

«Stille kom dere hit, og stille reiser dere fra oss» St. Josephsøstrenes hospitaller i Norge 1883–1988

Knut W. Ruyter

St. Josephsøstrene etablerte hospitaler i Oslo, Fredrikstad, Halden, Drammen, Porsgrunn og Kristiansand på en tid hvor det var store mangler i helsetjenesten. Men det var mot mange odds. De var fremmede på alle måter, de tilhørte en fremmed «christelig religionssect», de hadde en livsform som Reformasjonen hadde forkastet, søstrene var selv utenlandske som franske eller tyske og de hadde med seg fremmede tanker om hvordan faglært sykepleie skulle drives og hvordan kvinner alene kunne lede og drive virksomheter. De fremmede skapte uro og bekymring, særlig i statskirken, som medførte opprettelse av konkurrerende lutherske hospitaler for å gi egne adgang til å kunne innlegges på et annet sykehus enn et «fremmed Kirkesamfuns», men også i legestanden som var skeptisk til at søstrene ansatte kvinnelige kirurger. Likevel skjer det gradvis store endringer i oppfatningen av de fremmede. De får etterhvert stor respekt og anerkjennelse for den tjeneste de utfører for og i lokalsamfunnet. Ikke minst fra leger og pasienter, men også etterhvert fra den hjemmehørende lutherske kirke som hadde ansett seg som tilbyder av den sanne religions «Velgjerninger i fuldeste Maal.» Når søstrene nedlegger hospitalet i Porsgrunn i 1976 går lokalsamfunnet i fakkeltog i protest og til støtte, med fagbevegelsen i spissen.

The Sisters of St. Joseph established hospitals in six cities in Norway at a time when there were great deficiencies in the health care system. There were many odds against them. They were strangers in all respects, they belonged to an alien «Christian

religious sect», and lived a form of life that the Reformation had rejected. They were themselves foreigners from France or Germany and they brought with them new thoughts about skilled nursing and how women alone should manage their own operations. The strange foreigners caused unrest and anxiety, especially in the Norwegian State Church, which responded by establishing competing Lutheran hospitals to give «their own» access to «their own» hospitals and thereby make the use of the hospital of «an alien church denomination» redundant. There was also skepticism among the medical profession, against female leadership of hospitals and the Sisters' acceptance and employment of women surgeons. The Sisters represent a very interesting form of heterotopia. It can be read as an example of a community that was considered an extremely deviant heterotopia in past surroundings, but which gradually was transformed into a form of a compensating heterotopia in an open and accessible room for all. Despite acknowledgments of their valuable civic contributions the Hospital Sisters remained «exotic» in the minds of most people.

Innledning

St. Josephsøstrene representerer en interessant type heterotopi (Foucault, 1984), idet de gjennom sine hospitaler kom i et spesielt og nært forhold til lokalsamfunn rundt seg. De ble først oppfattet som en ekstrem og truende fremmedhet, med eksplisitte mål om å inkludere alle i sin egen fremmede religion. Men gradvis fikk de anerkjennelse fra storsamfunnet for en heterotopi som hadde stor betydning for behandling av og omsorg for syke, og som ganske sikkert ble oppfattet som kritikk av mangelfull omsorg for ens egne, men som også inspirerte og sporet til etterfølgelse. I ettertid kan man se at søstrenes markante tilbakeholdenhet med misjonering kan ha vært avgjørende for hvordan pasienter erfarte oppholdet på fremmede sykehus, ikke som utidig religiøs påvirkning, men som allment kjærlighetsarbeid. Indirekte førte det også til respekt og anerkjennelse for den religiøse annerledesheten. St. Josephsøstrenes hospitaler er et talende eksempel på en heterotopi som endrer seg fra å være avvikende fra samfunnet rundt til å bli en form for kompenserende heterotopi i et åpent, tilgjengelig rom for alle (Foucault, 1984), inntil velferdsstaten til slutt overtok rommene og innlemmet også dem som sine egne.

I løpet av et hundreår etablerte og ledet St. Josephsøstrene seks hospitaler og satte inn ca. 700 søstre som faglærte sykepleiere. Historien griper dypt inn i

temaet for denne boken, men aksentuerer særlig at representanter for en fremmed religion tar og gis plass i et konfesjonelt territorielt rom. Det dreide seg ikke bare om adgang til riket, men om å påta seg en tjeneste for pleie av syke som den gangen var særlig mangelfull. Det var kvinner som etablerte virksomhetene i ellers mannsdominerte omgivelser, i samfunn, kirke og medisin, med stor grad av selvstendighet og ledelse, som følge av kvinners frigjøring til å gjøre selvstendig arbeid i kirke og samfunn. At dette også omfattet nonner, kan kanskje overraske, men historisk (fra 1600-tallet) var de en ledende faktor i en slik kvinnebevegelse, som også hadde avgjørende betydning for bevegelser som vi kjenner bedre, som diakonisser og slumsøstre, for å være «lys og salt» i samfunnslivet. I dette er det også av interesse at søstrene var særlig opptatt av at sykepleien skulle være faglært, og at de skulle tilby det beste innen medisinsk kompetanse og utstyr – og særlig innen de fremvoksende spesialiteter. For dette arbeidet høstet søstrene (etter hvert) betydelig anerkjennelse, ikke minst fra leger, pasienter og lokale myndigheter. Ikke desto mindre bød utfordringen av det religiøse hegemoniet på betydelige konflikter og tvetydigheter, ikke bare i forholdet mellom hospitalene og samfunnet (med mistanke om fordekt virksomhet for den katolske tros utbredelse), men også med hensyn til kvinners rolle i eget kirkesamfunn og egen kongregasjon (underkastelse og disiplin) (Martinsen, 2003) og i konkurranse med annen faglært sykepleie (som, sies det, til slutt overvant den religiøst motiverte sykepleien preget av uvitenskapelig praksis, kall og lydighet) (Lund, 2012, s. 137; Nortvedt, 2012, s. 19). Disse tvetydigheter, og kanskje særlig spørsmålet om trostillørighet, gjorde at de forble ansett som et fremmedelement.

Fredrikstad bys historie omtaler Ivo de Figueiredo søstrenes innsats som «et eksotisk innslag», til tross for anerkjennelse av en markant tilstedeværelse i byen siden 1870-årene (Figueiredo, 1999, s. 99). Eksotisk rommer tvetydighet. Det kan være velkomment i samme rom, men det er likevel utenfor, tilhørende et annet sted under varmere strøk. Imidlertid sier det ikke noe om den markante tilstedeværelsen ga verdifulle bidrag til fellesskap og samfunn og kanskje også bidro til å utfordre og forme dem som hørte hjemme der fra før. Det kanskje særlig interessante med St. Josephsøstrene er at de representerte et godt eksempel på at en fremmed religion evnet å gi positive bidrag til medborgerskap i lokalsamfunn, ikke bare ved at de som fremmede ble inkludert, men også ved at de bevisst bidro til nye former for medborgerskap i de lokalsamfunn hvor de virket.

Anerkjent og oversett

Det har vært skrevet og forsket lite på søstrenes hospitaler, selv om ordenssøstrenes virksomhet i de siste årene har fått noe større oppmerksomhet. Den eneste forskningsbaserte fremstillingen av norske forhold er utført av Else-Britt Nilsen (2001). Den inneholder også verdifulle og innsiktsfulle bidrag om katolske hospitaler, 22 i tallet, også St. Josephsøstrenes (Nilsen, 2001, s. 67–71, 119–123, 157–170, 199–200, 256, 263–264, 279). St. Josephsøstrenes hospitaler har imidlertid vært gjort til gjenstand for forskning innen profesjonsstudier og kvinneforskning i Danmark og Sverige. Susanne Malchau har fremhevet søstrenes vesentlige bidrag til sykepleiens profesjonalisering og oppbygging av helsevesenet i Danmark (Malchau, 2003, s. 138; Malchau, 2005, s. 89), mens Yvonne Werner særlig har utforsket søstrenes bidrag i Sverige som en «motkultur» og en annerledes kvinnefrigjøring enn den liberale (og ikke-religiøse) kvinnebevegelsens frigjøringsstrategier (Werner, 2002). Både Malchau og Werner er i tvil om i hvilken grad dette dreide seg om noen form for kvinnefrigjøring, bundet og begrenset som de hevdes å ha vært i kirkens (mannsdominerte) rom. Disse forskerne har uansett rett i at sykepleie-, medisin- og sosialhistorie i stor grad har oversett eller bagatellisert søstrenes karitative innsats. Det er også påfallende i en norsk sammenheng. Det gjelder for eksempel Ingrid Wyllers sykepleiehistorie som kom i hele åtte opplag (1950), Kari Martinsens befattning med et omsorgsyrke som vokste frem (1984, 1989), Nils Bloch-Hoells jubileumsbok om diakonissehuset (1968) og Gry Espedal og Berit Hovlands beretning om Norges første sykepleier, Cathinka Guldberg (2012).

I det nylig utgitte tobindsverket om Norsk sykepleierforbund er søstre helt utenfor synsfeltet (Moseng, 2012; Lund, 2012). Det samme gjelder mer generelle fremstillinger av medisins historie i Norge (f.eks. Reichborn-Kjennerud, 1936) eller den sosialpolitiske historien (f.eks. Seip, 1984). I sistnevnte anerkjennes imidlertid at bl.a. «katolske ordner» (som private og religiøse institusjoner) bidro til økningen av sykehusbyggingen, og at fremveksten av offentlig ansvar ikke kan forstås «uten at man trekker inn de forutsetningene som ble lagt av private og av legeprofesjonen» (Seip, 1984, s. 226, 242). Men hvilke forutsetninger dette var, blir ikke utdypet. I løpet av et hundreår etablerte disse søsterordnene en betydelig hospitalvirksomhet (Malchau kaller det et imperium) som på sitt største (1965), for St. Josephsøstrenes vedkommende, omfattet seks hospitaler som totalt hadde 664 senger, med et

pasienttall på 90 000 pr. år (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 47, 67), og hvor mer enn 160 søstre var beskjeftiget som sykehusdirektører og sykepleiere.

Bakgrunnen for møtet i det samme rom: Adgang for fremmede christelige religionssecter

Som Kjetil Hafstad har fremhevet i sitt kapittel, var Norge et veldig homogent samfunn tidlig på 1800-tallet, ikke minst som følge av «løsningen» på religionskrigene: Hvert land holdt seg med sin religion, også nedfelt i den norske Grunnloven av 1814. Fremmede religioner skapte frykt og uløselige konflikter (Mjaaland, 2015, s. 9).

Det var først tidlig på 1800-tallet at det ble fremmet forslag om å lette på kravene i forbudet mot fri religionsutøvelse, om enn begrenset til «fri Religionsutøvelse for alle christelige Religionssecter» (Stortingsforhandlinger 1833, del 1, s. 584). Det herværende teologiske fakultetet hadde «mangehaande Betænkeligheder» og konkluderte med at det var «ingenlunde tilraadelig» (Stortingsforhandlinger 1833, del 7, s. 300–320). Man antok at det ville føre til at borgersamfunnets grunnvoll og statsforvaltningen ville bli undergravet og bidra til at de «Enfoldige og Svage» ville lokkes til å forlate «det kirkelige Samfund». Hovedbegrunnelsen synes imidlertid å være at religionsfrihet er helt unødvendig, da Den norske kirke «efter vor inderligste Overbeviisning, tilbyder dem alle den sande Religions Velgjerninger i fuldeste Maal» (Stortingsforhandlinger 1833, del 7, s. 303). Stortingets kirkekomité sluttet seg til disse betenkelighetene, og forslaget ble henlagt. Arbeidet med fri forsamlingsrett (og opphevelse av konventikkelplakaten) førte imidlertid til dispensasjoner for fri forsamlingsrett også for andre kristelige religioner enn den lutherske. I 1843 fikk den katolske kirken opprette sin første menighet i landet, under strenge betingelser, og med dissenterloven av 1845 ble det gitt rett til fri offentlig religionsutøvelse «inden Lovens og Ærbarheds Grænser» (§ 1). Det kan være liten tvil om at dissenterne ble sett på som avvikende fremmede, som skulle tolereres, og med en tilstedeværelse som kunne bidra til å svekke den homogene lutherske troen. Kirkehistorikeren Einar Molland kommenterer likevel at dissenterloven markerte et tidsskille – med aksept for pluralitet (Molland, 1979, s. 185). Men som noe av det følgende viser, var det ingen enkel sak, særlig ikke for statskirken, når det skulle gis rom for fremmede og disse

attpå til fant på å etablere nye religiøse rom for å hjelpe de syke som i hvert fall statskirken anså som sine egne.

«Mann eller mur»: en variant av katolsk kvinnefrigjøring

St. Josephsøstrene som en ordenskongregasjon oppsto i Frankrike på midten av 1600-tallet. Foranledningen var møte med stor fattigdom og nød hvor noen kvinner så behovet for og ønsket å hjelpe andre, hovedsakelig med pleie av syke og fattige. Det hadde til da vært vanskelig, hvis ikke umulig, for kvinner å drive utadrettet og oppsøkende virksomhet, både i borgerlig og i kirkelig regi. Dette endret seg med Frans av Sales (1567–1622) og opprettelsen av den såkalte besøkelsesordenen hvor kvinner fikk muligheter til å leve i et religiøst fellesskap og samtidig drive med sosialt, karitativt eller pedagogisk arbeid. Det var den samme mulighet og frigjøring som var opprinnelsen til St. Josephsøstrene (Neppes, 1980). Godt støttet av jesuitten Jean-Pierre Medaille (1618–1689), som selv var opptatt av tidens sosiale nød, ble det i 1651 opprettet «et lite foretak» av «gode enker og unge piker», «under navn og tittel av St. Josephs døtre, for å samles og leve i kommunitet ... for bedre å kunne spre barmhjertighetens frukter» (Silvestre, 1985, s. 16). Kvinnene var kledd som enker (som kunne bevege seg fritt) og ble engasjert i sykepleie, særlig i hjemmene, men fikk raskt ansvar for hospitaler og folkeskoler. De lyktes raskt med dette arbeidet, mange kvinner meldte seg til tjeneste, og de ble etterspurt. De fikk etter hvert utarbeidet egne leveregler (konstitusjoner) «for å imøtekomme alle åndelige og legemlige behov hos den kjære nesten» (Silvestre, 1985, s. 24). På midten av 1800-tallet hadde foretaket 244 kommuniteter og mer enn 3000 søstre. «Foretaket» ble godkjent som en apostolisk kongregasjon i 1861, med egne konstitusjoner, for å drive karitativ og pedagogisk virksomhet, og med en overordnet sentral ledelse for kongregasjonen (Silvestre, 1985). Et kjennetegn fra første stund var at søstrene skulle være grundig skolert til den oppgaven de skulle gjøre. St. Josephsøstrene var på ingen måte de eneste som dannet en slik kongregasjon. De var en del av en ny religiøs kvinnebevegelse som omfattet kvinner i hele Europa, og som førte til opprettelse av et svært stort antall kongregasjoner med en sosial og karitativ historie som er imponerende i både omfang og engasjement (Meiwes, 2015).

En av de få gjenværende søstrene i Ursulinerklosteret i Erfurt, sr. Clothilde, benyttet et talende uttrykk for det valget mange kvinner gjorde den gangen. Det var valget mellom mann og mur (studiebesøk i Ursulinerklosteret 2015, 6. oktober). Det innebar en alternativ måte å virkeliggjøre sitt liv på. Nå kan selvfølgelig en mur leses som et innestengt område, i form av tradisjonell klausur, med lignende krav til begrensninger og underkastelse, men kravet innebar ikke annet enn at disse kvinnene sluttet seg til et fellesskap (en søsterkongregasjon). Det synes å ha vært en nødvendig betingelse for kirkelig anerkjennelse. Bak «muren» ledet de sin egen virksomhet, med et meget stort rom for selvstendighet og bestemmelse i sitt eget liv og i den gjerning de valgte å gjøre, som stort sett lå utenfor murene, hovedsakelig i form av skole, sykepleie og sosialt arbeid. De var som regel ikke underlagt noen bestemt jurisdiksjon, men var internasjonalt organisert med et hovedsete, som ga stor handlefrihet og fleksibilitet for samordning, økonomi, utdanning og virksomhet, ikke ulikt vår tids corporate management. Generalpriorinnen var en konsersjef så god som noen. Kvinner kunne realisere seg på måter som ellers ikke var mulige, med utdanning og virksomhet. At det en gang var et meget attraktivt valg, viser det svært store antallet kvinner som sluttet seg til disse kongregasjonene. De kunne kombinere et religiøst liv med utdanning og selvstendige aktiviteter utenfor murene. Mang en biskop kan attestere at det ikke var noen enkel oppgave å forsøke å styre disse kvinnene (Nilsen, 2001).

Vi så innledningsvis at det er en del tvil om hva slags kvinnefrigjøring dette egentlig var, hvis noen i det hele tatt. I et interessant og nytenkende tilbakeblikk skjelner Olive Banks mellom ulike «ansikter» av feminisme (Banks, 1981). Vi finner her selvfølgelig de mest velkjente, likestillingsfeminisme og den feminisme som hadde forankring i sosialismen, men hun benevner også en tredje form som hun kaller evangelikal feminisme. Den evangelikale feminismen knytter engasjementet hos religiøse kvinner (med tilknytning til den protestantiske kirke) sammen med deres deltakelse og oppdrag i det offentlige rom innen sosial og karitativ virksomhet (se Martinsen og Wyller, 2003, s. 14). Det interessante i denne sammenhengen er at det finnes en tilsvarende katolsk feminisme – som i særlig grad virkeliggjøres gjennom de apostoliske kongregasjonene og deres meget omfattende sosiale og karitative virksomhet.

Nød og fattigdom, lite kurativ behandling og ingen faglært sykepleie

St. Josephsøstrene kom til Norge i 1865 etter mange oppfordringer fra kongelige, fra diplomati og fra sogneprester, ofte fordi de kjente deres virksomhet i Frankrike, for at de skulle ta seg av «katolske arbeidere og sjøfolk» ved å etablere skoler og ta seg av syke (St. J. arkiv, Mindeskrift). Sogneprester ville nok i tillegg at de skulle bidra til å styrke menighetene. Under lå også et misjonsoppdrag, om å bidra til å føre nordmenn tilbake til Moderkirken (St. Josephsøstrene, 2009a, s. 9).

På 1800-tallet var samfunnssituasjonen preget av mye nød og fattigdom (Seip, 1984, s. 218). Det fantes noen få sykehus, svært få leger og så godt som ingen faglært sykepleie. Fra Jens Krafts topografiske beskrivelser av Norge vet vi at det i 1815 fantes 15 sykehus med 500 senger i hele landet (Kraft, 1840). De aller fleste var begrenset til pleie og omsorg, mens noen sykehus var opprettet for spesielle formål, bl.a. for kurativ behandling av radesyken og veneriske sykdommer (Larsen, 2014, s. 147; Lie, 2008). Det siste var bl.a. tilfelle med Akershus amtssykehus på Galgeberg (Statsarkivet i Oslo, Akershus stiftsamt. Helsevesen, 1798–1805), som inngikk i det nyopprettede Rikshospitalet fra 1820, sammen med Militærhospitalet (Kraft, 1840, s. 129).

Disse nye sykehusene hadde kurative formål og var ledet av leger, mens de gamle hospitalene i all hovedsak var pleieanstalter, ledet av en forstander, men med legetilsyn. Et typisk eksempel var Oslo hospital, som på denne tiden huset 40 hospitalslemmer (Kraft, 1840, s. 185). Pleie var forbeholdt verdige fattige, især kvinner av «Borger- og Embedsclassen», men også noen andre fikk plass, for eksempel ugifte tjenestepiker (Oslo byarkiv, Oslo hospital. Saks- og korrespondansearkiv, 1799–1803). De nye sykehusene var ikke tuftet på moralsk utvelgelse og disiplin, men var medisinsk ganske svake, med svært få leger, begrensede fasiliteter og få virksomme behandlinger, hvor det nyopprettede medisinske fakultetet sammen med Rikshospitalet skulle gi undervisning til leger for å «erholde den fornødne practiske Duelighed og deels for at kunne modtage Syge fra alle Rigets Egne» (Kraft, 1840, s. 129). Med bare ti leger og ingen utdannete sykepleiere, oppgir Kraft at de behandlet ca. 1300 pasienter årlig rundt 1840.

I denne situasjonen med sosial nød og mangelfull pleie og behandling av syke «ser» ulike religiøse institusjoner behovet for å etablere en selvstendig sosial og karitativ virksomhet. Det gjaldt også Den norske kirke

som ble utfordret i sin trygge «monopoldøsig» posisjon (Tschudi, 1955) og gjennomgikk et ideologisk skifte (Elstad, 2011), ikke minst på grunnlag av oppfordringen fra kirkedagene i Wittenberg (1848) om å sette i gang en «kraftig indre misjon» for å hjelpe alle som led nød ved Evangeliets forkynnelse og ved sosialt arbeid. Man skulle gå inn i samfunnslivet for å være «lys og salt» (Tschudi, 1955; Elstad, 1997). Det hersket stor uro over «invasjonen» av forskjellige fremmede (kristelige) sekter, i særdeleshet kvekere, metodister og katolikker, og man håpet at støtet til indre misjon også ville innebære «et vern mot villfarelser» (Tschudi, 1955, s. 32).

Det ideologiske skiftet som Elstad beskriver, er særlig interessant fordi det førte også lutherske kvinner ut i samfunnslivet gjennom foreningsarbeid og utbredt karitativ virksomhet i organiserte former (Martinsen, 1989, s. 255). Dette er så godt som en parallell til den «vekkelsen» som fant sted blant kvinner i Frankrike og Tyskland fra 1600-tallet og fremover, og som var opphavet til de mange utadrettede katolske kongregasjonene. Og for begge på måter som ikke var mulig for kvinner i det såkalte sivile eller borgerlige liv (Meiwes, 2015, s. 32). I denne sammenhengen er det ganske sannsynlig at de katolske ordenssøstrene hadde vist vei og tjente som mulighet og modell for den evangelikale feminismen.

Sykepleie og hospitaler utgjorde en forholdsvis beskjeden del av den karitative virksomheten som ble igangsatt, men var likevel betydelig i sitt slag, ikke minst i utviklingen av den faglærte sykepleien. Det er så godt som opplest og vedtatt at det var diakonissene som innførte sykepleie i Norge (Martinsen, 1984; Espedal og Hovland, 2012; Moseng, 2012), men uten forkleinselse for diakonissene, er det kanskje en ære de kan og bør dele med de fra begynnelsen av faglærte katolske sykepleierne (Nilsen, 2013). Både diakonisser og søstre måtte imidlertid balansere mellom en selvstendig forståelse av sykepleie (som selvrealisering med et eget fellesskap) og å forholde seg til det øvrige fellesskapet, om det nå var legeprofesjonen eller kirken. Det medisinske trekker i retning av at legene (som i all hovedsak også var menn) gjerne ville ha sykepleiere som sin forlengete arm, som sine assistenter (Moseng, 2012; Malchau, 2003; Hamran, 1987). Til støtte for det kan man bl.a. vektlegge at lærebøker i sykepleie ble skrevet av mannlige leger, slik at sykepleiere skulle lære å følge legens «Forskrifter» (f.eks. Waage, 1901), samtidig som de også hadde selvstendige pleieoppgaver. Det kirkelige trekker i retning av at kirkens (mannlige) ledelse forutsatte at virksomheten var underordnet og styrt av det større

kirkelige fellesskap. Som både Martinsen og Wyller har påpekt, har nok kvinner akseptert «sin samtids kjønnsbestemte arbeidsdeling» (Martinsen og Wyller, 2003), men vært ganske uenige i at omsorgsarbeidet skulle ledes av kirkens menn. Her er det interessant å notere seg at Rikke Nissen og de katolske søstrene var samstemte på at det ikke var kirkens menn som skulle lede omsorgsarbeidet (Wyller, 1999, s. 204). Forskjellen var at Rikke Nissen ikke fikk gjennomslag. Diakonissene ble underordnet «Husets Ordninger» (Martinsen, 1989, s. 270). Som Wyller sier, «diakonissene innordnet seg det fellesskap som ble organisert av indremisjonens menn» (Wyller, 1999, s. 204).

Søstrene innordnet seg ikke sitt kirkelige fellesskap på denne måten. De var organisert slik at de skulle lede sitt eget fellesskap og hver enkelt virksomhet, om det nå var hospitaler eller skoler, både lokalt og internasjonalt.

I denne spenningen mot det medisinske og det kirkelige er det tydelig at de katolske søstrene ikke forsto seg selv som assistenter eller anså seg som underlagt kirkelig styre i de virksomheter som de drev (Osterhus, 2015). Det kanskje vesentligste elementet i dette er at de hadde og beholdt ledelsen av egne hospitaler. Selv om lederne gikk under navnet forstanderinner, var de i gavnet sykehusdirektører. De ansatte (og avsatte) leger, de bestemte nye spesialiteter, de bygget og utvidet, de bestemte hvilken type utdanning hospitalets søstre skulle få, og til dette formålet benyttet de seg også i stor utstrekning av leger. Fra deres egne krøniker ser man at det var opplest og vedtatt at de som sykepleiere skulle følge legens anvisninger for den medisinske oppfølgingen, men ikke uten et kritisk og selvstendig blikk. At dette noen ganger kunne være vanskelig, i en tid da fag og likestilling ikke hadde vunnet frem, bevitner en episode som er gjengitt i søstrenes egen beretning (St. J arkiv, Vor Frue Hospitals historie, 1883–1937, s. 7). Det fortelles at sr. Marie reiste en rekke innvendinger mot en leges anvisninger i behandlingen av en laparotomipasient. Kronikøren bemerket at «av en eller annen grunn ble lægen så ergerlig at han ga søster Marie en kraftig ørefik». Hvortil det lakonisk er lagt til: «Det måtte tåles i ydmykhet som meget annet ellers.»

Denne spenningen mellom det selvstendige og det underordnete fantes selvfølgelig også i det kirkelige fellesskap. Sr. Antonia Wiethoff, som var sykehusdirektør på Vor Frue Hospital i mer enn 25 år, var seg meget bevisst sin selvstendige rolle, og lærte også opp nye søstre til å bli ledere av sykehus. Til flere av disse hadde hun følgende råd å komme med: «En ting skal du vite: hvis du noensinne får å gjøre med prester, så husk at deres

forfengelighet ikke er død!» «Ta deg i vare, men husk at redsel er djevelens verk. Du skal stå på egne ben, du skal tore å ta stilling og ta beslutninger, særlig når de går i mot presters oppfatninger. Men vit hva du gjør, og mener du det er viktig, så gjør det. Da kommer du lengst og oppfyller den tjeneste du skal» (Osterhus, 2015).

Kvinneregimentet helt til topps

Med dette er det også angitt at søstrene, som del av en katolsk feminisme, gjorde ting annerledes enn forventet og fryktet da de etablerte hospitalene. I det følgende skal vi se nærmere på noen av de særtegn som utfoldet seg som et annet ansikt av feminismen (Banks, 1981), som i en norsk kontekst stort sett er oversett (se f.eks. Martinsen og Wyller, 2003).

Det er grunn til å tro at disse særtegnene og satsningene hadde stor betydning for at de fremmede søsterhospitalene lyktes i å etablere en kompenserende heterotopi. Det skyldtes ikke minst at de ledet sin egen virksomhet, at de satset tungt på faglig kompetanse, at de var del av en stor internasjonal organisasjon, og at de finansierte sin egen virksomhet.

Det var en av de første kvinnelige legene som ble ansatt på Vor Frue Hospital som anerkjente betydningen av kvinneregimentet. Det var Kristine Munch (1873–1959) som ble ansatt som lege på hospitalet i 1908 (St. J arkiv, Vor Frue Hospital 1883–1937, s. 14). Hun ble en gang utfordret av stiftsprost Gustav Jensen som hadde vært hovedlærer ved Det praktisk-teologiske seminar frem til 1902, og som var en sterk talsmann for den evangeliske kirketanken med indremisjonen som en del av det kirkelige arbeidet (se Elstad, 1997, s. 122). «Hvorfor arbeider De, pastor Munchs datter, på Vor Frue Hospital? Jeg liker ikke det, vi har jo vårt kjære Lovisenberg» (Pram, 1933, s. 58). «Jo, det skal jeg si stiftsprosten: Vor Frue hospital er det eneste sykehus som har åpnet sine dører på vidt gap for oss kvinnelige læger. Der er nemlig kvinneregimente helt til topps.» Det er heller ingen tvil om at søstrene var seg klart bevisst at de var de første som ansatte kvinnelige leger på et sykehus. «Alle andre steder var det stengt for dem, etter den tids oppfatning hadde ikke kvinner evner til å bli læger» (St. J arkiv, Vor Frue Hospital 1887–1937, s. 14).

Dette ble ytterligere satt på spissen da en annen kvinnelig lege, Louise Isachsen (1875–1932), ville spesialisere seg som kirurg. Det ble sterkt motarbeidet av mannlige kollegaer, men særlig av hennes veileder, Nils Roede

(1870–1961), som var en pioner på det gynekologiske feltet. Han mente at «en kvinne er ikke skikket til sådant» (Pram, 1933, s. 57). Roede representerte nok en ganske gjengs oppfatning om at kvinner ikke hadde den nødvendige åndelige og legemlige kraft til å bli kirurger og ville stå i fare for å miste sin kvinnelighet (Larsen, 2014, s. 185), noe som også syntes å være den mest nærliggende årsak til at Isachsen ikke ble ansatt på Rikshospitalet (Børdahl og Hem, 1999). Men søstrene støttet Isachsen i hennes spesialisering og ansatte henne som «operatør» på Vor Frue Hospital. Og som det står i søstrenes annaler, selv Roede måtte til slutt erkjenne at en kvinne greide å være kirurg (St. J arkiv, Vor Frue Hospital, 1887–1937, s. 15). Med klar anerkjennelse bemerker kronikøren at fra da av vant Louise Isachsen terreng, og hun legger spøkefullt til at «firmaet Munch og Isachsen var nå stabilisert».

Best kompetanse, best pleie, best behandling: spesialisering

Det er påfallende at søstrene fra begynnelsen av satte seg svært høye faglige mål (St. J arkiv, Mindeskrift 1865–1915, s. 11) og avverterte sine tjenester i lokalavisene, ofte ledsaget av redaksjonelle anbefalinger (f.eks. Fredrikstad Tilskuer 1888, 15. mars). For det første la de stor vekt på å rekruttere de beste legene, særlig fra de nye spesialitetene, og de søkte å være blant de beste på de områdene de bestemte seg for, som gynekologi, urologi, røntgen, nevrologi og arbeidsmedisin. I slike utvelgelser ble det aldri skjelet til religion (Osterhus, 2015). De skulle tilby gode arbeidsforhold, gode operasjonsrom og det beste tilgjengelige medisinske utstyr (St. J arkiv, Mindeskrift 1865–1915; St. Josephsøstrene, 2009ab). Disse spesialavdelingene fikk også en sentral betydning for utdanningen av nye leger innen spesialitetene (Otnes, Karlsen og Seland, 1987; Dietrichson et al. 1971; Mørlund, 2009). For det andre satte søstrene store krav til seg selv, ikke minst når det gjaldt utdanning og profesjonalisering, både innen sykepleie og ledelse. De søkte å rekruttere kvinner med god utdanning, og de som ikke hadde det, måtte velge en utdanning, etter behov og ønsker, eller som det uttrykkes i deres eget minneskrift: Generalpriorinnen «vilde ikke bare ha fromme og offervillige søstre; de skulle ogsaa bli utdannet hver til sin bestilling» (St. J arkiv, Mindeskrift, 1865–1915, s. 11). Det er liten tvil om at de var med på å etablere den utdannede og faglærte sykepleie i Norge (se Werner, 2002, s. 127).

Utdanningen var i begynnelsen «intern» og med egne lærebøker (St. J osephsøstrene, 1905) og lærekrefter, og ikke sjelden gjennomført i utlandet. Men etter hvert etablerte de en egen sykepleierskole, fra 1905, først for sine egne, men etter hvert også åpen for andre ettersom behovene vokste for faglært sykepleie, også på deres egne hospitaler. Vor Frue Sykepleieskole (1905–1976) ble anerkjent av Norges Sykepleierforbund fra 1947 og fikk offentlig godkjenning fra 1952 (Riksarkivet, Vor Frue Hospitals sykepleieskole, 1952–1955), først under forutsetning av at skolen burde «begrenses til bare nonner», men etter hvert utvidet til å omfatte «andre unge kvinner» (ibid.). Deretter ble det også forutsatt at søstre skulle ha norsk sykepleieeksamen og være medlem av Norsk sykepleierforbund (Osterhus, 2015).

Internasjonal organisasjon

Et annet særtegn ved virksomheten var at den var en del av en internasjonal organisasjon. Det omfattet selvfølgelig selve ordensfelleskapet, men det dreide seg også om tilhørigheten til kirken, hvor ordensfelleskapet svarte til kirken sentralt og ikke primært til det lokale bispedømmet. Det omfattet også et stort nettverk av sykehus og utdanninger i andre land. Dette ga mange fordeler på mange områder, som mobilitet, finansiering, kunnskap og tilgang til faglige miljøer i Europa (Osterhus, 2015). Mobilitet dreide seg om mange forhold. Men det viktigste var nok at de fleste søstrene ble rekruttert fra Frankrike og Tyskland, fra steder med etablerte hospitaler for omsorg av syke, med tilknytning til utdanning av faglært sykepleie. Søstersykepleiere kunne sendes etter behov, og de kunne hentes etter behov fra hele organisasjonen, gjerne gjennom Sverige og Danmark (Malchau, 2003; Werner, 2002), men også fra andre steder, for eksempel engelsktalende søstre for å ivareta engelsktalende sjøfolk (Osterhus, 2015). Utdanning kunne tas overalt, ikke minst innen nye spesialiteter (røntgen). Søstre fikk opplæring i ledelse og drift av hospitaler i utlandet, selv om noen få fikk utdanning i sykehusadministrasjon i Norge. Med denne internasjonale organiseringen tilkom også en annen fordel: Beslutninger kunne tas raskt, og de kunne gjennomføres raskt (Osterhus, 2015).

At søstrene var en internasjonal organisasjon, hadde også betydning for finansiering og drift av hospitalene.

Finansiering og drift

Grunnen til at finansiering er et viktig anliggende i denne sammenhengen, er at resultatet var at det var søstrene som eide og drev hospitalene. De var ikke avhengige av noen, heller ikke på dette området. I dag vil vi si at de var selvfinansierte og selveide. Det hadde selvfølgelig også avgjørende betydning for råderetten.

I dag tror jeg det er vanskelig å forestille seg det kolossale arbeidet som lå bak finansieringen, og den ledelse og planlegging som krevdes for å få det til. I krønikene blir det nøkternt fremstilt som «meget vanskelig og arbeidskrevende».

Med gammeldags språkbruk må det være tillatt å si at de var heftige kollektanter, både i inn- og utland. I hver by hvor de startet sin virksomhet, gikk de fra hus til hus, to og to, for å samle inn penger til en god sak. De få katolikkene som fantes kunne ikke gi store avkastningen. Og etter hvert som de fikk et visst fotfeste, utviklet de denne virksomheten til å omfatte utlodninger og basarer, som i all hovedsak var basert på søstrenes håndarbeid utført i rekreasjon! Som vi skal se, møtte disse kollektene betydelig motstand og forargelse i sin samtid. Og de var til tider såpass heftige at søstrene innstilte innsamlingen midlertidig for fredens skyld, for eksempel i Drammen og omegn «for at tilveiebringe midler til klinikens indredning». Men som det megetsigende står: «Mère Antonie opgav dog derfor ikke sin plan!» (St. J arkiv, Mindeskrift). Det er verdt å notere seg at mange av hospitalets leger ikke bare støttet basarene, men også selv tok initiativ til å organisere utlodning og innsamling (St. Josephsøstrene, 2009b, s. 90), donerte eiendommer, hus og hytter til søstrene (St. Josephsøstrene, 2009a, b) og skrev anbefalelsesbrev i meget stort omfang ved søknader om utbygginger og forbedringer (Riksarkivet, St. Josephs hospital, Porsgrunn, 1946–1953).

Det er imidlertid lite trolig at den innenlandske kollekten monnet i det store og det hele. Mer betydningsfulle var de såkalte kollektreisene i utlandet, og da særlig organiseringen av kollekter gjennom deres eget internasjonale nettverk og gjennom prester og menigheter (St. Josephsøstrene, 2009a, b). Hospitalene fikk også sporadisk støtte fra norske bedrifter, banker og myndigheter. I tillegg kom betydelige bidrag fra katolske misjonsorganisasjoner (f.eks. Foreningen til Troens Utbredelse) (St. Josephsøstrene, 2009a; jf. Malchau, 2003) og enkeltstående velgjørere.

Men dette monnet heller ikke. Det kanskje mest overraskende er at en stor del av all nysatsning baserte seg på relativt store lån. Låneopptakene viser at søstrene var meget ambisiøse og også ganske risikovillige i den omfattende etableringsperioden tidlig på 1900-tallet. Det manglet vanlig akseptert sikkerhet og dokumentasjon for betalingsevne, men bankene godtok låneopptakene, i alle tilfeller med kongregasjonen som undertegner og kausjonist. I søstrenes arkiv finnes en slik protokoll fra årene 1904 til 1922 hvor lån- og pantobligasjoner er gjengitt (St. J arkiv, Document Protocol II). Låneopptakene er betydelige. Mange år senere kan en av kronikørene nøkternt notere at selv om det holdt hardt noen ganger, var det ikke ett eneste lån som ble misligholdt noen gang (St. Josephsøstrene, 2009b).

For driften av hospitalene var det selvfølgelig av særlig stor betydning at søstrenes arbeidskraft var gratis. Ingen hevet lønn. Jo større andel søstre, desto rimeligere drift. Fra krønیکene ser vi også at det ikke eksisterte noen regulert arbeidstid, og at det var mer regel enn unntak med 70 timers arbeidsuke. I tillegg vitner særlig de tidlige krønیکene om meget nøysomme liv, som skulle belaste driftsbudsjettene så lite som overhodet mulig.

Religionssectens fremmede rom: «bare menneskelig kjærlighetsarbeid»?

Vi har allerede sett at en del av motivasjonen for å komme til Norge var knyttet til misjon. I de tidlige krønیکene vises også en klar bevissthet om at hospitalene (som skolene og barnehagene) ville gi en mye større kontaktflate enn det som var mulig gjennom menigheter. Det var åpenbart riktig – og historien viser vel at hospitalene var en betydelig brobygger mellom det katolske og det norske, som over tid førte til stor anerkjennelse for søstrenes virksomhet, om enn som et merkelig fremmedelement (Halden Arbeiderblad, 1962, 12. mai, s. 4). Som jeg vil komme inn på nedenfor, er det godt belegg for å hevde at søstrene bevisst valgte ikke å drive eksplisitt misjon.

På alle steder hvor søstrene etablerte hospitaler, ble de møtt med mistanke og frykt for at deres egentlige formål var å drive katolsk propaganda for å omvende alle de kom i kontakt med, og da var selvfølgelig hospitalene et ganske farlig sted (Nilsen, 2001, s. 156ff; St. Josephsøstrene, 2009a, s. 147). Det synes særlig å ha vært statskirkeprester som målbar kritikk og advarsler.

Et ganske typisk eksempel var innleggene i *Fredriksstad tilskuer* i 1899 om faren for katolsk propaganda (Vibe og Gundersen, 1899a,b). På dette tidspunktet hadde St. Josephs hospital vært i virksomhet i Fredrikstad fra 1887, og statskirken hadde etablert et konkurrerende luthersk hospital, Betesda, fra 1895. Prestene hadde blitt kraftig provosert av flere tidligere innlegg i avisen hvor flere institusjoner og personer hadde forsvart sin støtte til og bruk av St. Josephs hospital med den begrunnelse at «katholsk hospitalsvirksomhet bare er et menneskelig kjærlighetsarbeid».

Sogneprest Christopher Vibe og res.kap. Anton Gundersen avviste dette kontant: «Intet er mer falskt enn dette» (Vibe og Gundersen, 1899a). For hvis det var slik, hvorfor drar de ikke da til Portugal hvor det står elendig til med sykepleien? Prestene vet beskjed: De har kommet hit «for sin Kirke og søke at vinde vort Land for Rom». De roste søstrene for deres vennlighet og dyktighet, som en meget klok taktikk, for derigjennom «glider de ind i mange Hjerter og mange Hjem». Men de anmoder «den lutherske Christne» leser om ikke å la seg lure. På hospitalet utøves «planmæssig og energisk, men stilt og klogt, paavirkning i katholsk Retning overfor dem, som man tror at turde vove det med». Men det som virkelig red prestene, var at myndigheter, militærgarnisonen, leger og publikum støttet St. Josephs hospital økonomisk, til tross for at det ble opprettet et luthersk hospital (Betesda) fire år tidligere (Vibe og Gundersen, 1899a). Fattigvesenet fortsatte å innlegge «sine» fattige og døende på St. Josephs, men ingen på Betesda. «Dette bør opphøre øyeblikkelig.» Og publikum strømmet til St. Josephs basarer. Prestene mente at søstrene «nødet ind paa Folk med stor Paagaahenhet» når de gikk fra hus til hus med loddbookene sine. Det falt dem umåtelig tungt for brystet at søstrene hadde avertert med at støtten ville «skaffe lutherske Christne en efter Nordens Fordringer saa omhyggelig og renselig pleie som muligt». Artikkelserien avsluttes med spørsmålet om «vi» som lutherske kristne virkelig vil være med på å støtte en slik virksomhet for å hjelpe den katolske kirken «i deres Arbeid for at erobre vort Land?» (Vibe og Gundersen, 1899b).

Så vidt jeg har kunnet bringe på det rene, tok søstrene ikke offentlig til motmæle, verken i dette tilfellet eller ved noen andre anledninger. I deres egne nedtegnelser ser man imidlertid at «de langvarige avisfeidene mot det farlige katolske hospital» ble opplevd som «meget uhyggelig», men at de samtidig kunne fastslå at «artiklene opnaadde dog ikke det ønskede resultat» (St. J arkiv, Mindeskrift). Søstrene kan attpå til notere at også de som hadde vært mest mot

det katolske hospital, var «iblandt de første som lot seg indlægge der». «Selv lutherske prester indlægger sine syke paarørende hos søstrene, og kan ikke nok, ved givne leiligheter, vise sin taknemlighet for den kjærlige omsorg som blir vist deres slægtninger paa hospitalet.»

Det er verdt å bemerke at denne mistanken og bekymringen for «erobringen» nesten utelukkende kom fra statskirken. Så godt som alle andre så seg tjent med kjærlighetsarbeidet, det gjaldt i særdeleshet leger og pasienter, men også myndigheter og presse, som hadde opplevd dette annerledes rommet som de også selv hadde blitt formet av – uten tilsynelatende å ta skade på sin sjel. Dette har også søstrene notert seg: Helt fra første dag ble vi møtt med velvilje fra byens befolkning (St. Josephsøstrene, 2009a, s.147). Et ganske typisk tidsvitne er legen Ragnar Andersen (1905–1993) som hadde arbeidet i mange år på Vor Frue Hospital, og som under en tale i 1958 ga uttrykk for at han hadde latt seg imponere over søstrene, ikke bare over kompetanse og fag, men i særdeleshet over deres oppofrende innsats og deres kall, som også bidro til å frembringe det beste i legene selv. Det annerledes religiøse som motivasjon for nestekjærlighet er kanskje uforståelig, bemerket han, men for det den bringer av innsats, er den en spore til selv å bli bedre (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 57).

Strategier mot de fremmedes hospitaler

Hos Vibe og Gundersen finner vi kanskje også den viktigste motstrategien mot de katolske hospitalene, og det var rett og slett å etablere egne hospitaler for sine egne trosfeller. Sykehusdrift ble en konfesjonell kamparena. Tydelige eksempler er Porsgrunn lutherske hospital (1902) (Bystrøm, 1992; Nilsen, 2001, s. 162) og Betesda hospital i Fredrikstad (1895). I det sistnevnte tilfellet ble også begrunnelsen gitt eksplisitt av Betesdas bestyrelse: «Vort Sygehus er aabnet alene for at give Adgang også paa Vestsiden at kunde indlægges paa et annet Sygehus end et fremmed Kirkesamfuns» (Fredrikstad tilskuer, 1895, 7. desember). Det skulle motvirke faren for at folk ble ført bort fra statskirken og over i sektsamfunn (Elstad, 1997, s. 357). Det kunne gjøres ved å involvere indremisjonen – for å nå de menneskene som prestene ikke når – og å nå dem, som Elstad treffende uttrykker det, før katolikkene tar dem (Elstad, 2000, s. 359).

I ettertid kan man reflektere over valget av strategi. Med et blikk fra Foucault kan man kanskje si at det fremmede religiøse rommet (hospitalet) gjorde noe med dem som ikke var der. De ble utfordret, påvirket og formet til å forholde

seg til det. Søstrene var seg også bevisst at de var ansett som en «torn i øiet på Statskirkens tjenere», og at opprettelsen av lutherske hospitaler ble gjort for å «skaffe en motvekt» (St. Josephsøstrene, 2009a, s. 155). Men det synes like klart at søstrenes virksomhet nærmest var å anse som et eksempel til etterfølgelse, med følgende resonnement: Vi, som hører hjemme her, kan ikke la «de fremmede» gjøre det vi burde gjøre selv. I sin gjennomgang av søstrenes hospitaler i Danmark fremhevet Susanne Malchau også at de katolske hospitalene ble en «katalysator» for å etablere «egne» hospitaler, i hovedsak fordi man var «flau» over egen manglende innsats for syke, og fordi man var forbeholden overfor det katolske (Malchau, 2003, s. 148). De samme vurderingene gjenfinnes i Finn Bystrøms historie om Porsgrunn lutherske hospital. De syke må kunne få pleie hos sine egne – og ikke måtte legges inn hos fremmede. Hos de fremmede kan man alltid bli forvirret og i verste fall falle fra (Bystrøm, 1992).

Strategien kan neppe sies å ha lyktes fullt ut. Hospitalene levde ved siden av hverandre, og ettersom farene ikke så ut til å virkeliggjøres (blant annet et forsvinnende lite antall konvertitter), begynte man også forsiktig å samarbeide. I Porsgrunn for eksempel hadde søstrene ansatt den dyktige legen August Schrupf (1902–1980) som tok initiativ til et samarbeid med det lutherske sykehuset om hvordan de kunne fordele spesialiteter. Søstrene støttet aktivt dette arbeidet. Det lutherske sykehuset fikk kirurgi, inkludert gynekologi og barneavdeling, mens St. Joseph utviklet indre medisin og senere nevrologi. St. Joseph som stadig hadde øye for nye behov som meldte seg, etablerte utdanning for laboranter/fysiokjemikere og et eget laboratorium i tett samarbeid med Norsk Hydro og bedriftslegen Eivind Thiis Evensen (1906–1998) (Osterhus, 2015). Det kan derfor se ut til at St. Joseph og Luther anså hverandre for å være likeverdige, med et samarbeid basert på gjensidig respekt og for en felles faglig oppgave og målsetting. I en samtale med sr. Valborg, som ledet St. Joseph hospital i Porsgrunn på 1970-tallet, understreket hun at hun aldri hadde opplevd vanskeligheter med religion, av noe slag, noen gang, men at det sikkert også skyldtes at det var noe man ikke snakket med hverandre om (Osterhus, 2015).

Ingen eksplisitt misjon: kjærlighetsarbeid er nok

Det er liten tvil om at søstrene kom til Norge i en motreformatorisk ånd. Det vitner også deres egen krønike om (St. Josephsøstrene, 2009a, s. 9). Det er som å lese en konfesjonell motfortelling til Elias Blix' fedrelandssalme, hvor hva

som er mørkt og lyst har byttet side. Uansett var de seg bevisst at hospitalene kunne være den beste måten å komme i kontakt med mange mennesker på. Likevel drev de i praksis ikke eksplisitt misjonering, selv i perioder da katolsk misjon sto svært høyt på dagsordenen, for eksempel fra 1920-tallet, da Nederland fikk hovedansvar for å fremme misjonen i de nordiske landene.

For den meget offensive (nederlandske) biskopen Jan Olav Smit (1883–1972, biskop 1924–1930) var det et uttalt mål å føre Norge tilbake til den rette tro. Det var anslått at dette ville skje i løpet av et par tiår, for nordmenn hadde egentlig bare ventet på dette lenge. Dette ble også fremholdt for forstanderinnene av hospitalene, da han anså disse som viktige steder for opplysning, forkynnelse og omvendelse. Etter sigende skal han ofte ha spurt hvor mange konvertitter hospitalene bidro med hvert år. Til dette skal sr. Antonia Wiethoff ha svart like selvfølgelig: «Vi har ikke konvertitter, vi har kun pasienter» (Osterhus, 2015).

Sr. Antonias tilsvaer kan egentlig stå som et epitaf over søstrenes hospitalvirksomhet. I deres egne krøniker blir det fra begynnelsen av gjentatt at de levde etter den regel at «vi taler aldri om religiøse ting, med mindre vi blir spurt» (St. Josephsøstre, 2009b, c).

Samtidig er det liten tvil om at søstre var religiøst motivert for tjeneste for den syke, ikke minst i tråd med Bergprekenen og deres egen lange tradisjon og erfaring som apostolisk organisasjon. Deres praksis kan sies å bekrefte Kari Martinsens anliggende (Martinsen, 1989, s. 249) om at man kan ha religiøs motivasjon for sitt arbeid uten at det innebærer et eksplisitt mål om å omvende enhver til den samme kirke som en selv tilhører.

Eksemplets makt: «For Kristi kjærlighet driver oss»

Den religiøse motivasjonen er imidlertid ikke usynlig eller skjult – for verken pasienter eller ansatte. I søstrenes krøniker kan man fornemme at de var opp-tatt av eksemplets makt, at de gjennom sine barmhjertighetsgjerninger kunne vekke interesse for hva tjenesten baserte seg på i siste instans. Det kan kanskje kalles en indirekte form for misjon. Det kan imidlertid ikke være noen særlig tvil om at dette heller ikke virket, målt i antall konvertitter. Men det søstre «oppnådde» ved eksemplets makt (fra god administrasjon og oppofrende pleie ved sykesengen til at pasienter ble behandlet uten skjeling til trosbekjennelse),

var anerkjennelse og respekt for det arbeidet de faktisk gjorde for syke, kanskje ikke minst fordi de ikke fremmet sitt livssyn, og denne anerkjennelsen hadde også betydning for hele kontaktflatens oppfatning av den «religionssecten» de tilhørte. Ut fra de vitnemål som leger, myndigheter og pasienter har avlagt (og som beskjedent er gjengitt i søstrenes egne krøniker), kan det være liten tvil om at deres innsats bidro – i langt større grad enn noen annen aktivitet (det være seg katolske menigheter eller skoler) – til å bygge broer og skape møteplasser med «de andre» og «normalisere» forholdet til den katolske kirke for folk flest. Søstrene noterte selv at disse møtene bidro til at fordommer hadde «svunnet fra sinnene» (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 101). Den danske forskeren Susanne Malchau mener at søstrene ikke ville ha fått så bred anerkjennelse i offentligheten hvis det ikke hadde vært for legenes aktive anerkjennelse, velvilje og støtte (Malchau, 2003, s. 157). Det har hun åpenbart rett i, også for Norges del.

Rommenes utforming og atmosfære

Det religiøse aspektet var også synlig i hospitalenes rom, og selvfølgelig også i søstrenes tilstedeværelse. De var seg bevisst, på samme måte som diakonissene (se Martinsen, 1987, s. 286–287, jf. Nissen, 1887, s. 9), at sykerommene skulle innredes på måter som skulle inngi trivsel og trygghet, men også være sted for hvile, stillhet og ettertenksomhet (St. Jarkiv, Mindeskrift). Ved inngangen til hospitalene hang det et kors, og i ethvert rom var det også et stort kors, alltid med en Kristusfigur. Søstrenes ordensdrakt, i sin hvite utforming, skilte seg ikke synderlig fra andre sykepleieres «uniformer», men bar alltid et synlig krusifiks på brystet. I gangene ba også søstrene korte bønner til faste tider morgen og kveld for pasientene. Disse var i hovedsak basert på bibeltekster og tilpasset den kirketilhørighet de ulike pasientene hadde. Pasienter ble forespurt om døren til gangen skulle stå åpen eller være lukket, slik at de kunne høre bønnene eller la være (Osterhus, 2015). Alle hospitalene hadde også kapeller.¹

De fremmede syke, på mer enn en måte

I St. Josephsøstrenes arkiv er det bevart en registerbok over pasienter innlagt på Vor Frue Hospital fra 1884 til 1898. Den er verdt et studium i seg selv.

1 I 1964 gjorde NRK opptak av søstrenes liv og virke på hospitalet i Porsgrunn. Opptaket er tilgjengelig fra: <https://tv.nrk.no/serie/mennesker-i-hverdagen/FOLA64001164/01-04-1964>

Den inneholder 4002 innleggelser, med opplysninger om bosted, alder, sykdom, pleienivå og betaling. Religiøs tilknytning er ikke notert. Den viser tydelig at pasienter kom fra fjern og nær, og som søstrene selv uttrykte det: «Vor Frue søkes nu av patienter fra alle landets egne» (St. J arkiv, Mindeskrift). Det fremkommer også tydelig at de tok imot fattige syke som ikke kunne betale for seg, og som heller ikke hadde noen til å betale for seg (f.eks. fattigkommisjonen eller militæret), forutsatt at det var et medisinsk behov og ikke «bare» et behov for en varm seng. Men de delte også ut mat til fattige som omtales som «faste middagsgjester» «som spiste på den hl. Josephs regning» (St. Josephsøstrene, 2009b, s. 97). Registerboken bevitner at søstrene fordret at også leger måtte behandle uten betaling når det var behov for det.

Denne innstillingen til og tjenesten for syke som man ikke kjenner reflekterer en lang kristen hospitaltradisjon, hvor grunnbetydningen av hospital innebærer velkomst, «gjestfrihet» og ivaretagelse. Dette impliserer ikke på noen måte at gjestfriheten er enkel, verken som begrep eller i praksis. I innledningen til denne boken peker Wyller og Lid på at gjestfriheten er ganske ambivalent. De trekker vekslers på Derrida og Benhabib, som begge påpeker en ambivalens ved den fremmede som enten venn (*hospice*) eller fiende (*hostis*). Det er uklart om en pasient, i dette tilfellet, anser seg selv som venn eller fiende, og det er uklart om en pasient vil bli tatt imot og behandlet som venn eller fiende. Dette er en form for ambivalens som alltid har vært knyttet til hospitalets erfaring av å ta imot en fremmed som gjest (*hospes, hospita*), hvor uttrykkene betyr både fremmed og gjest. Det som i tillegg er spesielt med søstrenes hospitaler, er at de må ha vært oppfattet som fremmede. Ikke bare var gjesten fremmed, men det var også verten. Det er ikke vanskelig å tenke seg inn i situasjoner hvor en syk skulle innlegges hos fremmede som en ukjent gjest i behov av hjelp. Det har neppe vært en følelse av å være fiende, men «møtet» kan ha vært preget av usikkerhet og mistenksomhet – om man kunne stole på den fremmede, om det fantes en annen agenda, eller om man ble gjort til gjenstand for noe man ikke hadde bedt om.

Velferdsstaten «integrerer» rommet: begynnelsen på slutten

Vi har allerede sett at statskirken og kommuner laget strategier for å motvirke – og eventuelt erstatte – de katolske hospitalene, uten at de lyktes særlig

godt med disse bestrebelsene. Men det greide til slutt velferdsstaten, selv om det neppe var en bevisst strategi å kvitte seg med de private (religiøse) sykehusene.

De vesentligste endringene skjer med ny sykehuslov av 1969. Med loven tar staten ansvar for å etablere landsomfattende offentlige sykehus for å sikre alle lik rett til den beste tilgjengelige behandling, uansett bosted i landet (Halvorsen, 1996, s. 75). Private sykehus tenkes integrert i kommunale eller fylkesregionale sykehus. Den nye loven var lenge planlagt, fra midten av 1930-tallet, og hadde ikke primært til hensikt å avskaffe «private» og religiøse sykehus, men derimot å underbygge at dette var en del av statens ansvar i en velferdsstat. Det er interessant at de private, religiøse sykehusene overhodet ikke blir nevnt eller diskutert i noen av forarbeidene eller plandokumentene. Det noterte også søstrene seg (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 67). Det synes imidlertid ikke å ha vært en forutsetning at private sykehus måtte opphøre, men at de måtte innpasses og innordnes som del av det offentlige helsevesenet, med offentlig styring og med driftstilskudd.

Søstrene skjønnte tidlig at den nye sykehusloven var begynnelsen på slutten for egen hospitalvirksomhet. Det skyldtes at de ikke kunne drive hospitalene som de tidligere hadde gjort, med krav til sentralisering, rapportering og innordning. Det ville innebære at de mistet all selvstendighet, og at de ville ende opp med å bestyre et rom som til forveksling ville ligne alle andre rom. De kunne heller ikke bestemme hvilke avdelinger de skulle beholde. For gynekologi- og fødeavdelingene kunne de neppe ha reservert seg mot å utføre selvbestemt abort. I tillegg kom at det gradvis ble vanskeligere å henge med i den medisinske og den teknologiske utviklingen – ikke bare faglig, men også med store økonomiske krav til kompetanseoppbygging og nyinvesteringer, som også gjorde ledelse og administrasjon krevende og komplisert (Osterhus, 2015). Alt skulle skje i større målestokk, med større enheter og flere spesialiteter. Disse forhold samlet sett gjorde «det umulig å fortsette», etter søstrenes egen oppfatning (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 47, 68, jf. Nilsen 2015). Et offentlig landsomfattende helsevesen gjorde dem også overflødige. Men det viktigste var nok at det innebar at de mistet styringsretten over budsjetter, ansettelse, moralsk grunnlag for egen drift og administrasjon. Det synes derfor klart at de ikke ble skviset ut som fremmede i velferdsstaten, men fordi de selv ikke ville gi slipp på sitt særegne bidrag og nektet å tilpasse seg og innordne seg i et felles velferdsprosjekt.

Den relativt raske avviklingen av hospitalene var også foranlediget av og fremskyndet av et drastisk fall i rekrutteringen til kongregasjonen fra 1960-tallet og fremover. Det var ikke noe særegent for St. Josephsøstrene. Men det innebar at søstrene i løpet av et par tiår uansett ikke kunne betjene sykehusene. «Novisiatet har stått tomt i noen år» (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 34). Årsakene til dette er sammensatte, forankret i kirkelige reformer (Vatikankonsilet), kvinnefrigjøring og likestilling, og i den sammenhengen som dette kapitlet er skrevet, ikke lenger egentlig noe behov for det alternative som «muren» en gang ga. For kongregasjonen dreide de kirkelige reformer seg også om å finne tilbake til «røttene» i sin egen spiritualitet og leveform. Dette utfordret også den ensidige satsningen på sykepleie og hospitaler (Osterhus, 2015) og reiste spørsmål om ikke søstre skulle ha andre interesser og større valgmuligheter i lys av tidens behov, for eksempel åndelig veiledning og retretter.

Avhendingen av sykehusene gikk relativt raskt – og disse fremmede rommene for kjærlighetsarbeid ble kjøpt opp og innlemmet i det offentlige helsevesen. I 1967 ble St. Josephs hospital i Kristiansand ervervet av Vest-Agder fylke. I 1972 ble St. Josephs hospital i Fredrikstad overtatt av Sykehuset Østfold. I 1975 ble St. Josephs hospital i Drammen solgt til Buskerud fylke. I 1976 ble St. Josephs hospital i Porsgrunn innlemmet i Telemark sentralsykehus. I 1979 ble Vor Frue Hospital solgt til Oslo kommune (og senere drevet av Lovisenberg Diakonale Sykehus). I 1988 ble St. Josephs hospital i Halden (som allerede i flere år hadde vært et sykehjem) overtatt av Halden kommune.

Med dette var en æra over. I de mange avskjeder som fulgte disse «avhendingene», kan det i dag bare spores stor takknemlighet og anerkjennelse for det kjærlighetsarbeid som hadde blitt gjort, nå også fra statskirken. Som ordføreren i Kristiansand, Leo Tallaksen, uttrykte seg i 1967: «Stille kom dere hit, og stille reiser dere fra oss – og vi føler dyp takknemlighet» (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 125). I Porsgrunn gikk det store fakkeltog i protest mot avhendingen av sykehuset, også med fagbevegelsen synlig til stede, noe søstrene noterte seg med glede og overraskelse (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 139). Overallt får de vite at de har fått en bred plass i haldenseres og drammenseres bevissthet (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 140). Hvor mange søstre som har tjenestegjort på disse hospitalene i løpet av hundreåret, har ikke søstrene selv oversikt over, og det har heller ikke vært mulig å sammenstille, men bare i Kristiansand skal 150 søstre ha tjenestegjort frem til 1967. Et rimelig anslag kan være 600–700, og de

hadde hver for seg fortjent anerkjennelse for sin innsats. For søstrene selv er det kanskje ikke viktig i det hele tatt, men det er nok ikke uten stolthet at de har utstilt Kongens fortjenestemedalje i sølv eller gull gitt til åtte hospitalsøstre, selv om søstrene mener at anerkjennelse kommer annetstedsfra. Som det står i deres egen krønike: «Alle navn står skrevet i Guds hånd» (St. Josephsøstrene, 2009c, s. 68).

Likevel er minnene om dem til stede i det offentlige rom. I Fredrikstad ble det bestemt at hospitalet skulle bevares som et kulturminne som en vesentlig velferdsaktør (Schiötz, 2011). I det ligger også anerkjennelsen av at representanter for en fremmed religion – og deres målrettede innsats for syke – kan stå som et interessant eksempel på en type heterotopi som etablerer et spesielt forhold til samfunnet rundt seg, og samfunnet til dem. Det fremmede forblir kanskje eksotisk, men det oppfattes ikke som avvikende og truende. Selv det religiøst fremmede kan bidra positivt, ikke til å fremme sin egen religion, men til å styrke den allmenne oppgave og forpliktelse til å ivareta syke på best mulig måte. Vi vet lite om det, men det er ikke umulig at det også bidro til en viss respekt og undring over heterotopiens religiøse grunnlag og motivasjon. Med utsyn for fremtiden kan arven etter St. Josephsøstrene også gi et nyttig perspektiv på nye religioner som kommer til Norge, og på vår tids hjelpevirksomhet på fremmede steder.

Referanser

Riksarkivet

- St. Josephs hospital, Porsgrunn. Melding om privat anstalt som skal ta i mot syke. Medisinaldirektøren, Kontoret for lege- og sunnhetsvesen (1932–1941).
- Vor Frue Hospital. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Sykehuskontoret H9 (1949). (Inneholder også meldinger fra 1932 og 1933.)
- St. Josephs hospital, Fredrikstad. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Sykehuskontoret H9 (1946–1954).
- St. Josephs hospital, Porsgrunn. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Sykehuskontoret H9 (1946–1954).
- Sykepleierskoler. Vor Frue Hospitals sykepleieskole. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Legekontoret H1 (1952–1955).
- St. Josephs hospital, Drammen. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Sykehuskontoret H9 (1955).

St. Josephsøstrenes arkiv (forkortet St.J arkiv):

Vor Frue Hospital 1884–1898.

Document Protokoll II (1904–1922).

Nekrologer (1874–1910).

St. Josephsøstrene i Norge. Mindeskrift i anledning 50-aars jubileet 1865–1915.

Vor Frue Hospital 1883–1937.

Vor Frue Hospitals historie 1877–1947.

Fredrikshald-Halden (krønike) 1900–1980.

Litteratur

Banks, O. (1981). *Faces of feminism: a study of feminism as a social movement*. Oxford: Robertson.

Bloch-Hoell, N.E. (1968). *Diakonissehusets første hundre år 1868–1968*. Oslo: Diakonissehuset i Oslo.

Bystrøm, H.B. (1992). *På helsa løs: Porsgrunnsykehusene gjennom 200 år*. Porsgrunn: Porsgrunn kommune.

Børdahl, P.E. & Hem, E. (1999). Fødselshjelp – et kvinnefag for mannfolk. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 119, 4561–4566.

Dietrichson, P., Larsen, Ø., Lossius, H.M. & Stensrud, P. (1971). *Norsk neurologisk forening 1920–1970*. Oslo: Universitetsforlaget.

Elstad, H. (1997). «-en Kraft og et Salt i Menigheden-»: *ein studie av presteskapet i Norge i siste halvparten av 1800-tallet, dei såkalte «johnsonske prestane»* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.

Elstad, H. (2011). Diakonal fornying i siste del av 1800-tallet – ideologi og praksis. I: E. Skartvedt (red.), *Fylliker er også folk* (s. 352–360). Oslo: Frelsearmeen.

Espedahl, G. & Hovland, B. (2012). *Et livskall: Cathinka Guldberg. Norges første sykepleier og diakonisse*. Oslo: Verbum.

Foucauld, M. (1984). «Of other spaces, heterotopias.» *Architecture, Mouvement, Continuité* 5, 46–49.

Figueiredo, I. de (1999). *Fredrikstad bys historie VI. Mot et nytt årtusen*. Fredrikstad: Fredrikstad kommune.

Halvorsen, M. (1996). *Rett til behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen: utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kraft, J. (1840). *Topografisk-Statistisk Beskrivelse over Kongeriget Norge*. 2. rev. utg. Christiania.

Larsen, Ø. (2014). Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). *Michael*, 11, supplement 15.

- Lie, A.K. (2008). *Radesykens tilblivelse – historien om en sykdom*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo.
- Lund, E.C. (2012). *Virke og profesjon. Norsk sykepleieforbund gjennom 100 år (1912–2012)*. Oslo: Akribe.
- Malchau, S. (2003). Sankt Josephs hospitalerne i Danmark 1875–1990. Et katolsk hospitalsimperiums etablering, lægevirksomhed og samspil med det offentlige. *Bibliotek for læger* 195(3), 135–175.
- Malchau, S. (2005). Romersk-katolske sykeplejeordner i Danmark efter reformationen. *Kvinder, køn og forskning* 1–2, 88–105.
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860–1905*. Oslo: Aschehoug.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2003). Disiplin og rommelighet. I: K. Martinsen og T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok. Nye lesninger* (s. 51–85). Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. and Wyller, T. (2003). Elisabeth Hagemann og den tvetydige evangelikale feminismen. I: K. Martinsen og T. Wyller (red.), *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok. Nye lesninger* (s. 13–17). Oslo: Gyldendal.
- Meiwes, R. (2015). *Frauen in Bewegung. Das katholische Kongregationswesen im 19. Jahrhundert*. I: C. Stiegmann (red.), *Caritas. Nächstenliebe bis zur Gegenwart. Katalog zur Ausstellung im Erzbischöflichen Diözesanmuseum Paderborn* (s. 316–323). Paderborn: Michael Imhof Verlag.
- Moseng, O.G. and Lund, E.C. (2012). *Framvekst og profesjonalisering – Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år*. 2 bind. Oslo: Akribe.
- Mjaaland, M.T. (red.) (2015). § 2. *Ingen adgang til riket. Religionsfrihetens grenser og Grunnlovens § 2 1814–2014*. Oslo: St. Olav forlag.
- Mørland, T.J. (2009). Nevrologisk avdeling Sykehuset Telemark. *Axonet: Medlemsblad for Norsk Nevrologisk Avdeling* 18(3), 28–31.
- Neppes, M. (1980). *Opprinnelsen til St. Josephsøstrene*. Oversatt av sr. Clémence Bader Hansen. Oslo: St. Josephsøstrene.
- Nilsen, E-B. (2001). *Nonner i storm og stille: katolske ordenssøstre i Norge i det 19. og 20. århundre*. Oslo: Solum.
- Nilsen, E-B. (2013). Bokomtale. Gry Espedahl og Berit Hovland. Et livskall: Cathinka Guldborg. Norges første sykepleier og diakonisse (Verbum 2012). *St. Olav kirkeblad*, nr. 1, 30–31.
- Nilsen, E-B. (2015). Da nonnene toget ut av norsk sykehusvesen. *Overlegen*, nr. 1, 6–8.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Osterhus, V. Intervju 16.10.2015. Osterhus er St. Josephsøster, utdannet som anestesisykepleier og sykehusadministrator, forstanderinne St. Josephs hospital

- i Porsgrunn (1969–1976), provinsialpiorinne for Den norske ordensprovins 1976–1982, 1988–1994, 2009–2012.
- Otnes, B., Karlsen, S. & Seland, P. (1987). *Fra urologiens historie i Norge*. Oslo: Norsk Urologisk Forening.
- Pram, M. (1933). *Louise Isachsen. Mennesket og lægen*. Oslo: Olaf Norli.
- Reichborn-Kjennerud, I., Grøn, F. & Kobro, I. (1936). *Medisinens historie i Norge*. Oslo: Grøndahl og Søns forlag.
- Schiötz, A. (2011). De frivillige organisasjonene og helsebyggeriet i Norge. Hentet fra http://lvph.no/dokumenter/RFH-artikler/De_frivillige_organisasjonene_og_helsebyggeriet_i_Norge.pdf [20.12.2016]
- Seip, A. (1984). *Sosialhjelpsstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo: Gyldendal.
- Silvestre, L.M. (1985). *St. Josephsøstrene av Chambéry 1650–1985*. Oversatt fra fransk. Oslo: St. Josephsøstrene.
- St. Josephsøstrene. (1905). *Lærebok i sykepleie for St. Josephsøstrene i Danmark*.
- St. Josephsøstrene. (2009a). *Den norske historie 1865–1915*. (Opprinnelig utgitt i 1940 ved 75-årsjubileet, skrevet av sr. Therese Knudsen) Oslo: Snorre.
- St. Josephsøstrene. (2009b). *Den norske historie 1915–1940*. (Opprinnelig utgitt i 1940 ved 75-årsjubileet, skrevet av sr. Therese Knudsen) Oslo: Snorre.
- St. Josephsøstrene. (2009c). *Den norske historie 1940–2009*. Oslo: Snorre.
- Tschudi, S. (1955). *Hundre år i kamp mot nød: Oslo indremisjon 1855–1955*. Oslo: Land og kirke.
- Vibe, C.A. and Gundersen, A. (1899a, 2. november). Den Katolske Propaganda. 1. del. *Fredriksstad Tilskuer*.
- Vibe, C.A. and Gundersen, A. (1899b, 7. november). Slutning, 4. del. *Fredriksstad Tilskuer*.
- Waage, H.R. (1901). *Lærebog i Sygepleie*. Kristiania: Aschehoug.
- Werner, Y.M. (2002). *Kvinnlig motkultur och katolsk mission. Sankt Josefsystrarna i Danmark og Norge 1856–1936*. Doktoravhandling. Universitetet i Lund.
- Wyller, I. (1974). *Sykepleiens historie i Norge* (8. utg.). Oslo: Fabritius.
- Wyller, T. (1999). Stat og omsorg – autentisitet og kall. Noen momenter til en kritisk belysning av diakoni i det moderne samfunnet. I: S.A. Christoffersen (red.), *Moralsk og moderne? Trekk av den kristne moraltradisjon i Norge fra 1814 til i dag* (s. 170–208). Oslo: Ad Notam Gyldendal.