, rapport nr. 10, 2003): 27. (Heretter benevnt som 2003b.)

³¹⁹ Jan Bjarne Bøe: *Synd, sykdom og samfunn – linjer i sinnssykepleiens historie*, Oslo 1994.

³²⁰ For eksempel Gunvald Hermundstad: *Psykiatriens historie*, Oslo 1999.

³²¹ Se for eksempel Kjersti Ericsson: *Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*, Oslo 1974. Ericsson er opprinnelig utdannet psykolog, men ble siden professor i kriminologi ved Universitetet i Oslo.

³²² Se for eksempel Kari Ludvigsen: *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*, Rapport nr. 63, Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, 1998.

³²³ Einar Kringlen: *Norsk psykiatri gjennom tidene*, Oslo 2007. Kringlen har også forfattet flere psykiatrehistoriske artikler og redigert en bok om emnet. Se Einar Kringlen: "A history of Norwegian psychiatry" i *History of psychiatry*, 2004; 15: 259-283 og Einar Kringlen (ed.): *Psykiatri og historie*, Oslo 1977.

³²⁴ Dette er også dekkende for det meste av den omfangsrike litteraturen internasjonalt. Jeg vil her ikke gjøre forsøk på å presentere hovedtrekk i denne litteraturen. For en kort presentasjon av feltet, se Skålevåg 2003b.

³²⁵ Et delvis unntak her er Svein Atle Skålevåg som for det meste har konsentrert seg om perioden etter 1850. Se Svein Atle Skålevåg: *System i galskapen – teori og terapi i norske sinnssykeasyl, 1855-1915*, upublisert hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen, 1998; Svein Atle Skålevåg: "En sykdom tar form. Om psykiatri og konstruksjonen av sinnssykdom i asylets æra" i *Historisk Tidsskrift* 2000: 351-375 og Skålevåg 2003b. Se også Svein Atle Skålevåg: "Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820-1920" i *History of psychiatry*, 2002; 13: 51-68.

³²⁶ Se for eksempel Wenche Blomberg: *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Oslo 2002 og Wenche Blomberg: *Christiania dollhus – mellom dårekista og asylet*. Rapport til Norges Forskningsråd. Institutt for kriminologi og rettsosjologi, Universitetet i Oslo 2005.

³²⁷ For den første grundige presentasjonen av Holst og denne prosessen, se Harald Thuen: "'Ad denne rent mekaniske vej...'" Da tanken om hospitalisering av de sinnssvake kom til Norge" i *Historisk Tidsskrift* 1982: 313-332.

igangsatte. Bruddet mellom den nye og gamle tid er langtrukket, men er rent, logisk og lineært.³²⁸ Uavhengig av om forfatterne kler legenes inntog i galebehandlingen i positiv eller negativ språkdrakt, så forholder de seg alle til denne utviklingslinjen. De bergenske studiene bruker denne nasjonale fortellingen sett fra hovedstaden og Stortinget, som ramme for den bergenske fortellingen. Ikke på noe vis utfordrer den lokale fortellingen den nasjonale rammefortellingen. Dette har bidratt til å utvikle plotet i denne fortellingen.

I denne studien skal jeg nemlig, i tillegg til å benytte meg av tidligere ukjent kildemateriale,³²⁹ se disse to fortellingene i sammenheng og på samme nivå, ikke den ene som ramme for den andre. Den bergenske fortellingen får med dette en ny dimensjon, og samtidig gjør den bergenske fortellingen at den nasjonale og kanoniserte fortellingen om "Bruddet" i form av en pionér forut for sin tid (Holst) og en pionér i pakt med sin tid (Major), blir utydeligere. Selve bruddet blir ikke så rent, så kirurgisk, så planlagt og så naturlig. Utviklingen i Bergen er, sett fra den nasjonale fortellingen, en anomali, og kan bidra til å vise hvordan denne historien ikke bare går jevnt framover etter en fastlagt plan, men snart hit og snart dit.

Om begrepsbruken

Valg av begrepsbruk når en skal skrive om de gale og galeinstitusjonene er utfordrende. Gjennom tidene har både de gale selv, deres ulike tilstander og deres institusjoner blitt kalt en lang rekke forskjellige ting. I norsk språkdrakt finner man gjennom århundrene (i noenlunde kronologisk rekkefølge) for eksempel "rasende", "afsindig", "galen", "dåre", "sinnssvak", "sinnssyk", "dårekiste", "dårehus", "døllhus" og "asyl". I tillegg kommer de gamle latinske betegnelsene som "melancholia", "mania", "insania", "fatuitas" og "dementia"; betegnelser som både gikk forut for de norske betegnelsene tilbake til antikken, og som igjen ble dominerende da medisinerne på 1800-tallet vitenskapeliggjorde galebehandlingen i det som ble psykiatrien. En kan tenke seg ulike begrepsbruksstrategier i omgang med en slik heterogen språkmasse.³³⁰

³²⁸ Dette gjelder også for en diskursorientert framstilling av denne prosessen, se Erling Sandmo: "Et uvisst sted" i *Ayilet. Gaustad sykehus 150 år* (Thorvald Steen red.), Oslo 2005: 52-73.

³²⁹ Dette gjelder i særlig grad forarbeidene til byggingen av Mentalen i Bergen. Christen Heibergs originale forslag til hvordan Mentalen burde bygges, finnes her: Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslagene er datert henholdsvis 14. februar 1825 og 12. april 1826.

³³⁰ For en gjennomgang av den endrete begrepsbruken, og et forsøk på å definere hva som "egentlig" mentes og var det riktige sett i forhold til galskapens "vesen", fra gammelgresk til ca. 1900, se Winge 1913-1917, bind 1: 1-117.

Jeg har valgt å bruke henholdsvis "gal(e)", "galskap" og "galeinstitusjon"/"galeanstalt" i min omtale av henholdsvis personer, fenomen og institusjoner. Dette valget har vært motivert av et ønske om å, så langt som mulig, unngå en anakronistisk begrepsbruk. Aktørenes begrepsbruk skal analyseres, men hvis forfatteren skulle adoptere begrepsapparatet etter hvert som det endrer seg gjennom tidene, og særlig siden det på en og samme tid blir brukt ulike betegnelser om samme type institusjon, ville dette blitt svært forvirrende (for både forfatter og leser) og uvegerlig ført til en rekke anakronismer og uklarheter. Å derimot bestemme seg for ett bestemt innhold og én bestemt terminologi hentet fra en av aktørene, for eksempel "sinnsykdom", ville ha ført til at begrepet ville fungert som anakronisme i andre perioder enn den det var hentet fra.

"Galskap" har den fordel at det har vært brukt som et overhistorisk begrep, dels fjernet fra aktørenes begrepsapparat; det forsøker ikke å korrelere til én bestemt oppfatning av hva mentale lidelser, forstyrrelser, utagerende atferd eller lignende er eller har vært. Begrepet er imidlertid ikke uproblematisk å ta i bruk. Galskap er først og fremst knyttet til Michel Foucaults *Galskapens historie*,³³¹ og Foucault er igjen assosiert med en psykiatrikritisk tradisjon.³³² Jeg ønsker verken å signalisere en særskilt foucauldiansk analyse eller tilhørighet til anti-psykiatrien,³³³ noe som gjør det betenkelig å benytte begrepet. I tillegg kan det hevdes at siden galskaps-begrepet faktisk har en forankring i historisk empiri, så vil det måtte fungere anakronistisk. Betenkelighetene til tross, så er det løst definerte, nærmest innforståtte "gal", "galskap" og "galeinstitusjon/-anstalt" det nærmeste jeg kan komme en "nøytral" og ikke-historisk terminologi som kan transcendere de ulike periodenes begrepsapparat, og som viser tydelig når forfatteren, og ikke aktørene, taler.

Til utlandet for å lære

Vår fortelling skal begynne med en reise. Denne reisen kom til å få avgjørende innvirkning på utformingen av galeanstalten i Bergen, en hendelse som kom til å prege institusjonsforholdene i byen gjennom det meste av 1800-tallet. Reisen begynte da de to unge legene, studievennene og vordende svogrene, Christen Heiberg og Christian Wisbech (1801-1869), forlot hjembyen

³³¹ Foucault 1973.

³³² Se for eksempel Einar Kringlens drøfting av Foucault sammen med den mest kjente anti-psykiateren Thomas Szasz (Thomas Szasz: *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*, New York 1961), i Kringlen 2007: 14-15.

³³³ "Anti-psykiatri" er i seg selv et omstridt begrep. For en drøfting av begrepet og beskrivelse av to nasjonale utviklinger, se Jacques Postel og David F. Allen: "History and Anti-Psychiatry in France" og Norman Dain: "Psychiatry and Anti-Psychiatry in the United States" i *Discovering the History of Psychiatry* (Mark S. Micale og Roy Porter eds.), New York 1994: 384-414 og 415-444.

Bergen, for å begi seg ut på sin store vitenskapelige dannelsesreise. Tidspunktet var juni 1823. De to unge mennene var bundet sterkt sammen gjennom en rekke forhold i sin bakgrunn. Den eldste av dem, Heiberg, hadde mistet sine foreldre i ung alder, men hadde funnet et reservehjem hos den rike og innflytelsesrike Brigadelæge Wilhelm Johannes Schwindt (1766-1826), en fjern slektning av ham.³³⁴ Schwindt, som hadde ankommet Bergen i kjølvannet et felttog mot Sverige i 1788 og siden gjort stor lykke som kirurg i byen, hadde flere unge lærlinger som siden endte som uteksaminerte leger fra Universitetet i Christiania. Blant disse fantes også Wisbech, sønn av stads- og amtskirurgen Christian Villum Wisbech (1740-1822).³³⁵ Etter læretiden hos kirurg Schwindt dro de til Christiania og universitetet. Ved universitetet valgt de to mennene noe ulikt. Wisbech gikk for den kortere og mindre prestisjefylte kirurgutdannelsen, og kunne allerede i slutten av 1821 titulere seg som "examinatus medicinae". Den noe eldre Heiberg, som i motsetning til Wisbech hadde examen artium fra Latinerskolen, stilte derimot mot den høyeste formen for legeutdanning, nemlig den medisinske grad hvor undervisningen var noe grundigere enn på kirurgutdannelsen, og hvor den foregikk på det språk som betegnet at virksomheten var vitenskapelig, nemlig på latin. Heiberg returnerte til hjembyen som "candidatus medicinae" i 1822.

Deres felles velynder Schwindt var imidlertid ikke det eneste som bandt Wisbech og Heiberg sammen. De to unge legene hadde også funnet sine fremtidige koner i det samme husholdet. De utkårede var to kusiner som begge hadde mistet sine foreldre og var tatt inn som fosterdøtre hos sin tante, som sammen med sin mann, Albert Henrik Krohn, utgjorde en av Bergens fornemste og rikeste familier.³³⁶ I følge Schwindts biograf, Torstein Bertelsen, ble forbindelsen mellom fosterdøtrene og de unge legene for så vidt sett på med blide øyne av Krohn-familien. Den eneste bekymringen skal visstnok ha vært at kusinene ville måtte forlate byen hvis deres unge ektefeller kun lyktes i å få legestillinger i landdistriktene. For å forsikre seg om at Wisbech og Heiberg skulle kunne forbli i Bergen, så måtte de ha en utdanning som ingen andre leger i byen kunne vise maken til. Schwindt hadde allerede ivret for at hans to lærlinger skulle foreta en vitenskapelig utenlandsreise, og nå hadde også Krohn interesse av

³³⁴ Opplysningene om personalia, familiebakgrunn og om Wisbech og Heibergs forhold til Schwindt, er basert på Torstein Bertelsen: *Regimentschirurgen. Wilhelm Johannes Schwindt 1766-1826 og hans lærlinger*, Bergen 2003: 170ff; samt de to legenes biografier i *Norges Leger* (henholdsvis bind II: 586-588 (Heiberg) og bind V: 676 (Wisbech)).

³³⁵ Dette innebar imidlertid ikke at Wisbech kom fra et velhavende hjem. Hans fars praksis skal visstnok ha forfalt på grunn av at han brukte all sin tid på vaksinasjon. Se *Norges Leger*, bind V: 676.

³³⁶ Kusinenes navn var Johanne Marie "Vilhelmine" Alida Heiberg (1803-1869) og Alida Georgine Brunchhorst (1803-1860). De ble gift med henholdsvis Christen Heiberg og Christian Wisbech i 1825 og 1827. Se *Norges Leger*, bind II: 587 og bind V: 676.

det samme. For det dobbelte formål av å gjøre Wisbech og Heiberg til mer konkurransedyktige leger og bedre potensielle ektemenn, finansierte Schwindt og Krohn en 14 måneder lang utdannelsesreise for dem.

Schwindt var født i den sørvestre delen av det senere Tyskland, og hadde gått i lære i Mannheim. Kan hende det var Schwindts bakgrunn og ønsker som gjorde at dannelsesreisen nettopp gikk til Danmark og de tysktalende statene, i stedet for 1820-tallets ubestridte medisinske sentrum, Paris. Om begge de to legene behersket andre fremmedspråk enn tysk, er heller ikke sikkert. (Heiberg reiste senere til Paris, hans henvisninger i byggesaken om ”Bergens Mentale Sygehus” til ulike forhold i både Frankrike og Storbritannia tyder på at i hvert fall han kunne tysk, fransk og engelsk.) Schwindts ry i Bergen var knyttet til en rekke heldige kirurgiske inngrep³³⁷ han hadde foretatt på flere av byens bemedlede, og da særlig en øyeoperasjon på Hofagentinde Krohn som, igjen i følge Bertelsen, ingen norske leger kunne gjøre ham etter. Han skal derfor ha sett reisen som en mulighet for Wisbech og Heiberg til å lære seg særlig øyekirurgi i tillegg til de generelle framskritt innen kirurgien og medisinen, slik at de besatt en særlig kunnskap som kunne gjøre dem attraktive for det medisinske markedet i sin hjemby.

Heiberg og Wisbechs reise ble altså muliggjort på grunn av heldige tilfeldigheter. Samtidig var slike vitenskapelige utdannelsesreiser en ting i tiden.³³⁸ Den store dannelsesreisen som gjennom 1700-tallet var den dominerende utenlandsreisen, var forbeholdt overklasse og adel og hadde som hensikt å gi ynglingen den dannelse og verdensvanthet som krevdes av et medlem av denne klasse. Nå var det i stigende grad også borgerskapets sønner som reiste ut, og deres syn på reisen var langt mer matnyttig. Kunnskap og ferdigheter skulle erverves, det skulle være et konkret formål med reisen. I medisinen ble denne typen reiser langt vanligere omtrent på denne tiden, selv om Heiberg og Wisbechs reise i norsk sammenheng er tidlig.³³⁹

³³⁷ For eksempel skrev den kjente dikterpresten Johan Nordahl Brun et dikt til Schwindts ære ”I anledning af en Bondekone, som den 8de Juni 1813 blev skaaren for en Gevæxt, vægtig 1 Vog 20 Marker.”, kalt ”Herr Regiments-Feldtskjær Schwindts Salarium”. Se Johan Nordahl Brun: *Johan Nordahl Bruns Mindre Digte*, Christiania 1818 [oppr. 1791]: 374-76. Finnes transkribert på <http://www.dokpro.uio.no/litteratur/brun/> (tilgjengelig mars 2008).

³³⁸ For en analyse av norske medisineres reisevirksomhet, se Bent Olav Olsen: ”Recreation or Professional Necessity – The Study Tours of Nineteenth Century Norwegian Physicians” og Hanne Winge Kvarenes: ”Travel Accounts in the Norsk Magazin for Lægevidenskab, 1840-1880” i *The Shaping of a Profession: Physicians in Norway, Past and Present* (Øivind Larsen ed., Bent Olav Olsen ass. ed.), Canton (MA) 1996: 258-282.

³³⁹ I Olsen 1996 starter for eksempel utvalget med en reise foretatt i 1831.

På denne turen kom Heiberg og Wisbech til å skaffe kunnskaper om en hel rekke forhold innen medisinen.³⁴⁰ Etter å ha oppholdt seg i nærmere to måneder i København hvor de på nært hold hadde fulgt arbeidet både i den kirurgiske og medisinske avdeling, gikk reisen sydover inn i de tyske statene. Grunnet universitetsferie i Berlin, turens hovedmål, la de ut på en to måneder lang rundreise i det sørlige Tyskland hvor de også var innom Praha og deler av Bøhmen. Overalt merket de seg forhold ved kirurgiske avdelinger, medisinske avdelinger, fødselsstiftelser og patologiske museer; i tillegg gjorde de rede for ulike leger de hadde møtt, særegenheter ved disse legenes kirurgiske håndverk og/eller deres diagnostiske teft og medisinske terapi. Vel tilbake i Berlin konsentrerte de seg så i hovedsak om å følge forelesninger og å få klinisk praksis i behandlingen av øyesykdommer, akkurat slik Schwindt hadde ønsket.

Av særlig interesse for oss er at Heiberg og Wisbech besøkte en rekke galeanstalter. De fleste av disse var ganske nylig åpnet, og skilte seg radikalt fra eldre galeanstalter ved at de la til grunn at de gale ikke bare skulle oppbevares, men også helbredes – og denne helbredelsen skulle høre inn under medisinen og legens domene. Akkurat hva særlig Heiberg lærte av disse og andre besøk i ”Hospitaller for Sindssvage” på denne turen, vil først bli klart for oss når vi ser på hvordan han satte sine kunnskaper i spill i arbeidet med å planlegge en ny galeanstalt i Bergen. Gjennom slike reiser ble kunnskap overført fra medisinske sentre til periferien. Slik kunnskapsoverføring kunne potensielt føre til store endringer i det området hvor kunnskapen ble innført. Resultatet av Heiberg og Wisbechs europeiske vitenskapsturné kan ha vært mange. Vi skal følge det som tilfeldigvis ble en av de mest påtagelige, nemlig Heibergs utforming av ”Bergens mentale sygehus”. Men før vi begir oss til byggingen av Mentalen, skal vi presentere den ved Heibergs retur i 1824 i Bergen herskende måten å betrakte institusjonsbygging for de gale, og dennes historie.

³⁴⁰ Om turen til Heiberg og Wisbech finnes det et relativt rikt kildemateriale. De to legene sendte to brev hjem til Schwindt om hva de hadde foretatt seg. Disse brevene er transkribert *in extenso* i Bertelsen 2003: 175-179 og 182-187. I tillegg førte Heiberg en dagbok fram til de nådde Berlin. Denne dagboken er i Norsk Medisinsk Selskaps eie, og oppbevares i Riksarkivet. Kommenterte utdrag fra dagboken er tidligere trykket i *Tidsskrift for den norske lægeforening 1920*; og Øivind Larsen og Arvid Heiberg: ”Å legge ut på studiereise – med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823-24” i *Michael – Publication Series of The Norwegian Medical Society*, 2008; 5 (1): 11-23.

En egen stiftelse for de gale

Ved Heibergs retur til hjembyen i 1824, fantes det allerede en flere århundrer lang praksis for hvordan gale mennesker ble tatt hånd om, eller rettere sagt internert, i Bergen. Dette gjaldt først og fremst de utagerende gale, de "rasende". De første offentlige celler til oppbevaring av "rasende Mennisker" som det ikke var "forsuarlig at lade (...) gaae løs i Byen"³⁴¹ skal ha blitt opprettet i 1562. Foranledningen var at Kristoffer Valkendorf (1525-1601) det samme året ga sin privatbolig i gave til byen, en bolig som raskt ble tatt i bruk som byens rådhus og hvor det i kjelleren ble innredet celler.³⁴² Det skal ha vært 8-10 celler, og to av disse var forbeholdt "rasende". Cellene for de rasende skal også ha vært de usleste ettersom de gale ble sett som besatt av djevelen eller hadde skyld i sin egen tilstand.³⁴³ Ved en større ombygging av rådhuset rundt 1740, ble antallet celler doblet til fire.³⁴⁴

I tillegg til disse fåtallige cellene, fantes det et privat forpleiningssystem. Dette systemet omtales i forbindelse med Anne Marie Andersdatter som i en søknad til politiet i 1742 ba om at en kvinne hun hadde i sin varetekt måtte bli "fritaget for Indlæggelse i Daarekisten" av frykt for at hennes tilstand, og hun var bare periodevis gal og ellers et gudfryktig og edruelig menneske, kunne forverres med et opphold i cellene under rådhuset.³⁴⁵ Heller var det ønskelig at hun skulle forpleies hos "sagtmodige og stille folck".³⁴⁶ Vi kjenner ikke omfanget av det private forpleiningssystemet, men det oversteg langt det offentlige apparatet.³⁴⁷ Uansett, så var galskap og internering av de gale et spørsmål som var knyttet til rettsvesenet gjennom at de gale ble sperret inne i celler under rådhuset ved siden av vanlige fanger.

Ved midten av 1700-tallet kom galskapens tilknytning til rettsvesenet til å løses delvis opp. Rådhusets celler kom nå til å bli erstattet av en egen stiftelse for de gale. I 1762 vedtok "Ober

³⁴¹ Sitatet er fra en sak fra 1724 hvor magistraten konfererte med "de 16 mænd", borgernes valgte organ, om hvilke penger som skulle brukes til å dekke utgiftene for de gale. Her fra P. R. Sollied: "Bergens styre før formandskapsloven av 1837" i *Bergen 1814-1914* (Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig red.), bind I, Bergen 1914: 88. Videre har Wenche Blomberg identifisert en del saker fra midten av 1700-tallet, og med unntak av en person som viser uforsiktig omgang med ild og derfor må vurderes sendt i rådhusets kjeller, så dreier det seg om "rasende" personer. Se Blomberg 2002: 60ff.

³⁴² Rud 1966: 172.

³⁴³ Julius Olsen: "Politivæsen, strafferetspleien, fængsel, strafanstalter m. v." i *Bergen 1814-1914* (Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig red.), bind I, Bergen 1914: 401f.

³⁴⁴ Ombyggingen skal ha funnet sted "nogle aar før 1743". Se Jürgenssen 1907: 434.

³⁴⁵ Sitatet er hentet fra Jürgenssen 1907: 435. For en fullstendig framstilling av saken og dens hendelsesforløp, se Blomberg 2002: 58f.

³⁴⁶ Enden på saken var at Andersdatter selv sa seg villig til å ta hånd om kvinnen, og politiet skulle ta opp spørsmålet med magistraten om Andersdatter for dette arbeidet kunne få et ukentlig bidrag. Fra Politimesterens kopibok, her etter Blomberg 2002: 58f.

³⁴⁷ Blomberg 2002: 82.

Commissionen” at ”en Grund-Muret Bygning (...) skulde opføres for Daarlige Mennesker.”³⁴⁸ De gale ble nå tatt fra sine celler under gatenivå til et bygg spesielt innrettet for dem. Hildebrandt Meyer, byens borgermester på denne tiden, framstilte flyttingen som en akt i nestekjærlighetens historie i sin ”Bergens beskrivelse” fra 1764. Etter å ha kritisert de gamle ”Daare-Kister” for å skade de innsattes helse gjennom å være altfor kalde om vinteren og også ved å være for fuktige, så ble den nye galeanstalten beskrevet som den gamles motsetning:

Udi denne Indretning derimod, har man stræbet efter, at forebygge alle disse Uleiligheder. Man har for det første opført en Bygning, hvorudi ere 4 Værelser, hvilke alle blive varmede ved en Ovn. Værelserne ere saaledes indrettede, at de Daarlige, hver for sig udi sit Kammer, nyder den fornødne Varme, uden at komme til Ovnen eller ud av deres Kamre. Deres Varetægt, deres Tilsyn og Pleye, er vissere og paalideligere end forhen.³⁴⁹

Men denne nestekjærligheten skulle ikke bare gjelde de gale. Hele bysamfunnets måte å møte sykdom, galskap, betleri, utagerende oppførsel og hjelpeløshet blant de fattige endret seg på denne tiden. Meyers beskrivelse av Bergen er i stor grad en redegjørelse for byens ulike stiftelser,³⁵⁰ det er dette han ønsker å vise frem som byens viktigste og staseligste innretninger. Han fører et følelsesladd språk hvor byens nylige anstrengelser for å bedre forholdene for de hjelpeløse, hylles som ”Menneske-Kierlighed”. Det er selvsagt sine samtidige og klassefrender (og også seg selv), som innførte endringene, borgermesteren her hyller. Men de idealer han fremholder, er en humanisme kledd i et sentimentalt språk.³⁵¹ Slik omtales de fattige syke:

De Fattige som kunde træffe en og anden vanhældig Tilfælde, enten af Kræft, Been-Brud eller andet saadant, havde samme Skiæbne. Mangel paa Tilsyn, paa Pleye og Læge-Midler, gjorde deres Lidelser dobbelt haarde og forøgede deres Smerter; Og, maaskee, mange av saadanne Elendige, maatte, formedelst Mangel paa betimelige Hiælpe-Midler ende deres Dage. Jeg skrækkes ved at tænke derpaa, men drager et Skiul herfor. Kunde vel det menneskelige Hierte tænke paa saadant, uden at røres derover? Medlidenhed og Menneske-Kierlighed maatte virkelig føle endeel av disse Trængende og Lidendes tunge Vilkaar og Smerter.³⁵²

³⁴⁸ Hilbrandt Meyer: *Samlinger til den Berømmelige og Navnkundige Norske Handel Stad Bergens Beskrivelse*, bind 1 og 2, Bergen 1904-05 [1764]: 561. Borgermester Meyers bybeskrivelse i to bind fra 1764 ble utgitt av B. E. Bendixen først i 1904 og 1905.

³⁴⁹ Meyer 1904-05, bind 1: 561.

³⁵⁰ For eksempel brukte Digitalarkivet ved Statsarkivet i Bergen Meyers bok som utgangspunkt for å lage en virtuell byvandring gjennom byens ulike stiftelser i 1769. Se <http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/DaMeny.exe?meny=helse> (tilgjengelig mars 2008).

³⁵¹ For en beskrivelse av ”Sentimentale reiser”, om enn på 1800-tallet, se Skålevåg 2003b: 37.

³⁵² Meyer 1904-05, bind 1: 559.

I tidligere tider var understøttelsen av disse fattige og syke avhengig av private bidrag, men i følge Meyer hadde det vært flere tilfeller av falske ”Tryglerier” som gjorde at folk ikke lenger stolte på slike innsamlinger. I 1755 hadde det, etter all sannsynlighet i forbindelse med innføringen av en egen Fattigforordning for Bergens stift,³⁵³ blitt organisert et system hvor fattige syke ble satt bort til private hjem mot betaling for kost og oppvarming, og statsfysikusen sto for deres behandling. I følge Meyer medførte dette både store omkostninger og også problemer med å organisere og bestyre denne innretningen. Derfor ønsket byen å kjøpe et hus hvor de syke kunne bli samlet, og dermed redusere utgiftene og lette bestyrelsen. Det var altså ingen medisinske motiver (i betydning av medisinsk behandling) bak opprettelsen av sykehuset. Behandlingen som sådan kunne like gjerne utføres i de private hjem hvor de syke befant seg, det var økonomi og administrasjon som motiverte det å samle de syke under ett tak. Dette ”Lazareth eller gemeenlig kaldet Syge-Hus”³⁵⁴ ble opprettet i et gammelt tobakksspinneri på Engen i 1759.³⁵⁵ Det ble ansatt en kone som sørget for de innlagtes bespisning, og samtidig en kirurg som med familie fikk bosted i sykehuset.

Finansieringen av denne nye institusjonen, ble muliggjort ved en særbergensk³⁵⁶ ordning hvor de såkalte ”mudderpengene” skulle tilfalle fattigvesenet. Hilbrandt Meyer omtalte ordningen som en ”besynderlig Understyttelse”, og gir Stiftbefalingsmann von Cicignon personlig æren for at det hele kom i stand gjennom et kongelig reskript i 1758.³⁵⁷ Mudderpengene var importavgifter på varer og tonnasjeavgift for skip som lå i Bergens havn, og skulle finansiere ”Uddybnings Commissionen” som skulle sørge for å holde havnen dyp nok til at sjøgående fartøy kunne legge til. Dette var en meget innbringende skatt, og inntektene oversteg langt utgiftene, og det var overskuddet herfra som nå gikk til byens fattigvesen som med ett var i

³⁵³ Om denne, se Jørn Øyrehagen Sunde: ”Lade og Ørkesløse Betlere” – Fattigforordninga for Bergens stift av 1755 i eit idéhistorisk perspektiv” i Yngve Nedrebø (red.): *Fattigfolk i Bergens stift 1755-2005*, Førde 2005. For en drøfting av fattigdomsspørsmålet som gjennom 1700-tallet fikk stadig mer oppmerksomhet, se også Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008: 230ff.

³⁵⁴ Dette er både Hilbrandt Meyers terminologi, og også påskriften på en tegning av institusjonen. Se Meyer 1904-05, bind 1: 557f.

³⁵⁵ Her er det en del uoverensstemmelser mellom henholdsvis Hilbrandt Meyer 1904-05: 558ff og Lyder Sagen og Herman Foss: *Bergens beskrivelse*, Bergen 1824: 434 og Jens Kraft: *Beskrivelse over Kongeriget Norge. Fjerde deel. Det vestenfjeldske Norge*, Christiania 1830, med hensyn til i hvilket år sykehuset ble startet og når det eventuelt lå nede for en periode. For en framstilling av uoverenstemmelsene, se Jürgenssen 1907: 434 og Svein Atle Skålevåg: ”Dårekiste og psykiatriske sykehus” i *Byen og helsearbeidet* (eds. Kari Tove Elvbakken og Grete Riise), Bergen 2003: 217f. Teorien om at sykehuset lå nede en tid, finner også støtte i Christopher Frimann: *Stiftelser og Gavebreve i Bergens stift. Første Deel Bergens Stad angaaende*, Kiøbenhavn 1774: 204. Hos Frimann blir vi også fortalt at kjøpssummen, i hvert fall en del av den (200 riksdaler) ble donert av en byborger ved navn Axel Nepstad.

³⁵⁶ <http://www.oppslagsverket.no/byarkiv/byarkivet.jsp> (tilgjengelig mars 2008). Søkord: ”oppmudring”.

³⁵⁷ Se reskript av 6. oktober 1758 i *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813*, bind 2, Christiania 1842: 258.

stand til å bygge og finansiere nye institusjoner. Sykehuset var det første nye prosjektet, men kun tre år senere fant byen tiden inne til å gjøre noe med og for de gale.

Det hadde allerede i 1750 vært foreslått av byfogd Dass overfor stiftbefalingsmann Cicignon, i forbindelse med en klage over arrestlokalenes elendige tilstand og den dårlige behandling arrestantene ble utsatt for her, at byens "Daare Kister for de fattige Daarlige Mennisker" burde flyttes til "Hospitalet eller paa Manufaktur Huuset".³⁵⁸ "Hospitalet" Dass hadde i tankene, var sannsynligvis St. Jørgens hospital. St. Jørgen er i dag kjent som byens hospital for spedalske med en historie som strekker seg tilbake til 1400-tallet. Da Dass foreslo at "Daarekistene" kunne flyttes hit, så var imidlertid ikke St. Jørgen utelukkende en anstalt for spedalske, også friske, men gamle lemmer kunne få adgang hit, og hospitalets fundas fra 1617 omtalte da også institusjonen som "det almindelige Hospital i Bergen".³⁵⁹ Et alminnelig hospital, på samme vis som de berømte "hospitaux généraux" i Frankrike,³⁶⁰ kunne på samme tid fungere både som gamlehjem, fattighus, sykehus, og i St. Jørgens tilfelle, leprosarium. "Manufacturet" Dass henviste til, var byens tvangsarbeidsanstalt. Manufakturhuset var bygget i 1646 og tatt i bruk som et "Børne-Hus" hvor fattige jenter og gutter i alderen 12-18 år skulle oppdras til et arbeidsomt og gudfryktig liv, samtidig som de lærte seg et håndverk.³⁶¹ Prostituerte kunne også forvares her, men da atskilt fra barna. Fra 1684 kom Manufakturhuset under ny administrasjon, og huset ble nå mer og mer brukt som arbeidsanstalt også for voksne og tok virkelig karakter av en manufaktur, altså en fabrikk som framstilte tekstiler. I 1744 ble Manufakturhuset offisiell tvangsarbeidsanstalt for voksne. Da Hilbrandt Meyer skrev om huset i 1764, var husets tittel angitt som "Børne- Tugt- og Manufacturhuset", noe som godt anga stiftelsens ulike roller som oppdragelses- og straffeanstalt, samt produksjonslokale.

³⁵⁸ Denne klagen kom etter at en av byens bedrestilte borgere (Bentzen) hadde oppholdt seg i arresten. For detaljer om denne saken, saksbehandlingen og omtale av dokumentene sitatet er hentet fra, se Blomberg 2002: 60ff for detaljer.

Jürgenssen 1907: 435.

³⁵⁹ Fundasen er gjengitt i Kari Blom, Egil Ertresvaag og Kjell Irgens [redaktør Svein Aage Knudsen]: *"De fattige Christi Lemmer" ... Historien til stiftelsen St. Jørgen*, Bergen 1991: 15ff.

³⁶⁰ Om "hospitaux généraux", se Foucault 1973: 48ff.

³⁶¹ For en beskrivelse av Manufakturhusets historie, alle offentlige dokumenter vedrørende stiftelsen og stiftelsens fundas, se Christopher Frimann: *Stiftelser og Gavebreve i Bergens stift. Første Deel Bergens Stad angaaende*, København 1774: 51-80. Se også Meyer 1904-05, bind 1: 401-443, for en fremstilling av manufakturhusets historie, og en gjengivelse av det opprinnelige reglementet fra 1646. Samtlige dokumenter kan også finnes hos Digitalarkivet: <http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/DaMeny.exe?meny=helse&nr=8> (tilgjengelig mars 2008).

Konsekvensen av Dass' initiativ ble at Manufakturen innredet en enkelt "Daare Kiste" i kjelleren.³⁶² Da byens Obercommission, sannsynligvis på bakgrunn av reskriptet om mudderpengene, så seg i stand til å avskaffe de gamle galecellene og bygge nytt, ble imidlertid verken Manufakturhuset eller St. Jørgen valgt som permanent lokalisasjon. I stedet ble sykehusets "Enge-Have" kjøpt inn for drøyt 1000 riksdaler i 1762, og en "Grund-Muret Bygning" for "Daarlige Mennesker" ble så ført opp her.

Byggingen av et eget hus for de gale i Bergen, landets første spesialbyggete galehus,³⁶³ må sannsynligvis sees primært som et resultat av lokale forhold hvor særlig inntektene fra muddervesenet ga fattigvesenet i Bergen muligheter som andre byer ikke hadde. Riktignok fantes det et kongelig reskript som omhandlet forvaring av "rasende", et reskript som ofte har vært gjort til hovedforklaringen på byggingen av egne hus for gale i Norge i perioden 1760-80.³⁶⁴ Reskriptet stammet imidlertid fra så langt tilbake som 1736. Foranledningen til reskriptet var at en tjenestepike i Christiania, Birthe Jonsdatter, hadde tatt livet av et av husbondens barn. Hun unnslopp henrettelse fordi hun hadde "vært plaget med Raserie" I stedet ble det bestemt at hun skulle forvares i Christiania hospital eller et av fattighusene. Problemet var at det ikke fantes en celle i noen av disse institusjonene, ei heller fantes det et "Tugt- eller Straf-Huus" i Christiania stift hvor hun kunne sperres inne. Stiftamtmanden ba derfor kongen om hun kunne fraktes til Københavns tukthus, men kongens svar var et reskript hvor Christiania stift ble pålagt ved "Hoved-Hospitalerne" å "strax lade indrette eet eller to Værelser saaledes, at de deraf ei letteligen skal kunne udbryde".³⁶⁵ Resten av landets stift ble også gitt reskripter om å lage i stand et værelse eller to "hvori fattige Folk, som af Vanvittighed og Sindets Forstyrrelse blive hjemsøgte, kunne indsættes og forvares."³⁶⁶

³⁶² Blomberg 2002: 62f. Blomberg gir også et eksempel på at Manufakturen var blitt benyttet for gale, i dette tilfellet til å skulle ved tvang bringe en datter av bedre familie til "Roelighed igien" (s. 59).

³⁶³ Det har vært mange som har forsøkt å utrope sin bys institusjon som landets første galeanstalt. For en historiografisk oversikt, se Blomberg 2002: 52ff. I betydningen av at et hus var bygget spesielt for formålet å oppbevare de gale, må likevel Bergen sies å ha vært først ute.

³⁶⁴ Reskriptet er tatt som utgangspunkt og er gjengitt i en rekke studier, se for eksempel Winge 1913-17, Rud 1966 og Ericsson 1974. Wenche Blomberg 2002 benytter seg av reskriptet, men hun hevder også at reskriptets betydning er overdrevet (s. 54-55). Det er også det at reskriptet blir brukt til å lage en forbindelse mellom galskap og legevitenskapen som Blomberg angriper. Se Wenche Blomberg: „Some traits of Norwegian pre-medical social reactions to madness“ i *History of Psychiatry* 2005, 16(1): 99-105. Dette kan vi for eksempel finne et eksempel på hos Winge som i Winge 1913-17, bind 1: 222ff, særlig s. 227.

³⁶⁵ Se reskript av 14. juli 1736 i *Kongelige Reskripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813*, bind 1, Christiania 1841: 625.

³⁶⁶ Se reskriptet i *Kongelige Reskripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813*, bind 1, Christiania 1841: 625-626.

Kongens befalinger til tross, så ble det ikke satt i gang noen bygging av institusjoner for de gale.³⁶⁷ (Det var da heller ikke det reskriptet ba om, det var å skaffe seg et værelse eller to.) Da galehuset i Bergen ble bygget i 1762, var det altså landets første. Intet i Meyers fortelling om det nye galehuset antyder at reskriptet var en del av beveggrunnen for å bygge nytt. Måten Christiania og Trondheim fikk egne galehus på, tyder heller ikke på at det 26 år gamle reskriptet var utslagsgivende for utbyggingen av separate galehus i andre halvdel av 1700-tallet. Da Christiania fikk sitt eget galehus i 1776, så var det foranlediget av at stiftsdireksjonen avviste en søknad om å få innlagt en gal person på Oslo hospital i 1775.³⁶⁸ Saken ble sendt videre til kanselliet, og disse henledet stiftsdireksjonens oppmerksomhet på det da nesten 40 år gamle reskriptets eksistens. Verken stiftsamtmann eller biskop kjente til reskriptet; og unnskyldte seg med å opplyse at arkivene ikke var ordnet. Reskriptet var altså glemt, men da det nå ble børstet støv av, så valgte stiftsdireksjonen å innstille på å bygge et eget hus for de gale i stedet for de pålagte værelsene. Oslo hospital var en rik stiftelse og kunne bekoste bygget selv, og sentraladministrasjonen ga sin støtte til prosjektet. I Trondheim var det også i tilknytning til byens hospital at det nye galehuset kom til å bli bygget. Blomberg forteller at hospitalsforstanderen i 1765 meldte for bestyrelsen at han hadde ”erindret seg å ha hørt om det gamle reskriptet”, og foreslo at det skulle bygges en ”dårekiste” i anledning av at det skulle bygges en ny sykestue, samt en stue for 12 lemmer. Nybygget sto ferdig i 1768, og ble tatt i bruk i 1776.³⁶⁹

Fram til 1800-tallet var grensene mellom det som senere kom til å bli en rekke ulike institusjoner med svært ulike formål, flytende. Felles for dem alle var at de var ment for fattige, men sykehus og gamlehjem, barnehjem og fengsel; omsorg og straff, oppdragelse og innesperring – alt dette gikk over i hverandre. Da landets byer skulle velge hvordan de fattige gale skulle oppbevares, så fantes det ikke noe klart fasitsvar på hvor dette burde gjøres – ingen eksisterende institusjon sto fram som det selvsagte stedet. Som Dass' forslag viser, så var det ikke prinsipielt noe i veien for å legge et galehus enten til en leprastiftelse eller en tvangsarbeidsanstalt; og i 1736-reskriptet ble hospital, fattighjem og fengsel alle sett som alternative oppholdssteder for den gale Birthe Jonsdatter. Inntrykket fra de ulike valg som ble fattet i de ulike byene, er at lokalisasjonen av galehuset var noe tilfeldig. Eller retttere; det var

³⁶⁷ Det eneste tiltaket som direkte kan knyttes til reskriptet, er byggingen av to små rom i Christiania tukthus i 1741, omtalt som ”dårekister”. Blomberg 2002: 52.

³⁶⁸ Ingrid Semmingsen, Gerhard Fischer og Arno Berg: *Oslo hospitals historie*, Oslo 1939: 102ff.

³⁶⁹ Her er det en viss uklarhet med hensyn til årstall. I Blomberg 2002: 56 hevdes disse tallene. Senere viser Blomberg til Holst-kommisjonens opplysninger, og ifølge disse sto ”Trondheim hospitals dårekiste” klar i 1780, og kunne ta 5 personer (senere utvidet til 16) (s. 138).

tilfeldig ved *hvilken fattiginstitusjon* galehuset ble lagt; for de ble alle tilknyttet eksisterende offentlige institusjoner/stiftelser hvor de kunne innlemmes i en eksisterende administrasjon og økonomi. I Christiania og Trondheim falt valget på det alminnelige hospitalet. I Bergen falt valget på det relativt nystartede sykehuset. Ved sykehuset fantes det plass til å bygge, det fantes en administrasjon og det fantes en infrastruktur med et system for bespisning, pleie, rengjøring og vakthold som med enkle grep kunne utvides til å omfatte et galehus. I tillegg kunne de gale også stå under tilsyn av sykehusets kirurg. Det var imidlertid ikke på noe vis tale om behandling av de gale og deres galskap. Galehuset på Engen var et sted hvor de gale kunne oppbevares under bedre forhold, det var dette som var viktig og rosverdig for Hilbrandt Meyer og hans samtidige.

Byggingen av galehuset i Bergen var del av en nasjonal trend hvor innesperringen av de gale skulle humaniseres. I alle norske byer som fikk galehus i andre halvdel av 1700-tallet, ble det bygget i tilknytning til og administrert sammen med eksisterende offentlige institusjoner, og i Bergen var det mest høvelig at den nye anstalten ble lagt til sykehuset. Slik kom hopehavet mellom sykehus og galehus i stand i Bergen, et hopehav som kom til å gi muligheter og legge føringer for de valg som ble tatt innen det som senere kom til å bli psykiatrien i Bergen. Det er dels i den nære tilknytningen mellom sykehus og galehus, institusjoner som i det neste århundret skulle bli åsted for to svært ulike grener av medisinen, henholdsvis somatikken og psykiatrien, at vi skal finne vår forklaring på hvorfor porten ble oppfattet som viktig å få bygget på 1860-tallet.

En egen stiftelse for de rolige

Da Heiberg og Wisbech returnerte til sin hjemby fra sin store europeiske studiereise i september 1824, var galehuset på Engen fremdeles byens oppbevaringssted for de gale. Huset var påbygget med en ekstra etasje i 1778, og fikk dermed doblet antall celler til 8, og i 1815 hadde en innsamlingsaksjon blant byens rikeste gitt anledning til å kjøpe inn og beplante en hage i forbindelse med galehuset. I 1821 hadde plassmangel ført til at hver enkelt celle ble delt i to og dermed halvert den gales rom og igjen doblet kapasiteten.³⁷⁰ Men disse mindre endringene til tross, så var galehuset i Bergen i all hovedsak den samme innretningen som Obercommissionen hadde latt oppføre 62 år tidligere: De gale ble fremdeles oppbevart i celler (om enn halvparten så store), og anstalten lå på samme sted med samme fysiske og administrative hopehav med sykehuset som tidligere. Det som derimot hadde endret seg

³⁷⁰ Jürgenssen 1907: 438f.

gjennom disse par-og-seksti-årene, var bysamfunnets dom over sin innretning for sine gale. Den ble ikke lenger ansett som et uttrykk for nestekjærlighet, heller var den blitt en skam for byen og dens evne til å sørge for sine innbyggere i tråd med tidens krav. Bykronikørene Lyder Sagen (1777-1850) og Herman Foss (1790-1853) omtalte i 1824 galehuset i svært negative ordelag: "Husets nuværende Indretning synes snarere at kunne berøve de Ulykkelige, som indsættes her, den Smule Forstand, de endnu maatte have tilbage, end at gjengive dem den tabte."³⁷¹ Som vi skal se, så var det bekymring for de rolige gale og et syn som tilsa at disse ikke hørte hjemme i galehuset, som lå til grunn for Sagen og Foss' strenge dom.

Et naturlig startpunkt for å vise den utvikling som lå til grunn for bysamfunnets endrete oppfatning av hvordan gale skulle behandles, vil, på bakgrunn av litteraturen på feltet, være sognepresten i Korskirken i Bergen, den senere biskop Johan Nordahl Brun (1745-1816), sin tale fra 1781.³⁷² Her tok han tok til orde for opprettelse av nok en stiftelse i byen. Denne stiftelsen skulle være for "de Vankelmodige". I dag betyr "vankelmodig" en person som stadig skifter sinn, som ikke vet hva han eller hun vil.³⁷³ For Brun hadde imidlertid begrepet et annet innhold. Han innrømmet at det var vanskelig å gripe hva som var felles for dem, og hva som eksakt skilte dem fra andre typer gale, men han kunne alltid kjenne dem igjen:

[Vankelmodige er de] "som ere misfornøede med ingen Ting saa meget, som med dem selv og deres eget Forhold, som frygte alt og haabe intet, som forsømme sit Livs Vederkvægelse og Vedligeholdelse og, hvilket er den grueligste Høide af det onde, pønse paa at forkorte det". [Hvis vankelmodige sendes til dårekisten, så er] "Frugten af saa haard Behandling(...), at ikke Livet, men Fornuften slukkes som et Lys og tændes aldrig mere. Det dyriske af Mennesket bliver kun tilbage, og saa længe Maskinen holder, har Staten en Byrde, et Skumpelskud i den, som ømmere behandlet, bedre pleyet, skulde været bragt tilbage til sig selv og blevet et nyttig og virksomt Medlem i det borgerlige Sælskab."³⁷⁴

Denne omtalen av byens galehus (for Brun: "Daare Kisten") som et sted hvor fornuften slukkes, har fått mange til å se Bruns tale som et startskudd for den prosess som skulle lede fram til det medisinske, ofte benevnt som det "moderne sinnssykeasyl" på 1800-tallet. Andre

³⁷¹ Lyder Sagen og Herman Foss: *Bergens beskrivelse*, Bergen 1824: 435.

³⁷² Johan Nordahl Brun: *Forslag til en nye Stiftelse i Bergen. Fremset i en Tale, holden paa Christi Krybbe den 9de Maji 1781*, Bergen 1781.

³⁷³ Norsk Riksmålsordbok på nett:

http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=vankelmodig&search_type=&publications=5&publications=9&publications=2&publications=23&publications=1&publications=10&publications=16&publications=8&publications=3&publications=20&publications=15&publications=19&publications=18&publications=7&publications=6

(tilgjengelig april 2008)

³⁷⁴ Brun 1781: 11f og 19f.

momenter i Bruns tale har også bidratt til en slik bruk. Brun propagerte nemlig for at byens stiftelse for vankelmodige burde legges på:

”en frie Plads, tæt ved Byen, og derudi frie Boelig for den, som skulde have Tilsyn med de syge, og spise dem (...) Herved undgik man og et Onde, som ellers neppe kan forekommes: At, nemlig, ikke enhver maatte tale med disse Syge, men kun de ordentlige og dertil skikkede Læger”.³⁷⁵

Her er tilsynelatende de fleste kjennetegn for en "moderne" medisinsk galeanstalt til stede: en landlig institusjon, med sikte på helbredelse og under legenes kontroll, og ganske forståelig har da denne talen blitt tolket som et svært tidlig uttrykk for det som skulle komme.

Særlig har historieskrivende psykiatere hyllet Bruns tale i panegyriske vendinger. Peter Jürgenssen så i Brun et bevis for at 1700-tallsmennesket kunne ha en ”videre Opfatning om Sindssygdommenes Væsen” og at Bruns tale ”paa en Maade profeterer om det Moderne Sindssygeasyll”.³⁷⁶ Karl A. Andresen så Bruns tale som et av de ”merkeligste aktstykker i vort sindsykevæsens historie”. Brun var også her en profet: ”Han ser i aanden det moderne sindsykehus, længe før nogen hadde tenkt å bygge saadanne.” Talen burde også, i følge Andresen, ”mindes af en taknemmelig efterslegt”.³⁷⁷ Jürgenssen og Andresen forfattet sine historier om psykiatrien i Bergen i begynnelsen av 1900-tallet. Deres etterfølger, både som historieskriver og som ansatt på "Neevengaarden kommunale sinnssykeasyll" i Bergen, Finn Rud, fulgte opp på 1960-tallet med å utrope Bruns tale til ”et stort historisk dokument ikke bare i norsk, men også i internasjonal psykiatri”.³⁷⁸ Symptomatisk for disse lesningene av Brun er at de mer eller mindre hoppet bukk over begrepet "vankelmodig", og oversatte dette til en diagnose de selv hadde et forhold til. Ut fra de karakteristikker Brun ga av den vankelmodige, så konkluderer psykiaterne med at det var hyppige forekommende tilfeller av ”melankoli” Brun iakttok i 1781 (men typisk nok tok de ikke tak i Bruns "feile" teori om at det var flere vankelmodige i Bergen enn andre steder, og at dette nok skyldtes "den tunge og fugtige Luft"³⁷⁹). Hele deres bruk av Bruns tale er en klassisk teleologisk og ahistorisk lesning. Brun blir framstilt som profet, som en mann som sto utenfor sin tid, som en mann som evnet å se "sinnssykdommen" sitt egentlige vesen; han er hevet over tid og rom, i likhet med sykdommen selv, og kan få tilgang til innsikt i denne; og i tråd med innsikten kunne han

³⁷⁵ Brun 1781: 22.

³⁷⁶ Jürgenssen 1907: 437.

³⁷⁷ Andresen 1914: 559.

³⁷⁸ Rud 1966: 173.

³⁷⁹ Brun 1781: 14.

se for seg den institusjonstypen som skulle komme, nemlig det "moderne sinnssykeasyl". Det eneste spor av Bruns egen tid er begrepet "vankelmodig", og dette ble oversatt av psykiaterne til en "moderne" diagnose som melankoli.

En slik oversettelse og avhistorisering av "vankelmodig" er ikke forbeholdt de historieskrivende leger, også hos kriminologen Wenche Blomberg finner vi en slik oversettelse.³⁸⁰ Brun er hos Blomberg en mislykket reformator, han mislykkes i å "skyve utviklingen et hakk videre".³⁸¹ Også hos Blomberg finnes det et forventet skjema (dårekiste – dollhus – asyl) over den historiske utviklingen og Bruns tale får til syvende og sist mening fra dette skjemaet og ut fra hvor moderne Blomberg finner ham.³⁸² Men er denne teleologiske lesningen den eneste mulige? Finnes det en annen måte å lese Bruns tale på som ikke automatisk tolker denne som et forsøk på å "skyve utviklingen et hakk videre" på den strake og rettlinjete veien mot omformingen av "dollhuset" til det "moderne asylet"?

Bruns tale handlet i all hovedsak *ikke* om det eksisterende galehuset. Galehuset på Engen ble definert negativt, som det sted hvor en "vankelmodig" ikke hørte hjemme. For Brun fantes det nok av gale som hørte hjemme i galehuset:

Dog troer jeg, at Nervesystemets Uordener frembringer en anden Classe af Sinds Svagheder, end dem jeg samler under Navn af Vankelmodighed. Er Nervesystemet af Lave, strax er Mennesket i nogen Grad afsindig, enten er han gandske mat, uefterretlig, eller som Grækerne kaldte det, holigopfykos, eller og han er paa en gyselig Maade spøgende, han leer hvor andre græde, og krampagtige Træk i hans Ansigt forraade hans Tilstand. Eller og han er alt for virksom, eller hadefuld, eller farlig for den almindelige Sikkerhed, eller endog gandske rasende. For denne ynkverdige Skare meener jeg, i Mangel af Venners Formue til at holde dem under tilbørlig Opsigt, Daarekisten maatte være et nødvendig Onde.³⁸³

³⁸⁰ "de fattige *vankelmodige* – de melankolske (deprimerte) og suicidale som ikke klarte seg selv." Blomberg 2002: 83-84. Se også Wenche Blomberg: "Trøst og kontroll. Om utviklingen i synet på behandlingen av gale" i *Historisk Tidsskrift* 2000 (3): 330-351.

³⁸¹ Blomberg 2002: 84.

³⁸² Det er selve Bruns forslag til omgang med de vankelmodige Blomberg finner relevant i så måte: "Ikke slå bort grillene, si seg enig i blant. Høre etter. Anse som barn. Bedre materielle kår. Egentlig virker Bruun ganske moderne, han også, for selv to hundre år etter er ikke en slik tilnæringsmåte uten videre alltid en selvfølge." Blomberg 2002: 84.

³⁸³ Brun 1781: 10-11. Brun fremmer en rekke antagelser og teorier om dels fysiske, dels åndelige forhold som ligger til grunn for ulike typer galskap. I tråd med klassiske humoral-patologiske oppfatninger om kroppsvæskene, så er det særlig blodets beskaffenhet som interesser ham. Er blodet for tynt og renner hurtig, så er det en kunstig oppstemthet over personen, men er blodet for tykt og renner tregt, så blir også personen "Som en gammel Mand der gaaer op ad en Sandfuld Bakke" (s. 10). Men han forteller også at han "heller ikke [er] nyemodens nok i min Religion for at udelukke Dievelens Fristelser" (s. 13).

Brun så på ingen måte all galskap i humanistiske forståelsesformer hvor de lidende fortjente en bekvemmelig tilværelse, men opererte med en ”differensiering langs en akse fra det menneskelige til det dyriske”, for å sitere historikeren Svein Atle Skålevågs omtale av Brun.³⁸⁴ De dyriske gale hørte hjemme i ”Daarekisten”, for disse fantes likevel intet håp, men de rolige, vennlige, om enn forstyrrete, de ”vankelmodige”, for dem fantes det håp og de fattige blant dem fortjente derfor sin egen stiftelse. Denne tanken om at ”Daarekisten” passet for noen gale, og var upassende for andre, var på ingen måte ny. Vi har allerede sett hvordan Anne Marie Andersdatter søkte om at en kvinne, som bare var gal i perioder, skulle slippe å bli innsatt i cellene under Rådhuset tilbake i 1742.

Det nye med Bruns tale er hans forslag om å opprette en egen stiftelse for de vankelmodige, og også at han tar sikte på en helbredelse. Denne stiftelsen skulle imidlertid ikke være en terapeutisk og medisinsk stiftelse, slik kravet om leger som de ansvarlige kan føre tankene hen mot.³⁸⁵ Legene var ikke ønsket av Brun i kraft av deres terapeutiske eller medisinske kapasitet. Riktignok gjorde Brun et poeng ut av at han ikke kjente ”Læge-kunsten” og at legen kanskje ville ”anordne” en rekke tiltak; men det skulle ikke han legge seg opp i.³⁸⁶ Poenget for Brun var at legene var å foretrekke som veiledere for de vankelmodige fordi de ikke ville presentere dem for religiøse årsaksforklaringer:

”Mangen redelig Christen har talt til sin syge Broder og ført ham dybere ind i Fordærvelsen. Han har prediket sin egen Erfaring og sin egen Følelse og villet derefter danne den vankelmodige: hver ond Tanke har han gjort til en Indskydelse af den Onde og derved forøget den svages Frygt. Troen har han beskrevet som en fysisk Følelse, der ligesom noget levende, sig selv bevægende, skulde fornemmes i Hjertet. Den syge leder efter dette Kjendetegn, finder det ikke og fortviler.”³⁸⁷

Kjensgjerningen om at religiøs trøst og veiledning gjorde ondt³⁸⁸ heller enn godt for en vankelmodig, bygget presten Brun på egne erfaringer i sin sjelepleie av vankelmodige. Uansett hvilke trøstende ord han tok i bruk, så evnet de ikke å trøste. Det eneste som var verre

³⁸⁴ Skålevåg 2003a: 219.

³⁸⁵ Psykiateren Einar Kringlen har tatt Brun til inntekt for uttalelsen: ”At medisinske forklaringer også var kjent i Norge, går fram av biskop Johan Nordahl Bruns (1745-1816) tale 9. mai 1781 i Bergen...”. Se Kringlen 2007: 36.

³⁸⁶ Brun 1781: 21.

³⁸⁷ Brun 1781: 22. Se også Jürgensen 1907: 438.

³⁸⁸ Denne fjerningen av det religiøse element fra de gale, ligner på Pinels system i Paris noe senere. Foucault legger stor vekt på den ulike tilnærmingen til det religiøse i de (for ham) eksemplariske institusjonene i ”Asylets fremvekst”, nemlig kvekernes The York Retreat i England og Pinels institusjoner i Paris. I The Retreat er det religiøse fellesskap i institusjonen tenkt som selve det helbredende middel, mens i Pinels institusjoner var målet et ”asyl, så å si rensert for de forestillingene og lidenskapene som kristendommen hadde latt vokse fram, og som ledet sinnet mot villfarelser, illusjoner og snart mot delir og hallusinasjoner.” Foucault 1973: 212.

enn religiøse grublerier, var råd som prediket å alltid holde seg i muntre selskaper eller å fordrive ”Sorgen med et Ruus”. Bruns stiftelse, under vennlig og nøktern ledelse av hans embetsmannsbrødre blant legene, skulle gi den vankelmodige en isolert og fredelig tilværelse til ”Stormen har lagt sig” og ”Sindets Ophør har lagt sig, og Sjælen kommer tilbage til sin Rolighed.”³⁸⁹ Helbredelsen skulle altså skje av seg selv. Bare den vankelmodige fikk ro og fred, så ville vedkommende bli frisk igjen. Legen skulle først og fremst ha rollen som vokter, mot utenomverdenen slik at den vankelmodige fikk ro, men også som den vankelmodiges vokter for å hindre ham i å begå selvmord. Det var nemlig selvmordet Bruns stiftelse skulle bekjempe. Vankelmodigheten kom til å gå over av seg selv. Faren var at den vankelmodige begikk selvmord før helbredelsen hadde inntruffet. Selvmordet var synd, og å forhindre dette var den ”viktigste Velgjerning, man nogensinde kan gjøre”. Å kle de nakne og å mette de sultne var stort, større var det å være ”de Faderløses Fader”, men Brun fant det ”allerstørst at redde Siele fra Døden”, og det var denne største av alle oppgaver Bruns stiftelse skulle ha som ”Øyemærke”.³⁹⁰ Men Bruns stiftelse gjaldt bare de fattige. I bedrestilte familier fant man som oftest en ordning hvor den vankelmodige kunne voktes og dermed forhindres fra å ta livet sitt innen helbredelsen inntraff, men i fattige familier fantes det ikke ledige hender til et slikt arbeid, ei heller egne rom som kunne avsees til den vankelmodiges opphold; derfor måtte de fattige vankelmodige institusjonaliseres for å redde deres sjeler fra den evige død som selvmordet ville medføre.

Koblingen mellom selvmord og vankelmodighet var ikke særegen for Brun. Den eneste som ikke har oversett begrepet vankelmodighet ved å oversette det til en nåtidig diagnose, Svein Atle Skålevåg, har hevdet at begrepet var Bruns kreasjon alene og var helt ukjent i hans samtid.³⁹¹ Dette medfører neppe riktighet. En sak fra Nordhordland tingbok viser at begrepet nok var kjent,³⁹² og antyder også at vankelmodighet i lang tid kan ha vært knyttet til selvmordet.³⁹³ Den 24. oktober 1719 ble Johannes Biørnsøn Nødtvet avhørt av tingretten i Nordhordland i anledning av at hans kone, Ingeborg Pedersdatter, var blitt funnet død samme sommer druknet i et vann i nærheten av deres hjem. Tingretten skulle ta rede på hvorvidt dødsfallet skyldtes ”onde mennisker”, et uhell eller selvmord. Det ble innkalt en rekke vitner,

³⁸⁹ Brun 1781: 17 og 23.

³⁹⁰ Brun 1781: 24.

³⁹¹ ”Det er verdtt å merke seg at betegnelsen de vankelmodige ble formet av Bruun selv.” og videre: ”talen (...) omtalte en gruppe mennesker byen aldri hadde hørt om før.” Skålevåg 2003a: 219 og 220.

³⁹² Begrepet forekommer også i en sak fra Bergen i 1750. Denne er omtalt av Wenche Blomberg, men hun slår likevel fast at Brun i 1781 ”hadde oppdaget en ny gruppe lidende”. Se Blomberg 2002: 62 og 83.

³⁹³ Transkribert utgave av Nordhordland Tingbok nr. 35 1719-1722, Del A 1719 i Digitalarkivet. Se <http://digitalarkivet.uib.no/sab/nhlTgb35a.htm> (tilgjengelig april 2008).

og først ut var avdødes mann. Han forklarte at hans kone hadde forsvunnet mens han var til gudstjeneste på Manger den 2. juli. En uke senere hadde en nabo funnet henne druknet. Sorgen var stor, men ektemannen ga uttrykk for retten at han ikke var overrasket. Han forklarte retten at:

hands huustrue alle tider har været meget Vankelmodig og saa got som fra sit *Sand (Sind?), Thi baade er det bleven af alle Prædikkestoler i samme Gield over et Aar bleven bedt for hende, men end ogsaa hand langt tid har maat oppasse hende og stengt dørrerne for hende Thi hon ofte af Vankelmodighed og raserie løb fra ham; omendskiøndt hand stedse taalmodelig og Christelig har levet med hende.³⁹⁴

De andre vitnemålene kunne ikke sannsynliggjøre at "onde mennesker" eller et uhell var årsaken til dødsfallet, og retten konkluderte med at denne "Gierning (...) frivillig er gjort". Selvmordet var en kriminell handling, og hovedarven etter Ingeborg Pedersdotter tilfalt derfor Kongen. I tillegg skulle ikke en selvmorder gravlegges i vigslet jord, men ettersom "Vidnisbyrdene derhos forklarer at hon altid har Været Vankelmodig og saa got som fra sig selv, vil høi øfrighed søgis om permission til at begravis i Kirkegaard."

Opplysningen om at Pedersdatter var "vankelmodig" var tydelig relevant for retten i anledning hennes dødsfall. Var en person vankelmodig, så kunne det bidra til å forklare dødsfallet gjennom å sannsynliggjøre at det dreide seg om et selvmord. Hennes mann hadde da også måttet passe henne og stenge henne inne, og i tillegg hadde det blitt bedt for henne i alle kirker i prestegjeldet. Vankelmodig var så absolutt noe en person kunne bli omtalt som i 1719, både av sine nærmeste, i kirkene og i retten. Vankelmodigheten forklarte selvmordet, og langt på vei unnskyldte det også personens handling, ettersom retten på grunn av Pedersdatters vankelmodighet ville søke om at hun kunne bli gravlagt i vigslet jord.

De religiøse tiltakene for en vankelmodig, og det at hun ikke i sitt hjem kunne passes 24 timer i døgnet, og dermed ga henne anledning til å gjennomføre selvmordet, det var nettopp dette Brun ville komme til livs i med sin nye stiftelse. Men denne nye stiftelsen lignet bare overfladisk på det "moderne asyl" han skal ha profetert. Bruns tenkte stiftelse var *ikke* en medisinsk institusjon. At Brun ønsket en lege som leder for stiftelsen, var motivert ut fra legens status som ikke-prest (det ville si at han ikke ville forklare vankelmodigheten i religiøse termer, noe som ville være uheldig for den syke), heller enn legens status som utøver

³⁹⁴ Nordhordland Tingbok nr. 35 1719-1722, Del A 1719 i Digitalarkivet. Se <http://digitalarkivet.uib.no/sab/nhlTgb35a.htm> (tilgjengelig april 2008).

og kjenner av medisinsk kunnskap. Dessuten hadde ikke Bruns stiftelse først og fremst en medisinsk målsetning, men en åndelig. Det viktigste var ikke å redde de vankelmodiges helbred eller sinn, men å redde deres sjel; og paradoksalt nok hevdet altså den kommende biskop Brun at dette åndelige målet burde nås under ledelse av en ikke-prest. For dette formål foreslo Brun en stiftelse som på noen punkter ligner på det som skulle bli bygget på 1800-tallet, men Bruns prosjekt handlet om 1700-tallets "vankelmodige" selvmordere, ikke om psykiatriens "sinnssyke" på 1800-tallet.

I hvilken grad Bruns tale bidro til å endre synet på galehuset i Bergen som institusjon, er usikkert. Kritikken mot galeinstitusjonen for ikke å passe for alle typer gale, var ikke ny. Bruns tenkte stiftelse så heller aldri dagens lys. Han var avhengig av milde givere, og fant få. Det at han fikk talen trykt og solgte denne til inntekt for formålet, hjalp heller ikke stort. Vi kjenner heller ikke til politiske initiativ som en følge av Bruns tale. Talen var kan hende viktigere for de historieskrivende psykiatere på 1900-tallet enn for Bruns egen samtid. Og Bruns status i historiografien som en profet, som en forsøksvis reformator og som en varsler for det som skulle komme, er årsaken til at jeg her har viet så mye plass på å vise at hans tale kan hende ikke bør leses slik.

En kritikk som faktisk handlet om galehuset qua galehus, finner vi først i et brev fra 1798. Avsenderen var ikke hvem som helst, det var Bergens stiftsdireksjon som selv kritiserte sin egen institusjon som en følge av at de sentrale myndighetene i København hadde bedt om opplysninger angående dollhuset.³⁹⁵ Etter først å ha gitt en nøktern beskrivelse av bygningens utseende og beskaffenhet (og der særlig lagt vekt på kakkelovnen i første etasje som gjorde at ingen av de innsatte "i saa Henseende aldeles ingen Nød lide") og dens tette hopehav med "Lazarethet" hvor de gale både fikk sin mat, sine klær og sitt legetilsyn fra, så innrømmer stiftet likevel at:

Vi tilstaaer, at dette Depot for de Ulykkelige, Forstanden berøvede Mennesker ikke er, hva det burde være, men Saadant har ikke hidtil været at ændre. Alle de 8 Værelser ere af eens Indretning, som det synes meer bestemte til annerledes Rasendes Forvaring end til Opholdssted for dem, som vel iblandt laborerer af Forstandsvildelse, men dog ikke sjelden og for det meeste finde rolige Timer, og endskjønt i ulige Grad angrebne og fordrende en ganske forskjellig Omgang, dog næsten paa een og den samme Maade vorde behandlede. (...) Vi ønskede vel heri til bedste for Menneskeligheden at kunne see en Forandring tilveiebragt, og at et Daarehuus, saalænge slig sørgelig Anstalt udfordres,

³⁹⁵ Brevet, datert 22. januar 1779, var en besvarelse av en Kongelig Dansk Cancellieskrivelse av 22. desember 1798. Se Jürgenssen 1907: 438-439.

maatte kunne erholdes meer passelig indrettet efter de forskjellige Personers forskjellige Svaghedstilstande, som deri maa indsættes; men vi hindres herudi saavel som i meget andet paa Grund af Mangel paa Penge...³⁹⁶

Stiftets kritikk av sin egen institusjon, bygget i likhet med Brun og saken med Anne Marie Andersdatter i 1742, på en oppfatning hvor galskapen og de gale ble differensiert etter en akse fra dyrisk til menneskelig, hvor det rasende og utagerende representerte det dyriske og det rolige og disiplinerte representerte det menneskelige. "Daarehusets" værelser var uholdbare, men kun for de rolige gale. Igjen var det humanistiske hensyn ("Menneskeligheden") som talte for en oppgradering av de fysiske omgivelsene til de gale. I motsetning til Bruns plan om en ny og separat stiftelse for hans rolige gale (de vankelmødige), så mente stiftet at det burde bygges på en slik måte at en og samme institusjon, byens "Daarehuus", skulle kunne gi ulike gale ulike omgivelser. Dessverre var dette økonomisk umulig, opplyste stiftet.

Det ble da heller ikke gjort noe særlig med dollhuset de nærmeste 25 årene. Unntaket var det før nevnte innkjøpet og beplantningen av en stor eng i tilknytning til syke- og dollhuset som spaserplass for de rolige gale og pasientene ved sykehuset.³⁹⁷ Antallet rolige gale ved institusjonen, og som ble ansett for ikke å måtte oppbevares som dyr i bur, ser ut til å ha tiltatt. De hadde nå en park å spasere i, og på begynnelsen av 1820-tallet blir det opplyst at en av sykehusets stuer var avsatt til å huse "Afsindige" som ikke absolutt måtte innesperres.³⁹⁸ Dette var altså på samme tid som cellene i galehuset ble delt i to for å huse det dobbelte antall gale.

I tråd med oppfatningen hvor rolige gale fortjente en annen og mer behagelig type innretning enn de rasende, og i en situasjon hvor både sykehus og galehus var overfylt med ulike typer gale, foreslo syke- og galehusets overlege, Laurents Hallager (1777-1825), i 1824 å bygge en ny bolig for 12 rolige gale i sykehusets hage.³⁹⁹ Det økte belegget av rolige gale representerte et stadig større problem for sykehuset, og Hallagers forslag tok sikte på å både tømme sykehuset for de gale, samt få en mulighet til å skjelne mellom rolige og utagerende gale i to

³⁹⁶ Brev fra Bergens Stiftsdireksjon, datert 26. januar 1799. Her etter Jürgenssen 1907: 439.

³⁹⁷ Frederik Holst: *Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindsvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring i Aaret 1825 naadigst nedsat Kongelig Commission*, Christiania 1828: 50, samt Jürgenssen 1907: 439. Sistnevnte opplyser at det var stiftamtmann Christie som initierte innsamlingen.

³⁹⁸ Sagen og Foss 1824: 435.

³⁹⁹ Om Laurents Hallager, se *Norges Leger*, bind II: 441. Hallager er i dag mest kjent som forfatter av "den første store norske dialektordboken", se E. Hem: "Laurents Hallager – lege og språkmann" i *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2004; 124: 1962. Finnes også her: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1052095 (tilgjengelig april 2008).

forskjellige bygninger. Da Heiberg og Wisbech returnerte til sin hjemby sommeren 1824 så var dette situasjonen: 1) Et drøyt seksti år gammelt galehus som stift, lege og bykronikør anså som upassende og uverdig for dem som var rolige og ennå ikke hadde mistet all forstand; 2) Et nylig fremsatt forslag fra overlege Hallager om å bygge et eget bygg til 12 rolige gale. Argumentasjonen for å bedre forholdene for de gale hadde vært preget av en påkallelse av humanisme og menneskekjærlighet helt siden før byggingen av galehuset. Det var ingen prinsipiell forskjell i så henseende mellom Hildebrandt Meyers argumentasjon i 1762 for hvorfor det nye galehuset var bygget, Bruns tale i 1781 og Hallagers forslag i 1824 til et nybygg; de var alle preget av en humanistisk omsorgstanke. Hovedforskjellen fra midten av 1700-tallet til begynnelsen av 1820-tallet, besto i at alternativet til innesperring i en celle ikke lenger var hjemmepleie (selv om dette systemet bestod i lang tid), men en differensiert og tilpasset innesperring for to hovedgrupper av gale. Men igjen må det påpekes at ingen av de påtenkte eller foreslåtte alternativene var medisinske i betydningen av at det var institusjonen som sådan som skulle helbrede de innsatte. Helbredelse, i den grad den inntraff, var spontan. Medisinen hadde ennå ikke proklamert sin evne til å helbrede de gale. Det er en medisiners forsøk på å realisere en medisinsk helbredende institusjon vi nå skal følge.

Forslag om en ny galeanstalt for byen

Etter hjemkomsten til Bergen høsten 1824, satte både Heiberg og Wisbech opp privat praksis i byen. Det var på tide å kapitalisere på utenlandsreisen og starte på arbeidet med å tilby sine tjenester til det bergenske publikum. Få måneder senere ble imidlertid sykehuslegen Laurents Hallager alvorlig syk, og han døde 2. februar 1825. Umiddelbart etter Hallagers død, ble Heiberg innsatt som overlege for både syke- og galehuset.⁴⁰⁰ Hallagers forslag hadde ennå ikke resultert i noe vedtak,⁴⁰¹ og Heiberg fikk derfor forslaget til gjennomsyn og mulighet til å kommentere det. Heiberg handlet raskt. Bare tolv dager etter Hallagers død, la den da 25 år gamle nyslåtte overlegen frem et eget forslag til et nytt "Daarehus" for byen. Heiberg nøyde seg ikke med å flikke på Hallagers plan, han forkastet den i sin helhet. Den avdøde overlegens forslag harmonerte slett ikke med Heibergs utsyn på hvordan en institusjon for de gale skulle utformes. Heibergs plan utgjør et vannskille i historien om tilnærmingen til å behandle de gale i Bergen. For Heiberg var det en ufravikelig forutsetning at:

⁴⁰⁰ Heiberg overtok stillingen den 4. februar 1825. Se Statsarkivet i Bergen, Bjørgvin Stiftsdireksjon, journal 4, 1824-1825. Sak 124/125.

⁴⁰¹ I følge Holst 1828: 50, ble Hallagers forslag bare sirkulert mellom Sykehuskomitéens medlemmer, "uden at det Ringeste blev foretaget for at forbedre de Sindssages Kaar."

man ei alene har til Hensigt i [det nye Daarehuus] at indspærre de Sindssvage og afsondre dem fra det øvrige Borgersamfund for dermed at hindre dem fra at øve Vold eller paa anden Maade [forøve] Skade, men at man ogsaa vil gjøre sig Umage for at bidrage alt Mueligt til at lindre, forbedre og fremfor Alt helbrede deres Tilstand, forekommer Planen mig i det hele alt for indskrænket.⁴⁰²

Helbredelse, ikke oppbevaring, var nå for første gang legens credo i møtet med galskapen og de gale i Bergen. Heiberg ga ingen steder inntrykk av at medisinen kunne medisinere eller operere bort galskapen, og i en slik forstand kunne man kanskje tro at helbredelsen fremdeles var spontan og ikke-medisinsk, slik den var det hos Brun. Til tross for at legevitenenskapen ikke direkte kunne helbrede de gale, skulle likevel skulle en lege både planlegge og ha all makt i anstalten. Foucault har gjort den samme observasjonen med hensyn til at legens omnipotente stilling i helbredelsesanstaltene ikke hvilte på det han som vitenskapsutøver kunne gjøre. I stedet hvilte hans makt og hans evner til å helbrede på en ”moralsk og sosial orden”, noe som fikk legens helbredelser til å fremstå som ”magiske” og legen selv som ”mirakeldoktor”.⁴⁰³

Men legens stilling i en ferdig anstalt var ikke det som lå Heiberg på sinnet i sin innstilling, det var om å gjøre å få bygget anstalten. Og i disse byggeplanene var helbredelsen hos Heiberg i aller høyeste grad medisinsk og bygget på det han refererte til som den ”psychiske Lægevidenskab”.⁴⁰⁴ Helbredelse var avhengig av at legen fikk frie hender til å regissere galehusets utforming og innredning i detalj. Det var nemlig *de materielle omgivelsene* som la grunnlaget for at de ”Sindssvages” opprørte sinn kunne falle til ro. Det var selve bygningen som var terapeutisk, og bygningen var et terapeutisk regime som var et uttrykk for medisinen program for helbredelse av de ”Sindssvage”. De gale var nå definitivt blitt syke, og medisinen hadde en kur. Det var denne kuren Heiberg foreskrev for byens gale gjennom byggingen av et nytt galehus, et medisinsk galehus; helt i tråd med Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), Europas ledende ekspert på feltet, sin berømte uttalelse om det helbredende galehuset som *un instrument de guérison*, et kurativt instrument.⁴⁰⁵

Heiberg mobiliserte i sitt forslag all sin ervervede kunnskap om behandlingen av de gale.

Heibergs vitenskapelige dannelsesreise på Kontinentet, sammenfalt i tid med at stadig flere

⁴⁰² Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslaget er datert 14. februar 1825.

⁴⁰³ Foucault 1973: 224f.

⁴⁰⁴ Heiberg tar begrepet i bruk i sitt svar til Sykehuskomitéen 12. april 1826. Se Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830.

⁴⁰⁵ Her etter Skålevåg 2002: 51.

galehus ble bygget med helbredelse for øyet, noe som ofte refereres til som ”asylæraens oppkomst”.⁴⁰⁶ Heiberg talte med autoritet i sine forslag om utformingen av det nye galehuset i Bergen gjennom sin kjennskap til de nye galeinstitusjonene og den nye spesialiteten innen medisinen, det Heiberg refererte til som ”den psykiske Lægevidenskab”. Heiberg hadde gjennom personlige erfaringer på sin reise, hvor han hadde besøkt flere ulike ”hospitaller for Sindssvage”, og også gjennom litteraturstudier (på dette tidspunkt hadde han aldri vært i Frankrike eller England, men refererte likevel til forhold i disse landene), et reservoar av funderte meninger om hva slags utforming som best tjente formålet om helbredelse. Og han lot i ett og alt helbredelse være det styrende prinsipp da han skisserte sitt tenkte nybygg for Sykehuskomitéen i Bergen.

Hovedbestanddelene i Heibergs skisse til nytt galehus, besto av så enkle prinsipper som nok plass og luft, nok lys, nok varme og best mulig renslighet; prinsipper som i denne sammenheng ble utstyrt med spesifikke medisinske betydninger og gitt tyngde gjennom Heibergs erfaringer fra Kontinentet og den ”psykiske Lægevidenskab”. Nok plass og luft var Heibergs første kritikk av Hallagers opprinnelige forslag. Ved å henvise til at det ved galehuset og sykehuset allerede befant seg 23 ”Sindssvage”, så anså Heiberg det for nødvendig å bygge for rundt 30 personer, ikke 12. Dette var en innvending uten medisinsk betydning, heller administrativ av karakter. Heiberg la imidlertid også til at rommene Hallager hadde planlagt, var uhensiktsmessige. For det første var de altfor små til å romme to personer med det resultat at luften ville forpestes, og i tillegg burde rommene være rektangulære, ikke kvadratiske slik Hallager hadde foreslått. Heibergs argument var at luften i kvadratiske rom ikke skiftet så godt, særlig i hjørnene. Det underforståtte her var selvsagt at stillestående, ikke-skiftet luft i hjørnene, forpestet av utdunstingene av to gale, utgjorde en helserisiko og dermed et negativt trekk ved den nye institusjonen som i ett og alt skulle optimalisere forholdene for helbredelsen. Kritikken av Hallagers forslag var altså en medisinsk kritikk.

Belysningen av rommene utgjorde en annen kjerneverdi for Heiberg i planleggingen av det nye galehuset. Hallagers forslag hadde lagt opp til en belysning som tok sikte på sikkerhet og oppbevaring, ikke trivsel og helbredelse. Heiberg var dypt uenig:

⁴⁰⁶ For en kort beskrivelse av de viktigste utviklingstrekkene i ulike land i den tidlige asylæraen, se Edward Shorter: *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*, New York 1997: 33-46.

Da man vist nok bør søge at gjøre de ulykkelige Sindssvages Stilling ei alene taalelig, men endog saa behagelig som mulig, og et lyst, venligt Værelse ikke lidet bidrager til at oppmuntre Sindet, synes mig de smaa Vinduer anbragte paa den øverste Deel af Væggen, aldeles upassende.⁴⁰⁷

I stedet burde vinduene være som i vanlige hus, mente Heiberg. Lys og utsikt, med sine helsebringende effekter gjennom å oppmuntre sinnet, var helt nødvendige i en helbredende institusjon. Heiberg unnlot ikke å gjøre oppmerksom på at installasjon av slike vinduer var noe han ofte hadde sett på sin reise, og at retningen gikk klart i at flere og flere land valgte en slik løsning. Innvendinger om rømning eller skadeverk på vinduene ble ikke tillagt avgjørende vekt. Heiberg hadde nå en ”psychisk Lægevidenskab” med tilhørende terminologi og forsøk på klassifikasjonssystemer for ulike typer galskap å støtte seg til.

Den dominerende klassifiseringen av galskap på 1820-tallet, var utarbeidet av Philippe Pinel (1745-1826) og videreutviklet av Esquirol.⁴⁰⁸ Vi skal se nøyere på deres nosologi om litt. Poenget her er at Heiberg knyttet an til denne vitenskapelige måten å omtale de gale på gjennom å referere til dem med en rekke latinske begreper. Heiberg opererte imidlertid med det samme hovedskillet de gale i mellom som i lang tid hadde vært vanlig, nemlig de utagerende og de rolige. I anledning saken med vinduene, argumenterte han med at de rolige, som han i tråd med Esquirol refererte til som ”idioter”, ”fatui” og ”melancholske”, ikke på noen måte ville utøve skade ”hverken paa Personer eller livløse Gjenstande”.⁴⁰⁹ Følgelig var ikke vinduene et problem i de roliges værelser. For de rasende derimot, måtte det settes i verk tiltak som hindret både skadeverk og rømning. Løsningen var ikke fengselslignende celler, men i stedet å oppføre et stort tregitter i hele rommets høyde og bredde rundt en meter fra vinduet, slik at den rasende kunne nyte lyset og utsikten, og samtidig være sikret mot seg selv, andre og mot det kostbare vinduet.

Renslighet var enda et gyllent prinsipp i Heibergs plan for å skape en institusjon som helbredet. Han hadde ”I mange især eldre hospitaler for Sindssvage (...) bemerket en høist ubehagelig og ildelugtende Athmosphære”.⁴¹⁰ Det var, ifølge Heiberg, en allment akseptert

⁴⁰⁷ Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslaget er datert 14. februar 1825.

⁴⁰⁸ For en grundig innføring i klassifikasjonssystemet til Pinel og Esquirol, se Jan Goldstein: *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge 1987.

⁴⁰⁹ Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslaget er datert 14. februar 1825.

⁴¹⁰ Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslaget er datert 14. februar 1825.

kjensgjerning at de ”Sindssyge” hadde en hang til urenslighet. Dette skyldtes først og fremst ”magelighet”, mente Heiberg. Hvis man gjorde det like lett for den ”Sindssyge” å gjøre fra seg i et ”Apartement” som på gulvet eller et annet sted det ikke hørte hjemme, så kunne man lykkes i å holde galehuset fritt for stank. Løsningen var å finne i en type ”Natskrin” som var innført i de ”nyere engelske Daarehuse”. Forbildet var igjen å finne i en langt mer utviklet, dannet og sivilisert nasjon enn lille Norge, og besto av at man laget en firkantet åpning ved siden av døren hvor det på innsiden av rommet sto en kasse ut hvor den gale kunne gjøre fra seg. Kassen var festet på utsiden av rommet slik at den gale ikke kunne bevege nattskrinet, og flere ganger om dagen skulle skrinet løsnes fra gangsiden og tømmes av ”opparterker”.

Heibergs siste hovedprinsipp for utformingen av det nye galehuset, var å sørge for en skikkelig oppvarming av værelsene. Helst skulle han sett at oppvarmingen ble satt i sammenheng med oppvarming av vann, slik at pasienter i både sykehus (her tenkte Heiberg særlig på de ”mange haardnakkede hudsygdomme”) og galehus, fikk tilgang til badefasiliteter. Heiberg forlot imidlertid raskt spørsmålet om å bygge bad i tilknytning til oppvarmingen, det var tross alt et nytt galehus han skulle gi innstilling til.⁴¹¹ For å varme opp denne institusjonen kunne Heiberg nok en gang vise til et utenlandsk forbilde, denne gang fra de ”Østerrigske Stater”. Her hadde nemlig myndighetene ved ”Sygehuse, Straffe-Anstalter og lignende offentlige Indretninger” installert et oppvarmingssystem som førte til store besparelser og ga et utmerket resultat for pasienter og fanger. Heibergs østerriske forslag skilte seg skarpt fra Hallagers opprinnelige idé hvor den avdøde overlegen hadde sett for seg at hver celle skulle ha sin egen kamin, og at denne skulle mates fra gangen og slik forhindre de ”Syge fra selv at lege med Ilden”. Heiberg foreslo derimot et system hvor en stor ovn forsynte hele institusjonen med varme (eventuelt også med varmt vann).⁴¹² Et rom skulle mures rundt ovnen, og luften i dette rommet ville da bli oppvarmet. Gjennom jernrør skulle så den varme luften transporteres til hvert enkelt rom. Den varme luften skulle føres inn høyt opp på veggen, og den kalde luften skulle presses ut gjennom et rør nede ved gulvet. Den kalde luften ble så transportert til rommet rundt ovnen, varmet opp, og så transportert til rommet i en evig runddans. I tillegg så Heiberg for seg et system med luker og vinduer som kunne åpnes, og slik lufte ut både værelsene og hele oppvarmingssystemet. Slik kunne

⁴¹¹ Branntakster som Christopher Harris har analysert, viser imidlertid at bygningen ble utstyrt med både vannoppvarming, trykksystem og dusj- og bademuligheter: ”en Kakkellovn i halvedeelen af Bygningen, med dertilhørende Warmerør samt et Trykværk til bade Indretning, med Styrte og Dryppebad, og 2 For-Kaminer samt endelig en indmurede Kobberkieddel...5500Spd.” Harris 2003: 51.

⁴¹² Systemet er beskrevet og også skissert med en tegning i Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslaget er datert 14. februar 1825.

eventuell stank også bekjempes med et sentralt oppvarmingssystem kombinert med store vinduer som lot seg åpne, og små luker i de forskjellige værelser for å skape gjennomtrekk. Dette var et langt mer rasjonelt system enn Hallagers, hevdet Heiberg. Det var mindre fare for brann, mye plass kunne spares når ikke hvert enkelt rom skulle ha sin egen kamin; men viktigst var virkningen for byggets terapeutiske kapasitet ettersom systemet ville gi en god og behagelig varme og rense luften utmerket.

I sitt forslag hadde Heiberg tatt det for gitt at plasseringen av det nye galehuset allerede var bestemt til å være på engen bak sykehuset, noe Hallager også hadde tatt som sitt utgangspunkt, og han berørte derfor ikke spørsmålet i sitt opprinnelige forslag. Sykehuskomitéen ble imidlertid presentert for motforestillinger for å bygge på dette stedet,⁴¹³ og Heiberg ble tvunget til å argumentere for valg av byggested. Og igjen var det erfaringene fra utlandet som ble trukket fram.

Det avgjørende kriteriet for om et sted egnet seg for å bygge en sykeanstalt, det være seg et sykehus eller et galehus, var at det var tørt og luftig der, gjorde Heiberg Sykehuskomitéen oppmerksom på.⁴¹⁴ Miasmatiske forestillinger om hvordan sykdom kunne oppstå i forpestet luft som var stillestående og/eller komme ut av en fuktig og "gjærende" grunn, var et premiss for valg av sted. Det å få en hurtig og ofte nok utskifting av luften i og rundt det nye bygget, var, på grunn av det bergenske klima, intet problem, mente Heiberg. Det stadige ruskeværet ville sørge for at luften sjelden ble stående stille lenge av gangen selv om "Sygehuusengen" lå lavt i terrenget. Sykehuskomitéen hadde drøftet ønskeligheten av å få lagt nybygget på Sydneshaugen, en nærliggende knaus, men her ville bygget ligge så utsatt til for vinden, at beliggenheten faktisk ville vanskeliggjøre utlufting, argumenterte Heiberg. Heiberg innrømmet imidlertid at "Sygehuusengen" nok var noe fuktig, men slett ikke så fuktig at ikke problemet kunne løses med noen gode grøfter. Heiberg henviste til at Danmarks ledende "hospital for Sindssvage", St. Hans i Roskilde, også lå på en fuktig eng, og her hadde pasientene lyktes i å drenere området med grøfter.⁴¹⁵ Fuktigheten var ingen ulempe, tvert i

⁴¹³ Ut fra sakens dokumenter er det uklart hvem som har satt spørsmålsteget ved plasseringen av nybygget, men i Heibergs tilsvarende er det tydelig at en slik motforestilling må ha blitt framsatt og en alternativ plassering foreslått. Heiberg argumenterer nemlig eksplisitt mot å plassere dårehuset på Sydneshaugen, og utvikler i tillegg en lengre argumentasjon for hvorfor sykehusengen er det beste stedet. Se Heibergs svar til Sykehuskomitéen 12. april 1826. Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830.

⁴¹⁴ Heibergs svar til Sykehuskomitéen 12. april 1826. Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Det følgende bygger på dette dokumentet.

⁴¹⁵ Heiberg hadde besøkt St. Hans helgen 26.-27. juli 1823. Han ble da presentert for anlegget i sin alminnelighet og terapien institusjonen benyttet seg av. Han fikk også anledning til å møte de syke og å diskutere med

mot hevdet Heiberg, så var dreneringsarbeidet et utmerket terapeutisk virkemiddel for de ”Sindssyge”. Organisert arbeid i sin alminnelighet, og aller helst kroppsarbeid i fri luft, ble ansett som helbredelsesfremmende, og var en viktig bestanddel i læren til den nye ”psychiske Lægevidenskab”. (Og arbeidet er et tema vi skal vende tilbake til.) At han med sine egne øyne hadde sett alt dette utført i detalj i Danmark, og det med et heldig resultat, ga vekt til hans anbefaling om å bygge det nye galehuset på engen bak sykehuset. Ingen ytterligere motforestillinger ble framsatt om valg av byggested etter dette.

Heibergs forslag for et nytt galehus i Bergen, var i praksis et forslag om å opprette det man senere ville ha kalt et ”psykiatrisk asyl”. Dette kan ikke leses ut av Heibergs begrepsapparat. Hans begrepsbruk er preget av at han sto midt i en overgangstid hvor gamle og nye begreper ble brukt om hverandre. Heiberg brukte vidt forskjellige begreper for å henvise til pasientene: ”Daarlige”, ”Sindssvage” og ”Sindssyge” om hverandre i det samme dokumentet.⁴¹⁶ I tillegg kalte han selve institusjonen både for et ”hospital for Sindssvage” og ”det nye Daarehus”. (I kommunens senere kommunikasjon med Holst-kommisjonen ble også sistnevntes ”døllhus”-begrep adoptert.) Men det var ikke hva Heiberg kalte bygget som var det viktige for ham. Det var at de prinsipper og det formål han proklamerte for det nye bygget ble oppfylt; at bygget harmonerte med den samtidige bevegelsen ute i Europa som tok sikte på å helbrede de gale med medisinsk kunnskap og teknologi. Heiberg tok sikte på å få reist et bygg som i seg selv skulle virke terapeutisk; et bygg som var utformet etter prinsippene den ”psychiske Lægevidenskab” hadde utviklet; i praksis en medisinsk helbredelsesanstalt under ledelse av en medisiner.

Om terapien for øvrig er det stille i Heibergs forslag. Det var selve byggets utforming som var vektlagt av Heiberg, andre terapeutiske virkemidler, utover arbeidsterapien, ble ikke nevnt. Men et forslag for å utløse bygging av et nytt galehus, hadde ikke behov for argumenter om hva som skulle foregå i den daglige driften. For å overbevise Sykehuskomitéen om nødvendigheten av å bygge terapeutisk, trengte han ikke å henvise til legens terapeutiske metoder. Det er derfor terapien bare berøres indirekte slik som i spørsmålet om grøftegraving for å holde grunnen tørr. En annen gang kommenterte Heiberg en mulig innvending mot hans

legepersonalet. Han ble også vitne til at tjenerpersonalet ryddet opp etter et selvmord. Besøket må ha gjort stort inntrykk på Heiberg, i hvert fall å dømme etter den 13 sider lange innføringen han skrev i sin dagbok etter besøket. Se Heibergs dagbok II: 14-27.

⁴¹⁶ Heibergs forslag av 14. februar og Heibergs svar til Sykehuskomitéen 12. april 1826. Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830.

forslag om store lyse vinduer for de rasende. Det var allment anerkjent at mørke ofte roet ned de rasende, og noen mente at lystette celler var nødvendige. Heiberg avlivet denne mulige innvendingen ved tørt å vise til at man uansett ”for at opnaae dette pleier (...) at kaste over ham en Sæk af Seildug.”⁴¹⁷

Heibergs forslag var et resultat av sammentreffet mellom hans og Wisbechs utenlandsreise og de erfaringer de samlet der, og Hallagers dødsfall i starten av et reformarbeid av det eksisterende dollhuset. Da Heiberg ble utnevnt som Hallagers etterfølger, fikk han en unik mulighet til å legge premissene for byens reform av galehuset. Gjennom å sammenstille sine kunnskaper og erfaringer fra Danmark, ulike tyske stater, Østerrike, England og Frankrike, så tok Heiberg i bruk all sin lærdom om den samtidige utvikling i de store kulturnasjonene i Europa i et forslag om å bygge et nytt bygg i perifere Bergen. Gjennom å reise hadde han vunnet ny kunnskap, og denne fikk han tilfeldigvis anledning til å spille ut i en lokal medikopolitisk prosess. Slik havnet den europeiske "asylbevegelsens" prinsipper i beslutningsprosessen til stiftsdireksjonen i Bergen.

Heiberg og Wisbech var imidlertid ikke alene om å ha reist ut og vunnet disse erfaringene på 1820-tallet. Særlig kjent er Frederik Holst og hans arbeid for en nasjonal reform av galebehandlingen, et arbeid som gikk parallelt med og også skulle influere Heibergs forslag om nytt ”Daarehus” i Bergen.

Frederik Holst og hans nasjonale reformforsøk

Allerede sommeren før Heiberg forfattet sitt forslag til nytt galehus på nyåret i 1825, hadde det i Stortinget blitt besluttet å sette ned en kongelig kommisjon som skulle ”undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring”.⁴¹⁸ Denne storstilte undersøkelsen med Storting og regjeringsapparats velsignelse, var resultatet av et initiativ fra

⁴¹⁷ Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830. Forslaget er datert 14. februar 1825.

⁴¹⁸ Dette er siste del av kommisjonens tittel. Vedtaket ble gjort i Stortinget den 24. juli 1824. Se Frederik Holst: *Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring i Aaret 1825 naadigst nedsat Kongelig Commission*, Christiania 1828: 1. I motsetning til Heibergs initiativ i Bergen, har Holst-kommisjonens innstilling vært benyttet i en rekke akademiske arbeider. Noen eksempler: Den første brede presentasjonen av Holst-kommisjonen etter at andre enn leger hadde begynt å skrive psykiatrihistorie i Norge, var Harald Thuen 1982. Kari Ludvigsen har benyttet innstillingen i Ludvigsen 1998. Blomberg bruker innstillingen i en rekke arbeider, se for eksempel Blomberg 2000 og 2002. Innstillingen er også brukt i en analyse av asylarkitektur i Norge, i Skålevåg 2002. Se også Skålevåg 2000. Innstillingen ligger også til grunn for Karlsen 2000.

Frederik Holst. Holst var i rundt et halvt århundre landets politisk viktigste og mest innflytelsesrike lege. Han er da også blitt omtalt som ”den største institusjonsbygger norsk medisin har fostret”.⁴¹⁹ Han avla den første doktorgrad noensinne ved Universitetet i Oslo i 1817 og ble professor i medisin ved samme institusjon i 1824.⁴²⁰ I perioden 1819-21 reiste Holst på en lang vitenskapelig utdannelsessturné gjennom flere land. Hans reise omfattet i tillegg til Heibergs reiserute gjennom Danmark, diverse tyske stater og Østerrike, opphold i Paris, Storbritannia og Irland. Hans hovedinteresser da han besøkte disse landene, var alt ”hvad der Henhørte til Hygiene-, Sindssyge-, Fattig- og Fængselsvæsen”.⁴²¹ Det var da også i gale- og fængselsvesenet han forsøkte å initiere reformer. Mens han var stadsfysikus i Christiania hadde han ansvar for å tilse fattigvesenets innretninger, og forholdene han påtraff i ”Opslo dollhus” fikk ham til å forfatte en rapport til den ansvarlige myndighet, Stiftsdireksjonen i Akershus, og senere med dennes samtykke publisere rapporten i *Budstikken* i 1822.⁴²² I samarbeid med stiftsamtmann Valentin Christian Wilhelm Sibbern (1779-1853) lyktes det ham å få til en delvis oppgradering av bygningene, men størst virkning skulle det få at han ved hjelp av den samme Sibbern, som også var stortingspresident, to år senere lyktes i å få Stortinget til å be regjeringen om å oppnevne en kommisjon som skulle undersøke de sinnssvakes kår i hele riket.

Før kommisjonen, hvor det var Holst som førte pennen og var den ledende kraft,⁴²³ kunne tre i virksomhet, anså Holst det for nødvendig å innhente to typer grunnlagsmateriale. For det første måtte det gjennomføres en landsomfattende telling av landets sinnssvake. Holst var sterkt påvirket både av den britiske tradisjonen for å telle for å planlegge politiske tiltak og den parisiske vektleggingen av statistikk i sin vitenskapeliggjøring av galebehandlingen.⁴²⁴ I tillegg ønsket Holst og hans komité å få tilsendt beskrivelser av alle landets ”dollhus”.

I hovedtrekk delte Holst og Heiberg det samme og nye utsynet på hva galskap var og hvordan det burde behandles; etter sine utenlandsreiser var de begge besjelet av den samme

⁴¹⁹ J. P. Collett: *Historien om Universitetet i Oslo*, Oslo 1999: 54, her etter Karlsen 2000: 282.

⁴²⁰ For Holsts biografi, se *Norske Leger*, bind III: 43-46.

⁴²¹ *Norske Leger*, bind III: 43.

⁴²² F. Holst: ”Beretning om Opslo Dollhus nuværende tilstand, samt wink til sammes hensigtsmessige indretning og forslag til oprettelsen af en ny helbredelsesanstalt for sindssvage” i *Budstikken* 1822: nr. 75-78. Her etter Ludvigsen 1998: 64-67.

⁴²³ De andre medlemmene av kommisjonen var stiftamtman Sibbern, høyesteretts-assessor Malthe Langberg, professor i medisin Magnus Andreas Thulstrup og professor i medisin N. B. Sørensen. Se Holst 1828: VI. Se Thuen 1982: 314 for en påvisning av at innstillingen i realiteten var Holsts verk.

⁴²⁴ For en presentasjon og analyse av tellingen, se Thuen 1982: 325ff. For en framstilling av Holsts påvirkningskilder for denne tellingen, se Karlsen 2000: 276-293.

optimismen for hva en medisinerledet innsats kunne utrette for de gale. Holst slo like kategorisk fast som Heiberg at en galeanstalt sin fremste oppgave var å helbrede dem som helbredes kunne.⁴²⁵ De fysiske omgivelsene var også for Holst ikke bare bekvemmeligheter, men først og fremst terapeutiske virkemidler. Suksessrik behandling var ”for en stor Deel (...) afhængig af Bygningens Form og øvrige Indretning”, skrev Holst.⁴²⁶

Men på ett viktig område skilte Holsts forslag seg fra Heibergs. Heiberg hadde i sitt forslag til nytt galehus ikke gjort et poeng ut av klassifikasjon av de sinnssvake utover den gamle skillelinjen mellom de rasende og de rolige, selv om han benyttet seg av flere av de latinske begreper som legevitenskapen benyttet som klassifikasjonsredskaper overfor de gale. Holst prediket derimot en noe mer nøyaktig klassifikasjon i streng overensstemmelse med Pinel og Esquirol, en klassifikasjon som la særlig vekt på å skille mellom helbredelige og uhelbredelige sinnssvake. Førstnevntes hovedverk ble hyllet av Holst, og Holst fulgte sistnevntes undervisning under sitt Paris-opphold.⁴²⁷ Holsts tilknytning til den parisiske skolen kom tydelig til uttrykk på skjemaet han fikk utarbeidet til bruk for prestene da de skulle telle prestegjeldenes sinnssvake. Pinel, og senere Esquirol, hadde i sitt system ført opp fire hovedtyper av sinnssvakhet: Maniaci, Melancholici, Dementes og Idiotæ.⁴²⁸ De franske legene var særlig opptatt av hvilke typer som kunne helbredes, og de anså alle som hadde medfødt sinnssvakhet⁴²⁹ for uhelbredelige. I tillegg var det avgjørende at sykdommen ikke hadde vart for lenge, og at sykdommen var uforstyrret, det vil si at ingen forsøk var gjort for å helbrede vedkommende. Følgelig besto Holsts skjema av fire hovedkategorier tilsvarende den parisiske inndeling. I tillegg ble det spurt om hvor lenge tilstanden hadde vart, og om sykdommen var forsøkt behandlet av lege; alt i tråd med Esquirols lære.

Klassifikasjonen var viktig som kjennetegn for den nye vitenskapelige praksis som den ”psychiske Lægevidenskab” bedrev. Denne virksomheten ”kan leses som et arbeid mot å innordne galskapens ulike manifestasjoner i et koherent kunnskapssystem”.⁴³⁰ I tellingen av

⁴²⁵ Se for eksempel ”Forerindring” i Holst 1828: 1-2.

⁴²⁶ Holst 1828: 10.

⁴²⁷ Karlsen 2000: 283.

⁴²⁸ Goldstein 1983.

⁴²⁹ Winge 1913: 35-38 viser at det her var forskjell mellom Pinel og Esquirols terminologi. Pinel hadde ment at idiotisme kunne ramme et tidligere friskt menneske, mens Esquirol mente at idiotisme alltid var medfødt.

Mennesker som mistet sine åndsevner i løpet av livet var følgelig demente, ikke idioter, ifølge Esquirol. Holst støttet Esquirol i denne saken, noe som definisjonen i tellingsskjemaet klart viser da ”Idiotæ” defineres ut fra at det er medfødt. Se Holst 1828: vedlegg.

⁴³⁰ Skålevåg 2000: 355.

”sinnssvake” var det derfor svært viktig å kode tallopplysningene i overensstemmelse med en vitenskapelig klassifikasjon slik at de kunne innordnes og bidra til byggingen av dette kunnskapssystemet. Det er imidlertid verdt å merke seg, som Svein Atle Skålevåg har gjort, at klassifikasjonene av galskapen aldri har korrelert med klassifiseringene som ble foreslått i institusjonenes arkitektur.⁴³¹ En ting var en teoretisk klassifisering basert på antatte årsaksforhold og observerbare symptomer, en helt annen var hvordan man skulle innrette det praktiske livet i institusjonene. I Holst-komiteéns klassifikasjon av galskapen, var det imidlertid ett teoretisk viktig skille som kunne oversettes til institusjonsbyggingen, nemlig skillet mellom helbredelige og uhelbredelige. Heiberg hadde bare snakket om én helbredelsesinstitusjon for gale i Bergen. Holst derimot, mente at to typer institusjoner måtte bygges. De uhelbredelige trengte nemlig ikke annet enn å få sine ”fysiske Fornødenheder” dekket. Hvis man i tillegg sørget for at de ikke kunne skade seg selv eller andre, ja, så var ”vore Forpligtelser imod dem (...) opfyldte.”⁴³² Forpliktelsene bestod altså av en slags humanistisk minstestandard ethvert menneske hadde krav på. Holsts tenkning inneholdt klart en utilitaristisk bestanddel siden dette handlet om et slags regnskap: De helbredelige, som altså kunne føres tilbake til samfunnet som dugelige og produktive borgere, burde det nemlig investeres langt mer midler i, både i innredning og bestyrelse. Om Heiberg var uenig i en slik inndeling, eller om han tok det for gitt at hans nybygg var forbeholdt helbredelige, og at uhelbredelige ville bli oppbevart i det gamle galehuset, er ikke mulig å lese ut av forslaget hans.⁴³³ Det viktige var uansett at Holst og Heiberg, på bakgrunn av sine erfaringer og kunnskaper fra utlandet, anså ”sinnssvake” for helbredelige og at helbredelse var en galeinstitusjons primære målsetning.

I to andre spørsmål brøt imidlertid Heiberg helt klart med Holsts anbefalinger for god byggeskikk for de gale. Holst la nemlig stor vekt på at en slik institusjon måtte legges ut på landet, og slett ikke midt i en by. Dette var av hensyn til de gale, skrev Holst. Ved ”Opslo Dollhus”, hvor Holst hadde sitt opprinnelige møte med galebehandlingen, hadde pasientene

⁴³¹ ”The theme of classification is important both in psychiatric theory and in psychiatric architecture, and yet those two modes of classification never coincide”. Skålevåg 2002: 53.

⁴³² Holst 1828: 7.

⁴³³ Det finnes imidlertid en annen stor forskjell mellom de to forslagene, men som ikke vil bli forfulgt her, nemlig i de arkitektoniske uttrykkene. Heibergs galehus skulle i størst grad ligne et vanlig bolighus. Forslaget bringer tankene hen til The York Retreat hvor iscenesettelsen av den borgerlige familie hvor legen spilte *pater familias* og de gale var barna som ble rettleidet og kunne falle til ro i den familiære atmosfære som rådet. (Foucault 1973: 201ff.) Svært annerledes var Holsts forslag basert på Glasgow Asylums radial- eller strålesystem. Radialbygget var en modifisert versjon av det benthamske panoptikon hvor vokterne og det sosiale samværet skulle kunne overvåkes fra en sentral del av bygget. (Skålevåg 2002: 52ff og Thuen 1982: 323-325.).

vært plaget av forbipasserendes spott og spe. I tillegg var en behagelig utsikt, og viktigst av alt, mulighet for de syke til ”at Sysselsætte sig med Mark- og Haugearbeide”, viktige bestanddeler i helbredelsesregimet.⁴³⁴ Som vi har sett, var også Heiberg opptatt av at de syke skulle utføre kroppsarbeid utendørs, noe han mente at grøfting av den store, fuktige engen ville egne seg utmerket til. Heiberg hadde også i sitt forslag gjort oppmerksom på at det ikke fantes mer enn én-etasje bygninger i nærheten av engen, og at man ved et høyt plankegjerd kunne hindre innsyn for de passerende og slik verne de gale. Heiberg var altså enig med Holst i prinsippene om isolasjon fra omverdenen og anledning til fysisk arbeid i det fri; det var bare det at han mente å kunne oppfylle disse prinsippene ved å oppføre det nye galehuset på engen bak sykehuset i en (ennå) lite bebygget del av byen.

Det andre spørsmålet hvor Heiberg og Holst skiltes ad, var i spørsmålet om galestiftelsens uavhengighet. Holst så det som svært viktig at nye stiftelser for de gale skulle ha egen økonomi og administrasjon.⁴³⁵ Holsts erfaring tilsa at så lenge fattigvesenet skulle finansiere driften, med alle de utgifter og krav dette vesenet ble møtt med, så ville det aldri la seg gjøre å finne rom i budsjettene for verken bygging eller drift av nye og helbredende bygg for gale. Det var derfor staten som måtte ta ansvar og finansiere byggingen av nye galehus med selvstendige økonomier, egne leger og egne administrasjoner. For Heiberg var imidlertid utgangspunktet ganske annerledes. I Bergen var det slik at et nytt bygg for de gale skulle finansieres av sykehuset, og følgelig utgjorde det en del av sykehuset. Heiberg leverte uansett sitt forslag i egenskap av å være overlege for både sykehuset og galehuset, og planla nybygget som en integrert del av sykehuskomplekset på Engen. Holsts frykt for underfinansiering av galeinstitusjonen var ikke tilstede i Heibergs situasjon. Tvert imot så Heiberg store fordeler i den nære tilknytningen mellom gale- og sykehus. De gale fikk et godt legetilsyn, spiste mat fra sykehusets eget kjøkken og ble effektivt administrert av de to institusjonenes felles administrasjon. Samlokalisasjonen og sammenvevingen av de to institusjonene var en god, besparende og effektiv løsning som ikke ville gå utover kvaliteten til det nye bygget, men tvert imot garantere for denne. I ulikhetene mellom Holst og Heiberg, altså lokalisasjonen og uavhengigheten til den nye stiftelsen, skal vi finne mye av vår forklaring om hvorfor den nye porten ble bygget i Bergen på 1860-tallet.

⁴³⁴ Holst 1828: 11.

⁴³⁵ Holst 1828: 18f.

Holst-kommisjonens endelige forslag til Stortinget i 1827 konkluderte med at det måtte bygges fire helbredelsesanstalter for "Sindssvage" i Norge. De skulle legges til henholdsvis Christiania, Christiansand, Bergen og Trondheim. Bygget i hovedstaden skulle romme 100 personer, de tre andre i gjennomsnitt 50 personer. Helbredelsesanstaltene skulle være statens ansvar. I tillegg skulle amtene pålegges å bygge til sammen syv enkle "Pleiestiftelser for uhelbredelige Sindssvage" med plass til 166 mennesker, eventuelt sette i stand sine gamle galehus slik at de møtte den humanitetsstandard som Holst og hans kommisjon opererte med.⁴³⁶ Saken ble imidlertid aldri fremmet for Stortinget dette året. Med henvisning til at utredningen ikke var kommet regjeringen i hende før langt ut i Stortingets forhandlinger, så ville ikke regjeringen fremme saken. I stedet ble det bestemt av Stortinget at kommisjonens innstilling skulle bli trykket på statens bekostning og slik ville de nye idéer bli kjent og "Nationen [vil] gjøres bekjent med Trangens Storhed og efterhaanden forberedes til de betydelige Opoffrelser, som den, for at afhjælpe denne Trang, dog engang maa gjøre".⁴³⁷ Tiden ble imidlertid aldri sett som tilstrekkelig moden for å be Stortinget om de "betydelige Oppofrelser" som saken krevde: Holst-kommisjonens arbeid ble aldri behandlet i landets nasjonalforsamling.⁴³⁸ Dets viktighet knyttet til at Holst beredte marken for Herman Wedel Major og hans vellykte forsøk på å få vedtatt Sinnssykeloven og tilhørende statlig bygging av helbredende galehus et par tiår senere. I vår sammenheng skal Holst og hans kommisjons arbeid få en langt mer direkte, og til nå lite påaktet, betydning; nemlig dens innvirkning på planene for bygging av en ny galeinstitusjon i Bergen.

Mot bygging i Bergen

Etter at Heiberg hadde levert sitt forslag til Bergens stiftsdireksjon i februar 1825, gikk saken sin gang mellom byens ulike myndigheter. Basert på en rekke kritiske bemerkninger som forslaget hadde mottatt på denne runddansen, leverte Heiberg et endelig forslag i april 1826. Heiberg sto nå på det nærmeste på flyttefot til hovedstaden og en stilling som reservelege ved Rikshospitalet. Det var i Christiania han bygget sin medisinske karriere; en karriere som førte ham fram til en professortittel i medisin. Karrieren hadde intet med psykiatri å gjøre, men i stedet hans egentlige spesialitet, nemlig øyekirurgi. Han søkte avskjed den samme måneden

⁴³⁶ Holst 1828: 114ff.

⁴³⁷ Stortingspresident C. Krohg den 5. juni 1827 i Stortinget, referert i Holst 1828: IV-V.

⁴³⁸ Se Ludvigsen 1998: 72 ff, om forslagens skjebne, samt de mer beskjedne forslag som faktisk ble fremmet for Stortingene i 1830 og 1836 – og nedstemt.

han forfattet sitt endelige forslag, og fra 15. mai 1826 var han fri fra sitt embete i fødebyen.⁴³⁹ Hans etterfølger i overlegeposten ble hans studie- og reisekompanjong Christian Wisbech, men hele tiden var det Heibergs plan som lå til grunn for byggingen av det nye galehuset i Bergen.

Da Heiberg hadde svart på innvendingene mot planen, og både Sykehuskomité og Stiftsdireksjon i Bergen sto samlet bak Heibergs forslag, så ble alle sakens papirer sendt inn til Kirkedepartementet. Departementet ba sin fremste sakkyndige, Holst, om å vurdere planene for bygging i Bergen. Holst-kommisjonen hadde imidlertid ikke mottatt tilstrekkelig mange talloppgaver fra den store tellingen som var i gang, til at den fant å kunne avgi betenkning om hensiktsmessigheten av å bygge nytt i Bergen.⁴⁴⁰ Dette var sommeren 1826. Litt utpå høsten mente imidlertid Holst at han hadde fått tilstrekkelig med tall til å kunne mene noe om byggeplanene i Bergen, og innstilte overfor departementet på at de bergenske myndighetene måtte oppfordres til å utsette byggeplanene sine. Departementet informerte Stiftsdireksjonen om dette, og spurte ”om det ikke med Leie af et Passende Locale for de Sindssvage, skulde være muligt at udsætte Oprettelsen af det proprietære Dollhuus til næste Storthing ”?⁴⁴¹ Holst ønsket selvsagt at byggingen av et nett av helbredelsesanstalter for ”Sindssvake” utover landet skulle styres fra sentralt hold i tråd med hans prinsipper. Lokale initiativ kunne kludre til en slik stor plan, og derfor ønsket både han, kommisjon og departement at bergenserne i det minste ventet til saken var fremmet for Stortinget året etter.

Men Holst-kommisjonens utsettelsesforslag til tross, det som møtte dem i Heibergs forslag var på ingen måte egnet til å forarge dem. Kommisjonen la til at hvis ikke det lot seg gjøre å vente, så kunne ”intet finnes imod, at Communen opføre det foreslaede Dollhuus”, om enn med en del modifikasjoner som kommisjonen ønsket gjort med byggeplanene. Den viktigste modifikasjonen var nybyggets størrelse.⁴⁴² Heibergs forslag hadde bare tatt høyde for cirka 30 personer innlagt i dårehuset, Holst mente at antallet måtte økes til rundt 40. Modifikasjonene, som Heiberg og de bergenske myndighetene aksepterte, økte byggebudsjettet med rundt 25 %, til omkring 6500 spd. Holst fikk altså anledning til både å godkjenne og å påvirke de bergenske byggeplanene, og den nye galeanstalten i Bergen kan i en slik forstand sies å være det eneste materielle og påtagelige resultatet av Holst-kommisjonens arbeid og importen av

⁴³⁹ Statsarkivet i Bergen, Bjørgvin Stiftsdireksjon, Journal 5 1826-27, sak 535/26.

⁴⁴⁰ Statsarkivet i Bergen, Bjørgvin Stiftsdireksjon, Journal 5 1826-27, sak 772/26.

⁴⁴¹ Statsarkivet i Bergen, Bjørgvin Stiftsdireksjon, Journal 5 1826-27, sak 1016/26.

⁴⁴² Holst 1828: 51.

kunnskap om den europeiske asylbevegelsen på 1820-tallet til Norge, i motsetning til hva tidligere forskning har hevdet.⁴⁴³

For i motsetning til Holsts landsomfattende nett av helbredelsesanstalter, og til tross for oppfordringen om å utsette byggingen, så ble det lokale forslaget om helbredelsesanstalt i Bergen realisert. På den nest siste dagen i 1826 vedtok Sykehuskomitéen i Bergen enstemmig å ignorere departementets utsettelsesforslag med henvisning til det eksisterende galehusets slette tilstand, og straks startet arbeidet med byggingen.⁴⁴⁴ En byggekomité, ledet av Wisbech, ble straks satt i arbeid. Det skulle ta seks år før bygget sto klart til innflytting. Det var en rekke byggtekniske utfordringer som måtte avgjøres, for eksempel førte Heibergs forslag om oppvarmingsmetode til en 1,5 år lang debatt som til slutt ble avgjort av Professor Keyser i Christiania.⁴⁴⁵ Det er imidlertid ikke noe i byggeprosessen, ei heller senere beskrivelser av bygget, som tyder på at Heibergs plan ble fraveket i nevneverdig grad. Men hvordan kunne det ha seg at det i 1833 var mulig å åpne en helbredelsesanstalt i Bergen, når Holst og hans medprofessorer i den Stortings-oppnevnte kommisjonen ikke engang lyktes i å få forslaget sitt realitetsbehandlet i nasjonalforsamlingen? Hvordan kunne provinsbyen Bergen ta på seg å bygge noe slikt når staten ikke så seg råd til å bygge selv en eneste slik anstalt? Svaret er likeså enkelt som det kanskje er overraskende: I Bergen fantes det nemlig penger til overs på sykehusets budsjett.

Rettere sagt hadde sykehuset i Bergen en stor sum til gode i bykassen. Denne omstendigheten hadde sin årsak i et gammelt reskript som omhandlet de tidligere omtalte ”Mudderpengene”. Etter at reskriptet i 1758 hadde bestemt at Muddervesenets overskudd skulle tilfalle

⁴⁴³ Den oppfatning som så langt har dominert bygger på at intet ble realisert før Majors Sinnssykelov og byggingen av Gaustad rundt 1850. Se for eksempel Thuen 1982: 313 som innleder sin artikkel slik: ”På slutten av 1700-tallet og inn i det kommende århundret vokste det fram en reformbølge innen sinnssykestellet ute i Europa: asylbyggingen tok til. Reformene nådde også Norge, men satt først på midten av 1800-tallet konkrete spor etter seg med opprettingen av landets første moderne statsasyl, Gaustad.” Eller Blomberg 2000: 349f: ”Felles for alle forslagene (Bruun, Trondheim og Holst) er at ingen av dem ble iverksatt. Noen utvidelser av eksisterende anstalter og noe nybygging forekom i løpet av første halvdel av 1800-tallet, men de synes ikke å være spesielt påvirket av Holst eller Dollhuskommisjonen (f. eks. Bergens nye indretning, (...)). De første påtagelige endringene kom på 1850-tallet og utover.”

⁴⁴⁴ Sykehuskomitéens vedtak ble senere approbert av Stiftsdireksjonen, se Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Eø Diverse pakkesaker for Sykehuskomitéen, Volum 1 1825-36. Se også Jürgenssen 1907: 440-441.

⁴⁴⁵ For et inntrykk av den omstendelige byggeprosessen generelt, se Statsarkivet i Bergen, Bjørgvin Stiftsdireksjon, Journal 5 1826-27, sakene 165/27, 270/27, 295/27, 827/27, 925/27, 1380/27 og 1454/27; Journal 6 1828, sakene 133/28, 190/28, 464/28, 465/38, 1030/28 og 1110/28; Journal 7 1828-29, sakene 1189/28, 1277/28, 1380/28, 1504/28 og 1290/29 (her omtales saken med Professor Keyser); Journal 8 1830-31, sakene 829/30 og 827/31; Journal 9 1832-34, sak 521/32. Se også et sammendrag skrevet i 1836 på bakgrunn av Sykehuskomitéens forhandlingsprotokoll (selve protokollen er gått tapt) i Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Eø Diverse pakkesaker for Sykehuskomitéen, Volum 1 1825-36.

Fattigvesenet i Bergen, så slo et reskript i 1792 fast at nærmere halvparten av disse pengene fra nå av skulle tilfalle sykehuset.⁴⁴⁶ Sykehuset ble nå en egen stiftelse med en egen økonomi. Mudderoverskuddene må ha vært mer enn tilstrekkelige for sykehusets daglige drift. I begynnelsen av 1825 beregnet Stiftsdireksjonen at "Sygehuset her i Byen har tilgode 8 a 10 000 Spd",⁴⁴⁷ en anselig sum penger. I trygg forvissning om at sykehuset kunne bygge en helbredelsesanstalt uten å sette det i gjeld,⁴⁴⁸ så kunne Stiftsdireksjon og Sykehuskomité suverent sette departementets oppfordring om utsettelse til side. Holst-kommisjonen hadde da også sagt at den ikke motsatte seg nybygget på et faglig grunnlag så lenge dens endringsforslag ble tatt til følge. Sammenfallet mellom denne økonomiske muligheten, Hallagers initiativ til et nybygg for de gale og hans påfølgende dødsfall, ansettelsen av Heiberg som var fylt av kunnskap om og entusiasme for asylbevegelsens prinsipper – alt dette bidro til at det i Bergen den 1. august 1833 kunne åpne en helbredelsesanstalt kalt Bergens Mentale Sygehus, til daglig kalt Mentalen.⁴⁴⁹

Se til Bergen!

Drøyt ti år etter åpningen av helbredelsesanstalten Mentalen i Bergen, fikk byen besøk av en nasjonal helt i fortellingen om psykiatriens historie i Norge, Herman Wedel Major.⁴⁵⁰ Major er pionéren, lovbyggeren og institusjonsbyggeren i norsk psykiatriens historie. Major sees som Holsts etterfølger, om enn med den store forskjellen at Major lyktes der Holst mislyktes, i arbeidet for å reformere galebehandlingen i Norge til å stemme overens med "asylbevegelsens" prinsipper i utlandet. Majors livsverk var den norske Sinnssykeloven av 1848 og den påfølgende byggingen av landets første statsasyl, Gaustad utenfor Christiania i

⁴⁴⁶ Se reskript av 9. mars 1792 i *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813*, bind 3, Christiania 1843: 583f.

⁴⁴⁷ Avskrift fra Sykehuskomitéens forhandlingsprotokolls referat fra et møte den 27. januar 1825 i Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Eø Diverse pakkesaker for Sykehuskomitéen, Volum 1 1825-36.

⁴⁴⁸ Ifølge Herman Wedel Major: *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge i 1846*, Christiania u. å.: 6, kostet Mentalen totalt 11 655 spd, inkludert inventar.

⁴⁴⁹ Jeg har ikke lyktes i å finne et vedtak om navnevalget. Som tidligere nevnt er begrepsbruken i denne overgangstiden svært mangeartet og navnevalget for Mentalen forsterker bare dette inntrykket. Holst hadde tatt til orde for at stiftelsene både for helbredelige og uhelbredelige måtte gis navn som gjorde at verken pasientene følte det belastende å være der eller at mennesker utenfor kunne bruke navnet til å gjøre narr av de syke. (Se Holst 1828: 24.) Dette hadde imidlertid neppe påvirkning på navnevalget i Bergen da Holst ønsket at navnet for helbredelsesanstaltene skulle være St. Johannes. Majors foretrukne terminologi med "asyl" var ennå ikke kommet i bruk og kan heller ikke forklare navnet.

⁴⁵⁰ For eksempel refererer Einar Kringlen til Major som "en tragisk helt" i Kringlen 2007: 49 og som "hero" i Einar Kringlen: "A history of Norwegian psychiatry" i *History of Psychiatry* 2004; 15: 261. Et typisk helteportrett av Major er å finne i Nils Retterstøl, "Herman W. Major – "far" til norsk psykiatri" i *Tidsskriftet for den norske lægeforening*, 2000; 120: 3562-3563. http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=226458 (tilgjengelig mai 2008). For en grundig presentasjon av Major og hans familieforhold, se Erling Sagedal: *Eg sykehus 100 år 1881-1981*, Kristiansand 1981: 7-15.

1855. Med Svein Atle Skålevågs ord kan vi si at Major ”takket være et dramatisk liv og en ensom innsats ble en legende og et symbol på den medisinske, altruistiske humanismen.”⁴⁵¹

Dramatikken i Majors liv besto først og fremst av hans spektakulære endelikt da han etter å ha takket nei til stillingen som direktør ved Gaustad, visstnok på grunn av hans egen mentale helse,⁴⁵² forsøkte å emigrere med hele sin familie til USA, men hvor de alle omkom i et skipsforlis på veien.

Selv om Holsts store plan aldri ble realisert, så ble det arbeidet for å fremme saken. Et av disse initiativene var at Det medisinske fakultet ved Universitetet, i 1842, valgte, at det ved sin kommende stipendtildeing, skulle prioritere utdannelsen av en spesialist i det som i tiden blant annet ble kalt ”psychisk Lægevidenskab” og ”Psychiatri”.⁴⁵³ Målsetningen var at en norsk lege slik skulle kunne kvalifiseres til å lede arbeidet for å realisere Holsts anstaltplaner. Ingen av søkerne, deriblant Major, fantes imidlertid kvalifiserte for stipendet. Men også på andre hold ble det på samme tid arbeidet med saken, og da arkitekt Heinrich Ernst Schirmer (1814-1887) skulle utenlands for å studere katedraler, fikk han i oppdrag av regjeringen om også å sette seg inn i konstruksjonen av fengsler og galeanstalter. Schirmer var Majors svoger, og Major slo følge med Schirmer på hans utenlandsturné gjennom England, Tyskland og Belgia. Major dro ikke hjem etter turnéen, men tok opp igjen sine studier hos professor Peter Willers Jessen (1793-1875) i Slesvig som han hadde stiftet bekjentskap med i 1842 da han brakte sin syke forlovede til Jessens helbredelsesanstalt der. Da Major søkte reisestipend på nytt i 1844, var hans kvalifikasjoner gjennom reise og studier langt bedre og følgelig fikk han stipendet. Som forutsetning for det treårige stipendet, var det satt krav om at mottakeren måtte utarbeide et fullstendig forslag til en helbredelsesanstalt for gale. Et slikt forslag leverte han, i samarbeid med Schirmer, i 1845 til Kirkedepartementet. Forslaget ble også publisert i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie* for å skape debatt, på samme vis som Holst-kommisjonens arbeid nesten tyve år tidligere også var bestemt publisert for å fremme saken og dens oppslutning.

⁴⁵¹ Skålevåg 2003b: 38.

⁴⁵² Skålevåg 2003b: 49, note 13 gir et overblikk over de ulike teorier og forklaringer som Majors overraskende nei til direktørposten ved Gaustad har produsert. I tillegg til tesen om Majors sviktende mentale helse, er det også fremmet forslag om at en konflikt med statsråden for Indredepartementet, Fredrik Stang, skal ha ligget bak Majors avgjørelse. Etter denne tid har Einar Kringlen publisert enda en versjon som nok en gang legger vekt på Majors mentale helse, en versjon som bygger på papirer Johan Scharffenberg etterlot seg og som han planla til en biografi om Major; se Kringlen 2007: 50 og 470-472.

⁴⁵³ Ludvigsen 1998: 77. Det følgende om Majors stipendtildeing og reiser, bygger på Ludvigsen 1998: 76ff, der ikke annet er oppgitt.

Majors virksomhet førte til reaksjoner, også i Bergen. Etter at Major i *Morgenbladet* hadde uttalt seg om tilstanden i den norske galepleien, forfattet redaksjonen i *Bergens Stiftstidende* en artikkel som skulle opplyse reformatoren om hva som faktisk allerede eksisterte innen rikets grenser:

For nogen Tid siden læste man fra Cand. Med. Major, som paa offentlig Bekostning har reist i Udlandet for at gjøre sig bekjendt med de imod Sindssygdomme der trufne Foranstaltninger, en Opsats i Mgbl. Angaaende samme Gjenstand i vort Fædreland. Vi bleve da opmærksomme paa, at han neppe kan have kjendt det herværende Mentalsygehuus, og da vi antog, at dette, om end staaende tilbage for kostbarere Indretninger af Lignende Art i andre Lande, dog efter vore indskrænkede Resourcer opfylder alle billige Fordringer, og fortjener at kjendes som saadant, har vi erhvervet derom nedenstaaende Underretning.⁴⁵⁴

Major hadde framstilt Norge som et sted uten helbredelsesanstalter for de gale, noe den bergensbaserte avisen var uenig i. Mentalen var kan hende ikke så sjenerøst utstyrt som anstalter Major hadde besøkt i utlandet, men *prinsipielt* og *kvalitativt* var det ikke noen forskjell mellom utlandets og Bergens helbredelsesanstalt, og den fortjente altså "at kjendes som saadant". På samme vis skilte Mentalen seg kvalitativt og prinsipielt fra de galeinnretninger som ellers fantes i Norge. Med dårlig skjult stolthet over Bergens overlegenhet på området, trykket derfor avisen en lengre beskrivelse av Mentalen og dens virksomhet. I denne beskrivelsen er mange av "asylbevegelsens" honnørord og prinsipper på plass: De syke skulle behandles med "Taalmodighed, Kjærlighed og Agtelse"; kjønnene skulle holdes atskilte; man skulle spise måltidene sammen; de syke skulle arbeide og det hele ble styrt av legene (som Mentalen riktignok måtte dele med sykehuset). Helbredelsesraten var da også imponerende. Totalt hadde Mentalen på drøye ti år behandlet 393 syke. Av disse var 241 utskrevet som helbredet, 17 uhelbredet, 34 i bedring og 61 døde. Tallene omfattet imidlertid et ikke oppgitt antall gjengangere som fikk tilbakefall og måtte tilbake til institusjonen. Uansett var utskrivning som helbredet det mest sannsynlige resultatet for dem som havnet på Mentalen. Slik denne rapporten så ut, var Heibergs plan utført og det med strålende resultater.

Bergens Stiftstidendes beskrivelse av Mentalen viste også at Holsts forslag om å todele sinnssvake i to forskjellige institusjoner, én for helbredelige og én for uhelbredelige, var tatt til følge i Bergen etter Heibergs avreise. Mentalen ble nemlig brukt utelukkende til dem som ble bedømt til å være helbredelige, noe som nok hjalp godt på suksessraten. Til å begynne

⁴⁵⁴ *Bergens Stiftstidende*, 1845 no. 36.

med ble de uhelbredelige plassert i det gamle galehuset, men ettersom denne bar spor av ”paa hvilken afskyelige Maade disse Ulykkelige i Fortiden havde været behandlede” så ble denne revet og en ny bygning oppført i 1843 som ”i alle Henseender svarer til nutidens Fordringer” og ble brukt som ”Pleiestiftelse for uhelbredelige Sindssyge”.⁴⁵⁵

Fortellingen om et forfall

Majors manglende kjennskap til landets egne galeanstalter kom han raskt til å bøte på. Som en del av sin reisevirksomhet turnerte han i 1846 Sør-Norge og besøkte alle landets offentlige galeanstalter. Hans erfaringer fra disse besøkene ble sendt myndighetene og også utgitt som eget skrift.⁴⁵⁶ Majors dom over Bergens anstalt var todelt. Mentalen fikk mye ros. Den utmerket seg ved sine ”store, lyse og luftige” rom og utgjorde en kontrast til ”Landets øvrige Sindssyge-Hospitaler [hvor] man [har] taget Middelalderens motbydelige og usunde Dolhuse til Mønster...”⁴⁵⁷ Han likte imidlertid ikke Mentalens plassering midt i en by, men uansett var anstalten klart landets mest hensiktsmessige. Det som falt Major tungt for brystet var at ikke denne bygningen hadde utøvd en positiv påvirkning på de andre galeanstaltene som enten var ombygget eller reist i ettertid, slik som galehuset i Trondheim. Forklaringen på at det selv etter Mentalen kunne bygges middelalderske innretninger, lå for Major i at det ikke fantes et sentralt organ som koordinerte og samordnet byggingen av slike anstalter, men i stedet var ”overladt (...) til de forskjellige Kommuners Forgodbefinnende”.⁴⁵⁸ Det fremste beviset for dette lå i at selv i Bergen som altså hadde fostret kvalitetsanstalten Mentalen, fantes en senere innretning som på ingen måte fant nåde for Majors blikk. Pleiestiftelsen for uhelbredelige sinnssyke, som *Bergens Stiftstidende* året i forveien hadde hyllet som nok et humanistisk bidrag til galepleien i byen, ble av Major stemplet som fullstendig utilstrekkelig. Hans kritikk dreide seg om de samme punkter som Heiberg hadde vært så opptatt av: Vinduene var for små - bare noen glugger høyt på veggen; de tolv cellene lå i en dunkel gang; luftvekslingen var høyst mangelfull; kjønnene var ikke atskilt og dermed måtte alle holdes innelåst til alle tider: ”Man har her tilsidesat alle de videnskapelige Regler og humane Hensyn, som i den ældre Bygning ere befulgte”, skrev Major.⁴⁵⁹ Pleiestiftelsen for de uhelbredelig sinnssyke i Bergen ble derfor et viktig argument i Majors kampanje for at staten måtte overta det overordnede

⁴⁵⁵ *Bergens Stiftstidende*, 1845 no. 36.

⁴⁵⁶ Herman Wedel Major: *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge i 1846*, Christiania u. å.

⁴⁵⁷ Major u. å.: 7.

⁴⁵⁸ Major u. å.: 7, om Trondheim: 10ff.

⁴⁵⁹ Major u. å.: 7.

ansvaret for sinnssykevesenet og at en egen lov måtte skape et bolverk mot at slike skadelige innretninger kunne bli bygget i framtiden.

Da Majors ramsalte kritikk av utviklingen i Bergen i årene etter byggingen av Mentalen, ble offentlig kjent, forsøkte Heibergs etterfølger, Christian Wisbech, å ta til motmæle. Wisbech er, i slående kontrast til Heiberg, nesten usynlig i kildene. Hans interesse for galebehandling virker ikke å ha vært overvettets stor. Det er for eksempel merkelig at han ikke på noe sted omtaler behandlingen av de gale i sine ellers så fyldige og nøyaktige årsberetninger for sykehuset i årene 1827-29.⁴⁶⁰ I sitt forsvar mot Majors kritikk, så var da også et av hans hovedpoenger at de to legene ved institusjonen ikke bare hadde de gale å ta hånd om, men også et sykehus med et gjennomsnittlig belegg på 70-80 pasienter og at lønnen tilsa at de i tillegg måtte drive privat praksis.⁴⁶¹ Ifølge Wisbech fantes det altså rett og slett ikke tid til å befatte seg med behandlingen av de gale. Wisbech avsluttet sitt noe defensive forsvar med helhjertet å slutte seg til Majors ønske om å forbedre sinnssykepleien i landet, og at det kanskje viktigste redskapet i så måte var å gjøre dette til et "Statsanliggende".⁴⁶²

Lite var igjen av den stolte tonen i *Bergens Stiftstidendes* belæring av Major fra året før han besøkte byen. Nå var det i Christiania den øverste myndighetsperson i galebehandling befant seg, og i hovedstaden var de første skritt tatt til å virkeliggjøre landets første "statsasyl".⁴⁶³ Bergen var havnet i bakleksen, og Majors beskrivelse av utviklingen som nedadgående etter at Mentalen sto ferdig i 1833, festet seg, og kom til å prege den måte Mentalen ble omtalt på da den ble lagt under kritisk blikk også i Bergen. I et representantskapsmøte i Bergen bystyre i 1849 ble det diskutert om Mentalen skulle skaffes en egen inspektør. Rådmann Jacob Krefting Bonnevie argumenterte for nødvendigheten av en egen inspektør i anstalten med å vise til at ingen orden og plan rådet i Mentalen. Som eksempel på hvor ille det sto til, viste han til at han bare en eneste gang hadde fått se et regulativ for driften, men dette ble på ingen måte tatt seriøst og ble betraktet som et "historisk Curiosum".⁴⁶⁴

⁴⁶⁰ Disse beretningene ble publisert i *Eyr*, det første medisinske tidsskriftet i Norge, i henholdsvis 1828, 1829 og 1830. Her gikk Wisbech gjennom samtlige sykdommer som var representert i sykehuset og fortalte om behandlingen av de ulike.

⁴⁶¹ *Bergenske Blade*, 1848 no. 9.

⁴⁶² *Bergenske Blade*, 1848 no. 9.

⁴⁶³ Stortinget vedtok i 1847 å kjøpe tomten Gaustad i Aker. Ludvigsen 1998: 86.

⁴⁶⁴ *Bergenske Blade*, 1849 no. 195.

Denne kritikken fikk Mentalen og sykehusets nye overlege,⁴⁶⁵ Daniel Moldenhawer Bull, mannen som 14 år senere skulle initiere byggingen av porten, og hans reservelege, Daniel Georg Martens (1817-1898), til å gripe til pennen. Over hele førstesiden på *Bergenske Blade* gikk de til angrep på byens rådmann og den kritikk han hadde ytret mot byens galeanstalt. De ga Bonnevie rett i at det fantes et regulativ som på ingen måte ble etterlevd. Årsaken lå i at regulativet var hentet direkte fra et av Tysklands fremste "Sindssyge-Hospital (...) Horns afdeling i Berliner-Chariteen".⁴⁶⁶ Dette regulativ var kan hende lempelig for en stor og velutstyrt institusjon, men i Bergen var det ikke engang til å tenke på å følge dette regulativet, hevdet Bull og Martens. Det ble ikke opplyst om hvem som innførte regulativet, men det hadde vært der fra starten, og sannsynligvis var det vel noe som enten Heiberg og Wisbech brakte med seg hjem eller noe som Heiberg fikk tilsendt under sitt arbeid med byggeplanene for Mentalen, da han hadde hatt kontakt med blant annet professor Casper ved Chariteen.⁴⁶⁷ Regulativet må ha vært temmelig omfattende, for Bull og Martens forsvarte seg med at det vanskelig lot seg gjøre å undervise de gale uten lærere, at gymnastikk ikke kunne utføres uten gymnastiske apparater og at musisering var umulig uten musikkinstrumenter. Riktignok hadde det i de første år blitt eksersert en del under ledelse av en lærer - tregeværerne fantes fremdeles på loftet kunne legene opplyse⁴⁶⁸ - men Wisbech hadde bestemt at ekserseringen hadde lite for seg og avsluttet dette. Regulativet var i det hele tatt umulig å etterleve fordi man hadde "overplantet fra en fremmed Jordbund, hvad der endnu ikke kunde trives her".⁴⁶⁹ Ikke bare manglet anstalten utstyr, men de dannete aktivitetene regulativet foreskrev for pasientene, fordret pasienter av en "bedre Classe" enn de bønder og generelt folk fra den lavere klasse som Mentalen rommet. Det tjente derfor Wisbech til ære at han gjennom å prøve og feile og selv vurdere hva som var formålstjenlig, hadde kommet fram til hvordan intensjonen og kunnskapen i det tyske regulativet kunne tillempes og ivaretas i fattiganstalten Mentalen, mente legene.

Stridens kjerne mellom legene og rådmann Bonnevie var nettopp om Mentalen ivaretok kjernen i det gamle regulativet, i praksis om det fantes en planmessig arbeidsvirksomhet og faste rutiner for det "selskabelige Samliv" i anstalten. Dette berørte selve

⁴⁶⁵ Wisbech tok i 1848 av ukjente årsaker avskjed fra sin stilling, forlot sin hjemby og bosatte seg i nærheten av Christiania. Her fungerte han som distriktslege for Aker og Nedre Romerike. *Norges Leger*, V: 676.

⁴⁶⁶ *Bergenske Blade*, 1849 no. 195.

⁴⁶⁷ I diskusjonene om hensiktsmessigheten av de av Heiberg foreslåtte "Natskrinene", siterte Heiberg på tysk fra brev han hadde mottatt fra professor Casper i sakens anledning. Se svar til Sykehuskomiteén 12. april 1826. Se Byarkivet i Bergen, 2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830.

⁴⁶⁸ *Bergenske Blade*, 1849 no. 198.

⁴⁶⁹ *Bergenske Blade*, 1849 no. 195.

eksistensberettigelsen og idégrunnlaget for en helbredelsesanstalt som Mentalen, ettersom den sinnsro og disiplinering en ordnet tilværelse med arbeid, måltider og atspredelse til faste tidspunkter medførte, var det viktigste terapeutiske prinsipp i en galeanstalt (i tillegg til de fysiske omgivelsene). Som Foucault beskriver det:

I asylet ble arbeidet fratatt enhver produktiv verdi, det tvang seg fram utelukkende som ren moralsk regel. Pasientene fikk begrenset sin frihet, de måtte adlyde ordre og ble pålagt ansvar, med det ene mål å helbrede et sinn som var gått vill i en uhemmet frihet – som bare tilsynelatende ble begrenset av fysisk tvang.⁴⁷⁰

Legene henviste energisk til hvor mye av både Mentalens og sykehusets forbruk av sengetøy og klær som ble produsert av de kvinnelige pasientene, og hvor mye snekkerarbeid som var utført og nøter som var produsert av de mannlige pasientene, men som Foucault-sitatet påpeker, så var denne produktive verdien irrelevant for helbredelsesanstaltens formål, nemlig å helbrede. Dette er tydelig i det at Bonnevie ignorerte legenes produksjonsbevis, og erklærte at han på sine inspeksjoner i anstalten klart fikk inntrykk av at det ble arbeidet etter lystprinsippet, ikke etter en ordnet plan.⁴⁷¹ På direkte spørsmål til oppvarterne om hvorfor enkeltpasienter ikke arbeidet, fikk han til svar at de ikke hadde lyst. Slikt arbeid var verdiløst i terapeutisk henseende; lyst og innfall ga ingen disiplin over verken kropp eller sjel og kurerter følgelig ingen. Den samme lemfeldigheten dominerte også selskapeligheten, ifølge Bonnevie. Legene forsvarte seg med at pasientene om ettermiddagene ofte spilte kjegler (vi får tro slik det fremdeles spilles i Bergen på kjeglebanene i herreklubben ”Den gode hensigt) og kort om kveldene. De påminte også Bonnevie at han under en inspeksjon hadde deltatt i et kjeglespill med leger og pasienter. Bonnevie bekreftet sin deltagelse, men opplyste også at kjeglespillet utelukkende kom i stand etter hans initiativ, at det hadde tatt lang tid å finne fram kjeglene og at pasientene virket uøvet i spillet. Alt tydet på at ordnet, selskaperlig samvær mellom leger og pasienter - i praksis en viktig terapeutisk handling - ikke var en dagligdags foreteelse i Mentalen.

Ikke bare var det sjelden at legene deltok i spill med pasientene. Mer alvorlig var det at Bonnevie aldri hadde truffet tilfeldig på noen av legene i Mentalen under sine inspeksjoner.⁴⁷² Så fremt han ikke hentet dem fra sykehuset, så holdt de seg blant de somatisk syke. Det var oppvarterne som i praksis hadde ansvaret for de gale. Det var også oppvarterne Bonnevie

⁴⁷⁰ Foucault 1973: 206.

⁴⁷¹ Bonnevie svarte på legenes kritikk i *Bergenske Blade*, 1849 no. 196.

⁴⁷² *Bergenske Blade*, 1849 no. 196.

måtte henvende seg til da han gjentatte ganger forsøkte å få organisert vasking og utlufting av en forferdelig stank som var å finne i cellebygningen for de uhelbredelige. Denne mangel på legetilsyn var tilsettingen av en inspektør tenkt å hjelpe på. En inspektør kunne på en helt annen måte assistere legene i å skape en ordnet hverdag for pasientene, enn de lavtlønte oppvarterne som alle var hentet fra de lavere klasser. Ansettelsen av en inspektør var både Bonnevie og legene enige om; det var bare Bonnevies kritiske argumentasjon for nødvendigheten av å opprette stillingen, som falt legene tungt for brystet.

Bonnevies framstilling av tilstanden på Mentalen støttet seg til og benyttet seg av den samme forfalls- og degenerasjonsfortellingen som Major prediket. Bonnevie skulle ha uttalt i representantskapsmøtet at Mentalens virksomhet var ”sunken sammen til Intet”.⁴⁷³

Premissene var de samme som Major hadde benyttet; det hadde vært en god start, men i årenes løp hadde orden og planmessighet blitt erstattet med lystbetont lemfeldigheit, og det hele ble toppet med byggingen av den triste og usunne cellebygningen for de uhelbredelige og urenlige i 1843. I løpet av fem år hadde byens dominerende fortelling om Mentalen gått fra stolt å proklamere at den unge legen Major måtte sette seg inn i hvilken strålende anstalt som fantes i hans eget land, til en fortelling hvor forfall og degenerasjon dominerte. Legene forsvarte Mentalens status så godt de kunne, men alle deres forsvarsskrift var halvhjertede og endte opp med å støtte kritikernes forslag til forbedringer.

En blir til to – Mentalen og sykehuset skiller lag

Bysamfunnets egne forsøk på å reformere Mentalen skulle imidlertid ikke føre frem. Byens selvråderett i slike spørsmål var ved den nye Sinnssykeloven uansett en ting av fortiden. Da bystyret hadde bestemt seg for Mentalens fremtidige organisasjon, så ba nemlig Departementet for det Indre om Majors syn på kommunens planer. Major var uenig med kommunens plan om å ansette en inspektør, og kunne med loven i hånd argumentere for en annen organisasjon. Det viktigste prinsippet i den nye loven som stred mot Mentalens organisatoriske status, var dens tilknytning til sykehuset. I lovens første paragraf het det at en betingelse for en hensiktsmessig behandling av de syke var ”Asylets fuldkomne Adskillelse fra alle andre Indretninger”.⁴⁷⁴ Allerede ved byggingen av Mentalen hadde et slikt standpunkt vært fremmet av Holst, men situasjonen i Bergen hvor sykehuset tradisjonelt hadde hatt de gale innenfor sitt område, og ved midten av 1820-tallet satt på store ubrukte pengesummer,

⁴⁷³ *Bergenske Blade*, 1849 no. 195.

⁴⁷⁴ Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848, her etter avskrift i Blomberg 2002: 212-216.

gjorde at en eventuell ny galeanstalt måtte legges inn under sykehuset, noe Heiberg argumenterte og fikk gjennomslag for. Loven gjorde at Heibergs opplegg offisielt hadde gått ut på dato.

Skulle Mentalen i Bergen få autorisasjon som asyl, slik den nye loven krevde hvis driften skulle kunne fortsette, så måtte kommunen bøye seg for lovens bokstav. Kommunen hadde da også akseptert at Mentalen måtte få egen administrasjon, en egen lege og et eget tilsyn, men forsøkte også å gjennomføre Bonnevis plan om å styrke Mentalen med en heltidsansatt inspektør. Major argumenterte i sitt forslag sterkt for at kommunens planlagte inspektørpost måtte fjernes basert på det prinsipp at et asyls "Bestyrelse" delte seg i to hovedgrener, nemlig "den egentlige Sygepleie" og "den oekonomiske Tjeneste".⁴⁷⁵ Disse to dimensjonene måtte holdes strengt atskilt. Inspektørposten var tenkt å både være en støtte for legene ved å tilse at legenes idéer og befalinger ble satt ut i praksis, men også å stå for innkjøp og andre administrative gjøremål. Inspektøren representerte således en uheldig sammenblanding. Videre var det avgjørende, mente Major, at det var legen som i ett og alt måtte representere den helbredende kraft i asylet. Etersom "Den hele Omgangstone og sociale Stemning" var en av de terapeutiske søyler, så måtte alle ordrer utgå fra legene og kontrolleres av ham personlig. Alle andre i asylet måtte være ham "fuldkomment subordinerede." Autoritet, ikke undertrykkelse, var garantisten for orden i en helbredelsesanstalt.⁴⁷⁶ En inspektør ville kunne sees som en som sto på like fot med legen i asylets hierarki, og dette var utålelig for Majors tenkte orden i asylet. I stedet foreslo Major at det under legen skulle ansettes en mannlig og en kvinnelig "Overvogter"/"Matrone". Disse skulle stå ansvarlig for at legens ordre ble utført, og under seg fikk de hver tre voktere av samme kjønn. I tillegg skulle asylet ha en "Oeconom eller Forstander" som hadde ansvaret og tilsynet med asylets forråd. Slik ville det ikke skje en sammenblanding av administrasjon og sykepleie, slik en inspektørstilling ville ha ført til.

Denne innstillingen fra Major ble offentliggjort i to påfølgende numre av *Bergenske Blade*.⁴⁷⁷ Major skrøt av kommunebestyrelsen og dens villighet til å imøtekomme fordringene som en autorisasjon ville kreve. Major fikk gjennomslag for det aller meste av bemanningstitlene og planen sin. Det ble ikke ansatt en egen inspektør ved Mentalen, men kommunen lyktes med å

⁴⁷⁵ Majors innstilling ble publisert i *Bergenske Blade* 1850, no. 234 og 235. De kommende sitater er alle hentet herfra.

⁴⁷⁶ Som det heter om kvekernes The York Retreat hos Foucault: "Noe hadde vokst fram som ikke lenger var undertrykkelse, men autoritet." Foucault 1973: 208.

⁴⁷⁷ *Bergenske Blade* 1850, no. 234 og 235.

la forvalteren og overvokteren være en og samme person,⁴⁷⁸ noe som i praksis utgjorde den påtenkte inspektørstillingen. Major ble altså ikke kvitt sammenblandingen, men stillingsbetegnelsen forvalter/overvokter utfordret på ingen måte legens autoritet, og var tilstrekkelig til at autorisasjon kunne innvilges. Når det gjaldt det bygningsmessige, så åpnet loven for at det ikke nødvendigvis måtte bygges nytt for å få autorisasjon; en slik oppgave ville vært økonomisk svært vanskelig for kommunene.⁴⁷⁹ Mentalen, som fremdeles utmerket seg i positiv forstand i forhold til landets andre galeanstalter, både eldre og nyere, forble så godt som uendret. Den mørke cellebygningen Major hadde kritisert så sterkt, ble nå bestemt for ”ubændige Syge” i tillegg til ”Urenlige”. Den største forskjellen var at lysforholdene ble forbedret. På grunn av plassmangel, så ble det installert ”Tagvinduer (Skylights)” siden det ikke var plass til gitteranordningen som eksisterte i Mentalens værelser.⁴⁸⁰

Det autoriserte asylet ”Bergens Mentale Sygehus” skilte seg i liten grad fysisk fra det gamle ”Bergens Mentale Sygehus”. Den store forskjellen var at Mentalen og sykehuset ikke lenger var samme administrative enhet. Mentalen fikk egen bestyrelse, egen inspeksjon, egen økonomi og egen lege og bestyrer, Frants Theodor Rosenberg, som etter å ha studert ”Sindssygdømmene” i Tyskland og Frankrike fra 1850, ble ansatt i 1851.⁴⁸¹ Det somatiske og psykiatriske var nå etablert som størrelser som ikke skulle ha noe med hverandre å gjøre. Det som for Heiberg 25 år tidligere hadde framstått som en god og fornuftig måte å muliggjøre bygging og drift av en helbredelsesinstitusjon på, nemlig gjennom samlokalisasjon og felles administrasjon med sykehuset, representerte nå et problem. Majors lov krevde en separasjon. Nærmere nitti år etter at de gale fikk sitt eget bygg bak sykehuset, var de to institusjonene nå blitt to selvstendige enheter.

Det var imidlertid ikke bare det administrative hopehavet som var problematisk sett i forhold til den nye loven. Den andre hovedinnvendingen til Major mot Mentalen var dets beliggenhet, den ”i alle henseender ufordelagtige Beliggenhed inde i Byen”, som det het i Majors rapport.⁴⁸² Prinsippet om at en helbredelsesinstitusjon, et ”asyl” i den post-Majorske språkdrakt, måtte ligge på landet, var nå selvsagt. Det var til og med nedfelt i Sinnssykelovens

⁴⁷⁸ Oversikt over bemanningen i Jürgenssen 1907: 521.

⁴⁷⁹ Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848, paragraf 8, her etter avskrift i Blomberg 2002: 212-216.

⁴⁸⁰ *Bergenske Blade* 1850, no. 235.

⁴⁸¹ *Norges Leger*, bind IV: 549.

⁴⁸² Major u. å.: 8.

første paragraf at en slik institusjon skulle ha ”en fri og sund Beliggenhed”.⁴⁸³ Som vi tidligere har sett, mente Heiberg at han ved å foreslå Sykehusengen som byggested for Mentalen ivaretok de faglige innvendingene som gjorde det betenkelig å legge en slik anstalt inne i en by. Engen var tilstrekkelig stor til å gi anledning til fysisk hagearbeid og samtidig skjermet av gjerder slik at de gale ikke ble plaget, hadde Heiberg argumentert. Nå var ethvert slikt argument dødt. Gaustad og Sinnssykeloven definerte hva som var godt og hva som var dårlig.

De selvsagte forutsetninger – portens forklaring og mening

Vi nærmer oss nå en forståelse av våre aktørers selvsagte forutsetninger og dermed portens forklaring og mening. Mentalen var ikke lenger et smykke for byen, tvert imot var selve dens eksistens og dens beliggenhet en ubehagelig påminnelse om at Bergen ikke lenger var i front. Byens myndigheter og leger visste utmerket godt at det på Gaustad var i ferd med å reises et bygg som i alle henseender oppfylte de ideelle krav Sinnssykeloven stilte, og med det definerte hvordan en tidsmessig helbredelsesanstalt skulle være. Ikke nok med at Mentalen ikke lenger var å anse som landets eneste eller beste helbredelsesanstalt; byggingen av Gaustad utgjorde en kontrast og målestokk for Mentalen som ytterligere aksentuerte sistnevntes utidsmessighet, tilkortkommenhet og generelle usle standard. Diskrepansen mellom ideal og virkelighet hadde, i bergensernes øyne, på drøye fem år økt dramatisk for byens galeinstitusjon.

Byens myndigheter var villig til å gå med på mye for å forsøke å bringe Mentalen så nærme idealet som mulig. Major hadde da også rost kommunen for deres velvillighet i å omforme Mentalens administrasjon i overensstemmelse med Sinnsykeloven, og kommunen var mer enn villig til også å adlyde påbudet om asyllets beliggenhet. I det hele tatt; for å fylle avstanden mellom ideal og fysisk virkelighet, var svaret selvsagt å bygge en ny helbredelsesanstalt på landet. Men her var det ikke nok med godvilje og imøtekommenhet – her trengtes penger, mye penger.⁴⁸⁴ Kommunen var på denne tiden i ferd med å bygge ut store infrastrukturprosjekter, blant annet et vannverk, og budsjettene var strukket så langt som de

⁴⁸³ Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848, her etter avskrift i Blomberg 2002: 212-216.

⁴⁸⁴ I 1874 opplyste Indredepartementet at byggingen av Gaustad og Rotvold til sammen hadde kostet rundt 400.000 spd. Skrivelse fra Indredepartementet 2. juni 1874 som svar på forespørsel fra Bergens Magistrat og Formandskab datert 15. august 1873 om å få lagt et statsasyl til Bergen, her etter avskrift i Jürgenssen 1907: 530.

gikk.⁴⁸⁵ Et eventuelt nytt galehus ville gjøre store innhugg i kommuneøkonomien, men like fullt utredet kommunen muligheten for å bygge noe som lignet på det som reiste seg på Gaustad da den tidlig i 1852 bevilget 500 spd. ”til forberedende Arbeider i den Anledning”.⁴⁸⁶ Noe mer kom imidlertid ikke ut av dette initiativet; de økonomiske utgiftene var for store til i det hele tatt å tenke tanken om å bygge nytt.

Bergenserne var fanget i en situasjon hvor de visste hva de burde gjøre, men ikke hadde pengene til det. Hendelsesforløpet som hadde ført dem i denne situasjonen, strakk seg hundre år tilbake i tid. På Engen lå det et sykehus og et galehus slik det hadde gjort i ganske nøyaktig hundre år – lenge uten at noen hadde funnet noen grunn til å protestere mot det. Samlokalisasjonen av de to institusjonene hadde vært sett som god, naturlig og riktig. Hopehavet de to institusjonene imellom hadde, slik byens menn så det, tjent både de gale og myndighetene gjennom å sørge for legetilsyn til de gale og redusere kostnadene ved å ha ett kjøkken, én administrasjon og en delvis deling av tjenerpersonalet. For galehuset hadde det også vært en stor fordel å være tilknyttet sykehuset da dette fikk egne, store inntekter ved reskriptet om mudderpengene i 1792. Det var overskuddet herfra som muliggjorde bygging av nytt galehus på 1820/30-tallet. Sammenfallet mellom Heibergs utenlandsturné og Hallagers dødsfall, førte til at dette nye galehuset ikke bare ble nok en oppgradering av de gales komfort (slik nybygget i 1762 hadde vært og som Hallagers forslag ville ført til). I stedet ble nybygget i Bergen koblet til den på Kontinentet utviklete ”psychiske Lægevidenskab” og de tanker som der var gjort om utviklingen av helbredende, medisinske galeinstitusjoner. Med en slags påholden godkjennelse fra Holst ble bygget også knyttet til det første nasjonale forsøket på å reformere galebehandlingen og galeinstitusjonene. Deretter hadde den fått være i fred, og hadde blitt dyrket og hyllet, i hvert fall lokalt, som landets eneste helbredelsesanstalt. Majors kritikk mot anstalten, og særlig dens utvikling de siste 15 år, endret forståelsen av Mentalen, også lokalt. Den gikk fra å være et symbol på byens evne til å fremvise evne til fremskritt, vitenskap og humanisme, til nok et trist vitnesbyrd om bergensernes forstokkete konservatisme; et yndet tema for hovedstadspressen ved midten av hundreåret da Bergen på få

⁴⁸⁵ Om kommunens ulike infrastrukturprosjekter, se Martin Byrkjeland og Morten Hammerborg: *Byens skjulte årer – Vann og avløp i Bergen gjennom 150 år*, Bergen 2005: kap. 1.

⁴⁸⁶ Jürgenssen 1907: 521.

tiår ikke bare var passert av Christiania i innbyggertall, men også var grundig distansert, og sammenlignet med hovedstaden framviste få eller ingen tegn til dynamikk.⁴⁸⁷

Det er mot denne bakgrunn vi må forstå hvorfor byggingen av en egen inngang til Mentalen på 1860-tallet både ble foreslått og også at den med stor seriøsitet og fast overbevisning ble realisert. Bergenserne hadde mer enn ti år tidligere oppfylt sine forpliktelser overfor Sinnsykeloven ved å skille de to institusjonene fra hverandre administrativt, og hadde i alle henseender forsøkt å imøtekomme Majors ulike krav, men dette opplevdes likevel ikke som godt nok målt mot tidens nye ideal for en helbredelsesanstalt. Det var tydelig hva som var galt (lokalisasjon og hopehav med sykehuset), og det var frustrerende nok også åpenbart hva som kunne løse det (en ny anstalt på landet), men det fantes like fullt ikke penger til det. Våre aktører måtte derfor opptre kreativt i tråd med det nye idealet og improvisere innenfor de økonomiske rammene som eksisterte. I et slikt lys var det rasjonelt å ivre for å gi byens ”Mentale Sygehus” en egen inngang, og å skille det fysisk med et gjerde mot sykehuset. Mentalen lå der den lå, og kunne ikke flyttes i overskuelig fremtid. Våre aktører måtte derfor konsentrere seg om å motvirke institusjonens andre hovedfeil, nemlig dens hopehav med sykehuset. Egen inngang og et gjerde mellom institusjonene var ikke bygningsmessige detaljer og bagateller; de var symboler på og manifestasjoner av at bergenserne forsøkte å følge med i sin tid.

Dette var de selvsagte forutsetninger for mine aktører. Ingen trengte å si høyt i saksbehandlingen om byggingen av porten og gjerdet hvorfor dette var viktig. Et av byens smykker, dets helbredende galeanstalt, som var bygget på tross av nasjonale myndigheter, for byens egne penger og formgitt av en av byens egne sønner som hadde brakt ny kunnskap hjem fra Kontinentet; var på kort tid redusert til et ynkelig skue. Ikke bare det, men gjennom sitt hopehav med sykehuset og sin beliggenhet, hadde den *post Major* blitt et eksempel på fortidens uvitenskapelige og forfeilete tilnærming til galskapen. Det var dette porten skulle bøte på.

⁴⁸⁷ For eksempler på avispolemikker rundt dette temaet, og hvordan bergenspressen generelt stolt viste fram nye prosjekter i Bergen som motbevis, se Martin Byrkjeland og Morten Hammerborg: *Byens skjulte årer – Vann og avløp i Bergen gjennom 150 år*, Bergen 2005: 43ff.

Epilog – Fortidens forpliktelser

Sykehuskomitéen sin avgjørelse i romjulen 1826 om å ikke vente på Holst-kommisjonen og planleggingen av et nasjonalt og statlig system av galeanstalter, kom til å få langvarige og negative konsekvenser for galeinstitusjonene i Bergen etter 1850. Ikke nok med det. Ironisk nok ville sannsynligvis ikke konsekvensene ha blitt så alvorlige hvis ikke Heiberg tilfeldigvis hadde fått anledning til å mobilisere og virkeliggjøre sine kunnskaper om den helbredende galeanstalten. Hadde Bergen hatt et like dårlig og "middelaldersk" galehus som landets øvrige byer da Major med Sinnssykeloven i 1848 fikk lagt ansvaret over på staten, så ville sannsynligvis byen stått langt framme i køen for å få "statsasyl" etter at Gaustad sto ferdig i 1855. I stedet valgte staten å først bygge Rotvolds asyl i Trondheim (ferdig 1872) for å lette på den store institusjonsmangelen for hele det nordlige Norge, og deretter ble Eg asyl i Kristiansand bestemt bygget (ferdig 1882).⁴⁸⁸

Bergens situasjon var nemlig i nasjonal sammenheng ikke særlig prekær. Mentalen var, til tross for sine mangler, fremdeles en helbredelsesanstalt. Bergensernes tidlige satsing på helbredelsesanstalt var nå, i kampen for statsstøtte, en ulempe. I Bergen hadde det også på 1860-tallet startet opp flere private anstalter,⁴⁸⁹ et ukjent fenomen i andre norske byer,⁴⁹⁰ som til sammen var autorisert for 216 gale. Mentalen var til sammenligning autorisert for 55 pasienter.⁴⁹¹ Selv om de privateide institusjonene fikk mye kritikk og ble betegnet som nødtiltak, så førte de til at plassmangel ikke var like utbredt i Bergen og dets nærområde som i andre deler av landet, og i tillegg hadde jo byen en liten helbredelsesanstalt. Da Magistrat og Formannskap i kjølvannet av byggingen av Rotvold ved Trondheim ba om at staten snarest bygget statsasyl også i Bergen, fikk de også til svar at Bergen var nylig tilgodesett med midler til bygging av spedalskhetsinstitusjoner.⁴⁹² Bergen måtte derfor pent vente.

Men igjen ville ikke bergenserne vente. Denne gang sto det ikke bare én institusjons utvikling på spill. Også en forbedring av sykehuset hang nå på en løsning av spørsmålet om ny galeanstalt. Sykehusets overlege, J. A. Holmboe, forsøkte først i 1868 å overbevise bystyret om at Mentalen kunne nedlegges ettersom de private anstaltene sikkert kunne ta unna de gale,

⁴⁸⁸ Om lokaliseringsprosessene, se Ludvigsen 1998: 129ff. Om Eg, se også Sagedal 1981: 27ff.

⁴⁸⁹ Om disse, se Skålevåg 2003a.

⁴⁹⁰ Det var ikke før i 1901 at Dr. Dedichens privatasyl startet opp ved Kristiania, Ludvigsen 1998: 134.

⁴⁹¹ Tall hentet fra Sinnssykekomitéen i Bergen sine tallopgaver fra 1883, her etter Jürgensen 1907: 539.

⁴⁹² Skrivelse fra Indredepartementet 2. juni 1874 som svar på forespørsel fra Bergens Magistrat og Formandskab datert 15. august 1873 om å få lagt et statsasyl til Bergen, her etter avskrift i Jürgensen 1907: 530. Se også kapittel 2.

et syn han fant liten støtte for.⁴⁹³ Holmboes ønske var å ta i bruk Mentalens bygninger og hage til sitt sykehus. På denne tiden ble det planlagt en oppgradering av bygningsmassen på sykehuset og Holmboe trengte plassen. Etter dette nederlaget fikk Holmboe satt ned en komité som skulle vurdere spørsmålet om å bygge et helt nytt sykehus. Holmboe og hans komité konkluderte med at et nytt sykehus burde bygges, og så kunne heller Mentalen overta hele det gamle sykehuskomplekset på Engen. Magistraten støttet Holmboes planer om et nytt sykehus, men forslaget ble torpedert i formannskapet. Formannskapet la nemlig til grunn en holdning hvor sykehus og galehus nå skulle tjene to vidt forskjellige formål. Ikke nok med at galeanstalten burde ligge på landet, i like stor grad hørte sykehuset hjemme i byen. Psykiatrien hørte hjemme i naturen borte fra andre mennesker, somatikken hørte hjemme midt blant alle menneskene. Derfor var den eneste løsningen at galeanstalten fikk et nytt bygg på landet, mens sykehuset ble igjen i de gamle lokalene på Engen. De gale måtte fjernes fra sitt tidligere hopehav med somatikken og fra byens urolige påvirkning for å kunne helbredes, mens sykehuset måtte bli i byen og betjene befolkningen. Holmboe insisterte likevel på at hans forslag ble prøvd for et representantskapsmøte i 1871. Hans forslag tapte med 40 mot 3 stemmer. Formannskapet innstilte på at sykehuset skulle overta Mentalens tomt og bygninger, og at et ”nyt kommunalt Sindssygeasyl” skulle bygges i byens nærhet.

Til tross for en mengde komitéinnstillinger som ikke førte til noe, ulike forsøk på å få en høyst motvillig stat til å betale og at Magistraten ved hele fem anledninger anbefalte representantskapet å ikke godkjenne formannskapets planer med henvisning til den anstrengte økonomiske situasjonen for kommunen, så forble dette vedtaket i 1871 rettesnoren for arbeidet med ny galeanstalt i Bergen helt til Neevengaarden sto ferdig i 1891.⁴⁹⁴ Stadig vekk ble minnet om den gang da Bergen lå i front, trukket fram som argument for byggingen. Mentalen ble omtalt som ”et smukt Bevis paa, hvorledes den rigtigere og humanere Opfatning af de Sindssyges Behandling havde gennemtrængt vor Kommune *fremfor det øvrige Land*”⁴⁹⁵ og da bevilgningssak skulle fremmes for kommunen skjedde det ”[i] Fortrøstning til, at Bergens Kommune ikke vilde *svigte sin Fortid*, men i den sande Humanitets Interesse bringe vort Sindssygevæsen et Offer”.⁴⁹⁶ Magistraten forsøkte nok en gang å vise til at andre

⁴⁹³ Dokumentene i saken er gjengitt i Jürgenssen 1907: 528f.

⁴⁹⁴ Hele saksgangen er i detalj dokumentert i Jürgenssen 1907: 528-543.

⁴⁹⁵ Sinnssykekomitéen i Bergen, betenkning 15. desember 1875, her etter Jürgenssen 1907: 531. Min kursivering.

⁴⁹⁶ Sinnssykekomitéen i Bergen, betenkning 25. april 1877, her etter Jürgenssen 1907: 535 Min kursivering.

og mer presserende oppgaver krevde kommunens begrensede økonomiske midler. Men fortiden forpliktet. Humaniteten forpliktet. Og nok en gang tapte Magistraten.

Bergens tyvstart med å bygge helbredelsesanstalter i Norge, kom altså til å prege galeanstaltene historie i Bergen gjennom hele 1800-tallet. Femten år etter at det tyvstartende Mentalen sto ferdig, befant bergenserne seg i en umulig posisjon. Et symbolladet svar på denne umuligheten var å bygge en ny inngang og snekre opp et gjerde. Men det stoppet ikke der. Den eneste virkelige løsningen var å bygge en ny og tidsmessig helbredelsesanstalt på landet. Fortiden som pionér forpliktet, og da staten ikke var villig, valgte kommunen å stå for byggingen selv. Bergens takt samsvarte aldri med statens, og byen danset derfor sin helt egen dans.

KAPITTEL 4: Laboratoriet og klinikken - om innføringen av laboratoriemedisinen i Bergen sykehus

Laboratoriet er i dag en selvsagt del av sykehuset og den kliniske medisin. Ved innleggelse på et sykehus er det en stor sjans for at urin, blod eller vev fra pasienten vil bli analysert i sykehusets laboratorium. Analyseresultatet vil igjen legge sterke føringer, ofte absolutte, for den diagnose og den terapi som klinikerens bestemmer for pasienten. Slik har det ikke alltid vært. Sykehuset eksisterte som institusjon lenge før laboratoriet og de teknologier som ble utviklet der etablerte seg gjennom det 19. og starten på det 20. århundre.

Den eksplosjonsartete økningen i antall laboratorier, utviklingen av nye vitenskapsdisipliner innenfor laboratoriene, innføringen av undervisning i disse disiplinene i den medisinske utdanningen, opprettelsen av nye institutter og stillinger på universitetene og, ikke minst, laboratoriets innvirkning på medisinernes idéunivers og praksis; refereres ofte til som "The Laboratory Revolution".⁴⁹⁷ Denne revolusjonens opprinnelse sees oftest i de tysk-språklige statene rundt 1830, og da med startpunkt i Johannes Peter Müller (1801-1858) og hans berømte studenter, så som Theodor Schwann (1810-1882), Hermann von Helmholtz (1821-1894), Emil du Bois-Reymond (1818-1896) og Rudolf Virchow (1821-1902).⁴⁹⁸ En mer eller mindre samtidig bevegelse i Frankrike fortelles på lignende måte med utgangspunkt i François Magendie (1783-1855) og hans berømte protesje, Claude Bernard (1813-1878). Tyskerne kom til å dominere laboratoriemedisinen, og ble en meget hyppig destinasjon for medisiner fra hele Europa og USA som ønsket å gjøre seg kjent med de nye disiplinene.⁴⁹⁹ Egne tidsskrifter ble grunnlagt for at de nye vitenskapsdisiplinens utøvere skulle kunne kommunisere og gjøre sin forskning kjent. Gjennom reiser og litteratur ble den kontinentale laboratoriemedisinen eksportert til andre deler av verden, og øvde stor innflytelse overalt hvor den ble introdusert.⁵⁰⁰

⁴⁹⁷ Se Andrew Cunningham og Perry Williams: "Introduction" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992: 1-13.

⁴⁹⁸ Se for eksempel W. F. Bynum: *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth century*, Cambridge 1994, særlig kapittel 4.

⁴⁹⁹ Se for eksempel Robert Kohler: *From medical chemistry to biochemistry. The making of a biomedical discipline*, Cambridge 1982: 10.

⁵⁰⁰ En rekke av arbeidene som siden vil bli referert i forhold til utviklingen av den anglo-amerikanske medisinen tar for seg slike kunnskapsoverføringer, men se spesielt L. S. Jacyna: "'A host of Experienced Microscopists': The Establishment of Histology in Nineteenth-Century Edinburgh" i *Bulletin of the history of medicine*, 2001, 75: 225-253. For en generell beretning, se Bynum 1994: 95-117.

Den mest prestisjefulle av de nye vitenskapsdisiplinene var fysiologi. Det var også den disiplinen som hadde minst med praktisk og klinisk medisin å gjøre. Dens dyreforsøk og ulike analyser kunne i lang tid intet bidra til behandlingen av pasienter.⁵⁰¹ Selv så sent som på 1870-tallet var det vanskelig for fysiologer å argumentere for at flere tiårs forskning hadde hatt praktiske konsekvenser for det å helbrede mennesker.⁵⁰² Oppkomsten av bakteriologien kom til å øke laboratoriets relevans for den praktiske medisin og klinikken. Begynnende med Louis Pasteur (1822-1895) og Robert Kochs (1843-1910) berømte og banebrytende arbeider, ble en rekke sykdommer, hvor tuberkulose var den viktigste, årsaksforklart med spesifikke sykdomsfremkallende mikroorganismer i perioden 1879-84.⁵⁰³ Bakteriologien frambrakte ikke virkningsfulle terapeutiske virkemidler, men teknikkene som ble utviklet i laboratoriet til å identifisere mikroorganismene, disse kunne potensielt brukes til å diagnostisere pasienter. I tillegg til bakteriologiens diagnostiske apparat, utviklet også histopatologien diagnostiske teknikker i laboratoriet, særlig ved mikroskopiske undersøkelser av kreftsvulster. Rundt 1900 kom det også til flere serologiske teknikker til diagnostisk bruk. Ulike typer urin- og blodanalyse ble forsøkt brukt som diagnostiske hjelpemidler for en lang rekke tilstander.⁵⁰⁴ De mest berømte serologiske testene var Widal-reaksjonen for tyfoidfeber (1896) og Wassermann-testen for syfilis (1906).

Ved århundreskiftet hadde laboratoriet på drøyt femti år gått fra å være et avsondret sted for esoteriske studier uten øyensynlig relevans utover eksperimentet selv, til et sted som kunne tilby en rekke diagnostiske og prognostiske hjelpemidler til klinikken. Laboratoriet var nå

⁵⁰¹ I en analyse av laboratoriebygging i de tysk-språklige statene 1830-1849, tar Timothy Lenoir sitt utgangspunkt i at slike ble bygget "well in advance of any demonstrable benefits of the laboratory to medical practice". Se Timothy Lenoir: "Laboratories, medicine and public life in Germany, 1830-1849: ideological roots of the institutional revolution" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992: 14. Se også Richard L. Kremer: "Building institutes for physiology in Prussia, 1836-1846: contexts, interests and rhetoric" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992: 72-109.

⁵⁰² Grunnlegger av den innflytelsesrike Cambridge School of Physiology, Michael Foster, prøvde i 1874 å rettferdiggjøre viviseksjon ved å henvise til fysiologiens nytteverdi for medisinen. Med Gerald L. Geisons ord: "he could offer only two specific examples, both of them dubious", se Gerald L. Geison: "Divided We Stand. Physiologists and Clinicians in the American Context" i *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine* (eds. Morris J. Vogel and Charles Rosenberg), Pennsylvania 1979: 70. Det ene eksempelet var at Claude Bernard hadde påvist leverens viktighet i forhold til sukkersyke, men det å behandle sukkersyke, det var fremdeles utenkelig.

⁵⁰³ I tillegg til tuberkulose var sykdommene: spedalskhet, tyfoidfeber, malaria, difteri, kolera og stivkrampe. S. E. D. Shortt: "Physicians, Science and Status: Issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century" i *Medical History*, 1983, 27 (1): 53.

⁵⁰⁴ For diskusjoner om disse, se Joel D. Howell: *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, Baltimore og London 1995.

“securely entrenched in the institutions of medicine”, for å si det med Nicholas Jardine.⁵⁰⁵ Så også i klinikken. I de fleste sykehus fantes det nå et eget laboratorium, i det minste tilgang til slike teknikker. Men hvordan foregikk etableringen av laboratoriet som institusjon i sykehuset? Og hvordan ble laboratoriets teknologier tatt i mot i klinikken? Svært få har i detalj sett på slike prosesser. I denne studien skal vi ta for oss "laboratorierevolusjonen" på Bergen sykehus på slutten av 1800-tallet.

Tidligere forskning – fortellingen om en konflikt

Forholdet mellom laboratoriet og klinikken, eller mer generelt, mellom vitenskap og medisin, er et svært omskrevet felt, særlig i anglo-amerikansk medisinhistorie. Vitenskapssosiologen og –historikeren Steve Sturdy har nylig tatt for seg feltets historiografi, eller det han kaller "[the] grand narrative of the history of science-medicine relations".⁵⁰⁶ Denne store fortellingen kretser om et skisma. Generelt tas det for gitt at "medisinsk vitenskap" og "medisinsk praksis" skilte lag på midten av 1800-tallet, for først å finne sammen igjen i en ny biomedisin etter andre verdenskrig. I sitt hundre år lange fravær fra hverandre utviklet de hver sin type kunnskap og hver sin type kultur med særegne mål og interesser; slik går historien. Dette skillet mellom "vitenskap" og "praksis" tilsvarende i historiografien skillet mellom "laboratory and clinic, bench and bedside".⁵⁰⁷ Motsetningen mellom disse to sfærene av medisinen framstilles oftest som konfliktfylt; som et forhold hvor ingen kommunikasjon og intet samarbeid kunne foregå, og hvor en imperialistisk laboratoriemedisin trengte inn i og underla seg klinikken og klinikernes tidligere myndighetsområde. Klinikerne har derfor i disse fortellingene stort sett vært redusert til motstandsmenn som mer eller mindre heroisk har kjempet mot den etter hvert seirende "vitenskapelige medisin" og dens laboratorium.

I sin dekonstruksjon av dette narrativet, finner Sturdy en rekke faktorer som kan forklare oppkomsten av en slik fortelling. Til å begynne med så hvilte denne fortellingen på et premiss om et absolutt skille mellom medisin som "kunst" eller "vitenskap". I andre halvdel av 1800-tallet begynte leger å bruke "kunst"-begrepet om sin virksomhet på en ny måte, og det som en

⁵⁰⁵ Nicholas Jardine: "The Laboratory revolution in medicine as rhetorical and aesthetic accomplishment" in *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992: 304.

⁵⁰⁶ Steve Sturdy: *Ideal places: laboratory and clinic in the history of medicine*. Foredrag holdt på "European Social Sciences History Conference", Lisboa, 19. februar 2008: 1. Se også Steve Sturdy: "Knowing cases: Biomedicine in Edinburgh, 1887-1920" i *Social Studies of Science*, 2007, 37 (5): 659-689. For en nylig artikkel som også kritiserer den eksisterende historiografien (i kortversjon) og som foretar en lignende analyse som i Sturdy 2007, se Andrew J. Hull: "Teamwork, clinical research and the development of scientific medicines in interwar Britain: The Glasgow School revisited" i *Bulletin of the history of medicine*, 2007, 81 (3): 569-593.

⁵⁰⁷ Sturdy 2008: 1.

motsetning til det å betrakte medisin som "bare vitenskap". Et typisk eksempel i så måte er den britiske legen, Samuel Gee, som i 1888 proklamerte:

When you enter my wards your first duty is to forget all your physiology. Physiology is an experimental science – and a very good thing no doubt in its proper place. Medicine is not a science, but an empirical art.⁵⁰⁸

Denne type retorikk, som har vært brukt av leger i ulike historiske situasjoner,⁵⁰⁹ har farget mange historikers tenkning om forholdet mellom medisinsk "vitenskap" og "ikke-vitenskapelig praksis". Som Sturdy påpeker, så bygger en slik motsetning på en epistemologisk essensialisme som forutsetter at "vitenskap" og "ikke-vitenskap" kan skilles nøyaktig fra hverandre basert på om visse kjennetegn er tilstede eller ikke, eksempelvis den "vitenskapelige" hypotetisk-deduktive metode versus en "ikke-vitenskapelig" induktiv tilnærming.⁵¹⁰ Fortellingen om medisinen og vitenskapen fikk i et slikt perspektiv karakter av å handle om en uvitenskapelig medisin som ble opplyst av og løftet opp av vitenskapen. På slutten av 1800-tallet ville det si en vitenskapelig laboratoriemedisin. Denne epistemologiske essensialismen har siden blitt utfordret av vitenskapssosiologer og vitenskapshistorikere, er nå lite utbredt og først og fremst knyttet til en eldre historieskrivning.⁵¹¹

Da vitenskaps- og medisinshistorikere på 1970-tallet begynte å nærme seg "vitenskap" ikke bare som et sett av idéer, men også som "a social enterprise with its own culture and its own forms of social organisation",⁵¹² ble det svært interessant å identifisere og beskrive oppkomsten og etableringen av slike vitenskaper. I medisinshistorien var det særlig fysiologi og til dels biokjemi som fanget interessen.⁵¹³ Disse vitenskapene etablerte seg som egne

⁵⁰⁸ Her fra Gerald L. Geison: "Divided We Stand. Physiologists and Clinicians in the American Context" i *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine* (eds. Morris J. Vogel and Charles Rosenberg), Pennsylvania 1979: 67. Se også Russel C. Maulitz: "'Physician versus bacteriologist': The ideology of science in clinical medicine" i *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine* (eds. Morris J. Vogel and Charles Rosenberg), Pennsylvania 1979: 91-107.

⁵⁰⁹ Argumentet ble reaktualisert på 1960- og 70-tallet da medisinen ble angrepet for både å være for lite vitenskapelig, men samtidig for å ha blitt for vitenskapelig og teknifisert og mistet pasienten av syne. Det gamle argumentet fra slutten av 1800-tallet om at medisin var en kunst i en særegen posisjon, gjorde det mulig å motstå angrep fra begge hold samtidig. Sturdy 2008: 4.

⁵¹⁰ For en grundig drøfting av dette spørsmålet, se Sturdy 2007.

⁵¹¹ Sentrale navn her er de ledende historieskrivende legene William Osler og Thomas Clifford Allbutt som på begynnelsen av 1900-tallet etablerte en slik fortelling, se Sturdy 2008: 5. Om en av de sentrale i den første generasjon av profesjonelle medisinshistorikere i tiden rundt andre verdenskrig, Henry Sigerist, se Elizabeth Fee og Theodore M. Brown (eds.): *Making medical history: The life and times of Henry E. Sigerist*, Baltimore 1997.

⁵¹² Sturdy 2008: 6.

⁵¹³ Om fysiologi se for eksempel Gerald L. Geison: *Michael Foster and the Cambridge School of Physiology: The scientific enterprise in late Victorian society*, Princeton 1978. Når det gjelder biokjemi har Kohler 1982 dominert feltet.

disipliner med en stor grad av institusjonell autonomi, og fungerte utmerket til å vise hvordan en vitenskap ble til, og også hva som konstituerte den. I arbeidet med å skrive slike historier fungerte "medisinen" som noe disse vitenskapene måtte frigjøre seg fra. Det var følgelig konfrontasjonene mellom vitenskapsutøvere og praktikere (klinikere) som ble synliggjort. Diskusjoner og kamper over ressurser, institusjonell autonomi og, til sist, epistemisk autoritet, var noe som oftest brøt ut når vitenskapsmenn hevdet å kunne uttale seg om forhold vedrørende pasientbehandling. Det var i slike situasjoner at leger tok i bruk "medisin er en kunst"-argumentet som et retorisk forsvar. Ved å sette likhetstegn mellom "vitenskap" og aktivitetene til vitenskapsmennene, og på samme tid la klinikernes praksis framstå som "ikke-vitenskapelig", i beste fall som "anvendt vitenskap", så har dette skillet mellom retorikk og praksis blitt utydeliggjort. I stedet for å ta utgangspunkt i den historiske opprinnelsessituasjonen hvor slike argumenter har blitt brukt av medisinerne og undersøkt om det finnes et skille mellom retorikk og praksis, så har disse uttalelsene blitt sett som uttrykk for en absolutt motsetning; det har blitt til en fortelling om medisin som "vitenskap" versus "kunst" og om hvordan to profesjoner⁵¹⁴ kjempet over kontroll over medisinen.

I historiografien, både blant de som har skrevet om vitenskapene og blant de som har skrevet om klinikerne, finner Sturdy et nesten gjennomført konfliktperspektiv, og en veldig vilje til å se medisin og vitenskap som forskjellige verdener: Vitenskapene og deres menn strevde mot å etablere sine disipliner, mens klinikerne søkte tilflukt i konservatisme og motstand mot innovasjon.⁵¹⁵ I denne litteraturen ser Sturdy også en form for essensialisme, ikke en epistemologisk slik eldre historieskrivning var preget av, men en "implicit cultural essentialism".⁵¹⁶ Det tas for gitt at medisin og vitenskap er kjennetegnet av to svært ulike kulturer med forskjellige målsetninger og verdier. I dette ser Sturdy en teleologisk tendens:

There is a kind of teleology at work here, working to keep science and medicine separate as they seek to fulfil their divergent and conflicting destinies: science in the form of

⁵¹⁴ Profesjonsperspektivet er særlig knyttet til Eliot Freidsons klassiske analyse fra 1970 hvor de tidligere ulike epistemologiene "vitenskap" og "medisin" nå ble forstått som to ulike profesjoner med sine egne hierarkiske strukturer, belønningssystemer og tilhørende kulturer. Se Eliot Freidson: *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, New York 1970.

⁵¹⁵ Mest innflytelsesrik av dem som har undersøkt klinikernes kultur, er Christopher Lawrence. Se for eksempel Christopher Lawrence: "Incommunicable Knowledge: Science, Technology and the Clinical Art in Britain 1850-1914" i *Journal of Contemporary History*, vol. 20 (1985): 503-520; Christopher Lawrence: "Still incommunicable: Clinical holists and medical knowledge in interwar Britain" i *Greater than the parts: Holism in biomedicine, 1920-50*, Oxford 1998; Christopher Lawrence: "A tale of two sciences: Bedside and bench in twentieth-century Britain" i *Medical history*, 1999, 43 (4): 421-449; Christopher Lawrence: *Rockefeller money, the laboratory and medicine in Edinburgh, 1919-1930*, Rochester, N. Y., 2005.

⁵¹⁶ Sturdy 2008: 13.

disciplinary independence, medicine in some less clearly defined form that revolves around succoring – and perhaps suckering – the sick.⁵¹⁷

Det teleologiske består i at vitenskap og medisin her forstås ut fra en på forhånd definert fra-til-bevegelse. Vitenskapsdisiplinene må oppfylle sin historiske misjon, sin skjebne, og slå ut i full blomst før de etter hundre år er modne og utviklete nok til igjen å kunne slås seg sammen med medisinen. Den konservative og stillestående medisinen har i mellomtiden prøvd å ta seg av de syke, men uten særlig hell.

Denne fortellingen har fått sin kraft og styrke gjennom de studieobjekter som er valgt, "a self-fulfilling prophecy" er karakteristikken som Sturdy gir.⁵¹⁸ Det selvoppfyllende ligger i at historikere nesten utelukkende har valgt å studere disipliner som hadde en svært selvstendig stilling i forhold til medisinen, altså hovedsaklig fysiologi og biokjemi. Disipliner som hadde en nærmere tilknytning til klinikken og klinisk praksis, har vært nærmest ignorert. Dette er særlig slående i forhold til patologi. Patologien, og da særlig patologisk anatomi, har først og fremst vært vektlagt i medisinhistorisk forskning på grunn av sin viktighet for Pariser-skolen i tiden etter den franske revolusjon.⁵¹⁹ I andre halvdel av 1800-tallet er patologien nærmest usynlig i medisinhistorikernes fortellinger, og det til tross for at patologien var en aktet og æret vitenskapsdisiplin og moderdisiplin for de mest dramatiske medisinske nyvinningene i form av bakteriologi og immunologi. Likevel har patologien forblitt lite tematisert. Sturdy mener å vite hvorfor:

I strongly suspect that this is because pathology remained too close to medical practice to qualify, in historians' implicitly teleological scale of disciplinarity, as a proper scientific discipline.⁵²⁰

Patologien kunne altså, slik Sturdy ser det, ha utfordret teleologien som ga mening og retning til fortellingene om vitenskap og medisin, og ble derfor i stor grad ignorert. En særlig sentral historiefortellings faseinndeling, og en feillesning og en reifikasjon av denne, tror jeg også kan ha bidratt til denne tendensen i studier av forholdet mellom laboratoriet og klinikken.

⁵¹⁷ Sturdy 2008: 13.

⁵¹⁸ Sturdy 2008: 15.

⁵¹⁹ Hovedstudien her er Russel C. Maulitz: *Morbid appearances: The anatomy of pathology in the early nineteenth century*, Cambridge 1987.

⁵²⁰ Sturdy 2008: 16.

I en av medisinhistoriens klassikere, Erwin Ackerknechts *Medicine at the Paris hospital 1794-1848*, ble medisinen historie delt inn i tre faser. Først kom "bedside medicine" som regjerte før den franske revolusjon. Denne etterfulgtes av "hospital medicine" (klinisk medisin) som dominerte fram til midten av 1800-tallet. Til slutt kom så "our modern laboratory medicine". Ackerknecht argumenterer i bokens innledning for hvorfor han stanset sin studie i 1848:

In 1848, a new medicine, "laboratory medicine", made its appearance in Paris under the leadership of Louis Pasteur, Claude Bernard, and the Société de Biologie. While all the warring factions of the preceding fifty-five years had had a common ground in pathological anatomy, "laboratory medicine" did not.⁵²¹

Ackerknechts definisjon av laboratoriemedisin var altså at den sto i kontrast til den patologiske anatomis epistemologi. Å produsere medisinsk kunnskap med utgangspunkt i studiet av sykdom i kroppen, det hadde vært fellesnevneren for sykehusmedisinen (klinisk medisin). På samme vis var fravær av patologisk anatomi fellesnevneren for den nye laboratoriemedisin. Ackerknechts faseinndeling har, selv om den ikke er enestående, hatt enorm gjennomslagskraft innenfor medisinhistoriefeltet, og også blitt tatt som utgangspunkt for studier av laboratoriemedisinen. Ackerknecht ble for eksempel mobilisert i en antologi fra 1992 som angrep det at "moderne medisin" ble sett som å starte med sykehusmedisinen rundt 1800. Antologiens redaktører, Andrew Cunningham og Perry Williams, argumenterte med Ackerknecht at medisinen hadde gjennomgått én stor kvalitativ endring til, nemlig laboratorierevolusjonen, og at det var denne som var den "moderne medisins" egentlige begynnelse.⁵²² Ackerknechts historisk funderte identifikasjon av en ny medisin⁵²³ ca. 1850 basert på en empirisk observerbar forskjell i epistemologi, var forlatt. Nå var laboratoriemedisinen bare "alt det nye" uavhengig av epistemologisk opphav; det som kom til å angripe og fjerne det gamle sykehusbaserte paradigmet og danne grunnlaget for den egentlig "moderne medisin".

⁵²¹ Erwin H. Ackerknecht: *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore 1967: xiii.

⁵²² Andrew Cunningham og Perry Williams: "Introduction" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992: 1-3.

⁵²³ Det er imidlertid liten tvil om at Ackerknechts skjema var tenkt som en framskrittsfortelling om progresjon mot en stadig bedre og riktigere medisin. Men samtidig var han opptatt av å feste sine historier i medisinsk praksis og situere idéer i sosiale og institusjonelle kontekster. For en analyse av Ackerknechts forfatterskap, se Charles E. Rosenberg: "Erwin Ackerknecht, social medicine, and the history of medicine" i *Bulletin of the history of medicine*, 2007, 81 (3): 511-532.

En slik avhistorisert lesning av Ackerknecht kan demonstreres med en særlig innflytelsesrik artikkel av L. S. Jacyna som (uvanlig nok) handler om patologien og dens plass i sykehuset mot slutten av 1800-tallet.⁵²⁴ Denne artikkelen innledes med følgende setning: “Erwin Ackerknecht has identified two distinct and to some extent antithetical concepts of the proper bases of medical knowledge and practice active in the nineteenth century”.⁵²⁵ Med dette slås tonen an; det er i hovedsak en konflikt vi skal få følge i en historie om tildels antitetiske størrelser. Men laboratoriemedisin er ikke det samme for Jacyna som for Ackerknecht. Dette kommer tydelig til syne når Jacynas viktigste laboratedisiplin, histologi, omtales. Ackerknechts definisjon av laboratoriemedisin kunne ikke ha omfattet histologi, ettersom histologi, født som den er ved patologens obduksjonsbenk selvsagt baserte seg på patologisk anatomi. Men hos Jacyna, som, hvis han skulle ha tatt Ackerknecht på alvor, burde ha forkastet histologien som en del av laboratoriemedisinen, så omtales den i stedet som “[the] most prominent science in the case for a more laboratory-oriented medicine”.⁵²⁶ Der Ackerknecht skapte en dikotomi mellom sykehusmedisin (klinisk medisin) basert på patologisk anatomi på den ene side, og Pasteurs kjemi, Bernards fysiologi og biologien på den andre rundt midten av 1800-tallet, så løftes denne ut av sin historiske kontekst, og blir i stedet stående som et utsagn om en evig, universell kamp mellom to motsetninger. Slik blir Ackerknechts fasekonstruksjon reifisert; en ahistorisk dikotomi tømt for sin opprinnelige mening. I stedet utgjør den en forståelsesramme for de historier som fortelles.

Min egen studie av forholdet mellom laboratoriet og klinikken er direkte inspirert av den kritikken mot historiografien som her er anført. Jeg ønsker å bidra til å utfordre den teleologiske tendensen Steve Sturdy mener å ha identifisert i fortellinger om medisin og vitenskap, og som et par studier allerede har gjennomført.⁵²⁷ Mitt plot er konstruert med å ta utgangspunkt i Sturdys mistanke om at historikerne nesten konsekvent har valgt å studere objekter som ligger så langt fra klinikken som mulig, og å snu denne tilnærmingen på hodet. Jeg har valgt å gå så nærme som mulig der hvor praktisk medisin og vitenskap møttes og deres utøvere måtte omgås, dvs. i forholdet mellom sykehuset og dets eget laboratorium. Jeg skal ikke undersøke én bestemt vitenskapsdisiplin, det er relasjonen og interaksjonen mellom

⁵²⁴ L. S. Jacyna: “The Laboratory and the Clinic: The impact of pathology on surgical diagnosis in the Glasgow Western Infirmary, 1875-1910” i *Bulletin of the history of medicine*, 1988, 62: 384-406.

⁵²⁵ Jacyna 1988: 384.

⁵²⁶ Jacyna 1988: 386.

⁵²⁷ Sturdy 2007; Hull 2007 – samt indirekte gjennom Alan Contrepolis: “The Clinician, Germs, and Infectious Diseases: The Example of Charles Bouchard in Paris” in *Medical History*, 2002, 46: p. 198. Se også Tricia Koenig: *Beyond Black Bags: Anatomic-Pathology Laboratory Services in Strasbourg*. Foredrag holdt på “European Social Sciences History Conference”, Lisboa, 19. februar 2008.

"vitenskap" og praktisk medisin som skal undersøkes gjennom å følge aktiviteten i sykehusets laboratorium og den eventuelle innvirkning dette har på den kliniske virksomheten i sykehuset. Som mange tidligere studier har vist, så er det i situasjoner hvor legenes autoritet i klinikken blir utfordret at det har blitt konfrontasjoner mellom laboratoriet og klinikken. Rettere sagt, så har mange påvist at flere leger da har tatt i bruk en retorikk om medisinen som en kunst, ikke bare en vitenskap. Det svært få har undersøkt, er hvordan en slik prosess artet seg på et ikke-retorisk nivå, altså i praksis. Basert på den foreliggende historiografien skulle en kunne forvente å få øye på konflikt, på fiendtlighet, på en maktkamp mellom profesjonene og på legers konservatisme og motstand mot innovasjon i en slik prosess. Finnes det tegn på en slik motsetning i prosessen hvor laboratoriemedisin ble innført i Bergen sykehus på slutten av 1800-tallet? Er konflikt den mest dekkende beskrivelsen av denne prosessen? Vi skal først ta for oss opprettelsen av en prosektorstilling i sykehuset, en hendelse som medførte en institusjonalisering av laboratorieteknikkene i sykehuset. Hvem tok initiativet til opprettelsen, og fantes det motstand? Vi skal deretter gå til den daglige, rutiniserte praksis i sykehuset. Med pasientjournaler⁵²⁸ som kilde skal vi jakte på et mulig skisma mellom prosektor og klinikerne. Var det slik at prosektor og hans diagnostiske teknologier ble forsøkt hindret innført i sykehuset av revirforsvarende overleger? Dette er de spørsmål vi skal ha i mente når vi nå tar for oss sykehuset i Bergen.

Prosektorstilling og den nye generasjon leger

I 1889 ble det opprettet en prosektorstilling ved sykehuset i Bergen.⁵²⁹ Dette var den første offentlige legestillingen i byen som primært var viet patologi. Internasjonalt hadde sykehuspatologen i lang tid hatt en definert rolle.⁵³⁰ Prosektorens hovedoppgave hadde alltid vært å utføre autopsier. Disse hadde først og fremst til hensikt å klargjøre dødsårsaken, men hadde implikasjoner utover dette. I den i første halvdel av 1800-tallet toneangivende franske anatomokliniske medisin, såvel som i Rokitanskys senere Wien-skole, innehadde obduksjonen en viktig rolle: Funnene i den døde kroppen ble korrelert med de symptomer

⁵²⁸ For metodologiske refleksjoner om bruken av pasientjournaler, se G. Risse and J. Warner: "Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History" i *Social History of Medicine*, 1992, 5: 183-205.

⁵²⁹ Se "Indstilling ang. Budget for Bergens sygehus for 1890" (nummer 67, side 269) og "Bilag til Indstilling No. 67 ang. Budget for Bergens Sygehus for 1890 (side 121-123) i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1889. Se også Erik Waaler: "Patologi og mikrobiologi i Bergen. Det første sentrum for lepraforskning" i *Nordisk Medicinhistorisk Årsbok*, supplementum XI, 1985: 83ff; H. P. Lie: "Fra Bergens gamle sygehus" i *Medicinsk Revue*, 1938: 679 og St. Tschudi Madsen og O. Sollied: *Medisinsk liv i Bergen. Festskrift i anledning av 100 aars jubileet for Det Medicinske Selskap i Bergen*, Bergen 1931.

⁵³⁰ Jacyna 1988: 387ff. Se også Esmond R. Long: *A History of Pathology*, Baltimore 1928.

klinikerne hadde observert ved sykesengen. Autopsiene fungerte dermed som en domfellelse over klinikerens diagnose, og bidro slik til økt innsikt i enkeltsykdommer såvel som medisinsk kunnskapsproduksjon i sin alminnelighet. Omkring 1850 ble denne makroskopiske undersøkelsespraksisen supplert med en mikroskopisk og histologisk undersøkelse, men i seg selv endret ikke dette autopsiens grunnleggende rolle i sykehuset. Det var de døde kroppene som var prosektores ansvarsområde, ikke pasientene i klinikken. Men i 1889 hadde dette potensielt endret seg. En prosekteror kunne nå besitte kunnskaper som kunne gjøre ham delaktig i diagnostisering av levende pasienter, noe som kunne føre ham i konflikt med klinikerne.

Initiativet for å etablere en stilling for patologi ved sykehuset i Bergen, kom da heller ikke fra sykehusets ledende kliniker. Det både medisinske og administrative overhode ved sykehuset, overlege og direktør Christian Anton Kahrs (1833-1893), var slett ikke den som initierte opprettelsen av prosekterorstillingen. Han var riktignok den som offisielt ba om midler og tillatelse til opprettelsen, men spilte i det hele tatt en mindre rolle i prosessen.⁵³¹ Prosessen ble i stedet startet og styrt av en gruppe yngre leger som på 1880-tallet forsøkte å entre og endre de medisinske institusjonene i Bergen.

Ved starten av 1880-årene søkte ni unge leger i Bergen sammen, og dannet en relativt uformell organisasjon som de kalte "Den private lægeforening".⁵³² Medlemmene deltok som før i Bergens Lægeforenings møter, og ingen referater eller andre nedtegnelser ble ført. Et av medlemmene oppsummerte det selv som at foreningen neppe hadde spilt en rolle i "medisinsk henseende".⁵³³ Foreningen kom heller ikke til å holde sine møter gående i mer enn et par år, men dens medlemmer kom på ulike vis til å samarbeide om en rekke prosjekter som kom til å endre det medisinsk-faglige terrenget i Bergen.

De ni legene i "Den private lægeforening" var alle født i en tiårsperiode mellom det tidlige 1840-tallet og midten av 1850-tallet. Deltagerne var Eduard Bøckmann (1849-1927), Olaf Christie (1850-1924), Anton Bernhard Gjerding (1852-1907), Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), Klaus Hanssen (1844-1914), Sigvard Christian Madsen (1855-1928), Christopher Rogge (1854-1944), Jørgen Christian Aall Sandberg (1850-1942) og Joachim

⁵³¹ Indstilling no. 67 (s. 269) samt følgebrev fra Kahrs (s. 121-123) i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1889.

⁵³² Om denne, se Tschudi Madsen og Sollied 1931: 113ff.

⁵³³ Christopher Rogge i Tschudi Madsen og Sollied 1931: 113.

Georg Wiesener (1843-1888). Flere av disse var født i Bergen, og hadde returnert til sin hjemby etter å ha fullført sin utdanning ved det medisinske fakultetet ved Universitetet i Christiania. Gjennom sin utdanning i hovedstaden, særlig i patologisk anatomi, hadde de alle blitt gjort kjent med mikroskopi, histologi og Virchows cellulærpatologi. Den første universitetslærer i disse emnene i Norge, var Emanuel Fredrik Hagbarth Winge (1827-94). Winge har blitt omtalt som den som først bragte med seg kunnskap om de nyeste trendene i den tyske medisinen etter flere besøk hos Virchow og andre tyske forskere i årene 1857-59.⁵³⁴ Han var også den som fungerte som reisefølge for Virchow da han besøkte Norge i anledning en invitasjon fra den norske regjering om å studere spedalskheten i 1859.⁵³⁵ Året før var han blitt prosektor ved oppstarten av Rikshospitalets patologiske laboratorium. Herfra kunne han lære landets framtidige leger opp i det siste nye fra Kontinentet. Slik huskes hans undervisning i selvbiografien til Armauer Hansen:

”jeg [var] ogsaa den hele tid en meget oppositionel student, der mente at forstaa tingene like godt og til dels bedre end de gamle lærere. Hertil bidrog ogsaa avdøde prof. Emanuel Winge, som dengang var prosektor ved Rigshospitalet, og som ved sin undervisning i patologisk anatomi belærte os unge om alt det nye som Andreas Conradi og Christen Heiberg ikke kjendte noget til og var for gamle til at sætte sig ind i.”⁵³⁶

Da Winge ble utnevnt til professor i 1869, overtok Hjalmar Heiberg(1837-97) som prosektor og underviser ved Rikshospitalet. Året etter ble også Heiberg professor, men fortsatte sin undervisning i patologisk og generell anatomi for medisinerstudentene.⁵³⁷

Etter sin utdanning i Christiania hos blant andre Winge og Heiberg valgte de fleste av de vordende medlemmene av "Den private lægeforening" å reise utenlands for å spesialisere seg. I vår fortelling om innføringen av laboratoriemedisin i Bergen sykehus er det indremedisineren Klaus Hanssen og kirurgen Jørgen Sandberg som skal inneha de viktigste rollene.⁵³⁸ Begge disse var blant dem som valgte å reise. Hanssen gjorde det først fem år etter avsluttet eksamen, i 1881. Han dro da til Wien for å studere patologisk anatomi og indremedisin. Sandberg reiste allerede i studietiden. Vinteren 1871-72 tilbrakte han i Göttingen for å studere anatomi. De andre som reiste utenlands, valgte som Hanssen og

⁵³⁴ *Norges leger*, bind V: 664-666. Winge publiserte også en omfattende reiserapport, se *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1858: 785-834 og 881ff.

⁵³⁵ Om dette besøket, se Waaler 1985: 16ff.

⁵³⁶ G. Armauer Hansen: *Livserindringer og betragtninger*, Kristiania 1910.

⁵³⁷ *Norges Leger*, bind II: 590-592.

⁵³⁸ For biografier, se henholdsvis *Norges Leger* bind II: 494 og bind IV: 624. Se også presentasjoner i St. Tschudi Madsen og O. Sollied 1931: 115ff.

Sandberg å holde seg i det tyskspråklige Europa. Tysk var en dannet nordmanns selvsagte andrespråk, og den eneste legen blant den yngre generasjon som besøkte en engelskspråklig destinasjon,⁵³⁹ Sigvard Madsen, skrev hjem til sine kolleger og advarte mot språkbarrieren.⁵⁴⁰ Selv om man kunne lese engelsk, så måtte man regne med at det gikk noen måneder før man var i stand til å følge undervisning eller føre en samtale i England, ettersom uttalen var noe innviklet og fremmedartet, fortalte Madsen. Madsen gjorde også oppmerksom på at en norsk lege i London var overlatt til seg selv. Dette i motsetning til situasjonen i Berlin, Wien, Halle, Heidelberg eller hvilket som helst annet senter for tyskspråklig medisinsk utdanning og forskning, hvor man alltid ville finne flere nordmenn, eller i det minste skandinaver, ved hvert eneste lærested.

Gjennom sin utdanning og sine reiser gjennom 1870- og 80-tallet hadde alle medlemmene av "Den private lægeforening", uavhengig av deres individuelle spesialiseringer, opparbeidet seg kunnskap om den pågående forskningen innen felt som bakteriologi, kjemi og histopatologi. Disse erfaringene ga dem naturlig nok et annet utsyn på medisinsk kunnskapsutvikling enn det en eldre generasjon, uten slike erfaringer og kunnskaper, hadde. Et laboratorium og de tester som kunne utføres der, var for disse legene et selvsagt hjelpemiddel i medisinen. I det hele tatt skulle medisineren søke kunnskap blant naturvitenskapene for å bistå medisinsk kunnskapsutvikling.

"Den private lægeforenings" medlemmer hadde også en lokal inspirasjon for en laboratoriebasert og naturvitenskapelig tilnærming til medisinen. I 1849 ble det åpnet et forskningssykehus i Bergen, Lungegaardshospitalet, som utelukkende hadde til formål å finne en kur mot spedalskheten (se kapittel 2). Dette sykehusets overlege, Daniel Cornelius Danielssen, innehadde den eneste fulltidsstillingen viet medisinsk forskning i Bergen, og han hadde hatt denne helt siden 1840-tallet. På Lungegaardshospitalet, og før det på St. Jørgens hospital, utførte Danielssen en mengde autopsier, og i sitt laboratorium foretok han et utall histologiske, kjemiske og mikroskopiske undersøkelser. Alt dette ble kombinert og korrelert med grundige kliniske observasjoner og kurforsøk med et stort antall ulike stoffer, alt i et

⁵³⁹ Det må her tilføyes at Eduard Bøckmann riktignok besøkte USA flere ganger i første halvdel av 1880-tallet. Disse turene var imidlertid ikke for videreutdanning, men heller som forberedelse av en permanent flytting dit. Han emigrerte i 1886. Se *Norges Leger*, bind I: 534f.

⁵⁴⁰ *Medicinsk Revue*, 1887: 377ff.

forsøk på å fravriste spedalskheten en kur.⁵⁴¹ Det var også i Danielssens laboratorium at Klaus Hanssens eldre bror, Armauer Hansen, skulle lykkes i å beskrive *Mycobacterium leprae* i 1873 og å farge den seks år senere,⁵⁴² og slik bli norsk medisins ubestridt største stjerne og eneste internasjonalt kjente bakteriolog.⁵⁴³

Med unntak av Armauer Hansen, som forble forsker livet gjennom, så satte de andre medlemmene av "Den private lægeforening" opp privatpraksiser i Bergen gjennom 1870-årene og tidlig på 1880-tallet. Flere av dem kombinerte sin virksomhet som privatlege, med deltidsstillinger på byens sykehus og spedalskhetsinstitusjoner. Disse foretaksomme og framskrittsoptimistiske unge legene må ha vært misfornøyd med det faglige medisinske liv som ble ført i Bergen, og også med deres egne muligheter for å klatre til topps i byens medisinske institusjoner. I tillegg til å starte sin egen klubb, så valgte de noen år senere, i 1884, å starte et medisinsk tidsskrift, *Medicinsk Revue*, det første i landet av sitt slag utenfor Christiania. Målsetningen med det nye tidsskriftet var ikke i første rekke å publisere nye originalarbeider av norske leger, selv om dette også ble gjort, men å oversette utenlandsk medisinsk litteratur og derigjennom bekjentgjøre for norske leger de framskritt i medisinsk kunnskap som pågikk.⁵⁴⁴ Foranledningen til oppstarten av *Medicinsk Revue* var at en av legene i foreningen, Eduard Bøckmann, i egenskap av å være "Underlæge"⁵⁴⁵ ved Lungegaardshospitalet, hadde utarbeidet en katalog over hospitalets biblioteksamling.⁵⁴⁶ Denne boksamlingen var meget omfangsrik, og Danielssen abonnerte på et svært stort antall vitenskapelige tidsskrifter. Da Bøckmann hadde skaffet oversikt over alt materialet, kom altså idéen til et slikt tidsskrift,⁵⁴⁷ og med Danielssens velvillige støtte gikk de i gang. Denne koalisjonen mellom den yngre generasjon og den aldrende forskeren kom også til å bli avgjørende for opprettelsen av prosektorstillingen noen år senere.

⁵⁴¹ For grundige beskrivelser av dette, se Daniel Cornelius Danielssen og Carl Wilhelm Boeck: *Om Spedalskhed*, Christiania 1847: 161-203, 215-246 og 267-288.

⁵⁴² Om dette, og om den etterfølgende striden med Neisser om rettigheten til oppdagelsen, se Waaler 1985.

⁵⁴³ Han har for eksempel nylig blitt omtalt som "medisinhistoriens fremste norske vitenskapsmann". Se Aina Schiøtz: "Folkets helse – landets styrke" bind 2 i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, Oslo 2003: 13.

⁵⁴⁴ Se proklamasjon i det aller første nummeret, *Medicinsk Revue*, 1884: 1-2.

⁵⁴⁵ Se *Norges Leger*, bind I: 534.

⁵⁴⁶ Denne eksisterer som Eduard Bøckmann: *Katalog over Lungegaardshospitalets bogsamling ved utgangen af aaret 1879*, Bergen 1884. Det ble siden laget en ny katalog, H. G. Dethloff: *Katalog over Lungegaardshospitalets bibliothek ved udgangen af aaret 1904*, Bergen 1905.

⁵⁴⁷ I følge Bøckmanns nekrolog, ført i pennen av Jørgen Sandberg, så var det på et møte i "Den private lægeforening" at Bøckmann utbrøt: "Ja, så var det den avisen da". Etter noe diskusjon kom møtet fram til den form som *Medicinsk Revue* hadde fram til det gikk inn. Se Tschudi Madsen og Sollied 1931: 119.

Denne kohorten av yngre leger må ha ansett seg selv som noe av en medisinsk avantgarde, som innehavere av medisinsk innsikt som var ukjent for de eldre legene i byen (med unntak av Danielssen), men de opplevde at den eldre generasjonen besatt alle de viktigste posisjonene. Det eneste alternativet til å arbeide som deltidsassistenter ved siden av en privat praksis, var å starte en egen institusjon. I 1884, det samme året som *Medicinsk Revue* ble startet, gikk fire av foreningsmedlemmene, deriblant Hanssen og Sandberg, sammen om å starte opp "Bergens private klinik".⁵⁴⁸ Dette var en vanlig strategi også internasjonalt, særlig fra 1860-tallet av, hvor yngre leger, frustrert over mangel på avansementsmuligheter i de store sykehusene, startet egne klinikker og sykehus.⁵⁴⁹ "Bergens private klinik" la stor vekt på å vise seg fram som et sted for de aller nyeste løsninger. I *Medicinsk Revues* andre årgang i 1885 ble det publisert en oversikt over alle de avanserte operasjonene som var foretatt i løpet av klinikkens halvt år lange eksistens.⁵⁵⁰ Særlig ble det argumentert for hvordan en skulle anlegge en gjennomført antiseptisk behandling. Så lenge byens sykehus var den eldre legen Kahrs' domene, så måtte de unge legene finne egne måter å få de stillinger og få praktisert den medisinen de ønsket.

Det første tegnet på at en generasjonskonflikt var underveis blant medisinerne i Bergen, kom imidlertid flere år tidligere. På slutten av 1870-tallet la en komité, som skulle vurdere "Spørqsmaalet om Forandring i Organisationen af Sygehusets Bestyrelse og Lægevæsen", fram sine konklusjoner.⁵⁵¹ Bakgrunnen for opprettelsen av denne komitéen var sykehusets økonomiske situasjon. Sykehuset hadde alltid befunnet seg i "en særdeles heldig økonomisk stilling",⁵⁵² en situasjon som var drastisk endret fra 1874 av på grunn av store byggearbeider på sykehuset. Fra da av hadde sykehuset gått med underskudd, og målsetningen var nå å finne en billigere organisering av sykehustjenesten. Et av spørsmålene som derfor ble drøftet, var hvorvidt sykehuset skulle deles i to avdelinger, en for kirurgi og en for medisin. Komitéens majoritet foretrakk et *status quo* hvor sykehuset forble én avdeling og hvor en overlege var ansvarlig for all medisinsk behandling, bare assistert av en underlege. Det var imidlertid et

⁵⁴⁸ Om denne, se Tschudi Madsen og Sollied 1931: 236f.

⁵⁴⁹ Steve Sturdy and Roger Cooter: "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain c. 1870-1950" i *History of Science*, 1998, 36: 427.

⁵⁵⁰ *Medicinsk Revue*, 1885: 93f.

⁵⁵¹ Denne komitéens innstilling er å finne som "Dokumenter vedkommende Spørqsmaalet om Forandring i Organisationen af Sygehusets Bestyrelse og Lægevæsen" i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1878: 1-24 (egen paginering). Komitéen var satt ned av et kombinert møte mellom Magistrat og Formannskap den 11. februar 1878.

⁵⁵² "Dokumenter vedkommende Spørqsmaalet om Forandring i Organisationen af Sygehusets Bestyrelse og Lægevæsen" i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1878: 1.

viktig komitémedlem som ikke stilte seg bak denne ordningen, nemlig den før omtalte D. C. Danielssen. Han utarbeidet et eget mindretallsforslag hvor han tok sterkt til orde for et to-avdelingssykehus. Dette var nødvendig, mente Danielssen, for å sørge for god og kyndig legeoppfølging til de syke, samt at medisinen nå var blitt så omfattende at det krevdes spesialisering i enten indremedisin eller kirurgi – en mann kunne ikke ventes å ha innsikt i alt. Slik sykehuset framsto, var det en relikvie fra fortiden, og ute av stand til å oppfylle tidens krav. Byen burde derfor ta seg råd til det å ansette to overleger; en fordyrende konsekvens av Danielssens standpunkt og noe som resten av komitéen advarte mot. Verken de andre komitémedlemmene eller bystyret lot seg overbevise av Danielssens argumenter. Mer vekt ble det nok lagt på en uttalelse som overlege Kahrs hadde forfattet til komitéen. I denne beskrev Kahrs sykehusets organisering, de ulike ansattes arbeidsoppgaver og hvordan en typisk dag i sykehuset forløp. Denne beretningen avsluttet han med ordene: "Alle hjul passe i hinanden, og det forekommer mit, at Patienterne faar en saa omhyggelig Behandling, som kan ønskes; hvad der var mere, vilde kun være til Besvær og Uro for dem."⁵⁵³ At entusiasmen i bystyret var dempet for ytterligere utgifter til sykehuset i bystyret i en situasjon hvor institusjonen pådro seg store underskudd, og hvor både komitéen og overlegen hadde anbefalt at intet burde gjøres, burde ikke overraske. Da bystyret tok opp saken ble det imidlertid foreslått at det hele ble utsatt til også konsekvensene av Danielssens minoritetsforslag var utredet. Dette forslaget vant knepent,⁵⁵⁴ men denne utredningen kom aldri tilbake til bystyret og saken rant ut i ingenting.⁵⁵⁵

Selv om intet kom ut av saken, så forløp den ikke uten bruduljer. Kort tid før saken skulle forelegges bystyret dukket det opp et anonymt leserbrev i den lokale avisen *Bergensposten*. Leserbrevet angrep komitéens majoritet, og ba inntrengende om at bystyret måtte støtte opp om minoritetsposisjonen til Danielssen.⁵⁵⁶ I den etterfølgende debatten⁵⁵⁷ avslørte

⁵⁵³ "Dokumenter vedkommende Spørgsmaalet om Forandring i Organisationen af Sygehusets Bestyrelse og Lægevæsen" i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1878: 22. Kahrs utdypet senere sin holdning og motstand til å dele sykehuset inn i 2 avdelinger i "Dokumenter vedkommende Spørgsmaalet om Forandring i Organisationen af Sygehusets Bestyrelse og Lægevæsen" i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1879.

⁵⁵⁴ Etter forslag av konsul Michelsen ble saken utsatt til også Danielssens forslag var ordentlig utredet, se *Bergens Kommuneforhandlinger* 1879: 108f og 118f.

⁵⁵⁵ Jeg har gått gjennom de etterfølgende årgangene med *Bergens Kommuneforhandlinger* og ser ingen tegn til at saken har kommet opp igjen. Det at saken aldri kom opp igjen, er også tydelig i vedtaket som ble gjort i bystyret i 1893 da sykehuset endelig ble delt i to avdelinger. Noen av postene i dette vedtaket er identiske med *majoritetens* forslag fra 1878/79, blant annet det at sykehuset skulle være fullstendig atskilt fra Fattigvesenet. Det var altså ingen som fikk vedtatt noe som helst i kjølvannet av denne komitéens arbeid i 1878. Se "Omorganisation af Bergens sygehus m. v." i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1893: 201-216 (vedtak, s. 217f).

⁵⁵⁶ *Bergensposten* 4. desember 1878.

⁵⁵⁷ *Bergensposten* 5., 7., 12. og 13. desember 1878.

leserbrevskribenten seg som Klaus Hanssen. Hans opponent i debatten var Peter Herman Vogt (1829-1900). Vogt var uteksaminert i 1855, og hadde i femten år drevet praksis og innehatt diverse stillinger i Christiania.⁵⁵⁸ Blant annet var han amanuensis i seks år hos professorene Heiberg og Conradi, de selvsamme leger som Armauer Hansen i sin selvbiografi stemplet som motsatsen til den nye tid. I tillegg hadde han bred erfaring fra Fødselsstiftelsen og Jordemoderskolen i hovedstaden. I 1870 ble han overlege ved Fødselsstiftelsen og bestyrer av Jordemoderskolen i Bergen. I Bergen ble Vogt en stor suksess. I tillegg til sine viktige posisjoner knyttet til Fødselsstiftelsen, hadde han, i følge sin nekrolog, "i sin tid [byens] fineste og best betalte huslægepraksis".⁵⁵⁹ I den samme nekrologen ble han hyllet for sine kunnskaper, sine mange publikasjoner og sin innsats for jordmorutdanningen, og da særlig innføringen av fødselstangen, men han ble også omtalt som en stridbar og konservativ natur. Han forsvarte seg "instinktsmessig (...) mot fremmede ideer, som ikke passet inn i det, der var blitt livsvisdom for ham."⁵⁶⁰ I en annen nekrolog het det: "han var i det hele en mand, som nødvendig ofrede til akkordens aand", men også: "Han var en fint dannet mand og en nobel ridderlig karakter".⁵⁶¹ Han gikk uredt mot nye trender innen medisinen. For eksempel markerte Vogt seg lenge etter det bakteriologiske gjennombruddet som en talsmann for en miasmatiske sykdomsforståelse.⁵⁶² Han var på 1890-tallet "Utenfor Revuens krets (...) fremdeles uten sammenligning den mest centrale personlighet i lægeforeningen".⁵⁶³

Det var da også Vogt som tok på seg å skulle forsvare majoritetens innstilling mot Hanssens angrep. Vogt hadde utgjort denne majoriteten sammen med byens stadsfysikus, Ole Jacob Louis Sparre (1831-1889),⁵⁶⁴ i tillegg til ikke-medisinerne rådmann Bang og Chr. Irgens.⁵⁶⁵ Det var med andre ord en dominerende legepersonlighet i byen som Hanssen her utfordret, riktignok anonymt til å begynne med. Da Vogt erklærte at leserbrevskribenten burde oppgi sin identitet for at det skulle ha noe for seg å diskutere, så gjorde Hanssen det. Hans bror Armauer Hansen bidro også med et leserbrev før debatten døde ut.

⁵⁵⁸ For Vogts biografi, se *Norges Leger* bind V: 569ff.

⁵⁵⁹ Nekrolog av J. D. Irgens i *Medicinsk Revue*, 1900: 33-39.

⁵⁶⁰ Nekrolog av J. D. Irgens i *Medicinsk Revue*, 1900: 33-39, her etter Tschudi Madsen og Sollied 1931: 107.

⁵⁶¹ Nekrolog av H. Kjelsberg i *Tidsskrift for den norske lægeforening* 1900: 97-99. Her etter *Norges Leger*, bind V: 569.

⁵⁶² Se for eksempel referat fra medlemsmøte i Bergens lægeforening i *Medicinsk Revue* 1899: 219ff.

⁵⁶³ Tschudi Madsen og Sollied 1931: 122.

⁵⁶⁴ *Norges Leger* bind V: 166.

⁵⁶⁵ "Dokumenter vedkommende Spørgsmaalet om Forandring i Organisationen af Sygehusets Bestyrelse og Lægevæsen" i *Bergens Kommuneforhandlinger*: 11.

Om den yngre kohortens forhold til Vogt og hans meningsfeller var noe anstrengt, så var forholdet til senioren Danielssen desto bedre. Selv om Danielssen var 30-40 år eldre enn disse legene, så fant de i ham en hvis utsyn på medisinen og medisinsk reform lignet på deres eget. Selv om Danielssens medisin hadde sine røtter i fransk sykehusmedisin, en forkjærlighet for anti-kontagionisme og et sterkt hint av humoral-patologiske sykdomsforståelser, så hadde han alltid videreutviklet sine teknikker og forståelsesmåter under stadig påvirkning fra den internasjonale utviklingen. Hans reisevirksomhet var omfattende, særlig til Paris, Berlin og Wien.⁵⁶⁶ Han fikk også besøk i Bergen. Det mest berømte og viktigste av disse var det tidligere omtalte besøket til Virchow i 1859. Etter samarbeidet med Virchow aksepterte Danielssen tyskerens cellulærpatologi. Danielssen hadde i lang tid vært en ivrig bruker av laboratorieteknikker og kunnskaper fra naturvitenskapene i sine histologiske og kjemiske studier av spedalskheten. Aldersforskjell, og ulikt syn på bakteriologi og kontagionisme til tross, så harmonerte Danielssens forskningsmessige tilnærming til medisin med den yngre generasjonens grunnsyn. I tillegg var Danielssens villighet til å støtte reformer av byens medisinske institusjoner og hans store kjennskap til og samling av internasjonal litteratur, noe som appellerte til de yngre legene. Danielssen kom på sin side til å bli de yngre legenes trofaste støttespiller, forkjemper og gudfar. Så da gruppen rundt *Medicinsk Revue* kontaktet ham i 1889 med tanke på å få opprettet en prosekterstilling ved sykehuset, tok senioren straks ansvaret for å fronte saken.⁵⁶⁷

Det var altså Danielssen som foreslo opprettelsen av en prosekterstilling på sykehuset for sykehusets overlege Kahrs. Kahrs må ha syntes at planen var god, og fremmet følgelig en formell søknad til sykehusets styre og bystyret.⁵⁶⁸ For å minimere risikoen for finansielle motforestillinger mot forslaget, hadde Danielssen slått sammen prosekterstillingen med to deltidsstillinger i institusjonene for spedalskhet, institusjoner og budsjetter som var under hans kontroll. Kostnaden som falt på sykehuset og byens økonomi, ble derfor svært liten. I tillegg skulle prosekter være sekretær for *Medicinsk Revue*. Prosektors tilknytning til kretsen rundt tidsskriftet var åpenbar, men Kahrs fremmet like fullt planen. Da sykehusstyret ønsket forsikringer om at en dugelig mann kunne skaffes til en slik stilling, så argumenterte Kahrs med at det allerede fantes en godt kvalifisert kandidat. Kandidatens navn var Peter Fredrik

⁵⁶⁶ Se *Norges Leger*, bind I: 639ff for en oversikt over Danielssens reisevirksomhet i årene fra 1843 av.

⁵⁶⁷ Waaler 1985: 83.

⁵⁶⁸ Danielssens navn er riktignok ikke nevnt i brevet Kahrs sendte til sykehusets styre. Se "Bilag til Indstilling No. 67 ang. Budget for Bergens Sygehus for 1890" i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1889: 121-123. I Waaler 1985: 83, opplyses det at Danielssen var mannen bak forslaget. Når en ser hvordan prosekterstillingen ble finansiert, virker dette svært plausibelt.

Holst (1861-1935),⁵⁶⁹ en nyutdannet lege som var anbefalt av professoren i patologi ved universitetet, den tidligere omtalte Hjalmar Heiberg. Styret var med dette fornøyd, og støttet saken overfor bystyret i forbindelse med budsjettbehandlingen.

Prosektor skulle altså utføre autopsiene i byens sykehus. I stillingen inngikk det også at han skulle utføre samme arbeid for byens galeanstalt. I tillegg var han også pålagt å utføre patologisk anatomisk og bakteriologisk arbeid for legene tilknyttet *Medicinsk Revue*. Disse unge legene hadde allerede, grunnet sin "diagnostiske nysgjerrighet",⁵⁷⁰ gjennomført autopsier på sitt private klientell. Men for å utføre histologiske og andre avanserte analyser som krevde laboratorieutstyr, hadde de så langt måttet basere seg på vennetjenester fra laboratoriet på Lungegaardshospitalet. Et eksempel på dette er da Klaus Hanssen under en obduksjon på en person med en uklar diagnose, fant en svulst i trakea (luftrøret). Denne fikk han så sin bror Armauer Hansen til å analysere histologisk under sitt mikroskop på Lungegaardshospitalet. Dommen var at svulsten var en "carcinoma", altså en kreftsvulst.⁵⁷¹ Nå ønsket Klaus Hanssen og de andre unge legene at slikt arbeid ble institusjonalisert og formalisert gjennom byens sykehus. Ikke bare ville dette skaffe disse legene en fast ekspert som kunne hjelpe dem i deres eget *post mortem*-arbeid, men en slik stilling ville også fungere som en brekkstang for å innføre bakteriologisk og histologisk kunnskap i sykehuset og generelt øke kunnskapen om disse teknologiene i byens medisinske miljø.

Opprettelsen av prosektorstillingen på sykehuset var en milepæl i arbeidet for å introdusere laboratoriebaserte teknologier til medisinen i Bergen. Et laboratorium hadde vært i drift i byen i årtier, men forskningsvirksomheten på spedalskhet forble isolert fra de andre medisinske institusjonene i byen. Med en prosektor i deltidsstilling var histologiske og bakteriologiske analyser for første gang et potensielt redskap i sykehusets teknologiske bestykning. Prosessen som ledet fram mot opprettelsen av en prosektorstilling, bør imidlertid ikke sees som en isolert offensiv for å fremme laboratoriebasert medisin som sådan. Prosektorstillingen inngikk i et videre program hvor formålet var å endre det faglige grunnlaget for medisinen og de sosiale relasjonene i det medisinske miljøet i Bergen. Kohorten av unge doktorer, under Danielssens beskyttelse og lederskap, forsøkte på ulike vis å bringe medisinsk praksis og kunnskap i Bergen opp til de standarder og i overensstemmelse med det de kjente fra sin

⁵⁶⁹ For biografi, se *Norges Leger* bind III: 53-55.

⁵⁷⁰ Waaler 1985: 83.

⁵⁷¹ *Medicinsk Revue* 1887: 317-318.

utdannelse, sine reiser og fra sine studier av internasjonal litteratur. Deres anstrengelser tjente på samme tid et mindre idealistisk formål i deres forsøk på å ta over en eldre generasjons hegemoni og posisjoner, samtidig som de forsøkte å etablere suksessrike og profitable "huslægepraksiser" i et stadig trangere marked. Introduksjonen av nye teknologier og kunnskaper som var kjent for dem, og ikke den eldre generasjon, må ha vært en viktig bestanddel i dette arbeidet.

Nye teknologier i et gammelt regime

Det fantes altså tendenser til en generasjonskonflikt i det medisinske miljøet i Bergen.

Armauer Hansens beskrivelse av professorene Andreas Conradi og Christen Heiberg som "for gamle til at sette sig ind i" alt det nye, var sannsynligvis en dom de yngre legene felte over sine eldre kolleger også i Bergen, med Danielssen som det klare unntaket. Sykehuset var i 1889 under ledelse av Christian Kahrs, noe det hadde vært siden 1876. Kahrs var mannen som motsatte seg en reform og deling av sykehuset i forbindelse med Vogt-komiteéns arbeid, da han uttalte at "Alle hjul passe i hinanden". Det er heller ikke noe i sykehusets virksomhet som kan tyde på at Kahrs på noe tidspunkt hadde tatt initiativ til å innføre nye teknologier i sykehuset. Diagnostikken i Kahrs' sykehus fram til 1889 var utelukkende basert på grundige anamneser og kliniske undersøkelser, uansett sykdom.⁵⁷² Han var også en ivrig forbruker av klassiske humoral-patologiske terapier som årelating, kopping og igler, og kan på ingen måte ansees som en radikal som søkte nye teknologier til sitt sykehus. På den annen side hadde han valgt å fronte Danielssens forslag om en prosektorstilling overfor de bevilgende og bestemmende myndigheter, og kan neppe ha vært fiendtlig innstilt som sådan til verken Danielssen eller de yngre legene. Men hva slags rolle så Kahrs for seg at prosektor skulle få i hans sykehus? Skulle prosektor nøye seg med sine autopsier og post mortem-undersøkelser og holde seg til sin tradisjonelle rolle som "Keeper of the Dead"? Med andre ord; hva gjorde prosektor i sykehuset? Hva slags tester ble utført i laboratoriet? Og viktigst; ble laboratoriets og prosektors potensielle diagnostiske teknikker tatt i bruk av klinikerne til å diagnostisere levende pasienter, eller behandlet de prosektor og hans teknologier som en uønsket innblanding i deres myndighetsområde og en utfordring mot deres ekspertise og makt i sykehuset?

⁵⁷² Jeg har gjennomgått pasientjournaler for siste del av 1888 for å etablere et bilde av Kahrs' diagnostiske og terapeutiske teknikker. Bergen byarkiv (BBA), 2050/13, Ia 116, Sykejournaler 1. september – 31. desember 1888.

Da byens første prosektor begynte sitt arbeid høsten 1889,⁵⁷³ så var tuberkulose den klart viktigste sykdommen som laboratorieteknikker kunne diagnostisere.⁵⁷⁴ Allerede i 1884, i *Medicinsk Revues* andre nummer, hadde et av medlemmene i "Den yngre lægeforening", Christopher Rogge, presentert en oversikt over internasjonal forskningslitteratur som omhandlet hvordan en skulle diagnostisere lungetuberkulose ved å identifisere tuberkelbasillen i pasientens ekspektorat (oppspytt).⁵⁷⁵ Dette var bare to år etter at Robert Koch hadde annonsert sin store oppdagelse om at han hadde identifisert årsaksagenten til tuberkulose,⁵⁷⁶ og selv om spørsmålet fremdeles var omdiskutert, så nølte ikke Rogge med å proklamere metodens store viktighet. Den kunne brukes både til å oppdage tuberkulose tidligere enn før i klinisk tvilsomme tilfeller, og den kunne også brukes i differensialdiagnose for å skille lungetuberkulose fra ulike typer bronkitt og lungebetennelser. Å teste ekspektorat for tuberkelbasillen var det potensielt viktigste bidraget prosektor og bakteriologiteknologien kunne yte i arbeidet med å diagnostisere levende pasienter i sykehuset, og er derfor prøvestenen for å se om laboratoriet ble tatt i bruk av klinikerne eller ignorert under Kahrs' regime.

Forventningen om konflikt blir imidlertid ikke oppfylt; det er ingen tegn på kontroverser omkring eller motarbeiding av bakteriologisk testing for lungetuberkulose i sykehuset. Bare få uker etter at prosektor hadde begynt sitt arbeid, den 18. oktober 1889, ble den første testen utført.⁵⁷⁷ Testen var ikke med dette blitt rutine, langt derfra. Pasienten hvis ekspektorat testen ble utført på, N. L., hadde vært innlagt på sykehuset i nesten tre uker før testen ble utført. Ved å bruke Paul Erlichs (1854-1915) fargemetode, så kunne testen utføres på under en time.⁵⁷⁸ Så hvorfor ble ikke pasienten testet ved innleggelse? Da N. L. ankom sykehuset hadde legen

⁵⁷³ *Bergens kommuneforhandlinger* 1889: 269 og 321-322 viser at bystyret ikke fattet endelig vedtak om ansettelse av prosektor før 23. desember 1889, og stillingen ble formelt opprettet fra 1.1.1890. Prosektor var imidlertid allerede ansatt i de andre delene av stillingen sin, altså ved spedalskhetsinstitusjonene, fra 1. juli 1889, og da sykehuskomiteen aksepterte Kahrs' forslag den 13. september 1889, fikk sannsynligvis prosektor anledning til å praktisere i sykehuset fra det tidspunkt av.

⁵⁷⁴ Andre sykdommer som på denne tiden kunne identifiseres ved hjelp av en spesifikk bakterie var for det meste sjeldne sykdommer som miltbrann og rabies. Et viktig unntak var difteri, og vi skal vende tilbake til difteri senere.

⁵⁷⁵ *Medicinsk Revue* 1884: 42-44.

⁵⁷⁶ Om dette, se for eksempel Christoph Gradmann: "Robert Koch and the Pressures of Scientific Research: Tuberculosis and Tuberculin" i *Medical History*, 2001, 45: 1-32. Se også Thomas D. Brock: *Robert Koch. A life in medicine and bacteriology*. Madison, 1988.

⁵⁷⁷ Pasientjournalene er ordnet etter utskrivingsdato. Se N. L., utskrevet 23. oktober 1889, i BBA, 2050/13, Ia 120, Sykejournaler 2. september – 24. desember 1889.

⁵⁷⁸ Paul Erlich publiserte bare få uker etter Kochs oppdagelse ble bekjentgjort en fargemetode som var en klar forbedring av Kochs opprinnelige. Opprinnelig publisert den 1. mai 1882 i *Deutsche medizinische Wochenschrift*, Vol. 8: 269-270. Jeg har brukt en engelsk oversettelse som er tilgjengelig her: <http://www.asm.org/ASM/files/CCLIBRARYFILES/FILENAME/0000000379/1882p118.pdf> (august 2007).

under den kliniske undersøkelsen funnet en rekke klassiske tegn på lungetuberkulose hos ham og gitt denne diagnosen. Men etter hvert som ukene gikk og pasientens hoste avtok, samtidig som hans almenntilstand bedret seg, så ble legen usikker på den opprinnelige diagnosen. Det var først da laboratoriet og den bakteriologiske analysen ble mobilisert. Testen var positiv, og viste dermed at det, dessverre for pasienten, ikke var snakk om en forbigående lungebetennelse, men tuberkulose. Ettersom N. L. nå var i bedre form, og intet mer kunne gjøres for ham, så ble han utskrevet et par dager senere.

En rekke andre pasienter som ble diagnostisert med lungetuberkulose på Bergen sykehus høsten 1889, ble imidlertid ikke testet.⁵⁷⁹ Dette skyldtes at deres diagnoser ble, på bakgrunn av klinisk eksaminasjon alene, vurdert som opplagte tilfeller og dermed var det heller ikke nødvendig å teste dem. Jakten på tuberkelbasillen ville utelukkende bli igangsatt når kliniske tegn var uklare, forvirrende og/eller inkohærente med etablerte diagnoser. Sykdomshistorien til A. J. V. er illustrerende i så måte.⁵⁸⁰ A. J. V. ble sendt til sykehuset i Bergen sent i oktober 1889 fra sitt bosted i Eidfjord i Hardangerfjorden av områdets distriktslege. Diagnosen distriktslegen hadde utstyrt ham med var "phlegmone".⁵⁸¹ Året før hadde den samme legen amputert en av A. J. V.s fingre, og alt var gått fint. Men på en rotur kjente han en plutselig smerte, og etter en tid hadde en fistel dannet seg i hånden hans. Ut av fistelen strømmet det konstant verk og materie. Distriktslegen laget innsnitt i hånden flere ganger, men helt uten virkning. Ved ankomsten til sykehuset så hånden ut som en fugleklo. Intet i denne anamnesen tydet på at A. J. V. led av lungetuberkulose, og han ble først behandlet i sykehuset utelukkende for fistelen i hånden med ytterligere innsnitt og injeksjoner av ulike slag. To uker gikk, og han begynte så å klage over hoste. Hans almenntilstand var også forverret i disse ukene. Møtt med nye symptomer, inkompatible med pasientens opprinnelige diagnose, så mobiliserte legene de få diagnostiske teknologiene (utover klinisk eksaminasjon) de hadde tilgang til. Først sjekket de urinen for albumin (eggehvite). Akkurat hva albumin i så fall kunne bety i diagnostisk forstand var relativt usikkert,⁵⁸² men prøven var uansett negativ. Deretter ble A. J. V.s ekspektorat mikroskopisk undersøkt for eventuelt å finne tuberkelbasiller, men også denne prøven var negativ. Uansett, så representerte A. J. V.s tilfelle

⁵⁷⁹ Se for eksempel J. V. I. 24. oktober, N. O. utskrevet 20. november og M. O. utskrevet 22. november i BBA, 2050/13, Ia 120, Sykejournaler 2. september – 24. desember 1889.

⁵⁸⁰ A. J. V. utskrevet 12. desember 1889, BCA, 2050/13, Ia 120, Sykejournaler 2. september – 24. desember 1889.

⁵⁸¹ Phlegmone indikerte en diffus betennelsesprosess kjennetegnet ved at materie/verk var infiltrert i vevet, altså motsatt av en abscess (byll) hvor materien ville være begrenset til abscessen selv.

⁵⁸² Albuminspørsmålet var et av de mest omtalte i *Medicinsk Revue*. Se for eksempel 1884-årgangen hvor det var ikke mindre enn fem ulike artikler om albumin: *Medicinsk Revue* 1884: 86ff, 159, 174f, 316ff og 334-339.

noe nytt i Bergen sykehus. Dette var første gang at en jakt etter tuberkelbasillen ble utført uten at en klinisk undersøkelse i det minste hadde foreslått at lungetuberkulose kunne være en mulig diagnose. At en pasient klaget over hoste, og viste tegn til en svekket almenntilstand, utløste nå en påkalling av prosektor, hans laboratorium, hans fargeteknikk og hans mikroskop.

Pasientjournalene fra høsten 1889 tyder på at prosektor Holst ble involvert i diagnostisering av levende pasienter, nesten umiddelbart etter sin ankomst i Kahrs' sykehus. Han kom ikke til å bli holdt utenfor klinikken og satt til å passe prosektorens tradisjonelle rolle som "Keeper of the Dead". Det kan imidlertid tenkes at Kahrs ikke var direkte involvert i avgjørelsen om å bestille bakteriologiske tester. Dette kan ha blitt gjort av assistentlegen i sykehuset, som på denne tiden var Christopher Rogge,⁵⁸³ altså den entusiastiske propagatoren for bakteriologisk analyse av tuberkulose fra *Medicinsk Revues* spalter fem år tidligere. Kahrs må imidlertid ha vært klar over denne bruken av laboratoriet i sykehuset, og må i en eller annen form ha godkjent praksisen. Så langt kan vi i hvert fall ikke si at vi har fått øye på tegn av en absolutt konflikt mellom laboratorium og klinikk (epistemologisk) eller mellom prosektor og klinikere (kulturell/profesjonsmessig).

I årene som fulgte, kom pasientene i Bergen sykehus rutinemessig til å bli testet for tuberkulose, både for å oppdage den så tidlig som mulig, og for å hjelpe diagnosen av sykdommer med lignende symptomer, slik som bronkitt og lungebetennelse. En pasient som hostet ville i alminnelighet bli testet umiddelbart. Og nå holdt det uansett ikke med klinisk eksaminasjon; alle ble testet bakteriologisk i tillegg. Selv i tilfeller hvor alle kliniske tegn assosiert med lungetuberkulose kunne påvises klinisk ved auskultasjon og perkusjon, og som få år tidligere ville vært ansett som mer enn tilstrekkelig grunnlag for å stille diagnose, så ville ekspektorat bli sendt til prosektoren for analyse.⁵⁸⁴ Hvis ikke bakterien lot seg påvise, så måtte diagnosen bli en annen enn lungetuberkulose. Denne enda sterkere vektleggingen av den bakteriologiske analyse, kom særlig til syne i tiden etter at Rogge overtok ledelsen av sykehuset våren 1891 (se nedenfor). Graden av rutine knyttet til testen, er tydelig fra 1894 av. Da sluttet de journalførende legene å skrive ut innføringer angående sputum-test for tuberkulose, i stedet ble det fra nå av bare brukt forkortelser ("tbcc").⁵⁸⁵

⁵⁸³ *Norges Leger* bind IV: 528.

⁵⁸⁴ Se BBA, 2050/13, Ia 126, Sykejournaler 1. september – 31. desember 1891, for tallrike tilfeller som bekrefter dette.

⁵⁸⁵ Første gang jeg har funnet forkortelsen brukt, er hos A. N. O. utskrevet 2. februar, 1894 i BBA, 2050/15 Ja 1, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. januar – 12. mars 1894.

Et nytt regime

Ved midten av 1890-tallet hadde sykehuset fått nye folk i alle ledende posisjoner. Kahrs måtte trekke seg på grunn av sykdom våren 1891, og Rogge ble utpekt til midlertidig overlege i hans fravær.⁵⁸⁶ Da Kahrs døde to år senere, kunne reform av sykehuset endelig finne sted. I 1894 ble sykehuset omorganisert etter de retningslinjer som Danielssen og Hanssen/Hansen-brødrene hadde tatt til orde for mer enn femten år tidligere. Sykehuset ble dermed inndelt i to avdelinger, en for kirurgi og en for indremedisin, hver med sin overlege, sin assistentlege og en medisinsk kandidat (student), og overlegen for den kirurgiske avdeling skulle også fungere som sykehusets direktør.⁵⁸⁷ Mennene til å besette de nye overlegestillingene ble tatt fra gruppen av, de nå ikke fullt så unge legene. Klaus Hanssen ble overlege for indremedisinsk avdeling, og Jørgen Sandberg ble overlege for kirurgisk avdeling og samtidig sykehusets direktør. En overlege- og direktørstilling sistnevnte skulle inneha til 1927.⁵⁸⁸ Hanssen og Sandberg forlot dermed den private klinikken de hadde vært med på å etablere ti år tidligere, og hadde, i en alder av henholdsvis 50 og 44 år, endelig gått fra opposisjon til posisjon.

Prosektor Holst hadde på dette tidspunktet også blitt erstattet to ganger. Prosektorstillingen var en juniorstilling, tiltenkt unge leger som en start på deres karriere. Den var jo også knyttet til juniorstillinger i spedalskhetsinstitusjonene. Og selv om overlegen(e) i sykehuset måtte henvende seg til ham og hans spesialkunnskaper for at han skulle utføre laboratorianalyser for dem, så var han på ingen måte deres likemann. Lønnen var beskjeden, og utstyret og arbeidsplassen var høyst nødtørftig.⁵⁸⁹ De mest kompliserte analysene måtte prosektor utføre på laboratoriet på Lungegaardshospitalet; i sykehuset hadde han bare en halv kvadratmeter av en pult hvor han kunne sette sitt mikroskop, og autopsiene ble utført i en gammel vedbod tilstøtende sykehuset. Prosektor var en assistent og måtte utføre det arbeidet som ble pålagt ham, og han hadde følgelig liten tid til å forfølge egne studier. Prosektor Holst forlot stillingen etter kun seks måneder, for til slutt å ende opp som professor ved det medisinske fakultet på universitetet i hovedstaden. Carl August Looft (1863-1943) ble utnevnt til hans etterfølger våren 1890, både som prosektor ved sykehuset og i de ulike deltidstillingene ved

⁵⁸⁶ At Rogge ble utropt til overlege den 1. april 1891 er tydelig ut fra listen over utførte operasjoner, se BBA, 2050/14 Ia 1, Operasjonsprotokoll 1861-97.

⁵⁸⁷ Om denne saksgangen, se "Omorganisation af Bergens sygehus m. v." i *Bergens Kommuneforhandlinger* 1893: 201-216 (vedtak, s. 217f).

⁵⁸⁸ *Norges Leger* bind IV: 624.

⁵⁸⁹ Om arbeidsforholdene til prosektor, se H. P. Lie: "Fra Bergens gamle sykehus" i *Medicinsk Revue* 1938: 679-683.

spedalskhetsinstitusjonene.⁵⁹⁰ Looft forlot stillingen etter tre år for å konsentrere seg om sin praksis som barnelege (han hadde i 1891 foretatt en lengre studiereise til Berlin hvor han studerte pediatri under Eduard Heinrich Henoch (1820-1910)).⁵⁹¹

Sykehusets neste prosekter ble Hans Peter Lie (1862-1945) i mai 1893.⁵⁹² I motsetning til sine forgjengere, så skulle Lie forbli prosekter i nesten tyve år, helt til det nye sykehuset sto ferdig i 1912. Det at Lie ble stående i så mange år i det som var utformet som en juniorstilling, hadde etter alt å gjøre med forhold på Lungegaardshospitalet, Pleiestiftelsen for spedalske og St. Jørgens hospital, ikke sykehuset. Som sine forgjengere var han blitt underlege ved de to førstnevnte spedalskhetsinstitusjonene og lege ved sistnevnte, samtidig som han ble prosekter på sykehuset. Da D. C. Danielssen døde i 1894, rykket H. P. Lie opp til overlege og bestyrer ved spedalskhetsinstitusjonene. Det var hans arbeid med spedalskheten som var hans hovedarbeid og inntektskilde, og han kom til å bli en anerkjent dermatolog som publiserte omfattende internasjonalt. Prosekterstillingen var således bare en brøkdel av hans virksomhet, og den eneste grunnen til at ikke noen andre overtok den, var at den var for liten til alene å kunne sysselsette en ung lege. Etter at Lungegaardshospitalet ble lagt ned i 1895 på grunn av det minkende antall spedalske, var det nemlig ikke tilstrekkelig med deltidstillinger i spedalskepleien til å fylle en hel stilling for en ung prosekter. Dermed ble prosekterstillingen ved Bergen sykehus, til tross for at den hadde vært tenkt som en juniorstilling, ettersom årene gikk, besatt av en svært erfaren og høyt respektert lege. Jørgen Sandberg, Klaus Hanssen og H. P. Lie kom til å ha bukten og begge endene i byens sykehus de par neste tiårene. Det er i dette sykehuset den videre fortellingen utspiller seg.

Laboratoriet i arbeid – "forsinkete" teknologier?

Under regimet til Kahrs, og det midlertidige regimet til Rogge, hadde bakteriologiske tester for tuberkulose i stadig større grad blitt tatt i bruk i sykehuset. Men det fantes andre sykdommer enn tuberkulose som potensielt kunne bli diagnostisert ved hjelp av bakteriologiske metoder allerede i 1889-93. Viktigst av disse, med sine mange tilfeller, sin smittsomhet og sine mange dødsfall, var difteri.

⁵⁹⁰ *Norges Leger*, bind III: 610-611.

⁵⁹¹ Se kort omtale av Henoch i E. Schönberg: *Medicinens historie*, Kristiania 1903: 285f. Årstallet for Henochs død er hos Schönberg feilaktig satt til 1883.

⁵⁹² *Norges Leger*, bind III: 552-555.

Difteribasillen ble påvist og identifisert av Friedrich Löffler (1852-1915) i 1882, og basillens gift ble først rapportert isolert og framstilt i konsentrert form av Émile Roux (1853-1933) og Alexandre Yersin (1863-1943) i 1888. I 1890 publiserte Emil Behring (1854-1917) og Shibasaburo Kitasato (1852-1931) sin senere så berømte artikkel hvor de redegjorde for sin vellykte behandling av stivkrampe på kaniner med blodserum tatt fra immuniserte dyr, og Behring viste så at denne metoden med like stort hell også kunne nyttes mot difterigiften.⁵⁹³

Laborarieteknologier skulle i tilfellet med difteri ikke bare komme til å tilby en diagnostisk framgangsmåte, men og, noe som var enestående på denne tiden, et terapeutisk virksomt middel. Det virksomme serumet lå ennå noen år fram i tid (se nedenfor), men diagnostiseringsteknikken var tilgjengelig allerede da prosekterstillingen ble opprettet i 1889. Til tross for at denne teknologien altså hadde vært kjent i flere år, om enn meget omdebattert,⁵⁹⁴ viser likevel pasientjournalene at samtlige difteripasienter i sykehuset utelukkende ble diagnostisert ved hjelp av klassisk anamnese og klinisk eksaminasjon i tiden før 1894. Den pågående forskningen på difteri var også kjent for legene i Bergen. *Medicinsk Revue* publiserte i starten av 1891 en synopsis av Armauer Hansen hvor han gjennomgikk og oppsummerte både Behring- og Kitasato-artikkelen om stivkrampe og Behrings artikkel om teknikkens anvendelse på difteri.⁵⁹⁵ En skulle kanskje forvente at sykehuset hadde tatt i bruk denne teknologien så snart som overhodet mulig. Kan denne trege innføringen av laboratoriebasert diagnostisering av difteri i Bergen sykehus forstås som et uttrykk for at klinikerne motarbeidet og ignorerte teknologier som kunne utfordre deres makt i klinikken?

Sannsynligvis ikke. Heller er forklaringen å finne i den hyppige utskiftingen av prosektorer i tiden fram til 1893. Holst hadde bare vært ved institusjonen i et halvt år, og som nevnt var Looft på en studiereise i sin tid som prosekter, i 1891, men denne var viet studiet av pediatri, ikke laborarieteknikker. Loofts framtidsplaner var ikke rettet mot arbeid i laboratoriet, og han prioriterte da heller ikke å studere laborarieteknikker på den fem måneder lange reisen (som han foretok på egen regning). Da H. P. Lie overtok stillingen i 1893 hadde han selv svært liten erfaring i å arbeide med difterikulturer, og ingen av de tidligere prosektorene eller

⁵⁹³ Jonathan Simon: "Emil Behring's Medical Culture: From Disinfection to Serotherapy" in *Medical History*, 2007, 51: 203.

⁵⁹⁴ For en oversikt over debatten, se følgende doktoravhandling: Yngvar Ustvedt: *Den bakteriologiske difteri-diagnose og pseudodifteri-bacillen*, Kristiania 1899.

⁵⁹⁵ *Medicinsk Revue*, 1891: 28ff.

overlegene hadde erfaring med dette.⁵⁹⁶ Men med ansettelsen av Lie kom dette til å endre seg. Gjennom alle sine år i stillingen fikk han anledning til å opparbeide seg store kunnskaper og utvide laboratoriets teknologiske kapasitet betydelig. Lie fikk rikelig anledning til å reise utenlands for å lære og å holde seg oppdatert i de nyeste teknikkene. Denne reisevirksomheten kom for det meste i stand på grunn av hans oppdrag for byens Sunnhetskommisjon. At de offentlige helsemyndighetene var interessert i å benytte seg av prosektors laboratorieteknologier, er ikke overraskende. Internasjonal litteratur har lagt stor vekt på det tidlige gjennombruddet for laboratorievitenskapene i folkehelsearbeidet. Laboratorieteknologienes lovnader om å kunne knytte spesifikke sykdommer til spesifikke årsaker, og deres evne til å kunne kartlegge sykdom i en befolkning, var svært attraktivt for offentlige helsemyndigheter ettersom de nye teknikkene var godt egnet til å oppfylle administrative behov. For å si det med Steve Sturdy og Roger Cooter: “These techniques improved on existing methods of surveillance by narrowing the focus of analysis from unhealthy classes and dirty regions to infected individuals and specific environmental contaminants.”⁵⁹⁷

Den relativt sene innføringen av diagnostisering av difteri med bakteriologiske analyser, skyldtes sannsynligvis mangel på kunnskap hos prosektoren, ikke motstand fra klinikerne. Da testen ble introdusert i sykehuset i 1894-95, ble det da også raskt en rutineundersøkelse som ble utført straks mistenkelige tilfeller ble innskrevet i sykehuset.⁵⁹⁸ Også denne testen hadde nytte som differensialdiagnose, særlig for skarlagensfeber. Når et barn kom inn til sykehuset med sår hals og feber, så kunne det være svært vanskelig å klinisk skille difteri og skarlagensfeber fra hverandre, spesielt hvis det karakteristiske røde utslettet forbundet med skarlagensfeber ("exanthem") manglet. Rutinen var da som følger: En strykeprøve fra halsen ble tatt ved innleggelse, sådd på agar og neste dag undersøkt mikroskopisk. Hvis ikke difteribasiller da kunne identifiseres, så ble diagnosen satt til skarlagensfeber selv om den

⁵⁹⁶ H. P. Lie: “Om den bakteriologiske difteridiagnose” i *Medicinsk Revue*, 1900: 131.

⁵⁹⁷ Steve Sturdy and Roger Cooter: “Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain c. 1870-1950” i *History of Science*, 1998, 36: 437-438.

⁵⁹⁸ En del bind av pasientjournalene i Bergen byarkiv er vannskadet, blant annet flere bind fra årene 1894-96. Jeg har derfor ikke kunnet fastslå gjennom disse primærkildene akkurat når difteriundersøkelsene startet. Pasientjournaler fra høsten 1896 viser at innen denne tid var testen absolutt rutine. Se for eksempel saken til O. J. utskrevet 10. oktober og N. E. S. utskrevet 16. oktober in BBA, 2050/15 Ja 14, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 3. oktober – 31. desember 1896. H. P. Lie skrev imidlertid om temaet i 1900, og hevdet da at testen ble introdusert i 1894 og raskt ble rutine. Se H. P. Lie: “Om den bakteriologiske difteridiagnose” i *Medicinsk Revue*, 1900: 131. Klaus Hanssen hevdet i en diskusjon om isolasjon av pasienter med difteribasiller i Bergens lægeforening i 1899, at sykehuset startet rutineundersøkelser av difteri i 1895. Se *Medicinsk Revue* 1899, 219ff.

spesifikke sykdomsagenten for denne sykdommen ennå ikke var kjent. Slik artet det seg blant annet for den seks år gamle jenten H. H. som ble lagt inn på sykehuset den 1. oktober 1896.⁵⁹⁹ Ved klinisk eksaminasjon ble det funnet et gråhvitt slim på tungen og røde mandler med et gråhvitt belegg. "Exanthem" kunne ikke påvises, og det ble umiddelbart tatt en prøve av halsbelegget som ble dyrket. "Ved dyrkning voksende op små blærer, der under mikroskop viste sig at bestå af kokker".⁶⁰⁰ Ingen difteribasiller kunne påvises, og konklusjonen ble da skarlagensfeber. Difteritesten i laboratoriet var også avgjørende for når pasientene kunne få reise hjem. I mange tilfeller var det slik at difteripasienter som ikke lenger trengte pleie og følte seg fullkomment friske, fremdeles hadde virulente bakterier i halsen og var følgelig en smitterisiko. H. P. Lie kunne rapportere om pasienter som hadde vært i sykehuset i opptil seks måneder uten å oppfylle kravet om å avlevere tre negative prøver, og derfor ikke kunne bli utskrevet.⁶⁰¹

Difteritesten var imidlertid ikke den eneste viktige teknologien knyttet til laboratoriet som ble sent introdusert i Bergen sykehus. Da delegatene til den 14. internasjonale kongressen for indremedisin samlet seg i Wiesbaden i april 1896, så var det i særklasse viktigste temaet den nå overbevisende effekten difteriserumet hadde vist i utallige kliniske forsøk over store deler av Europa og USA de siste 18 månedene. Serumet var en verdenssensasjon; for første gang hadde laboratorieforsøk lyktes i å utvikle et virksomt terapeutisk middel mot en av de store og dødelige epidemiske sykdommene. Kongressen og rapportene om serumets virkning ble behørig omtalt i *Medicinsk Revue*.⁶⁰² Likevel hadde ingen pasient ved Bergen sykehus mottatt serumet før 1897.⁶⁰³ Dels skyldtes dette at H. P. Lie nå var på sin lengste studietur i Europa. Fra mars 1896 til april 1897 besøkte Lie Danmark, Tyskland, Østerrike og Frankrike for å studere patologisk anatomi, bakteriologi og hudsykdommer (det var jo dermatolog han var).⁶⁰⁴ Men Lies fravær var ikke det eneste problemet. Det er sannsynlig at Lie fikk opplæring i produksjon og bruk av difteriserumet på denne reisen, det var jo tross alt det "alle" snakket om i europeisk medisin, men det betydde ikke at Lie kunne sette i gang og lage

⁵⁹⁹ H. H. utskrevet 26. oktober i BBA, 2050/15 Ja 14, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 3. oktober – 31. desember 1896.

⁶⁰⁰ H. H. utskrevet 26. oktober i BBA, 2050/15 Ja 14, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 3. oktober – 31. desember 1896.

⁶⁰¹ H. P. Lie: "Om den bakteriologiske difteridiagnose" i *Medicinsk Revue*, 1900: 129-149. Regelen om tre negative tester ble innført på sykehuset i 1897.

⁶⁰² *Medicinsk Revue* 1896: 156-163.

⁶⁰³ Igjen er noen av bindene med pasientjournaler vannskadet. Alle bindene for medisinsk avdeling gjennom hele 1897 og fram til våren 1898 er skadet.

⁶⁰⁴ Om denne, se *Norges Leger*, bind III: 553.

sitt eget serum ved sin hjemkomst til Bergen. For å framstille serum trengte han en stall og tilgang på dyr, i tillegg til difterikulturer og kunnskap om framgangsmåten. Laboratoriet hadde ikke slike fasiliteter, og sykehuset i Bergen endte opp med å importere serumet fra Kristiania.

I hovedstaden hadde Ole Olsen Malm (1854-1917), fra 1891⁶⁰⁵ bestyrer av det "efter hans forslag oprettede animale vaccine-institut",⁶⁰⁶ blitt den første i Skandinavia til å produsere store mengder effektivt antidifterisk serum. Malm var både lege og dyrlege med en voldsom interesse for laboratoriemedisin.⁶⁰⁷ Han hadde studert under flere av de ledende forskerne i Europa, blant annet hos den før nevnte Émile Roux ved Institut Pasteur i Paris. Helt mot slutten av 1894 ble han på oppdrag av Justisdepartementet sendt til en serumfabrikk i Frankfurt og til Institut Pasteur for å lære serumtilvirkning. Ved sin hjemkomst immuniserte han en hest etter den metode han hadde lært, og overlot denne til Ullevold⁶⁰⁸ sykehus. Pasientjournalene ved sykehuset for 1897 og første del av 1898 er utilgjengelige, men journaler fra våren 1898 viser at pasienter i Bergen da rutinemessig ble injisert med "Ullevold difteriserum". For at serumet skulle virke, måtte det gis så raskt som mulig. Serumet kunne bare drepe giften som fantes i blodet til pasienten; vev som var angrepet og ødelagt av giften var hinsides redning. Så derfor ble pasienter med difterilignende symptomer gitt serum allerede ved innleggelse. Den tolv år gamle O. J. L. ankom sykehuset i april 1898, og han hadde lignende symptomer som den seks år gamle H. H. et par år tidligere. Derfor ble pasienten, i tillegg til at det ble tatt prøve av halsbelegget, "straks efter indkomsten injiseret 15 gr. Ullevold difteriserum."⁶⁰⁹ Da dyrkningen ikke viste tegn til difteribasiller, ble diagnosen likevel skarlagensfeber. Slik ble mange pasienter gitt unødvendige injeksjoner av difteriserum, men dette ble ansett som trivielt sammenlignet med de store fordelene serumet kunne gi i tilfeller hvor difteribasillen faktisk var symptomenes årsak.

H. P. Lie kunne altså ikke produsere serum i sykehusets laboratorium. Etter den sterke nedgangen i antall spedalske og den påfølgende nedleggelsen av Lungegaardshospitalet i 1895, hadde både pasientene og laboratoriet blitt overført til Pleiestiftelsen no. 1, men Lie

⁶⁰⁵ Opplyst i Kari Tove Elvbakken: *Offentlig kontroll av næringsmidler. Institusjonalisering, apparat og tjenestemenn*, Rapport nr. 50, Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, 1997: 212.

⁶⁰⁶ Norges Leger, bind IV: 15.

⁶⁰⁷ Om Malm, se Norges Leger, bind IV: 14-17; samt Elvbakken 1997: 212ff.

⁶⁰⁸ Senere stavet Ullevaal, nå Ullevål.

⁶⁰⁹ O. J. L. utskrevet 28. April 1898 i BBA, 2050/15 Ja 18, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. mars – 28. juni 1898.

skrev senere at det nye laboratoriet var dårligere enn det gamle.⁶¹⁰ Serumet tilhørte en del av laboratoriebasert medisin som ikke kunne utføres med utstyret brukt til bakteriologiske analyser. Dette var tilfellet også med en annen teknologi som ble sent innført i sykehuset, nemlig den berømte Widals test for tyfoidfieber. Widals test, også kjent som Gruber-Widal-testen, ble utviklet av Georges Fernand Isidore Widal (1862-1929) i 1896. Dette var en serologisk test som, forenklet sagt, i blodet fra den potensielt smittede tilsatte tyfoidfieberbasiller og hvis dette klumpet seg sammen (agglutinerte), så var testen positiv. Denne testen kom til å bli den viktigste diagnosteknikken for tyfoidfieber i begynnelsen av 1900-tallet, men testen dukker ikke opp i sykehusets pasientjournaler før i 1900, og da feilstavet som "Vidal".⁶¹¹

Tatt i betraktning hvor viktig denne testen kom til å bli, ble den gitt overraskende lite oppmerksomhet i *Medicinsk Revue*. Først i 1898 rapporterte det lokale tidsskriftet om bruk av Widals test, og det var ikke for oppmuntrende. På den 2. nordiske kongress for indremedisin ble det presentert statistikk som viste at Widal-testen var negativ i 27 % av klinisk garantert positive tilfeller av tyfoidfieber.⁶¹² For å utføre en serologisk test måtte det introduseres enda mer utstyr og levende kulturer i det lille laboratoriet i Bergen, og usikkerheten knyttet til testens nøyaktighet og omkostningene ved å innføre den, kan ha bidratt til å forsinke Widal-testens bruk i Bergen sykehus. Det finnes imidlertid et annet moment som kan hjelpe til å forklare "forsinkelsen": Widal-testen var nemlig den første teknikken som utfordret en av nyvinningene som det nye regimet hadde innført i klinikken, nemlig diazotesten.

Klaus Hanssen inntreden i sykehuset ved nyttår 1894, kom til å medføre en stor forskjell i sykehusets diagnostiske praksis. Han tok i bruk en rekke ulike teknologier, ikke bare dem som var tilknyttet sykehusets laboratorium. På kort tid ble journalenes utseende endret som følge av hyppigere bruk av diverse teknikker som ikke inngikk i den klassiske kliniske eksaminasjon. For eksempel innførte han sphygmografen (en blodtrykksmåler)⁶¹³ og i tillegg la han stor vekt på prøvemåltider for å diagnostisere magesykdommer. Her ble pasienten tilført nøyaktig tilmålte mengder av ulike typer mat og ulike substanser, og magesekkens

⁶¹⁰ H. P. Lie: "Fra Bergens gamle sykehus" i *Medicinsk Revue* 1938: 679-683.

⁶¹¹ M. O. utskrevet 16. oktober 1900 i BBA, 2050/15 Ja 26, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. oktober – 31. desember 1900.

⁶¹² *Medicinsk Revue* 1898: 232-233.

⁶¹³ Ved overtagelsen av sykehuset hadde Hanssen og Sandberg søkt om en ekstrabevilgning til sykehuset for hovedsaklig å kjøpe "nødvendige Instrumenter". Se *Bergens Kommuneforhandlinger* 1894, bind 1: 386f, samt bilag: 125f.

innhold ble tvunget opp igjen etter et bestemt tidsrom, og så analysert.⁶¹⁴ Men det diagnostiske og prognostiske hjelpemiddel Hanssen mest entusiastisk og oftest benyttet seg av, var urinanalyse. Den nye holdningen til bruken av urinanalyser som Hanssen og Sandbergs overtakelse av sykehuset innvarslet, er tydelig i tilfellet med den fire år gamle gutten D. F. Gutten hadde vært innlagt på sykehuset diagnostisert med skarlagensfeber siden 11. desember 1893.⁶¹⁵ Fram til nyttår var det ikke utført noen tester på gutten og det var knapt nok ført noe i journalen siden innkomsten. Den 2. januar 1894, etter tre uker på sykehuset, dukker det plutselig opp daglige innføringer om mengde urin og om det var albumin i denne i journalen hans. Som nevnt var det svært uklart og meget omdiskutert hva slags informasjon tilstedeværelsen av albumin ga legen, utover at det ble regnet som negativt for pasienten. Hanssen brukte det uansett flittig, og i tilfellet med den fire år gamle D. F. ble albuminnivået fulgt nøye helt til det ikke lenger lot seg spore, og gutten ble utskrevet som helbredet etter nesten tre måneder på sykehuset.

Albumintesten var den hyppigst brukte, men Hanssen tok i bruk hele spekteret av ulike urinanalyser,⁶¹⁶ både nye og gamle: spesifikk vekt, mengde, lukt, farge, tilstedeværelse av sukker, syrlighet, og også sentrifugering av urinen og påfølgende mikroskopisk og bakteriologisk analyse av urinens faste bestanddeler, særlig for å diagnostisere urogenital tuberkulose.⁶¹⁷ Urintestene var i alminnelighet ikke spesifikke tester for spesifikke sykdommer på samme måte som difteri- og tuberkulosestestene. Analysene av urinen hvilte selvsagt på den forutsetning at ulike typer sykdom satte ulike typer spor i urinen, men akkurat hva tilstedeværelsen av ulike stoffer skulle bety, var høyst omdiskutert. For eksempel trykket *Medicinsk Revue* et stort antall utdrag og referat fra internasjonale diskusjoner om albuminmåling, blant annet en tale av en britisk lege som hevdet at tilstedeværelsen av albumin i urinen kunne indikere følgende sykdommer: skarlagensfeber, difteri, meslinger, erysipelas (rosen), tyfoidfeber, tyfus, gul feber, kopper, kolera, skjørbuk, emfysem, samt ulike hjertelidelser og svulster i livmoren.⁶¹⁸ Urinanalyse var derfor i mindre grad tester for

⁶¹⁴ Se *Medicinsk Revue* 1888: 6ff, 36ff og 73ff for en grundig presentasjon av Klaus Hanssen av framgangsmåte og formål med prøvemåltidene.

⁶¹⁵ Se D. F. utskrevet 9. mars 1894, BBA, 2050/15 Ja 1, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. januar– 12. mars 1894.

⁶¹⁶ For en diskusjon om urinanalyse, se Joel D. Howell: *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, Baltimore and London 1996 [1995]: chapter 3.

⁶¹⁷ Se for eksempel A. O. B. utskrevet 25. februar 1894 i BBA, 2050/15 Ja 1, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. januar – 12. mars 1894.

⁶¹⁸ Fra George Johnsons hovedforedrag under British Medical Association's Annual Meeting, se *Medicinsk Revue* 1884: 334-339.

enkeltsykdommer, men ble brukt av legen i kombinasjon med kliniske indikatorer som en av mange bestanddeler i grunnlaget for diagnose og prognose underveis i sykdomsforløpet.

Det var imidlertid én urintest som, med visse forbehold, av mange ble ansett for å kunne påvise én spesifikk sykdom, nemlig diazo-testen. Denne testen var utviklet av den kjente tyske forskeren Paul Erlich i 1882. Den ble angrepet av mange i samtiden, men forsvarere av testen hevdet at kritikken var en følge av at leger ikke hadde fulgt oppskriften til Erlich nøyaktig nok. Diazo-testen var, i følge en artikkel i *The New York Medical Journal* av Julius Friedenwald i 1893, “considered a very efficient diagnostic measure in most of the clinics of Germany”.⁶¹⁹ *Medicinsk Revue* publiserte også artikler om emnet.⁶²⁰ En positiv test måtte understøttes av og korreleres med kliniske tegn så som forstørret milt og roseola (rødt utslett) før en kunne slå fast at det dreide seg om tyfoidfieber. Testen kunne også brukes for å utelukke meslinger fra jakten på en diagnose, ettersom denne sykdommen ikke skulle kunne produsere en positiv diazo-test.

Klaus Hanssen brukte testen flittig i Bergen sykehus; den ble brukt konsekvent i alle tilfeller hvor det var mistanke om tyfoidfieber. Kombinert med fysikalsk undersøkelse, så var dette den nye diagnostiske teknologien og rutinen som reorganiseringen i 1894 hadde ført med seg. Da Widal publiserte sin nye metode i 1896, og forsøk i påfølgende år bare viste en treffsikkerhet på litt over 70 %, så var det neppe en hastesak for Hanssen å erstatte sin eksisterende diagnosemetode for tyfoidfieber. Da Widal-testen ble innført i sykehuset i 1900, så ble den straks rutine, men den var alltid bare en av mange tester som ble utført og fortrenget ikke eldre teknikker. Diazo-testen beholdt sin plass i batteriet av tester som pasientenes urin ble brukt til. Det gjorde også den fysikalske undersøkelsen. Det var det kombinerte resultatet av de ulike testmetodene av blod, av urin og gjennom palpasjon av kroppen, som til sammen ga legen den informasjon som han bygget sine tyfoidfieberdiagnoser på.

Så, mens 1890-tallet produserte flere og flere laboratorieteknikker med diagnostisk, og i tilfellet med difteriserum også terapeutisk, relevans, så ble disse introdusert og tatt i bruk i Bergen sykehus. Noen ble introdusert noen år etter at de var først var gjort kjent, men denne "forsinkelsen" skyldtes etter alt å dømme ikke en aktiv motstand fra overlegene mot

⁶¹⁹ Friedenwald, Julius: "The Diazo Reaction of Erlich" in *The New York Medical Journal*, volume 58, 1893: p. 745.

⁶²⁰ Se *Medicinsk Revue* 1893: 303-308 og 1899: 140-143.

laboratoriets innblanding i klinikken, men bør heller forstås på bakgrunn av prosektors lærecurve, de reiser han foretok for å studere og bringe hjem nye teknologier, samt det primitive laboratoriestyret på det gamle sykehuset. Da en relativt ny diagnosemetode ble utfordret av en enda nyere teknikk, så førte dette til at sistnevnte etter en viss tid ble integrert i den eksisterende praksisen. Tegn til et konfliktfylt, ikke-kommuniserende eller et dels antitetisk forhold er ikke å finne. Bildet er heller et av entusiastiske, nysgjerrige, interesserte og vitebegjærlige klinikere som tok laboratoriet og dets teknologier i bruk for alt de var verdt og satte dem i spill i klinikken. Noen av teknikkene, slik som de bakteriologiske testene for lungetuberkulose og difteri, fikk en status som gjorde at en positiv prøve ble ansett som et kriterium for at slike diagnoser kunne gis. For slike testers vedkommende er det riktigst å snakke om at diagnostisk makt ble flyttet inn i laboratoriet og at det i hovedsak fant sted en enveis påvirkning fra laboratoriet på klinikken. Som vi har sett, var det imidlertid laborarieteknikker som var langt mindre definitive i sine svar og var langt mer åpne for tolkning. Både blod og urin kunne analyseres på en rekke måter, men måtte gis mening innenfor og inkorporeres i kliniske praksiser. Utprøvingen av slike teknikker på et stort antall pasienter gjennom flere år, utgjorde i realiteten klinisk forskning. Klinikere var i så måte slett ikke passive resipienter av kunnskap fra laboratoriet, men aktive og fortolkende medisinske kunnskapsprodusenter.

Histologi og kreft – den siste prøve

L. S. Jacynas tidligere nevnte artikkel om patologiens påvirkning på kirurgiske diagnoser i kreftbehandlingen på et sykehus i Glasgow på slutten av 1800-tallet, er kanskje den mest overbevisende enkeltstudien som argumenterer for at forholdet mellom klinikk og laboratorium i hovedsak var preget av konflikt. Steve Sturdy finner i sitt historiografiske utblikk på feltet at Jacynas studie hører til blant dem som faktisk har studert "some of the more positive ways in which clinicians responded to the growth of science". Sturdy legger imidlertid til at Jacyna argumenterer for at kirurgene sørget for at de "retained overall authority over clinical decision-making,"⁶²¹ og Jacyna slipper heller ikke unna Sturdys anklager om kulturell essensialisme og teleologi. Jacynas artikkel, som er svært mye referert,

⁶²¹ Sturdy 2008: 11.

ansees da også som et argument for at kirurger som regel ignorerte patologens råd, og stolte utelukkende på den fysikalske undersøkelsen.⁶²²

Artikkelens viktighet på feltet skyldes kanskje først og fremst Jacynas valg av emne. Som tidligere påpekt, så har patologien vært nærmest ignorert i medisin- og vitenskapshistorien etter 1860, ifølge Sturdy på grunn av at patologien var så nært forbundet med medisinsk praksis at det kunne utfordre premisset for de historiene som ble fortalt. Ikke nok med at Jacyna valgte å studere patologien, men han nøyde seg heller ikke med å vise fram eksempler på klinikerens retoriske utfall mot patologi og laboratoriemedisin, han ville undersøke *praksisen* i sykehuset og hvilken rolle patologien fikk lov å innta i diagnostisk praksis. Slik kunne han komme "beyond the programmatic statements and selected case studies found in the published literature and gain access to the routine behaviour of surgeons."⁶²³ Og når han med et slikt emne og en slik metode finner at motstand fra klinikere var det dominerende bildet, en motstand han forklarer med kirurgenes utdanning (altså en profesjonskonflikt), så er dette et viktig argument for "konflikt-fortellingen".

I Jacynas studie finner han til å begynne med en rekke eksempler på at kirurgene involverte patologene (prosektorene) i diagnostiseringen av kreft og også andre sykdommer, noe som ga grunnlag for å hevde at patologien hadde hatt påvirkning på klinikkens praksis (som reflekteres i Sturdys ord om "more positive ways"). Men han finner også at det motsatte skjedde; dvs. at patologene kun ble involvert i etterkant av både diagnose og eventuelt terapeutiske tiltak ved at amputerte lemsdeler eller ulike svulster ble sendt til laboratoriet for mikroskopisk undersøkelse etter at operasjonen var utført. En slik praksis behandlet fremdeles patologien som noe som ikke angikk levende pasienter i klinikken; analysene han foretok på det han fikk tilsendt etter operasjoner, var i praksis det samme som tradisjonelle post mortem-undersøkelser i miniatyr. For å finne ut hvilken av disse praksisene som var dominerende, tar Jacyna for seg de diagnostiske prosedyrene som omga en av de viktigste og hyppigste sykdommene som kirurgene måtte hankses med, nemlig brystkreft.⁶²⁴

⁶²² Se for eksempel en nylig omtale av artikkelen i Ilana Löwy: "Breast cancer and the "materiality of risk": The rise of morphological prediction" i *Bulletin of the history of medicine*, 2007, 81: 244: "In the late nineteenth century, Stephen Jacyna has shown, surgeons were well aware of the existence of pathological diagnosis of malignancies and occasionally asked for a pathologist's opinion before undertaking an extended breast surgery. These were, however, rare and sporadic events: in the majority of cases, surgeons relied exclusively on their clinical judgment and, at most, sent the excised tissues for analysis once the operation was completed.

⁶²³ Jacyna 1988: 387.

⁶²⁴ Jacyna 1988: 394.

Min studie av kreftdiagnostikk og –behandling i Bergen sykehus har mye til felles med Jacynas funn i Glasgow. I likhet med ham, så finner jeg at det store flertall av brystkreftdiagnoser og påfølgende brystamputasjoner utelukkende ble bestemt på basis av klinisk undersøkelse og kriterier, noe Jacyna ser som et uttrykk for den underliggende konflikten mellom laboratoriet og klinikken. Den kliniske undersøkelsen konsentrerte seg om brystet og dets umiddelbare nærhet. Det legen vurderte var hudens farge, tilstedeværelse eller fravær av oppsvulmete blodårer, brystvortens beskaffenhet og posisjon, svulstens følbare konsistens, hvor uregelmessig dens overflate var, om den var festet til huden eller brystveggen, og til slutt kjente legen om han kunne føle hovne knuter i armhulen.⁶²⁵ I Glasgow var det tilnærmet rutine at amputerte bryst ble undersøkt histopatologisk og at patologen ga til kjenne sitt syn om svulsten var et karsinom eller ikke (i Jacynas utvalg skjedde det 8 av 98 ganger at patologen mente å se at amputerte bryst slett ikke var angrepet av kreft⁶²⁶). I Bergen var det svært få amputerte bryst som ble analysert postoperativt. Basert på dette kunne en hevde at kirurgenes fiendtlighet mot laboratoriemedisin var enda mer uttalt i Bergen enn Glasgow.

Men hvordan skulle egentlig kirurgene ha benyttet seg av histopatologiens analysemetoder og slik forsøkt å sikre seg mot å foreta unødvendige amputasjoner? For at patologen skulle ha noe å studere, så måtte han ha en prøve av svulsten, fiksure denne slik at den ble hard og så kunne denne igjen kuttes i syltynne biter med et mikrotom og til slutt studeres under mikroskopet. Jacyna viser til at medisinsk litteratur så tidlig som i 1853 anbefalte å ta vevsprøver av brystsvulster.⁶²⁷ Men det var store problemer knyttet til det å innhente slike prøver. Framgangsmåten var å føre en harpunformet nål inn i brystet og svulsten. Som Jacyna også viser var det mange leger som hevdet at slike prøver var ubrukelige ettersom de restene av svulsten som festet seg på "harpunen" var i så dårlig stand at de ikke kunne si noe om svulstens eventuelle karsinomatøse karakter. Smerten og infeksjonsfaren forbundet med prøvetakingen talte også mot dens bruk.⁶²⁸ Tross disse høyst reelle vanskelighetene og betenkelighetene med å innhente slike prøver, så går Jacyna videre til å argumentere for at

⁶²⁵ Det er disse kriteriene som er gjennomgående i pasientjournalene jeg har brukt. Oppsummeringen er imidlertid hentet fra Jacyna 1988: 394 som siterer Daniel de Moulin: *A short history of breast cancer*, Boston 1983: 42. Flere av disse kriteriene går tilbake til antikken.

⁶²⁶ Jacyna 1988: 396.

⁶²⁷ Dette ble foreslått i John Erichsen: *The Science and Art of Surgery; A Treatise on Surgical Injuries, Diseases, and Operations*, London 1853.; 723, se Jacyna 1988, note 50.

⁶²⁸ Se Jacyna 1988: 399-400.

den manglende bruken av histopatologi i diagnostikken av brystkreft viser at klinisk medisin "proved remarkably resistant to the newer laboratory science."⁶²⁹

Etter min mening slipper Jacyna taket i de praktiske vanskelighetene og prinsipielle betenkelighetene for lett. Jeg vil stanse opp her og forsøke å forstå mine legers selvsagte forutsetninger; jeg ønsker å konstruere et bilde av legene i Bergen sykehus sitt utsyn på spørsmålet om brystkreft i et forsøk på å forstå *hvorfor* de valgte å ikke benytte seg av histopatologiske hjelpemidler i diagnostiseringen av brystkreft.

Kreftforskningen på slutten av 1800-tallet var et meget omdiskutert fagfelt hvor det fantes få absolutte sannheter.⁶³⁰ Særlig var det mange teorier om kreftens etiologi, natur og hvordan og hva som fikk den til å spre seg i kroppen. Brystkreft dukket da også opp som tema i *Medicinsk Revue* ved en rekke anledninger. Den åpenbare terapien for brystkreft var selvsagt å fjerne kreften ved å amputere brystet. Til tross for at brystet ble fjernet, så døde likevel et stort antall pasienter av kreft på et senere tidspunkt og det meste av den internasjonale litteraturen som *Reven* rapporterte om, var da også viet spørsmålet om hvordan operasjoner burde gjennomføres slik at pasienten faktisk ble kurert. På det 4. årsmøtet til Den nordiske kirurgforeningen i 1899 var brystkreft hoveddiskusjonstemaet. En stor undersøkelse hadde vist at mer enn 56 % av brystkreftopererte kvinner døde innen få år på grunn av at kreften ikke var fullstendig fjernet, og at bare i underkant av 30 % av kvinnene var fri for tegn til kreft.⁶³¹ Både dette møtet og det meste av internasjonal litteratur anbefalte radikale og massive mastektomier for å motvirke problemet.⁶³² Når svulsten skulle fjernes, var det oftest anbefalt å bare skjære i det friske vevet. Uten sikker viten om hva som fikk kreft til å spre seg under operasjonene, var det best å være på den sikre siden. For eksempel publiserte *Medicinsk*

⁶²⁹ Jacyna 1988: 405. Det må også nevnes her at Jacyna tar for seg ytterligere teknologier i sin argumentasjon for at histopatologisk diagnostisering var en reell mulighet på 1890-tallet. Den viktigste av disse var fryseteknikken hvor et preparat kunne lages i stand og analyseres så hurtig at den histopatologiske undersøkelsen kunne foregå under operasjonen. Dermed kunne kirurgen åpne brystet, ta biopsi av svulsten og så bestemme videre tiltak basert på patologens dom. De første som eksperimenterte med denne teknikken, publiserte en framgangsmåte i andre halvdel av 1890-tallet, men den forble lenge svært lite kjent. Det var først på 1920- og 30-tallet at metoden kom i omfattende bruk. Jeg anser den derfor ikke for viktig å ta med i drøftingene om Bergenslegenes utsyn på medisinen på 1890-tallet (den er heller ikke kommentert i *Medicinsk Revue*). For en beskrivelse av teknikken og detaljerte drøftinger om innføringen av denne, se James R. Wright jr.: "The development of the frozen section technique, the evolution of surgical biopsy, and the origins of surgical pathology" i *Bulletin of the history of medicine*, 1985, 59 (3): 295-326. Se også Löwy 2007: 250ff.

⁶³⁰ For en oversikt over utviklingen av kreftforskningen fram til ca. 1900, se Joan Austoker: *A History of the Imperial Cancer Research Fund 1902-1986*, Oxford 1986: kapittel 1.

⁶³¹ *Medicinsk Revue* 1899: 258ff.

⁶³² Den radikale mastektomien ble utviklet av den amerikanske legen William Stewart Halsted i 1882. For den videre utviklingen hvor den radikale mastektomien ble erstattet av mindre massive inngrep, se Löwy 2007.

Revue en synopsis av en Dr. Rotters artikkel om brystkreftoperasjoner fra det ledende tyske *Centralblatt für Chirurgie*, hvor han ”søger (...) at undgaa kancerinfektion af saaret derved, at han fjerner, hele tumor med det omgivende sunde væv med engang uden at komme i berøring med selve kanceren.”⁶³³ Frykten for "kancerinfektion af saaret" tilsa altså at kniven bare skulle skjære i friskt vev. Den radikale mastektomien fjernet også den underliggende brystmuskulaturen, omkringliggende hud og lymfeknutene i armhulen,⁶³⁴ noe som ga varige mén til kvinnene. Spørsmålet om diagnose ble ikke kommentert verken på det nordiske fellesmøtet eller i denne litteraturen.

Den første gangen at histopatologisk undersøkelse av brystsvulster er nevnt i *Medicinsk Revue* er i et innlegg av tidsskriftets London-korrespondent, Norman Dalton, i 1889.⁶³⁵ Han rapporterte om et møte i The Pathological Society hvor to bryst, amputert på grunn av kreftdiagnose, ble vist fram. Ved mikroskopisk undersøkelse kunne ikke kreftsvulster påvises, og møtet konkluderte med at ”svulstene” sannsynligvis var tuberkler i stedet. Distinksjonen var imidlertid umulig å oppdage diagnostisk, fortsatte Dalton, ettersom lymfeknutene i armhulen var opphovnet både ved brystkreft og tuberkulose i brystet. Møtet i The Pathological Society brukte altså, ifølge Dalton, ikke klinikernes feildiagnostisering til å argumentere for at deres egne medlemmer og deres histopatologiske metoder burde vært mobilisert, og at vev fra nå av burde hentes ved hjelp av ”harpunen” og legges under mikroskopet. I stedet oppsummerte møtet feildiagnostiseringene med at det i grunnen ikke spilte noen rolle; et bryst fylt av tuberkler burde uansett fjernes. Lærdommen av saken var at amputerte bryst rutinemessig ble mikroskopert, ettersom det å finne tuberkler ville gi en mer positiv prognose. Spørsmålet om biopsier ble heller ikke nå kommentert.

Basert på de artikler i internasjonal litteratur som *Medicinsk Revue* valgte å oversette og publisere, var spørsmålet om biopsier ved mistanke om brystkreft et lite omtalt felt i samtiden. Kun én artikkel i tidsskriftet i perioden 1884-1900 omtalte fenomenet.⁶³⁶ Igjen var kilden *Centralblatt für Chirurgie*. Forfatteren, W. P Cow, begynte sin artikkel med å kommentere forvirringen og usikkerheten som hersket omkring det å differensiere mellom god- og ondartete svulster, en situasjon som histologien ennå ikke hadde maktet å avklare. Cow, som Dalton, argumenterte videre for at bryst med klumper i seg burde fjernes uansett. I følge Cow

⁶³³ *Medicinsk Revue* 1896: 335-336.

⁶³⁴ For framgangsmåte og argumentasjon, se *Medicinsk Revue* 1884: 53ff.

⁶³⁵ *Medicinsk Revue* 1889: 37ff.

⁶³⁶ *Medicinsk Revue* 1896: 296f.

var det nemlig en 10-50 % sjans for at godartete svulster kunne utvikle seg til kreft. Han hadde ingen motforestillinger mot å fjerne bryst hvor klumpen klinisk ble bedømt som godartet, ettersom man da kunne unngå radikale inngrep i området rundt brystet og inngrepet bare ville etterlate et lite arr, altså en simpel mastektomi. Å gjennomføre en histologisk undersøkelse av svulsten *før* operasjonen, advarte imidlertid Cow mot på det sterkeste. En slik prøvetaking kunne i praksis ta pasientens liv. Cow hevdet at det å føre en nål eller ”harpun” inn i en svulst, kunne, i tilfelle av at svulsten var godartet, føre til at svulsten raskere utviklet seg til kreft; og i tilfeller hvor svulsten allerede var ondartet, kunne ”harpunen” åpne en vei i brystet hvor kreften kunne spre seg.

Når en legger et slikt medisinsk utsyn til grunn, så virker kirurgens valg om å ikke ta en biopsi av brystet og rådspørre patologen før en eventuell operasjon fullstendig rasjonelt, til og med tilrådelig. Det fantes, som også Jacyna har påpekt, stor usikkerhet knyttet til den histologiske eksaminasjonen som kunne utføres på de restene av svulsten som kunne hentes med ”harpunen”. Når en i tillegg tar i betraktning at mange røster tok til orde for å fjerne bryst med klumper uansett resultatet av slike tester, at det eksisterte en stor frykt for og allment akseptert usikkerhet om årsakene til at kreft spredde seg, spesielt under operasjoner og ikke minst, at det ble hevdet at biopsiinnhenting i seg selv kunne være farlig for pasienten (i tillegg til svært smertefull), så er det på ingen måte overraskende at de kliniske undersøkelsesmetodene og vurderingene fortsatte å dominere diagnostisering av brystkreft. Det kan vanskelig sees som et uttrykk for klinikernes motstand mot laboratoriemedisin eller histopatologi som sådan.

Hvis vi utvider vårt blikk til også å inkludere kreftdiagnostisering i sin alminnelighet i Bergen sykehus, så blir denne mangelen på konflikt og histologiens viktighet for kirurgene enda tydeligere. Allerede høsten 1893, nesten et halvt år før Sandberg og Hanssen overtok kontrollen med sykehuset, har jeg funnet den første pasienten som fikk diagnostisert kreft ved hjelp av histologi. En 63 år gammel arbeiderkone, A. O., hadde først fått en byll på den høyre leggen.⁶³⁷ Senere hadde en smertefull svulst oppstått på samme sted. Etter den fysiske undersøkelsen ble en bit av svulsten skjært av og sendt til H. P. Lie og hans mikroskop. Han konkluderte med at svulsten sannsynligvis var ondartet (”et plateepithelcanceroid”) og dette dikterte både diagnosen (”Ulcus cruris cancerosum”) og terapien som måtte velges, nemlig å amputere foten rett nedenfor kneet. Etter fire måneder i sykehuset hvor amputasjonssåret ble

⁶³⁷ A. O. utskrevet 24. januar 1894 i BBA 2050/14 Ja 1, Kirurgisk avdeling, Sykejournaler 1. januar – 30. juni 1894.

behandlet for diverse sykdommer, ble hun utskrevet som helbredet. Fra høsten 1893 og i årene framover er bildet at alle svulster som var *tilgjengelige* for legens skalpell, ble tatt en prøve av og analysert av prosektor med histologiske metoder. Uansett om svulsten satt i foten, i kjeven eller leppen, og i et tilfelle en svulst som ble oppdaget under en gynekologisk undersøkelse, så ble det tatt prøver og diagnosen ble bestemt av prosektor. I tilfellet med den svulsten fra den gynekologiske undersøkelsen, var ikke Lie sikrere i sin sak enn at han syntes det så ut som en mistenkelig kjerteldannelse (adenoma), men det mistenkelige utseende var nok til at Sandberg straks fikk en hysterektomi utført på kvinnen.⁶³⁸

Fra tid til annen ble også histologien mobilisert ved brystkreft. Dette var i de tilfeller da klinikerne mistenkte en godartet svulst og kunne fjerne denne uten for store problemer. I den 25 år gamle kvinnen M. G. sin sykehistorie fra 1894 får vi innblikk i denne praksisen. Ved den fysikalske undersøkelsen fant kirurgen Sandberg at svulsten var hard, ganske liten (på størrelse med en valnøtt), ikke festet i verken hud eller brystvegg og kanskje viktigst, at det ikke fantes hovne lymfeknuter i armhulen. Disse kliniske tegnene gjorde at han forventet å finne en godartet svulst. Den burde uansett komme ut, men i motsetning til antatt ondartete tilfeller behøvde han i utgangspunktet ikke være redd for å spre kreften og dermed bare skjære i friskt vev. Han gjorde et enkelt innsnitt i brystet og ”tumor utskrælledes i sin helhed”.⁶³⁹ For å bli sikker på at svulsten var godartet og at pasienten slapp ytterligere inngrep, sendte Sandberg svulsten til laboratoriet og H. P. Lie. Lie konkluderte da også med at svulsten var et harmløst ”adeno-fibrom”.

Kreftbehandlingen i Bergen sykehus var på ingen måte preget av klinikere som motarbeidet eller ignorerte histopatologiens potensielt viktige bidrag til kreftdiagnosene. Såfremt de kunne nå svulstene med sine skalpeller, så valgte de å ta en prøve som kunne sendes til prosektor, og de ville føye seg etter de funn som den histologiske analysen ga ved at diagnose og terapi ble diktert av denne. Brystkreft med sine vanskelig tilgjengelige svulster gjemt under huden og omsluttet av vev, representerte et problem for en praksis som baserte seg på histopatologiske analyser i diagnostiseringen. Det å skulle ta prøver av disse ble fra tid til annen diskutert, men framgangsmåten og den eventuelle nytteverdien en slik prøve kunne ha, var svært omdiskutert. Som vi har sett, var det også noen som mente at det å innhente en prøve var

⁶³⁸ A. H. utskrevet 16. juli 1900 i BBA, 2050/14 Ja 14, Kirurgisk avdeling, Sykejournaler 30. juli – 30. september 1900.

⁶³⁹ M. G. utskrevet 1. mars 1894 i BBA, 2050/14 Ja 1, Kirurgisk avdeling, Sykejournaler 1. januar – 30. juni 1894.

direkte farlig for pasienten. "Utskrelling" av antatt ondartete svulster var på grunn av den antatte spredningsfaren, enda farligere. Den klassiske kliniske eksaminasjon beholdt derfor sin dominerende rolle når det kom til brystkreft; og når en kliniker var rimelig sikker på å finne en kreftsvulst, så var operasjonssalen, ikke laboratoriet, neste stoppested. Praksisen og holdningen kommer til syne i et ofte brukt sitat fra kirurgen Joseph C. Bloodgood ved Johns Hopkins Hospital: "In regard to tumors ... lynch law is by far the better procedure than 'due process'".⁶⁴⁰

Etter mitt syn kan ikke praksisen ved brystkreft i Bergen sykehus på 1890-tallet tas til inntekt for en konfliktdominert fortelling om laboratoriet og klinikken, selv om brystkreft som regel ble diagnostisert utelukkende ved en fysikalsk undersøkelse. Jeg ser, i stedet for motvilje mot laboratoriet i denne praksisen, en enkel kost-nytte-avveining foretatt av kirurgene. Den potensielle nytten var høyst tvilsom for hva svulstrestene som kunne feste seg på "harpunen" kunne fortelle ved en histologisk analyse. Kostnaden kunne imidlertid være svært høy. I tillegg til den sterke smerten og den generelle faren for infeksjon inngrepet medførte, så ble det altså hevdet at det å trenge noe inn i svulsten kunne endre denne i negativ retning eller kanskje spre den kreften som allerede befant seg der. Uansett måtte svulsten ut. Kirurgene *valgte* da å foreta mastektomier i tilfeller som var klinisk vurdert til å være kreft. Når de sto ovenfor små og sannsynligvis godartete svulster, ble disse "skrellet" ut og sendt til histopatologisk analyse for å forsikre seg om at det ikke likevel var kreft. Disse valgene gir, tatt tidens medisinske teknologi og kunnskap i betraktning, i aller høyeste grad mening. Det var aktive, bevisste, informerte og rasjonelle valg foretatt av klinikere på bakgrunn av deres forståelse av svulster og kreft. De var neppe eksempler på at konservative og reaksjonære leger gjorde motstand mot histologiens plass i klinikken, og dermed ga uttrykk for en universell dikotomi mellom laboratorium og klinikk.

Et fruktbart fellesskap

Introduksjonen av laboratoriebaserte teknologier i Bergen sykehus på slutten av 1800-tallet var ikke dominert av en konflikt mellom laboratoriemedisin og klinisk medisin, ei heller mellom "vitenskap" og medisin. Den institusjonelle nyskapningen som åpnet for teknologienes bruk i sykehuset, var opprettelsen av en prosektorstilling. Til tross for at vi i en yngre generasjons aktivisme og debatter om sykehusets organisering har kunnet avtegne

⁶⁴⁰ Her sitert fra Wright jr. 1985: 295.

tendenser til en generasjonskonflikt, og at den nye stillingen i sykehuset kom i stand etter initiativ fra denne yngre generasjonen, så er det ikke tegn til at prosector noensinne ble forsøkt ignorert på grunn av ”profesjonsmessige” interesser eller stivbent konservatisme fra klinikernes side.

Analysen av den praktiske sykebehandlingen i Bergen sykehus har vist sykdom for sykdom og teknologi for teknologi, at det ikke foreligger grunnlag for å hevde at forholdet mellom laboratoriet og klinikken var preget av å tilhøre to ikke-kommuniserende epistemologier eller kulturer. Det var intet i verken klinisk medisin eller laboratoriemedisin som tvang utøverne i konflikt med hverandre. I Bergen sykehus framstår forholdet mellom prosector og overlegen(e) mer som et fruktbart arbeidsfellesskap heller enn en destruktiv kamp for makt og innflytelse i klinikken. Dette kan selvsagt skyldes lokale og særegne, til dels også personlige, forhold. Relasjonene mellom laboratoriemedisin og klinisk medisin var et lokalt, temporalt og improvisert forhold, slik det var alle andre steder. Forholdene i byen Bergen, dets medisinske miljø og dets sykehus var, sammenlignet med forholdene i en by som Glasgow eller andre millionbyer, svært små. I Bergen sykehus var det ikke snakk om ulike avdelinger med mange ansatte som eventuelt kunne stå i motsetning til hverandre og kjempe over makt og innflytelse. Her var det, etter 1894, i realiteten kun tre personer som skulle samarbeide. De to overlegene Sandberg og Hanssen hadde lenge ivret for innføringen av laboratoriebaserte teknologier gjennom sin deltagelse i tidsskriftet *Medicinsk Revue* og sin rolle i opprettelsen av prosectorstillingen. Og prosector Lie var på sin side ikke en rendyrket laboratorieforsker. Gjennom sine stillinger i spedalskinstitusjonene bedrev han også klinisk arbeid parallelt med sine nesten tyve år i stillingen som prosector. At disse tre personene evnet å samarbeide, er neppe egnet til å overraske.

Dette betyr imidlertid ikke at tilfellet Bergen bør kasseres med henvisning til de små forhold og/eller betraktes bare som en uinteressant anomali. I sin kritikk av feltets historiografi sier Sturdy at han er usikker på hvordan man eventuelt skulle kunne tilbakevise den rådende fortellingen empirisk. Hvor mange fortellinger hvor samarbeid og ikke konflikt preget forholdet mellom klinikk og laboratorium trengs det i så fall? Bergen er uansett et slikt eksempel, men viktigere er det at Bergen er et eksempel på hva som skjer når man i større grad åpner opp for at fortellinger om samarbeid kan finne sted. Jeg har i denne studien forsøkt å utfordre det Sturdy har kalt "an interpretative predisposition as much as an empirical

observation"⁶⁴¹ ved å la fortellingen finne sted der hvor relasjonen mellom klinikk og laboratorium kunne undersøkes i praksis. Flere nylige studier som har valgt seg forskningsinstitusjoner hvor det foregikk daglig omgang mellom utøvere av laboratoriemedisin og klinisk medisin, har funnet samarbeid og fruktbare fellesskap.⁶⁴² Og når emnet blir praksis i et sykehus, slik som i Alan Contrepois' artikkel om en fransk sykehusleges forsøk på å utvikle ny kunnskap gjennom sitt arbeid i klinikken, hevdes det at “what is remarkable about the period 1870-90 in France is precisely that clinical and bacteriological approaches to medicine developed by way of mutual exchanges, each one contributing to the enrichment of the other.”⁶⁴³

I disse studiene blir dermed den teleologiske og forventete fortellingen om vitenskapeliggjøringen ("moderniseringen") av medisinen, utfordret. I stedet for en fortelling hvor "utviklingen" jevnt og trutt valser ned all motstand, og aktørene får utdelt sine roller i tråd med hvor deres profesjonelle status plasserer dem, i progresjonen eller reaksjonen; så åpnes det for å fortelle andre historier. I Bergen var det verken slik at prosector eller laboratorieteknologiene ble forsøkt hindret en rolle i sykebehandlingen, og heller ikke slik at klinikerne bare ble passive mottakere av laboratoriets befalinger. I stedet var hverdagen i Bergen sykehus et fruktbart fellesskap hvor aktive, fortolkende og utforskende klinikere tok i bruk laboratorieteknologiene for alt det de kunne bringe av verdi til praktisk medisin, og hvor prosector og hans teknikker ble brukt så sant det fantes anledning til det.

⁶⁴¹ Sturdy 2008: 2.

⁶⁴² Sturdy 2007 og Hull 2007.

⁶⁴³ Contrepois 2002, 46: p. 198.

Avslutning

Denne avhandlingen tok sitt utgangspunkt i at det gjennom 1800-tallet skjedde en grunnleggende transformasjon av medisinen. Denne transformasjonen utlegges ofte som en "modernisering" eller at medisinen ble "modernisert". Vi har i denne avhandlingen forholdt oss kritisk til dette begrepet. Det har blitt satt i anførselstegn og gitt skylden for at historiske fremstillinger ikke evner å vise fram det fortidiges kompleksitet; og det har bevisst ikke blitt brukt i avhandlingens tre hovedfortellinger av frykt for å hemme og overstyre tolkningen av disse. Likevel har idéen om moderniteten og moderniseringsfortellingen utgjort et grunnlag for denne avhandlingen ettersom disse ble brukt som utgangspunkt for å velge hvilke temaer som skulle studeres. Avslutningsvis skal vi derfor relatere disse fortellingene til dette problematiske begrepet. Det skal imidlertid ikke foregå ved at jeg setter opp en presist definert "modernitet" som vi så kan måle våre ulike fortellinger mot. Heller må vi forholde oss løst til begrepet, at det er en slags samlebetegnelse for det vi har kalt en grunnleggende transformasjon av medisinen gjennom en rekke kvalitative brudd på en rekke områder på en rekke ulike tidspunkt. For å gjøre en dyd ut av å ikke være presis, vil jeg nok en gang støtte meg til Jens Arup Seips ord (hvis man da tenker "moderne", "modernitet" og "modernisering" i stedet for "sentrum" og "periferi"):

Jeg er for min del villig til å bruke ordene sentrum og periferi, men bruke dem i løs betydning, som antydning om et forhold. Brukt presist, og da i spesiell betydning, kan de med fordel erstattes med andre ord. Moteord bør brukes sjelden. Det er ubehagelig å ta dem i sin munn for ofte.⁶⁴⁴

I en "løs betydning" er alle de tre fortellingene i denne avhandlingen moderniseringsfortellinger: De er nettopp fortellinger om kvalitative endringer innen forskjellige deler av medisinen og til forskjellige tider, men lagt til samme sted, og endringene kan knyttes til gjengse modernitetsmarkører i modernitetsdiskursen. Problemstillingene innledningsvis kretset rundt spørsmål om hvordan moderniseringsprosesser i medisinen på 1800-tallet artet seg når de ble studert i detalj. Det er dette vi skal oppsummere nå, men først noen ord om hva vi *ikke* har fått.

⁶⁴⁴ Jens Arup Seip: *Problemer og metode i historieforskningen. Artikler, innlegg, foredrag 1940-1977*, Oslo 1983: 227. Fra "Modellenes tyranni". Først publisert i *Studier i historisk metode*, bind 10, 1975, inkludert en innledning til diskusjon som dette sitatet er hentet fra.

De tre fortellingene om spedalskhetens apparat, galeanstaltene i Bergen og laboratoriemedisinens innføring i klinikken ga ikke tilsammen verken en klassisk "Bergens medisinhistorie på 1800-tallet" fra A til Å, ei heller et koherent bidrag til teorier om modernisering som fenomen eller hva moderniteten egentlig er. Det var da heller aldri meningen. Gjennom å følge Finn Olstads parole om at ting skulle få lov å spille seg ut, at moderniseringsfortellingen skulle dekonstrueres, at den lokale og temporale tilknytning skulle forfølges, at variasjon og særpreg skulle få prege framstillingen, og at tidens egen tale og samtale, historiens historisitet, skulle settes i sentrum på bekostning av generell teori; og at dette ble gjort i tre ulike fortellinger om tre ulike tema, så var det da heller ikke å forvente, ikke en gang å ønske, at disse fortellingene skulle passe inn i et teoretisk byggverk som tannhjul.

Like fullt har disse fortellingene noe å fortelle både om moderniseringsfortellinger i medisinen på 1800-tallet og om moderniseringen av medisinen i Bergen. Først og fremst viser de tre fortellingene på ulikt vis hvor ikke-lineære, varierte og komplekse slike moderniseringsprosesser arter seg, og hvor lite generelle utsagn kan forklare de enkelte prosessene. Variasjonen i disse prosessene er intimt forbundet med det *sted* og *den lokale kontekst* de finner sted i, samt den ofte avgjørende rolle *tilfeldigheter* på ulike nivåer har å si for hvordan prosessen arter seg og at resultatet ofte er *ikke-intendert*. Vi skal eksemplifisere dette i det følgende gjennom å se kort på de tre fortellingenes hovedfunn.

I den første av disse fortellingene, fant vi å kunne gi et nytt og langt mer komplekst bilde av den tidlige fasen i kampen mot spedalskheten, enn det som før har vært lagt til grunn. Nøkkelen til å konstruere dette nye bildet var å bevisst forsøke å lese disse aktørenes ulike mediko-politiske initiativer som mål i seg selv for sin egen samtid, ikke se dem som ledd i en lineær kjede av logiske, kumulative og nødvendige hendelser som skulle og måtte føre fram til den "moderne" bakteriologi og Armauer Hansen og/eller den "moderne" epidemiologi. Vi har også argumentert for at denne utbyggingen av et spedalskhetens apparat var en signifikant historisk prosess hvor medisinen interagererte med staten og det politiske på en ny måte og med nye teknologier. Det som i denne fortellingen utgjør det moderne, kvalitative bruddet er først og fremst det at staten får en ny rolle i forhold til sine innbyggere og deres helse: I utbyggingen av spedalskhetens apparat mobiliseres staten til å innføre en rekke tiltak mot en spesifikk sykdom, men tiltakene inngår også i å bygge opp en infrastruktur hvor befolkningen skal kunne formes og deres helse overvåkes. Innføringen av en ny tallteknologi var

avgjørende for denne prosessen. Tall var det som ble brukt av de mediko-politiske aktørene i deres kamp for å reise staten til innsats. Videre var tellingene den metode og teknologi som skulle gjøre medisinen og staten i stand til å overvåke den videre utviklingen; og tallene ble også et redskap i den medisinsk-vitenskapelige kunnskapsproduksjon og debatt (jfr. Danielssen versus Høegh). Tre tildels konkurrerende prosjekter evnet i løpet av en drøy femtenårig periode å få realisert deler av sine "tiltaks pakker" overfor spedalskheten. De ulike institusjonene som ble etablert som følge av disse tre prosjektene, utgjorde til sammen et spedalskhetens apparat. Det fantes ikke én plan eller ett bestemt prosjekt som lå til grunn for dette apparatet eller moderniseringsprosessen, det var ikke et resultat av en nødvendig og kumulativ utvikling. Ulike aktører som forfektet ulike standpunkter og agerte politisk i overensstemmelse med disse var det som skapte apparatet, en skapning som var et resultat av det planlagte og intenderte, men også av det tilfeldige, det sammensmeltede og det kontingente.

Det at dette apparatet kom til å eksistere, var også helt avhengig av lokale forhold, særlig i Bergen. Aktørene i denne fortellingen er en blanding av medisinerere og politikere fra Vestlandet og Bergen. Uten en allianse mellom reformivrige leger og lokale strateger som ønsket statens hjelp til å bygge institusjoner, så ville neppe dette apparatet sett dagens lys. En åpenbar sammenligning vil være Holst-kommisjonens forsøk på å få bygget et nett av institusjoner for de "sinnssvake" få år tidligere. Likheten mellom Holst-kommisjonens plan og de ulike initiativ for å få bygget institusjoner for spedalske, var at Stortinget ville utsette planene av hensyn til statsfinansene. Forskjellen var at aksjonistiske Bergens-representanter på Stortinget ved to anledninger lyktes i å få utløst statlige midler og igangsatt bygging. Holst manglet slike allierte, og dette kan kanskje forklare de to initiativenes ulike skjebne.

Aksen mellom det sentrale og det lokale, og også det internasjonale, kom til å stå svært sentralt for den temporale dynamikken også i den neste moderniseringsfortellingen. Fortellingen om galeanstaltens historie, innføringen av et medisinsk helbredelses-regime i galepleien og om separasjonen av sykehus og galehus, lyktes også i å stille spørsmålsteget ved en etablert og rettlinjert fortelling på feltet. Utgangspunktet var en sak som fremsto som uforståelig, nemlig byggingen av en ny inngang og port til galehuset i Bergen. Det umiddelbare målet var å forstå denne saken gjennom å forsøke å gripe de selvsagte og uttalte forutsetningene for dem som gjennomførte denne mindre reformen av byens institusjon for gale. Det å gripe denne meningsdimensjonen krevde imidlertid å fortelle en lang historie som

strakk seg (minst) tilbake til midten av 1700-tallet. I denne fortellingen kom det, særlig i forbindelse med byggingen av en ny galeanstalt i Bergen på 1820-30-tallet, fram forhold som ikke rimte med den etablerte fortellingen. Denne galeanstalten var proklamert å være både medisinsk og helbredende. Den innehadde altså de sentrale kjennetegn som utgjorde kjernen i den moderne institusjonen som alle fortellingene ledet fram til, nemlig "asylet". At en slik institusjon dukket opp i Bergen er knapt registrert i tidligere forskning. Rettere sagt; Mentalen som institusjon er omtalt i de aller fleste fortellinger om norsk galehistorie, men alltid slik som Major så den; nemlig som det beste av "dollahusene" og dermed som noe kvalitativt annerledes enn "asylet" han skulle kjempe fram. Ved å betrakte Mentalen som bare nok et "dollahus", så har tofase-fortellingen hvor pionéren Holst la grunnlaget og ble etterfulgt av Major som lyktes i å implementere intensjonene i Holsts plan, kunnet fortsette å bli fortalt uten forstyrrelser. En moderne institusjon i Bergen som ble bygget midt i en tid som ifølge rammefortellingen skal være en adventstid i påvente av Sinnssykeloven og Gaustad, altså det som er moderne for disse fortellingene, det passer dårlig inn og roter til bruddet mellom gammelt og nytt, mellom moderne og ikke-moderne. Vår fortelling om utviklingen videre i Bergen ville uansett vært et mareritt for dem som skulle få dette til å passe inn i en rettlinjert modernitetsfortelling. Ti år etter at det moderne Mentalen sto ferdig, så var et nytt bygg klart på området som syke- og galehuset delte i Bergen, men denne gang var det bygget etter de gamle og menneskefiendtlige prinsipper, ikke de vitenskapelige og moderne. Av ett moderne gjennombrudd følger ikke nødvendigvis bare moderne handlinger i etterkant; bildet er langt mer komplekst.

Fortellingen om porten kan altså brukes til å utfordre lineariteten og den kumulative logikken i den sentrale fortellingen om innføringen av "den moderne psykiatri" i Norge, men i vår sammenheng ble det enda viktigere å forstå en annen dimensjon av denne dynamikken, nemlig den mellom Bergen, hovedstaden/de sentrale myndighetene og Kontinentet.

Byggingen av Mentalen kunne skje på grunn av et sammentreff av en rekke mer eller mindre tilfeldige forhold på ulike nivå. Argumentet som oftest stanser foreslåtte reformer i slike fortellinger er pengemangel. På grunn av reskriptet fra 1758 om at mudderpengene skulle tilfalle Fattigvesenet, og videre et reskript i 1792 som ga store deler av disse inntektene til sykehuset (og galehuset lå tilfeldigvis under sykehuset fordi dette var den mest praktiske ordningen ved byggingen i 1762), så var ikke finansieringen et problem. Hallagers dødsfall i en alder av 48 år sørget for at den lovende unge Heiberg, da i midten av 20-årene, fikk overta planleggingen av den nye institusjonen. Besjelet av den samtidige "asylbevegelsen" i Europas

prinsipper for helbredelse av de gale, foreslo han et terapeutisk bygg. Slagordmessig kan vi kanskje betegne det som at periferien moderniserte seg selv; byens egne menn hentet den nye kunnskapen fra Kontinentet og byens egne penger ble brukt til å bygge. Slik var Mentalen i takt med og en del av de progressive idéene på Kontinentet samtidig som byggets muliggjøring var et høyst lokalt fenomen som hvilte på en lang historie i byen om institusjonelle og økonomiske ordninger knyttet til fattigdom, galskap og sykdom, samt en rekke tilfeldigheter. Men inn i dette bildet av lokale forhold og importert internasjonal kunnskap, så kommer nok et moment, nemlig Holsts kampanje rettet mot regjering og Storting for omfattende reformer av galebehandlingen. Som vi har sett valgte Bergen å bygge til tross for oppfordringene om å vente, en avgjørelse som kom til å skape en disharmoni i forholdet mellom de lokale og statlige tiltakene; en utakt mellom dem som kom til å vare 1800-tallet ut. Bergen så først sin institusjon for gale som et smykke for byen, et som ikke hadde sin like ellers i landet, men da Major lyktes i få vedtatt Sinnssykeloven og startet byggingen av Gaustad og han med stor autoritet belærte bergenserne i hva de burde gjøre med sin galeanstalt, da gikk Mentalen på kort tid fra å være et smykke til å bli et tegn på byens manglende framdrift. Porten var et forsøk på å bøte på en opplevd diskrepans mellom ideal og virkelighet.

Slik ble en fortelling som fort kunne ha vært kledd i en enkel og determinert fortelling om en nødvendig spesialisering og differensiering i medisinen med tilhørende institusjoner (psykiatri og somatikk), til en kompleks historie som i tillegg til spenninger i det lokale og temporale tematiserer en akse mellom det lokale og Kontinentet og mellom det lokale og det nasjonale. Og det moderne og ikke-moderne opptrer om hverandre både i tid og sted. Nøkkelen for denne mer komplekse historien, mener jeg ligger i at Bergen og utviklingen her ble satt på samme *nivå* som utviklingen i hovedstaden. Den tok ikke for gitt en kausalitetsrekke eller et "viktighetshierarki" som begynte med "asylbevegelsen" i Europa, som så ble importert til hovedstaden og i to faser omformet det nasjonale lovverket og mobiliserte staten; og som så helt til slutt skal omslutte og utgjøre rammene for forståelse og forklaring av det lokale "uttrykket" for denne prosessen. I stedet er det lokale og temporale spilt ut i all sin ikke-linearitet og forsøkt forstått som en historisk prosess i seg selv. Slik viser også denne modernitetsfortellingen fram hvor variert og kompleks en slik prosess kan arte seg.

I den siste fortellingen var utgangspunktet en internasjonal historiografi som i flere tiår i overveiende grad har sett innføringen av nye laboratoriebaserte teknologier i klinikken mot

slutten av 1800-tallet, dvs. moderniseringen av klinikken, som en konflikt over og en kamp om makten i klinikken mellom vitenskapsmenn og praktikere. Premisset er en idé om at modernisering består av noe nytt som fjerner det gamle gjennom kamp. Historier om relasjonen mellom laboratoriet og klinikken og disse institusjonenes utøvere, har blitt forstått og fortolket innenfor en rammefortelling som tar for gitt et slikt dikotomisk forhold. Som vist kan det leses en teleologisk tendens i denne rammefortellingen. Det man får er en enkel modernitetsfortelling hvor moderniteten, i form av vitenskapen og laboratorieteknikkene, uvegerlig - det er jo tross alt dette som er framtiden og dit historien er på vei - legger under seg og utradrer det tradisjonelle. Klinikerne med sine "ikke-vitenskapelige" diagnostiske teknikker må derfor ta tilflukt i konservatismen og den forbitrete, men håpløse motstand, mens vitenskapsmenn stormer barrikadene væpnet med mikroskoper og reagensglass - og vinner stadig terreng.

Fortellingen om laboratoriemedisinens introduksjon i Bergen sykehus avvek fra dette bildet. I stedet for en enkel fortelling om laboratorievitenskapens imperialistiske erobring av en klinikk bestyrt av bakoverskuende og fiendtlig innstilte kirurger og indremedisinere, endte vi opp med et bilde av et entusiastisk samarbeid på tvers av den på forhånd proklamerte skillelinjen. Konflikten ble ettersøkt først i opprettelsen av en prosektorstilling i sykehuset, og deretter ble diagnostisk, prognostisk og terapeutisk praksis i klinikken gjennomført. I stedet for en konflikt fant vi en prosess hvor et sykehus sin diagnostiske praksis ble grunnleggende endret i løpet av få år. Pasientjournalene ser svært annerledes ut på slutten av 1890-tallet enn de hadde gjort bare ti år tidligere. Men det var ikke slik at alt det gamle var kastet ut. Heller var det slik at det gamle ble mikset sammen med det nye. Blandingsforholdet mellom gammelt og nytt kom an på en rekke ting: Hvor definitiv ble for eksempel en viss type laboratorietest ansett som? Måtte den korreleres og styrkes med kliniske symptomer og funn for å være gyldig? Det nye ble fortolket og oversatt inn i en eksisterende praksis og kunnskap, ikke passivt akseptert eller aktivt bekjempet. Det modernes gjennombrudd i klinikken i form av introduksjonen av laboratoriebaserede teknologier, fikk dermed en annen og mer kompleks karakter.

Utgangspunktet for å fortelle en slik fortelling, var et strategisk valg av undersøkelsesobjekt basert på antagelser om hva som kunne utfordre den teleologiske fortellingen. På bakgrunn av Steve Sturdys observasjoner om hvordan den eksisterende rammefortellingen har blitt bekreftet talløse ganger på grunn av at forskere har valgt å se på de vitenskapsdisipliner som

lå lengst borte fra klinisk medisin, så valgte jeg den motsatte tilnærmingen. Konflikten burde være observerbar i kildematerialet fra der hvor laboratoriemedisin og klinisk medisin måtte omgås daglig, altså i sykehuset. Gjennom å følge praksisen i sykehuset i en tiårsperiode gjennom pasientjournaler, var det ikke mulig å hevde tilstedeværelsen av en slik konflikt og kimen ble lagt til å se klinikerne som noe mer enn vrang reaksjonære. Uten en polariserende dikotomi mellom en "vitenskap" som skal angripe og overvinne "praktisk medisin", så kan man kanskje heller ta sitt utgangspunkt i de mangfoldige og dynamiske endringene som skjer i klinisk medisin i denne perioden og reflektere over den store bredden i medisinsk praksis i fortiden, heller enn å lage fortellinger som skal passe inn i et enkelt evolusjonsskjema.

De tre moderniseringsfortellingene om medisinen i Bergen gjennom 1800-tallet, har altså framvist en svært stor variasjon i forhold til hvordan slike prosesser kunne foregå. I den første var det rester av tre ulike prosjekter som løp sammen i et nytt apparat, i den andre var det en fram-og-tilbake-bevegelse mellom moderne og ikke-moderne tiltak i galepleien i Bergen, noe som la grunnlaget for en særegen dynamikk i forhold til det nasjonale og internasjonale, og i den siste lokaliserte vi et konkret kvalitativt brudd i sykehuset, men hvor bruddet besto av en refortolkning av eksisterende kunnskaper og praksiser mer enn en utradering av det gamle. Og alle disse moderniseringene har foregått i regi av ulike aktører i ulike institusjoner til ulik tid gjennom 1800-tallet. Moderniseringen av medisinen i Bergen gjennom 1800-tallet, kan derfor henvise til en rekke ulike prosesser. Men det er like fullt ett forhold som er felles for alle disse prosessene. Og det er den avgjørende rolle som introduksjonen utenfra av *nye kunnskaper* og *ny teknologi* har spilt i å omforme det gamle til det nye.

I fortellingen om spedalskheten var det tallteknologien som representerte det nye. De medikopolitiske aktørene og kampanjene tok i bruk tallene både for å bygge et trusselbilde for myndighetene gjennom å produsere kunnskap om sykdommen i befolkningen, men også for å produsere medisinsk kunnskap om sykdommens etiologi. De stadige tellingene og endelig den permanente føringen av et register over de syke fra 1856 av, bidro sterkt til å gjøre de statlige embetsmenn utover landet til en pålitelig og uniform telleinfrastruktur. Denne nye opptattheten av tall og den rolle tall ble gitt som produsent av kunnskap om sosiale fenomener, var ikke skapt av kampanjene mot spedalskheten alene; men de tok i bruk et redskap som allerede var introdusert av andre. Introduksjonen av denne teknologien i en norsk kontekst må tilfalle Frederik Holst og hans telling av sinnssvake. Det var Holst som etter sin omfattende studietur gjennom Europa fikk initiert denne første tellingen av en spesifikk

sykdom og dermed kunne demonstrere omfanget av et sosialt problem og dermed argumentere for hva slags tiltak staten burde iverksette. Hjort, Conradi og alle dem som argumenterte ved hjelp av tall for statens involvering i kampen mot spedalskheten, kunne nyte godt av at Holst slik hadde knesatt prinsippet om at utredninger burde ta sin begynnelse med kartlegging i form av tellinger. Når det gjaldt tallenes rolle som redskap for å produsere medisinsk kunnskap om sykdommens etiologi, altså Danielssen og i særdeleshet Høeghs prosjekt, så har jeg i kapittel 2 argumentert for at det er usikkert hvor denne kunnskapen kom fra og hvordan den tilfløt våre aktører. Danielssen var som vi har sett meget bereist, og det fremstår som rimelig at hans tanker om et tallbevis i likhet med hans laboratorieforsøk var et resultat av den påvirkning og de kunnskaper han akkumulerte på alle sine studieturer. Når det gjelder Høegh har vi argumentert for at hans tallbruk sannsynligvis i større grad var et resultat av det å skulle utfordre Danielssens tallbevis heller enn at han hentet sin tallteknologi fra den samtidige og gryende epidemiologien på Kontinentet og De britiske øyer. Uansett var implementeringen av ny tallteknologi en viktig dimensjon og en fellesnevner i den prosessen som frambragte spedalskhetens apparat.

I fortellingen om Porten, så var denne importen av ny kunnskap og den virkning den fikk langt tydeligere. Nøkkelhendelsen for Bergens vedkommende var i så måte Heiberg og Wisbechs utenlandstur i 1823-24. For utviklingen i hovedstaden var nøkkelhendelsene Holsts reiser på 1820-tallet og Majors utenlandsopphold tyve år senere. Den nye kunnskapen og det nye idealet om å skape helbredende, medisinske institusjoner for de gale, tilsvarte i denne fortellingen selve det moderne bruddet. Denne importen av ny kunnskap ble tilfeldigvis realisert grunnet en rekke tilfeldigheter og særegne bergenske rammeforhold, noe som frambragte utakten mellom det nasjonale og det lokale gjennom 1800-tallet.

I disse to først fortellingene var den nye kunnskapen og teknologien noe som først og fremst ble innført til landet gjennom reiser foretatt av medisinere fra 1820-tallet av. Importen og kjennskap til det nye, det moderne, var *tilfeldig* alt etter hvem som hadde reist og i hvilken grad vedkommende ønsket eller lyktes i å spre denne kunnskapen, eller å få vedtatt politiske/institusjonsbyggende tiltak i tråd med kunnskapen.

Norske medisineres reisevirksomhet økte voldsomt utover i det nittende århundre, særlig i de siste tiårene, noe som økte slik import av kunnskap fra ulike medisinske forskningssentre i Europa. I tillegg til den økte reisevirksomheten, ble det stadig vanligere for ulike medisinske

spesialiteter å slutte seg sammen i foreninger som holdt konferanser og utga tidsskrifter. Dette ga helt nye rammebetingelser for flyten av kunnskap og kjennskap til teknologier mellom de ulike land. Man var ikke lenger avhengig av å fysisk oppsøke dem som besatt kunnskapen eller å bese de nye teknologiene i praksis. I stedet kunne man abonnere på en lang rekke tidsskrifter og slik holde seg oppdatert. Denne utviklingen er tydelig når vi kontrasterer avhandlingens siste fortelling med de to første. Der et par reiser var nøkkelsituasjonene for de to første moderniseringsprosessene, så var innføringen av laboratoriemedisinen kjennetegnet av en jevn strøm av nye kunnskaper publisert i *Medicinsk Revue*. Danielssens store tidsskriftslitteratur og mange abonnerer gjorde de yngre legene i stand til å diskutere og eventuelt forsøke å nyttiggjøre seg av nye teknologier så snart de var gjort kjent internasjonalt. Det er slående med hvilket raskt tempo ny medisinsk kunnskap eller andre aktuelle teknologier kunne bli kjent i en europeisk periferi som Bergen allerede ved 1800-tallets begynnelse, men lenge var dette tilfeldig som i tilfellet med Heiberg og Wisbechs reise. Ved hundreårets slutt var denne raske spredningen av ny kunnskap institusjonalisert og automatisert gjennom et internasjonalt system av tidsskrifter og konferanser, i tillegg til at stadig flere reiste. I Bergen var dette ytterligere strømlinjeformet gjennom at en gruppe leger hadde valgt å starte et eget tidsskrift som skulle sørge for å holde sine yrkesbrødre oppdatert med alle fagets nyvinninger.

Import av ny medisinsk kunnskap og teknologi og de effekter dette hadde for utviklingen og produksjonen av medisinsk kunnskap, for de mediko-politiske prosessene som ledet til bygging av medisinske institusjoner og for medisinsk praksis i disse institusjonene, må betraktes som kanskje det mest sentrale trekket med moderniseringen av medisinen gjennom 1800-tallet i Bergen. Og selv om jeg med de tre fortellingene ikke skapte en tradisjonell medisinsk historie for byen Bergen, kan det hevdes at avhandlingen ikke bare har eksemplifisert hvordan moderniseringsprosesser foregår, men at den i sum også har konstruert en moderniseringshistorie for medisinen i Bergen. Gjennom de ulike fortellingene har alle de mest sentrale trekkene ved transformasjonen av medisinen i byen gjennom 1800-tallet blitt tematisert: Den *medisinske forskningen* i byen fikk en varig og institusjonell forankring da et statsfinansiert forskningssykehus for å finne en kur mot spedalskheten ble opprettet; og det var aktivitetene knyttet til dette forskningsmiljøet som skulle legge grunnlaget for innføringen av andre og nyere teknologier i sykehuset mot slutten av århundret. De *medisinske institusjonene*, både gamle og nye, har også fått en historie i denne avhandlingen. I tillegg til forskningssykehuset Lungegaardshospitalet og isolasjonsanstalten Pleiestiftelsen no. 1, så har

vi i tillegg særlig fulgt galeanstaltens historie. Sykehuset har i en fortelling spilt rollen som det som først muliggjorde en moderne galeanstalt og deretter ble det som galehuset måtte fjernes fra; og i en annen fortelling har sykehuset blitt fulgt gjennom en nyorganisering og fått sin daglige praksis stilt til skue. *Legene* som gruppe har vi også fått en god beskrivelse av gjennom århundret. De fåtallige og første norskutdannede legene ved århundrets begynnelse har figurert i to av fortellingene, og særlig i den siste ble en generasjonsovergang tematisert gjennom spørsmålet om sykehusets organisasjon. Spesialiseringen av medisinen, den institusjonelle differensieringen, statens involvering på helsefeltet og vitenskapeliggjøringen av medisins praksis og kunnskapsproduksjon; alle disse sentrale modernitetsmarkørene har vi sett bli spilt ut i konkrete prosesser gjennom det nittende århundre i Bergen.

Modernisering *er* et problematisk begrep. Det kan fort bære med seg en uheldig metafortelling hvor lineariteten og determiniteten rår. Men brukt med forsiktighet og med refleksjon, og først og fremst i løs forstand som antydninger om forhold, kan det fungere som en sekkebetegnelse for en eller flere store endringsprosesser. Men selve prosessene kan ikke begrepet forklare; da må man gå inn i prosessene i alle sine tilfeldigheter, sine lokale forhold, sine komplekse tidsdynamikker og sine aktører. Det er en slik moderniseringsfortelling om transformasjonen av medisinen i Bergen gjennom det nittende århundre som her foreligger.

Litteraturliste:

Philip Abrams: *Historical Sociology*, New York 1982.

Erwin H. Ackerknecht: *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore 1967.

Astri Andresen: "Avsondring og pleie på Pleiestiftelsen nr. 1" i Lorentz M. Irgens, Yngve Nedrebø, Sigurd Sandmo og Arne Skivenes (eds.) *Lepra*, Bergen 2006.

Astri Andresen: "'Patients for Life": Pleiestiftelsen Leprosy Hospital 1850s-1920s", i Astri Andresen, Tore Grønlie og Svein Atle Skålevåg (eds.) *Hospitals, Patients and Medicine 1800-2000, Rokkansenteret Report 6. 2004*: 93ff.

Astri Andresen og Teemu Ryymin: "Towards Equality? Rural Health and Health Acts in Norway, 1860-1912" i *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)* (eds. Josep L. Barona og Steven Cherry). Valencia 2005.

Karl A Andresen: "Sindsykevæsenets utvikling" i *Bergen 1814-1914*, (eds. Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig) bind 1, Bergen 1914 : 558-573.

Joan Austoker: *A History of the Imperial Cancer Research Fund 1902-1986*, Oxford 1986.

Inger Austveg: *Utstøtt og uren. Spedalskhet – en svøpe for millioner*, Bergen – Oslo – Stavanger – Tromsø 1987.

Ann F. La Berge.: "Medical Statistics at the Paris School: What Was at Stake" i *Body Counts. Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives. La Quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques*. (eds. Gérald Jorland, Annick Opinel og George Weisz). Montreal 2005.

Marshall Berman: *All that is solid melts into air. The experience of modernity*, London 1983 [1982].

Torstein Bertelsen: *Regimentschirurgen. Wilhelm Johannes Schwindt 1766-1826 og hans lærlinger*, Bergen 2003.

Kari Blom, Egil Ertresvaag og Kjell Irgens (redaktør Svein Aage Knudsen): *De fattige Christi lemmer... Historien til stiftelsen St. Jørgen*, Bergen 1991.

Wenche Blomberg: *Christiania dollhus – mellom dårekista og asylet*. Rapport til Norges Forskningsråd. Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo 2005.

Wenche Blomberg: *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Oslo 2002.

Wenche Blomberg: „Some traits of Norwegian pre-medical social reactions to madness“ i *History of Psychiatry* 2005, 16(1): 99-105.

Wenche Blomberg: "Trøst og kontroll. Om utviklingen i synet på behandlingen av gale" i *Historisk Tidsskrift* 2000 (3): 330-351.

Thomas D. Brock: *Robert Koch. A life in medicine and bacteriology*. Madison, 1988.

Johan Nordahl Brun: *Forslag til en nye Stiftelse i Bergen. Fremset i en Tale, holden paa Christi Krybbe den 9de Maji 1781*, Bergen 1781.

Johan Nordahl Brun: *Johan Nordahl Bruns Mindre Digte*, Christiania 1818 [oppr. 1791].

Peter Burke: "History of events and the revival of narrative" i Peter Burke (ed.) *New perspectives on historical writing*, Cambridge 1992 [1991].

W. F. Bynum: *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth century*, Cambridge 1994.

Martin Byrkjeland og Morten Hammerborg: *Byens skjulte årer. Vann og avløp i Bergen gjennom 150 år*, Bergen 2005.

Eduard Bøckmann: *Katalog over Lungegaardshospitalets bogsamling ved utgangen af aaret 1879*, Bergen 1884.

Jan Bjarne Bøe: *Synd, sykdom og samfunn – linjer i sinnssykepleiens historie*, Oslo 1994.

Svein Carstens: *Lokal sykehusutvikling i en vitenskapelig brytningstid. Trondhjems Borgerlige Sygehus, senere Trondhjems Kommunale Sygehus 1805-1902*, Trondheim 2006 (dr. avhandling).

Alan Contrepois: "The Clinician, Germs, and Infectious Diseases: The Example of Charles Bouchard in Paris" in *Medical History*, 2002, 46.

Andrew Cunningham og Perry Williams: "Introduction" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992: 1-13.

Ottar Dahl: "Forklaring og fortelling i historievitenskapen" i *Historie og teori. Artikler 1975-2001*, Oslo 2004: 71-83. (Artikkelen sto opprinnelig på trykk i *Nytt Norsk Tidsskrift* 1993 nr. 3.)

Ottar Dahl: "Om 'sannhet' i historien" i *Historisk Tidsskrift* 1999, 78 (3): 365-374.

Norman Dain: "Psychiatry and Anti-Psychiatry in the United States" i *Discovering the History of Psychiatry* (Mark S. Micale og Roy Porter eds.), New York 1994: 415-444.

Daniel Cornelius Danielssen og Carl Wilhelm Boeck: *Om Spedalskhed*, Christiania 1847.

Alain Desrosières: "Official statistics and medicine in nineteenth-century France: The SGF as a case study" i *Social History of Medicine* 1991, 4 (3): 515-537.

Alain Desrosières: *The Politics of Large Numbers*, Cambridge, Massachusetts og London 1998 [1993].

H. G. Dethloff: *Katalog over Lungegaardshospitalets bibliotek ved udgangen af aaret 1904*, Bergen 1905.

Francois Dosse: *New history in France. The triumph of the Annales*, Chicago 1994 [1987].

Kari Tove Elvbakken: *Offentlig kontroll av næringsmidler. Institusjonalisering, apparat og tjenestemenn*, Rapport nr. 50, Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, 1997.

Vibeke Erichsen: "Sykehusets plass i helsetjenesten" i Vibeke Erichsen (red.) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Oslo 1996.

Kjersti Ericsson: *Den tvetydige omsorgen. Sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*, Oslo 1974.

Erik Oddvar Eriksen (red.), *Det nye Nord-Norge: avhengighet og modernisering i nord*, Bergen 1996.

Egil Ertresvaag: "Et bysamfunn i utvikling 1800-1920" bind III i *Bergen bys historie*, Bergen 1982.

Elizabeth Fee og Theodore M. Brown (eds.): *Making medical history: The life and times of Henry E. Sigerist*, Baltimore 1997.

Michel Foucault: *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*, Oslo 1973 [1961]:

Michel Foucault: *Klinikken fødsel*, København 2000 [1963].

Michel Foucault: *Security, territory, population. Lectures at the Collège de France 1977-78*, New York 2007.

Julius Friedenwald: "The Diazo Reaction of Erlich" in *The New York Medical Journal*, volume 58, 1893.

Eliot Freidson: *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, New York 1970.

Christopher Frimann: *Stiftelser og Gavebreve i Bergens stift. Første Deel Bergens Stad angaaende*, København 1774.

Elisabeth L'Orange Fürst og Øystein Nilsen (red.) *Modernitet - refleksjoner og idébrytninger: en antologi*. Oslo 1998.

Clifford Geertz: "Thick description: Toward an interpretive theory of culture" i *The interpretation of cultures*, London 1993 [1973].

M. Geirsvold: "Bergens sundhetsvæsen" i *Bergen 1814-1914* (Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig red.), bind I, Bergen 1914.

Gerald L. Geison: "Divided We Stand. Physiologists and Clinicians in the American Context" in *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine* (eds. Morris J. Vogel and Charles Rosenberg), Pennsylvania 1979.

Gerald L. Geison: *Michael Foster and the Cambridge School of Physiology: The scientific enterprise in late Victorian society*, Princeton 1978.

Anthony Giddens og Cristopher Pierson: *Samtaler med Anthony Giddens: at forstå moderniteten*, København 2002.

Jan Goldstein: *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge 1987.

Christoph Gradmann: "Robert Koch and the Pressures of Scientific Research: Tuberculosis and Tuberculin" i *Medical History*, 2001, 45: 1-32.

Jan Groven Grande: *Veien, sannheten og livet: Norske medisineres vitenskapelige moderniseringsarbeid ca. 1840-1880*, Trondheim 2003.

Major Greenwood: *Medical Statistics from Graunt to Farr: The Fitzpatrick Lectures for the Years 1941 and 1943, delivered at the Royal College of Physicians of London in February 1943*, Cambridge 1948.

Trygve Riiser Gundersen: "Historie 1567. (Eller: "Så er det jo det jeg gjør, men jeg ville aldri gjort det hvis det var det jeg egentlig gjorde!"). Fire punkter om Dag Solstad og fortidas prosa" i *ARR – idéhistorisk tidsskrift* 2007, 19 (1): 69-77.

Willy Guneriussen: *Modernitet og modernitetskritikk i den sosiologiske tradisjonen*, (Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, Stensilserie A nr. 70.) Tromsø 1993.

Hammerborg, Ingrid Louise Ugelvik, Knut Venneslan og Hans-Jakob Ågotnes: *Jernvilje. Et stykke bergensk industrihistorie 1850-2000*, Bergen 2000.

Morten Hammerborg: *Skipsfartsbyen. Haugesunds skipsfartshistorie 1850-2000*, Bergen 2003.

Olav Nærland Hamran: *Det egentlige drikkeonde. Måtehold i etterforbudstida*, Oslo 2005.

G. Armauer Hansen: *Livserindringer og betragtninger*, Kristiania 1910.

Anne Hardy og M. Eileen Magnello: "Statistical methods in epidemiology: Karl Pearson, Ronald Ross, Major Greenwood and Austin Bradford Hill, 1900-45" i *A History of Epidemiologic Methods and Concepts* (ed. Alfredo Morabia), Basel 2004.

Christopher John Harris: "'Mentalen' i Bergen" i *Bergensposten* 2003: 47-56.

Jan Heiret: "Forsøk på å beskrive det moderne. Francis Sejersted: Sosialdemokratiets tidsalder" i *HIFO-nytt* 2006 (2): 48-58.

Anne Heit: *Kontrapunktik. En studie i Dag Solstads Roman 1987 och Medaljens forside – en roman om Aker*, Stockholm 1998.

E. Hem: "Laurents Hallager – lege og språkmann" i *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2004; 124: 1962.

Gunvald Hermundstad: *Psykiatriens historie*, Oslo 1999.

Jens Johan Hjort: *Om Spedalskheden i Norge – og Foranstaltninger imod Samme*, Christiania 1871.

Frederik Holst: *Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindsvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring i Aaret 1825 naadigst nedsat Kongelig Commission*, Christiania 1828.

Joel D. Howell: *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, Baltimore og London 1995.

Frank Huisman og John Harley Warner (eds.): *Locating medical history. The stories and their meanings*, Baltimore 2004.

Andrew J. Hull: "Teamwork, clinical research and the development of scientific medicines in interwar Britain: The Glasgow School revisited" i *Bulletin of the history of medicine*, 2007, 81 (3): 569-593.

Lorentz M. Irgens og Tor Bjerkedal: "Epidemiology of Leprosy in Norway: the History of The National Leprosy Registry of Norway from 1856 until today" i *International Journal of Epidemiology*, 1973, 2 (1).

Lorentz M. Irgens, Yngve Nedrebø, Sigurd Sandmo og Arne Skivenes: *Leprosy*, Førde 2006.

Lorentz M. Irgens: "Leprosy in Norway. An epidemiological study based on a national patient registry" i *Leprosy review, supplement 1*, London 1980.

Lorentz M. Irgens og Karen B. Helle: "Medisinske røtter i Bergen" i *Universitetet i Bergens historie*, bind II, Bergen 1996.

L. S. Jacyna: "A host of Experienced Microscopists": The Establishment of Histology in Nineteenth-Century Edinburgh" i *Bulletin of the history of medicine*, 2001, 75: 225-253.

L. S. Jacyna: "The Laboratory and the Clinic: The impact of pathology on surgical diagnosis in the Glasgow Western Infirmary, 1875-1910" i *Bulletin of the history of medicine*, 1988, 62: 384-406.

Nicholas Jardine: "The Laboratory revolution in medicine as rhetorical and aesthetic accomplishment" in *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992.

Gérard Jorland og George Weisz: "Introduction: Who counts?" i *Body Counts. Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives. La Quantification médicale*,

perspectives historiques et sociologiques. (eds. Gérald Jorland, Annick Opinel og George Weisz), Montreal 2005: 3-15.

P. Jürgenssen: "Sindssygevæsenet i Bergen" i *Medicinsk Revue*, 1907: 433-447 og 521-546.

Ingar Kaldal: *Frå sosialhistorie til nyare kulturhistorie*, Oslo 2002.

Marianne Berg Karlsen: "Den første norske telling av sinnssvake" i *Nytt Norsk Tidsskrift* nr. 3/2000.

Knut Kjelstadli: "I hvilken forstand kan vi snakke om sannhet i historie?" i *Historisk Tidsskrift* 1999, 78 (3): 375-386.

Jan Thomas Kobberød: *Sverre Steen – sosialdemokratiets historieforteller*, Trondheim 2004.

Isak Kobro: *Gerhard Henrik Armauer Hansen*, København 1924.

Robert Kohler: *From medical chemistry to biochemistry. The making of a biomedical discipline*, Cambridge 1982.

Reinhart Koselleck, *The practice of conceptual history. Timing history, spacing concepts*. Stanford 2002.

Jens Kraft: *Topographisk-statistisk beskrivelse over Kongeriget Norge. Fjerde deel. Det vestenfjeldske Norge*, Christiania 1830.

Richard L. Kremer: "Building institutes for physiology in Prussia, 1836-1846: contexts, interests and rhetoric" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992.

Einar Kringlen: "A history of Norwegian psychiatry" i *History of psychiatry*, 2004; 15: 259-283.

Einar Kringlen: *Norsk psykiatri gjennom tidene*, Oslo 2007.

Einar Kringlen (ed.): *Psykiatri og historie*, Oslo 1977.

Thomas Krogh: "Idéhistorie og modernitet eller: It was the Economy, Stupid", *Historisk Tidsskrift* 2005 (1): 13-34.

Lise Kvande: "Når medisin blir historie: utfordringer for eit fleirfagleg forskningsfelt" i *Sunnhetens apostler. Kultur og ukultur i helsefeltet* (Nora Levold og Per Østby eds.), Trondheim 2002: 55-80.

Hanne Winge Kvarenes: "Travel Accounts in the Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 1840-1880" i *The Shaping of a Profession: Physicians in Norway, Past and Present* (Øivind Larsen ed., Bent Olav Olsen ass. ed.), Canton (MA) 1996.

Øivind Larsen og Per E. Børdahl: "Hvorfor et "almindelig hospital for Riget" i Jacob B. Natvig, Per E. Børdahl, Øivind Larsen og Elisabeth T. Swärd (red.) *De tre riker. Rikshospitalet 1826-2001*, Oslo 2001.

Øivind Larsen (red.), Anne Sofie Frøyshov Larsen og Bent Olav Olsen (ass. red.): *Norges leger*, Oslo 1996.

Øivind Larsen og Arvid Heiberg: "Å legge ut på studiereise – med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823-24" i *Michael – Publication Series of The Norwegian Medical Society*, 2008; 5 (1): 11-23.

Christopher Lawrence: "A tale of two sciences: Bedside and bench in twentieth-century Britain" i *Medical history*, 1999, 43 (4): 421-449.

Christopher Lawrence: "Incommunicable Knowledge: Science, Technology and the Clinical Art in Britain 1850-1914" i *Journal of Contemporary History*, vol. 20 (1985): 503-520.

Christopher Lawrence: *Rockefeller money, the laboratory and medicine in Edinburgh, 1919-1930*, Rochester, N. Y., 2005.

Christopher Lawrence: "Still incommunicable: Clinical holists and medical knowledge in interwar Britain" i *Greater than the parts: Holism in biomedicine, 1920-50*, Oxford 1998.

Timothy Lenoir: "Laboratories, medicine and public life in Germany, 1830-1849: ideological roots of the institutional revolution" i *The Laboratory Revolution in Medicine* (eds. Andrew Cunningham og Perry Williams), Cambridge 1992.

Giovanni Levi: "On microhistory" i *New perspectives on historical writing* (Peter Burke ed.), Cambridge 1992.

Anne Kveim Lie: *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*, Oslo 2008.

Einar Lie og Hege Roll-Hansen: *Faktisk talt - statistikkens historie i Norge*, Oslo 2001.

H. P. Lie: "Armauer Hansen: Leprabasillens oppdager" i *Nordisk Medisin* 1941, 11 (særtrykk).

H. P. Lie: "Fra Bergens gamle sygehus" i *Medicinsk Revue*, 1938.

H. P. Lie: "Om den bakteriologiske difteridiagnose" i *Medicinsk Revue*, 1900.

H. P. Lie: "Spedalskheten i Bergen 1814-1914" i *Bergen 1814-1914*, bind 1, (Carl Geelmuyden, Haakon Schetelig red.), Bergen 1914: 539-557.

Esmond R. Long: *A History of Pathology*, Baltimore 1928.

Kari Ludvigsen: *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*, Rapport nr. 63, Institutt for Administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, 1998.

Kåre Lunden: "Automat med og utan medvit – kommentar til Dag Solstad, "Roman 1987"" i *Nytt Norsk Tidsskrift* 1989, 6 (1): 95-99.

Ilana Löwy: "Breast cancer and the "materiality of risk": The rise of morphological prediction" i *Bulletin of the history of medicine*, 2007, 81: 244.

J. Rosser Matthews: *Quantification and the Quest for Medical Certainty*. Princeton 1995.

St. Tschudi Madsen og O. Sollied: *Medisinsk Liv i Bergen. Festskrift i anledning av 100 års jubilett for Det Medicinske Selskap i Bergen*, Bergen 1931.

Herman Wedel Major: *Indberetning om Sindssyge-Forholdene i Norge i 1846*, Christiania u. å

Karl Marx: *The 18th Brumaire of Louis Bonaparte*, London 2001: 7 (tilgjengelig som e-bok juni 2008: <http://site.ebrary.com/lib/bergen/Top?id=2001665&layout=document>).

Russel C. Maulitz: *Morbid appearances: The anatomy of pathology in the early nineteenth century*, Cambridge 1987.

Russel C. Maulitz: "'Physician versus bacteriologist": The ideology of science in clinical medicine" i *The Therapeutic Revolution. Essays in the Social History of American Medicine* (eds. Morris J. Vogel and Charles Rosenberg), Pennsylvania 1979: 91-107.

Sarah Maza: "Stephen Greenblatt, new historicism, and cultural history, or, what we talk about when we talk about interdisciplinarity" i *Modern intellectual history* 2004, 1 (2): 249-265.

Hilbrandt Meyer: *Samlinger til den Berømmelige og Navnkundige Norske Handel Stad Bergens Beskrivelse*, bind 1 og 2, Bergen 1904-05 [1764].

Ole Georg Moseng: "Ansvaret for undersåttenes helse, 1603-1850", bind I i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, Oslo 2003.

Bent Olav Olsen: "Recreation or Professional Necessity – The Study Tours of Nineteenth Century Norwegian Physicians" i *The Shaping of a Profession: Physicians in Norway, Past and Present* (Øivind Larsen ed., Bent Olav Olsen ass. ed.), Canton (MA) 1996.

Julius Olsen: "Politivæsen, strafferetspleien, fængsel, strafanstalter m. v." i *Bergen 1814-1914* (eds. Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig), bind I, Bergen 1914.

Finn Olstad: "Forståelsen av historien" i *Historisk Tidsskrift* 2002 (4): 541-549.

Peter Osborne: "Modernity is a qualitative, not a chronological, category: notes on the dialectics of differential historical time" i Francis Barker, Peter Hulme og Margaret Iversen (eds.) *Postmodernism and the re-reading of modernity*, Manchester og New York 1992.

Eivind Ose (red.): *Frå sindssygeasyl til psykiatrisk sjukehus. Neevengården – Sandviken sykehus, 1891-1991*, Bergen 1991.

Johanne-Margrethe Patrix: *Armauer-Hansen*, Paris 1976.

Johanne-Margrethe Patrix: *Gerhard Armauer Hansen. Leprabasillens oppdager*, 1997
Bergen.

Theodore M. Porter: *The Rise of Statistical Thinking 1820-1900*, Princeton 1986.

Theodore M. Porter: *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*,
Princeton 1995.

Jacques Postel og David F. Allen: "History and Anti-Psychiatry in France" i *Discovering the
History of Psychiatry* (Mark S. Micale og Roy Porter eds.), New York 1994: 384-414.

Tore Pryser: *Norsk historie 1800-1870. Frå standssamfunn mot klassesamfunn*, Oslo 1985.

Nils Retterstøl, "Herman W. Major – "far" til norsk psykiatri" i *Tidsskriftet for den norske
lægeforening*, 2000; 120: 3562-3563.

G. Risse and J. Warner: "Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical
History" i *Social History of Medicine*, 1992, 5: 183-205.

Geoffrey Roberts: "Introduction: the history and narrative debate 1960-2000" i *The history
and narrative reader*, (Geoffrey Roberts ed.), London og New York 2001.

Charles E. Rosenberg: "Erwin Ackerknecht, social medicine, and the history of medicine" i
Bulletin of the history of medicine, 2007, 81 (3): 511-532.

Finn Rud: *Kort historisk oversikt over psykiatrien før Herman Major*, Bergen [forfatteren]
1966.

Erling Sagedal: *Eg sykehus 100 år 1881-1981*, Kristiansand 1981.

Lyder Sagen og Herman Foss: *Bergens beskrivelse*, Bergen 1824.

Erling Sandmo: "Anmeldelse av Norsk Idéhistorie bind 1. "Da boken kom til Norge", av
Sverre Bagge (2001)" på <http://www.nrk.no/nyheter/kultur/785928.html> (tilgjengelig juli
2007).

Erling Sandmo: "Et uvisst sted" i *Asylet. Gaustad sykehus 150 år* (Thorvald Steen red.), Oslo
2005: 52-73.

Erling Sandmo: "Mer og mindre sannhet" i *Historisk Tidsskrift* 1999, 78 (3): 387-399

Erling Sandmo: *Voldssamfunnets undergang*, Oslo 1999.

Espen Schaanning: *Modernitetens oppløsning, sentrale skikkelser i etterkrigstidens
idéhistorie*, Oslo 2000

E. Schønberg: *Medicinens historie*, Kristiania 1903.

- E. Schønberg: *Oversigt over den norske medicinske literatur i det nittende aarhundrede*, Kristiania 1897.
- Aina Schiøtz: "Folkets helse – landets styrke 1850-2003", bind 2 i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo 2003.
- Jens Arup Seip: *Problemer og metode i historieforskningen. Artikler, innlegg, foredrag 1940-1977*, Oslo 1983.
- Ingrid Semmingsen, Gerhard Fischer og Arno Berg: *Oslo hospitals historie*, Oslo 1939.
- Joan Sherwood: "Syphilization: Human Experimentation and the Search for a Syphilis Vaccine in the Nineteenth Century" i *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1999, 54: 364-386.
- Edward Shorter: *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*, New York 1997.
- S. E. D. Shortt: "Physicians, Science and Status: Issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century" in *Medical History*, 1983, 27 (1).
- Jonathan Simon: "Emil Behring's Medical Culture: From Disinfection to Serotherapy" in *Medical History*, 2007, 51: 203.
- Francis Sejersted: "Litt av en historie. Om forholdet mellom humanister og samfunnsvitere" i *Demokratisk kapitalisme*, Oslo 1993: 343-356.
- Francis Sejersted: "Om å kjempe mot stråmenn. En kommentar til Finn Olstad og litt til" i *Historisk Tidsskrift* 2004 (1): 81-86.
- Francis Sejersted: "Sosialdemokratiets tidsalder: Norge og Sverige i det 20. århundre", bind 2 i *Norge og Sverige gjennom 200 år*, Oslo 2005.
- Francis Sejersted: "Sverige og Norge i det 20. århundre. Skissemessig opplegg til en fremstilling", *Historie* 2002, nr. 2.
- Svein Atle Skålevåg: "Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820-1920" i *History of psychiatry*, 2002; 13: 51-68.
- Svein Atle Skålevåg: "Dårekiste og psykiatriske sykehus" i *Byen og helsearbeidet* (Kari Tove Elvbakken og Grete Riise red.), Bergen 2003a: 215-234.
- Svein Atle Skålevåg: "En sykdom tar form. Om psykiatri og konstruksjonen av sinnssykdom i asyls æra" i *Historisk Tidsskrift* 2000: 351-375
- Svein Atle Skålevåg: *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*, Bergen 2003b (Rokkansenteret, rapport nr. 10, 2003): 27.
- Svein Atle Skålevåg: *System i galskapen – teori og terapi i norske sinnssykeasyl, 1855-1915*, upublisert hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen, 1998.

P. R. Sollied: "Bergens styre før formandskapsloven av 1837" i *Bergen 1814-1914* (Carl Geelmuyden og Haakon Schetelig red.), bind I, Bergen 1914.

Dag Solstad: *Roman 1987*, Oslo 1987.

Margaret R. Somers og Gloria D. Gibson: "Reclaiming the epistemological "Other": Narrative and the social construction of identity" i Craig Calhoun (ed.) *Social theory and the politics of identity*, Oxford 1994.

Cushing Strout: "Carl Becker and the haunting of American history" i *Reviews in American History*, 1987, 15, (2).

Bo Stråth, Dorthe Gert Simonsen, Anette Warring, Thomas Lindkvist og Nils Erik Villstrand: *Evaluering av norsk historiefaglig forskning. Bortenfor nasjonen i tid og rom: fortidens makt og fremtidens muligheter i norsk historieforskning*. Oslo 2008 (Norges Forskningsråd).

Steve Sturdy: *Ideal places: laboratory and clinic in the history of medicine*. Foredrag holdt på "European Social Sciences History Conference", Lisboa, 19. februar 2008.

Steve Sturdy: "Knowing cases: Biomedicine in Edinburgh, 1887-1920" i *Social Studies of Science*, 2007, 37 (5): 659-689.

Steve Sturdy and Roger Cooter: "Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain c. 1870-1950" i *History of Science*, 1998, 36: 427.

Jørn Øyrehagen Sunde: "Lade og Ørkesløse Betlere" – Fattigforordninga for Bergens stift av 1755 i eit idéhistorisk perspektiv" i Yngve Nedrebø (red.): *Fattigfolk i Bergens stift 1755-2005*, Førde 2005.

Ezra Susser og Michaeline Bresnahan: "Origins of Epidemiology" i *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001, 954: 6-18.

Mervyn Susser og Ezra Susser: "Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms" i *American Journal of Public Health*, 1996, 86 (5): 668-673.

Andreas A. Svalestuen: "Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940" i *Administrasjonshistoriske oversikter*. Oslo 1988.

Simon Szreter: "The GRO and the public health movement in Britain 1837-1914" i *Social History of Medicine* 1991, 4 (3): 435-463.

Peter Sørensen, *Hva er det moderne?* www.filosofi.net, (tilgjengelig februar 2004).

Göran Therborn: *European modernity and beyond: the trajectory of European societies, 1945-2000*, London 1995.

Harald Thuen: "'Ad denne rent mekaniske vej..." Da tanken om hospitalisering av de sinnssvake kom til Norge" i *Historisk Tidsskrift* 1982: 313-332.

Hallvard Tjelmeland: "Kva er modernisering," i Jan Eivind Myhre (red.) *Nord-Norges modernisering* (Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, Stensilserie B, nr. 35). Tromsø 1995.

Ulrich Tröhler: "Quantifying Experience and Beating Biases: A New Culture in Eighteenth-Century British Medical Medicine" i *Body Counts. Medical Quantification in Historical & Sociological Perspectives. La Quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques*. (eds. Gérald Jorland, Annick Opinel og George Weisz). Montreal 2005.

Yngvar Ustvedt: *Den bakteriologiske difteri-diagnose og pseudodifteri-bacillen*, Kristiania 1899.

Paul Veyne: *Writing history. Essay on epistemology*, Middletown, Connecticut 1984.

Th. M. Vogelsang: *Gerhard Henrik Armauer Hansen, 1841-1912. Leprabasillens oppdager, hans liv og hans livsverk*, Oslo 1968.

Th. M. Vogelsang: "Justitsråd dr. med. J. A. W. Büchner" i *Bergen historiske forenings skrifter*, bind 66, 1966.

Th. M. Vogelsang: *Om Armauer Hansen og spedalskhetens historie i Norge*, Bergen, Oslo 1962.

Magnus Vollset: *Fra lidelse til trussel – spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. Bergen 2005.

Erik Waaler: "Patologi og mikrobiologi i Bergen. Det første sentrum for lepraforskning" in *Nordisk Medicinhistorisk Årsbok*, supplementum XI, 1985.

Sheldon Watts: *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*, New Haven og London 1999 [1997].

Eugen Weber: "History is what historians do" i *The New York Times*, 22. juli 1984.

Paul Winge: *Den norske sindssygeret – historisk fremstillet* (3 bind), Kristiania 1913-1917.

James R. Wright jr.: "The development of the frozen section technique, the evolution of surgical biopsy, and the origins of surgical pathology" i *Bulletin of the history of medicine*, 1985, 59 (3): 295-326.

Kilder:

For detaljer, se noteapparatet.

Riksarkivet:

Justisdept. M, boks ”Spedalskpleien”, mappe ”Telling av spedalske 1856”.
Heibergs dagbok II: 14-27.

Statsarkivet i Bergen:

Bjørgvin Stiftsdireksjon, Journal 4, 1824-1825; Journal 5 1826-27; Journal 6 1828; Journal 7 1828-29; Journal 8 1830-31; Journal 9 1832-34.

Byarkivet i Bergen:

2050/1A, Da 5, Journalførte skriv for sykehuskomiteen 1830.
2050/1A, Eø Diverse pakkesaker for Sykehuskomiteén, Volum 1 1825-36.
2050/14 Ia 1, Operasjonsprotokoll 1861-97.
2050/13, Ia 116, Sykejournaler 1. september – 31. desember 1888.
2050/13, Ia 120, Sykejournaler 2. september – 24. desember 1889.
2050/13, Ia 126, Sykejournaler 1. september – 31. desember 1891.
2050/15 Ja 1, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. januar – 12. mars 1894.
2050/15 Ja 14, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 3. oktober – 31. desember 1896.
2050/15 Ja 18, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. mars – 28. juni 1898.
2050/15 Ja 26, Medisinsk avdeling, Sykejournaler 2. oktober – 31. desember 1900.
2050/14 Ja 1, Kirurgisk avdeling, Sykejournaler 1. januar – 30. juni 1894.
2050/14 Ja 14, Kirurgisk avdeling, Sykejournaler 30. juli – 30. september 1900.

Aviser og tidsskrifter:

Aftenposten
Bergens Stiftstidende
Bergenske Blade
Bergensposten
Eyr
Illustreret Nyhedsblad
Medicinsk Revue
Norsk Magazin for Lægevidenskaben
Tidsskrift for den norske lægeforening
Ugeskrift for Medicin og Pharmacie

Offentlige dokumenter/innstillinger/lovsamlinger:

Stortingsforhandlinger 1836, 1842, 1845, 1848, 1851, 1854, 1857

Bergens kommuneforhandlinger 1860-1900

Departementstidende

Betænkning og Forslag fra den angaaende Helbredelses- og Pleieanstalter for Spedalske ved Commissorium af 10de Septbr. 1837 naadigst befalede Commission." (Jeg har brukt gjengivelsen i *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 1843, no. 13-16: 97-116.)

Departementet for det Indres underdanigste Foredrag af 31ste December 1850, bifaldt ved Kongelig Resolution af 25de Januar 1851. Christiania 1851.

Aarsberetning for 1856, 1857 og 1858 fra Overlæge for den spedalske Sygdom O. G. Høegh til Departementet for det Indre. Christiania 1857, 1858 og 1859.

Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813, bind 1, Christiania 1841.

Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813, bind 2, Christiania 1842.

Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1813, bind 3, Christiania 1843.

Samling af Love, Traktater, Kundgjørelser, Resolutioner, Departementsskrivelser m.m., bind V, 1849-1854, Christiania 1855.

Samling af Love, Traktater, Kundgjørelser, Resolutioner, Departementsskrivelser m.m., bind VI, 1855-1861, Christiania 1862.

Diverse nettressurser:

Norsk Riksmålsordbok på nett: <http://www.ordnett.no/ordbok.html>

Bokmålsordboken på nett: <http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html>

Bergen Byarkivs oppslagsverk:

<http://www.oppslagsverket.no/byarkiv/byarkivet.jsp> (Tilgjengelig mars 2008).

Registreringssentral for historiske data:

<http://www.rhd.uit.no/census/oldcensus.html> (Tilgjengelig 12.12.07)

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste:

<http://samfunnsveven.no/TT/U21.cfm?Utside=&Uttaksnummer=21&person=12603>

(Tilgjengelig 11.12.07).

American Society for Microbiology:

<http://www.asm.org/ASM/files/CCLIBRARYFILES/FILENAME/0000000379/1882p118.pdf>

(Tilgjengelig august 2007).

Universitetet i Tromsø – Forschungsgruppe Dilettantismus

<http://uit.no/humfak/dilettantismus/1> (Tilgjengelig 30.12.07)

Stiftelsenes all  – en virtuell byvandring i Bergen 1769:

<http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/DaMeny.exe?meny=helse&nr=8> (Tilgjengelig mars 2008).

Transkribert utgave av Nordhordland Tingbok nr. 35 1719-1722, Del A 1719 i Digitalarkivet. Se <http://digitalarkivet.uib.no/sab/nhlTgb35a.htm> (tilgjengelig april 2008).

Medisinalberetninger fra Ytre Nordhordland 1839-1884. Beretningene fra dette distriktet er transkribert og er tilgjengelig på internett gjennom Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen: <http://www.uib.no/isf/hist/beret/httoc.htm> (Tilgjengelig 02.01.08).