

Helsebygg i Noreg

Føreord frå departementet

Helse- og omsorgsdepartementet sette hausten 2005 i verk eit arbeid med "Landsverneplan for helsesektoren". Forsvarsbygg er engasjert til å gjennomføre prosjektet. Arbeidet er eit ledd i prosjektet Statens kulturhistoriske eigedommar, der det er fastsett at departementa skal utarbeide landsverneplanar for statlege eigedommar innanfor dei enkelte sektorane.

Formålet med landsverneplanen er å verne eit utval kulturminne og kulturmiljø som dokumenterer utviklinga til helsesektoren. Landsverneplanen skal gi sektoren fullgod oversikt over kulturvernomsyn knytt til eigen sektor; dei eigedommane det gjeld og korleis verneomsyna skal takast vare på i framtida.

Denne historiske gjennomgangen av utviklinga er utarbeidd som eit grunnlag for å vurdere den helserelaterte bygningsmassen. Det er òg teikna eit riss av korleis utviklinga av dei ulike institusjonane har kome til uttrykk i bygningstypar, arkitektur, og i dei fysiske omgjevnadene. Departementet har lagt vekt på at den historiske gjennomgangen ikkje avgrensast til den bygningsmassen staten er eigar av i dag, men at heile breidda i den historiske utviklinga innafør helsesektoren blir framlagt. Såleis er ei rekkje ulike institusjonar inkludert, frå somatiske sjukehus til omsorgs- og pleieinstitusjonar.

Sjukehus og andre helsebygg er ikkje berre viktige som fysiske rammer kring dei daglege helsetenestene. Dei er også materielle uttrykk for skiftande ideal og dei sosiale og vitskaplege føresetnadene for behandling og omsorg. Bygningane kan gi oss verdifull kunnskap om slike ting, men dei kan òg ha vesentleg estetisk og identitetsskapande verdi. Kjennskap til bygningane sett i ein større samanheng er ein føresetnad for å vurdere verneverdien deira.

Denne rapporten vil danne eit grunnlag for det vidare arbeidet med landsverneplanen, og for utveljinga av bygningar og kulturmiljø for vern. Vi vonar at han òg vil vekke interesse hjå dei tilsette i helseføretaka og andre med interesse for historia og dei fysiske omgjevnadene til helsesektoren.



Ekspedisjonssjef,
Eieravdelingen

Føreord frå forfattaren

Denne historiske oversikten over helsesektoren og helseinstitusjonane inngår i Landsverneplanen for helsesektoren, og er eit resultat av mitt engasjement i løpet av forprosjektperioden. Formålet er å gi eit historisk riss av dei viktigaste endringane og karakteristikkane ved omsorgs- og sjukdomstiltak, med særleg vekt på korleis institusjonar har oppstått og endra seg. Sjølv om mykje er skrive om helsevesenets historie generelt på den eine sida, og om enkelte sjukehus og anlegg på den andre sida, finst det ikkje nokon samla oversikt over dei norske helseinstitusjonane. Det har vore ei krevjande oppgåve å skaffa seg tilstrekkeleg overblikk over eit stort utval av institusjonar innanfor eit så langt tidsspenn.

Det har vore eit ønske at eit breiast mogleg spekter av institusjonar skulle dekkast. Det er likevel gjort eit val om at somatiske og psykiatriske sjukehus skal stå i sentrum for framstillinga. Dette er fordi desse institusjonstypene står i sentrum i dagens helseføretak og historia om desse er såleis sentral i landsverneplanarbeidet.

Fram til midten av 1700-talet var sjukehus eit ukjent ord, og det er tvilsamt om dei gamle hospitala i det heile kan kallast helseinstitusjonar i vår forstand av ordet. Det har likevel vore eit ønske at historia skal førast tilbake til mellomalderen, og eg har såleis gitt eit historisk overblikk over hospitala før eg drøftar dei i kontrast til dei nye somatiske sjukehusa som oppsto på andre halvdel av 1700-talet. Andre typar institusjonar er i hovudsak omtalt i eigne rammer. Innanfor rammene av ein oversiktartikkel kan ein sjølv sagt ikkje dekkja alle institusjonstypar og alle viktige anlegg, men artikkelen har tatt sikte på å omhandla eit representativt utval og trekka fram viktige døme.

Eg vil først og fremst takka prosjektgruppa og andre i Forsvarsbygg som har følgd arbeidet: Marte Oftedal, Erlend Hammer, Leif Maliks, Christian Borhaven og Janne Wilberg. Hammer og Maliks har også lagt ned eit stort arbeid med å få tak i illustrasjonar og hjelpt til med å skriva bildetekstar, og førstnemnde har utarbeidd layouten for produktet. Koordineringsgruppa for Landsverneplan for helsesektoren under leiing av Nils Arne Bjordal, har vore til stor hjelp under arbeidet. Astri Andresen og Tore Grønlie, som er prosjektleiarar for Helse- og medisinhistorieprosjektet ved Rokkansenteret i Bergen har følgd prosjektet og lese og kommentert tekstutkast gjennom heile perioden, og har slik vore til avgjerande hjelp. Svein Carstens ved NTNU har kome med nyttige kommentarar til teksten i innspurten.

Oslo 11. mai 2006.

Runar Jordåen

Innhald

FØREORD FRÅ DEPARTEMENTET	1
FØREORD FRÅ FORFATTAREN	2
KAPITTEL 1. INNLEIING	5
KAPITTEL 2. MELLOMALDEREN	7
SAMFUNNET OG HELSA – 7	
Demografi, 7	
Staten og kyrkja, 7	
Sjukdom og død, 8	
INSTITUSJONANE – 9	
KAPITTEL 3. TIDLEG NYTID	12
SAMFUNNET OG HELSA – 12	
Demografi og sjukdommar, 12	
Reformasjonen, staten og befolkninga, 13	
Staten og sjukdommen, 13	
INSTITUSJONANE – 14	
Hospital og stiftelsar , 15	
Hospitalarkitektur, 16	
Dårekiste og dollhus, 17	
Sjukehus , 17	
KAPITTEL 4. 1814-1900	21
SAMFUNNET OG HELSA – 21	
Demografi, sosiale skilje , 21	
Teknologi og kunnskap, 22	
Velferd, 22	
Helsepolitikken, 23	
INSTITUSJONANE – 25	
1814 og Rikshospitalet, 25	
Dei somatiske sjukehusa: "lokalisme", 26	
Sjukehusarkitekturen: paviljongar og korridorar, 28	
Psykiatrien: Frå dollhus til asyl, 30	
Lepra: staten tar ansvar, 32	
KAPITTEL 5. 1900-2006	35
SAMFUNNET OG HELSA – 35	
Demografi, 35	
Velferd: systemet og aktørane , 36	
Sjukdommar, kunnskap, teknologi, 36	
Helsevesenet, 36	
INSTITUSJONANE – 38	
Psykiatriske institusjonar, 38	
Tuberkuloseinstitusjonane , 41	
Somatiske sjukehus, 44	
NOTER	51
LITTERATUR	53



*Gammelt og nytt – Ullevål sykehus i dag. I bakgrunnen ruvar Laboratoriebygget frå 1978.
Arkitekt: Østbye Kleven Almaas.
Bilde: Leif Maliks.*

Kapittel 1. Innleiing

Historia om helsetiltaka gjennom tidene og bygga som har blitt reist for å tena desse formåla er ei kompleks historie. Helsebygga fortel oss ikkje berre ei historie om dei medisinske framstega og om korleis samfunnet har måtta hanskast med sjukdom og dei sjuke og pleietrengande, dei er også tause vitne om samfunnsideologiar, menneskesyn, demografi, sjukdomsbilde og statsforståingar. Desse aspekta peiker ut over det ein i dag kallar helsesektoren, både fordi konsentreringa av helse- og pleiefunksjonar til det offentlege er eit relativt nytt fenomen i Noreg, og fordi bygga avslører så mykje om samfunnsforhold som ligg utanfor dei reine helseformåla.

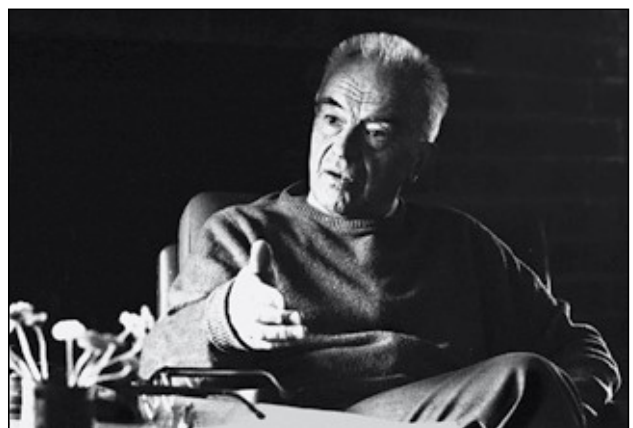
Skilnaden mellom hospitalet i mellomalderen og vår tids sjukehus fortel oss til dømes om endringar i medisinsk kunnskap og tankar om sjukepleie og behandling, men dei fortel også om totalt forskjellige menneskesyn og forståingar av verda. Når sola ikkje lenger går rundt jorda, når Gud ikkje lenger grip inn i kvardagen og i styret av staten, når menneska ikkje lenger er innordna i sine faste standsmessige band, då er også sjukdommen blitt til noko anna – og innretningane, hospitalet og pleieinstitusjonane ser radikalt annleis ut.

Historia om helsebygga er historia om korleis nye verdsbilde og medisinske forståingar skaper ny arkitektur, nye romløyser og dermed nye menneskelege erfaringar av det å vera sjuk. Omvendt er det også historia om korleis desse fysiske omgjevnadene skaper nye menneskelege opplevingar og stimulerer ny kunnskapsdanning. Helsebygga er reist for å bygga helse, for å hanskast med sjukdommen, men dei bygger også sjølv ny helseforståing og ny kunnskap. Denne historikken er eit forsøk på å fanga nokre aspekt ved denne vekselverknaden som har kome til uttrykk i hospital, sjukehus, pleieheimar, sanatorium, asyl og andre helseinstitusjonar, og i dei administrative apparata som institusjonane har vore ein del av (kyrkja, staten, "medisinalvesenet", helsevesenet etc.).

Historia om helsevesenet er i vår tid framleis prega av den massive utbyggingsfasen i etterkrigstida, og den optimismen som var knytt til bygginga av ein velferdsstat. I Kjartan Fløgstad's roman *Dalen Portland* uttrykker Durdei Høysand, som har vakse opp i fattigdom på eit skrint småbruk på Vestlandet, dette på treffande vis i si

formaning til sonen som veks opp på 1950- og 60-talet:

*Og om nokre dagar skal eg leggja meg inn på sjukehus for å operera vekk det eine brystet. Da skal eg reisa inn til Bergen og leggja meg i ei kvit og nyoppreidd seng på eit lyst og triveleg rom på Haukelands Sjukehus med laboratorier med alt det nyaste utstyret på alle kantar og kroppsingeniørar i kvite frakkar skal stå rundt senga med røntgen og EKG [sic] og intravenøst og nikka på dei kloke hovuda sine og sjå ned på kroppen min som om det var ein Stang eller Mohr eller Vogt eller Christie eller Heuch eller Sibbern eller Selmer eller Hagerup og ikkje Durdei Høysand dei skulle stilla diagnosen på. Og eg skal få den beste behandling og det beste stell og fint tillagd mat og bli bukka ut gjennom dørene når eg er frisk og er kommen skikkeleg til krefter igjen, utan å betala eitt øre, for eg har betalt skatt og trygder heile mitt liv. Og ingen barfotlegar skal få nærma seg meg med førstehjelpsveskene sine medan rikfolka i byane blir opererte av dokterar med dyre italienske skinnsko på spesialsjukehus. Derfor må me ha helsesenter og store sentrale sjukehus. Forstår du det?*¹



Karl Evang (1902-1981) var helsedirektør frå 1938 til 1972. Med bakgrunn i eit sosialistisk samfunnssyn utforma han eit program for å endra helsevesenet etter krigen. Målet var at helsetenestene skulle vera tilgjengelege for alle på like vilkår. Slik står han som representant for etterkrigstidas oppbygging av velferdsstaten og oppbygginga av helsevesenet slik me kjenner det i dag. Bilde: Riksarkivet.

Perioden frå 1945 til 1972 har blitt kalla *Systemet Evang* etter helsedirektør Karl Evang, som sat i stillinga frå 1938 til 1972; ein periode då det moderne helsevesenet blei forma, og ei storstilt utbygging av offentlege tiltak for folkehelsa fann stad.² Durdeis tale uttrykker denne periodens etos når det kjem til framtidsoptimisme, og trua på at utbygginga av helsevesenet og helseinstitusjonane kunne løysa tidas problem, men samtidig held ho fram med resignert mine overfor "dei som blir unge i søttiåra" som kjem til å stilla spørsmål ved denne forteljinga om velferdsstatens urokkelege sanningar.

Karl Evang og hans generasjon helsepolitikarar og byråkratar starta med ei usvikeleg tru på at utbygginga av eit helsevesen ville føra oss inn i eit sunnare, friskare og betre samfunn. I 1937 sa Evang: "*Ennu har ingen sett hvad en jevnt velernært befolkning under moderne forhold kan yde. En slik befolkning har ennå aldri eksisteret.*"³ Etterkrigsprogrammet for folkehelsa og institusjonsbygginga hadde ein visjon om å skapa ein slik befolkning, ein visjon som var nært knytt til det sosialdemokratiske prosjektet, men som også hadde stor grad av tverrpolitisk oppslutning. Denne tankegangen kom også til å prega forståinga av historia; det blei ei forteljing om korleis dei moderne vitskaplege triumfane para med den moderne velferdsstaten skyvde til side det gamle samfunnets tradisjonelle medisin – ein fekk lett ei kjensle av å stå på toppen av ei utvikling, av å inneha sanninga om mennesket i sterk kontrast til fortidas overtru og barbariske praksisar.

Samtidig som denne forteljinga lever vidare, har den fått skot for baugen. På slutten av 1970-talet opplevde etterkrigstidas økonomiske modell ei krise, den klassiske velferdsstatsmodellen fekk ein del uventa problem som medførte at trua på løysingar i regi av det offentlege blei mindre udiskutabel. Dette fall saman med kritikkar av institusjonaliseringa og spørsmålsstillingar ved etablert medisinsk ideologi og praksis, samtidig som sjukehus-

utbygginga heldt fram. Frå 1970-talet har ein såleis levd i ein paradoksal situasjon mellom ei stadig utbygging og ekspandering av helsetiltaka og institusjonane, og ein aukande tvil til om desse har ført ein dit ein hadde tenkt. Livsstilssjukdommane har breidd om seg, og Evangs visjon om det velernærte, sunne folket framstår i våre auge som naivt. I dag lever me såleis i spennet mellom å fasthalda den ukuelege framtidstrua knytt til det sunne samfunnet, og ein aukande skepsis og tvil knyta til det fortreftelege ved vårt eige system.

Ein historikk over helsesektoren skrive først på 2000-talet vil stå midt i dette spennet; ein kan på den eine sida vanskeleg heilt frigjera seg frå tanken om nåtidas suverene posisjon når det gjeld kunnskapen om menneskekroppen og behandlingstilboda, men tvilen som har avløyst den første etterkrigstidas framstegsoptimisme gjer oss kanskje også i stand til å halda kritisk distanse til vår eiga tid. Dermed er me kanskje også betre i stand til å sjå det relative i vår tids helseregime i forhold til dei fortidige.

Etterpåklokskap er eit lokkande perspektiv og er vanskeleg å frigjera seg frå. For kva var vel hospitalet i mellomalderen – utan legar, og med behandling gjennom bøn og urter – mot vår tids høgteknologiske sjukehus – med det ypparste innan både profesjonell kompetanse og medisinsk teknologi? Men historie handlar om å forstå fortida. For å gripa dei tidlege hospitalet må ein søka å gripa deira eiga fornuft, ein må fanga opp korleis bygga spegla samtidas rasjonalitet, på same måte som *vår* tids bygg speglar vår tid, våre dominerande ideologiar, kunnskap og menneskesyn. Slik blir historia inga forteljing om framsteg (eller tilbakesteg for den saks skuld), men ei historie om *ulike* måtar å møte sjukdom på, og derav ulike måtar å bygga institusjonar på.

Historia startar her i mellomalderen – med dei første kristne hospitalet. ■



Det nye anlegget for Rikshospitalet på Gaustad i Oslo. Bygningane blei tatt i bruk i mai 2000. Arkitektane har i følge Rikshospitalets presentasjon lagt vekt på luft og lys og at sjukehuset skal vera eit "humanistisk sykehus der form, farger og materialer skal ta vare på menneskene og skapa en følelse av trygghet." Anlegget tar i mot 30 000 heildøgns pasientar og 20 000 dagpasientar kvart år. Arkitektar er Medplan arkitekter AS. Bilde: Pål S Vindfallet. Rikshospitalet.

Kapittel 2. Mellomalderen

Det moderne *sjukehuset* sin fødsel blir av ulike historikarar tidfesta til frå ein gong mellom midten av 1700-talet og midten av 1900-talet. Denne diskusjonen skal me komma nærmare inn på seinare i framstillinga; her skal me søka å gripa kva som kjenneteikna pleie og omsorg for sjuke i mellomalderen, og dei byggverka og institusjonane som tok seg av desse trengande. Når det blir meningslaust å kalla mellomalderens hospital for sjukehus, må me søka å finna ut kva dei då var for noko. Dette krev at me kjenner litt av den historiske konteksten: levekåra, verdsbildet og sjukdomsforståingane i norsk mellomalder.

Samfunnet og helse

Perioden som me kallar mellomalder i norsk historie går frå kring år 1000 og fram til reformasjonen i 1536 (høgmellomalderen blir rekna som perioden frå 1130 til 1350). Dette var ein epoke med store forandringar. Ein fekk ei tidleg og enkel statsdanning, det gamle verdsbildet basert på den norrøne trua blei langsamt avløyst av eit kristent, og dermed fekk ein også utbygginga av eit kyrkjeleg apparat. Forståinga av kroppslege lidningar og livets gang gjennomgjekk naturlegvis endringar som følgje av denne prosessen, og inntoget til kristendommen førde også til reisinga av dei første hospita i landet.

DEMOGRAFI

Demografi er læra om endringar i folketal og befolknings-samansetning. Demografien i den europeiske mellomalderen er prega av to store pestepidemiar: den første på 500- og 600-talet, den andre i åra 1347-51.⁴ Mellom desse var det jamn vekst i folketalet. Overslag over folketalet i mellomalderen er på grunn av manglande data omtrentlege, men ein kan rimeleg sikkert gå ut frå at folketalet steig jamt frå vikingtida, og at det toppa seg kring år 1300 då det låg på mellom 300 000 og 550 000. Dei første norske byane kom på 1000-talet, og i dei følgjande hundreåra voks desse medan nye kom til, slik at til saman 16 byar er omtalt i Noreg i mellomalderen. Både folketalet og byutviklinga er markant mindre enn i dei danske og svenske mellomalderriika. Unntaket er Bergen som på det største hadde ein stad mellom 5000 og 7000 innbyggjarar, det vil seia ein mellomstor by i europeisk samanheng, og truleg den største i Norden på eit tidspunkt.

Gjennomsnittleg levealder i Norden i mellomalderen er av arkeologar rekna for å ligga på under 30 år grunna høg barnedød, men også høg dødsrisiko blant vaksne. Samfunnet var i hovudsak eit bonde- og trellsamfunn.

STATEN OG KYRKJA

Det norske riket var altså tynt folkesett og med liten grad av urbanisering. Likevel voks det fram ei statsdanning i høgmellomalderen. Den såkalla rikssamlinga hadde to fasar: den første medførde danninga av ei kongemakt på 800-talet under Harald Hårfagre, og den andre fasen førde til konsolidering av makta for Sverre-ætta på 1200-talet. Kongedømmet var i den første fasen ikkje noko eigentleg statsmakt med særleg innverknad på dei underlagte områda, og kongemakta sleit med å få kontroll over lokale høvdingar. Først på 1100-talet byrja det som har blitt kalla ei *indre* og *organisatorisk* rikssamling. Kongemakta fekk då fastare former, reglar for tronfølgje blei knesett og den organisatoriske samanbindinga av riket blei sterkare gjennom eit landsomfattande lovverk. Til saman betyr dette at ein stat for første gong var i ferd med å bli etablert i Noreg.

Frå Olav Kyrres tid (1066-93) blei *kyrkjas* organisasjon utvikla, bispeseta i Nidaros, Bergen og Oslo blei oppretta – og fram mot høgmellomalderen utvikla det seg eit landsdekkande kyrkjeleg apparat. I 1152 eller 1153 blei det oppretta ein eigen erkebispesetol i Nidaros, noko som førde til at kyrkja blei tettare knytt til Vatikanet samtidig som ho internt blei strammare organisert. Både kongemakta og kyrkja bygde altså nå ut si makt og sitt organisatoriske apparat. Det er også først i høgmellomalderen ein kjenner til hospital i Noreg, noko som heng nøye saman med etableringa av ein kyrkjeleg organisasjon.

Mellomalderens verdsbilde i Noreg er prega av både den norrøne og den kristne tradisjonen. Begge desse tradisjonane sto langt frå vår tids oppfatning av verda og menneska, som er eit produkt av opplysningstida. I den norrøne tradisjonen var sentrale mytar om verdas opphav direkte knytte opp mot forståinga av samfunnet som inndelt i trell, bonde og jarl. Kristendommens medførde ei gradvis innføring av andre syn på menneske og samfunn, men desse skil seg også frå seinare humanistiske oppfat-

ningar: Mennesket blei forstått i lys av det guddommelege, og religionen styrte i ein heilt annan grad kvardagslivet enn i dag.⁵



Dette mellomalderstikket viser behandling av sjuke i eit såkalla kannikkhospital, det vil seia eit hospital tilknytt ei domkyrkje. Merk korleis sjukebehandling er integrert med dei religiøse funksjonane i eit rom. Flytande overgangar mellom kapell og sjukesal var vanleg i hospitala i mellomalderen og dels også i fleire hundreår seinare. Bilde: Hôtel Dieu, Paris.

SJUKDOM OG DØD

Forståingar av sjukdom var også forskjellige i norrøn tradisjon og i kristen tradisjon. Innan kristendommen blei sjukdom oppfatta som straff for synd, men kunne også bli sett på som ei utprøving Gud utsette særskilt utvalde menneske for (jf. den bibelske forteljinga om Job). Synet på sjukdommen som straff hang saman med oppfatningar om sjela som overordna kroppen. Sjeleleg frelse og kroppsleg læking var såleis tett samanknytt. Slik var kyrkjeleg omsorg for sjuke del av ein kontinuerleg kamp mot synda og det vonde, og det å bli frisk frå sjukdom blei likna med frelse. At relikviar frå helgenar og heilage stader kunne gjera menneske friske, var ei utbreidd oppfatning, og blei i Noreg mellom anna manifestert gjennom trua på Olav den heilage og i forteljingane om folk som var blitt friske på mirakuløst vis.⁶

Ein "vitskapleg" tradisjon som såg sjukdom uavhengig av det religiøse verdsbildet fanst neppe i mellomalderen. Skiljet mellom det sekulære og det religiøse høyrer heime nærmare vår tid, og dermed er også den strenge avgrensinga mellom kva som høyrer heime hos vitskapen (t.d. medisinen) og det religiøse (kyrkja) eit nyare fenomen. Det moderne helseomgrepet er også bygd på eit slikt skilje; helse er eit sekulært omgrep – det handlar om noko kroppsleg som er skilt strengt frå det religiøse. Når ein skal gripa sjukdomsomgrep, og dermed også "helseinstitusjonar" i mellomalderen, er det nyttig å ha dette klart for seg.

Likevel voks det i europeisk mellomalder fram eit byrjande skilje mellom det religiøse og det vitskaplege: Dette var rettnok tradisjonar som var nøye innvovne i ein annan, men framveksten av universiteta og eigne medicin-

Lepra

Lepra eller spedalskheit er forårsaka av leprabasillen (*Mycobacterium leprae*), som blei oppdaga av den norske legen Gerhard Armauer Hansen (derav namnet Hansen's disease på engelsk). Sjukdommen har vore eit kjent fenomen og har ført til stigmatisering langt til bake i historia. I Europa i mellomalderen var det somme tider slik at spedalske måtte kle seg på ein særskilt måte og dei kunne til dømes ikkje gifta seg. Hospital for spedalske blei plassert utanfor byane. Laterankonsilet i 1179 påla at spedalske skulle gravleggast på eigne gravplassar. Det generelle synet på sjukdom i mellomalderen var at det var både ein straff og ei gåve. Lepra blei i tråd med dette ofte sett på som ein skjærseld på jorda – noko som sjølv sagt refererte til liding og smerte, men også innebar at ein var førebudd på døden (ein gjorde seg slik ferdig med reinsinga som skjedde i skjærselden).

St. Jørgen, helgenen som redda ei prinsesse frå ein drake, var skytshelgen for spedalske. Kampen mot draken blei av kyrkja oppfatta symbolsk, som kampen mot det vonde, i denne samanhengen mot lepra. Frå midten av 1300-talet finst det hospital oppkalla etter St. Jørgen i heile Norden. Der er sjukdommen kjent i alle fall tilbake til 1000-talet. Gulatingslova inneheld m. a. muligheit for skilsmål om den eine ektefellen blei spedalsk, og menn som var ramma av sjukdommen slapp unna leidang (militærtjeneste). Mosebøkene skildringar av lepra som urein sjukdom blei tatt til følgje, og isolasjonen av spedalske må slik forståast uavhengig av moderne smitteomgrep.

Kjelder: Porter 1997: 121-122, Blom, Ertresvaag og Irgens 1991: 2-3, Vollset 2005: 17-24, 85-87.



Illustrasjonane frå Johan Ludvig Lossings (1810-1876) Atlas colorié de Spedalskhed (utgitt 1847) er som ein del av Lepraarkiva i Bergen i UNESCO si liste "Verdas minne". Bilde: Lepramuseet, St. Jørgens hospital.

studium i Europa viser at det voks fram ein måte å gripa sjukdom på som var skild frå annan sjelesorg.

Ein lærd medisinsk tradisjon i den europeiske mellomalderen blei introdusert av den såkalla Salernoskulen i Italia, som på 1000-talet introduserte antikkens medisin (med førebilde som Hippokrates og Galen) para med arabisk medisin (greske tekstar som hadde vore omsett til arabisk blei nå omsett til latin). Etableringa av universitet i høgmellomalderen utvikla denne medisinske tradisjonen. Etterkvart kom det til ei differensiering mellom medisinen og teologien, t.d. forbaud Laterankonsilet i 1215 høgare geistlege å utføra kirurgi. Dette for å skilja profesjonar frå ein annan, ikkje for å motarbeida medisinen.⁷

Den "vitskaplege" medisinen i mellomalderen hadde *humoralpatologien* som utgangspunkt, ein tradisjon som går heilt tilbake til Hippokrates si tid, ca. 400 f. Kr. Den bygde på at det fanst fire kroppsvæsker (blod, slim (phlegma), gul galle (cholera) og svart galle (melancholia) som svarte til dei fire elementa (luft, vatn, eld og jord), og at balansen mellom desse væskene var avgjerande for god helse. Desse væskene gav igjen opphav til dei fire temperamenta: sangvinsk, flegmatisk, kolerisk og melankolsk, som såleis kunne sporast tilbake til overvekt av den eine væska. Humoralpatologiens prinsipp var seigliva og sto rimeleg urokka til ut på 1800-talet.⁸

Me veit svært lite om universitetsutdanna legar i Noreg i mellomalderen, og det fanst ingen universitet. Då den vitskaplege tradisjonen ikkje avfødde nokre skoleringsinstitusjonar, fekk han ingen djupe røter.

Det fanst også "verdslege" helsetiltak i mellomalderen. Sjuke, gamle og fattige blei også tatt vare på i det gamle samfunnet, oftast av slekta. I Bergen skulle dei sjuke og fattige flyttast rundt i bygardane etter ei bestemt rute. Almisser var kristenplikt – og ein fjerdedel av tienda gjekk i byane til fattige.⁹ Plassering av folk som av ein eller annan grunn trong pleie i hospitalet var unntaket, dei aller fleste blei tatt vare på av familie og i nærmiljøet. Elles finn me ingen eksempel på at det offentlege brukte det me i dag vil kalla medisinske tiltak for å motkjempa sjukdom. Når svartedauden ramma landet i 1348-50, var kong Magnus Erikssons svar å forordna messer, prosesjonar, faste og ofringar for at Gud skulle sjå i nåde til riket.¹⁰ Dette understrekar nok ein gong at "helse" i mellomalderen ikkje eksisterte som eige fenomen.

Me skal sjå at også hospitalet var forma i tråd med dette mellomalderske sjukdomsomgrepet.

Institusjonane

I den førkristne antikken blei det bygd ut hospital, til dømes dei romerske *valetudinaria* for sjuke og såra soldatar. Men historia til hospitalet i mellomalderen har først og fremst opphavet sitt i klostertradisjonen. Ordet hospital kjem frå det latinske *hospes* som tyder gjest eller framand, og ved dei tidlege kloster i Midtausten blei det

bygd gjestehus og etterkvart også meir spesifikke hus for sjuke. Opplysinga av Romarriket førde til at hospitaltradisjonen forfall, og i Europa er det berre i klostera ein kan sjå ein kontinuitet der hus for sjukepleie og omsorg for sjuke blei ført vidare. I høgmellomalderen blir denne tradisjonen gradvis broten, idet det blir gjort forsøk på å skilja mellom omsorg for sjeler og omsorg for det kroppslege, samtidig som det veks fram ein medisinsk tradisjon ved klosterschulane som er lausriven frå det reint teologiske. Slik blir grunnlaget lagt for ein medisin som ikkje er direkte knytt til munkevesen eller presteskap. Like fullt heldt kloster og andre kyrkjelege sentra fram med å vera sentrale i reisinga av hospital og i omsorga for fattige og sjuke i heile mellomalderen; den "sekulære" medisinen førde i denne omgangen ikkje til noko omfattande utbygging. På 1200-tala utvikla så universiteta seg i Europa og desse blei nå sentrum for medisinundervisninga. Samtidig sette kyrkja den andelega lækinga høgare enn den kroppslege: forbønn og sjukebesøk frå prestar blei sett på som viktigare enn frå legar; sjela var viktigare enn kroppen.¹¹ Dei aller fleste mellomalderhospitalet var såleis dominert av det andelega aspektet; dei var nær knytt til kloster og kyrkjer, dei var ofte utforma som kyrkjebygg, og det var svært sjeldan legar ved institusjonane.

Noreg låg i utkanten av Europa, folketalet var lågt og byane var små og få. Medisinen som i Europa voks fram som ein eigen disiplin i høgmellomalderen, nådde i liten grad fram til landet, og alle hospitalet ein kjenner til frå denne perioden var eitt med, eller tett knytt til religiøse institusjonar eller stiftelsar.

Den tidlegaste norske innretninga for sjuke er sjukestova ved Augustinarklosteret på Halsnøy i Sunnhordland, som truleg stammar frå då klosteret blei bygd i 1164.¹² Den første innretninga som med større rett kan kallast eit hospital var knytt til domkyrkja i Trondheim og stammar truleg også frå andre halvdel av 1100-talet. Fleire hospital blei oppretta i tilknytning til kyrkjer og kloster i løpet av dei kommande hundreåra, og historikaren Rolf Grankvist reknar med til saman 14 ulike institusjonar i løpet av mellomalderen (sjå kart s. 11). Den arkitektoniske utforminga av desse hospitalet veit me ikkje så mykje om, men det har truleg variert frå enkeltrom i klosteranlegg (som romma for sjuke og reisande gjester ved Hovedøya kloster) til eigne bygningar reiste for å fylla hospitalsfunksjonar.

Mellomalderhospitalet har ofte blitt inndelt i tre typar, fattighospital, vanlege "sjukehus" og spedalskhospital, men ei slik skarp inndeling stemmer neppe med terrenget i Noreg i mellomalderen. Spedalske var til dømes innlagt i dei ordinære hospitalet, truleg i eigne rom eller avdelingar. I 1179 blei det påbode å isolera spedalske frå friske menneske gjennom pavemaktas såkalla "canon de leprosis". I Noreg skjedde ikkje ei slik isolering før kring midten av 1200-talet. Leprapasientar utgjorde heile tida ein vesentleg del av pasientane – og det norrøne ordet for hospital – spital eller spetal – har gitt namn til sjukdommen på norsk. Dei norske hospitalet var i all hovudsak

for fattige menneske, meir velståande sjuke fekk pleie heime eller i geistlege institusjonar.

Dei tidlege mellomalderhospitala i Europa var ofte små og rekna for pilegrimar. Større hospital blei først vanleg på 1100- og 1200-talet. Sta Maria Nuova i Firenze var i 1288 eit hospital for "sjuke og fattige" med berre tolv senger, men var i år 1500 blitt eit stort anlegg med 10 legar, ein farmasøyt og mange assistentar og kirurgar.¹³ Utvikling av slike store hospital kom ikkje i Noreg.

For å få eit betre innblikk i mellomalderhospitala skal me her sjå nærmare på hospitala som eksisterte i Trondheim. *Passio Olavi*, ei samling av forteljingar om læking ved mirakel forfatta av erkebiskop Øystein på andre halvdel av 1100-talet,¹⁴ nemner "hospitalet ved kyrkja", noko som viser at det eksisterte eit hospital i Trondheim på denne tida. 100 år seinare nemner kjeldene "Mariaspitalen", truleg det same hospitalet som *Passio Olavi* refererte til. Rolf Grankvist meiner dette Mariahospitalet må ha vore eit såkalla *kannikkhospital av eldre orden*. Kannikane var dei prestane som saman med biskopen utgjorde domkapittelet ved bispekyrkjene og dei blei kalla korbrør fordi dei var plassert i katedralens kor. I følgje kyrkjeleg reglement skulle desse yta 1/10 av inntektene sine til eit hospital – altså eit *kannikkhospital*. Ein kjenner til fleire slike på kontinentet, og dei hadde som særtrekk at dei ofte låg tett innpå katedralane og at dei var bygde som kyrkjer med kor og med skip, der sistnemnde samtidig utgjorde hospitalsalen. I slike hospital blei dei sjuke plassert i kyrkjeskipet, i senger som gjorde at dei kunne sjå opp mot koret og altaret. Grankvist meiner også at mykje tyder på at Kapittelhuset ved Nidarosdomen kan ha husa Mariahospitalet, idet det finst likskap med samtidige bygg i Frankrike og England, utan at det finst

kjeldegrunnlag for å slå dette fast. Det som er sikkert er at det låg eit hospital ved domkyrkja i Trondheim som var grunnlagt på andre halvdel av 1100-talet, og at det sannsynlegvis var eit *kannikkhospital* av den eldre orden.

Denne typen hospital forsvann mot slutten av høgmedlomalderen og i seinmellomalderen. Dette skjedde anten ved at dei blei omdanna til "milde stiftelsar" (stiftelsar oppretta av rike borgarar, særleg rekna for eldre borgarar eller enker) eller ved at dei blei flytta ut av kyrkjeområdet og fekk ei lausare tilknytning til bispedømmet. Vanlegvis var det likevel ei viss tilknytning, og kannikane fekk mange stader rett til å utnemna forstandarar og prestar. Erkebiskopen omorganiserte i 1270 kannikhospitalet til ein geistleg stiftelse utan årleg tilskot frå bispekyrkja – slik blei det kva ein kallar eit *kannikkhospital av yngre orden*.

I 1277 sto det ferdig eit anna hospital på Vollene (Ilevollen) i Trondheim, eit *fattighospital*. Samtidig blei Mariahospitalet ved domkyrkja ståande – truleg var det slik at desse to hospitala blei slått saman til ein stiftelse i 1277, og at det gamle hospitalet fungerte som pilegrimshospital. Kjeldene tyder på at det gamle hospitalet var forsvunne kring 1310, medan hospitalet på Vollene blei ståande, dette blei utover på 1300-talet også kalla for Mariahospitalet.

Hospitala var, som følgje av spreidd busetnad og små byar, små og ikkje særleg betydningsfulle i norsk mellomalder. Mellomalderhospitalet var heller ingen helseinstitusjon i moderne forstand, det var både eit gudshus, eit fattighus, eit "sjukehus" og ein kvilestad. Vårt helseomgrep føreset ein annan måte å sondra mellom det kroppslege og det sjelelege på, og mellomalderens kristne verdsbilde blei reflektert i utforminga av hospitala som kyrkjelege stader. ■



Det eldste hospitalet i Trondheim, Mariahospitalet, var truleg tilknytt domkyrkja og drive av prestane der (kannikkane). Hospitalet kan ha vore lokalisert i bygningen ved Nidarosdomen som i dag går under namnet Kapittelhuset.
Bilde: Wkimedia/Wikipedia (Nidarosdomen).

Svartedauden

Pestbølgja som går under namnet "svartedauden" kom truleg frå Kina via Sentral-Asia til Svartehavet kor den braut ut blant italienske kjøpmenn som kriga mot tartarar på Krim-halvøya. Desse tok med seg pesten til Italia. I løpet av nokre år medførde denne pestbølgja at ein fjerdedel av befolkninga i Europa strauk med, og den demografiske krisa som følgde gjorde at folketalet i mange område først kom opp på nivået frå tidleg 1300-tal fleire hundreår etter. Pesten var truleg forårsaka av overføring av basillar frå rotter til menneske via lopper. Etter mange dagars inkubasjonstid opplevde offera brystsmertor, oppkast av blod, hosting, pusteproblem og høg feber, og indre blødingar forårsaka svarte flekkar på huda (derav namnet).

Ein reknar med at folketalet i Noreg blei nært innpå halvert som følgje av svartedauden. Det førte til at gardar blei lagt aude, og først på andre halvdel av 1400-talet kom så smått ny utviding av jordbruksbusetjinga.

Kjelder: Porter 1997: 122-126.

Hospital i Noreg i mellomalderen



Namn	Bispedømme, stad
Mariahospitalet ved domkyrkja Nidaros, Hospitalet på Vollene (Ilevollen)	Nidaros
Alle Helgens Hospital Katarinahospitalet	Bjørgvin
St. Jørgens hospital	Bjørgvin
Fana hospital	Bjørgvin
Halsnøy klosterhospital	Bjørgvin (Halsnøy i Sunnhordland)
St. Laurentii hospital	Oslo
Hirdhospitalet	Oslo
Hovin hospital/ Mariahospitalet/ St. Jørgens hospital	Oslo
St. Stefans hospital	Tunsberg
St. Laurentii Hospital	Tunsberg
Verne klosterhospital	Oslo (Rygge)
St. Antonius klosterhospital	Hamar
Heilagkross- eller St. Jørgens hospital	Hamar
St. Peters hospital	Stavanger

Kjelde: Grankvist 1982 : 12-13.

Dei fleste av hospitala blei drivne av bispestolar eller av kloster. Kongemakta var medansvarleg for nokre. Hospital som i løpet av mellomalderen blei slått saman, er talt som eitt.

Hovudtrekk mellomalderen

FOLKETALSUTVIKLING

Overslaga over folketalet er usikre, men ein går ut frå at det låg ein stad mellom 300 000 og 550 000 då det var på topp kring år 1300. Som følge av svartedauden reknar ein med at folketalet blei omtrent halvert. Framveksten av byar starta på 1000-talet, og utviklinga tok til i tida etter dette. Det var snakk om småbyar, Bergen var einaste unntaket med 5000-7000 innbyggjarar.

SJUKDOMMAR OG HELSETILTAK

På grunn av manglande demografiske data er det vanskeleg å sjå nokon samanheng mellom sjukdomsutbrot og etablering av hospital i mellomalderen. Ved utbrotet av svartedauden i 1349 (sjå eiga ramme), var responsen frå kongemakta å oppfordra til å halda religiøse ritual som prosesjonar og messer, noko som viser kor innvove førestillingar om fysisk sjukdom var i det religiøst-sjelelege i mellomalderen.

Framveksten av hospital fell saman med og har truleg samanheng med oppbygginga av ein fastare kyrkjeleg struktur frå andre halvdel av 1100-talet og hundreåra etter.

INSTITUSJONAR

Hospitala i mellomalderen var som regel integrerte i religiøse anlegg, og ofte fungerte eit og same bygg eller rom som både hospital og gudstenesterom. Historikaren Rolf Grankvist har funne dokumentasjon for 14 hospital i Noreg i mellomalderen (sjå tabell og kart). Dei hospitala me kjenner til fordelte seg såleis geografisk til Oslofjord-området, Mjøsa-området, Stavanger, Bergen, Sunnhordland og Trondheim.

FINANSIERING OG EIGARSKAP

Reist av kyrkjer og kloster. Inntektene kom frå almisser, skattar og avgifter.

Kapittel 3. Tidleg nytid

Reformasjonen er enkelthendinga som skil mellomalder frå det me kallar tidleg nytid (1536-1814) i Nord-Europa. I denne perioden voks det fram nye måtar å sjå verda på, staten endra karakter, sjukdomsbilda endra seg og det offentlege byrja så smått å omdefinera rolla si til også å gjelda tiltak retta mot folks helse.

Samfunnet og helse

For å danna oss eit bilde av levekår og sjukdomsbilde i perioden kan me sjå på både demografiske data og førestillingar om sjukdom, liv og død.

DEMOGRAFI OG Sjukdommar

Frå eit folketal som i Noreg kan ha vore på kring ein halv million i mellomalderen, var talet i 1520 nede i kring 150 000.¹⁵ Det kraup i løpet av 15- og 1600-talet oppover, til kring 440 000 midt på 1600-talet, for å doblast til 880 000 i 1801. I heile perioden var landet eit jordbruksland med få og forholdsvis små byar – ein reknar med at kring 75 % framleis hadde jordbruk som si viktigaste inntekt kring år 1800.

Sjølv om pestutbrotet i 1349 står i ei særstilling, og er hovudårsak til at folketalet blei lågt i lang tid, var nye pestutbrot *framleis* den største trusselen mot liv og helse heilt fram til eit stykke ut på 1600-talet. Den aller siste bølga av pest i Noreg ramma Christiania og området rundt i 1654.¹⁶

Frå 1700-talet har ein meir eksakte demografiske data og veit derfor meir om samansetjinga av befolkninga. Frå byrjinga av 1700-talet til ca. 1850 låg fødselsraten på eit jamt høgt nivå, slik at kvar familie i snitt hadde 4-5 born. Fram til 1815 låg også dødsraten fast på eit høgt nivå, med vesentleg unntak av enkelte kriseår då han var markert høgare. Dei store sjukdommane på 1700-talet var *dysenteri*, *tyfoidfeber*, *tyfus* og *koppar*, og det var desse som i kombinasjon med hungersnaud skapte kriseåra, samtidig som dei gjorde sitt til at dødelegheita var høg også i gjenomsnittsåra. I heile perioden var særleg dødsraten for spedbarn høg – først kring 1815 kom eit omslag der denne fall markant. Samtidig forsvann kriseåra med ekstra høg dødelegheit, noko som til saman førde til den eksplosive folkeveksten på 1800-talet.

Desse demografiske kjennsgjeringane utgjer ein viktig del av verkelegheita i tidleg nytid, ei høg dødelegheit og konstant høg risiko for å bli ramma av alvorleg sjukdom

Tyfoidfeber

blir også kalla nervefeber og skuldast tyfoidbasillen. Inkubasjonstida er lang. Basillen blir utskilt med avføringa, og smitten skjer via forureina mat eller drikke. Hovudsymptom er langvarig høg feber og diaré. Det er vanleg med komplikasjonar i tillegg. Dødelegheit utan behandling er ca. 10 %, med moderne antibiotika under 1 %. Vaksine med ein viss effekt finst. Sjukdommen er nå sjeldan i Noreg, men vanleg i u-land.

Tyfus

eller *flekktysus* er forårsaka av ein bakterie, i hovudsak overført via lus. Symptoma er plutsleg høg feber, hovudpine, indre blødingar, flekka utslett og bl.a. diaré. Svært sjeldan i dag, men var vanleg i tidleg nytid i Noreg då han fekk særleg stor utbreiing i uår. Ubehandla er sjansen 60 % for dødeleg utfall. Behandla med antibiotika er dødelegheita 10 %.

Fram til andre halvdel av 1800-talet blei tyfoidfeber og tyfus gjerne sett på som same sjukdom.

Dysenteri

Akutt tarminfeksjon forårsaka av bakteriar av gruppa *shigella*. Bakteriane råkar slimhinnene i tjukk- og endetarm slik at det dannar seg sår. Symptom er diaré, magesmerter, oppkast samt blod i avføringa. Går som regel over av seg sjølv, men kan behandlast ved bruk av antibiotika.

Før antibiotika blei innført på 1900-talet, var dødelegheita på kring 5 %.

Koppar

(variola) er ein smittsam virussjukdom forårsaka av eit virus av familien *poxviridae*. Symptoma er høg feber, hovudverk, ryggsmarter og ofte diaré. Når feberen etter nokre dagar minskar, oppstår utslett (koppar) over heile kroppen. Den engelske legen Edward Jenner utvekla ei vaksine i 1796. Ein går utifrå at mellom 300 og 500 millionar menneske døyddes som følgje av koppar på 1900-talet. Det siste registrerte utbrotet av sjukdommen var i Somalia i 1977 og WHO erklærte verda fri for koppar i 1979.

var viktige grunnvilkår. Men like viktig for å forstå det som er vår oppgåve, "helsetiltak" og "helseinstitusjonar", er det verdsbildet som sette rammer for og strukturerte kvardagen til folk, og som gav meining til liv og helse.

REFORMASJONEN, STATEN OG BEFOLKNINGA

Reformasjonen blei innført i Danmark-Noreg då det danske stendermøtet vedtok å avskaffa katolisismen i 1536 og gjorde Kristian 3. til overhovud for kyrkja, og blei følgt opp av ein ny *kyrkjeordinans* året etter. Samtidig blei Noreg gjort til eit lydrike ("landsdel") ved den såkalla handfestinga som medførde oppløysinga av det norske riksrådet.¹⁷ Konsekvensane var stenging av klostera og overføring av kyrkjegods til staten.

På det politiske planet blei Noreg frå 1537 sterkt integrert i det danske riket, og alle sentralfunksjonane kom til å bli liggande i København. I heile perioden fram til 1814 utvida dessutan staten sine oppgåver, ei utvikling som særleg skaut fart etter 1660 då eineveldet blei innført, og kongemakta styrka seg på bekostning av adelen. Staten bygde ut sitt apparat, tok på seg fleire oppgåver og embetsmennene blei ei stor og stadig mektigare gruppe.¹⁸

Eit viktig aspekt ved det som er blitt kalla "den lutherske staten", er ekspansjonen i statlege oppgåver, både som ei direkte følge av innføringa av protestantismen, og seinare som konsekvens av eineveldet. Etableringa av lutheranismen som statsreligion førde også med seg eit brot med tidlegare religiøse førestillingar. Brotet med dogmet om skjærselden medførde til dømes eit heilt nytt syn på liv og død: I katolisismen kunne ein halda messer for døde for å hjelpe dei ut av skjærselden og inn i paradiset. I det protestantiske verdsbildet var det ingen mellomstasjon mellom himmel og helvete, alt sto og fall på om ein trudde på Gud medan ein levde på jorda. Ved døden var vegen vidare avgjort ein gong for alle. Eit slik skifte i forståinga av liv og død hadde vidtrekkande konsekvensar saman med andre utviklingstrekk. Omdefineringa av døden kan sjåast som ein av impulsane til den prosessen som kulminerte med opplysningstida, det sosiologen Max Weber har kalla "avfortryllinga av verda". Resultatet av denne utdefineringa av magien var ein ny fokus på det jordiske, det kroppslege og det observerlege. Ut av dette voks til dømes eit nytt sjukdomsogrep og eit nytt omgrep om menneskekroppen. På 1700-talet står kroppen fram i eit nytt lys, han blir dissekert, organa blir forklart utifrå funksjon og blir sett på som mogleg å forstå og forklara utifrå ein vitskap som er skarpere skild frå det religiøse. Slik blir endringa i verdsbildet i hundreåra etter reformasjonen ein viktig føresetnad for ein ny type statleg merksemd om sjukdom og kroppane til innbyggjarane.¹⁹

Ein annan type endring hadde opphav i det som først var ein kalvinistisk ideologi der ein skilde mellom "verdige" og "uverdige" trengande. På 1600- og 1700-talet fekk dette eit gjennomslag også i dei lutherske områda, og er eit viktig idégrunnlag bak institusjonsbygginga og differensieringa i desse hundreåra.

Statens økonomiske politikk frå starten av 1600-talet og fram til kring 1800 er prega av *merkantilismen*. Dette var ein økonomisk modell der det blei lagt vekt på statleg planlegging for å auka statens makt og rikdom, til dømes gjennom *proteksjonisme* og utnytting av naturressursar. *Populasjonismen* er ei retning innan merkantilismen som omhandla korleis ei stor og levedyktig befolkning skapte grunnlag for rikets makt, folket blei med andre ord rekna som ein *ressurs*. I vår samanheng er denne retninga særleg interessant, då ei naturleg følge var at styresmaktene og tidas lærde byrja å interessera seg for løysingar på sjukdomsutbrot og styrking av befolknings helse.

Til saman har det nye omgrepet om menneskekroppen, tankar om å skilja mellom ulike typar menneske som trong omsorg eller å avsondrast frå samfunnet, og tanken om befolkninga som ressurs, vore eit viktig bakteppe for tiltak mot sjukdommar og for institusjonsbygginga frå opplysningstida av.²⁰



St. Jørgens hospital, Bergen. Hospitalet blei oppretta kring år 1400 og var eit spedalskhospital. Dagens bygningar er frå 1700-talet. Då dei siste to pasientane døde i 1948 blei institusjonen nedlagt.

Det religiøse aspektet var sentralt i hospitalet frå mellomalderen og tidleg nytid, og ofte var hospitalsalen og kyrkjerommet eitt og det same. Som institusjonar var dei såleis ikkje "helseinstitusjonar" i moderne forstand, men skulle pleie både det andeleg og det kroppslege elementet hos hospitalslemane. Kyrkja ved St. Jørgens hospital er frå 1707, men har vore ombygd seinare. I dag rommar bygningane Lepramuseet. Bilde: Wilse. Riksantikvaren.

STATEN OG SJUKDOMMEN

Offentleg fokus på kropp og kamp mot sjukdom gav seg på 1600-talet først utslag i form av støtteordningar til legar som hadde utmerkt seg med særskilt heltemot under pestutbrot. Forholdsreglane då pesten råka i 1348 (forordning frå kongemakta om messer, prosesjonar og

bøn) var også uttrykk for ein type omsorg for riket og undersåttane, men tiltaka som byrja å komma på 1600-talet var i større grad innretta mot sjukdom som eit eige fenomen (lausrive frå det sjelelege aspektet), og som uttrykk for ein ny type tankegang om befolkningas plass i statens utvikling og økonomi.

Då helsevesenet feira 400-årsjubileum i 2003, var det med utgangspunkt i at *Villads Nielsen* fekk offentlege middel som lege i Bergen i 1603 fordi han hadde gjort ein stor innsats under pesten som hadde råka byen. Denne hendinga er nok meir å forstå symbolsk enn som ein faktisk start på eit offentleg helsevesen. I jubileumsverket forfatta av Ole Georg Moseng, blei utnemninga av Villads forstått som ein "unngangelse" av eit helsevesen som blei "født" i underkant av 200 år seinare.²¹ Det var likevel få legar (og enda færre offentleg løna legar) i Noreg fram til midten av 1700-talet.²² Bakgrunnen for at legar fekk offentleg støtte på 1600-talet, var konkrete epidemiske situasjonar, og ikkje ledd i nokon meir omfattande statleg offensiv. To forordningar, frå 1619 og 1672, regulerte verksemda til legane, og den siste var i prinsippet det rådande rammeverket kring medisinsk praksis i Noreg fram til Sunnhetslova av 1860. 1672-forordninga gav legane plikt til å halda kontroll med apoteka, til å undervisa og eksaminera jordmødrer, til å utføra gratis behandling av fattige og til å rapportera til det medisinske fakultetet i København, og gir såleis uttrykk for ein vilje til å innordna legane i eit større medisinsk-politisk apparat. Likevel var det først kring midten av 1700-talet vesentleg fleire legar blei tilsett. I 1743 blei den første legen utnemnd som embetsmann, han fekk tittelen *provincialmedicus* i Kristiansand. Embetsmannstittelen innebar ei statusheving for legane og kan tyda på ein vilje til å skapa eit fastare apparat. Samstundes var ei konkret utfordring, utbrotet av den såkalla "radesjuka", årsaka til utnemninga. Seinare utnemningar på 1700-talet kom likeeins som svar på epidemiutbrot som radesjuka og koppar. Tilsetjinga av embetslegar fekk etterkvart større utbreiing, og i løpet av andre halvdel av 1700-talet fekk alle amt ein landsfysikus (lege) eller ein kirurg. I 1749 kom den første jordmora med utdanning frå København til Noreg, og etter kvart blei også jordmødrer med formell utdanning ein vanlegare helseprofesjon.

I 1740 blei eit medisinsk råd eller kollegium (*Collegium Medicum*) oppretta i Danmark-Noreg. Som organ blei dette viktig i utforminga av eit tidleg "medisinalvesen" på 1700-talet, m. a. ved å ta initiativ til dei såkalla radesjuehusa, som me kjem nærmare inn på seinare i framstillinga.

At styresmaktene sette inn tiltak for å få bukt med *koppene* var ei anna viktig oppgåve initiert av kollegiet. I 1810 blei koppevaksine innført ved lov i Danmark-Noreg. Tidlegare hadde ein primitiv variant av vaksinen vore utført på initiativ av enkelte legar og prestar. Først med utviklinga av ein ny teknikk kring hundreårsskiftet 1800 blei vaksinen ein større suksess.²³ Framgangen med koppevaksinen har samanheng med at den nye metoden var så å seia farefri, men må også sjåast i samanheng

med organiseringa frå styresmaktene. I 1801 blei det på initiativ frå Collegium Medicum sett ned ein komité som kom med innstilling om eit vaksinasjonsprogram, noko som førde til omfattande vaksining alt same året.

Den storpolitiske situasjonen, nærmare bestemt isolasjonen frå Danmark som følgje av Napoleonskrigane, gjorde at eit eige norsk *Sundhedscollegium* blei nedsett i 1809. Etter lausrivinga frå Danmark i 1814 kom dette med ei innstilling som gjorde greie for behovet for nye institusjonar, både som følgje av sjølvstendet og som konsekvens av opprettinga i 1811 av universitet og medisintutdanning i Christiania.

Oppsummerande kan ein seia at dei første spede teikna på ein stat som ville ta ansvar for den fysiske helsa til folk kom kring år 1600; at eit meir landsomfemnande apparat av offentleg lønna legar var i utvikling på slutten av 1700-talet, og at dei initiativa som blei reist i samband med t.d. radesjuka og koppevaksinen var teikn på ein meir aktiv stat når det gjaldt helse og medisin.

Institusjonane

I 1826 sto Rikshospitalet ferdig i Christiania. Den unge norske staten hadde fått ein institusjon som oppfylte behovet for utdanning og forsking ein trong i utdanninga av medisinarar. Professor i medisin ved Universitetet, Frederik Holst (1791-1871), meinte namnet på den nye institusjonen kunne vera misvisande:

*[...] da Hospital selv i vort Sprog ikke bestemt betyder et Sygehuus, men ogsaa en Pleiestiftelse, eller Forsørgelsesanstalt for træængende, alderssvage affældige Personer, spæde Børn og deslige, vilde den i Departementets Innstilling omhandlede og alene for Syge bestemte Stiftelse sprogrigtigere have været benævnet Rigssygehuus.*²⁴

Holst meinte altså det var viktig å skilja mellom "sjukehus" og "hospital". Sjukehus skulle vera ein institusjon som behandla sjuke og ikkje ein pleiestiftelse, fattigheim eller aldersheim. Hospital var eit ord som hadde dekkja alle desse funksjonane, ofte i ein og same institusjon. For Holst, som var av pionerane i det norske medisinfaget og av den første generasjonen av professorar ved universitetet, var det viktig å poengtera at Rikshospitalet var noko nytt, noko som skilde seg frå dei gamle hospitala.

Når me her skal sjå nærmare på hospital og pleiestiftelsar i Noreg frå reformasjonen til 1814 er Holsts ord nyttige å ha med seg. På den eine sida handla dei nok om hans behov for å uttrykka at Rikshospitalet var noko større og betre enn det ein hadde hatt før, men samtidig seier han noko om kva eit hospital faktisk var og kva det hadde vore i hundreåra før. Med dette utgangspunktet kan me gå tilbake til det tidsskiljet reformasjonen utgjorde, og sjå nærmare på hospitala i hundreåra etter. Deretter vil me sjå nærmare på dei nye sjukehusa frå slutten av 1700-talet, og drøfta om desse utgjorde eit brot med hospital-tradisjonen.

HOSPITAL OG STIFTELSAR

Reformasjonen fekk også konsekvensar for hospitala som kyrkjelege institusjonar. Før reformasjonen var mykje kyrkjegods blitt til stiftelsar, det vil seia sjølvstendige einingar under kyrkjens styre. Etter reformasjonen blei desse stiftelsane overført frå kyrkja og sett under tilsyn av staten. Religionsartiklane frå 1542, som utgjorde ei slags utdjuping av reformasjonen, påla hospitala å ha ein forstandar som skulle ha ansvaret for økonomien, og dei sa at hospitalslemmar skulle takast opp etter behov (og ikkje på bakgrunn av gåver eller betaling).²⁵ Dessutan føresette dei at hospitala skulle vera alminnelege hospital, men at ein skulle ha egne rom eller hus for spedalske.

Den raskaste konsekvensen av reformasjonen var ein reduksjon og oppløysing i det gamle hospitalssystemet frå mellomalderen. Ei slik oppløysing kan sporast alt før reformasjonen, då kongen hadde gitt enkelte hospital som løn til (forlening) til verdslege adelsmenn. Reformasjonen er likevel det store tidsskiljet. Berre tre av mellomalderhospitala heldt fram med å eksistera: *St. Peters hospital* i Stavanger, *Nidaros hospital* (heretter kalla Trondheims hospital) og *St. Jørgens hospital* i Bergen. Oslo og Hamar bispedømme blei slått saman, og fekk eit felles hospital: *Oslo hospital*, som slik overtok funksjonane til fleire av mellomalderhospitala i området.²⁶

I perioden 1537-1814 voks det fram fleire typar institusjonar for fattige, sjuke og kriminelle, slik kan ein snakka om ei *differensiering*. Ein ser til dømes at skiljet mellom verdige og uverdige trengande gir seg utslag i institusjonelle skilje mellom stiftelsar og hospital for respektable borgarar og fattighus for folk lågare på rangstigen. Sjølv om Kyrkjeordinansen frå 1537 ikkje diskriminerte mellom ulike typar folk med omsorgsbehov, blei slike tankar sterkare i hundreåra som følgde. Historikaren Rolf Grankvist meiner såleis veksten i talet på og typar institusjonar på 1600- og 1700-talet er eit uttrykk for denne tankegangens gjennomslag, og han nemner dei nye institusjonane i Trondheim som døme: Fattighus, Barnehus (barneheim), Dårekiste og Verkshus (arbeidsanstalt for kvinner), som alle kom i tillegg til hospitalet i Trondheim og det nyare St. Jørgens hus (frå 1607).²⁷

Hospitala i Noreg skulle etter 1537 vera alminnelege hospital med avdelingar for spedalske. St. Jørgens hospital i Bergen ser likevel ut til å ha fungert som reint leprahospital mesteparten av tida. Hospitalet har ei historie som går tilbake til kring år 1400. Ved reformasjonen blei det gjort til ein kongelig stiftelse og fekk tildelt eigedommane og inntektene som hadde tilhørt Selje kloster. Hospitalet fekk ein eigen forstandar som skulle rapportera til verdslege styresmakter, og m. a. borgarmeisteren skulle vera med å avgjera kven som skulle takast opp (den nye fundasen for hospitalet slo fast at det var *fattige* sjuke som skulle få plass).

Leprahospitala i tidleg nytid var først og fremst pleie- og oppbevaringsinstitusjonar. Dei få legane som var i landet på 1500- og 1600-talet hadde inga sterk tilknytning

til hospitala, medan bartsckjerarar (kirurgar opplært og organisert som handverkarar) oftare blei tilkalla til å ta seg av behandling av sår, amputasjonar og beinbrot. St. Jørgens hospital fekk til dømes ikkje tilsett lege før i 1817, og først på 1830-talet kom ein omfattande diskusjon om lepra som sjukdom som kunne behandlast og lækast. På midten av 1800-talet blei sjukdommen prioritert av styresmaktene, og det blei etablert forskingsinstitusjonar med særleg tanke på å løysa lepragåta.

Bygningane ved spedalskhospitalet i Bergen utgjorde eit frittliggande anlegg i utkanten av byen, inngjerda med steinmurar og lukka med portar. Det skulle ligga eit stykke utanfor byen, med smittefare som grunngeving, men også så nær at lemmene kunne gå og be om almisser. Av same grunn kom det etter reformasjonen påbod om å skilja dei spedalske frå andre pasientar ved dei allmenne hospitala. Dette er i dag det einaste fullstendig bevarte leprahospitalet i Noreg, og den ståande bygningsmassen stammar frå 1700-talet.²⁸ Som kulturminne er det såleis eineståande i Noreg, og det er også eit av dei få bevarte leprahospitala i Nord-Europa.

På 1700-talet kom det til nokre fleire reine leprahospital i landet. Vallersund hospital i Bjugn (Fosen) var hospital rekna for nordlendingar på veg til Bergen, medan Reknes hospital ved Molde blei oppretta i 1713.

Trondheim hospital fekk ny fundas i 1612, som slo fast at det skulle vera for pasientar som var spedalske eller "*med annen smittsom sykdom [...] beladne*". I tråd med dei overordna retningslinjene skulle dei spedalske skiljast ut og ha eit eige hus eit stykke borte frå hovudbygningen. Saman med Oslo hospital og St. Jørgen i Bergen var det eit av det me kan kalla tre hovudhospital i landet. Desse fungerte som hovudhospital for sine stift, sjølv om pasientar frå byane både hadde visse fordelar og var fleire. I Trondheim som i Bergen blei det etablert nye institusjonar etter midten av 1500-talet: den første var St. Jørgens Hus som sto ferdig i 1607, og som etter kvart blei pleieheim for eldre borgarar.²⁹

Oslo hospital blei stifta i 1538 på grunnen til eit gammalt fransiskanarkloster, og blei hospital for Oslo bispedømme. Det blei i tråd med omorganiseringa etter reformasjonen organisert som stiftelse og lagt under stiftsdireksjonen (biskopen og verdslege styresmaktar). På 1600-talet fungerte hospitalet som fattigheim og sjukehus for pleietrengande borgarar. Slik kan utviklinga til hospitalet sjåast i samanheng med den omtalte rangeringa av trengande som fekk gjennomslag i samtida. I tillegg til at pasientane skulle ha borgarleg bakgrunn, ville ein ikkje ha inn hitteborn og uekte born, og usømeleg åtfærd kunne føra til utvising.³⁰

Grunnlegginga av såkalla "milde stiftelsar", oppretta av rike borgarar og i hovudsak rekna for "respektable" borgarar og enker som var svekka av alderdom, er eit anna karakteristisk trekk ved tidleg nytid. I Bergen finst det til dømes fleire slike stiftelsar med bygningar som framleis



Oslo hospital malt av Jacob Coning (1648-1724). Hospitalet blei oppretta i 1538 i eit opphavleg fransiskanarkloster. Bygget brann ned 1567 og nye bygg blei oppførte m.a. 1581 og 1737. Bilde: Oslo byarkiv.

står: Stranges stiftelse frå 1600-talet, Zander Kaaes stiftelse og Dankert Krohns stiftelse frå 1700-talet.³¹

Ideologien som skilde mellom ulike typar trengande fekk sitt uttrykk i Oslo hospitals fundas frå 1737 som sa at det skulle vera eit hospital for *"skikkelige og ærbare borgere som ei med grovt arbeide har søkt deres føde og er uten deres skyld kommen til fattigdom"* og som dertil skulle vera



Interiør frå Stranges stiftelse i Bergen (ca. 1880). Då det gamle fattighuset for kvinner opphøyrd i 1972, hadde det vore i drift i 220 år. Lokala er eit godt døme på ein gamal europeisk fellesmodell for institusjonsbygging med eit kombinert kapell/rom for opphald i midten, og små rom på sidene.

Bilde: Fotograf ukjent, datering ca. 1880. Eigar: Christopher Harris.

"gudfryktige og vel opplyst" samt enker av slike.³² På 1700-talet var det elles to fattighus i Christiania som tok seg av dei fattige av meir "gemen" og uverdigg art, og i 1741 blei eit tukthus for heile stiftet opna i Storgata. Tukthuset skulle ha ei disiplinerande rolle – og gi tiggjarar, lausgjengarar og uoppdregne born hardt arbeid som skulle verka moralsk styrkande. Opprettinga av eit eige dollhus (i tilknytning til hospitalet) i 1776 var eit ytterlegare uttrykk for spesialiseringa og differensieringa mellom institusjonane som fann stad i denne perioden.³³

Historia om hospitalet frå reformasjonen og i hundreåra etter handlar mellom anna om korleis nye distinksjonar blei til mellom ulike grupper av trengande – om dei var fattige, fattige og sjuke, gamle borgarar eller galne. På den eine sida skilde ein mellom forskjellige grader av om ein hadde rettferdiggjort seg støtte, på den andre sida byrja ein å skilja funksjonelt: ulike typar institusjonar blei reist for ulike lidningar og behov. Slik kan ein på slutten av 1700-talet augna eit skarpere skilje mellom heimar for eldre, hospital, institusjonar for galne (såkalla dollhus) og nye sjukehus. Sjølv om desse institusjonane altså breidde om seg, er det viktig å poengtera at pleie og omsorg i hovudsak føregjekk i heimane. Ein hadde ikkje *rett* til å bli innlagt ved eit hospital, og det var berre eit avgrensa tal menneske som blei hospitalslemmar eller innskrivne ved nokre av dei andre institusjonane.

HOSPITALARKITEKTUR

Går det an å skilja ut ein eigen hospitalarkitektur? Me såg i førre kapittelet at mellomalderhospitalet ofte var utforma som kyrkjer, eller var del av kyrkjer. Hospitalet i tidleg nytid hadde også tilknytte kyrkjer, men etter kvart skjedde det ei differensiering mellom kyrkja og sjølve hospitalet.

Oslo hospital blei til dømes bygd på restane av det gamle fransiskanarklosteret si murkyrkje, det vil truleg seia at denne blei ombygd til hospitalets hovudbygning etter reformasjonen. Frå 1701 veit ein at bygget hadde kyrkje og hospitalstove med 29 senger og peis og omni i første etasje. Integreringa av kyrkja og hospitalet i eit bygg viser altså kontinuiteten med mellomalderhospitalet, men på 1730-talet kom både ny hospitalskyrkje og ny hospitalbygning. Dette mønsteret, at kyrkja er del av hospitalkomplekset, men at det føregår ei funksjonsdeling mellom hospitalfunksjonar og kyrkjefunksjonar på ulike bygg, er truleg typisk for utviklinga i denne perioden.³⁴

Strukturen med eit ope rom for opphald, matlaging osv, og små rom (celler) langs veggane med senger for ein eller to av hospitalslemmane, finn ein igjen i mange hospital i denne perioden både i Noreg og Europa elles. Både Stranges Stiftelse og St. Jørgens hospital har ein variant av denne løysinga, der det også er ein andre etasje med tilkomst via eit galleri. Zander Kaaes stiftelse og Dankert Krohns stiftelse som er frå andre halvdel av 1700-talet representerer ein annan type planløysing, her er det gangar med rom på begge sider og opphaldsrom i ein eigen fløy.³⁵

DÅREKISTE OG DOLLHUS

Galskap byrja å ta form som sosial kategori i tidleg nytid – tidlegare hadde ulike typar avvikande eller asosial åtferd vore sortert på andre måtar. Ulike typar handlingar som resulterte i øydeleggingar og ordensforstyrningar blei gjerne behandla på same måte utifrå *det ytre resultatet* av handlingane. Kategorien "rasande" blei brukt om menneske med ustyrleg temperament, og til desse fanst det innretningar som ofte blei kalla "dårekister", gjerne enkle celler plassert i kjellaren på offentlege bygningar. Ei slik dårekiste i kjellaren på rådstua i Hamar er nemnd allereie i *Hamarkronika*, frå midten av 1500-talet.³⁶

Dollhuset (frå tysk *toll* = gal) kan sjåast på som eit nytt fenomen frå 1700-talet, og på andre halvdel av hundreåret blei det oppretta slike institusjonar i dei tre største byane i landet. Eit reskript frå 1736 gav påbod om å ha eit eller fleire rom ved hovudhospitla for fattige som var uregjerlege, men dette blei ikkje følgt opp med det første.

Utbygginga av innretningar for gale byrja først å koma nokre tiår seinare.

Det første av desse bygga kom i Bergen i 1762, der det blei oppført ved sida av det nye sjukehuset på Engen. Bygget hadde fire rom, men dette blei dubla etter påbygging i 1778. I tråd med opplysningstidas ideal såg borgarmeisteren i Bergen, Hilbrandt Meyer det nye dollhuset som ei betring i høve til dei gamle dårekistene:



Interiør frå dollhuset ved Oslo hospital . Huset blei rive på 1930-talet.
Bilde: Riksantikvaren.

*De Værelser som tilforn vare indrettede til disse Lidende, vare under Raad-Huset, og det udi disse dertil indrette Daare-Kister, men samme havde i meere end en henseende, deres Vanskelighed; Om Vinteren var de udsatte for alt for stræng Kulde, og andre Tider tog de Skade paa deres Helbrede, dels av Fugtighed og dels av andet.*³⁷

Etter kongeleg reskript frå 1776 blei det slått fast at det ved Oslo hospital skulle byggast eit eige hus som dollhus, som sto ferdig to år etter. Også i Trondheim blei det nye dollhuset, som opna i 1779, ein avdeling ved hospitalet.

Det me med eit fellesnamn kallar dollhus (fleire nemningar blei brukt om ein annan i samtida) skilde seg frå dei eldre dårekistene ved at fleire personar var samla under same tak, og ved at dei ofte var reist som eigne bygg spesielt for dette formålet. Som institusjonar kan dei sporast tilbake til 1600-talet i andre land (deriblant Danmark), og dei markerer ein felleseuropeisk tendens der galskapen gjekk over frå å vera ei sak for rettsvesenet til fattigomsorga og hospitla. Sjukehus er dei likevel ikkje, først på midten av 1800-talet kjem dei psykiatriske sjukehusa (asyla) inn i historia.

Omtrent samtidig som dollhusa dukkar opp i historia, byrjar det å koma nye militære og sivile *sjukehus* i byane, ein får såkalla *radesjukehus* ei rekke stader og i København blir det etablert sjukehus med undervisning og forskning som eit viktig formål.

SJUKEHUS

Institusjonane som blei etablert i Noreg på byrjinga av 1800-talet, Fødselsstiftelsen og Rikshospitalet, har forløparane sine i Danmark-Noreg på 1700-talet. Den første fødselsstiftelsen i København blei grunnlagt midt på 1700-talet, og i 1787 kom *Den kgl. Fødselsstiftelse* med jordmorskole.³⁸ Dette var viktige steg i profesjonaliseringa av jordmoryrket, og i institusjonaliseringa av jordmor- og medisinundervisninga. Reisinga av *Det kongelige Frederiks hospital* i Danmark i 1757, med heile 300 sengeplassar, inngjekk i planen for å styrka den kliniske undervisninga.³⁹ Vedtektene for hospitalet sa at det skulle vera:

*[...] et almindeligt Hielpe-Middel for de Syge, som ikke formåede i deres armelige og nødlidende Tilstand at komme sig selv til Hielp, og dog ved Guds naadige Bistand og Lægens Hielp samt en god og tilbørlig Underholdning kunde forhielpes til deres Førlighed igien, saa at de kunde igjen fortiene deres Leve-Brød.*⁴⁰

Dette er eit tydeleg uttrykk for ei forståing av at staten hadde eit ansvar for sjuke. Samtidig blei undervisningsaspektet vektlagt. Hospitalet i København hadde ingen parallell i Noreg før Rikshospitalet sto ferdig i 1826, det fanst ingen norske sjukehus som fungerte som kombinerte undervisnings-, forskings- og behandlingsinstitusjonar før dette. Men i tiåra kring år 1800 blei det reist nye typar institusjonar: *Militære sjukehus*, såkalla *radesjukehus* og *sivile sjukehus* (eller "borgerlige").

Oppretting av mindre sjukehus (eller sjukestover) i *militære* kom som resultat av eit reskript frå 1780 som sa at det skulle vera to sjukesenger per kompani. I Christiania var det på slutten av 1700-talet oppretta eit garnisons-sjukehus i Rådhusgata 19. Under større korpssamlingar blei sjuke også innlagt i murbrakkene som ennå står på Festningsplassen og under Jomfrutårnet på Akershus. Behovet for sjukehus i tilknytning til dei større militærfølgningane i fredstid hadde samanheng med at sjukdom lett braut ut då så mange var samla på ein stad, og i Christiania blei det reist eit større bygg i 1806-1807 som fekk namnet Christiania Militære Hospital. Dette var lokalisert til det som seinare har blitt kalla empirekvartalet på Hammersborg og blei seinare ombygd og tatt i bruk som Rikshospitalets første bygg i 1826. Etter dette fekk militæret disponera 50 plassar ved Rikshospitalet, fram til det i 1864 sto klart eit nytt Militær-sjukehus.⁴¹

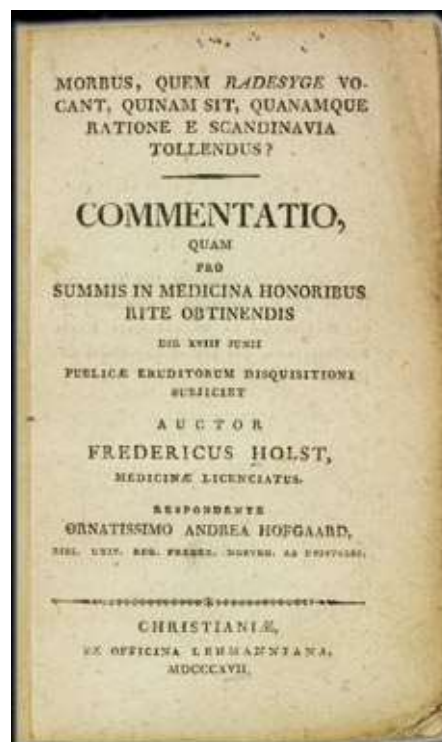
Ved Stavern låg Fredriksvern festning som frå 1750 var opplagshamn, verft og hovudstasjon for den dansk-norske marinen i Noreg. I tilknytning til dette bygde ein i 1811-1812 "Det Combinerede sykehus" for Armeen og Sjøetaten. Med to etasjar og 23 rom, var dette i si tid landets største sjukehus.⁴²

Både medisinsk praksis og institusjonsbygging fekk altså utvikla seg i militæret, og ein kan med ein viss rett seia at dei første eigentlege sjukehusa i landet var militær-sjukehus (Fredriksvern og Garnisonssjukehuset).

Også i det sivile kom det sjukehus på 1700-talet, og viktig blant desse var dei såkalla *radesjukehusa*.⁴³ Sjukdomskategorien "radesjuke" eksisterer ikkje i dag. I dagens medisinske språk ville dei fleste tilfella vore karakteriserte som syfilis, men truleg fekk også ein del personar med lepravariantar og skjorbuk diagnosen. Det medisinske kollegiet hadde i 1770 karakterisert det som ein kombinasjon av skjorbuk og syfilis forårsaka av ubalanse i kroppsvæskene: "*venerisk skjorbuk med kroppsvæsker i dårlig blandning*".⁴⁴ I 1822 var det totalt 16 sjukehus i kategorien for "venerisk syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme".⁴⁵ Utover på 1800-talet forsvann gradvis



Radesjukehuset i Flekkefjord blei etablert i 1776, men bygningen på bildet var frå 1810. Trass i protestar blei det rive i 1992. Bilde: Avisen Agder.



Frederik Holst (1791-1871) gav i 1817 ut den første doktoravhandlingen ved Det konglige Frederiks universitet. Temaet var å greie ut kva slag sjukdom den gåtefulle radesjuka eigenleg var. Bilde: Faksimile av framsida til Holst si avhandling. Nasjonalbiblioteket.

radesjuka som sjukdomskategori i lys av nye medisinske klassifiseringssystem.

Stiftssjukehuset i *Christiania*, som var oppretta i 1755, var innretta særleg for venerisk sjuke, men termen "radesjuke" blei ikkje brukt. Fleire av dei andre sjukehusa frå denne perioden var derimot oppretta som ei direkte følgje av styremaktene sin radesjukepolitikk. Radesjukehuset i *Stavanger* frå 1773 var og resultatet av eit initiativ frå det medisinske kollegiet i København. Institusjonen hadde plass til 10-15 pasientar. Landsfysikus i Stavanger og omlandet var også overlege her. Også i Bratsberg amt blei det i 1774 vedtatt bygd radesjukehus på initiativ frå København. Dette blei lagt utanfor *Skien* (i "forstaden" Porsgrunn) og landsfysikus fekk ansvaret for det. I 1776 blei eit radesjukehus bygd også i *Flekkefjord*, i dette tilfellet etter at provinsialkirurgen og lokale styresmakter la press på sentralmakta. I *Mandal* innreidde amtskirurgen rom for radesjuke i eigen heim i 1777 og fekk dekt utgiftene av staten. Fleire sjukehus i kategorien for venerisk sjuke, hudsjukdommar og radesjuke blei oppretta på slutten av 1700-talet og byrjinga av 1800-talet. Til dømes fekk Smålenene amt sitt sjukehus i *Fredrikstad* i 1795.

Å komma radesjuka til livs var altså ei prioritert oppgåve for styresmaktene, og i tillegg til bruken av eigne hus blei det tilsett legar. Formålet med desse tiltaka og desse institusjonane var *behandling* – pasientane skulle skrivast ut og bli friske. Dessutan fekk legane ei sterk tilknytning

til radehusa. Slik braut dei med den tidlegare hospitals-tradisjonen på fleire felt.

På 1700-talet blei det også etablert fleire *sivile* sjukehus uavhengig av radesjuka. I tillegg til stiftssjukehuset fekk Christiania by sitt eige sjukehus som sorterte under fattigvesenet i 1742. Institusjonen kan ikkje seiast å bryta særleg med hospitalstradisjonane. Christiania sivile sjukehus frå 1808 avløyste dette sjukehuset, og bygningane blei i 1826 overtatt av Rikshospitalet som nytta det som sjukehus for venerisk sjuke.⁴⁶

Trondhjems borgerlige Sygehus sitt bygg i empirestil frå 1805 står framleis i dag, men institusjonen har ei historie som går lenger tilbake. Kring 1700 var hospitalet i Trondheim og Vallersund hospital på Fosen dei to einaste institusjonane for smittsamt sjuke nord for Dovre. Som tiltak mot radesjuka blei det tatt i bruk egne rom i fleire



Trondhjems borgerlige Sygehus. Den storslåtte bygningen blei bygd i 1805 med pengestøtte frå Thomas Angells stiftelse. Men på folkemunne blei det frå første stund kalla "Fattigsjukehuset".

Bilde: Statsbygg Midt-Norge.

institusjonar i Trondheim på 1700-talet spesielt innretta mot pasientar ramma av denne sjukdommen. Den sivile sjukestova ved hospitalet blei i 1791 skild ut frå stiftelsen og blei ein sjølvstendig institusjon under namnet *Trondhjems borgerlige Sygehus*, på folkemunne kalla Fattigsjukehuset.⁴⁷ Først var det lokalisert i det lokale militær-lasarettet, og i 1805 fekk det altså sin eigen bygning på Kalvskinnet. Huset var såpass stort at det også kunne ta i mot Søndre og Nordre Trondhjems Amts sjukehus som leigetakarar. I 1817 overtok byen sjølv institusjonen som til då i hovudsak hadde vore finansiert av Thomas Angells stiftelse, og ein særskilt sjukehuskatt blei innført for å finansiera drifta.⁴⁸

Sjukehuset i *Bergen* (Bergen Civile Sygehus) fekk sin første tilhaldsstad i 1754, og i 1792 flytta det inn i ny

bygning. Christian Wisbech skreiv i 1830 at bygget då var på to etasjar, andre etasje hadde åtte sjukestover, medan første etasje var bustad for "Inspecteuren og Spisemes-teren". I tillegg var det i første etasje eit rom som blei nytta for sinnssjuke. I 1830 var det sju pasientar i kvart rom – til saman 56 i heile sjukehuset. Wisbech fortel også at det bak sjukehuset var "en temmelig stor Eng, som er besat med Lindetræer og benyttes af Reconva-lescenter".⁴⁹ Sjukehusstiftelsen sitt styre var organisert som ein komité under Stiftsdireksjonen, og han besto av Borgarmeister, Stiftsprosten, to av "de eligerede Mænd" og to medlem frå fattigkommissjonen.

Også andre bysjukehus og amtssjukehus kom til i denne perioden. *Nordland amt* fekk til dømes sitt sjukehus ved Bodø i 1794: eit "Sygehuus for alle slags syge". Først eit stykke ut på 1800-talet finst det gode oversiktar med tal over innlagde for sjukehusa i heile landet, så ei fullstendig

oversikt over sjukehusa kring hundreårskiftet har me ikkje. Det er likevel ein klar tendens at fleire institusjonar for behandling av sjuke blir reist, både hus spesifikt rekna for radesjuka og generelle amts- og bysjukehus. Det som skil desse institusjonane frå dei gamle hospitalet og stiftelsane for eldre og pleietrengande, er kanskje først og fremst målsetjinga om å gjera folk friske, noko som også viste seg i praksis ved at pasientar blei utskrivne, til dels som friskmelde. Den nye tankegangen om behandling gir seg også utslag i ein ny fundas for leprahospitalet *Reknes hospital* ved Molde i 1794, der det blei poengtert at det skulle vera ein "Helbredelses-Anstalt".⁵⁰

Men det er også trekk ved dei nye institusjonane som gjer det forhasta å proklamera "det moderne sjukehusets" fødsel i Noreg på slutten av 1700-talet. I 1830 skreiv Chr. Wisbech at Bergen Civile Sygehus

før 1825 var "at ansee som et Invalidhuus, i hvilket gamle udlevede Almislemmer og incurable Syge vare indlemmede".⁵¹ Sjukehusa rundt år 1800 hadde openbart mange kjenneteikn som kan minna meir om dei gamle hospitalet enn sjukehusa frå andre halvdel av 1800-talet. Wisbechs utsegn understrekar nettopp at brotet med hospitalet og pleiestiftelsane frå hundreåra før slett ikkje var definitivt.

Differensieringa som skjer på 1700-talet, er likevel eit viktig bakteppe for utviklinga av sjukehuset i dei følgjande hundreåra. Galskapen blir skilt ut som eige fenomen og det blir reist dollhus samtidig som det ein byrjar å kalla sjukehus, oppstår som noko anna enn hospitalet. Dei nye sjukehusa har som *formål* å gjera folk friske frå fysisk sjukdom, og føreset såleis eit nytt fokus der fysisk sjukdom blir sett på som eit eige objekt som er

fråskilt andre fenomen: Somatikken blir såleis frå midten av 1700-talet skild ut som ein eigen disiplin samtidig som dollhusa, hospitala og sjukehusa skil lag.⁵² Sjølv om 1700-

talets sjukehus ofte til forveksling likna på dei gamle hospitala, var dei uttrykk for ein vilje til å tenka om og organisera behandlinga på ein ny måte. ■

Apotek

Opphavet til farmasifaget ligg tilbake til den greske antikken, utan at det då blei utvikla som ein eigen profesjon. I Noreg fekk ein dei første privilegia til å drive profesjonelle apotek på slutten av 1500-talet. Desse apoteka låg i Bergen der også dei første legane i landet



heldt til. Frå 1815-1850 blei det gitt 22 nye apotekprivilegium – før 1850 var det såleis etablert apotek i dei fleste byane i Noreg. I Danmark-Noreg var det medisinalforordningane av 1619 og 1672 som regulerte apotekverksemda. Ikkje før 1909 kom ei heilt ny apoteklov.

Illustrasjonen: Interiør frå Apotek Bien i Bergen. Interiøret frå 1939 blei freda av Riksantikvaren i 1993. Interiøret står også som eit minne om ein type apotekdrift som nå stort sett er historie.

Bilde: Birger Lindstad, NIKU.
© Riksantikvaren.

Hovudtrekk tidleg nytid

FOLKETALSUTVIKLING:

1520: kring 150 000 1664: kring 440 000 1801: 883 603

HELSE OG LOVVERK

Medisinalforordningar av 1619 og 1672 regulerte verksemda til legar og deira forhold til kirurgar og apotekarar.

1810: lov om koppevaksine, vaksinen gjort obligatorisk i Danmark-Noreg.

SJUKDOMMAR OG HELSETILTAK

Pestepidemiar råka landet med jamne mellomrom fram til midt på 1600-talet. Seinare var sjukdommar som dysenteri, tyfoidfeber, tyfus og koppar viktige årsaker til sjukdom og død, og var dei viktigaste årsakene til høg spedbarnsdød. I 1740 blei medisinsk råd (Collegium Medicum) oppretta i København, som m.a. tok initiativ til å få bukt med radesjuke og koppene. Eit eige norsk Sundhedscollegium blei oppretta i 1809 og fungerte til 1814.

INSTITUSJONAR

Tre av mellomalderhospitala heldt fram med å eksistera: St. Peters hospital i Stavanger, St. Jørgens hospital i Bergen og Nidarosspitalen. Oslo hospital blei felles hospital for Hamar og Oslo bispedømme. Særleg frå 1600-talet kom det mange såkalla "milde stiftelsar" til i byane som ofte fungerte som pleieheimar for eldre menneske. Dollhus var ein ny institusjonstype for "gale", frå midten av 1700-talet. På 1700-talet blei det også reist sjukehus i dei store byane og radesjukehus rundt om i landet. Desse skilde seg ut frå hospitala ved at dei hadde formål om å gjera folk friske, ikkje berre å vera pleieheimar for kronisk sjuke.

FINANSIERING OG EIGARSKAP:

Dei kyrkjelege hospitala overført til staten som følgje av reformasjonen. I tillegg blei det vanleg med hospital og pleieheimar organisert som stiftelsar basert på legat og gåver. På 1700-talet kom også sjukehus i ein del byar reist av dei lokale styresmaktene.

Kapittel 4. 1814-1900

Lausrivinga frå Danmark i 1814 førde til at ein måtte bygga opp eit nytt sentralapparat: Institusjonar som Det medisinske fakultetet, Fødselsstiftelsen og Rikshospitalet blei såleis til på 1810- og 1820-talet i Christiania. På 1800-talet kom dessutan ei omfattande utbygging av helse-tenester: Talet på legar og jordmødrer steig radikalt, lokale sjukehus blei bygd over heile landet, psykiatriske sjukehus blei reist. Konturane av eit landsdekkande *helsevesen* var slik i ferd med å bli ein realitet i løpet av hundre-året.

Eit meir omfattande *lovverk* som regulerte helsestellet kom også, til dømes kom ei *Sinnssjukelov* i 1848. *Sunnhetslova* – ofte kalt "helsevesenets grunnlov" kom i 1860 og førde til oppretting av Sunnhetskommisjonar i alle kommunane. Ein fekk særlover som gjaldt lepra (1877 og 1885) og tuberkulose (1900).

Sinnssjukelova innebar at ein ny institusjonstype – sinnssjukeasyet – såg dagens lys. Dette innebar ei nyordning av denne typen pleie: Behandling i regi av legar tok over for den tradisjonelle sinnssjukepleia. Dessutan blei ein del av dei nye institusjonane statlege. Også når det gjaldt lepra tok staten initiativ og ansvar: statlege sjukehus for spedalske, og forskning og behandling av sjukdommen blei ei prioritert oppgåve. Dei somatiske sjukehusa voks derimot fram på lokalt eller regionalt initiativ og var verken statleg eigde eller resultat av ein statleg regulert og samordna politikk.

Sjukehuset som særeigen institusjon kom klarare til syne enn tidlegare. Dei større fekk etterkvart ein utsjånad og innretting som skilde seg frå både andre typar bygg og andre typar helseinstitusjonar. Det kom også til ei klarare arbeidsdeling mellom sjukehuset og andre typar institusjonar (mange av dei nye) som aldersheimar, asyl og sanatorium.

Bakteppet for denne utviklinga er dei store generelle historiske omveltingane på 1800-talet.

Samfunnet og helse

I løpet av 1800-talet gjennomgjekk ein teknologiske, demografiske og ideologiske forandringar som omforma

heile samfunnet. I dette kapittelet skal me sjå på desse generelle trekka og på utviklinga av helsetenestene spesielt. Me byrjar med å sjå på eksplosjonen i folketalet, flyttingsmønster og endringar i fødsels- og dødsrater.

DEMOGRAFI, SOSIALE SKILJE

I 1801 var folketalet i Noreg kring 884 000, kring 1900 var det oppe i to og ein kvart million. Samtidig gjekk flyttestraumen mot byane og tettstadene, slik at samfunnet langsamt blei meir urbanisert. Hovudårsaka til den eksplosive veksten var ei drastisk nedgang i dødelegeheita, særleg blant spedbarn. Talet på fødslar heldt seg samtidig stabilt, og resultatet blei naturleg nok vekst i folketalet. Årsakene til nedgang i dødsraten var mange: Koppevaksinen blei etter kvart utbreidd og både kosthaldet og butilhøva betra seg.

Sjukdommar og epidemiar herja framleis i Noreg: Koleraen var frykta frå kring 1830, lepraen var ein realitet sjølv om tala på spedalske sank, og særleg etter 1850 utvikla tuberkulose seg til å bli eit stort helseproblem. Særleg lepra og tuberkulose var sjukdommar som førde til institusjonsbygging.

Til demografien høyrer også forholdet mellom menneske og grupper. I det tradisjonelle standssamfunnet var loja-

Kolera

er ein akutt og smittsam tarminfeksjon forårsaka av stavbakterien *Vibrio cholerae*. Gir m. a. oppkast og diaré. Væsketap og forstyrra saltbalanse kan føra til bl.a. nyresvikt og i verste fall død. Vaksine finst, men gir ufullstendig beskyttelse. Siste koleraepidemi i Noreg var i 1873.

Difteri

er ein akutt infeksjonssjukdom framkalla av difteribakterien, som bl.a. gir hoste, feber og (grå-)kvitt belegg i svelget, der sjukdommen ofte byrjar. Breier seg ofte til bl.a. strupehøudet som kan føra til pustevanskar (krupp) og kvelingsanfall. Kan òg være farlig pga. giftstoff som basillane produserer i kroppen under sjukdommen, og som særleg påverkar hjartet og nervesystemet. Difteri kan vera vanskeleg å påvisa, men er sjeldan i Noreg i dag pga. vaksinerings av barn. Framleis vanleg i u-land.

litetsband og kjensla av samhør mellom overordna og underordna på garden, eller på arbeidsstaden, som forholdet mellom medlemmane i ein familie. Dette systemet var i ferd med å gå i oppløysing på 1800-talet – samfunnet var i ferd med å gå frå å vera eit *standssamfunn* til eit *klassemamfunn*. Dette skapte grunnlag for nye tankar om at det offentlege skulle ta på seg oppgåver som gjaldt folks velferd, oppgåver som tidlegare hadde vore ivaretatt av det sosiale nettverket. Det må likevel understrekast at omsorg og pleie av sjuke var eit ansvar for familien og lokalsamfunnet, og at institusjonane framleis hadde ei marginal rolle i forhold til desse. Det nye var at dei fekk større betydning og at dei blei fleire både i tal og typar.

TEKNOLOGI OG KUNNSKAP

Teknologien og vitskapen gjekk gjennom store endringsprosessar. Kommunikasjonar og infrastruktur endra seg drastisk, og *den industrielle revolusjon* innebar ei av dei viktigaste endringane i historia.

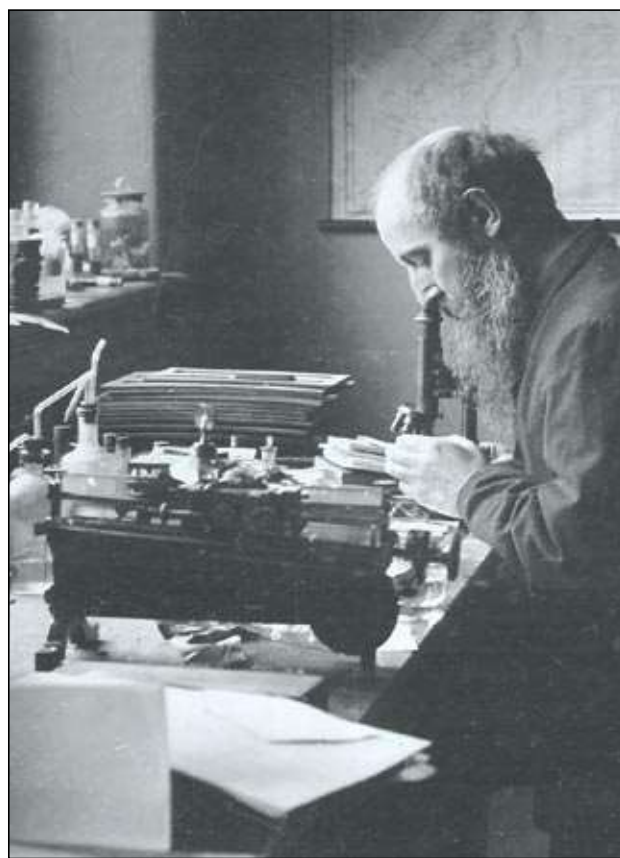
Den industrielle revolusjonen hang nøye saman med nyvinningar innan vitskap og ingeniørkunst. Nye måtar å sjå verda på og nye måtar å søka kunnskap på skapte ei omvelting i verdsbilde og i teknologi. Vitskapleg tenking og religiøs tenking som ulike sfærar var blitt ein realitet på 1700-talet, og på 1800-talet blei teologi og vitskap skild ennå skarpere. Darwins teoriar om evolusjonen var skjelsestjande og skulle etter kvart få svært mykje å seia for utviklinga av naturvitskapen – og dermed også medisinen. Omgrepet om somatisk sjukdom som oppsto på 1700-talet, blei på 1800-talet konsolidert. Sjukdom og helse blei med støtte i vitskapen sett på som eit eige felt både som omgrep og område for politikk og velferdstiltak.

På byrjinga av 1800-talet sto framleis eldgamle teoriar om dei fire kroppsvæskene og den såkalla miasmeteorien støtt i medisinfaget. Miasmeteorien tok utgangspunkt i at sjukdom var forårsaka av dårleg luftkvalitet og utdunstingar frå jordsmonnet. Teorien blei ståande som den dominerande forståingsmåten fram til midten av 1800-talet, og fekk dødsstøyten først då den moderne bakteriologien slo gjennom på 1880-talet.

Bakteriologien er læra om mikroorganismane. Frå midten av 1800-talet byrja medisinen å bli meir opptatt av "levande smittestoff", men det avgjerande gjennombrøtet for bakteriologien var Robert Kochs oppdaging av tuberkelbasillen i 1882. Deretter følgde raskt eit breiare gjennomslag for erkjenninga om at bakteriar kunne føra til sjukdom, og i dei kommande åra blei organismane som forårsaka lepra, kolera, difteri, og tyfoid oppdaga. Oppdagingane resulterte førebels ikkje i nokon revolusjon av *behandlinga* av desse sjukdommane, men ein var i stand til å diagnostisera og førebygga på ein betre måte. Ei anna viktig omvelting var innføringa av *antiseptikk* og *aseptikk*. Den engelske kirurgen Joseph Lister var inspirert av Louis Pasteurs påvising av at forråtning blei sett i gang av mikroorganismar som blei spreidd gjennom luft, og tok i 1867 i bruk ein metode med bruk av karbolsyre for å stogga sårinfeksjonar. Dette er ein *antiseptisk*

metode, det vil seia at ein drep mikroorganismar. Aseptikken derimot, gjekk ut på å hindra at mikrobar i det heile kom til i sår og medan ein opererte. Desse metodane blei presentert i Noreg alt på 1870-talet, men slo gjennom først etter 1880; Rikshospitalet kunne til dømes fortelja at dei hadde endra sine rutinar i 1881.⁵³

Forståinga av mikroorganismane revolusjonerte medisinen og sjukehusbehandlinga. Det tradisjonelt frynsete ryktet til sjukehusa hadde samanheng med stigmatisering av dei sjuke ved hospitalet, noko som hadde tradisjonar tilbake til mellomalderen og avsondringa av dei spedalske. Samtidig var det eit faktum at smitte ofte spreidde seg på sjukehusa, og dei kunne slett ikkje visa til eintydige positive resultat når det gjaldt behandling. Frå slutten av 1800-talet var dette i ferd med å snu, og innføringa av andre hygieniske standardar var ein viktig grunn.



Bergenslegen Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) ved mikroskopet. I 1873 viste han at spedalskheit kunne skuldast mikroorganismar, og svekka ved det oppfatninga om lepra som arveleg. Fotograf: ukjent. Lepramuseet, St. Jørgens hospital.

VELFERD

Veksten i folketalet, teknologien og kunnskapsdanninga skapte *grunnleggande nye vilkår* for å driva helsearbeid. Den politiske og kulturelle utviklinga gjorde at helse og velferd i løpet av 1800-talet byrja å bli sett på som eit *samfunnsansvar*.

Reformene på 1800-talet gjorde at standssamfunnet

Helselovgjeving på 1800-talet

Fleire lover, særleg frå midten av 1800-talet, var med på å regulera og samordna helsetiltaka. Her er dei mest sentrale:

Sinnssjukelova (1848) gjorde at sinnssjuka blei skild ut som eiga gruppe, dei skulle ikkje lenger vera ein del av fattigpleia. Asyl (sinnssjukelovhus) kunne opprettast etter kongelig resolusjon, og det blei slått fast at institusjonane skulle vera skild frå andre institusjonar. Kjønna skulle avsondrast frå einannan og pasientane skulle delast inn etter kva liding dei hadde. Likevel fekk dei eksisterande dollhusa autorisasjon som asyl. Lova hadde som utgangspunkt at dei ein tidlegare hadde sett på som "galne" var sjuka og at dei kunne behandlast. Legane fekk såleis det overordna ansvaret, kvar institusjon skulle ha ein lege som direktør. Lova blei ståande nesten uforandra til *Lov om psykisk helsevern* kom i 1961.

Sunnhetslova (1860): Eigentleg: *Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme*. Kjernen i lova var oppretting av sunnhetskommisjonar (seinare kalla helse råd) med legane i ein framskoten posisjon i alle kommunar. Hovudformålet til kommisjonane var å jobba sjukdomsførebyggjande gjennom å laga forskrifter mot epidemiar og smittsame sjukdommar. Lova er blitt kalla "Helsevesenets grunnlov".

Lepralovene (1877 og 1885) var påverka av Armauer Hansens oppdaging av leprabasilillen i 1873, og av erkjenninga at sjukdommen kunne vera smittsam. Lova sa m.a. at det var ulovleg å ta spedalske i legd (det vil seia at dei gjekk frå gard til gard) då dette kunne spreia smitte. Ved revideringa av lova i 1885 blei det mogleg med tvangsinnlegging av pasientar som ikkje blei avskjerma i eigne rom i heimen.

gradvis blei avvika. Røysteretten blei utvida, og det kommunale sjølvstyret blei innført i 1837, noko som gav rammer for seinare tiltak, til dømes innføringa av kommunale sunnhetskommisjonar i 1860. Saman med opphevinga av privilegia frå standssamfunnet leia desse prosessane når det gjaldt folkeleg deltaking i politikken til at gamle strukturar blei oppløyst, og at nye band og interessefellesskap blei danna. Slik kan ein forstå kravet om at samfunnet i større grad skulle ta ansvar for velferd og helse som ein effekt av at dei mekanismane som før hadde omslutta folk og ivaretatt den sosiale tryggleiken var i ferd med å forsvinna.

Historikaren Anne-Lise Seip meiner statens sosiale innretning frå 1700-talet til byrjinga av 1900-talet kan delast inn i tre fasar: Først ein regulerings- eller ordensstat (med merkantilismen som økonomisk modell), deretter (frå første halvdel av 1800-talet) ein laissez faire-stat (liberalistisk) og til slutt, frå kring 1870, ein *sosialhjelpsstat*. Medan ein i den liberalistiske staten såg på ansvaret for velferd og helse som eit privat ansvar, erkjente ein i sosialhjelpsstaten at det offentlege hadde ansvar på mange område. I motsetning til i den seinare velferdsstaten var likevel sosialhjelpsstaten basert på at velferdstilboda stort sett var avgrensa til lågare inntektsgrupper, og det offentlege

delte ofte ansvaret med private og frivillige aktørar. Denne delinga er i følgje Seip eit av *kjenneteikna* på sosialhjelpsstaten slik den framsto på slutten av 1800-talet og fram til eit stykke inn i mellomkrigstida.

Det skjedde også ei differensiering og oppsplitting av arbeidsoppgåvene, noko som nedfelte seg i ei oppdeling i fleire typar institusjonar og ein meir finsikta inndeling i ulike grupper med omsorgsbehov. Til dømes oppsto det eit skilje mellom "åndssvake" og psykiatriske pasientar på 1800-talet; dette var grupper som før hadde vore definert mykje i same bås under rubrikken "gale".

Fattiglovgjevinga hadde tidlegare i stor grad også vore "helselovgjeving" men nå blei dette skild ut som eit eige felt. Ein fekk nye lover som gjekk særskilt på helse og som var med på å skapa eit skarpere skilje mellom fattigomsorg og sjukepleie. Seip meiner også det er på feltet helse ein ser at *universalismen*, tanken om at offentlege velferdstilbod skal gjelda alle, blir klarast så tidleg.⁵⁴ Sjukehusa har likevel framleis status som institusjonar for i hovudsak folk frå lågare lag, betrestilte folk blei som regel behandla i heimane. Men sjølv om fattigvesenet betalte for fleirtalet av pasientane ved mange av sjukehusa fram til eit stykke inn på 1900-talet, var statusen til institusjonane på veg opp.

Ei rekke lover som regulerte det sosiale kom til, m. a. nye fattiglover (1845 og 1863) og dei ulike lovane som regulerte helsespørsmål. Det blei likevel ført debattar om i kor stor grad samfunnet skulle gripa inn og regulera det sosiale feltet. Frå liberalistisk hald blei det argumentert for at samfunnet skulle vera forsiktig med å gripa inn på desse felta. Både fattiglovene og Sunnhetslova er prega av å vera kompromiss i denne debatten, noko me skal sjå nærmare på når me nå går frå den generelle sosialpolitikken til helsepolitikken og medisinalvesenet spesielt.

HELSEPOLITIKKEN

I si innstilling frå 1814 skreiv det norske Sundhedsskollegium:

*Hvor vigtig det er for en Stat at have et vel indrettet Medicinalvæsen, hvor stor Indflydelse dette har paa Borgernes Vel og paa Folkeformerelsen, behøver neppe først at bevises.*⁵⁵

Sundhedsskollegiet knytte omgrepet "medicinalvæsen" til etableringa av det medisinske fakultetet, Fødselsstiftelsen og Rikshospitalet; desse institusjonane var tiltenkt ei nøkkelrolle i oppbygginga av eit offentleg helseapparat.

Men desse institusjonane sto ikkje på toppen av eit hierarki, og var ikkje underordna eit heilskapleg og einskapleg administrativt apparat. I den forstand var det berre tilløp til eit medisinalvesen som eksisterte i Noreg ved opninga av Rikshospitalet i 1826, og noko samanhengande og sentralt organisert sjukehusvesen fanst ikkje. Først i 1860 fekk ein eit lovverk som regulerte eit slikt medisinalvesen, eller *sunnhetsvesen* som det kom til å bli heitande.

Etter at det norske Sundhedscollegiet var nedlagt i 1815, var medisinalvesenet lokalisert først i Politidepartementet, seinare (frå 1819) i Kyrkjedepartementet, og deretter i Indredepartementet.⁵⁶ Byråkratiet besto i hovudsak av juristar; då legen Christian Thorvald Kierulf fekk stillinga som ekspedisjonssjef for medisinalkontoret i Indredepartementet i 1858, var han den første medisinen i ei leiande stilling i medisinalvesenet.⁵⁷ Både hæren og marinen hadde sin eigen helseorganisasjon uavhengig av den sivile, til dømes var karantenevesenet lagt til Marindepartementet.

Denne organiseringa av helsevesenet blei debattert. Professor Frederik Holst tok i 1833 til orde for opprettinga av eit Sundhedscollegium og eit samordna medisinalvesen organisert under eit enkelt departement med legar i framskotne posisjonar. Slik ville ein få eit *"Sentralorgan, fra hvilket Alt gaaer ud og til hvilket Alt kommer tilbage"*.⁵⁸ Andre tok til orde for at det lokale apparatet var viktigast og måtte utbyggast først, til dømes gjennom ei styrking av legedekninga. Det ser også ut for at ei styrking av sentralapparatet (i alle fall slik Holst såg det) let venta på seg, medan det lokale helseapparatet voks.

I løpet av 1800-talet styrka helseprofesjonane seg. Både talet på legar og jordmødrer gjekk drastisk opp. Kring 1810 var det berre om lag 50 jordmødrer i Noreg, i 1850 var det blitt heile 500 jordmordistrikt.⁵⁹ Dette innebar at fødslane byrja å bli innordna i eit *medisinsk* apparat – dei blei *medikalisert*.

I 1818 var det 10 000 innbyggjarar per lege, i 1860 5000.⁶⁰ Legeprofesjonen sto framleis svakt i forhold til andre embetsmenn på midten av 1800-talet, men i tillegg til at det blei fleire legar, var det også andre teikn på at yrkesgruppa var i ferd med å konsoliderast: Lokale legeforeiningar blei stifta, legetidsskrift etablert, og den landsomfattande *Den norske lægeforening* blei oppretta i 1886. Christian Thorvald Kierulf var den første legen med ei framtrekande rolle i helsebyråkratiet, og han spelte ei sentral rolle både som ekspedisjonssjef for Medisinalkontoret og i førebuinga av Sunnhetslova av 1860.⁶¹

Parallelt skjedde det endringar i oppfatningane av det offentlege sitt ansvar for helsa. Historikaren Aina Schiøtz meiner koleraepidemiane som herja landet på 1830-, 1840- og 1850-talet, og tiltaka dei tvang fram, hadde ei sentral rolle for oppbygginga av eit moderne helseapparat. Slik

ser ho koleraen som ein *"øyeåpner"*.⁶² Men koleraen er ikkje aleine forklaringa på reformene kring midten av 1800-talet, dei inngår i ei generell nytenking om sosialt arbeid, velferd og statens rolle i ansvaret for folkehelsa.

Før Sunnhetslova i 1860 kom også karantene lov og sinnssjukelov. *Sinnssjukelova* av 1848 hadde sin bakgrunn i ei internasjonal rørsle som i filantropiens namn tok eit oppgjær med den gamle pleien av *"gale"* (i dollhusa). Drivkrafta bak lova var likevel i høg grad Herman Wedel Major (1814-54) som i dag blir rekna som grunnleggjaren



Forsvaret var frå slutten av 1700-tallet ei viktig drivkraft i utviklinga av eit moderne helsesystem. Bildet er av Christiania militære hospital (1807 – rive og gjenreist på Grev Wedels plass i 1984). I dei same bygningane starta også Rikshospitalet opp i 1826. Bilde: Leif Maliks 2006

av norsk psykiatri. Lova nytta omgrepet *"asyl"* og *"helbredelsesanstalt"*, og slo fast at denne typen institusjonar skulle styrast av legar, med asyldirektøren på toppen. Sinnssjukelova førde til at dollhusa endra namn til asyl, og dessutan til oppføringa av eit nytt stort statleg asyl, Gaustad (1855).⁶³ *Karantene lov* kom som eit svar på koleraepidemiane som råka landet etter 1830. Alt i 1831 var det oppretta ein *Central-Commision* for kolera og provisoriske sunnhetskommisjonar som lokalt skulle halda oppsikt, informera og sjå til at forholdsreglane blei oppretthaldne. Karantene lov var ei lovfesting av allereie eksisterande praksis, men ho viser altså ei vilje til lovgjeving når det gjeld helse.⁶⁴

Ei *overordna* lovgjeving for medisinalsaker blei diskutert alt kort etter 1814, men først i 1860 kom ei generell lov, med det fulle namnet *Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme*. Arbeidet med lova var inspirert av førebelse kolera kommisjonar som var danna på 1830-talet, samt av liknande lokale leprakommisjonar. Lovkom-

misjonen såg eit behov for tilsvarande permanente sunnhetskommisjonar fordi *"drøbende Epidemier saavel som stadigt herskende Sygelighed bedst bekjæmpes ved forebyggende Forholdsregler og ved at bekjæmpe Sygdomsaarsagerne"*.⁶⁵ Kommisjonen innrømde at lovregulering på dette feltet kunne medføre innskrenking både når det gjaldt prinsippet om den private eigedomsretten og når det gjaldt den personlege fridomen, og meinte dette best kunne hindrast ved å leggja makta til dei enkelte kommunane, som sjølv skulle laga tilpassa vedtak til dei lokale forholda. Men for at det skulle bli retta merksemd mot dette lokalt, var det naudsynt å oppretta eigne organ, permanente "Sundhedscommissioner". Sunnhetskommissjonane skulle bestå av distrikslege (eller stadslege), samt representantar frå formannsskapet. I byane skulle også byingeniøren vera med. Det blei understreka kor viktig det var at legane var representert, og at dei fekk ein sentral posisjon og særskilt blei høyrte på.⁶⁶

Sunnhetslova gav altså eit rammeverk for helsevesenet lokalt der sunnhetskommisjonane (seinare kalla helseråd) var grunnsteinen. Slik blei det lokale initiativet sett i høgsetet, Sunnhetslova blei ei rammelov som ein *lokalt* lagde vedtekter på bakgrunn av. Ei omfattande reform av *sentraladministrasjonen* skjedd derimot ikkje.

For det generelle sunnhetsvesenet gjaldt altså prinsippet om at ansvaret låg hos lokale styresmakter ved sunnhetskommisjonane og kommunane. Når det gjeld dei somatiske sjukehusa var både amt (seinare fylke) og kommunar initiativtakarar, eigarar og finansierte drifta, utan at sjukehusbygginga blei omfatta av sunnhetslova. Dette prinsippet var i tråd med liberalistiske verdiar om at staten nødig skulle gripa inn på for mange felt. Sinnsjukevesenet derimot var styrt etter klarare reglar, og det blei også etablert fleire statlege institusjonar. Det same gjaldt omsorga for dei spedalske. Truleg har dette samanheng med at det her gjaldt grupper som i utgangspunktet hadde vore avsondra frå "vanlege" folk, og at meir omgripande reguleringar såleis var mogleg også innanfor eit liberalistisk tankesett.

På 1800-talet byrja ein å interessera seg for *lepra* som ein sjukdom som kunne førebyggast og behandlast, noko som innebar eit brot med det lagnadstunge skjæret som hadde omslutta denne lidinga gjennom mange hundreår. Tiltak blei sett i gang alt på 1840-talet og fleire institusjonar blei danna. Dessutan blei generelle tiltak sett i gang på 1850-talet, som oppretting av ein eigen overlegestilling for lepra, etableringa av eit sentralt lepraregister og oppretting av lokale sunnhetskommisjonar i distrikt der lepra var utbreidd.⁶⁷ I etterkant av bergenslegen Gerhard Armauer Hansen si oppdaging av leprabasillen i 1873, kom lovgjeving på feltet som føresette at det var ein smittsam sjukdom. Først kom ei lepralov i 1877, seinare ei revidering frå 1885, då med føresegnar om mulighet for tvangsinnlegging.

Politikken kring lepra og sinnssjuka viser altså at ein her var meir villig til å laga eit lovverk for institusjonalisering enn når det gjaldt andre somatiske sjukdommar. Ei av dei

største helsetrugslane på slutten av 1800-talet var tuberkulosen, og her ser ein også korleis lovgjeving for institusjonalisering blei løysinga. Tuberkuloselova av 1900 var eit "pionerarbeid" internasjonalt sett, og danna mønster for lovgjeving i andre land. Sjølv om tuberkulosen som dødelig sjukdom nådde toppen ved hundreårsskiftet, var det særleg dei første tiåra av 1900-talet bygginga av sanatorium og tuberkuloseheimar skaut fart.

Slik låg eit nytt apparat klart i Noreg på slutten av 1800-talet, eit sunnhetsvesen, som femna vidare enn det medisinalvesenet ein snakka om på første halvdel av hundreåret. Samtidig voks det fram nye sjukehus, og sjukehusa blei omorganisert.

Institusjonane

1800-talet er perioden då sjukehuset som institusjon byrja å få ein høgare status, trass i seigilva band til fattigvesenet. Etter 1814 blei det sett på som ei nasjonal oppgåve å få reist eit sentralt sjukehus: Rikshospitalet. Bortsett frå dette var dei somatiske sjukehusa ei oppgåve for lokale og regionale styresmakter på 1800-talet.

1814 OG RIKSHOSPITALET

I 1814 skreiv det norske Sundhedscollegiet:

*Efter Adskillelsen fra Danmark savner Norge nu et Hospital, hvortil enhver Indvaaner kan have Adgang med Sikkerhed om, at han i ualmindelige eller betydelige Sygdomstilfælde kan finde saadan Hjælp, som han enten aldeles ikke eller dog kun med megen Vanskelighed og Bekostning kan have i sit Hus, - hvor de unge Læger under Veiledning af duelige og erfarne Mænd kunne gives Leilighed til anvende den Theori, som de have samlet ved Universitetet, og erholde saadan praktisk Øvelse, at de med Tillid kunne udøve deres vigtige Kald.*⁶⁸

Konklusjonen var at ein trong eit allment, sentralt sjukehus med 150 sengeplassar og ein fødselsstiftelse med 30 plasser. Kollegiet var nedsett i 1809, som følgje av den prekære situasjonen i samband med isolasjonen under Napoleonskrigane. Det hadde ei dobbel grunngjeving for opprettinga av desse institusjonane, dei skulle både vera garantiar for at det fanst profesjonelle behandlingstilbod for trengande, og tena som stader for undervisning og praksis for studerande jordmødrer og medisinarar.⁶⁹

Første trinnet i etableringa av Rikshospitalet var ombygging av Militærhospitalet på Hammersborg (der dagens regjeringskvartal er), tatt i bruk til det nye formålet i 1826. Det gamle Christiania Civile Sygehus blei samtidig tatt i bruk som Rikshospitalets avdeling for kjønnsjukdommar og radesjuke. Fødselsstiftelsen var etablert som institusjon i 1818, men først i 1837 flytta han inn i eit bygg reist spesielt for formålet.⁷⁰ I 1842 fekk hospitalet ein ny hovudbygning, og to år seinare var heile drifta samla på Hammersborg.⁷¹ Dette anlegget viste seg snart for lite, og etter fleire år med diskusjonar, opna eit nytt anlegg ved Pilestredet i 1883. Den eldste delen av Rikshospitalet

(Militærhospitalet) blei rive i 1962, men gjenreist på Grev Wedels plass i 1984.

DEI SOMATISKE SJUKEHUSA: "LOKALISME"

Rikshospitalet står i ei særstilling blant dei generelle somatiske sjukehusa, både ved at det var statleg og ved at ein sentral del av verksemda var knytt til forskning og til utdanninga av medisinarar. Sjukehusutviklinga på 1800-talet kan elles karakteriserast av omgrepet *velferds-lokalisme* – som historikaren Tore Grønlie nyttar for å karakterisera ei utvikling der sjukehusa blei etablert av lokale krefter.⁷² Omgrepet femnar både private sjukehus, kommunale sjukehus og sjukehus eigde av amt (fylke) og frivillige organisasjonar. Dette står i kontrast mellom anna til psykiatrien der staten gjekk inn både som eigar av fleire institusjonar, og som organisator gjennom retningslinjer for etableringa av amtsvise asyl. Her vil me nytta lokalisme om sjukehusutviklinga på heile 1800-talet, sjølv om Grønlie opphavleg nytta det for å beskriva utviklinga frå 1890 og utover på 1900-talet.

I medisinalstatistikken frå 1830-talet opererte ein med følgjande tre institusjonstypar: "Almindelige Sygehuse"; "Bestemte for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme" og "Dollhuse". I 1834 var det ti av den første typen, 18 av den andre og tre dollhus.⁷³ Inndelinga er prega av at mange av sjukehusa blei etablert som eit resultat av radesjuka frå slutten av 1700-talet (sjå kap. 3). Denne kategorien forsvann frå statistikken på 1840-talet, men dei same sjukehusa heldt fram med å eksistera. Dette heng saman med at institusjonen ganske enkelt blei definert på ein annan måte, og det hang utvilsamt også saman med at radesjuka som kategori var i ferd med å forsvinna.

I 1847 var kategorien for veneriske sjukehus borte frå

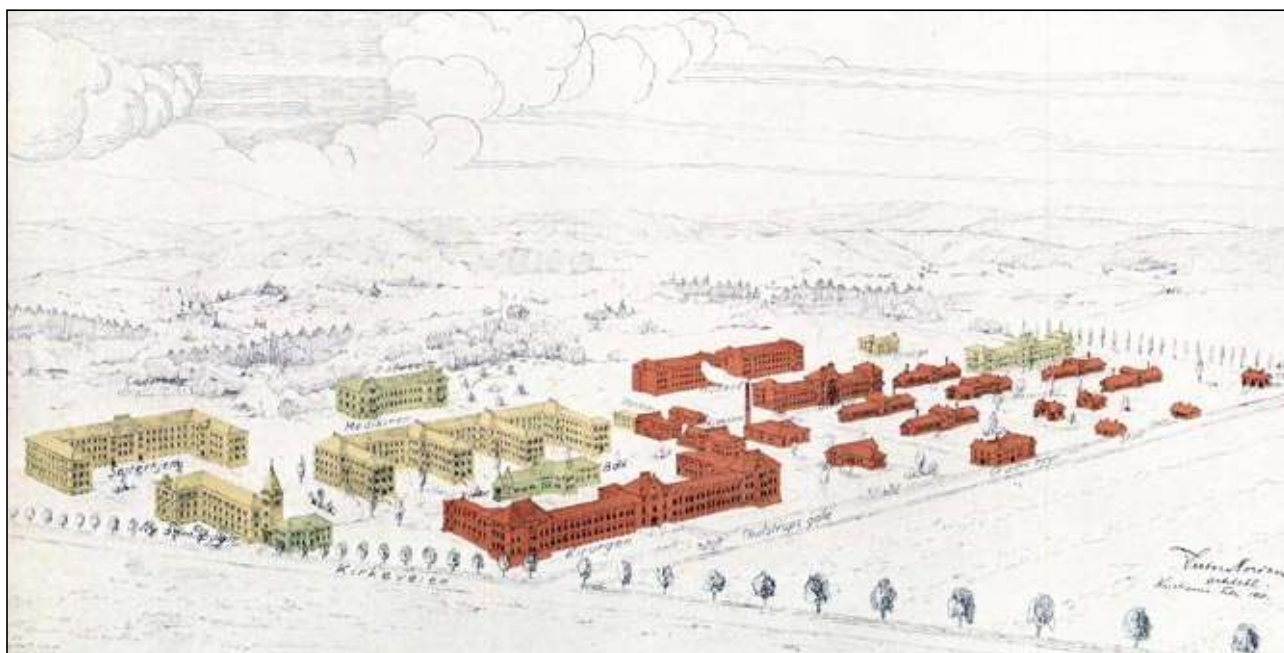
statistikken, noko som hang saman med forvitringa av radesjuka som sjukdomskategori, og ein ny organisering av sjukehusa. Mange av dei veneriske sjukehusa hadde fungert meir som pleieheimar, men fleire av dei gjekk over til å bli generelle og moderniserte amtssjukehus. Tabell 1 viser talet på sjukehus mellom 1847 og 1899.

Tabell 1: Generelle somatiske sjukehus 1855-1895 (talet på sjukehus nemnd i medisinalstatistikken)⁷⁴

Statlege sjukehus ikkje medrekna.

	Amt	Komm.	Fiskeri-sjukehus	Andre	Militære	Sum
1855	11	7		1		20
1865	18	12			5	35
1879	18	14	7	1	5	45

Dei siste tiåra av hundreåret er det ikkje større endringar på talet sjukehus i medisinalstatistikken (den største endringa er at talet på militærsjukehus går ned). Av tabellen ser me at amtssjukehusa og dei kommunale sjukehusa (i all hovudsak i bykommunar) var den største kategorien av sjukehus. Fleire av sjukehusa var likevel samlokaliserte, slik at eit sjukehus oppført som amts-sjukehus i statistikken, ofte i praksis betydde at amtet betalte for å leggja inn pasientar i eit bysjukehus. Statlege sjukehus er Rikshospitalet, seinare dukkar også statlege leprasjukehus opp (sjå eige underkapittel). I 1855 er også oppgitt eit sjukehus tilhøyrande Helgeland fogderi, og i 1879 er Diakonissehuset i Oslo kome med (det opna i 1868). I tillegg må ein rekna med at det finst sjukehus og hospital som ikkje er komne med i medisinalberetnin-



Ullevål sykehus, planen av 1911. Til høgre i biletet ser ein første trinn i utbygginga der låge og spreidde trebrakker, omgjevne av vegetasjon, skulle vanskeleggjera spreinga av smitteberande dunster. Merk òg dei ulike forhølda i storleik mellom første del og seinare deler. Bilde: Tegning av Victor Nordan. Klaveness 1937.

Tabell 2: Forpleiingsdagar ved sjukehusa
Medrekna Rikshospitalet.

	Forpleiingsdagar	Folketal	Forpleiingsdagar per innb
1865	347 795	1 678 510	0,21
1895	561 575	2 068 848	0,27

gane. Hovudinntrykket er at kommune og amt er dei store sjukehusbyggarane på slutten av 1800-talet. På byrjinga av 1900-talet blir bildet supplert ved at det blir etablert fleire i regi av ideelle organisasjonar og andre ikkje-offentlege aktørar, men det er framleis amt og kommune som er drivkreftene når det gjeld somatiske sjukehus. Talet på forpleiingsdagar fortel oss noko om korleis sjukehusa fekk større kapasitet.

For å få eit betre bilde av sjukehusa si verksemd på 1800-talet, kan me til dømes sjå nærmare på *Trondhjems borger-*

lige Sygehus. I 1817 hadde *byen* overtatt institusjonen frå stiftelsen som før hadde finansiert drifta, og drifta blei frå då av finansiert ved ein eigen sjukehussskatt. Sjukehuset hadde ingen eigen lege før på midten av hundreåret; offentlege legar delte på å visitera. Sjukehuset sorterte administrativt under Fattigkassa til det på 1840-talet gjekk over til å vera det historikaren Svein Carstens kallar "a municipally owned company", der pasientane skulle betala ein viss sum for å takast opp (ofte betalt av fattigkassa). Først i 1845 fekk sjukehuset sin første overlege, samt ein assistentlege. Både Søndre og Nordre Trondhjems Amt (Trøndelagsfylka) si sjukehusverksemd besto i periodar i at dei leigde rom i byens sjukehus.⁷⁵

Sjukehuset i Trondheim illustrerer nokre trekk ved sjukehusutviklinga på 1800-talet. Det gjekk frå å vera ein del av fattigvesenet til å bli ei sjølvstendig administrativ eining, det gjekk frå å vera betjent av pleiarar til å få fast tilsette legar og endringane i administreringa av sjukehuset var drive fram lokalt, ikkje av ein sentral politikk. Slik er det eit døme på velferdslokalisme.

Fiskerisjukehus

Dei somatiske sjukehusa voks i hovudsak fram på lokalt initiativ og etter lokale behov. Eit døme på dette er dei såkalla fiskerisjukehusa langs kysten. Sesongfiskeria, med konsentrasjon av mange menneske på liten plass, og dårlege sanitære forhold, var som skapt for spreiding av epidemiske sjukdommar. I fiskeridistrikta blei det midt på 1800-talet tilsett egne legar og etablert egne sjukehus som blei nytta i sesongane. Dette kunne vera alt frå rom som blei leigd, mindre sjukestover til egne hus reist til å ta i mot fiskarar i sesongane langs kysten på Vestlandet og i Nord-Noreg. Fleire av dagens sjukehus har bakgrunn som fiskerisjukehus.

Eit døme er sjukehuset i Haugesund. Byen fekk bystatus så seint som i 1854, men på grunn av vårsildfisket voks den raskt, og i fiskerisesongen blei innbyggartalet mangedobla. Vårsildavgiftfondet var oppretta som eit fond for fiskarane sin velferd, og reiste i 1868 ein to etasjars trebygning til fiskerisjukehus i Haugesund. Dette bygget blei den første tilhaldsstaden for det kommunale sjukehuset som blei etablert seinare i hundreåret.

I Nordland ser det eldste fiskerisjukehuset ut til å ha vore i Svolvær, oppretta i 1837. I løpet av hundreåret kom det slike sjukehus i 8-10 av fiskeværa i Vesterålen og Lofoten, samt i fiskeværa Åsvær og Skibåtsvær på Helgelandskysten. Av fiskerisjukehusa i Nordland er det berre Stamsund/Steine, Kabelvåg, Sørvågen som ein veit står i dag. Fiskerisjukehuset i Lofoten (Buksnes) var grunnlaget for det seinare Lofoten sjukehus.

I medisinalberetningane er følgjande sjukehus nemnd under rubrikken fiskerisjukehus (ein eigen rubrikk i statistikken frå 1867 og framover; fleire av dei eksisterte berre i nokre få år): Skudenæshavn, Haugesund, Espevær, Florø, Vaagen, Brevig, Maasø, Gamvig, Vardø, Reine, Stene, Kabelvaag, Henningsvær, Skraaven, Skjoldehavn (Sortland), Skjærvø, Hasvaag, Holmenvær og Værø.

Kjelder: Bjørnvik 2001, Carlsson 1989, Nordstrand 2003.

Særlege offentlege tiltak retta mot dei som drev fiske har eksistert sida 1790-talet. På dette bildet frå 1960-talet får ein fiskar pleie om bord på hospitalskipet Elieser.

Bilde: Fotograf Kristian Kanstad. Lofotmuseets bildesamling.



Sjukehusa var på byrjinga av 1800-talet prega av at pasientane stort sett var plassert av fattigvesenet og blei ikkje sett på som ein eksklusiv stad å utøva medisin, verken av legar eller pasientar (rikare pasientar tok i mot lege i heimane). Jens Andreas Holmboe som var overlege ved Bergen kommunale sjukehus frå 1863 karakteriserte til dømes sjukehuset i byen som *"aldeles uhensigtsmæssigt og næsten ubrugeligt og ga et saa ynkeligt, fattigt og sjofelt Præg, at det hele Anlæg gjorde et lurvet, ja næsten væmmeligt Indtryk"*.⁷⁶ Dette endra seg fram mot hundreårsskiftet: sjukehusa fekk ein heilt annan status, legar blei i mykje større grad fast tilsette, og ryktet til sjukehusa blei betre.

I Christiania blei funksjonane til byens sjukehus overført til Rikshospitalet i 1826 ved at byen var sikra eit visst tal sengeplassar der. I 1859 blei denne ordninga avløyst ved at Kroghstøtten blei opna som byens eige sjukehus. Byveksten gjorde at ein trong eit større sjukehus, og i 1887 sto første byggetrinn på Ullevål klart.⁷⁷

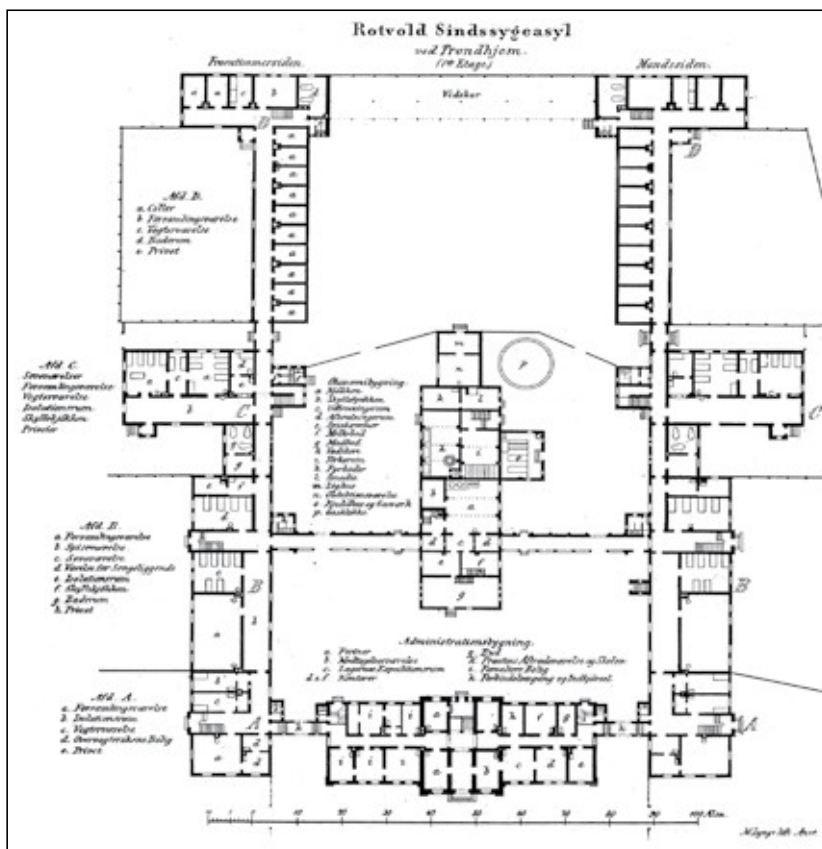
I Bergen kom ikkje tilsvarende nyanlegg før Haukeland sjukehus sto ferdig i 1912. I mellomtida blei Bergen sivile sjukehus utvida ved påbygg, ved overtaking av det tidlegare leprasjukehuset Lungegaardshospitalet i 1894, og ved oppføring av ein desinfeksjonsanstalt ("Lasarettet") i 1891. Integrert i sjukehuset var dollhuset og mentalsjukehuset, men desse blei fråskilt som følge av sinnssjukelova i 1848. Pasientar blei også tatt i mot frå amta Søndre og Nordre Bergenhus (Hordaland, Sogn og Fjordane) ved at amta betalte for å leggja inn pasientane ved byens sjukehus.⁷⁸

Utviklinga i Nordland er eit anna døme på korleis lokale initiativ skapte sjukehusutviklinga. Det Nordlandske Medicinalfond var basert på avgifter frå fiskeriprodukt og dekkja reising og drift av det første sjukehuset, som låg ved Bodøsjoen.⁷⁹ Fondet dekkja også seinare nybygg i Bodø (1832 og 1881), og i tillegg var kommunane og amtet aktørar. Samspelet mellom fleire aktørar på lokalt og regionalt nivå styrte utviklinga.

SJUKEHUSARKITEKTUREN: PAVILJONGAR OG KORRIDORAR

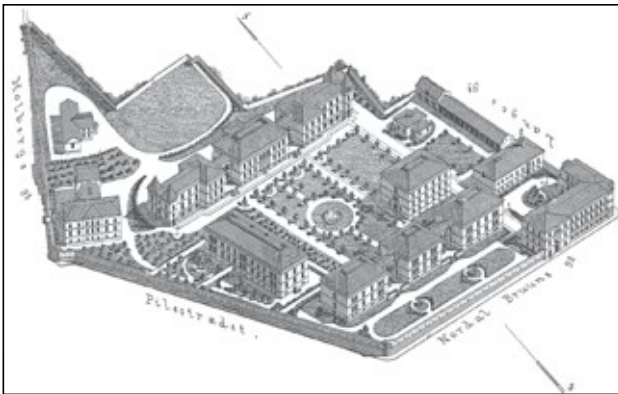
I tråd med opplysningstida voks det fram nye tankar om sjukehusbyggeri på 1700- og 1800-talet.⁸⁰ Frederiks hospital i København (1757) var i barokk stil med opne salar (utan korridorar), men omtrent samtidig voks det fram ideal om paviljongar og korridorsystem som braut med denne typen struktur.

Hôpital Lariboisière i Paris (1846-54) innebar eit gjennombrøt for *paviljongsjukehuset*. Paviljongane (tre-etasjars bygningar med sjukesalar) låg langt frå einannan og var bunde saman av ein søylegang. Dette blei ein viktig modell på 1800-talet. Den andre viktige modellen var *korridor-systemet*, slik det til dømes kjem til uttrykk i *Kommune-hospitalet* i København. Dette blei oppført i åra 1859-63, og er basert på gjennomgåande sidekorridorar Nybygget ved Rikshospitalet frå 1842 var ikkje inspirert av nokre av desse systema: Dette hadde m.a. midtgangar, noko som i samtida blei framheva som ei ulempe i det korridorane var mørke, tette og samla opp "dårleg" luft.



Planteikning for Rotvold Sindssygeasyl utenfor Trondheim. Hospitalet var ferdig i 1872, og var oppført etter det såkalla "korridorsystemet" med sidegåande korridorar.

Paviljongsystemet og korridorsystemet skulle komma til å ha stor innverknad på sjukehusbygginga på 1800-talet. Stilmessig var første del av hundreåret prega av klassisisme og empire, seinare følgde *historismen* der stilartar frå tidlegare tider blei ”gjenoppdaga” og gitt nytt innhald (til dømes nygotikk, nyrenessanse og nybarokk). Bygningar i tre var ofte bygd i den såkalla ”sveitsarstilen” med store tak og tredekor. Når det gjaldt det funksjonelle hadde teoriar om smitte og sjukdomsførebygging mykje å seia for utforminga. I praksis hadde miasmeteorien her innverknad også ei tid etter at han var forkasta vitskapleg sett. Etter miasmatiske prinsipp skulle bygga ligga tørt, høgt, fritt og i le for vinden. Fuktig grunn var bannlyst i det ein såg rota jord som årsak til dunster som kunne framkalla sjukdom. Dessutan la ein vekt på planting av



"Det nye Rikshospitals anlæg" anno 1883. Anlegget var svært gjennomtenkt og godt planlagt. Øvst til venstre, liggande litt for seg sjølv, ser ein t.d. den såkalla tyfusbrakka. Bilde henta frå Festskrift til Det Kongelige Frederiks universitet 1811–1911 (1911).

tre rundt sjukehusa, samt på lys og ventilasjon. Ein slik tankegang fremma paviljonghospitalet medan det talte mot det gamle kompakte sjukehusbygget.

Kroghstøtten sykehus i Christiania var bygd med omsyn til enkelte av desse hygieniske forholda. Men det var først det nye Rikshospitalet og særleg Ullevål sjukehus (1887) som representerte gjennombrøtet for ei planlegging der medisinsk kunnskap og bygningskompetanse var integrerte. Det nye Rikshospitalet som sto ferdig i Pilestrødet i 1883, var delvis organisert etter paviljongprinsippet.



Kroghstøtten sykehus opna som hovudstaden sitt "eige sjukehus" i 1859, sjølv om dei fleste plassane i komplekset var reservert fattiglemmane i byen. Bygget er i historiserande, nygotisk stil, og fasaden er i raud teglstein. Arkitekten var Christian Heinrich Grosch (1801–1865), som elles teikna mange bygningar i nyklassisistisk stil i Christiania på 1800-talet. I dag ligg ein del av legevakta i dette bygget. Bilde: Halvor Vreim. Riksantikvaren.

Diakonirørsla – sjukepleia på 1800-talet

Pleia ved sjukehus var tradisjonelt ei oppgåve for kvinner utan særskilt utdanning, ofte enkler med bakgrunn frå dei lågare sosiale laga. Desse blei kalla "gangkoner", "våkekoner" eller "oppvartersker".

Opprettinga av diakonissehuset i Christiania i 1868 blir ofte sett på som byrjinga på historia om den moderne sjukepleia i Noreg. Denne institusjonen var driven av indremisjonen i hovudstaden, og finansielt basert på private gåver. Frå starten skulle han ta seg av sjuke frå dei fattige sjukta i byen samt trå til med personale ved epidemiutbrot. Frå 1888 etablerte den seg på Lovisenberg, der det i 1895 sto klart eit nytt stort sjukehus.

1890 blei Det Norske Diakonhjem grunnlagt med Lutherstiftelsen som eigar og med pleie av eldre menn som oppgåve. I 1900 flytta det inn på Vinderen der institusjonen held til i dag med sjukehus og høgskule.

Diakonirørsla var del av eit auka sosialt medvit i kyrkjelege krinsar. Engasjementet hadde ei sterk rolle som motivasjon for danninga av indremisjonsforeiningar, sjølv om *utgangspunktet* for pietismen og dei lågkyrkjelege rørslene, var den religiøse omvendinga.

Impulsane kom i hovudsak frå Tyskland der det på 1830-talet blei oppretta både diakonisse- og diakoninstitusjonar. Sjukepleia som fag var kjenneteikna av ein sterk kallsetikk til langt ut på 1900-talet, og Florence Nightingale som drog til Krimhalvøya i 1854 for å pleie sjuke under krigen blei eit av dei store forbilda. Dei gamle gangkonene var av proletær bakgrunn, men med diakonirørsla og den moderne sjukepleia blei faget eit alternativ for unge menneske frå borgarskapet. I Noreg var diakonissene nesten einerådande blant sjukepleiarane på 1800-talet, først kring år 1900 kom eit breiare spekter av utdanningar og institusjonar for sjukepleiarar.

Kjelder: Wyller 1990, Stave 1990.



Lovisenberg diakonale sjukehus i Oslo. Då Diakonisseanstalten blei etablert i 1868 var tilhaldsstaden Kommunalgården, også kalla "Asylet", på Grønland. Institusjonen fekk ein 69 mål stor eigedom på Lovisenberg i gåve, og det første byggetrinnet av det nye sjukehuset var ferdig i 1895, med Victor Nordan som arkitekt. Lovisenberg Diakonale Sjukehus AS er i dag det største private sjukehuset i Noreg og eigar er dei diakonale stiftelsane Menighets-søsterhjemmet og Diakonissehuset Lovisenberg. Sjukehuset har driftsavtale med Helse Øst RHF.

Bilde: Riksantikvaren.

Bad, kurbad

Det er ei oppfatning frå uminnelege tider at drikking frå særlege kjelder eller bading i særlege typar vatn er helsegjevande. På 1800-talet og byrjinga av 1900-talet oppsto større fokus på hygiene og bygging av bad, anten det var kurbadeanstaltar, offentlege bad med dusj og badekar eller skulebad.

I løpet av 1800-talet blei det fleire stader etablert kurbad. Sandefjord bad opna i 1837, St. Olavs bad på Modum 1857, Grefsen Vandcuranstalt same året og Hankø bad i 1877. Som institusjonar kan dei samanliknast med høgfjells-sanatoria som blei etablert før år 1900. "Pasientane" var folk frå borgarskap og overklasse, og opphalda oppfylte behov for kvile og ro i like stor grad som helseformål i strengare forstand.

Då folkehelse blei sett på saksorden på slutten av 1800-talet, blei også badesaka viktig. Det blei bygd bad både av kommunar og private, og skulebad spelte ei viktig rolle i dette arbeidet. På 1920-talet blei dette utvikla vidare til svømmebad mange stader med skulane i fremste rekke. Ved sjukehusa i byane blei badet eit viktig element. Bergen kommunale sykehus fekk til dømes bad kring 1840, og det kunne også nyttast av befolkninga i byen mot betaling.

Kjelder: Mykleby 2000, Pihl 2001: 20.



Sarpsborg bad var eit typisk uttrykk for tidas syn om at befolkninga skulle ha tilgang til fasilitetar som kunne hjelpe til med å betra hygien.
Bilde: Ukjent fotograf. Riksantikvaren.

Bygga var i nøktern klassisisme, og medisinarar hadde vore sterkt inne i planleggingsprosessen.

Epidemiavdelinga som var første byggetrinn på Ullevål, ferdig i 1887, var ein meir heilstøypt variant av paviljongsystemet. Fire sjukepaviljongar utgjorde kjernen i anlegget. Dette var trehus i ein etasje med toetasjars midtparti i mur, utført i enkel sveitsarstil. Det var lagt vekt på ventilasjon og luft: Vindauga var plassert nær hjørna for å "udlufte døde hjørner", og ventilasjonstårn ("miasmetårn") blei plassert i hagen mellom husa, luft blei ført inn til paviljongane gjennom underjordiske kanalar. Parkanlegget var også nøye planlagt og hekkane hadde som funksjon å beskytta mot dårleg luft utanfrå og mellom paviljongane.

Seinare utbyggingar gjekk bort frå det reine paviljongsystemet. Større bygg med korridorar var meir praktiske, og etter introduksjonen av antiseptikken og bakteriologien blei det ikkje lenger oppfatta som nødvendig med stor avstand mellom bygga. Kunsthistorikaren Wenche Louise Nielsen påpeiker såleis at sjølv om antiseptikken og bakteriologien fekk vitskapleg gjennomslag på 1880-talet, var det på 1890-talet dei gav seg utslag i nye arkitektoniske løysingar. Konsentrasjon av bygga blei igjen aktuelt. Likevel heldt ein fram med å vektlegga ein del element som hadde stått sentralt under miasmeteoriens regime: rekreasjonsområde, luft og lys.

Eit omslag i synet på dei somatiske sjukehusa var på veg. Dei var i ferd med å bli skarpare skild frå andre institusjonar (som asyl, aldersheimar etc.), og skarpare skild frå fattigvesenet. Rikshospitalet sitt nye anlegg og Ullevål sjukehus var dei fremste uttrykka for sjukehusbygg etter

tidas ideal med både arkitektonisk, ingeniørmessig og medisinsk kompetanse som viktige faktorar i planlegginga.

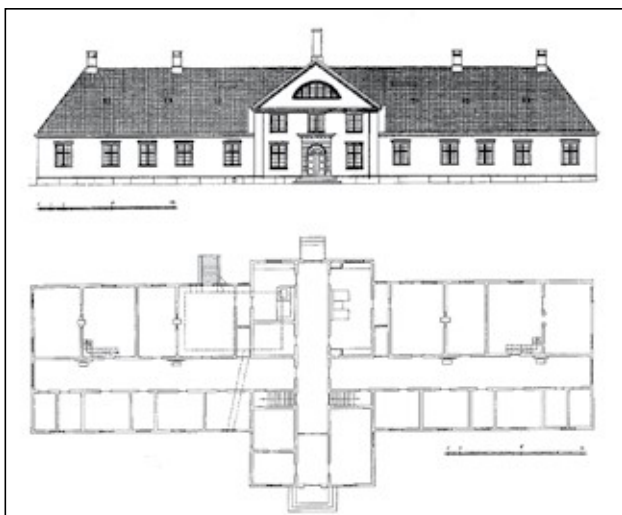
Sjukehusbyggeriet i resten av landet ser ut til å ha vore prega av mangfald. Både i Trondheim og Bergen var det planlagt store sjukehus ved hundreårsskiftet. Dei fleste sjukehusa i landet var framleis små og mange stader tok ein i bruk bygg som opphavleg var reist til andre formål.

PSYKIATRIEN: FRÅ DOLLHUS TIL ASYL

Med sinnssjukelova av 1848 forsvann dollhuset ut av medisinalstatistikken. Nemninga "asyl" kom i staden, og i 1854 var det nemnd seks slike i medisinalstatistikken: *Christiania, Oslo* (ved Oslo hospital), *Christiansands, Stavangers, Bergens* og *Trondhjems*.⁸¹ Brotet var likevel ikkje definitivt: Alle desse institusjonane hadde før vore dollhus, men var blitt godkjent som asyl i kjølvatnet av sinnssjukelova. Fysisk var såleis dollhuset i Kristiania i drift fram til 1908, i Trondheim til 1921, og i Bergen var det offentlege mentalsjukehuset i verksemd til Neevengården asyl (seinare Sandviken) opna i 1891.⁸²

I Bergen hadde "Mentalsygehuset" blitt reist alt i 1833, ved sida av det gamle dollhuset. Brotet med cellepreget ved dollhuset gjorde at dette kan sjåast på som eit av dei tidlegaste asyla i landet. Mentalsjukehuset var administrativt integrert i det sivile sjukehuset, og dei låg på same området på Engen. Først som følgje av Sinnssjukelova av 1848 blei dei skilde frå ein annan organisatorisk.⁸³ Slik innførte lova eit skilje mellom somatisk sjuke og psykisk sjuke som hadde vore mindre klart før.

Ei direkte oppfølging av intensjonane i sinnssjukelova



Tronka – "Pleiestiftelsen for sindssvage Mennesker" i Trondheim. Arkitekt Høegh og pastor Lammers var i perioden 1836-42 ansvarlege for utforminga av den vakre bygningen som skulle vere ein stad for læking og ikkje berre prega av innesperring. Dårleg økonomi sørgde likevel for at fengselspreget varte ved. Bilde: Henta frå Trønderske trepaléer [...] (Kavli, 1966).

kom med opprettinga av Gaustad asyl som statsasyl i 1855. Det var også det største sjukehuset *overhovudet* i Noreg på 1850-talet: med 300 sengeplassar slo det både Rikshospitalet og leprasjukehuset Pleiestiftelsen i Bergen.⁸⁴ Gaustad dominerte såleis blant dei norske asyla: i 1858 hadde det nesten 78 000 behandlingdagar, det nest største var "Tronka" eller Trondhjems asyl med 23 621.⁸⁵ Derfor blei det eit naturleg sentrum for norsk psykiatri, undervisninga for dei medisinstuderande føregjekk her og direktøren fekk i følgje psykiatrihistorikaren Svein Atle Skålevåg "en slags primas-posisjon i norsk psykiatri".⁸⁶

Eldreomsorg

Hospital og stiftelsar var frå gammalt av rekna for både sjuke menneske og for eldre menneske som ikkje klarte seg sjølv eller hadde familien å falla tilbake på. Fleire av stiftelsane var særskilt rekna for eldre, til dømes Stranges stiftelse i Bergen frå 1609 som skulle ta i mot eldre enker eller ugifte kvinner. Ein del av stiftelsane var òg mynta på tidlegare formuande, eller som grunnleggjaren av Thomas Angells hus i Trondheim formulerte det i 1770: for slike som "værende af Fødsel fornemme, men som hadde sunket ned i fattigdom".

På 1800-talet voks det fram fleire aldersheimar eller gamleheimar drivne i regi av kyrkjelydar og kommunar. Særleg på 1900-talet, var også frivillige organisasjonar som Røde-krossen viktige, men òg heimar som knytta seg til særlege yrkesgrupper, til dømes sjøfolk, eller grupper med særlege problem, til dømes døve og blinde.

Folketrygdlova av 1966 gjorde det mogleg for mange eldre, og eldre med særlege problem, å klara seg sjølv i høgare grad. Det er generelt ein sær stor variasjon blant dei bygningar som er oppførte spesielt for dei eldre, frå koselege hagebyar som Eugen Hansens små hus i Oslo (1927), til meir omdiskuterte anlegg som Økern aldershjem (1955) av Sverre Fehn og Geir Grung. I Bergen blei til og med "De gamles by" oppført i 1954 for å råda bot på dei dårlege boforholda for mange eldre.

Institusjonaliseringa av alderdommen har særleg skote fart dei siste 30 åra, det har vore vanleg at dei siste åra av alderdommen har vore i institusjonar (anten aldersheimar eller sjukeheimar). I dag er Noreg landet med flest institusjonsplassar i Skandinavia, i forhold til nabolanda er det relativt færre omsorgsbustader og ei mindre heimeteneste

Kjelder: Daatland, Svein Olav (red.). 1997, Harris 2003a, Maliks 2005.



Gaustad statsasyl opna i 1855 i landlege omgjevnader og blei raskt det største sjukehuset i landet. Asylet var eit resultat av sinnssjuklova av 1848 og kan seiast å vere det første moderne psykiatriske sjukehuset i Noreg. Bilde: Hermann Christian Neupert (1875). Riksantikvaren.

Asylet si stordomstid som institusjon byrja for alvor først dei siste tiåra av 1800-talet, med oppretting av fleire asyl, og med stadig fleire legar som spesialiserte seg som psykiatrar. Forutan Gaustad blei to andre statsasyl opna på andre halvdel av 1800-talet, Rotvoll i Trondheim (1872) og Eg i Kristiansand (1881). To private asyl i Bergen opna også: Dr. Rosenbergs (1862) og Møllendals (1865). Men parallelt med asyla eksisterte privatpleia, det vil seia at psykiatriske pasientar blei tatt hand om i familiar, ofte på landet, og eit større tal pasientar blei behandla slik også eit stykke ut på 1900-talet.⁸⁷ I tillegg blei ein del pleidde ved dei somatiske sjukehusa.

Dei større nybygde asyla var altså statlege, medan dei eldre tidlegare dollhusa hadde vore, og heldt fram med å vera, kommunale etter at dei hadde fått autorisasjon som asyl. Neste bølge av asylbygging byrja på 1890-talet og då var det i hovudsak amta som var utbyggjarar. Neeven-gaarden asyl i Bergen (seinare Sandviken sjukehus) blei etablert som kombinert kommunalt asyl for Bergen og amtsasyl for Søndre Bergenhus (Hordaland). I tiåra etter blei mange nye asyl oppretta, i hovudsak amtsasyl, men også kommunale og eit statsasyl (Rønvik i Bodø).

Dei nybygde asyla fekk ein del særtrekk, både som institusjonstypar og arkitektonisk. Dei fleste blei lagt eit godt stykke frå tettbygde strok, og dei blei bygde opp som sjølvforsynte samfunn med gardsdrift som både skulle sørga for inntekter og forsyning, og skulle fungera som terapeutisk arbeid.

Sinnssjukepolitikken viser ein aktiv stat, både som tilretteleggar gjennom lovgjeving, og gjennom oppretting av statsasyl, noko som står i kontrast til den desentraliserte utviklinga innan somatikken. Men også når det gjaldt lepra var staten aktiv.

LEPRA: STATEN TAR ANSVAR

I eit europeisk perspektiv var lepra ein sjukdom på tilbakehog på 1800-talet, men i Noreg hadde han framleis ei merkbar utbreiing.⁸⁸ På initiativ frå regjeringa blei det derfor bygd eit forskningssjukehus i Bergen, Lungegaardshospitalet, som sto ferdig i 1849. Ein større statleg institusjon, Pleiestiftelsen no. 1, blei også bygd i Bergen og opna i 1857. I 1861 kom det statlege leprasjukehus i Romsdal amt (Reknes) og i Trondheim (Reitgjerdet). Reisinga av desse institusjonane gjekk klart inn i statens vilje til å ta fatt i lepraproblemet, og dei hadde både pleie, avskjerming og ikkje minst forskning som formål

Desse leprasjukehusa hadde visse likskapar med asyla: Dei var bygd som avskjerma institusjonar, og dei var rekna for ei gruppe pasientar som det var relativt lett å argumentera for at samfunnet måtte verna seg mot (både utifrå tradisjonelt stigmatiserande syn på dei spedalske og frå moderne medisinske oppfatningar om sjukdommens årsaker). Eit stykke på veg kan me såleis forstå den meir offensive statlege intervensjonane når det gjaldt lepra og psykiatri som eit resultat av dei særskilte kjenneteikna



"Pleiestiftelsen for spedalske no. 1" (eller berre "Pleiestiftelsen") i Bergen opna i 1857, og fekk namnet av di pleiestiftelsane Reknes ved Molde og Reitgjerdet ved Trondheim (begge opna i 1861) var tiltenkt nummera 2 og 3. Bygget er eit ruvande bygg i sveitsarstil, teikna av arkitekt Hans Hansen Kaas, og er kanskje landets største trebygg. Det var bygd for heile 280 pasientar. Pleiestiftelsen vakte oppsikt også internasjonalt, og blei sett på som eit førebilde for sjukehusbyggeri.

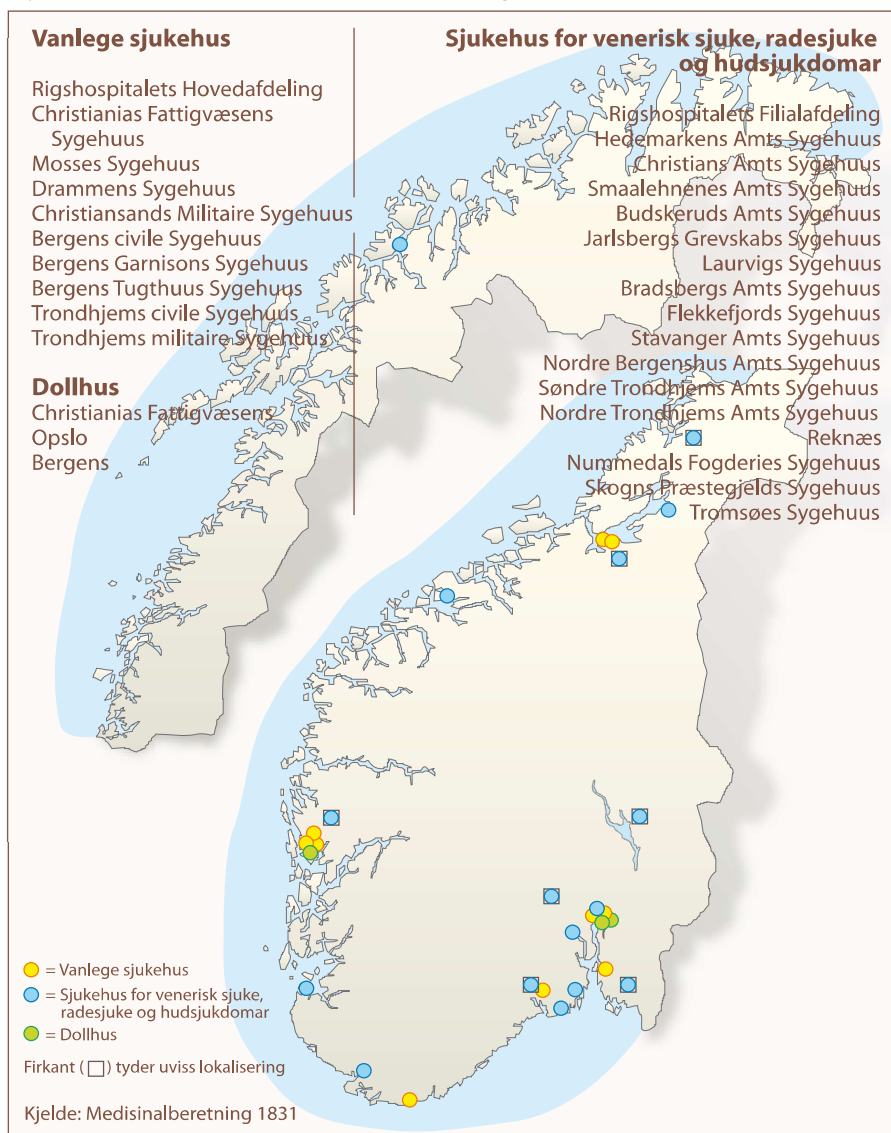
Institusjonen var også åstaden for Gerhard Armauer Hansen sin lepraforskning. Det står som hovuduttrykket for statens offensiv mot lepraen på 1800-talet, men er også eit døme på den generelle utbygginga av store "totale" institusjonar som Gaustad asyl og Botsfengselet på midten av 1800-talet. Sidan 2002 har bygningane romma Medisinsk fødselsregister ved Universitetet i Bergen. Bilde: Statsarkivet i Bergen.

ved pasientgruppene, noko som gjorde at argumenta frå liberalistisk hald, mista si kraft.

Som moderne anstaltar gjekk dei såleis inn i dei større avskjermingsprosjekta frå samtida, eksemplifisert ved store samtidige institusjonar som til dømes Gaustad (eller for den saks skuld Botsfengselet frå 1851). Dette var monumentale anlegg og dei var "totale": I sterk kontrast til dei somatiske sjukehusa fungerte dei til ein viss grad som små samfunn i samfunnet.

På 1800-talet kom sjukehuset til syne som ein sjølvstendig institusjon, og ein fekk både ei finare inndeling i ulike institusjonstypar og meir rigide skilje mellom ulike pasientgrupper. Dette skjedde samtidig med at medisinalvesenet var i ferd med å tre fram som eit sjølvstendig fenomen, som noko anna enn fattigvesenet. Men element av dei gamle tradisjonane var framleis tilstade, og først på 1900-talet blei store sjukehus med eit større personale eit landsdekkande fenomen. ■

Sjukehusa nemnd i medisinalberetninga for 1831



Då me ikkje har nokon fullstendig oversikt over lokaliseringa av dei ulike amtssjukehusa er desse plassert vilkårleg i amtet. Merk at enkelte av amtssjukehusa også kan ha vore lokalisert i andre amt, men på kartet er dei plassert ut i frå kva amt som òtte dei. Ver også merksam på at mange institusjonar opplagt er utelatt frå statistikken, til dømes St. Jørgens hospital i Bergen.

Hovudtrekk 1814-1900

FOLKETALSUTVIKLING:

1825: ca. 1 mill. 1865: ca. 1, 7 mill. 1900: ca. 2, 2 mill.

Markant fall i dødsraten etter 1815 førte til enorm folkevekst. Flyttestraum mot byane, særleg på andre halvdel av hundreåret.

HELSE OG LOVVERK:

Sinnssjukelova av 1848 reformerte psykiatrien, "skapte" ein ny type institusjonar: sinnssjukeasylla.

Sunnhetslova av 1860, "*Helsevesenets grunnlov*". Skapte rammer for helsevesenet, og førde til oppretting av sunnhetskommisjonar i alle kommunar.

Lepralover 1877 og 1885 innebar bl.a. at det var mogleg med tvangsinnlegging.

SJUKDOMMAR OG HELSETILTAK:

Store koleraepidemiar førde til offentlege helsetiltak frå 1830-talet. Nye offentlege tiltak mot lepra særleg frå 1840-talet (m.a. nye institusjonar og lepraregister). Tuberkulose: arbeid for førebygging/ smittevern på slutten av hundreåret

INSTITUSJONAR:

Somatiske sjukehus: 1830: 26 1860: 33 1899: 50/59

Psykiatriske (asyl): 1855: Gaustad (første nybygde asyl) 1860: 7 asyl 1902: 13 asyl

Andre: Aldersomsorg: Ei rekke aldersheimar reist av kommunane og private.

Lepra: Nye institusjonar frå midten av hundreåret: Lungegaardshospitalet, Pleiestiftelsen (Bergen), Reknes, Reitgjerdet.

FINANSIERING OG EIGARSKAP:

Rikshospitalet som statleg sentralinstitusjon. Elles var dei somatiske sjukehusa i hovudsak reist av byar/kommunar og amt på lokale initiativ. Finansieringa skjedde gjennom skattar, spesifikke avgifter og fond (t.d. Medisinalavgiftsfondet i Nordland), og gjennom betaling frå pasientar. Staten var meir aktiv når det gjaldt sinnssjukdom og lepra: fleire statlege institusjonar blei oppretta. Dessutan var det eit meir overordna lovverk på desse felta som styrte utviklinga.

Kapittel 5. 1900-2006

Rundt år 1900 var sjukehuset som institusjonstype framleis prega av at fleirtalet av pasientane hadde låg sosial status og av at ein stor del var lagt inn på rekninga til fattigvesenet. I løpet av første halvdel av 1900-talet endra dette seg, og sjukehusa fekk høgare status. Etterkvart som den medisinske kunnskapen og teknologien utvikla seg, blei sjukehuset klarare skild frå pleie- og omsorgsinstitusjonane – og framsto som sentrum for avansert og prestisje-full medisinsk behandling og forskning.

Spesialiseringa førde til at det utvikla seg nye særeigne institusjonar i løpet av hundreåret, og institusjonar som så vidt hadde blitt etablert på slutten av 1800-talet, blei utvikla og spesialiserte. Viktigast er her at tuberkuloseinstitusjonane (sanatorium og tuberkuloseheimar) blei etablert utover landet, ein fekk institusjonar for rusomsorg, fleire institusjonar for psykisk utviklingshemma, sjukeheimar blei ein eigen kategori. Ein fekk fødselsklinikkar over heile landet og etterkvart blei desse den vanlege staden å føda.

Frå 1960-talet ser me også ein motsett tendens: institusjonaliseringa blir kritisert, og det finn stad ei delvis nedbygging av talet på sengeplassar innan psykiatrien og omsorga for psykisk utviklingshemma. Dessutan føregår parallelt ei institusjonell konsentrering, ei "avspesialisering" då fleire funksjonar blir samla i dei store sjukehusa. Både psykiatri og til dømes lungeavdelingar blir del av dei store sjukehusa, medan dei før i større grad var sortert ut i eigne institusjonar som psykiatriske sjukehus og tuberkulosesanatorium.

Hovudtrekket dei siste vel hundre åra er uansett den sterke utbygginga av institusjonar. *Sjukehuset* har fått si tydelege

utforming som institusjon og bygg både i terrenget og i det mentale landskapet til folk flest.

Samfunnet og helsa

DEMOGRAFI

Folketalet i Noreg har meir enn dobla seg sidan 1900, då det var på 2,2 millionar, til 4,6 millionar i dag. Like framtrekande som den store veksten er endringane i bustadsmønsteret: Kring 1900 budde ein tredel av folket i tettbygde strok, og heilt fram til etter andre verdskrigen budde over halvparten på landsbygda. Andre halvdel av hundreåret var prega av fortsett flyttestraum mot tettstadene, og i 2005 budde nærmare 8 av 10 i tettbygde strok.

1800-talet er kjenneteikna av ein nedgang i dødsraten utan historisk sidestykke, og sjølv om nedgangen i dødeligheit (særleg blant spedborn) heldt fram på 1900-talet, er det endringane i fødselstala som er det mest karakte-



*Tårnet var ein sjølvskriven del av det tradisjonelle sjukehuset fram til 1930-åra. Ansvarleg arkitekt for andre del av Ullevål sjukehus, 1898-1926, var Victor Nordan.
Bilde: Leif Maliks.*

ristiske demografiske trekket. Medan det i 1900 var kring 30 fødte per 1000 innbyggjarar i året, var det i førstninga av 1990-talet under det halve.⁸⁹

Desse demografiske kjennsgjeringane seier oss noko om kor endra samfunnet har blitt dei siste vel hundre åra. Landet er både blitt urbanisert, og familiane har blitt mindre. Dette fell saman med endringar i sjukdomspanorama (utrydding av ei rekke sjukdommar, vekst i andre, særleg dei såkalla livsstilssjukdommane), utbygginga av ein velferdsstat - og ikkje minst eit helsevesen der *sjukehuset* for første gong i historia har kome til å stå i sentrum.

VELFERD: SYSTEMET OG AKTØRANE

Fram til 1930-talet var ordningane for hjelp ved sjukdom og alderdom i hovudsak prega av sosialhjelpstankegang (sjå eiga ramme) og eit konglomerat av offentlege og private aktørar. Deretter gjekk ein over i ei ny fase: velferdsstaten var i ferd med å bli etablert.

På byrjinga av 1900-talet kom det til ei rekke reformer i sosiale ordningar, som utbetringa av sjukeforsikringa i

Sosialhjelpsstat - velferdskommune - velferdsstat

Sosialhjelpsstaten er det omgrepet Anne-Lise Seip nyttar for å karakterisera velferdspolitikken i Noreg frå 1870 til midt på 1930-talet. Ho meiner epoken er prega av at drivkreftene i utbygginga av sosiale tiltak var både stat, kommune og private (ofte i form av ideelle organisasjonar). Desse tre hovudtypane av aktørar kallar ho *velferdstrekanter*.

Historikaren Tore Grønlie meiner derimot kommunane, det vil seia fylkeskommunane og primærkommunane (og særleg byane) hadde ei meir sentral rolle enn dei andre aktørane i trekanten. Ifølgje han passar omgrepet *velferdskommune* såleis betre for å karakterisera perioden. Kommunane var etter Grønlies oppfatning *drivkreftene* i utviklinga av velferdstiltaka, og sto meir sentralt enn både staten og dei private til eit stykke ut i etterkrigstida. Også omgrepet *velferdslokalisme* (Grønlie 2004b) fangar opp utviklinga innan sjukehussektoren: Det var lokale behov og eit mangfald av lokale interesser som skapte velferdsordningar og etablerte institusjonar.

I ein *velferdsstat* har staten og det offentlege hovudansvaret for velferda til borgarane. I den skandinaviske velferdsstatsmodellen er tanken om *universalitet* sentralt, det vil seia at velferdstenester skal gjelda alle borgarane, og at stønadsordningar og skattesystemet er innretta med tanke på omfordeling og utjamning av inntektskilnader.

I Noreg tidsfestar ein gjerne overgangen frå sosialhjelpsstat til velferdsstat til Arbeidarpartiets overtaking av regjeringssmakta i 1935, men det var særleg i etterkrigstida systemet fekk sin form. Der kommunane ofte var dei som tok initiativ til og dreiv velferdstiltak fram til 1935, kom staten deretter gradvis inn og regulerte og fekk ansvar.

Kjelder: Seip 1984/1994, Grønlie 2004a, Grønlie 2004b.

1909 og innføringa av prinsippet om fars plikt til underhald også om barnet var fødd utanfor ekteskap. Denne typen tiltak vitna om ein meir handlevillig stat når det gjaldt sosialpolitikken. Likevel er det først på midten av 1930-talet at ein kan snakka om ein overgang til ein *velferdsstat* kjenneteikna av sosiale løysingar som alle borgarane hadde rett på og som i hovudsak var eit offentleg ansvar. Først i etterkrigstida blei dette velferdssystemet verkeleg utvida og konsolidert, og i tiåra etter krigen var det også stor politisk semje om hovudtrekka i dette systemet. Samlinga av dei ulike trygdeordningane i eit lovverk, Folketrygdlova av 1966, blir gjerne sett på som krona på verket.

Overgangen frå sosialhjelpsstat til velferdsstat gav seg også utslag i sjukehussektoren. I første halvdel av hundreåret var sektoren i liten grad prega av sentral samordning, og med både statlege, fylkeskommunale, kommunale og private aktørar sto som eigarar og ansvarlege for drift. Først med sjukehuslova av 1969 fekk ein for alvor ei samordning av sjukehusbygginga og ei klar plassering av ansvaret hos fylka.

SJUKDOMMAR, KUNNSKAP, TEKNOLOGI

I perioden frå 1900 til ca. 1950 var sjukdomsbildet framfor noko prega av tuberkulosen.⁹⁰ Sjølv om denne nådde toppen som dødsårsak i 1900 (då døydde 7000 menneske av han), var han ein stort trussel heilt fram til smittetala byrja å gå radikalt ned, og behandlinga blei meir effektiv på 1940-talet. Tuberkulosen står også i ei særstilling som "institusjonsbygger" dei første tre til fire tiåra av hundreåret. Som kontrast står til dømes influensaepidemien spanskesjuka som råka landet hardt i 1918 og 1919. Ho smitta 1,2 millionar (dvs. nær halvdelen av folketalet), tok livet av 15 000 menneske og hadde stor kulturell symbolkraft, men førde ikkje til reising av særskilte institusjonar.

Dei tradisjonelle infeksjonssjukdommane som før hadde dominert, til dømes tuberkulose, polio, difteri og meslingar, blei i etterkrigstida langt sjeldnare. I denne situasjonen var det dei såkalla *livsstilssjukdommane* som kom til å veksa. I dette spekteret kan ein inkludera både hjarte- og karsjukdommar og psykiske lidningar. Medan tuberkulosen sto som den store skremmande sjukdomstrusselen for 100 år sidan, har hjartesjukdommar og kreft i dag blitt folkesjukdommar, og dei pregar helsevesenet og sjukehusa.

Antibiotika blei oppdaga i 1928, og nokre år seinare var det utvikla til massebruk i medisinsk praksis. Dette medførde ein revolusjon i kampen mot sjukdommar, m.a. tuberkulose.⁹¹ Medisinfaget på 1900-talet gjorde både nye revolusjonerande oppdagingar (antibiotika, hormon etc.) og nyttiggjorde seg kunnskapen gjennom utvikling av teknologi og kompetanse. Røntgen var oppdaga på slutten av 1800-talet, men blei først tatt i bruk i breitt omfang i det neste hundreåret. Sjukehusa er i dag høgteknologiske institusjonar, i sterk kontrast til situasjonen hundre år tidlegare.

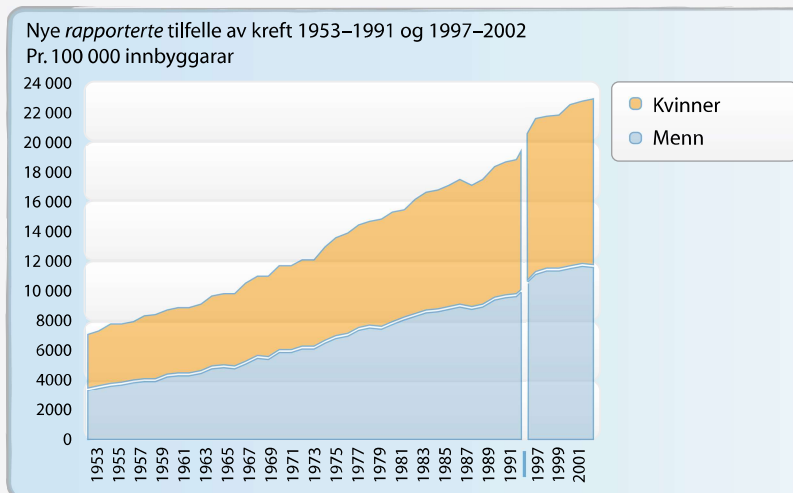
HELSEVESENET

I 1916 blei Sosialdepartementet oppretta, og det fekk to kontor for medisinalsaker. Særskilte overlegestillingar for

Kreft

er sjukdommar som skuldast unormal vekst av celler i ein organisme. Kreftcellene har tapt ein del av eigenskapane til dei normale cellene og dannar svulstar. I motsetnad til normale celler har krefcellene den eigenskap at dei kan veksa inn i tilstøtande vev og organar, eller dei kan danne dottersvulstar anna stad i kroppen. Kreft har eksistert frå tidenes morgon og finst hos alle dyreartar; mennesket er faktisk mindre utsett for kreft enn mange andre pattedyr. Kreft kan finnast i alle aldrar, men aukande hyppigheit med alderen. Meir enn 80 % av krefttilfella hos menneske har ytre årsaker: kjemiske (ulike stoff som sigarettøyk, asbest etc.), fysiske (stråling) og biologiske (virus).

Teknisk utvikling og betre kunnskapar har auka sjansane for læking av einskilte kreftformer. Kreft er ein folkesjukdom i Noreg, og mellom dei viktigaste kreftformer finst brystkreft, hudkreft, levkemi, livmorkreft, lungekreft, magekreft, hudkreft, prostatakreft og tjukktarmkreft.



Kjelde: Statistisk sentralbyrå.

tuberkulose (1914) og psykiatri (1919) blei også oppretta. Når det gjaldt legane skapte Lov om offentlege legeforsretningar frå 1912 ei styrking og utviding av distriktslegeordninga (som var eit statleg embete). Det kommunale engasjementet i helse spørsmål var likevel viktigast på første halvdel av 1900-talet, då kommunane sto i spissen for utbygginga av dei somatiske sjukehusa. Frivillige organisasjonar var også sentrale i helsearbeidet.

Nedgangstidene på 1920-talet medførte at veksten i helsetiltak bremsa noko. Først kring 1935 kom eit skilje: dei generelle økonomiske konjunkturane peika igjen oppover samtidig med at ideane om velferdsstaten byrja å gi seg utslag. På det helsepolitiske området innebar Arbeidarpartiets politikk eit omslag. Ein av pådrivarane for betre helsetilbod i regi av det offentlege var den unge, radikale legen Karl Evang, som i 1938 blei utnemnd til medisinaldirektør.⁹²

Etter krigen heldt Evang fram i stillinga, som blei omdøpt til *helsedirektør*, og fekk vidareutvikla eit sosialdemokratisk program for helsepolitikk. Han skisserte i 1945 fire satsingsområde: reorganisering av sentraladministrasjonen, reorganisering av sjukehusvesenet, styrking av legedekning og ei reformering av helselovgjevinga.⁹³ Evang sat som helsedirektør heilt til 1972 og fekk gjennomført mange av ideane sine. Omorganiseringa av sentraladministrasjonen er kanskje det viktigaste. I 1948 blei det oppretta eit eige *Helsedirektorat* som ein del av Sosialdepartementet, noko som fekk stor innverknad på helsepolitikken. Evang lukkast også med visjonen om å få større grad av medisinsk ekspertise inn i administrasjonen. Samtidig var det mykje av Evangs program som lét venta på seg. Alt i 1946 meinte han til dømes at ein av dei viktigaste oppgåvene var å få på plass ei sjukehuslov, då sjukehuset var ein av dei *»viktigste grunnstener i det*

system av sosial sikkerhet og trygghet som ethvert moderne samfunn søker å skape».⁹⁴ Ei slik lov kom ikkje på plass før i 1969, og trass i forsøk på føringar og samordning av sjukehusbygginga i etterkrigstida, var det framleis kommunane og fylka som hadde styringa fram til lova blei sett i verk.

Sjukehuslova slo fast at det var fylkeskommunen som skulle bygga ut sjukehus og laga planar for slik utbygging, sentraladministrasjonen skulle berre samordna og regulera dette arbeidet.

Lov om helsetenesta i kommunane av 19. november 1982 innebar at Sunnhetslova frå 1860 endeleg blei avløyst. Kommunehelselova innebar at det statlege distriktslegeembetet forsvann, ein fekk i staden kommunelegar.⁹⁵ Slik fekk kommunane framleis ein viktig funksjon i velferdsstaten, men nå i større grad som ein forvaltar av ein felles politikk enn som ein innovatør og initiativtakar.

Kring 1970 kom det kritikk av både sentralisering, teknokrati (fagstyre), den stadig veksande staten og institusjonaliseringa. Både som følgje av kommunehelsereforma og andre trekk tok kommunane fleire oppgåver. I 1988 kom ei reform som slo fast at sjukeheimane skulle vera kommunale etter at dei sidan sjukehuslova trådde i kraft hadde vore eit fylkeskommunalt ansvar. Den såkalla HVPU-reforma (*»Helsevernet for de psykisk utviklingshemma»*) er kanskje det mest kjente eksempelet på avinstitusjonalisering og at kommunane blei tillagt fleire oppgåver i denne perioden. Reforma gjorde at det som tidlegare hadde vore ei fylkeskommunal oppgåve blei eit kommunalt ansvar.

Ei meir glidande overgang var at kommunane i større grad fekk ansvar for psykisk helse: Særleg etter 1980

Helselovgjeving 1900-2006

Tuberkuloselova (1900): var inspirert av lepralova. Målet var å førebygga tuberkulose og liknande sjukdommar. Tidlegare hadde *tuberkuloseplakaten* (1889), utarbeidd av Lægeforeningen og spreidd rundt i heile landet, gitt råd mot smitte. Etter lova var folk som var smitta pålagt å søka behandling. Dette førte til ein auke i talet på sanatorium og tuberkuloseheimar i regi av både frivillige organisasjonar og det offentlege. Lova var gjeldande (med endringar) til smittevernlova av 1994 kom.

Lov om utførelsen av offentlige legeforretninger (1912): Reformerte det offentlege legevesenet. Struktur med medisinaldirektøren på toppen, fylkeslegar frå 1917, stadsfysici og stadslegar og distriktslegar. Medførte også ei utviding frå 161 legedistrikt til 372 då lova trådde i kraft i 1914. Distriktslegane var løna av staten, medan stadslegar og stadsfysici skulle lønast av staten og kommunane i lag. Endra i 1968, medførte m.a. at fylkeslegen ikkje også skulle vera distriktslege.

Lov om psykisk helsevern (1961): Avløyste sinnssjukelova av 1848. Omhandla psykisk helse i breiare omfang, *ikkje* utelukkande det som blei definert som psykisk *sjukdom*. Mindre ansvar hos staten, meir hos fylka.

Sjukehuslova (1969): Den første lova som regulerte sjukehusvesenet. Ansvar for planlegging, utbygging og drift av sjukehus lagt hos fylka. 75 % av driftsutgiftene skulle dekkast av staten gjennom folketrygda.

Kommunehelselova (1982): Lova som trådde i kraft i 1984 medførte m.a. opphevinga av distriktslegeembetet (som hadde vore statleg, jf. lova frå 1912); i staden fekk ein kommunelegane.

Helseføretakslova (2001): Lova trådde i kraft i 2002 og medførte at sjukehusa blei overført til staten. Denne prosessen blir også kalla *sjukehusreforma* eller *helsereforma*. Lova innebar ei inndeling i landet i fem *regionale helseføretak* (RHF): Helse Sør, Helse Vest, Helse Øst, Helse Midt-Noreg og Helse Nord. Under desse ligg dei enkelte *helseføretaka* (HF) som kan bestå av fleire sjukehus/enkeltinstitusjonar.

Helseføretaka sine formål er å yta gode spesialisthelsetenester til befolkninga og å leggja til rette for forskning og undervisning.

gjekk talet på institusjonsplassar ved dei store psykiatriske institusjonane (fylkeskommunale) ned, medan dagbasert pleie og omsorg i regi av kommunane blei meir utbreidd. Summa summarum har kommunane fått ansvaret for ein større del av helsevesenet. Samtidig er oppgåvene i større grad regulert av lover og rammeverk, og slik har kommunane ikkje lenger den same rolla når det gjeld å ta initiativ til og skapa nye velferdstilbod.

Den siste viktige utviklinga innan helsevesenet er sjukehusreforma som følgje av Helseføretakslova frå 2002, då sjukehusa blei overført frå fylket til staten. Gjennom reforma fekk staten ansvaret for spesialisthelsetenesta gjennom etablering av såkalla *helseføretak*. I forkant hadde det vore debattar om statleg overtaking, men samtidig hadde røyster reist seg for meir sjølvstende for dei enkelte sjukehusa. Helseføretaksmodellen kombinerte på eit vis desse omsyna. Det regionale og samordnande nivået blei ivaretatt av fem regionale helseføretak.⁹⁶

Institusjonane

Me vel å starta med historia om dei psykiatriske institusjonane som er den institusjonstypen som lengst har vore regulert av eit lovverk og ein samordnande sentral politikk. Deretter skal me sjå nærmare på tuberkuloseinstitusjonane. Desse fortener ei såpass stor merksemd her fordi dei utgjorde ein vesentleg del av institusjonane i første halvdel av hundreåret, og fordi dei også har vore med på å forma helsevesenet generelt. Dei har som dei psykiatriske institusjonane vore regulert av eit lovverk, men ansvaret har vore fordelt på fleire aktørar og forholdet mellom dei er meir komplisert enn for dei psykiatriske institusjonane. Til slutt skal me sjå på dei somatiske sjukehusa, som ikkje var regulert av noko sentralt lovverk før sjukehuslova av 1969 og som kanskje er den institusjonstypen det er vanskelegast å identifisera noko mønster for.

Institusjonar for psykisk utviklingshemma, sjukepleie, institusjonar i samiske område og institusjonar for behandling av rusavhengige, blir omhandla i eigne rammer.

PSYKIATRISKE INSTITUSJONAR

Psykiatrien er truleg den delen av helsesektoren som har vore mest prega av regulering: først gjennom sinnssjukelova frå 1848, seinare gjennom *lov om psykisk helsevern* av 1961 (i tillegg til andre lover og vedtekter). Dette førde til eit system med sentrale institusjonar i regi av stat og fylke. At staten gjekk så sterkt inn med regulering og institusjonsbygging når det gjaldt psykiatrien speglar truleg ei generell tru på at



Rønnevik statsasyl ved Bodø var bygd ferdig i 1902, og blei då kalla "verdens nordligste sinnssygeasyl". Anlegget har eit svært spesielt arkitektonisk uttrykk, noko m.a. dei steinkledde fasadane bidrar sterkt til. Arkitekt var Lars Solberg.
Bilde: Fotograf ukjent. Riksantikvaren.

skjerming av denne typar pasientar var naudsynt og at behandling var mogleg gjennom etablering av slike store institusjonar.

I løpet av hundreåret endra ideala for forma på institusjonane seg. Ein gjekk mot midten av hundreåret bort frå dei typiske "asyla", som var isolerte institusjonar plassert langt frå tettbygde område. Seinare kom kritikken mot sjølve tanken om institusjonalisering. Kritikken blei særleg reist frå 1960-talet av, og overgangen til dagavdelingar og til pleie i form av heimetenester i regi av kommunen kan forståast som svar på denne utfordringa. Den institusjonelle delen av psykiatrien var med den nye lova frå 1961 blitt ei fylkeskommunal oppgåve. Som konsekvens av sjukehusreforma i 2002 gjekk dei psykiatriske institusjonane, saman med dei somatiske, frå fylket til staten.

I byrjinga av hundreåret bygde også fleire amt større asyl. Asylet som isolert institusjon, eit samfunn i miniatyr, heldt fram med å eksistera som hovudmodellen for psykiatriske institusjonar fram til etterkrigstida.

Stortinget vedtok i 1892 å bygga eit sinnssjukehus i Bodø for den nordlegaste landsdelen.⁹⁷ Det gigantiske byggeprosjektet, som skulle gi heile 230 sengeplassar, byrja i 1895 og Rønvik Statsasyl sto ferdig i 1902. Den vanlege arkitektoniske modellen for sinnssjukehus, paviljongmodellen, blei føreslått i planleggingsprosessen, men medisinaldirektøren konkluderte med at dette var lite passande i det nordnorske klimaet, og ein valde ei tettare løysing. Dei to siste statsasyla som var oppført på slutten av 1800-talet, Eg (Kristiansand) og Rotvoll (Trondheim) fungerte som modellar. Anlegget hadde i tråd med tidlegare asyl strengt skilde manns- og kvinneavdelingar. Som vanleg ved asyla var det eit tilhøyrande gardsbruk og bustader for tilsette. I 1962 gjekk Rønvik frå å vera statsasyl til psykiatrisk sjukehus for Nordland fylke. I tråd med den nye lova om psykisk helsevern blei ansvaret utvida til eit vidare spekter av psykiske lidingar. I helseplanen for Nordland fylke frå 1972 la ein opp til nedbygging av

talet på sengeplassar innan psykiatrien, desentralisering og etablering av fleire mindre institusjonar innan barne- og ungdomspsykiatri. Som følge av reforma i 2002 blei Rønvik ein del av spesialisthelsetenesta og Nordlandssykehuset HF.

I 1902 var det fire statsasyl: Eg, Rotvoll, Gaustad og Rønvik. Samtidig eksisterte det asyl drivne av fylke og kommune. Den store utbygginga i åra som følgde var i regi av amta/fylka: Mellom 1904 og 1926 blei det bygd heile ti amtsasyl. I same tidsrommet kom berre to nye kommunale til: Østmarka i Trondheim og Dikemark i Asker for Oslo kommune. Dessutan blei den første klinikkavdelinga ved eit somatisk sjukehus opna ved Ullevål i 1917.

Generelle tendensar i etterkrigstida er nedbygging av dei store "lukka" institusjonane – i staden ser ein ei oppbygging av klinikkar i tilknytning til somatiske sjukehus, oppbygging av egne barne- og ungdomspsykiatriske klinikkar samt ei større desentralisering av klinikkar (til dømes gjennom det som i dag blir kalla Distriktpsykiatriske senter, DPS).

I 1961 kom Lov om psykisk helsevern. Fylka tok over dei psykiatriske sjukehusa og det overordna ansvaret for psykiatrien. Slik føregreip psykiatrien utviklinga for dei somatiske sjukehusa som blei fylkeskommunale etter sjukehuslova av 1969.

Skilnaden på psykiatri og somatisk medisin var skarpt for hundre år sidan. Dei sinnssjuke blei oppfatta som ei gruppe samfunnet hadde særskilt behov for å skjerma seg frå, og motsett, som trong å bli skjerma frå samfunnet. Dei fleste store anlegga fram til midten av 1900-talet ber arkitektonisk preg av det, dei ligg isolert til, og dei er klart avgrensa og inngjerda.

På midten av 1900-talet blei det fokus på korleis psykiatrisk sjukdom ikkje var vesensulik annan sjukdom, og ein kritiserte korleis psykiatriske pasientar hadde fått status

Rehabilitering

Etter krigen var behovet for rehabilitering stort, og krigsskadde er stadig ein viktig pasientkategori internasjonalt. Men det var òg mange sjukdomar som kravde rehabilitering, til dømes polio som var frykta til langt inn på 1950-talet. Samtidig var sjukehusa sitt ansvar for pasientane etter behandlinga ikkje-eksisterande, og ein fungerande heimesjukepleie kom først i gang så seint som i 1972. *Registreringsentralen for omskolering av delvis arbeidsføre* i Oslo var eit tidleg tiltak som seinare skifta namn til Statens attføringsinstitutt. Det kom også slike institutt i Bergen og Trondheim, og dette var dei første tverrfaglege institusjonane av dette slaget i landet, og særlig retta mot heimvende krigsseglarar med skadar og sjukdom.

Energiske privatpersonar, som Kjell og Birgit Sunnaas og Erling Stordahl, sto bak ei rekke av tiltaka. Sunnaas sjukehus starta opp på Nesodden i 1954, og er truleg det mest kjente rehabiliteringssjukehuset i Noreg i dag. Særleg stor merksemd har

det vore om arbeidet med trafikkskadde. Stordahl som var blind frå fødselen av, tok initiativet til Beitostølen helsesportsenter (1970) som hadde til formål å utvikla evna og lysten til å oppleve natur og friluftsliv for menneske med ulike slags funksjonshemmingar. Sunnaas blei seinare overført til det offentlege, slik regelen hadde vore tidlegare med liknande tiltak frå privatpersonar, medan Beitostølen blei starta som ein offentlig stiftelse som delvis blei finansiert ved innsamlingar. Det er nå eit svært stort tal institusjonar over heile landet som driv med rehabilitering eller opptrening for at brukarar med svært ulike lidingar skal oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. I det heile legg departementet vekt på at rehabiliteringstenester skal skje i eit brukarperspektiv, helst i brukarens vante miljø, og i ein meningsfylt samanheng.

Kjelde: Houg 2004.

Frå åndssvake til menneske med psykisk utviklingshemming

Måtar å kategorisera menneske på har endra seg opp gjennom tidene. Kategorien "sinnsjuk" oppsto først kring år 1800, og "åndssvak" som eige omgrep blei først ein eigen bås på slutten av hundreåret. I 1881 fekk ein i Noreg ei *abnormskolelov* som omhandla spesialskular for døve, blinde og åndssvake barn. Lova tok likevel berre for seg nokre av dei åndssvake, dei "ikke dannelsesdygtige" var ikkje omfatta.

Den første pleieheimen for folk som fekk den siste merkelappen blei oppretta i 1898 av Emma Hjorth (Tokerudhjemmet, seinare Emma Hjorths Hjem, i Bærum). I 1915 donerte Hjorth institusjonen til staten, og to år etter oppretta staten ein institusjon til i Klæbu. Sjølv om staten slik gjekk inn som eigar, var det forsørgjarane (eller heimkommunen) som måtte betala opphaldsavgiftene.

"Lov om hjem som mottar åndssvake til pleie, vern og opplæring" blei vedtatt i 1949 og slo fast at opphaldsutgiftene skulle delast mellom stat, kommune og fylke. Dessutan innebar ho at omsorga for dei åndssvake blei slått fast som eit offentleg ansvar. For å oppfylle dette skulle det etablerast sentralinstitusjonar for kvar landsdel.

Før lova kom, var fleire institusjonar oppretta av private, til dømes Nærlandsheimen på Jæren som var ein diakonal stiftelse. I 1950 var det framleis berre ein liten del av dei utviklingshemma som var ved institusjonar særleg rekna for denne gruppa. I 1952 førelåg ein landsplan for åndssvakeomsorgen som slo fast kven som skulle i institusjon. I løpet av 1950-talet blei det derfor bygd ut både sentralinstitusjonar og mindre institusjonar.

Eit særlege alternativ er dei såkalla Camphill-landsbyane. Desse er basert på antroposofiske prinsipp og blir drivne av *Landsbystiftelsen i Norge*. Vidaråsen i Vestfold var den første som blei etablert i Norge (1966), og seinare har fem andre slike landsbyar kome til i Noreg.

På 1960-talet intensiverte debatten om dei åndssvake seg. Det blei stilt spørsmål ved synet på denne gruppa, og ved institusjonaliseringa. Omgrepet *psykisk utviklingshemma* tok over i offisiell språkbruk i 1966, og blei seinare korrigert til "menneske med psykisk utviklingshemming". Åndssvake-omgrepet hadde vore ein vid og omfemnande bås, med den nye kritikken av omsorga fekk ein også ein meir kritisk bruk av kategoriane.

Halvor Fjermeros har reist spørsmålet om det finst ein norsk "åndssvakearkitektur". Då situasjonen i Noreg er at institusjonane var få, er det vanskeleg å få auge på denne. Generelt kan ein seia at dei fleste institusjonane utvikla seg ved utbygging av frittliggande paviljongar, og dessutan blei institusjonane plassert relativt isolert frå omverda, oftast i landlege omgjevnader. Sjukehuslova fekk også konsekvensar for psykisk utviklingshemma. Dei gamle Åndssvakeheimane blei nå formelt sjukehus, og eit fylkeskommunalt ansvar. To stortingsmeldingar på 1980-talet utgjorde dødsstøyten for sentralinstitusjonane: ansvaret for psykisk utviklingshemma blei overført til kommunane i 1990 gjennom HVPU-reforma.

Kjelder: Fjermeros 1998 og 2000, Bakken 1972, <http://www.museumsnett.no/trastad/historikk.htm>.



Trastad i Kvæfjord i Troms. Opna som sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemma i Nord-Noreg i 1954. I dag held Trastad samlinger, eit museum som tar for seg historia til psykisk utviklingshemma, til i dei gamle institusjonsbygningane.
Bilde: © To-Foto AS, Bjørn Rasch-Tellefsen.

Samiske helseinstitusjonar

Finst det ei eiga historie om helseinstitusjonar i område med samisk majoritet eller med ein stor samisk minoritet? Eit fullgodt svar er det ikkje grunnlag for å gi her, men nokre utgangspunkt for ei slik historie kan me gi.

Historisk har dei samiske områda sidan om lag 1850 vore prega av ein fornorskingspolitikk som både har innebere manglande opplæring i samisk og reine forsøk på å hindra bruk av språket. Denne politikken har naturleg nok også kome til uttrykk ved helseinstitusjonane i områda med samisk befolkning, t.d. gjennom mangel på samisktalande helsepersonell. Rasehygienisk tankegang som har hatt innverknad også i medisinfaget, har dessutan påverka synet på det samiske, og var særleg synleg i mellomkrigstida.

Samemisjonen har stått bak oppretting og drift av institusjonar i samiske område i over hundre år. Noregs Samemisjon blei danna under namnet Norsk finnemisjon i 1888, og var initiert av biskop Johannes N. Skaar som ønska å få til kristendomsopplæring på samisk. Det blei også tatt initiativ i regi av andre organisasjonar, men i 1925 blei mesteparten av arbeidet samla i det nye Norsk Finnemisjonsselskap. Diakonalt arbeid sto alt frå starten sentralt i samemisjonsframstøytta, ein aldersheim blei starta på Kistrand i 1903, ein vanføreheim i Tromsø i 1913, og fleire andre helseinstitusjonar blei reist i samiske område som Kautokeino og Lebesby fram til 2. verdskrigen. Sjukestover/brakker blei oppretta mellom anna i Kautokeino og Karasjok i regi av misjonen dei første åra etter krigen. Karasjok kommune reiste Karasjok sykestue og gamlehjem i 1954 og overlét drifta til samemisjonen. Mange av desse helseinstitusjonane har vore

reist av kommune og fylkeskommune, men drivne av samemisjonen. Slik ser me eit døme på samspelet mellom det offentlege og private aktørar som var så karakteristisk for helsevesenet fram til eit stykke ut i etterkrigstida.

Samemisjonen har altså hatt ei heilt sentral rolle i oppbygginga av helseinstitusjonar i Sápmi, ei rolle som ikkje er ukontroversiell. Organisasjonen har i stor grad vore driven fram av ikkje-samar, og sjølv om samar har hatt viktige roller, er det omdiskutert i kor stor grad den har vore eit ledd i ein kulturell fornorskingsprosess.

Spesialistadoavtterguovddáš/Spesialistlegesenterets (SDG-SLS) er ei avdeling av Helse Finnmark HF og ligg i Karasjok. Tilbodet er for heile befolkninga i Finnmark, men er særleg innretta mot samisktalande og vektlegg kunnskap om samisk språk og kultur. Legesenteret starta opp i 1987, og blir av Helse Finnmark omtala som det første tilbodet innan spesialisthelsetenesta som har tatt spesielle omsyn til samanes eigenart og språk. Senteret blei starta som eit privat føretak, men blei i 1996 fylkeskommunalt og er i dag ein del av Helse Finnmark HF. Senteret har røntgenavdeling, blodlaboratorium og høyrerentral og nyttar spesialistar innan indremedisin, revmatologi, øyre-nase-hals, ortopedi og kirurgi samt hudsjukdommar. Helse Finnmark HF har også avdelinga *Samisk nasjonalt kompetanse senter/DPS Midt-Finnmark* med tilbod i Karasjok og Lakselv som er eit tilbod innan psykiatri.

Kjelder: www.helse-finnmark.no/article902-1004.html, Norges samemisjon 1988.

som ein slags utstøtte. Dette gav seg utslag i at psykiatrien blei nærmare integrert i resten av helsevesenet: ein fekk fleire psykiatriske avdelingar integrert i somatiske sjukehusanlegg. Med sjukehusreforma i 2002 blei psykiatrien ein del av eit felles lovverk for spesialisthelsetenesta.

TUBERKULOSEINSTITUSJONANE

Tuberkulosen blei oppfatta som ein av dei største helse-truslane på første halvdel av 1900-talet, og førebygging og behandling av denne sjukdommen utgjorde ein vesentleg del av det offentlege og frivillige helsearbeidet. Som i psykiatrien blei dette regulert av eit lovverk, tuberkuloselova av 1900, og i åra som følgde bygde og dreiv også staten institusjonar. Spesielt for utbygginga av tuberkuloseinstitusjonar er likevel samspelet mellom statlege, kommunale og private aktørar (sistnemnde var i hovudsak ideelle organisasjonar). Dei er såleis eit døme på korleis drivkreftene for betring av folkehelsa og velferdstiltaka kom frå forskjellige hald, som oppsummert i omgrepet *velferdstrekan*t.

Sjukdommen har eksistert langt tilbake i historia, men først frå midten av 1800-talet kom det eit medvit om behandling og kurmetodar. Den tyske legen Hermann Brehmer meinte til dømes at sjukdommen kunne behandlast ved opphald i frisk luft og under gode sanitære forhold. Han starta det første såkalla *sanatoriet* i 1850-åra i Görbersdorf i Schlesien. Dette blei forbilde for ei

heil rørsle: sanatoriumsrørsla.⁹⁸ Behandlingsmåten var såkalla "dietetisk-hygienisk" – og skapte skule for seinare sanatorium. Elementa var ernæring med mykje grønnsaker og frukt, fettrik mat, god hygiene, rolege gåturar og ikkje minst masse frisk luft.

Robert Kochs oppdaging av tuberkelbakterien i 1882 innebar at ein kunne påvisa smitte, og i åra som følgde utvikla ein eit diagnostisk apparat med pirquetprøvar,



Gausdal Høifjeldssanatorium blei oppført i 1876 som kombinert høgfjellshotell og sanatorium. Slike stader var for dei velstående, og har i litteraturen hatt eit noko romantisk skjær. Bilde: D. Stribolts Eftf. Lillehammer. Riksantikvaren.

Tuberkulose

er ein alvorleg smittsam sjukdom. Lang inkubasjonstid, smitte vesentleg som dråpeinfeksjon. Lungene blir derfor råka, men sjukdommen kan herfrå spreia seg vidare til ei rekke organ. Primærtuberkulose blir oftast lækt spontant, men kan også svært langsamt utvikla seg til kronisk lunge-tuberkulose som m.a. gir hoste og avmagring. I sjeldne tilfeller utviklar den seg svært raskt (galopperande tæring) og liknar då lungebetennelse. Sikker diagnose kan berre stillast ved røntgenundersøking og påvising av tuberkelbakteriar. Var tidlegare ein vanlig, frykta og dødelig sjukdom, men er nå under relativt god kontroll i Noreg, om enn ikkje andre stader i verda. Vaksine finst. Kan behandlast med godt resultat med antibiotika over lengre tid, men resistente bakteriar er eit aukande problem.

spytprøvar og røntgen. Når det gjeld *institusjonsbygging* var det i åra 1900 til 1930 aktiviteten var høgast i Noreg. Ein kan dela institusjonane i to hovudgrupper (sjølv om det i praksis var ei samansett gruppe av institusjonar og bygningar som blei tatt i bruk for dei tuberkuløse): *Sanatoria* var store institusjonar med behandling som hovudformål. *Tuberkuloseheimane* var oftast mindre og var i større grad pleieheimar for meir alvorlege tilfelle. Såleis blei dei av mange oppfatta som oppbevaringsstader for døyande pasientar.

Dei siste tiåra av 1800-talet blei det så smått opna institusjonar som nytta sanatoriemetoden også i Noreg, men dei første var ikkje i hovudsak tuberkuloseinstitusjonar. Fleire av desse var for velstående pasientar, og nokre fungerte som kombinerte høgjellshotell og sanatorium. Gausdal sanatorium frå 1876 blei av ein av initiativtakarane karakterisert som "*en Anstalt hvor fornemmelig syge og slidte Individuer af begge Kjøen og alle Aldre kan finde*

Hvile, Ro og Styrke – i første Række altsaa et Kursted, i anden et Sommerhotel".⁹⁹ Sanatoriet som institusjon var knytt både til nye tankar om hygiene og helse, til nasjonalromantikken og til det aukande behovet for rekreasjon og avkopling blant borgarskapet.¹⁰⁰ Fleire av institusjonane som seinare blei reine tuberkuloseinstitusjonar var opphavleg kurstader opne for pasientar med ulike sjukdommar. Det er uvisst om dette også var tilfellet med Gjøsegaarden sanatorium ved Kongsvinger (privat 1894), som ofte blir rekna som det første reine tuberkulosesanatoriet i Noreg.

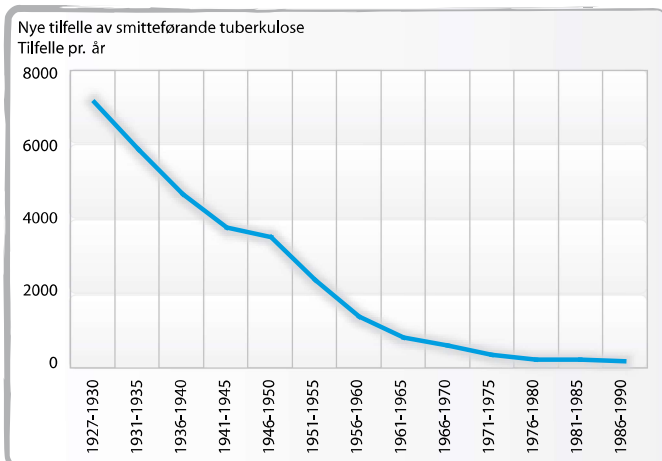
Ei tuberkuloselov var føreslått av bergenslegen Klaus Hanssen alt i 1884. Arbeidet tok tid, men i 1889 kom *Tuberkuloseplakaten*, som inneheldt 11 forholdsreglar "mod Lungetæring og dermed beslægtede Sygdomme", og som var produsert og distribuert av Lægeforeningen. Arbeidet med ei tuberkuloselov gjekk seinare, og det møtte motstand. Nokre var mot tvangstiltaka i lova, andre meinte lova i for liten grad såg tuberkulose spørsmålet i ein større sosial kontekst. Wollert Konow frå Høgre uttalte at lova ville innebera "*et af de sterkeste indgreb i den personlige frihed, som vor slægt nogen sinde vil komme til at votere over*".¹⁰¹ Institusjonaliseringa av sjukdommen skaut for alvor fart med *Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme* frå 1900.

Det særeigne med utbygginga av tuberkuloseinstitusjonane er at det gjekk føre i samarbeid mellom det offentlege, private (kommersielle) aktørar samt med frivillige organisasjonar som Norske kvinners sanitetsforening (NKS, stifta 1896), Raudekrossen og Nasjonalforeningen mot tuberkulose (danna 1910).¹⁰² *Folkesanatoria*, sanatorium for breiare lag av folket, byrja å bli etablert kring hundreårsskiftet, og fleirtalet var statlege. Det første statssanatoriet var Reknes i Molde (det tidlegare leprasjukehuset), som blei opna som sanatorium i 1898. Seinare etablerte staten sanatoria Landesbogen (Aust-Agder), Vensmoen (Nordland), Glittre (Akershus) og Ringvål (Sør-Trøndelag). I 1902 kom Harastølen i Luster som eit nyopna, spesialbygd anlegg for tuberkulosebehandling som blei driven av ein privat stiftelse, men finansiert av staten. Grefsen sanatorium i Oslo blei drive av Norske kvinners sanitetsforening (NKS), medan sanatoriet i Sand i Ryfylke blei drive av Raudekrossen. Tuberkuloseheimane blei drivne av fylkeskommunar, kommunar og av ideelle organisasjonar. Den første tuberkuloseheimen sto klar på Grorud i 1903 og var også NKS-driven.

Eit døme på dynamikken mellom ulike aktørar i utbygging og drift av sanatorium er Grefsen folkesanatorium. Anlegget var opphavleg badeinstitusjon (Grefsen Vandcuranstalt) som blei opna i 1850-åra. Frå 1899 blei det eit privatsanatorium for tuberkuløse, før det i 1909 blei overtatt av NKS og drive som folkesanatorium.



Hovudbygningen til Grefsen Vandcuranstalt står framleis, saman med fleire av dei seinare bygningane frå sanatorietida. Noko av det frie utsynet over Oslo-bassenget er òg igjen, men fortetting har redusert det landlege preget.
Bilde: Xylografi. Riksantikvaren.



Nedgangen i tuberkulosetilfelle var særleg sterk på 40- og 50-talet, som resultat av nye medisin og vaksine. Sjå og tabellar s. 46 om nedgangen i institusjonsplassar.

Kjelde: Statistisk sentralbyrå.



Kysthospitalet i Hagavik i Hordaland starta i 1893 og var særleg tiltenkt skrofulosesjuka barn. Viktige delar av behandlinga var eit sunt kosthald, bad i saltvatn og frisk sjøluft.

Bilde: Universitetsbiblioteket i Bergen



Vensmoen sanatorium låg like nord for polarsirkelen, og er teikna av jugendarkitekten H. M. Schytte-Berg i 1916. Det blei sagt at det med dei 260 metrane sine, liggepaviljongane medrekna, var den lengste trebygningen i Skandinavia.

Bilde: Ingebjørg Hage, Arkitekturguide for Nord-Norge og Svalbard.

Dei såkalla *kysthospitala* kan skillast ut som ein eigen type institusjon.¹⁰³ Desse var ofte først og fremst rekna for pasientar med skrofulose (tuberkulose i lymfeknutane) idet ein meinte desse trong havklima og sjøbad i motsetning til dei tæringssjuka (lungetuberkulose) som trong frisk og tørr fjellluft. Lungetuberkulosen råka flest og fekk såleis mest merksemd m.a. fordi han var mest smittsam, men kysthospitalet for skrofulose blei reist fleire stader i landet. Her var botemidla bading i sjøvatn, kvile, bandasjering, sol og frisk luft.

Skrofulose råka særleg born. Det første norske kysthospitalet kom i Fredriksvern (Stavern) i 1889, andre blei opna i Vadsø i 1915 og i Tromsø i 1923. Kysthospitalet i Hagavik i Hordaland sto ferdig i 1893 og var i hovudsak for skrofulose born. Det kan vera interessant å sjå litt nærmare på dette, sidan det illustrerer korleis ein institusjon skifta funksjon etter at tuberkulose var utrydda. Hospitalet var initiert av legar i Bergen og blei organisert som ein stiftelse med støtte frå aktørar som sparebank og brennevinssamlag. Staten kom også til å bidra vesentleg når det gjaldt finansiering av drifta, sjølv om han ikkje tok over som eigar. Anlegget blei bygd ut fleire gonger, og det hadde eige gardsbruk og kraftstasjon. Etterkvart som tuberkulose (og skrofulose) forsvann, måtte hospitalet få nye funksjonar. Sidan skrofulosebehandling hadde gitt kompetanse på ortopedi satsa ein vidare på dette, og i sjukehusplanen for Hordaland frå 1969 fekk det status som ortopedisk sjukehus for heile Vestlandet. I 1976 tok fylket over både eigarskap og drift frå stiftelsen, og ved sjukehusreforma i 2002 gjekk det over til helseføretaket Helse Bergen. Der tener det som spesialsjukehus innan elektiv ortopedisk kirurgi.

Den store utbyggingsfasen av tuberkuloseinstitusjonar varte fram til midten av 1930-talet. Tuberkulosen kom sidan på tilbaketog, introduksjonen av antibiotika etter 1945 og massevaksinasjon førde til nedkjemping av sjukdommen. I 1960 var ein såleis nede i 200 dødsfall forårsaka av sjukdommen, mot cirka 7000 kring år 1900.

Arbeidet mot tuberkulose hadde også ein viktig arena utanfor institusjonane. Nasjonalforeningen mot tuberkulosen tok til dømes initiativ til oppretting av hjelpestasjonar i alle kommunar i 1920. Dessutan danna ein i 1926 eit sentralstyre for tuberkulosen med representantar frå det offentlege og frå dei tre store organisasjonane i tuberkulosearbeidet (NKS, Nasjonalforeningen og Raudekrossen). På fylkesnivå fekk ein tuberkulosenemnder leia av fylkesmannen, og det blei oppretta diagnosestasjonar, ofte i tilknytning til eit sanatorium eller ein pleieheim.

Tuberkulosen sto altså heilt sentralt i helsearbeidet på første halvdel av 1900-talet, ved å avføda institusjonsbygging og eit folkeleg og offentleg engasjement for folkehelse.

Private sjukehus

Diakon- og diakonissedrivne sjukehus, katolske sjukehus, tuberkuloseinstitusjonar og rusinstitusjonar drivne av frivillige organisasjonar, er omtalt andre stader i denne rapporten. Men i tillegg fanst (og finst) det private somatiske sjukehus som ikkje passar inn i desse kategoriane. Nokon fullstendig historisk oversikt over dette eksisterer ikkje, og det å danna seg ein oversikt over feltet, krev ei eiga studie. Me kan likevel identifisera nokre tendensar som peikar seg ut.

Ideelle organisasjonar: Norske Kvinners Sanitetsforening kan her vera eit døme. Dei har også etablert institusjonar uavhengig av tuberkulosearbeidet, eit døme er Orkdal sjukehus. Dette blei starta under namnet Orkdal Sykehjem i 1909, og eigar var Orkdal sanitetsforening. Ei hovudgruppe pasientar var dei tuberkuløse. Det fekk etter kvart funksjonar som sjukehus, og i 1935 skifta det namn til Orkdal sykehus NKS. Sjukehuslova av 1969 hadde som følge at Sør-Trøndelag fylke overtok driftsfinansieringa, sjølv om sanitetsforeninga blei ståande både som eigar og hadde styrefunksjonane. Sjukehuset blei seinare overtatt av fylket, og, etter sjukehusreforma av staten. Det er i dag ein del av helseføretaket St. Olavs Hospital HF, men sanitetskvinnene står framleis som eigar av bygningane.

NKS har også drive andre sjukehus, til dømes Kopervik sjukehus på Karmøy, som var i drift frå 1925 til kring 1960. Organisasjonen starta dessutan det første revmatismesjukehuset i landet, Oslo sanitetsforenings revmatismesjukehus i 1938 (blei ein del av Rikshospitalet i 1995). Lokallag av organisasjonen driv også



revmatismesjukehus i Haugesund (opna 1957), Lillehammer (etablert som tuberkuloseheim i 1915, revmatismesjukehus frå 1958) og Trondheim (opna 1959).

Ein annan ideell organisasjon som har drive sjukehus er Raudekrossen.

Bedriftssjukehus – ved etablering av større bedrifter på første halvdel av 1900-talet følgde ofte konsesjonsvilkår som innebar at ein skulle etablere sjukehus. Dette var tilfelle ved etableringa av smelteverk i Sauda i 1913 og i Høyanger i 1915. Såleis blei Sauda sjukehus etablert av bedrifta i 1926. Høyanger sjukehus blei reist av kommunen og bedrifta i 1934, og tatt over av fylket i 1948 (men også deretter drive med tilskot av bedrifta). Kor mange slike sjukehus som blei heilt eller delvis drivne av bedrifter rundt om i landet, og korleis konsesjonsvilkår om etablering av sjukehus blei følgt opp, gjenstår det framleis å studera nærmare.

Stiftelsar/legat: Ein del institusjonar er blitt til som resultat av gåvebrev, legat eller testament frå enkeltpersonar. Eit døme på dette er E. C. Dahls fødselsstiftelse i Trondheim. Eit anna døme er Martina Hansens hospital i Bærum som blei til etter at gjevaren ønska å oppretta ein institusjon for born med skrofulose. I 1936 opna sjukehuset som skulle vera for personar med tuberkulose i bein og ledd og skrofuløse. Etter at sjukdomsbildet endra seg, gjekk sjukehuset over til å bli eit ortopedisk-kirurgisk sjukehus, i dag er sjukehuset eit spesialsjukehus i ortopedisk kirurgi, revmatologi og revmakirurgi. Det er framleis ein eigen stiftelse og har driftsavtale med Helse Øst RFH.

”Kommersielle sjukehus”. Kommersielle sjukehusaktørar ser ut til å ha ei kort historie i Noreg. Slike aktørar i dag er Volvat Medisinske senter og Aleris Helse som driv legesenter og sjukehus fleire stader i Noreg. Attendo Care driv fleire bu- og behandlingsheimar.

Kjelder: Engesæter 1979, Olsen 2004, Kristiansen 1986.

Martina Hansens hospital i Bærum sto ferdig i 1936, teikna av Victor Nordan og sonen Per. Det er eit godt døme på eit privat-finansiert sjukehus, som òg er eit viktig stykke tidlegfunksjonalistisk arkitektur.

Bilde: J.H. Küenholdt. Riksantikvaren.

SOMATISKE SJUKEHUS

Sjukehuset var på byrjinga av 1900-talet var i ferd med å få ein ny og mykje høgare status som institusjonstype. Legar hadde tidlegare sett på sjukehusa som ein lite attraktiv stad å arbeida, dette kom til å endra seg radikalt. Til dømes jobba 12 % av legane ved sjukehus i 1900, medan talet var 50 % i 1985.¹⁰⁴ Mange av sjukehusa på 1800-talet hadde dessutan vore små og primitive (nærast det me vil kalla sjukestover), på 1900-talet kom det store sjukehus med avansert teknologi rundt om i heile landet.

Situasjonen for sjukehussektoren før han blei lovregulert, blei treffande formulert av Sjukehusordningskomiteen (nedsett 1957), som meinte sektoren besto av *”et nær sagt forvirrende antall forskjellige typer av sykehus og nær beslektede helseanstalter eller helseinstitusjoner for diagnose, behandling, etterbehandling, attføring og medisinsk pleie”*.¹⁰⁵ Sjukehussektoren på 1900-talet er med

andre ord ikkje lett å få tak på som historisk fenomen. Når me likevel skal prøva oss på ei samanfating er det med atterhald om forenklingar og om at me må forholde oss til den litteraturen og forskinga som føreligg så langt.

Det var først like før og etter krigen at sentraladministrasjonen for alvor fatta interesse for å laga ein heilskapleg sjukehuspolitikk. Helsedirektør Evang såg ei planmessig utvikling av sjukehusa som eit av dei viktigaste måla for sektoren rett etter krigen. Han meinte ein trong store og avanserte sjukehus i regionsentra (han såg for seg 15 slike), og mindre lokalsjukehus. Ein måtte dessutan innføra ei skarpare funksjonsdeling mellom pleieheimar/sjukeheimar og sjukehus. Dessutan burde sentraladministrasjonen vera i stand til å ha styringsmoglegheiter, som til dømes vetorett mot utbyggingsplanar som gjekk mot direktoratets kriterium.



Raudekrossen i Noreg oppretta ei rad institusjonar, m.a. innan tuberkulose, og dreiv med sjukepleieutdanning. I 1918 reiste dei klinikken i Frederik Stangs gate i Oslo, eit markant bygg med fasade i pussa tegl. Arkitektar var Morgenstjerne og Eide, som seinare m.a. teikna Folketeaterbygget i Oslo. Klinikken blei nedlagd i 1991 og bygget er i dag i bruk som privat sjukehus. Bilde: Hermann Christian Neupert. Riksantikvaren.

Ein del steg blei då også tatt for å omorganisera sjukehusvesenet. Helsedirektoratet blei inndelt i åtte kontor for kvar sine spesialfelt, og eit av desse var *sjukehuskontoret*.¹⁰⁶ Samtidig blei *Statens sjukehusråd*, eit rådgjevande organ for helsedirektoratet og departementet, etablert i 1946. Same året sendte direktoratet ut eit rundskriv til fylka om å setja ned komitear for sjukehussektoren. På basis av desse fylkesvise planane laga ein sentralt ein landsplan for sjukehusa. Denne verka som eit viktig arbeidsdokument for sektoren, sjølv omhan ikkje blei til nokon ferdig plan.

Først i 1957 blei ein *sjukehusordningskomite* nedsett. Første resultatet blei ei innstilling om psykiatriske

sjukehus (som resulterte i Lov om psykisk helsevern). Hovudinnstillinga kom i 1963 der ein tilrådde færre og større sjukehus og der staten skulle ha det koordinerande ansvaret. Sjukehuslova blei endeleg vedtatt i 1969 og trådte i kraft 1. januar 1970. Hovudprinsippa var at ein skulle ha større einingar på fylkes- og regionalt nivå, og sentralsjukehus i kvart fylke. Fylkeskommunen skulle stå i spissen både når det gjaldt utbygging og drift, og kvart fylke skulle laga ein samla plan for sin sjukehussektor. Dette skulle igjen danna grunnlaget for ein landsplan utarbeida av Sosialdepartementet/ Helsedirektoratet, og staten (regjeringa) skulle godkjenne denne og fylkesplanane. Gjennom sjuketrygda skulle staten dekkja store delar av utgiftene.

Den lange tida som gjekk før det kom ei sjukehuslov, viser at det var eit komplisert spørsmål: Viljen til samordning som var sterk hos Helsedirektoratet, var ikkje lett å omsetja i praksis. Sjukehussektoren var uoversiktleg, og mange interesser sto mot ein annan.

Ein del av ordningane i lova var alt byrja å bli utvikla i praksis. Alt i 1948 hadde prinsippet om sentralsjukehus blitt slått fast gjennom arbeidet med landsplanen. Samtidig såg ein for seg regionale sjukehus nivået over, og spesialsjukehus på toppen av hierarkiet. På nivåa under skulle lokale tredelte (tre avdelingar) eller blanda (todelte) sjukehus, og til ein viss grad mindre sjukestover også få eksistera. Konturane av eit hierarkisk oppbygd sjukehusvesen førelåg såleis, ein struktur som i utgangspunktet ikkje hadde eksistert.

I og med at sjukehusa verken var regulert av eit felles lovverk eller planlagt sentralt, var mykje overlata til lokale aktørar, ofte med kommunane som viktige premiss-

Katolske sjukehus

Dissentarlova frå 1845 gjorde det tillate å danna trussamfunn utanfor statskyrkja. Dette gjorde det mellom anna mogleg for katolikane å reetablere seg i Noreg. Ein viktig del av verksemda blei frå andre halvdel av 1800-talet etableringa av sjukehus i tilknytning til kyrkjelydar. Sjukepleie og andre sosiale arbeidsoppgåver som fattigpleie og skuledrift var ein sentral del av kallet til nonnene, og slik var dei ein viktig velferdsaktør i Noreg fram til andre halvdel av 1900-talet.

Det første katolske sjukehuset som blei etablert var St. Vincent hospital i Hammerfest (1882). Vår frues hospital i Oslo blei oppretta i 1883. I 1898 var det til saman ni slike hospital, og fram til 1937 blei det etablert endå 13. På 1920-talet var det om lag 300 ordenssøstre i landet.

Eit døme er det katolske St. Elisabeths hospital som blei etablert i Trondheim på 1880-talet, og som var ein viktig konkurrent til det gamle kommunale sjukehuset på Kalvskinnet. Til dømes fekk det i 1891 den første operasjonsstova i byen!

Kjelder: Carstens og Grankvist 2002: 51-52, Schiøtz 2003: 180.

St. Joseph-søstrene starta hospital i Fredrikstad hausten 1887. Den katolske innsatsen i det moderne norske helsestellet var særskild viktig heilt fram til 1970-talet. Bilde: Riksantikvaren.



leverandørar. For byane var det dessutan ei prestisjesak å ha sitt eige velfungerande sjukehus. Dette systemet kunne gi seg utslag i forhold som såg lite rasjonelle ut frå direktoratets ståstad: det var til dømes ingen tvingande medisinske årsaker til at Porsgrunn og Skien bygde ut kvar sine sjukehus, snarare var det lokalpatriotisme som spela inn. I tida før 1945 var det slike lokale initiativ som styrte lokalisering og utbygging av sjukehus. I løpet av dei første tiåra av hundreåret voks det fram store moderne sjukehus også i mindre og mellomstore norske byar, til dels også på landsbygda. Dette var gjerne murbygningar i fleire etasjar, i kontrast til dei meir primitive trehusa som var det vanlege sjukehusbygget utanfor dei store byane på 1800-talet. Ein del sjukehusplanar frå mellomkrigstida drog ut på grunn av økonomiske problem. Eit døme er Halden der sjukehusplanlegginga hadde starta i 1934. Krigen forseinka slik at bygginga ikkje kom i gang før i 1947, og bygget blei endeleg tatt i bruk først i 1952. I tillegg til kommune og fylke var også private aktørar som Norske kvinners sanitetsforening (NKS) på banen. Døma på sjukehusutvikling i Bergen og Trondheim nedanfor illustrerer korleis samspelet mellom private, kommunale og fylkeskommunale nivå var drivande for utbygginga.

Sjukehuskontoret i direktoratet fungerte som konsulent for sjukehusutbygging rundt om i landet, og hadde innverknad på prosessane ved at deira godkjenning var avgjerande for å få statlege middel. Statens sjukehusråd fungerte som rådgjevande organ i desse vurderingane, og hadde ei fagleg samansetning av legar, arkitektar, sjukepleiarar, ingeniørar og administratorar. Men sjukehusutviklinga etter krigen braut, på trass av dette, ikkje med utviklinga frå før krigen. Framleis var kommunen ei viktig drivkraft, og framleis blei det reist sjukehus i alle større tettstader.

Då sjukehuslova endeleg var klar til å setjast ut i livet i 1970, avfødde det ei massiv utbygging.

Statens sjukehusråd fekk ei viktig rolle ved å godkjenna fylkas planar. Eit døme er at ein overprøvde Sogn og Fjordane sin fylkesplan, og via regjeringa fekk fylket beskjed om å utforma ein ny plan.¹⁰⁷ I praksis var dette eit sentralt pålegg om å bygga sentralsjukehus i Førde. For sjukehusa i Florø og Høyanger innebar dette ei kraftig nedbygging, og sistnemnde blei til slutt nedlagt i 1980. Også internt i fylka blei det utkjempa harde kampar om lokalisering av dei ulike sjukehusa der lokalpolitiske interesser stod mot einannan. Striden i Sogn og Fjordane er også eit døme på dette. Kampen for dei eksisterande sjukehusa var intens og kunne, som i Sogn og Fjordane, resultera i ein situasjon der lokale sjukehus heldt fram med å eksistera *samtidig* som eit nytt sentralsjukehus blei oppført.

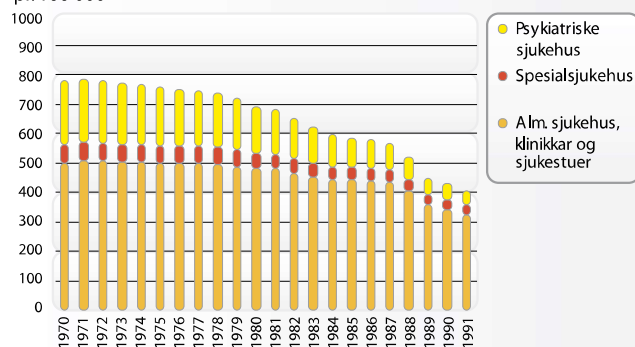
Helseføretakslova og dermed sjukehusreforma i 2002 kom etter at fylkets rolle hadde vore diskutert heilt sidan sjukehuslova blei innført i 1970. Lova med helseføretaksmodellen frå 2002 ivaretok både ønsket om statleg overtaking og ønsket om større grad av fristilling for det enkelte sjukehuset/føretaket.



Det var ofte ein hard kamp om lokaliseringa av dei nye sjukehusa. Det store sentralsjukehuset i Førde – med tidstypisk arkitektur – sto ferdig i 1979, og er den største arbeidsplassen i byen.
Bilde: Arkitektkontoret Atelier 4

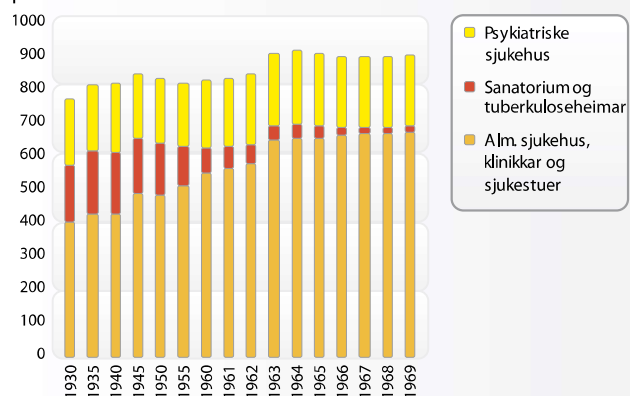
For å få eit inntrykk av utviklinga i sjukehusvesenet skal me sjå litt nærmare på sjukehusa i Bergen og i Trondheim. Utviklinga i Bergen kan eksemplifisera mylderet. Haukeland sjukehus sto ferdig i 1912 og var det største sjukehuset i byen med 290 sengeplassar i 1920. Årstad

Sjukehussenger 1970–1991
pr. 100 000



Oversikt over sengeplasser ved ulike typar institusjonar 1930–1991.
Kjelde: Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/histstat/tabeller/4-4-20t.txt>)

Sjukehussenger 1930–1969
pr. 100 000



Longyearbyen sykehus

Longyearbyen fekk sitt eige sjukehus i 1913, initiert av gruveselskapet The Arctic Coal Company. Store Norske Spitsbergen Kulkompani A/S tok over anlegga deira, inkludert sjukehuset, nokre år seinare, og dei gjekk straks i gang med å bygga eit nytt sjukehus. I 1947 sto enda eit nytt bygg klart, denne gongen på Haugen. Dette blei tatt av ras i 1953, men blei raskt bygd opp igjen.

Gruveselskapet sto for sjukehusdrifta til 1981, då staten tok over ansvaret. I dag er sjukehuset ein del av Universitetssjukehuset Nord-Noreg, og tilbyr både primær- og spesialisthelsetenester for den norske befolkninga på Svalbard og alle som ferdast i dei tilstøtande havområda i Barentshavet.



Det nye sjukehuset frå 1991 er teikna av A3 Arkitektkontor AS i Harstad. Bygget er tilpassa dei klimatiske forholda på Svalbard, og arkitektkontoret var inspirert av "den røffe frodigheten man finner i gamle bygninger og konstruksjoner på Svalbard".

Bilder: Fotograf: Torbjørn Johnsen (t.v.) og A3arkitekter (over).

sykehus fungerte som avdeling for hudsjukdommar og veneriske sjukdommar, Lungegårdshospitalet var i 1912 omgjort frå institusjon for spedalske til tuberkulosesjukehus. I tillegg hadde kommunen eit epidemilasarrett (Sandviken sykehus) og nokre mindre avdelingar: til saman 386 sengeplassar. Kommunen hadde i tillegg 420 sengeplassar i psykiatrien, asylet Neevengården hadde dei fleste.

Utbygginga i mellomkrigstida var liten, så situasjonen såg omtrent lik ut på det kommunale nivået i 1945 som i 1920. Men det *private* tilbodet auka. Hovudtyngden var sjukehus drivne av religiøse stiftelsar: Hospitalet Betanien, den katolske St. Franciscus-klinikken (seinare Florida) og Diakonissehjemmet sitt nye sjukehus (Haraldsplass sykehus). I tillegg rekna ein med den private stiftelsen som dreiv kysthospitalet i Hagavik som i hovudsak hadde sine pasientar frå Bergen. Talet på sengeplassar auka såleis mest i den private delen av helsevesenet, slik at nærmare halvdelan av sengeplassane i 1945 var private. Staten var også inne og dreiv den omtalte Pleiestiftelsen for spedalske og Fødselsklinikken fram til det blei oppretta ein ny Kvinneklinikk under Haukeland sjukehus i 1926.

Situasjonen illustrerer korleis kommunen var ein viktig aktør i mellomkrigstida, men også korleis private (i hovudsak religiøse/ideelle organisasjonar) var ein viktig del av helsevesenet.

Etter krigen investerte kommunen stort i Haukeland

sjukehus, som etter at Universitetet i Bergen var oppretta i 1946, fungerte som universitetssjukehus. Nye avdelingar, for t.d. polio og hudsjukdommar blei opna. Men etter kvart kom både staten og fylket inn på finansieringssida: Sjukehuset fungerte som institusjon for heile fylket, og sidan det også var universitetsklinikk kom staten inn. Først i 1971 tok fylkeskommunen over, i tråd med sjukehuslova.¹⁰⁸

Heller ikkje i Trondheim var det skjedd nokon større sjukehusbygging sidan første halvdel av 1800-talet.¹⁰⁹ Først i 1897 byrja ein å reisa eit nytt sjukehus, som sto ferdig under namnet Trondhjems Sygehus på Øya i 1902. Det var framleis å sjå på som kommunalt, sjølv om fylket disponerte ein tredjedel av sengene ved oppstarten. Administrativt låg det under kommunen til 1948, men fylkeskommunen var også representert, m.a. ved å vera med i tilsynskomiteen.

Brotet med denne organiseringsforma kom etter krigen, som i Bergen. Under krigen hadde sjukehusanlegget vore rekvirert av tyskarane. I 1948 kjøpte fylkeskommunen seg inn i halvparten av sjukehuset på Øya og administrasjonen blei frå nå av delt mellom fylke og kommune. Sjukehuset blei nå eit sjølvstendig rettssubjekt, og fekk eit sjukehusstyre. Eit nytt anlegg i det som blei Sentralsjukehuset i Trondheim sto klar i 1959-1960, eit seksetasjars bygg. I 1974 blei så sjukehuset eit regionsjukehus, i tråd med den nye sentrale politikken der eit regionnivå blei innført. Den siste utviklinga er at sjukehuset i 2002 blei

til helseføretaket *St. Olavs hospital, Universitetsklinikken i Trondheim* som eit av føretaka i Helse Midt-Noreg.

Også i Trondheim var private ein viktig aktør. Alt på 1880-talet var det kome eit katolsk hospital, og kommunen gjekk inn som garantist for eit lån då Røde Korsklinikken blei reist i 1927. Samtidig hadde kommunen på dette tidspunktet to kommunale sjukehus (Trondhjem

sykehus og Trondhjems borgerlige Sygehus). Dessutan var det statlege sjukehusplassar: Ringvål statssanatorium som blei reist i 1935 (då i Leinstrand kommune) var det siste av statssanatoria som blei reist, og dette medførde at tuberkuloseavdelinga ved det kommunale sjukehuset etter ei stund blei nedlagt. Også etter krigen kom ein privat aktør på banen: Norske kvinners sanitetsforening reiste eit revmatismesjukehus i 1959. ■

Alkoholistsorga

Før 1900 kan ein ikkje snakka om noko eige behandlingstilbod mot alkoholisme. Overstadig rusa personar blei tatt hand om av strafferetten, dei hamna til dømes i tukthus, eller dei blei fanga opp av sinnssjukehusa. Omgrepet "alkoholisme" er av forholdsvis ny dato, det blei konstruert av den svenske legen Magnus Huss i 1847 som meinte alkoholisme var ein sjukeleg tilstand. Det er også omtrent på denne tida at alkoholmisbruk byrja å bli diskutert og problematisert som noko anna enn eit ordensproblem eller eit problem som vedkom teologien.

På slutten av 1800-talet oppsto fråhaldsrørsla som kring 1910 var blitt den mest omfattande folkerørsla i landet. Likevel var det ikkje før etter hundreårsskiftet at det voks fram eit behandlingsapparat. *Lausgjengarlova* frå 1900 (trådte i kraft i 1907), gjorde det mogleg å dømme til tvangsarbeid for det å opptre rusa på offentleg stad. På den andre sida starta arbeidet med førebygging av alkoholisme rett etter hundreårsskiftet. Lægeforeningen jobba med spørsmålet i ein eigen komité frå 1901, medan Blå kors starta opp i Noreg fem år seinare. Ein del spreidde tilbod fanst alt i denne tida, men først med Blåkors-hjemmet på Eina i Oppland (1909) og Lægeforeningens kurstad på Ørje i Østfold (1910, overtatt av staten i 1920) fekk ein behandlingstilbod. Desse to var for menn, i 1913 kom ein kurstad for kvinner på Jeløy reist av organisasjonen Det Hvite Bånd.

Det var altså dei frivillige organisasjonane som var drivande – staten kom først inn ved Ørje kursted då legeföreninga var ute av stand til å driva det vidare. Den kristne avhaldsorganisasjonen Blå kors har spela ei heilt sentral rolle i rusomsorga, men også andre organisasjonar har hatt tilbod, til dømes Det hvite bånd, Frelsesarmeen og andre religiøse organisasjonar. I 1928 var det fem institusjonar som blei kalla kurstader: to statlege (Hovelsåsen i Solør frå 1922 og Ørje), to i regi av frivillige organisasjonar (Eina, Jeløya) og ein som var oppretta etter eit privat legat (Framnes i dåverande Vossestrand kommune). I 1937 blei det oppretta endå ein statleg institusjon: Bjørnebekk på Ås.

Alkoholsaka var sentral i politikken, og mellom 1919 og 1926

var det totalforbod mot brennevin i landet. Etter andre verds-krigen blei det oppretta fleire institusjonar i regi av frivillige organisasjonar. I 1950-åra er A-klinikkane eit nytt innslag, dette var klinikkar basert på prinsippa til Anonyme Alkoholikere-rørsla. Behandlinga var karakterisert av kortare opphald, og målgruppa var gjerne menneske som hadde familie og jobb, men som sleit med alkoholisme. I 1957 var det seks slike, og dei var drivne av ulike organisasjonar (m.a. Blå kors og Oslo indremisjon).

Generelt har institusjonane for alkoholavvenning vore dominert av dei frivillige organisasjonane, sjølv om me har sett at også det offentlege har spela ei rolle. Som resultat av Rusreforma som blei ein realitet 1. januar 2004, fekk dei regionale helseføretaka ansvaret for rusomsorga. Ein stor del av tilbodet inneber at helseføretaka har avtalar med privat-drivne institusjonar som Blå kors.

Kjelder: Bønes 1978.



Den norske Lægeforenings kurstad på Ørje i Østfold. Opna i 1910 som den andre kurstaden for alkoholikarar i Noreg. Blei i 1920 overtatt av staten, var seinare fylkeskommunal og var med unntak av nokre år på 1930- og 1940-talet i drift til 1990. Marker kommune er i dag eigar. Bildet er av kurbygningen i 1933. Bilde: Statsarkivet i Oslo.

Fødsalar på sjukehus og fødeheimar

Så å seia alle fødsalar går i dag føre seg på fødselsklinikkar ved sjukehusa. Sjølv om heimefødsalar har fått ein del media-merksemd dei siste åra, ser dei aller fleste nyfødde dagens lys ved eit sjukehus.

Jordmorreglementet av 1810 gav jordmødrene monopol på fødselshjelp, men det tok likevel mange år før dei i praksis hadde utkonkurrert dei lokale ufaglærte kvinnene som tradisjonelt hadde tatt seg av fødselshjelpen. I 1902 var 80 % av fødslane hjelpete fram av jordmødrer. Dette innebar altså ei "institusjonalisering" av fødslane i løpet av 1800-talet, det vil seia at dei gjekk frå å vera i hendene på koner i nærmiljøet til å bli ein sak for ein helseprofesjon

Tora Korsvold meiner ein kan snakka om tre fødesystem. I det første sto lokale *hjelpekoner* for fødselshjelpen og dei baserte seg på tradisjons- og erfaringskunnskap. Det andre systemet voks fram på 1800-talet og då var det *jordmødrer* med utdanning som hjelpete til ved heimefødsalar. Det siste systemet er *institusjonsfødselen* eller *sjukehusfødselen* som i Noreg for alvor slo gjennom på 1900-talet, og som blei heilt dominerande frå 1950- og 1960-talet. Det er naturleg nok det siste systemet som har sett sterkast spor gjennom bygningar.

Alt på slutten av 1700-talet byrja norske kvinner å bli utdanna som jordmødrer, nokre ved å reisa til København og fødselsstiftelsen der (oppretta 1759), men det blei også sett i gang utdanningstiltak på landsbygda i Noreg, m.a. i Møre og Romsdal. Reglementet frå 1810 gjorde at behovet for utdanning blei sterkare. Fødselsstiftelsen som blei oppretta i Christiania i 1818 kom som eit svar på dette behovet sidan ein etter 1814 ikkje lenger hadde noka tilknytning til institusjonane i København. Fødselsstiftelsen hadde såleis først og fremst funksjon som ein stad for å utdanna legar og jordmødrer, formålet var ikkje å bygga opp eit apparat for sjukehusfødsel. Ein fødselsstiftelse blei oppretta i Bergen i 1861, her var formålet å utdanna jordmødrer (men ikkje legar) og å ta seg av fødsalar. Bygningsmessig var stiftelsen i Christiania innlosjert ymse stader i byen, fram til han flytta inn i huset som var bygd særskilt for formålet i 1837. I Bergen var tilhaldsstaden på Rådstueplass, med ein kombinasjon av eldre bygg og påbygg.

I tillegg til ein privat fødselsheim som blei oppretta i Trondheim i 1890, var det berre stiftelsane i Christiania og Bergen som fungerte som særskilte fødselsklinikkar på 1800-talet. I praksis var fødsel på institusjon eit marginalt fenomen og hadde dessutan eit dårleg rykte som følgje av barselsfe-

beren som herja. Keisarsnitt kor både barn og mor overlevde blei heller ikkje mogleg før på 1890-talet.

Dette kom til å endra seg på 1900-talet. Nye hygieniske forholdsreglar førde til at faren for barselfeberen blei lågare, og nå kom det fødeavdelingar på alle større sjukehus. Me kan eksempelvis sjå på dei tre største byane. Trondheim fekk i 1908 E. C. Dahls stiftelse som var reist med midlar etter ei testamentarisk gåve. Bygget blir rekna som ein av landets finaste jugenbygningar. Det er i dag i bruk til kontorformål. Den gamle fødselsstiftelsen i Kristiania blei i 1914 avløyst av den nye Kvinneklubben, som var bygd for langt større forhold, og mellom anna inneheldt ei gynekologisk avdeling (klubben var i funksjon som ein del av Rikshospitalet fram til flyttinga i 2000). I Bergen sto den nye Kvinneklubben ved Haukeland sykehus klar i 1926. Som i Oslo låg den og raga på ei høgde, noko som passar godt med den viktige posisjonen bygget kom til å få i løpet av hundreåret. På midten av hundreåret blei stadig fleire av fødslane gjort på ei fødeavdeling ved eit sjukehus. Til dømes fødte 21 % av kvinnene i Trondheim ved E. C. Dahls stiftelse i 1909 mot heile 94,5 i 1955. Fødeheimar dukka også opp på mindre stader rundt om i landet. Slik var det ein revolusjon som hadde gått føre seg innanfor fødselsomsorga, og gjennombrøtet for sjukehusfødselen er eit døme på korleis sjukehuset fekk ein viktig posisjon på 1900-talet.

Kjelde: Børdahl 2000b, Korsvold 2001.



Kvinneklubben og fødselsstiftelsane var viktige element i kampen mot dødligeita blant spedbarn. Fleire av anlegga var òg gode døme på arkitekturideala i tida. I E. C. Dahls stiftelse i Trondheim var naturleg nok storken eit av motiva i glasvindauga i trappegangen.

Bilde: Leif Maliks.

Frå kall til yrke – sjukepleie og sjukepleieinstitusjonar

Norges Røde Kors som blei stifta i 1865 starta sjukepleieutdanning i Kristiania midt på 1890-talet, og fekk filialar i Bergen (1898) og Trondheim (1906), samt ein eigen klinikk i Kristiania i 1902. Metodistkyrkja starta sin sjukepleieskule i 1897, og Norske kvinners sanitetsforening (NKS) i 1898 (begge i hovudstaden).

Slik var det eit større mangfald av institusjonar som utdanna sjukepleiarar ved inngangen til 1900-talet. Alle hadde ei viss tilknytning til den kristne kallsetikken, men diakonissene var ikkje lenger dei einaste.

Tidleg på 1900-talet blei det også opna kommunale sjukepleieskular i Bergen og Kristiania, her med tre års utdanning (mot 1-2 år ved dei andre institusjonane). Sjukepleiarane organiserte seg i Norsk Sykepleierskeforbund i 1912.

Sjukepleiaraskulane er etterkvart innordna i høgskulesystemet, og utdanninga er blitt standardisert. Men framleis finst det eit utal private stiftelsar som Betanien og Diakonhjemmet. Desse har både sjukepleieutdanning og har etablert egne sjukehus (t.d. Haraldsplass sykehus i Bergen).

Kjelde: Wyller 1990.

Hovudtrekk 1900-2006

FOLKETALSUTVIKLING:

1900: ca. 2, 2 mill. 1950: 3, 28 mill. 2006: 4, 64 mill.

I 1900 budde kring ein tredjedel i tettbygde strok, i 2006 gjer nesten 8 av 10 det same.

HELSE OG LOVVERK

Medan både dei psykiatriske sjukehusa og tuberkuloseinstitusjonane var regulert av lover (Sinnssjukelova 1848, Lov om psykisk helsevern 1961 og Tuberkuloselova 1900) kom det ikkje noko lovverk for dei somatiske sjukehusa før i 1969. Med Helseføretakslova frå 2002 gjekk sjukehusa frå fylket til staten.

SJUKDOMMAR OG HELSETILTAK

Tuberkulosen var ein stor sjukdom og sjølv om talet på døde nådde toppen i 1900 (med 7000) var smittetala og dødstala høge til inn på 1940-talet. Medførde omfattande tiltak i offentleg og privat regi, og institusjonsbygging var eitt av tiltaka. I etterkrigstida har livsstilssjukdommar som visse kreftformer og hjarte- og karsjukdommar og dessutan psykisk sjukdom blitt hovudutfordringar.

INSTITUSJONAR

Somatiske sjukehus: I hovudsak reist av kommunar og fylkeskommunar, men også private. Blei eit fylkeskommunalt ansvar med sjukehuslova (1969). Statleg gjennom helseføretak frå 2002.

Psykiatriske sjukehus: Første del av hundreåret: utbygging i hovudsak i regi av amta. I etterkrigstida også ei byrjande nedbygging, fleire poliklinikkar, sengeavdeling ved dei somatiske sjukehusa, samt heimete-nester etc.

Tuberkulose: Ei rekke institusjonar reist fram til og med etterkrigstida. Kan grovt sett delast inn i *sanatorium* og *tuberkuloseheimar*.

FINANSIERING OG EIGARSKAP:

Dei psykiatriske sjukehusa var i hovudsak statlege eller drivne av amta/fylkeskommunane. Med lov om psykisk helsevern i 1961 blei dei fylkeskommunale, og med Lov om helseføretak frå 2002 blei dei ein del av dei statlege føretaka. Tuberkuloseinstitusjonar blei drivne av både stat, fylke og kommune, men her var også frivillige organisasjonar ein viktig aktør. Fylkeskommunen og primærkommunane var den viktigaste eigaren når det gjeld dei somatiske sjukehusa. Sjukehuslova av 1969 som trådte i kraft i 1970 medførde at dei gjekk over til fylkeskommunen, og med sjukehusreforma i 2002 gjekk dei over til dei statlege helseføretaka.

Noter

Noter til kapittel 1

- ¹ Fløgstad 1977/1989: 67-68.
- ² Nordby 1989.
- ³ Evang sitert frå Haavet 1996: 41-42.

Noter til kapittel 2

- ⁴ Dei to første underkapitla i hovudsak basert på Danielsen, Dyrvik, Grønlie, Helle og Hovland 1991.
- ⁵ Bagge 1998.
- ⁶ Pape 1997, Porter 1997: 110-112.
- ⁷ Porter 1997: 106-109.
- ⁸ Porter 1997: 9.
- ⁹ Moseng, Opsahl, Pettersen og Sandmo 1999: 241.
- ¹⁰ Moseng 2003: 56.
- ¹¹ Risse 1999: kap. 1-3.
- ¹² Avsnitta om norske mellomalderhospital er basert på Grankvist 1982 og Fyrand 2000.
- ¹³ Porter 1997: 112-113.
- ¹⁴ Bagge 1998: 105.

Noter til kapittel 3

- ¹⁵ Dei følgjande avsnitta om demografi er basert på Danielsen, Dyrvik, Grønlie, Helle og Hovland 1991.
- ¹⁶ Moseng 2003: 68.
- ¹⁷ Grankvist 1982: 85.
- ¹⁸ Moseng, Opsahl, Pettersen og Sandmo 2003.
- ¹⁹ Gilje og Taraldsen 2002.
- ²⁰ Moseng 2003: 115-117.
- ²¹ Moseng 2003. Alt heilt på slutten av 1500-talet hadde staten gitt inntekter til legar i Bergen, så valet av Villads som "den første offentlege legen" er gjort på bakgrunn av det større kjeldematerialet ein hadde frå denne utnemninga.
- ²² Dei følgjande avsnitta er basert på Moseng 2003 op. cit.
- ²³ Moseng 2003: 179.
- ²⁴ Frederik Holst. *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*. Christiania. 1826. Sitert frå Børdahl og Larsen 2001a: 11.
- ²⁵ Blom, Ertresvaag og Irgens 1991: 9-10.
- ²⁶ Grankvist 1982: 86-89. I tillegg til desse institusjonane

eksisterte Hirdhospitalet i Oslo og St. Laurentiihospitalet i Tønsberg framleis etter 1537, men då som mindre fattighus.

- ²⁷ Grankvist 2003: 9-12.
- ²⁸ Irgens og Irgens 2000: 61-63, Blom, Ertresvaag og Irgens 1991: 14.
- ²⁹ Grankvist 2003: 12-14.
- ³⁰ Abrahamsen 1988: 7, Sprauten 1988: 19, Grankvist 1982: 89.
- ³¹ Dette avsnittet er basert på Harris 2003a.
- ³² Fundasen sitert frå Abrahamsen 1988: 8 som har modernisert språket.
- ³³ Sprauten 1988: 22-25.
- ³⁴ Storsletten 1988. Hospitalbygninga frå 1739 blei freda i 1942 (den eldre hospitalbygningen blei totalskadd i brann i 1794).
- ³⁵ Harris 2003a: 238-39.
- ³⁶ Blomberg 2002: 21.
- ³⁷ Hilbrandt Meyer: *Bergens beskrivelse* (skriven i 1764, publisert 1904). Sitert frå Statsarkivet i Bergen 2003.
- ³⁸ Moseng 2003: 214.
- ³⁹ Vallgård 2004: 13.
- ⁴⁰ Sitert frå Moseng 2003: 266.
- ⁴¹ Wergelandsveien 3b. Hjelmeland 2000.
- ⁴² Hjelmeland 2000: 50. Bygget brann ned i 1881.
- ⁴³ Avsnitta om radesjukehusa er basert på Danielsen 2000, Strandjord 2000 og Moseng 2003: 248-258.
- ⁴⁴ Moseng 2003: 248.
- ⁴⁵ Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1834, i *Eyr* 1834. Fleire av desse sjukehusa var likevel samlokalisert – det var altså ikkje 16 sjukehusbygg. Dei fleste av dei var amtssjukehus.
- ⁴⁶ Oslo byleksikon. 2000: 423.
- ⁴⁷ Grankvist 2003-57-60. Iflg. 1801-folketeljninga var det flytta til eit hus i Moursundveita. Carstens 2004: 23.
- ⁴⁸ Carstens 2004, Grankvist 2003: 61.
- ⁴⁹ Wisbech 1830: 99.
- ⁵⁰ Moseng 2003: 264.
- ⁵¹ Wisbech 1830: 98.
- ⁵² Dette resonnementet er utvikla av Svein Carstens.

Noter [forts.]

Noter til kapittel 4

- ⁵³ Schiøtz 2003.
- ⁵⁴ Seip 1984/1994.
- ⁵⁵ Sitert frå Børdahl 2000a: 92.
- ⁵⁶ Moseng 2003: 274-275.
- ⁵⁷ Schjønshy 1996: 74.
- ⁵⁸ Holst 1833: 331-332, 342.
- ⁵⁹ Moseng 2003: 207.
- ⁶⁰ Schiøtz 2003: 142.
- ⁶¹ Schiøtz 2003: 138, 142. Schjønshy 1996: 74.
- ⁶² Schiøtz 2003: 28.
- ⁶³ Skålevåg 2003: 38-39.
- ⁶⁴ Moseng 2003: 286-288, Schiøtz 2003: 29.
- ⁶⁵ Betænkning og Udkast. 1859-60: 2.
- ⁶⁶ Betænkning og Udkast 1859-60.
- ⁶⁷ Schiøtz: 62-63.
- ⁶⁸ Sundhedsscollegiets innstilling 4. oktober 1814, sitert frå Børdahl 2000a: 93.
- ⁶⁹ Moseng 2003: 271-272. Børdahl og Larsen 2001a: 16.
- ⁷⁰ Bygget sto ferdig i 1829, men blei dei første åra nytta til andre delar av Rikshospitalets drift.
- ⁷¹ Børdahl 2000a: 95.
- ⁷² Grønlie 2004a.
- ⁷³ Medisinalberetning 1834.
- ⁷⁴ Tabellen er basert på Medisinalberetning 1855, 1865 og 1879.
- ⁷⁵ Carstens 2004.
- ⁷⁶ Pihl 2001: 19.
- ⁷⁷ Kristiansen og Larsen (red.). 1987: 11-13., Nielsen 1997: 98-108.
- ⁷⁸ Pihl 2001.
- ⁷⁹ Bjørnvik 2001: 10-11.
- ⁸⁰ Det følgande er basert på Nielsen 1997.
- ⁸¹ Medisinalberetning 1854.
- ⁸² Skålevåg 2003: 39, 49.
- ⁸³ Harris 2003b, Pihl 2001.

- ⁸⁴ Andresen 2004: 97.
- ⁸⁵ Medisinalberetning 1858.
- ⁸⁶ Skålevåg 2003: 39.
- ⁸⁷ Skålevåg 2003: 39-40.
- ⁸⁸ Andresen 2004.

Noter til kapittel 5

- ⁸⁹ Basert på tabellar frå Statistisk sentralbyrå.
- ⁹⁰ Avsnitta om sjukdommar basert på Schiøtz 2003: kapittel 6 og kapittel 11 og Porter 1997.
- ⁹¹ Porter 1999: 455-458.
- ⁹² Nordby 1989.
- ⁹³ Schiøtz 2003: 314-15, Nordby 1989.
- ⁹⁴ Sitert frå Schiøtz 2003: 319.
- ⁹⁵ Schiøtz 2003: 368-371.
- ⁹⁶ Byrkjeflot og Grønlie 2005.
- ⁹⁷ Fygle 2002.
- ⁹⁸ Skogheim 2001: 10.
- ⁹⁹ Blekastad 1976: 26.
- ¹⁰⁰ Blekastad 1976: Op. cit.
- ¹⁰¹ Sitert frå Schiøtz 2003: 69. "Tvangstiltaka" i lova gjaldt berre innlegging i sjukehus og pleieheimar/tuberkuloseheimar når isolering var formålet. I sanatoria som skulle vera kurative institusjonar, var dette ikkje aktuelt.
- ¹⁰² Blom 1998: 21.
- ¹⁰³ Avsnitta om kysthospital bygger på Ertresvaag 1993.
- ¹⁰⁴ Erichsen 1996: 87.
- ¹⁰⁵ Sitert frå Ertresvaag 1993: 86.
- ¹⁰⁶ Dei følgjande avsnitta basert på Egner 2000, Ertresvaag 1993 og Schiøtz 2003: 318-330
- ¹⁰⁷ Sjø m.a. Sveen 1979.
- ¹⁰⁸ Skildringa av utviklinga i Bergen er basert på Ertresvaag 1993 og Fossen og Grønlie 1985.
- ¹⁰⁹ Det følgjande er basert på Carstens og Grankvist 2002.

Litteratur

- Abrahamsen, Pål. 1988. Et stykke norsk sosial- og psykiatrihistorie: Oslo hospital gjennom 450 år, i Abrahamsen (red.). 1988.
- Abrahamsen, Pål (red.). 1988. *Fra dollhus til moderne psykiatri. Oslo hospital 1538-1988*. Oslo.
- Andresen, Astri. 2004. "Patients for Life": Pleiestiftelsen Leprosy Hospital 1850s-1920s, i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
- Andresen, Astri, Tore Grønlie og Svein Atle Skålevåg (eds.) 2004. *Hospitals, Patients and Medicine 1800-2000. Conference Proceedings*. Bergen.
- Bagge, Sverre. 1998. *Mennesket i middelalderens Norge. Tanker, tro og holdninger 1000-1300*. Oslo
- Bakken, John E. 1972. *Omsorgen for ikke dannelsedyktige åndssvake. Trekk ved utviklingen i Norge frå 1880-årene til 1940-årene*. Hovedoppgave i pedagogikk, Universitetet i Oslo.
- Balto, John Arne (red.). 2000. *Norsk sykehusarkitektur. Fortidsminneforeningen: Årbok 2000*. Oslo.
- Betænkning og Udkast. 1859-60. Betænkning og Udkast, avgivet af den ved Kongelig Resolution af 6te Februar 1858 naadigst anordnede Commission, dateret 30te December 1859 (O. No. 34), i *Stortingets forhandlinger 1859-60, Tredie del*. Christiania.
- Bjørnvik, Svein. 2001. *Historisk sykehusmateriale i Nordland. Rapport fra forprosjekt*. Sandnessjøen: Nordland fylkeskommune.
- Blekastad, Ivar B. 1976. *Gausdal. 100 år på fjellet. Fra Gausdal sanatorium 1876 til Gausdal høifjellshotell 1976*. Gausdal.
- Blom, Ida. 1998. *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900-1960*. Bergen.
- Blom, Kari, Egil Ertresvaag og Kjell Irgens. 1991. *"De fattige Christi Lemmer"... Stiftelsen St. Jørgens historie*. Bergen.
- Blomberg, Wenche. 2002. *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*. Oslo.
- Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie. 2005. Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring, i Ståle Opedal og Inger Stigen (red.). *Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen*. Bergen.
- Bønes, Bergsvein. 1978. *Alkoholismens omsorgen i Norge. En historisk oversikt*. Oslo.
- Børdahl, Per E. 2000a. Rikshospitalet – et sykehus på flyttfot, i Balto (red.). 2000.
- Børdahl, Per E. 2000b. At redde Mødres og Børns Liv, i Balto (red.). 2000.
- Børdahl, Per E., Øivind Larsen, Jacob Birger Natvig og Elisabeth T. Swärd (red.). 2001. *De tre riker. Rikshospitalet 1826-2001*. Oslo.
- Børdahl, Per E. og Øyvind Larsen. 2001a. Hvorfor et "almindeligt Hospital for Riget"? i Børdahl, Larsen, Natvig og Swärd (red.). 2001.
- Børdahl, Per E. og Øyvind Larsen. 2002b. Sykehuset vokser og flytter, i i Børdahl, Larsen, Natvig og Swärd (red.). 2001.

- Carlsson, Ronny S. 1989. *Sykehuset i Sildabyen. Kommunal og fylkeskommunal sykehusdrift i Haugesund 1889-1989*. Haugesund.
- Carstens, Svein. 2004. Liberalism and Local Hospital Reform in Nineteenth Century Trondheim, i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
- Carstens, Svein og Rolf Grankvist. 2002. *St. Olavs Hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Trondheim.
- Danielsen, Arthur. 2000. Spyttchuse, Incurable-stue og Liigskiul. Radesykehuset i Flekkefjord, i Balto (red.). 2000.
- Danielsen, Rolf, Ståle Dyrvik, Tore Grønlie, Knut Helle og Edgar Hovland. 1991. *Grunntrekk i norsk historie. Fra vikingtid til våre dager*. Oslo.
- Daatland, Svein Olav (red.). 1997. *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. Oslo.
- Egner, Bjørn. 2000. Sykehusene i går og i dag, i Balto (red.). 2000.
- Engesæter, Aage. 1979. *Høyanger. Utviklinga av industristaden fram til om lag 1945*. Sogndal/Høyanger.
- Elvbakken, Kari Tove og Grete Riise (red.). 2003. *Byen og helsearbeidet*. Bergen.
- Erichsen, Vibeke. 1996. Sykehusets plass i helsetjenesten, i Vibeke Erichsen (red.). 1996. *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo.
- Ertresvaag, Egil. 1993. *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år, 1893-1993*. Bergen.
- Fjermeros, Halvor. 1998. *Om hundre år er allting glemt? 100-års jubileumsskrift for Emma Hjorts hjem 1898-1998*. Sandvika.
- Fjermeros, Halvor. 2000. Arkitektur for pariakasten, i Balto (red.). 2000.
- Fløgstad, Kjartan. 1977/1989. *Dalen Portland*. Oslo.
- Fossen, Anders Bjarne og Tore Grønlie. 1985. *Byen sprenger grensene 1920-1972. Bergen bys historie bind 4*. Bergen.
- Fyrand, Ole. 2000. Det dere har gjort mot en av mine minste..., i Balto (red.). 2000.
- Fygle, Svein. 2002. *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø.
- Gilje, Nils og Tarald Rasmussen. 2002. *Tankeliv i den lutherske stat. Norsk idéhistorie bind II*. Oslo.
- Grankvist, Rolf. 1982. *Nidaros kirkes spital 700 år. Trondheims hospital 1277-1977*. Trondheim.
- Grankvist, Rolf. 2003. *Omsorg i 1000 år*. Trondheim.
- Grønlie, Tore. 2004a. Norwegian General Hospitals 1970-2002: County ownership – an Interlude Between Welfare Localism and State Direction, i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
- Grønlie, Tore. 2004b. Fra velferdskommune til velferdsstat—hundre års velstandsvekst fra lokalisme til statsdominans, i *Historisk tidsskrift* 83:4 (2004).
- Harris, Christopher John. 2003a. De milde stiftelser – eldreomsorg i eldre tid, i Elvbakken og Riise (red.). 2003.
- Harris, Christopher John. 2003b. "Mentalen" i Bergen, i *Bergensposten. Statsarkivet i Bergen*. Bergen.
- Hjelmeland, Britt-Alise. 2000. Militære sykehus i Norge, i Fortidsminneforeningen 2000.
- Holst, Frederik. 1833. Om Nødvendigheden af et lægekyndigt Sundhedscollegium i Norge, i *Eyr* 1833.
- Houg, Egil. 2004. *Mitt Soria Moria. Historien om Sunnaas sjukehus*. [Nesoddtangen].
- Haavet, Inger Elisabeth. 1996. *Maten på bordet. Femti år med Statens ernæringsråd*. Oslo.
- Irgens, Kjell H. og Lorentz M. Irgens. 2000. St. Jørgens Hospital, i Balto (red.). 2000.
- Janssen, Carl W. 2001. *Haukeland sykehus. En medisinsk hjørnestein siden 1912*. Bergen.
- Korsvold, Tora. 2001. *Sykehusfødselen tar form. Med en nærstudie av E. C. Dahls Stiftelse*. Oslo.
- Kristiansen, Kristian. 1986. *Eventyret som ble til virkelighet. Et femtiårs-jubileum for Martina Hansens Hospital 1936-1986*. Oslo.
- Kristiansen, Kristian og Øivind Larsen (red.). 1987. *Ullevål sjukehus i hundre år*. Oslo.

- Maliks, Leif. 2005. Helse: Anlegg for omsorg, i Ulf Grønvold (red.). 2005. *Hundre års nasjonsbygging. Arkitektur og samfunn*. Oslo.
- Medisinalberetning. 1831. Underdanigst Beretning, dateret 30 October 1832, til Hans Majestæt Kongen fra den Kgl. Norske Regjering om Sundhedstilstanden i Norge i Aaret 1831, i Eyr. *Et mediscinsk Tidsskrift*, 1833. Christiania.
- Medisinalberetning. *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge* [har brukt medisinalberetningane for fleire år, sjå kjeldetilvisingar i fotnoter].
- Moseng, Ole Georg. 2003. *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003 bind 1*. Oslo.
- Moseng, Ole Georg, Erik Opsahl, Gunnar Pettersen, Erling Sandmo. 1999. *Norsk historie I. 750-1537*. Oslo.
- Moseng, Ole Georg, Erik Opsahl, Gunnar Pettersen og Erling Sandmo. 2003. *Norsk historie II. 1537-1814*. Oslo.
- Mykleby, Axel. 2000. Et sted å kjede seg med anstand – et sted å bli frisk. De første kurbad i Norge sett i et europeisk perspektiv, i Balto (red.). 2000.
- Nielsen, Wenche Louise. 1997. *Fra hus for syke til sjukehus. En arkitekturhistorisk studie av sykehusutviklingen i Christiania på 1800-tallet*. Hovedoppgave i kunsthistorie, Universitetet i Bergen.
- Nordby, Trond. 1989. *Karl Evang. En biografi*. 1989.
- Nordstrand, Leiv. 2003. Medisinalfondet for Nordland 1790-1935, i Bente Lunde (komiteleder). 2003. *Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*. Bodø, Fylkesmannen i Nordland.
- Norges samemisjon. 1988. *Norges samemisjon 100 år. 1888-1988*. Trondheim.
- Olsen, Sture Lian. 2004. *St. Olavs hospital – Avdeling OSS – fra lokalsykehus til universitetsklinikk i Orkdal*. [Trondheim?] (<http://www.stolav.no/stolav/resources/arsberetning+orkdal+2003.pdf>)
- Oslo byleksikon*. 2000. Oslo byleksikon. Oslo (4. utg.)
- Pape, Kristine. 1997. *Sykdomsoppfatninger og helbredere i middelalderens Trondheim*. Trondheim.
- Pihl, Torbjørn. 2001. Bergens kommunale Sygehus 1754-1912, i Janssen. 2001.
- Porter, Roy. 1997. *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Anitquity to the Present*. London.
- Risse, Guenter B. 1999. *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. New York og Oxford.
- Schiøtz, Aina. 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003 bind 1*. Oslo.
- Schjønby, Hans P. 1996. The Establishment of a Public Health System, i Øivind Larsen. (red.). 1996. *The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, Past and Present*. Canton, MA.
- Seip, Anne-Lise. 1984/1994. *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo.
- Seip, Anne-Lise. 1994. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo.
- Skaset, Maren. 2003. Reformtid og markedsgløtt: det offentlige helsevesen etter 1985, i Schiøtz. 2003.
- Skogheim, Dag. 2000. Frisk luft og diett. Norske tuberkulosesanatorier, i Balto (red.). 2000.
- Skogheim, Dag. 2001. *Sanatorieliv. Fra tuberkulosens kulturhistorie*. Oslo.
- Skålevåg, Svein Atle. 2003. *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*. (Rokkansenteret: Rapport 10, 2003). Bergen.
- Sprauten, Knut. 1988. Dårkisten og sykehuset under Ekeberg, i Abrahamsen (red.). 1988.
- Statsarkivet i Bergen. 2003. *Stiftelsenes Allé. En virtuell byvandring i Bergen 1769*. (<http://digitalarkivet.no/cgi-win/DaMeny.exe?meny=helse&nr=1>)
- Stave, Gunnar. 1990. *Mannsmot og tenarsinn. Det norske diakonhjem i hundre år*. Oslo.
- Storsletten, Ola. 1988. Bygningshistorien: Fra kloster til hospital, i Abrahamsen (red.). 1988.
- Strandjord, Roald E. 2000. Paa dette Skib hadde det været en Deel ryggeløst Mandskab. Om radesyken og Radesygehuset i Stavanger, i Balto (red.). 2000.

- Sveen , Ingar. 1979. *Sjukehusstriden i Sogn og Fjordane. Norsk sjukehuspolitikk i endring. Ein studie av sjukehusplanlegging og sjukehusutbygging i Sogn og Fjordane 1963-1977*. Hovudoppgåve i historie, Universitetet i Oslo.
- Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831, i *Eyr* 1834.
- Vallgård, Signild. 2004. Power over Life: the Establishment of Hospitals in Denmark in the Late Eighteenth Century, i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
- Vollset, Magnus. 2005. *Fra lidelse til trussel. Spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. Mastergradsoppgave i historie. Universitetet i Bergen.
- Wisbech, Chr. 1830. Det civile Sygehuus i Bergen i Aaret 1828 tilligemed en Beskrivelse over denne Stiftelse, i *Eyr* 1830.
- Wyller, Ingrid. 1990 [1951]. *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Statens forvaltningstjeneste
Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonskode: I-1114
Trykk: AK trykk 2006 - opplag 1000

