



**INSTITUTIONEN FÖR LITTERATUR,
IDÉHISTORIA OCH RELIGION**

**Hospitalspredikantens arbetssituation
i Sverige mellan åren 1894–1917.**

Hur såg hospitalspredikantens arbetsuppgifter ut och vem eller vilka var hans överordnade?

**The work situation of the hospital preacher
in Sweden between 1894 and 1917.**

Who was the chief executive of the hospital preacher and what were his superiors?

Gunnar Nilsson

Termin: Vt20

Kurs: RT1400, 15 hp

Nivå: Kandidat.

Handledare: Martin Berntson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT	4
1 INLEDNING	6
1.1 SYFTE.....	6
1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR.....	6
1.3 AVGRÄNSNING.....	6
1.4 BEGREPP	7
1.5 METOD.....	8
1.6 TEORI	9
1.6.1 Hur korrelerar ett lokalt medborgarskap med en hospitalspredikant.....	10
1.6.2 Andréns medborgarskapsidé.....	10
1.6.3 Andréns teori som analysverktyg.....	12
1.6.4 Min användning av Andréns teori.....	13
1.7 TIDIGARE FORSKNING	103
1.8 MATERIAL/KÄLLKRITIK.....	15
1.8.1 Kyrkolagen utgiven år 1686 av kung Karl XI Gustav	16
1.8.2 Kyrkohandböckerna 1809, 1894 och 1917.	16
1.8.3 Kyrkomötesrapporten 1909.....	16
1.8.4 Medicinalstyrelsens årsrapporter.....	17
1.8.5 Statliga stadgar som berörde hospitalspredikanten	18
1.8.6 Statliga utredningar	18
1.9 BAKGRUND	19
2 ANALYS.....	22
2.1 Hur reglerades hospitalspredikantens uppdrag av Svenska kyrkan?	22
2.1.1 Vad hade prästeden respektive prästlöftet för betydelse?	22
2.1.2 Konsekvensanalys av Svenska kyrkans styrdokument för hospitalspredikanten....	23
2.1.3 Handboken och begravningsceremonin mellan raderna	23

2.2 Hur reglerades hospitalspredikantens uppdrag av den svenska staten?	25
2.2.1 Anställningsförhållande	26
2.2.2 Hospitalsinstruktionerna för hospitalspredikanten.....	27
2.2.3 Hospitalsdirektionens funktion och mandat.....	29
2.2.4 Vilka människor mötte hospitalspredikanten i sitt uppdrag.....	30
2.2.5 Hur såg hospitalspredikantens arbetsuppgifter ut?.....	31
2.3 Uppstod det konsekvenser i relationen mellan hospitalspredikantens arbetsuppgifter, Svenska kyrkan och den svenska staten och i sådana fall vilka?	32
2.3.1 Kyrkobokföringen	32
2.3.2 Kyrkliga handlingar och då främst begravningen	34
2.3.3 Själavården	36
2.3.4 Sammanfattning	37
3 DISKUSSION	37
3.1 Vem var hospitalspredikantens överordnade [a]?	38
3.2 Kyrkliga handlingar [b].....	39
3.3 Kyrkobokföring [c]	39
3.4 Själavården [d]	40
3.5 Det som inte sägs i stadgan [e].....	40
4 SLUTSATS	41
4.1 Vidare forskning.....	41
5 KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING.....	42
5.1 Tryckta källor	42
5.2 Internetkällor	42
5.3 Litteratur.....	43
5.4 Litteratur på internet.....	44
5.5 Bild- och Tabellkällor	44

ABSTRACT

This essay treats the work situation of the hospital preacher in Sweden between the years 1894 – 1917, focusing on the question: what was the work situation like for the hospital preacher and who was or were his superiors? The purpose of this essay is to examine the work prerequisites and job assignments from a national theory of citizenship perspective. This theory is based upon Mats Andréns *Mellan delagande och uteslutning* [...] (2005), primarily the first part which discusses the perspectives on citizenship during the 19th and 20th century. This dilemma is defined by what happens between ideology and reality, as exemplified by the American Declaration of Independence, which, while focusing on freedom, evidently excluded other citizens from society.¹ To describe this dichotomy we need an analytical tool consisting of four terms: being an active or passive citizen, and having a flexible or a stable perspective. Active citizenship relates to the prevalent view on society during the 18th century, where the working, tax paying, active citizen was valuable for the state, while the passive citizen (lacking work, ill) was a liability.² Andréns concluding hypothesis of the dilemma of citizenship is that it is the oscillation between being an active and a passive citizen that creates the prerequisites for a long term citizenship.³ My application of Andréns theories is that the hospital preacher was a citizen on the hospital board. There, flexibility emerged, through the situational oscillations between active and passive capacity for action, where the continuity of the complex structure led to stability. The examination is made by switching between close reading and at the same time interpreting its correlations using an abductive qualitative method. The observational material consists of the regulatory documents of the Church of Sweden and the government regulations defining the work situation of the hospital preacher. The main job assignments for the hospital preacher were education, the parish register, performing church services and supplying pastoral care. This is where the Church of Sweden and the medicinal science met in a joint task to keep and care for the lunatics in life and death. This essay focuses on the meeting point between the regulations of the Church of Sweden and the government agencies on a national level. In conclusion the complexity of the job assignments with the parish registry, providing church services and pastoral care are made more salient by the 1922 hospital charter, which brings a surprising clarity on the subject. This leads me to believe that this hospital charter was made more detailed due to previous

1 Andréns, 2005, s. 14.

2 Andréns, 2005, s. 51, Johannisson, 2013, s. 27–30 (sjukdoms tolkningar), s. 50, 58 (Social kontroll).

3 Andréns, 2005, s. 15.

ambiguities. My conclusion is therefore that the hospital preachers in general served under the hospital board which is confirmed by the 1922 hospital charter. Moreover, I conclude that many years of flexibility for the hospital preachers gave stability to the hospital. For further research, it would be interesting to examine how hospital preachers today view their own work situation and who their superiors are.

1 INLEDNING

Jag har i denna uppsats valt att förena mina intressen för psykiatri och Svenska kyrkans präst-ämbete genom att undersöka tre av hospitalspredikantens arbetsuppgifter tidigt 1900-talet. Ett ofrivilligt studiebesök på Restads kyrkogård, pyntad med ett 100-tal järnkors med endast ett nummer följt av ett "M" eller "K", gav mig rysningar. På den platsen arbetade en hospitalspredikant i närmare 40 år. Tyvärr är detta ingen biografi om honom eller av någon av de andra hospitalspredikanterna men de kommer för alltid beröra mig. Prästens främsta uppgift var själavård, kyrkobokföring och kyrkliga handlingar och med minsta fantasi går det att inse att bedriva exempelvis själavård på ett hospital för sinnessjuka torde vara en konststart. Under den specifika undersökningsperioden (1894–1917) var Svenska kyrkan en del av den svenska staten. Detta var inte helt oproblematiskt när det gällde människosyn, syn på synd och sjukdom och särskilt i kyrkans respektive vetenskapens perspektiv. Här möttes kyrkan och vetenskapen i att förvara, vårda och omsorgsfullt sörja för de sinnessjuka i liv och död.

1.1 SYFTE

Syftet med denna uppsats är att undersöka hospitalspredikantens arbetsförutsättningar och arbetsuppgifter ur ett nationellt svenskt perspektiv och ur ett medborgarskapsteoretiskt perspektiv. Detta under 1894–1917.

1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR

- * Hur såg hospitalspredikantens arbetsuppgifter ut och vem eller vilka var hans överordnade?
- * Hur reglerades hospitalspredikantens arbetsuppgifter på hospitalet av Svenska kyrkan respektive den svenska staten (indirekt medicinalstyrelsen)?
- * Uppstod det problem med hospitalspredikantens arbetsuppgifter i relation till Svenska kyrkan och den svenska staten och, i sådana fall vilka?

1.3 AVGRÄNSNING

För det första avgränsas undersökningen till att behandla åren 1894 till 1917. Perioden är vald för att sammanfalla med tiden för den då gällande kyrkohandboken i Svenska kyrkan. För det andra har jag valt att avvika med två dokument utanför undersökningsperioden. Dokumenten

var en lasaretsstadga från år 1922 och en utredning från 1956. De båda dokumenten bekräftar ett verkningshistoriskt skeende som tydliggör det empiriska materialet. Båda dokumenten klargör otydligheter gällande hospitalspredikantens arbetsuppgifter och frågan om vem som var hospitalspredikantens överordnade under åren 1894–1917. För det tredje så är undersökningen baserad på de nationella beslut som gällde för hospitalen i Sverige. Ingen jämförelse kommer att göras nationer emellan utan endast inom Sveriges gränser. Det förekommer ingen lokal undersökning av hospitalen men däremot lokala exempel. Denna avgränsning är gjord på grund av en nationell strukturförändring år 1914 som berörde alla hospitalspredikanter i landet vilket, tyder på att hospitalspredikanterna styrdes nationellt. För det fjärde avgränsas undersökningen till att gälla tre av hospitalspredikantens arbetsuppgifter, nämligen: Kyrkobokföring, kyrkliga handlingar och själavård.⁴

1.4 BEGREPP

Ett begrepp är skillnaden mellan lön och arvode. Prästens lön hanterades av stiftet medan hospitalspredikantens arvode bestämdes av Sveriges riksdag och betalades ut av medicinalstyrelsen som också anställde honom. Arvodet är jämfört med lön betraktat som ett tillfälligt eller ett särskilt uppdrag.⁵

Prästen som tjänstgjorde på hospitalet kallades för hospitalspredikant enligt de flesta primärkällor men avvikelser förekommer. Avvikelserna gäller främst de statliga benämningarna som kan ändras något beroende på vilken instans som diskuterar. Hospitalspredikanten var vigd till präst i Svenska kyrkan och ska inte förväxlas med någon svensk frikyrklig präst eller pastor.

En territoriell församling är en enhet under Svenska kyrkan. En icke-territoriell församling är urtagen från den ordinarie församlingen och har skapat ett eget territorium. Bland annat har den svenska militären en egen (icke-territoriell) församling eftersom de utför utlandsuppdrag. I detta fall följer församlingen med på uppdragen. I denna uppsats avser en icke-territoriell

4 Kandidatuppsatsen *Bildning och uppfostran av sinnessjuka under den senare delen av 1800-talet* (2011) av Isabelle Mattlar vid Uppsala universitet presenteras under Tidigare forskning.

5 Arvode: <https://www.saob.se/artikel/?seek=arvode&pz=2> (hämtat den 2020-04-20).

församling en fristående hospitalsförsamling utan anknytning till den ordinarie församlingen.⁶

Denna uppsats bygger på att utreda hospitalspredikantens två huvudsakliga överordnade, Svenska kyrkan och den svenska staten. Om inget annat anges likställs hospitalsdirektionen, medicinalstyrelsen, ecklesiastikdepartementet och den svenska staten. Likaså Svenska kyrkan och kyrkomötet. Denna förenklade bild komplicerades av att exempelvis Svenska kyrkan vid undersökningstiden (1894–1917) var en statskyrka och att kyrkolagen och handböckerna var stadfästa av den svenska staten. I dessa fall kommenteras detta särskilt.

Ett annat begrepp som förekommer frekvent i uppsatsen är ”Kyrkliga frågor” och avser då de frågor som kan uppkomma genom statens och Svenska kyrkans instruktioners otydlighet.

1.5 METOD

Uppsatsen är en kvalitativ undersökning med en abduktiv metod.⁷ Detta innebär att undersökningen av det empiriska materialet under arbetsprocessen varvas med tolkningar genom teorin för att besvara frågeställningen. Hospitalspredikanten sitter på två stolar och det är detta förhållande som ska förklaras. Hospitalspredikanten är en kyrkans man med kyrkliga attribut och uppgifter men arbetet utförs i statens lokaler utifrån statliga normer. Svårigheten med undersökningen var att rättvist förhålla sig till hospitalspredikantens två stolar nämligen Svenska kyrkan och staten. Risken fanns att uppsatsen vinklas åt ena eller andra hållet och därmed favorisera den ena parten. En annan risk var att undersökningen gjordes på nationell nivå och förbigår viktiga lokala företeelser som hade betydelse för helheten. För att möta denna problematik krävdes en abduktiv metod där: ”En växling sker mellan empirisk och teoretisk reflektion”.⁸ Detta innebar för undersökningen att det empiriska materialet speglas genom teorin kontinuerligt från Analysen och framåt. Till exempel så speglas både Svenska kyrkan och statens ansatser till att styra hospitalspredikanten genom det lokala men dubbla medborgarskapet. Med andra ord, hur korrelerade hospitalspredikantens arbetsuppgifter med instruktionen (från både Svenska kyrkan och staten) eftersom det inte på förhand gick att anta vem

⁶ Losman, 2005, kapitel 7:2.

⁷ Alvehus, 2013, s. 109–110 (Abduktiv metod).

⁸ Alvehus, 2013, s. 109.

eller vilka som skulle vara hospitalspredikantens överordnade.⁹

I min närläsning av medicinalstyrelsens årsrapporter har jag koncentrerat mig på det som explicit handlar om hospitalspredikanten. Detta framkommer i medicinalstyrelsens årsrapporters disposition: ”Religionsövningar och föreläsningar”. Det empiriska materialet för åren 1894–1914 var magert. Jag förväntade mig finna en nationell inblick av hospitalspredikanternas årsredogörelse eftersom detta var syftet med årsrapporten. Undersökningen ledde vidare till att utreda vilka nationellt ställda dokument som hospitalspredikanten hade att rätta sig efter, såsom hospitalsinstruktioner, kyrkolagen, anställningsförhållande och prästlöfte. Här framkommer nu en otydlighet vad gällde arbetsinstruktionerna från kyrkan respektive staten. Däremot förekom en lokal hospitalsordning för varje enskilt hospital. Den lokala förordningen innefattas inte av denna undersökning (se under Avgränsning). Detta beror på att karaktären av en lokal hospitalsförordning innebar lokala föreskrifter som framkommit i relationen mellan direktionen, patienter och personal och skiljde sig åt mellan de olika hospitalen.¹⁰

Medicinalstyrelsens årsrapporter är hämtade från Riksarkivet.se medan kyrkomötesprotokoll och hospitalsinstruktioner är hanterade på Göteborgs universitetsbibliotek. Stora delar av statliga dokument är digitaliserat av Runeberg.org där bland annat statskalendern undersökts.

För att enklare förstå medicinalstyrelsens årsrapporter så har jag sammanställt en enkel tabell (under avsnitt 2.2.1.1) som visar hospitalspredikantens dubbla arbetsfunktion.

1.6 TEORI

Teorin utgår från Mats Andréns, professor i idé och lärdomshistoria vid Göteborgs universitet, publikation *Mellan deltagande och uteslutning, det lokala medborgarskapets dilemma*. Jag kommer i huvudsak behandla Andréns första del av publikationen. Teorin kommer att förklaras i flera led med start i det lokala medborgarskapsperspektivet på mikronivå. Det fanns många medborgarskapsidéer att ta fasta på i Andréns publikation men det var viktigt att

⁹ Alvehus, 2013, s. 109–110.

¹⁰ I medicinalstyrelsens årsrapporter kan man utläsa att det gång efter annan är problem med personalens lydnad gentemot hospitalsdirektionen. Detta skulle då kunna ge en speciellt anpassad ordningsregel för just detta hospital och stämmer då inte med denna nationella undersökning.

utkristallisera en teori som behandlade förhållandet mellan stat och individ och den teori som valdes beskrev med tydliga analysverktyg om hur ett lokalt medborgarskap kunde se ut.

1.6.1 Hur korrelerar ett lokalt medborgarskap med en hospitalspredikant

Andrén hävdar att hur frågan om ”medborgarskap” än var ställd, så slutade det alltid med en diskussion om vilka som skulle ingå respektive inte ingå i medborgarskapet.¹¹ Detta var ett referat ifrån Andréns förord och beskriver kortfattat ett dilemma nämligen de som inte ingår i medborgarskapet. Här nedan förklarar jag min användning av Andréns medborgarskapsteori.

Hospitalspredikanten tillhörde två medborgarskap samtidigt vilket, i sin tur ledde till ett dilemma där det var lätt att ”falla mellan stolarna”. I det ena medborgarskapet tillhörde han Svenska kyrkan genom att vara prästvigd med avlagt prästlöfte. Det andra medborgarskapet var han som hospitalspredikant arvoderad (ej anställd) av staten. För att problematisera dessa förhållanden så var hospitalspredikanten å ena sidan genom prästlöftet bunden till Svenska kyrkan oavsett om han arbetade där eller inte. Å andra sidan var han arvoderade av staten för att utföra kyrkliga arbetsuppgifter men var i övrigt var inte staten hans arbetsgivare. Detta komplicerar om vem eller vilka som var hospitalspredikantens överordnad. Andréns teori problematiserar hospitalspredikantens arbetsuppgifter i relation till Svenska kyrkan och staten för att utreda forskningsfrågorna. Exempelvis var det viktigt, att hospitalspredikanten hade styrdokument och tillgång till överordnad, när han mötte staten i kyrkliga frågor. Frågorna kunde gälla om vad hospitalspredikant skrev i kyrkobokföringen eller hur en jordfästning skulle gå till. Andréns teori definierade ”hur” instruktionen påverkade hospitalspredikantens medborgarskap offensivt (aktivt) och/eller defensivt (passivt) beroende på situation. Teorin hjälpte till att hålla ordning på det situationsbundna, lokala men dubbla medborgarskapet.

1.6.2 Andréns medborgarskapsidé

Andrén menar att: ”Medborgarskap är en idé som karakteriseras av att kombinera flexibilitet med stabilitet”.¹² Medborgarskapet var situationsbunden och därmed beroende av kontexten den uppstått i. Eftersom medborgarskapsidéen var situationsbunden så var det tiden som

11 Andrén M. , 2005, s. 7.

12 Andrén, 2005, s. 43.

avgjorde dess spänst. Med andra ord så påverkades medborgarskapets stabilitet av hur länge idén hade pågått. För att analysera medborgarskapet används ”Tidsskiktsperspektivet” som verktyg. Tidsskiktsperspektivet avtäckte medborgarskapsidén och synliggjorde exempelvis uteslutningar ur medborgarskapet. Med ”tidsskikt” avses att avgränsa medborgarskapet till tid och rum där ett exempel på detta var franska revolutionen eller en nationell ekonomisk kris. Ett mer förklarande exempel var den Amerikanska frihetsdeklarationen där medborgarskapet gav frihet åt alla Amerikanska medborgare. Det tidsskiktsperspektivet handlade om att de Amerikanska medborgarna tolkade friheten olika och framförallt att en del medborgare skulle uteslutas ur deklarationen.¹³ Det var lokala medborgarskap i Amerikanska södern som genom sin historia tolkade friheten annorlunda vilket, ledde till inbördeskrig. Syftet med tidsskiktanalysen var att utreda flexibiliteten av medborgarskapet genom den tiden som konstellationen (situationen) höll i sig. Enligt Andréén gav inte teorin alltid svar på medborgarskapet utan syftet med verktyget var att synliggöra medborgarskapets dilemma.¹⁴

I nästa del av medborgarskapsidén menar Andréén att där en mänsklig hierarki förekommer har människors ”kompetens” varit värderingsverktyg för logiken att utesluta människor från hierarkin/gemenskapen.¹⁵ Jag använder mig främst av Andrééns medborgarperspektiv där samhället mötte individen och hur den uteslutningsprocessen kunde se ut. Här menar Andréén att korrelationen mellan samhälle och individ förändrats över tid. Från 1700-talet till början av 1900-talet så var det politiska styret starkt i relation till individen (medborgaren). De medborgare som inte höll jämn takt med samhällsnormen kunde på olika sätt uteslutas ur samhället, bland annat genom att hospitaliseras. Andréén hade främst undersökt medborgerliga förhållanden i Europa och Amerika.¹⁶ För att utreda uteslutningen kommer nästa avsnitt behandla medborgarperspektivets analysverktyg.

1.6.3 Andrééns teori som analysverktyg

¹³ Andréén, 2005, s. 44-45.

¹⁴ Andréén, 2005, s. 46.

¹⁵ Andréén, 2005, s. 34.

¹⁶ Andréén, 2005, s. 48, 143.

Det ingår två begrepp i analysverktyget: passivt- och aktivt tillstånd vilket, var en dikotomi som står i relation till det lokala medborgarskapet.¹⁷ Dikotomi, eftersom det aktiva och passiva tillståndet aldrig kunde kombineras men väl följa varandra och pendla däremellan.

En ”aktiv” medborgare grundade sig i 1700-talets samhällssyn där den arbetande, skattebetalande (aktiva) medborgaren var värdefull för staten medan den ”passiva” (arbetslös eller sjuk) var en belastning.¹⁸ Det var svårt för en passiv medborgare under 1700-talet att hävda sina medborgarrättigheter. Detta perspektiv var viktigt eftersom pendlingen mellan aktivt och passivt kunde jämföras med offensiv och defensiv medborgarposition. När den sjuke blev frisk igen kunde hen nämligen hävda sina rättigheter och pendeln slog då från en defensiv- (passiv) till en offensiv (aktiv) medborgarposition.

Här anges nu själva processen genom begreppen flexibilitet, stabilitet och situationsgrund där själva processen var pendlingen/växlingen mellan en aktiv och passiv position. Varje enskild händelse som analyseras i ett specifikt tidsskikt observerades som en pendling mellan aktivt och passivt ställningstagande och skapade en ”situationsgrund”. Det kunde förekomma flera pågående situationer samtidigt. När växlingen skedde skapade det ”flexibilitet” där ”stabilitet” var måttet för tidsskiktets tidsomfång. Andrén förklarade som exempel att kvinnorrättskämpen, filosofen och författaren Mary Wollstonecraft (1759–1797), som kämpade för kvinnors medborgerliga rättigheter visar på en liknande situation. Tidsskiktsperspektivet var under en tid då samhället inte såg kvinnor som jämbördiga medborgare med männen. Hennes medborgarrättskamp bestod i att inta en ”aktiv” position som medborgare trots att samhället såg henne som passiv. Processen (kampen) var flexibel eftersom hon behövde finna sig i både den passiva positionen (enligt samhällets system) och i den aktiva positionen (hennes krav på medborgerliga rättigheter) samtidigt. Långvarigheten i processen skapade stabilitet och i Wollstonecrafts fall gav det vinst för kvinnors rättigheter.¹⁹ Andrén sammanfattar medborgarskapets dilemma med följande teori: ”det är där som medborgarnas resurser skapas, det är där som deras attribut framträder och det är där som deras kompetenser omsätts. Det är också där

17 Andrén M. , 2005, s. 16.

18 Andrén, 2005, s. 51, Johannisson, 2013, s. 27–30 (sjukdoms tolkningar), s. 50, 58 (Social kontroll).

19 Andrén, 2005, s. 51.

som social uteslutning och diskriminering framträder som konkreta fenomen”.²⁰

1.6.4 Min användning av Andréns teori

Hospitalspredikanten var arvoderad att arbeta som präst vid Sveriges hospital. Begreppet ”passivt lokalt medborgarskap” betydde för hospitalspredikanten att hans mandat att agera i kyrkliga frågor (exempelvis kyrkobokföringsfrågor) begränsades genom att den överordnade inte nödvändigtvis var från Svenska kyrkan utan från hospitalsdirektionen (staten). Ett ”aktivt lokalt medborgarskap” innebar tvärtemot det passiva, full frihet vad gällande mandat att agera i kyrkliga frågor. Eftersom varje händelse var situationsbunden så kunde pendeln slå tvära kast mellan den aktiva och passiva positionen vilket, skapade ”flexibilitet” i kyrkliga frågor. Kontentan av kontinuerlig flexibilitet ledde till ”stabil” lokalt medborgarskap. Med andra ord skapades hospitalspredikantens flexibilitet genom situationsbundna pendlingar mellan aktivt och passivt handlingsutrymme i sitt arbete där kontinuitet av den komplexa strukturen ledde till stabilitet för hospitalet.

1.7 TIDIGARE FORSKNING

Patrik Möller universitetslektor vid Karlstads universitet undersöker sinnessjukvården i ett tidigt 1900-tal i sin avhandling *Hemligheternas värld* (2017), där han följer i synnerhet Bror Gadelius (1862–1938) professor i psykiatri vid Stockholms universitet och hans medverkan till den psykiatriska historien. Gadelius arbetade för att uppmärksamma patientanamnesen, det vill säga sjukdomsberättelse ur patientens synvinkel. Metoden påminner om prästens själavård vad gäller lyssnandet och har också vållat en del missförstånd mellan kyrka och stat. Gadelius inställning till Svenska kyrkan är begränsad, han anser att kyrkan inte ska hantera själsliga frågor utan lämna dem åt vetenskapen. Eftersom Gadelius också hade funktionen som överinspektör vid medicinalstyrelsen med uppdraget att inspektera Sveriges alla hospital så är det särdeles intressant när hospitalspredikanten utför själavård på samma plats.²¹

20 André, 2005, s 15.

21 Möller, 2017, s. 2, 15 *Den psykiatriska sjukdomens berättelse*, s. 142–147 och då särskilt s. 145–146.

Antologin *De historiska relationerna mellan Svenska kyrkan och samerna* (2016) är en samling studier rörande Svenska kyrkans del i de oegentligheter som drabbade samerna under tidigt 1900-tal. I antologin analyseras hur Svenska kyrkan var inblandad och forskningen berör särskilt hur präster handlade på egen hand och vilka konsekvenser som kom av det.²² Antologin försöker också forma ett forum om Svenska kyrkans skuld till sin egen historia, hur hantearas detta. Forskningen visar i detta fall att Svenska kyrkan var en statskyrka och hade därmed stor del i skulden. Per Axelsson, lektor i idé- och samhällsstudier med särintresse för samisk forskning vid Umeå universitet, har undersökt hur kyrkobokföringen utfördes under tidigt 1900-tal i samebyarna. Axelsson menar att Svenska kyrkans gick i statens ledband vad gällde kyrkobokföring där det från statens sida var viktigt att kontrollera medborgarna. Här var det till syvende och sist upp till prästen själv om vad som blev skrivet i kyrkobokföringen och inte.²³ Antologin är skriven ur perspektivet ”hur det blev” men i perspektivet att Svenska kyrkan handlat i onåd så beskrivs prästens förutsättningar minimalt. Här förutsatte jag att finna en utförlig beskrivning av den tidens styrdokument av Svenska kyrkan men kontentan av antologin var att förklara förlåtelseprocessen och ta verkningshistoriskt ansvar. Det finns ingenting i antologin eller vit-boken som antyder att hospitalspredikanten handlat oegentligt men allt skedde under samma tidsperiod med samma arbetsuppgifter.

Isabelle Mattlar har i sin kandidatuppsats *Bildning och uppfostran av sinnessjuka under den senare delen av 1800-talet* (2011) genomfört en lokal undersökning av Ulleråkers sjukhus (Uppsala hospital 1811–1931) mellan sjukhusdirektionen och hospitalspredikanten. Mattlar menar att predikantens funktion för lärandet var särskilt viktigt för patienten men att forskningsunderlaget för hur det har gått till är näst intill obefintlig.²⁴ Hon har liksom denna undersökning forskat i en mängd empiriskt material på nationell nivå däribland medicinalstyrelsens årsrapporter men väljer ändå att göra en lokal undersökning.²⁵

Karin Johannisson (1944–2016) professor i Idé och lärdomshistoria vid Uppsala universitet

22 Lindmark/Sundström, 2016, s 86, 114.

23 Lindmark/Sundström, 2016, s 916, 926 (Kyrkobokföringen 915–938).

24 Mattlar, 2011, s. 27, 35–38.

25 Mattlar, 2011, s. 28.

behandlar i *Medicinens öga*, medicinvetenskapens historia. Johannisson definierar vad sjukdom var och dess betydelse för samhället mellan 1700–1900-talet. Hur den samhälleliga synen på sjukdomen och människan har förändrats. I denna uppsats bidrar hon främst med att ge en bild av de människor som hospitalspredikanten kunde tänkas möta i sitt arbete. Johannisson beskriver inte hospitalspredikantens arbete men väl den tidiga psykiatrin och de behandlingsmetoder som var rätt för sin samtid. Undersökningen tar sin början i Franska revolutionen och det franska samhället som påverkat Europa.²⁶ Det som inspirerat mig är Johannissons dualistiska förhållande till historien. Hon menar att sjukdomen i detta fall kan se på sätt, ur patientens- och läkarens synvinkel och de ser inte samma sak. Största delen av hennes publikation ägnas åt beskriva patientens syn, folkets syn.²⁷

Det har också genomförts studier där både lokalt och nationellt empiriskt material rörande hospitalspredikanten har behandlats. *Hospitalen i Skara stift* (2011) av Torgil Hallböök (1927–2018) Docent vid Kärnsjukhuset i Skövde, är en kort men gedigen översikt av hospitalet i Skara stift. Publikationen behandlar både lokal och nationell nivå där författaren utgår ifrån patronatsrätten som gav kungen rätt mot kyrkan att styra vilken kyrklig bemanning hospitalet skulle ha. Gudrun Rydberg, landsarkivarie Riksarkivet vid Vänersborg, har i artikeln ”Kyrkogården på Restad Gård” från år 1997 förklarat förhållandet kring kyrkogården på Restad och hospitalspredikantens arbete med kyrkobokföringen och jordfästningsceremonin. Det som är särskilt intressant är att biskopen i Skara stift anförtror hospitalspredikanten (1906) och inte kyrkoherden att inviga kyrkogården. Det finns inget annat skrivet om kyrkoherde eller biskopen bland Rydbergs empiriska material eller noter. Endast hospitalspredikantens årsberättelser ligger till grund för kyrkliga spörsmål. Däremot kommenterar både överläkare, chefsläkare och medicinalstyrelsen gällande kyrkogården på Restad.

1.8 MATERIAL/KÄLLKRITIK

²⁶ Johannisson, 2013, s. 78–81.

²⁷ Johannisson, 2013, s. 7.

1.8.1 Kyrkolagen utgiven år 1686 av kung Karl XI Gustav

Den här utgåvan av 1686 års kyrkolag var utgiven år 1846 av Sveriges riksdag och omfattar 786 sidor. Det förekommer senare versioner av kyrkolagen men denna version var hospitalspredikantens styrdokument under perioden 1894–1917. Här redogjordes nu en del av kyrkolagens disposition som visade på vad staten fokuserade i sin framställning. De tre största områdena var *Predikoämnet*, *Förordningen för de kyrkliga överordnade* (behandlade styrdokument för överordnade inom Svenska kyrkan) och *Hospitaler*. Dessa tre ämnen stod för över hälften av kyrkolagens 786 sidor. Hospitalspredikantens instruktion under ”Hospitaler” var det grundläggande styrdokument som hospitalspredikanten hade att rätta sig efter. I övrigt beskrev detta avsnitt om hur smittan skulle hållas i schack på hospitalet och vilka skyldigheter som följde ämbetet. Här framkom med stor tydlighet att kyrkobokföringen var av största vikt även för staten.

1.8.2 Kyrkohandböckerna 1809, 1894 och 1917.

Kyrkohandböckerna var normerande instruktioner för hur kyrkliga handlingar såsom gudstjänster och installationer skulle utföras. Handboken gav instruktioner om liturgiska moment, böner och bibeltexter. De tre handböckerna HB 1809 (1809–1894), HB 1894 (1894–1917) och HB 1917 (1917–1942) som här presenteras utgjorde arbetsverktyg för hospitalspredikanten i hans arbetssituation. Anledningen till handbokens snabba utveckling var att HB 1809 kritiserades för att vara otjänlig och Svenska kyrkan var tveksam till ritualet.²⁸ Handboken distribuerades till församlingarna i landet som styrdokument i Svenska kyrkans ämbetstjänst.

1.8.3 Kyrkomötesrapporten 1909

I mitt sökande efter material till undersökningen fanns det begränsat med material på nationell nivå om själavården. Den enda diskussionen som fanns var i ett kyrkomötes förfarande vilket, då givetvis behövde beaktas. Det var Johan M. Lindstedts (1844–1918) motion om själavården som undersöktes och riksdagens reaktion på detta. Diskussionen omfattade cirka trettio sidor och var en diskussion där ämnet lätt spårade ur. Detta var anmärkningsvärt med tanke på vilken nivå som diskussionen fördes på och vilken status de inblandade innehade. Kyrkomötet var Svenska kyrkans högsta instans när det gällde kyrkliga frågor.²⁹

²⁸ Bexell, 2003, s. 268.

²⁹ Svenska kyrkans allmänna kyrkomötesprotokoll 1909, s. 16 (nr 10).

1.8.4 Medicinalstyrelsens årsrapporter

Medicinalstyrelsens årsrapporter mellan åren 1894 och 1917 var författade i syfte att delge staten en ekonomisk prognos. Under den perioden var medicinalstyrelsens generaldirektörer också redaktörer för årsrapporterna.³⁰ Det var redaktörerna som beslutade om innehållet i årsrapporten och skapade en prognos över sinnessjukhusvården i Sverige. En prognos som både innehöll såväl ekonomiska fakta som praktisk information om hur de ekonomiska medlen använts. Sammanställningen skedde genom tabeller där alla landets hospital fanns representerade. Här återgavs bland annat fastighetsrapporter och medföljande kalkyler men också uppgifter om sjukdomsdiagnoser och vårdkostnader, allt i samma årsrapport. Materialet var inhämtat av hospitalsdirektionens läkare, syssloman³¹ och hospitalspredikanten. Hospitalspredikantens bidrag till årsrapporteringen hade skiftat under åren. Detta berodde på att alla hospital av oklar anledning inte var representerade i varje årsrapport. Hospitalspredikanterna hade en särskild position i dispositionen under rubriken ”Religionsövningar och föreläsningar”.³² Under denna rubrik beskrev hospitalspredikanterna sitt arbete under året som gått. Här återgavs de gudstjänster och andakter som hållits (med undantag för de många begravningsceremonierna). Här nämndes även att annan undervisning än kristendomsundervisning hade utförts. Det kunde vara en föreläsning eller en reseskildring som kom patienterna till gagn men årsrapporterna var inte mer detaljerade än så. Hospitalspredikanterna hade även hand om det enkla biblioteket på hospitalet. Det var tydligt att många av hospitalspredikanternas årsberättelser var kopierade från år till år. Tydligheten bestod i att texterna var identiska med varandra men det fanns inga belägg för hur urvalsprocessen utförts. Närläsningen visade överraskande på att år 1914 avvek hospitalspredikanternas årsrapportering abrupt. Det fanns ingenting inrapporterat från hospitalspredikanterna trots att de var statligt arvoderade (enligt SCB) ända fram till år 1925.³³

1.8.5 Statliga stadgar som berörde hospitalspredikanten

30 K. Linroth: <https://sok.riksarkivet.se/sbl/Presentation.aspx?id=10755>, B. Buhre: <https://sok.riksarkivet.se/Sbl/Presentation.aspx?id=17138> (hämtad 2020-03-11).

31 Sysslomannen hade till uppgift att sköta fastighetens administrativa frågor såsom nycklar, säkerheten och entreprenörer som utför reparationer på hospitalsområdet.

32 Under åren fram till år 1914 har hospitalspredikanternas plats i dispositionen från att varit på plats 2 (från 1800-talet) ”fallit” ner till plats 7 (från 1900-talet). Det finns inga belägg för att ”fallandet” är något annat än en strukturell förändring.

33 År 1914 sker strukturella förändringar i medicinalstyrelsens årsrapport. Hospitalspredikanterna årsrapport utgår och Kuratorn Gertrud Rhodes (1872–1948) årsberättelse tillkommer. 1914 fanns det endast en kurator i Sverige, belägen på Danvikshospital i Stockholm. Det finns inget som talar för att kuratorn ersätter predikanterna men överinspektör Gadelius framhåller att kuratorn är en ny funktion inom sjukvården vars syfte är att bistå patienterna med praktiska och allmänt behjälplig i sociala frågor (Kungliga Medicinalstyrelsen, 1914 s. 27, 30).

1901 års lasaretsstadga var den stadga på nationell nivå som hospitalspredikanten hade att rätta sig efter. 1901 års stadga gällde under hela undersökningstiden och fram till år 1922. Stadgan var främst riktad mot den vårdande personalen och behandlade särskilt om hur olika smittor skulle hanteras. När det gällde instruerandet av hospitalspredikanten i stadgan så var den mycket fåordig.

1922 års sjukhusstadga låg utanför undersökningsperioden (se under Avgränsning) men var en viktig del av uppsatsen. Denna stadga var uppbyggd på samma sätt som 1901 års stadga men den var genomgående tydligare i sitt språkbruk och längre i sitt omfång men framförallt så tydliggjorde den hospitalspredikantens uppdrag.

1.8.6 Statliga utredningar

SOU 1922:57 var en utredning där Ivar Broman vid ecklesiastikdepartementet utredde förslaget om *Förskaffandet av lik för den för Läkarutbildningen nödvändiga anatomiska undervisning*. Publikationen var ett kort häfte på ett femtiotal sidor som beskrev hur frågan uppkom, dess konsekvenser och beslut. Materialet var implicit på det sättet att diskussionen endast gällde behandlingen av lik och berörde inte nämnvärt om hur Svenska kyrkan, som jordfäste liken, hanterade denna kyrkliga fråga.

SOU 1956 Förslag rörande vidgande befogenheter för direktionerna vid statens sinnessjukhus (1956), undersökte hur hospitalsorganisationen strukturellt såg ut från 1800-talet till mitten av 1900-talet. Detta gav en verkningshistorisk inblick kring rutiner och beslut. *SOU 1956* (utredningen) säkerställde eventuella oegentligheter innan en sammanslagning av medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen utfördes.

1.9 BAKGRUND

Hospitalets historia

Här började statens hospitalshistoria med att Gustav Vasa (1496–1560) år 1531 upplät ett

hospital i Stockholm och 1532 ett hospital i Vadstena.³⁴ Hospitalet uppkom genom att ett helgeandshus³⁵ och en sjukstuga sammanfördes. Här uppkom också den första hospitalsordningen av borgmästaren som också var ansvarig. Åke Andréén (1917–2007), professor i teologi vid Uppsala universitet, menade att kyrkans funktion var viktig för staten men begränsades under reformationen. Kungen begränsade kyrkans makt över sjuk- och fattigvården och Andréén menade att hospitalsprästen endast skulle ha hand om det andliga.³⁶

När Gustav Vasa byggde hospitalen uppstod då en dikotomi. Gustav Vasa lyfte ur de sjuka ur den ordinarie församlingen och skapade en icke-territoriell församling för hospitalen, en så kallad hospitalsförsamling.³⁷ Hospitalet var en självförsörjande enhet och låg en bit utanför staden och år 1910 fanns det 12 hospital i Sverige där de tre största kunde ta emot över tusen patienter vardera. Hospitalen under åren 1894–1917 betraktades som en förvaringsplats för sinnessjuka. Detta ska för läsaren inte förväxlas med lasarettet som endast vårdade somatiskt sjuka. Under undersökningsperioden ansågs att de som vårdades på lasarettet blev ”friska” medan de sinnessjuka på hospitalet var patienter för evigt.³⁸ När det gällde medicinalstyrelsen så verkade den mellan åren 1877 och 1967 och var delegerad av den svenska staten att ombesörja alla sjukvårds- och fattigvårdsfrågor i landet. Under undersökningsperioden 1894 och 1917 skedde stora strukturella förändringar för medicinalstyrelsen där sjukvården befann sig i ett expansivt skede med hotande smittsamma sjukdomar (TBC, syfilis med mera). Detta föranledde också en stor efterfrågan av utbildade läkare vilket, satte den medicinska vetenskapens utbildningsmöjligheter på sin spets.³⁹

Rapporten *Hospitalsväsendets förändrade organisation* från 1870 var avgörande för denna uppsats. Denna rapport omfattade cirka sextio sidor och visade på en ny organisationsstruktur från och med år 1870. Den första delen förklarade den nya organisationen medan den andra delen var en ekonomisk rapport. En av anledningarna till omorganisation var att staten själv (Sundhets Collegium, sedermera medicinalstyrelsen) återtog verksamheten från

34 Mårten Skinnarens hus i Vadstena är Sveriges första sinnessjukhus och är idag med tillhörande museum.

35 Helgeandshus var en kyrklig sjukvårdsinrättning för fattiga och sjuka (Hallböök, 2011, s. 9).

36 Andréén Å. , 1999, s. 54.

37 Hallböök, 2011, s. 23, 47.

38 Johannisson, 2013, s. 48.

39 Losman, 2005, kapitel 13:1, 13:3.

serafimerordengenom.⁴⁰ En annan anledning var att staten behövde koppla verksamheten till den svenska vetenskapen och därmed universiteten. Staten bekräftade den nya organisationen där landshövdingen och biskopen hade gemensamt ansvar för verksamheten.⁴¹ Denna rapport talade tydligt om ansvarsförhållandet för Sveriges hospital fram till år 1901 vilket, hade stor betydelse för hospitalspredikanten.

Kyrkolagen

Kyrkolagen var det regelverk som Svenska kyrkan hade att rätta sig efter. Det var först när Karl XI (1655–1697) kom till makten år 1660 som kyrkoordning (KO) från år 1571 aktualiseras till grund för kyrkolagen. I samband med KO 1571 kom den första hospitalsordningen med direktivet att hospitalet skulle besökas av kyrkoherden minst en gång i veckan.⁴² Enligt KO 1791 hade landshövdingen och biskopen ansvaret för hospitalen i landet.⁴³ 1686 års kyrkolag som den också kallades, användes ända fram till år 1992 med ett antal uppdateringar. Den uppdatering som användes i detta dokument var från år 1846 och låg till grund för handböckerna (1894–1917).⁴⁴ Kyrkolagen var kyrkans styrdokument och kyrkomötet krävde en ny kyrkolag vilket, avlogs gång på gång. Riksdagen inskränkte därtill kyrkans makt i riksdagen genom att dra in den så kallade vetorätten. Kyrkomötet kunde före beslutet ge sitt samtycke till riksdagen vilket, betydde att de godkände och ställde sig bakom beslutet. Detta samtycke ändrades till ett kyrkomötes utlåtande vilket, innebar att endast kyrkomötets åsikt kvarstod utan betydelse för riksdagens beslut. Detta resulterade i att Svenska kyrkan *inte* hade vetorätt i kyrkliga frågor i riksdagen från år 1894.⁴⁵

Sammanfattning

Kyrkan var för hospitalet tudelad mellan en yttre och en inre funktion. Den yttre funktionen bestod i att sockenprästen bistod staten med information om sina församlingsmedlemmar och kunde tidigt upptäcka tecken på smitta eller sinnessjukdom. Den inre funktionen var arbetet

40 Serafimerordensgillet ombesörjde hospitalsverksamheten fram till år 1870.

41 Fehr, 1870, s. 56.

42 Hallböök, 2011, s. 48. Montgomery, 1999, s. 43.

43 Hallböök, 2011, s. 67.

44 Montgomery, 1999, s. 156–158.

Montgomery, 1999, s. 156–15

på själva hospitalet där hospitalspredikanten ombesörjde själavård, kyrkliga handlingar (gudstjänster) och kyrkobokföring (dop-, vigsel- och begravningsregistrering). Eftersom Svenska kyrkan var viktig för staten och samtidigt en del av densamma så fanns ofta ett utrymme anpassat för gudstjänster och andakter (kyrka, kyrksal eller liknande) på hospitalområdet. Däremot fanns det inte något begravningskapell (här fanns avvikelser).⁴⁶ Under lång tid anordnade landstinget med prästtjänster inom sjukvården men år 1958 upphörde genom riksdagsbeslut alla kyrkliga tjänster som betalades med statliga medel.⁴⁷

46 Johannisson, 2013, s. 47–51.

47 Brohed, 2005, s. 221–222.

2 ANALYS

Här analyseras de förutsättningar hospitalspredikanten hade att rätta sig efter i sitt ämbete: prästlöftet, kyrkolagen och handboken. Här behandlas endast det material som på nationell nivå var utstakat för alla präster i ämbetstjänst.

2.1 Hur reglerades hospitalspredikantens uppdrag av Svenska kyrkan?

2.1.1 Svenska kyrkans prästlöfte

Fram till året 1893 svor prästerna i Sverige en prästed inför Kungliga majestät. Prästeden svors vid prästvigningen men också vid byte av regent eller kyrklig auktoritet (även på lokal nivå). Eden förvissade kungen om prästens underdånighet och att samma religion förkunnades i hela riket. Prästeden är sprungen ur en tid då de katolska influenserna suddades bort av svenska kungar och gav plats för Luthers lära.⁴⁸ Prästlöftet ersatte prästeden enligt riksdagsbeslutet i samband med kyrkomötet år 1893 (Läkareden avskaffas år 1886).⁴⁹ Kravet på prästernas underdånighet hade inte förändrats men det nya löftet ansågs allmängiltigt och behövde inte förnyas vid regimskifte.⁵⁰ Det fanns en risk med prästlöftet, att det enklare gick att tänja på reglerna jämfört med prästeden. Prästlöftet som nu endast svors vid prästvigningen lämnades nu i händerna på den enskilda prästen att tolka vad betydelsen innebar. Här följer nu citat av prästlöftet från 1686 års kyrkolag med kort förklaring:

[a] Jag N.N. lofvar [...]. Kyrkoordningen skall jag både efterlefva och handhafva. Mine förmän skyldig, heder och lydnad bevisa, samt hvad mig uti mitt Embete varder ålagdt med trohet efterkomma. [...] För verldsliga, min kallelse icke anständiga, näringsomsorger, girighet och slem vinning, skal jag mig tillvaraga: af mine åhörare utöfver rätt och billighet inget fodra; [b] de fattige uti ingenting besvära, men efter yttersta förmåga biträda, råda och hjälpa. [c] Detta allt vill och skall jag samvetsgrant och redeligen efterkomma, såsom en rätt sinnad prestman väl egnar och anstår, så att jag derföre svara kan inför Gud och menniskor, utan allt påfund och arga list. Så sannt mig Gud hjelpe till lif och själ!⁵¹

I första [a] avdelningen lovade prästen trohet mot kyrkoordning, förmän och vad ämbetet var ålagt. I avdelning [b] lovade prästen att alltid vara den fattige behjälplig efter yttersta förmåga och slutligen [c] bekräftades löftet inför Gud och människor.

48 Bexell, 2003, s. 27, Berntson/Nilsson/Wejryd, 2012 s. 293.

49 Berntson/Nilsson/Wejryd, 2012, s. 292–293.

50 Bexell, 2003, s. 195.

51 Sverigesriksdag, 1846, s. 355 (1686 års kyrkolag).

2.1.2 Kyrkolagen som styrdokument

Svenska kyrkan var underställd den svenska staten. Detta märktes särskilt i 1686 års kyrkolag där smittsamma sjukdomar (medicinska fakta) fick större plats än kyrkliga spørsmål (se 1.8.1, 1.8.2 och Bakgrund).

För det första var Kyrkolagen ett styrdokument för Svenska kyrkan framtaget av staten som beslutade i kyrkliga frågor (se under Bakgrund och Material). För det andra var kyrkolagen föråldrad vilket, också kritiserades här nedan. Kyrkolagen tillkom år 1686 med en uppdatering år 1846 och det var den versionen som hospitalspredikanten rättade sig efter. Kyrkomötet (Svenska kyrkans högsta politiska organ) krävde en ny kyrkolag genom påtryckningar till ecklesiastikministeriet år 1908, 1909 och 1915 men detta hörsammades inte.⁵² För det tredje föreskrev kyrkolagen Svenska kyrkans skyldigheter men sällan om handledning hur skyldigheten hanterades. Exempelvis så beskrevs detaljerat om vad prästen hade för skyldigheter vid upptäckt av smitta men ingenting om hur prästen emotionellt hanterade den människa som drabbats. Citatet nedan var ett exempel på detta:

När på någon ort inom provinsen farsot eller smittosam sjukdom förspörjes, koppor eller mässling en undantagne, åligger Presterskapet och Kronobetjenterna, att vid första yppande deraf gifva Landhöfdingen i länet det tillkänna, hvilken strax communicerar provincialmedicus den inkomna rapporten.⁵³

Kyrkolagen var otydlig i vissa kyrkliga frågor för hospitalspredikanten. Konsekvensen var att hospitalspredikant då saknade stöd i diskussionen med direktionen gällande kyrkliga frågor. Detta påverkade hospitalspredikantens arbetsuppgifter men framför allt hans mandat i kyrkliga frågor som då övergick till direktionen att besluta.

2.1.3 Handboken och begravningsceremonin mellan raderna

När det gällde undersökningen av 1894 års handbok var det särskilt begravningsförfarandet som kom att beaktas. När det gällde begravningsgudstjänsten så utfördes den på olika sätt beroende på vem den avlidne var, hur många gudstjänstdeltagare som deltog och hur den avlidne levt sitt liv. Detta reglerades särskilt i kyrkolagen och instruerades i handboken.

⁵² Riksdagen, Svenska kyrkans handbok 1917, Förordet av Alexis Hammarström den 2 okt 1917.

⁵³ Sverigesriksdag, 1846, s. 147 §7.

Likheterna i handböckerna (HB) HB 1809, HB 1894 och HB 1917 var att begravningsceremonin kunde utföras på olika sätt. Exempelvis så hölls likpredikan om det fanns en församling att hålla den för. På hospitalet begravdes patienter mestadels ”i stillhet”. En enkel begravning (enkel ceremoni) oftast direkt vid graven utan anhöriga vilket, då också uteslöt likpredikan. Begreppet ”begravdes i tysthet”⁵⁴ var hämtat ifrån 1686 års kyrkolag och betydde att det fanns människor som inte var ”tillräkneliga” inför lagen (staten) och begravdes i all stillhet. I handböckerna stod inte tydligt om hur en begravning i stillhet skulle utföras och framförallt skiljde det sig bland de olika handböckerna. I HB 1809 avslutades begravningsavsnittet med en text som var hämtad från kyrkolagen men innefattade ingen instruktion därutöver: ”Då lifa fått förhållas, när någon enligt werldslig dom begrafves i tysthet”⁵⁵. Citatet gjorde en anspelning på avsnittet om jordfästning i 1686 års kyrkolag där den ”världsliga domen” förklarades men detta innebar att hospitalspredikanten behövde kyrkolagen vid sin sida som stöd i kyrkliga frågor. I HB 1894 blev det tydligare. Här fanns en kortare ceremoni av: ”3 kast med jordskoveln följt av Fader vår och välsignelsen”.⁵⁶ Från och med HB1917 är begreppet borttaget men lämnade ingen övrig förklaring. Det fanns en tydlig förskjutning i Svenska kyrkans uppdrag mellan åren 1809 och 1917 där det krävdes en överordnad som redogjorde detaljerna kring jordfästningen. Till exempel är en ”enkel begravning” idag (2020) en begravning där endast närmast anhöriga var inbjudna. Medan under tidigt 1900-tal var den enkla begravningen att betrakta som en ”neslig begravning”. Hilding Pleijel (1893–1988), professor i kyrkovetenskap vid Lunds universitet, förklarade i *Jordfästning i stillhet, från samhällsträff till privatceremoni* (1983) att en ”enkel begravning” vid tidigt 1900-tal var en obesökt begravningsceremoni. Enkelt utförd och tillägnades dem som inte hade råd och för dem som levde i samhällets periferi.⁵⁷

2.2 Hur reglerades hospitalspredikantens uppdrag av den svenska staten?

Här följer nu statens reglering av hospitalspredikantens uppdrag på hospitalet. Det var viktigt att utreda statens intention vad gäller hospitalspredikantens arbete. Avsnittet

54 Svenska kyrkans handbok 1809, s. 114.

55 Svenska kyrkans handbok 1809, s. 114.

56 Svenska kyrkans handbok 1894, s. 213. Sverigesriksdag, 1846 (1686 års kyrkolag) s. 189 (min formulering utefter Pleijels ”begravning i tysthet”).

57 Pleijel, 1983, s. 14–24.

behandlade anställningsförfarandet, hospitalsdirektionen och instruktioner som berörde hospitalspredikanten men gavs en bild av de människor som hospitalspredikanten mötte på sin arbetsplats.

2.2.1 Anställningsförhållandet

Det var viktigt att utreda vem eller vilka som betalade hospitalspredikantens arvode eftersom de också beslutade om hur länge arbetet varade. I citatet nedan från 1686 års kyrkolag stod det tydligt i första meningen att prästen som arbetade på hospitalet innehade lön men i verkligheten var hospitalspredikanten arvoderad, enligt sista meningen i citatet:

”Vid Hospitaler der serskild kyrka är inrättad och lön Presten anordnad, bibehålles sådan inrättning; men annorstädes besörjer Ordens-Gillet, genom Biskopen, att någon af Stadens Presterskap för skäligt arvode bevakar Hospitals-hjonens själavård.”⁵⁸

Konsekvensen av detta var att hospitalspredikanten var arvoderad av medicinalstyrelsen där riksdagen beslutade ersättningen, det var följaktligen staten som beslutade om hur länge arvoderingen gällde.⁵⁹ I statskalendern, där statsanställdas lön och position redovisades, profilerades hospitalspredikanten tydligt med namn och arvode och som en tydlig del av hospitalsdirektionen ända fram till år 1925.⁶⁰ En hospitalspredikant arbetade deltid på hospitalet (det fanns ingen uppgift på nationell nivå om hur många timmar detta omfattade) och det var svårt att kombinera hospitalspredikantstjänsten med vanlig församlingstjänst. Det var till och med så att hospitalspredikanterna ratades och valdes bort när en församlingspräst utsågs.⁶¹ Detta gjorde att predikanten arbetade extra med kristendomsundervisning alternativt arbetade på ett annat hospital.⁶²

På nästa sida följer en sammanställning av hospitalspredikantens dubbla arbetsfunktioner mellan åren 1908–1925.⁶³

2.2.1.1 Tabell över den dubbla arbetsfunktionen.

58 Sveriges riksdag, 1846, s. 642.

59 I sökandet efter dokument rörande hospitalspredikant på riksdagsnivå så är arvodesdiskussionen den enda att finna. Diskussionen berör då enskilda hospitalspredikant i landet.

60 Aronsson, 2020, digitalisering av statskalendern för åren 1908–1925.

61 1909 års Kyrkomötes beslut gällande: om förbättringar af själavården vid lasarett m. m. s. 22 (18–19). Själavårdsdiskussionen på kyrkomötet om att hospitalspredikanten inte fick arbeta som församlingspräst.

62 Bexell, 2003, s. 25.

63 Uppgiften är hämtad från statskalendern och där redovisas åren 1908, 1915 och 1925.

Hospital	Hospitalsförsamling ⁶⁰	1908	1915	1925	Predikanter och tjänster
Stockholm	Territoriell	Vakant	Läroverksadjunkt/Predikant	Läroverksadjunkt/Predikant	Hannerz 10;
Uppsala	Icke-territoriell	.*	Docent/Predikant	Predikant	4
Nyköping	Icke-territoriell	.*	Komminister/Predikant	Komminister/Predikant	Erlandsson 10;
Strängnäs	Icke-territoriell	.*	.*	Lektor/Predikant	4
Vadstena	Territoriell	Predikant	Komminister/Predikant	Kyrkoherde/ Predikant	Bergren 10;
Vaxjö	Territoriell	Komminister	Komminister/Predikant	Komminister/ Predikant	Hjelmqvist 10;
Västervik	Icke-territoriell	.*	Läroverksadjunkt/Predikant	Läroverksadjunkt/Predikant	Palmgren 10;
Visby	Icke-territoriell	Komminister	Predikant	Komminister/ Predikant	Thelander 17;
Malmö	Delvis territoriell	Pastorsadjunkt***	Pastorsadjunkt/Predikant	Kyrkoherde/ Predikant	4
Lund	Delvis territoriell	Docent/Predikant	Predikant	Predikant	4
Helsingborg	Icke-territoriell	.*	Vakant	Vakant	4
Göteborg	Delvis territoriell	Lärare/Predikant	Predikant	Predikant	Ivarsson 17;
Vänersborg	Icke-territoriell	Pastorsadjunkt***	Predikant	Kyrkoherde/ Predikant	Källner 17;
Kristinehamn	Icke-territoriell	Komminister	Komminister/Predikant	Komminister/ Predikant	4
Säter	Icke-territoriell	.*	Kyrkoherde/ Predikant	Komminister/ Predikant	4
Härnösand	Delvis territoriell	Predikant	Komminister/Predikant	Komminister/ Predikant	4
Östersund	Icke-territoriell	.*	Kyrkoherde/ Predikant	Läroverksadjunkt/Predikant	4
Piteå	Icke-territoriell	Vakant	Kyrkoherde/ Predikant	Kyrkoherde/ Predikant	Edström 10;

Tabell 1, medicinalstyrelsens årsrapporter och statskalendern för åren mellan 1908–1925.

*hospitalet fanns inte eller att predikanttjänsten inte fanns.

**hospitalspredikanterna som tjänstgjort mindre än 10 år är inte namngivna.

***pastorsadjunkt är lägsta tjänstegraden för en präst.

På tabellen⁶⁴ visas att vissa hospitalspredikanter innehade dubbla tjänster där också tjänstegraden ökade med åren. Från tjänstegrad ”predikant” till komminister eller kyrkoherde. I kolumn två visas vilka hospital som var knutna till en ordinarie församling i Svenska kyrkan och vilka som var en hospitalsförsamling (icke-territoriell församling). I kolumn sex visas de hospitalspredikanter som sammanlagt arbetat längst på hospitalen.

2.2.2 Hospitalsinstruktionerna för hospitalspredikanten

I denna analys om hospitalsinstruktionerna var det viktigt att komma ihåg rapporten i sista stycket under Bakgrund som berättade om att Svenska kyrkan och staten hade ett delat ansvar gällande Sveriges alla hospital.

2.2.2.1 1901 års lasaretsstadga

⁶⁴ Tabell över den dubbla arbetsfunktionen. Uppgiften är sammanställd av mig genom att sammanföra medicinalstyrelsens årsrapporter och statskalendern för åren mellan 1908–1925 (sammanställd av mig 2019-11-12).

Denna lasaretsstadga reglerade allt arbete på lasaretten och hospitalen i Sverige. Här omfattades även hospitalspredikanten om än med följande instruktion: ”Antagen prästman, som vid Lasarettet biträder i hvad till hans ämbete hörer”.⁶⁵ Instruktionen var ytterst kortfattad men hänvisade till prästens ämbete som reglerades av Svenska kyrkan. Det framgick inte varför hospitalspredikantens instruktion var så begränsad men en tänkbar förklaring var att eftersom landshövdingen och biskopen hade ett delat ansvar var det logiskt att Svenska kyrkan ansvarade för hospitalspredikanten.

2.2.2.2 Sjukhusstadgan för år 1922

Denna stadga bidrog med en verkningshistorisk insikt om hur hospitalspredikantens arbetsuppgifter kan ha uppfattats sedan 1901 års stadga. I 1922 års stadga definierades i första meningen att det var direktionen som bestämde över hospitalspredikanten. Dessutom bestämde direktionen i samråd med hospitalspredikanten om kyrkliga handlingar på hospitalet vilket, egentligen var kyrkoherdens uppdrag.⁶⁶

2.2.2.3 SOU 1922:57 gällande lik för den anatomiska undervisningen.

År 1916 inkom en förfrågan, från de anatomiska institutionerna vid Lund- och Uppsala universitet, att det saknades lik som undersökningsobjekt vid Läkarutbildningen. Läkarvetenskapen var på framväxt och hittills hade bara lik från självmord nyttjats. Staten diskuterade om liken vid hospitalen kunde vara tillgängliga (vilket, komplicerades av vetorätten)⁶⁷ och efter klarlagt beslut år 1916 användes lik från Sveriges hospital.⁶⁸ 1922 års utredning bekräftade klart och tydligt om hur hanteringen av liken skulle ske. Det fanns till och med en anvisning för hospitalspredikanten gällande ”var i processen som jordfästningen skulle äga rum” men inte hur. Det fanns ett kunskapsglapp mellan 1916 års diskussion och 1922 års utredning vad gällde hanteringen av lik som transporterades till de anatomiska institutionerna. Troligtvis

65 Almén, 1899, s. 12 §10:4 (1901 års lasaretsstadga).

66 1922 års sjukhusstadga Allmänt förslag sjukhusstadga – Lasaretskommitté 1922, s. 115 § 57 (för samtliga prästmän).

67 Staten menade sig kunna bestämma (ha vetorätt) över lik där de saknades anhöriga. Det fanns en diskussion om vetorätten för fattiga omkring år 1915. Eftersom staten oftast ombesörjde de fattigas begravning menade staten ha vetorätten över den döde. De anhöriga vann tillbaka vetorätten trots fattigdom. Denna fråga blev särskilt viktig då förslaget om att lik skulle nyttjas vid de anatomiska institutionerna. Nyttjandet gällde särskilt hospitalen men också fattigvården och lasaretten i landet (SOU 1922:57, s. 10, 21–23).

68 SOU 1922:57 s. 60 (Utredning och förslag rörande förskaffandet av lik för den för Läkarutbildningen nödvändiga anatomiska undervisning av Ivar Broman Ecklesiastikdepartementet, Stockholm 1922).

instruerades hospitalsdirektionen på lokal nivå eftersom det inte fanns någon instruktion för hospitalspredikanten på nationell nivå.

2.2.2.4 Statens offentliga utredning SOU 1922:57

I den statliga utredningen *Förslag rörande vidgande befogenheter för direktionerna vid statens sinnessjukhus* (1956) konstaterades att ingen kyrklig överordnad fanns på hospitalen från och med år 1901 års lasaretsstadga.⁶⁹ Utredning bekräftade därmed att hospitalspredikanten var ensam ansvarig för kyrkliga frågor på hospitalet.

2.2.3 Hospitalsdirektionens funktion och mandat

Det fanns en hospitalsdirektion vid varje enskilt hospital i Sverige, delegerad av medicinalstyrelsen. Direktionen leddes av hospitalsdirektören och hospitalsdirektionens ledamöter bestod av diverse läkare och underläkare,⁷⁰ sysslomannen och en hospitalspredikant. Hospitalsdirektionens funktion var att driva det dagliga arbetet på hospitalet.

Enligt 1858 års lasaretsstadga hade biskopen och landshövdingen en naturlig plats i hospitalets direktion. Detta gav biskopen och stiftet insyn i hospitalsverksamheten och det fanns en nära kontakt med hospitalspredikanten. Detta kom att förändras i och med en revision år 1883 där både landshövdingens och biskopens funktion avskaffades men kort därefter återinsattes landshövdingen.⁷¹ Den enda tillsyn av hospitalets verksamhet var då medicinalstyrelsens hospitalsinspektörer (se under Material/Källkritik). Konsekvensen av detta var att hospitalspredikanten var Svenska kyrkans enda representant och den ende att i uppkomna kyrkliga frågor svara mot hospitalsdirektionen.

Hospitalspredikantens lokala medborgarskap gjorde mandatet starkt (aktivt) eftersom han var den ende på plats att utföra kyrkliga arbetsuppgifter. Samtidigt var medborgarskapet sårbart

69 Sylwan, 1956, s. 1–5. Brohed, 2005, s. 52 (ett statligt ämbetsansvar).

70 Enligt primärkällorna medicinalstyrelsens årsrapporter är det synnerligen svårt att få läkare till att bemanna hospitalen. Dels för att utbildade läkare var en bristvara och då särskilt inom sinnessjukhusvården dels för att det var svårt att fysiskt ta sig till hospitalet. Hospitalen lockade med högre lön och detta bidrog särskilt till att unga nyutbildade läkare sökte sig dit.

71 Sylwan, 1956, s. 5–6.

beroende på hur hans mandat uppfattades av hospitalsdirektionen. På de platser där hospitalet var en del av en ordinarie församlingen var kyrkoherden naturlig överordnad men i en icke-territoriell församling var hospitalsdirektören närmaste överordnad.⁷²

2.2.4 Vilka människor mötte hospitalspredikanten i sitt uppdrag

Patienter på hospitalen under tidigt 1900-tal var intagna på obestämd framtid. Det var få som friskskrevs och det dröjde ända fram till mitten av 1900-talet innan psykofarmaka blev ett verkligt verktyg mot sinnessjukdom. Två av de vanligaste sjukdomarna under denna period var syfilis och tbc och de belastade hospitalen men på olika sätt. De tbc-smittade⁷³ isolerades för att undvika smittspridning. Syfilis⁷⁴ smittade inte men det tredje stadiet ledde till sinnessjukdom.⁷⁵

Karin Johannisson beskrev, i *Medicinens öga* (2013), att de som drabbades av sinnessjukdom blev också en skamlig belastning för familjen. Detta påverkade särskilt familjemedlemmars val att kunna gifta sig. Under denna tid ”trodde man” att sinnessjukdomen smittade och det var ingen ”tilltänkt” partner som ville bli smittad. Många familjer tog då avstånd från sina sinnessjuka anhöriga och till och med vägrade erkänna släktskap med dem. Detta var ju då enkla om den sjuke var intagen på sinnessjukhus där de lätt kunde glömmas bort. I vissa fall blev det problematiskt när den sjuke avled och skulle transporteras hem. I många fall vägrade då familjen att återta den döde och då fick den avlidne begravas på hospitalets kyrkogård.⁷⁶

Ett annat dilemma för staten var att staten räknade den svenska befolkningen som erforderliga arbetsresurser. De människor som inte var tillräkneliga, exempelvis fattiga, sjuka eller arbetsodugliga, var för staten obrukbara arbetare. I dessa fall fanns det all anledning för staten att hospitalisera obrukbara människor.⁷⁷

72 Bexell, 2003, s. 20–21.

73 Johannisson, 2013 s. 55–56, 186. Behandlingen för tbc var att vädra bort smittan genom att den mesta tiden sitta utomhus och låta luften dränera smittan med trolig lunginflammation som komplikation.

74 Johannisson, 2013 s. 48, 108 och 198. Syfilis hade tre sjukdomsfaser varav den tredje var ett psykotiskt tillstånd vilket, då krävde sinnessjukhusvård. Medicin mot syfilis kom först år 1919.

75 Johannisson, 2013 s. 134, 180–181, 185.

76 Johannisson, 2013, s. 139–143 (degenerationsteorin, ärftlighetsläran fr 1800-talet) och s. 194 (våga yppa sin smitta).

77 Johannisson, 2013, s. 49, 55.

Tabellen nedan var från år 1914 och visade tydligt de rubriker som staten använde för att orsaksbeskriva patienterna. Tabellen definierade de människor hospitalspredikanten mötte i sitt arbete.

Tab. 6. Översikt för år 1914 över orsaker, under vilkas inflytelser sinnessjukdom kan anses hava uppkommit hos under året intagna.

1		2		3		
		Intagna ¹		Intagna, å offentliga, självständiga anstalter för sinnessjuka förut ej vårdade		
O r s a k		m.	kv.	m.	kv.	
Årllig belastning	Sinnessjukdom hos	fadern	52	55	42	39
		modern	67	70	44	42
		far- eller morföräldrar	40	26	28	17
		syskon	96	142	62	84
	Alkoholism hos	avlägsnare släktingar	162	193	116	118
		fader	67	62	42	35
	Epilepsi hos	moder	2	1	1	—
		föräldrar	8	8	7	2
		syskon	17	12	12	6
	Neurasteni, hysteri eller andra nervösa rubbningar hos	avlägsnare släktingar	10	21	9	10
föräldrar		60	60	35	33	
syskon		28	19	17	11	
	avlägsnare släktingar	19	26	16	16	
Självmod av föräldrar, syskon		18	8	16	8	
» » avlägsnare anförvanter		28	22	16	13	
Idioti, sinnessvaghet lynesegendomlighet inom släkten		16	19	12	18	
Andra former av belastning		35	35	25	28	
Pubertet		—	—	—	—	
Klimakterium		—	6	—	2	
Ålderdom		2	3	2	1	
Havandeskap		—	7	—	5	
Barnsäng		—	33	—	29	
Digivning		—	15	—	13	
Infuenza		2	4	—	4	
Tyfoideber		3	1	3	—	
Andra akuta infektionssjukdomar		13	11	8	5	
Syfilis		39	11	15	3	
Kroniska konsumtionstillstånd (cancer, tuberkulos etc.)		3	7	2	4	
Inanition		1	—	1	—	
Huvudvärk, svår snuva, svår tandvärk		—	—	—	—	
Sjukdomar i blodkärlen		2	4	1	4	
Epilepsi, neurasteni, sömnlöshet		5	3	3	3	
Kronisk alkoholism		119	18	55	1	
Missbruk av spirituosa, kaffe, tobak		6	2	5	2	
Andra kroniska intoxikationssjukdomar		6	3	4	2	
Skador å huvudet		20	8	14	5	
Organiska hjärnlidanden		6	3	1	2	
Andra sjukdomar		6	7	4	2	
Oregelbundet, utsävande levnadssätt		14	5	11	2	
Hälsovidrigt eller ansträngande arbete i yrke		16	22	10	16	
Pauperism		1	1	—	1	
Psykisk överansträngning		7	1	6	1	
Missräkningar och motgångar, ekonomiska och husliga bekymmer		36	74	31	53	
Kärlek		12	22	12	14	
Religiösa påverkningar		5	7	1	2	
Häftig sinnesrörelse		14	42	11	22	
Amerikavistelse, värnpliktsövning, mobilisering		15	6	12	5	
Cellstraff		2	1	2	1	
Klimatiska förhållanden, solsting		4	1	3	1	
Andra yttre omständigheter		6	7	5	6	

¹ De från annan offentlig självständig anstalt för sinnessjuka direkt överförda ej medräknade.

Tabell 2: Tabell över medicinalstyrelsens sinnessjukdomsorsaker. Kungl. Medicinalstyrelsen 1914.

2.2.5 Hur såg hospitalspredikantens arbetsuppgifter ut?

Hospitalspredikanten utförde ”kyrkobokföring” på hospitalet. Detta innebar registrering av församlingsbor i den icke-territoriella hospitalsförsamlingen. Hospitalspredikanten

registrerade genom att notera kyrkliga handlingar (dop, vigsel och begravning) där begravningen var vanligast förekommande. Kyrkobokföringen registrerade endast kyrkliga handlingar medan hospitalet journalförde sjukdomsbilder och administrativa patientuppgifter.⁷⁸ 1686 års kyrkolag var särskilt tydlig med hanteringen av kyrkobokföringen och att uppgifterna inte fick ges ut:

Att ingen må tillåtas att, i andra fall än allmänna Lagen och nu gällande Författningar utstaka, meddela eller till tryck utlemna Utdrag af Kyrkoböcker eller af andra själavården och Kyrko-Disciplinen rörande handlingar, i afseende på enskilde Personers lefverne och seder, så vidt de lända dem till skada eller förklenande.⁷⁹

I medicinalstyrelsens årsrapporter meddelades flitigt bland hospitalspredikanterna om kyrkliga handlingar såsom gudstjänster och andakter som utförts på hospitalet. Detta var en av få uppgifter som hospitalspredikanten kunde meddela eftersom själavården var sekretessbelagd och de avlidna noterades i tabellform på annat sätt. Den gudstjänstfirande församlingen bestod främst av personal men kunde också besökas av patienter varav de oroliga fick ta plats på läktaren.

Hospitalspredikanten utförde också själavård vid hospitalet. Religionspsykologen Owe Wikström, professor i religionspsykologi vid Uppsala universitet, menade att själavården under tidigt 1900-tal fungerade som ”Andlig vägledning” och var endast en stödjande funktion.⁸⁰ Syftet med själavården på hospitalet var inte att läka sinnessjukdom utan för att visa medmänsklighet i den läkande processen. Själavården fyllde en mer social funktion där hospitalspredikanten var en ställföreträdande anhörig.⁸¹ I medicinalstyrelsens årsrapporter framkom det gång på gång, genom hospitalspredikanterna, att behovet av själavårdssamtal aldrig sinade.

2.3 Uppstod det problem i relationen mellan hospitalspredikantens arbetsuppgifter, Svenska kyrkan och den svenska staten och i sådana fall vilka?

I den här analysdelen prövas nu de tre arbetsuppgifterna kyrkobokföring, kyrkliga handlingar och själavården mot de lagar och instruktioner som hospitalspredikanten hade att förhålla sig

78 Sverigesriksdag, 1846, s. 714.

79 Sverigesriksdag, 1846 (1686 års kyrkolag) s. 714.

80 Owe Wikström, 2012 s. 324, 336–349.

81 Owe Wikström, 2012 s. 324, 336–349.

till. Genom att kontextualisera synliggörs komplexiteten för hospitalspredikanten att hantera två lokala medborgarskap.

2.3.1 Kyrkobokföringen

Kyrkobokföringen utfördes av Svenska kyrkans prästerskap, på samma sätt utförde hospitalspredikanten densamma på hospitalet. Komplikationen var att den icke-territoriella hospitalsförsamlingen inte var en församling i svenskkyrklig vanlig mening.⁸² Enligt Oloph Bexell, professor i kyrkovetenskap vid Uppsala universitet, var den icke-territoriella församlingen inte ett problem eftersom församlingen, och i detta fall patienterna, följde hospitalspredikanten. Han ansvarade för församlingens/patienternas nattvard och själavård. Bexell menade att det var församlingens relation till prästen som var avgörande, inte kyrkans lokalisering.⁸³

Här nedan på bilden är ett exempel på hur det kunde se ut i församlingens dödbok. Det syns tydligt att begreppet ”församling” är överstruket och i detta fall har åtgärden gjorts i alla dödböckerna på Vänersborgs Hospital och Asyl mellan åren 1903–1925. Bilden nedan har ingen annan funktion än kuriosa.

The image shows two pages from a church record book. The left page is titled "1907 års Dödbok för Vänersborgs hospital" and the right page is titled "Asyl församling och dess Begravningsbok för år 1907". Both pages contain tables with columns for date, cause of death, and burial details. The word "församling" is crossed out in the right page's title.

Bild 1: Dödboken för Vänersborgs Hospital och Asyl. Vassända-Naglums kyrkoarkiv.⁸⁴

Ur statens perspektiv och med medicinalstyrelsen som verktyg behövde människor som levde i samhällets marginal dokumenteras och tabellföras. I de fall där marginaliserade människor av olika anledningar omhändertogs av hospitalssjukvården var den icke-territoriella församlingen en praktisk lösning för staten att registrera människor utan hemort. Således hade staten

82 Losman, 2005, kapitel 7:2.

83 Bexell, 2003, s. 20 den icke-territoriella församlingen.

84 Dödboken för Wenersborgs Hospital och Asyl. Vassända-Naglums kyrkoarkiv s. 5. Död- och begravningsböcker för Vänersborgs hospital / Restads sjukhus, SE/GLA/13618/F II/1 (1905–1920), bildid: 00076111_00009 (hämtad och monterad av mig 2019-05-09).

(medicinalstyrelsen) och därmed hospitalsdirektionen ett direkt intresse i ”hur” registreringen utfördes och vad som skrevs i kyrkobokföringen.⁸⁵ Här var kyrkolagen tydlig med vad hospitalspredikanten kunde meddela ur kyrkobokföringen. Därtill hade prästen endast meddelandeplikt mot kyrkoherden men eftersom denna funktion inte fanns på hospitalet så uppstod här ett dilemma.

Komplikationen försatte hospitalspredikanten i en situation att förhålla sig till kyrkolagen och hospitalsdirektionen samtidigt. Hospitalspredikanten var bunden till direktionen genom sitt arvode och till Svenska kyrkan genom prästlöftet. Detta var ett tydligt exempel på hur hospitalspredikanten hade ett lokalt medborgarskap hos båda parter samtidigt. I det lokala medborgarskapet var hospitalspredikanten aktiv genom att äga mandatet av att utföra kyrkobokföring men samtidigt blev han passiv och tvingades bryta mot kyrkolagen för att meddela direktionen vad han skrivit. Eftersom jordfästning var den vanligaste sysslan på hospitalet så återkom dilemmat för varje tillfälle en avliden patient skulle kyrkobokföras. Detta ledde till en kontinuerlig flexibilitet som pågick under lång tid.

2.3.2 Kyrkliga handlingar (begravningen) möter statlig administration

Hospitalspredikantens främsta arbetsuppgift var att begrava hospitalets patienter. Patienterna som avled på hospitalet transporterades till hemorten för jordfästning men det förekom avvikelser då familjen tagit avstånd från sin anhörige. Patienten begravdes då på hospitalets kyrkogård med en enkel ceremoni i likboden eller direkt vid graven.⁸⁶ I detta avsnitt analyserades ett citat från Ecklesiastikdepartementets *Utredning och förslag rörande förskaffandet av lik för den för Läkarutbildningen nödvändiga anatomiska undervisning* från år 1922 (se under 2.2.2.3).

Analysens tre delar [a, b, c] definierar verkningshistoriskt vad gällde hantering av lik vid hospitalet:

⁸⁵ Lindmark/Sundström, 2016, s. 925.

⁸⁶ Rydberg, 1997, s. 233 (med tillhörande not 11).

[a]Är liket icke jordfäst, skall jämväl prästbevis medfölja.⁸⁷ [b] Innan lik översändes till anatomisk institution, skall det på övligt sätt jordfästas. [c] Sedan lik begagnats för anatomiskt ändamål, skall vederbörande anatomiska institution ombesörja, att detsamma på dess bekostnad på passande sätt begravas.⁸⁸

Ecklesiastikdepartementet förtydligade i citatet ovan hur rutinen gällande jordfästningen utfördes (i de fall där liket transporterades till en anatomisk institution).

[a] I första meningen i citatet följde frågan ”Är liket icke jordfäst”⁸⁹ och kunde uppfattas som ett missförstånd men talade verkningshistorisk om en tveksamhet i förfarandet vad gällde jordfästningsceremonin. Detta bekräftades genom Ecklesiastikdepartementets förtydligande i citatets andra mening.

[b] Här framgick det tydligt att liket skulle jordfästas innan transport. I Svenska kyrkans styrdokument (handböckerna och kyrkolagen) instruerades prästen att jordfästa den avlidne i jord. Här utfördes istället en begravningsceremoni men utan jordande eftersom liket skulle transporteras till en anatomisk institution.

[c] I den sista meningen förklarade Ecklesiastikdepartementet att anatomiska institutionen ombesörjde jordfästning av liket i statens regi (på institutionens egen kyrkogård). Citatet var problematiskt av två anledningar, dels för att beslutet och förtydligandet kommer ifrån Ecklesiastikdepartementet och inte från Svenska kyrkans egen organisation. Dels för att förtydligandet inte hjälpte hospitalspredikanten eftersom instruktionen uteblev. Hans uppdrag var att ombesörja en begravningsceremoni som inte fanns styrkt i styrdokumentet. Här skedde nu mötet mellan Svenska kyrkan och staten där liket noterades i dödboken, jordfästes på hospitalet, transporterades för anatomisk undersökning, jordfästes igen på institutionen och allt detta på olika platser.

Ur ett medborgarteoretiskt perspektiv var hospitalspredikanten i den situationen både en passiv- och en aktiv medborgare samtidigt. Det var bara hospitalspredikanten som utförde jordfästningsceremonierna vilket, gjorde honom till en högst aktiv ledamot (medborgare) i direktionen. Den passiva positionen uppkom i dilemmat mellan 1916 års diskussion och 1922 års

87 SOU 1922:57 s. 43 (§ 8).

88 SOU 1922:57 s. 60 (Ivar Broman Ecklesiastikdepartementet, Stockholm: Utredning och förslag rörande förskaffandet av lik för den för Läkarutbildningen nödvändiga anatomiska undervisning från år 1922).

89 SOU 1922:57 s. 43 (§ 8).

beslut. Diskussionen (från 1916) gällande hantering av lik tvingade hospitalspredikanten att fatta beslut där handböckerna och kyrkolagen var otydliga. Här skedde nu samma process som i avsnittet innan, att efter en lång tids process av hospitalspredikantens flexibilitet infann sig en stabilitet vilket, bekräftades i 1922 års beslut.

Det fanns massmedial kritik om hur hospitalskyrkogårdarna runt omkring i Sverige skötes i början av 1900-talet. Kritiken gällde främst om identiteten på de människor som låg begravda samt vad dödsorsaken var. Ett exempel på sådan kritik var att Region väst hade rest en minnessten över de icke namngivna begravda på Restads Kyrkogård.⁹⁰ Kritiken berörde hospitalspredikanten i allra högsta grad eftersom det var han som utförde kyrkobokföringen men detta kan endast utredas på lokal nivå genom att sammanföra dödbok med gravplats.

2.3.3 Själavården

Nu följer en själavårdsdiskussion från Svenska kyrkans kyrkomöte år 1909. Diskussionen var intressant ur flera perspektiv men särskilt eftersom denna själavårdsdiskussion ledde fram till ett riksdagsbeslut.

Den 30 oktober 1909 inkom Johan M. Lindstedt (1844–1918), teologie doktor vid Uppsala universitet, med en motion om: ”förbättringar i själavården” till kyrkomötet.⁹¹ Motionen berörde i första hand själavården vid landets alla fängelser men kom snart att beröra all själavård som Svenska kyrkan utförde vid statens sjukvårdsinstanser.⁹² Lindstedt var kritisk till kyrkolagen när det gällde dess beskrivning av själavården. Han menade att de sjukas själavårdsbehov inte tillgodosågs och att detta var under all kritik. Detta berodde på att kyrkolagen å ena sidan var otydlig som arbetsinstruktion, och å andra sidan på att hospitalspredikantens arvode var för lågt.⁹³ Motionen skickades vidare till kyrkomötets utskott där ordförande Cornelius Sjöcrona (1835–1917), före detta landshövding, ledde utskottets betänkande. Utskottet svarade att 1686 års kyrkolag var ett tillräckligt arbetsverktyg för själavården i stort men utskottet

90 Minnesstenen över begravda patienter på Restads kyrkogård: <http://nyheter--vregion--se.webbarkivet.vregion.se/nyheter.vregion.se/sv/Nyheter/Regionkansliet/Pressarkiv/Minnessten-over-patienter-begravda-vid-Restads-sjukhus-i-Vanersborg/> (hämtat den 2020-04-12).

91 Svenska kyrkans allmänna kyrkomötesprotokoll 1909 s. 16 (nr 10).

92 Svenska kyrkans allmänna kyrkomötesprotokoll 1909 s. 16 (nr 10).

93 1909 års Kyrkomötes Motion nr 4 den 30 oktober: Motionären Lindstedt angående förbättringar i själavården.

menade att i den medicinvetenskapliga snabba utvecklingen fanns det risk att den andliga utvecklingen fick stå tillbaka.⁹⁴ Sjöcrona menade vidare, att enligt 1901 års lasarettslag utsåg direktionen en ”antagen prestman, som vid Lasarettet biträder i hvad till hans ämbete hörer”.⁹⁵ Uttrycket ”ämbetet hörer” som kommer från 1686 års kyrkolag, hade enligt Sjöcrona, tolkats på olika sätt. Detta kunde enligt honom bero på att direktionens krav på hospitalspredikanterna var olika ställda bland hospitalen i landet.⁹⁶

När kyrkomötet öppnades 1909 och Lindstedts motion skulle behandlas inledde utskottets ordförande Sjöcrona med ett anförande. Han berättade om sina personliga erfarenheter om hur hospitalspredikanten ofta besökte de sjuka på hospitalet. Det visade sig att Sjöcrona själv suttit 27 år som ordförande i tre olika lasarettstyrelser och menade sig därför ha god inblick i frågan om predikanternas själavårdsutförande. Han menade också att de flesta sjuksköterskorna var religiösa och att de ofta brukade ha andakt med läsning ur bibeln. När själva sakfrågan diskuterades hävdade utskottet att den lön som predikanten erhöll inte var avgörande för hur själavården skulle fungera och menade därmed att frågan om arvodet var utagerat. Utskottet (ordf. Sjöcrona) förklarade vidare att utskottet ville förändra benämningen ”hospitalspredikant” till ”lasarettspastor” vilket, ledde till en diskussion långt utanför ämnet.⁹⁷ Därefter fick Karlstad biskopen J.A. Eklund (1863–1945) ordet och han förklarade att, ur hans synvinkel hade hospitalspredikanterna ett alldeles för tungt arbete. Det var ytterst slitsamt att förflytta sig mellan församlingen och diverse sjukinrättningar och det till en redan lågt ställd lön. Den diskussion som bröt ut efter biskop Eklunds anförande föranledde ett brev till samtliga sjukinrättningar i landet med inbjudan till diskussion om predikantens arbetssituation. Brevet skickades men diskussionen uteblev, kyrkomötet benämner inte detta mera än så.⁹⁸ Biskop Eklund kritiserade lasarettstadgans fåordiga instruktion.⁹⁹ Han menade att problemet var större än bristande instruktioner. Hospitalspredikantens arbetsinsats (arbetstid) var så stor på hospitalet att han hade svårighet att hinna med en vanlig församlingstjänst.¹⁰⁰ Hospitalspredikanterna

94 1909 års Kyrkomötets utskottsbetänkande (12–13 november), Sjöcrona s. 5.

95 1909 års Kyrkomötets utskottsbetänkande (12–13 november), Sjöcrona s. 5.

96 1909 års Kyrkomötets utskottsbetänkande (12–13 november), Sjöcrona s. 5.

97 1909 års Kyrkomötes beslut gällande: om förbättringar af själavården vid lasarett m. m. s. 18.

98 1909 års Kyrkomötes beslut gällande: om förbättringar af själavården vid lasarett m. m. s. 20.

99 1909 års Kyrkomötes beslut gällande: om förbättringar af själavården vid lasarett m. m. s. 21.

100 1909 års Kyrkomötes beslut gällande: om förbättringar af själavården vid lasarett m. m. s. 22.

kombinerade sitt arbete med exempelvis kristendomsundervisning.¹⁰¹

2.3.4 Sammanfattning

För det första var motionen om själavården unik eftersom den ledde till ett riksdagsbeslut men kanske inte i motionärens eller kyrkomötets favör. Den kyrkomötesdiskussion som ledde vidare till ett riksdagsbeslut var den som handlade om hospitalspredikantens arvode. Riksdagen valde att höja ersättningen men det fanns ingen kommentar om själva grunden till kyrkomötesdiskussionen. För det andra observerades att landshövdingen och tillika utskottets ordförande fick stor plats i diskussionen eftersom han hade god insikt i verksamheten. Däremot hade han ingen förståelse för hospitalspredikantens arbetsbelastning. Denna iakttagelse gav endast en glimt om hur en undersökning på lokal nivå skulle kunna ge svar på hospitalspredikantens relation till direktionen.

3 DISKUSSION

Diskussionen som nu följer sker genom att penetrera 1922 års lasaretsstadga. Stadgan kommer att definieras ur ett verkningshistoriskt perspektiv där dokumentets tydlighet diskuteras. Det som främst skiljer mellan 1901 och 1922 års stadga var att hospitalspredikanten i allra högsta grad var representerad i 1922 års stadga och används nu som bas i följande citat:

[a] Där befattning för prästman finnes vid sjukhuset inrättad, antages och entledigas dylik prästman av direktionen. [b] Honom åligger 1. Att i enlighet med vad mellan honom och direktionen överenskommit besörja gudstjänst och andaktsstunder å sjukhuset; [c] 2. Att, i enlighet med vad därom må vara föreskrivet, å sjukhuset föra födelse och dopbok samt död- och begravningsbok även som att till vederbörande meddela utdrag ur dessa böcker, och [d] 3. Att i övrigt å sjukhuset tillhandagå med vad till hans ämbete hör.¹⁰² [e]

3.1 Vem var hospitalspredikantens överordnade [a]?

I citatets första mening poängterade staten klart och tydligt vem som var hospitalspredikantens överordnade enligt patronatsrätten.¹⁰³ Det var intressant att först efter 21 år tydliggöra det som inte berörts tidigare (se vidare 2.2.2). Ur ett medborgarteoretiskt perspektiv passiviseras

101 1909 års Kyrkomötes beslut gällande: om förbättringar af själavården vid lasarett m. m. s. 18–19.

102 Allmänt förslag sjukhusstadga – Lasaretskommitté 1922, s. 115 § 57 (för samtliga prästmän).

103 Patronatsrätten: enskild person, furste eller korporation hade rätt att anrätta kyrka med tillhörande präst att tillse församlingen. Patronatsrätten uppkommer för kyrkan första gången 1805 men tonades ner från år 1910 och avskaffades definitivt genom riksdagsbeslut år 1922:

https://www.saob.se/artikel/?seek=patronatsr%C3%A4tt&pz=1#U_P425_82568 (hämtat den 2020-05-18).

hospitalspredikanten genom att direktionen i huvudsak ansvarade för kyrkliga frågor. Hospitalspredikanten hade inget mandat på hospitalet eftersom biskopens insyn försvann i och med 1901 års stadga (se vidare 2.2.3). Paradoxalt var hospitalspredikanten arvoderad av staten och hade en tydlig plats som ledamot i hospitalsdirektionen. Han var därtill den ende på hospitalet som kunde utföra de uppgifterna som var ålagda honom. I denna synvinkel var hospitalspredikanten ur ett medborgarteoretiskt perspektiv synnerligen offensiv (aktiv). Det fanns ett perspektiv till, om hospitalsförsamlingen tillhörde en ordinarie territoriell församling eller inte. I sådana fall var kyrkoherden hospitalspredikantens överordnade. I de fall då hospitalsförsamlingen var icke-territoriell verkade den under patronatsrätten varpå direktionen var överordnad.

3.2 Kyrkliga handlingar [b]

Det var kyrkoherden som styrde församlingen och framförallt gudstjänstplaneringen men likom citatet ovan så var det annorlunda på hospitalet. Stadgan definierade tydligt att direktionen hade tagit över kyrkoherdens funktion. Statens regler och Svenska kyrkans styrdokument möttes och konsekvensen var en kompromiss i kyrkliga frågor (detta skeende kunde endast i detalj undersökas på lokal nivå). Hospitalspredikantens styrdokument kom nu att förvandlas till arbetsverktyg och risken för fri tolkning var överhängande. Till exempel var inte handböckerna (se vidare 2.1.3) tydliga om hur en jordfästning, i alla dess former utfördes. Ut-sattheten i detta exempel gjorde hospitalspredikanten defensiv (passiv) i sitt medborgarskap medan den höga frekvensen av jordfästningar gjorde hospitalspredikanterna flexibel i sin arbetsfunktion.

3.3 Kyrkobokföring [c]

Citatets tredje del [c] talade starkt för att instruktionen behövde vara tydlig på punkten om meddelandeplikten. Här fanns ett missförstånd som verkningshistoriskt nu går att observera. Missförståndet bestod i att meddelandeplikten uppfattades olika av staten respektive hospitalspredikanten. Meddelandeplikten gällde kyrkobokföringen som utfördes på alla patienter (församlingsbor). Kyrkolagen var tydlig men 1901 års statliga stadga var otydlig på denna punkt. 1922 års stadga kunde därför ses som en verkningshistorisk reaktion på den första stadgan samt på kyrkolagens tydlighet. Exempelvis var rutinerna kring jordfästningen otydliga. Särskilt gällande de lik som skulle jordfästas innan transport till en anatomisk institution. Beslutet om hur rutinen skulle utföras kom först år 1922 men diskussionen hade pågått sedan år

1916. Här fanns det risk för att egna rutiner för både direktionen och hospitalspredikanten skapades. En annan risk fanns där hospitalspredikanten delgavs hemligheter av patienterna i ett själavårdssamtal. Hospitalspredikanten förrättade också dop (eller nöddop) på hospitalet, detta var särskilt intressant om en patient var involverad som partner. Denna information var hospitalsdirektionen säkerligen intresserad av eftersom det hade med patientsäkerheten att göra. I 1922 års stadga förändrades instruktionen till: ”å sjukhuset föra födelse och dopbok samt död- och begravningsbok”¹⁰⁴ vilket, var ett skarpt förtydligande. Hospitalspredikanten skulle härmed föra kyrkobokföring för hospitalets räkning där total meddelandeplikt gällde. Konsekvensen av detta gjorde Svenska kyrkans styrdokument till arbetsdokument vilket, för hospitalspredikanten krävde en flexibel syn på sitt ämbete. En annan konsekvens var den långvariga tjänsteutövningen där det i tidigare avsnitt konstaterats att många års flexibilitet gav stabilitet för hospitalet.

3.4 Själavården [d]

Den näst sista delen [d] handlade om: ”vad till hans ämbete hör”¹⁰⁵ och var det enda som ärvdes av 1901 års instruktion. Position [d] var jämfört med a, b och c ytterst oklar eftersom det inte fanns någon ytterligare beskrivning (se vidare 2.2.2, 1.8.5). Ur ett verkningshistoriskt perspektiv så borde [d] vara relaterat till Svenska kyrkans norm men det fanns inga tecken på detta. Oklarheten vad gällde denna punkt hade alltså inte blivit klarare.

3.5 Det som inte sägs i stadgan [e]

Den sista citatdelen står utanför själva citatet [e] och beskrev det som inte nämndes i 1922 års lasarettstadga nämligen, själavården. Själavården kunde, med lite god vilja, ingå i begreppet: ”vad till hans ämbete hör”¹⁰⁶ men varken medicinalstyrelsen eller staten hade berört själavården som en arbetsuppgift så oklarheten kvarstod. Överraskande var det att själavården som var en så viktig funktion för Svenska kyrkan helt förbisågs av staten. Uppenbarligen accepterades själavården av staten som arbetsuppgift annars hade 1922 års stadga tydligt formulerat detta liksom tydligheten i citatets övriga delar (a-c).

Dessa fem verkningshistoriska omständigheter (a-e) ledde nu fram till den avslutande delen av diskussionen. Genom materialet observerades ett fenomen som hospitalspredikanten

104 Allmänt förslag sjukhusstadga – Lasarettskommitté 1922, s. 115 § 57 (för samtliga prästmän).

105 Allmänt förslag sjukhusstadga – Lasarettskommitté 1922, s. 115 § 57 (för samtliga prästmän).

106 Allmänt förslag sjukhusstadga – Lasarettskommitté 1922, s. 115 § 57 (för samtliga prästmän).

bevisligen var en del av. I tabellen om den dubbla arbetsfunktionen (se under 2.2) observerades en systemändring nämligen att hälften av hospitalspredikanterna hade minst 10 års erfarenhet vilket, betydde stabilitet. I och med hospitalspredikanternas stabilitet (långvarig tjänstutövning) på hospitalet ökade tjänstegraden. Det vill säga att en del predikanter fick komminister- eller kyrkoherdegrad. Genom att tjänstegraden steg, förändrades mandatet att svara för kyrkliga frågor gentemot direktionen. Med andra ord så blev hospitalspredikanten mer kompetent att genom ökad tjänstegrad själv svara för de kyrkliga frågorna. Detta var ett trendbrott för Svenska kyrkan inom sinnessjukhusvården som orsakades av långvarig tjänstgöring.

4 SLUTSATS

Jag har dragit slutsatsen att hospitalspredikanten generellt lydde under hospitalsdirektionen vilket, 1922 års lasaretsstadga bekräftade men svaret berodde på om hospitalsförsamlingen var en territoriell- eller en icke-territoriell församling. Jag visade också att hospitalspredikanten på nationell nivå, reglerades genom Svenska kyrkans styrdokument och statens stadgar men att lokala hospitalsbestämmelser, som inte denna undersökning går in på, förändrade vem eller vilka hospitalspredikantens överordnade var. 1922 års lasaretsstadga visade på en överraskande tydlighet gällande arbetsuppgiften för hospitalspredikanten. Enligt min uppfattning var stadgan skärpt på grund av tidigare otydligheter. 1922 års explicita lasaretsstadga var jämfört med föregående 1901 års stadga implicit för hospitalspredikanten. Otydligheten kunde ha sin förklaring i de förändringar i och med 1901 års stadga, då biskopen blev utesluten ur hospitalsdirektionen. Min observation var att den tydliga 1922 års lasaretsstadga kunde vara ett tecken på detta då tydligheten gällde ledarskap, struktur och ordning för hospitalspredikanten. Syftet med denna uppsats har varit att undersöka hospitalspredikantens arbetsförutsättningar ur ett medborgarskapsteoretiskt perspektiv där jag har visat att hospitalspredikantens flexibilitet skapades genom situationsbundna pendlingar mellan aktivt (offensivt) och passivt (defensivt) handlingsutrymme i sin arbetsrelation till hospitalsdirektionen (indirekt staten). Denna komplexa flexibilitet under längre tid har visat sig ge stabilitet på och för hospitalet.

4.1 Vidare forskning

I en debattartikel *Kyrkans tidning* (Nr 12 2020) debatterade Lisa Moberg, präst och fältpastor inom den svenska militären, om arbetsmiljöansvar vid utlandstjänst. Hon hävdade att vid utlandstjänst så fanns inte hennes närmaste chef att tillgå vilket, vållade ett strukturellt problem där arbetsmiljöansvaret var oklart. Moberg bekräftade problemet med otydligt ledarskap när två organisationer samarbetade. Problemställningen är densamma som i min uppsats, vilka förutsättningar fanns och vem eller vilka var överordnad. Det hade varit intressant att undersöka hur sjukhusprästen (före detta hospitalspredikanten) uppfattade sin arbetssituation och vem som i realiteten var överordnad.

5 KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

5.1 Tryckta källor

Almén, A. (1899). *Lasarettstadga, sjukhusstadga (1901 års lasarettstadga)*. Stockholm:

Kungliga boktryckeriet P.A. Norstedt & Söner.

Broman, I. (1922). *SOU 1922:57, Utredning och förslag rörande förskaffandet av lik för den för Läkarutbildningen nödvändiga anatomiska undervisningen*. Stockholm:

Ecklesiastikdepartementet.

Fehr, C. A. (1870). *Undernådigt betänkande angående: Hospitalsväsendets förändrade organisation*. Stockholm: Iwar Haeggströms boktryckeri.

Lasarettskommittén. (1922). *1922 års sjukhusstadga, Allmänt förslag sjukhusstadga*.

Stockholm: Svenska staten.

Riksdagen. (1885). *Svenska kyrkans handbok 1809*. Lund: C.W.K. Gleerups förlag.

Riksdagen. (1894). *Svenska kyrkans handbok 1894*. Lund: C.W.K. Gleerups förlag.

Riksdagen. (1894-1917). *Riksdagsprotokoll med bihang*. Stockholm: Central tryckeriet.

Riksdagen. (1917). *Svenska kyrkans handbok 1917*. Stockholm: Svenska kyrkans diakonistyrelsens bokförlag.

Serafimerorden. (1867). *Helso och sjukvården II, Öfverstyrelsens öfver hospitalen undernådiga berättelse (Digitaliserad av SCB 2008)*. Stockholm: P.A. Norstedt och Söner 1965-1910.

Skatteförvaltningen. (1989). *Sveriges församlingar genom tiderna*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Svenska kyrkan. (1909). *Svenska kyrkans allmänna kyrkomötesprotokoll*. Stockholm: Isaac Marcus Boktr. Aktiebolag.

Sylwan, Å. (1956). *Förslag rörande vidgande befogenheter för direktionerna vid statens sinnessjukhus*. Stockholm: Den svenska staten.

5.2 Internetkällor

Aronsson, L. (den 09 04 2020). *Projekt Runeberg*. (L. Aronsson, Redaktör) Hämtat från <http://runeberg.org/admin/maj94sv.html>: www.runeberg.org den 10 04 2020

- Kungliga Medicinalstyrelsen. (1913). *Sinnessjukvården i riket år 1913* (digitaliserad av SCB 2011, <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>). Stockholm: Kungliga boktryckeriet P.A. Norstedt & Söner 143310.
- Kungliga Medicinalstyrelsen. (1914). *Sinnessjukvården i riket år 1914* (digitaliserad av SCB 2011, <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>). Stockholm: Kungliga boktryckeriet P.A. Norstedt & Söner 143310.
- Kungliga Medicinalstyrelsen. (den 18 05 2020). *Sinnessjukhusvården i riket 1912* (digitaliserad av SCB 2011, <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>). Stockholm, Sverige.
- Kungliga Medicinalstyrelsen. (den 18 05 2020). *Sinnessjukvården i riket år 1894-1910* (digitaliserad av SCB 2011 <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>). Stockholm, Sverige: Kungliga boktryckeriet P.A. Norstedt & Söner 143310.
- Riksarkivet. (1618). *SOK Riksarkivet 2017*. Stockholm, Sverige. Hämtat från <https://sok.riksarkivet.se> den 04 03 2020
- Sverigesriksdag. (1846). *1686 års kyrkolag med tillägg från 1846* (digitaliserad). (andra). Jönköping: A.J. Rydén.

5.3 Litteratur

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm: Liber AB.
- Andrén, M. (2005). *Mellan deltagande och uteslutning, det lokala medborgarskapets dilemma*. (1:a upplagan uppl.). Södertälje: Gidlunds Förlag.
- Andrén, Å. (1999). *Sveriges kyrkohistoria, reformationstid band 3*. Stockholm: Verbum förlag AB.
- Berntson/Nilsson/Wejryd. (2012). *Kyrka i Sverige*. Skellefteå: Artos & Norma bokförlag.
- Berntsson, M. (2017). *Kättarland, en bok om reformationen i Sverige*. Skellefteå: Artos & Norma förlag.
- Bexell, O. (2003). *Sveriges kyrkohistoria 7, Folkväckelsens och Kyrkoförnyelsens tid*. Stockholm: Verbum förlag i samarbete med Svenska kyrkans forskningsråd.
- Brohed, I. (2005). *Sveriges kyrkohistoria 8, Religionsfrihetens och Ekumenikens tid*. Stockholm: Verbum förlag i samarbete med Svenska kyrkans forskningsråd.
- Hallböök, T. (2011). *Hospitalen i Skara stift*. Skara: Skara stiftshistoriska sällskaps

skriftserie: 63. Hämtat den 26 04 2020

Johannisson, K. (2013). *Medicinens öga; sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts Förlagsgrupp AB.

Lindmark/Sundström. (2016). *De historiska relationerna mellan Svenska kyrkan och samerna*. (första uppl.). Uppsala: Artos & Norma bokförlag 2016.

Montgomery, I. (1999). *Sveriges kyrkohistoria, enhetskyrkans tid band 4*. Stockholm: Verbum AB.

Pleijel, H. (1983). *Jordfästning i stillhet, från samhällsträff till privatceremoni*. Lund: Bokhandeln Arken.

Rydberg, G. (1997). Kyrkogården på Restad Gård. i C. Winberg, *Kyrkan: om kyrkobyggare och tro* (ss. 231-241). Vänersborg: Älvsborgs Länsmuseum.

5.4 Litteratur på internet

Losman, B. (06 2005). *Förvaltningshistoria*. Hämtat från

http://xml.ra.se/Forvaltningshistoria/00_Inledning.htm den 27 11 2018

Mattlar, I. (2011). *Bildning och fostran av sinnessjuka under den senare hälften av 1800-talet*. Uppsala: Institutionen för pedagogik, didaktik och utbildningsstudier.

Möller, P. (2017). *Hemligheternas värld: Bror Gadelius och psykiatrins genombrott i det tidiga 1900-talets Sverige*. Göteborg: Institutionen för litteratur, idéhistoria och religion & författaren 2017.

Svenska akademins ordlista. (den 18 05 2020). SAOB, historiska ord. 1874, Sverige.

5.5 Bild och Tabellkällor

Tabell 1 Tabell över den dubbla arbetsfunktionen. Uppgiften är sammanställd av mig genom att sammanföra medicinalstyrelsens årsrapporter och statskalendern för åren mellan 1908–1925 (sammanställd av mig 2019-11-12). Sid. 26.

Tabell 2 Tabell över medicinalstyrelsens sinnessjukdomsorsaker. Kungl. Medicinalstyrelsen 1914, s. 35 (hämtad och monterad av mig 2019-11-12). Sid. 30.

Bild 1 Dödboken för Wenersborgs Hospital och Asyl. Vassända-Naglums kyrkoarkiv s. 5. Död- och begravningsböcker för Vänersborgs hospital / Restads sjukhus, SE/GLA/13618/F II/1 (1905–1920), bildid: 00076111_00009 (monterad av mig 2019-05-09). Sid. 32.