



LUND UNIVERSITY

Insania Simplex. Empiriska studier av psykisk sjukdom vid förra sekelskiftet.

Appelquist, Malin

2019

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Appelquist, M. (2019). *Insania Simplex. Empiriska studier av psykisk sjukdom vid förra sekelskiftet*. [Doktorsavhandling (sammanläggning), Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund]. Lund University, Faculty of Medicine.

Total number of authors:
1

Creative Commons License:
Ospecificerad

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

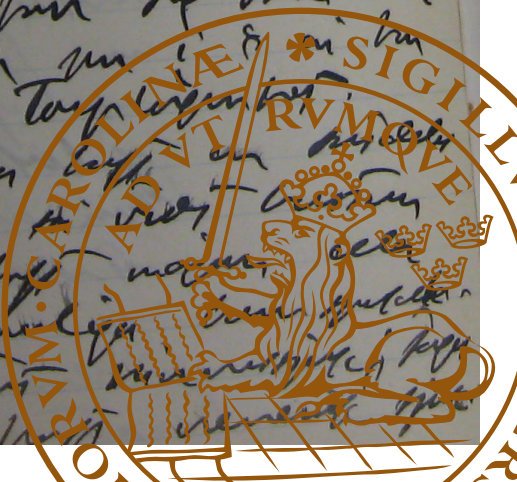
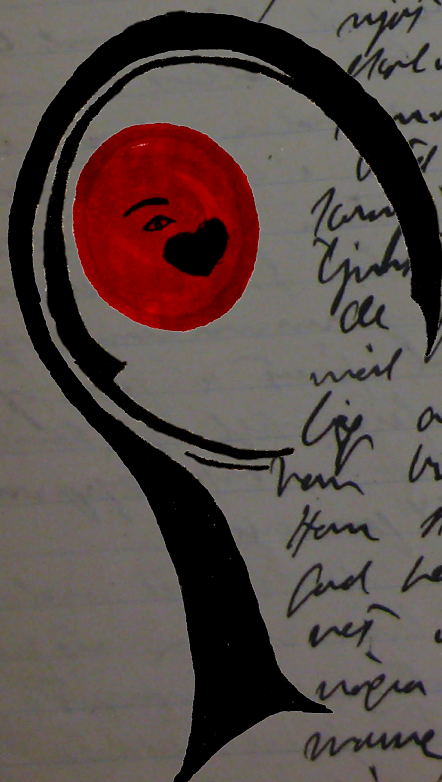
PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Insania simplex

Empiriska studier av psykisk sjukdom kring förra sekelskiftet.

MALIN APPELQUIST

FACULTY OF MEDICINE | LUND UNIVERSITY



Insania simplex

- empiriska studier av psykisk sjukdom kring förra sekelskiftet

Insania simplex

- empiriska studier av psykisk sjukdom kring förra sekelskiftet

Malin Appelquist



LUND
UNIVERSITY

DOCTORAL DISSERTATION

by due permission of the Faculty of medicine, Lund University, Sweden.
To be defended at Anshelmsalen, May 20, 2019, 13:00.

Faculty opponent
Prof. Nils Uddenberg

Organization LUND UNIVERSITY Author(s) Malin Appelquist	Document name Doctoral Dissertation	
	Date of issue 2019-05-20	
	Sponsoring organization	
Title and subtitle Insania simplex – empirical studies of mental illness at the last turn of the century		
Abstract Objective The first Swedish Lunacy Act was issued 1858. The care received by psychiatric patients 1896-1905 in a general hospital was studied for a town in Southern Sweden. Some patients later came to the mental hospital. Methods Diagnoses and their transability to ICD-10, care and treatment of mentally ill patients was studied in consecutive records for 503 patients, 1896-1905. Causes of death were found in 80 %. Care and treatment of mentally ill patients was studied in records from 92 patients who were admitted to the mental hospital. Results Neurasthenia was the most common diagnosis followed by affective disorders and alcohol abuse in the historical sample. 36% received a medical certificate for mental hospital care and they were very ill (GAF 29) and 17% of those also had a high alcohol consumption. The pattern of signs and symptoms displayed by patients do not appear to change with time. Physical restraints were rare and 65% left the general hospital as healthy or improved. There was no evidence of a social status bias. Heredity was found in 50% of the patients. The life-long suicide risk was 5.5%. High suicide risk was found in melancholia, mania, paranoia, alcoholism and male-neurasthenia. Although certified, less than half were transferred to the mental hospital, due to lack of beds. Others had to go to the almshouse or return home. 64% left the hospital recovered or improved and their median length of stay was 158 and 211 days respectively. Physical restraints were rare. 58% of the patients were or had been violent. Conclusion The general hospital in Kristianstad, as well as the mental hospital in Lund, provided adequate care for their mentally ill patients. Most of the patients were discharged as healthy or improved. The lifetime suicide risk was low (5.5%).		
Key words psychiatric history, general hospital, diagnoses, treatment, outcome, suicide		
Classification system and/or index terms (if any)		
Supplementary bibliographical information	Language Swedish	
ISSN and key title 1652-8220	ISBN 978-91-7619-782-0	
Recipient's notes	Number of pages 178	Price
Security classification		

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature



Date 2019-04-12

Insania simplex

- empiriska studier av psykisk sjukdom kring förra sekelskiftet

Malin Appelquist



LUND
UNIVERSITY

Bakgrunden på framsidan visar en sinnessjukjournal skriven av Dr J.A.Hedlund år 1901. Foto: Malin Appelquist. Tecknad bild gjord av Sara Bonde. Copyright Malin Appelquist.

Copyright pp 1-178 (Malin Appelquist)

Paper 1 © History of Psychiatry

Paper 2 © History of Psychiatry

Paper 3 © by the Authors (Manuscript unpublished)

Paper 4 © by the Authors (Manuscript unpublished)

Medicinska fakulteten
Lunds universitet

ISBN 978-91-7619-782-0
ISSN 1652-8220

Printed in Sweden by Media-Tryck, Lund University
Lund 2019



Media-Tryck is an environmentally
certified and ISO 14001:2015 certified
provider of printed material.
Read more about our environmental
work at www.mediatryck.lu.se

MADE IN SWEDEN 

Till mamma, Daniel och Theodor

Innehållsförteckning

Originalarbeten.....	13
Förkortningar	15
Introduktion.....	17
Bakgrund.....	17
Svensk allmän historia	18
Ett samhälle i förvandling	18
Ny infrastruktur	20
Politisk mobilisering på medborgarnivå.....	21
Mot ökat ansvar för det allmänna	23
Alkohol och nykterhetsrörelse.....	24
Fattigvården och dess problem	26
Tron på medicinsk vetenskap	28
Kristianstads historia	29
Staden mitt i vattnet.....	29
Sjukvård i Kristianstad	30
Dr Johan August Hedlund	33
Psykiatrihistoria.....	37
Europa under 1800-talet	37
Svensk psykiatrihistoria före 1858	38
Bakgrunden till sinnessjukstadgan 1858	40
Sinnessjukstadgan 1858, 1883 samt 1901	43
Lasarettstadgan 1901	47
Svensk psykiatrihistoria efter 1858	47
Antalet lasarett, hospital och läkare.....	49
Avgifter	51
Lunds hospital	51
Dr Svante Ödman	53
Dr Teodor Nerander	53
Vårdkedja	54
Vård i hemmet	55
Familjevård.....	55
Lasarettsvård.....	56
Hospitalsvård.....	56

Fattigvård.....	59
Privata vårdanstalter	60
Brunnsorter	61
Rapportering och kontroll av sinnessjukvården	61
Utbildning	64
Läkare	64
Sjuksköterskor	65
Skötare	66
Läroböcker och litteratur	66
Problem i dåtidens sjukvård	69
Stigma.....	69
Vårdplatsbrist och ansvarsfördelning	71
Okunskap hos allmänheten	73
Personalproblem	74
Förr visste de inte, men nu	76
Diagnostik och diagnoser	76
Diagnostik	76
Historisk diagnostik.....	78
Historiska diagnoser	80
Behandling	84
Läkemedel	84
Övrig behandling	88
Tvångsvård	89
Själv mord och dödsorsaker	90
Själv mordshistorik.....	90
Dödsorsaksrapportering.....	92
Tidigare publikationer	93
Svenska avhandlingar	93
Internationell forskning	94
Målsättning med avhandlingen	95

Patienter och metodbeskrivning.....	97
Patientmaterial	97
Lasarettsjournaler	98
Liggaren.....	99
Sinnessjukintyg.....	99
Journaler från Lunds hospital	99
Moderna data	101
Övriga källor.....	101
Dödbok och kyrkoböcker	101
Rapporter och statistik.....	102
Metod.....	102
Studie 1	102
Studie 2.....	103
Studie 3.....	104
Studie 4.....	105
Statistik.....	105
Resultat.....	107
Studie 1	107
Studie 2.....	110
Studie 3.....	114
Studie 4.....	116
Diskussion.....	121
Metod och källkritik	121
Styrkor	121
Begränsningar.....	122
Studie 1.....	123
Studie 2.....	125
Studie 3.....	131
Studie 4.....	134
Generell diskussion.....	141
Konklusion och framtidsperspektiv.....	145
English summary	147
Tack till.....	149

Bilagor	151
Bilaga 1. Historiska årtal i Sverige under 1800- och 1900-talet.	151
Bilaga 2. Historiska händelser i sjukvården i Sverige.....	154
Bilaga 3. Bilaga A, B och C från sinnessjukintyget	155
Bilaga 4. Indelning av yrken	158
Bilaga 5. Indelning av psykiska sjukdomar enligt ICD-10	159
Bilaga 6. GAF - Global funktionsskattningsskala.....	160
Bilaga 7. Flödesschema - urval av patienter och journaler	162
Bilaga 8. Psykiatrihistoriska avhandlingar.....	163
Referenser	165
Studiematerial.....	165
Bildkällor.....	165
Primära källor	166
Publicerade källor:.....	168
Referenser till historiska läkemedel:	178

Originalarbeten

Avhandlingen är baserad på följande artiklar och manuskript:

1. **Appelquist M., Brådvik L., and Åsberg M.** Mental illness in Sweden 1896-1905 reflected through case records from a local general hospital. *History of Psychiatry* 2018, 29(2): 216-231.
2. **Appelquist M., Brådvik L., Ottosson I. and Åsberg M.** As good as it gets - An empirical study on mentally ill patients and their stay at a general hospital in Sweden 1896-1905. *History of Psychiatry* January 23, 2019, 1-22 [E-publication].
3. **Appelquist M., Brådvik L., Ottosson I., and Åsberg M.** Suicide after mental illness in the pre-drug era – a study of psychiatric patients treated in a Swedish general hospital in 1896-1905. Manuskript.
4. **Appelquist M., Brådvik L., Ottosson I., and Åsberg M.** To and from the mental hospital - an empirical study of mentally ill patients in Sweden more than 100 years ago. Manuskript.

De publicerade artiklarna är tryckta med tillåtelse från tidskriften.

Förkortningar

ACS	Arkivcenter Syd (i Lund)
AT	Allmäntjänstgöring
BiSOS	Bidrag till Sveriges Officiella Statistik
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
EPN	Etikprövningsnämnden
GAF	Global Assessment of Functioning
ICD	International Classification of Disorders
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
SBL	Svenskt Biografiskt Lexikon
SCB	Statistiska centralbyrån
SFS	Svensk Författningssamling
SOG	Serafimerordensgillet
SOS	Sveriges Officiella Statistik
ST	Specialisttjänstgöring
ÅB	Årsberättelser (v.g. se referenslista).
ÖISB	Överinspektören för sinnessjukvårdens berättelser (v.g. se referenslista).

Introduktion

Bakgrund

Detta projekt tillkom av en slump. Jag har alltid haft ett historiskt intresse, till skillnad mot intresset för psykiatri som väcktes först under min AT-tjänstgöring i Kristianstad. Under ST-tjänsten skulle man skriva ett vetenskapligt arbete. Det visade sig då att det fanns gamla journaler i källaren på sjukhuset i Kristianstad, som jag kunde skriva mitt arbete om. Under det vetenskapliga arbetet rekommenderade min handledare, professor Marie Åsberg vid KI i Stockholm, mig att skriva en avhandling på det unika materialet. Jag fick då kontakt med docent Louise Brådvik vid Lunds Universitet som blev huvudhandledare för projektet. Ingemar Ottosson som är docent i historia vid Lunds Universitet och biträdande professor vid Högskolan Kristianstad blev bihandledare. Marie Åsberg har fortsatt som bihandledare genom hela projektet.

Insania simplex betyder ”enkel sinnessjukdom”. Begreppet introducerades på psykiatrikongressen i Paris 1867. *Insania simplex* inkluderades för första gången i den svenska nomenklaturen 1882 och användes inte som diagnos på hospitalen, men däremot på lasarettet i Kristianstad för att beskriva någon som var svårt sinnessjuk och som skulle vara aktuell för hospitalsvård (Ödman et al., 1882). *Insania simplex* användes i Sveriges statistik 1882 till 1914. Anledningen till att jag valt att kalla min avhandling *Insania simplex* är just för att detta begrepp användes i journalerna på lasarettet i Kristianstad som är mitt grundmaterial och under den tid som begreppet fanns med i den svenska statistiken. *Insania simplex* innebar oftast att man var svårt sinnessjuk och behövde vård.

Psykiatri betyder läran om psykiska sjukdomar (från grekiskans *psyche*=själ, *iatreia*=läkning). Termen förekommer i en skrift av Johann Christian Reil första gången 1808, men fastställdes 1818 av Johann Christian August Heinroth (Harding, 1975: 66).

Min avhandling har ett fokus på psykisk sjukdom i ett historiskt perspektiv. Studier av psykiatrins historia förutsätter kunskaper om det samhälle i vilket vetenskapen utvecklades. Dagens Sverige är ett högteknologiskt välfärdssamhälle. Detta var inte fallet under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet, då Sverige snarast kunde betecknas som ett utvecklingsland. Det här kan verka som ett självklart

konstaterande, men det är ändå värt att påpekas. Vi har lätt att tolka historiska data med vår egen tids glasögon och hemfalla åt anakronism. Gamla bilder från sjukhus kan tyckas visa på torftighet, men i samtiden var de en lyx vad gällde renlighet, rinnande vatten, uppvärmning m.m. och en kontrast mot vad man hade hemma. För att sätta våra studier i en historisk kontext väljer jag således att göra en kort framställning av vårt lands historia på 1800-talet och runt förra sekelskiftet. För den som vill veta mer och fördjupa sig finns ett flertal böcker och studier som ger en betydligt mer omfattande och detaljerad bild än den jag återger här. Jag väljer att hålla fram några betydelsefulla trender: folkökning, industrialisering och bättre infrastruktur, med svåra sociala problem och politisk gräsrotsmobilisering. Särskild uppmärksamhet ägnas socialpolitiken inklusive nykterhetsfrågan. Likaså presenterar jag bara delar av den psykiatrihistoria som redan finns skriven. Vissa delar presenteras i korthet för att få en samtida kontext, men även här finns det en hel del litteratur för den som önskar fördjupa sig mer.

Historia är viktig eftersom vår uppfattning av den påverkar vår framtid. Vissa använder historia godtyckligt för att stödja sin egen uppfattning. Det är således viktigt med empiriska studier (Healy, 2014). Det finns få sådana undersökningar av psykiatrins historia men desto fler som är tunga av tolkningar (Mollerhoj, 2006:13; Qvarsell, 1982:15). Givetvis måste data alltid tolkas – de talar aldrig för sig själva – men det är viktigt att man först kartlägger dem ordentligt. I Sverige saknas även studier av den psykiatriska vården utanför hospitalen (Berge, 2007:274). Det finns inte heller så mycket skrivet om de psykiatriska behandlingarna och resultatet av den vård som gavs (Eriksson, 1997:21). Denna avhandling kommer förhoppningsvis fylla några av de kunskapsluckor som finns i den svenska psykiatrihistorien. Den är empiriskt orienterad och utgår från materialet på lasarettet i Kristianstad. För att förstå tiden då materialet skrevs har jag försökt att sätta det i en historisk ram med ett tvärvetenskapligt perspektiv. Psykiatrin var, är och kommer troligen fortsätta vara ett ämne som många har åsikter om, men vår historia kan ge nya perspektiv på såväl dagens som framtidens psykiatri (Uddenberg, 2012:9).

Svensk allmän historia

Ett samhälle i förvandling

Sverige har åtnjutit fred sedan Napoleonkrigen slutade 1815. Under perioden därefter skedde en successiv folkökning. I början av 1800-talet hade Sverige en befolkning på 2,3 miljoner, i slutet av århundradet 5 miljoner (Centralbyrån, 1914: 4). Under den stora folkökningen, växte framförallt de fattiga och obesuttna grupperna (Sundin, 2005:50-52). Det råder delade meningar om vad

befolkningstillväxten berodde på (Magnusson, 2000:27). En del pekar på jordbrukets roll. Jordbruksredskapen förbättrades (bland annat utvecklades en ny plog som nådde djupare i marken) och därmed avkastningen på jorden. Mängden odlad potatis ökade och den nya grödan var näringsrik med potential att mätta många (Magnusson, 2000:3). Även produktionen av brödsäd ökade. Jordbruksproduktionen ökade snabbare än befolkningen och runt 1830 uppstod ett överskott så att Sverige kunde börja exportera (Sundin, 2005: 47). Den höjda avkastningen i jordbruket kopplas också till de omfattande skiftesreformerna som sprängde de gamla byarna. En alternativ förklaringsmodell är att en ökad population tvingade fram ett förbättrat jordbruk. Det är också tydligt att befolkningen ökade på grund av färre epidemier och fallande mortalitet (Magnusson, 2000: 27; Furuhausen, 1999: 51). I detta sammanhang kan man nämna införandet av smittkoppsvaccinet i Sverige. Även om dödligheten minskade totalt sett, så var den manliga överdödligheten högre än den kvinnliga i Sverige – framförallt åren 1800-ca 1855. Den var även högre jämfört med andra västeuropeiska länder. (Sundin, 2005: 50-52; 183-185).

Under 1800-talet minskade även spädbarnsdödligheten. Trots detta låg den fortfarande runt 10% i slutet av 1800-talet, vilket liknar vissa av dagens mest utsatta länder såsom Angola (Childmortality, 2015; Hedenborg, 2015: 49ff). Som en konsekvens av den kraftigt ökade befolkningen steg även antalet fattiga (Montgomery, 1951: 90).

Det stigande antalet fattiga på landsbygden – den agrara proletariseringen – skapade svåra förhållanden som blev en drivkraft till att emigrera. 1850-1914 emigrerade runt 1 miljon svenskar. Ca 20% återvände så småningom (Larsson, 2003: 240). Antalet emigranter ökade då det var krisår, till exempel 1867-69 då skörden slog fel och det blev svält, men även under spannmålskrisen i början av 1880-talet (Magnusson, 2000: 4; Hedenborg, 2015: 238). De flesta som emigrerade åkte till USA. Hade man inte råd med en Amerikabiljett tog man sig till mer närliggande länder såsom Danmark (Hedenborg, 2015: 246). Under de två krisperioderna (1867-69 samt tidigt 1880-tal) ses även en ökning av antalet sjuka och döda i provinsialläkarrapporter (Appelquist & Nilsson, 2005). Farhågor fanns om att de friska, starka och unga lämnade landet och att sjuka, barn och gamla blev kvar (Magnusson, 2000: 133).

På många sätt är 1800-talet de stora samhällsförändringarnas tid. Under andra halvan av seklet genomgick Sverige sin kanske mest dramatiska förvandling: från jordbrukssamhälle till industriland. I takt med denna förändring skedde även en urbanisering. År 1850 var ca 80 % jordbrukare men år 1910 hade andelen sjunkit till ca 50% (Hedenborg, 2015: 253). Ännu rådde stort socialt elände i Sverige. Många, såväl på landsbygden som i städerna, var fattiga och levde i misär. På landet

kunde man bo med stampat jordgolv, med endast en liten kamin som värmekälla, utan vatten och avlopp, kallt, trångt, dragigt och mörkt.

Urbaniseringen medförde även trångboddhet i städerna, och kvarter med eländiga kåkbostäder växte fram (Furuhagen, 1999: 193-194; Hedenborg, 2015b: 87). År 1874 inrättades hälsovårdsnämnder som skulle förbättra folkhälsan genom kontroller av bostäder och deras hygien. Då få tog kontrollerna på allvar inrättades "sundhetspoliser" år 1889, som kontrollerade och kunde ge vite (böter) om reglerna inte följdes. Man behövde få bort latrintunnor och sopor från gatorna, avleda avloppsvatten och se till att folk inte tvättade kläder på samma ställe som man hämtade dricksvatten etc (Furuhagen, 1999: 390, 401-403; Montgomery, 1951: 133,189; Kock, 1963: 125; Björkman, 2001: 37).

Befolkningens näringsintag förbättrades då man från 1880-talet till 1914 ökade intaget av kilokalorier per person från 2300 till 3000. Fler hade möjlighet och råd att äta mer animalieprodukter. Detta uppfattades som en förbättring av levnadsstandarden, även om basfödan i Sverige år 1900 fortfarande var saltad strömming och potatis för flertalet. (Furuhagen, 1999: 67; Dahlberg, 2000: 7).

År 1914 lär Sverige ha haft den sämsta boendestandarden i Europa, samt de högsta hyrorna. I större städer var det inte ovanligt att det bodde 10-15 personer i en enrumslägenhet med kök (Hedenborg, 2015: 188). År 1903 var kostnaden för en sådan lägenhet 260 kronor per månad i Stockholm och i Kristianstad 118 kronor (arbetsstatistik., 1903). År 1900 var årslönen för en verkstadsarbetare 1230:-, järnbruksarbetare 1020:- lärare 1000-1400:- samt generaldirektör 12 000:-. Dock var inkomstskatten proportionell mot inkomsten, så fattiga drabbades hårdare till och med 1902 års skattereform (Norborg, 1995: 63). En arbetardaglön för män var ca 1,54 kronor under tiden 1901-1905 och för kvinnor 0,93 kronor (Centralbyrån, 1914: 135). Hedlund som var lasaretsläkare i Kristianstad hade 3000:- i årslön 1901 plus fri bostad och fri ved (Wawrinsky, 1906: bilaga 3).

Förra sekelskiftets Sverige var i hög grad ett klassamhälle, men det finns ingen officiell indelning av yrken efter social klass (Lilja, 2004). Då vi försökte gruppera yrken utifrån statistik från 1910 enligt samma system som användes när vi kategoriserade våra patienter (se beskrivning i metod), fick vi resultatet att ca 60% var arbetare (inklusive lantbrukare), 13% hantverkare, 2% militärer, 7% utbildad medelklass, övre medelklass/överklass, 6% pensionärer och 10% fattiga som inte kunde försörja sig själva (Centralbyrån, 1914: 14-15; Elmér, 1975: 24).

Ny infrastruktur

Från 1870-talet skedde en ökning av verkstadsindustrin som bl a tillverkade jordbruksmaskiner, tåg och fartyg (Larsson, 2003: 236). De industriella framgångarna satte spår i form av en förbättrad ekonomi i samhället, som

avspeglade sig i byggnader, stadsplanering, konst och kulturliv. Åren 1871-1914 brukar ofta kallas för "La belle époque" (den vackra epoken). Borgarklassen skördade frukterna och arbetarklassen organiserade sig för förbättrandet av sina villkor. Industrialiseringen medförde också en modernisering som kom alla till godo. Framförallt gällde det ny teknik och bättre infrastruktur. Gatubelysning och gasverk började införas vid mitten av 1800-talet. Göteborg blev första stad i Sverige med gatubelysning 1846 (Dahlberg, 2003: 147). Avloppsledningar och vattenledningar lades i Göteborg och Stockholm 1866 och år 1883 installerades de första vattentoaletterna (Dahlberg, 2003: 201). I Stockholm byggdes under 1870-1880-talen också spårväg. (Hedenborg, 2015:187). Särskilt stora samhällsförändringar framkallades av järnvägarna. Järnvägsnätet i Sverige skapades från 1856 och växte ännu en bit in på 1900-talet. Det blev grundläggande för den ekonomiska utvecklingen och möjliggjorde transporter av alla de slag (människor och varor inklusive mediciner), samt gav en rad nya arbetstillfällen (Norborg, 1995: 54-55; Larsson, 2003: 243). För att möta tågtrafikens krav infördes 1878 gemensam tid i Sverige, så kallad "Örebrotid" (Nilsson, 2003: 186). Tågen blev en symbol för den optimistiska tron på en bättre och tekniskt mer utvecklad värld (Dahlberg, 2000: 13).

Andra centrala strukturella reformer var exempelvis postverket (införandet av frimärken 1855). Dessutom antogs metersystemet 1875-1888. Innovationer såsom ångmaskinen, telegrafen (år 1853), telefonen (år 1877) med den första telefonlinjen mellan Stockholm och Göteborg 1888 och glödlampan (omkring 1880) förändrade samhället och hela vardagslivet (Magnusson, 2000: 117; Hedenborg, 2015: 192; Dahlberg, 2003: 201, 220). Fotogenlampan kom vid mitten av 1800-talet, men blir först vanlig i svenska hem under 1870-talet (BBL2000, 1996: 314). Det skulle dröja en bit in på 1900-talet innan Sverige fullt ut elektrifieras och kan använda glödlampor. 1893 drogs den första elledningen från ett kraftverk i Sverige (Dahlberg, 2003: 250).

Telegraf och telefon spred information som bland annat publicerades i dagstidningar. Dessas tillverkningskostnader krympte oavbrutet i massproduktionens tidevarv, och ökande läskunnighet gjorde att tidningen nästan blev varje medborgares egendom. 1864 grundades Dagens Nyheter och Sydsvenska Dagbladet 1870 (Dahlberg, 2003:165).

Politisk mobilisering på medborgarnivå

Samhällets resurser ökade under senare halvan av 1800-talet. Under åren 1850-1890 växte svensk ekonomi med ca 1,5% om året, därefter ökade den ytterligare till ca 2,1% under åren 1890-1930 (Hedenborg, 2015b: 77). Socialpolitik i bred mening hade också framgång genom utvecklingen av folkundervisnings-, nykterhets- och arbetarrörelserna (Montgomery, 1951: 117-118). Tillsammans med bildandet av

politiska partier förde detta demokratiseringsprocessen framåt (Sundin, 2005: 110). De stora förändringar som industrisamhället medförde (bland annat den stigande utbildningsnivån) väckte också folkliga krav på ökat deltagande i rikets styrelse. Detta märktes först i form av medelklassens liberala idéer och böndernas frammarsch i den nya tvåkammarriksdagen (Norborg, 1995: 60). Ståndsriksdagen upplöstes 1865 och ersattes med en tvåkammarriksdag 1866. Detta innebar att enskilda personer representerades istället för de fyra stånden (Larsson, 2003: 219). Det första riksdagspartiet (Lantmannapartiet) bildades 1867, men det är först under 1880-talet som den politiska debatten blev verkligt livlig. (Larsson, 2003: 245). 1889 grundades Socialdemokratiska partiet (Dahlberg, 2003: 220) och under 1890-talet startades en rösträttsrörelse. En namninsamling 1898 gav 400 000 underskrifter – 13% av befolkningen i Sverige över 20 år (Sundin, 2005: 397).

Samtidigt tillkom arbetarrörelsen som krävde åtta timmars arbetsdag och politiskt inflytande. Det skulle dock dröja innan Sverige blev en demokrati med allmän och lika rösträtt. Till en början begränsades valmanskåren av inkomststreck. År 1867 stadgades till exempel om rösträtt till riksdagen för män över 21 år med årsinkomst över 800 riksdaler, vilket innebar att ca 5,5 % var röstberättigade (Hedenborg, 2015: 182). Först 1909 infördes allmän rösträtt för män (med vissa restriktioner) och 1921 för kvinnor (Norborg, 1995: 95).

Kvinnor hade länge begränsade rättigheter. 1845 infördes lika arvsrätt för söner och döttrar. Oäkta barn (dvs. barn födda utom äktenskapet) ärvde däremot inget alls före 1866, och först 1969 fick de arva fadern (om han inte adopterat barnet först) (Nilsson, 2003: 79; Hedenborg, 2015: 76). 1858 blev ogift kvinna myndig vid 25 års ålder, jämfört med män som blev myndiga vid 21. Först 1884 blev myndighetsåldern 21 även för kvinnor. Vid giftermål blev kvinnor dock åter omyndiga. Detta ändrades först 1921, då kvinnor fick full rösträtt (Nilsson, 2003: 212-213; Hedenborg, 2015: 36). 1874 fick gifta kvinnor rätt att själva förfoga över sin arbetsinkomst (Hedenborg, 2015: 141).

Industrialiseringen ledde till en ny nivå av disciplinering. Fabrikerna hade krav på nyktra och skötsamma arbetare, men detta ideal kom även underifrån, från arbetarklassen och olika gräsrotsorganisationer (Sundin, 2005: 53).

Det som kännetecknar 1800-talets andra hälft i Sverige är folkrörelserna, det vill säga bildandet av frivilliga föreningar som till exempel frikyrkorna och nykterhetsrörelsen. De ordnade föreläsningar och träffar där möjligheter även gavs för kvinnor att vara med (Larsson, 2003: 248-249).

Det offentliga hade börjat kontrollera och strukturera samhället, men ännu fanns inte ett socialt trygghetssystem. Försäkring och trygghet fick man ordna med själv. Ca 15-25% av befolkningen var 1884 med i självhjälpsföreningar (Furuhagen, 1999: 71).

Under 1860-talet startades arbetarföreningar för att sprida bildning och upplysning, samt samarbeta kring sjukkassor och begravningskassor för att hjälpa varandra. Kravet på att staten skulle ta ansvar för den sociala tryggheten kom många år senare. Sjukassor organiserades enligt lag från år 1891, men först 1931 kom statens första och 1955 den allmänna. Sjukassor utvecklades på frivillig basis (Uddenberg, 2015: 21; Sundbärg, 1901: 994-995).

Mot ökat ansvar för det allmänna

Samtidigt som samhället utvecklades under 1800-talet, blev det mer invecklat för den enskilde invånaren på olika sätt. På olika områden restes krav på statlig omsorg och kontroll. Tidigare hade kyrkan haft tillsyn över folket, men nu övertog det offentliga successivt denna. Detta var en del av en sekulariseringsprocess. I och med den nya kommunalförordningen från 1862 minskade kyrkans makt och ansvar medan kommunernas ökade. Från mitten av 1800-talet fick alltfler myndigheter och instanser krav på sig att rapportera om sina resultat och sin dokumentation till "Bidrag till Sveriges Officiella Statistik" (BiSOS). Det skulle bland annat rapporteras om befolkningen, hälso- och sjukvården, fattigvården, fängvården, jordbruket och skogsbruket. Femårsberättelser skulle inlämnas från varje län till Kunglig Maj:t (motsvarande regeringen) (Hedenborg, 2015: 165) angående länets utveckling och resultat inom många områden (SCB, 2019).

Det rådde en ständig debatt under 1800-talet kring den ökade statliga kontrollen över olika aspekter av medborgarnas liv. Hur mycket ansvar skulle staten ta och hur mycket fick den ingripa? Staten hade sedan gammalt ett ansvar att förhindra brott, men det blev också alltmer accepterat att den hade ansvaret för nationell sjukvård och skulle främja folkbildning och medborgarnas allmänna utveckling (Björkman et al. 2005: 59-60). Under intryck av liberala tänkesätt genomfördes ett flertal reformer och en av dessa var folkskolestadgan från 1842. Skolundervisning fanns redan innan och traditionen med husförhör var etablerad sedan länge. I Sverige var läskunnigheten därför hög långt före att folkskolan infördes 1842. Detta möjliggjorde att befolkningen kunde ta till sig information om hälsoråd, som spreds bland annat genom almanackor (Sundin, 2005: 48, 114). Kungliga förordningar lästes upp i predikstolen (Sundin, 2005: 387). Andelen skrivkunniga i Sverige ökade under 1800-talet från ca 30% till ca 95% år 1900 (Furuhagen, 1999: 173). Skolan hade emellertid också en disciplineringsfunktion och var ett instrument för överhetens kontroll.

Befolkningsökningen och den skriande ekonomiska ojämlikheten drev på en diskussion om hur man skulle lösa "den sociala frågan". Sverige tog under 1880-talet Bismarcks Tyskland som sin förebild. Som motgift mot den växande arbetarrörelsen införde den tyska regeringen ambitiösa sociala reformer (de så kallade "socialistlagarna") (Norborg, 1995: 174). Samma strävan fanns i Sverige,

där skraddaren August Palm 1881 lanserat socialdemokratins idéer. Det skulle dock öja till 1913 och den allmänna folkpensionen innan Sverige kan sägas ha infört en socialpolitik i modern mening. (Hedenborg, 2015b: 87).

Under industrialiseringen infördes även allt fler stadgar kring arbetsrätt och ansvar. Från 1881 infördes ett förbud för barn under 12 att arbeta i fabrik – dock fortsatte barnarbete att vara viktigt i jordbruket och i andra arbeten. Arbetstiden reducerades även för minderåriga mellan 12 och 18 år. Barnarbetet minskade i praktiken dock först efter år 1900 (Hedenborg, 2015: 114, 242). De flesta i Sverige hade en arbetstid mellan 10 och 12 timmar dagligen (Montgomery, 1951: 150). Semester var inte lagstadgad och arbetsveckan sträckte sig från måndag till lördag. Semester i två veckor infördes först år 1938 (Larsson, 2003: 304). Barnarbete begränsades i fabrikerna till 12 år 1881. Mellan 12 och 14 års ålder fick man arbeta max 6 tim/dag och 14-18 år max 10 timmar per dag (Sundin, 2005: 115-116). Efter 1890 gällde arbetstidslagen för barn även utanför fabrikerna och industrin (Furuhagen, 1999: 71).

En av de nya trender som kan iakttas från och med 1800-talet är samhällets humanisering. Olika former av tvång och grymhet avskaffades. Religionsfrihet påbjöds och 1855 slopades kyrkoplikten. Samma år avskaffades skampålen, spö- och risstraff. 1858 begränsades husbondens rätt att aga tjänare till män över 18 år och kvinnor över 16 år. Hustruaga förbjöds 1864, men barnaga förbjöds först 1918 (och föräldrars rätt att slå sitt barn avskaffades först 1979) (Hedenborg, 2015: 69, 246). Fattiga fosterbarn kunde ännu säljas till lägstbjudande familj som ville ta hand om dem. Detta gällde åtminstone till och med 1918, då den nya fattigvårdsstadgan kungjordes (Nilsson, 2003: 79).

Alkohol och nykterhetsrörelse

Den svenska alkoholkonsumtionen var hög i slutet av 1700-talet och i början av 1800-talet. Enligt vissa uppgifter var den fyra gånger högre än vad den är idag (Hedenborg, 2015: 34).

Från 1830 började det bildas måttlighets- och nykterhetsföreningar i Sverige. Peter Wieselgren, kyrkoherde i Västerstad i Skåne, började 1833 engagera sig för nykterhet hos befolkningen och grundade 1836 en nykterhetsförening (Dahlberg, 2003: 113; Norborg, 1995: 133). Svenska Nykterhetssällskapet, som rekryterades ur överklassen, grundades 1837 och ebbade ut under 1850-talet. Det manade till måttligt drickande (Hedenborg, 2015: 34; Prestjan, 2004: 37). År 1848 fanns det totalt 420 nykterhetsföreningar, med 100 000 medlemmar (Dahlberg, 2003: 147). 1879 startades IOGT (Independent Order of Good Templars), en absolutistisk sammanslutning med rötter från USA. 1883 bildades även ”Svenska Blåbandsföreningen”, som var en religiös nykterhetsrörelse (Prestjan, 2004: 37).

Allmänna svenska nykterhetsförbundet bildades 1889. Vid denna tid började man även diskutera tvångsvård för alkoholister och inrättandet av alkoholistanstalter (Prestjan, 2004: 40). Wieselgren hade stått på inhemsk grund och förespråkade moderat konsumtion, men de senare nykterhetsföreningarna hade tagit intryck från Amerika och krävde absolut avhållsamhet (Sundbärg, 1901: 259).

Svenska läkaresällskapet avgav 1838 ett utlåtande om att brännvin är skadligt. (Kock, 1963: 536-538; Sundin, 2005: 182). Magnus Huss bok "Alcoholismus chronicus" utkom i två delar åren 1849 och 1851. Den beskrev dessa skadeeffekter och visade hur alkohol bryter ner kroppen somatiskt och psykiskt. Huss betonade att dryckenskap ledde till förnedring och fattigdom samtidigt som drabbade familjer tenderade att försumma barnuppfostran. Den medförde sjukdom och för tidig död.

Denna kräfte är i vårt land brännvinet och den lagstiftning som ej endast tillåter utan snart sagt uppmuntrar dess tillverkning (Sterner 1907: 13).

Huss var den förste att använda termen "alkoholism" (Prestjan, 2004: 49). Orsaken till missbruket ansåg Huss vara husbehovsbränneriet samt den låga beskattningen (Sterner, 1907: 9-14). Detta ändrades och 1855 infördes skatt på alkohol med 19 öre per liter vid tillverkningen. Skattesatsen ökades successivt till 50 öre 1871. Utöver denna skatt fanns en försäljningsskatt på ca 15 öre (Sundbärg, 1901: 254-255).

Huss föreläste första gången om sin bok "Alcoholismus chronicus" på naturforskarmötet i Stockholm 1851. Som åhörare fanns bland andra kung Oskar I. Kungen kallade Huss till sig efter några dagar och bad honom förtydliga sina erfarenheter och åsikter. Kungen beslöt att motverka superiet genom att förbjuda husbehovsbränningen. (Huss, 1891: 52) 1853 begränsades böndernas rätt att bränna brännvin och två år senare förbjöds husbehovstillverkning helt (Johansson, 2008: 17, 31). Det är oklart om uppgifterna stämmer, men det påstås att alkoholkonsumtionen per år minskade drastiskt från 46 liter per vuxen person runt år 1830, till 9 liter 1856 (Johansson, 2008: 30).

När Dr Huss reste i Europa 1852-53 hade "Alcoholismus chronicus" utkommit på tyska 1852. Han auskulterade på ett franskt sjukhus där han kunde diagnostisera och hjälpa en patient med alkoholskador. Han lämnade sin avhandling på tyska och blev senare uppkallad till franska vetenskapsakademins sekreterare – kemisten Dumas. Frankrike arbetade just då på ny lagstiftning rörande. Senare fick Huss ett pris som bar mecenaten Monthyons namn (Huss, 1891: 63-69; Kock, 1963: 536-538; Sundin, 2005: 182).

Någon gång under 1850-talet uttalade sig Svenska Läkaresällskapet att vård av alkoholister på lasaretten var bortkastad på grund av återfallsrisken (Prestjan, 2004: 113-114). Under 1880-talet grundades privata anstalter för att vårda alkoholister,

men initialt fick flertalet vård på lokala lasarett (Prestjarn, 2004: 117). Det skedde en viss attitydförändring gentemot alkoholen under 1880-talet. Brännvinskulturen började avlösas av en nykterhets- och skötsamhetskultur (Johansson, 2008: 47). Även om drickandet avtog under den senare halvan av 1800-talet, lade en genomsnittlig ogift man dock ca 14% av sin inkomst på sprit 1899 (Hedenborg, 2015: 198).

Det insågs alltså tidigt att alkohol leder till fattigdom och misär (Montgomery, 1951: 95). Man noterade även ett samband mellan dryckenskap och suicid under 1860- och 1870-talen. Minskningen av manlig dödlighet efter 1855 berodde troligen på minskad alkoholförtäring (Sundin, 2005: 194). Samtidigt fick staten inkomster från alkoholtillverkningen som beskattades hårt. 1883 tog staten och kommunen 40 öre per liter brännvin i skatt. Detta medförde att 10-15% av statens inkomst år 1900 kom från rusdrycksindustrin (Nilsson, 2003: 140; Johansson, 2008: 21).

Medikaliseringen av alkoholpolitiken och nykterhetsrörelsernas aktiviteter banade väg för tvångslagstiftning 1913, även om det då sågs mer som ett socialpolitiskt drag (Björkman, 2001: 26-31). Genom lagen kunde patienter med alkoholproblem bli föremål för tvångsvård i maximalt 2 år (Sundin, 2005: 199-200). Dock hade anstalterna föga medicinsk expertis (Nilsson, 2003: 237). Brattsystemet och motboken blev desto mer effektivt och fick ner alkoholkonsumtionen och dess sekundära problem fram till 1955, då motboken avskaffades (Norborg, 1995: 134). Det blev bl a en stegring av alkoholintag hos kvinnor efter 1955 (Kock, 1963: 544).

Fattigvården och dess problem

Under 1800-talet blev samhällets utsatta och fattiga allt fler. De fattiga uppfattades ofta som lata, arbetsovilliga, begivna på rusdrycker, impulsiva, känsliga, och utan ansvarskänsla (Hedenborg, 2015: 122). En stor grupp fattiga saknade sysselsättning. I en tid utan social trygghet var det en katastrof att förlora sin tjänst. Den avskedade sjönk snabbt ner till gruppen "försvarslösa" (Montgomery, 1951: 56-57). Begreppet "försvarslös" eller "utan laga försvar" innebar att man inte kunde visa att man hade någon anställning. Man var heller inte knuten till någon med anställning som kunde försörja en (t ex maka och barn). Arbetslöshet sågs mycket negativt och i förlängningen som ett hot mot samhället, då den gav upphov till synd och brottslighet (Hedenborg, 2015: 114). Om man räknades som försvarslös kunde man gripas för lösdriveri och tvingas till arbete i "uppföstrande" syfte (Björkman, et al., 2005: 12). Efter 1824 kunde försvarslösa inte längre skickas till krigstjänst, och fler personer än beräknat hamnade på olika tvångsanstalter (Montgomery, 1951: 61-63). En organiserad arbetsförmedling var svår att skapa då man inte skiljde på frivilligt eller ofrivilligt arbetslös (Hedenborg, 2015: 168-169). Begreppet "försvarslös" försvann slutligen 1883 (Montgomery, 1951: 164).

Fattigvården hade under 1800-talet hand om en stor del av socialpolitiken. Under 1800-talets första hälft vacklade man mellan att antingen ingripa med tvångsåtgärder, eller verka för en mer långsiktig lösning: ekonomiska reformer och mindre reglering av näringslivet för att höja den allmänna levnadsstandarden. Det senare alternativet var det liberala och det blev dominerande under senare hälften av århundradet (Montgomery, 1951: 39). År 1843 hävdade Lundaekonomen Jacob Lundell att marknadsekonomi skapade såväl social misär som ökade rikedomar, men att misären bromsade den allmänna utvecklingen. Han menade även att den sociala misären var samhällets problem, inte den enskildes. Gemensamma sociala insatser behövdes för att skapa välfärd och trygghet, vilket Lundell menade var en förutsättning för kapitalismens framgång (Björkman, et al., 2005: 16-17). Det avgörande för fattigvården var inte humanismen i sig, utan att samhället fick ett ökat välbefinnande.

Omsorgen om de fattiga ökade successivt under 1800-talet. Många lösningar för att hjälpa och lina var lokala (Nilsson, 2003: 13). Tiggeri var initialt accepterat som en form av fattigvård, men klagomål över lösdriveriet tilltog senare (Montgomery, 1951: 55). 1811 infördes en fastighetsskatt som skulle användas till socknarnas fattiga (Hedenborg, 2015: 115). Samtidigt ägnade sig många privatpersoner åt välgörande verksamhet (Hedenborg, 2015b: 239). 1846 infördes näringsfrihet (även för ogifta kvinnor) och gesällskapen löstes upp. De ombildades till sjuk- och begravningskassor, en form av självhjälpsföreningar (Furuhagen, 1999: 51, 71). Detta medförde att fler tvingades ut i fattigdom, vilket befarades hota samhällets stabilitet och ordning (Björkman, et al., 2005: 15-16). 1847 fick Sverige därför sin första systematiska fattigvårdsstadga. Varje socken blev nu ansvarig för sina fattiga (Montgomery, 1951: 40; Hedenborg, 2015: 37).

Efter svältåren 1867-1869 blev det stora problem för fattigvården, framförallt på landet. Krisen innebar även minskade intäkter för det offentliga, vilket senare medförde att fattigvårdsstadgan ändrades och blev stramare år 1871. Samtidigt ökade kommunernas ansvar (SFS, 1871; Hedenborg, 2015b: 240). Det var endast självklart för föräldralösa barn och sinnessjuka att få understöd och förbudet mot tiggeri var svårt att upprätthålla (Montgomery, 1951: 114; Norborg, 1995: 63). De som varaktigt hade fattigvårdsstöd och bodde på fattiggårdar förlorade sina personliga rättigheter. Det innebar att fattigvårdsstyrelsen hade målsmans- och husbonderätt över dem. (Berge, 1999: 10)

Antalet understödstagare nådde rekordsiffror år 1894 då ca 10% i Stockholm och 16 % i Malmö tillhörde gruppen. Ju fler understödstagare, desto fler sammanfördes odifferentierat i fattigstugor. Någon kontroll på att kommunerna efterlevde riktlinjerna för fattigvården fanns inte. Den infördes först 1919 (Montgomery, 1951: 172-179, Berge, 2007: 59). 1910 nådde fattiggårdarna sin största omfattning. Då var 24 000 personer inhysta på fattiggårdar och 37 000 var hjon som bodde i

fattigstugor. Det innebär att en population av 61 000 (av ca 5 miljoner svenskar) levde under fattigvårdens beskydd. (Nilsson, 2003: 223). Fattigvården skulle enligt sina stadgar vara human mot barn, sinnessjuka och äldre, men verka ”folkuppföstrande” för övriga (Sjögren, 1997: 30).

Tron på medicinsk vetenskap

Under 1800-talets andra hälft skedde en kraftig utveckling inom naturvetenskap och teknik. Det var också de stora medicinska framstegens tid. Den ökade kunskapen om mikrobiologi och antiseptik medförde att fler patienter överlevde operationer. Med förbättrad hygien kunde man hindra och kontrollera epidemier. Bakteriologins genombrott med Pasteur och Kock på 1870-talet medförde att den förebyggande medicinen fick en egen disciplin – hygienlära (Sundin, 2005: 383). De medicinska och farmakologiska framgångarna medförde att man såväl kunde söva som smärtstilla patienter under operation. Detta bidrog till den moderna kirurgins utveckling (Uddenberg, 2015: 293-315). 1855 uppfanns injektionsnålen vilket gav möjlighet till akut läkemedelsbehandling (Shorter, 1997: 197). Tillsammans med nya undersökningstekniker, enklare provtagning och upptäckten av röntgenstrålar, förbättrades diagnostiken (Uddenberg, 2015: 171-199). Medicinens spektakulära framgångar medförde ökad status för läkaren som expert. I takt med sekulariseringen avtog tilltron till prästerna medan förtroendet för vetenskapen ökade. Det hindrar inte att den gamla folkliga misstron mot läkare bestod. Ute i bygderna valde många att hellre lita på folkmedicinens råd.

Läkarna fick också ett ansvar då välfärdsstatens reformer skulle bli vardagspolitik. De vetenskapliga framgångarna och läkarnas ökade professionalisering medförde ett ökat hopp om att de skulle lösa de sociala problemen under slutet av 1800-talet. Dock motsvarade inte alltid förväntningarna det man kunde åstadkomma i praktiken (Prestjan, 2004: 46, 225).

Det fanns även en rädsla att läkarna skulle utnyttja sin kunskap för egen vinnings skull. Detta medförde att läkarna fick fatta beslut om vården och utöva vård, men att lekmän (ofta jurister) skulle granska läkarna (Björkman, 2001: 62-64). Läkaren förvandlades sålunda till ämbetsman (Appelquist & Nilsson, 2005; Wallin, 2010).

Kristianstads historia

Staden mitt i vattnet

Kristianstad byggdes 1614 som en fästningsstad och förblev befäst fram till 1847 (Wallin, 2010). Staden var nästintill helt omgiven av vatten. Ännu idag är vissa stadsdelar belägna under havsnivån och nära staden finns Sveriges lägsta punkt. Kristianstad är döpt efter sin grundare, den danske kungen Christian IV. Skåne tillhörde Danmark till och med 1658.

Kristianstad uppvisade två ansikten under slutet av 1800-talet, dels en militärt präglad societetsstad, men även en folklig med fabriker, verkstäder och fattigdom (Nilsson, 1974; Ottosson, 2013: 120). Kristianstad var såväl militärstad som residensstad och kallades ibland för "lilla Paris" (Johannesson, 1972: 351). Här låg länsstyrelsen (t o m 1917) och hovrätten över Skåne och Blekinge. Det fanns även ett högre allmänt läroverk (Munch af Rosenschöld, 1949). Staden hade ett rikt kulturliv. Framförallt ville den framstå som "officiell". I Sverige ansågs Kristianstads vaktparad vara i klass med huvudstadens och den gästades ibland av kungligheter (Sandström, 1956). De eleganta uniformerna bidrog samtidigt till att dölja fattigdomen i staden (Nilsson, 1974). Trångboddheten var ett problem, framför allt hos de fattiga (Theander, 1998). Längs med boulevarderna fanns förnäma hus av sten, medan innegårdarnas hus var av sämre skick (Mårtensson, 2000: 44; Ottosson, 2013: 120). År 1900 hade staden ännu inte blivit elektrifierad (Mårtensson, 2000: 16-18).



Bild 1. Kristianstad i slutet av 1860-talet

Kristianstads lasarett byggdes 1864 och låg då en bit utanför staden. I bakgrunden syns Nosabysjön som senare torrlades. Bilden är tagen från stadens kyrktorn.

I 1838 års lasarettinspektion utförd av Dr Ekströmer skrivs det om staden:

//... trångt bebyggd stad, belägen i en sumpig trakt// (Plym Forshell, 1966).

Stadsläkaren beskriver hur osnygga (smutsiga), trånga och illaluktande de fattigas gårdar och hus var. Han konstaterade även att de fattiga oftast var de som var mest sjuka. 1865 beskrevs de fattigas bostäder som små och trånga. Bostäderna eller "kyffena" skyddade inte vid hård väderlek. Fukten rann på väggarna och trägolven ruttnade. Den torftiga bädden med halm ruttnade också. Veden var fuktig vilket medförde mer rök än värme inomhus (Wallin, 2010). Inne i stadens fattiga bostäder var köket ofta en liten skrub. Vatten och avlopp saknades och det var fuktigt och kallt (Mårtensson, 2000; Ottosson, 2013: 118; Theander, 1998).

Kristianstad var verkligen byggt i en osund och fuktig miljö. Det medförde 1886 att man torrlade Nosabysjön som låg i nordväst och samtidigt torrlades kanalerna runt om staden. Vattenrikedomen medförde en ökad risk för sjukdomar som var vattenburna eller vattenberoende, såsom kolera, salmonella och malaria. (Appelquist & Nilsson, 2005; Magnusson, 2000: 138). Den sista koleraepidemin i Kristianstad rasade 1857 då 10-15% av invånarna dog (Ahlström, 2010).

Kristianstad var även platsen där det fanns ett flertal byggerier. Det hängde ihop med den omfattande odlingen av rotfrukter. Man kallade Kristianstadstrakten för "potatisbältet". L.O. Smith började 1879 producera ett brännvin som senare blev Absolut Vodka (Olsson, 2013: 177-184; Ottosson, 2013: 88). Antalet brännerier i Sverige minskade totalt sett i början av 1900-talet, men inte runt Kristianstad (Johansson, 2008: 32).

År 1900 hade Kristianstad trots inkorporering av nya områden 10 318 invånare, vilket kan jämföras med Malmö som hade 60 857 och Stockholm 300 624 (Centralbyrån, 1914: 7). Den industriella revolutionen hade starkt gynnat Skånes västsida och Kristianstad befann sig från denna tid i tillbakagång.

Sjukvård i Kristianstad

Det nya lasarettet började byggas 1861 och stod klart 1864 (Mårtensson, 2000: 42). Lasarettet hade då 103 vårdplatser samt en isoleringspaviljong för sinnessjuka (Plym Forshell, 1976: 45; Pallin, 1943: 7). Lasarettet förlades utanför den dåvarande staden (se bild 1), men området ligger numera centralt på grund av stadens tillväxt. Lasarettet byggdes ut i omgångar (Wawrinsky, 1906: bilaga 1).

Genom den andra versionen av sinnessjukstadgan från 1883 blev det en skyldighet för lasarettens att reservera ett visst antal vårdplatser för de sinnessjuka. I

Kristianstad skedde detta år 1885, med fem vårdplatser. Den gamla ”dårcellen” från 1864 bedömdes vara otillräcklig (Plym Forshell, 1976: 61).

Då Dr Hedlund tillträdde 1896 som lasarettsläkare önskade han ytterligare en utökning och modernisering av sjukhuset (Pallin, 1943: 10-11). Lasarettsdirektionen fattade beslut om att en särskild byggnad skulle uppföras för sinnessjuka, med plats för 15 patienter. Landstinget tillsatte en kommitté som (troligen av kostnadsskäl) istället föreslog en ombyggnad. Provinsialläkare Cimmerdahl i Kristianstad lär ha varit mycket missnöjd, då han önskade att de sinnessjuka skulle få en egen byggnad (Plym Forshell, 1976: 61).



Bild 2. Kristianstads lasarett 1902

Huvudbyggnaden är i mitten. I byggnaden till vänster fanns sinnessjukavdelningen och ekonomiavdelningen. Till höger låg läkarbostaden.

Sinnessjukavdelningen innehöll före renoveringen två enkelrum och tre celler, varav en var madrasserad. Renoveringen och utökningen stod klar år 1900, med sju vårdplatser – fyra avdelningsplatser och tre ”dårceller” samt ett dagrum, ett sjukrum och ett badrum (Plym Forshell, 1976: 79-81; Hedlund, 1910; Wawrinsky, 1906: 595). Renoveringen innebar även att lasarettet elektrifierades och fick centralvärme (Ahlström, 2010). Hedlund arbetade mycket på egen hand. Först år 1898 anställdes en underläkare efter att Kungl. Maj:t beviljat finansiering för en sådan (Plym Forshell, 1976: 72). Bemanningen på lasarettet år 1900 bestod av en överläkare (Hedlund), en underläkare, en syssloman, en operationssköterska, tre sjuksköterskor, sju biträdande sjuksköterskor samt tre städare. Totalt 17 personer fanns anställda för 146 patienter.

I Kristianstads län fanns det år 1904 tre sjukhus med följande fördelning av vårdplatser: 146 i Kristianstad, 71 i Ängelholm och 77 i Simrishamn. Totalt 294

vårdplatser vilket motsvarar 1 säng/746 invånare (219 242 invånare) (Wawrinsky, 1906: 193).

För att bli inskriven på lasarettet (oavsett åkomma) fick patienterna ha med sig ett prästbevis, som var som ett personbevis med födelsedata, frejd (personens anseende) och uppgifter om nattvardsgång. Det var viktigt att visa att man kunde betala lasarettssavgiften alternativt hade ett intyg att någon annan kunde göra det. Patienterna kunde söka akut på lasarettet fram till kl 11 på förmiddagen, eller mellan 16.30-17.00 under eftermiddagen. Patienterna skrevs ut från lasarettet – oavsett diagnos - om de inte följde sjukhusets ordningsregler (Plym Forshell, 1976: 50-52).

1902 skrev Hedlund i sin årsrapport att antalet patienter på sinnessjukavdelningen hade ökat. Detta berodde på att väntetiden till hospitalet hade förlängts. Han påpekade att vissa blev friska under väntetiden på lasarettet, men att vissa fick hemsändas oförbättrade på grund av detta. Sinnessjukstadgans paragraf om att patienter endast skulle vårdas en kortare tid på lasarettet kunde inte uppfyllas beroende på platsbristen på hospitalet. (Hedlund, 1903).

Hedlund klagar 1904 åter över att det är för få vårdplatser för de sinnessjuka. Endast ett fåtal hade fått komma till hospitalet. De som var svårast sjuka men med utsikt till återställning gavs företräde dit. Lasarettet tog hand om dem som var svårast att vårda hemma. Hedlund framhöll som sin önskan att det borde byggas en upptagningsanstalt för de sinnessjuka en bit utanför staden (Hedlund, 1904).



Bild 3. Kristianstads första sinnessjukhus/upptagningsanstalt

Tegelbyggnaden till höger var den första sinnessjukanstalten (upptagningsanstalt) i Kristianstad och stod klar 1909 med 42 vårdplatser. Till vänster nuvarande psykiatriska kliniken i Kristianstad och i bakgrunden Centralsjukhuset, CSK. Vägen runt området heter just "J A Hedlunds väg".

Vid inspektionen av lasarettet 1904 fick Hedlund kritik för sinnessjukavdelningen. Det är något oklart varför, men troligen var det för dåligt bemannat 1904 års berättelse har eftersökts men ej gått att finna, dock finns en kort notis om en anmärkning i 1905 års inspektörsrapport för hela riket (ÖISB, 1905). Hedlund svarade senare Medicinalstyrelsen att det blivit missförstånd – han kunde inte själv närvara vid inspektionen. Han förtydligade även att han hade sänt en motion till landstinget om uppförandet av en sinnessjukanstalt/upptagningsanstalt i Kristianstad för minst 25-30 patienter. Det tillsattes en kommitté som uttalade sig att:

Åtskilliga kommuner hava för vård af sinnessjuka inrättat dårceller vid fattiggårdarna. Resultatet är dock föga uppmuntrande, ty de sjuka fara vanligen ganska illa. År efter år hållas de inspärrade i celler likt brottslingar utan att få varken frisk luft eller motion. Läkarevård saknas i vanliga fall, och den tillsyn som lämnas dem, är ej just så mycket värd, då föreståndarna för fattiggårdarna ju ej är utbildade till vårdare av sinnessjuka (Ahlström, 2010).

Samma år lär Hedlund ha lagt ett ilsket förslag om att de sinnessjuka måste få mer plats och bättre förhållanden. 1906 tillsattes en kommitté som skulle utreda en nybyggnation för 40 patienter. Därefter fattades det ett beslut om att en ny sinnessjukanstalt skulle byggas. Dr Hedlund föreslog att den nya anstalten/sjukhuset skulle byggas på den plats där det nuvarande lasarettet CSK ligger. År 1907 kommenterade medicinalrådet (Wawrinsky) vid sin inspektion att lasarettsområdet inne i Kristianstad hade blivit trångt och för kringbyggt. Han rekommenderade att man införskaffade en ny tomt för att bygga ett nytt lasarett. På denna tomt byggdes år 1909 Kristianstads första sinnessjukanstalt, eller upptagningsanstalt som den också kallades. Den hade 42 vårdplatser fördelade jämnt på mans- och kvinnoplatser (Plym Forshell, 1976: 79-81; Hedlund, 1910; Plym Forshell, 1969)

Dr Johan August Hedlund

Johan August Hedlund föddes 18 december 1857 i Västra Tollstad i Östergötland. Fadern var lantbrukare. Hedlund utbildade sig till läkare och tog examen 1888 i Stockholm. Han ska av kamraterna blivit kallad ”homo quadratus” för han lär ha varit fyrkantig till såväl sätt som utseende. Samtidigt beskrivs han som välvillig, hjärtegod men tankspridd av kollegor. Han jobbade i början som brunnsläkare, provinsialläkare, fängelse- och hospitalsläkare, på barnsjukhus och kvinnoavdelning samt som lasarettsläkare i Vadstena 1887 innan han fick tjänst som tillförordnad lasarettsläkare i Östersund 1891-1896. De första semestrarna (1892, 1893 samt 1895) ägnade han sig åt studier i Stockholm och Köpenhamn (Ahlström, 2010; Björklund, 2017: 16-24). I ett brev till sin vän Dr Berg skriver han år 1891 att det är svårt att få en lasarettsläkartjänst i Sverige och att det råder

svågerpolitik (Hedlund, 1891). Han påpekar att det inte alltid är de mest meriterade läkarna som får de bästa tjänsterna. I brevet till Dr Berg ber han om hjälp att påverka så att han får en lasarettsläkartjänst, något han annars ger upp hoppet om. Han skriver att:



Bild 4. Johan August Hedlund

Dr Hedlund i 40-årsåldern, då han tillträdde som lasarettsläkare i Kristianstad.

Jag har blifvit mycket nedstämd af den bittra striden, min arbetskraft måste härpå lida.

1896 fick Hedlund lasarettsläkartjänsten i Kristianstad och behöll den t o m 1923. Han åkte utomlands flera gånger för att förkovra sig. Han besökte Berlin, Heidelberg, Köln, Hamburg, Helsingfors, Wien, München, Karlsbad, Dresden, Leipzig, Halle och Kiel. Därifrån kom Hedlund hem med nya idéer och instrument samt apparater. Han såg till att lasarettet i Kristianstad motsvarade kraven för modern vård. Redan 1899 fick Kristianstad sin första röntgenapparat. (Kristianstadsbladet, 1936). Han lär även ha deltagit aktivt i de nordiska kirurgkongresserna. Initialt drev han igenom en del ombyggnationer och moderniseringar av lasarettet. Man kan undra hur Dr Hedlund hann med alla sysslor. Han var överläkare och chef för 146 vårdplatser. Till detta var han även kirurg och genomförde flertalet kirurgiska ingrepp i Kristianstad. Han hade mottagning två gånger dagligen bl a för inskrivning av nya patienter. Han skrev flera av sina journaler och intyg (bl a flera av sinnessjukintygen) själv och var redan då ökad

för sin dåliga handstil. Hans skrift var svårtydbar för alla andra än apotekaren. Utöver detta skrev han även artiklar och rapporter i Hygiea. Totalt lär det finnas 42 publikationer (Ahlström, 2010). Det var kanske inte märkligt att han beskrevs som en stressad person, som sprang genom rummen (Fröderberg, 1976).



Bild 5. J.A. Hedlund

Dr Hedlund i 45-50-års åldern.

Dr Hedlund beskrevs som en vänlig, hjärtegod och välvillig man med mycket energi och ett stort intresse för läkargärningen (Björklund, 2017). Det var nog inte bara artighet när dödsrunan konstaterade att han hade ett gott anseende hos såväl kollegor som hos allmänheten och beskrevs som en tillmötesgående och skicklig läkare som alltid stöttade kollegor (Kristianstadsbladet, 1936). Det ska ha varit en fröjd att läsa hans motiveringar och nit för sjukvårdens bästa (Plym Forshell, 1969).

Som läkare var Hedlund modern för sin tid. 1904 ordnade han en tjänst för Gertrud Gussander som den första kvinnliga läkaren och kirurgen i Kristianstad (Först 1903 blev det lagligt att anställa kvinnor som underläkare vid länslasarett). Gertrud disputerade senare på ett material framtaget tillsammans med Dr Hedlund. Hon blev 1912 den tredje kvinnan i Sverige som disputerade i Medicin, och den första vid

medicinska fakulteten på Lunds universitet (Dahl, 2016; Plym-Forshell, 1969; 1976; Westling, 2005)

Då Dr Hedlund gick i pension lär han ha sagt att:

Landstinget är glada då de blivit av med en bråkstake.

Han efterträddes av Dr Gustaf Pallin (Ahlström, 2010). Dr Pallin skrev att det var synd att man inte lyssnat på Dr Hedlunds framsynta förslag på ett nytt sjukhus i Hammar:

De svenska lasarettens historia vimlar av exempel på att såväl enskilda läkares som läkarsammanslutningars välbetänkta reformförslag vrakats av dem de där makten att bestämma haft haver (Plym-Forshell, 1969).

Hedlund hade en regelbunden kontakt med Dr Berg i Stockholm och bad om råd hur han skulle operera m.m. I ett brev 10/3 1911 till Dr Berg. skriver Dr Hedlund att det är svårt att få tid till mer vetenskapligt arbete trots att det finns material.

Det kliniska arbetet fyller ut tiden så att man ej hinner med att beakta förefintligt intressant material. Måste dock ens arbete föra, med Guds välsignelse, någon frukt bland lidande medmänniskor (Hedlund, 1890-1911).

Han gifte sig år 1889 med Eva Regina Lindman (f. 1856) och de fick döttrarna Elsa (f. 1892) och Sonja (f. 1894) i Haparanda, där de bodde då. Sonja gifte sig senare och fick en son 1930 som dog endast 25 år gammal. Sonja avled 1976 på Lidingö. Elsa dog ogift 1937 i Stockholm, d v s året efter Hedlund själv (Riksarkivet, 2019). De bodde i läkarvillan i Kristianstad med två pigor och efter sin pension flyttade Hedlund till Mjölby där han bl a blev husläkare till Ellen Key (Kristianstadsbladet, 1936). Brev finns bevarade där Dr Hedlund gratulerar såväl Selma Lagerlöf på hennes 50-årsdag 1908 samt Ellen Key på hennes 75-årsdag 1924 (Hedlund, 1908; 1924). Vid förfrågan angående dr Hedlunds dödsbo visade det sig att han inte efterlämnat några böcker eller anteckningar från sin läkartid. Han har heller inga ättlingar idag (Riksarkivet, 2019; Vadstena, 2016).

Psykiatrihistoria

Europa under 1800-talet

I Tyskland öppnade det första sinnessjukhuset 1801, men i England hade de första öppnats under 1700-talet med syftet att bota (Scholz, 1899: 2). Den stora förändringen kom i början av 1800-talet. Fransmannen Dr Philippe Pinel hade inspirerats av den franska revolutionen och dess ledord om frihet, jämlikhet och broderskap. Han tjänstgjorde som läkare på det franska hospitalet Salpêtrière för sinnessjuka kvinnor i Paris. Han blev känd för sin humanistiska syn på sinnessjuka och för intentionen att dessa patienter skulle vårdas, inte hållas fast- eller inlåsta (Uddenberg, 2015: 356-359). 1800-talets början kännetecknades även av en tvångsfrivård. Dock mötte detta visst motstånd hos vårdpersonalen. De fick en större utmaning (Truedsson, 1929: 33). I England fanns Dr John Conolly som blev känd för sin "non restraint-behandling" (Schlaug, 1989: 135).

Dr Jean-Étienne Dominique Esquirol, var lärjunge till Dr Pinel och tog efter Pinel's humanistiska synsätt på sinnessjuka. Dr Esquirol skrev en lärobok i psykiatri år 1838, som översattes till engelska 1845 och som går att köpa i nytryck (Esquirol, 1845). Dr Esquirol började ta med medicine kandidater på ronderna på sinnessjukanstalterna vilket var nytt för undervisning i psykiatri (Fåhræus, 1950: 352).

Under 1840-talet startades en diskussion mellan fysiker och psykiker, det vill säga mellan läkare som menade att psykisk sjukdom var en fysiologisk obalans och de som menade att det var en psykisk obalans (Harding, 1975: 56). Dr Sondén i Sverige menade att ett biologiskt synsätt avlastar patienten ansvarsmässigt (Uddenberg, 2015: 370). Till fysikerna hörde även en tysk neurolog, Dr Wilhelm Griesinger, som menade att: *Psykiska sjukdomar är hjärnsjukdomar* (Porter, 1997: 508).

Dr Griesinger stöttade empiriska studier av psykiatrin, men förnekade ändå inte att psykologiska faktorer påverkade sinnessjukdomar. Han förespråkade även att användningen av tvångströjor skulle minska. År 1845 utkom hans första lärobok i psykiatri *"Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten"*, som totalt utkommer i fem upplagor, den sista 1892. Boken användes flitigt i undervisning under flera årtionden (Fåhræus, 1950; Harding, 1975). De svenska läkarna Dr Huss och Dr Gustaf Kjellberg omnämns bland annat i Griesingers verk (Griesinger, 1861: 177; Griesinger, 1892: 33). I motsats till det biologiska perspektivet som orsak till psykisk sjukdom, hävdade läkaren Johann August Christian Heinroth att det var Guds straff till följd av ett syndfullt liv om man blev sinnessjuk. Han rekommenderade behandling med disciplin, straff och aga. Tysken Dr Johan Christian Reil protesterade mot detta i en skrift 1803 (Harding, 1976: 162).

Samme Dr Reil började 1803 hålla föreläsningar i psykiatri i Tyskland och i Frankrike började Philippe Pinel föreläsa 1814. Esquirol följde med sin kliniska kurs i Paris 1817. Denna kurs hölls årligen till och med 1826 och hade elever från hela den ”civiliserade världen”. Även i England hölls föreläsningar i psykiatri, med bland andra Dr Conolly som ansvarig för en klinisk kurs. (Harding, 1975: 65)

Dr Griesinger valdes in som hedersledamot till Kungliga Vetenskapsakademien (KVA) 1858, samma år som han senare avlider. Det var Dr Sondén som hade rekommenderat honom till KVA (KVA, 1868). Dr Bror Gadelius menade senare att Griesinger var en av den mest betydelsefulla inom psykiatrin. Dr Griesinger lär ha betonat två huvudpunkter inom psykiatrisk vård. Det ena var att undvika tvång (så långt det var möjligt), det andra var att inte lämna patienterna ensamma (Gadelius, 1913: 113-114).

Svenska psykiater influeras av såväl fransk som tysk psykiatri. Under 1800-talet reste flera läkare och psykiater runt i Europa för att studera den sinnessjukvård som gavs där, för att kunna utveckla den svenska. Efter sina resor skrev de ofta en reserapport, som ibland publicerades.

Svensk psykiatrihistoria före 1858

Historien om vården av sinnessjuka sträcker sig långt tillbaka. Initialt skulle det finnas ett mindre hospital i varje län. Dessa började kontrolleras 1756 av en överstyrelse, där ansvaret överflyttades 1787 till Serafimerordensgillet (SOG), som även kontrollerade lasarett och kurhus (Kock, 1963: 146). SOG ansvarade för svensk sjukvård från 1791, men upplöstes 1876 och dess uppgifter övertogs av Sundhetskollegium som bytte namn till Medicinalstyrelsen 1878 (Schlaug, 1989: 164; Kock, 1963: 29, 146). Medicinalstyrelsen sammanslogs med Socialstyrelsen 1968 och bytte då namn till det sistnämnda (Socialstyrelsen, 2019).

Svenske Dr Erik Gadelius (senare farbror till Dr Bror Gadelius) knyter ihop kunskaperna i psykiatri och sambandet mellan kroppsliga och själsliga besvär. Hans bok ”Galenskap” utkom redan 1813 och hade en humanistisk syn på vården av de sinnessjuka (Qvarsell, 1982: 55; Gadelius E., 1813).

År 1813 fattar SOG beslut om att sinnessjuka patienter ska få vård lokalt på lasarett, men vården ska bekostas av anhöriga, socknen eller församlingen. Då beslutades det även om ”provkuren”, som innebar att patienten skulle vistas tre månader på lasarett och få den vård som kunde ges där. Om ingen förbättring hade skett skickades patienten senare till hospital såsom ”obotlig” (Harding, 1975: 79; Wawrinsky, 1906: 58-59; Sondén et al., 1855). Detta obotlighetsintyg och provkuren fanns kvar till och med 1858. Provkuren kritiserades av flera, däribland Dr C.J. Ekströmer (presenteras mer senare). Han beskrev hur patienterna låstes in i

mörka, illa inredda celler på lasaretten utan någon egentlig vård (Schlaug, 1989: 95).

Den dåliga ekonomin under 1800-talets början medförde att sinnessjukvården i Sverige centraliserades i besparingssyfte samt för att samla kunskapen om sinnessjukdom. Från mitten av 1700-talet fanns det 38 mindre "kronohospital" och dessa reducerades till 22 stycken år 1822 (Truedsson, 1929: 46-48; Harding, 1975: 81). 1832 hade det skett ytterligare en centralisering, till åtta hospital (Malmö, Växjö, Göteborg, Vadstena, Visby, Norrköping, Härnösand och Nyköping). Nio om man räknar med Danviken som låg under Stockholms stadsförvaltning och inte under SOG (Qvarsell, 1982: 53).

Antalet vårdade patienter ökade under första hälften av 1800-talet och därmed kostnaden. Man antydde att flera intagna enbart var fattiga (utan att i direkt mening vara sjuk- eller sinnessjuka) och att därmed fel personer upptog vårdplatserna på hospitalen (Lyxell, 1996: 23; Qvarsell, 1982: 53). 1822 lägger Serafimerordensgillet fram ett förslag om förbättringar av hospitalen. Utifrån "*den vidsträckta utveckling Psychiatrien vid denna tid vunnit i flera andra länder*" ville man förändra hospitalen i Sverige till ett mer ändamålsenligt skick (Sparre, 1862: 16). En hospitalsinspektion 1824 visade att de var i dåligt skick (Qvarsell, 1982: 52). Serafimerordensgillet beslutade 1825 att ytterligare centralisera sinnessjukvården. Orsaken var den dåliga ekonomin, men man antog även att om hospitalen minskades till antalet skulle kvalitén på vården öka på de kvarvarande. Det skulle även bli lättare att kontrollera dem (Lyxell, 1996: 23; Qvarsell, 1982: 53). Antalet hospital reducerades till sex stycken: Vadstena (1829), Malmö (1830), Uppsala (1837), Härnösand (1845), Växjö (1857), Stockholms hospital Konradsberg (1861) (Harding, 1976: 134; Lyxell, 1996: 23). Göteborg, Nyköping och Visby byggdes senare (Åman, 1976: 171). De tre mest framstående hospitalen var i Vadstena, Malmö samt i Stockholm.

I Vadstena blev Dr Georg Engström hospitalsläkare 1826 (Qvarsell, 1982: 94). Dr Engström kritiserade sinnessjukvården i Sverige, framför allt provkuren och att patienter hölls i mörka celler samt att vårdare och läkare hade för dålig utbildning. Vadstena hospital var dock mer modernt än Danviken (Harding, 1975: 139). Vadstena hospital fick 1832 den första avdelningen för första klassens patienter i Sverige (Sparre, 1862: 19). Dr Engström ville att man skulle behandla varje patient som en individ och ej enligt en mall. Han ville också få information från prästen samt från tidigare behandlande läkare som hade kännedom om patienten (Qvarsell, 1982: 116). 1833 utsändes Dr Sondén från Danvikens hospital och Dr Engström från Vadstena hospital på resor i Europa för att studera psykiatri och inhämta kunskaper till Sverige.

Då Vadstena hospital öppnades 1829 beskrevs detta som att det "*Blev gränslinien mellan barbarism och humanitet*" (Sondén, 1847). 1844 hävdade dock

Serafimerordensgillet att läkare inte behövdes på sinnessjukhusen. Motiveringen var:

Medan densamma icke hörer till befattningen med den allmänna hälsovården eller bör därmed sammanblandas (Lundqvist, 1949: 16).

SOG menade att personer som intogs på hospital inte gjorde det för att botas och att deras behandling kunde skötas av personer som inte var läkare. De menade att sinnessjuka bara kunde vårdas, för att hindras från att skada sig själva eller andra (Schlaug, 1989: 167).

Under sin resa i Europa 1852-53 besökte Dr Magnus Huss, som var medicinläkare (v.g. se avsnitt om alkohol), sinnessjukhus. När han kom hem ville han studera de svenska förhållandena. Vid ett besök på Danvikens hospital i Stockholm blev han förskräckt. Danviken hade dåliga villkor då det ej löd under SOG utan under Stockholms stadsförvaltning. Dr Huss träffade Dr Sondén som försökt få fram att en ny anstalt behövdes för de sinnessjuka, men utan gehör. Dr Huss skrev då skriften *"Kan eller bör hufvudstaden längre undvara en väl ordnad kuranstalt för sinnessjuka?"*. Denna skrift fick medial uppmärksamhet och hospitalsdirektionen funderade på att åtala Dr Huss enligt Tryckfrihetsförordningen. Dr Huss fick förklara sig inför Kungen och vid nästa riksdag bestämdes det att Konradsbergs hospital skulle byggas enligt Dr Sondéns önskan (Huss, 1891: 63-69). Dr Sondén var kritisk till hur patienter kunde behandlas och vårdas i burar så sent som 1850 (Harding, 1975:86). Sondén framhöll Gaustad i Norge som ett modernt sinnessjukhus och menade att Stockholm behövde ett nytt.

Rikets ständer gav 1849 en kommitté bestående av generaldirektör Ekströmer, kammarrådet Falkman, statskommissarien Kock och överläkare Sondén i uppdrag att komma med ett förslag om förbättrandet av hospitalsvården. 1850 kom det första utkastet till vad som senare skulle bli Sveriges första sinnessjukstadga (Truedsson, 1929: 53-54; Sondén et al. 1855).

Den långsamma utvecklingen av psykiatri i Sverige bedömde Dr Gadelius senare delvis bero på att patienterna huvudsakligen vårdades på fattiggårdarna, hemma eller i kommunerna (Gadelius, 1921: 30).

Bakgrunden till sinnessjukstadgan 1858

Dr Sondén ska 1847 ha uttalat sig att:

Hade lagstiftern annat att vanskinnige genom goda hospitaler, rationell och menskelig behandling kunna återställas till förnuft och helsa, och hade han aktat nödigt bevaka och bevara de sjukes rättigheter, hade han icke sammanblandat dem med obotlige af allehanda slag, orkeslöse och brottsfällingar, eller åtminstane gifva några särskilta

föreskrifter till deras förmån. Men sådana söker man i dessa författningar ännu förgäves; och i allmänhet kan med skäl sägas, att den Kongl. förordningen snarare afsett de klokes (samhällets) bekvämlighet och lugn än de rättmätiga anspråk på vård, och alldeles icke några åtgärder för deras återställande och hjälp, der hjälp är möjlig. (Schlaug, 1989: 165-166).

I november 1855 lade Dr Sondén tillsammans med Dr Ekströmer, Dr Huss, hovrättsrådet Almqvist samt kyrkoherde Sandmark, fram ett kommittébetänkande angående en förbättrad lag om sinnessjukvård i Sverige. De framförde att länslasarettens dels var för dåliga på sinnessjukvård och dels hade för få platser för att vårda dessa patienter. De menade att Sverige var i behov av en ny lagstiftning då aktuell sinnessjukvård var för dåligt reglerad. Andra länder hade det bättre, exempelvis Norge som fick sin stadga "Lov om Sindsyges Behandling och Forpleining" 1848 (Schlaug, 1989: 135). Det framfördes även problem kring betalningen för vården, då fattiga måste få hjälp (Sondén et al., 1855).

Den tidigare provkuren utdömdes av läkarna som värdelös och man ville i stället se att de som var botbara fick den rätta vården på landets sinnessjukhus. Läkarna skulle nu ta över ansvaret för vården som sysslomännen tidigare haft.

Ett utkast skickades tillsammans med ett brev till kungen (som vid denna tid hade makten och beslutade om nya lagar). De betonade där att sinnessjuka kan återställas i ungefär 50% av fallen om de får rätt behandling enligt erfarenheter från kliniken i Europa. De betonade även vikten av en ny lag för att undvika vanvård och misshandel (Sondén et al. 1855). De som arbetade fram utkastet, som senare blev vår första sinnessjukstadga 1858 var:

Dr Carl-Johan Ekströmer (1793-1860) hette från början Ekström, men blev adlad 1836 och var kirurg samt livmedicus åt hovet. 1837 blev han Generaldirektör för hospitalen, lasarettens och kurhusen. 1838 ledde han den stora kommittén för fattigvården och 1849 blev han ordförande i kommittén för hospitalens reorganisation. Dr Ekströmer hade ett stort intresse för de utsatta i samhället och de sinnessjuka. Han reste mycket i Europa och inspirerades bland annat av sinnessjukanstalter i Berlin. Han engagerade sig i byggandet av en ny anstalt i Stockholm, som senare blev Konradsbergs hospital. (Erhardt, 2019).

Dr Magnus Huss (1807-1890) var medicinläkare och även riksdagsman. Han reste en del i Europa och inhämtade kunskap om bland annat perkussion och auskultation. Han grundade den kliniska undervisningen i Sverige. Dr Huss var en av grundarna till den medicinska tidskriften "Hygiea". Han var även Generaldirektör över hospitalen i riket 1860-1876 och adlades 1857. Han engagerade sig inom psykiatrin efter sina utlandsresor och engagerade sig även i byggandet av Konradsbergs hospital. Dr Huss blev mest känd för sitt arbete om alkoholens skadliga effekter (Kock, 2019).



Bild 6. Carl-Ulrik Sondén
Oljemålning från 1839 av Jean Haagen.

Dr Carl-Ulrik Sondén (1802-1875) arbetade som läkare på Danvikens hospital i Stockholm. Han reste runt i Europa och studerade sinnessjukvården i flera länder. Under nästan 30 år kämpade han innan ett nytt sinnessjukhus skulle byggas i Stockholm, Konradsbergs hospital. Sondén var en av grundarna till "Hygiea" (motsvarigheten till dagens "Läkartidningen") år 1839. Dr Sondéns kamp om ett nytt sinnessjukhus medförde även utredningen om en Sinnessjukstadga. 1853 startade han en fond som ledde fram till "Skyddsföreningen för sinnessjuka" (Harding, 1975; 94-95; Eggeby, 2019).

Gustaf Fridolf Almqvist (1814-1886) var jurist och Hovrättsråd. Han var även generaldirektör och chef för fängelsestyrelsen i Stockholm. Under sin tid förbjöd han anställda på fängelserna att behandla eller håna de intagna fångarna. Almqvist var även riksdagsman samt halvbror med Carl Jonas Love Almqvist. Han blev senare morfar till Dag Hammarskjöld (Boöthius, 2019; Wikipedia, 2019).

J. W. Sandmark var kyrkoherde i Stockholm. (Runeberg, 1881).

Sinnessjukstadgan 1858, 1883 samt 1901

Det var en väsentlig skillnad mellan dåtidens sinnessjukstadga och det vi idag kallar LPT-lagen (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) (SFS, 1991). Då behövde man intyg för att överhuvudtaget få komma in på ett hospital. Även om en läkare på lasarettet eller en provinsialläkare betonade att patienten verkligen behövde sinnessjukvård, så kunde de inte tvinga vederbörande, utan bara rekommendera att patienten med sina anhöriga ansökte om vård på ett sinnessjukhus. Väl intagen på hospitalet kunde man dock inte utan vidare skriva ut sig själv, utan då var det överläkaren som beslutade om man var redo för utskrivning eller ej. Överläkaren på hospitalet hade ansvaret för patienterna, till skillnad från lasarettsläkaren, som kunde låta sinnessjuka patienter skriva ut sig själva när de ville. Där var det de anhöriga som hade det största ansvaret (SFS, 1901b).

Den stora skillnaden i den nya sinnessjuklagen 1858 var behandlingstanken, det vill säga att återställa hälsan hos patienterna, inte att avskilja dem från samhället (Schlaug, 1989: 159). De psykiskt sjuka förväntades inte själva ta initiativ till vård, utan ansvaret låg hos anhöriga. Det var deras plikt att ta hand om en psykiskt sjuk (Schlaug, 1989: 88).

Sveriges första sinnessjukstadga kom den 5 mars 1858 (SFS, 1858). Den förtydligade bland annat att patienter från län utan hospital, eller när plats inte fanns på hospitalet, skulle vårdas på länslasarettet, tills de kunde förflyttas till hospitalet (§2, §10). Patienter som nyligen insjuknat och därmed troligen kunde återfå sin hälsa, skulle prioriteras att komma till hospitalet. Även de som var våldsamma och vådliga för samhället prioriterades samt de som i sitt vansinne gjort en brottslig handling (§3). Stadgan förtydligade hospitalsdirektionens ansvarsområden (§4) och förordnade att varje hospital skulle anställa en överläkare som:

Som med witsordad fallenhet och håg för sinnessjukes behandling förut wid hospital tjenstgjort.

Överläkaren skulle senast i mars varje år skicka en rapport om föregående års sjukvård. Vidare skulle hospitalen ha minst en biträdande läkare, en predikant, en syssloman (som då även hade hand om ekonomin). Utöver dessa skulle det även finnas ett ”erforderligt antal” uppsyningsmän, förestånderskor, biträden och lägre betjäning (§5).

Ansökan om hospitalsvård skulle skickas till Hospitalsdirektionen och innefatta a) ett läkarintyg (se Bilaga 3), b) ett anhörigintyg (se Bilaga 3), c) ett prästbevis som var det samma som ett personbevis, med anteckning om sockentillhörighet, frejd och om man tagit sin nattvard. Man skulle även specificera till vilken klass (första, andra eller tredje) man ansökte utifrån kostnad och vem som skulle betala (t ex för gifta kvinnor som ej var myndiga) (se Bilaga 3). De medellösa eller mindre

bemedlade kunde få sin kostnad betald av fattigvården. I trängande fall och om patienten befann sig i närheten av ett hospital, kunde sockennämnden eller polismyndighet insända en sinnessjuk akut till ett hospital och inkomma med handlingarna senare (§8). Hospitalsdirektionen (ofta med överläkaren) beslutade vilka som fick komma till hospitalet. Av de som inte prioriterades skickades handlingarna till överstyrelsen som senare fick besluta om den sjuke kunde intas på något annat sjukhus (§9).

De sjuka indelades i tre klasser. Första klassen hade särskilda bekvämligheter och fick betala hela kostnaden för vården och underhållet. Andra klassen fick betala medelkostnaden för föda och beklädnad (och fick bättre mat). Tredje klassen räknades som fattiga och deras avgift var inte bestämd utan överstyrelsen avgjorde vad de eventuellt skulle behöva betala. Oftast betalade inte dessa patienterna något, då fattigvården tog de eventuella kostnader som uppstod (§11). De första två månaderna för tredje klassen var alltid gratis.

Paragraf 14 löd så här:

De sjuka skola wid hospital med mildhet behandlas. Inga andra tvångsmedel må användas, än sådana, genom hvilka den sjuke, utan att kroppsligt misshandlas eller moraliskt förnedras, sättas ur stånd att skada sig eller andra.

Stadgan förtydligade även att de patienter som vårdats på hospital under en längre tid utan att visa tecken till att kunna återställas, bör utskrivas (§17). Direktionen hade även skyldighet att underrätta de anhöriga, eller de myndigheter som varit delaktiga vid inskrivningen, då patienten skulle utskrivas. De fattiga som utskrevs, kunde få understöd från direktionen motsvarande en månads underhållskostnad. Anhöriga kunde göra en skriftlig anmälan om de inte var nöjda med vården (Schlaug, 1989: 142).

De som skrivit ansökan om intagande för hospitalsvård kunde även ”den sjuke från hospitalet uttaga”, även om denne inte blivit helt återställd från sinnessjukdomen. Det var då viktigt att överläkaren försäkrade sig om att behövlig vård kunde ges i hemmet eller annorstädes (§18). Det stod även att noggranna journaler skulle föras och att hospitalen skulle granskas årligen av överinspektören.

Enligt § 25 skulle prästen, sockennämnden eller polisen underrätta läkare om inte anhöriga gjorde det, när någon visade tecken till sinnessjukdom och det fanns tecken till att vederbörande kunde skada sig eller andra.

Stadgan avslutades med formulären med frågor för läkarintyget (bilagan A) och anhörigintyget (bilagan B) (se Bilaga 3).

Lagen revideras till år 1883 (SFS, 1883), men var i sin helhet lik den första. Från och med nu var det överläkaren som skulle granska ansökningarna, inte direktionen (Schlaug, 1989: 97, 121). Hospitalen delades till att vara hospital, för de som

bedömdes kunna återställas till hälsa, samt asyl, för de som: bedömts som obotliga men i behov av vård, såsom patienter med fallandesot (epilepsi) som var en fara för sig själv eller andra och övriga som hade ett behov av anstaltsvård t ex idioter (dåtidens begrepp för förståndshandikapp) med våldsamt och opålitligt beteende (§24). Om patienten inte kom till hospitalet, trots en erbjuden plats, fanns det ingen skyldighet att infinna sig utan platsen gick till någon annan. Om patienten eller anhöriga ångrade sig, fick en ny ansökan göras (§31). Det förtydligas även att då patienterna återfått sin hälsa skulle de utskrivas. Patienter som bedömdes som obotliga efter en längre tids vård skulle utskrivas för att kunna ge plats åt patienter som hade ett större behov av vård (§43). Från och med denna stadga kunde patienterna nu även få permission om de var stillsamma (§49), samt framföra sitt missnöje angående vården till Medicinalstyrelsen (§57). Stadgan preciserade att på landet hade kommunordföranden och i staden läkare, en skyldighet att tillse att sinnessjuka i hemmen eller på andra vårdhem gavs ett gott bemötande och en god vård, och om inte så var fallet, se till att de kom till ett hospital (§60). Det blev även obligatoriskt för provinsialläkarna att rapportera om sinnessjuka under sina tjänsteresor i distrikten (§62). Frågeformulären till läkarintyget och anhörigintyget ändras även delvis från 1858 års version. Bland annat förtydligas frågan om suicidtankar. Suicid var enligt svensk lag förbjudet t o m 1864 och nämns således inte i stadgan från 1858.

Överläkaren blir nu en självskriven ledamot i direktionen och biskopen försvinner. Lasaretten ska kunna bereda vård en kortare tid för sinnessjuka i väntan på hospitalsplats. Enskild vård i hemmen blir nu kontrollerad. Som mest fick man vårda fem sinnessjuka i hemmet (Kock, 1963: 254).

Sinnessjukstadgan revideras åter 1901 (SFS, 1901a). Vid införandet av denna stadga diskuterades bland annat rättssäkerheten för de sinnessjuka (Schlaug, 1989: 41-45). De patienter som i slutändan fick komma till ett hospital var oftast svårt psykiskt sjuka och kunde få en bättre vård och omsorg där, än vad som var möjligt inom fattigvården eller i hemmen. Det är först i ett senare välfärdssamhälle som andra frågor som rättssäkerhet kunde ta plats (Schlaug, 1989: 139-140). Det tillsattes en överinspektör för sinnessjukvården (redan 1899) som skulle granska användningen av tvångsmedel och att dessa dokumenteras korrekt. Han skulle även studera intagningshandlingarna så att ingen obefogat tagits in samt pröva klagomål rörande intagandet och behandlingen från patienterna (§12). Vid utskrivningen skulle nu alltid kyrkoherden meddelas (§ 53) och kyrkoherden hade i sin tur en skyldighet att meddela vederbörande provinsialläkare vilka som var sinnessjuka i distrikten (§69). Provinsialläkaren skulle i sin tur årligen rapportera en lista över sinnessjuka i distriktet till Medicinalstyrelsen. Kyrkoherden hade också en skyldighet att årligen besöka de rapporterat sinnessjuka för att se att de hade det bra och behandlades väl (se bild 11). Om patienten vanvårdades eller for illa skulle polisen omgående ordna så att patienten kom under vård (§68).

Summandrag af kyrkoherdarnes uppgifter om sinnessjuka och idioter inom *Boörsjö- och Boörsjödistriktet* den 31 December 1891.

	ÅRSL	Från		Kön		Civilstånd		Ålder		Vårdas inom				
		husligt	stad	hänl.	gymn.	egill.	gill. 7.	under 20 år	20-40 år	öfver 40 år	ensidigt hos	ensidigt anst.	familjes	hospitat eller ej
A. Sinnessjuka		22	22		9	13	14	8		8	14	13		2
B. Idioter		19	19		13	6	19		7	6	6	18		1

Boörsjö i Mars 1892.

**) Hit hänföres äfven enklingar, enkor och fränskilda makar.*

Bild 7. Rapport från kyrkoherden om sinnessjuka

En tabell skulle årligen ifyllas av provinsialläkaren angående sinnessjuka och idioter i distriktet. Uppgifterna baserades på kyrkoherdens uppgifter och skickades till Medicinalstyrelsen.

Från 1901 lades det till att läkarintyget (bilaga A) ej fick vara skrivet av någon läkare på hospitalet.

Det torde ha varit en eftergift den av en och annan hävdade uppfattningen, att risk för insparning av icke sjuka föreläge (Kock, 1963: 255).

Patienter som inte var vådliga för sig själva eller någon annan, men kroniskt sinnessjuka, kunde från och med 1903 inackorderas i enskilda hem, så kallad familjevård. Detta bidrog att lindra bristen på vårdplatser, men kritik fanns att det utnyttjades av fattiga (Kock, 1963: 255).

En motion från 1894 hade framfört att det borde krävas två läkares samstämmighet för intagande på hospital, i enlighet med den engelska "The Lunacy Act" från 1890. Detta var inte tillämplbart på grund av bristen på läkare i Sverige, framför allt på landsbygden (Schlaug, 1989: 126-127).

När någon skrevs in på hospital frihetsberövades den intagne genom intagningsbeslutet. Detta ändrades först 1929, då den fjärde versionen av sinnessjukstadgan trädde i kraft. Det blev då för första gången möjligt att tas in på hospital frivilligt, så kallad "ansökan 1" (Schlaug, 1989: 89, 122; SFS, 1929). Dock sa lagen att:

Den, som är intagen å sinnessjukhus, må underkasta sig det tvång, vilket finnes vara nödvändigt med hänsyn till ändamålet med intagningen eller till skydd för honom själv eller omgivningen (SFS, 1929 4§).

Patienten som var frivilligt intagen enligt 1929 års lag kunde inte frivillig skrivas ut, detta var fortfarande upp till överläkarens bedömning. Den frivilliga intagningsformen blev mycket uppskattad och nästan hälften av alla intagningar 1956 var frivilliga (Schlaug, 1989: 123).

Lasaretsstadgan 1901

Enligt lasaretsstadgan för år 1901 (SFS, 1901b) skulle varje landstingsområde anordna en särskild upptagningsanstalt för sinnessjuka alternativt en särskild avdelning för vård av sinnessjuka. På lasarett där det inte fanns en sådan avdelning fick inte sinnessjuka intagas (§4). Sinnessjuka kunde skrivas in på lasarettet utan att läkaren tog det fulla ansvaret, såsom i sinnessjukstadgan beskrivet (§6). Lasaretten skulle kontrolleras genom inspektioner från Medicinalstyrelsen (§11). Lasaretsdirektionen skulle bestå av landshövdingen samt sex andra personer från länet varav minst en skulle vara läkare (§13). Stadgan förtydligade att lasaretsläkaren hade skyldighet att dagligen vara på lasarettet för mottagning och utskrivning, samt ofördröjligen infinna sig på lasarettet om det kom något akutfall. Enligt §26 punkt 3 skulle lasaretsläkaren:

//...sjelf bemöta de sjuke med vänlighet och menniskokärlek samt tillhålla betjeningen att kärleksfullt mot dem uppfylla sina åligganden.

Svensk psykiatrihistoria efter 1858

Efter 1858 fortsatte utbyggnaden av sinnessjukhusen, om än inte i den takt som man önskat beroende på kostnaderna. Vadstena fick en nybyggnad 1861, så även Härnösand 1862. Flertalet följde åren därpå. Göteborgs hospital byggdes 1862, Lunds hospital 1879, Uppsala hospital 1885, Kristinehamns hospital 1887, Lunds Asyl 1891, Piteå hospital och asyl 1893, Vadstena asyl 1895 och Uppsala asyl 1900. Flertalet hade ritats av medicinalstyrelsens arkitekt A. Kumelien (Åman, 1976: 184).

Medicinalstyrelsen skickade 1885 ut ett formulär som betonade 1883 års sinnessjukstadgas förändring, om att även lasaretten hade skyldighet att ta hand om de sinnessjuka. Därefter började protokollen från landstingen vittna om att lasaretten tävlade om att vidta åtgärder för att förbättra sinnessjukvården (Montgomery, 1951: 60).

Under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet ändrades byggnaderna för de sinnessjuka. Bland annat togs gallerfönsterna bort, cellerna försvann och man började med övervakningsavdelningar i början av 1890-talet för att minska suicidrisken (Harding, 1975: 267-268; Harding, 1976: 137). Ofta fanns det plank runt anstalterna förr, men detta var för att utestänga folket från de sjuka, så att de inte for illa av de nyfikna blickarna (Svensson, 1907: 76;)

Under slutet av 1800-talet infördes även sänglägesbehandlingen som lovordades som en ny behandlingsmetod (Bolling, 1896). Idealen kom från Tyskland där övervakningsavdelningar hade etablerats under 1880-talet. Till Sverige kom de under 1890-talet, med start i Lund och Kristinehamns runt år 1894 och 1896 till Uppsala följt av Stockholms hospital 1901 och Nyköpings hospital 1902 (ÖISB, 1903). Överinspektören skriver år 1900 att:

”Genom anordnandet af s.k. öfvervakningsafdelningar med ständig tillsyn af van och kvalificerad sjukbetjäning har den egentliga sjukvården mera och behörigen kommit till sin rätt; befintligheten af s.k. öppna afdelningar har medgifvit skapandet af en viss hemtrefnad, liksom ock dessa afdelningar visat sig vara af stor betydelse för de konvalescerande. Hospitalen äro därför, så vidt de utvecklas i tidsenlig riktling, mindre att betrakta som förvaringsanstalter än som verkliga sjukhus, där mången till sinnet omtöcknad förbättras eller vinner sin hälsa åter. Hvarje åtgärd, som bidrager att åt anstaltsvistelsen gifva en friare form, bör hälsas med bifall, och på så vis försvinner så småningom den hos allmänheten inrotade afvogheten mot dessa anstalter (ÖISB, 1899-1900).

Övervakningsavdelningarna hyllas även i rapporten från 1903, men med en liten brasklapp om framtiden:

Inom kort torde alltså samtliga svenska hospital och asyler vara utrustade för ifrågavarande vårdform, hvars värde för behandlingen af sinnessjuka icke kan skattas nog högt. Dess rent terapeutiska värde kan måhända komma att i en framtid bedömas något annorlunda än nu, men dess bestående förtjänst blir dess humaniserande inflytande på de sjukas allmänna uppträdande och på sinnessjukvården i dess helhet. Att kvinnlig, delvis i sjukvård skolad, betjening å dessa afdelningar börjat antagas äfven för vård af manliga sjuka har i nämnda hänseende säkert äfven varit af betydelse (ÖISB, 1903).

I början av 1900-talet diskuterades frågan om de sinnessjuka och deras vård. Väntetiderna hade blivit längre och man önskade få en utredning om hur många i Sverige som var sinnessjuka och hur många av dessa som behövde sinnessjukvård. Man menade att en läkare bäst kunde utröna detta – helst en psykiater, samt göra en beräkning på vad det skulle kosta för varje patient (Almqvist, 1901).

Vid förra sekelskiftet inhämtades sifferuppgifter från utländska facktidsskrifter som menade att 5 promille av befolkningen var sinnessjuka. Detta innebar 25 000 i

Sverige år 1900. Av dessa behövde 2 promille anstaltsvård, det vill säga 10 000 (Överinspektören refererar till 3 artiklar i Tyska tidskrifter 1898-1899). Trots att flera patienter stod i kö till hospitalen drog man även slutsatsen att det sannolikt var flera sjuka som ej anmälts för hospitalsvård (ÖISB, 1899-1900).

Sinnessjukhuset har en dubbel uppgift att fylla. För det första skall det bota sinnessjuka, och för det andra skall det bjuda sådana sjuka, hvilkas tillfrisknande icke längre är att hoppas, husrum och vård (Scholz, 1899: 47-48).

Mellan 1905 och 1943 byggdes senare 14 nya sinnessjukhus i Sverige, med totalt 11 260 vårdplatser. Samtidigt hade antalet läkare i sinnessjukvården ökat till 123 stycken 1943 (Åman, 1976: 316-317).

De medicinska upptäckterna under 1800-talets andra hälft påverkade även den psykiatriska vården. Inom farmakologin hade opium varit ett vanligt preparat att använda som sederande. Andra preparat såsom brom, kloral, kloralhydrat och sulfonal, möjliggjorde att patienter kunde behandlas farmakologiskt för sin ångest, sina sömnbesvär och sin våldsamhet (mer beskrivet under "läkemedel").

Enligt överinspektörens nationella rapport år 1902 kunde den svenska sinnessjukvården jämföras med motsvarande förhållanden i andra europeiska kulturländer.

Den numera i viss mån tvångsfria behandlingen af de sinnessjuka å de offentliga anstalterna samt de flerstädes mycket goda snygghetsförhållandena äro utan tvifvel väsentligen att tillskrifva sänglägebehandlingen under permanent tillsyn äfvensom den utsträckta användningen af nattlig tillsyn af i olika afseenden mindre pålitliga patienter, som å senare åren vunnit insteg å hospital och asyler (ÖISB, 1902).

Antalet lasarett, hospital och läkare

Kommunreformen 1862 innebar att de nyinrättade landstingen tog över ansvaret för lasaretten från SOG (Sundin, 2005: 382). Från 1870-talet tog även kommunerna över fattigvården och epidemisjukhusen (Åman, 1976: 243).

Landshövdingen var ordförande i de nya sjukhusdirektionerna från inrättandet 1863 till 1901. År 1863 saknades det ett stort antal vårdplatser runt om i Sverige och flera nya lasarett byggdes (Nilsson, 2013: 434; Wawrinsky, 1906: 69).

Varje lasarett hade en ansvarig lasarettsläkare (BiSOS, 1862, 1902). Lasarettsläkarens arbetstid bestämdes av hur mycket som var att göra (Åman, 1976: 247). Överlag fanns det få psykiater, d v s läkare i psykiatri i Sverige vid förra sekelskiftet.

Tabell 1. Antalet lasarett, vårdplatser och patienter i Sverige 1781-1901

Antalet lasarett ökade markant mellan 1861 och 1881.

År	antal lasarett	antal vårdplatser	antal patienter /år	invånare/vårdplats
1781	17			
1811	33			
1861	46	2146		1304
1881	72	4271	32 222	1070
1901	76	7353	65 019	698

Källa: Wawrinsky, 1906: 69.

Det finns olika teorier om varför hospitalen och efterfrågan på sinnessjukvård ökar i Sverige vid denna tiden. Fyra förklaringar finns. För det första upplöstes husbondeväldet vilket innebar att de inte behövde ta ansvar för sina anställda lika mycket. För det andra ökade befolkningen, vilket medförde att fler inte kunde försörja sig, samt att befolkningen totalt sett ökade. För det tredje fanns det ett ekonomiskt incitament, då man successivt tog bort hospitalsavgifterna. Det blev därför billigare för kommunerna att ha patienter på hospitalen än att bygga ut fattigvården. För det fjärde blev samhället rikare och fick bättre resurser för att kunna använda till sinnessjuka och utsatta i samhället (Shorter, 1997; Lyxell, 1996: 18).

Tabell 2. Antalet hospital, hospitalsvårdplatser och läkare 1861-1910

Antalet vårdplatser ökade mycket mellan 1890 och 1900. Först efter år 1900 ökar antalet läkare.

År	antal hospital/asyl	hospitalsvårdplatser	antal hospitalläkare	antalet läkare i Sverige
1861	9	1074	13	
1880	10	1841	18	
1890	11	2569	22	
1900	14	5016	26	1131
1910	18	6916	45	1465

Källa: BiSoS 1862, 1882, 1892, 1902; Höjer, 1946: 10; Bergstrand, 1958: 26; Centralbyrån, 1914: 46).

Vi vet inte vilken mat som serverades på lasarettet i Kristianstad eller på hospitalet i Lund, men enligt en ”spisordning” från förra sekelskiftet från lasarettet i Lidköping angavs att frukost bestod av mjölk, smör och bröd. Middagen varierades mellan kött, fisk, fläsk och blodpudding, vilket oftast serverades med potatis. Dagligen fanns någon soppa som förrätt. Eftermiddagsfika var mjölk och skorpor, samt kaffe om helgerna. Kvällsmaten bestod oftast av smörgås eller någon form av gröt. Olika dietvariationer förekom, likaså extraportioner. Även om vi inte har någon matsedel från Lunds hospital eller Kristianstads lasarett lär matsedeln varit liknande. (Wawrinsky, 1906: 73-76).

Avgifter

Lasarettet

Den nya förordningen från 1862, som trädde i kraft 1864, var inte tydlig med att landstingen skulle bekosta sjukvården. Vid denna tid bekostade patienterna själva sin vård och endast i nödfall trädde fattigvårdsstyrelsen in från socknarna för de som inte kunde betala för sig tillskott kunde komma från skatt på brännvin. Lasarettet finansierades initialt av en så kallad kurhusavgift, men denna ersattes av en sjukvårdsavgift år 1873. Denna innebar att länets vuxna invånare årligen skulle betala en summa som sjukvårdsskatt (Nilsson, 2013: 413, 433).

År 1902 finansierades lasarettet i Kristianstad genom Landstinget till 46,9 %. Ytterligare 31,6 % täcktes av den speciella årliga skatten till sjukvården som innebar 50 öre för män och 25 öre för kvinnor. Patientavgifterna täckte 21% och resterande var inkomster från bidrag och räntor. För att kunna bli intagen på lasarettet behövde man visa att man kunde betala för sig (Hedlund, 1903). Psykiskt sjuka betalade oftast halva avgiften, vilket innebar ca 75 öre för ett enkelrum (Wawrinsky, 1906: 57, 70: ÅB, Kristianstad 1891). Om patienten var fattig och verkligen behövde vård kunde avgiften reduceras, alternativt gick socknens fattigvård in och betalade avgiften. De ökade avgifterna för sjukvården lade grunden till en ny skattereform i Sverige 1903, som även ligger till grund för dagens skattesystem (Magnusson, 2000: 188).

Avgifterna på lasarettet i Kristianstad var år 1904: 2,25 kronor för enskilt rum och dag, 1,75 kronor för halvenskilt rum, 75 öre för sinnessjuk. Vård i större sal var billigare (Hedlund, 1904:10).

Hospitalet

Kostnaden i början av 1900-talet för att vistas på hospital skiljde sig utifrån klasstillhörighet. Första klassens patienter betalade 2,25 kronor dagligen. De hade eget rum och bättre mat. Delades rummet med annan patient betalades 1,70 kronor. Andra klassen betalade 85 öre och tredje klassen betalade inget under de två första månaderna och därefter 55 öre. Om de inte kunde betala detta hade fattigvården skyldighet att gå in och betala för vården (Svensson, 1907: 75; SFS, 1901a). Enligt bilaga C i sinnessjukintyget, behövde inte anhöriga förbinda sig med betalning om patienten vårdas i tredje klass (se Bilaga 3).

Lunds hospital

År 1867 påbörjas diskussionerna om ett hospital i Lund. Beslut fattas först 1869, men ärendet kom i ”malpåsen” hos Kungl. Maj:t och skickas först 1872 till Serafimerordensgillet (SOG) för ny bearbetning. (Truedsson, 1929: 67-68).

Hospitalet började byggas 1876 och blev helt klart 1880, även om det invigdes 1879. Det ritades genom Kongl. SOG av arkitekten P U Stenhammar och fullföljdes efter hans död av A. Kumlien (BiSOS, 1883). Kostnaden för bygget blev 1 625 293 kronor (Truedsson, 1929: 78).

Hospitalet anlades 1,5 km söder om staden Lund. Området var 33 hektar då det var klart, där en stor del var parkområde med fler än 200 fruktträd, en köksträdgård samt odlingsfält. Den förste sysslomannen på hospitalet var bekant med chefen på Alnarps lantbruksinstitut och parken blev exotisk med flera ovanliga träd. Det fanns en källa med gott dricksvatten och inomhus uppvärmdes rummen med kakelugnar men även ett system med cirkulerande varmvatten. Badrummen hade kakelugnar och varmvattenskaminer. Badrummen fick varmvatten från varmvattenskaminer och uppvärmdes även de av kakelugnar eller cirkulerande varmvatten. Redan från början fanns ett patientbibliotek (BiSOS, 1882; 1883).

Vid invigningen 1879 bjöds allmänheten in genom en notis i Lunds Weckoblad. Initialt fanns det plats för 150 patienter. Då var där en överläkare, en biträdande läkare, en uppsyningsman, en förestånderska, 14 sjukvaktare och 13 sjuksköterskor. Driftservicen sköttes av 11 personer, såsom ekonomiansvarig (syssloman), kökspiga, trädgårdsmästare mfl. 1885 inrättas ett psykiatriskt bibliotek som Dr Ödman senare donerade till Universitetsbiblioteket (Truedsson, 1929: 82; Donationen, 1906). 1895 får sjukhuset en egen kyrkogård (Truedsson, 1929: 89).

Initialt var Ernst Salomon överläkare, men denne avled inom kort. Svante Ödman tog över och var överläkare i Lund i 22 år. (Gerle, 1979). Enligt inspektörsrapporten av hospitalet i Lund från år 1899 framkom det att övervakningsavdelningarna var

//...till full belåtenhet. Ledningen af anstalten synes handhaft med samma framstående skicklighet, nit och intresse som förut// (ÖISB, Lund, 1899).

Endast ett fåtal patienter hade anmält sitt missnöje till överinspektören år 1900. Vidare framhölls det att:

God ordning och snygghet var rådande öfverallt där så var möjligt å sjukafdelningarna. Sjukjournalerna voro omsorgsfullt och noggrant affattade (ÖISB, Lund, 1899).

1891 invigdes Lunds asyl som var ämnat till patienter med en kronisk sinnessjukdom. År 1900 hade Lunds hospital 368 vårdplatser och asylen 836 vårdplatser (BiSOS, 1902).

Dr Svante Ödman

Dr Ödman (1836-1927) föddes i Värmland. Fadern var vågmästare. Han tog examen i Stockholm 1865 och arbetade initialt vid Konradsbergs hospital till 1871. Under tio års tid var han överläkare vid Härnösands hospital innan han fick tjänst i Lund. 1893-1901 var han e.o. professor vid Universitet i Lund. Han förespråkade en friare behandling och avskaffade till stor del de gamla tvångsmedlen. Han intresserade sig för nutritionslära och införde 1883 att alla patienter skulle vägas regelbundet. Han införde även dåtidens moderna behandling "övervakningsavdelningar" med sänglägesbehandling 1894. Dr Ödman ska ha varit allt för självkritisk för att skriva vetenskapligt själv, men han läste gärna. Hans "exlibris" (vilket betyder "denna bok tillhör") har blivit känd. Han donerade hela sin boksamling och tidskriftsamling till Universitetsbiblioteket i Lund efter sin pension 1901. Den ansågs då vara den största samlingen i Skandinavien. Dr Ödman beskrivs ha varit en snäll, vänlig och humoristisk doktor (Familjebok, 1922: 11-12; Truedsson, 1929: 80; L.U., 1902; Harding, 1975a).



Bild 8. Svante Ödman

Dr Svante Ödman var överläkare på Lunds hospital 1881-1901.

Dr Teodor Nerander

Dr Nerander (1856-1933) började sin läkarutbildning i Stockholm, men tog sin examen 1884 i Lund. Han arbetade en tid i Uppsala, innan han återvände till Lunds hospital och asyl 1902 och var verksam där till 1923. Han undervisade i psykiatri

vid Lunds Universitet 1902-1921. Dr Nerander var överinspektör för sinnessjukvården i Sverige en kort tid och gjorde även han studieresor i Europa för att studera hospitalsvården där (Ljungberg, 2019).



Bild 9. Teodor Nerander

Dr Teodor Nerander var överläkare på Lunds hospital 1902-1923.

Vårdkedja

Ofta förknippas vård av sinnessjuka vid förra sekelskiftet med vård på hospital eller asyl. År 1900 vårdades 37,5 % av de med rapporterad sinnessjukdom på hospital eller asyl. De flesta vårdades hemma eller i familjehem (48,5%). 12% vårdades inom fattigvården, 1% på lasarett samt 1% på privata anstalter. Det fanns således flera instanser i samhället som tog hand om psykiskt sjuka. Troligen hade fler haft kontakt med lasaretten, då ovanstående siffror är en punktprevalens och lasaretten hade korta vårdtider (BiSOS, 1902).

Överinspektören uttryckte sin frustration över vårdkedjan på detta sätt år 1903:

Men att bland dessa förekommer ett jämförelsevis stort antal svårskötta fall beror uppenbarligen på missförhållanden, som den offentliga sinnessjukvården icke har någon skuld för, utan som äro att tillskrifva den ofvan påpekade gängse missuppfattningen af de offentliga anstalternas uppgift samt likgiltighet och oförstånd hos kommunala myndigheter och enskilda. Man vider icke i tid nödiga åtgärder för den sjukas intagning å hospital, i hvilket fall inom relativt kort tid plats

där skulle beredas för den sjuka, till fromma för denna och till ekonomisk fördel för vederbörande målsman, utan låter saken hafva sin gång, till dess den sjuka genom brist på vård eller uppenbar vanvård blifvit så svårskött att han börjar vålla allvarsamma obehag eller till och med fara. Först då finner man tiden vara inne att kasta bördan på statens anstalter, men då fordrar man äfven ögonblicklig hjälp ehuru mycken hjälp för den sjuka då ej längre står att få och hans intagning å offentlig anstalt hufvudsakligen är af ekonomiskt intresse för enskilda eller kommuner (ÖISB, 1903).

Vård i hemmet

Enligt sinnessjukstadgan hade patientens anhöriga ansvaret att vårda och ta hand om patienten i första hand. Patienter som blivit utskrivna från hospitalet hade inte uppföljning i öppenvård som i dagens mening, men kommunordföranden eller prästen hade en skyldighet att besöka patienten efter utskrivningen och sedan rapportera årligen vilka i socknen som var sinnessjuka och hur deras mående var (SFS, 1883, 1901a). Misstänktes ett nytt skov av sinnessjukdom hade såväl anhöriga som kommunordföranden en skyldighet att tillkalla läkare för bedömning. Från och med 1883 års sinnessjukstadga skulle även provinsialläkarna årligen utföra kontroller över de sinnessjuka i distriktet och sedan rapportera detta till Medicinalstyrelsen (SFS, 1883). Som sinnessjuk kunde man även få hembesök eller besöka provinsialläkaren eller stadsläkaren, för att få hjälp med sina psykiska besvär. Detta kostade pengar. Provinsialläkarna (vår tids distriktsläkare) kunde skriva ut mediciner, men även skriva intyg för ansökan om hospitalsvård, vilket innebar att alla patienter från Kristianstads distrikt som vårdades på Lunds hospital inte hade varit i på lasarettet i Kristianstad. Ibland gjorde även överinspektören för sinnessjukvården besök i hemmen och de fall av vanvård som påträffades rapporterades i de årliga rapporterna. Historier om hur patienter låstes in hemma eller i burar i stallen, där de vistas i sin egen avföring vittnar om en ofullständig vård i hemmen (Sjöstrand, 2003: 287; ÖISB 1899-1905).

Af sjuka som vårdats i eget hem har jag endast besökt en. Oaktadt de anhörigas, såvidt jag kunde döma, välvilja och medlidande med den sjuke var behandlingen upprörande oförståndig och förnedrande (ÖISB, 1902).

Familjevård

Familjevård innefattade initialt att två till tre patienter var inneboendes hos gifta sjukskötare och deltog i familjemåltider och skulle räknas som familjemedlemmar, men bodde föröfrigt på anstalten (Svensson, 1907: 80).

På grund av bristen på vårdplatser utökades begreppet familjevård och fattiga familjer kunde ansluta sig som "familjevårdare" mot en ersättning såsom levebröd,

men de hade inte någon utbildning eller erfarenhet kring vård eller god omsorg om sinnessjuka. Dessa ”hem” fanns ofta långt ut på landsbygden, vilket gjorde dem svåra att granska. Vissa av dessa familjehem ändrade även diagnosen på patienterna och beskrev dem som enbart ”nervösa” och undkom på så sätt en granskning, då endast svårare sinnessjukdom var tvungen att granskas (ÖISB, 1900-1901).

Lasarettsvård

Om inte anhöriga klarade av att vårda patienten hemma, eller om patienten behövde mer vård, kunde patienten få vård på lasarettet. För att bli inskriven på lasarettet i Kristianstad fick man besöka läkarens mottagning på sjukhuset.

Flera lasarett hade någon form av sinnessjukavdelning under 1800-talet, men från och med sinnessjukstadgan 1883 hade lasarett en skyldighet att tillhandahålla ett visst antal vårdplatser för sinnessjuka, då det rådde brist på vårdplatser på hospitalen. Till lasarettet kunde vem som helst söka sig. De som hade lindrigare sjukdom såsom neurasteni kunde även få ligga på en allmän sal och behövde inte vara på sinnessjukavdelningen. Huvudansvaret för patienter med sinnessjukdom låg fortfarande hos anhöriga och ville patienten lämna sjukhuset, så fanns det inga hinder.

Hospitalsvård

Enligt sinnessjukstadgan från 1858 och fram till 1929 krävdes det en ansökan för att få komma in på ett hospital. Ansökan bestod av tre delar. Dels ett läkarintyg, dels ett anhörigintyg (se Bilaga 3) och dels ett prästbetyg. Det senare krävdes även för att man lades in på lasarett för någon somatisk(kroppslig) sjukdom och var som ett ”personbevis”. En läkare kunde således inte tvinga någon att åka till ett hospital, utan bara rekommendera att vederbörliga handlingar införskaffades för att kunna ansöka om vård.

Läkarintyget följde en mall enligt sinnessjukstadgan med preciserade frågor om patientens bakgrund och även ett status, såväl psykisk som somatiskt. Varje fråga skulle besvaras, alternativt negras, och det hände att vissa intyg underkändes. Alla legitimerade läkare hade rätten att skriva ett sinnessjukintyg.

Bilagan A

till Kungl. Majts förnyade nådiga Stadga angående sinnessjuka den 14 Juni 1901.

(För en nedanstående fråga besvaras, skall läkaren taga del af bilagan B, utom i de fall, hvarom förmäles i §§ 30 och 31 af hospitalstadgan).

Frågor, som böra af legitimerad läkare besvaras angående person, för hvilken sökes inträde å offentlig eller enskild anstalt för sinnessjuka.

- Den sjukas namn?
• ålder?
• bostadsort?
• yrke eller samhällsställning?
Baron.
- Nedan hvilken tid känner Ni den sjuka?
Först i dag
- Huru har Ni öfvertygat Er om den sjukas identitet?
Genom synligt af hans ansigtning

I. Den sjukas föregående tillstånd (status antecedens).

- Yger Ni personlig kinnöfver om den sjukas föregående lefnad och föregående sjukdomar? Hvad känner Ni i detta hänseende?
nej
- Har Ni tillförene rådfrågats angående hans (hennes) hals?
nej
- Har Ni varit hans (hennes) läkare och i sådant fall huru länge?
nej
- Hvar vittades den sjuka, då han (hon) af Eders undersöktes, — dessförinnan?
i sitt hem.
- Hvad har Ni af personer, hvilkas trovärdighet Ni icke eger anledning att betvifla, erfart beträffande den sjukas:
a) ärliga anlag för sinnessjukdom?
nej
b) föregående lefnad? föregående sjukdomar (sinnessjukdom, lues m. d.)?
har i sin ungdom varit i sinnessjukdom och behandlats i läroanstalt i Kristianstad och Rönneby dit och hantlats förbättrat och afbeleg friskt. varit mycket besjufven på stora dopeller
c) skadliga vanor?
nej
d) menstruation och barnslagar?
nej

Form. No 11.

Bild 10. Bilagan A från ett sinnessjukintyg

Exempel på hur ett original av bilagan A från sinnessjukstadgan från 1901 kunde se ut med förtryckta frågor.

Anhörigintyget följde även det en viss mall, med ett stort antal frågor som skulle besvaras, framförallt om patientens tidigare levnad och hur sinnessjukdomen yttat sig i hemmet. Bakgrunden till anhörigintyget var att få läkare kände patienten sedan tidigare. Anhöriga kunde ofta beskriva hur sjukdomsförloppet varit på ett bättre sätt än patienten själv, särskilt vid svår sjukdom (Gadelius, 1913: 40-41). Intyget skulle sedan skrivas under av kommunordföranden eller prästen för att intyga att anhöriga "var trovärdiga". Senare väcktes en kritik mot denna bilaga, då anhöriga inte hade

någon kunskap om sinnessjukdom och att intygsskrivande läkare lade för stor vikt vid att skriva av vad anhöriga noterat och avstod då från att själv ställa frågor. Man menade att det viktigaste i intygen var läkarens bedömning och statustagande (ÖISB, 1903).

Ansökan om hospitalsvård och alla intyg skickades sedan till hospitalet, och i Kristianstad skrevs en kopia av intygen i en bok. Då de kom till hospitalet gjorde överläkaren en bedömning av intyget och om patienten skulle få en plats eller ej. Intygen till de patienter som inte fick en plats skickades till Medicinalstyrelsen två gånger i månaden, för att rapportera om vårdplatsbristen och visa på väntelistor, men även för granskning om bedömningen varit rätt. 1903 väntade 1441 patienter på en hospitalsplats. Redan vid denna tiden påpekades det att det var krångligt att komma in på statens hospital (ÖISB, 1902; 1903).

De patienter som erhöll en vårdplats på hospitalet fick besked om detta i en kallelse i form av ett brev där det stod vilket dag inskrivning senast kunde ske (se bild 10). Patienten kunde i detta skede låta bli att dyka upp, vilket ibland inträffade. Vissa patienter hade under väntetiden tillfrisknat eller ändrat sig. Dr Schultheis påpekade att detta var ett problem då patienterna inte meddelade sitt tillfrisknande. Det blev då en administrativ börda och vårdplatserna nyttjades inte tillräckligt snabbt till de som behöver dem bäst. Dr Schultheis menade även att det var problem med de anhöriga som skickade patienter till hospitalet inte av omtanke, utan av ekonomiska skäl, då vården hemma började bli för betungande (Schultheis, 1906: 52).

Väl inskrivna på hospitalet var det överläkaren som hade huvudansvaret för beslut om utskrivning. Anhöriga kunde dock ta hem patienten, men skedde detta mot överläkarens rekommendation fick de skriva på att de var införstådda med att överta det fulla ansvaret.

Dr Gadelius försökte 1908 beskriva den för dåtiden moderna vården och avdramatisera hospitalsvården.

Hospitalen äro icke blott förvaringsplatser för oroliga sjuka, som äro vådliga för sin omgivning, de äro även sjukhus för stillsamma patienter, vilka endast där kunna få den rätta vården och skydd för sig själva (B. Gadelius, 1908: 11)

Gadelius menade vidare att patienterna borde få ljusa minnen från ett modernt hospital (Gadelius, 1913: 127).

hade en skyldighet att ta hand om patienterna, men fattigvården hade sällan kunskaperna eller möjligheterna att behandla personer med sinnessjukdom. Till fattigvården kunde polisen skicka patienter med en remiss och ett enkelt läkarintyg att personen var sinnessjuk och behövde vård, men utan alla formaliteter. Överinspektören noterade slarv kring intagandet av patienter på en fattigvårdsanstalt år 1901:

Å en försörjningsinrättning, hvars sinnessjukafdelning tjenstgör som en upptagningsanstalt för en stor stad och dit sjuka inremmiteras utan alla formaliteter på ett enkelt läkareintyg eller kortfattad polisremiss, borde väl den sjukes derpå följande undersökning och observation göras med en mycket större omsorg (ÖISB, 1900-1901)

Överinspektör Dr Schultheis beskriver att det ofta blir ett felaktigt omhändertagande av patienter vid fattigvårdsinrättningar. Deras utagerande beteende och förstörelselusta ökar om de inte får rätt vård. Han menar att detta beror på ”sparsamhet” och att man inte har personal till de sjuka utan stänger in dem i ett rum för sig själva. Han påpekade även att:

... sparsamheten i dylika fall hämnar sig ej blott på de sjuka utan äfven på fattigvården, som genom sin hjärtlöshet bokstafligen uppfostrar de sinnessjuka till en kostsam börda för fattigvården under hela deras lifstid i stället förr att befordra deras förbättring eller återställande, till fromma för fattigvårdens ekonomi (ÖISB, 1900-1901: 25).

Som exempel tar han en man på 35 år som varit sinnessjuk i 10 år. Han hade sett folk från andra orter och upplevt att troll hade förföljt honom, Han var utfattig och bodde i en jordkoja. Då han omhändertogs av fattigvården, blev han mer våldsam och orolig. Han fick då plats på asylen i Lund där han:

Varit stillsam, tyst, belåten, renlig, sköter sig själf, ofredar ingen, deltar i arbete, Sover godt. Bortkommen och oredig i tal och svar (ÖISB, Lund, 1903).

Privata vårdanstalter

Det fanns ett fåtal privata vårdhem i Sverige. Utanför Malmö fanns två, Korsberga och Holmehus (BiSOS, 1902). Dessa var avsedda för patienter som var lugna och ofta kroniker. För att komma till ett privat vårdhem krävdes samma intagningshandlingar som till hospitalet. De privata vårdhemmen kontrollerades därför årligen av överinspektören. En läkare var alltid knuten till vårdhemmen och skulle också avgöra om och när det var fråga om utskrivning. På Solna sjukhem vistades läkaren exempelvis en timme två gånger i veckan på hemmet. Däremellan var översköterskan ansvarig för vården. Kostnaden på Solna sjukhem i slutet av

1800-talet var 215 kronor i månaden i enskilt rum. Om en enskild vårdare önskades var det ett tillägg på 75 kronor för manlig och 65 kronor för kvinnlig vårdare per månad (Solna, 1894). Den privata vården var således betydligt dyrare än den på ett statligt hospital.

Brunnsorter

Vid förra sekelskiftet var det inte ovanligt att man åkte iväg en tid för att ”dricka brunn”, vilket innebar att man vistades på ett boende och vilade upp sig. Dessa brunn- eller kurorter kan inte direkt räknas som vårdinrättningar, men många patienter med nervsjukdom (t ex neurasteni och hysteri) besökte dessa inrättningar. De hade liknande behandling som på lasarettet med mineralvatten, bad, elbehandling och massage. I Sverige var neurasteni den tredje vanligaste diagnosen på brunnsorter 1896 efter reumatisk värk och anemi (blodbrist) (BiSoS, 1896).

Rapportering och kontroll av sinnessjukvården

Från och med 1860 var hospitalen och lasaretten skyldiga att skriva en årsrapport som beskrev hur många patienter som vårdats, hur utfallet blev, vilka moderniseringar som gjorts, hur det varit med personal m.m. Dessa rapporter skulle skickas till Kungliga Medicinalstyrelsen (före 1877 Sundhetskollegium för lasaretten och SOG för hospitalen) och låg till grund för den nationella statistiken som årligen redovisades i en allmän del (benämnt ”K1” i SCB’s historiska databas över hälso- och sjukvården) samt en för sinnessjukvården (benämnt ”K2”).

Under förarbetet med den nya sinnessjukstadgan (SFS, 1901a) utsåg medicinalstyrelsen 1899 en överinspektör för sinnessjukvården, som skulle granska att sinnessjukstadgan efterlevdes. Det var ett förordnande av Kungl. Maj:t. (Kock, 1963: 44-45). Han skulle helst själv vara psykiater och framför allt skulle hospitalen och asylerna granskas årligen (enligt sinnessjukstadgan) liksom de privata anstalterna. I mån av tid skulle även sinnessjukavdelningarna på lasaretten och fattiggårdarna kontrolleras. Vid inspektionerna granskade man patienternas behandling och vård (speciellt tvångsvård) samt att det fanns ett behov av hospitalsvård och att intagningshandlingar var korrekta. År 1901 skriver överinspektören att han granskat vården, tillgodosett de sjukas intressen och fördelar samt bedömt behovet av fortsatt vård. Han hade även kontrollerat användandet av tvångsmedel.

Samhällets kraf på trygghet mot obehöriga interneringar äro i vårt land på bästa sätt tillgodosedda (ÖISB, 1900-1901).

Hospitlen hade sällan anmärkningar vid inspektionerna, men vissa lasarett hade anmärkningar (Berge, 2007: 77). Överinspektören noterar 1901 att:

De sinnessjukas vård å lasareten lemnar, så vidt jag derom af min erfarenhet kan döma, åtskilligt öfrigt att önska. Här och hvar äro förhållandena rent af bedröfvliga (ÖISB, 1900-1901).

Överinspektören skulle kontrollera alla nyintagna och om det faktiskt fanns ett behov av hospitalsvård. I några få fall bedömdes det att patienterna var så "lättskötta" att de kunde vårdas inom fattigvården eller i hemmet. Han skrev dock att vistelse på hospitalet var positivt för patienterna, men att dessa patienter samtidigt tog upp en vårdplats för någon som troligen behövde den bättre, såsom akut insjuknade och svårskötta (ÖISB, 1903).

Överinspektören kontrollerade även de ärenden då patienterna hade överklagat sin vård på hospitalet eller asylerna och ibland blev vissa patienter utskrivna efter att ha fått en bedömning av denne (ÖISB, 1903).

De som var mest missnöjda var ofta kroniskt sjuka med paranoia och insania epileptika (skador efter upprepade epilepsianfall).

Det ligger i sakens natur, att hospitalet vida mer än andra sjukhus skola inom sig hysa missnöjda individer, som begagna hvarje tillfälle att gifva luft åt sin ovilja mot den plats, der de anse sig orättmätigt kvarhållna (ÖISB, 1900-1901).

Detta missnöje kunde stegras till ett ursinnigt hat mot hospitalet.

Allmänheten glömmar så lätt, eller rättare sagt lär sig aldrig förstå, huru området för sinnessjukvården omfattar, liksom psykiatrien, andra sjukdomsformer än den grofva oreda, hvilken hvar man kan bedöma som sjukdom, eller med andra ord, att en person, som inom alldagliga ämnen förmår tala redigt och klart, det oaktadt inom sig kan dölja det mest förryckta känslö- och idélif, hvilket han dessutom icke sällan under samtal nogsamt aktar sig för att röja. När sålunda en sjuk af detta slag, hvilken å hospitalet lemnas den största möjliga frihet, lyckas meddela sig med ytterverlden, finner han lätt någon varmhjärtad människovän, som åtager sig hans intressen eller en pressens man, som är villig att med en notis i tidningarne förskaffa hans sak en mera vidsträckt resonans hos alla "rättänkande" (ÖISB, 1900-1901).

Flera med paranoia ville utskrivas. Ofta ville de ge en bild om hur "illa" det är ställt vid hospitalet. En manlig patient som önskat få bli utskriven 1902, får träffa överinspektören. Vid undersökningen blev han påtagligt rädd för "de elektriska strömmarna" och på grund av rädslan att bli avrättad avlägsnade han sig (ÖISB, Lund, 1902).

Bland de sjuka af här ifrågavarande kategori träffar man de kroniskt förrykta, formellt rediga och på sin "lagliga rätt" pockande patienter som äro stadiga kunder vid inspektionerna och som icke tröttna att plädera för sin utskrivning och att klaga öfver den obehöfvliga och olagliga "inspärningen" och de mångahanda lidanden som de under inflytande af sjukliga sensationer tillskrifva omgifningens illfundighet och förföljelser. /.../ Det är för öfrigt denna art som när de utskrifvits under en period af relativ förbättring genom sina hänvändelser till myndigheter och till pressen lämna de hufvudsakliga bidragen till den offentliga sinnessjukvårdens s.k. skandalkrönika (ÖISB, 1900-1901).

Ordföranden i kommunen hade enligt sinnessjukstadgan en skyldighet att föra misstänkt sinnessjuka till en läkare för undersökning, samt själv besöka personer med sinnessjukdom minst en gång om året. Om han uppfattade att personen inte fick den vård som krävdes, skulle läkare kontaktas (Schultheis, 1906: 11-13). Kyrkoherden hade också en skyldighet att årligen skicka en förteckning över alla sinnessjuka i församlingen och polisen hade en skyldighet, då patienten befarades vanvårdas eller misshandlas att föra vederbörande till läkarvård (§68 1883). Denna kontroll var avsedd för att inte patienterna skulle vanvårdas i hemmen och som en återkoppling kring hur patientens tillstånd var. Stadsläkaren eller provinsialläkaren skulle årligen kontrollera vårdinrättningar (t ex fattigvården) i distriktet som vårdade sinnessjuka och rapportera till Medicinalstyrelsen enligt en särskild mall. Detta skedde tillfredställande i städerna, men inte på landsbygden (ÖISB, 1903).

1903 klagade överinspektören på att stadsläkaren inte hunnit med sina kontroller:

Så anträffade jag exempelvis under årets inspektioner i en stad på omkring 7 000 invånare å försörjningsinrättningen en sinnessjuk kvinna, som därstädes varit inlåst i en träafbalkning omkring 2 månader utan att detta var bekant för stadsläkaren, som först vid min inspektion fick kännedom om saken (ÖISB, 1903).

Det skedde även inspektioner inom fattigvården, men på grund av tidsbrist, inspekterades främst försörjningsinrättningar i närheten av hospital och lasarett som var planerade att besöka. Medicinalstyrelsen bestämde vilka besök som skulle göras. Överlag konstaterades det brister inom fattigvården, som brist på läkarvård och lämpliga anordningar och journaler, vilket inte var fallet på hospitalen.

I ett sammanhang med den förra punkten framhöll jag, hurusom min erfarenhet af inspektionerna å Statens hospital alltid varit den att det icke gifves någon säkrare borgen mot obefogad internering och befarande missbruk gent emot den personliga friheten än den omsorg med hvilken hospitalsläkaren undersöker och kliniskt följer hvarje sjuk, en omsorg hvarom utförligt förda journaler bära vittne (ÖISB, 1900-1901).

Utbildning

Läkare

Knappt torde någon praktiserande läkare kunna undgå att blifva rådfrågad angående sinnessjuka (Dr Sondén i ett tal till Läkarsällskapet 1850) (Sondén, 1851).

1813 ombildades Collegium medicum till Sundhetskollegiet och läkarutbildningen i Sverige sammanslogs till såväl medicinsk- som kirurgisk utbildning. I Sverige fanns under första halvan av 1800-talet inte psykiater i en modern mening. Det fanns dock några läkare som var intresserade av psykiatri, och som gjorde studieresor i Europa för att inhämta mer kunskap. En av dessa var Dr Carl Ulric Sondén.

Dr Sondén höll ett tal 1850 i Svenska Läkarsällskapet *"Om välordnade hospitaler och klinisk undervisning såsom de tvenne grundbetingen för god vård om sinnessjuka"*, i vilket han beskrev att föga eller intet har gjorts för undervisningen i psykiatri samt att sinnessjuka sällan fick vård i tid och att det fanns mer att önska. Han räknade upp förebilder i Europa såsom Dr Pinel och Dr Esquirol. Han tog även upp att psykiatrin måste studeras för att utvecklas. Han menade att klinisk undervisning kan införas på större hospital utan att skada patienterna (Sondén, 1851).

Viss psykiatrisk utbildning ingick i läkarutbildningen i Sverige före 1859, men den var varken obligatorisk, klinisk eller strukturerad. De medicinska fakulteterna hade haft psykiatri som ett teoretiskt ämne, bland annat genom professor Israel Hwasser i Uppsala, som hade ett intresse för psykiatri men var professor i medicin. Dr Magnus Huss, även han medicinare (senare dock generaldirektör för sinnessjukvården 1860-76) lär ha demonstrerat patienter med mani och melankoli för medicine kandidater (läkarstudenter) under "provkurstiden" på en medicinsk avdelning (Harding, 1976: 136).

Dr Gustaf Kjellberg (presenteras under diagnosavsnittet) såg till att det 1859 öppnades en psykiatrisk klinik vid Uppsala Central-hospital, vilket även möjliggjorde en kurs i psykiatri på 2 månader. Från 1861 blev det bestämt genom Kungliga Förordningen att varje svensk läkare skulle ha tjänstgjort två månader på en psykiatrisk klinik för att få legitimation. Sverige blev således det första land som fått erkänt av staten att en teoretisk utbildning i psykiatri inte var tillräcklig (Kjellberg, 1863: 4-5; Harding, 1975b: 113). Initialt gjordes denna praktik på Konradsbergs hospital i Stockholm, som just var nybyggt år 1861 med den nyinrättade professor Öhrström (Harding, 1975: 114).

Dr Gustaf Kjellberg skriver 1863 att:

Psychiatriens studium bör ej uteslutande förbehållas specialisten, utan ingå såsom integrerande del uti den allmänna medicinska bildningen. Endast på detta sätt kunna tillräckliga krafter erhållas för det stora arbetets framgång, och den lidande menskligheten derjemte komma i fullt åtnjutande af den hjälp, vetenskapen förmår lemna (Kjellberg, 1863: 3).

Trots att psykiatri blev ett obligatoriskt ämne klagade överinspektören år 1900 på att kunskaperna i psykiatri var dåliga och att få läkare hade rätt kunskap. Han betonade att det var viktigt att fängelseläkarna fick en bra utbildning (ÖISB, 1900-1901).

Emellertid kan man knappast förvåna sig öfver våra läkares passiva eller rent af hindrande hållning gent emot frågor rörande sinnessjukvården. De utgå i praktiken med så ringa kunskaper i psykiatri att känslan af obekantskap med ämnet ingifver dem ett slags motvilja därför.// Genom att efter hand intvinga detta ämne inom de läkares syn- och intressekrets, hvilka på grund af sin ställning måste komma i ständig beröring med de sinnessjuka vore vägen lagd för nyttiga reformer af den provisoriska sinnessjukvården (å lasarett och andra kommunala inrättningar), en sinnessjukvård, hvilken vid sidan af hospitalsvården troligen under mycket lång tid och ända till dess platsantalet å Statens anstalter motsvarar behovet kommer att förbli af en utomordentligt stor betydelse för de sinnessjukes och närmast de akut insjuknades välfärd (ÖISB, 1900-1901).

Sjuksköterskor

1851 grundades Diakonissanstalten i Stockholm som kan räknas som den första sjuksköterskeutbildningen i Sverige. I Uppsala startades 1867 "Föreningen för frivillig vård af sårade och sjuke i fält". Emmy Rappe blev förestånderska och skolades vid Florence Nightingales sjuksköterskeskola i London. Florence Nightingale lär ha hänvisat till tre saker inom psykiatrisk vård; förhindra självmord, trösta och hjälpa melankoliska patienter att äta samt stötta inbillade sjuka (Eriksson, 1997: 77). 1884 startades Sofiahemmet i Stockholm, med sin sjuksköterskeskola med en metodisk teoretisk utbildning (Kock, 1963: 621-624). Arbetet som sjuksköterska var krävande på hospitalen med stormande och våldsamma kvinnliga patienter och det var svårt att rekrytera nya sjuksköterskor till sinnessjukvården under vissa perioder (Svedberg, 2000; Eriksson, 1997: 77).

Överinspektören för sinnessjukvården skrev år 1900 att:

Det är onekligen ett glädjande tidens tecken, hvilket lofvar godt för sinnessjukvårdens framtida utveckling, att densamma ej längre verkar afskräckande utan förmår draga till sig skolade och yrkesvana sköterskor (ÖISB, 1900-1901).

Det är först runt år 1900 som skolade sjuksköterskor anställs vid hospitalen. I Uppsala och Stockholm startades 1905 kurser vid hospitalen i en psykiatrisk vidareutbildning till översköterskor. Runt år 1918 fanns det i Sverige 80 anställda sjuksköterskor på landets hospital (Meyersson, 1918: 72)

Skötare

Initialt krävdes ingen utbildning alls för att få jobb som skötare på hospitalen. Under Lunds hospitals första år var utbildningen av skötare endast praktisk (Lundqvist, 1949: 249). 1903 var det mycket hög personalomsättning i Lund och förste bäste som kom fick tjänst (Truedsson, 1929: 98). På grund av den höga personalomsättningen blev det nya bestämmelser 1905 då vårdpersonal skulle fullgöra 6 månaders elevtjänstgöring innan fast tjänst kunde fås. Denna tid ökades till 1 år 1908. På överläkarnas initiativ gavs undervisning i somatisk och psykiatrisk vård, som dock ej var obligatorisk (Kock, 1963: 278; Meyersson, 1918: 72). Det skedde även en lönereglering 1905 och 1908, för att stabilisera personalstyrkorna (Truedsson, 1929: 59). Överinspektören skriver 1905 att:

Ändamålsenliga lokala anordningar samt en väl aflönad och skolad, samt tillräckligt talrik betjäningpersonal äro utan tvifvel de väsentliga förutsättningarne för vederbörande läkares värksamhet med afseende å sjukvårdens ordnande och handhafvande på bästa möjliga sätt, och så tillvida kan man åtminstone å priori påstå att den offentliga sinnessjukvården äfven under detta år gjort icke oväsentliga framsteg (ÖISB, 1905).

Från år 1907 gavs det speciella anslag till hospitalen för att hålla teoretiska kurser för personalen (Meyersson, 1918: 72). Från och med 1910 ordnades det fortsättningskurser och personalomsättningen minskade därefter (Lundqvist, 1949: 249). Undervisningen ordnades enligt ett cirkulär från Medicinalstyrelsen 1911, och omfattade anatomi, fysiologi, sjukvård och sjukhusvård, antiseptik och förbandslära, sinnessjukdomar och sinnessjukvård, reglementen och instruktioner. Undervisningen hölls av läkare som även examinerade skötarna.

Läroböcker och litteratur

Det fanns under 1800-talet inte någon specifik ”kurslitteratur” eller core curriculum inom psykiatrin. Det var upp till varje professor eller lärare att välja vilka böcker som skulle rekommenderas. Dr Engström hade flera böcker i psykiatri under sin tid vid Vadstena hospital, men han hade ingen speciell behandlingstradition (Qvarsell, 1982: 110). 1839 startades tidskriften ”Hygiea” som var motsvarande ”Läkartidningen” idag, av bland andra C U Sondén. I denna publicerades flera artiklar och referat inom psykiatri och 1877 startades även ”Eira”, som också var en

tidskrift för läkare. Dessa tidskrifter var viktiga för att sprida nya forskningsrön och information i Sverige (Sundin, 2005: 384). Internationellt startades ett stort antal facktidskrifter under 1800-talet som gav psykiatrin mer uppmärksamhet, bl a *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 1844 (Harding, 1975b: 67).

Trots att vi inte vet vilken kurslitteratur som användes vet vi att Sverige influerades mycket av Tyskland, främst genom Dr Wilhelm Griesinger som var professor i psykiatri i Berlin (KVA 1868), samt av Frankrike. Dr Philippe Pinel vid Salpêtrièresjukhuset i Paris skrev flera läroböcker, bl a *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* år 1801 (Pinel, 1806).

Men det var framförallt hans efterföljare Dr Jean-Étienne Dominique Esquirol som blev känd för läroboken *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiéniques et médicolegal* från år 1838 som översattes till engelska 1845 (Esquirol, 1845) och som var väl använd och räknas som en "klassiker" och som även finns i nytryck. Denna bok innehåller bland annat flera välkända illustrationer med bilder av psykiatriska patienter. Tysken Wilhelm Griesingers verk *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* utkom första gången 1845. Den femte och siste upplagan utgavs 1892, flera år efter hans död. Även detta var ett väl använt läroverk i Sverige (Donationen, 1906).

Det fanns inte någon direkt motsvarighet på svenska förrän Frey Svenssons "Lärobok om sinnessjukdomar" kom 1907. Den var relativt heltäckande för praktisk sinnessjukvård. Författaren börjar med allmän sjukdomslära och neurologi innan han övergår till de mer psykiatriska delarna. Han presenterar även hur ett bra sjukhus bör byggas, vad man bör tänka på med inredning, omvårdnad, diagnoser och deras behandlingar m.m. Dr Svensson beskriver även sinnessjukdomarnas symtom, utförligt och i stora drag överensstämmande med dagens benämningar (Svensson, 1907: 93-99).

Utöver denna lärobok delades det ut mindre häften för att öka kunskapen om sinnessjukdomarna och deras vård och omvårdnad.

1896 ges "Förhållningsreglor för vårdpersonalen" ut vid Lunds Hospital och Asyl (Direktionen, 1896). Denna var en liten bok på 15 sidor som poängterade bemötandet av patienterna.

En olämplig vårdpersonal kan för många sjuk åstadkomma en sådan skada, att hvad som genom densamma förderfvas, sedan aldrig kan godtgöras. En tjänlig personal är däremot såväl en för läkaren som för den sjuke en skatt, som ej nog kan värderas (Direktionen, 1896: 1-2).

I Sverige översattes även Dr Ludvig Scholtz' "Handbok för skötare af sinnessjuka" år 1899. Det var en prisbelönt skrift i Tyskland, i vilken författaren betonade att

tvångsmedlen var så gott som försvunna och ersatta med milt verkande lugnande medel.

Hela sinnessjukvården har fått ett annat, behagligare och gladare utseende och sinnessjukhuset förlorat denna dystra karaktär, som förr syntes vara oskiljaktig från detsamma (Scholtz, 1899: 3) .

Den betonade även att det var viktigt att lära sig en del om somatisk sjukvård inom psykiatrin, då flera patienter är somatiskt sjuka. Under kapitlet ”umgänget med de sjuka” betonas att:

Skötaren bör alltså lära sig ge akt på sig och att icke glömma, att hvarje människa under sjukdomens dagar är ömtåligare och känsligare än under helsans, och därför måste behandlas dubbelt så grannlaga och hänsynsfullt (Scholtz, 1899: 23).

Under kapitlet ”umgänget med de sinnessjuka” förtydligas det återigen att:

Den, som vill sköta sinnessjuka, måste fullkomligt sätta sig in i den grundsanningen: sinnessjuka äro sjuka och därför icke ansvariga för sitt görande och låtande. Detta gäller framförallt gent emot dessa lättretliga, svårskötta sjuka, om hvars tillräknelighet nybörjaren i sjukvården ofta har så svårt att vara öfvertygad. Förlorar han här sitt lugn och sin själfbeherskning, låter han förleda sig till att säga emot eller att vedergälla ett erhållet slag, så passar han icke för sitt kall. I sinnessjukvården ligger en god del själfuppföstran! (Scholtz, 1899: 49).

Boken tog även upp vad man bör observera hos de sinnessjuka och vara vaksam på samt rekommendationer i omvårdnad. År 1900 inköptes 80 exemplar av Scholz handbok till personalen vid Lunds Hospital (Truedsson, 1929:94).

1906 kommer ”Råd och anvisningar rörande vården om sinnessjuka i enskilda hem och å försörjningsinrättningar” ut. Det skrevs av Dr Georg Schultheis (som även var överinspektör för sinnessjukvården) enligt uppdrag från Medicinalstyrelsen. Den var ett led i ett förbättringsarbete för de sinnessjuka. Skriften skulle utdelas till samtliga fattigvårdsmyndigheter i riket samt till vederbörande prästerskap och samtliga läkare. Den lilla boken på 52 sidor var en sammanfattning av rådande kunskaper om psykiatri. Den betonade att, likt andra sjukdomar, kunde sinnessjukdomar botas och att det fanns ändamålsenlig vård och behandling för dessa. I boken förtydligas det att sinnessjukas många gånger olämpliga beteende beror på sjukdomen, och att:

Man måste dock alltid besinna, att detta är beroende på sjukdom och att man i alla händelser kommer längst med vänlighet och lämpor och att man med hårdhet endast förvärrar tillståndet (Schultheis, 1906: 13).

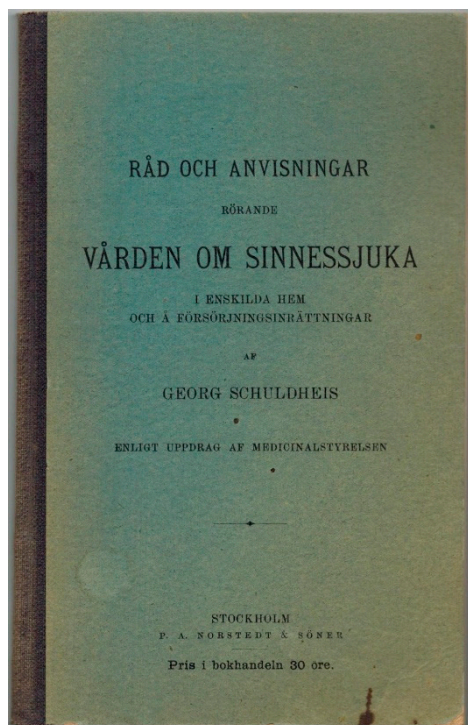


Bild 12. Bok från 1906 om vård av sinnessjuka

1906 utdelades denna handbok angående vården av sinnessjuka till instanser som vårdade sinnessjuka, såsom familjehem, fattigvården och lasarett.

Boken var tydlig med att betona att sinnessjukdomar förändrar personligheten hos patienter och ibland gör dem till en främling för sig själva. Det förtydligades när det var aktuellt att ansöka om sinnessjukvård på hospital, enligt rekommendationerna från sinnessjukstadgan (Schultheis, 1906:44-46).

Problem i dåtidens sjukvård

Många anser ännu patientens intagande på hospital såsom kränkande och skamligt (Sonden et al. 1855).

Stigma

I en populärvetenskaplig läkarbok från 1902 *"Läkaren som husvän"* står det angående sinnessjukdomar att *"dessa sjukdomar i själfa verket böra uppfattas precis som alla andra"*. Man vill hjälpa till med att utrota gamla *"dåraktiga"*

fördomar” som till vår tids skam gått i arf från den okunniga och vidskepliga medeltiden” (Lütken, 1902: 461). Fortsättningen följer efter några rader: ”

Vi fastslå nu att tills vidare det faktum, att sinnessjukdom är en hjärnsjukdom, och vi tro, att man icke sedan skall fasthålla den dåraktiga, vidskepliga uppfattningen att sinnessjukdom är ett straff från Gud, en anfäktelse af djäfvulen eller hvad man nu i vidskeplig okunnighet kunnat hitta på.”//...// Från sådana galna uppfattningar af personer, som måste förefalla oss ännu mera sinnesförvirrade än de sinnessjuka de på detta sätt behandlade, härstammar ännu i vår tid den dåraktiga tron, att det skulle följa en ”skam” med att vara sinnessjuk eller att hafva en sådan patient i familjen. Man går och gömmer därpå och döljer det, som om det vore en förfärlig förbrytelse, hvilken nödvändigt måste hemlighållas, i stället för att man i tid borde söka kunnig hjälp, då man genom en behandling i rätt tid kan hysa det bästa hopp om tillfrisknande. Det är icke mera ”skam” att lida af någon sinnessjukdom än att hafva tandvärk, med det ”är en skam”, då en sådan patients anhöriga eller omgivning icke se till, att han så fort som möjligt kommer under behandling, lika väl som de måste skämmas öfver att låta en patient ligga med t. ex. en bruten arm utan att hämta kunnig hjälp. Det ena är samma sak som det andra; bådadera äro sjukdomar (Ibid.s 462).

Dr George Schultheis skriver i sin bok om vård av sinnessjuka att det:

I sinnessjukdomarnas yttringar ligger något för den ovane betraktaren hemskt och hemlighetsfullt, som gifvit anledning till att dessa sjukdomar ännu idag allmänt anses vara till sitt väsen skiljaktiga från andra sjukdomar. Detta är emellertid icke förhållandet (Schultheis, 1906: 1)

Då som nu drogs sinnessjuka och sinnessjukvården med ett stigma. Dr Bror Gadelius menade att det fanns en felaktig föreställning om hur det var på ett sinnessjukhus. Det fanns en ryslig bild av att samtliga patienter var rasande och betedde sig som vilda djur. Han menade även att det fanns en slumrande misstro mot psykiatrisk vård och en misstanke mot sinnessjukläkaren att denne:

...ej är fri från en viss till yrket hörande benägenhet att inspärta klokt folk bland dem, som äro ”galna” eller tokiga.

Han påpekade även att sinnessjukläkarna misstänktes ha dåliga avsikter, t o m av oförstående kollegor då de upplevdes begränsa den ”personliga friheten” för patienterna och att detta missbrukades (Gadelius, 1913: 65). Han var bekymrad över att anstalter fortfarande utmålades som fängelser och att allmänheten hade en fördomsfull bild av sinnessjuka och deras vård samt att det fanns ett behov av upplysning, men att:

Föga har gjorts för att minska okunskapen (Gadelius, 1913: 59).

Han önskade att eftervärlden blev mer fördomsfri (Gadelius, 1908: 7; Gadelius, 1913: 1-3).

Stigmatiseringen gjorde även att anhöriga ibland förminskade symtomen och fördröjde att vederbörande fick hjälp från sjukvården. Det fanns en rädsla för att visa att någon i familjen var sinnessjuk – ”hellre vanvård åt den sinnessjuka än skandal öfver hans namn och familj”. Dr Gadelius menade att hospitalsskräcken grundade sig dels i att sinnessjukvårdens primitiva förhållanden under tidigt 1800-tal, medan inspärning fortfarande var rådande i en ”upplyst tid”, dels att allmänheten ofta företrädde av pressen och de sjuka presenterades som ”dårar” och sjukhuset som ”dårhus” (Gadelius, 1913: 39, 53, 61-67). Detta resonemang framförs även internationellt, att patienten redan var dömd av samhället som ”galen” (Mollerhoj, 2006: 370).

Hur man benämner psykisk sjukdom är och har varit laddat. Överinspektören kommenterar år 1900 kring lasarettsvården att vissa har en sinnessjukavdelning, men flera har fortfarande bara ”dårceller” trots att lasaretten har en skyldighet att vårda sinnessjuka enligt sinnessjukstadgan.

I förbigående sagt kan man ej annat än förvånas och på samma gång obehagligt beröras öfver, att sådana benämningar som dårar och dårafdelningar fortfarande användas, benämningar, hvilka stamma från en tidpunkt, då kännedomen om sinnessjukdomarne var långt mindre utvecklad än hvad som nu är händelsen och då de sjuka mindre voro föremål för vård än för afskiljande från omgifningen genom utsträckt cellbehandling (ÖISB, 1899-1900).

Stigmat kring benämningen på sjukvårdsinstanserna har också varit en fråga historiskt sett. Hospital ansågs inte vara ett bra namn utifrån behandlingstanken efter 1858. Hospital var förknippat med den ”förvaringstradition” som fanns före det att läkarna kom in i bilden. Sinnessjukhus passade bättre utifrån den nya behandlingstanken i början av 1860-talet. Dock ansåg man efter 1929 års nya sinnessjukstadga att begreppet sinnessjukhus var förlegat. Nu skulle sjukhusen få namn efter något helgon, såsom S:t Lars eller S:ta Maria (Schlaug, 1989: 36). Komiskt nog skiftade inställningen ännu en gång och under 60-talet, efter det att landstingen tog över, ändrades namnen till psykiatriska kliniker.

Vårdplatsbrist och ansvarsfördelning

Redan år 1850 hade en kommitté utrett att det fanns för få platser på hospitalen i Sverige. Om fel patient fick vård innebar detta att en annan inte fick vård. Som framkommit i tidigare avsnitt var vårdplatsbristproblematiken ett kontinuerligt problem. Överinspektören Dr Schultheis menade att där så var möjligt, skulle patienter vårdas i hemmen eller annorstädes. Det var onödigt att de tog upp plats på

hospitalet. Han påpekade 1906 att det rådde en felaktig uppfattning om att när Medicinalstyrelsens plan om den offentliga sinnessjukvården är ordnad i sin helhet, så kommer enskildas och fattigvårdens omsorg bli onödig. Vidare menade han att:

Detta beror emellertid på en grof missuppfattning. Det har aldrig varit ifrågasatt att staten skall taga direkt och omedelbar befattning med vården om alla sinnessjuka, och något sådant torde ej heller kunna ifrågasättas. Ty väl är kontrollen af vården om samtliga sinnessjuka en allmän angelägenhet, men den omedelbara omvårdnaden om dem är endast i vissa fall ett statsintresse, nämligen då de sjuke på grund af sjukdomens art eller ogynnsamma yttre omständigheter eller af hänsyn till den allmänna säkerheten ej på annat sätt än genom statens direkta ingripande kunna erhålla ändamålsenlig och betryggande vård (ÖISB, 1900-1901).

Han förtydligade att de som inte kan botas och som har sekundära besvär av sin sinnessjukdom får anhöriga eller fattigvården vårda. Fattigvårdens försumlighet och tvisten om ansvaret mellan stat och kommun skadade de sinnessjuka menade Schultheis.

Ty det är klart, att ju mera kommunerna påtvinga de offentliga anstalterna oförargliga och lättskötta sinnessjuka, desto mer försvåras dessa anstalters uppgift att i god tid mottaga de verkligt hjälpbehövande /.../ Om ifrågavarande anstalter skola kunna till fullo fylla sin uppgift, måste kommunerna göra något för de sinnessjuka (ÖISB, 1900-1901).

Utöver en ökad efterfrågan på vårdplatser och för få befintliga på statens hospital under 1800-talets andra hälft, fanns ett tredje problem enligt ovanstående citat. Detta var att det inte fanns någon uppföljande vårdinstans att skriva ut till. Om patienten var så pass frisk vid utskrivningen att vederbörande inte behövde mer vård, fanns inget problem. Ej heller om anhöriga kunde ta hand om patienten vid utskrivningen. Problemet låg hos den grupp av patienter som ansågs obotliga, men som ändå hade ett vårdbehov och en kronisk sjukdom. Där fanns inte så många alternativ till vård. Enligt sinnessjukstadgan låg ansvaret på anhöriga eller kommunen att vårda denna grupp av patienter. Då vissa patienter inte hade några anhöriga som ville veta av dem och kommunerna inte hade så mycket att erbjuda mer än fattigvården (och ibland inte ens detta), blev ofta resultatet att patienterna låg kvar på hospitalet, alternativt (när plats gavs) överflyttades till asylen. Även på asylerna var många kroniskt sinnessjuka stillsamma, lättskötta och till viss del arbetsdugliga. Då kroniskt sjuka skrevs ut till familjen uppstod ofta svårigheter och risker i omvårdnaden, vilket medförde att anhöriga ville ha fortsatt anstaltsvård. Läkaren ville samtidigt inte skriva ut en patient med ett faktiskt vårdbehov till ”intet” (ÖISB, 1899-1901).

Att de utan vidare skriva ut dylika sjuka och hemsända dem till resp. hem eller fattiginrättningar förbjödes af de enklaste humanitets hänsyn. De behöfva för att

bevaras i detta relativt hjälpliga läge en omsorgsfull tillsyn och vård och skulle med visshet snart nedsjunka i ett djupare kroppsligt och andligt förfall, derest de komme under mindre gynnsamma förhållanden (ÖISB, 1900-1901).

Det var således svårt att skriva ut kroniskt sjuka patienter (oförbättrade) och det var svårt att ordna med vård annat än på anstalt. Patienterna var ofta förslöade, djupt insjunkna och hade ett stort vårdbehov. Antalet kroniska patienter växte oproportionerligt på hospitalen och asylerna. Ofta hade överläkaren förhört sig om möjligheten till vård i hemorten, men fått besked om att den sjukes familj var upplöst, anhöriga hade flyttat (ingen visste vart), ingen fattigvårdsinrättning fanns och att kommunen inte var beredd att ordna inackordering. Detta medförde således att patienterna fick vara kvar på hospitalen eller asylerna, även om överläkaren hade velat skriva ut dem från anstalten enligt sinnessjukstadgans regler (ÖISB, 1902; ÖISB, Lund, 1903).

För de mer bemedlade patienterna uppstod samma problem när läkarna ville skriva ut dem, men anhöriga inte ville få hem dem, trots att det stod så i sinnessjukstadgan.

Utskrifvning av ej tillfrisknade första klass patienter lär ofta stöta på svårigheter, på grund af anhörigas ovillighet och protester. Då numera bristen på platser för dessa patienter torde vara relativt lika stort som allmänna klassens sjuke//...// Utrymmesförhållandena äro bedröfligt otillräckliga i förhållande till efterfrågan å platser (ÖISB, Lund, 1903).

Bristen på omvårdnadsplatser i kommunerna medförde således att det blev brist på vårdplatser inom hospitalsvården och på asylerna, vilket även märktes på de lokala lasarett, såsom i Kristianstad. I lasarettets årsrapport 1911 framkommer att sinnessjukavdelningen alltjämt var överbelagd. Man har inte kunnat ta emot nya patienter. Orsaken var att de kroniska fallen som var för svåra och farliga att vårda, ej kunnat komma till asylen i Lund, då asylen haft svårt att skriva ut sina lugna patienter till kommunernas fattiggårdar eller andra instanser. Kommunerna tyckte att det var så billigt att få dem vårdade på sinnessjukhus att man inte bemödade sig att ordna för dem på fattigvårdsinrättningar (Hedlund, Ellvyn, 1912: 13).

Okunskap hos allmänheten

Det betonades att sinnessjukdom är en sjukdom i hjärnan och att de var vanligt förekommande (Harding, 1976: 162; Lütken, 1902: 461-462; Gadelius, 1913: 3). Dr Sondén menade att själen inte kan bli sjuk, utan att sjukdom är skeenden i hjärnan. Han menade att om vi lär oss mer om fysiologi och anatomi, så ska vi förstå oss på psykisk sjukdom.

Trots att psykiatrisk utbildning blev obligatorisk för läkare år 1859 och utbildningarna för sjuksköterskor och skötare tilltog efter förra sekelskiftet, släpade

kunskapen om sinnessjukdomarna efter hos allmänheten. Dr Gadelius sa i början av 1900-talet att sinnessjukdom krävde vård av sakkunniga läkare och att brist på kunskap kunde medföra vanvård, som för vissa kroniskt sjuka på fattighusen (Gadelius, 1913: 35-37).

Överinspektören menade också att den bild som gavs utåt till bland annat media, inte sällan blev felaktig. De patienter som klagade på sin vård var ofta paranoidea. Den sjuke drar då ofta logiska slutsatser på felaktiga uppfattningar och grunder. Detta spred en skev och felaktig bild av den psykiatriska vården. Det var i verkligheten få som klagade på sin vård och de som gjorde det fick träffa överinspektören för en "second opinion". Överinspektören beskriver hur det var att bedöma de paranoidea:

Bedömandet af dylika sjukdomstillstånd är mången gång förenadt med stora svårigheter och kräfver förutsättningar, hvilka kunna ernås endast genom speciellt studium af hithörande förhållanden. Detta oaktadt förekommer det ej sällan, att laikern tilltror sig äga sakkunskap för bedömande af dylika spörsmål, något som vanligen, ledsamt nog, har till följd ett förtryckande af den föreliggande frågan jämte skapandet af en opinion, som ej är gagnelig för sinnessjukvården i dess helhet.//...//Under mina inspektioner hafva klagomål ej sällan framställts från sjuke af den kategori, hvarom jag ofvan talat; i saknad af sjukdomsinsikt hafva dessa ansett anstaltsvistelsen lagvidrig och fördenskull yrkat på utskrifning för att kunna återinträda i sina förutvarande sociala förhållanden. (ÖISB, 1899-1900).

Överinspektören önskade mer öppenhet kring hospitalens verksamhet för att minska uppfattningar om så kallade olagliga inspärningar. Anstalterna uppfyllde sitt ändamål, men det fanns dock en misstro hos allmänheten. *"som haft lyckan att icke närmare behöfva reflektera öfver dessa anstalters ändamål"*.

Från denna synpunkt vore det utan tvekan i hög grad önskvärdt om offentlighetens fulla ljus i högre grad än hittills skett kunde falla öfver verksamheten å hospitalen och asylerna. Det är dock å andra sidan gifvet, att så länge den omständigheten att en person råkat ut för olyckan att blifva sinnessjuk betraktas såsom en skam eller något liknande en pikant skandal – att så länge en viss diskretion är af nöden rörande förhållandena å ifrågavarande anstalter, hvarest eljest förvisso ingenting är att dölja, och hvarest just denna nödvändighet af diskretion ofta kännes som en tung plikt, då det gäller att bemöta osannfärdiga eller vrängda framställningar (ÖISB, 1899-1900).

Personalproblem

De offentliga anstalterna lida vidare ofta af delvis ogynnsamma lokala anordningar samt otillräckliga läkarkrafter och för sitt värf mindre väl lämpad sjukvårdsbetjäning. I alla dessa afseenden pågå dock oafslåtlige sträfvanden till det bättre, så att man härutinnan synes kunna motse framtiden med godt hopp (ÖISB, 1902).

Angående personalfrågan på hospitalen nämns ofta tre problem. För det första påpekades bristen på personal. För det andra lämpligheten att klara av att vårda svårt sinnessjuka på ett bra sätt och för det tredje att behålla personalen. Vissa hospital hade en hög omsättning av personal, framförallt Lunds hospital i början av 1900-talet. Många hade fått avsked på grund av fylleri och våld mot patienter. 1904 var omsättningen runt 60 % (BiSOS, 1906; Truedsson, 1929: 96-97).

Bristen på och den höga omsättningen av personal blev tydligast på våren då det fanns tillgång till annat mer välbetalt arbete. Giftermål var också en orsak till att man sa upp sig. Initialt var det inte tillåtet att vara gift och samtidigt ha kvar sin tjänst. Andra slutade då de var missnöjda med sin tjänst eller avskedades för tjänstefel (t ex hårdhet mot patient) eller oduglighet. 1897 hade 51 personer varit anställda i Lund på 24 tjänster (ÖISB, Lund, 1897). Problemet blev störst på asylen 1899 där 23 av 35 av den manliga personalen hade avgått, 15 på egen begäran och 8 för tjänstefel. Omsättningen hos den kvinnliga personalen var något lägre (31%) men det var svårare att skaffa behöriga sköterskor (ÅB, Lund, 1899).

Dr Svante Ödman skrev dock i sin årsrapport 1899 att:

Äfven bland de missnöjda voro de flesta af så underhållig beskaffenhet, att man näppeligen kunde beklaga deras afgång (ÅB, Lund 1899).

Många av de manliga vårdarna framhölls mest olämpliga då de saknade intresse och förstånd att vårda dessa patienter. Så småningom ledde detta även till att fler kvinnor anställdes. Dr Gadelius menade att om det fanns fler kvinnor på avdelningen i form av skötare blev det ofta lugnare (Harding, 1976:139). I sin lärobok 1907 skrev Dr Frey Svensson att

Alla äro icke lämpliga för sinnessjukvårdarekallet (Svensson, 1907: 190).

Överinspektören skrev 1901 att:

Att betjeningen understundom felar i försynthet och äfven tålmod och mildhet mot de sjuka är sorgligt men under nu rådande förhållanden mindre underligt. Den lifvliga omsättning bland betjäningspersonalen, som på vissa ställen – väl de flesta – förekommer, vittnar om de svårigheter, hospitalsläkare hafva, att skaffa folk och ej mindre kan man deraf sluta, att det måste vara en otillfredställande och för sjukvården hinderlig personal, som oupphörligen behöfver bytas och rekryteras. Då större kraf på betjäningens egenskaper måste göras gällande är det alltså en önskvärd sak, att en förbättring af deras löner och öfvriga förmåner kunna komma till stånd (ÖISB, 1900-1901).

I överinspektörsrapporterna hänvisades det ofta till att det var viktigt att behålla en bra och stabil personal för att upprätthålla en god vård. De viktiga bitarna för att behålla personalen var dels att utbilda och sätta krav på personalen, dels att höja

lönerna. Detta infördes 1905 i form av 6 månaders elevtjänstgöring, undervisningskurser av personalen samt år 1908 en lönereform. Härfter minskade omsättningen av personal och personalstyrkan stabiliserades i Lund (ÖISB, 1905; Truedsson, 1929: 125). Från år 1896 fick betjäningen även betald semester i två veckor för att vila från sitt arbete med de sinnessjuka. Två veckors semester blev lagstadgat först 1938 (Truedsson, 1929: 89-90).

Förr visste de inte, men nu ...

Genom psykiatrins historia finns en röd tråd att man ser vilka framgångar som åstadkommits och därefter sammanfattar att "förr var det sämre". Vid mitten av 1800-talet såg man hur de nya hospitalen växte fram och att man faktiskt kunde bota runt hälften av patienterna med psykisk sjukdom. (Uddenberg, 2010: 130). Den optimistiska behandlingstanken förkastade forna tiders okunskap och grymhet och hyllade att man nu visste att sinnessjukdom fanns i hjärnan. I sin avhandling från 1863 skriver bland annat Dr Gustaf Kjellberg att:

Om vi jemföra de sinnessjukes belägenhet nu och för 50 år sedan, kunna vi icke undgå att erkänna den stora seger, som människokärleken inom detta område redan vunnit öfver flydda tiders hjertlösa råhet (Kjellberg, 1863:1).

Utbyggnaden av hospitalen som påbörjades under 1800-talets andra hälft, efter introduktionen av sinnessjukstadgan, samt upptäckter av farmaka, medförde att psykiatri alltmer inkluderades inom den medicinska vetenskapen. Vid förra sekelskiftet skrev bland andra Dr Bror Gadelius och Dr Emil Kraepelin på liknande vis att psykiatri utvecklats mycket jämfört med tidigare epoker (Gadelius, 1913; Kraepelin, 1918). Även i boken "Modern svensk psykiatri" från 1949 ses denna trend (Lundqvist, 1949). Vår tids aktuella nyheter ses gärna som revolutionerande och gamla tankar och metoder förkastas, ännu i våra dagar.

Diagnostik och diagnoser

Diagnostik

Dårhusläkarna äro långt ifrån ense beträffande klassifikationen af sinnessjukdomarna. (Lütken, 1902: 464).

Diagnos kommer från grekiskans diagnosis som kommer från diagignoskein; dia betyder genom och gignoskein betyder att lära känna. Stammen "gno-" betyder att veta.

Att ställa en diagnos – såväl inom psykiatrin som inom den somatiska vården – är viktigt för att veta vilken som är den rätta behandlingen, men även för att förtydliga prognosen. Diagnostiken har varit, är och kommer troligen alltid att vara en svår bit inom psykiatrin. Någon som är uppenbarligen sjuk råder det sällan några tvivel om. Gränslandet mellan frisk och sjuk är desto svårare. Klassifikation av sjukdomar är således viktig för förståelsen (Mollerhoj, 2006: 269). I en läkarbok ”Läkaren som husvän” från 1902 skriver de att:

Sinnessjukdomarnas diagnos är mycket svår, ja, det kan till och med vara svårt nog att afgöra, huruvida en person öfver hufvud taget är sinnessjuk eller ej. Man hör icke sällan en person säga om en annan, som läkaren förklarar som sinnessjuk: ”Han sinnessvag?! Han är minsann inte mera galen än jag!//...//Vid flera sinnessjukdomar kan patienten uppträda så korrekt och så skenbart behärskadt, att det fordras en dårhusläkares skarpa blick för att afgöra saken; icke ens den vanlige läkaren vågar i sådana fall ställa diagnosen. Härtill kommer, att det som bekant finnes flera, icke just hvardagliga, psykiska tillstånd hos människor som förväxlas eller sammanblandas med sinnessjukdom (Lutken, 1902: 463-464).

I sin bok från 1913 beklagade sig Dr Bror Gadelius att psykiaterns utbildning är enkel, sjukdomsformernas växling oändlig vilket medför diagnostiska svårigheter (Gadelius, 1913: 51).

Vid svenska psykiatriska föreningens årsmöte år 1916 lär Dr Gadelius ha sagt:

Då jag ådragit mig att inleda diskussionen angående den psykiatriska nomenklaturfrågan och här framlägga ett förslag till en systematisk indelning av sinnessjukdomarne, så gör jag det med mycken tvekan och i känslan av, att ringa utsikt finnes, att vi på denna punkt skola lyckas bringa våra erfarenheter så att säga under samma synvinkel och till ett samstämmigt resultat (Ljungberg, 1980: 61).

Även i den senare Lundbystudien sammanfattas just ett av psykiatrins huvudproblem vara diagnostiken (Nettelbladt, 2011: 175).

När det gäller att dra gränser och dela in sjukdomar i diagnosfack, finns det vissa svårigheter. Ska de indelas utifrån sina orsaker eller symtom? Ska de delas in utifrån sin natur eller utifrån hur vi upptäcker dem? Ska de delas in utifrån vad som händer inne i kroppen eller utanför? Ska psykisk sjukdom bäst förstås med tydliga gränser eller som ett kontinuum? (Zachar and Kendler, 2007).

Under 1800-talet benämnde Dr Frey Svensson det som yttre och inre orsaker, under 1900-talet populariserades begreppen exogen och endogen. Till endogena (inre orsaker) hörde oftast de ärftliga och svårare sjukdomarna. Till de exogena (yttre orsaker) räknades saker som hänt som medfört ohälsa eller sjukdom. Det kan tyckas som en enkel indelning, men redan 1881 uttalade sig Dr Svante Ödman med flera i en skrift om en ny nomenklatur om att kommentera orsaker till psykisk sjukdom:

Sinnessjukdomarnas orsaker äro i de flesta fall omöjliga att bestämma, åtminstone om man ej erhåller de noggrannaste uppgifter om den sjukes alla lefnadsförhållanden före och efter insjuknandet; ja, äfven om sådana erhållas, hvilket sällan kan ske, torde det vara ganska svårt att säga, hvad som förorsakat sjukdomen. Skulle likväl den enskilde undersökaren lyckas bilda sig en åsigt i detta hänseende, kan man dock vara öfvertygad, att mången annan ej uppfattar saken på samma sätt, utan kommer till helt andra resultat. Skola uttrycken för dessa vexlande åsichter sedermera användas såsom primäruppgifter i en statistik, blir resultatet naturligtvis oriktigt och vilseledande (Ödman et al., 1882).

Även Dr Frey Svensson menade i sin lärobok att utlösande faktorer såsom olycklig kärlek, sorg, religionsgrubbel m.m. överskattades. Han menade att en frisk hjärna står ut med häftiga förändringar (Svensson, 1907: 93).

Diagnostiken har förändrats flera gånger under 1900-talet. Idag används Världshälsoorganisationens International Classification of Diseases, ICD, i sin 10:e upplaga i Sverige. Den amerikanska psykiaterorganisationens Diagnostic and Statistical Manual DSM, används oftare för forskning eftersom det innehåller kriterier som skall vara uppfyllda för att en viss diagnos skall ställas och således tänks ha en god reliabilitet. ICD utvecklades initialt som ett system för att fastställa dödsorsaker, och gäller fortfarande alla sjukdomar, med psykiska sjukdomar som en underavdelning. DSM-systemet, som enbart gäller psykiska sjukdomar, introducerades 1952 i USA då man ansåg att ICD var för ospecifikt. Den senaste versionen av DSM (DSM-5) har kritiserats för att vidga begreppet psykisk sjukdom så att även normala varianter av beteenden kan tolkas som sjukdom (Shorter, 2015; Tsou, 2016).

Historisk diagnostik

Att dela in sjukdomar i olika grupper är inget nytt, inte heller för de psykiatriska sjukdomarna. Carl von Linné delade in diagnoserna på sitt systematiska vis i nio grupper och sinnessjukdomarna fick sin egen grupp, nummer fyra, ”Morbi mentales”. Flertalet namn kan kännas igen såsom mani, melancholia, delirium, bulimia, och anxietas, även om deras dåtida betydelse inte motsvaras av dagens innebörd (Uddenberg, 2012: 21-25). Professor Sauvages de Lacroix försökte efter Linné sätta sjukdomar i system och i början av 1800-talet tog Dr Pinel upp och byggde vidare på den naturvetenskapliga indelningen av sinnessjukdomarna från Linné (Uddenberg, 2012: 44; Pinel, 1806). Det finns ännu idag likheter med Linnes ”Systema naturae” och psykiatrisk diagnostik. Inte bara utifrån diagnosnamnen, utan att mängden information i böckerna har ökade och ökar hela tiden. Dock har inte sinnessjukdomarna blivit fler (Uddenberg, 2012: 223-224).

I Sverige hade Dr Engström initialt en egen sjukdomsindelning som bestod av fyra huvudgrupper: fånighet, mani, sinnesrubbad samt fixerad vansinnighet. Varje grupp

hade sedan flertalet diagnoser under sig. Dessa reducerades med tiden (Qvarsell, 1982: 121, 124). Dr Gustaf Kjellbergs avhandling *"Om sinnessjukdomarnes stadier, utkast till en psykiatrisk diagnostik"* utkom 1863. Han delade in sjukdomarna i fyra grupper: Egentliga sinnessjukdomar (som innefattade hypochondria, melancholia, ecnoia, mania och paralysis generalis), förlupna sinnessjukdomar (paranoia, dementia), hämmad utveckling (idiotia, cretinismus) och sjukdomar som påverkade hjärnan (tex epilepsia, alcoholismus chronicus, apoplexia etc). Kjellberg avslutade sin bok med ett förtydligande att det fanns brister i svensk nomenklatur och att ett gemensamt system med i brödrafolken vore önskvärt, samt att han gärna tog emot synpunkter på det han skrivit (Kjellberg, 1863).

Bakgrunden till det diagnosystem som användes i Sverige under 1800-talet har vi inte lyckats få klarhet i. I sin helhet influerades Sverige mycket av psykiatri i Tyskland och i Frankrike. I den första statistiska rapporteringen om sinnessjuka i Sverige från år 1861 rapporterades följande diagnoser: Mania (ursinne), melankolia (tungsinne), ecnoia (vansinne), paranoia (förryckhet), dementia (svagsinnet), idiotia (fånighet), paralysis generalis (allmän förlamning, d v s senstadiet av syfilis) samt epilepsia (fallandesot) (BiSOS, 1862).

1881 tillsattes en kommitté som skulle föreslå en förändring i nomenklaturen. Ett cirkulär hade utskickats till landets överläkare i psykiatri, för att inhämta förslag till en ny nomenklatur. De inkommande svaren var *"afvikande från hvarandra"* och man konstaterade att åsikterna kring diagnostiken var delade. Istället utgick man från den psykiatriska kongressen i Paris 1867. Då framlades en enkel nomenklatur, som man hoppades skulle bli allmängiltig i Amerika och i Europa för statistiken. Diskussion fördes om att använda en psykologisk indelning och lägga till flertalet diagnoser, eller att bibehålla en enkel variant som *"hvarje psykiater lätt och otvetydigt besvaras"*. Det landade på det senare. Diagnosen ecnoia togs då även bort. Econia innebar att patienten hade en förhöjd sinnesstämning med vanföreställningar men inte var förvirrad. Istället skulle dessa patienter inkluderas i diagnosen paranoia. Diagnosen ecnoia togs bort då man ansåg att "vansinne" enligt vanligt språkbruk hade en alltför allmän betydelse och därför tolkades olika.

Den nya indelningen kom 1882 och då infördes begreppet insania simplex. Insania simplex innefattade mania, melankolia, paranoia och dementia. Övriga diagnoser från 1861 var oförändrade (BiSOS, 1884; Ödman et al., 1882)

Diagnossystemet och rapporteringen ändrades återigen av Kungliga Medicinalstyrelsen 1914 till insania manico-depressiva, amentia, dementia praecox (hebefreni, katatoni), paranoia, insania epileptica, dementia senilis, idiotia, melancholia samt dementia paralytica (Hedesström, 1918: 19).

Historiska diagnoser

Nedan följer en enkel sammanfattning av dåtidens beskrivningar av i denna avhandling beskrivna diagnoser. Information har inhämtats från (Lütken, 1902: 181-186, 449-469; Svensson, 1907: 99-109), där referens ej anges specifikt.

Mania (ursinne) var en mer ospecifik diagnos, och har tidigare betytt sinnessjukdom i allmänhet. Begreppet mani användes under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet dels med liknande innebörd som diagnosen har idag, men även en bredare inkludering av att vara uppenbart sinnessjuk. Manin beskrevs som en sjuklig ökning av viljans verksamhet som medförde livliga handlingar, till och med våldsdåd. Patienten kunde springa omkring, sov mindre, åt och drack mer – även sprit. En manisk patient beskrevs prata mycket och högt, var intensiv i mimik och rörelser samt tankar. Stor uppfinningsrikedom och med en skiftande sinnesstämning. Sjukdomen beskrevs kunna stanna i detta stadium, men även gå över i ett mer okontrollerat tillstånd där vansinnet gick över i en ohejdad förstörelselusta där patienten slog sönder saker. Ofta växlade sådana anfall med melankoliska perioder. De maniska anfällen kunde komma mycket hastigt. Maniokoliska anfall användes ibland som beskrivning för de patienter som växlade mellan maniska perioder och melankoliska. Manisk-depressiv psykos beskrevs första gången 1851 av Esquirols lärjunge Jean Pierre Falret under namnet Folie circulaire. (Harding, 1975b: 42-43).

Melankolia (tungsinne) har funnits beskriven sedan lång tid tillbaka, men med olika gränsdragningar. Robert Burtons definition av Melankolin (1621) inkluderade även vissa ångestsjukdomar/neuroser (Burton, 1638). Melankolin beskrevs med en nedtryckt sinnesstämning, en fullständig likgiltighet för den yttre världen. Patientens blick och uttryck var sorgset, skyggt och mörkt. Rörelserna långsamma. Patienten tvekande och obeslutsam. Ofta drog sig patienten undan i ensamhet och grubblade. Avvisande vid vänligt tilltal. Andra symtom var sömnlöshet, huvudvärk, nedsatt aptit och rubbningar i matsmältningen. Senare utvecklas en fullständig viljelöshet, apati, fastän vederbörande insåg nödvändigheten av att ta itu med något. Slutligen urartade sjukdomen med orörlighet, falska föreställningar såsom rädslan att bli förgiftad. Ångesten och oron drev ofta patienten till självmord. Gadelius beskrev melankolin som en sorg utan orsaker och att flera därför dröjde med att söka vård, då man inte kom på tanken att söka anstaltsvård för sjukdom (Gadelius, 1908: 12).

Paranoia (vansinne) beskrevs yttra sig genom fixa idéer som eskalerade och så småningom omtöcknade den sjukes medvetande. Det indelades i olika varianter där storhetsvansinnet innebar att patienten var upphöjd och glad i sin stämning, med flera vilda planer och projekt. Ofta med föreställningen om att vara kung, kejsare, Gud eller på annat sätt mäktig och berömd. Förföljelsevansinnet beskrevs kunna

”fredligt gå sida vid sida” med de normala föreställningarna, men efter en kortare eller längre tid ta mer överhand.

I synnerhet dessa sådana dårar, som ännu icke fullständigt öfverväldigats af sina fixa idéer och förstå att följa dessa, anses icke alltid af lekmän eller af allmänheten på det hela taget för det de äro, utan gälla för att vara oskyldigt förföljda, inspärrade af afundsjuka människor o. s. v. (Lütken, 1902: 466).

Vissa paranoida patienter upplever sig ständigt förorättade och försöker få sin rätt genom ständiga processer. Detta kallades även kverulansvansinne. Slutligen fanns även ett hallucinatoriskt vansinne där patienten såg gestalter, hörde röster och levde i en ”drömvärld” och den riktiga världen togs med likgiltighet.

Psykosis kunde även kallas psychosis periodica och kännetecknades just av att symtomen kom i perioder. Ofta inkluderade den en manisk-depressiv sjukdom men även post-partum psykoserna (förlösningssykos). Symtomen var således vanföreställningar, hallucinationer samt tankestörning.

Insania simplex betydde enkel sinnessjukdom och innefattade diagnoserna melankolia, mania, paranoia och dementia. Det var således inte en diagnos i sig, men räckte som ”diagnos” på sinnessjukintygen för att markera att patienten var allvarligt sjuk och behövde hospitalsvård. I våra dagar skulle man kunna översätta begreppet med ”svårt psykiskt sjuk UNS (utan närmare specifikation)”.

Dementia ansågs vara ett slutstadium av sinnessjukdom, när man inte kunde bota tillståndet. Patienterna uppfattades vara inneslutna, satt och stirrade rakt fram och höll sina tankar för sig själv. De var slöa och behövde hjälp med det mesta såsom matning, hygien och påklädning. Dementia delades ibland in i primaria/praecox eller secundaria/senilis. Den primära formen var en sjukdom i ungdomen, som senare fick namnet schizofreni. Den sekundära formen infann sig oftast senare i livet.

Kataton visade sig genom upprepade beteenden (stereotypi), stumhet, ökad oro, näringsvägran, svårighet att röra sig och klara sig själv. Senare under sjukdomsförloppet kunde kroppen bli stel och svårörlig. Då fastnade patienterna ibland i vissa ställningar under längre tid.

Generell paralysis eller dementia paralytica beskrevs i första hand drabba män i åldrarna 30 till 45. Symtomen var i början ofta sexuella utsvävningar och dryckenskap. Senare kom besvär med huvudvärk, sömnlöshet, yrsel, nedsatt energi, glömska, trög tankegång och svårigheter att sköta ett arbete. Patienterna hade så kallade paralytiska anfall som liknade de epileptiska med krampräckningar och medvetandeförlust. Senare tillkommer en tilltagande förlamning av kroppen och talorganen. Ofta avled patienterna inom två till fyra år. Som orsak ansåg man att det var en överansträngning, felslagna förhoppningar och börsspel. En rastlös strävan

efter rikedom och till följd av sexuella utsvävningar och syfilis. Senare upptäcktes att sjukdomen berodde på det tredje stadiet av syfilis, såkallad neurosyfilis .

Idioti ansågs vara en medfödd sinnessvaghet, med en begränsad utvecklingsmöjlighet. Den lindrigare graden av idioti kallades även för imbecillitas, d v s svagbegåvad.

Neurasteni Neurastenin kallades i vardagstal för ”nervsvaghet”. Den beskrevs för första gången 1869 av den amerikanske läkaren George Beard (Beard, 1869). Diagnosen blev alltmer populär, initialt i de högre sociala skikten, men senare även till arbetarklassen. Initialt i Sverige var den vanligare hos män och i städerna, men under början av 1900-talet utjämnades könsfördelningen och diagnosen blev vanligare hos kvinnor. I en skrift från samtiden skrivs det att:

Vårt århundrades stora förbannelse, den jägtande nervösa tröttheten, hvilken aldrig aflöses af hvila, därför att den icke kan hvila – därför att den mist förmågan till det (Johannisson, 2009: 225).

Den beskrivs även i en läkarbok från 1902 som:

Denna i vår oroliga och bråda tid så allmänna åkomma ... (Lütken, 1902: 453).

Under slutet av 1800-talet såg man neurasteni som en nervtrötthet. Överansträngning sågs som en överförbrukning av mental energi, men också bristande förmåga att vila. Man trodde den berodde på att nervsystemet inte fick tillräcklig näring och att det moderna kulturlivet ställde för höga krav på individens andliga och fysiska arbetsförmåga. Diagnosen introducerades i medicinalstyrelsens sjukdomsklassifikation från 1890 och steg alltmer i popularitet (Johannisson, 2009:227-228).

Orsakerna ansågs vara flera och olika, men generellt en överansträngning, i synnerhet mycket andligt arbete. Stadsbor var oftare nervösare och sjukare än lantbor. Enligt Dr Beard var ångmaskinen, samhällets stress, telegraf, ett modernt samhälle med vetenskap och kvinnans mentala aktivitet orsaker till sjukdomen. Överarbete och klockor som medfört en punktlighet medförde även stress. Nyheter spreds snabbt genom dagstidningar. Livet var jäktigt i moderna städer, förflyttningar skedde snabbare via spårvagnar och tåg. Uppkomsten av nya idéer, deras spridning och acceptans medförde en påfrestning på nervsystemet. Frihet ställde krav på medborgarna, genom att de fick ta ställning kring religion och politik. Neurasteni-begreppet medikaliserade symtom på flera sociala problem, men med flertalet ännu idag svårtolkade symtom. Idag ser vi liknande symtom i diagnoserna ångestsjukdomar, kroniskt trötthetssyndrom, utmattning, personlighetsproblematik och fibromyalgi (Leonhardt, 2002).

Symtomen vid neurasteni beskrevs bland annat som: att de fort tröttnas, saknar energi och beslutsamhet, huvudvärk, yrsel, sömnlöshet, rubbningar i matsmältningen, värk i rygg och lemmar, ömtålighet m.m. Lunnighet och ”ett evigt rotande i kroppsliga symtom”, sus i örat, retligt sinnelag, nervös dyspepsi, rädsla för åska eller ansvar eller öppna eller instängda platser, fruktan för sällskap eller vara ensam, fruktan för smitta, ambivalens, förtvivlan, sjuklig ömtålighet i kroppen framförallt ryggen, orolig, hjärklappningar, en känsla av djup utmattning, överdrivna gäspningar, tyngdkänsla i armar och ben, m.m. Patienterna såg dock ofta friska ut (Lütken, 1902; Mantegazza, 1888: 453; Johannisson, 2009: 85).

Behandlingen var farmakologiskt brom, järn, china, sömnmedel m.m. Men även lugn och ro, viss diet samt elektricitet (Lütken, 1902: 453-456; BiSOS 1896).

Dr Sondén var tydlig med att dessa patienter inte hörde hemma på hospitalen då de enbart ”var nervklena” (Uddenberg, 2010: 133). De ratas även senare av psykiatrin, och hänvisas till provinsialläkare och privata läkare (Sjöstrand, 2003: 290).

Diagnosen kritiserades 1888 i boken ”Vårt nervösa århundrade”. Den ansågs vara dels ofullständig - en nervös person skulle ha alla symtom och fler därtill och dels överdriven och oklar – symtomen kunde sammanblandas med andra sjukdomar (Mantegazza, 1888: 10). I denna bok betonas dock att 1800-talet var ”Vårt nervösa århundrade” och inte en lycklig tid, då självmorden och sinnessjukdomarna ökade. Det beskrevs att tågen, telegrafan, telefonen och den elektriska belysningen stressade människorna (Mantegazza, 1888: 29-30).

//... alla ständigt löpa, ständigt söka göra nya eröfningar, vinna nya segrar, i detta buller och virrvar af ångmaskiner, telegrafrådar, telefoner, vid denna skarpa elektriska belysning, som fördunklar solen och af natten gör ny dag med nya feberämnen, en dag som aldrig skymmer, aldrig finner ro? (Mantegazza, 1888: 69).

Hysteri beskrevs som en slags neuros, med en ökad känslighet för sinnesintryck. Kvinnor drabbades oftast och bland dessa mest hos barnlösa eller olyckligt gifta. ”Viljekraftiga, plikttrogna och energiska kvinnor drabbas inte av hysteri” (Lütken, 1902: 456-458). Symtomen var klumpkänsla i halsen, svimningar, smärtor i skilda organ, hjärklappning, lamhet i lemmar, kramper i muskler. De hysteriska patienterna liknades vid ett litet barn. Behandlingen var liknande den för neurasteni.

Hysteroneurasteni var symtommässigt en blandning mellan neurasteni och hysteri. Denna diagnos fanns i Dr Hedlunds journaler, men har inte återfunnits annorstädes.

Psychopatia fanns bara omnämnt i vårt patientmaterial för en patient som hade dålig effekt av mediciner, men som samtidigt hela tiden ville ha mer. Hon var aldrig nöjd med något, hur mycket personal och läkare än försökte gå henne till mötes.

Amentia beskrevs ibland som en slöhet som var medfödd och som inte kom efter ett antal friska levnadsår såsom dementia (Hedesström, 1918).

Confusio (förvirring). beskrevs komma efter perioder av ansträngning och varade en kort tid. Symtomen var bristande orienteringsförmåga, oredigt tal, och ibland sinnesvillor.

Insania epileptica kallades även för fallandesot och motsvarade ofta dagens epilepsi. Efter krampanfallen följde ofta ett tillstånd av minnesförlust och förvirring som även kunde kännetecknas av utagerande beteende. Då patienterna hade kraftiga anfall medförde detta en syrebrist i hjärnan, vilket på sikt medförde hjärnskador och en demensutveckling.

Alkoholism (acuta och chronicans) Alkoholförgiftning p g a missbruk. Hela kroppen påverkades, hjärnan och sinnena förslöades och ofta utvecklades sinnessjukdomar. Självmod var vanligt i denna grupp.

Delirium Tremens var även kallat fyllerigalenskap. Ett tillstånd som uppkommer efter en längre tids intensivt alkoholdrickande och då man slutar dricka alkohol abrupt. Tillståndet är allvarligt och livshotande och obehandlat medförde det att patienten dog eller fick hjärnskador som senare blev en sorts demens. För att undvika det är det viktigt att patienten sover och att alkoholmängden trappas ned långsamt. Symtomen vid DT är en kraftigt ökad oro, sömnlöshet, synvillor – ofta djur, förvirring och plockighet.

Behandling

Före 1850-talet fanns det få effektiva läkemedel mot sinnessjukdomar. Alkohol och opiatier var då de vanligaste. Dr Sondén rekommenderade i mitten av 1800-talet utöver farmaka även psykiska behandlingsmetoder såsom ljus, lugn och ro, musik, kortspel, arbete, läsning, poesi, måleri och teckning (Eggeby, 2019).

Läkemedel

Ett flertal läkemedel användes vid lasarettet i Kristianstad och vid hospitalet i Lund. Nedanstående presentation av läkemedel utgår från vad som påträffats i vårt journalmaterial.

Det fanns flera olika *sederande läkemedel* som användes framför allt för sömnen. De ansågs först vara ett bra icke-toxiskt eller vanebildande alternativ till morfin. De som fanns i journalerna var:

Kloral (chloral) upptäcktes 1832 och var det första syntetiska sömnläkemedlet. Dess sederande egenskaper publicerades först 1869. Det användes mot oro och för

sömnen. Det smakade illa och gav vissa mag-tarm-biverkningar. Vid högre dosering kunde det ibland ha en omvänd, d v s uppiggande, effekt.

Kloralhydrat innebar Kloral utblandat med vatten. I kombinationen med alkohol, kallades det ”knock-out-droppar”. Ensamt hade det en effekt inom 20-60 minuter. Den hade vissa fördelar mot morfinet, men vissa biverkningar på hjärtat.

Sulfonal var mildare än kloral och hade en långsamt verkande effekt. Det introducerades 1888 och användes mot oro och för sömnen.

Trional hade en snabbare effekt än Sulfonal och introducerades också 1888. Det hade inte klorlets dåliga bismak och var mindre giftigt jämfört med kloral och brom.

Veronal (också kallat barbital) var ett sömnmedel och den första barbituraten som introducerades år 1903.

Isopral var ett barbiturat som användes som sömnmedel med betydligt starkare effekt än kloralhydrat.

Luminal (fenobarbital) var ett lugnande och sömngivande barbiturat från 1911. Användes i Sverige vid epilepsi och i Danmark vid alkoholavgiftning

Amylenhydrat var ett sederande läkemedel som användes vid epilepsi och sinnessjukdomar. Var ej så kraftigt sederande som kloral. Introducerades 1887.

Brom användes mot epilepsi och hade även en lugnande effekt och började användas under 1860-talet. Det användes mot oro och ångest samt för sömnen. Om brom användes under en längre tid eller i för höga doser kunde patienterna bli slöa. De former av bromsalter som användes var natriumbromid och kaliumbromid.

Opiater användes som lugnande, för sömnen, mot diarré och smärta. Redan då fanns det restriktioner att inte använda opiater i för höga doser p g a missbruksrisk och risk för andningsuppehåll (död). De som fanns i journalerna var:

Kodein upptäcktes 1832, men började först användas 1888 mot smärta, diarré och hosta.

Opium, användes initialt mot epilepsi fram till 1860-talet, då brom tog över och därefter mot melankoli. Det användes i Sverige i droppform (Tinctura thebaica), ofta tillsammans med luminal, för att lindra melankolisk ångest ända fram till 1970-talet.

Morfin, isolerades i början av 1800-talet och användes mot smärta och ångest.

Roséns bröstdroppar (Vinum glycyrrhizae opiatum) användes mot hosta.

Övriga sederande mediciner

Duboisin var en antikolinerg medicin och användes i Lund som akutbehandling för att lugna oroliga patienterna. Den gavs som en injektion.

Hyoscin var en antikolinerg medicin som användes som lugnande. Den introducerades 1880, men började användas alltmer i slutet av 1880-talet. Hyosin användes till de med starkare excitation och förstörelsebegär.

Nervdroppar kallades även för kamferdroppar, vilket var en blandning av kamfer, eter och sprit.

Fellow's droppar användes mot oro och innehöll bland annat stryknin som var ett nervgift.

Antiinflammatoriska läkemedel användes mot kroppsliga besvär, framförallt hos patienter med neurasteni och hysteri. Några var också smärtstillande. De som fanns i journalerna var:

Aspirin/salicylsyra upptäcktes på 1870-talet och användes mot feber, smärta och gikt.

Antifebrin användes mot huvudvärk, neuralgi och ibland mot feber.

Antipyrin användes även det mot huvudvärk (framförallt nervös sådan) och feber.

Phenacetin var liknande antifebrin, men mildare.

Kinin användes mot feber, malaria, reumatism, hjärklappning och huvudvärk. I kombinationen med järn användes den som stärkande.

Läkemedel för **matsmältningen** användes relativt ofta. De som fanns var:

Vismut mot diarré

Bikarbonat mot magkatarr.

Pepsin mot magproblem.

Kondurango ett örtpreparat, användes för att stimulera aptiten och mot magproblem.

Många patienter hade även ordinerats **laxermedel**, vilket inte var så konstigt då patienter med melankoliska besvär ofta kan vara förstoppade. De som fanns var: frangula, lavemang, ricinolja, lakrits, podofyllin, magnesium, Solutio sulphatis magnecisi carbonica (bittervatten) samt:

Karlsbadersalt, även kallat Glaubersaltvatten. Innehöll svavelsyrat natrium och verkade avförande och samtidigt resorberande.

Något som även fanns var tilläggsbehandlingar till patienter som ansågs lida av någon form av brist, t ex järnbrist. De som fanns var jod, järn, liquor ferri albuminati, samt infusion gentian.

Övriga läkemedel:

Valeriana användes mot sömnlöshet och även som lugnande vid hysteri och neurasteni.

Konjak användes i nedtrappningsschema för alkoholisterna tillsammans med något att sova på (vanligen kloral) och extra mat t ex ägg.

Några läkemedel var inte så vanliga, dessa har inkluderats i "övriga" då de redovisats.

Alkohol ibland gavs alkohol som lugnande och för sömnen, t ex en öl eller ett glas vin.

Arsenik användes invärtes mot kramp och tuberkulos, utvärtes mot flera hudsjukdomar.

Kalomel, innehöll kvicksilver som var milt avförande. Kviksilver användes under 1700-talet mot mani.

Eter användes som bedövningsmedel och invärtes mot svimning och sanslöshet. Hoffmanns droppas var en blandning av 1 del eter och 3 delar alkohol.

Kloroform användes som smärtstillande men var framför allt ett narkosläkemedel. Började användas 1849.

Orexin och vin var sederande.

Koffein var stimulerande.

Tincturea asae foetidae användes mot uppspänd, gasig mage.

Atropin antikolinergika mot framförallt mani and melankoli.

Kamfer användes som stimulerande och svett drivande.

Choklad användes mot trötthet, hjärtsjukdom och dyspné.

Kokain var stimulerande och uppiggande samt ett lokalbedövningsmedel. Det användes också för att underlätta utsättning av morfin.

Digitalis användes för hjärtsjukdomar, lunginflammation eller vid astma. Under 1700- och 1800-talet användes det också som lugnande och mot psykosymtom.

Lobelia användes för att stimulera andningen.

Senega användes mot inflammation i andningsorganen och mot hosta.

Referenser för behandlingarna är samlade under en egen rubrik under ”referenser”.

Övrig behandling

Bad var oftast 37°C och användes som lugnande. Det användes på lasarettet ca 10-15 minuter, ibland längre (20-30 min) och var då 31-33 grader. På Lunds Hospital var det vanligare med långbad och dessa varade i regel runt 10 timmar, ibland kortare och ibland längre tid. Indikationen var den samma, men hospitalets patienter var oftast svårare sjuka. Bad introducerades på 1860-talet som en behandling för oroliga, med god effekt.

Dusch var oftast 20-30 grader Celsius och användes som uppiggande behandling eller för matsmältningen.

Massage användes mot smärta i muskler och vid neurasteni.

Omslag användes i olika former. Varma omslag användes för att öka metabolismen, och kalla omslag för att minska den t ex vid inflammationer.

Inpackning innebar inslagning i våtvarma filter. Användes även för reumatism och ryggskott. Den fick göras med försiktighet så att patienten inte blev för varm.

Elektricitet liknade dagens TENS. Den användes mot flertalet neurologiska åkommor. Inom psykiatri användes den därför mest för hysteri och neurasteni. Den gavs 10-20 minuter dagligen under några dagar eller månader, mot en eller flera kroppsdelar

Sänglägesbehandling innebar att patienterna en tid i början av sjukdomen huvudsakligen skulle vila i sin säng på avdelningen under ständig tillsyn. Detta var en ny behandlingsform för sinnessjuka. I en informationsskrift från 1908 skrivs det att:

Sängläge under ständig öfvervakning visar fortfarande samma fördelar som förut. Ibland är det dock svårt att bedöma huru länge en sjuk bör kvarhållas i sängen, och några fullt tillförlitliga indikationer härför torde ännu ej funna. Antagligen har man i detta fall, såsom det brukas vara med allt nytt, gått väl långt, hvarföre ock så väl reaktion som kontrareaktion är att vänta och ju äfven i någon mån redan framträd. Men om metoden användes med spänd uppmärksamhet och tanken ständigt riktad på möjligheten af öfverdrift, synes den vara synnerligen god (Gadelius, 1908: 28).

Vatten gavs i olika former, som mineralvatten, liknande de behandlingar som gavs på de olika ”hälsobrunnarna”.

Olika dieter Patienter med bland annat neuroser rekommenderades att inte äta mjöl, potatis eller dricka sprit. Istället skulle de äta gröt, fisk, ägg och kött.

Tvångsvård

Tvångströja var en tröja där händerna bands baktill. Användes sällan.

Mufftröja var som tvångströjan, men med ihop sydda ärmar framtill. Användes sällan.

Handskar mjuka eller i läder. Användes för att patienterna inte skulle skada själva sig eller andra.

Tvångsmatning med slang användes först efter att patienten svultit och inte ätit på 3-4 dagar. En slang/sond fördes ned via näsan till magen. (mjölk, ägg och socker t ex). Detta sågs som en ”nymodighet” vid förra sekelskiftet, då patienterna tidigare hade svultit ihjäl.

Inga tvångsmedel fick användas utan ordination från läkaren. I instruktionerna hur man kunde hantera utagerande patienter och hålla fast dem på ett bra sätt beskriver Dr Svensson 1907:

Att handskas med orolig sinnessjuk på ett verkligt humant sätt, som också ser humant ut, är en ganska stor konst, som icke genom beskrivning utan endast genom förståndig övning läres (Svensson, 1907: 129).

Under 1800-talets första hälft övergick man från fastspänningar och inlåsningar till tvångströjor som under 1900-talets början sällan användes. Dr Gadelius menade att grunden till allmänhetens rädsla för hospitalsvård ligger häri. Under 1850-talet startade en rörelse i England med läkaren John Conolly som ledande figur, i syfte att undvika onödiga tvångsåtgärder. Senare väcktes även mer kritik mot cellerna och isoleringen. Den svenske professorn Bror Gadelius menade att:

Utmärkande för den moderna sinnessjukvården är dock den tvångsfria behandlingens princip, vilken varje sinnessjukläkare sätter sin ära i att så vitt som möjligt genomföra (Gadelius, 1908:34).

Själv mord och dödsorsaker

Själv mordshistorik

I Europa skilde man mellan två typer av själv mord, *felo de se* (förbrytare mot sig själv) och *non compos mentis* (ej i besittning av sitt förstånd). Distinktionen mellan dessa låg i om själv mordet hade begåtts i förtvivlan/desperation eller i ett svärmod/melankoli. Förtvivlan ansågs som en självvald ondska. (Jarrick, 2000: 60-61).

I Sverige var det ett brott att begå själv mord från medeltiden fram till 1864. Enligt 1734 års lag fick de som gjort ett misslyckat själv mordsförsök fängelsestraff med endast bröd och vatten att äta, alternativt piskstraff. Piskstraffet togs bort 1830. De som lyckats ta sitt liv fick inte begravas på kyrkogården utan skulle begravas i skogen (Ohlander, 1986:s 21, 24; Jarrick, 2000: 109). Den avlidne fick inte begravas kyrkligt. Restriktionerna släpps efterhand. Kunde det bevisas att personen hade varit sinnessjuk och från sina sinnens fulla bruk, accepterades en kyrklig begravning från år 1894. Först år 1908 försvann den sista restriktionen för dem som begått själv mord och det blev tillåtet att hålla en fullständig kyrklig begravning inklusive klockringningen (Lindelius, 1979).

Tidigt ansåg man att statistik var viktigt för att studera själv mordsbeteende som en konsekvens av sinnessjukdom. Fransmannen Falrets arbete om själv mord "De l'hypochondrie et du suicide" kom 1822. Tillsammans med Dr Esquirols "Des maladies mentales" 1838, studerades själv mordet som en sjukdom, med hänsyn till sociala och moraliska aspekter. Under 1840-talet i Sverige bedömdes orsaken till suicid vara till 40 % på grund av alkohol och till 40 % på grund av sinnessjukdom. Den moderna civilisationen, ansågs även vara en orsak till suicidökningen under 1800-talet (Ekström, 2000: 176-185).

Det är svårt att finna litteratur om behandlingsrekommendationer för suicidala patienter under 1800-talet. En förklaring kan vara de juridiska restriktioner som fanns i samhället. En bok som faktiskt tar upp suicid redan 1838 är J.E.D. Esquirols "Des maladies mentales". Han menar att själv mord i huvudsak ska tolkas som ett symptom på psykisk ohälsa (Esquirol, 1845: 253-317). Han anser att det fanns en ökad risk för själv mord hos melankoliker, vilket hade varit känt även dessförinnan. Esquirol tar även upp riskfaktorer såsom alkoholmissbruk, somatisk ohälsa och andra psykiatriska sjukdomar. Han menade att själv mordet var ett komplext fenomen där sociala faktorer, såsom en traumatisk uppväxt, ekonomiska problem och skuld känslor påverkade. Han påpekade att det sällan fanns en orsak till att någon tog sitt liv, utan oftast flera. Den bästa behandlingen för själv mordsnära patienter var att aldrig lämna dem ensamma. Den svenske läkaren Frey Svensson framhöll också att den bästa behandlingen för suicidnära patienter var ständig övervakning

och att de inte vårdades hemma (Svensson, 1904: 13). I Dr Svenssons lärobok från 1907 påpekas även att man måste ta ifrån patienterna saker som kunde användas för att ta livet av sig (Svensson, 1907: 136-137).

Under 1890-talets början öppnas den första övervakningsavdelningen i Sverige av Dr Gustaf Kjellberg bland annat i suicidpreventivt syfte. Liknande avdelningar följde senare och i Lund öppnades en övervakningsavdelning 1894, framför allt för att behandla melankoliker (Harding, 1975b: 268-9).

Bror Gadelius menade att det var tragiskt att vissa fick sin diagnos melankoli eller sinnessjukdom först efter ett suicid, för att kunna begravas i vigd jord, och han ansåg att det var bättre att de fick rätt hjälp när de var i livet. Han menade bland annat att melankolin ofta var en övergående sjukdom där patienten borde skyddas under den svåraste perioden och att sinnessjukanstalten var det säkraste alternativet, samt att läkaren borde övertyga anhöriga detta utifrån *"deras fördomsfulla ovilja mot hospitalen"* (Gadelius, 1908: 13).

Det finns svensk självmordsstatistik sedan 1776, då rapporteringen började. Då det ansågs vara ett brott att suicidera ser man även data i kriminalstatistiken. Det framkommer här oftast två orsaker till självmordet; sinnessjukdom och alkoholism (Ohlander, 1986: 9, 32). Under 1900-talets början framkom det även att ekonomiska bekymmer ledde till en ökad risk. För att förhindra suicid rekommenderades sociala reformer såsom förbättrad fattigvård och åldringsvård samt att minska dryckenskapen (Wicksell, 1934:36, 49). Självmordstalet hos män steg efter 1810. (Odén, 1998: 224; Wicksell, 1934: 12). Det minskade i perioder efter åren 1855 och då motboken infördes vid tiden för första världskriget (Ohlander, 1986: 37). Således fanns en koppling till alkoholpolitiken i Sverige (se detta avsnitt).

Fosforförgiftning var en vanlig abortmetod i slutet av sekelskiftet. Detta skapade en ökning av så kallade accidentella självmord, det vill säga att vederbörande dog för egen hand men inte hade för avsikt att dö. Dessa fall räknades in i statistiken. Fosforstickor förbjöds 1901 och därefter ser man en betydande minskning av de accidentella "självmorden" hos kvinnor (Sundin, 2005: 59, 240). En annan social reform som minskade självmord hos äldre var 1913 års pensionsreform. (Odén, 1998: 224).

1934 kommer boken "Om självmord" av Sven Wicksell och Torsten Sondén. Den beskriver såväl suiciddata från Sverige som från andra länder. Författarna påvisar sambandet från 1900-talets början mellan självmordsfrekvens, alkoholförsäljning och fylleriförseelser (Wicksell, 1934: 16-17). De skriver också att:

Beträffande det stora flertalet psykiska sjukdomstillstånd känna vi för närvarande icke några radikalt förebyggande medel (Wicksell, 1934: 59).

Övervakning ansågs fortfarande vara en bra säkerhetsåtgärd för att förhindra suicid, men ansågs inte vara en behandling för grundsjukdomen (Wicksell, 1934: 61).

Dödsorsaksrapportering

Under Gustav III's tid får vi en modern befolkningsstatistik genom att Tabellverket introduceras 1749. Från 1750 fanns självmord med i dödsorsaksstatistiken (Kungliga Statistiska Centralbyrån, 1875). Vid denna tid registrerades data från såväl Finland som Sverige i samma tabell, men 1776 fick Sverige ett officiellt register över självmord (BiSoS, 1857). Då Sverige vid denna tid hade få läkare, fick prästerna uppgiften att registrera patienternas död och trolig orsak i kyrkoböckerna. Då prästerna uppfattade uppgiften som betungande ändrades kravet 1831 till att endast gälla epidemier, spädbarnsdöd och olyckor såsom självmord. Reglerna ändrades igen och från 1860 skulle läkaren konstatera dödsorsak i städer och orter där det fanns en tjänsteläkare (SOS, 2010).

Kungliga Medicinalstyrelsen var ansvariga för dessa dödsorsaksregister från 1864 till 1911, då Statistiska centralbyrån tog över. Då inkluderades samtliga dödsorsaker. Listor ur prästens dödbok rapporterades från läkaren varje månad till Medicinalstyrelsen, senare SCB (SOS, 2010).

Redan under 1800-talet diskuterade man internationellt ett gemensamt system för att kunna föra statistik över dödsorsaker. 1855 kom man fram till 139 dödsorsaker, men detta system fick inte någon framgång. Först 1893 kom nästa förslag från fransmannen Jaques Bertillion som blev internationellt accepterat och framgångsrikt. Bertillion var läkare och intresserad av demografi (APA, 1899). Bertillions system användes under 1900-talet, men efter andra världskriget tog WHO över dödsorsaksstatistiken och 1948 introducerades ICD-6.

Sverige hade sin dödsorsaksindelning enligt Medicinalstyrelsens struktur till och med 1910. Mellan åren 1911 och 1950 användes Bertillions system. 1951 introducerades ICD-6 i Sverige (Centralbyrån, 1915). Detta innebär att Sverige hade en mindre specifik dödsorsaksregistrering före 1911, men att självmord alltid dokumenterades.

Tidigare publikationer

Svenska avhandlingar

Psykiatrins historia har omskrivits en del, såväl i Sverige som internationellt. Jag har försökt sammanställa de avhandlingar som utgivits och berört psykiatrins historia under 1800-talet och början av 1900-talet (se bilaga 8). Jag reserverar mig för att den kanske inte är helt komplett. I Sverige kom den första och troligen mest citerade avhandlingen 1982, nämligen Roger Qvarsells "Ordning och behandling". Tillsammans med Eva Eggebys "Vandringsman här ser du en avbildning av världen" och Bengt Erik Erikssons "Vägen till Centralhospitalet" tar de upp utvecklingen av sinnessjukvården i Sverige före den första sinnessjukstadgan 1858. Desto fler avhandlingar berör tiden efter denna. Avhandlingarna som skrivits i Sverige har framlagts av framförallt historiker (Eggeby, 1996; Qvarsell, 1982; Björkman, 2001; Garpenhag, 2012; Gustafsson, 1996; Luttenberger, 1989; Möller, 2017; Prestjan, 2004; Riving, 2008), men även av sociologer (Eriksson, 1989; Sjöström, 1992), etnologer (Eivergård, 2003; Jönsson, 1998) samt en sjuksköterska (Svedberg., 2000). Det har inte tidigare skrivits någon avhandling om psykiatrins historia i Sverige av någon läkare. Tidigare avhandlingar har baserats på olika källor och grundmaterial. Flertalet har studerat journaler (Qvarsell, Sjöström, Eggeby, Jönsson, Svedberg, Eivergård, Prestjan, Riving, Garpenhag och Möller). De flesta har dock inte sammanställt journalerna i sin helhet empiriskt eller presenterat dem som ett helt material med ett förlopp där man följer patientmaterialet, utan oftast valt att nämna vissa enskilda patientfall vid ett visst tillfälle. Undantaget är Eggebys avhandling om Danvikens hospital som sammanställer data om bland annat vårdtider. Flera har även använt sig av de gamla sinnessjukstadgorna, gamla årsberättelser från hospitalen och inspektörsprotokoll från Medicinalstyrelsen. Ingen har hittills studerat ett patientmaterial från ett lasarett och dess journaler och historik.

Många förknippar psykiatrins historia med de gamla hospitalen och det är dessa som har studerats. I praktiken var det bara runt hälften av de psykiskt sjuka som kom till hospitalen. Övriga omhändertogs av familjen, på fattiggårdarna, på lasarett och privata vårdhem samt av provinsialläkarna. Detta fält har tills nu varit så gott som utforskat (Berge, 2007: 274; Eriksson, 1997: 21). Helhetsperspektivet över vad som hände när man blev psykiskt sjuk och "vårdkedjan" har inte tidigare tydligt framställts, inte heller vad som blev resultatet av vården och patienternas fortsatta liv (livslängd, mortalitet). I tidigare avhandlingar framgår att två författare haft en egen erfarenhet av att arbeta inom psykiatrin (Sjöström och Svedberg).

Internationell forskning

Psykiatrins historia har studerats inom flera områden och i flera länder. Vid sökningar i databasen Pubmed fann vi endast en forskargrupp i Wales som gjort liknande empiriska studier som de som presenteras i denna avhandling. De brittiska forskarna utgick från patientjournaler från ett hospital i Wales under åren 1875 till 1924. De fann 3872 journaler från 3170 patienter. De kunde, likt oss, ”översätta” de gamla diagnoserna till en ny ICD-10 diagnos. De flesta av deras studier använder därefter den nyare ICD-10 diagnosen vid jämförelser, vilket medför vissa svårigheter att jämföra deras resultat med våra, då vi valt att behålla den historiska diagnosen vid de flesta jämförelser. Någon empirisk forskning om psykisk sjukdom inom lasarettsvården har vi inte kunnat finna, varken i svenska eller internationella studier. Vi har ej heller kunnat finna någon forskargrupp som följt upp ett helt patientmaterial fram till döden.

Målsättning med avhandlingen

Sverige var under 1800-talet och vid förra sekelskiftet ett utvecklingsland med stor, utbredd fattigdom. Samhället hade dock förändrats mycket under den senare halvan av 1800-talet. Folkrörelserna och arbetarrörelsen bidrog till en demokratisering. Samtidigt som det pågick en humanisering och liberalisering strukturerades samhället på flera håll och blev alltmer komplext för den enskilde. Staten kontrollerade mer, men tog samtidigt ett större ansvar för medborgarna. Detta speglades inte minst inom sjukvården och sinnessjukvården. Samtidigt skedde vetenskapliga framsteg och optimismen växte.

Psykisk ohälsa har alltid varit svårare att bära än kroppslig, delvis på grund av omgivningens reaktioner och värderingar. Det finns en utbredd uppfattning att sinnessjukvården har varit inhuman. Det har skrivits en del om vården på mentalsjukhusen under 1800-talet och början av 1900-talet, men ytterst få empiriska undersökningar har genomförts i Sverige eller internationellt. Man har studerat hur människor togs in på mentalsjukhus, men det finns kunskapsluckor beträffande vad som egentligen hände på hospitalen. Det finns få studier om hur sjukdomsförloppen var, vilken behandling som gavs och dess resultat. Tillfrisknade patienterna? (Eriksson, 1997: 9-26; Berge, 2007: 225).

Psykiatrihistoriska studier har framför allt baserats på hospitalsvård, dit de svårast sjuka kom. Vården på lasarettet har inte tidigare studerats, och därmed har vi haft en otidlig bild av hur den psykiatriska vården i sin helhet såg ut (Berge, 2007: 274).

Svensk psykiatrihistoria har huvudsakligen studerats av personer utan klinisk erfarenhet eller medicinsk skolning i psykiatri. Enskilda texter har lyfts fram, men det har sällan gjorts någon systematisk, empirisk forskning om hur det var förr inom svensk psykiatri. Denna avhandling utgår från journaldata från en sammanhållen tidsperiod på 10 år. Målet var att studera hur det förhöll sig med psykiatrisk vård på det lokala lasarettet samt vilka patienter som kom till hospitalet i Lund och vad som hände där.

Det historiska perspektivet kan lära oss mycket, om hur vi förhåller oss och har förhållit oss till personer med psykisk ohälsa. Avhandlingen ger ett perspektiv på såväl stigmatisering som naturalförlopp.

Patienter och metodbeskrivning

Patientmaterial

Nere i källaren på psykiatriska kliniken i Kristianstad återfanns böcker med avskrivna sinnessjukintyg från 1896 och framåt. En 10-årsperiod valdes att studeras, det vill säga till och med 1905. Längre bort i källaren återfanns även gamla lasarettsjournaler i ett annat arkiv. Lasarettsjournalerna hade från början suttit på patienternas sänggavlar, men då patienterna skrevs ut syddes journalerna ihop i buntar om 50. Journalerna lades sedan i en trälåda – en för varje år. För att få en så komplett bild som möjligt av vilka som vårdades för sinnessjukdom på lasarettet i Kristianstad under denna tid, genomgicks även den så kallade ”liggaren”, där patienterna registrerades. Anledningen var att täcka de perioder där lasarettsjournaler saknades. Detta gjorde att endast 150 patienter under de 10 åren saknades, vilket hypotetiskt innebär cirka åtta patienter med sinnessjukdom då prevalensen i materialet var 5% ($150 \times 0,5 = 7,5$).

Journalerna var väldigt välbevarade och välskrivna. Som kliniker kunde jag ofta ”se” patienten och situationen framför mig. Det är viktigt att betona att dessa gamla journaler var mycket väl utformade, kanske till och med bättre än våra journaler idag. De hade en tydlig struktur med det väsentliga som man behövde veta, så att man inte glömde fråga om något. Samtidigt fanns det i journaltexten en mycket stor respekt för patienten. De var däremot präglade av sin tid. Ingen skulle idag exempelvis notera i en journal om en patient var ”oäkta”. Man skrev aldrig nedlåtande om någon patient i journalen. Tvärtom. Man betonade att det var sjukdomen som gjorde att vederbörande betedde sig konstigt, och att när patienten var frisk var det en trevlig och snäll individ. En ofta återkommande formulering var:

Sinnessjukdomen visade sig genom att ...

Det fanns ingen skillnad i hur man skrev i journalerna mellan kvinnor och män, eller mellan rika och fattiga. Språket i journalerna var illustrativt och till viss del standardiserat. Till exempel används ”osnygg” i olika grader för att beskriva patienternas grad av oförmåga att hålla sin hygien. Grad 1 innebar att man inte kunde hålla urinen (kissade på sig). Grad 2 innebar att man inte kunde hålla sin avföring. Grad 3 innebar att man smetade med sin avföring och grad 4 att man åt

den. ”Förstörelselusta” användes då patienter tog sönder saker hela tiden, såsom rev sönder sina kläder.

Journalmaterialet bevaras numera i regionarkivet på ACS i Lund.

Lasarettsjournaler

Samtliga lasarettsjournaler från Kristianstads lasarett från 1896 till 1905 gick igenom. Under dessa tio år vårdades totalt 11 458 patienter. De buntar av journaler som saknades var: journalnummer 1-500 från 1896; 1-150 från 1900; 1-449 från 1902 och 750-1253 från 1905. Till studierna selekterades patienter med en psykiatrisk diagnos. Vi fann 503 patienter med psykiatriska diagnoser, vilka totalt sett hade 589 vårdtillfällen. Det saknades 115 lasarettsjournaler, där vi istället fick information från liggaren. Dock bortföll information om behandlingen i dessa fall.



Bild 13. Lasarettsjournaler

Lasarettsjournalerna syddes ihop till buntar efter de nedtagits från sängarnas fotända. Dessa förvarades sedan i träboxar, en för varje år.

Lasarettsjournalen innehöll journalnummer, namn, var patienten bodde, ålder, yrke, vårdtid, diagnos, en kortfattad historia kring vad som hänt (anamnes), vilka mediciner och andra behandlingar som givits, en temperaturkurva samt utfallet av behandlingen (frisk, förbättrad, oförbättrad eller död). Journalerna var oftast mycket kortfattade, även om anteckningar ibland kunde göras i marginalen.

Liggaren

Då patienterna skrevs in på sjukhuset registrerades de i den så kallade "liggaren". Det var en inbunden bok med ett enkelt patientregister. Här skrevs patienterna in med sitt journalnummer, namn, yrke, ålder, hemvist, diagnos, kostnadsklass, vårdtid och resultat av behandlingen. Samtliga patienter på lasarettet registrerades i liggaren och fick en allmän lasarettsjournal. Således kunde liggaren delvis komplettera med vissa uppgifter i de fall där den allmänna journalen saknades. Dock saknades även liggaren för år 1900, vilket innebär att vi saknar uppgifter för 150 patientbesök. Då det vårdades 11 458 patienter under dessa år, har vi således gått igenom uppgifter från 11 308 av dem.

Sinnessjukintyg

Alla patienter fick inte ett sinnessjukintyg, inte heller alla med en psykiatrisk sjukdom. Ett sinnessjukintyg behövdes för att kunna ansöka om vård på hospitalet. Sinnessjukintyget var mer omfattande och följde fram till 1900 en mall enligt sinnessjukstadgarna från 1883 och därefter enligt mallen från sinnessjukstadgan från 1901. Dessa formulär såg dock liknande ut. Sinnessjukintyget innehöll en "Bilaga A" som var ett läkarintyg samt en "Bilaga B" som var ett anhörigintyg. Detta skulle kontrasigneras av prästen eller kommunordföranden för att intyga att de anhöriga som skrivit texten var " trovärdiga". (Rubrikerna från Bilaga A och B från 1901 återges i Bilaga 3). Det var obligatoriskt att svara på alla frågor, vilket gör materialet bra att forska på. Samtliga sinnessjukintyg från Kristianstads lasarett kunde läsas från åren 1896 till 1905 då de var avskrivna och inbundna till böcker, då originalen hade skickats till hospitalet.

Dessa tre källor (lasarettsjournalen, liggaren och sinnessjukintygen) utgör grunden för patientselekteringen och grunden för manus 1 och 2.

Journaler från Lunds hospital

På regionarkivet (del av Arkivcentrum Syd) i Lund hjälpte en arkivarie (KH) oss att ta fram vilka av de 503 patienter som vårdats i Kristianstad för en psykisk sjukdom som hade en journal från Lunds Hospital eller Asyl. 92 patienter återfanns, med totalt 152 vårdtillfällen under åren 1881 till 1938 (se flödesschema, Bilaga 7). 114 vårdtillfällen var på hospitalet och 38 på asylen. 13 patienter kom direkt från Kristianstad till asylen. Journalerna från Lunds hospital innehöll utöver den vanliga patientjournalen ibland även sinnessjukintygen i original, temperaturkurvor, menstruationsjournal, brev och andra handlingar. Då patienten hade fått en plats på hospitalet, skickades ett välkomstbrev hem som meddelade att en plats nu var ledig och vilken dag som patienten kunde infinna sig. Ibland noterades även ett sista

datum att komma till hospitalet för att få behålla sin plats, då denna annars gick till någon annan. Samtliga 152 patientjournaler har studerats samt några brev och andra handlingar.

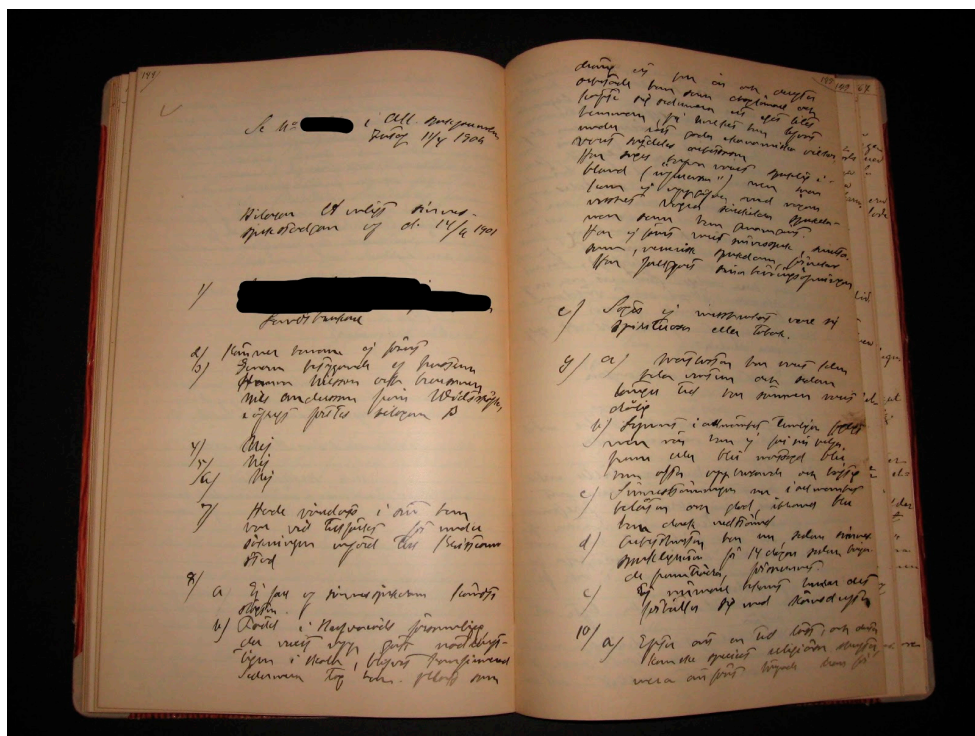


Bild 14. Sinnessjukjournal/sinnessjukintyg

Sinnessjukintygen skrevs av för hand i en bok med rubriken "sinnessjukjournaler" på lasarettet i Kristianstad. Ovanstående har Dr Hedlund skrivit 1901.

Patientjournalerna innehöll en sammanfattning om patientens bakgrund och tidigare vård. Oftast baserade sig denna berättelse på intyget (bilaga A och B) samt på vad som skett på lasarettet före patienten kom till Lund. Oftast skickades en sammanfattande anteckning från läkaren på Lasarettet i Kristianstad om vad som skett där. I journalen skrevs även ett nytt status samma dag eller kort efter det att patienten blivit inskriven. Därefter skrevs daganteckningar som var mer kortfattade. Om patienten var orolig eller mårde mycket dåligt gjordes daganteckningar varje dag. Efterhand som patienten förbättrades glesades daganteckningarna ut. Patienter med kronisk sjukdom och som varit inlagda en längre tid, hade ibland bara en anteckning om året som beskrev att tillståndet var oförändrat. Daganteckningarna beskrev hur patienten mårde och vilken behandling som gavs, samt dess resultat. Alla tvångshandlingar antecknades förutom i daganteckningarna även i en speciell

bok. Alla handlingar var handskrivna fram till 1930-talet, då vissa blev maskinskrivna.

Moderna data

För att kunna jämföra de historiska resultaten med moderna data från slutenvårdspatienter i nutid, inhämtades avidentifierade uppgifter från Kristianstads psykiatriska klinik under 2011 om patienter, kön, diagnos och vårdtider inom slutenvården. Det fanns då 28 vårdplatser i Kristianstad som servade ett upptagningsområde på ungefär 140 000 invånare. Under 2011 vårdades 945 patienter på avdelning, vilka hade 1384 vårdtillfällen.

Övriga källor

Dödbok och kyrkoböcker

För att kunna ta reda på livslängd och dödsorsak på de 503 patienterna i materialet fick vi först söka efter varje patient i "Dödboken". Detta är ett register över personer som avlidit under åren 1901 och framåt. I dödboken återfanns utöver dödsdag även i vilken socken personen avlidit. På så sätt kunde dödsorsak senare inhämtas genom rätt kyrkobok. Kyrkoböcker finns åtkomliga genom riksarkivet (inskannade) och är tillgängliga t o m mitten av 1940-talet. Utifrån sekretesslagstiftningen på 70 år, kunde dödsorsaker inhämtas på detta sätt fram till 1944. Därefter fick uppgifter begäras (efter prövning och uppvisning av beslut från Etikprövningsnämnden, EPN) från Landsarkivet i Lund för åren 1945-1951 samt 1951-1978 från Socialstyrelsen.

Vissa patienter var svårare att finna på grund av otydliga födelsedata. För att inhämta så korrekta data som möjligt, kollades dessa patienter mot folkräkningsuppgifterna som också finns via riksarkivet (personsök). Trots detta kunde inte uppgifter om alla återfinnas. De sista tre siffrorna i personnumret har inhämtats via dödboken. Den fjärde siffran fick sedan räknas ut för att kunna finna dödsorsaker efter 1951, då registreringen av personnummer ändrades.

47 patienter kunde inte återfinnas i Dödboken. De eftersöktes dels i lasarettets dödbok, dels i dödböckerna från hemsocknen fram till 1901. På detta sätt kunde ytterligare uppgifter från 10 patienter återfinnas.

De resterande 37 patienterna eftersöktes i emigrationslistor (Arkiv, 2006) och 4 återfanns här. Således avled de troligen inte i Sverige. En patient överflyttades till Gaustads hospital i Norge. Det gjordes ett försök att få tag på uppgifter om denna patient via e-post, men utan resultat.

Av de patienter som vi fann dödsdag på kunde vi inte finna någon dödsorsak i 7 av fallen. En saknades i kyrkoboken från 1904. En dog 1946 och resterande fem saknades i Socialstyrelsens register. Således fann vi dödsdag på 466 (503-37) patienter och dödsorsak på 459 (503-37-7). I 24 av dessa fall hade dödsorsak ”okänd” antecknats i kyrkoboken. 19 av dessa 24 hade avlidit före 1908, då den sista restriktionen kring begravning av patienter som begått suicid togs bort. Ytterligare 4 avled före 1911, då ett nytt system för registrering av dödsorsaker började gälla. Det är oklart om dödsorsak ”okänd” antecknades för att skona efterlevande, även om det kan ha varit ett suicid. Totalt fann vi således 435 (503-37-7-24) patienter med känd dödsorsak.

I prästens dödbok fanns det rutor som visade om prästen eller läkaren konstaterat dödsfallet. Ofta var det läkaren som hade gjort det.

Då vi fick mycket information om mortalitetsdata, delades manus upp till ett om suicid och ett om mortalitet i allmänhet. Det senare har vi valt att inte inkludera i avhandlingen, men vi kommer att nämna en del kring resultaten.

Rapporter och statistik

Utöver ovanstående studiematerial har även annat material lästs. Däribland årsrapporterna (framförallt mellan åren 1896-1905) från Lunds hospital och det som återfunnits från Kristianstads lasarett. Även inspektörsrapporterna från 1899-1905 från Lunds Hospital, sammanfattningen från riket samt från Kristianstads lasarett och fattigvård. BiSOS för sinnessjukvården (K2) har gått igenom, framför allt åren 1896-1905. Samtida litteratur har studerats. Några brev har lästs från Lunds hospital samt till viss del rapporteringen från 1902 av sinnessjuka i Kristianstad distrikt. Dr Hedlunds mottagningsanteckningar har eftersökts i arkiv, på bibliotek och genom bouppteckningshandlingar men inte kunnat återfinnas.

Metod

Studie 1

Sinnessjukjournalerna renskrevs på dator och lasarettsjournalerna för hand, för att kunna studera materialet bättre. Uppgifter från liggaren användes som komplement till lasarettsjournalerna. Uppgifter ur journalerna sammanställdes i en Excel-fil.

Patienter med psykisk sjukdom selekterades från lasarettsjournalerna och liggaren. En journal där patienten hade vårdats för en somatisk åkomma t.ex. en anemi (blodbrist), och samtidigt hade diagnosen hysteri, inkluderas inte. Även patienter

som vårdades för ett skottsår inkluderades inte, även om det teoretiskt skulle kunna ha varit ett suicidförsök. Vissa patienter fick diagnosen "suicidum" efter att de gjort ett självmordsförsök och dessa patienter inkluderades. Då vi ville få en uppfattning om vård utifrån diagnos, har såväl antalet vårdtillfällen som antalet patienter redovisats.

För att få ett hanterbart material har vissa diagnosgrupper slagits samman. Mania acuta och mania perioidea blev exempelvis enbart mania.

Patienterna som fick ett sinnessjukintyg för ansökan om hospitalsvård, kunde transkriberas till en ICD-10 diagnos, då dessa anteckningar innehöll tillräckligt med information. Vi använde oss av ICD-10:s forskningskriterier (WHO, 1993). Då patientens symtom oftast var väl beskrivna och så även sjukdomsförloppet, kunde diagnoskriterierna enligt ICD-10 bockas av och diagnos sättas. För att göra diagnostiken så "verklighetstrogen" som möjligt sattes t ex en manidiagnos initialt (F30), om patienten tidigare var okänd och det inte fanns någon anamnes på tidigare depressioner. Återkom patienten senare med en depression i anamnesen eller ett depressivt skov, sattes i stället en bipolär diagnos. Samtliga re-diagnostiseringar gjordes av förste författaren (MA). En erfaren kollega på psykiatriska kliniken i Kristianstad gick igenom journaler som slutade på "5" (siffran lottades fram), vilket blev 21 journaler. Vår diagnostik överensstämde till 84% med samtliga 3 siffror i ICD. Kollegan hade satt fler psykosdiagnoser (F2) och MA fler affektiva, men med psykosinslag (F3). Se bilaga 5 för ICD förklaringar.

Då lasarettsjournalerna var mer knapphändiga kunde vi inte transkribera dessa diagnostiskt till ICD-10 systemet.

Då vi kunde re-diagnostisera dessa patienter kunde vi även jämföra dem med hur psykiatriska kliniken slutenvårdspatienter för år 2011 var fördelade diagnostiskt.

Eftersom patienternas sinnessintyg var detaljerade kunde dessa patienter även GAF-skattas (Hall, 1995), för att få en bild om deras genomsnittliga funktionsförmåga. Vid skattningen användes inte mer precisa intervaller än 0 eller 5 (se bilaga 6).

Studie 2

Denna studie grundar sig på samma datainsamling som den första studien, men här tittade vi på hur patienterna fördelade sig åldersmässigt, yrkesmässigt och utifrån civilstånd. Då det inte finns någon officiell yrkesindelning i Sverige (Lilja) gjorde vi en egen indelning med sex kategorier (se bilaga 4). Barn och gifta kvinnor tilldelades den grupp som fadern eller maken hade. För patienter med sinnessjukintyg var det även antecknat om det fanns någon ärftlighet och utlösande faktor till sjukdomen. Dessa data presenterades på individnivå och diagnosen vid senaste vårdtillfället i Kristianstad användes. De förtryckta underlagen för intygen

redovisade förslag på utlösande faktorer (se bilaga 3) och vi har grupperat dessa till större grupper såsom ärfthlghet, somatisk sjukdom, alkohol, grubblerier, stress, sömnproblem och oklar anledning. Begreppet ”stress” fanns inte då, men valdes som rubrik då de orsaker som inkluderades i denna grupp innefattar stress i dagens mening. För att gruppera ärfthlghet gjordes en indelning med föräldrar/syskon, och övriga (far/morföräldrar, kusiner samt föräldrars syskon). Det noterades även om ärfthlghet fanns för missbruk och detta redovisas separat. Ibland noterades två ärfthlghetsfaktorer, och den andra var då alltid för missbruk, varpå den redovisas separat i texten, ej i tabellen. Då vi analyserade behandlingar noterades samtliga behandlingar som patienterna fått, men i olika kategorier. Om patienten under samma vårdtid exempelvis fått två olika sederande läkemedel, gjordes bara en anteckning för just sederande. Vi studerade även vårdtid samt hur det gick för patienterna utifrån diagnos. För att få en hanterbar mängd behandlingar grupperades vissa (se avsnitt om läkemedel bl a). Arbete fanns inte noterat som behandling i lasarettsjournalerna, men i journalerna från Lund fanns det ibland antecknat att arbete funnits som behandling även i Kristianstad.

Studie 3

Denna studie grundar sig på samma patientdata som de övriga studierna, men här har vi även följt upp de 503 patienterna utifrån mortalitetsdata och fokuserat på de som begick självmord. Vi har studerat självmordsrisk utifrån diagnos och kön.

För att få en bild av hur Kristianstad som region förhöll sig i suicidfrequens till nationella data, gjordes en graf över historisk suicidfrequens i Sverige. Då äldre uppgifter om självmord i olika ålderskategorier från Kristianstad var svåra att finna, redovisas dessa data som totala antalet suicid per 100 000 invånare, och jämförs med nationella uppgifter. De nationella uppgifterna redovisas även som självmord per 100 000 invånare över 15 år, då detta är det vanligaste sättet att redovisa suicidfrequens. Oftast är de få suicid under 15 år. Antalet självmord under 15 år kunde endast inhämtas vart femte år mellan åren 1776 och 1860. Information från Kristianstads län kunde bara återfinnas mellan åren 1851 och 1995, då det senare inkluderades i Region Skåne.

Vi har även undersökt andelen hängningar bland suiciden under perioden 1861 till 1910 för att få en uppfattning om huruvida historiska data är underrapporterade eller ej – en hängning är rimligen svårare att tolka som en olyckshändelse än en intoxikation eller ett vådaskott.

Studie 4

För följande beskrivning av patientflöden, var god se bilaga 7. Av de 92 individer med en återfunnen patientjournal från Lunds hospital eller asyl, fanns 80 med bland de 180 som hade fått ett sinnessjukintyg under vårdtiden i Kristianstad. De resterande 12 hade således ansökt om hospitalsvård utanför lasarettet eller efter 1905, då vår datainsamling slutade från Kristianstad. Av de 100 patienter som fick ett sinnessjukintyg i Kristianstad, men som inte kom till Lunds hospital fanns det antecknat att 5 överfördes till andra vårdinrättningar, exempelvis i Stockholm eller till Gaustads hospital i Norge. För ytterligare 16 patienter fanns det noterat i journalen att de skulle överföras till Lunds hospital, men någon journal om detta återfanns ej. Dessa redovisas separat, då vi inte vet med säkerhet om de fick hospitalsvård eller ej.

Således var det 79 patienter som fick ett sinnessjukintyg som definitivt inte kom till Lunds hospital samt ytterligare 4 som hade fått ett sinnessjukintyg mellan åren 1896 och 1905, men inte kommit till hospitalet efter detta. De hade dock varit där före 1896. Vi jämförde om det fanns någon skillnad mellan dessa grupper (de som kom till hospitalet eller inte trots sinnessjukintyg) under vårdtiden i Kristianstad.

Data från journalerna från Lunds hospital har sammanställts på samma sätt som i manus 1 och 2. Vi har jämfört hur vårdtider och status vid utskrivningen var. Väntetider från när intyget skrevs tills det att patienten kom till hospitalet, har beräknats från när läkarintyget (bilaga A) skrevs. Detta skrevs oftast (men inte alltid) efter bilagan B. Ibland saknades det uppgift om när intyget hade skrivits. Uppgifter för att beräkna väntetid fanns för 100 vårdtillfällen på hospitalet och 21 vårdtillfällen på asylen.

För att få färre diagnosgrupper slogs vissa undergrupper ihop. Behandlingar sammanställdes också i större grupper, på samma sätt som i den andra studien från Kristianstad. I journalen skrevs det oftast bara ”arbete” som behandling, men detta specificerades ibland såsom stickning, sömnad, vävning eller trädgårdsarbete.

Då vi skulle studera förloppet och jämföra diagnos från utskrivningen i Kristianstad gjordes detta enbart med de 56 patienter som överfördes direkt till hospitalet. De övriga vet vi inte med säkerhet vad som hände, från utskrivningen från lasarettet till inskrivningen på hospitalet.

Statistik

Vid jämförande av data mellan två grupper användes Fisher's exakta test.

Då data inte var normalfördelade har såväl medel- som medianvärden redovisats. Statistiska beräkningar har gjorts med Mann-Whitney test för jämförelse mellan två grupper och Kruskal-Wallis test för flera grupper. Logistisk regression användes i

manus 2 för att se om det fanns något samband mellan intygsskrivande och diagnos, ålder, kön, yrke och om man var gift eller inte.

Resultat

Studie 1

Neurasteni var den vanligast förekommande diagnosen under vårdtiden på lasarettet, följt av hysteri och alkoholism. I 40 % (27/68) av fallen med alkoholism förekom även diagnosen delirium tremens (svår alkoholabstinens).

Tabell 3 Diagnosfördelning

Diagnosfördelningen i procent utifrån antalet vårdtillfällen (n=589). Till höger står de diagnoser som vanligen innebar en svårare sjukdom.

Diagnos	%	Diagnos	%
Neurasteni	27	Mania	10,5
Hysteri	12	Melankolia	10,5
Hysteroneurasteni	3	Insania simplex	10
Alkoholism	12	Paranoia	5
Övriga*	7	Psykosis	4

*=Övriga diagnoser = amentia, apoplexia cerebri, dementia, hypokondria, hysteromelankoli, idiotia, insania epileptica, intoxicatio fosfor, katalepsia, generell paralys, suicidum, trombos arteria, traumatisk neuros, tumor hemorrhoides.

Diagnoserna neurasteni, hysteri, hysteroneurasteni och alkoholism föranledde i stort sett aldrig att ett intyg till hospitalsvård skrevs, utan räknades som mildare psykisk sjukdom och behandlades enbart på lasarettet i Kristianstad.

36 % (180/503) av patienterna fick någon gång ett sinnessjukintyg för att ansöka om hospitalsvård. De diagnoser som kvalificerade för hospitalsvård, och därmed ansågs som svårare sjukdom, var mani, melankoli, insania simplex, paranoia och psykosis. Patienter som fick ett sinnessjukintyg hade ofta någon form av psykosymtom och de var mycket sjuka. Detta visades även genom låga GAF-värden (medel 29, median 30), vilket indikerar svår sjukdom, ofta med psykosymtom och svårigheter att ta hand sig själv (se bilaga 6).

Även om patienter med diagnosen alkoholism inte fick ett sinnessjukintyg, hade många av dem som fick ett intyg en noterat hög alkoholkonsumtion (17%), framförallt i den grupp som senare re-diagnostiserades med psykosdiagnoser (F2) (22%).

Det fanns inga könsskillnader totalt sett, men det fanns diagnostiskt. Kvinnor erhö­ll oftare diagnosen hysteri (90%) och män oftare alkoholism (97%). Män diagnosticerades oftare med neurasteni (59%) och paranoia (71%). Kvinnor var något överrepresenterade vid hysteroneurasteni, melankoli och psykos (ofta postpartumpsykos).

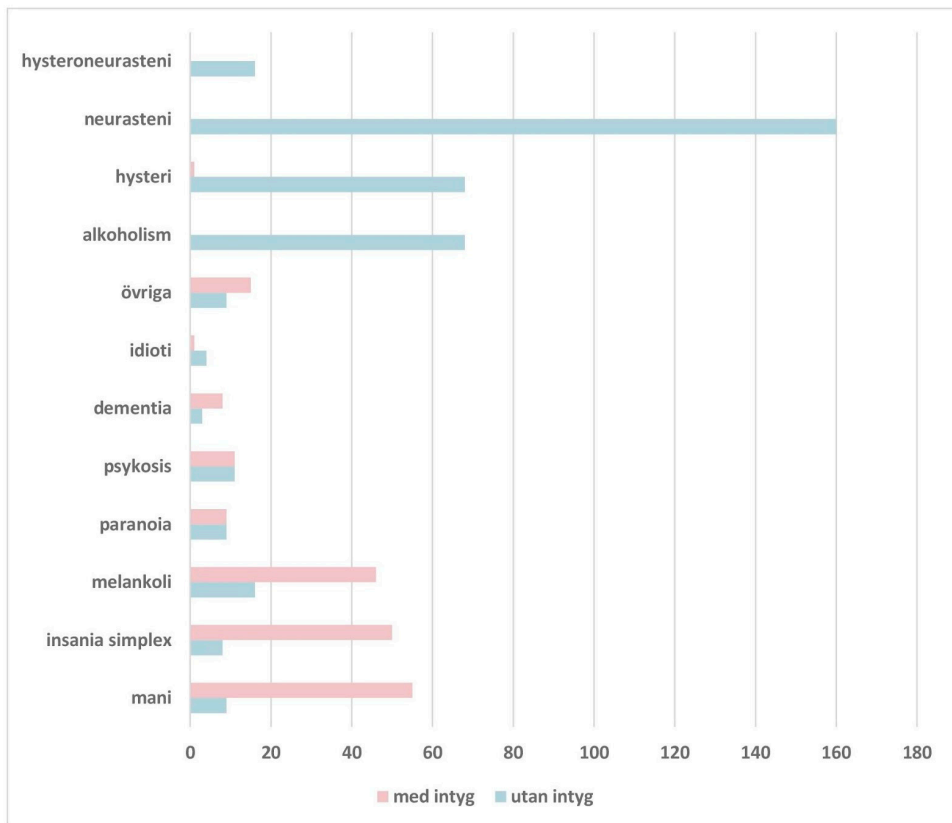


Diagram 1. Sinnessjukintyg eller ej utifrån diagnos

Diagrammet visar det totala antalet vårdtillfällen utifrån diagnos och om de erhö­ll ett intyg för sinnessjukvård (n=208) eller inte (n=381) under den studerade perioden 1895-1905. Vissa patienter hade flera vårdtillfällen. Alkoholister och patienter med "nervsjukdom" fick nästan aldrig ett intyg.

65 patienter hade mer än ett vårdtillfälle. 30 kvinnor med 39 vårdtillfällen och 35 män med 47 vårdtillfällen. I 58% (38/65) av fallen ändrades diagnosen mellan vårdtillfallen. Ofta fick patienterna den mer ospecifika diagnosen "Insania simplex" initialt, för att senare få en mer specifik diagnos såsom melankoli eller mani. Patienter väx­lade även mellan mani och melankoli/neurasteni. Några patienter väx­lade även diagnos mellan neurasteni, hysteri och hysteroneurasteni.

Då vi översatte diagnoserna till ICD-10 systemet, överensstämde diagnosen melankoli framförallt med svår depression (72%, 33/46). Paranoia översattes till någon form av psykosjukdom i 82% av fallen. Samtliga med psykos fick någon psykosdiagnos eller affektiv diagnos med psykostillägg. Totalt sett fick de flesta någon form av affektiv sjukdom (F3) (102/208) eller psykosjukdom (F2) (72/208). Den något ospecifika diagnosen insania simplex, diagnostiserades som en psykosjukdom eller annan sjukdom med psykostillägg i 80 % av fallen.

Tabell 4. Transkribering till ICD-10 diagnos

De patienter som fick ett sinnessjukintyg kunde transkriberas till en ICD-10 diagnos. Antalet vårdtillfällen presenteras.

ICD-10 diagnoser*											
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Total
Historiska diagnoser											
Melankolia	1		9	36							46
Mania	5	1	23	24		1				1	55
Insania simplex	1	1	23	21		1	1	2			50
Insania epileptika		3		1				1			5
Amentia		1	1	1							3
Dementia	1	1	4	2							8
Paranoia	2	2	7	10		1					22
Psykosis			2	5		3					10
Övriga**	4		3	2							9
Totalt	14	9	72	102	0	6	1	3	0	1	208

*= för förklaring till ICD-10 indelningen, var god se bilaga 5

** övriga = hypokondri, generell paralys, katalepsi, idioti, trombosis arteria, tumores hemorides, apoplexia cerebri.

Mani var en mer spretig diagnos. Av de patienter som re-diagnostiserades med bipolär sjukdom hade 51% mani (19/37). Vid re-diagnostisering blev den vanligaste ICD-10 diagnosen svår depression (27%). Av dessa hade 75% psykosinslag. Förhållandevis få re-diagnostiserades med schizofreni (10%).

Vid jämförelse med det moderna materialet från 2011 blev det tydligt att diagnospanoramata skiljde sig mellan de som får vård idag och de som ansökte om hospitalsvård då. I den historiska gruppen var det ingen med missbruks-, ångest-, personlighets- eller neuropsykiatrisk diagnos som var behörig att ansöka om hospitalsvård.

Det står i Dr Hedlunds journalanteckningar att patienter låg och väntade på att komma till Lunds hospital, men att det var platsbrist och långa väntetider. Det stod även många gånger att patienten fick skrivas ut till fattigvården p g a platsbrist även på lasarettet. Journalerna var en spegling av tiden: psykossymtomen rörde sig om elektromagnetism, telegrafi, röntgenstrålar, Oscar II, prins Eugen, Nordpolen och André, ryska kejsare och ångbåtar.

Studie 2

Patienterna som vårdades för en psykisk sjukdom på lasarettet var mellan 6 och 77 år, med en medelålder på 37,6 år (median 36). Patienter med diagnosen dementia var något äldre (medel 50 år), så även melankoliska patienter (medel 42 år). Patienter som erhöll diagnosen idioti var något yngre (medel 28 år). Totalt sett var 24% (121/503) av patienterna barn eller unga vuxna, det vill säga under 25 år.

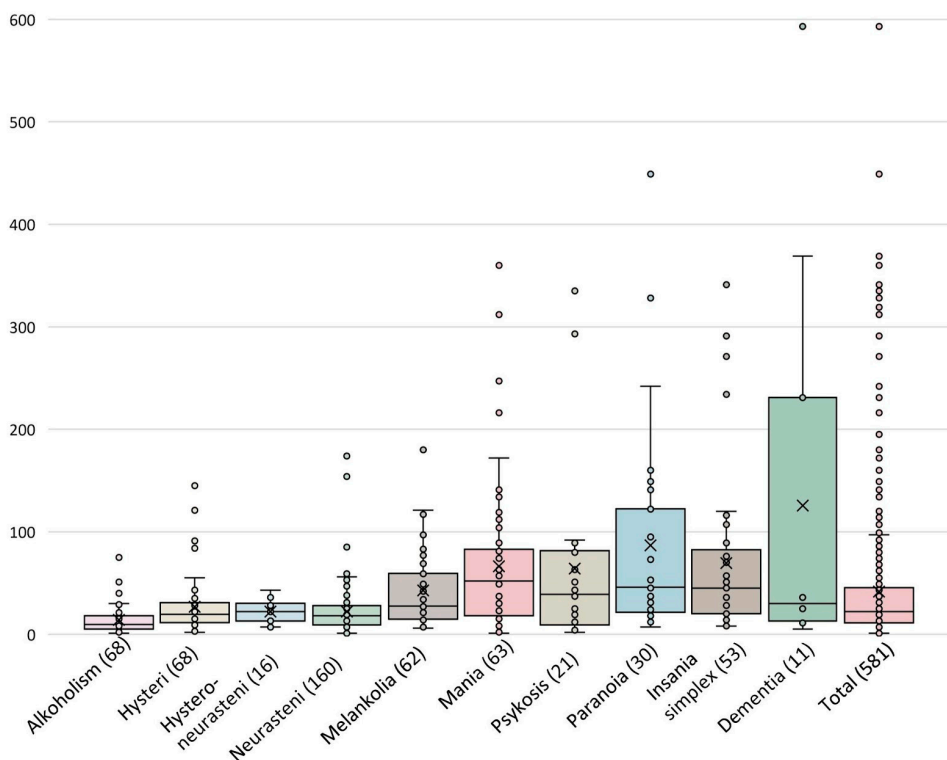


Diagram 2. Vårdtider i Kristianstad utifrån diagnos

Diagrammet visar vårdtiden (i dagar) på Kristianstads lasarett, 1896-1905, utifrån diagnos. Antalet vårdtillfällen för varje diagnos anges inom parentes. Övriga diagnoser (n=29) (amentia, apoplexia cerebri, hypokondria, hysteromelankoli, idiotia, insania epileptica, intoxicico fosfor, katalapsia, generell paralys, suicidum, trombotis arteria, traumatisk neuros, tumor hemorrhoides.) är inkluderade i totalen. Information från åtta vårdtillfällen saknas, framförallt för insania simplex.

Patienterna vårdades i regel inte så länge på lasarettet i Kristianstad (medel 41,6 dagar, median 22 dagar). Kortaste vårdtiden var 1 dag och längsta 593 dagar, men endast 3 patienter vårdades längre tid än ett år. Kvinnor vårdades längre än män (medel 46,5 vs 37,2 dagar, median 26 resp 18 dagar). Vi såg även att det fanns en tydlig skillnad i vårdtid utifrån diagnos. Patienter med vad vi idag betecknar som

”ångestsjukdomar” eller neuroser (neurasteni, hysteri och hysteronneurasteni) hade kortare vårdtider än de med dementia. De som bedömdes som svårare sjuka och erhöll ett sinnessjukintyg för att kunna ansöka om hospitalsvård, hade längre vårdtider (medel 70,1 median 44 dagar) än de utan (medel 26,4, median 17 dagar). Dock var det ingen skillnad mellan män och kvinnor som fick ett sinnessjukintyg (vårdtid runt 70 dagar). Av de som inte fick ett sinnessjukintyg stannade kvinnorna längre än männen (medel 32,7 vs 21,2 dagar)

Tabell 5. Yrkes- och social tillhörighet

Tabellen visar yrkestillhörighet hos de patienter som vårdades på Kristianstads lasarett för en psykisk sjukdom under åren 1896 1905. De flesta tillhörde arbetarklassen. Fattiga var inte överrepresenterade.

Yrkestillhörighet	antal patienter	procent
Överklass	22	4,4
Medelklass	56	11,1
Militärer	12	2,4
Hantverkare	75	14,9
Arbetare	268	53,3
Fattiga	26	5,2
Oklar tillhörighet	44	8,7
Totalt	503	100

Behandlingen skedde enligt dåtidens riktlinjer och vi fann att de som var svårare sjuka även fick mer sederande mediciner och opiat. Intressant var även att alkoholavgiftningarna var förhållandevis moderna. Patienterna gavs konjak i ett nedtrappningsschema, ofta ett sederande läkemedel för sömnen (t ex kloral), samt ibland lite extra att äta t ex ett ägg. Idag ger vi bensodiazepiner i nedtrappning, ett starkare sömnmedel (t ex Nitrazepam) och B-vitaminer i spruta för att undvika komplikationer av en alkoholavgiftning (NICE, 2011). Patienter med neuroser hade oftare en längre medicinlista (polyfarmaci) och behandlades oftare med mineraltillskott och antiinflammatoriska medel.

Patienter med nervsjukdom fick även oftare annan behandling än farmakologisk, bland annat bad och ”el-behandling”. Detta kan även ses vid studier från de Svenska ”kurorterna” och deras behandlingsriktlinjer (BiSOS, 1898).

Brom var den vanligaste medicinen (40%), följt av laxerande mediciner (23%) samt sederande och opiat (vardera 21%) (för att se hela listan, v.g. se artikel 2). Få patienter erhöll tvångsbehandling (3 tvångsjacka) eller isolerades i cell (5).

Totalt sett var 34% av patienterna gifta. Den diagnosgrupp som var gifta i högst grad var alkoholisterna (54%), därefter melankolikerna (42,8%). Samtliga samhällsklasser var representerade och få tillhörde den fattigaste gruppen (5,2%). 17,9% tillhörde medel- eller överklassen. Detta speglade fördelningen klassmässigt från Kristianstad och vi såg inte någon överrepresentation av fattiga.

De patienter som någon gång fick ett intyg för hospitalsvård, hade en ärftlighet för psykisk sjukdom i 40% av fallen, 50,5% om man även räknade med missbruk. Framförallt var det patienter diagnostiserade med mania som hade ärftlighet för psykisk sjukdom och alkoholism (65%).

Tabell 6. Ärftlighet

Ärftlighet i procent utifrån den sist satta diagnosen under den studerade perioden 1896-1905 hos patienter som vårdades på Kristianstads lasarett och fick ett sinnessjukintyg.

	n=	ingen	förälder/ syskon	far-mor-föräldrar*	alkohol**	okänd
Dementia	8	37,5	50		12,5	
Mania	43	23	46	12	7	12
Melankolia	39	56	26	3	10	5
Paranoia	20	30	30	5	5	30
Psykosis	10	50		30	20	
Insania simplex	46	41	24	13	15	7
Övriga†	14	36	21,5	14	7	21,5
Totalt	180	39	30	10	10,5	10,5

*= inkluderar kusiner och föräldrars syskon

**= innebär ärftlighet för alkoholmissbruk

†Övriga = apoplexia cerebri, katalepsi, generell paralys, trombosis arteria, tumor hemorrhoids, amentia, hypokondri, hysteri, insania epileptica

Vi studerade även utlösande faktorer i denna grupp (som hade mer utförliga journalanteckningar). I de flesta fall (42%) fanns inte någon utlösande faktor och man kan precis som idag diskutera begreppet endogen sjukdom. Av de med föreslagen utlösande orsak berodde stress (18%) vanligen på grund av ekonomiska problem, fattigdom, utmattning av arbete, förlust av anhörig samt resor. Flera blev sjuka då de skulle emigrera och skickades tillbaka till Sverige. Somatisk (kroppslig) sjukdom (16%) var också en vanlig orsak till sjukdom. I några journaler fanns även antecknat att patienten hade haft en traumatisk uppväxt och att detta troligen var orsak till den psykiska sjukdomen.

De flesta patienterna blev friska eller förbättrade (65%). Bäst status vid utskrivningen hade alkoholisterna samt de med ångestsjukdomar (neurasteni, hysteri, hysteronurasteni).

Tabell 7. Föreslagen orsak till sjukdom

Visar föreslagen orsak till respektive diagnos. Resultaten presenteras i procent utifrån den senast satta diagnosen under den studerade perioden.

	n=	ärfthlighet	somatisk sjukdom	alkohol	grubblrier*	stress**	sömn-problem	oklar anledning
Dementia	8		12,5	12,5	12,5			62,5
Mania	43		12		21	21	7	40
Melankolia	39	5	13		15	28	8	31
Paranoia	20		25	15	5	15	5	35
Psykosis	10		30			10	10	50
Insania simplex	46	4,5	13	4,5	13	11	2	52
Övriga†	14		21	7	7	21	7	36
Totalt	180	2	16	4	13	18	6	42

*grubblrier = religions- eller kärleksgrubblrier

**stress = resor, mycket arbete, ekonomiska problem, förlust av anhörig (sorg).

†Övriga = se tabell 6.

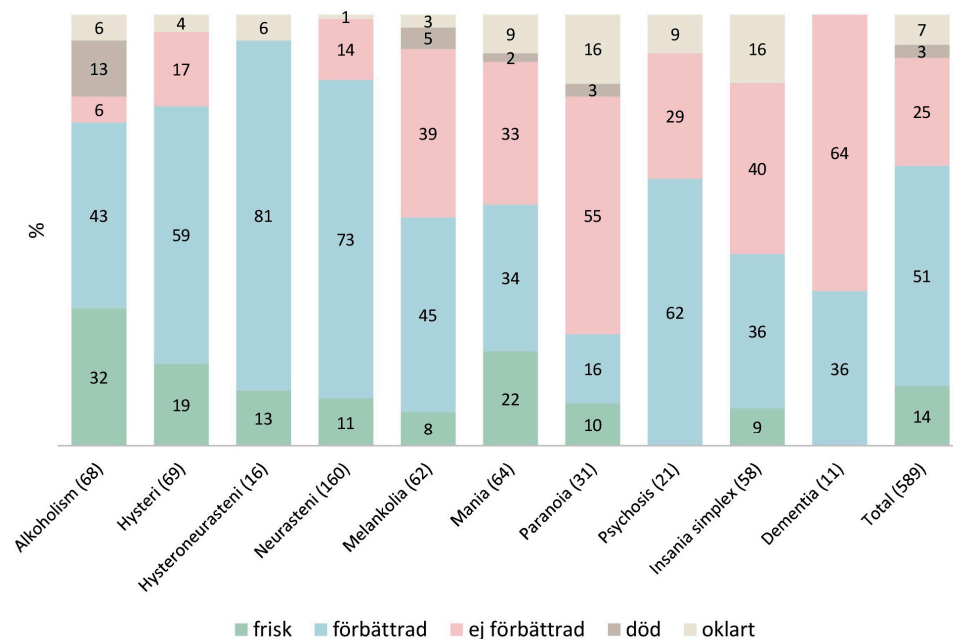


Diagram 3. Utskrivningsstatus utifrån diagnos i Kristianstad

Status vid utskrivningen hos patienter utifrån diagnos, från Kristianstad lasarett, 1896–1905. Antalet vårdtillfällen visas inom parentes. Övriga diagnoser (n=29) är inkluderade i totalen och presenteras i figur 2.

Det förekom anteckningar i journalerna att kommunerna tvistade om vem som skulle betala för vården av patienten, då vissa patienter hade flyttat eller var

kringvandrande. Det stod även ett flertal gånger att patienterna gärna ville ha såväl vård på lasarettet som att senare komma till hospital.

Studie 3

Totalt suiciderade 5,5% (24/435) av de patienter vi fann dödsorsak på, vilket även blir livstidsrisken då vi följde samtliga patienter till deras död. Hängning var den vanligaste metoden, precis som i övriga Sverige. Två patienter suiciderade på sjukhuset eller kort efter vårdtiden. De flesta av dem som tog sitt liv gjorde det de närmaste åren efter kontakten med lasarettet. Efter 1905 vet vi inte om de hade någon mer kontakt med lasarettet i Kristianstad. Av de patienter som slutligen kom till Lunds hospital (92) var det ingen som suiciderade ineliggande och endast två totalt sett efter flera år. Under perioden 1896-1905 skedde 10 av de 24 funna suiciden. Under samma period i Kristianstads län rapporterades totalt sett 297 suicid.

Tabell 8. Självmod och självmodsrisk utifrån diagnos

Diagnoser och livstidssjälvmodsrisk hos patienter som behandlades för psykiska problem vid Kristianstads lasarett, 1896-1905. Diagnoserna är från det sista besöket som gjordes på Kristianstads lasarett under den studerade tiden.

Diagnos	Antalet självmod			Självmodsrisk		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Alkoholism	4		4	7,7		6,6
Hysteri		1	1		2	1,8
Hysteroneurasteni						
Neurasteni	7		7	9,7		6,1
Melankolia	3	1	4	21,4	3,2	8,9
Mania	2	2	4	8,7	10	9,3
Psykosis						
Paranoia	2		2	12,5		8,7
Dementia						
Insaniam simplex	1		1	3,8		2,3
Övriga*	1		1	6,3		4,5
Totalt	20	4	24	8,4	2	5,5

*= apoplexia cerebri, idiotia, katalapsia, generell paralyt, trombos arteria, tumor hemorrhoids, hypokondri, hysteromelancholia, insaniam epileptica and amentia.

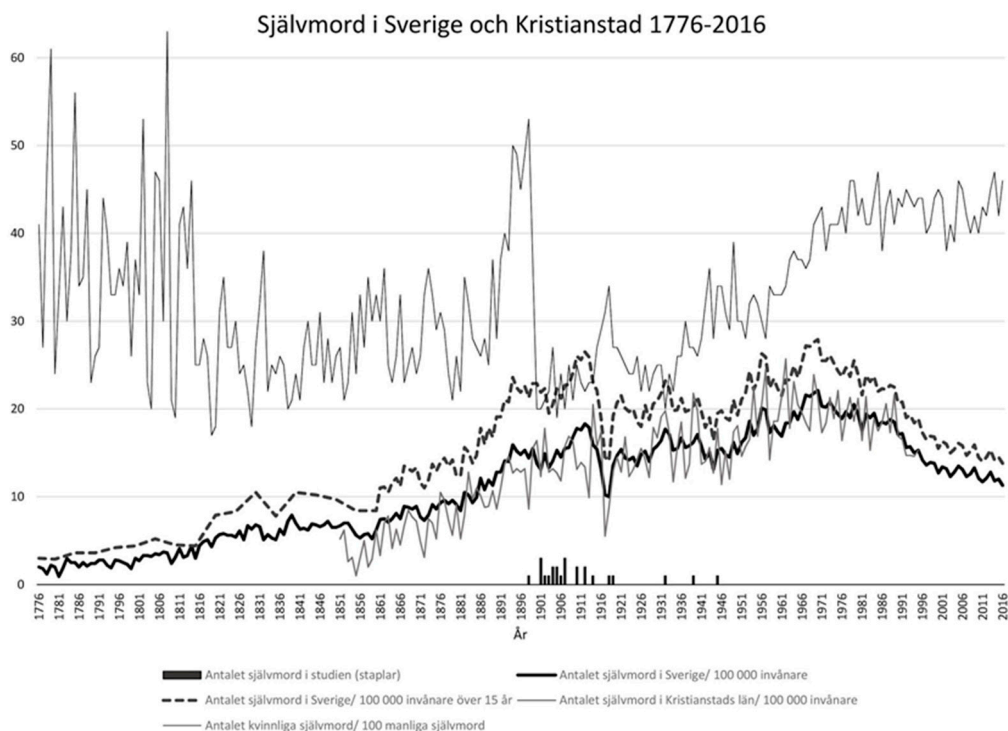
Suicidfrekvensen börjar öka under andra halvan av 1800-talet. Däremot såg vi inte någon skillnad i andelen hängningar vilket är starkt kopplat till säkra suicid. Utifrån populationen var risken för suicid högre vid förra sekelskiftet än vad den är idag. Totalt sett ses nedgångar i samband med alkoholrestriktionslagar, dock bara tillfälliga. Kvinnliga suicid toppar vid förra sekelskiftet, då fosforstickor användes för abort, vilket skapade "falska suicid". Suicidfrekvensen hos kvinnor ökar först efter 1955.

Av de studerade suiciden var 20 män och fyra kvinnor. Högsta risken för suicid hade de med diagnoserna melancholia, mania, paranoia och alkoholism, men även män med diagnosen neurasteni. Neurasteni räknades då som en mildare variant av psykisk sjukdom och diagnosen kvalade inte in till att ansöka om hospitalsvård.

Tittar man på självmordsrisk / 100 000 observationsår hade alkoholisterna högst risk (410) följt av manierna (386).

Diagram 4. Självmord 1776-2016

Diagrammet visar självmordshistorik i Sverige, 1776-2016 samt för Kristianstad 1861-1995. Studiens 24 självmord presenteras som staplar de år de suiciderade.



Medelåldern bland de som suiciderade var 48,2 år och medianålder 43 år (26-80). Fler hantverkare suiciderade, men hade å andra sidan även en rapporterad hög alkoholkonsumtion. På lasarettet blev en del utskrivna då de yppat suicidtankar, med en rekommendation att söka sig till hospitalet i Lund och skaffa vederbörliga intyg dit. Familjen hade det högsta ansvaret för patienten, inte lasarettsläkaren. Hospitalet däremot hade ansvar för suicidprevention.

I materialet fanns 24 fall med diagnos ”okänd” inskriven i kyrkoböckerna. Det stod även ibland under rubriken dödsorsak ”*själfmord, hängning under sinnesrubbing, kristlig begrafning*”.

Studie 4

Av de 180 patienter som initialt hade ansökt om hospitalsvård under åren 1896-1905 kom 76 slutligen till hospitalet. 4 patienter hade varit där tidigare. 12 hade inte fått ett intyg under aktuell vårdtid på lasarettet. Totalt sett kom således 18% (92/503) av patienterna till hospitalet. De som kom till hospitalet tenderade att ha längre vårdtider på lasarettet och utskrevs därifrån i ett sämre skick.

Tabell 9. Väntetider till hospitalet och asylen i Lund

Det var stora skillnader i väntetider från att intyg skaffades till inskrivning skedde vid hospitalet jämfört med asylen.

	n=	medel	median
Hospitalet	100	93±112	52.5 (2-541)
Kvinnor	52	84±108	46.5 (2-541)
Män	48	102±117	58.5 (7-490)
Asylen	21	1110±772	963 (5-3299)
Kvinnor	9	831±608	913 (29-1647)
Män	12	1320±838	1082 (5-3299)

Det var väntetid för att få en plats på hospitalet. Vanligen fick dock de flesta (69 av 100) en plats inom 3 månader. 56 av patienterna överfördes direkt till hospitalet, övriga skrevs först ut och fick sedan själva ta sig dit. Väntetiderna var mycket längre för att få en plats på asylen.

Diagnosen från lasarettet i Kristianstad skiljde sig åt i 50% av fallen mot den som patienterna erhöll i Lund. Oftast ändrades den till någon form av dementia. Ingen patient på asylen fick diagnosen mania.

Det fanns inte någon skillnad i vårdtider mellan män och kvinnor, men ogifta män hade längre vårdtider än ogifta kvinnor och gifta kvinnor hade längre vårdtider än gifta män.

Vårdtiderna på hospitalet var längre än på lasarettet. Kortast vårdtid var det för de patienter som utskrevs som friska eller förbättrade. Vi såg en signifikant skillnad mellan de som utskrevs friska jämfört med de som ej förbättrades eller dog, samt mellan de som förbättrades jämfört med de som inte gjorde det eller dog. Patienter diagnostiserade med dementia eller paranoia hade längst vårdtider.

Tabell 10. Vårdtider vid Lunds hospital och asyl

Vårdtider utifrån vilket tillstånd patienterna skrevs ut i från hospitalet respektive asylen.

	Antal vårdtillfällen	medel	median
Tillstånd vid utskrivningen från hospitalet:			
Frisk	47	446±1696	158 (24-11770)
Förbättrad	25	543±940	211 (48-4370)
Oförbättrad	24	2712±2034	2758,5 (173-7388)
Död	17	1895±2412	948 (5-8761)
Oklar	1	-	-
Tillstånd vid utskrivning från asylen:			
Förbättrad	5	3595±5922	1004 (196-14108)
Oförbättrad	9	5506±2850	6941 (488-8361)
Död	24	2208±1602	1791,5 (84-5664)

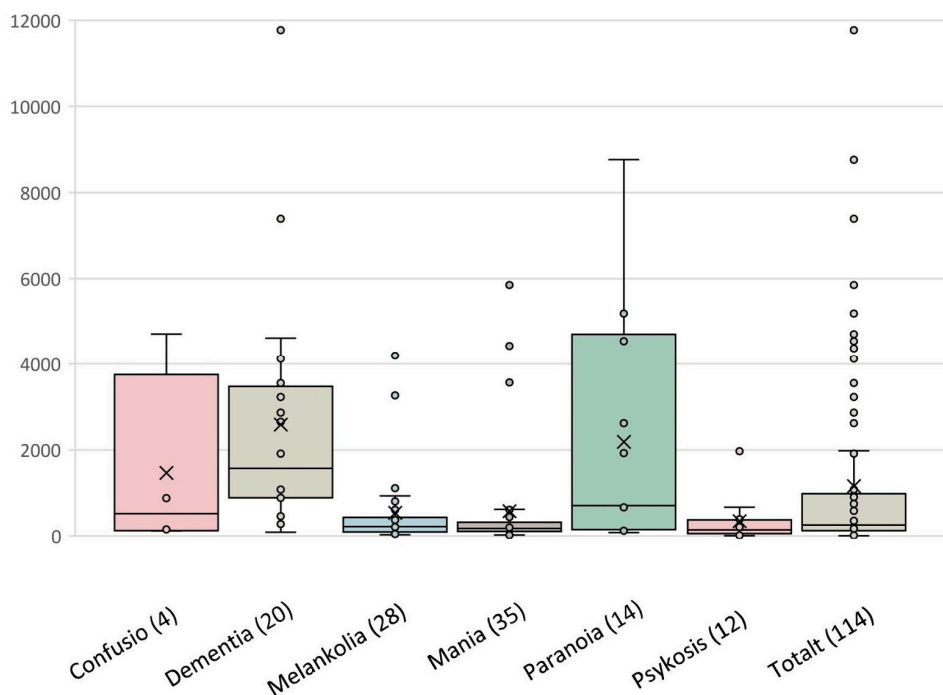


Diagram 5. Vårdtider Lunds hospital utifrån diagnos

Antalet vårdtillfällen presenteras inom parentes.

Det farmakologiska behandlingsutbudet på hospitalet var liknande det på lasarettet. Sederande läkemedel användes mest (41%) samt opiat (31%). Det senare framförallt på melankoliska patienter. De flesta läkemedel trappades successivt upp

i dos. De utsattes om det uppstod biverkningar eller om patienten mådde bättre och inte ansågs behöva någon medicin längre. Ingen stod på någon underhållsbehandling. Patienterna som vårdades på asylen erhöll överlag mindre medicin än de som vårdades på hospitalet.

De flesta på hospitalet hade någon form av arbetsterapi. Ingen tvingades till det, och många ville delta i det dagliga arbetet. Andra former av behandlingar var bland annat långbad, som användes för att lugna oroliga patienter. Ofta hade det en god effekt, och om inte avbröts behandlingen. Patienter som var osnygga eller katatona behövde – och fick – mycket omvårdnad, beträffande såväl personlig hygien som matning. 24 av de 92 patienterna hade någon gång en notering om osnygghet.

Få patienter erhöll någon form av tvångsbehandling. Oftast innebar tvånget att patienten avskärmades i en cell för att inte skada sig eller någon annan, eller att patienten fick ha skyddshandskar av samma orsak. I enstaka fall användes tvångs- eller mufftröja. På asylen var tvångsmedel ännu mer sällsynt.

Många patienter hade varit våldsamma före inskrivningen på hospitalet (39%). Det fanns dock ingen signifikant skillnad i våldsamhet mellan de patienter med sinnessjukintyg som kom till hospitalet och de som inte kom dit. Flera var också våldsamma någon gång under sin sjukdomstid (30%). Detta kunde ta sig uttryck i att de skadade sig själva eller slog på personalen.

Av de 152 studerade vårdtillfällena utskrevs patienterna som friska eller förbättrade i 64% av fallen. Patienter med mani utskrevs ofta som friska eller förbättrade, men de var även de mest våldsamma och ordinerades oftare tvångsbehandling. När patienterna noterats förbättrade i journalen dröjde det i medeltal 17,8 dagar innan de utskrevs. Totalt sett dog 24 av de 92 patienterna på asylen och 17 på hospitalet.

Många patienter var nöjda med sin vårdtid och sin behandling (23%). De som uttryckte ett missnöje med att vara på hospitalet (18%) var framför allt paranoidea eller psykotiska (14 av 17, 82%). Ett stort problem var att det inte fanns tillräckligt med vårdplatser på hospitalet, samt att det inte fanns tillräckligt med kunskap och vårdplatser ute i kommunerna, så att färdigbehandlade patienter kunde skrivas ut och tas hem till sin hemkommun. Detta ledde till en form av ”kohandel” mellan sjukvården och kommunerna. Man bytte helt enkelt patienter för att få någon form av omsättning. Få patienter kom slutligen till asylen, d v s blev kroniker (7%).

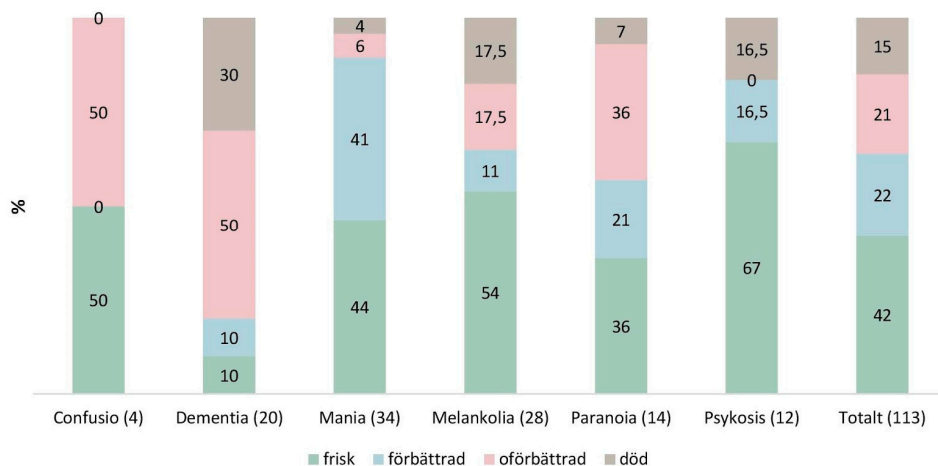


Diagram 6. Utskrivningsstatus utifrån diagnos, Lunds hospital

Status vid utskrivningen från Lunds hospital utifrån diagnos. Antalet vårdtillfällen inom parentes. Data i från en patient med mania saknas.

Diskussion

Metod och källkritik

Styrkor

Styrkan i dessa studier är att vi har material från såväl lasarettet, som hospitalet under tio sammanhängande år, vilket innebär att man kan följa patienternas mående och vård, mer än från ett ställe. Få journaler saknades (hypotetiskt 8 stycken). Materialet omfattar också lättare tillstånd, inte bara de som kom till hospitalet och som var svårast sjuka. Patienter från alla sociala skikt fanns med. Detta gör att vi har ett gediget material över patienter som fick vård på lasarettet i Kristianstad vid denna tid för psykisk sjukdom. Man kan fråga sig hur väl journalerna överensstämde med vad som skedde i verkligheten. Det kan vi aldrig med säkerhet få reda på. Vi vet dock att Dr Hedlund fick beröm för lasarettets skötsel och sin sinnessjukavdelning i inspektörsrapporten från 1901. Den kritik som ska ha framkommit år 1904 har inte kunnat specificeras, men troligen rörde det sig om brist på personal och vårdplatser, vilket Dr Hedlund själv påtalat i sina rapporter. Dr Hedlund verkar även ha varit noggrann och följt de riktlinjer som fanns såväl juridiskt (i sinnessjuk- och i lasarettstadgan) som medicinskt (omvårdnadsrekommendationer och behandling). Hans etik är svårt att uttala sig om även om han omnämns som en hjärtlig person.

Våra resultat från Kristianstad visar att det fanns en god struktur på vården och att flertalet sinnessjuka patienter blev friska eller förbättrade. Vi kan dock inte uttala oss om detta är generaliserbart eller ej. Detta är vad vi vet den första studien som gjorts på ett patientmaterial från ett lokalt lasarett och dess sinnessjuka patienter. Vi har således inget att jämföra med. Dr Hedlund beskrivs på flera håll som en synnerligen kompetent läkare inom flera områden. Vi kan däremot inte veta hur hans behandlingsresultat står sig mot andra, då vi inte har något att jämföra med.

Bortfallet av mortalitetsdata är litet i sammanhanget, sett utifrån ett relativt stort historiskt material. Av 503 patienter återfanns dödsorsak hos 435. Livslängd kunde spåras hos 466 patienter. Även om bortfallet av lasarettsjournaler var 19,5% (115/589) kompletterade data från liggaren. Bortfallet vad gällande behandlingar

(som inte antecknades i liggaren) gör ändå att drygt 80% ges som underlag, vilket ger en representativ bild.

Begränsningar

Det som hade behövts för att ge ytterligare perspektiv på hur det egentligen var, är dagböcker eller brev från de patienter som vårdades på lasarettet i Kristianstad. Endast en sådan berättelse har kunnat återfinnas, och den är skriven av en patient som vårdades för en somatisk åkomma (Fröderberg, 1976).

Den lokala vården av sinnessjuka hade även fått ett vidare perspektiv om man fortsatt att studera provinsialläkarrapporter och stadsläkarrapporter från trakten. Vad vi vet fanns det ingen privatläkare för sinnessjuka i Kristianstad eller i trakten vid denna tiden. Det finns även korta anteckningar bevarade om vilka som vårdats på fattiggården i Kristianstad. Ett flertal patienter hänvisades dit och fick vård där. Studier av dessa skulle också medföra ett vidare perspektiv på de sinnessjukas vård i trakten vid denna tid. Det hade behövts fler empiriska studier för att få svar på frågorna om vården utanför lasarettet och hospitalet, men även fler liknande studier som denna för att kunna få en bild om resultaten är generaliserbara eller ej.

Källkritik

Rent statistiskt har vårt material varit för litet för att kunna dra några stora slutsatser. Tvärvetenskapligt har vi försökt att sätta resultaten i en historisk kontext. Detta såväl ur ett samhälleligt som ett medicinskt och psykiatriskt perspektiv. Då vi har valt att presentera våra data utifrån de historiska diagnoserna blir det en svårt att direkt jämföra våra resultat med studierna från Wales, gjorda av David Healy och hans medarbetare, då de framförallt har valt att presentera sina data utifrån ICD-10 diagnos. Det är dock möjligt att översätta de gamla diagnoserna till ICD, som vi visade i det första arbetet i avhandlingen.

Materialet från Lunds hospital hade ett litet bortfall av vissa patienter. Vi kan inte med säkerhet veta om dessa patienter kom till hospitalet, eller inte. Materialet är även selektivt, då de svårast sjuka patienterna från Kristianstad har studerats. Ska man få en bättre bild av hospitalsvården som helhet, bör man studera ett större och mer sammanhållet material än det vi gjort. Man bör även studera fler orter än bara Lund. Även om hospitalsvården av de sinnessjuka har studerats mer än lasarettens vård, har det inte gjorts så många empiriska studier. Närmast i Sverige är Eva Eggebys avhandling om Daniviken, men den berör tiden före den första hospitalsstadgan.

Vi kan aldrig med säkerhet veta huruvida journalanteckningar m.m. utfördes korrekt, men utifrån kontrollerna från överinspektören fanns inget att anmärka på.

Det fanns ej heller några anmärkningar på rapporteringen av tvångshandlingar, som inskickades varje månad till Medicinalstyrelsen.

En begränsning är att vi inte vet om resultaten från Kristianstads lasarett är representativa för andra ställen i Sverige. Inspektörsrapporterna visar att Kristianstads lasarett ansågs bra, men anteckningar fanns att andra lasarett inte var lika bra (Berge, 2007: 54).

Studie 1

I denna studie utifrån journaler från Kristianstads lasarett mellan 1896 till 1905 fanns det ett flertal likheter med det diagnostiska panoramat av idag. 36 % av patienterna erhöll ett sinnessjukintyg. Dessa var svårt sjuka och hade låga GAF-värden. Diagnostiskt fanns en tydlig diskrepans mellan de som hade en svår psykisk sjukdom (och kunde få ett sinnessjukintyg) och de med en lättare psykisk sjukdom. Förr benämndes grupperna även som "sinnessjukdom" respektive "nervsjukdom/neuroser" (Lütken, 1902: 449ff).

I gruppen med de svårast sjuka, som fick diagnoserna melankolia, mania, paranoia, psykosis och dementia, var det många som fick ett sinnessjukintyg, även om inte alla i slutänden kom till hospitalet. Deras låga GAF-värden talar för att de var svårt sjuka och hade svårt att ta hand om sig själva. Att inte kunna ta vård om sig var ett av kriterierna för att få ansöka om hospitalsvård. Idag används GAF-skattning alltmer sällan i kliniken, men en studie från Norge 2013 visade att nutida patienter med GAF-värden i samma storleksordning som Kristianstadspatienterna för mer än hundra år sedan i allmänhet får tvångsvård (Hustoft et al., 2013).

Våra fynd är i linje med de resultat som Healys forskargrupp fick fram ur sitt material från Wales från 1896 (Healy et al., 2005). Den historiska diagnostiken hade en samstämmighet med dagens ICD-10 system. I vårt material var det ingen patient som fick diagnosen lindrig eller måttlig depression. De som fick en depressionsdiagnos hade djup depression, flertalet även med psykosinslag. Melankoli var jämförbart med svår depression, precis som forskare från Wales fann då de gjorde en liknande studie från ett hospital (Harris et al., 2011). Diagnoserna paranoia, psykosis och insania simplex översattes oftast till en ICD-diagnos med psykossymtom, medan mani inte hade samma tydlighet och transkriberades till såväl depression, psykos som organisk sjukdom. I dagens språkbruk och definition av mani är diagnosen en del av bipolär sjukdom som först beskrevs av Kraepelin och hans efterföljare (Kraepelin, 1916). Att vissa patienter växlade i sitt tillstånd hade dock varit känt långt tidigare och några patienter i vårt material har beskrivits ha "maniokoliska anfall".

Överlag var det få patienter som transkriberades till diagnosen Schizofreni (10%). Detta kan eventuellt förklaras av att lugna patienter med schizofreni vårdades hemma eller inom fattigvården. Det var endast vid försämringar som de kom i kontakt med lasarettet eller hospitalet. Vissa patienter med schizofreni vårdades troligen även på asylen.

Då lasarettsjournalerna var för knapphändiga för att transkribera till en ICD-10 diagnos, kan vi inte direkt jämföra vilka diagnoser patienterna som enbart hade dessa journaler skulle fått. Utifrån dåtidens definitioner av diagnoser och symtom beskrivna i journalerna, skulle man kunna säga att nervsjukdomarna (neurasteni, hysteri och hysteroneurasteni) huvudsakligen var ångestsjukdomar samt att mani och melankoli var affektiva sjukdomar enligt ICD-10 systemet. Denna indelning visar att diagnospanoramat såg liknande ut som dagens ur ett befolkningsperspektiv. Ångestsjukdomar är vanligast, därefter affektiva sjukdomar och på tredje plats missbruk (Wittchen & Jacobi, 2005).

Studerar man hur diagnosnamn har ändrats i texter och litteratur genom Googles sökmotor "ngram" ser man att ordet neurasteni hade en topp mellan förra sekelskiftet och tiden för första världskriget, för att därefter avlösas av ordet neuros, som i sin tur senare avlöstes av "borderline". Neurastenin beskrevs 1869 av en amerikan, George Beard, som initialt menade att det var en utmattning av nervsystemet som gav upphov till flera symtom, såväl somatiska som psykiatriska (Beard, 1869). Ofta hade dessa patienter flertalet somatiska besvär, samt ofta en trötthet, irritabilitet och sömnbesvär. Diagnosen kritiserades redan under slutet av 1880-talet för att vara för bred, ospecifik och överinklusiv (Mantegazza, 1888). Sigmund Freud instämde i att det var en för bred diagnos som även inkluderade patienter med neurotisk ångest, och Freuds ökade popularitet hade troligen en koppling till den minskade användningen av ordet neurasteni (Freud, 1895). Neurosbegreppet i sin tur försvann med DSM III 1980 och ersattes av ångestsjukdomar och personlighetsstörningar (APA, 1987; ngram, 2016; Pietikainen, 2007:5; Townsend II, 1983). De beskrivna symtomen av neurasteni i de kortare lasarettsjournalerna överensstämmer med ångestsjukdomar, personlighets-problematik och neuropsykiatrisk problematik som ADD.

Neurasteni som var den vanligaste diagnosen i vår studie var också den vanligaste diagnosen på Elizabeth General Hospital i London år 1880 (Hankoff, 1991). Neurasteni tillsammans med alkoholism, hysteri, och hysteroneurasteni räknades inte till de svåraste sjukdomarna. Det som talar emot att neurasteni skulle vara en "lätt" diagnos är de suicid som inträffade hos vissa manliga patienter som fick diagnosen senare begick självmord. Man kan undra om dessa patienter egentligen hade en form av depression av en typ som beskrivs hos män med mycket ångest, somatiska besvär och stor suicidrisk. Flera av männen med neurasteni uppvisade en depressiv komponent.

En intressant aspekt av diagnosen neurasteni är att den tros vara en diagnos som kvinnor får (Johannisson, 1994; Taylor, 2001). I vårt material fanns fler män än kvinnor med neurasteni. Nationell statistik från slutet av 1800-talet och början av 1900-talet, visar att kvinnor i städerna oftare fick diagnosen, medan fler män på landsbygden fick den initialt. Detta ändrades successivt så att diagnosen blev vanligare hos kvinnor även på landsbygden (BiSOS 1896-1905). Eventuellt kan detta spegla att diagnosen senare tappade i status. Initialt hade det varit en diagnos hos de högre stånden. Neurastenins orsak ansågs även vara en intellektuell utmattning. Då kvinnorna fick allt större plats i samhället blev diagnosen aktuell även för dessa.

Hysteri var vanligare hos kvinnor. Man kan anta att det som vid förra sekelskiftet kallades hysteri idag kallas ångestsyndrom eller personlighetsstörning. Hysteridiagnosen finns inte längre i ICD-systemet. Alkoholism räckte inte som diagnos för att få ett intyg till sinnessjukhus. Däremot hade 22% av patienterna med psykosdiagnos och ett sinnessjukintyg en komorbiditet med alkoholism. Intressant är att patienter med schizofreni i vår tid har liknande siffror – 24,6 % i USA (Tsai & Rosenheck, 2013) och 25,7% i Australien (Sara, Burgess, Malhi, Whiteford, & Hall, 2014).

Det som framkommer i vår studie är även att flertalet patienter faktiskt inte fick något intyg för sinnessjukvård. Ofta förknippas sinnessjukvård just enbart med hospitalsvård och det är detta som vanligtvis studerats i historiska studier.

Psykiatrisk diagnostik har varit och är omdiskuterad. Många av våra diagnoser har gamla rötter, men deras betydelse har varierat genom åren. Begreppet ”melankoli” som beskrevs av Robert Burton i hans klassiska verk "Anatomy of Melancholy" som först utkom 1621, inkluderade troligen även både ångestsjukdomar och personlighetsproblematik (Burton, 1638). Andra diagnoser som t ex neurasteni går i trender utifrån popularitet för att sedan i stort sett försvinna (Leonhardt, 2002). Innebär detta att psykisk sjukdom ändras genom tiderna eller innebär det att sjukdomarna finns men att vi ordnar in dem i olika fack (Berrios 1999)? Vår studie pekar mot det sistnämnda och att sjukdomsnamn kommer och går. Det som verkar bestå är sjukdomsbeskrivningarna och som helhet verkar sjukdomspanoramat se likadant ut (Berrios, 1996:1). Benämningen på sjukdom och diagnosnamn verkar vara känsliga för tidens trender, men inte beskrivningarna som sådana.

Studie 2

I den andra studien undersökte vi åldern hos patienterna på lasarettet i Kristianstad. 24 % var unga vuxna (under 25 år), vilket indikerar att psykisk sjukdom hos yngre

individer inte är ett nytt fenomen. De fick framför allt diagnoser som neurasteni, hysteri, och hysteronurasteni.

Patienterna hade totalt sett en något lägre medelålder i vår studie (38 år) än från den historiska studie av Healy som utgick från ett hospital (41 år). Samma förhållande fanns för patienter med melankoli (43,3 år resp. 46,5 år) (Harris, Chandran, Chakraborty, & Healy, 2005; Harris et al., 2011; Healy et al., 2001). Den högre medelåldern i detta studiematerial kan delvis förklaras av att 20 % av patienterna med melankoli i Healy's studie var äldre än 75 år (Healy, 2013) medan vi i vår studie endast hade en patient äldre än 75 år.

Det finns en uppfattning om att det framförallt var fattiga som fick sjukhusvård för sina sinnessjukdomar (Freeman, 2010; Myers, 1998; Åman, 1976:202). Detta var inte fallet i vår studie, utan ibland tvärtom. Ibland fick de inte den vård de behövde utan fördes istället till fattigvården.

Det är svårt att finna historisk sociodemografi från Kristianstads distrikt, men yrkesindelningen i denna studie speglar att Kristianstad var en stad med såväl en överklass, inkluderat de militära, som arbetarklass och fattiga. Alkoholism var vanligt hos militärerna, men även hos hantverkarna och de högre ståndsklasserna. En förklaring kan vara att de hade råd att köpa sprit.

Alla socialgrupper fanns representerade i vårt material och precis som i hela den svenska befolkningen var de flesta arbetare (Centralbyrån, 1914: 14-15). Den vanligaste diagnosen bland överklassen var mania, som var ett tillstånd av svår sjukdom med psykotiska symtom. Trots detta, så var patienter ur de högre klasserna inte lika väl representerade i den grupp som erhöll ett intyg för sinnessjukvård på hospital. Patienter med en bättre ekonomi hade ofta bättre förutsättningar att ta hand om sina sjuka familjemedlemmar hemma med en anställd vårdare, och de kunde också bekosta en plats på ett privat vårdhem. Enligt sinnessjuklagen hade familjen det största ansvaret för patienten. Om patienten blev uppvarvad eller våldsam, vilket inte är ovanligt vid mani, var det däremot inte längre möjligt att vårda patienten hemma.

Patienterna i studien var oftare ogifta i jämförelse med den svenska befolkningen denna tid (36,7 resp. 55,5%). Vissa patienter var mycket unga vilket kan ha påverkat resultatet. Om man var gift så var det lättare att få hjälp från familjen om man blev sinnessjuk, och hade man varit sinnessjuk så var det säkert också svårare att finna en partner för giftermål. Det var även juridiskt svårare att få tillstånd att gifta sig om man var sinnessjuk (Flensburg, 1922: 21-34). Liknande resultat ses i Healy's studie där 40% var gifta (Healy et al., 2001).

Sinnessjukintygen var som vi tidigare beskrivit mer detaljerade och inkluderade uppgifter om ärftlighet. Av de som fick ett sinnessjukintyg hade 50,5% någon släkting med psykisk sjukdom eller alkoholsjukdom (40% om det senare

exkluderades). Detta är högre procenttal jämfört med Healy's studie där 29% ansågs ha en ärftlighet (Healy et al., 2001). Andra resultat från samma forskargrupp redovisar att 50% av de med melankoli eller bipolär sjukdom har någon sjuk anhörig, ofta förälder eller syskon (Healy, 2013; Healy et al., 2005)

I sinnessjukintygen fanns även antecknat om det fanns någon utlösande faktor till sjukdomen. Detta redovisades oftast som "okänd orsak", ibland rörde det sig om olika yttre påfrestningar eller om somatisk sjukdom – precis som idag. Andra studier har redovisat orsaker såsom sorg, "problem" (t ex graviditet eller oäkta barn), förlösning, avliden familjemedlem, familjära problem och somatisk sjukdom (Harris et al., 2005; McCarthy, Coleborne, O'Connor, & Knewstubb, 2017; Radhika, Murthy, Sarin, & Jain, 2015). Andelen okända orsaker framgår dock inte i dessa studier. Traditionellt har frånvaron av någon utlösande faktor som står i proportion till symptomens svårighetsgrad och duration varit ett viktigt kriterium för psykisk sjukdom (till skillnad från förståeliga reaktioner på livets svårigheter) (Wakefield, 2010). Orsaksförslagen var även inte den intygsskrivande läkarens egna förslag, utan begreppen fanns förtryckta i intygsmallen. Liknande struktur fanns i Norge (Iversen, 2014). Vi vet inte om Dr Hedlund kände till begreppet "endogen" psykisk sjukdom. Ordet endogen introducerades 1893 och jämfördes snart därpå som "ärftlig" även om konceptet inte var tydligt definierat (Lewis, 1971). Uppdelningen nämndes även av Kraepelin, som delade in de psykiska sjukdomarna i "psykogena" och ärftliga (Kraepelin, 1916). Samma indelning återfinns i Frey Svenssons lärobok från 1907. Där beskrivs psykisk sjukdom ha inre och yttre orsaker. Inre orsaker var ärftlighet och personlighet, yttre var händelse som inträffade före sjukdomens utbrott (Svensson, 1907: 91).

Den behandling som användes, gavs i huvudsak för att lindra och inte med intentionen att bota. De behandlingar som användes var i enlighet med dåtidens läroböcker (Lütken, 1902; Svensson, 1907). Om behandlingen på Kristianstads lasarett kan sägas ha varit representativ även för andra lasarett i Sverige är svårt att säga, då det inte finns några andra studier att tillgå vad vi vet. Det finns dock en antydning om att vissa lasarett mest användes som förvaring, istället för behandling av sinnessjuka patienter (Mayou, 1989). I inspektionsrapporterna fanns även viss kritik riktad mot en del lasarettsvård och behandling av sinnessjuka.

De patienter som hade en svårare sinnessjukdom (såsom melankoli, mani etc) fick mer potenta mediciner såsom sedativa. Anledningen till detta var att de mårde sämre, men också att man gjorde vad man kunde för att minska allvarliga symtom, som självskaletankar, ångest kopplat till självmordstankar samt våldsamhet. Om inte dessa symtom hanterades fanns en stor risk att patienten skadade sig själv eller någon annan, alternativt att tvångsmedel fick tas till.

Intressant nog liknade alkoholavgiftningarna vid denna tid de vi använder idag. Då fick patienterna konjak i ett nedtrappningsschema, samt något att sova på (t ex

kloral) samt extra mat som ägg. Idag använder vi bensodiazepiner i nedtrappning, något sömnmedel samt b-vitaminer (NICE, 2011). Vissa av behandlingarna för sinnessjukdomarna i Kristianstad användes även för somatiska sjukdomar, såsom laxermedel (Fröderberg, 1976). Patienter med diagnoserna neurasteni, hysteri och hysteronurasteni fick oftare behandling med anti-inflammatoriska mediciner och mineraltillskott (som järn och jod). Dessa patienter hade oftare huvudvärk och värk, vilket kan förklara detta. Det kan också förklara varför de fick ”elektricitet” som behandling. Den kan jämföras med dagen TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulator) behandling, vilken har en evidensbaserad effekt på smärta (McWhirter, Carson, & Stone, 2015). Den rekommenderade behandlingen för neurasteni var vila, mediciner och elektricitet (Beard, 1869). Liknande behandling gavs också vid de svenska brunnsorterna (BiSOS, 1898).

Äldre texter i psykiatri tar ofta upp diskussionen om den överdrivna användningen av tvångsmedel (Kraepelin, 1918). Vissa historiska studier stödjer att det var mycket tvångsvård och andra inte (Jönsson, 1998: 197; Qvarsell, 1982: 150; Sjöström, 1992: 167). I L-E Jönssons avhandling nämns det att tvång ofta användes under 1800-talet i Sverige (Jönsson, 1998: 197) medan i Qvarsells studier från 1800-talets första hälft menar författaren att det var sällsynt (Qvarsell, 1982: 150). Skandinaviska läkare under 1800-talet influerades av engelska och franska ”non-restraint”-ideal – d v s så lite tvång som möjligt skulle användas i vården av sinnessjuka (Retterstol, 1973). Den svenska sinnessjukstadgan från 1883 och 1901 betonar att tvång endast får användas i nödfall, men bör undvikas så långt det är möjligt (SFS 1883, 1883). I vår studie var fysiskt tvång sällsynt. Tvångsjacka användes 3 gånger och isolering i cell 5 gånger under 589 inläggningar.

I enlighet med lasaretsstadgan fick patienter lämna lasarettet när de ville. Endast ett fåtal gjorde dock så mot läkarens rekommendation. Detta talar för att patienterna faktiskt inte ville lämna lasarettet innan doktorn rekommenderade det. Detta skiljer således lasaretsöverläkaren från hospitalsöverläkaren, som kunde tvinga patienter att vara kvar mot sin vilja på hospitalet. I denna fråga kommer det även in ett ansvarsperspektiv. Lasaretsläkaren hade inte det psykiatriska ansvaret för patienterna – det hade familjen, vilket också visar sig genom att patienter som yppade självmordstankar blev utskrivna. Hospitalsläkaren hade däremot detta ansvar och tog det fullt ut vad vi kunnat se. Hospitalsläkaren i Lund var dock inte obenägen att skriva ut patienter med ett förtydligande om var ansvaret låg, vilket tyvärr i vårt beskrivna fall slutade med att patienten senare tog livet av sig hemma. Ett syfte med att hindra patienter från att lämna ett sjukhus är ibland just att förhindra deras död, vilket i psykiatrins värld ofta handlar om självmord. Idag har vi möjlighet att skriva ett vårdintyg och omedelbart fatta beslut om att patienten inte får lämna sjukhuset. Detta för att minska suicidrisken. Förr var inte lagstiftningen sådan. Dels var det svårt att akut få komma till ett hospital, som var det enda ställe där en patient kunde tvingas att kvarstanna på. Dels kunde inte lasaretsläkaren

tvunga en patient att stanna kvar trots han såg att det kanske fanns en risk att patienten försämrades i sitt mående vid för tidig utskrivning. Denna fråga togs upp av Dr Jacob Biiström vid psykiatriska föreningens årsmöte 1919 i sitt anförande "Läkarens ställning till självmord och självmordfara", där han lyfter såväl profylaxfrågan som ansvarsfrågan (Ljungberg, 1980: 102).

Ekonomiska aspekter är viktiga att ta hänsyn till i ett historiskt material från en tid där sociala skyddsnät ännu inte fanns. Ekonomiska frågor har varit viktiga för kvalitén på psykiatrisk vård genom historien (Montgomery, 1951: 200), i Sverige men även internationellt (Larsson, 2001; Nenadovic, 2011; Myers, 1998). Det kostade pengar att vårdas på lasarettet. Om patienten inte kunde betala, fick kommunen träda in. Vägrade kommunen detta, hänvisades patienten till fattigvården, där personalen hade sämre kunskap om sjukdomar och tillståndet ofta försämrades. Tvångsvård var här vanligare. (Berge, 2007: 104). Enligt överinspektörsrapporterna hade kommunerna en skyldighet att ordna vård för de sinnessjuka på hemorten. Men detta gjordes inte i den utsträckning som krävdes, vare sig kompetensmässigt eller sett till antalet platser. Att ordna med vård i hemkommunen var dyrare än att skicka patienterna till ett hospital som huvudsakligen bekostades av staten. Detta ledde till stora problem. Hospitalen blev sittandes med ett stort antal patienter som var utskrivningsklara men inte kunde utskrivas, dvs kroniker som ändå behövde vård. Då kunde inte nyinsjuknade patienter tas in från lasarettet, vilket gjorde att de sjuka fick hänvisas till fattiggården (som var i kommunens regi). Patienterna kom till fel vårdnivå på bägge ställena. Det blev en obalans i systemet. Detta har föreslagits vara en av anledningarna till den dramatiska ökningen av psykiatriska slutenvårdsplatser under första halvan av 1900-talet. Det fanns ett uppdämt behov av vårdplatser och när samhället fick mer pengar kunde utbyggnader ske enligt tidigare önskemål om att ta hand om och vårda samhällets invånare (Montgomery, 1951: 86-87, 136). Kommunerna hade ingen anledning att bygga vårdhem för kroniskt sjuka patienter, då de i praktiken kunde ha dem på hospitalen eller asylerna som staten bekostade. Detta medförde så småningom en kohandel med patienter (beskriven i vårt material), där hospitalet vägrade ta in en ny patient om inte kommunen hämtade hem en annan, för att ge plats (Berge, 2007: 99).

Då Kristianstads lasarett granskades av överinspektören för sinnessjukvården i Sverige berömdes Dr Hedlund år 1901. Lasarettet fick inte några anmärkningar kring behandlingen, utan man skrev tvärtom att sinnessjukavdelningen höll en god standard.

De som hade de svåraste diagnoserna hade också de längsta vårdtiderna. Jämfört med vårdtiderna i studien av Healy et al. var dessa mycket kortare på lasarettet i Kristianstad (Healy et al., 2001). En anledning till de korta vårdtiderna kan ha varit bristen på vårdplatser. Endast 7 sängar för sinnessjuka på en befolkning på ca

160 000 i Kristianstads upptagningsområde. En annan förklaring kan vara att patienterna fick betala för sin vård själva. Vården av sinnessjuka på lasarettet i Kristianstad var adekvat och bra för tiden, samt human. Detta var inte alltid fallet för vården på fattighusen. De kritiserades såväl i litteraturen som i vissa inspektionsrapporter. De fick inte någon obligatorisk tillsyn i juridisk bemärkelse förrän 1919 (Berge, 2007: 59). Berge menar även att patienterna blev illa behandlade i hemmen, vilket också nämdes av dåtidens psykiater i inspektionsberättelser och i böcker (Gadelius, 1913; Svensson, 1907).

65% av patienterna skrevs ut som friska eller förbättrade. Detta är något fler än de 55% som anges ha skrivits ut friska eller förbättrade från svenska hospital år 1900 (BiSOS 1902). Denna siffra liknar dock den från det hospital i Wales som hade 53% med alla diagnoser inkluderade och 61% om demens- och organiska diagnoser exkluderades (Healy et al., 2001).

Om man förbättrades eller inte berodde även det på diagnos. 84% av de med neurasteni förbättrades eller blev friska. Detta ligger i linje med originalstudien från 1869 av Beard på 83% (Beard, 1869). Patienter med melankoli skrevs ut friska eller förbättrade i 53% av fallen, vilket stämmer med Walesstudien på 53% (Harris et al., 2011). Alla patienter med någon form av psykosdiagnos hade sämre prognos, precis som i Walesstudien (Healy et al., 2012).

Diskussioner har förts om den psykiatriska vården enbart var en förvaring under slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet. Det intressanta är att de samtida då tyckte att medicinska framsteg hade gjorts och att vården dessförinnan var "förvaring". Vi kan inte utifrån vårt material bedöma om den givna farmakologiska behandlingen hade någon egentlig effekt på patienternas tillfrisknande, men med stor sannolikhet gavs patienterna en optimal miljö att tillfriskna i med vila, mat, avlastning från vardagens stress, möjlighet till sömn – ibland med hjälp av läkemedel, vilket möjliggjorde en naturlig läkning.

Trots att patienterna påverkades med stigmata kring psykisk sjukdom, så valde flera att söka sig till lasarettet, be om hjälp där, och även lotsas vidare för att komma till ett hospital. Även om hospitalen ansågs vara specialisterna på psykisk sjukdom vid denna tiden, gavs en adekvat vård vid lasarettet. Detta berodde på den strukturerade sinnessjukstadgan, som alla läkare kunde läsa och följa, men också på att samtliga läkare utbildade i Sverige fick en obligatorisk psykiatrisk utbildning att stå på. Så även Dr Hedlund, som troligen även var en ambitiös och skicklig läkare. Lasarettet var således ett bra alternativ för psykiatrisk vård då det inte fanns plats på hospitalen.

Studie 3

Patienterna i denna studie vårdades under en tid då suicidfrekvensen var som högst i vårt lands historia. I vårt patientmaterial var suicidrisken 5,5 % under en livstid (24 av 435 patienter med känd dödsorsak). Fördelningen mellan män och kvinnor (4,1:1) liknade den från en brittisk studie från 1880-talet (Thomas & Gunnell, 2010). Två av dessa 24 suicid skedde på avdelningen (0,4%), vilket är så få till antalet att det är svårt att bedöma om det var mycket eller lite. Vi kan dock jämföra med att det inträffade 22 självmord på hospitalen totalt sett under perioden 1896-1905. Under denna tid vårdades det totalt 12 340 individer på våra hospital, vilket resulterar i att 0,2% tog livet av sig under vårdtiden. (BiSOS, 1898-1907). Jämförs detta med aktuella siffror finns det en tysk studie som också visar en suicidrisk på 0,2% bland inneliggande patienter (Rossler, Hewer, Fatkenheuer, & Löffler, 1995). År 2016 i Sverige tog 0,16% av de inneliggande psykiatriska patienter som vårdades frivilligt sitt liv under vårdtiden. Motsvarande siffra inom tvångsvården var 0,11% (IVO, 2018; Socialstyrelsen, 2016b, 2018a).

Till skillnad från moderna data sågs inte någon ökad risk för suicid efter utskrivning i vårt historiska material (Goldacre, Seagroatt, & Hawton, 1993; Hunt et al., 2009; Qin et al., 2006). Precis som idag skedde däremot de flesta suiciden de efterföljande åren efter sjukdomstillfället och vårdtillfället, även om det inte var direkt i anslutning till utskrivningen. Då vi följt samtliga patienter i studien till deras dödsdag kan vi se att de inte tog sitt liv senare.

Det finns få eller inga studier av psykiatriska patienter på allmänna lasarett. En brittisk studie menar att vi har för lite kunskap om andra vårdformer för att kunna dra några slutsatser om hospitalens suicidpreventiva effekter (Shepherd, 2002). Vår studie kan möjligen tolkas som en tendens att självmordspreventionen var effektivare på hospitalet än på det lokala lasarettet. Hospitalen verkar ha varit framgångsrika med suicidprevention även före den farmakologiska eran.

I sken av detta är det intressant att så få slutligen kom till hospitalet (se studie 1). De flesta suiciden vid denna tid utfördes av människor som inte hade haft någon kontakt med sjukvården eller sinnessjukvården. Av de 297 suicid som inträffade i Kristianstads län under åren 1896-1905, fanns endast 10 med i vår studie (3,4%) och endast 2 (0,7%) tog sitt liv under vårdtiden. Detta är i stark kontrast till moderna data. Långt fler har kontakt med sjukvården och den psykiatriska vården. Ungefärliga siffror visar att 40-45 % av de yngre som suiciderar haft kontakt med psykiatri inom samma år som de suiciderar och 20 % av de som är över 65 år. (Socialstyrelsen, 2018b). År 2016 hade 4,2% av den skånska befolkningen över 18 år någon form av pågående kontakt med psykiatri i Skåne (Skåne, 2018). Totalt sett har suicidfrekvensen minskat sedan 1960-talet, men framförallt från 1990-talet

och framåt. En förklaring till detta kan vara utvecklingen av nya läkemedel som till skillnad från äldre läkemedel tas kontinuerligt för att verka preventivt.

Som väntat visade det sig att de affektiva sjukdomarna (mani och melankoli) hade en hög suicidrisk, men det fanns även en betydande risk hos alkoholisterna och hos manliga patienter med neurasteni. Självmondsrisken hos melankoliker var 8,9%. Suicid är oftast en "prematur" död, vilket innebär att ju längre tid vi observerar patienterna, desto fler naturliga dödsfall inträffar. Såvitt vi vet är detta den enda studien i världen som har följt en hel patientgrupp hela vägen till döden. Guze och Robins (1970) extrapolerade sina resultat för affektiva sjukdomar och kom fram till en suicidrisk på 15% för melankoliker (Guze & Robins, 1970), medan Inskip, Harris och Barraclough (1998) (Inskip et al., 1998) hävdar att denna siffra är alldeles för hög och i stället bör ligga på 6 %. Flera faktorer kan påverka dessa resultat, såsom patientselektion och diagnostiska traditioner men även exaktheten i extrapoleringen till ett hypotetiskt dödsdatum.

Det som inte var väntat var att finna en förhöjd suicidrisk hos manliga patienter med diagnosen neurasteni. Idag finns vissa likheter med symtomen för den så kallade manliga depressionen som beskrevs i samband med den s k Gotlandsstudien och som också hade en ökad risk för självmord (Rutz, 2001).

En faktor som genom historien haft en koppling till en ökad självmordsrisk är alkohol (se introduktionen). Under den senare delen av 1800-talet estimerades det att 30% av självmorden i England och 40% i Ryssland hade koppling till alkoholism eller alkoholorus (Mantegazza, 1888: 41). I Sverige vid förra sekelskiftet var motsvarande siffra 28% (Huss, 1907: 10).

Våra resultat med en livstidsrisk för suicid hos alkoholister på 6,6% ligger på samma nivå som andra studier (Schneider, 2009) 8%, (E. C. Harris & Barraclough, 1997)(Harris & Barraclough, 1997) 6%, (Inskip et al., 1998) 7%. Kopplingen mellan alkohol och självmord kan förklara vissa kortvariga nedgångar i den svenska suicidfrequensen. 1855 förbjöds hembränningen i Sverige och självmordsfrekvensen minskade – framförallt hos män. Andelen kvinnliga självmord ökar mycket långsamt ända fram till 1955 då de stiger. Det är då motboken avskaffas och även kvinnor får köpa alkohol (Mäkinen, 2002; Ohlander, 1986). När alkoholkonsumtionen minskade under första världskriget och därefter motboken trädde i kraft 1919, så minskade självmordsfrekvensen ännu en gång. Liknande nedgångar kan ses i Finland under 1920-talet efter deras alkoholbegränsning, samt i USA efter deras förbud (Beauchamp, 1981; Stolinsky, 2001). Liknande fenomen har setts även i det forna Sovjetunionen under Perestrojkan 1985-1990 då kraftiga alkoholrestriktioner infördes och självmordsfrekvensen sjönk tydligt (Wasserman & Varnik, 1998).

Alkoholisterna hade visserligen korta vårdtider på lasarettet, och en god återhämtning, men på sikt förkortades livet för dem (Appelquist M., 2019). Detta konstaterades redan i en skrift från slutet av 1800-talet (Tigerstedt, 1888: 42). Överlag såg vi att patienterna med sinnessjukdom hade en överlevnad som låg i linje med dagens minskade YLL (Years Life Lost) för psykiskt sjuka (Appelquist M., 2019; Walker, McGee, & Druss, 2015). Detta kommer att beskrivas i ett annat arbete.

Idag räknas missbruk som en av de psykiatriska diagnoserna (WHO, 1993). Medikaliseringsprocessen började under andra halvan av 1800-talet med bland annat Dr Magnus Huss bok "alcoholismus chronicus". I vårt material ser vi även en samsjuklighet mellan alkoholism och andra psykiska sjukdomar, framför allt psykosjukdomar. Samsjukligheten var känd redan då och hospitalen och asylerna tog även hand om alkoholisterna i ett kroniskt stadium med en trolig demensutveckling. Uppskattningsvis 9-13% av patienterna som lades in på hospital vid förra sekelskiftet hade varit alkoholister tidigare (Svensson, 1907: 105).

Varför ökade självmordsfrekvensen i Sverige så dramatiskt från 1860-talet och framåt? En förklaring skulle kunna vara att självmorden under tidigare epoker dölles under andra dödsorsaker, t ex olyckshändelser. Ett självmord innebar en betydande stigmatisering för de anhöriga och man ha försökt dölja den verkliga dödsorsaken. Ett tillvägagångssätt som dock är svårt att tvivla på är hängningar. Mellan åren 1781 och 1910 var 52,5% av självmorden hängningar. (Centralbyrån, 1914: 39). För att se om den dramatiska ökningen av självmord under 1800-talets andra hälft var en felmätning eller ej, kan man således studera hur många av dessa som var hängningar, för att se om trenden är annorlunda. Dock var den inte det. Självmordsmetoden hängning är under perioden 1861-1909 förhållandevis konstant runt 45-50%. Detta talar emot att ökningen skulle bero på felrapportering.

Något som skiljer sig markant mot dagens sjukvård är ansvarsfrågan vid suicid. Familjen hade enligt lag det största ansvaret att ta hand om sinnessjuka och därmed skydda dem från att begå självmord (SFS, 1883, 1901a). Om den sinnessjuka blev intagen på ett hospital övergick ansvaret till överläkaren, men inte om de blev intagna på ett lasarett. Detta blev tydligt då överläkaren på Kristianstads lasarett (Dr Hedlund) skrev ut patienter med självmordstankar från lasarettet, och rekommenderade att de skulle söka sig till hospitalet. En av hospitalets huvuduppgifter var att förhindra självmord, vilket också var ett av kriterierna för att bli intagen. Hospitalet hade en bättre och större bemanning än lasarettet (BiSOS, 1903; Hedlund, 1903).

Självmordsrisker verkar ha varit samma då som nu och vi känner igen oss i flera patientfall. Dock är det tydligt att fler patienter får vård idag, jämfört med då. Medikaliseringen av suicid har medfört att även lättare psykisk ohälsa kan stöttas preventivt. Tidigare kallades sådan ohälsa för desperation och förtvivlan, till

skillnad från melankolikern som var förtvivlad utan orsaker. Det föregående medförde en större skuldbörda och även sämre begravning i fall av självmord. Redan Esquirol nämnde komplexiteten i orsaker till suicid och att det sällan finns en ensam orsak.

Studie 4

Vid förra sekelskiftet fanns det ett system uppbyggt för hur patienter med psykisk sjukdom skulle omhändertas av samhället. Systemet hade teoretiskt ambitionen att rätt patient skulle omhändertas på rätt vårdnivå, samt en önskan om att sprida och öka de psykiatriska kunskaperna i samhället. Trots fattigdomen i Sverige var samhället mitt i "La belle époque" (den glada epoken) och tron på vetenskapen hade ersatt mycket av den tidigare religiositeten i samband med sekulariseringen.

En uppfattning som finns är att om man en gång kom in på ett hospital, kom man aldrig därifrån (Mollerhoj, 2008; Nelson, 2014). Det finns dock få empiriska studier av vad som egentligen skedde på hospitalen under 1800-talets andra hälft, då behandlingstanken introduceras av bland andra Dr Sondén (Kiesler, 1982; McGovern, 1986). En studie från Danvikens hospital under första hälften av 1800-talet visar även den på korta vårdtider (Eggeby, 1996: 154-159).

Att patienter stannade hela livet på mentalsjukhus stöds inte av denna studie och andra studier visar också att över 50% skrevs ut inom ett år (Wright, 1997). I vår studie skrevs 64% ut som friska eller förbättrade, vilket var jämförbart med de 65% från lasarettet. Att fler än hälften förbättras har även beskrivits av andra; 61% (Harris et al., 2011); 58% (McGovern, 1986) och i en äldre studie från 1904 51.4% (Rawes, 1904). I jämförelse med våra resultat låg patienterna från Wales kvar längre tid på hospitalet trots att de var förbättrade (Harris et al., 2011).

Enligt den nationella statistiken från samtiden skrevs de flesta patienter ut inom 6 månader (BiSOS, 1902). Det var tydligt att patienter som förbättrades och blev friska utskrevs så snart det var möjligt och mediantiden för de som utskrevs såsom "friska" var 158 dagar. Detta var något längre än resultat från journalstudierna från Wales från samma tid (122 dagar) (Harris et al., 2011). De gamla beskrivningarna att det tar ca 6 månader för en melankoli att läka överensstämmer med såväl våra resultat (median 222 dagar) som med studien från Wales (217 dagar) (Healy, 2013).

Jämfört med lasarettet i Kristianstad hade hospitalet längre vårdtider. Det var dock få eller ingen med de mindre svåra nervsjukdomarna som neurasteni, hysteri eller alkoholism som kom till hospitalet. Det var dessa sjukdomar som oftast hade de kortare vårdtiderna, även på lasarettet. Vi ser samma mönster i dagens psykiatriska vård. Ångestsjukdomarna (F4 enligt ICD-10 systemet) har en medelvårdtid på 9,32

dagar, medan schizofreni (F20 i ICD-10) har 67,8 dagar och bipolära sjukdomar (F31 i ICD-10) 27,59 dagar. Dagens term ”depression” inkluderar såväl de lättare som svårare formerna och därför är det svårt att jämföra med dåtidens melankoli, som innebar en djup depression – ofta med psykosinslag (Socialstyrelsen, 2016b; WHO, 1993).

Patienter som då fick diagnosen mania hade i vår studie mer mediciner och mer tvångsvård. De hade även kortare vårdtider och blev oftare återställda – precis som i en av studierna från Wales (Harris, Chandran, Chakraborty, & Healy, 2005).

På hospitalet, liksom på lasarettet, använde man mediciner och följde dåtidens rekommendationer (Svensson, 1907: 118-120). Moderna farmaka idag kan ha en preventiv effekt mot bland annat psykosor och depressioner. Det hade inte medicinerna vid förra sekelskiftet. Deras lugnande och sederande effekter hade troligen ändå en viktig effekt i vården, inte minst på de allra sjukaste, för att minska våldsamhet. Uppfattningen att äldre läkemedel inte fungerade stöds inte av denna studie, vilket är i linje med en annan studie (Healy, 2000).

Övervakningsavdelningarna och den initialt passiviserande behandlingen har bedömts och kritiserats hårt i modern tid. Då följde den dåtidens rekommendationer och ”beprovad erfarenhet” och var ett inslag i att göra sinnessjukvården mer lik den somatiska vården och mer human. (Åman, 1976: 306). Vad som uppfattats som rätt och fel har förändrats med tiden och offerrollen är ofta byggd på fördomar. (Björkman, 2001: 91-92). Det är för många svårt att idag förstå hur det var att vårda och ta hand om svårt psykiskt sjuka förr, innan moderna och mer potenta psykofarmaka. Eller ens att förstå hur en människa ter sig i ett svårt psykiskt sjukdomstillstånd. Gunnel Svedberg har intervjuat sjuksköterskor som arbetade före de moderna läkemedlen kom i mitten av 1900-talet. Vissa berättade att det inte alltid var lätt att vårda de svårast sjuka (tex maniker) och ge dem långbad, men att många patienter blev lugnare efteråt (Retterstol, 1973; Svedberg, 2000).

Enligt vår studie verkar läkarna ha följt dåtidens behandlingsrekommendationer och föreskrifter på ett humant sätt, för att hjälpa patienterna och minska deras besvär. Frey Svensson – överläkare och professor i början av 1900-talet, betonade att läkaren inte botade patienten, det gjorde naturen. Men läkaren kunde lindra symtomen (Svensson, 1904: 18). Omsorgen från vårdpersonalen ska inte heller underskattas. Att patienterna under sin vårdtid på hospitalet fick serverat mat regelbundet, en egen säng att sova i, rent och snyggt omkring sig i uppvärmda lokaler och tillgång till bad med varmvatten, minskade troligen stressen och kraven från samhället och möjliggjorde en återhämtning. Arbetsförmågan kunde sedan tränas upp inom hospitalets gränser. Utifrån dåtidens fattiga samhälle var det troligen en hög standard på hospitalet. Klasskillnaderna på avdelningarna speglade även det dåtida samhället. Idag är det lätt att glömma bort att klassindelningarna på tagen försvann först 1956 och du-reformen infördes 1968 (Tåg, 2019).

Omvårdnadsmässigt kan man vända på frågan – vad var alternativet för dessa patienter i dåtidens samhälle? Vård i hemmet eller på fattiggården? Något av detta hade ofta provats, men inte fallit väl ut. Antalet vanvårdade i hemmet var vid denna tid fler än antalet vanvårdade på hospitalen enligt dåtidens inspektionsrapporter.

De stora problemen vid denna tiden var dels platsbristen, dels brist på stabil och kompetent personal. År 1903 hade svenska hospital 5016 vårdplatser och 1441 stod på kö för att få komma till (BiSOS, 1905). Likt samtida rapporter och böcker visar vårt material att det var långa väntetider, vilket stödjer teorin om att det vid tiden fanns för få vårdplatser på svenska hospital. Även Dr Hedlund klagade över att patienterna fick vänta på lasarettet. Utöver detta kom endast runt hälften av de med ett sinnessjukintyg slutligen till hospital. Detta medförde att patienter vårdades på andra institutioner såsom fattighuset, vilket inte gav samma kvalitet på vården (Gadelius, 1900:11). Problemet var inte unikt för Sverige. Även om vi inte stött på direkta överbeläggningar, så medförde platsbristen att patienter inte kom till vården och att det blev felprioriteringar i systemet. På andra ställen medförde istället söktrycket att överfulla hospital med dubbelt så många patienter som de var avsedda för, inte kunde erbjuda patienterna den bästa vården (Wright, 1997).

Det var inte lätt att få en plats på ett hospital. Detta kan ha berott på att patienterna vårdades en längre tid på hospitalen jämfört med lasarett. Det var viktigt att bli utskriven så gott som frisk, för det var svårt att få en plats igen och vid utskrivningen var det viktigt att kunna vara så pass återställd att man kunde gå tillbaka och arbeta igen. Den allmänna sjukförsäkringen infördes först 1955 (Uddenberg, 2015: 21). Väntetiderna för våra patienter var ungefär som genomsnittet i Sverige vid denna tiden. Ungefär en tredjedel (32%) av patienterna kom till hospitalet inom en månad efter det att intygen hade skrivits. Ytterligare 21% under de nästföljande två månaderna och 40% inom 6-12 månader, vilket var fler än i vår studie (BiSOS, 1903). Internationellt rapporterades det också om långa väntetider, vilket innebär att det inte fanns tillräckligt med vårdplatser där heller (McGovern, 1986).

Patienterna hade en viss möjlighet att påverka sin vård. Att patienterna var passiva offer kan inte styrkas (Mc Govern, 1986). Patienterna fick kvarstanna längre tid om de så ville och familjen kunde också ta hem en anhörig om de även övertog ansvaret från läkaren på hospitalet, som annars hade patientansvaret. Det är svårt att veta hur det var i de enskilda fallen, men materialet och det som skrevs vittnar om en välvilja hos läkarna, till skillnad från vissa uppfattningar såväl då som nu (Nyström, 1895; Szasz, 1989).

Patienter med bäst prognos hade redan tagits omhand av lasarettet och där blivit friska eller förbättrade, men av de som kom till hospitalet blev ytterligare 64% friska eller förbättrade efter en relativt sett kort vårdtid. De låg inte heller kvar särskilt länge efter att förbättring hade infunnit sig. Detta är i stark kontrast till uppfattningar om att hospitalen var en plats dit man skickade olyckliga människor som

vanvårdades och inte kom hem igen (Foucault, 1973: 49). Trots inklusionskriteriet våldsamhet, verkade detta inte spela någon större roll vid selekteringen av patienter till hospitalet. Eggeby konstaterar i sin studie om intagningen på Danviken att det som påverkade om man intogs eller ej var förekomst av sinnessjukdom (Eggeby, 1996: 248).

De som inte förbättrades, trots lång tids vård på hospitalet, bedömdes vara kroniskt sjuka och således obotbara. Dessa överfördes så småningom till asylen. Detta kan förklara att deras vårdtider blev långa på hospitalet, då det även var långa väntetider för att få vård på asylen. Vissa patienter bedömdes inte klara sig själva och då kommunerna inte kunde erbjuda en fullgod vård fick patienterna överföras till asylen. Alternativet till detta var att komma till fattighuset. Medicinalstyrelsen klagade 1910 över att fattighusen hade mer laglig rätt att använda fysiskt tvång mot sinnessjuka och att detta inte var bra (Berge, 2007:104). Fattighusen hade inte samma behandlingsmöjlighet. I sin helhet fanns det ett stort systemfel i vården av de sinnessjuka. Bristen på omvårdnadsplatser för de kroniskt sjuka i kommunerna medförde att dessa patienter låg kvar på hospitalen, varpå de svårast sjuka inte gavs plats där utan fick vårdas inom kommunens fattigvård eller på lasarettet. Troligen bidrog detta till en felaktig bild av hospitalen, då deras intention var och hade varit annorlunda än vad systemet senare möjliggjorde.

Min tolkning är att man var mån om att patienterna skulle få den vård de behövde. Det var svårt för överläkaren att skriva ut patienter till tomma intet. De som ansågs obotbara hade långa vårdtider och kan liknas vid de patienter som idag får vård på äldreboenden, demensboenden, boenden för kroniskt psykiskt sjuka såsom schizofrena etc.

Patientjournaler kan ibland vara svåra att förstå för de utan erfarenhet av psykiatrisk vård (McCarthy, Coleborne, O'Connor, & Knewstubb, 2017). Det är viktigt att förstå i vilken utsträckning en psykiskt sjuk person kan förändra sitt beteende. Psykotiska patienter kan skada sig själva på hemska sätt. I vårt material illustreras detta bland annat med en självstympning av penis och en patient som skar upp sin mage. De sår som uppkom av dessa skador var livshotande i en tid före antibiotikan. Således kunde exempelvis vantar vara livräddande, för att förhindra att patienter skadade sig under sjukdomens värsta perioder. Det var säkerligen också en balans mellan användandet av tvångsåtgärder och hur mycket våldsamheter som personalen kunde stå ut med. Det kunde lätt bli onda cirklar där personal slutade p g a våldet och färre i personalen medförde ökat användande av tvångsvård. Det kan inte ha varit lätt att vårda dessa patienter under de förhållanden som rådde då och före den moderna medicinska eran (Svedberg, 2000; 2011).

När det gäller isolering av patienter var detta – då som nu – ett tvångsmedel som kritiserades för att vara för strängt. Detta tvångsmedel användes mest på fattighusen

utan någon som helst kontroll. Bristen på personal och kunskap där ökade också behovet av att isolera vissa personer (Berge, 2007:68-70).

Ett av problemen på hospitalen och asylerna vid förra sekelskiftet var den höga omsättningen på personal. Detta föranledde också mer tvångsvård (BiSOS, 1905). Det är ett välkänt fenomen att människors oro och ångest minskar när de är trygga med personer omkring sig som de litar på. Många som arbetade som vårdare var unga och oerfarna. Detta medförde att man 1905 började med lokala utbildningar för personalen i Lund. Små informationshäften trycktes och den första läroboken kom 1907 (BiSOS, 1907; Scholtz, 1899; Schultheis, 1906; Svensson, 1907).

Vissa har antytt att tvångsmedel och isolering kännetecknade hospitalsvården under den studerade tiden (Retterstol, 1973), men rekommendationerna var att så lite tvång som möjligt skulle användas (SFS 1883, 1901). I vårt material från hospitalet förekom det förhållandevis lite tvångsåtgärder. Detta visades även i studien från Wales (Healy, 2001; Healy, 2014). Vi kan inte veta säkert om fysiskt tvång utfördes på hospitalen utan att det antecknades, men det fanns även här ett kontrollsystem. Samma sak gäller egentligen idag. Då som nu måste tvång inom psykiatri dokumenteras och kontrolleras. Enligt vår studie användes förhållandevis lite tvångsvård utifrån hur våldsamma patienterna var, även mot personalen. Detta kan dock tänkas ha varit en anledning till den höga personalomsättningen. Det är viktigt att förstå att psykiskt sjuka kan bli våldsamma, framför allt om de har psykotiska symtom som vanföreställningar eller paranoia. Detta innebär inte att alla patienter med psykisk sjukdom *är* våldsamma eller farliga. Överinspektören för sinnessjukvården 1903 klagade över att patienter och deras anhöriga ansökte om hospitalsvård för sent i sjukdomsförloppet, då patienterna hade blivit våldsamma. Han rekommenderade att man skulle söka professionell vård i ett tidigare skede för att undvika våldsamheter. Återigen fanns ett behov av att öka kunskapen om psykisk sjukdom (BiSOS, 1905).

Lunds hospital hade inte några direkta anmärkningar vid inspektionerna från överinspektören för sinnessjukvården, som genomfördes årligen. Dr Ödman var även känd för sin godhet (Familjebok, 1922; Harding, 1975a).

För 15% av patienterna och vid 14% av vårdtillfällena användes någon form av tvångsvård, vilket är lägre än vad det är idag. Tvångsingrepp under tvångsvård används ibland ännu idag, trots moderna farmaka. Under 2016 användes tvångsingrepp (fastspänning eller isolering) hos 21% (2332/11 298) av patienterna med tvångsvård (SFS, 1991) på psykiatriska kliniker i Sverige och i 38% av vårdtillfällena (6773/ 17 750) (Socialstyrelsen, 2016a, 2016c).

Studierna av hospitalsjournalerna ligger resultatmässigt i linje med resultaten från lasarettet i Kristianstad. De flesta blev faktiskt förbättrade eller friska och det fanns behandlingar att tillgå. Hospitalet hade dock längre vårdtider. Hospitalet stod även

för samlandet och spridningen av kunskap i psykiatri och om psykiska sjukdomar. Detta var också bakgrunden en gång i tiden, då det fattades beslut om att centralisera vården (tillsammans med ett sparbeting).

Generell diskussion

//...det fanns en vilja att bota, eller åtminstone få ut folk från hospitalen. Problemet med att förkasta antagandet om en genuin sådan vilja hos läkarna blir att det måste konstrueras en gigantisk konspirationshypotes, och att alla skrifter, utredningar och rapporter som producerades under denna period måste avfärdas som oväsentliga (Larsson, 2001: 521)

Larsson syftar på inslag i det system som beskrivs i introduktionen. En konsekvent ordning för hur psykiatrisk vård skulle bedrivas initierades till stor del i och med vår första sinnessjukstadga från 1858, samt den obligatoriska psykiatriutbildningen för svenskutbildade läkare året efter. Sinnessjukstadgan förtydligade att patienterna skulle bemötas på ett bra sätt och att så lite tvångsvård som möjligt skulle användas. Stadgan strukturerade även hur journaler skulle skrivas samt vilka patienter som skulle prioriteras. Läkarna hittade således inte på själva hur de skulle skriva i journalerna utan det var delvis styrt. Enligt stadgan var målet att ge rätt patienter en så god vård att så många som möjligt tillfrisknade. Staten byggde successivt fler anstalter, för att möjliggöra denna vård till fler. Systemet kontrollerades dels genom att läkarna skulle skicka in årsrapporter, men senare även av en årlig extern granskning av överinspektören för sinnessjukvården. Denna granskning var framförallt för kontrollen av tvångsvård och intagandet på anstalt. Det fanns även ett system för utbildning i psykiatri för läkare och så småningom senare även för övrig personal och informationsböcker till vårdinrättningar. Man inhämtade även kunskaper och erfarenheter från andra länder för att utveckla det svenska systemet. Omsorgen och rapporteringen om de sinnessjuka innefattade senare även lasarett och provinsialläkarna. Det utvecklades successivt ett genomtänkt system om hur man på bästa sätt skulle hjälpa och vårda sinnessjuka i samhället.

Det finns dock en skillnad mellan att vilja förändra och utveckla och att göra det i praktiken (Jönsson, 2001: 540). I våra studier avspeglas systemet i praktiken och det verkade i det stora hela fungera. Det som påverkade var en brist på vårdplatser på hospitalen, som i sin tur alltmer förklarades med att kommunerna inte tog hem sina patienter till andra vårdalternativ, då de var färdigbehandlade och konstaterades vara obotbara, d v s kroniskt sjuka. Detta medförde i sin tur en belastning på lasarettet och vården utanför hospitalen som fick ta hand om svårt sjuka patienter som skulle överförts till hospitalen där resurserna och kunskapen fanns. Trots detta verkar vården av de sinnessjuka fungerat bra utifrån förutsättningarna i Kristianstad.

Patienter kom från samtliga samhällsklasser. Flertalet blev friska eller förbättrade och Dr Hedlund verkade följa de riktlinjer om sinnessjukvård som fanns vid denna tiden – såväl juridiskt som medicinskt. En orsak till detta kan ha varit att psykiatri ingick som obligatoriskt ämne under läkarutbildningen, med praktik. Vårdtiderna var korta och patienterna kunde skriva ut sig själva om de ville, vilket få gjorde. Dr Hedlund kämpade även för att de sinnessjuka i Kristianstad skulle få större möjlighet till vård, vilket resulterade i uppförandet av en upptagningsanstalt med 42 vårdplatser 1909.

De patienter som kom till Lunds hospital eller asyl, verkar också omhändertagits enligt dåtidens normer och regler. Även här blev de flesta friska eller förbättrade och dessa patienter hade relativt sett korta vårdtider. Detta talar emot att hospitalen ”läste in folk” under en livstid. Faktum var att fler vill komma till hospitalen än vad som fanns plats till. De patienter som hade långa vårdförlopp hade bedömts som obotbara, dvs kroniskt sjuka med ett vårdbehov och flertalet kvarstannade då det inte fanns möjlighet att ordna med vård i hemmet eller i kommunen (fattigvård). Hospitalen var även en instans för suicidprevention.

Att patienter for illa utanför hospitalen och att det inte fanns tillräckligt med vårdplatser i kommunerna kan vara en del av förklaringen till att antalet vårdplatser inom psykiatri ökade markant under 1900-talet då samhället också fick mer resurser till att bygga ut den psykiatriska vården (Berge, 2007:53-54). Samtidigt medförde 1929 års sinnessjukstadga rätten till frivillig inläggning.

Lagtexter och läroböcker var normativa. Kan vi då veta hur och om dessa system implementerades? Årsrapporterna och senare inspektörsrapporterna ger en vink om detta. Då som nu var inte alternativet att skriva att allt var bra. För att kunna äska pengar till ytterligare förbättringar måste man skriva att förbättringar måste ske (Larsson, 2001: 523). Rapporterna visar på en strävan att ge så många patienter som möjligt en god vård, men att omständigheter runt omkring som vårdplatsbrist, personalbrist, kunskapsbrist och fördomar försvårade arbetet. Patienterna hade en möjlighet redan då att klaga och överklaga vården, men få gjorde detta.

Vi kan inte veta hur patienterna behandlades i varje enskilt fall. Studerar man dagböcker, brev etc så kan man få en mer personlig bild av hur den enskilde patienten upplevde det. Till saken hör även se att det i de enskilda ärendena finns olika synsätt kring vad som är rätt och fel. Detta kan även skilja sig om man ser på saken ur ett medicinskt-, juridiskt- eller etiskt perspektiv. Inspektörsrapporterna var i och för sig utformade så att man skulle följa sinnessjukstadgan (juridiskt), samt följa behandlingsprinciper (medicinskt) och tvångsvård samt enligt stadgan ett bra bemötande (etiskt).

Omvänt kan man ställa sig frågan – vad mer skulle de gjort? Om inte eldsjälarna som kämpade för att psykiatrisk vård skulle bli bättre, hur skulle det då sett ut? Vad

skulle vara alternativet till vård på ett lasarett eller hospital. Enligt inspektörsrapporterna var vården i vissa hem och på fattiggårdar definitivt inte bättre (Berge, 2007: 79-81).

Disciplinering och civilisering

Bakom olika uppfattningar om den psykiatriska vården kan man urskilja två teoretiska huvudlinjer. Å ena sidan finns synsättet att hospitalen främst var en instans för korrigerande, maktutövning och straff där läkaren nyttjade patienterna för att höja sin egen ställning inom sjukvården och höja statusen på sinnessjukvården. Jonas Larsson kallar detta för den disciplineringssteoretiska ansatsen – och den är starkt påverkad av den franske filosofen Michel Foucaults negativa uppfattning om psykiatri.

Den andra utgångspunkten – den civilisationssteoretiska ansatsen – innebär att hospitalen ses som en genuint vårdgivande instans med syfte att hjälpa patienterna på ett humant sätt (Larsson, 2001).

Enligt våra studier var det fler patienter som ville få vård på hospitalen än som fick det och överläkaren ville även fullfölja uppdraget från sinnessjukstadgan att ge fler patienter möjlighet till behövlig vård och därmed skriva ut patienterna så fort de tillfrisknat eller konstaterats ”obotliga” d v s i behov av annan vård. Dock fanns inte förutsättningarna att ge patienterna denna vård i hemkommunerna och överläkaren ville inte skriva ut patienter till ett inadekvat omhändertagande.

Med tanke på antalet patienter och antalet vårdare var en struktur på hospitalen troligen nödvändig. En ostrukturerad miljö hade inte varit en god vårdmiljö. Ibland kan indelningen i ”vårdklasser” ses som ett maktutövande på de gamla mentalsjukhusen, men till saken hör att samhället utanför sjukhuset också såg ut så: det var hierarkiskt. Först 1956 försvann indelningen av svenska tågpassagerare i tre klasser och vad gäller jämställdhetsprinciper infördes du-reformen 1968.

Den andra teorin – *civiliseringsteorin* – menade att hospitalen var en instans för att hjälpa personer på ett humant sätt (Larsson, 2001).

Det humana synsättet genomsyrar såväl sinnessjukstadgan som läroböcker och rapporter. Men vår studie visar att det också var aktuellt i praxis och stödjer därmed den civilisationssteoretiska ansatsen. Det fanns en tydlig vilja att hjälpa och stötta patienter med psykisk sjukdom, inte straffa och kontrollera som disciplineringssteorin menar. Vi kan inte veta exakt hur patienterna såg på saken, men flertalet lät sig vårdas flera gånger, vilket nog hade varit otänkbart om de sett vården som inhuman och att de samtidigt fick betala för den på lasarettet. Få patienter verkar ha klagat på vården och få patienter skrev ut sig mot läkarens rekommendation.

Vi vet att antalet läkare inom psykiatrin inte var stort i Sverige under 1800-talet. Mot denna bakgrund är det intressant att konstatera hur mycket de faktiskt lyckades driva igenom för att förbättra vården för utsatta och sinnessjuka.

Vår studie visar att lasarettet var ett bra alternativ till hospitalet för de sinnessjuka, dels innan de skrevs in på det sistnämnda och dels även för dem som aldrig kom dit. Alternativet skulle i mångt om mycket varit fattigvården, som inte hade så mycket vård att erbjuda. Våra resultat går i linje med vad som är skrivet vid denna tiden, men vi kan inte med säkerhet veta hur det var på andra lasarett, då inga andra liknande studier har gjorts. Dr Hedlund i Kristianstad var kanske ovanligt duktig och engagerad? Vi kan inte heller generalisera våra resultat från hospitalet, då vårt patientmaterial är selekterat från Kristianstad. Det behövs således fler liknande empiriska studier av psykiatrisk vård för att kunna ge en mer fullständig bild av läget.

Konklusion och framtidsperspektiv

Plus ça change, plus c'est la même chose. (Ju mer saker och ting förändras, desto mer förblir de som de var.) (*J-B. A. Karr 1808-1890*)

Diagnospanoramat hos patienter med psykisk sjukdom, som vårdades vid lasarettet i Kristianstad 1896-1905, hade en liknande fördelning som psykisk sjukdom i dag. Motsvarande ångestsjukdomar var vanligast, affektiva tillstånd och missbruksproblematik följde därefter. Patienterna som ansökte om hospitalsvård (36%) var mycket sjuka (GAF medel 29). Diagnostiken var annorlunda, men tydlig för att skilja de svårast sjuka från de med lättare sjukdom. Diagnoserna har ändrats genom åren men symtomen och hur de beskrivits har varit relativt sätt oförändrade.

Patienterna som vårdades på lasarettet i Kristianstad kom från samtliga sociala grupper. De flesta patienter var i medelåldern, men 24% var under 25 år. Den behandling som gavs på lasarettet följde tidens rekommendationer och tvångsvård var mycket ovanligt. Brom var den vanligaste medicinen på lasarettet i Kristianstad. De med svårare sjukdom (te x mania, melankolia, paranoia, dementia) hade längst vårdtid på lasarettet och sämst prognos. Totalt sett blev de flesta friska eller förbättrade efter en relativt sett kort vårdtid. Lasarettet var ett bra alternativ för vård när det rädde platsbrist på hospitalet i Lund.

Av de patienter vi fann dödsorsak på begick 5,5% självmord under sin livstid. De flesta suiciderade åren efter vårdtillfället, men inte i direkt anslutning till inläggningen. Självmordsrisken var högst hos patienter med melankolia, mania och paranoia, men även hos alkoholister och manliga neurasteniker.

Totalt sett var det runt hälften av de patienter som ansökt om hospitalsvård som slutligen kom till hospitalet i Lund eller asylen. Det var brist på vårdplatser. Den behandling som gavs på hospitalet följde också dåtidens rekommendationer. De flesta blev friska eller förbättrade och av dessa var medelvårdtiden cirka sex månader. De som inte förbättrades och bedömdes ha en kronisk sjukdom hade längre vårdtider. Många var nöjda med sin behandling på hospitalet. Asylen var mer ett vårdboende för kroniker, där flertalet levde till sin död.

Många har en uppfattning om psykiatrins historia såsom mörk, inhuman och kontrollerande. Denna bild styrks inte av dessa studier. Utifrån de begränsade resurser som sjukvården hade vid denna tid, inklusive sinnessjukvården, visar vår

studie att den vård som gavs var adekvat och human utifrån förutsättningarna. Alternativet att vårdas i hemmet eller inom fattigvården var ofta inte ett bättre alternativ för de svårt sinnessjuka. Hospitalen hade en suicidpreventiv funktion, men flertalet patienter som suiciderade hade inte haft någon kontakt med lasarettet eller hospitalet.

Våra studier visar att såväl lasarettet i Kristianstad som hospitalet i Lund erbjöd en vård som följde dåtidens riktlinjer. Dock fanns det olika problem som försvårade möjligheterna att ge en god vård. Vårdplatsbrist, personalbrist, läkarbrist, brist på kunskaper och brist på pengar för att förbättra och bygga ut lokaler. Ekonomiska faktorer påverkade medicinska ideal. Detta är faktorer som fortfarande anses som problematiska idag. Det fanns även en brist på psykiatrisk kunskap och en alternativ vård hos kommunerna. Överlag betonades utbildning som en nyckel för att förbättra vården för de sinnessjuka. Utbildningen skulle inte bara vara för läkare inom sinnessjukvården, utan för sköterskor, skötare och även de inom andra vårdinstanser som träffade sinnessjuka. Även här ser vi likheter med dagens problematik, där utbildningstiden i psykiatri har dragits ner för svenska läkare (Sydsv., 2007).

Det behövs fler empiriska studier om psykiatrins historia och om vården av sinnessjuka utanför hospitalen. Under tiden kan vi ta del av de erfarenheter som finns från vår historia såsom att utbildning och kunskap är en bra grund att stå på. Vårdkedjan behöver smörjas för att rätt patienter ska få rätt vård på rätt plats och även den underbyggas med goda kunskaper om psykiatrisk vård.

English summary

Objective

The first Swedish Lunacy Act was issued 1858. The Act stressed that patients should be treated with great respect and receive good care. Insane people were to be regarded as ill in the medical sense, and should be cared for by doctors and nurses in hospitals, either in a general hospital or in a specialised mental hospital(SFS, 1858). The care received by psychiatric patients towards the end of the nineteenth century in a general hospital and the mental hospital responsible for the needs of the same geographic area can be studied in some detail for the town of Kristianstad in Southern Sweden and its surrounding countryside.

Methods

General hospital care and treatment of mentally ill patients in a middle-sized Swedish town was studied in consecutive records for 503 patients, 1896-1905.

To investigate suicide in the cohort causes of death were retrieved from the Church death book or after 1951 in the Cause of Death Register. 86 % have been found.

Mental hospital care and treatment of mentally ill patients was studied in records from 92 (out of 503) patients who had first received care at the general hospital.

Results

Neurasthenia was the most common diagnosis followed by affective disorders and alcohol abuse in the historical sample. ICD-10 diagnoses corresponded well to the historical diagnoses. Melancholia resembled modern criteria for depression. Mania, insania simplex and paranoia indicated more severe illness. Abuse was more common among men and hysteria among women. Those with a medical certificate for mental hospital care were very ill and showed no gender difference. None got an abuse-diagnosis, but 17% had a high alcohol consumption. The pattern of signs and symptoms displayed by patients do not appear to change with time.

Restraint was extremely rare. 65% left the hospital as healthy or improved. The number of hospital days was lower in non-psychotic and alcohol patients than for psychosis or dementia. There was no evidence of a social status bias.

In 36% of the patients a certificate for mental hospital care was issued, allowing for a more detailed study. The cause of illness was stated as unknown in 42% of these

patients. Adverse circumstances were recorded in 18%. Heredity for mental illness was found in 50% of the patients, particularly in mania. Patients with a higher social status were underrepresented.

The life-long suicide risk was 5.5%. Most of the suicides were men (20/24) and the most common method was hanging. Diagnoses with high suicide risk were melancholia and mania, paranoia, alcohol use disorders but also neurasthenia. The material indicates few suicides in general. Surprisingly male patients with neurasthenia committed suicide quite often.

Many had to wait due to a lack of beds. Although certified, less than half were transferred to the mental hospital. Others had to go to the almshouse or back home. 64% left the hospital recovered or improved and their median length of stay was 158 and 211 days respectively. Physical restraints were rarely used. Many patients were satisfied and of those who were not, the majority were paranoid. 58% of the patients were or had been violent, especially those with mania, who also improved or recovered most often.

Conclusion

The general hospital in Kristianstad gave adequate care for their mentally ill patients at the last turn of the century and was a good alternative for the mental hospitals. Due to lack of beds, not all who applied for hospital care could receive it. Most of the patients were discharged as healthy or improved. The lifetime suicide risk was low (5.5%). The care given at the mental hospital in Lund was also adequate and humane with good results.

Tack till

Under tiden som doktorand har jag träffat många trevliga, kunniga och engagerade personer som är värda ett stort tack.

Louise Brådvik, huvudhandledare, som modigt tog sig an mig som doktorand i detta annorlunda projekt. Tack för din vänlighet, eftertänksamhet, validerande hållning, flexibilitet och positiva stöttning. Tack även för din stöttning genom mail, även under obekvämt arbetstid. Ditt engagemang, välvilja och lugn har varit av stor betydelse.

Marie Åsberg, bihandledare, som från början tog sig an mig i mitt vetenskapliga arbete som ST-läkare och som uppmuntrade mig att fortsätta som doktorand. Tack för din generositet med dina kunskaper, kontakter och erfarenheter m.m. Det är få personer jag träffat med en så skarp hjärna och samtidigt ett så stort hjärta.

Ingemar Ottosson, bihandledare, som jag träffade första gången då jag läste historia på Högskolan i Kristianstad våren 2000 och som helhjärtat tog sig an projektet. Tack för din vänlighet och ständigt optimistiska hållning, men även för ditt engagemang och fint framtagna listor över vad som kan vara bra att läsa. Din entusiasm att leta i arkiv och öga för detaljer har inspirerat.

Lars Almroth, mentor, som under resans gång haft ett genuint engagemang och varit ett stort stöd.

Verksamhetschefer på psykiatriska kliniken i Kristianstad (nuvarande Peter Södergren och tidigare Johnny Käll), som på flera sätt stöttat och gjort detta projekt genomförbart.

Bror Gadelius minnesfond och Teodor Neranders stipendiefond som bidragit med medel.

Alla kollegor och medarbetare på psykiatriska kliniken i Kristianstad, som stöttat under resans gång. Ett särskilt tack till Peter Svensson, som bidrog med diagnoskontroll till första manus, men även Vilbert Idrizovic som alltid stöttat och uppmuntrat mig. Tack även till Kristin Johnsson som från början berättade för mig om journalerna i arkivet i källaren. Utan dig hade detta definitivt inte blivit av.

Kimmo Sorjonen och Håkan Lökvist för hjälp med statistiken.

Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet och Föreningen Gamla Christianstad, för hjälp med gamla årsskrifter.

Jörgen Herlofsson, som från början uppmuntrade mitt historiska intresse och hjälpte mig att få kontakt med Marie Åsberg.

Nils Harding, son till Gösta Harding, för att jag fick ta del av Gösta Hardings rika och opublicerade material i svensk psykiatrihistoria.

Ett stort tack även till alla jag träffat, eller haft mail-kontakt med, från olika arkiv. Våra arkiv i Sverige och dess medarbetare är en skatt! Ett särskilt stort tack till arkivarie Krister Hansson (ACS) för hjälpen med alla journaler från Lunds hospital.

Alla kunniga bibliotekarier som hjälpt till när det har behövts.

A special acknowledgement to Penny Walker, copy-editor at History of Psychiatry, who inspired and patiently taught me that small details are important and makes a difference.

Flera personer har hjälpt och stöttat mig under resans gång genom att svara på frågor m.m. Ingen nämnd, ingen glömd!

Till familj och vänner. Tack även till finaste Sara, för din vänskap och ditt stöd, men även för att jag fick ha din fina bild på framsidan.

Mamma som alltid stöttat mig i allt och som uppmuntrat till en nyfikenhet och ständigt lärande – och att inte ge upp. Tack även för barnpassning, hund- och hästpassning och mycket annat under min forskningstid. Utan dig hade det inte gått.

Sist men inte minst tack till mina älskade därhemma, Daniel och Theodor. Theodors leende och kramar har betytt mycket och Daniels stöttning på alla fronter har varit obeskrivligt ovärderlig. Utan dig hade avhandlingen, bokstavligt talat, inte blivit av.

Bilagor

Bilaga 1. Historiska årtal i Sverige under 1800- och 1900-talet.

Det svenska samhället har stegvis ändrats, åt det mer humana hållet.

- | | |
|------|---|
| 1810 | Husbehovsförbränning tillåts för att minska drickande på krogen |
| 1842 | Folkskolestadgan. |
| 1844 | Kvinnor får liknande arvsrätt som män. |
| 1847 | Första strukturerade fattigvårdsstadgan. |
| 1853 | Gatubelysning i Stockholm med gaslampor. |
| 1855 | Spö och risstraff avskaffas. |
| 1855 | Husbehovsförbränningen förbjuds. |
| 1858 | Ogift kvinna kan efter fyllda 25 år och ansökan i domstol bli myndig. Gifter hon sig, blir hon åter omyndig. Ökade möjligheter till högre utbildning. |
| 1858 | Husbonden mister sin rätt att aga myndiga anställda. |
| 1860 | Tillåtelse att vara med i andra kristna samfund utöver Svenska kyrkan. |
| 1860 | Tillåtelse att resa inom Sverige utan pass. |
| 1862 | Kommunallagarna. Socknarna delas och blir självständiga kommuner, skilda från kyrkan. En del av sekulariseringen. Landstingen bildas. |
| 1864 | Själv mord avkriminaliseras. |
| 1864 | Gifta män mister sin lagliga rätt att aga hustrun. |
| 1866 | Ståndsriksdagen ersätts av tvåkammarriksdagen. |
| 1866 | Telegrafkabel över Atlanten. Radiotelegraf först 1900. |

1867-69	Svältår i Sverige, många emigrerar.
1870	Kvinnor får ta studenten och läsa vid Universitet.
1870-tal	Fotogenlampan blir vanligare i svenska hem.
1871	Andra versionen av fattigvårdstadgan.
1873	Riksdaler avskaffas. Kronor blir ny myntenhet.
1874	Hälsovårdsstadga inrättas för att kontrollera hygien och öka folkhälsan.
1876	Statsministerämbetet inrättas och Sverige får en regering med statministern som styr.
1876	Bell tar patent på telefonen.
Ca 1880	Spannmålskrisen, många emigrerar.
Ca 1880	Glödlampan introduceras internationellt, men elektrifieringen av svenska hem sker först i början av 1900-talet.
1884	Vatten och brödstraffet avskaffades.
1884	Myndighetsålder för ogifta kvinnor sänks till 21 år.
1890	Förbud mot barnarbete under 12 år. Barn mellan 12-18 år, max 12 h per dag. Lagen hade tillkommit 1881, men gällde då bara industrijobb.
1894	Själv mord som begåtts under sinnessjukdom får begravas på kyrkogården.
1906	Villkorlig dom introduceras i straffsystemet.
1908	Samtliga själv mord får rätt till fulla begravningscermonier, inklusive klockringning.
1909	Allmän rösträtt män över 24 år införs, men bara de som betalar skatt och har gjort värnplikten samt inte varit omhändertagna av fattigvården eller suttit i fängelse.
1913	Allmän pension införs i Sverige. Detta ska bland annat avlasta fattigvården.
1913	Tvångsvård för alkoholister införs i Sverige.
1916	Motboken börjar införas, men används i hela Sverige först 1919..
1918	Tredje versionen av fattigvårdsstadgan. Det blir förbjudet att sälja barn till högstbjudande.

1919	8 h arbetsdag. 48 h per vecka.
1921	Dödsstraffet avskaffas i Sverige.
1921	Kvinnlig rösträtt införs. Gift kvinna blir därmed myndig.
1925	Kvinnor får lika rätt som männen att till statliga ämbeten.
1926	Husbondens rätt till husaga av minderåriga tas bort.
1938	Abort tillåts under vissa omständigheter.
1938	Rätt till två veckors semester införs.
1939	Trolovning, giftermål, havandeskap eller förlossning kan inte längre användas som skäl för att avskeda kvinnor i statlig tjänst.
1944	Homosexualitet avkriminaliseras.
1945	Rösträttsålder sänks till 21 år, hinder såsom arbetslöshet eller socialbidrag tas bort.
1946	Apoteken blir skyldiga att tillhandahålla preventivmedel.
1951	Religionsfrihet.
1951	Rätt till tre veckors semester.
1955	Motboken avskaffas.
1958	Aga i skolan förbjuds i nya folkskolestadgan.
1963	Rätt till fyra veckors semester.
1969	Tillåtet för epileptiker att gifta sig utan tillstånd.
1973	40 h arbetsvecka.
1974	Tillåtet för sinnessjuka eller sinnesslöa att gifta sig utan tillstånd.
1975	Ny abortlag, kvinnan får själv rätt att bestämma över fostret tom v 18.
1975	Rösträttsålder sänks till 18 år.
1978	Rätt till fem veckors semester.
1979	Förbud mot föräldrar att aga sina barn.
2009	Tillåtet med samkönade äktenskap i Sverige.

Bilaga 2. Historiska händelser i sjukvården i Sverige

1823	Beslut om att centralisera hospitalen i besparingssyfte och förbättra vården.
1829	Vadstena första centralhospital öppnar.
1841	Uppsala hospital invigs.
1857	Växjö hospital invigs.
1858	Första sinnessjukstadgan i Sverige. Utbyggnad av hospital börjar.
1859	Psykiatri blir ett obligatoriskt ämne på läkarutbildningen i Sverige.
1861	Stockholms hospital, Konradsberg, invigs. Obligatoriskt med 2 månaders praktik i psykiatri för läkarstudenter i Sverige.
1862	Beslut om att de nyinrättade landstingen ska ta över sjukvården i Sverige, förutom hospitalen.
1862	Härnösands hospital invigs.
1862	Första professuren i psykiatri, Wilhelm Öhrström.
1864	Första lasarettstadgan.
1864	Kristianstads nya lasarett invigs.
1872	Göteborgs hospital invigs.
1879	Lunds hospital invigs.
1883	Andra versionen av sinnessjukstadgan.
1891	Lunds asyl invigs.
1896	Dr Johan August Hedlund blir lasarettsläkare i Kristianstad.
1901	Tredje versionen av sinnessjukstadgan.
1923	Dr Hedlund slutar som lasarettsläkare.
1929	Fjärde versionen av sinnessjukstadgan.

Bilaga 3. Bilaga A, B och C från sinnessjukintyget

Bilagan A.

Enligt Kungl. Stadgar angående sinnessjuka den 14 Juni 1901.

(Innan nedanstående frågor besvaras, skall läkaren taga del af bilagan B, utom de fall, hvarom förmäles i §§ 30 och 31 af hospitalsstadgan.)

Frågor som böra af *legitimerad läkare* besvaras angående person, för hvilken sökes inträde å offentlig eller enskild anstalt för sinnessjuka.

- 1) Den sjukets namn, ålder, boningsort, yrke eller samhällsställning?
- 2) Sedan hvilken tid känner Ni den sjuke?
- 3) Huru har Ni öfvertygat Er om den sjukets identitet?

I. Den sjukets föregående tillstånd (status antecedens).

- 4) Äger Ni personlig kännedom om den sjukets föregående lefvnad och föregående sjukdomar? Hvad känner Ni i detta hänseende?
- 5) Har ni tillförne rådfrågats angående hans (hennes) hälsa?
- 6) Har Ni varit hans (hennes) läkare och i sådant fall huru länge?
- 7) Hvar vistades den sjuke, då han (hon) undersöktes, - dessförinnan?
- 8) Hvad har Ni af personer, hvilkas trovärdighet Ni icke eger anledning att betvifla, erfarit beträffande den sjukets: a - ärftliga anlag för sinnes- eller nervsjukdom? b - föregående lefvnad? föregående sjukdomar (sinnessjukdom, lues m.fl.)? c - skadliga vanor? d - menstruation och barnsängar?
- 9) I fråga om förändring sedan sjukdomens början i den sjukets: a - sömn, matlust, se- och exkretioner, renlighet? b - lynne (fogligt, ojemt, häftigt, våldsamt)? c - sinnesstämning (svårmodig, upprymd, retlig, slö)? d - lust till arbete eller annan sysselsättning? e - könsdrift (förvänd, ökad m.m.)?
- 10) Samt nuvarande sjukdom i fråga om: a - dess orsaker och första tecken? b - tiden då sjukdomen utbröt? c - förloppet från dess början till denna dag (kortfattad framställning häraf med särskild hänsyn till sinnes- eller tankevillor - hallucinationer, falska föreställningar, dels benägenhet för våldsamhet, mord, själfmord, mordbrand)? d - öfriga omständigheter ägnade att sprida ljus öfver sjukdomen?

II. Den sjukets nuvarande tillstånd (status præsens). Hvad har ni erfarit vid Eder undersökning af den sjuke beträffande:

- 11) Hufvudets form och storlek? Om dervid finnes något abnormt?
- 12) Bålens och lemmarnes beskaffenhet?
- 13) Missbildning eller lyte?

- 14) Blodomlopps-, andnings-, matsmältnings-, urin- och könsorganens beskaffenhet?
- 15) Nutrition, (hull) temperatur?
- 16) Sinnesorganens beskaffenhet?
- 17) Ansiktsuttryck, blick?
- 18) Pupillernas beskaffenhet?
- 19) Ögonens ställning?
- 20) Sinnesstämning, sätt att skicka sig, renlighet?
- 21) Uppmärksamhet?
- 22) Uppfattning?
- 23) Minne?
- 24) Tankeverksamhet?
- 25) Huruvida sinnes- eller tankevillor kunna påvisas?
- 26) Röst, uttal, artikulation?
- 27) Rörelser (långsamma, tröga, snabba, svaga, automatiska, tvångsrörelser)?
- 28) Darrning, kramp, lamhet, reflexer?
- 29) Andra omständigheter, som kunna vara af vikt för vinnande af kännedom om sjukdomen?

Intyg.

På grund af ovan meddelade upplysningar och af iakttagelser, gjorda vid den af mig _____ verkställda undersökning, anser jag _____ vara sinnessjuk och i behof av vård å (hospital/asyl) hvilket härmed på heder och samvete intygas _____ den _____ 19__ (samt underskrift av legitimerad läkare)

Bilagan B

enligt Kungl Stadgan angående sinnessjuka den 14 Juni 1901.

(Denna bilaga med ifyllda uppgifter i nedan angifvna hänseende skall utom i de fall, hvarom i §§ 30 och 31 förmåles, företes för den läkare, som har att besvara frågorna i bilagan A)

Upplysningar angående person, för hvilken sökes inträde å offentlig eller enskild anstalt för sinnessjuka.

- 1) *Personens* namn, födelseår och dag, födelseort, boningsort(län och socken eller stad), stand och yrke; ogift, gift, änka, änking eller fränskild; om den sjuka haft eller har barn, deras antal och tiden för sista barnets födelse.
- 2) *Föräldrarnas* stand och vilkor; om sig emellan besläktade; om någondera varit känd för egenheter i lynne, uppförande eller lefnadsvanor eller varit benägen för dryckenskap.
- 3) Fall af *sinnessjukdom inom släkten*; själfmord, besynnerliga vanor, utsväfningar, brott. Fall af *nerfsjukdom inom släkten*, såsom fallandesot, danssjuka, hypokondri och hysteri.

- 4) *Den sjukas föresgående lif*; uppfostran, skolgång, konfirmation, sysselsättning, ekonomisk ställning, vanor, familjeförhållanden; lefnadssätt, begifnenhet på starka drycker, missbruk af morfin, opium, tobak o.s.v.
- 5) *Den sjukas helsotillstånd och lynne* före sjukdomens utbrott. Om han någonsin ägt förståndets fulla bruk, varit väl begåfvad eller enfaldig, liflig eller trög; *anlag*.
- 6) Om *någon orsak* är känd, som antagligen kunnat *framkalla* sjukdom, t.ex. sorg och bekymmer, oro, skrämsel, motgångar, hat, vrede, hämnd, felslagna förhoppningar, olycklig kärlek, sömnlöshet, fallandesot, febersjukdom, genomgången barnsäng, förlängd digifning, yttre våld etc.
- 7) Om den sjuke öfverlemnade sig åt *religionsgrubbel* och i sådant huru länge.
- 8) Om den sjuke *tillföre* lidit af *sinnessjukdom*; när och huru länge; om han vårdats å anstalt för sinnessjuka och därefter blifvit fullt återställd; om han haft annan svårare sjukdom.
- 9) *När och hur de första tecknen* af den nuvarande sjukdomen visat sig; tiden då den sjuke visade sig oförmögen att taga vård om sig sjelf.
- 10) Sjukdomens förhållande *efter utbrottet*; om den sjuke försökt skada sig sjelf eller andra; hvad som är känt om hans föreställningar och uppsåt; om han ansett sig utsatt för förföljelse.
- 11) *Hvar* den sjuke *vistats* under sjukdomen; *vidtagna åtgärder* till hans återställande.
- 12) Om den sjuke har *laglig målsman*, och hvilken.
- 13) Om i *öfrigt* något är känt, som kan lända till upplysning om sjukdomen och tjena till ledning till behandlingen.

(Underskrifves af den sjukas närmaste omgifvning såsom fader, moder, syskon, svåger, make, förmyndare, husbonde, tjenare etc; önskligt är att flera af ofvannämnda personer underskrifva denna bilaga.)

_____ den _____ 19__

Att ofvanstående upplysningar meddelats af personer, hvilka, så vidt jag känner, äro trovärdiga, intygas (ort och tid) _____ Prest, tjenstgörande i _____ församling

Bilagan C.

(Förbindelse å avgift i 1:a eller 2:a betalningsklassen).

I händelse N.N. varder till vård å någon statens anstalt för sinnessjuka intagen, ansvarar undertecknad, såsom för egen skuld, för betalningen i föreskrifven ordning af den afgift, som, enligt grunderna i Kongl.Maj:ts förnyade nådiga stadga angående sinnessjuka, bör för bemälda N.N. till anstalten erläggas. _____

den _____ 19__ . N.N. (yrke, hemvist och postadress). Obs. Utgifvarens vederhäftighet skall vara vederbörligen styrkt.

Bilaga 4. Indelning av yrken

Svårt att placera eller ej tillräckliga uppgifter = oklara

Barn, flicka, hustru, ingen uppgift, fröken, änka,

Etablerade personer (kvalificerade uppgifter och yrken)

A. Borgmästarinna, landstingsman, lantbrukare, hemmansägare, gasverksförmän, nämndeman = **överklass**.

B. Fabrikör, agronom, apotekare, barnmorska, lärare/lärling, kommissionslantmästare, kyrkoherde, predikant, sjuksköterska, hovrättsnotarie, kantor, handelsbokhållare, handlare, handelsresande, järnvägsbokhållare, trädgårdsmästare, banmästare, bokförare, bokhållare, byggnadsentreprenör, konstapel, lantbruksbokhållare, lokförare, skrivare, stationskarl, stationsskrivare, trävaruhandlare, typograf, mejerska, lantbrevbärare, skogsvaktare, brovaktare, tekniker (elektriker), packmästare, hönseriägare = **medelklass**.

C. Kapten, dragon, artillerist, husar, ryktare, fanjunkare, styckjunkare = **militärer**.

Hantverkare i gamla skråväsendet = hantverkare

Skräddare, borstbindare, bildhuggare, snickare, glasmästare, garvare, skomakare, glasmästare, guldsmed, gördelmakare, målare, plåtslagare, handskmakare, murare, möbelsnickare, restauratör, smed, stensättare, svarvare, sömmerska, tapetserare, toffelmakare, tunnbindare, sotare, kopparslagare, vagnmakare, sadelmakare, väverska, bagare

”Vanligt folk” inklusive tjänande = arbetare

Arbetare, torghandlare, kyrkovaktmästare, postbud, budkarl, fabriksarbetare, filare, gjutare, gårdfarihandlare, kokerska, maskinist, slaktare, åbo, arrendator, betjänt, piga, dräng, torpare, hushållerska, gasverksarbetare (-eldare), statardräng, jordbruksarbetare, tjänsteflicka, tvätterska, ölutkörare, blomsterhandlare, tobaksodlare, uppapperska, sjöman, kusk, timmerman, hästhandlare

Vård- och understödstagare = fattiga

Idiot, sinnessjuk, inhysseshjon, understödstagare

Bilaga 5. Indelning av psykiska sjukdomar enligt ICD-10

F00-F09	Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar. <i>Exempelvis demenser.</i>
F10-F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. <i>Olika former av missbruk.</i>
F20-F29	Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. <i>Psykosjukdomar.</i>
F30-F39	Förstämmningssyndrom. <i>Depressioner, manier, bipolära syndrom m.m.</i>
F40-F48	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. <i>Ångestsjukdomar.</i>
F50-F59	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer. <i>Psykisk sjukdom kopplad till somatisk sjukdom, t.ex. ätstörning, postpartumpsykos m.m.</i>
F60-F69	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna.
F70-F79	Psykisk utvecklingsstörning.
F80-F89	Störningar av psykisk utveckling. <i>Exempelvis. autism.</i>
F90-F98	Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid. <i>Exempelvis ADHD, ADD.</i>
F99-F99	Ospecificerad psykisk störning

Bilaga 6. GAF - Global funktionsskattningsskala

Instruktionen lyder: *Beakta psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga längs en hypotetisk kontinuum, där psykisk hälsa respektive psykisk sjukdom utgör de bägge polerna. Inkludera ej sådan funktionsnedsättning som beror på somatiska begränsande faktorer eller på yttre begränsande faktorer.*

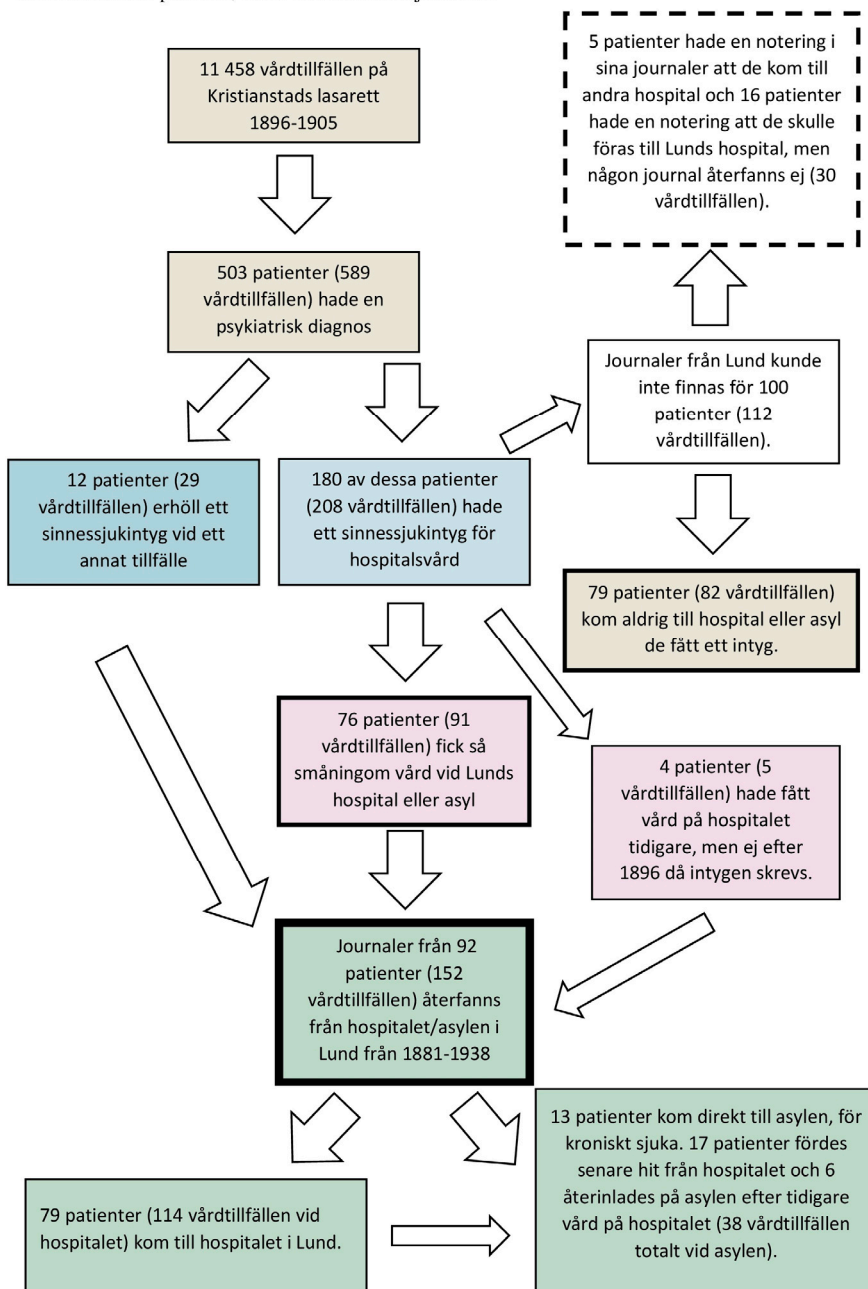
- 91 – 100 Synnerligen god funktionsförmåga inom vitt skilda områden, livsproblem förefaller aldrig bli ohanterliga, andra söker sig till personen på grund av hans eller hennes många positiva egenskaper. Inga symptom.
- 81 – 90 Frånvaro av symptom eller minimala symptom (t ex lätt nervositet inför en tentamen), god funktionsförmåga i alla avseenden, intresserad av och engagerad i ett antal olika aktiviteter, socialt kapabel, allmänt sett tillfreds med tillvaron, endast vardagliga problem eller bekymmer (ex tillfälliga konflikter med anhöriga).
- 71 – 80 Om några symptom föreligger så rör det sig om övergående och förväntade reaktioner på psykosociala stressfaktorer (t ex koncentrationssvårigheter efter familjegräl): endast obetydliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex tillfälligt på efterkälken med skolarbete).
- 61 – 70 Vissa lindriga symptom (t ex nedstämdhet och lindriga sömnbesvär) ELLER vissa funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex tillfälligt skolck, stulit från annan familjemedlem) men i stort sett tämligen välfungerande, har några etablerade betydelsefulla personliga relationer.
- 51 – 60 Måttliga symptom (t ex flacka affekter och omständigt tal, enstaka panikattacker) ELLER måttliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex har endast få vänner, har konflikter med kolleger eller arbetskamrater).
- 41 – 50 Allvarliga symptom (t ex självmordstankar, svåra tvångsritualer, frekventa snatterier) ELLER allvarliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex inga vänner alls, oförmögen att behålla ett arbete).
- 31 – 40 Viss störning i relationsprövningen eller av kommunikationsförmågan (t ex uttrycker sig tidvis ologiskt, oklart eller irrelevant) ELLER uttalande funktionssvårigheter i flera avseenden, såsom arbete eller studier, familjrelationer, omdöme,

tankeförmåga eller sinnesstämning (t ex en deprimerad man som undviker sina vänner, försummar familjen och är oförmögen att arbeta; ett barn som ofta ger sig på yngre barn, misslyckas i skolan och är trotsigt hemma).

- 21 – 30 Beteendet avsevärt påverkat av vanföreställningar eller hallucinationer ELLER allvarlig störning av kommunikationsförmågan eller omdömet (t ex stundtals osammanhängande, beter sig gravt inadekvat, ständiga suicidtankar) ELLER oförmögen att fungera i snart sagt alla avseenden (t ex ligger till sängs hela dagen; inget arbete, ingen bostad, inga vänner).
- 11 – 20 Viss risk för att individen tillfogar sig själv eller andra skada (t ex suicidhandlingar utan uppenbar dödsförväntan; ofta våldsam; maniskt uppskruvad) ELLER stundtals oförmögen till elementär personlig hygien (t ex kladdar med avföring) ELLER grav störning av kommunikationsförmågan (t ex mestadels osammanhängande eller mutistisk).
- 1 – 10 Ständig risk för att individen tillfogar sig själv eller andra allvarlig skada (t ex återkommande våldsamhet) ELLER ständigt oförmögen till elementär personlig hygien ELLER allvarlig suicidhandling med uppenbar dödsförväntan. 0 Otillräcklig information.

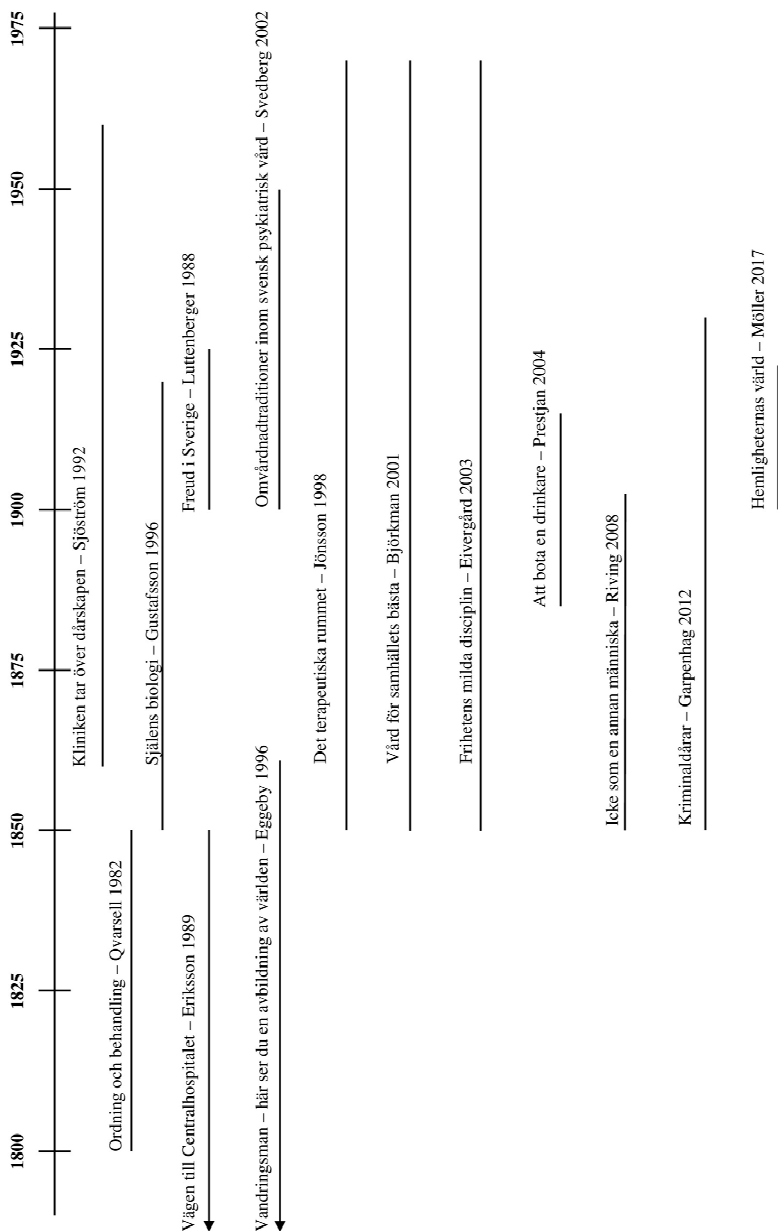
Bilaga 7. Flödesschema - urval av patienter och journaler

Flödesschema av patienter, deras vård och funna journaler.



Bilaga 8. Psykiatrihistoriska avhandlingar

Översikten visar svenska avhandlingar i psykiatrihistoria som har en studieperiod runt förra sekelskiftet eller dessförinnan. Varje streck visar studerad tidsperiod.



Referenser

Studiematerial

Journalmaterial

Samtliga källor journalkällor finns på Arkivcenter Syd i Lund (för bortfall, v.g. se metodavsnittet):

Lasarettsjournaler från Kristianstads lasarett 1896-1905

Patientliggare från Kristianstads lasarett 1896-1905

Sinnessjukjournaler (sinnessjukintyg) från Kristianstads lasarett 1896-1905

Journaler från Lunds hospital 1881-1938 för de patienter som vårdats på Kristianstads lasarett under tiden 1896-1905.

Övrigt material

Kyrkoböcker från respektive socken via <https://sok.riksarkivet.se/scb-fodda-vigda-doda>

Bildkällor

Bild 1-2: Okänd fotograf. Bildkälla: www.kristianstadvykort.se

Bild 3, 9-14: Foto: Malin Appelquist

Bild 4: Bildkälla: Svenskt porträttgalleri (XIII), Läkarekåren(1899). Stockholm; H.W.Tullbergs förlag sidan 114.Okänd fotograf.

Bild 5: Foto från Forslunds Atelje, okänd fotograf. Originalfoto finns på Museet i Kristianstad.

Bild 6: Bildkälla: Svenskt porträttgalleri (XIII), Läkarekåren(1899). Stockholm; H.W.Tullbergs förlag sidan 303. Okänd fotograf.

Bild 7: Oljemålning av Jean Haagen. Bildkälla: Kock, W. (1963). *Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962*. Stockholm: AB Nordiska Bokhandelns Förlag sidan 246.

Bild 8: Fotograf: Per Bagge Bildkälla: från Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet

Primära källor

- Arbetsstatistik (1903). *Arbetsstatistik*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- Arkiv (2006). *Emigranten Populär 2006*. CD-skiva beställd från www.riksarkivet.se/webbutik.
- BiSoS. (1857). *BiSoS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik, Befolkningsstatistik för åren 1851 med 1855*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner
- BiSOS. (1862). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1861*. Stockholm: Joh. Beckman.
- BiSOS. (1882). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1880*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1883). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1881*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1884). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1882*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1892). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1890*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1898). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Helso- och sjukvården KI. 1896*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1902). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården KII 1900*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1903). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1901*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1905). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1903*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1906). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1904*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1912). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1910*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- BiSOS. (1898-1907). *BiSOS, Bidrag till Sveriges officiella Statistik , Sinnessjukvården K II 1896-1905*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- SCB. (2019). Hämtad från: https://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Historisk-statistik/Digitaliserat---Statistik-efter-serie/Bidrag-till-Sveriges-officiella-statistik-BiSOS-1851-1917/ 2018-01-01
- Centralbyrån, (1875). *Statistisk Tidskrift (häfte 41-43). Kungl. Statistiska Centralbyrån*. Stockholm: P.A. Norstedt & Söner.
- Centralbyrån. (1914). *Statistisk årsbok för Sverige Kungl. Statistiska Centralbyrån*. Stockholm: Kungliga Boktryckeriet P.A. Norstedt & söner.
- Centralbyrån. (1915). *Dödsorsaker för år 1911. Kungl. Statistiska Centralbyrån*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- IVO. (2018). *e-mail 2018-11-29 till författaren (MA) från Inspektionen för Vård och Hälsa angående data om självmord i slutenvården*.
- Riksarkivet. (2019). personsök, J.A. Hedlund. Hämtad från: <https://sok.riksarkivet.se/person?Namn=Johan+August+Hedlund&Ort=&Fodelsear=&AvanceradSok=True&PageSize=100> 2018-02-15

- SFS. (1858). *SFS, Svensk Författningssamling 1858: no. 50*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner. Sinnessjukstadga.
- SFS. (1871). *SFS, Svensk författningssamling 1871: no. 33. Fattigvårdsstadga*.
- SFS. (1883). *SFS, Svensk Författningssamling 1883: no. 63*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner. Sinnessjukstadga.
- SFS. (1901a). *SFS, Svensk Författningssamling 1901: no. 48*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner. Sinnessjukstadga.
- SFS. (1901b). *SFS, Svensk Författningssamling 1901: no. 83*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner. Lasarettstadga.
- SFS. (1929). *SFS, Svensk Författningssamling 1929: no 321-328*. Stockholm.
- SFS. (1991). *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Svensk Författningssamling 1991: 1128.
- Skåne, R. (2018). [e-mail till författaren (MA) angående aktuell vårdstatistik från Region Skåne].
- Socialstyrelsen. (2016a). Uppgifter om tvångsvård. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard> 2018-09-01
- Socialstyrelsen. (2016b). Statistik på diagnoser i slutenvården. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvar> d 2018-09-01
- Socialstyrelsen. (2016c). Statistikdatabas, psykiatrisk tvångsvård. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard> 2018-09-01
- Socialstyrelsen (2018a). [E-mail till författaren från (2018-11-05) Socialstyrelsen).
- SOS, (2010). *Dödsorsaksstatistik Historik, produktionsmetoder och tillförlitlighet. Komplement till rapporten Dödsorsaker 2008*. Socialstyrelsen. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18019/2010-4-33.pdf>. 2018-04-02

Vård och omsorgshistorisk databas

(<https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>) (I texten redovisas förkortningen (ÖISB eller ÅB) samt år och eventuellt var inspektionen gjordes).

Inspektionsberättelser:

(ÖISB, år) Överinspektören för sinnessjukvårdens berättelser. Sammandrag från inspektionsresor i Sverige. År redovisas som tillägg.

(ÖISB, plats, år) Överinspektören för sinnessjukvårdens berättelser. Hospital, asyl, lasarett och fattigvård. Ort och år redovisas som tillägg till.

Årsberättelser:

(ÅB + plats + år) Årsberättelser från hospital, asyl och lasarett. Ort och år redovisas som tillägg.

Publicerade källor:

- Ahlström, K. (2010). J. August Hedlund - läkare och visionär. *Föreningen Gamla Kristianstad Årsskrift 2010*, 85-113.
- Almqvist, E. K. (1901). *Kongl. Maj:ts Nådiga Proposition N:o 58*. Stockholm: K.L. Beckmans boktr.
- APA. (1899). *The Bertillion classification*, American Public Health Association. Lansing: Robert Smith Printing.
- APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (A. P. Association Ed. Vol. 3).
- Appelquist, M., & Nilsson, P. M. (2005). Folkhälsan i östra Skåne 1860-1899 - en studie utifrån provinsialläkarrapporter. *Sven Med Tidskr*, 9(1), 95-113.
- Appelquist M., Bradvik. L., Asberg M. (2019). *Mortality among mentally ill patients from a general hospital in Sweden 1896-1905-years of lost life and causes of death (manuscript)*.
- Eriksson, B.E., Qvarsell R. (1997). *Hur skall själen läkas?* Borås: Natur och Kultur.
- BBL2000. (1996). *Bra Böckers Lexikon 2000*. Belgien: Bokförlaget Bra böcker AB.
- Beard, G. (1869). Neurasthenia, or nervous exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal.*, 3(13), 217-221.
- Beauchamp, D. E. (1981). The Paradox of Alcohol Policy: The Case of the 1969 Alcohol Act in Finland. In G. D. Moore MH (Ed.), *Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition*. Washington DC: National Academies Press.
- Berge, A. (1995). *Medborgarrätt och egenansvar. De sociala försäkringarna i Sverige 1901-1935*. Lund: Studentlitteratur.
- Berge, A. (2007). *Sjukvårdens underklass*. Finland: Boréa.
- Bergstrand, H. (1958). *Svenska Läkarsällskapet 150 år. Dess tillkomst och utveckling*. Lund: Håkan Ohlssons Boktryckeri.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms : descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge England ; New York, NY, USA: Cambridge University Press.
- Björklund A., Ehinger B. (2017). *Några tidiga skånska lasaretsläkare utanför Lund och Malmö* (Vol. Suppl. 39). Lund: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet.
- Björkman, J. (2001). *Vård för samhällets bästa*. Bjärnum: Carlssons bokförlag.
- Bolling, G. (1896). *Hygiea - Om användande af sänghvilan för behandling af sinnessjuka*. Stockholm: Isaac Marcus' Boktryckeri.
- Björkman J., Andersson. J., Humlesjö I. (2005). *Välfärdsstatens skräpvind*. Denmark: Studentlitteratur AB.
- Boöthius, B. (2019). Gustaf Fridolf Almqvist, urn:sbl:5701, Riksarkivet.
- Brancaccio, M. T., Engstrom E.J., Lederer D. (2013). The Politics of Suicide: Historical Perspectives on Suicidology before Durkheim. An Introduction. *Journal of Social History*, 46(3), 607-619. doi:10.1093/jsh/shs110
- Burton, R. (1638). *The anatomy of Melancholy*. Oxford: Henry Cripps.
- Dahl, A.-S. (2016). En lång resa för kvinnliga läkare. *Lakartidningen*, 113(16).

- Dahlberg, H. (2000). *Hundra år i Sverige*. Milano: Albert Bonniers förlag.
- Dahlberg, H. (2003). *Vårt 1800-tal. Hundra omvälvande år*. Milano: Albert Bonniers Förlag.
- Direktionen, K. (1896). *Lunds Hospital och Asyl - Förhållningsregler för vårdpersonalen*. Lund: Berlingska Boktryckeriet.
- Donationen. (1906). *Ödmanska donationen till Lunds Universitets bibliotek*. Lund: C.W.K. Gleerup.
- Eggeby, E. (1996). *Vandringsman, här ser du en avmålning av världen: vårdade, vård och ekonomi på Danvikens dårhus 1750-1861*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International
- Eggeby, E. (2019). C.U. Söndén. SBL Riksarkivet.
- Eivergård, M. (2003). *Frihetens milda disciplin : normalisering och social styrning i svensk sinnessjukvård 1850-1970* Umeå: Umeå Universitet.
- Ekström, A. (2000). *Dödens exempel : självmordstolkningar i svenskt 1800-tal genom berättelsen om Otto Landgren* Stockholm: Atlantis.
- Elmér, Å. (1975). *Från Fattigsverige till välfärdsstaten*. Lund: Aldus.
- Erhardt, R. (2019). Carl Johan Ekströmer. SBL Riksarkivet
- Eriksson, B. E. (1989). *Vägen till centralhospitalet : två studier om den anstaltsbundna sinnessjukvårdens förhistoria i Sverige* Göteborg Daidalos.
- Esquirol, E. (1845). *Mental Maladies. A Treatise on Insanity* Philadelphia Lea and Blanchard
- Familjebok, N. (1922). *Nordisk Familjebok (Svante Ödman)* (Vol. 34). Stockholm: Nordisk Familjebok förlag.
- Flensburg, E.G. (1922). *Advokaten* (Vol. 3). Stockholm: Fröleen & Co.
- Foucault, M. (1973). *Vansinnets historia*. Stockholm: Alb. Bonniers förlag.
- Freeman, H. (2010). Psychiatry in Britain, c. 1900. *History of Psychiatry*, 21(83 Pt 3), 312-324.
- Fröderberg, H. (1976). Glimtar från Kristianstads lasarett under 1890-talet. *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsskrift*, 50-57.
- Furuhagen, B. (1999). *Äventyret Sverige - en ekonomisk och social historia*. Trelleborg: Berlings Skogs AB.
- Fåhræus, R. (1950). *Läkekonstens historia del 3*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Gadelius, B. (1900). *Vården af sinnessjuka - förr och nu. Trenne uppsatser*. Lund: C.W.K. Gleerups förlag.
- Gadelius, B. (1908). *Sinnessjuka och sinnessjukvård. Verandis småskrifter*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Gadelius, B. (1913). *Sinnessjukdomar och deras behandling förr och nu*. Stockholm: Hugo Gebers förlag.
- Gadelius, B. (1921). *Det mänskliga självslivet, i belysning av sinnessjukläkarens erfarenhet. Del 1, Grundlinjer till en allmän psykiatri*. Stockholm: Geber.
- Gadelius, E. (1813). *Galenskap*. Stockholm: A. Gadelius.
- Garpenhag, L. (2012). *Kriminaldårar : sinnessjuka brottslingar och strafffrihet i Sverige, ca 1850–1930*. Uppsala: Uppsala Universitet.

- Gerle, B. (1979). S:t Lars sjukhus under 100 år. *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsskrift 1979*, 79-93.
- Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 342(8866), 283-286.
- Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe.
- Griesinger, W. (1892). *Die pathologie und therapie der psychischen Krankheiten*. Berlin: Verlag von August Hirschwald.
- Gustafsson, T. (1996). *Själena biolog*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- Guze, S. B., & Robins, E. (1970). Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*, 117(539), 437-438.
- Hall, R. C. (1995). Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.
- Hankoff, L. D. (1991). Mental illness in the late 19th century at Elizabeth General Hospital. *N J Med*, 88(2), 97-101.
- Harding, G. (1975a). Några glimtar ur Svante Ödmans liv. *Sydsvenska Medicinhistoriska sällskapets årsskrift 1975*. 75-93.
- Harding, G. (1975b). *Tidig svensk psykiatri*. Lund: Berlingska boktryckeriet.
- Harding, G. (1976). *Opublicerad skrift från Gösta Hardings arbeten*, utskrivna och numrerade från sonen Nils. E-mail till M.A. 2012-07-05.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harris, M., Chandran, S., Chakraborty, N., & Healy, D. (2005). The impact of mood stabilizers on bipolar disorder: the 1890s and 1990s compared. *Hist Psychiatry*, 16(Pt 4 (no 64)), 423-434. doi:10.1177/0957154X05052088
- Harris, M., Farquhar, F., Healy, D., Le Noury, J., Baker, D., Whitaker, C., . . . Roberts, A. P. (2011). The incidence and prevalence of admissions for melancholia in two cohorts (1875-1924 and 1995-2005). *J Affect Disord*, 134(1-3), 45-51.
- Healy, D. (2000). Some continuities and discontinuities in the pharmacotherapy of nervous conditions before and after chlorpromazine and imipramine *Hist Psychiatry*, 9, 393-412.
- Healy, D. (2013). Melancholia: past and present. *Can J Psychiatry*, 58(4), 190-194.
- Healy, D. (2014). Psychiatric 'diseases' in history. *Hist Psychiatry*, 25(4), 450-458.
- Healy, D., Harris, M., Michael, P., Cattell, D., Savage, M., Chalasani, P., & Hirst, D. (2005). Service utilization in 1896 and 1996: morbidity and mortality data from North Wales. *Hist Psychiatry*, 16(61 Pt 1), 27-42.
- Healy, D., Le Noury, J., Linden, S. C., Harris, M., Whitaker, C., Linden, D., . . . Roberts, A. P. (2012). The incidence of admissions for schizophrenia and related psychoses in two cohorts: 1875-1924 and 1994-2010. *BMJ Open*, 2(1), e000447.
- Healy, D., Savage, M., Michael, P., Harris, M., Hirst, D., Carter, M., . . . Susser, E. (2001). Psychiatric bed utilization: 1896 and 1996 compared. *Psychol Med*, 31(5), 779-790.

- Hedenborg S., Kvarnström. L. (2015). *Det svenska samhället 1720-2014*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hedenborg S., Morell M. (2015b). *Sverige - en social och ekonomisk historia*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedesström, V. (1918). *Årsberättelse för Kristianstads Länslasarett 1917 (Lasarettet och upptagningsanstalten för sinnessjuka)*. Kristianstad: Kristianstads Läns Tidnings AB's tryckeri.
- Hedlund, J. A. (1890-1911). Hagströmerbiblioteket, KI, Stockholm. [Brev MS: 184:1-4].
- Hedlund, J. A. (1903). *Kristianstads Länslasarett Årsberättelse för år 1902*. Kristianstad: Kristianstad Läns Tidnings AB Tryckeri.
- Hedlund, J. A. (1904). *Kristianstads Länslasarett Årsberättelse för år 1903*. Kristianstad: Kristianstad Läns Tidnings AB Tryckeri.
- Hedlund, J. A. (1908). Kungliga Biblioteket, Stockholm. Arkiv Selma Lagerlöf (KB1/L1) 1908 [Brev till Selma Lagerlöf].
- Hedlund, J. A. (1910). *Kristianstads Länslasarett Årsberättelse för år 1909*. Kristianstad: Kristianstads Läns Tidning AB Tryckeri.
- Hedlund, J. A. (1924). Kungliga Biblioteket, Stockholm. Arkiv Ellen Key (KB1/L41) 1924 [Brev till Ellen Key].
- Hedlund, J. A., J. Ellvyn. (1912). *Årsberättelse för 1911 för Kristianstads Länssjukhus (lasarettet och upptagningsanstalten för sinnessjuka)*. Kristianstad: Kristianstads läns tidnings AB's tryckeri
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol Med*, 39(3), 443-449.
- Huss, M. (1891). *Några skizzer och tidsbilder från min lefnad*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- Huss, M. (1907). *Om dryckenskapen*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- Hustoft, K., Larsen, T. K., Auestad, B., Joa, I., Johannessen, J. O., & Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry*, 36(2), 136-143.
- Höjer, J. A. (1946). *Sinnessjukvården i Sverige förr och nu*. Stockholm: AB Arbetarnes Tryckeri.
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172, 35-37.
- Iversen, T. (2014). *Psykiatrihistorie fra pasientperspektiv*. Saarbrücken: GlobeEdit.
- Jarrick, A. (2000). *Hamlets fråga : en svensk självmordshistoria*. Stockholm: Norstedt.
- Johannesson, G. (1972). *Skånes historia*. Stockholm: Alb. Bonniers boktryckeri.
- Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten*. Falun 2005: Norstedts.
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum*. Falun: Scand Book AB.
- Johansson, L. (2008). *Staten, supen och systemet*. Växjö: Brutus Östlings Bokförlag.
- Jönsson, L.-E. (2001). Psykiatrin och den humana behandlingen. (Kommentar till Jonas Larsson). *Historisk tidsskrift*, 4 537-540.

- Jönsson, L. E. (1998). *Det terapeutiska rummet - rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970* Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Kiesler, C. A. (1982). Public and professional myths about mental hospitalization. An empirical reassessment of policy-related beliefs. *Am Psychol*, 37(12), 1323-1339.
- Kjellberg, G. (1863). *Om sinnessjukdomarnas stadier, utkast till en psykiatrisk diagnostik*. Upsala: Edqvist & Berglund.
- Kock, W. (1963). *Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962*. Stockholm: AB Nordiska Bokhandelns Förlag.
- Kock, W. (2019). *Magnus Huss*. SBL Riksarkivet.
- Kraepelin, E. (1916). *Einführung in die Psychiatrische Klinik Dritte Auflage*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- Kraepelin, E. (1918). *One hundred years of psychiatry*: Philosophical Library reprinted 1962.
- Kristianstadsbladet, N. (1936, Lördag 2 maj). Dödsruna om J. Aug. Hedlund. *Nyaste Kristianstadsbladet*.
- KVA. (1868). *Klass- och kommittéprotokoll, vol A3:6, sjunde klassens protokoll med bilagor den 8 mars 1868 (Motivering från Dr Sondén och beslut om att Dr Griesinger ska väljas in i svenska KVA)*. Centrum för vetenskapshistoria Kungliga Vetenskapsakademien.
- L.U. (1902). *Lunds Universitets Årsberättelse 1901-1902*. Lund: Berlingska boktryckeriet.
- Larsson, H. A. (2003). *Boken om Sveriges historia*. Stockholm: Forum.
- Larsson, J. (2001). Behandlingstanken inom svensk sinnessjukvård under början av 1800-talet. *Historisk tidsskrift*, 4, 511-536.
- Leonhardt, T. (2002). George M. Beard och neuroastenin. *Svensk medicinhistorisk tidsskrift*, 6(1), 98-120.
- Lewis, A. (1971). 'Endogenous' and 'exogenous': a useful dichotomy? *Psychol Med*, 1(3), 191-196.
- Lilja, K. (2004). *Marknad och hushåll. Sparande och krediter i Falun 1820-1910 utifrån ett livscyelperspektiv*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Lindelius, R. (1979). Trends in suicide in Sweden 1749-1975. *Acta Psychiatr Scand*, 60(3), 295-310.
- Ljungberg, L. (2019). *O Teodor Nerander*, urn:sbl:883. SBL. Riksarkivet.
- Ljungberg L., Wretmark. G. (1980). *Svenska psykiatriska föreningen - en återblick*. Stockholm: Liber Tryck.
- Lundqvist, G. (1949). *Modern svensk sinnessjukvård*. Stockholm: Modern litteratur.
- Luttenberger, F. (1989). *Freud i Sverige*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Lütken, G. (1902). *Läkaren som husvän - kortfattad populär handbok i läran om hälsa och sjukdom*. Helsingborg: Allers Familj-Journals tryckeri AB.
- Lyxell, H. (1996). *Ryhovsminnen - psykiatrins historiska utveckling till modern tid*. Småland: Tabs tryckeri AB.
- Magnusson, L. (2000). *An economic history of Sweden*. Eastbourne: Routledge.
- Mantegazza, P. (1888). *Vårt nervösa århundrade*. Stockholm: Hugo Gebers Förlag.

- Mayou, R. (1989). The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry*, 155, 764-776.
- McCarthy, A., Coleborne, C., O'Connor, M., & Knewstubb, E. (2017). Lives in the Asylum Record, 1864 to 1910: Utilising Large Data Collection for Histories of Psychiatry and Mental Health. *Med Hist*, 61(3), 358-379.
- McGovern, C. M. (1986). The Myths of the Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth-Century Institutions. *Journal of Social History*, 20(1), 3-23.
- McWhirter, L., Carson, A., & Stone, J. (2015). The body electric: a long view of electrical therapy for functional neurological disorders. *Brain*, 138(Pt 4), 1113-1120.
- Meyersson, A. (1918). *En blick på utvecklingen af Sveriges sjukvård och sjuksköterskeväsende*. Stockholm: Svensk Sjukskötersketidnings Förlag.
- Mollerhoj J. (2006). *På gyngende grund. Psykiatriens praksisser og institutionalisering i Danmark 1850-1920*. Köpenhamn: Köpenhamns Universitet.
- Mollerhoj, J. (2008). On unsafe ground: the practices and institutionalization of Danish psychiatry, 1850-1920. *Hist Psychiatry*, 19(75 Pt 3), 321-337.
- Montgomery, A. (1951). *Svensk socialpolitik under 1800-talet*. Stockholm: KF:s bokförlag.
- Munch af Rosenschöld, A. (1949). Kristianstad på 1880-talet. *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*(2), 49-52.
- Myers, E. D. (1998). Workhouse or asylum: the nineteenth century battle for the care of the pauper insane. *Hist Psychiatry*(22), 575-577.
- Mårtensson, L. (2000). *Nya Kristianstad*. Kristianstad: Kristianstads boktryckeri AB.
- Mäkinen, I. e. a. J. B., Arne Jansson, Birgitta Odén). (2002). Historical Perspectives on Suicide and Suicide Prevention in Sweden. *Archives of Suicide Reseach*(6), 269-284.
- Möller, P. (2017). *Hemligheternas värld: Bror Gadelius och psykiatrins genombrott i det tidiga 1900-talets Sverige*. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Nelson, E. (2014). Running in circles: a return to an old idea about asylum reform. *Proceedings of the Western Society for French History*, 42, 115-125.
- Nettelbladt, P. (2011). *Lundbystudien 1947-1997* (Vol. Supp. 28). Lund: Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet.
- ngram. (2016). n gram 2016. Hämtad 2016-03-02 från: https://books.google.com/ngrams/graph?content=neurasthenia%2Cneuroses%2Cborderline&year_start=1800&year_end=2000&corpus=15&smoothing=3&share=&direct_url=t1%3B%2Cneurasthenia%3B%2Cc0%3B.t1%3B%2Cneuroses%3B%2Cc0%3B.t1%3B%2Cborderline%3B%2Cc0
- NICE. (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Hämtad från: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcoholuse-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229> 2017-02-05

- Nilsson, L. (2013). *150 år av självstyre - kommuner och landsting i förändring*. Stockholm: LTAB.
- Nilsson, R. (2003). *Kontroll, makt och omsorg - sociala problem och socialpolitik i Sverige 1780-1940*. Lund: Studentlitteratur
- Nilsson, Y. (1974). En minnenas snabbskiss från det tidiga 1900-talets Kristianstad. *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*, 93-99.
- Norborg, L.-A. (1995). *Svensk historia under 1800- och 1900-talen*. Klippan: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Nordisk Familjebok*. (1922). *Svante Ödman*. Stockholm: Aktiebolag Familjebokens Förlag.
- Nyström, A. (1895). *Om sinnessjukdomar och hospitalsvård*. Stockholm: C.&E. Gernandts Förlag AB.
- Odén B., P. E. B., Werner Y.M. (1998). *Den frivilliga döden : samhällets hantering av självmord i historiskt perspektiv*. Stockholm Cura i samarbete med Forskningsrådsnämnden.
- Ohlander, A.-S. (1986). Suicid in Sweden: A Social History In J. Rogers (Ed.), *Death: the Public and Private Spheres* (pp. 1-52). Uppsala.
- Olsson, K. (2013). *400 år i Christians stad*. Bjärnum: Bokpro förlag.
- Ottosson, I. (2013). *Renässansstaden i Vattenriket - Kristianstad 400 år*. Sverige: Elanders AB.
- Pietikainen, P. (2007). *Neurosis and Modernity. The age of Nervousness in Sweden*. Leiden: Brill.
- Pallin, G. (1943). *Kristianstads lasarett, en kortfattad historik*. Kristianstad.
- Pinel, P. (1806). *A treatise on insanity, in which are contained the principles of a new and more practical nosology of manical disorders*. Sheffield: W. Todd.
- Plym-Forsell, Y. (1966). Kristianstads lasarett 1776-1864. *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*, 37-66.
- Plym-Forsell, Y. (1969). Kristianstads lasarett 1864-1914. *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*, 73-96.
- Plym-Forsell, Y. (1976). *Kristianstads lasarett 200 år*. Kristianstad: Civiltryckeriet.
- Porter, R. (1997). *The greatest benefit to mankind*. London: Norton & Company, Inc.
- Prestjan, A. (2004). *Att bota en drinkare*. Örebro: Universitetsbiblioteket.
- Qin, P., Nordentoft, M., Hoyer, E. H., Agerbo, E., Laursen, T. M., & Mortensen, P. B. (2006). Trends in suicide risk associated with hospitalized psychiatric illness: a case-control study based on Danish longitudinal registers. *J Clin Psychiatry*, 67(12), 1936-1941.
- Qvarsell, R. (1982). *Ordning och behandling : psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft*. Umeå: Universitetet i Umeå
- Radhika, P., Murthy, P., Sarin, A., & Jain, S. (2015). Psychological symptoms and medical responses in nineteenth-century India. *Hist Psychiatry*, 26(1), 88-97.
- Rawes, W. (1904). A Short History of St. Luke's Hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 50, 37-52.

- Retterstol, N. (1973). [The history of psychiatry in Scandinavia up to the year 1900]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 93(7), 429-433.
- Riving, C. (2008). *Icke som en annan människa*. Hedemora/Möklinta: Gidlunds förlag.
- Rossler, W., Hewer, W., Fatkenheuer, B., & Löffler, W. (1995). Excess mortality among elderly psychiatric in-patients with organic mental disorder. *Br J Psychiatry*, 167(4), 527-532.
- Runeberg, (1881). Sveriges statskalender 1881. Hämtad från: <http://runeberg.org/statskal/1881/0588.html>
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*, 62(1-2), 123-129.
- Sandström, I. (1956). Kring sekelskiftets Lilla Paris. *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*(9), 83-87.
- Sara, G. E., Burgess, P. M., Malhi, G. S., Whiteford, H. A., & Hall, W. C. (2014). Stimulant and other substance use disorders in schizophrenia: Prevalence, correlates and impacts in a population sample. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(11), 1036-1047.
- Schlaug, R. (1989). *Psykiatri - lag och samhälle*. Stockholm: Askelin & Hägglund Förlag AB.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*, 13(4), 303-316.
- Scholtz, L. (1899). *Handbok för skötare af sinnessjuka*. Kristinehamn: J.L. Grundels boktryckeri.
- Schultheis, G. (1906). *Råd och anvisningar rörande vården av sinnessjuka*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- Shepherd, A. a. W. D. (2002). Madness, Suicide and the Victorian Asylum: Attempted Self-Murder in the Age of Non-Restraint. *Med Hist*(46), 175-196.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry : from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(1), 59-67.
- Sjögren, M. (1997). *Fattigvård och Folkuppfostran*. Bjärnum: Carlssons Bokförlag.
- Sjöstrand, N. O. (2003). *Ett sekel med läkaren i fokus : Läkarförbundet 1903-2003*. Stockholm: Sveriges Läkarförbund.
- Sjöström, B. (1992). *Kliniken tar över dårskapen*. Uddevalla Daidalos.
- Socialstyrelsen (2018b). [Rapport om psykisk ohälsa]. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa> 2019-01-01
- Socialstyrelsen. (2019). Socialstyrelsens historia. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/socialstyrelsenshistoria> 2019-01-01
- Solna. (1894). *Solna sjukhem. Enskild vårdanstalt för sinnessjuka*. Stockholm: Stockholms hospitals boktryckeri.

- Sondén, C. U. (1847). *Uppfordran till vederbörande att tidsenligt reglera vården om sinnessjuka* Stockholm: Danviken.
- Sondén, C. U. (1851). [Om välordnade hospitaler och klinisk undervisning såsom de tvenne grundbetingen för god vård om sinnessjuka C U Sondéns tal i Svenska läkaresällskapet 1850].
- Sondén, C. U. (1855). *Utkast rörande sinnessjukas vård och behandling med förslag på sinnessjukstadga*. Ecklesiastikdepartementets arkiv 1858. Riksarkivet.
- Sparre, G. A. (1862). *Tal om de af Staten vidtagna åtgärder för sinnessjukas vård och behandling*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- Stack, S. (1993). The effect of modernization on suicide in Finland: 1800-1984. *Sociological Perspectives*, 36(2), 137-148.
- Sterner, M. (1907). *Magnus Huss - ett hundraårsminne*. Stockholm: A.B. Svenska Nykterhetsförlaget.
- Stolinsky, D. C. (2001). Homicide and Suicide in America, 1900-1998. *Medical Sentinel*, 1(6), 20-24.
- Sundbärg, G. (1901). *Sveriges land och folk*. Stockholm: P.A. Norstedt & söner.
- Sundin J. et al. (2005). *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Svedberg, G. (2000). Narratives on prolonged baths from psychiatric care in Sweden during the first half of the twentieth century. *Int Hist Nurs J*, 5(2), 28-35.
- Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft* Stockholm: Karolinska Institutet.
- Svensson, F. (1904). *Om anstaltsvård af sinnessjuka*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Sydsv. (2007). Psykiatri bristvara på läkarutbildning *Sydsvenskan* 10 feb. 2017
- Svensson, F. (1907). *Lärobok i Sinnessjukvård*. Stockholm: Aktiebolaget Ljus.
- Szasz, T. (1989). Psychiatric justice. *Br J Psychiatry*, 154, 864-869.
- Taylor, R. E. (2001). Death of neurasthenia and its psychological reincarnation: a study of neurasthenia at the National Hospital for the Relief and Cure of the Paralysed and Epileptic, Queen Square, London, 1870-1932. *Br J Psychiatry*, 179, 550-557.
- Theander, T. (1998). En gammal stadsplan. *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*, 119-128.
- Thomas, K., & Gunnell, D. (2010). Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. *Int J Epidemiol*, 39(6), 1464-1475.
- Tigerstedt, R., Bring (1888). *Nykterhetsskrifter*. Stockholm: O.L. Svanbäcks Boktryckeri.
- Townsend II, J. S. M. J. A. (1983). Whatever Happened to Neurosis? An overview. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(3), 323-329.
- Truedsson, H. (1929). *Lunds Hospital 1879-1929*. Lund: Carl Bloms boktryckeri.
- Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2013). Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: a latent class analysis. *Psychiatry Res*, 210(1), 16-20.
- Tsou, J. Y. (2016). Natural kinds, psychiatric classification and the history of the DSM. *Hist Psychiatry*, 27(4), 406-424.

- Uddenberg, N. (2010). *Själens schamaner : personliga essäer om psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Uddenberg, N. (2012). *Linné och mentalsjukdomarna*. Stockholm: Atlantis.
- Uddenberg, N. (2015). *Lidande och läkedom II*. Fri Tanke förlag.
- Vadstena, L. (2016). [mail från M.A. till Landsarkivet i Vadstena angående Dr Hedlunds dödsbo 13/1 2016].
- Wakefield, H. (2010). *Den förlorade sorgsenheten. Hur psykiatrin förvandlade normal sorg till depressiv störning*. Ludvika: Dualis
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341.
- Wallin, U. (2010). 1857 ett ödesdigert år i staden Kristianstads historia *Föreningen Gamla Christianstad Årsskrift*, 40-61.
- Wasserman, D., & Varnik, A. (1998). Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 394, 1-4.
- Wawrinsky, R. (1906). *Sveriges lasarettsväsende - förr och nu*. Stockholm: Författarens förlag.
- Westling, H. (2005). Gertrud Gussander - kvinnlig kirurgpionjär som byggde eget sjukhus. *Läkartidningen*, 102(26-27), 1994-1995.
- WHO. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research*. (WHO Ed.). Geneva.
- Wicksell S., Sondén T. (1934). *Om självmord*. Stockholm: Bonnier.
- Wikipedia. (2019). Gustaf Fridolf Almqvist. Hämtad från: https://sv.wikipedia.org/wiki/Gustaf_Fridolf_Almquist 2019-01-05
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4), 357-376.
- Wright, D. (1997). Getting out of the asylum: understanding the confinement of the insane in the nineteenth century. *Soc Hist Med*, 10(1), 137-155.
- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2007). Psychiatric disorders: a conceptual taxonomy. *Am J Psychiatry*, 164(4), 557-565.
- Åman, A. (1976). *Om den offentliga vården*. Uddevalla: Bohusläningens AB.
- Ödman S, . W. Öhrström, O. F. Hallin., J.F. Liedholm. (1882). Komitéutlåtande beträffande ny nomenklatur för sinnessjukdomarnas benämning m.m. In *Hygiea* (pp. 477-487). Stockholm: Isaac Marcus' Boktr.aktiebolag.

Referenser till behandlingar:

- Balme, R. H. (1976). Early Medicinal Use of Bromides. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 10, 205-208.
- Boas, J. (1890). *Hygiea - Om nyare läkemedel*. Stockholm: Isaac Marcus' Boktryckeri.
- Harding, G. (1975). *Tidig svensk psykiatri*. Lund: Berlingska boktryckeriet.
- Healy, D. (2000). Some continuities and discontinuities in the pharmacotherapy of nervous conditions before and after chlorpromazine and imipramine *Hist Psychiatry*, 9, 393-412. d
- Kraepelin, Emil (1916) Einführung in die Psychiatrische Klinik, Dritte Auflage, Leipzig: Verlag von Johann A. Barth; 494-505
- Jolin, S.. (1887). *Hygiea - Om några nyare läkemedel*. Stockholm: Isaac Marcus' Boktryckeri.
- Kock, W. (1963). *Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962*. Stockholm: AB Nordiska Bokhandelns Förlag, 269-272
- Lindgren John, Svenska Läkemedelsnamn, Lund 1902
- Lindstedt, I., Nilsson, P.M.(2011) Flavanoler, kakao och choklad påverkar hjärt-kärlsystemet. *Läkartidningen* (104);7.
- Lundqvist, G. (1949). *Modern svensk sinnessjukvård*. Stockholm: Modern litteratur, 87-91.
- Lütken, G. (1902). *Läkaren som husvän - kortfattad populär handbok i läran om hälsa och sjukdom* Helsingborg: Allers Familj-Journals tryckeri AB, 215-308
- McWhirter, L., Carson, A., & Stone, J. (2015). The body electric: a long view of electrical therapy for functional neurological disorders. *Brain*, 138(Pt 4), 1113-1120. d
- Mering, F. (1903). *Hygiea - Veronal*. Stockholm: Isaac Marcus' Boktryckeri.
- Qvarsell R (1982) *Ordning och behandling: psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft* Stockholm: Universitetet i Umeå; 159-164
- Warfinge, F.W. (1887). *Hygiea - Amylenhydrat, ett nytt sömnmedel* Stockholm: Isaac Marcus' Boktryckeri.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry : from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, 196-207.
- Skeen, J. H. (1897). Note on the use of Sulphate of Duboisin. *The British Journal of Psychiatry*, 43(182), 488-490.
- Svensson, F. (1907). *Lärobok i Sinnessjukvård*. Stockholm: Aktiebolaget Ljus, 118-130; 126-130
- Truedsson, H. (1929). *Lunds Hospital 1879-1929*. Lund: Carl Bloms boktryckeri, 83.
- Övriga källor (hämtade 2018-01-08):
Om Isopral: <https://sv.wikipedia.org/wiki/Isopral>
Om kondurango: <http://www.rain-tree.com/condurango.htm>



Mitt namn är Malin Appelquist och jag är född och uppvuxen i Kristianstadstrakten. Jag läste historia på Högskolan i Kristianstad våren 2000 och hösten samma år började jag läsa medicin vid Lunds Universitet. Jag tog examen 2006 och har sedan dess arbetat som läkare i Kristianstad. Under min specialisttjänstgöring i psykiatri kom jag över sinnessjukjournaler från Kristianstads lasarett från 1896 och framåt. Detta blev starten för mitt forskningsprojekt. Jag doktorandregistrerades 2013 och har under doktorandtiden även arbetat deltid kliniskt som överläkare i psykiatri.

