

# Sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891–1940

## Sammendrag

Artikkelen omhandler sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark i tidsrommet 1891–1940. I sentrum for undersøkelsen står privatpleien, og dens funksjon og betydning for de sinnssyke og deres situasjon. Det legges også vekt på hvordan sinnssykdom ble definert og oppfattet av pårørende, leger og offentlige myndigheter i samtiden.

Sinnssykejournaler skrevet av distriktsleger i de to fylkene har vært sentrale kilder, i tillegg til fylkestingsprotokoller, fattigstatistikk og medisinalstatistikk.

Privatpleien befestet seg som den sentrale forpleiningsformen i perioden. Den var underlagt offentlig tilsyn, og var avhengig av periodevis støtte fra somatiske institusjoner, arrestlokale eller fengsel. Studien viser at privatpleien i mange tilfeller fungerte hensiktsmessig. Den sinnssyke ble innlemmet i et fellesskap og enkelte forpleiere tok godt hånd om det syke mennesket. Privatpleien representerte imidlertid store variasjoner og var avhengig av både forpleier, distriktsleger, lokalsamfunnet rundt og ikke minst økonomiske rammer fra sentrale myndigheter.

## Åshild Fause

ashild.fause@hitos.no  
Sykepleierutdanningen  
Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Tromsø  
9293 Tromsø

En mann på omtrent 20 år ble tilkjent offentlig forpleining som sinnssyk rundt 1920. Distriktslegen skrev følgende i sinnssykejournalen i forbindelse med at han skulle vurdere om mannen oppfylte kriteriene til offentlig forpleining som sinnssyk (1):

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

Mannen fikk ikke plass i asylet og ble i stedet plassert i privatpleie i en kommune i Nord-Troms. Da distriktslegen kom på det årlige tilsynsbesøk året etter, skrev han: «Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa» (2). Mannen var i forpleiningen frem til evakueringen av befolkningen høsten 1944.

Dette eksemplet er hentet fra en av de mange journalene som var en viktig kilde i mitt doktorgradsarbeid om sinnssykeomsorgen i de to nordligste fylkene i Norge i perioden 1891–1940 (3). Eksemplet viser at distriktslegene hadde en sentral funksjon i forhold til sinnssyke som mennesker med psykiske lidelser ble omtalt som i det aktuelle tidsrommet. En like sentral rolle spilte forpleiningen utenfor asyl, privatpleien. I forbindelse med avhandlingen undersøkte jeg blant annet hvilke ordninger samfunnet hadde for å ta hånd om sinnssyke og hvordan disse ordningene utviklet og endret seg. I denne artikkelen som bygger på doktoravhandlingen, settes søkelyset på privatpleien i denne perioden, og på hva som ble lagt til grunn for at noen ble tilkjent offentlig forpleining som sinnssyk.

## Tidligere studier

Et særtrekk ved psykiatrihistorisk forskning i Norge og Vest-Europa er at den i all hovedsak har vektlagt utviklingen i de psykiatriske hospitalene (3, s. 13–4). Dette til tross for at flertallet av offentlig forpleide sinnssyke på landsbasis ble tatt hånd om utenfor asylet frem til 1920-årene, og at et stort mindretall var i privatpleie frem til 1940 (3, s. 146). I et fåtall studier har man undersøkt forpleiningen utenfor asyl og samspeillet mellom privatpleie og asylforpleining (4–7). Av disse er særlig to studier blitt viet stor oppmerksomhet. Det er psykolog Kjersti Ericssons studie av fremveksten av sinnssykevesenet i Norge (4) og historiker Jon Bjarne Bøes studie av privatpleien på Jæren 1950–70 (5). Begge ser privatpleien som en nødløsning man måtte ty til, enten fordi det var billigere for myndighetene, eller fordi det rett og slett ikke var plass i asylene. Ericsson gir dessuten et rystende bilde av forholdene mange sinnslidende levde under i privatpleien (4, s. 12–6). Hun baserer imidlertid ikke sine studier på primærkilder, men på publikasjoner av samtidens leger som refererte fra møter med sinnssyke i forpleining på sine reiser rundt i landet (8–10). At asylenes leger kan ha hatt negative oppfatninger av privatpleien på forhånd, blir ikke problematisert. Bøe ser privatpleien som et økonomisk system der forpleieren mottok bidrag fra det offentlige og fikk arbeidsinnsats fra «de utsatte», som han kaller de sinnslidende (5, s. 163). Bidraget ble fastsatt ut fra deres arbeidsevne og varierte derfor stort (5, s. 146).

Historikeren Gaute Lia påpeker i sin studie av privatpleien i Manger kommune (6), denne overveiende negative holdningen til privatpleien i den eksisterende litteratur

## Hovedbudskap

- Privatpleie var den viktigste forpleiningsformen i Troms og Finnmark frem til 1940
- Distriktsleger og pårørende la det samme til grunn når noen ble vurdert som sinnssyke
- Privat forpleining har vært oppfattet negativt i litteraturen, men denne studien viser at det kunne være en god ordning

om sinnssykevesenet på 1900-tallet. Ifølge Lia var imidlertid de fleste distriktslegene i Manger positive til privatpleien, og regnet den for å ha en gunstig effekt på de sinnssyke (6, s. 118). Ofte var det koloniforpleiningen på Østlandet, med forpleiningssteder med flere enn tre forpleide, legene refererte til når de kritiserte privatpleien (7).

### Et statlig ansvar for forpleining av sinnssyke

På midten av 1800-tallet vedtok flere europeiske land lover om behandling av sinnssyke (11, s. 119–23). Før 1848 hørte forpleining av sinnssyke inn under det lokale fattigstellet, der de ble gruppert sammen med andre såkalt verdig trengende. I 1848 ble lov om sindssyges behandling og forpleining vedtatt i Norge. Med sinnssykeloven ble forpleining av sinnssyke skilt ut som et eget felt og et offentlig ansvar. Loven påla staten å bygge asyl, mens amtene, eller fra 1917 fylkene, skulle dekke kostnadene til forpleining av sinnssyke. En lovrevisjon i 1891 bidro til en ny ansvarsdeling med hensyn til sinnssykes forpleining der utgiftene ble delt mellom stat, amt og kommune, enten vedkommende ble innlagt i asyl eller var i forpleining utenfor asylet. Samtidig opprettet staten egne legestillinger, amt-legestillinger, som skulle ha et overordnet ansvar for sinnssykeomsorgen på amtsnivå.

Sinnssykeloven omfattet kun fattige sinnslidende; det vil si de som ikke hadde midler til å dekke utgiftene til forpleining. De som var formuende eller hadde velstående pårørende, måtte dekke forpleiningskostnadene selv. I det aktuelle tidsrommet utgjorde denne gruppen 5–7 % av alle som var innlagt i asyl (12).

Betegnelsen offentlig forpleid på den sinnssyke viste at vedkommende var tilkjent offentlig bidrag uansett forpleiningssted og -form. For å få bli tilkjent offentlig forpleining, måtte en offentlig lege vurdere og begrunne hvorvidt vedkommende oppfylte fastsatte kriterier for tildeling. Distriktslegene ble også pålagt å føre journaler over dem som ble tilkjent offentlig forpleining i sine legedistrikter; såkalte sinnssykejournaler (13). For dem som var i privatpleie lå forpleiningskontrakt, opplysninger om forpleiningssted, navn på forpleier og bidragets størrelse i journalen. Her finnes også korrespondanse om den sinnssyke fra pårørende og forpleiere, mellom fattigstyret, distriktslege og fylkeslege og i noen tilfeller brev fra den sinnslidende selv. Distriktslegene skulle videre utføre årlige tilsyn med offentlig forpleide i sitt legedistrikt, journalføre besøkene og sende inn beretninger om tilsynsbesøkene til amtslegene. Amtslegene videresendte opplysningene til sentrale myndigheter.

Disse journalene har utgjort det viktigste kildematerialet. I tillegg har jeg undersøkt politi- og fengselsarkiver, samt forhandlingsprotokoller fra fylkestinget i Troms

og Finnmark. Hvert år behandlet fylkestingene en egen sak vedrørende offentlig forpleide sinnssyke i fylket; kalt sinnssykeberetninger som var utarbeidet på bakgrunn av rapporter fra distriktslegene. Sinnssykeberetningene ga en oversikt over alle offentlig forpleide i fylket, om de var innlagt i asyl eller var i privatpleie og hvilke økonomiske kostnader forpleiningen påførte fylket. Jeg har også intervjuet personer fra Troms og Finnmark som vokste opp med sinnssyke i forpleining i egen familie.

### Å bli tilkjent offentlig forpleining som sinnssyk

Det å bli tilkjent offentlig forpleining som sinnssyk, var en prosess som besto av flere trinn. Utskillingsprosessen startet i husholdet. Det var få leger i de to fylkene og folk hadde ikke for vane å oppsøke legen. I mange tilfeller kunne det gå lang tid fra nærmeste familie opplevde at noe var i veien, til distriktslegen ble kontaktet. Det skjedde først når familien oppfattet atferden og væremåten som meningsløs, risikofyllt, uakseptabel eller svært arbeidskrevende (3, s. 78–88). Dette stemmer overens med det som er funnet i studier fra land som Sverige, Frankrike og Canada i samme tidsrom (14–17). Det var altså ikke tilstedeværelsen av merkelige utsagn eller forestillinger hos familiemedlemmet som var grunnen til at lege ble kontaktet. Familie og pårørende forsto sinnssykdom mer som en form for mellommenneskelig erfaring og opplevelse, med visse særpreg (3, s. 90–1). Det var derfor først når de sykes væremåte skapte utfordringer og problemer i samværet og de daglige gjøremål i husholdet at de reagerte.

Når distriktslegene dro på hjemmebesøk, var deres primære oppgave å vurdere om personen fylte kriteriene for offentlig forpleining som sinnssyk. De skulle ikke klassifisere og diagnostisere sykdom. Samtidig hadde legene mangelfulle kunnskaper om sinnssykdommer og behandlingsformer, og befant seg langt unna asylet. Legene brukte et dagligspråk i journalene, og vurderingene var heller basert på tilstandsbeskrivelser enn på diagnostisering og psykiatrisk terminologi. Distriktslegene betraktet sinnssykdom som noe som ofte opptrådte anfallsvis og som kunne gå over etter en tid (3, s. 127–33). Når sykdommen fikk utløp og blomstret, trengte vedkommende å bli tatt hånd om av andre enn den nærmeste familie. Distriktslegene hadde ingen behandlende funksjon, men et medisinsk-administrativt ansvar der de dels skulle sørge for at den sinnssyke ble tatt hånd om, dels utføre tilsyn og kontroll med forpleiningen. Det som var utslagsgivende når en person ble tilkjent offentlig forpleining, var om vedkommende var urolig, voldelig, hadde behov for ekstra vaktthold eller spesielle pleiebehov, og at familien og husholdet ikke lenger klarte å ta hånd om vedkom-

mende. En person som hadde en annerledes atferd og væremåte, men som var rolig og ikke trengte ekstra oppfølging, ble ikke vurdert å trenge offentlig forpleining som sinnssyk. Det var praktiske grunner som var utslagsgivende.

Det ser altså ut til at legen og familie eller pårørende i all hovedsak la det samme til grunn når de vurderte noen som sinnssyk. Legene ble kontaktet for å finne en løsning på det familie og nabolag oppfattet som problemer i hjemmemiljøet. De sinnssykes plager og problemer stilte krav til dem som hadde ansvaret for dem, og det var dette som var av betydning når man bestemte hvordan hjelpen skulle utøves og utformes.

Etter at en person var tilkjent offentlig forpleining, skulle distriktslegen vurdere hvilken forpleiningsform som var best egnet; om vedkommende skulle forpleies i eller utenfor asyl. På landsbasis var det mangel på asylplasser gjennom hele perioden, og det ble stilt strenge krav for tilde-ling av asylplass. For det første måtte vedkommendes tilstand være av en slik karakter at den kunne helbredes. Uhelbredelige skulle ikke legges inn i asyl, men tas vare på i privatpleien. Dernest skulle bare de som krevde kontinuerlig tilsyn og skapte ekstra bryderi og arbeidsinnsats i hjemmet, gis asylplass. Sist, men ikke minst skulle asylplassene reserveres for dem som skapte uro og engstelse og trengte ekstra vaktthold og medførte ekstra kostnader (3, s. 170–4). Bøe kalte privatpleien et pleiesystem fordi den hadde en nær tilknytning til asylet og fordi asylets leger sto for utsettingen (5, s. 146). I Troms og Finnmark var privatpleien imidlertid underlagt distriktslegen og uavhengig av asylet. Privatpleien var «lokalbasert» heller enn «asylbasert», slik den var i andre fylker. Mange distriktsleger i Troms og Finnmark vurderte privatpleie som en gunstig løsning for mange offentlig forpleide (3, s. 170–4).

### Privatpleie – en todelt praksis

Utover på 1900-tallet befestet privatpleien seg som den sentrale forpleiningsformen innenfor sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark. Gjennom nærmest hele perioden var et flertall av offentlig forpleide i privatpleie i hjemkommune eller i eget fylke. I all hovedsak var det en «utsatt» per familie. Ingen andre fylker hadde så mange i forpleining utenfor asyl som Troms og Finnmark i 1930-årene (12).

Privatpleien foregikk i forpleierens hushold, og forpleieren mottok et bidrag fra det offentlige for å forsørge den sinnssyke. Virksomheten var kontraktfestet med krav til forpleiningen og underlagt tilsyn og kontroll. Kunnskapsutøvelsen var allsidig, basert på hverdagslige kunnskaper og erfaringer på den ene side, og forståelse for formelle regler og medisinskfaglige anvisninger på den annen side. Dette har jeg kalt henholdsvis en husholdets praksis



Hammerfest pleiehjem for sinnslidende (1930–42), i venstre bildekant ses Hammerfest sykehus. Foto Johannes H. Lund. Arkiv Finmarksbiblioteket

og en medisinsk-administrativ praksis (3, s. 149–84 og 185–97).

Husholdets praksis var omsorgen for den sinnssyke i husholdningen og var strukturert gjennom daglige og nødvendige gjøremål i husholdningens produksjon og reproduksjon. Det innebar at man bodde og arbeidet sammen med vedkommende, i tillegg til å utøve stell, pleie og tilsyn ved behov. Det var forventet at den forpleide bidro med arbeidsinnsats etter evne, og oppgavene var mange og varierte. Arbeidsoppgaver var ikke ukjente for de forpleide, men noe de i varierende grad hadde deltatt i fra barnsben av i egen familie. «Omsorgen» innebar at forpleieren måtte håndtere situasjoner som oppsto som følge av å leve sammen med vedkommende i det daglige. Samværet kunne være svært utfordrende. De forpleide hadde ofte problemer med å omgås andre og mange hadde en væremåte som lett førte til ufred. Det stilte krav til forpleierne og øvrige husholdsmedlemmer. Å være forpleier forutsatte derfor tilstedeværelse og tilgjengelighet.

Den medisinsk-administrative kategorien omhandlet distriktslegens og det kommunale fattigstyrets ansvar. Det var for det første å finne kvalifisert forpleier og etablere en kontrakt mellom forpleier og fylket. Dermed å utføre tilsyn og kontroll med forpleiningen. Distriktslegene foretok tilsynsbesøk og skrev årlige innberetninger slik det innledende eksemplet forteller.

### Kriseløsninger

For at privatpleien skulle fungere, var den avhengig av at det fantes institusjoner lokalt i de to fylkene som kunne gi døgnkontinuerlig tilsyn og ivaretagelse av sinnssyke i akutte og kritiske situasjoner (3, 241–3).

Sykehus, andre helseinstitusjoner og arrestlokale og fengsel var innrettet på å ta imot sinnssyke om nødvendig og fungerte som kriseløsninger. Sinnssyke som ikke kunne være i forpleiningen, og heller ikke fikk asylplass, ble tatt hånd om i ulike typer institusjoner. Det var ikke uvanlig at enkelte sinnssyke ble flyttet mellom ulike typer forpleininger, fra privatpleie til sykehus, arrestlokale eller fengsel. Kriseløsningene ble benyttet i situasjoner der familie, forpleiere og nærmiljøet for øvrig ikke lenger klarte å ta hånd om vedkommende og hadde trekk fra funksjonen til den førmoderne dårekisten og dollhuset (18). Uten disse institusjonene i «bakhånd» ville privatpleien neppe konsolidert seg som den viktigste forpleiningsformen i Troms og Finnmark. Politiet hadde et særskilt ansvar for å ta hånd om sinnssyke dersom andre ikke gjorde det (3, s. 232–7).

### Pleiehjemmet for sinnssyke i Hammerfest

I 1930 åpnet Pleiehjemmet for sinnssyke i Hammerfest. Pleiehjemmet var den første institusjonen av noe omfang som var spesielt innrettet på å ta hånd om sinnssyke i Finnmark og Troms (3, s. 245). Institusjonen var bare i drift i 12 år, men rommet over hundre pasienter da det ble nedlagt i 1942. Pleiehjemmet var ikke godkjent som asyl, men kom til å fungere som det for befolkningen i Troms og Finnmark. Distriktslegen i Hammerfest var bestyrer og søsterhjemmet Betanien i Oslo stilte utdannede sykepleiere til disposisjon. Pleiehjemmet tok imot sykepleierelever og utdannet egne mannlige pleiere (3, s. 263–7).

Husreglementet la sterke føringer for dagliglivet i pleiehjemmet. Personalet ble pålagt

taushetsplikt og pasientene skulle omtales som syke. Ansatte ble pålagt å følge retningslinjer i den daglige oppfølgingen av pasientene. Det ble utarbeidet strategier for at pasientene skulle oppføre seg pent, og prosedyrer for registrering og hierarkisering av oppførsel og fremgang (3, s. 278–81). Arbeid hadde fortsatt en sentral plass i pasientenes dagligliv, men fikk en karakter og form som skilte seg klart fra arbeidet i privatforpleiningen. I forhold til privatpleien innebar pleiehjemmet økt regelbundenhet og konformitet i forpleiningen i tråd med Michel Foucaults analyse av disiplinering i anstalter (19, s. 127–8). Institusjonalisering, profesjonalisering og nye disipliningsformer brakte sinnssykeomsorgen inn i en lukket mot omverdenen hvor både de ansatte og pasientene ble utsatt for en omfattende og streng disiplin. Privatpleien økte i omfang de årene pleiehjemmet var i drift. I Finnmark skjedde økningen i hovedsak i regi av Pleiehjemmet idet pasienter ble utskrevet til privatpleie i kommunene i Vest-Finnmark i pleiehjemmets nærhet.

Pleiehjemmet ble rekvirert av tyskerne i 1942 og pasientene ble evakuert sørover. Under evakueringen av Finnmark høsten 1944 ble bygningene sprengt og stedet holdt senere på å gå i glemmeboken.

### Nødløsning, forsinket modernisering eller tilfredsstillende ordning?

På landsbasis gikk privatpleien gradvis tilbake fra 66 % i 1891 til 42 % i 1940 (12). I Troms og Finnmark ser vi snarere en kontinuitet og stabilitet frem mot 1940. Hvorfor sto privatpleien så sterkt i landsdelen i en periode der den gikk tilbake i resten av landet? Privatpleien er i tidligere studier sett på som en *nødløsning* ut fra økono-



miske forhold (4, 5). I 1920-årene forelå det planer om bygging av nytt asyl i Nord-Norge, men planene måtte skrinlegges både på grunn av dårlig økonomi og på grunn av uenighet vedrørende lokalisering. (3, s. 256–7). Forpleiningssatsene var i Troms lavere enn landsgjennomsnittet, noe som gjorde at privat forpleining var gunstig for myndighetene, og derfor ble opprettholdt. Perspektivet underbygges av det faktum at det ble gjort vedtak om å bygge Åsgård psykiatriske sykehus først i 1946, da den økonomiske situasjonen var i ferd med å snu etter krigen.

Privatpleien har også vært fortolket som uttrykk for en forskinket modernisering i en «underutviklet» landsdel. Med modernisering forstås vanligvis en utvikling hvor samfunnet blir mer differensiert. Gjennom vitenskap og teknikk i kombinasjon med markedsøkonomi og et byråkratisk organisasjonsprinsipp blir samfunnet bedre i stand til å produsere varer og tjenester mer effektivt (20, s. 16). Andre trekk som inngår i moderniseringsbegrepet er standardisering, opplysning, et skarpt skille mellom privat og offentlig og en vitenskapelig livsanskuelse. I et moderniseringsperspektiv ses privatpleie som uttrykk for noe førmoderne, mens bygging av asyl og utvikling av spesialisert, medisinsk psykiatrisk teori og terapi, ses som uttrykk for modernisering (4, 5, 21, 22).

En tredje mulig grunn til at privat forpleining sto så sterkt så lenge, kan være at den lokalbaserte privatpleien i hovedsak fungerte tilfredsstillende for de sinnssyke, deres pårørende, forpleierne og offentlige myndigheter, og derfor ble opprettholdt. Privatpleien slik den tok form i Troms og Finnmark viste seg å fungere bra fordi det var noen bestemte forutsetninger til stede.

Husholdet er imidlertid kanskje det begrepet som best bidrar til å forstå forpleiningens sterke stilling i landsdelen. Husholdet er omtalt som den viktigste av alle samfunnsinstitusjoner på slutten av 1800-tallet (23, s. 351). Det fungerte både som en økonomisk og en sosial enhet og som et familiesystem som omfattet folks dagligliv. Samtidig som husholdet omfattet familiens bolig, var det også en arbeidsplass hvor det ble utført mangslungne aktiviteter som matproduksjon, matstell, produksjon og vedlikehold av klær og omsorgsoppgaver som stell og pass av barn, sjuke, eldre og dyr. Husholdets medlemmer måtte bidra etter evne, og det var i husholdet forpleiningen foregikk.

De nordnorske kystområdene hadde en kombinasjon av husholds- og pengeøkonomi lenger ut i det 20. århundre enn andre deler av landet (24–26). Forpleiningsbidraget hadde betydning for økonomien i husholdet. Fordi det som en regel kun var en «utsatt» per hushold, var ikke bidraget så stort at en familie kunne leve av det, men det ga fast pengeinntekt og kontanter var mangelfvare. Privatpleien var derfor et gjen-

sidig bytteforhold mellom det offentlige og det private. Privatpersoner mottok bidrag for å ta seg av sinnssyke, noe som igjen bidro til en mer romslig privat økonomi. Til gjengjeld kunne det offentlige være viss på at de sinnssyke ble tatt hånd om, på et eller annet vis, og staten sparte penger da asylforpleining var langt dyrere. Privatpleien var godt organisert fra staten og myndighetenes side med jevnlig tilsyn og kontroll både med hensyn til kvalitet og kostnader. De årlige tilsynsrapportene fra distriktslegene motvirket vilkårligheten i et system med mange forpleiere spredt utover i lokalsamfunnene.

Det er ikke belegg for å hevde som generell regel at privatpleien var til det beste for den sinnssyke, men mye tyder på at forpleining hos «snille og forstandige folk» kunne være en god ordning. Det var ikke uvanlig at sinnslidende etter en tid i privatforpleining oppnådde et bedre funksjonsnivå og gikk ut av offentlig forpleining. Når privatpleie ble den mest sentrale forpleiningsformen i Troms og Finnmark frem til 1940, må den forstås som et resultat av husholdets fortrinn, psykiatriens manglende tilstedeværelse, distriktslegenes rolle og ansvar og et statlig engasjement overfor sinnslidende.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

#### Litteratur

1. Sinnssyke i forpleining, Løpenr. 2338 1911–1957. Tromsø: Statsarkivet Tromsø, Fylkesmannen i Troms.
2. Innberetninger om sinnssyke, Løpenr 2827. Tromsø: Statsarkivet i Tromsø, Fylkesmannen i Troms.
3. Fause Å. «Betalingen tilfredsstillende. Forpleiningen ligesaa». Sinnssykeomsorgen i Troms og Finnmark 1891–1940. Ph.d.-avhandling. Tromsø: Institutt for helsevitenskap, Universitetet i Tromsø, 2007.
4. Ericsson K. Den tvetydige omsorgen. Oslo: Universitetsforlaget, 1974.
5. Bøe JB. «De utsatte». Psykiatriske pasienter i privatpleie på Jæren 1950–1970. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
6. Lia G. Utsettelse av sinnssyke i privatpleie – en undersøkelse av familiepleien i Manger 1880–1920. Hovedfagsoppgave. Bergen: Institutt for historie, Universitetet i Bergen, 2003.
7. Bauer J. Åtte gærninger og to vettu'e. Privatforpleining av sinnssyke i Nes på Romerike 1900–1961. Årnes: Gamle Hvam Museum, 1995.
8. Dahl L. Fortsatt Bidrag til Kundskaab om de sindssyge i Norge. Avtrykk fra Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Christiania: Carl C. Werner & Co, 1862.
9. Arnesen H. Familieforpleining av sindssyke. Den Norske Lægeforenings smaaskrifter. Kristiana: Den Norske lægeforenings Forlag, 1914.
10. Holmboe M. Om sindssygepleien i Norge og navnlig om amtsasyler. Foredrag ved 11te norske lægemøde i Trondhjem 17de Juli 1905. Den norske lægeforenings smaaskrifter. Kristiana: Den Norske lægeforenings Forlag, 1905.
11. Winge P. Hovedtræk i psykiatriens udvikling i de senere 3–4 decennier. Kristiana: Alb. Cammermeyers forlag, 1896.
12. Norges offentlige statistikk: Sindsygeasylernes statistikk for årene 1891–1940.
13. Kronprinsregentens Resolution af 7de Mai 1894 og Cirkulære 20de August 1894 fra Justisdepartementet til amtmennene. I fylkesmannsarkivet er disse journalene arkivert som Sinnssyke i forpleining.

14. Quarsell R. Utan vett och vilja. Om synen på brottslighet och sinnessjukdom. Stockholm: Carlssons, 1993.
15. Riving C, Møllerhøj J, Sonne P. Arvet efter Foucault i skandinavisk och internationell psykiatrichistoria. Scandia – tidskrift för historisk forskning 2006; 76, nr. 2: 7–12.
16. Prestwich P. Family strategies and medical power: «voluntary» committal in a Parisian asylum, 1876–1891. I: Porter R, Wright D, red. The confinement of the insane. International Perspectives 1800–1965. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
17. Wright DJ, Moran J, Gouglas S, red. The confinement of the insane in Victorian Canada: the Hamilton and Toronto asylums 1861–1900. I: Porter R, Wright D, red. The confinement of the insane. International Perspectives 1800–1965. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
18. Blomberg W. Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550–1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
19. Foucault M. Overvåkning og straff. Oslo: Gyldendal, 2001.
20. Eriksen EO. Det nye Nord-Norge: avhengighet og modernisering i nord. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget, 1996.
21. Lysnes M. Behandlere og voktere, psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
22. Hermundstad G. Psykiatriens historie. Oslo: Ad Notam, 1999.
23. Andresen A. Handelsfolk og fiskerbønder. Tromsø gjennom 10 000 år. Bd. 2. Tromsø: Tromsø kommune, 1994.
24. Balsvik RR. Kvinner i nordnorske kystsamfunn. Historisk Tidsskrift 1991; 70: 636–53.
25. Elstad Å. Mentalitet og økonomi – Nord-Noreg 1750–1950. Historisk Tidsskrift 1991; 70: 586–603.
26. Elstad Å. Arbeidsliv i fiskarbondeshus. Kulturelle perspektiv på sosialisering og kjønnsidentitet. Bø og Hadsel i Vesterålen 1870–1970. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, 2002.

*Manuskriptet ble mottatt 2.9. 2008 og godkjent 6.11. 2008. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.*