Forord

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

Det er en glede for Helse- og omsorgsdepartementet å presentere "Landsverneplan for helsesektoren – Rom for helse". Denne boken er et resultat av prosjektet "Landsverneplan for helsesektoren". Arbeidet inngår i prosjektet "Statens kulturhistoriske eiendommer" hvor alle departementer skal utarbeide landsverneplaner for statlige eiendommer innenfor sin sektor. Kulturminnevern er et sektorovergripende ansvar, og det er alle statlige eiendomsforvalteres oppgave å sørge for god oversikt, rutiner og kompetanse for oppfølging av verneverdige bygninger og anlegg innenfor egen portefølje.

Formålet med denne landsverneplanen er å verne et utvalg kulturminner og kulturmiljøer som dokumenterer utviklingen i spesialisthelsetjenesten. For vår sektors del er det gjort et utvalg på nærmere 300 bygninger.

Kunnskap om bygningene i en bredere sammenheng er en forutsetning for å vurdere og forstå deres verneverdi. Sykehus og andre helsebygg er ikke bare viktige som fysiske rammer for helsetjenestene. De er også materielle uttrykk for skiftende behov og holdninger, og endringer i de sosiale og vitenskapelige forutsetningene for behandling og omsorg. Samtidig er de også et resultat av endringer i bygningsteknologi, arkitektoniske idealer og økonomiske rammebetingelser. Bygningene kan gi oss verdifull kunnskap om slike forhold, men de kan og ha vesentlig estetisk og identitetsskapende verdi. Helsesektorens bygninger er mange steder svært synlige utrykk for velferdsstatens utvikling. De representerer også høydepunkter i norsk arkitekturhistorie.

Foto: Torgeir Haugaard, FMS.

Det er derfor en glede å presentere denne historiske gjennomgangen. Departementet har lagt vekt på at den tematiske behandlingen ikke er avgrenset til den bygningsmassen staten ved helseforetakene er eier av i dag, men at hele bredden i den historiske utviklingen i helsesektoren blir presentert.

Med denne boken håper vi å bidra til økt kunnskap om helsesektoren generelt, og om bygg og anlegg i spesialisthelsetjenesten spesielt, og en interesse for den felles kulturarven mange av anleggene representerer. Det er vårt håp at det arbeidet som er nedlagt i forbindelse med landsverneplan-prosjektet skal bidra til forståelse og engasjement for god forvaltning av disse verdiene.

Boken inneholder også Riksantikvarens fredningsforskrift og retningslinjer for oppfølging av de aktuelle kulturminnene i sektoren. I boken finnes omtale av alle anlegg som er valgt ut for vern, og på vedlagte CD finnes detaljert beskrivelse og dokumentasjon av samtlige bygninger og anlegg.

Helse- og omsorgsdepartementet vil rette en stor takk til de regionale helseforetakene for deltakelse og oppfølging av prosjektet og til de mange kontaktpersoner i helseforetakene som har deltatt med tilrettelegging for befaringer og innhenting av dokumentasjon. Takk også til Forsvarsbygg og Riksantikvaren for godt samarbeid.

ISBN 978-82-431-1000-7. Teksten ble opprinnelig publisert i Rom for helse (HOD, 2012).

Hilsen fra Riksantikvaren

Riksantikvaren er svært glad for at vi i fellesskap er i mål med landsverneplan for helsesektoren. Bredden og mangfoldet i helse-Norge kan leses i arkitekturen. Historien om og utviklingen av vårt samfunn fortelles også gjennom disse fantastiske anleggene.

Helse angår oss alle! Bekjempelse av sykdommer har krevd og krever spesialisert behandling i spesialiserte anlegg. Flere sykdommer er etter hvert bekjempet, mens bygningene består. Landsverneplanen blir derfor viktig for forståelsen av hvordan behandling og bekjempelse av sykdom har endret seg gjennom tidene. De utvalgte anleggene er kulturminner av nasjonal arkitektonisk og kulturhistorisk verdi.

Alle statlige eiendommer gis i disse dager en kulturminnefaglig vurdering gjennom Kongelig resolusjon om statens kulturhistoriske eiendommer. Det legges ned et omfattende arbeid for å komme fram til et samlet og godt utvalg kulturminner som forteller noe om Norges historie og utvikling. Prosjektet har vært et stort løft for staten som eier og kulturminneaktør. Riksantikvaren vil berømme Helse- og omsorgsdepartementet for gjennomføringen av verneplanarbeidet. Samarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helseforetakene, Forsvarsbygg som rådgiver og Riksantikvaren har vært utmerket.

Vi gratulerer med flott resultat, og ønsker til lykke med det viktige arbeidet videre med å ta vare på vår felles kulturarv.

Jørn Holme

Innledning

Marte Oftedal

For første gang presenteres helsebyggeriet samlet og vurdert. Dette arbeidet er resultatet av en stor statlig satsning. Helseforetakene er med sine 4 millioner kvadratmeter bygningsmasse blant de største eiendomsforvalterne i statlig sektor, og landsverneplanen representerer derfor et stort løft i retning av en bedre forvaltning av statens kulturhistoriske eiendommer.

Landsverneplanarbeidet – bakgrunn og organisering

Bakgrunn

Arbeidet med Landsverneplan for helsesektoren ble igangsatt høsten 2005, som ledd i prosjektet Statens kulturhistoriske eiendommer (SKE). SKE-prosjektet var underlagt Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) og ble etablert i 2003. Formålet var å foreta en gjennomgang av og lage oversikt over alle statens kulturhistoriske eiendommer. En slik systematisk gjennomgang er ikke foretatt siden 1930-tallet, da et utvalg av statens bygninger ble administrativt fredet gjennom listeføring publisert i Fortidsminneforeningens årbøker.

Overordnete bestemmelser for forvaltning av statens kulturhistoriske eiendommer ble vedtatt i kongelig resolusjon 1. september 2006. Den stadfestet at alle sektorer har ansvar for å utarbeide landsverneplan for egne eiendommer og å forvalte de kulturhistoriske eiendommene på en måte som gjør at de kulturhistoriske og arkitektoniske kvalitetene blir tatt vare på og synliggjort. Utarbeiding av landsverneplaner og forvaltningsplaner skal danne grunnlag for en bedre oversikt over og kunnskap om eiendommene, og en mer helhetlig forvaltning av de kulturhistoriske verdiene.

Landsverneplanen skal gi sektoren oversikt over kulturvernhensyn knyttet til egen sektor, hvilke eiendommer det omfatter og hvordan vernehensyn skal ivaretas i fremtiden. Dette vil gi større forutsigbarhet i eiendomsforvaltningen og utgjør en viktig premiss for kommunal og fylkeskommunal planlegging. Gjennom verneplanarbeidet vil man bidra til bevissthet om kulturhistoriske verdier og stimulere til utvikling av økt kulturminnekompetanse innenfor sektorens eiendomsforvaltning.

Landsverneplanene gjelder kun eiendommer i statlig eie. I de fleste sektorer vil det være verdifulle kulturhistoriske eiendommer også i kommunal, fylkeskommunal eller privat eie. Disse har ikke vært gjenstand for registrering eller vurdering av verneverdi, men eiendommene omtales gjerne i den historiske beskrivelsen av sektoren.

Organisering av prosjektet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnete ansvaret for at det utarbeides landsverneplan for sin sektor og at retningslinjene for forvaltning av de kulturhistoriske eiendommene blir fulgt opp. Departementet engasjerte i 2005 Forsvarsbygg til å utarbeide Landsverneplan for helsesektoren. Forsvarsbygg hadde som den største eiendomsforvalteren i statlig sektor utarbeidet lands-

verneplan for egne eiendommer og derigjennom opparbeidet en betydelig kulturminnekompetanse og erfaring med utarbeiding av verneplaner.

Prosjektet har vært organisert med en prosjektgruppe og en koordineringsgruppe. Det er også etablert en referansegruppe med ressurspersoner innenfor ulike fagfelt.

Prosjektgruppen i Forsvarsbygg har bestått av:
Marte Oftedal (prosjektleder)
Erlend Hammer
Runar Jordåen (2005–06)
Leif Maliks (2006–08)
Leif Anker (2006–08)
Prosjektansvarlig i Forsvarsbygg har vært *Janne Wilberg* (2005–2008).

Koordineringsgruppen har bestått av representanter for Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene (RHF), Riksantikvaren og Statens kulturhistoriske eiendommer. Koordineringsgruppen har ivaretatt en løpende oppfølging av prosjektet. Medlemmer i koordineringsgruppen har vært:
Nils Arne Bjordal, leder, Helse Midt-Norge RHF
Asbjørn Elde, Helse Nord RHF
Steinar Frydenlund, Helse Øst RHF, Helse Sør-Øst RHF (fra 2007)
Kai R. Furberg, Helse- og omsorgsdepartementet
Finn Laugerud, Helse Øst RHF (2006)
Åsmund Norheim, Helse Vest RHF
Einar Ramsli, Helse Sør RHF (2006–07)
Ingrid Djupedal, Riksantikvaren
Eirik T. Bøe, Statens kulturhistoriske eiendommer

Referansegruppen har bestått av representanter fra ulike helse- og medisinhistoriske fagmiljøer, arkitekter/sykehusplanleggere, frivillige organisasjoner og eiendomsforvaltningen i helseforetakene. Gruppen har vært en viktig diskusjonspartner for prosjektet mht. vernekriterier og spesielle problemstillinger og tema knyttet til utviklingen i helsesektoren. Medlemmer i referansegruppen har vært:
Astri Andresen, Universitetet i Bergen
Eiliv Berdal, Helse Førde HF
Per E. Børdahl, Helse Bergen HF
Svein Carstens, NTNU/IKA Trøndelag
Bjørn Egner, Eliassen og Lambertz-Nilssen Arkitekter AS
Olav Hamran, Nasjonalt medisinsk museum/NTM
Øivind Larsen, Universitetet i Oslo
Arne Nordøy, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Anne-Karin Nygård, Norske Kvinners Sanitetsforening
Aina Schiøtz, Universitetet i Bergen
Olav Tyldum, St. Olavs Hospital HF

Koordineringsgruppens leder samt representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Riksantikvaren og SKE har også deltatt i referansegruppens møter.

SAMARBEID MED HELSEFORETAKENE (HF)

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten i mange ulike helseforetak (HF) har i noen grad vært bestemmende for arbeidsformen. Prosjektet har i prinsippet hatt ett kontaktpunkt i hvert HF, i hovedsak personer tilknyttet avdeling for drift og intern-service i foretaket. De regionale foretakenes representanter i koordineringsgruppen har bistått i kontakten og deltatt i møter når dette har vært hensiktsmessig.

Det er det enkelte HF som er hjemmelshaver til eiendommene. Eiendomsforvaltningen i helseforetakene er ikke ensartet og er i noen grad preget av at de etter helsereformen i 2002 var relativt nyetablerte som virksomheter. Prosessen med statlig overtagelse og avklaring av eierskap til enkelte eiendommer har vært langvarig. Dette gjenspeiles i arkiv- og dokumentasjonssituasjonen som er lite enhetlig, og som varierer mellom de ulike foretakene. Det er ikke etablert noe felles system for eiendomsregister innenfor sektoren.

Hovedaktiviteter i prosjektet

FORPROSJEKTET

Forsvarsbygg engasjerte høsten 2005 historikeren Runar Jordåen til å utarbeide en historisk oversiktsartikkel "Helsebygg i Noreg". Dette var en av hovedaktivitetene i forprosjektet, som ble avsluttet 1. mai 2006. Etablering av en historisk oversikt var av betydning for å beskrive utviklingen i sektoren, definere institusjonstyper/kategorier og avgrense porteføljen for hovedprosjektet. Den andre hovedaktiviteten i forprosjektet var etablering av dokumentasjonsstatus og kontaktnett i helseforetakene. I regi av prosjektet Statens kulturhistoriske eiendommer er det utviklet en database for registrering og utarbeidelse av landsverneplaner. Helseforetakene startet registrering i denne basen i 2004, men arbeidet ble ikke fullført. Komplettering og kvalitetssikring av den såkalte fase I-registrering, var en prioritert

oppgave i forprosjektet. Forprosjektet stadfestet også hvilke vernekriterier som skulle benyttes, og fremla en skisse til forvaltningsrutiner.

REGISTRERING OG VURDERING

Verktøy for dokumentasjon og registrering av anlegg til verneplanen har vært SKE-databasen. Dokumentasjonen er i hovedsak innhentet fra foretakene, men det har i relativt høy grad vært nødvendig å søke etter materiale fra andre kilder. Det er prosjektgruppen som har foretatt registreringen i basen.

Utvalg og vurdering av verneverdi er gjort i to trinn. Prosjektgruppen foretok befaring til ca. 150 av totalt 250 anlegg i helseforetakenes eie i annen halvdel av 2006. I januar 2007 ble det lagt fram en foreløpig liste over hvilke anlegg som ville være aktuelle å dokumentere nærmere og vurdere for vern. Denne var utgangspunkt for utarbeiding av det endelige verneforslaget. Forslaget ble forelagt koordineringsgruppen før det ble sendt på høring til helseforetakene i februar 2008. På grunnlag av innspill og merknader ble det i etterkant av høringen gjennomført en dialog mellom helseforetakene og Riksantikvaren. Resultatet av denne prosessen var at en del anlegg ble tatt ut av planen. De viktigste anleggene som ble besluttet tatt ut var Radiumhospitalet, et større boligområde på Østmarka i Trondheim og et kvartal med økonomibygninger på Ullevål.

TEMATISK ARBEID, SAMARBEID MED ANTIKVARISKE MYNDIGHETER

Referansegruppens møter er særlig brukt til innspill til vernekriterier, institusjonskategorier, verneforslaget og tematisk behandling av materialet i artikkelsamlingen. Ved siden av at Riksantikvaren har vært representert i koordineringsgruppen, har prosjektet hatt flere møter med Riksantikvaren der spesielle temaer og problemstillinger i planen er gjennomgått og drøftet. Den regionale kulturminneforvaltningen ble tidlig orientert om prosjektet og ble invitert til å komme med synspunkter og innspill til det foreløpige utvalget i 2007, videre mottok samtlige

Skilt viser vei på Dikemark i Asker.
Foto: Leif Maliks.

berørte kommuner kopi av høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2008.

Forankring av landsverneplanen i sektoren

I forprosjektet ble det opprettet et kontaktnett i helseforetakene gjennom regionvise informasjonsmøter, og det ble senere arrangert to seminarer med tema innen kulturminneforvaltning. Det har ellers vært kontakt mellom prosjektet og de enkelte foretakene i forbindelse med befaringer og dokumentasjonsinnhenting.

Foretakene ble informert om det foreløpige utvalget i verneplanen i januar 2007. Det ble samtidig stadfestet rutiner for saksbehandling av tiltak på verneverdige bygg. Det er Riksantikvaren som er statens rådgiver i antikvariske spørsmål, og som har vært saksbehandler i disse sakene.

Formålet med planen – avgrensing

Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde favner vidt; fra folkehelsearbeid og primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste. Ved utarbeiding av den historiske oversiktsartikkelen i forprosjektet ble det lagt vekt på å beskrive hele bredden i den historiske utviklingen, og ikke begrense fremstillingen til det som i dag er i statlig eie. Dette gjelder også for de tematiske artiklene som presenteres senere i denne boken. For selve landsverneplanarbeidet er det imidlertid gjort en avgrensing. Mandatet til prosjektet har i tråd med kgl.res. vært å vurdere eiendommer i *statlig* eie. Landsverneplanen gjelder stående bygninger og anlegg med tilhørende arealer. Planen omfatter ikke arkeologiske kulturminner, løse kulturminner eller personalhistoriske forhold.

I prinsippet er samtlige av helseforetakenes eiendommer vurdert. Dette gjelder også bygninger og institusjoner som ikke er bygget for helseformål, men som er i foretakenes eie og som i dag brukes innenfor spesialisthelsetjenesten. Personalboliger og barnehager som ligger som del av sykehusenes område er også vurdert.

Prosjektet har ikke hatt noen øvre tidsgrense for hvilke eiendommer som skulle vurderes. Erfaring tilsier imidlertid at det er en større utfordring å vurdere hvilke bygninger som er de mest representative, arkitektonisk verdifulle eller spesielt typiske for de seneste årenes utvikling i sektoren, og på det grunnlaget gjøre et utvalg for verneplanen. Prosjektet har derfor bare i liten grad vurdert bygninger og anlegg oppført de siste 20–25 årene.

Hovedregelen for landsverneplanarbeidet er at det er departementene som utarbeider plan for sine underliggende etaters eiendommer. Det kan imidlertid forekomme unntak der eiendommer ut fra historisk eller funksjonell tilknytning best behandles i et annet departements landsverneplan. I foreliggende plan er det tatt med en eiendom som er i Statsbyggs eie. Dette er Folkehelseinstituttet i Oslo som fra etableringen på 1920-tallet har vært tilknyttet helsesektoren.

ANLEGG SOM IKKE ER I STATLIG EIE – "SIDELISTE"

Helsesektoren karakteriseres av at det historisk har vært et stort antall frivillige og private aktører som har initiert og drevet helseinstitusjoner. Ca. 25 private sykehus drives i dag etter avtale med helseforetakene. Sektoren omfatter også primærhelsetjenesten som er et kommunalt ansvar. Det finnes også en del tidligere helseinstitusjoner som ikke lenger brukes til helserelaterte formål og utdanningsinstitusjoner i tilslutning til sykehusene som kan ha verneverdi. Dette tilsier at det også i andre statsetater eller utenfor statlig eie finnes eiendommer og bygninger med kulturhistorisk betydning og stor helsehistorisk verdi. Vurdering av disse eiendommene har ikke ligget innenfor prosjektets mandat. Gjennom prosjektarbeidet er det imidlertid fremkommet en del informasjon om helserelaterte bygninger som i dag ikke er i helseforetakenes eie, men som kan ha verneverdi. Oversikten over et utvalg av disse anleggene er oversendt Riksantikvaren i etterkant av prosjektet. Listen må ikke anses som en fullstendig gjennomgang, men er basert på det materialet som prosjektgruppen har fått kjennskap til. Det er ikke gjort noen spesifikk registrering og vurdering av disse eiendommene.

Landsverneplanen – et nybrottsarbeid

Landsverneplan for helsesektoren er den første samlede vurdering av kulturhistoriske verdier knyttet til bygninger innenfor helsesektoren hvis man ser bort fra den begrensede oversikten som ble presentert i Fortidsminneforeningens årbok på 1930-tallet. I 2000 hadde årboken sykehushistorie som tema, men dette var ikke en gjennomgang basert på den faktiske eiendomsmassen. Selv om store deler av helsevesenets bygninger faller utenfor landsverneplanens mandat, er det første gang en så vidt stor bygningsmasse knyttet til sektoren er vurdert som helhet.

Prosjektarbeidet har brakt nye grupper av kulturminner frem i lyset. En viktig gruppe er tuberkulosehjemmene som finnes representert med flere eksempler i planen. Dette er en kategori som tidligere har kommet i skyggen av de store sanatoriene. Planen løfter flere steder frem personalboliger og økonomibygninger som viktige historiefortellende

"De tre gratier" av Istvan Lisztes, Rikshospitalet i Oslo.
Foto: Leif Maliks.

elementer. Boligene er kulturhistorisk interessante som elementer i sykehussamfunnet, og representerer ofte en tidstypisk og gjennomarbeidet arkitektur. Det er lagt vekt på å verne flere ulike typer boliger; fra søsterhjem til overlegevillaer. Noen steder er selve sykehuset vesentlig endret, men et utvalg boliger speiler likevel sykehusets historie. I Kirkenes representerer pike- og søsterhjemmet sammen med hybelbygget, sykehushistorie og arkitekturhistorie fra 1950 til 1970, og er samtidig sjeldent godt bevart gjenreisningsarkitektur. Økonomibygninger er ofte utsatt for riving når de ikke lenger er nødvendige for driften, og er etter hvert sjeldne.

Asylene har tidligere vært vurdert og anerkjent som en verneverdig gruppe. Det er likevel ikke tidligere gjort en sammenlignende vurdering av bevaringsgraden innenfor de ulike typene og enkeltelementene. I landsverneplanen fremstår særlig mangelen på godt bevarte interiører som oppsiktsvekkende og der dette i noen grad finnes har det høy verdi, eksempelvis på Dikemark. Enkeltelement som gravplassen på Valen psykiatriske sykehus er enestående og fremheves i planen.

Etterkrigstidens sykehusbyggeri karakteriseres for en stor del av høyhus, lameller og store kompakte blokker. Denne bygningstypen har i liten grad tidligere vært gjenstand for sammenlignende vurderinger. Landsverneplan for helsesektoren representerer også på dette området et nybrottsarbeid med samlet vurdering av en stor og landsdekkende forekomst av denne bygningstypen. Planen omfatter flere eksempler på tidstypiske og arkitektonisk særpregede høyhus og blokker av høy kvalitet, for eksempel sykehusene i Halden, på Stord og i Førde fra henholdsvis 1950- og 1970-tallet.

Samiske helseinstitusjoner er i liten grad representert i statlig eie. Den tidligere sykestua i Karasjok utgjør et unntak her og representerer en lang institusjonshistorie rettet mot den samiske befolkningen.

Orientering om innholdet i planen

TEMADELEN

Temadelen består av en rekke artikler som belyser ulike aspekter ved byggevirksomheten innenfor helsesektoren i et historisk perspektiv. Denne delen skal sette de vernede bygningene inn i en historisk sammenheng og utdype begrunnelsen for verneutvalget. Temadelen skal også belyse viktige historiske aspekter og funksjoner innenfor sektoren som ikke er representert i verneutvalget. En kortfattet presentasjon av artiklene finnes på side 26.

KATALOGDELEN

Katalogdelen til landsverneplanen følger som vedlegg (CD) til denne boken. Katalogdelen, som omfatter

alle anlegg i verneklasse 1 og 2,er produsert ut fra SKE-registeret. Organiseringen av stoffet, layout osv. er bestemt ut fra det. Dokumentasjonsnivå og oppbygging følger Riksantikvarens krav til dokumentasjon i fredningssaker. Liste over alle kompleks i landsverneplanen er listet i vedlegg 3A, side 240.

Katalogoppslaget omfatter dokumentasjon av bygningskompleksene og de enkelte bygningene i form av faktaopplysninger, historikk, kulturmiljø- og bygningsbeskrivelse, kart, foto og plantegninger. I tillegg inneholder registeret en mer detaljert beskrivelse av konstruksjon og materialbruk for den enkelte bygning. En vesentlig del av katalogen er en presisering av omfang, formål og begrunnelse for vern av det enkelte kompleks og bygning. Denne presiseringen vil være styrende for hvilke verdier det er særlig viktig å ivareta i den senere forvaltningen av kulturminnet. I katalogoppslagene angis også omfang av eventuelt interiørvern, verneområder og hensynssone.

I forbindelse med fredningssaken har Riksantikvaren utviklet en egen katalog-rapport. Denne katalogen er en del av forskriften og inneholder kun omfang, kartfesting, formål og begrunnelse for fredning. For objekter som er fredet iht. forskriften er det denne katalogen som er gjeldende for hva som er fredet, men de mer omfattende katalogene i Landsverneplanen er viktige som bakgrunnsdokumentasjon og grunnlag for videre forvaltning av bygninger og anlegg. I forbindelse med forskriften er det videre opprettet noen nye katalogoppslag, bl.a. for utomhus-anlegg.

I forbindelse med fredningssaken er det gjort enkelte endringer mht. verneklasse og verneomfang. Det er markert på de opprinnelige katalogene der slike endringer forekommer. Oversikt over endringene er listet i vedlegg 3B, side 241.

Orientering om vernekategorier og utvalgskriterier

Landsverneplanen må ses som en helhet, der alle bygninger inngår i et utvalg av nasjonal betydning som skal vise bredde, variasjon og utviklingstrekk i bygningsmassen. Iht. kgl.res. inneholder verneplanen to vernekategorier:

> **Verneklasse 1** omfatter bygninger, anlegg og uteområder som foreslås fredet etter kulturminneloven § 22a. Fredningen vedtas samlet som en forskrift felles for alle objekter i landsverneplanen.
>
> **Verneklasse 2** omfatter bygninger, anlegg og uteområder som vernes i kraft av landsverneplanen. Objekter i verneklasse 2 skal iht. kgl.res. være underlagt et selvpålagt statlig internt vern og anbefales regulert til hensynssone etter plan- og bygningsloven.

Differensieringen mellom de to vernekategoriene i verneplanen er først og fremst gjort ut fra en vurdering av kulturminnets kulturhistoriske verdi. Bygninger i verneklasse 1 anses å ha nasjonal betydning som enkeltobjekter, eller som vesentlig element i den samlede dokumentasjonen av helsesektorens historie. Bygninger i verneklasse 2 kan ha lokal eller regional betydning, eller være et vesentlig element som del av et samlet miljø der øvrige bygninger er fredet. Valg av vernekategori har først og fremst konsekvenser for den videre forvaltningen av kulturminnene.

UTVALGSKRITERIER

Kulturminneloven gir mulighet til å frede bygninger og anlegg som har arkitektonisk eller kulturhistorisk verdi. Loven definerer kulturminner som ”alle spor etter menneskelig virksomhet i vårt fysiske miljø”. Alle spor er likevel ikke like viktige eller verdifulle, og det er nødvendig å gjøre et utvalg i forhold til et fremtidig vern. Riksantikvaren har utarbeidet en metode og et sett med kriterier for vurdering av verneverdi. Kriteriene er bl.a. omtalt i Riksantikvarens publikasjon ”Alle tiders kulturminner” og i ”Statens kulturhistoriske eiendommer – Politikk for eierskap og forvaltning” (AAD 2002).

Målet med landsverneplanen er som nevnt å verne et utvalg bygninger og anlegg som dokumenterer *helsesektorens* historie og virksomhet. I utvelgelsesprosessen har en derfor tatt utgangspunkt i både kulturminnevernets alminnelige kriterier og tilleggskriterier knyttet til sektorens egenart og historie. Bredden i helsesektoren tilsier at det samfunnshistoriske og sosialhistoriske aspektet tillegges stor vekt, i tillegg til mer spesifikke helsefaglige og medisinhistoriske aspekt.

Vurdering av verneverdien er basert på et samlet skjønn; en helhetlig vurdering av kulturminnet som enkeltobjekt og som del av et større utvalg som skal beskrive sektorens utvikling. Verdiene som har ligget til grunn for den endelige begrunnelsen for hvert anlegg er ofte sammensatte, og kriteriene kan ikke ses isolert fra hverandre.

Nedenfor er de ulike verdiene og kriteriene kommentert slik de er brukt i denne planen:

Verneverdier og vernekriterier:

Dokumentasjonsverdier – kunnskaps- og kildeverdi:
Bygningshistorisk, teknisk/håndverkshistorisk, arkitekturhistorisk, samfunnshistorisk/sosialhistorisk og personalhistorisk verdi.
Dette er verdier som i en viss grad er målbare og objektive.

Opplevelsesverdier
Arkitektonisk, kunstnerisk/estetisk, brukspreget/alderspreget verdi (patina), miljøskapende, identitetsskapende/kontinuitetsskapende, nysgjerrighets- og forbløffelsesskapende og symbolverdi.
Dette er verdier av mer subjektiv karakter.
Det er dessuten *forsterkende og overgripende* forutsetninger som fremmer de enkelte verdiene:
Ekthet/grad av opprinnelighet (autentisitet), kvalitet/vedlikeholdstilstand, pedagogisk potensial, representativitet/sjeldenhet, bruksverdi/anvendbarhet, funksjonsdyktighet.

Alder: Det er få bygninger i helseforetakenes eie som er fra før 1850. For de bygningene som representerer den eldre helsehistorien er høy alder tillagt betydelig vekt.

Autentisitet: Høy grad av opprinnelighet er generelt innen kulturminnevernet tillagt betydelig vekt. Bygninger og anlegg som er lite endret har høy dokumentasjonsverdi som kilde til kunnskap om byggemåter i den tiden kulturminnet ble oppført. Helsesektoren er preget av høyt ombyggingstempo, mange endringer og vedlikeholdstiltak. Bygninger som er lite endret er relativt sjeldne, og tillegges derved høy verdi.

Autentisitetskriteriet har vært gjenstand for diskusjon i prosjektet, og ikke bare bygninger med høy grad av autentisitet er valgt ut. Endringene skyldes ofte den medisinske utviklingen med påfølgende krav til bygningsmessige forbedringer, men skyldes også i noen grad endret funksjon som følge av den mer generelle utviklingen i folkehelsearbeidet og krav til standardhevinger. Endringsomfanget er på mange måter typisk for sektoren, og kan i seg selv representere viktig helsehistorie. Historien ville heller ikke blitt tilstrekkelig dokumentert dersom man bare skulle lagt til grunn et strengt krav om materiell autentisitet. Det er for eksempel mange bygninger i verneplanen som ikke har originalvinduer, mens de som helhet likevel vurderes å representere viktige trekk ved utviklingen.

Representativitet: Det er et mål at planen skal vise bredden og variasjonen i helsehistorien; med alle tidsperioder og institusjonstyper representert og med geografisk spredning. I utvalget har det vært nødvendig å gjøre sammenlignende vurderinger, og velge det objektet som best representerer de verdiene en vil ivareta og den historien en vil dokumentere. For denne planen har det vært viktig å velge ut typiske representanter for de ulike institusjonskategoriene gjennom hele tidsspennet fra midten av 1800-tallet og frem til i dag.

Sjeldenhet: Anlegg som er godt bevart har i seg selv høy sjeldenhetsverdi. Bygninger det bare fins få eller enkeltstående eksempler på tillegges høy verdi. Et eksempel på svært sjeldne objekter er de gamle epidemipaviljongene på Ullevål universitetssykehus som savner motstykke andre steder i landet og som er usedvanlig autentiske.

Pedagogisk verdi: Pedagogisk verdi knyttes ofte til lesbarhet og formidling. De historiske kvalitetene og sporene i sykehusbyggene er som regel mest synlige der autentisiteten er høy, enten i form av intakte interiører eller der mange ulike elementer fra et samlet anlegg er bevart. Helhetlige park- og uteområder forsterker den pedagogiske verdien, særlig der dette opprinnelig har vært direkte knyttet til behandlingen av syke, som for eksempel ved tuberkuloseanlegg.

Arkitektonisk kvalitet: En rekke av helsebyggene er monumentale og utformet av fremstående arkitekter. Arkitektonisk kvalitet er fremhevet i kulturminneloven som kriterium for fredning, og dette aspektet har vært en viktig faktor for utvalget. Utvalget representerer en rekke tidstypiske og gode eksempler på ulike perioders formspråk og stiluttrykk, og ofte med høy kvalitet i materialbruk og detaljering. Flere av anleggene er utformet i nøye samspill med naturgitte forutsetninger og med integrering av bygninger og parkanlegg i terrenget. Et eksempel er Stord sjukehus, som i 1975 ble tildelt Houens fonds diplom for fremragende arkitektur.

Miljøverdi – sykehussamfunnet: Mange av anleggene innen helsesektoren er store og sammensatte, og flere er som små samfunn med differensiert bygningsmasse. Innen psykiatrien hadde sykehusene en betydelig grad av selvforsyning. Dette er typisk for perioder med andre forutsetninger for driften enn i dag. For flere institusjoner inngår så vel gårdsdrift, parkanlegg og naturen i det terapeutiske landskapet.

Parti fra Reinsvoll. Presteseter asyl, som anlegget opprinnelig het, ble innviet 1913 som institutsjon for psykisk pleietrengende i Kristians amt (Oppland) og er i dag i Sykehuset Innlandet HFs eie.
Foto: Marte Oftedal.

I planen er det lagt vekt på å velge anlegg som kan representere disse miljøene som helhet, og å prioritere objekter som har en betydning for opplevelse, sammenheng og miljø innenfor hvert anlegg. For å ivareta miljøverdi er det foreslått vern av anlegg der uteområder og mange ulike bygninger og funksjoner er representert; både pasientbygninger, økonomibygninger, driftsbygninger og boliger.

Innenfor kulturminneforvaltningen har det vært en utvikling mot vern av helhetlige kulturmiljøer fremfor vern av enkeltbyggverk. I planen gjenspeiles dette ved at det er de helhetlige miljøene som er prioritert. Bare få steder er enkeltbygninger av spesielt høy verdi valgt ut på tross av at miljøet som helhet ikke er tatt med. Eksempler på dette er overlegeboliger i Drammen og Tønsberg som er godt bevart med høy arkitektonisk historiefortellende verdi.

Identitet/symbolverdi: Mange helseinstitusjoner har identitetsverdi for et stort antall mennesker og mange har også positiv eller negativ symbolverdi. For samfunnet er et anlegg som Gaustad sykehus et symbol for statens involvering i psykiatrien. Mange institusjoner er store arbeidsplasser og har vært bestemmende for stedsutviklingen.

Historisk kildeverdi: Den historiske verdien i enkeltbygningene varierer fordi mange har vært gjenstand for store endringer. Kildeverdien får ved dette ekstra betydning i de anleggene som er bevart med høy grad av autentisitet. Dette gjelder for eksempel et anlegg som det opprinnelige Østlandske vanførehjem på Stange, nå Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering Ottestad. Denne bygningen har usedvanlig høy grad av autentisitet i helhet og detaljer, og er derfor en viktig kilde til forståelsen av institusjonsbyggeri og arkitektur ved midten av 1900-tallet.

Helse- og sosialhistorisk verdi: Dette representerer den overordnede offentlige helsepolitikken, særskilt utvidelsen av det offentliges ansvar for innbyggernes helse i møte med nye sykdomspanorama. Det er særlig viktig å verne institusjoner som illustrerer hvilke helseproblemer som til ulike tider ble vurdert å være de viktigste blant dem som krevde institusjonalisering: Fra radesykehusene før 1850 og asylene midt på 1800-tallet via tuberkulosesanatoriene ved overgangen til 1900-tallet og vekten på forebygging og desentralisering i etterkrigstiden. Endret sykdomspanorama og endret bruk av nye og

gamle institusjoner følger hverandre historisk. Institusjoner hvor slike linjer kan følges er særlig interessante. Måten institusjonene har blitt planlagt og utbygd på forteller mye både om medisinske muligheter og om hvordan den syke har blitt sett og møtt. Det inngår i vurderingen av vern om institusjonen kan gjenspeile skiftende tenkning om pasienten, sykdom, smitte osv.

De sosialhistoriske verdiene omfatter særlig den delen av helsesektorens historie som knytter seg til vendepunkter i sosial- og velferdspolitikken. Endringer tidlig på 1900-tallet og de tjue første etterkrigsårene var for eksempel viktige utbyggingsperioder. Aspekter knyttet til både positive og negative pasienthistorier er vesentlig for landsverneplanen. Deler av statens virksomhet i helsesektoren vurderes i dag som tvilsomme, eller som klare tilfeller av undertrykking. Personalboliger av ulike typer viser tydelig den hierarkiske strukturen ved sykehusene. Økonomibygninger er i dag ofte borte eller utsatt for riving ved nye byggeprosjekter, men er viktige for å beskrive hvordan det totale sykehussamfunnet var tidligere.

Helsefaglig og medisinhistorisk verdi: Helsefaglig utvikling og nye behandlingsmuligheter har som regel hatt betydning for hvordan sykehusene er utformet bygningsteknisk, planmessig og arealmessig. Den medisinske utviklingen har bl.a. ført til en økende grad av differensiering som igjen har medført flere avdelinger i sykehusene med spesialiserte funksjoner. Verneplanen har som mål å fange opp representative eksempler på disse utviklingstrinnene. Kontinuerlig endring er særlig uttalt i helsesektoren og ofte et resultat nettopp av nye behandlingsmuligheter og -prinsipper. Pionerinstitusjoner i utviklingen av et fagområde kan ha vesentlig verdi selv om bygningsmassen som sådan har lav autentisitet med hensyn til opprinnelige detaljer. Et eksempel er Kvinneklinikken i Bergen. Stor helsefaglig betydning har også utdanningsinstitusjoner og forskningsinstitutt knyttet til sykehusene.

Mye av medisinhistorien knytter seg til utviklingen av utstyr og teknologi, men vern av løse kulturminner ligger utenfor planens mandat.

Andre forhold/bruksverdi: Flere av anleggene i landsverneplanen er under et betydelig endringspress. For noen anlegg har aktuelle saker medført en konkret vurdering og avveining mellom vern og ønsker om fremtidig bruk. I enkelte saker er verdien av bygget vurdert å være så stor at det er nødvendig å søke etter andre utbyggingsalternativer, mens det for noen objekter er vurdert at hensyn til funksjon og fremtidig bruksmulighet veier tyngre enn verneverdi.

Verneutvalget

Verneplanen omfatter nærmere 300 bygninger fordelt på ca. 50 kompleks. Det er totalt ca. 1900 bygninger registrert i SKE-databasen, fordelt på 220 kompleks.[1] Dette representerer alle foretakenes bygninger med unntak for et antall boliger som ble holdt utenfor etter avgrensing foretatt i forprosjektet.

Hovedtyngden av verneobjektene ligger i Helse Sør-Øst RHF. Dette avspeiler i hovedsak befolkningskonsentrasjonen, men i noen grad også hovedstadsfunksjonene. For Nord-Norge har det vist seg at relativt få av de gjenværende anleggene fra før 2. verdenskrig fortsatt er i statlig eie.

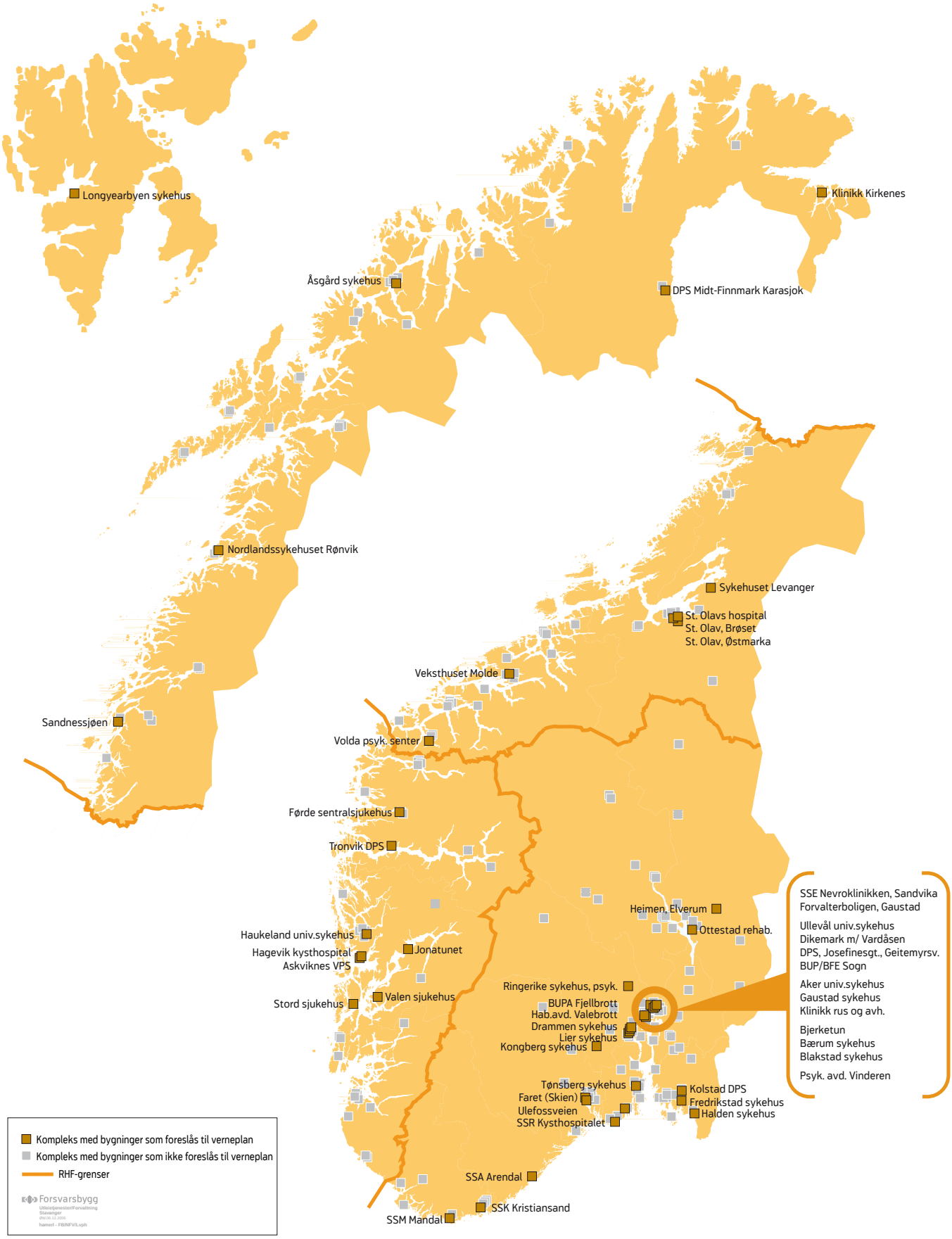
For et stort flertall av bygningene er det kun eksteriøret som berøres av vern. Eksteriørvern omfatter bygningens ytre, dvs. bevaring av utforming, materialbruk og detaljer i fasader og takflater. Eksteriørvern legger ingen begrensninger for tiltak i interiør. I de bygningene som berøres av interiørvern er det i hovedsak mindre deler av interiøret som er foreslått bevart. For en del anlegg er det også vernede uteområder i hhv. verneklasse 1 eller 2 etter verneverdi. For en del av anleggene er det dessuten avgrenset et område der det forutsettes at hensyn til verneverdige bygninger vektlegges ved evt. tiltak innenfor området. Dette er ikke en formell båndlegging av arealet.

Målet med utvalget er at det skal speile bredden i helsesektoren mht. både institusjonstyper, geografi og tidsspenn, men utvalget er likevel begrenset til statlig eierskap. Det nasjonale perspektivet har vært styrende for utvalget, og det kan være anlegg som ikke er tatt med i planen som likevel kan ha verneverdi i en lokal eller regional sammenheng.

Fordelingen av bygningsmassen etter tidsperioder og institusjonskategori

Den største andelen av bygningsmassen i helseforetakenes eie er fra etter 1945, men også en relativt stor andel er fra tiden rundt 1900 og 1920-tallet. Dette gjenspeiler til en viss grad store utbyggingsperioder innenfor helsesektoren. Bare få bygninger fra før 1850 finnes i dag i helseforetakenes eie.

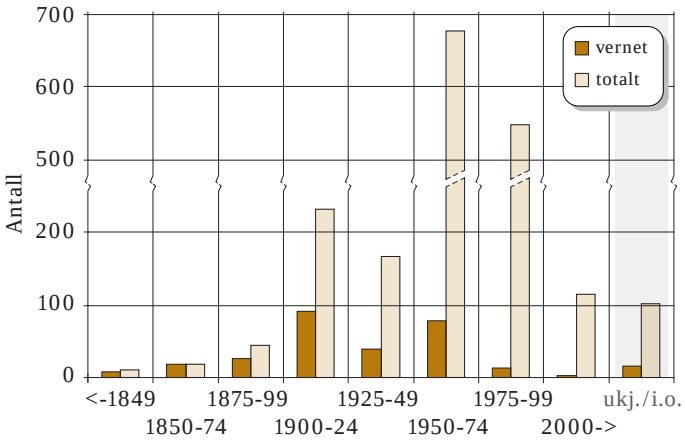
Som hjelpemiddel i utvelgelsesprosessen ble det utarbeidet en matrise som viser de ulike typene institusjonskategorier innenfor henholdsvis somatikk og


Longyearbyen sykehus
Klinikk Kirkenes
Åsgård sykehus
DPS Midt-Finnmark Karasjok
Nordlandssykehuset Rønvik
Sykehuset Levanger
St. Olavs hospital
St. Olav, Brøset
St. Olav, Østmarka
Veksthuset Molde
Sandnessjøen
Volda psyk. senter
Førde sentralsjukehus
Tronvik DPS
Heimen, Elverum
Ottestad rehab.
Haukeland univ.sykehus
Hagevik kysthospital
Askviknes VPS
Jonatunet
Ringerike sykehus, psyk.
Stord sjukehus
Valen sjukehus
BUPA Fjellbrott
Hab.avd. Valebrott
Drammen sykehus
Lier sykehus
Kongberg sykehus
Tønsberg sykehus
Faret (Skien)
Ulefossveien
SSR Kysthospitalet
Kolstad DPS
Fredrikstad sykehus
Halden sykehus
SSA Arendal
SSK Kristiansand
SSM Mandal
SSE Nevroklinikken, Sandvika
Forvalterboligen, Gaustad
Ullevål univ.sykehus
Dikemark m/ Vardåsen
DPS, Josefinesgt., Geitemyrsv.
BUP/BFE Sogn
Aker univ.sykehus
Gaustad sykehus
Klinikk rus og avh.
Bjerketun
Bærum sykehus
Blakstad sykehus
Psyk. avd. Vinderen
Kompleks med bygninger som foreslås til verneplan
Kompleks med bygninger som ikke foreslås til verneplan
RHF-grenser
Forsvarsbygg

psykiatri. For en del kategorier har man mye å velge mellom, for eksempel de psykiatriske sykehusene. Av andre kategorier finnes få eller ingen anlegg i statlig eie. Dette omfatter blant annet den store gruppen av tidligere katolske sykehus. Målet har vært å fange bredden innenfor helsesektoren ut fra det som i dag er representert i statlig eie. For noen kategorier anlegg kan det finnes bedre anlegg utenfor sektoren. Eksempler er likevel tatt med i planen som representanter for disse kategoriene.

Verneutvalget omfatter flest anlegg der de historiske verdiene er knyttet til en somatisk institusjon. Det er imidlertid en liten overvekt av enkeltbygg fra psykiatrien. Dette gjenspeiler at de psykiatriske sykehusene oftest inneholder et stort antall bygg, mens de somatiske har en mer konsentrert bygningsmasse. Mange institusjoner representerer flere funksjoner som følge av endret sykdomsbilde i befolkningen. Dette vises ofte i karakteristiske forløp i bygningshistorien – for eksempel endringen fra tuberkuloseinstitusjon på begynnelsen av 1900-tallet til psykiatrisk sykehjem i etterkrigstiden og til psykiatrisk poliklinikk/DPS i dag.

Antall objekter med vern og antall objekter totalt.



Utvalget av verneobjekter er ikke uttømmende pga. den store endringstakten innenfor sykehusvesenet. Det har for eksempel vist seg vanskelig å finne bevarte operasjonsavdelinger fra før 1970-tallet. Samtidig er mye av den medisinske utviklingen knyttet til utviklingen av utstyr og teknologi. Vern av løse gjenstandene faller som nevnt utenfor planens mandat.

Anlegg etter institusjonskategori, kronologi og kommune.
Matrisen ble benyttet som verktøy i prosjektarbeidet og er ikke en fullstendig oversikt over verneverdige anlegg i landsverneplanen.

		1850-1874	1875-1899	1900-1924	1925-1949	1950-1974	1975-1999
SOMATIKK	**Generelle somatiske sykehus**	Faret 1830 (Skien)	St. Olav (Trondheim) Ullevål I (Oslo) Aker I	Haukeland (Bergen) Ullevål II (Oslo) Aker II (Oslo)	Sandnessjøen (Alstahaug) Bærum (Bærum)	Stord (Stord) Arendal (Arendal) Halden (Halden)	Longyearbyen (Svalbard) Førde sentralsjukehus (Førde)
	Sykestuer/ Småsykehus		Mandal (Mandal)			DPS Midt-F.m (Karasjok)	
				St. Joseph (Fredrikstad)	Røde kors (Trondheim)		
	Militære sykehus				Aker sykehus II (Oslo)		
	Spesialsykehus						
	Spedalsk-institusjoner	Reitgjerdet I (Trondheim)					
	Kvinne/barn			Josefines gt (Oslo)	KK Haukeland (Bergen) Geitemyrsveien 67 (Oslo)	Ringerike (Ringerike)	
	Tuberkuloseinstitusjoner:						
	Sanatorier			Vardåsen (Asker)			
	Pleiehjem			Heimen (Elverum)	Namdals (Namsos) Jonatunet (Jondal) Montebello (Oslo)		
	Kystsykehus		Stavern (Larvik)		Hagevik (Os)		
	Kreftsykehus/-avdelinger				Radiumhospitalet (Oslo)		
	Rehabilitering (vanføre)				Vestl. Vanføreh. (Bergen)	Ottestad (Stange)	
	Nevrosykehus					Nevroklinikken (Bærum)	
PSYKIATRI	**Psykiatriske sykehus**	Gaustad (Oslo)	Rønvik I (Bodø) Eg (Kristiansand)	Østmarka (Trondheim) Valen (Kvinnherad) Faret II (Skien) Dikemark (Asker) Blakstad (Asker)	Lier (Lier)	Åsgård (Tromsø) Reitgjerdet II (Trondheim) Rønvik II	
	Mindre institusjoner/ klinikker				Vinderen (Oslo)	Tronvik (Høyanger) Kolstad (Sarpsborg)	Levanger (Levanger)
	Barne- og ungdomsinstitusjoner			Bjerketun (Bærum)		Sogn BUP (Oslo) Fjellbrott (Nedre Eiker)	DPS Midt-Finnmark (Karasjok)
	Alderspsykiatri/senil demente					Kløvertun (Volda)	
	Rusinstitusjoner						Veksth. Gaustad (Oslo)
ANNET	**Personalboliger/-miljø**	Forvalterbolig Gaustad (Oslo)		Drammen (Drammen) Tønsberg (Tønsberg) Ullvin (Oslo)		Kirkenes (Sør-Varanger) Kongsberg (Kongsberg) Østmarka II (Trondheim)	
	Økonomibygninger/-miljø			Ullevål, øk.bygn. (Oslo) Dikemark (Asker)	St. Olav, kantine (Trondh.) Aker III (Oslo)	Haukeland kantine (Bergen)	
	Barnehjem		Askviknes (Os)	Faret (Skien)			
	PU-institusjon					Valbrott (Drammen)	
	Forskning/laboratoriebygg			Gades institutt (Bergen)	Gjessings lab. Dikemark (Asker)	Radiumhospitalet (Oslo)	Lab.bygn. Ullevål (Oslo)

Oppfølging av planen

Forvaltningsrutiner

Kulturminnevernet i spesialisthelsetjenesten er krevende å forvalte fordi eiendommene som er fredet eller vernet samtidig er i aktiv bruk for å løse de oppgaver sektoren er satt til å ivareta. Utfordringsbildet er ganske komplekst når man på den ene siden må drifte og utvikle eiendommene med tanke på å ivareta oppgavene som påligger helsesektoren, samtidig som eiendommene skal forvaltes slik at kulturminneverdiene disse representerer blir ivaretatt på fullgod måte. Dette setter store krav til at det utarbeides gode forvaltningsplaner som eiere og forvaltere kan forholde seg til.

Kongelig resolusjon om forvaltning av statens kulturhistoriske eiendommer forutsetter at eiendommene forvaltes slik at de arkitektoniske og kulturhistoriske verdiene blir ivaretatt og synliggjort. Ansvaret for oppfølging av dette ligger hos det enkelte foretak. Tiltak som går lenger enn vanlig vedlikehold vil som hovedregel være søknadspliktige.

Hovedprinsippet for forvaltning av verneverdige og fredete bygninger er å bevare så mye som mulig av opprinnelige eller eldre deler. Vedlikehold og istandsetting skal skje med materialer og metoder tilpasset bygningens egenart og kulturhistoriske verdi. For fredete bygninger er det ikke tillatt å gjøre endringer som går lenger enn vanlig vedlikehold uten at det er gitt dispensasjon iht. kulturminneloven.

Søknadsprosedyre og saksbehandlingsrutine avhenger av vernestatus og hvilke rutiner som etableres innenfor sektoren. Oppfølging av kgl.res. og ansvar og rammer for forvaltning av kulturhistorisk eiendom vil inngå i styringsdialogen mellom HOD og helseforetakene.

Forvaltningsplaner

Det skal iht. kgl.res. utarbeides en forvaltningsplan for hver enkelt av de kulturhistoriske eiendommene. Det kan lages felles forvaltningsplan for grupper av bygninger der disse inngår i en naturlig enhet.

Forvaltningsplanen skal gi en omtale av de prosedyrene og rutinene som gjelder for drift og vedlikehold av den aktuelle bygningen, med naturlig tilhørende uteområde. Forvaltningsplanen skal dessuten gi en omtale av forhold som må tas hensyn til ved gjennomføring av tiltak i sammenheng med rehabilitering og endring av bygningen. Den skal blant annet inneholde en detaljert registrering og dokumentasjon

Foto: Leif Maliks.

av hver enkelt bygning, foruten en omtale av når rett kulturminnemyndighet skal kontaktes. Planen skal utarbeides på grunnlag av de kulturminnefaglige føringene som landsverneplanen gir for hver enkelt eiendom eller bygning. I rettledningen til kgl.res. finnes en sjekkliste som redegjør nærmere for hvilke elementer som må være med i en forvaltningsplan.

Ansvarsfordeling og saksbehandling

Riksantikvaren er statens faglige rådgiver i forvaltningen av kulturhistorisk eiendom og har sammen med Helse- og omsorgsdepartementet som øverste eier, et overordnet ansvar for oppfølging av landsverneplanen. For fredete bygninger (verneklasse 1) i statlig eie er det Riksantikvaren som er forvaltningsmyndighet etter kulturminneloven. For andre verneverdige eiendommer (verneklasse 2) er det Helse- og omsorgsdepartementet som øverste eier av helseforetakene som har ansvaret. For disse eiendommene går styringen av vernet gjennom eierlinjen på vanlig måte. Dessuten gjelder Plan- og bygningsloven og de bestemmelser som fastsettes i tilknytning til reguleringen av den enkelte eiendom. Helseforetaket som eier de vernede eiendommene har et direkte ansvar for å forvalte disse i samsvar med retningslinjene for forvaltning av kulturhistoriske verdier.

Noter

1 Det er en viss variasjon i hvordan inndelingen i kompleks og bygning er definert. Noen institusjoner er definert som ett kompleks selv om bygningene geografisk er lokalisert ulike steder. Enkelte større bygninger er underdelt i flere oppføringer, selv om bygningsmassen fysisk oppfattes som ett bygg. Tallene ovenfor må leses med disse forbeholdene.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

OM ARTIKLENE

Historiker **Runar Jordåen**s "Helsebygg i Noreg – ei historisk oversikt" er en generell historisk framstilling om helse- og omsorg i Norge fra middelalderen og fram til i dag. Han drøfter de viktigste karakteristika ved omsorgs- og sykdomstiltak opp gjennom tiden, med særlig vekt på hvordan institusjoner har oppstått og endret seg, og hvordan dette peker fram mot dagens spesialiserte helsesektor. Artikkelen ble som nevnt forfattet som en del av landsverneplanens forprosjekt og finnes her i en noe forkortet utgave.

Professor **Rolf Grankvist**s artikkel "De tidligmoderne helse- og sosialinstitusjonene 1700–1850" tar for seg de sentrale helse- og sosialinstitusjonene i perioden 1700–1850. Han tar utgangspunkt i Trondheim, en by som har vært svært betydningsfull innen helse og omsorg siden høymiddelalderen, og legger stor vekt på den historiske utviklingen før 1700. Framstillingen vides ut geografisk med bruk av eksempler fra andre deler av landet.

Kunsthistoriker og prosjektmedarbeider **Leif Anker** behandler de somatiske anleggene fra perioden 1830–2000 i artikkelen "Somatiske sykehus i Norge ca. 1830–2000". Han belyser hvordan anleggene er planlagt og bygget ut iht. skiftende idealer. Hovedvekten er lagt på perioden 1870–1980, dvs. fra bakteriologiens gjennombrudd til avslutningen av den store sykehusutbyggingen som fulgte sykehusloven fra 1969.

Kunsthistoriker og prosjektmedarbeider **Leif Maliks** tar i artikkelen "Anlegg for adspredelse og kontroll – fra den norske psykiatriens bygningshistorie" for seg psykiatriens bygningsmessige utvikling. Han beskriver de hendelser og sterke personligheter som sammen førte til opprettelsen av Gaustad Asyl i 1855. Han viser også hvordan skiftende menneskesyn og vitenskapelige teorier har vært bestemmende for hvordan de senere psykiatriske institusjoner har blitt formet.

Forfatter **Halvor Fjermeros** beskriver i "Dugnadsåndens og tilfeldighetenes byggeskikk – de psykisk utviklingshemmetes institusjoner i 100 år" hvordan omsorgen for de psykisk utviklingshemmete har endret seg i Norge, fra nær sagt ingen offentlig innsats, via de store sentralinstitusjonene til det sterkt desentraliserte systemet vi har i dag. Han benytter en rekke enkeltinstitusjoner til å vise hvordan institusjonsarkitekturen har speilet menneskesyn og strømninger, og tar spesielt for seg de bygningsmessige resultatene av Landsplanen for åndssvakeomsorgen av 1952 og fram til vår tid.

Professor **Aina Schiøtz** har forfattet "De frivillige organisasjonene og helsebyggeriet i

Norge". Artikkelen vier innsatsen til "to av de store" – Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen – spesiell oppmerksomhet, men tegner også et mer generelt riss av de frivillige foreningers og organisasjonenes bidrag til nasjonens helsebyggeri. Hun er også opptatt av foreningenes forhold til myndighetene, og viser hvordan deres virksomhet har endret karakter gjennom vekslende politiske og samfunnsmessige regimer.

"Habilitering, rehabilitering og opptrening" av forfatter **Bjørn Lobben** beskriver hovedtrekkene i den medisinske behandling av fysisk funksjonshemmete fra rundt år 1900 og fram til i dag, med ekstra vekt på behandlingen av poliomyelitt-skadde. Artikkelen viser de frivillige organisasjonenes sterke engasjement og innsats, og hvordan grensesnittet mot det offentlige har influert deres virksomhet. Lobben skriver om vanføreklinikkene, kurbadene og kysthospitalene, og viser betydningsfulle enkeltinstitusjoner som blant annet Kronprinsesse Märthas institutt, Sophies Minde, Sunnaas sykehus og Østlandske vanførelags anlegg på Ottestad.

Historiker **Olav Hamran**s artikkel "Noen linjer innenfor kurbehandlingen av alkoholister i Norge" drøfter spesielt behandling av alkoholikere. Han omtaler en rekke avvenningsanstalter, klinikker, alkoholiker- og tilsynshjem mv. for å tegne opp et bilde av behandlingsstedenes betydning for sektorens virksomhet. Sektoren har helt fra starten bestått av et mylder av institusjoner, med ulike grunnsyn og behandlingsformer, og artikkelen viser hvilke oppfatninger aktørene – staten inkludert – har tilkjennegitt helt fra starten i 1880-årene til ut i 1990-årene. Artikkelen omtaler også de bygningsmessige særtrekk innen området.

Tittelen på førsteamanuensis **Ingebjørg Hage**s artikkel "Helseinstitusjoner i Nord-Norge – «trekt opp av havet»" henspiller på at landsdelen på 1800-tallet fikk sin sykehusstruktur på bakgrunn av fiskerivirksomheten. Nord-Norge har en særpreget historie, og artikkelen tar for seg etablering av de spesielle fiskerisykehusene og sykestuene, den tar opp konsekvensene av krigsherjingene og belyser det sterke lokale initiativ – og statens tidvis meget aktive rolle. Avslutningsvis drøftes den sterke sentraliseringen innen helseomsorgen i nord.

Dr.art. **Svein Carstens** skriver om "Rammevilkår og drivere i helsebyggeriet" og beskriver hvilke faktorer som har vært drivere i og hatt konsekvenser for helsesektoren og helsebyggeriet, så som politiske strømninger, eierstruktur, økonomi og forvaltning.

Introduction

Marte Oftedal

For the first time, buildings owned by the health authorities are presented and appraised as a whole. This is the result of a significant state effort. With their four million square metres of building mass, the health authorities are among the largest property managers in the public sector, and the national preservation plan therefore represents a big step in the direction of a better management of the state's historic properties.

THE WORK ON THE NATIONAL PROTECTION PLAN – BACKGROUND AND ORGANISATION

BACKGROUND

The work on the national preservation plan for the health sector was initiated in the autumn of 2005, as part of the "Statens kulturhistoriske eiendommer" (State-owned cultural heritage properties, SKE) project. The SKE project was placed under the Ministry of Administration, Reform and Church Affairs (FAD) and was established in 2003. The goal was to review and prepare an overview of all state-owned cultural heritage properties. This type of systematic review has not been done since the 1930s, when a selection of buildings owned by the state was protected by being listed in The Society for the Preservation of Norwegian Ancient Monuments' yearbooks.

The overarching regulations for the management of state-owned cultural heritage properties were adopted in a Royal Resolution dated 1 September 2006. These stipulated that all sectors are responsible for preparing national preservation plans for their own properties and for managing the cultural heritage properties in a manner that protects and highlights their cultural heritage and architectural qualities. The preparation of national preservation plans and management plans is to form the basis for a better overview of and knowledge about the properties, and a more holistic management of the cultural heritage values.

The national preservation plan is to give the sector an overview of cultural heritage considerations related to the sector, the properties it covers and how their protection is to be safeguarded in the future. This will make property management more predictable and represents an important premise for municipal and county authority planning. The work on protection is to contribute to awareness of cultural heritage values and stimulate the development of increased cultural heritage competency within the sector's property management.

The national preservation plans only apply to properties owned by the state. In most sectors, there will also be valuable cultural heritage properties owned by municipalities, county authorities and private parties. These have not been subject to registration or evaluations of whether they are worthy of protection, but these properties are often discussed in the historic description of the sector.

THE ORGANISATION OF THE PROJECT

The Ministry of Health and Care Services (HOD) has the overarching responsibility for the preparation of national preservation plans for its sector and for ensuring that the guidelines for the management of the cultural heritage properties are followed up on. In 2005, the Ministry hired the Norwegian Defence Estates Agency (NDEA) to prepare a national preservation plan for the health sector. As the largest property manager in the public sector, the NDEA had prepared national preservation plans for its own properties and had thus developed significant cultural heritage competency and experience in the preparation of preservation plans.

The organisation of the project has included a project group and a coordination group. A reference group of resource persons within various specialist fields has also been established.

The project group in the NDEA has been composed of:
Marte Oftedal (Project Manager)
Erlend Hammer
Runar Jordåen (2005–06)
Leif Maliks (2006–08)
Leif Anker (2006–08)
Janne Wilberg *(2005-2008)* has been in charge of the project for NDEA.

The coordination group has consisted of representatives of the Ministry of Health and Care Services, the regional health authorities (RHF), the Norwegian Directorate of Cultural Heritage, and Statens kulturhistoriske eiendommer. The coordination group has been following up on the project on an ongoing basis. The coordination group has consisted of the following members:
Nils Arne Bjordal, Chair, Central Norway Regional Health Authority
Asbjørn Elde, Northern Norway Regional Health Authority
Steinar Frydenlund, Eastern Norway Regional Health Authority, Southern and Eastern Norway Regional Health Authority (from 2007)
Kai R. Furberg, Ministry of Health and Care Services
Finn Laugerud, Eastern Norway Regional Health Authority (2006)
Åsmund Norheim, Western Norway Regional Health Authority
Einar Ramsli, Southern Norway Regional Health Authority (2006–07)
Ingrid Djupedal, Norwegian Directorate of Cultural Heritage
Eirik T. Bøe, Statens kulturhistoriske eiendommer

The reference group has consisted of representatives from various specialist communities within health and medical histories, architects/hospital planners, voluntary organisations and property management in the health authorities. The group has been an important interlocutor for the project with regard to criteria for protection and special issues and topics related to the development in the health sector. The following have been members of the reference group:
Astri Andresen, University of Bergen
Eiliv Berdal, Førde Health Authorities
Per E. Børdahl, Bergen Health Authorities
Svein Carstens, NTNU/IKA Trøndelag
Bjørn Egner, Eliassen og Lambertz-Nilssen Arkitekter AS
Olav Hamran, National Museum of Medicine/NTM
Øivind Larsen, University of Oslo
Arne Nordøy, University Hospital of North Norway Health Trust
Anne-Karin Nygård, Norwegian Women's Public Health Association
Aina Schiøtz, University of Bergen
Olav Tyldum, St. Olavs Hospital Health Trust

The chair of the coordination group and representatives of the Ministry of Health and Care Services, the Norwegian Directorate of Cultural Heritage and SKE have also participated in reference group meetings.

COLLABORATION WITH THE HEALTH AUTHORITIES (HF)

The organisation of the specialist health service into many different health authorities (HF) has to some extent determined the form of the work. In principle, the project has had one contact point in each HF, primarily persons affiliated with the operations and internal service department in the authority. The regional authorities' representatives in the coordination group have assisted with the contact and participated in meetings when expedient.

Each health authority has title to the properties. Property management in the health authorities is diverse and is to some extent characterised by their being relatively newly established entities after the

2002 health reforms. The process of state takeover and clarification of the ownership of some properties has been prolonged. This is reflected in the archival and documentation situation, which lacks uniformity and varies between the different authorities. No common system of property registration has been established for the sector.

Key project activities

PRELIMINARY PROJECT

In the autumn of 2005, the NDEA hired historian Runar Jordåen to prepare an article that provided a historic overview of health-related buildings in Norway ("Helsebygg i Noreg"). This was one of the key activities in the preliminary project, which was completed on 1 May 2006. The creation of a historic overview was important in order to be able to describe the development in the sector, define types of institutions/categories and delimit the portfolio for the main project. The other key activity in the preliminary project was the establishment of the documentation status and contact networks in the health authorities. As part of the SKE project, a database has been developed for the registration and preparation of national preservation plans. The health authorities started entering registrations in this database in 2004, but the work was not completed. The completion and quality assurance of the so-called phase I registration was a prioritised task in the preliminary project. The preliminary project also established the protection criteria that were to be used, and presented a draft of management routines.

REGISTRATION AND EVALUATION

The SKE database has been the tool used for documentation and registration of facilities for the preservation plan. The documentation has primarily been collected from the authorities, but to a relatively large extent it has been necessary to search for material from other sources. The project group has made the registrations in the database.

The selection and evaluation of the preservation value has been made in two steps. In the second half of 2006, the project group carried out site inspections at about 150 of the 250 facilities owned by the health authorities. In January 2007, a preliminary list of the facilities that would be appropriate to document further and evaluate for protection was presented. This list formed the starting point for the preparation

Sign showing the way to Dikemark in Asker.
Photo: Leif Maliks.

of the final protection proposal. The proposal was presented to the coordination group before it was sent on a consultation round to the health authorities in February 2008. Based on the input and comments from the consultation round, a dialogue was subsequently held between the health authorities and the Norwegian Directorate of Cultural Heritage. The result of this process was that a number of facilities were removed from the plan. The most important facilities that were removed were Radiumhospitalet, a larger residential area at Østmarka in Trondheim and a block of service buildings at Ullevål.

THEMATIC WORK, COLLABORATION WITH CULTURAL HERITAGE AUTHORITIES

The meetings of the reference group have in particular been used for input on protection criteria, categories of institutions, the protection proposal and thematic reviews of the materials in the article collection. In addition to the Norwegian Directorate of Cultural Heritage being represented in the coordination committee, the project has held several meetings with the Norwegian Directorate of Cultural Heritage in which special topics and issues in the plan have been reviewed and discussed. The regional cultural heritage management was informed of the

project early on, and was invited to offer views and input to the preliminary committee in 2007. Furthermore, in 2008 all affected municipalities received a copy of the consultation letter from the Ministry of Health and Care Services.

Anchoring the national preservation plan in the sector

In the preliminary project, a contact network in the health authorities was established through regional information meetings, and later on two seminars were organised on topics in cultural heritage management. There has also been contact between the project and the individual health authorities in connection with site inspections and documentation gathering.

The health authorities were informed of the preliminary selection in the preservation plan in January 2007. At the same time, routines were put in place for the case processing of measures taken on buildings worthy of protection. The Norwegian Directorate of Cultural Heritage is the state's advisor on cultural heritage questions, and has been the case processor for these cases.

THE NATIONAL PRESERVATION PLAN

The purpose of the plan – delimitation

The Ministry of Health and Care Services' area of responsibility is broad, and ranges from public health and primary health care services to specialist health care services. In the preparation of the historical overview article in the preliminary project, emphasis was placed on describing the entire breadth of the historic development, and to not limit the description to buildings and facilities currently in state ownership. This also applies to the thematic articles presented later in this book. However, a delimitation has been made in the work on the national preservation plan itself. In accordance with the Royal Resolution, the mandate of the project has been to evaluate properties owned by the *state*. The national preservation plan applies to standing buildings and facilities and affiliated outdoor areas. The plan does not cover archaeological heritage, movable cultural heritage objects or human historical conditions.

In principle, all properties owned by the health authorities have been evaluated. This also applies to buildings and institutions that were not built for health purposes, but that are owned by the health authorities and are currently used by the specialist health services. Personnel residences and kindergartens that are part of the hospital areas have also been evaluated.

The project has not had a cut-off date for which properties were to be evaluated. However, experience suggests that it is more challenging to evaluate which buildings are most representative, architecturally valuable or especially typical of developments in recent years in the sector, and on that basis make selections for the preservation plan. The project has therefore only to a limited extent evaluated buildings and facilities built in the past 20–25 years.

The main rule for the work on the national preservation plans is that it is the ministries that prepare plans for the buildings owned by their subsidiary agencies. However, there may be exceptions where on the basis of their historical or functional links properties are best handled in another ministry's national preservation plan. This plan includes one property owned by Statsbygg. This is the Norwegian Institute of Public Health in Oslo, which from its creation in the 1920s has been linked to the health sector.

FACILITIES NOT OWNED BY THE STATE – "SIDE LIST"

The health sector is characterised by having historically had a great number of voluntary and private actors that have initiated and operated health institutions. About 25 private hospitals are currently run in agreements with the health authorities. The sector also includes the primary health service, which is a municipal responsibility. There are also a number of previous health institutions that are no longer used for health-related purposes and educational institutions affiliated with the hospitals that may have preservation value. This suggests that there may be properties and buildings that are important to cultural heritage and of great value in relation to health history that can be found in other state agencies and outside of state ownership. The evaluation of these properties has

"The Three Graces" by Istvan Lisztes, Rikshospitalet in Oslo.
Photo: Leif Maliks.

not been within the project mandate. However, in the course of the work on the project, information has emerged about health-related buildings that are not currently owned by the health authorities but that may have preservation value. The overview of a selection of these facilities has been sent to the Norwegian Directorate of Cultural Heritage after the conclusion of the project. The list cannot be considered to be a complete review; it has been based on he material that the project group has become aware of. No specific registration and evaluation has been made of these properties.

The national preservation plan – pioneering work

The national preservation plan for the health sector is the first comprehensive evaluation of the cultural heritage values of buildings in the health sector, if we disregard the limited overview presented in the Society for the Preservation of Norwegian Ancient Monuments ' yearbook in the 1930s. The topic of the 2000 yearbook was hospital history, but this was not a review based on the actual properties. Though large segments of the health service's buildings fall outside of the mandate of the national preservation plan, it is the first time that such a large share of the properties affiliated with the sector have been comprehensively evaluated.

The work on the project has brought new groups of cultural heritage monuments to light. One important group is the tuberculosis homes, which is represented by several examples in the plan. This is a category that has previously been overshadowed by the large sanatoriums. In several locations, the plan highlights personnel residences and service buildings as important elements that convey history. The residences are of interest to cultural heritage as elements in the hospital societies, and often represent a refined architecture typical of specific periods. Emphasis has been placed on preserving different types of residences, ranging from nurses' homes to the villas of chief physicians. In some places, the hospital itself has been altered significantly, but a selection of residences nevertheless reflects the history of the hospital. In Kirkenes, the residences for young women and female nurses as well as the dormitories represent hospital and architectural history from 1950 to 1970, and at the same time these are particularly well preserved architecture from the post-war period. Service buildings are often vulnerable to being torn down when they are no longer necessary, and have in time become rare.

The asylums have been evaluated previously and have been recognised as a group worthy of protection. Nevertheless, no comparative evaluation has previously been made of the degree of preservation within the different types and individual elements. In

the national preservation plan, the lack of well-preserved interiors emerges to a surprising degree, so where they exist they are very valuable, as for example at Dikemark. Individual elements such as the cemetery at Valen psychiatric hospital are unique and are highlighted in the plan.

Post-war hospital buildings are largely characterised by highrises, uniform building styles ("lameller") and large compact blocks of flats. These types of buildings have only to a limited extent been the subject of previous comparative evaluations. In this area too, the national preservation plan for the health sector pioneers a comprehensive evaluation of the large and nation-wide presence of this type of building. The plan covers several examples of architecturally distinctive highrises and high-quality blocks typical of specific periods, for example the hospitals in Halden, on Stord and in Førde from the 1950s and 1970s, respectively.

Sami health institutions are only to a very limited extent represented among buildings owned by the state. The building previously used as an infirmary in Karasjok is an exception, and represents a long institutional history directed towards the Sami population.

Information about the contents of the plan

THE THEMATIC SECTION

The thematic section consists of a number of articles that illuminate various aspects of the building activities within the health sector in a historical perspective. This section is to put the protected buildings in a historic context and elaborate on the reasons for the selection of the buildings to be protected. The thematic section also highlights the historical aspects and functions of the sector that are not represented in the buildings selected for protection. A brief presentation of the articles can be found on page 26.

THE CATALOGUE SECTION

The catalogue section of the national protection plan is enclosed with this book as a CD. The catalogue section, which includes all facilities in preservation class 1 and 2, has been produced based on the SKE register. The organisation of the material, the layout etc. has been set on this basis. The level of documentation and structure complies with the Norwegian Directorate of Cultural Heritage's requirements to documentation in protection cases. A list of all sites in the national preservation plan can be found in appendix 3A, page 240.

The catalogue article includes documentation on the building groups and the individual buildings in the form of facts, history, descriptions of the cultural environment and the buildings, maps, photos and floor plans. Additionally, the register contains a more detailed description of the construction of and materials used in each building. A significant part of the catalogue consists of a specification of the scope, purpose and justification for the protection of each site and building. This specification will govern which values are especially important to safeguard in the subsequent management of the cultural heritage monument. The catalogue articles also indicate the scope of the protection of interiors where applicable, protected areas and zones of special consideration.

The Norwegian Directorate of Cultural Heritage has developed a separate catalogue report in connection with the protection case. This catalogue is part of the regulations and only contains scope, map location, purpose and the reasons for the protection order. For objects that are protected in accordance with the regulations, this catalogue determines what is protected, but the more extensive catalogues in the national preservation plan are important as background documentation and as the basis for the ongoing management of buildings and facilities. In connection with the regulations, new catalogue articles have been created, for instance for outdoor facilities.

In connection with the protection case, some changes have been made with regard to the preservation class and the scope of protection. The original catalogues have been marked where such changes have been made. The overview of changes is listed in appendix 3B page 241.

Information about protection categories and selection criteria

The national preservation plan must be viewed as a whole in which all the buildings are included in a selection that is of national significance and that are to show the breadth, variation and developments of buildings. In accordance with the Royal Resolution, the preservation plan contains two protection categories:

Protection class 1 contains buildings, facilities and outdoor areas that are proposed for protection in accordance with section 22a of the Cultural Heritage Act. The protection will be adopted as a whole as a regulation that is joint for all objects in the national preservation plan.

Protection class 2 includes buildings, facilities and outdoor areas that are protected under the national preservation plan. In accordance with the Royal Resolution, objects in protection class 2 shall be subject to a self-imposed state internal protection and it is recommended that they be regulated as special consideration zones in accordance with the Planning and Building Act.

The differentiation between the two protection classes in the preservation plan is first and foremost made on the basis of an evaluation of the monument's cultural heritage value. Buildings in class 1 are considered to be nationally significant as individual objects, or as significant elements in the overall documentation of the history of the health sector. Buildings in class 2 can have local or regional significance, or be a significant element of an overall environment in which the other buildings are protected. The choice of protection category primarily affects the ongoing management of the cultural heritage monuments.

SELECTION CRITERIA

The Cultural Heritage Act makes it possible to protect buildings and facilities that have architectural or cultural heritage value. The Act defines historical monuments as "all traces of human activity in our physical environment". However, all traces are not equally important or valuable, and it is necessary to make a selection in relation to future protection. The Norwegian Directorate of Cultural Heritage has prepared a method and set of criteria for the evaluation of the preservation value. The criteria are discussed in the Norwegian Directorate of Cultural Heritage's publications "Alle tiders kulturminner" and "Statens kulturhistoriske eiendommer – Politikk for eierskap og forvaltning" (AAD 2002).

The goal of the national preservation plan is as previously mentioned to protect a selection of buildings and facilities that document the *health sector's* history and activities. The selection process has therefore been based on general criteria for cultural heritage preservation and additional criteria related to the characteristics and history of the sector. The breadth of the health sector suggests that socio-historical aspects be afforded great weight, in addition to more specific health and medical history aspects.

Preservation values and selection criteria:

Documentation values – knowledge and source value:
Values related to building history, technical/craft history, architectural history, social history and personal history.
These are values that are to some extent measurable and objective.

Experience values
Architectural, artistic/aesthetic, value of evidence of use/age (patina), formation of environment, identity formation/continuity, ability to arouse curiosity and amazement and symbolic value.
These are values of a more subjective character.
There are also *reinforcing and overarching* conditions that promote each of the values:
Authenticity/degree of originality, quality/state of repair, educational potential, representativeness/rarity, use value/usability, functionality.

The evaluation of the preservation value is based on an overall assessment: a comprehensive evaluation of the cultural heritage monument as an individual object and as part of a larger selection that is to describe the development of the sector. The values that have formed the basis for the final decision for each facility are often complex, and the individual criteria cannot be viewed in isolation.

Below, comments are provided about the different values and criteria as they are used in this plan:

Age: There are few buildings dating from before 1850 owned by the health authorities. For the buildings that represent older health history, old age has been afforded great weight.

Authenticity: A great degree of original elements is generally considered to be very important within cultural heritage preservation. Buildings and facilities that have not been changed significantly from their original form are very valuable forms of documentation as sources of knowledge about building methods at the time the cultural heritage monument was built. The health sector is characterised by a high rate of reconstruction, many changes and maintenance measures. Buildings that maintain their original form are relatively rare, and are thus valued highly.

View of Reinsvoll. Originally called Presteseter asylum, the facility was inaugurated in 1913 as an institution for people needing psychiatric care in Kristians amt (Oppland county), and is today in the ownership of Innlandet Hospital Health Authority.
Photo: Marte Oftedal.

The authenticity criterion has been the subject of debate within the project, and it is not only buildings with a high degree of authenticity that have been selected. The changes are often caused by medical developments with subsequent requirements regarding building improvements, but are also to some extent caused by changes in function resulting from the more general development within public health and requirements regarding increased standards. The scope of change is in many ways typical for the sector, and can in itself represent important health history. The history of the health sector would not be sufficiently documented if we were to only make selections based on strict criteria regarding material authenticity. For example, many buildings in the preservation plan do not have their original windows, but overall they are nevertheless seen to represent important aspects of the development.

Representativeness: It is a goal that the plan is to show the breadth and variation of health history, with all time periods and types of institutions represented and with a geographic spread. In the selection of buildings, it has been necessary to make comparative evaluations, and to select the object that best represents the values we wish to preserve and the history we wish to document. For this plan, it has been important to select typical representatives of the different categories of institutions throughout the time period from the mid-1800s and to today.

Rareness: Facilities that are well preserved are in themselves rare. Buildings of which there are few or single examples are highly valued. One example of very rare objects is the old epidemic pavilions at Ullevål University Hospital which is unsurpassed elsewhere in the country and is exceptionally authentic.

Educational value: Educational value is often tied to legibility and dissemination. The historic qualities and traces in hospital buildings are often most visible where there is a high degree of authenticity, whether in the form of intact interiors or where many different elements of an overall facility have been preserved. Holistic park and outdoor areas enhance the educational value, especially where this has originally been directly tied to the treatment of sick people, as for example in tuberculosis facilities.

Architectural quality: A number of the health buildings are monumental and are designed by prominent architects. Architectural quality is highlighted in the Cultural Heritage Act as a criterion for protection, and this aspect has been an important factor for the selection. The selection represents a number of good examples of the design and style expressions of different periods that are typical of those periods, and often have high-quality materials and details. Several of the facilities are designed in close interaction with the natural conditions and integrate buildings and parks in the terrain. One example of this is Stord hospital, which in 1975 was awarded the Houens fond's diploma for excellent architecture.

Environmental value, hospital community: Many of the facilities in the health sector are large and complex and several are like small communities with differentiated buildings. Psychiatric hospitals had a significant degree of self-sufficiency. This is typical for periods with other operational contexts than we have today. Several institutions include farms, parks and nature in their therapeutic landscapes. The plan emphasises the selection of facilities that can represent these environments as a whole, and the prioritisation of objects that are significant for the experience, context and environments within each facility. In order to preserve environmental values, the plan proposes the protection of facilities where outdoor areas and many different buildings and functions are represented, such as patient buildings, service buildings, operational buildings and residences.

There has been a development within cultural heritage management towards the protection of entire cultural environments rather than individual structures. This is reflected in the plan through the prioritisation of complete environments. It is only in a few places that especially valuable individual buildings have been selected despite the environment in its entirety not having been included. Examples of these include the chief physician residences in Drammen and Tønsberg, which are well preserved and highly valuable for their ability to communicate architectural history.

Identity/symbolic value: Many health institutions are important to the identity of a great number of people and many also have positive or negative symbolic value. For the general public, a facility like Gaustad hospital symbolizes state involvement in psychiatry. Many institutions are large workplaces and have been crucial to local developments.

Value as a historic source: The historic value of the individual buildings varies because many have undergone significant changes. The facilities that have been preserved with a high degree of authenticity therefore have an extra significant value as historical sources. This also applies to, for example, facilities such as the original Østlandske vanførehjem at Stange, which is now the Department of Physical Medicine and Rehabilitation Ottestad. This building has an uncommonly high degree of authenticity overall and in its details, and is therefore an important source for our understanding of institutional construction and architecture in the mid-1900s.

Health and socio-historical value: This represents the overarching health policy, especially the expansion of public responsibility for the health of the population in the face of new panoramas of illness. It is especially important to protect institutions that illustrate the health problems that at various times were considered to be the most important among those requiring institutionalisation: from the pre-1850 "rade hospitals" (created to cure a syphilis-like condition) and mid-1800s asylums, via the tuberculosis sanatoriums around 1900, and the post-war focus on preventative medicine and decentralisation. Historically, changing panoramas of illness and changing uses of new and old institutions follow each other. Institutions in which such lines can be followed are especially interesting. The way institutions were planned and built tells us a lot, both about medical possibilities and about how sick persons have been viewed and met. The evaluation includes considerations of whether the protection of the institutions can reflect shifting approaches to the patient, illness, contagion, etc.

The socio-historic values especially encompass the parts of the history of the health sector that relate to turning points in social and welfare policies. For example, changes in the early 1900s and the first twenty years after the war were important periods of expansion. Aspects related to both positive and negative patient histories are important to the national preservation plan. Parts of state activities in the health sector are today seen to be of doubtful value or to be clear instances of oppression. Personnel

residences of various types clearly show the hierarchical structure of the hospitals. Financial buildings are today often gone or at risk of being demolished for new building projects, but are important to descriptions of how the entire hospital community used to be.

Value to the health profession and medical history: Developments in the health profession and new treatment opportunities have generally been significant to hospital construction, planning and the design of the hospital areas. Medical developments have among other things led to increasing degrees of differentiation that in turn have led to more departments with specialist functions in the hospitals. The preservation plan aims to cover representative examples of these developmental stages. Continual changes are especially apparent in the health sector and are often a direct result of new treatment opportunities and principles. Pioneering institutions in the development of a specialist area can have significant value in themselves even if the buildings as such are of low authenticity in terms of having original details. The Women's Clinic in Bergen is one example of this. Educational institutions and research departments affiliated with the hospitals are significant to the health profession.

Much of medical history relates to the development of equipment and technology, but the protection of inventory of historical value is outside the plan's mandate.

Other issues/use value: Several of the facilities in the national preservation plan are under significant pressure to change. For some facilities, current issues have led to concrete evaluations and a balancing between protection and wishes for future use. In some cases, the value of the building has been viewed as so great that it is necessary to search for other alternatives for expansion, while for other objects considerations regarding their function and future use have held more weight than their preservation value.

Buildings and facilities selected for protection

The preservation plan contains nearly 300 buildings divided between about 50 sites. There is a total of about 1900 buildings registered in the SKE database, divided between 220 sites.[1] This represents all buildings owned by the health authorities, with the exception of a number of residences that were not included as a result of a delimitation made in the preliminary project.

Most of the protected objects are located in the Southern and Eastern Norway Regional Health Authority area. This is mainly a reflection of the concentration of the population in this area, but also to some extent the location of functions concentrated around the capital city. In Northern Norway, it has turned out that relatively few of the remaining facilities dating from before WWII are still in state ownership.

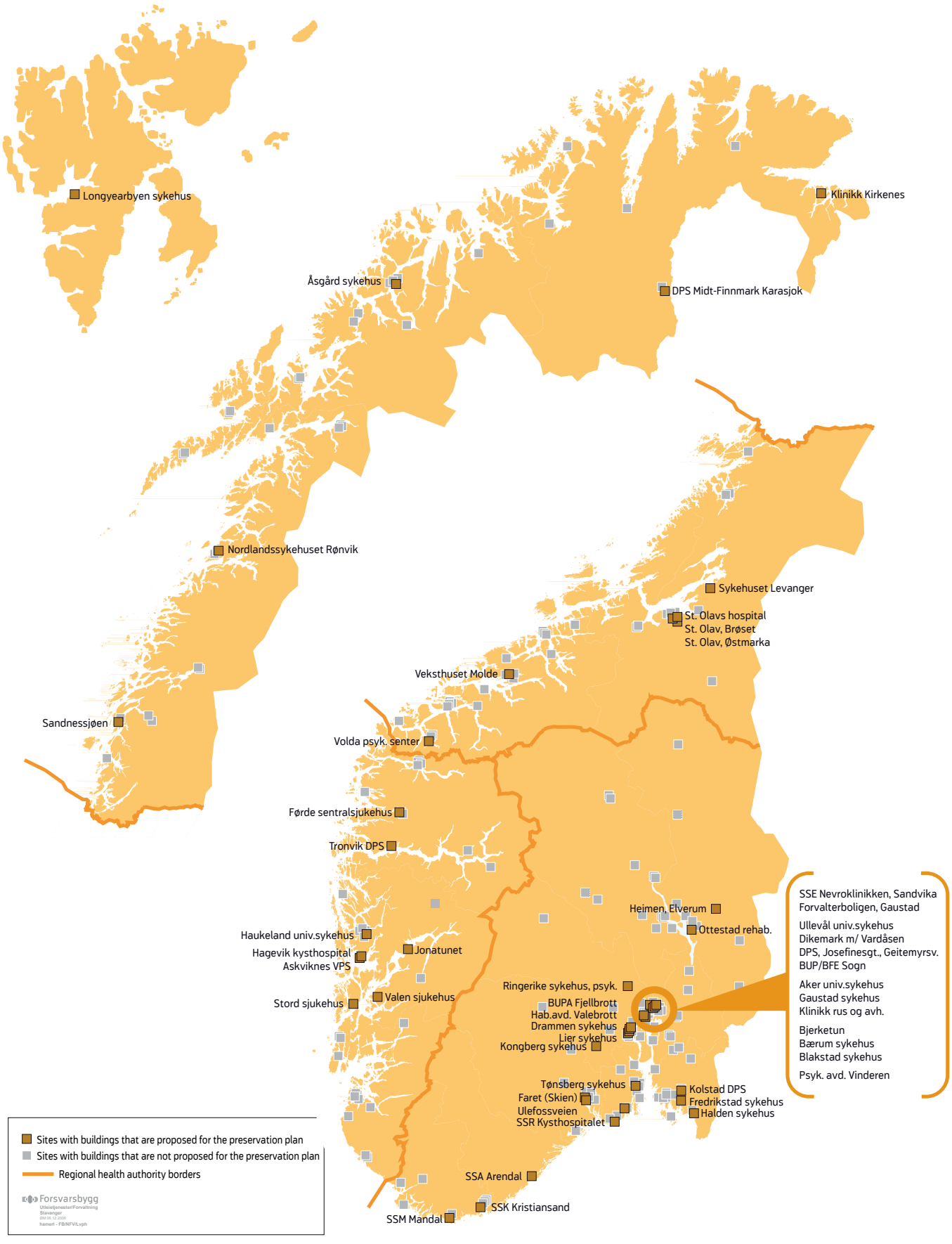
For the vast majority of the buildings, it is only the exterior that is affected by the protection order. Protection of exteriors includes the exterior of the building, i.e. the preservation of the design, materials and details in façades and roofs. The protection of the exterior does not limit activities inside the building. In buildings where interiors are protected, it is mainly smaller parts of the interior that are proposed for protection. For a number of facilities, there are also protected outside areas in preservation class 1 or 2 respectively, depending on their preservation value. For some facilities, areas have also been demarcated in which it is presumed that considerations of the buildings worthy of preservation are emphasised in any measures taken within the area. There are no formal restrictions on the area.

The selection is to reflect the breadth of the health sector in regard to types of institutions, geography and time span, but the selection is nonetheless limited to buildings owned by the state. The national perspective has been determining for the selection, and there may be facilities that have not been included in the plan that may nevertheless be worthy of preservation in a local or regional context.

The distribution of the buildings by time period and institutional category

The largest share of the buildings owned by the health authorities dates from after 1945 but there is also a relatively large share from the periods around 1900 and the 1920s. To some extent, this reflects significant expansion periods in the health sector. Only a few buildings dating from before 1850 are currently owned by the health authorities.

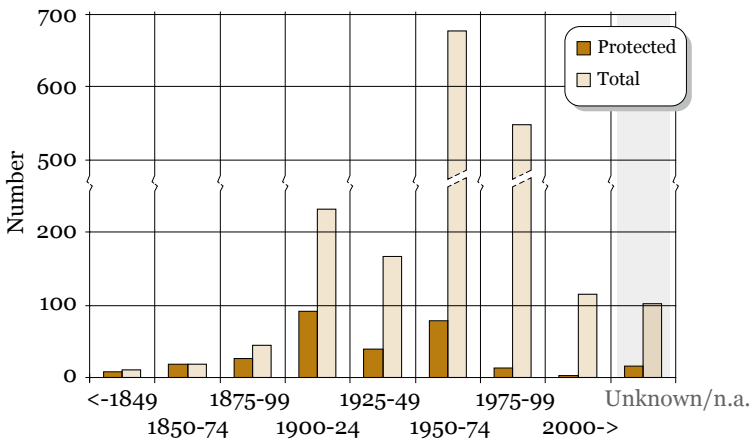
To aid in the selection process, a matrix was prepared that shows the different types of institutional categories within somatic medicine and psychiatry, respectively. In some categories there is a lot to choose from, for example among the psychi-


Longyearbyen sykehus
Klinikk Kirkenes
Åsgård sykehus
DPS Midt-Finnmark Karasjok
Nordlandssykehuset Rønvik
Sykehuset Levanger
St. Olavs hospital
St. Olav, Brøset
St. Olav, Østmarka
Veksthuset Molde
Sandnessjøen
Volda psyk. senter
Førde sentralsjukehus
Tronvik DPS
Heimen, Elverum
Ottestad rehab.
Haukeland univ.sykehus
Hagevik kysthospital
Askviknes VPS
Jonatunet
Ringerike sykehus, psyk.
Stord sjukehus
Valen sjukehus
BUPA Fjellbrott
Hab.avd. Valebrott
Drammen sykehus
Lier sykehus
Kongberg sykehus
Tønsberg sykehus
Faret (Skien)
Ulefossveien
SSR Kysthospitalet
Kolstad DPS
Fredrikstad sykehus
Halden sykehus
SSA Arendal
SSK Kristiansand
SSM Mandal
SSE Nevroklinikken, Sandvika
Forvalterboligen, Gaustad
Ullevål univ.sykehus
Dikemark m/ Vardåsen
DPS, Josefinesgt., Geitemyrsv.
BUP/BFE Sogn
Aker univ.sykehus
Gaustad sykehus
Klinikk rus og avh.
Bjerketun
Bærum sykehus
Blakstad sykehus
Psyk. avd. Vinderen
Sites with buildings that are proposed for the preservation plan
Sites with buildings that are not proposed for the preservation plan
Regional health authority borders
Forsvarsbygg

atric hospitals. In other categories, there are few or no facilities in state ownership. Among other things, this includes the large group of previously Catholic hospitals. The goal has been to capture the breadth of the health sector based on what is currently represented in state ownership. For some categories of facility, there may be better facilities outside of the sector. Examples of these are nonetheless included in the plan as representatives of these categories.

The selection of buildings to be preserved includes most facilities in which the historic values are tied to an institution of somatic medicine. However, there is a small majority of single buildings from psychiatry. This is a reflection of the psychiatric hospitals being the ones that most often contain a large number of buildings, while the somatic hospitals have more concentrated buildings. Many institutions represent multiple functions as a result of changing patterns of illness in the population. This is often shown in characteristic patterns of development in the history of the building, for example a change from tuberculosis institution in the early 1900s to psychiatric nursing home in the post-war period and to psychiatric outpatient clinic/regional psychiatric centre (DPS) today.

Number of protected objects and total number of objects.



The selection of preserved objects is not exhaustive due to the high rate of change within the hospital sector. For example, it has turned out to be difficult to find preserved operating departments from before 1970. At the same time, much of medical development is tied to the development of equipment and tech-

Facilities by institutional category, chronology and municipality.
The matrix was used as a tool in the project and is not a complete overview of facilities that are worthy of preservation in the national preservation plan.

		1850-1874	1875-1899	1900-1924	1925-1949	1950-1974	1975-1999
SOMATICS	**General somatic hospitals**	Faret 1830 (Skien)	St. Olav (Trondheim) Ullevål I (Oslo) Aker I	Haukeland (Bergen) Ullevål II (Oslo) Aker II (Oslo)	Sandnessjøen (Alstahaug) Bærum (Bærum)	Stord (Stord) Arendal (Arendal) Halden (Halden)	Longyearbyen (Svalbard) Førde Central Hospital (Førde)
	Infirmaries/Small hospitals		Mandal (Mandal)			DPS Midt-F.m (Karasjok)	
				St. Joseph (Fredrikstad)	Red Cross (Trondheim)		
	Military hospitals				Aker hospital II (Oslo)		
	Specialist hospitals						
	Leprosy institutions	Reitgjerdet I (Trondheim)					
	Women/children			Josefines gt (Oslo)	KK Haukeland (Bergen) Geitemyrsveien 67 (Oslo)	Ringerike (Ringerike)	
	Tuberculosis institutions:						
	Sanatoriums			Vardåsen (Asker)			
	Nursing homes			Heimen (Elverum)	Namdals (Namsos) Jonatunet (Jondal) Montebello (Oslo)		
	Coastal hospitals		Stavern (Larvik)		Hagevik (Os)		
	Cancer hospitals/departments				Radiumhospitalet (Oslo)		
	Rehabilitation (disabled)				Vestl. Vanføreh. (Bergen)	Ottestad (Stange)	
	Neurological hospital					Neurological clinic (Bærum)	
PSYCHIATRICS	**Psychiatric hospitals**	Gaustad (Oslo)	Rønvik I (Bodø) Eg (Kristiansand)	Østmarka (Trondheim) Valen (Kvinnherad) Faret II (Skien) Dikemark (Asker) Blakstad (Asker)	Lier (Lier)	Åsgård (Tromsø) Reitgjerdet II (Trondheim) Rønvik II	
	Smaller institutions/clinics				Vinderen (Oslo)	Tronvik (Høyanger) Kolstad (Sarpsborg)	Levanger (Levanger)
	Institutions for children and youth			Bjerketun (Bærum)		Sogn BUP (Oslo) Fjellbrott (Nedre Eiker)	DPS Midt-Finnmark (Karasjok)
	Old-age psychiatry/senile dementia					Kløvertun (Volda)	
	Substance abuse institutions						Veksthuset Gaustad (Oslo)
OTHER	**Personnel residences/environment**	Manager's residence, Gaustad (Oslo)		Drammen (Drammen) Tønsberg (Tønsberg) Ullvin (Oslo)		Kirkenes (Sør-Varanger) Kongsberg (Kongsberg) Østmarka II (Trondheim)	
	Financial buildings/environments			Ullevål, fin. bldg. (Oslo) Dikemark (Asker)	St. Olav, cafeteria (Trondh.) Aker III (Oslo)	Haukeland cafeteria (Bergen)	
	Orphanages		Askviknes (Os)	Faret (Skien)			
	Institutions for the mentally disabled					Valbrott (Drammen)	
	Research/laboratory buildings			Gade's Institute (Bergen)	Gjessings lab. Dikemark (Asker)	Radiumhospitalet (Oslo)	Lab. bldg. Ullevål (Oslo)

nology. As previously mentioned, the preservation of inventory falls outside the mandate of the plan.

Follow-up of the plan

Management routines

Cultural heritage preservation in the specialist health service is challenging to manage because the properties that are protected or preserved are also in active use to solve the tasks the sector is assigned to. The challenges are quite complex when, on the one hand, the properties must be operated and developed with the view to fulfilling the tasks of the health sector, and, on the other hand, the properties are to be managed such that the cultural heritage values they represent are fully safeguarded. This imposes significant demands on the development of good management plans that owners and managers can relate to.

The Royal Resolution on the management of the state's cultural heritage properties assumes that the properties are managed such that the architectural and cultural history values are maintained and made visible. The responsibility for the follow-up of this lies with each health authority. Measures that go beyond regular maintenance will generally require an application.

The main management principle for buildings that are worthy of preservation or protected is to preserve as much as possible of original or older parts. Maintenance and repair must be made with material and methods that are adapted to the building's character and cultural heritage value. For protected buildings, making changes that go beyond regular maintenance is not permitted without a dispensation given in accordance with the Cultural Heritage Act.

The application procedure and processing routines depend on the preservation status and the routines that are established within the sector. The follow-up of the Royal Resolution and the responsibility and framework for the management of cultural heritage properties will be included in the management dialogue between the Ministry of Health and Care Services and the health authorities.

Management plans

In accordance with the Royal Resolution, a management plan shall be prepared for each of the cultural heritage properties. Joint management plans can be made for groups of buildings where these are part of a natural whole.

Photo: Leif Maliks.

The management plan must include a description of the procedures and routines that apply to the operation and maintenance of the building in question and naturally associated outdoor areas. The management plan must also describe issues that must be taken into consideration in the implementation of measures related to restorations and alterations of the building. Among other things, it must include a detailed registration and documentation of each building, as well as a description of when the right cultural heritage authority is to be contacted. The plan must be prepared on the basis of the professional cultural heritage guidelines that the national preservation plan gives for each individual property or building. A checklist that details the elements that must be included in the management plan can be found in the guidelines to the Royal Resolution.

Division of responsibility and case processing

The Norwegian Directorate of Cultural Heritage is the state's expert adviser in the management of cultural heritage properties, and, along with the Ministry of Health and Care Services as the ultimate owner, it has an overarching responsibility for the follow-up of the national preservation plan. For

protected buildings (protection class 1) in state ownership, the Norwegian Directorate of Cultural Heritage is the management authority under the Cultural Heritage Act. For other properties worthy of preservation (protection class 2), the Ministry of Health and Care Services, as the ultimate owner of the health authorities, is responsible. For these properties, preservation management is exercised through the ownership line in the usual manner. The Planning and Building Act and the provisions that are stipulated in relation to the regulation of each property also apply. The health authorities that own the preserved properties have direct responsibility for managing these in accordance with the guidelines for the management of cultural heritage values.

Notes

1 There is some variation in how the division into sites and buildings is defined. Some institutions are defined as one site even though the buildings are geographically located in different places. Some larger buildings are subdivided into several listings, though the buildings are physically seen as one building. The numbers above must therefore be read with these caveats.

ABOUT THE ARTICLES

Historian **Runar Jordåen**'s "Helsebygg i Noreg – ei historisk oversikt" ("Health buildings in Norway – a historical overview") is a general historical presentation of health and care activities in Norway from the Middle Ages and to today. He discusses the most important characteristics of care and sickness measures through the ages, with special emphasis on how institutions have arisen and changed, and how this points towards the current specialist health service. As previously mentioned, this article was written as part of the preliminary project to the national preservation plan and is here presented in a somewhat abbreviated form.

Professor **Rolf Grankvist**'s article "De tidligmoderne helse- og sosialinstitusjonene 1700–1850" ("The Early Modern health and social institutions 1700-1850") looks at the central health and social institutions in the period from 1700 to 1850. His starting point is Trondheim, a city that has been very significant in health and care work since the High Middle Ages, and he places great emphasis on historical developments before 1700. The presentation is expanded geographically through the use of examples from other parts of the country.

Art historian and project member **Leif Anker** discusses the somatic facilities from the period between 1830 and 2000 in the article "“Somatiske sykehus i Norge ca. 1830–2000" ("Somatic hospitals in Norway, approx. 1830–2000"). He explains how the facilities are planned and built based on shifting ideals. The main emphasis is on the period between 1870 and 1980, or in other words from the breakthrough of bacteriology to the completion of the great hospital expansion that followed the Hospitals Act of 1969.

In the article "Anlegg for adspredelse og kontroll – fra den norske psykiatriens bygningshistorie" ("Facilities for diversion and control: from the Norwegian psychiatry's building history"), art historian and project member **Leif Maliks** looks at the development of psychiatric buildings. He describes the events and strong personalities that in combination led to the creation of Gaustad Asylum in 1855. He also shows how changing views on humanity and changes in scientific theories have determined how subsequent psychiatric institutions have been designed.

In "Dugnadsåndens og tilfeldighetenes byggeskikk – de psykisk utviklingshemmetes institusjoner i 100 år" ("The voluntary spirit and random building traditions: 100 years of institutions for the mentally disabled"), writer **Halvor Fjermeros** describes how care for the mentally disabled has changed in Norway, from nearly no public effort, to large centralised institutions, to the highly decentralised system we have today. He uses a number of individual institutions to show how institutional architecture has reflected views about human life and differing zeitgeists, and focuses especially on the effects that the 1952 National plan for the care of the mentally retarded had on the buildings and developments up to today.

Professor **Aina Schiøtz** wrote "De frivillige organisasjonene og helsebyggeriet i Norge" ("The voluntary organisations and health buildings in Norway"). The article pays special attention to "two of the big ones": the Norwegian Women's Public Health Association and Nasjonalforeningen for folkehelsen, but also draws a more general outline of the voluntary organisations and their contributions to Norway's health buildings. She is also concerned with the organisations' relationship to public authorities, and shows how their activities have changed character through shifting political and social regimes.

"Habilitering, rehabilitering og opptrening" ("Habilitation, rehabilitation and training") by writer **Bjørn Lobben** describes key developments in the medical treatment of physically disabled people from about 1900 and to today, with special emphasis on the treatment of poliomyelitis-affected persons. The article shows that the voluntary organisations were heavily involved and made great contributions, and also highlights how the interface with public authorities has influenced their activities. Lobben writes about clinics for the disabled, treatment spas and coastal hospitals, and shows important individual institutions such as Kronprinsesse Märthas Institutt, Sophies Minde, Sunnaas Hospital and Østlandske vanførelag's facility at Ottestad.

Historian **Olav Hamran**'s article "Noen linjer innenfor kurbehandlingen av alkoholister i Norge" ("Some trends within spa-treatment of alcoholics in Norway") focuses especially on the treatment of alcoholics. He discusses a number of detox facilities, clinics, homes for alcoholics and half-way houses etc. to draw a picture of the significance of the treatment institutions to the sector's activities. From its very beginning, the sector has consisted of a plethora of institutions, with different philosophies and forms of treatment, and the article shows which views the actors – including the state – have adhered to all the way from the start in the 1880s and into the 1990s. The article also covers the characteristics of the buildings in the field.

The title of Assistant Professor **Ingebjørg Hage**'s article Helseinstitusjoner i Nord-Norge – 'trekt opp av havet'" ("Health institutions in Northern Norway – 'pulled out of the sea'") alludes to the region getting its hospital structure in the 1800s on the basis of the fishing industry. Northern Norway has a unique history, and the article looks at the establishment of the special fisheries hospitals and infirmaries, addresses the consequences of the destruction during the war and highlights the strong local initiatives – and the state's at times very active role. The final section of the article discusses the strong centralisation within the health sector in the north.

Dr.art. **Svein Carstens** writes about "Framework conditions and drivers for buildings used by the health authorities" ("Rammevilkår og drivere i helsebyggeriet") and describes the factors that have driven and had consequences for the health sector and health buildings, such as political trends, ownership structures, economics and management.

Helsebygg i Noreg – ei historisk oversikt

Runar Jordåen

Formålet med artikkelen 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. Mykje er skrive om helsevesenets historie generelt på den eine sida, og om enkelte sjukehus og anlegg på den andre sida, men det finst ikkje nokon samla oversikt over dei norske helseinstitusjonane frå mellomalderen og til i dag. Det er gjort eit val om at somatiske og psykiatriske sjukehus skal stå i sentrum for framstillinga, fordi desse institusjonstypane står i sentrum i dagens helseføretak og historia om desse er såleis sentral i landsverneplanarbeidet. Denne artikkelen vart skriven til landsverneplanen sitt forprosjekt.[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 hospitala 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, hospitala og pleieinstitusjonane ser radikalt annleis ut.

Historia om helsebygga er historia om korleis nye verdsbilde og medisinske forståingar skaper ny arkitektur, nye romløysingar 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 Fløgstads 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 EGK* [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?*[2]

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.[3] 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 ennu aldri eksisteret.*"[4] 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 medførde 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 sjukehusutbygginga 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 fortreffelege 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 hospitala 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 hospitala 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 møta sjukdom på, og derav ulike måtar å bygga institusjonar på.

Historia startar her i mellomalderen – med dei første kristne hospitala.

Det nye anlegget for Rikshospitalet på Gaustad i Oslo. Bygningane blei tatt i bruk i mai 2000. Arkitektane har i følgje 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 skape en følelse av trygghet." Anlegget tar i mot 30 000 heildøgnspasientar 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 meiningslaust 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 helsa

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 lidingar og livets gang gjennomgjekk naturlegvis endringar som følgje av denne prosessen, og inntoget til kristendommen førde også til reisinga av dei første hospitala i landet.

DEMOGRAFI

Demografi er læra om endringar i folketal og befolkningssamansetning. Demografien i den europeiske mellomalderen er prega av to store pestepidemiar: den første på 500- og 600-talet, den andre i åra 1347–51.[5] 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 mellomalderrika. Unntaket er Bergen som på det største hadde ein stad mellom 5000 og 7000 innbyggarar, 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 erkebispestol 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

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 sjølvsagt 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 (militærteneste). Mosebøkenes 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 Lostings (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.

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 oppfatningar: Mennesket blei forstått i lys av det guddommelege, og religionen styrte i ein heilt annan grad kvardagslivet enn i dag.[6]

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 samanvovne kategoriar. 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.[7]

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 medisinstudium 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 Saler-

noskulen 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 einannan, ikkje for å motarbeida medisinen.[8]

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.[9]

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.[10] Plassering av folk som av ein eller annan grunn trong pleie i hospitala 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.[11] Dette understrekar nok ein gong at "helse" i mellomalderen ikkje eksisterte som eige fenomen.

Me skal sjå at også hospitala 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 hospitala 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 klostera i Midtausten blei det bygd gjestehus og etterkvart også meir spesifikke hus for sjuke. Oppløysinga 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 klosterskulane 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 andelege lækinga høgare enn den kroppslege: forbønn og sjukebesøk frå prestar blei sett på som viktigare enn frå legar; sjela var viktigare enn kroppen.[12] Dei aller fleste mellomalderhospitala var såleis dominert av det andelege aspektet; dei var nær knytt til kloster og kyrkjer, dei var ofte utforma som kyrkjebygg, og det var svært sjeldan legar ved institusjonane.

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 brystsmerter, 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.

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 hospitala 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.[13] 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 tilknyting 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 hospitala 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.

Mellomalderhospitala 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 hospitala, 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 hospitala 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.[14] 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,[15] nemner "hospitalet ved kyrkja", noko som viser at det eksisterte eit hospital

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: Wikimedia/Wikipedia (Nidarosdomen).

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*. Kannikkane 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 høgmellomalderen 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 tilknyting til bispedømmet. Vanlegvis var det likevel ei viss tilknyting, 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 *kannikhospital 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.

HOSPITAL I NOREG I MELLOMALDEREN

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.

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.

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 helsa

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.[16] 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 bølgja av pest i Noreg ramma Christiania og området rundt i 1654.[17]

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 gjennomsnittsåra. 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 kjennsgjerningane utgjer ein viktig del av verkelegheita i tidleg nytid, ei høg dødelegheit og konstant høg risiko for å bli ramma av alvorleg sjukdom 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.

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 *flekktyfus* er forårsaka av ein bakterie, i hovudsak overført via lus. Symptoma er plutseleg 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, ryggsmerter 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 døydde 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.

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.[18] 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 særlig 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.[19]

Eit viktig aspekt ved det som er blitt kalla "den lutherske staten", er ekspansjonen i statlege oppgåver, både som ei direkte følgje 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 hjelpa 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. Om-defineringa 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 sjukdomsomgrep 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 skarpare 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 innbyggarane.[20]

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

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 hospitala 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 pleia både det andelege og det kroppslege elementet hos hospitalslemmane. Kyrkja ved St. Jørgens hospital er frå 1707, men har vore ombygd seinare. I dag rommar bygningane Lepramuseet. Bilde: Wilse. Riksantikvaren.

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 følgje var at styresmaktene og tidas lærde byrja å interessera seg for løysingar på sjukdomsutbrot og styrking av befolkningas 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.[21]

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 "unnfangelse" av eit helsevesen som blei "født" i underkant av 200 år seinare.[22] Det var likevel få legar (og enda færre offentleg løna legar) i Noreg fram til midten av 1700-talet.[23] 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 radesjukehusa, som me kjem nærmare inn på seinare i framstillinga.

At styresmaktene sette inn tiltak for å få bukt med *koppane* 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.[24] 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 vaksinering 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 medisinutdanning 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 trængende, alderssvage affældige Personer, spæde Børn og deslige, vilde den i Departementets Innstilling omhandlede og alene for Syge bestemte Stiftelse sprogrigtigere have været benævnet Rigssygehuus.*[25]

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 dekka 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 hospitaltradisjonen.

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 kyrkjas 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).[26] Dessutan føresette dei at hospitala skulle vera alminnelege hospital, men at ein skulle ha eigne 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.[27]

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).[28]

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 tilhøyrt 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 tilknyting til hospitala, medan bartskjerarar (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 smittefaren som grunngjeving, men også så nær at lemmane 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.[29] Som kulturminne er det såleis einestående 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.[30]

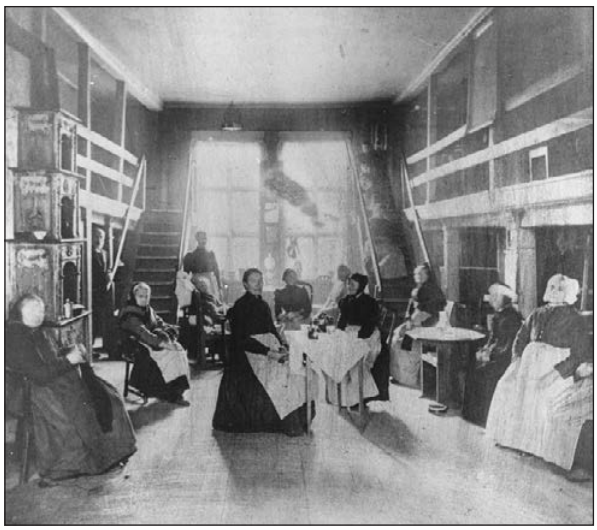
Oslo hospital blei stifta i 1538 på grunnen til eit gammalt fransiskanarkloster, og blei hospital for Oslo bispedømme. Det blei i tråd med omorganiseringa etter reformasjonen organisert som stiftelse og lagt under stiftsdireksjonen (biskopen og verdslege styresmaktar). På 1600-talet fungerte hospitalet 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 åtferd kunne føra til utvising.[31]

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 står: Stranges stiftelse frå 1600-talet, Zander Kaaes stiftelse og Dankert Krohns stiftelse frå 1700-talet.[32]

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 "gudfryktige og vel oplyst" samt enker av slike.[33] På 1700-talet var det elles to fattighus i Christiania som tok seg av dei fattige av meir "gemen" og uverdig art, og i 1741 blei eit tukthus for heile stiftet opna i Storgata. Tukthuset skulle ha ei disiplinerande rolle – og gi tiggarar, lausgjengarar og uoppdregne born hardt arbeid som skulle verka moralsk styrkande. Opprettinga av eit eige dollhus (i tilknyting til hospitalet) i 1776 var eit ytterlegare uttrykk for spesialiseringa og differensieringa mellom institusjonane som fann stad i denne perioden.[34]

Historia om hospitala 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

Interiør frå Stranges stiftelse i Bergen (ca. 1880). Då det gamle fattighuset for kvinner opphøyrde 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.



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 lidingar og behov. Slik kan ein på slutten av 1700-talet augna eit skarpare 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 mellomalderhospitala ofte var utforma som kyrkjer, eller var del av kyrkjer. Hospitala 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 omn i første etasje. Integreringa av kyrkja og hospitalet i eit bygg viser altså kontinuiteten med mellomalderhospitala, men på 1730-talet kom både ny hospitalskyrkje og ny hospitalsbygning. Dette mønsteret, at kyrkja er del av hospitalskomplekset, men at det føregår ei funksjonsdeling mellom hospitalsfunksjonar og kyrkjefunksjonar på ulike bygg, er truleg typisk for utviklinga i denne perioden.[35]

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.[36]

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 ordensforstyrringar 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 *Hamarkrønika*, frå midten av 1500-talet.[37]

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 hovudhospitala 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 dobla 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:

> *De Værelser som tilforn vare indrettede til disse Lidende, vare under Raad-Huset, og det udi*

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

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, deels av Fugtighed og deels av andet.[38]

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 einannan 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 felles-europeisk tendens der galskapen gjekk over frå å vera ei sak for rettsvesenet til fattigomsorga og hospitala. 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 komma nye militære og sivile *sjukehus* i byane, ein får såkalla *radesjukehus* ei rekke stader og i København blir det etablert sjukehus med undervisning og forsking 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.[39] 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.[40] 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 igien fortiene deres Leve-Brød.[41]

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 garnisonssjukehus 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 tilknyting til dei større militærforlegningane 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 Militærsjukehus.[42]

Ved Stavern låg Fredriksvern festning som frå 1750 var opplagshamn, verft og hovudstasjon for den dansk-norske marinen i Noreg. I tilknyting 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.[43]

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 militærsjukehus (Fredriksvern og Garnisonssjukehuset).

Også i det sivile kom det sjukehus på 1700-talet, og viktig blant desse var dei såkalla *radesjukehusa*.[44] 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 skjørbuk diagnosen. Det medisinske kollegiet hadde i 1770 karakterisert det som ein kombinasjon av skjørbuk og syfilis forårsaka av ubalanse i kroppsvæskene: ”*venerisk skjørbuk med kroppsvæsker i dårlig blandning*”.[45] I 1822 var det totalt *16 sjukehus* i kategorien for ”venerisk syge, Radesyge og andre

ondartede Hudsygdomme".[46] Utover på 1800-talet forsvann gradvis 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 tilknyting til radehusa. Slik braut dei med den tidlegare hospitalstradisjonen 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.[47]

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 eigne rom i fleire 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.[48] Først var det lokalisert i det lokale militærlasarettet, 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 sjølve institusjonen som til då i hovudsak hadde vore finansiert av Thomas Angells stiftelse, og ein særskilt sjukehusskatt blei innført for å finansiera drifta.[49]

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

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.

”Inspecteuren og Spisemesteren”. 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 Reconvalescenter”.[50] 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 fattigkommisjonen.

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 radesjuke og generelle amts- og bysjukehus. Det som skil desse institusjonane frå dei gamle hospitala 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”.[51]

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 Almisselemmer og incurable Syge vare indlemmede*”.[52] Sjukehusa rundt år 1800 hadde openbart mange kjenneteikn som kan minna meir om dei gamle hospitala enn sjukehusa frå andre halvdel av 1800-talet. Wisbechs utsegn understrekar nettopp at brotet med hospitala 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 hospitala. 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.[53] 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 det gamle apoteket på Ullevål sjukehus. Sjølv om lokalet i dag nyttast til møterom, finst interiøret bevart som eit minne om ein type apotekdrift som nå stort sett er historie.
Bilde: Leif Anker, Forsvarsbygg.

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 helsetenester: 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 hundreåret.

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 – sinnssjukeasylet – 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 forsking 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 helsa

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 dødelegheita, 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 lojalitetsband og kjensla av samhør

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. strupehovudet som kan føra til pustevanskar (krupp) og kvelingsanfall. Kan òg være farlig pga. giftstoff som basillane produserer i kroppen under sjukdommen, og som særlig påverkar hjartet og nervesystemet. Difteri kan vera vanskeleg å påvisa, men er sjeldan i Noreg i dag pga. vaksinering av barn. Framleis vanleg i u-land.

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 *klassesamfunn*. 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

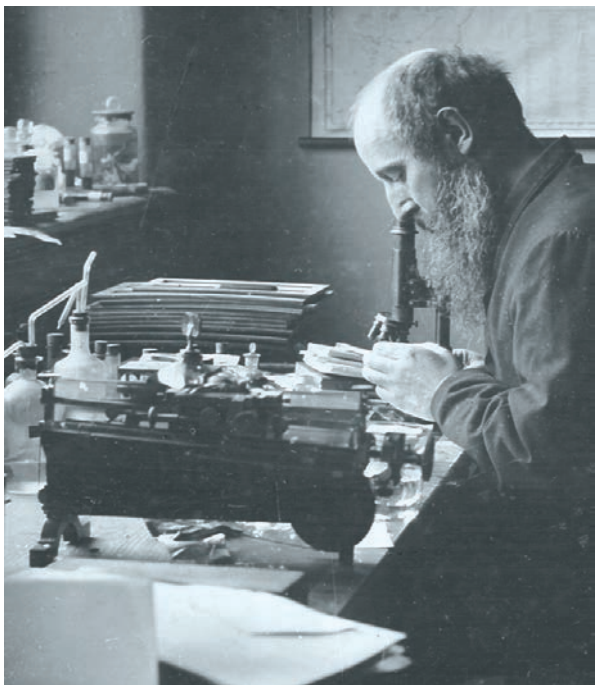
Teknologien og vitskapen gjekk gjennom store endringsprosessar. Kommunikasjonar og infrastruktur endra seg drastisk, og *den industrielle revolusjon* innebar ei av dei viktigaste endringane i historia.

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 skarpare. Darwins teoriar om evolusjonen var skjelsetjande 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 gjennombrotet 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 såra 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.[54]

Forståinga av mikroorganismane revolusjonerte medisinen og sjukehusbehandlinga. Det tradisjonelt frynsete ryktet til sjukehusa hadde samanheng med stigmatisering av dei sjuke ved hospitala, 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



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.

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.

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 gradvis blei avvikla. 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 innretting 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 sosialhjelpstaten 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 skarpare skilje mellom fattigomsorg og sjukepleie. Seip meiner også det er på feltet helse ein ser at *universialismen*, tanken om at offentlege velferdstilbod skal gjelda alle, blir klarast så tidleg.[55] 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

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 sinnssjuke blei skild ut som eiga gruppe, dei skulle ikkje lenger vera ein del av fattigpleia. Asyl (sinnssjukehus) 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 *sjuke* 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 helseråd) med legane i ein framskoten posisjon i alle kommunar. Hovudformålet til kommisjonane var å jobba sjukdomsførebyggande 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 leprabasillen 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.

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 Sundhedscollegium:

> *Hvor viktig 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.*[56]

Sundhedscollegiet 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.[57] 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 medisinaren i ei leiande stilling i medisinalvesenet.[58] Både hæren og marinen hadde sin eigen helseorganisasjon uavhengig av den sivile, til dømes var karantenevesenet lagt til Marinedepartementet.

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*".[59] 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.[60] Dette innebar at fødslane byrja å bli innordna i eit *medisinsk* apparat – dei blei *medikalisert* .

I 1818 var det 10 000 innbyggarar per lege, i 1860 5000.[61] 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 framtredande rolle i helsebyråkratiet, og han spelte ei sentral rolle både som ekspedisjonssjef for Medisinalkontoret og i førebuinga av Sunnhetslova av 1860.[62]

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".[63] 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 karantenelov og sinnssjukelov. *Sinnssjukelova* av 1848 hadde sin bakgrunn i ei internasjonal rørsle som i filantropiens namn tok eit oppgjer 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 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).[64] *Karantenelovgjevinga* 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. Karantenelova var ei lovfesting av allereie eksisterande praksis, men ho viser altså ei vilje til lovgjeving når det gjeld helse.[65]

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 kolerakommisjonar som var danna på 1830-talet, samt av liknande lokale leprakommisjonar. Lovkommisjonen såg eit behov for tilsvarande permanente sunnhetskommisjonar fordi "*dræbende Epidemier saavelsom stadigt herskende Sygelighed bedst bekjæmpes ved forebyggende Forholdsregler og ved at bekjæmpe Sygdomsaarsagerne*".[66] Kommisjonen innrømde at lovregulering på dette feltet kunne medføra 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 legga 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". Sunnhetskommisjonane 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 høyrt på.[67]

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* skjedde 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. Sinnssjukevesenet 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 leprarregister og oppretting av lokale sunnhetskommisjonar i distrikt der lepra var utbreidd.[68] 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 føresegner om muligheit for tvangsinnlegging.

Politikken kring lepra og sinnssjuke 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 seigliva 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 viktige Kald.[69]

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.[70]

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 kjønnssjukdommar og radesjuke. Fødselsstiftelsen var etablert som institusjon i 1818, men først i 1837 flytta han inn i eit bygg reist spesielt for formålet.[71] I 1842 fekk hospitalet ein ny hovudbygning, og to år seinare var heile drifta samla på Hammersborg.[72] 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 forsking og til utdanninga av medisinarar. Sjukehusutviklinga på 1800-talet kan elles karakteriserast av omgrepet *velferdslokalisme* – som historikaren Tore Grønlie nyttar for å karakterisera ei utvikling der sjukehusa blei etablert av lokale krefter.[73] 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.[74] 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.

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 amtssjukehus i statistikken, ofte i praksis betydde at amtet betalte for å legga inn pasientar i eit bysjukehus. Statlege sjukehus er

TABELL 1: GENERELLE SOMATISKE SJUKEHUS 1855–1895 (TALET PÅ SJUKEHUS NEMND I MEDISINALSTATISTIKKEN)[75]

Statlege sjukehus ikkje medrekna.

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

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 medisinalberetningane. Hovudinntrykket er at kommune og amt er

TABELL 2: FORPLEIINGSDAGAR VED SJUKEHUSA
Medrekna Rikshospitalet.

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

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 borgerlige Sygehus*. I 1817 hadde *byen* overtatt institusjonen frå stiftelsen som før hadde finansiert drifta, og drifta blei frå då av finansiert ved ein eigen sjukehusskatt. 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.[76]

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.

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*".[77] 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.[78]

I Bergen kom ikkje tilsvarande 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 følgje 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 legga inn pasientane ved byens sjukehus.[79]

Utviklinga i Nordland er eit anna døme på korleis lokale initiativ skapte sjukehusutviklinga. Det Nordlandske Medicinalfond var basert på avgifter frå fiskeriprodukt og dekka reising og drift av det første sjukehuset, som låg ved Bodøsjøen.[80] Fondet dekka 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

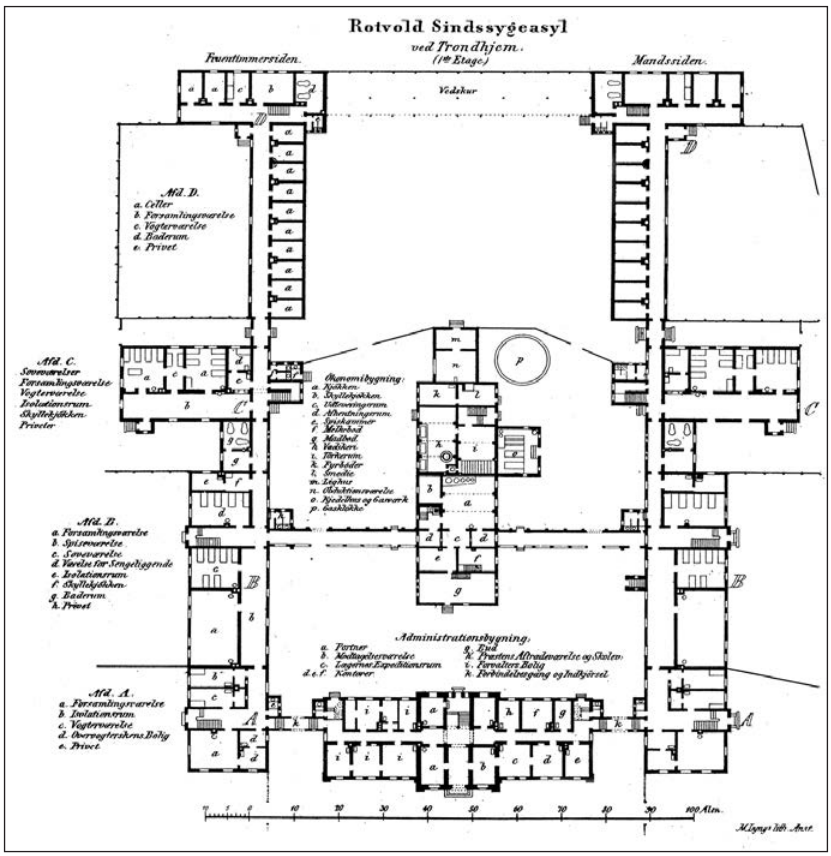
I tråd med opplysningstida voks det fram nye tankar om sjukehusbyggeri på 1700- og 1800-talet.[81] Frederiks hospital i København (1757) var i barokk stil med opne salar (utan korridorar), men omtrent samtidig voks det fram ideal om paviljongar og korridorsystem som braut med denne typen struktur.

Hôpital Lariboisiére i Paris (1846–54) innebar eit gjennombrot 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 *korridorsystemet*, slik det til dømes kjem til uttrykk i *Kommunehospitalet* 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.

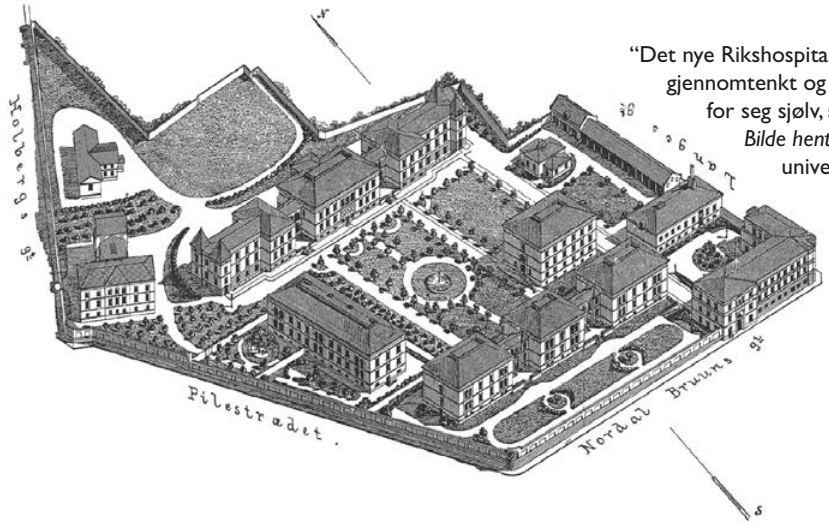
Paviljongsystemet og korridorsystemet skulle komma til å ha stor innverknad på sjukehusbygginga på 1800-talet. Stilmessig var første del av hundreåret prega av klassisisme og empire, seinare følgde *historismen* der stilartar frå tidlegare tider blei "gjenoppdaga" og gitt nytt innhald (til dømes nygotikk, 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 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 gjennombrotet for ei planlegging der medisinsk kunnskap og bygningskompetanse var integrerte. Det nye Rikshospitalet som sto ferdig i Pilestredet i 1883, var delvis organisert etter paviljongprinsippet. Bygga var i nøktern klassisisme, og medisinarar hadde vore sterkt inne i planleggingsprosessen.

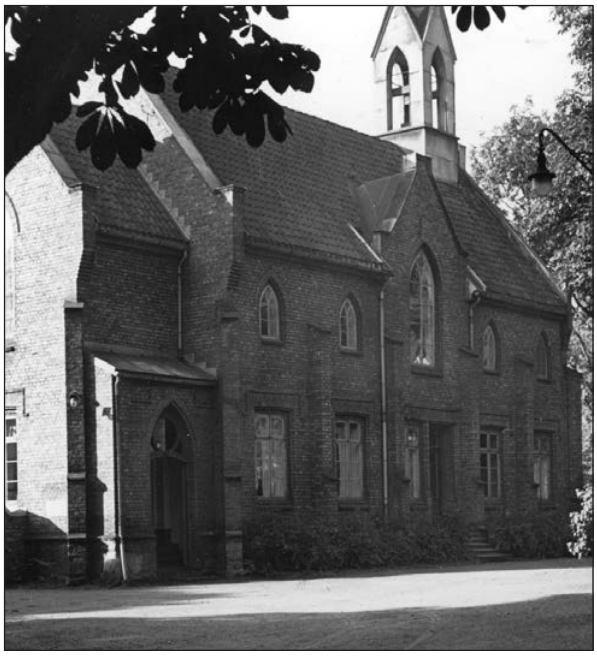
Epidemiavdelinga som var første byggetrinn på Ullevål, ferdig i 1887, var ein meir heilstøypt variant



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



"Det nye Rikshospitals anlæg" anno 1883. Anlegget var svært gjennomtenkt og godt planlagd. 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)*.



Kroghstøtten sykehus opna som hovudstaden sitt "eige sjukehus" i 1859, sjølv om dei fleste plassane i komplekset var reserverte 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.

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 antisep-

BAD, KURBAD

Det er ei oppfatting 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 høgfjellssanatoria 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 hjelpa til med å betra hygienen.
Bilde: Ukjent fotograf. Riksantikvaren.

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*.[82] 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.[83]

I Bergen hadde "Mentalsygehuuset" 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 einannan organisatorisk.[84] Slik innførde lova eit skilje mellom somatisk sjuke og psykisk sjuke som hadde vore mindre klart før.

Ei direkte oppfølging av intensjonane i sinnssjukelova 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.[85] Gaustad dominerte såleis blant dei norske asyla: i 1858 hadde det nesten 78 000 behandlingsdagar, det nest største var "Tronka" eller Trondhjems asyl med 23 621.[86] 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".[87]

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.[88] 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 bølgje av asylbygging byrja på 1890-talet og då var det i hovudsak amta som var utbyggarar. Neevengaarden 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.

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.

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 Raudekrossen 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 særs 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.

LEPRA: STATEN TAR ANSVAR

I eit europeisk perspektiv var lepra ein sjukdom på tilbaketog på 1800-talet, men i Noreg hadde han framleis ei merkbar utbreiing.[89] På initiativ frå regjeringa blei det derfor bygd eit forskingssjukehus 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

"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 lepraforsking. 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.

lepraproblemet, og dei hadde både pleie, avskjerming og ikkje minst forsking 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 interveneringa når det gjaldt lepra og psykiatri som eit resultat av dei særskilte kjenneteikna 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

Vanlege sjukehus

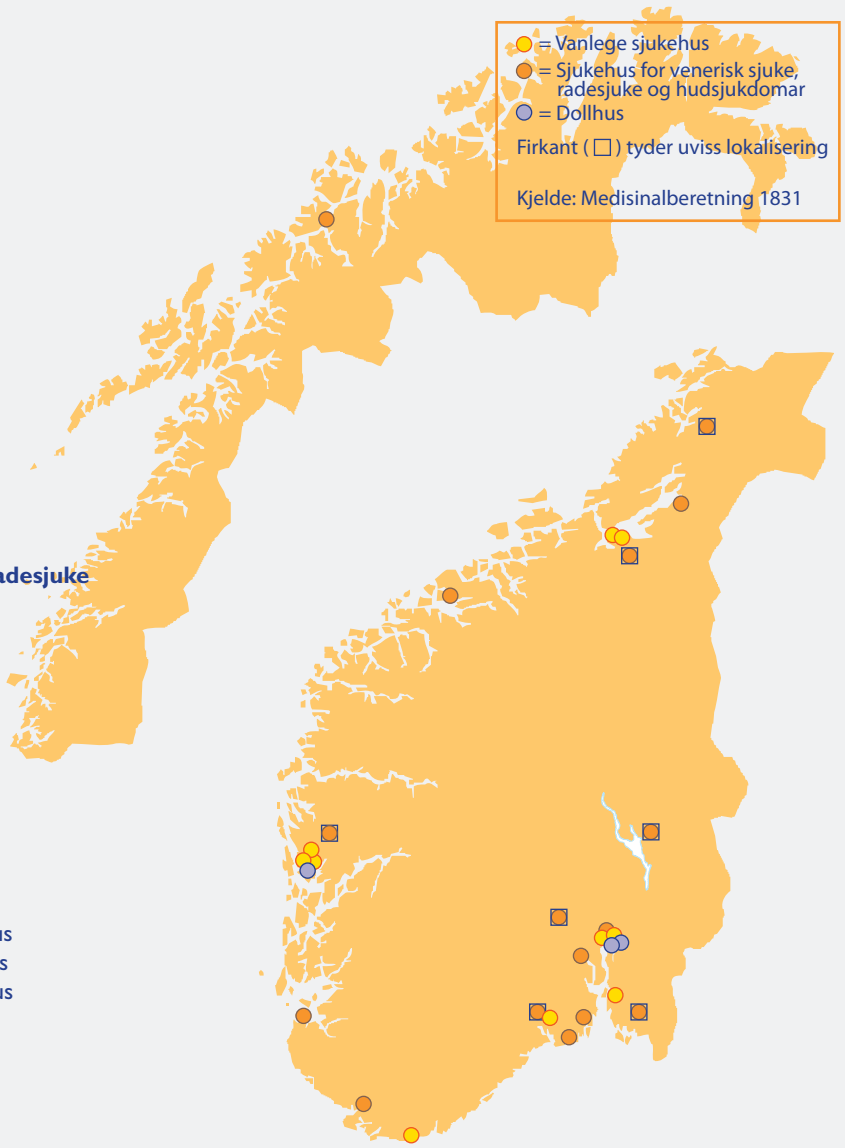
Rigshospitalets Hovedafdeling
Christianias Fattigvæsens Sygehuus
Mosses Sygehuus
Drammens Sygehuus
Christiansands Militaire Sygehuus
Bergens civile Sygehuus
Bergens Garnisons Sygehuus
Bergens Tugthuus Sygehuus
Trondhjems civile Sygehuus
Trondhjems militaire Sygehuus

Dollhus

Christianias Fattigvæsens
Opslo
Bergens

Sjukehus for venerisk sjuke, radesjuke og hudsjukdomar

Rigshospitalets Filialafdeling
Hedemarkens Amts Sygehuus
Christians Amts Sygehuus
Smaalehnenes Amts Sygehuus
Budskeruds Amts Sygehuus
Jarlsbergs Grevskabs Sygehuus
Laurvigs Sygehuus
Bradsbergs Amts Sygehuus
Flekkefjords Sygehuus
Stavanger Amts Sygehuus
Nordre Bergenshus Amts Sygehuus
Søndre Trondhjems Amts Sygehuus
Nordre Trondhjems Amts Sygehuus
Reknæs
Nummedals Fogderies Sygehuus
Skogns Præstegjelds Sygehuus
Tromsøes Sygehuus



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 åtte dei. Ver også merksam på at mange institusjonar opplagt er utelatt frå statistikken, til dømes St. Jørgens hospital i Bergen.

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 prestisjefull medisinsk behandling og forsking.

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.

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.

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 framtredande 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 dødelegheit (særleg blant spedborn) heldt fram på 1900-talet, er det endringane i fødselstala som er det mest karakteristiske demografiske trekket. Medan det i 1900 var kring 30 fødde per 1000 innbyggarar i året, var det i førstninga av 1990-talet under det halve.[90]

Desse demografiske kjennsgjerningane 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 livsstil-

ssjukdommane), 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 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.

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 *velferdstrekanten*.

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 inntektsskilnader.

I Noreg tidsfestar ein gjerne overgangen frå sosialhjelpsstat til velferdsstat til Arbeidarpartiets overtaking av regjeringsmakta 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.

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.[91] 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 "institusjonsbyggar" 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 lidingar. 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.[92] Medisinfaget på 1900-talet gjorde både nye revolusjonerande oppda-

gingar (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 tuberkulose (1914) og psykiatri (1919) blei også oppretta. Når det gjaldt legane skapte Lov om offentlege legeforretningar frå 1912 ei styrking og utviding av distriktslegeordninga (som var eit statleg embete). Det *kommunale* engasjementet i helsespørsmål 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 medførde 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.[93]

Etter krigen heldt Evang fram i stillinga, som blei omdøypt 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.[94] 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*".[95] 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.[96] 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 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.[97]

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. Ansvaret 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 legga til rette for forsking og undervisning.

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 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

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

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.[98] 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 følgje 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 tilknyting til somatiske sjukehus, oppbygging av eigne barne- og ungdomspsykiatriske klinikkar samt ei større desentralisering av klinikkar (til dømes gjennom det som i dag blir kalla Distriktspsykiatriske 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 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 helsetruslane 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 *velferdstrekant*.

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

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

blei forbilde for ei heil rørsle: sanatoriumsrørsla.[99] Behandlingsmåten var såkalla "dietetisk-hygienisk" – og skapte skule for seinare sanatorium. Elementa var ernæring med mykje grønsaker 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, spyttprøvar 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.

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 lungetuberkulose som m.a. gir hoste og avmagring. I sjeldne tilfeller utviklar den seg svært raskt (gallopperande 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.

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 velståande pasientar, og nokre fungerte som kombinerte høgfjellshotell og sanatorium. Gausdal sanatorium frå 1876 blei av ein av initiativtakarane karakterisert som *"en Anstalt hvor fornemmelig syge og slidte Individer af begge Kjøn og alle Aldre kan finde Hvile, Ro og Styrke – i første Række altsaa et Kursted, i anden et Sommerhotel"*.[100] 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.[101] 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 tuberkulosespørsmålet 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"*.[102] Institusjonalise-

ringa 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).[103] *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 Landeskogen (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.

Dei såkalla *kysthospitala* kan skillast ut som ein eigen type institusjon.[104] 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 tæringssjuke (lungetuberkuløse) som trong frisk og tørr fjelluft. Lungetuberkulosen råka flest og fekk såleis mest merksemd m.a. fordi han var mest smittsam, men kysthospital for skrofuløse 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 skrofuløse 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.

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.

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

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

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 følgje at Sør-Trøndelag fylke overtok driftsfinansieringa, sjølv om sanitetsforeininga 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 sanitetsforeinings 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 etablera 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 RHF.

"**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 privatfinansiert sjukehus, som òg er eit viktig stykke tidlegfunksjonalistisk arkitektur.
Bilde: J.H. Küenholdt. Riksantikvaren.

det blei oppretta diagnosestasjonar, ofte i tilknyting 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.

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.[105] 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*".[106] 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 samanfatting er det med atterhald om forenklingar og om at me må forholda 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.

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*.[107] 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 trådde 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 godkjenna denne og fylkesplanane. Gjennom sjuketrygda skulle staten dekka store delar av utgiftene.

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 Morgenstierne 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.

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.

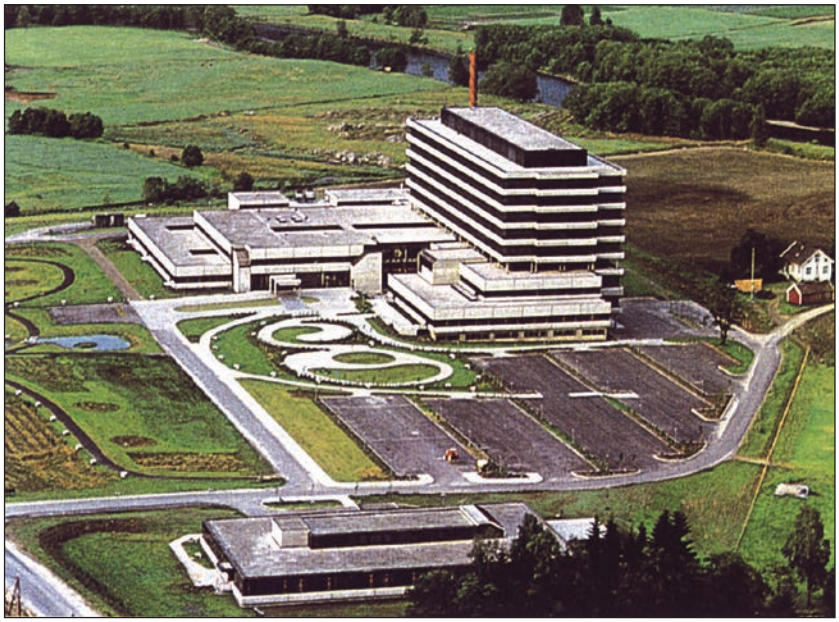
Ein del av ordningane i lova var alt byrja å bli utvikla i praksis. Alt i 1948 hadde prinsippet om sentralsjukehus blitt slått fast gjennom arbeidet med landsplanen. Samtidig såg ein for seg regionale sjukehus nivået over, og spesialsjukehus på toppen av hierarkiet. På nivåa under skulle lokale tredelte (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 overlate til lokale aktørar, ofte med kommunane som viktige premissleverandørar. 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.[108] 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



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.

FRÅ KALL TIL yRKE – SJUKEPLEIE OG SJUKEPLEIE-INSTITUSJONAR

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 tilknyting 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.

Sjukepleiarskulane 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 eigne sjukehus (t.d. Haraldsplass sykehus i Bergen).
Kjelde: Wyller 1990.

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.

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 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 epidemilasarett (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 halvdelen 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.[109]

Heller ikkje i Trondheim var det skjedd nokon større sjukehusbygging sidan første halvdel av 1800-talet.[110] 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 Sentralsykehuset 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.

Noter

NOTER TIL KAPITTEL 1

1 Artikkelen blei opphavleg skrive til landsverneplanen sitt forprosjekt i 2006 og var meint å vise heilskapen i institusjonshistoria til helsevesenet. Fleire av emna omtalt i denne artikkelen vil difor bli behandla breiare i dei andre fagartiklanene seinare i boka.
2 Fløgstad 1977/1989: 67–68.
3 Nordby 1989.
4 Evang sitert frå Haavet 1996: 41–42.

NOTER TIL KAPITTEL 2

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

NOTER TIL KAPITTEL 3

16 Dei følgjande avsnitta om demografi er basert på Danielsen, Dyrvik, Grønlie, Helle og Hovland 1991.
17 Moseng 2003: 68.
18 Grankvist 1982: 85.
19 Moseng, Opsahl, Pettersen og Sandmo 2003.
20 Gilje og Taraldsen 2002.
21 Moseng 2003: 115–117.
22 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.
23 Dei følgjande avsnitta er basert på Moseng 2003 op. cit.
24 Moseng 2003: 179.
25 Frederik Holst. *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*. Christiania. 1826. Sitert frå Børdahl og Larsen 2001a: 11.
26 Blom, Ertresvaag og Irgens 1991: 9–10.
27 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.
28 Grankvist 2003: 9–12.
29 Irgens og Irgens 2000: 61–63, Blom, Ertresvaag og Irgens 1991: 14.
30 Grankvist 2003: 12–14.
31 Abrahamsen 1988: 7, Sprauten 1988: 19, Grankvist 1982: 89.
32 Dette avsnittet er basert på Harris 2003a.
33 Fundasen sitert frå Abrahamsen 1988: 8 som har modernisert språket.
34 Sprauten 1988: 22–25.
35 Storsletten 1988. Hospitalbygninga frå 1739 blei freda i 1942 (den eldre hospitalbygningen blei totalskadd i brann i 1794).
36 Harris 2003a: 238–39.
37 Blomberg 2002: 21.
38 Hilbrandt Meyer: *Bergens beskrivelse* (skriven i 1764, publisert 1904). Sitert frå Statsarkivet i Bergen 2003.
39 Moseng 2003: 214.
40 Vallgårda 2004: 13.
41 Sitert frå Moseng 2003: 266.
42 Wergelandsveien 3b. Hjelmeland 2000.
43 Hjelmeland 2000: 50. Bygget brann ned i 1881.
44 Avsnitta om radesjukehusa er basert på Danielsen 2000, Strandjord 2000 og Moseng 2003: 248–258.
45 Moseng 2003: 248.
46 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 sjukehus*bygg*. Dei fleste av dei var amtssjukehus.
47 Oslo byleksikon. 2000: 423.
48 Grankvist 2003: 57–60. Iflg. 1801-folketeljinga var det flytta til eit hus i Moursundveita. Carstens 2004: 23.
49 Carstens 2004, Grankvist 2003: 61.
50 Wisbech 1830: 99.
51 Moseng 2003: 264.
52 Wisbech 1830: 98.
53 Dette resonnementet er utvikla av Svein Carstens.

NOTER TIL KAPITTEL 4

54 Schiøtz 2003.
55 Seip 1984/1994.
56 Sitert frå Børdahl 2000a: 92.
57 Moseng 2003: 274–275.
58 Schjønsby 1996: 74.
59 Holst 1833: 331–332, 342.
60 Moseng 2003: 207.
61 Schiøtz 2003: 142.
62 Schiøtz 2003: 138, 142. Schjønsby 1996: 74.
63 Schiøtz 2003: 28.
64 Skålevåg 2003: 38–39.
65 Moseng 2003: 286–288, Schiøtz 2003: 29.
66 Betænkning og Udkast. 1859–60: 2.
67 Betænkning og Udkast 1859–60.
68 Schiøtz: 62–63.
69 Sundhedscollegiets innstilling 4. oktober 1814, sitert frå Børdahl 2000a: 93.
70 Moseng 2003: 271–272. Børdahl og Larsen 2001a: 16.
71 Bygget sto ferdig i 1829, men blei dei første åra nytta til andre delar av Rikshospitalets drift.
72 Børdahl 2000a: 95.
73 Grønlie 2004a.
74 Medisinalberetning 1834.
75 Tabellen er basert på Medisinalberetning 1855, 1865 og 1879.
76 Carstens 2004.
77 Pihl 2001: 19.
78 Kristiansen og Larsen (red.). 1987: 11–13., Nielsen 1997: 98–108.
79 Pihl 2001.
80 Bjørnvik 2001: 10–11.
81 Det følgande er basert på Nielsen 1997.
82 Medisinalberetning 1854.
83 Skålevåg 2003: 39, 49.
84 Harris 2003b, Pihl 2001.
85 Andresen 2004: 97.
86 Medisinalberetning 1858.
87 Skålevåg 2003: 39.
88 Skålevåg 2003: 39–40.
89 Andresen 2004.

NOTER TIL KAPITTEL 5

90 Basert på tabellar frå Statistisk sentralbyrå.
91 Avsnitta om sjukdommar basert på Schiøtz 2003: kapittel 6 og kapittel 11 og Porter 1997.
92 Porter 1999: 455–458.

93 Nordby 1989.
94 Schiøtz 2003: 314–15, Nordby 1989.
95 Sitert frå Schiøtz 2003: 319.
96 Schiøtz 2003: 368–371.
97 Byrkjeflot og Grønlie 2005.
98 Fygle 2002.
99 Skogheim 2001: 10.
100 Blekastad 1976: 26.
101 Blekastad 1976: Op. cit.
102 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.
103 Blom 1998: 21.
104 Avsnitta om kysthospital bygger på Ertresvaag 1993.
105 Erichsen 1996: 87.
106 Sitert frå Ertresvaag 1993: 86.
107 Dei følgjande avsnitta basert på Egner 2000, Ertresvaag 1993 og Schiøtz 2003: 318–330
108 Sjå m.a. Sveen 1979.
109 Skildringa av utviklinga i Bergen er basert på Ertresvaag 1993 og Fossen og Grønlie 1985.
110 Det følgjande er basert på Carstens og Grankvist 2002.

Litteratur

Abrahamsen, Pål. "Et stykke norsk sosial- og psykiatrihistorie: Oslo hospital gjennom 450 år", i Abrahamsen (red.) 1988.

Abrahamsen, Pål (red.). *Fra dollhus til moderne psykiatri. Oslo hospital 1538–1988*. Oslo, 1988.

Andresen, Astri. 2004. ""Patients for Life": Pleiestiftelsen Leprosy Hospital 1850s–1920s", i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.

Andresen, Astri, Grønlie, Tore og Skålevåg, Svein Atle (eds.). *Hospitals, Patients and Medicine 1800–2000. Conference Proceedings*. Bergen, 2004.

Bagge, Sverre. *Mennesket i middelalderens Norge. Tanker, tro og holdninger 1000–1300*. Oslo, 1998.

Bakken, John E. *Omsorgen for ikke dannelsesdyktige åndssvake. Trekk ved utviklingen i Norge frå 1880-årene til 1940-årene*. Hovedoppgave i pedagogikk, Universitetet i Oslo, 1972.

Balto, John Arne (red). *Norsk sykehusarkitektur. Fortidsminneforeningen: Årbok 2000*. Oslo, 2000.

"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. *Historisk sykehusmateriale i Nordland. Rapport fra forprosjekt*. Sandnessjøen, Nordland fylkeskommune 2001.

Blekastad, Ivar B. *Gausdal. 100 år på fjellet. Fra Gausdal sanatorium 1876 til Gausdal høifjellshotell 1976*. Gausdal, 1976.

Blom. Ida. *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900–1960*. Bergen, 1998.

Blom, Kari, Ertresvaag, Egil og Irgens, Kjell. "*De fattige Christi Lemmer"… Stiftelsen St. Jørgens historie*. Bergen, 1991.

Blomberg, Wenche. *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550–1850*. Oslo, 2002.

Byrkjeflot, Haldor og Grønlie, Tore. Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring, i Opedal og Stigen (red.) 2005.

Bønes, Bergsvein. *Alkoholistomsorgen i Norge. En historisk oversikt*. Oslo, 1978.

Børdahl, Per E. 2000a. "Rikshospitalet – et sykehus på flyttefot", 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). *De tre riker. Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo, 2001.

Børdahl, Per E. og Larsen, Øyvind. 2001a. "Hvorfor et "almindeligt Hospital for Riget"?" i Børdahl, Larsen, Natvig og Swärd (red) 2001.

Børdahl, Per E. og Larsen, Øyvind. 2002b. "Sykehuset vokser og flytter", i Børdahl, Larsen, Natvig og Swärd (red). 2001.

Carlsson, Ronny S. *Sykehuset i Sildabyen. Kommunal og fylkeskommunal sykehusdrift i Haugesund 1889–1989*. Haugesund, 1989.

Carstens, Svein. "Liberalism and Local Hospital Reform in Nineteenth Century Trondheim", i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.

Carstens, Svein og Grankvist, Rolf. *St. Olavs Hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Trondheim, 2002.

Danielsen, Arthur. "Spyttehuse, Incurable-stue og Liigskiul. Radesykehuset i Flekkefjord", i Balto (red.) 2000.

Danielsen, Rolf, Dyrvik, Ståle, Grønlie, Tore, Helle, Knut og Hovland, Edgar. *Grunntrekk i norsk historie. Fra vikingtid til våre dager*. Oslo, 1991.

Daatland, Svein Olav (red.). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–95*. Oslo, 1997.

Egner, Bjørn. "Sykehusene i går og i dag", i Balto (red.) 2000.

Elvbakken, Kari Tove og Riise, Grete (red). 2003. *Byen og helsearbeidet*. Bergen.

Engesæter, Aage. *Høyanger. Utviklinga av industristaden fram til om lag 1945*. Sogndal/Høyanger, 1979.

Erichsen, Vibeke (red.). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo, 1996.

Erichsen, Vibeke. "Sykehusets plass i helsetjenesten", i Erichsen 1996.

Ertresvaag, Egil. *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år, 1893–1993*. Bergen, 1993.

Fjermeros, Halvor. *Om hundre år er allting glemt? 100-års jubileumsskrift for Emma Hjorts hjem 1898–1998*. Sandvika, 1998.

Fjermeros, Halvor. "Arkitektur for pariakasten", i Balto (red.) 2000.

Fløgstad, Kjartan. *Dalen Portland*. Oslo, 1977/1989.

Fossen, Anders Bjarne og Grønlie, Tore. *Byen sprenger grensene 1920–1972. Bergen bys historie bind 4*. Bergen, 1985.

Fyrand, Ole. "Det dere har gjort mot en av mine minste…", i Balto (red.) 2000.

Fygle, Svein. *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø, 2002.

Gilje, Nils og Rasmussen, Tarald. *Tankeliv i den lutherske stat. Norsk idéhistorie bind II*. Oslo, 2002.

Grankvist, Rolf. *Nidaros kirkes spital 700 år. Trondheims hospital 1277–1977*. Trondheim, 1982.

Grankvist, Rolf. *Omsorg i 1000 år*. Trondheim, 2003.

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).

Grønvold, Ulf (red.). *Hundre års nasjonsbygging. Arkitektur og samfunn*. Oslo, 2005.

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, 2003.
Hjelmeland, Britt-Alise. "Militære sykehus i Norge", i Balto (red.) 2000.
Holst, Frederik. Om Nødvendigheden af et lægekyndigt Sundhedscollegium i Norge, i *Eyr* 1833.
Houg, Egil. *Mitt Soria Moria. Historien om Sunnaas sjukehus*. Nesodden, 2004.
Haavet, Inger Elisabeth. *Maten på bordet. Femti år med Statens ernæringsråd*. Oslo, 1996.

Irgens, Kjell H. og Irgens, Lorentz M. "St. Jørgens Hospital", i Balto (red.) 2000.

Janssen, Carl W. *Haukeland sykehus. En medisinsk hjørnesten siden 1912*. Bergen, 2001.

Korsvold, Tora. *Sykehusfødselen tar form. Med en nærstudie av E. C. Dahls Stiftelse*. Oslo, 2001.
Kristiansen, Kristian. *Eventyret som ble til virkelighet. Et femtiårs-jubileum for Martina Hansens Hospital 1936–1986*. Oslo, 1986.
Kristiansen, Kristian og Larsen, Øivind (red.). *Ullevål sjukehus i hundre år*. Oslo, 1987.

Lunde, Bente (komiteleder). *Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*. Bodø, Fylkesmannen i Nordland, 2003.

Maliks, Leif. "Helse: Anlegg for omsorg", i Grønvold 2005.
Medisinalberetning. "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. *Ansvaret for undersåttenes helse 1603–1850. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 bind 1*. Oslo, 2003.
Moseng, Ole Georg, Opsahl, Erik, Pettersen, Gunnar, Sandmo, Erling. *Norsk historie I. 750–1537*. Oslo, 1999.
Moseng, Ole Georg, Opsahl, Erik, Gunnar, Pettersen og Sandmo, Erling. *Norsk historie II. 1537–1814*. Oslo, 2003.
Mykleby, Axel. "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. *Fra hus for syke til sjukehus. En arkitekturhistorisk studie av sykehusutviklingen i Christiania på 1800-tallet*. Hovedoppgave i kunsthistorie, Universitetet i Bergen, 1997.
Nordby, Trond. *Karl Evang. En biografi*. 1989.
Nordstrand, Leiv. "Medisinalfondet for Nordland 1790–1935", i Lunde 2003.
Norges samemisjon. *Norges samemisjon 100 år. 1888–1988*. Trondheim, 1988.

Olsen, Sture Lian. *St. Olavs hospital – Avdeling OSS – fra lokalsykehus til universitetsklinikk i Orkdal*. [Trondheim?] 2004
(http://www.stolav.no/stolav/resources/arsberetning+orkdal+2003.pdf)

Oslo byleksikon. Oslo byleksikon (4. utg.). Oslo, 2000.

Pape, Kristine. *Sykdomsoppfatninger og helbredere i middelalderens Trondheim*. Trondheim, 1997.
Pihl, Torbjørn. "Bergens kommunale Sygehus 1754–1912", i Janssen 2001.
Porter, Roy. *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Anitquity to the Present*. London, 1997.

Risse, Guenter B. *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. New y ork og Oxford, 1999.

Schiøtz, Aina. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 bind 1*. Oslo, 2003.
Schjønsby, Hans P. "The Establishment of a Public Health System", i Larsen 1996.
Seip, Anne-Lise. *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo, 1984/1994.
Seip, Anne-Lise. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo, 1994.
Skaset, Maren. "Reformtid og markedsgløtt: det offentlige helsevesen etter 1985", i Schiøtz 2003.
Skogheim, Dag. "Frisk luft og diett. Norske tuberkulosesanatorier", i Balto (red.) 2000.
Skogheim, Dag. *Sanatorieliv. Fra tuberkulosens kulturhistorie*. Oslo, 2001.
Skålevåg, Svein Atle. *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870–1920*. (Rokkansenteret: Rapport 10, 2003). Bergen, 2003.
Sprauten, Knut. "Dårekisten og sykehuset under Ekeberg", i Abrahamsen (red.) 1988.
Statsarkivet i Bergen. *Stiftelsenes Allé. En virtuell byvandring i Bergen 1769*. 2003. (http://digitalarkivet.no/cgi-win/DaMeny.exe?meny=helse&nr=1)
Stave, Gunnar. *Mannsmot og tenarsinn. Det norske diakonhjem i hundre år*. Oslo, 1990.
Storsletten, Ola. "Bygningshistorien: Fra kloster til hospital", i Abrahamsen (red.) 1988.
Strandjord, Roald E. "Paa dette Skib hadde det været en Deel ryggeløst Mandskab. Om radesyken og Radesygehuset i Stavanger", i Balto (red.) 2000.
Sveen, Ingar. *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, 1979.
"Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831", i *Eyr* 1834.

Vallgårda, Signild. "Power over Life: the Establishment of Hospitals in Denmark in the Late Eighteenth Century", i Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
Vollset, Magnus. *Fra lidelse til trussel. Spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. Mastergradsoppgave i historie. Universitetet i Bergen, 2005.

Wisbech, Chr. "Det civile Sygehuus i Bergen i Aaret 1828 tilligemed en Beskrivelse over denne Stiftelse", i *Eyr* 1830.
Wyller, Ingrid. *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo, 1990 [1951].

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Health buildings in Norway - a historical overview

Runar Jordåen

The purpose of this article is to provide a historical overview of the most important changes and characteristics of measures taken in relation to illness and the provision of care services, with special emphasis on how institutions have emerged and changed. Much has been written about the general history of the health service on the one hand, and about specific hospitals and facilities on the other hand, but there is no comprehensive overview of the Norwegian health institutions from the Middle Ages and to today. A decision has been made that somatic and psychiatric hospitals are to be at the centre of the presentation, as these types of institutions are at the centre of today's health trusts and their histories are thus central to the national preservation plan. This article was written for the national preservation plan's preliminary project.[1]

INTRODUCTION

The history of the health measures taken through the ages and the buildings that have been raised to serve these purposes is a complex one. The health buildings tell us not only a history of medical advances and how society has handled illness and those who are ill and in need of care, they are also silent witnesses to societal ideologies, views of human life, demography, clinical pictures and conceptualisations of the state. These aspects go beyond what we today call the health sector, both because the concentration of health and care functions as state concern is a relatively new phenomenon in Norway, and because the buildings reveal so much about social conditions that fall outside of pure health issues.

Haukeland hospital, Bergen, photographed between 1912 and 1923. Photo: From Arne Lannerstedts photography collection/The Norwegian Museum of Science, Technology and Medicine.

For example, the differences between the hospices of the Middle Ages and the hospitals of today tell us about changes in medical knowledge and ideas about nursing and treatment, but they also tell us about totally different views of humanity and conceptualisations of the world. When the sun no longer revolves around the earth, when God no longer intervenes in everyday life and the governance of the state, when people are no longer organised according to their fixed position in society, then illness too becomes something different – and the facilities, hospices and care institutions look radically different.

The history of the health buildings is the history of how new world views and medical understandings create new architecture, new floor plans and thus new human experiences of being ill. Conversely, it is also the history of how these new physical surroundings create new human experiences and stimulate the formation of new knowledge. Health buildings have been constructed to foster health and deal with illness, but in themselves they also foster a new understanding of health and new knowledge. This history is an attempt to capture some aspects of this reciprocity that has been expressed in hospitals, nursing homes, sanatoriums, asylums and other health institutions, and in the administrative apparatuses that the institutions have been part of (church, state, the medical service ["medisinalvesenet"], the health service, etc.).

In our time, the history of the health services is characterised by the massive construction phase in the postwar period, and the optimism associated with the creation of a welfare state. In Kjartan Fløgstad's novel *Dollar Road*, Durdei Høysand, who has grown up in poverty on a barren small farm on the west coast of Norway, says the following in her exhortation to her son who grows up in the 1950s and 60s:

> *In a few days I am going to hospital to have one of my breasts removed. I will travel to Bergen and lay down in a white and freshly made bed in a light-filled and nice room at Haukeland Hospital, with laboratories with all the newest equipment everywhere and body engineers in white coats will stand around the bed with X-rays and EGK* [sic] *and intravenous, and nod their wise heads and look down on my body as if it was a Stang or a Mohr or a Vogt or a Christie or a Heuch or a Sibbern or Selmer or Hagerup and not Durdei Høysand they were to diagnose. And I will receive the best treatment and the best care and lovely prepared food and be bowed out of the doors when I am well and have completely regained my strength, without paying one øre, for I have paid taxes and national insurance contributions my whole life. And no barefoot doctors get to approach me with their first aid kits while the rich people in the cities are operated on by doctors with expensive Italian leather shoes in specialist hospitals. That is why we need health centres and large central hospitals. Do you understand that?*[2]

The period from 1945 to 1972 has been called the *Evang System* after Director of Health Karl Evang, who held the position from 1938 to 1972 – a period when the modern health service was created, and a great expansion of state measures for public health took place.[3] Durdei's speech expresses the ethos of this period in terms of its optimism for the future and the belief that the expansion of the health service and health institutions could solve the problems of the era, though at the same time she speaks in a resigned manner to "those who are young in the 70s" who will come to question this story of the unshakeable truths of the welfare state.

Karl Evang and his generation of health politicians and bureaucrats started with an unfaltering faith that the expansion of the health service would lead us to a healthier and better society. In 1937, Evang said: "*No one has yet seen what a regularly well nourished population under modern conditions can perform. Such a population has never yet existed.*"[4] The postwar programme for public health and institutional construction envisioned creating such a population, a vision that was closely associated with the social democratic project, but that also had considerable cross-party support. This way of thinking also came to influence the understanding of history: it became a story of how the modern scientific triumphs combined with the modern welfare state to push aside the old society's traditional medicine – it was easy to get a sense of standing at the apex of a development, of owning the truth about humans in stark contrast to the superstition and barbaric practices of earlier times.

While this story lives on, it has also had some setbacks. At the end of the 1970s, the postwar economic model experienced a crisis: the classical welfare state model developed some unexpected problems that led to the faith in solutions orche-

strated by the state becoming more open to debate. This took place simultaneously with critiques of institutionalisations and a questioning of established medical ideologies and practices, while at the same time hospital construction continued. Since the 1970s, we have therefore had a paradoxical situation between a continued construction and expansion of health measures and institutions, and an increasing doubt regarding whether these have led us where we intended to go. Life-style diseases have spread, and Evang's vision of a well nourished, healthy people appears naive in our view. Today, we are thus living with the tension between holding on to the indomitable faith in the future associated with the healthy society, and an increasing scepticism and doubt related to the excellence of our own system.

A history of the health sector written in the early 2000s will stand in the middle of this tension: on the one hand, it can be difficult to entirely free oneself of the idea of the superiority of present-day knowledge of the human body and treatment options, but on the other hand, the doubts that have replaced the optimism for the future characteristic of the immediate postwar period may also enable us to keep a critical distance to our own era. Thus we may also be better able to see the relative relationship of our era's health regime compared to those in earlier times.

Hindsight is a tempting perspective that is difficult to get away from. For what were the hospices of the Middle Ages – with no doctors and with treatments based on prayer and herbs – compared to the advanced technological hospitals of our times, with the utmost in cutting-edge professional competencies and medical technology? But history is about understanding the past. In order to understand the hospices of earlier times, we must try to understand their reasoning, we must capture how the buildings reflected the rationality of those times, just as the buildings from *our* time reflect our era, our dominant ideologies, knowledge and views of humanity. In this way, the history is not one of progress (or setbacks for that matter), but is rather a history of *different* ways of facing illness and thus different ways of building institutions.

The story here starts in the Middle Ages, with the first Christian hospices.

The new facility for Rikshospitalet at Gaustad in Oslo. The buildings were taken into use in May 2000. According to Rikshospitalet's presentation, the architects have emphasised light and air, and that the hospital is to be a "humanist hospital in which form, colours and materials care for the people and create a sense of safety." The facility receives 30,000 inpatients and 20,000 outpatients every year. The architects are Medplan arkitekter AS.
Photo: Pål S. Vindfallet. Rikshospitalet.

CHAPTER 2 – THE MIDDLE AGES

Different historians date the birth of the modern *hospital* to sometime between the mid-1700s to the mid-1900s. We will come back to this discussion in more detail later on in the presentation; here, we will try to understand what characterised nursing and care for the ill in the Middle Ages, and the buildings and institutions that cared for the needy. Given that the hospices of the Middle Ages have little in common with what we now call "hospitals", we must try to understand what they were. This requires us to know some of the historical context: living conditions, world views and the conceptualisations of illness in the Norwegian Middle Ages.

Society and health

The period we refer to as the Middle Ages in Norwegian history starts in about the year 1000 and goes to the Reformation in 1536 (the period from 1130 to 1350 is referred to as the High Middle Ages). This was an epoch of great changes. It included an early, simple state formation, the old world view based on Nordic mythology was slowly replaced by a Christian world view, and this also led to the development of a church apparatus. The conceptualisation of bodily ailments and the life cycle naturally underwent changes as a result of this process, and the introduction of Christianity also led to the construction of the first hospices in Norway.

DEMOGRAPHICS

Demography is the study of changes in population figures and composition. The demography of the European Middle Ages is characterised by two great plagues: the first in the 500s and 600s, and the other in the years from 1347 to 1351.[5] Between these periods, the population grew steadily. Population estimates for the Middle Ages are rough given the lack of data, but we can assume with some certainty that the population grew steadily from the Viking Age and that it peaked around the year 1300, when it reached somewhere between 300,000 and 550,000. The first Norwegian cities emerged in the 11th Century, and in subsequent centuries these grew while others also emerged, so that 16 cities in all are mentioned in Norway in the Middle Ages. Both the population level and the development of cities are markedly lower than in the Danish and Swedish realms in the Middle Age. The exception is Bergen, which at its peak had between 5,000 and 7,000 inhabitants, which means it was a mid-size city in the European context and probably the largest in the Nordic region at the time.

Archaeologists estimate that the average life span in the Nordic region in the Middle Ages was below 30 years, due to high infant mortality rates as well as a high risk of death for adults. The society was mainly composed of farmers and slaves.

THE STATE AND CHURCH

The Norwegian realm was thinly populated and had a low degree of urbanisation. Nevertheless, a state formation emerged in the High Middle Ages. The so-called unification of the country had two phases: the first led to the creation of a kingdom in the 800s under Harald Fairhair, and the second led to the consolidation of power for the House of Sverre in the 13th Century. In the first phase, the monarchy was not a real state power and did not have much impact on the subjected areas, and the monarchy struggled to gain control over local chiefs. It was only in the 12th century that what has been called an *internal* and *organisational* national unification started. At that time, the monarchy took on more set forms, rules of succession were stipulated and the organisational unification of the realm was strengthened through national laws. In combination, this means that a state was in the process of being established in Norway for the first time.

From the time of Olav Kyrre (1066-93), the organisation of the *church* developed, the bishoprics in Nidaros, Bergen and Oslo were created, and in the time leading to the High Middle Ages a national church apparatus developed. In 1152 or 1153, a separate archbishopric was created in Nidaros, which

LEPROSY

Leprosy is caused by the leprosy bacterium (*Mycobacterium leprae*), which was discovered by the Norwegian doctor Gerhard Armauer Hansen (hence the name Hansen's disease in English). The disease has been well-known and has caused stigmatization far back in history. In Europe in the Middle Ages, people with leprosy were periodically obliged had to dress in particular ways and were not allowed to marry, for example. Leprosy hospices were located outside of the cities. The 1179 Council of the Lateran decreed that lepers were to be buried in separate cemeteries. The general view of illness in the Middle Ages was that it was both a punishment and a gift. In line with this, leprosy was often viewed as a purgatory on earth, which of course referred to pain and suffering, but also mean that one was prepared for death (thus having completed the cleansing that took place in purgatory).
St. George, the saint who saved a princess from a dragon, was the patron saint of lepers. The Church saw the fight against the dragon as symbolic of the fight against evil, in this context against leprosy. From the mid-1300s there are hospices named after St. George ("St. Jørgen") throughout the Nordic countries. Leprosy was known in the Nordic region from at least the 11th Century. Among other things, the Gulating law contained the option of divorce if one spouse became infected with leprosy, and men who were affected by the disease were not required to perform military service. The Old Testament's description of leprosy as an unclean disease was applied, and thus the isolation of lepers must be understood independently of modern concepts of infection.

Sources: Porter 1997: 121–122, Blom, Ertresvaag and Irgens 1991: 2–3, Vollset 2005: 17–24, 85–87.

The illustrations from Johan Ludvig Lostings (1810–1876) Atlas colorié de Spedalskhed *(published in 1847) are on the UNESCO World Heritage List as part of the Leprosy Archives in Bergen .*
Photo: Leprosy Museum St. Jørgen's hospice.

led the church to be more closely tied to the Vatican while also getting a stricter internal organisation. In other words, both the monarchy and the church expanded their power and their organisational apparatus. It is first in the High Middle Ages that we know of hospices in Norway, a development that is closely related to the establishment of the church organisation.

The Norwegian world view in the Middle Ages was characterised by both Nordic mythology and Christianity. Both of these traditions were far removed from our current understandings of the world and of humanity, which are products of the Enlightenment. Within Nordic mythology, central myths about the creation of the world were directly tied to the conception of society as divided into three groups: slaves, farmers and earls. Christianity led to a gradual introduction of other views of humanity and society, but these also differ from later humanist conceptualisations: Humans were understood in light of the divine, and religion governed everyday life in an entirely different way than it does today.[6]

ILLNESS AND DEATH

Conceptualisations of illness also differed between Nordic mythology and Christian traditions. Within Christianity, illness was seen as punishment for sin, but could also be viewed as a test that God subjected specially selected people for (cf. the Bible's story about Job). The conceptualisation of illness as punishment was related to the idea of the soul as superior to the body. Saving souls and healing bodies were thus closely interwoven categories. The church's care for the ill was thus part of a continuous struggle against sin and evil, and healing from illness was equated with being saved. That relics from saints and holy places could heal people was a common belief, and in Norway this was manifested in part in the faith in St. Olav and in stories of people who were cured in miraculous ways.[7]

A "scientific" tradition that viewed illness as independent of the religious world view is unlikely to have existed in the Middle Ages. The distinction between the secular and the religious is found closer to our time, and consequently the strict differentiation between what belongs to science (e.g. medicine) and what belongs to religion (the church) is also a newer phenomenon. The modern health concept is also built on this division: health is a secular concept – it is about something bodily that is strictly separated from the religious. When we are to under-

stand conceptualisations of illness, and thus also "health institutions" in the Middle Ages, it is useful to be clear about this.

Nevertheless, in the European Middle Ages there is an emerging division between religion and science: it is true that these were traditions that were closely intertwined, but the growth of universities and separate medical studies in Europe shows that a way of understanding illness that was separate from other pastoral care was emerging.

The so-called Salerno school in Italy introduced a scholarly medical tradition in the European Middle Ages. In the 11th Century, this school introduced the medicine of the antiquity (with models such as Hippocrates and Galen), coupled with Arabic medicine (Greek texts that had been translated to Arabic were now translated to Latin). The establishment of universities in the High Middle Ages developed this medical tradition. In time, a differentiation between medicine and theology emerged: for instance, in 1215 the Lateran Council prohibited senior clergy from performing surgery. This was to distinguish professions from each other, not to counteract medicine.[8]

The "scientific" medicine in the Middle Ages had a starting point in *Humourism*, a tradition that goes all the way back to the time of Hippocrates in about 400 BCE. It was based on the idea that there were four bodily fluids (blood, phlegm, yellow bile [cholera] and black bile [melancholia]), which corresponded to the four elements (air, water, fire and earth) and the balance between these fluids determined health. These fluids in turn created the four tempers: sanguine, phlegmatic, choleric and melancholic, which could be traced to an excess of one of the fluids. The principles of humorism were tenacious, and remained relatively intact up to the 1800s.[9]

We know very little about university-trained doctors in Norway in the Middle Ages and there were no universities. As the scientific tradition did not give rise to any educational institutions, it did not grow deep roots.

There were also secular health measures in the Middle Ages. The ill, old and poor were also looked after in the old society, usually by family. In Bergen, the ill and poor were to be moved around to the different quarters of the city following a set route. Alms were a Christian duty, and in the cities a quarter of the tithes went to the poor.[10] Putting people who for one reason or another needed care in a hospice was the exception: most people were cared for by family and in the local community. Other than this, we find no examples of the state using what we today would call medical measures to fight illness. When the Black Death hit the country in 1348-50, King Magnus Eriksson's response was to organise masses, processions, fasts and sacrifices in order that God would show mercy on the kingdom.[11] This emphasises once again that "health" in the Middle Ages did not exist as a separate phenomenon.

We will also see that the hospices were designed in line with this conceptualisation of illness in the Middle Ages.

THE BLACK DEATH

The plague named the "Black Death" probably originated in China and travelled via Central Asia to the Black Sea, where it broke out among Italian merchants who were warring with Tartars in the Crimea. They then brought the plague with them to Italy. In the course of a few years, this pestilence killed a quarter of the European population, and the demographic crisis that followed meant that the population in many places only reached the levels they had been in the early 14th century several centuries later. The plague was probably caused by the transfer of bacilli from rats to people via fleas. After an incubation period of several days, the victims experienced chest pains, vomited blood, coughed, had breathing difficulties and high fever, and internal bleeding caused black spots on the skin (hence the name).

It is estimated that the population in Norway nearly halved as a result of the Black Death. Farms were left deserted, and it was only in the in the second half of the 15th century that farming began to expand again.

Sources: Porter 1997: 122-126.

The institutions

In the pre-Christian antiquity hospices were built, such as for example the Roman *valetudinaria* for ill and wounded soldiers. However, the history of hospices in the Middle Ages has its primary origin in the monastery tradition. The word "hospice" is from the Latin *hospes*, which means guest or stranger, and in the early monasteries in the Middle East, guest houses – and in time more specific houses for the ill – were built. The dissolution of the Roman Empire led to the decline of the hospice tradition, and in Europe it is only in monasteries that we can see a continuity where houses for nursing and caring for the ill were continued. In the High Middle Ages, this tradition is gradually broken, as attempts are made to distinguish between caring for the soul and caring for the body,

while at the same time a medical tradition that was independent of the purely theological was emerging in the monastery schools. In this way, a foundation was laid for a medicine not directly tied to monasteries or the priesthood. Nevertheless, monasteries and other church centres continued to be central in the building of hospices and in the care for the poor and ill throughout the Middle Ages: at this time, "secular" medicine did not cause any extensive building. In the 1200s, universities developed in Europe and these became the centres for teaching medicine. At the same time, the church placed spiritual healing higher than physical healing: prayer and visits from priests were seen as more important than visits from doctors, as the soul was more important than the body.[12] Most hospices in the Middle Ages were thus dominated by the spiritual aspect: they were closely connected to monasteries and churches, they were often designed as church buildings, and there were rarely doctors at the institutions.

Norway was at the European periphery, had a small population and cities were small in size and number. The medicine that emerged in Europe as a separate discipline in the High Middle Ages reached Norway only to a limited extent, and all the known hospices from this period were either part of or closely affiliated with religious institutions or foundations.

The earliest Norwegian facility for the ill is the infirmary at the Augustina monastery at Halsnøy in Sunnhordland, which probably dates from the time the monastery was built in 1164.[13] The first facility that can more justifiably be called a hospice was affiliated with the cathedral in Trondheim and is also likely from the second half of the 12th century. Several hospices were established in affiliation with churches and monasteries during the next several centuries, and the historian Rolf Grankvist estimates that a total of 14 different institutions were built during the Middle Ages (see the map p. 11). We do not know much about the architectural design of these hospices , but it has likely varied from single rooms in monasteries (such as the rooms for the ill and travelling guests at Hovedøya monastery) to separate buildings raised to fulfil hospice functions.

The hospices of the Middle Ages have often been divided into three categories: hospices for the poor, regular hospices, and leprosy hospices, but this sharp division is unlikely to correspond to reality in Norway in the Middle Ages. For instance, lepers were admitted to the ordinary hospices, probably in separate rooms or wards. In 1179, the papacy's "canon de leprosis" imposed a requirement that lepers be isolated from healthy people. In Norway, this isolation was not in place until the middle of the 13th century. Leprosy patients always comprised the chief share of the patients – and thus the Norse word for "hospice" ("spital" or "spetal") – has given the illness its Norwegian name ("spedalsk"). The

The oldest hospice in Trondheim, the Maria hospice, was likely affiliated with the cathedral and run by the priests there (the canons). The hospice may have been located in the building by the Nidaros Cathedral that is currently called Kapittelhuset.
Photo: Wikimedia/Wikipedia (Nidarosdomen).

Norwegian hospices were mainly for the poor, as the more wealthy were cared for at home or in ecclesiastical institutions when ill.

The early hospices in the Middle Ages in Europe were often small and intended for pilgrims. Larger hospices only became common in the 12th and 13th centuries. In 1288, Sta Maria Nuova in Florence was a hospice for the "ill and poor" with just 12 beds, but in the year 1500 it had become a large facility with 10 doctors, a pharmacist and many assistants and surgeons.[14] The development of such large hospices did not reach Norway.

In order to get a better view of the hospices in the Middle Ages, we will here take a closer look at the hospices that existed in Trondheim. *Passio Olavi*, a collection of stories about healing through miracles authored by Archbishop Øystein in the second half of the 12th century,[15] mentions "the hospice by the church", which shows that a hospice existed in Trondheim at this time. A century later, sources mention "Mariaspitalen", which is likely the same hospice that *Passio Olavi* referenced. Rolf Grankvist believes that this Maria hospice must have been a so-called*canonical hospice of the old order*. Canons were the priests who along with the bishop constituted the cathedral chapters in the episcopal church and they were called choir brothers because they were placed in the Cathedral choir. According to church regulations, they were to contribute 1/10 of their income to a hospice – in other words a *canon hospice*. Several such hospices are known on the Continent, and these were characterised by often being located close to the cathedrals and that they were built like churches, with choirs and naves, where the latter simultaneously functioned as the hospice ward. In these hospices, the ill were placed in the nave, in beds that enabled them to look to the choir and the altar. Grankvist believes that there is substantial evidence that the Kapittelhuset building by the Nidaros Cathedral may have housed the Maria hospice, as there are similarities with buildings in France and England from the same era. However, there are no sources that confirm this. What is certain is that there was a hospice by the cathedral in Trondheim, that it was established in the second half of the 12th century, and that it was likely a canon hospice of the old order.

This type of hospice disappeared towards the end of the High Middle Ages and in the Late Middle Ages. This happened either because they were transformed into charitable foundations ("milde stiftelsar") (institutions created by wealthy burghers, especially for older burghers and widows) or because they were moved out of the church area and came to have looser ties to the diocese. However, there were usually some ties to the diocese, and in many places the canons had the right to appoint trustees and priests. In 1270, the archbishop reorganised the canon hospice into an ecclesiastical institution with no annual contribution from the episcopal church, and in this way they became what is called a *canon hospice of the younger order*.

In 1277, another hospice was completed at Vollene (Ilevollen) in Trondheim: a *hospice for the poor*. At the same time, the Maria hospice by the cathedral remained. It was likely the case that these two hospices merged into one institution in 1277, and that the old hospice functioned as a pilgrim hospice. The sources indicate that the old hospice had disappeared around 1310, while the hospice at Vollene remained. In the course of the 14th century, this hospice was also called the Maria hospice.

Due to the spread-out settlements and small cities, the hospices were small and not very significant in the Norwegian Middle Ages. Neither were the hospitals of the Middle Ages health institutions in the modern sense: they were simultaneously religious buildings, buildings for the poor, hospitals and places of rest. Our conceptualisation of health presumes a different way of differentiating between the body and soul, and the Christian world view of the Middle Ages was reflected in the design of the hospices as church-like places.

HOSPICES IN NORWAY IN THE MIDDLE AGES

Most hospices were run by bishoprics or by monasteries. The monarchy had joint responsibility for some of them. Hospices that merged during the Middle Ages have been counted as one.

NAME	DIOCESE, PLACE
Mariahospitalet by the Nidaros cathedral, the Hospice at Vollene (Ilevollen)	Nidaros
Alle Helgen's Hospice Katarinahospitalet	Bjørgvin
St. Jørgen's hospice	Bjørgvin
Fana hospice	Bjørgvin
Halsnøy monastery hospice	Bjørgvin (Halsnøy in Sunnhordland)
St. Laurentii hospice	Oslo
Hirdhospitalet	Oslo
Hovin hospice/ Mariahospitalet/ St. Jørgen's hospice	Oslo
St. Stefan's hospice	Tunsberg
St. Laurentii Hospice	Tunsberg
Verne monastery hospice	Oslo (Rygge)
St. Antonius monastery hospice	Hamar
Heilagkross or St. Jørgen's hospice	Hamar
St. Peter's hospice	Stavanger

Sources Grankvist 1982 : 12-13.

CHAPTER 3. EARLY MODERN PERIOD

The Reformation is the event that separates the Middle Ages from what we call the early modern period (1536-1814) in Northern Europe. In this period, new ways of seeing the world emerged, the state changed character, the clinical picture changed and the state slowly started to redefine its role to also including measures directed towards people's health.

Society and health

In order to get a view of living conditions and the clinical picture in the period, we can look at both demographic data and ideas about illness, life and death.

DEMOGRAPHICS AND ILLNESS

From a population that in Norway may have been about half a million in the Middle Ages, the figure had dropped to about 150,000 by 1520.[16] During the 16th and 17th centuries it edged upwards, to about 440,000 in the mid-1600s and then doubling to 880,000 in 1801. During the entire period the country was agricultural with few and relatively small towns – it is estimated that 75 per cent of the population still had agriculture as their main source of income in the year 1800.

Though the outbreak of the plague in 1349 is exceptional and the main reason the population was small for a long time, new outbreaks of the plague *continued* to be the main threat to life and health up until some way into the 1600s. The last wave of the plague in Norway hit Christiania and the surrounding area in 1654.[17]

From the 1700s, we have more precise demographic data, and we therefore know more about the composition of the population. From the start of the 1700s and to about 1850, birth rates were generally high, so that each family had an average of four to five children. Until about 1815 the mortality rate was also high, with significant exceptions in some crisis years when it was even higher. The most significant diseases in the 1700s were *dysentery, typhoid fever, typhus* and *smallpox*, and it was these, in combination with starvation, that created the crisis years, while causing high mortality rates in average years too. The infant mortality rate was high during the entire period, and it was only in about 1815 that this turned and the infant mortality rate fell significantly. At the same time, the crisis years with extraordinary high mortality rates disappeared, which in

Typhoid fever,
which is also known as "nervous fever", is caused by the typhoid bacilli. It has a long incubation period. The bacillus is excreted with faeces, and infection occurs through infected food or drink. The main symptom is long-term, high fever and diarrhoea. It is also common to have additional complications. With no treatment, the mortality rate is about ten per cent, though with modern antibiotics it is below one per cent. A vaccine with some effect exists. Today, the illness is rare in Norway but common in developing countries.

Typhus,
or *spotted fever,* is caused by a bacteria, mainly transmitted by lice. The symptoms are a sudden high fever, headache, internal bleeding, rash and, among other things, diarrhoea. It is very rare today, but was widespread in the early modern period in Norway, when it was common during bad years. Untreated, it has a 60 per cent mortality rate. With antibiotics, the mortality rate is ten per cent.

Until the second half of the 19th century, typhoid fever and typhus were often understood as the same disease.

Dysentery
Acute intestinal infection caused by bacteria in the *shigella* group. The bacteria attack the mucosa of the cecum and rectum, causing wounds to develop. The symptoms are diarrhoea, stomach pain, vomiting and blood in the stool. It usually clears with no treatment, but can be treated with antibiotics.
Before antibiotics were introduced in the 20th century, the mortality rate was about five per cent.

Smallpox
(variola) is an infectious viral disease caused by a virus in the *poxviridae* family. The symptoms are high fever, headaches, back pain and often diarrhoea. When the fever lowers after a few days, a rash breaks out over the entire body. The English doctor Edward Jenner developed a vaccine in 1796. It is estimated that between 300 and 500 million people died from smallpox in the 20th century. The last registered outbreak of the illness occurred in Somalia in 1977, and the WHO declared the world smallpox-free in 1979.

combination led to the explosive population growth in the 19th century.

These demographic facts constitute an important part of reality in the early modern period: a high mortality rate and constant high risk of being afflicted by serious illness were important basic conditions. Yet just as important to an understanding of what we are considering here – "health measures" and "health institutions" – it is the world view that set the framework for and structured people's everyday lives and that gave meaning to life and health.

THE REFORMATION, THE STATE AND THE POPULATION

The Reformation was introduced in Denmark-Norway when the Danish Estates General meeting decided to abolish Catholicism in 1536 and make Kristian the Third the head of the church, which was followed by a new *church ordinance* the following year. At the same time, Norway was made a Dependency ("region") by the so-called confirmation ("handfesting") that led to the dissolution of the Norwegian Council of the Realm.[18] As a consequence, the monasteries were closed and the church property was transferred to the state.

At the political level, from 1537 Norway was strongly integrated into the Danish kingdom, and all central functions came to be located in Copenhagen. In the entire period up to 1814, the state also expanded its role, a development that accelerated after 1660 when absolute monarchy was introduced and the monarchy enhanced its power at the expense of the nobles. The state expanded its apparatus, took on more tasks and the civil servants became a large and increasingly powerful group.[19]

An important aspect of what has been called "the Lutheran state" is the expansion of state tasks, both as a direct consequence of the introduction of Protestantism and later as a consequence of the absolute monarchy. The establishment of Lutheranism as a state religion also entailed a break with earlier religious conceptions. For instance, the break with the dogma about purgatory meant an entirely new view of life and death: in Catholicism, masses could be held for the dead to help them out of purgatory and into paradise. In the Protestant world view, there is no way station between heaven and hell, and everything depended on whether you believed in God while on Earth. Once you died, the road ahead was determined once and for all. Along with other trends, this shift in the conceptualisation of life and death had wide-ranging consequences. The redefinition of death can be seen as one of the impulses behind the process that culminated in the Enlightenment; what the sociologist Max Weber has called the "disenchantment of the world". The result of this disenchantment was a new focus on earthly matters, the body and what could be observed. Out of this grew new conceptualisations of illness and new conceptualisations of the human body. In the 1700s, the body emerges in a new light, it is dissected, organs are explained based on their functions and are seen as possible to understand and explain based on a science that is more sharply distinguished from

St. Jørgen's hospice, Bergen. The hospice was established in about 1400 and was a leprosy hospice. The current buildings date from the 18th century. When the last two patients died in 1948, the institution was closed.
The religious aspect was central to hospices in the Middle Ages and early modern era, and the hospice ward and the church nave were often the same room. As institutions, they were thus not "health institutions" in the modern sense, but were to care for both the spirit and the body of the sick. The church at St. Jørgen's hospice dates from 1707, but has been renovated since. Today, the buildings house the Leprosy Museum.
Photo: Wilse. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

religion. In this way, the world view in the centuries following the Reformation becomes an important premise for a new type of state attention to illness and the bodies of its inhabitants.[20]

Another type of change originated in what was at first a Calvinist ideology where one distinguished between the "worthy" and "unworthy" needy. In the 1600s and 1700s, this also gained acceptance in the Lutheran areas, and it is an important concept behind the construction of institutions and the differentiation that took place during these centuries.

The state's financial policy from the beginning of the 1600s and to about 1800 is characterised by *mercantilism*. This was an economic model that emphasised state planning to enhance state power and wealth, for instance through *protectionism* and the exploitation of natural resources. *Populationism* is a school of thought within mercantilism that focused on how a large and healthy population created the basis for the power of the kingdom. In other words, the population was considered a *resource*. In our context, this school is especially interesting because a natural consequence was that the authorities and scholars of the time started to take an interest in solutions to outbreaks of disease and to enhancing the health of the population.

In combination, the new conceptualisation of the human body, ideas about distinctions between different types of people needing care or to be separated from society, and the view of the population as a resource, have been important backdrops for measures against disease and for the creation of institutions from the Enlightenment onwards.[21]

THE STATE AND DISEASE

In the 1600s, the public focus on the body and fighting disease first led to various support schemes for doctors who had distinguished themselves as especially heroic during outbreaks of the plague. The precautionary rules when the plague hit in 1348 (regulations from the King about masses, processions and prayer) were also an expression of a type of care for the realm and its subjects, but the measures that started appearing in the 1600s were to a greater extent targeting disease as a separate phenomenon (independent of the soul), and expressed new ideas about the place of the population in the state's development and economy.

In 2003, when the health service celebrated its 400 year anniversary, it did so with a starting point in the fact that *Villads Nielsen* was granted public funding as a doctor in Bergen in 1603 because he had made a great contribution during the plague that had come to the city. This event should be understood more as a symbol than as the actual start of a public health service. In the anniversary publication written by Ole Georg Moseng, the appointment of Villads was understood as the "conception" of the health service that was "born" just under 200 years later.[22] Nevertheless, there were few doctors (and even fewer publicly paid doctors) in Norway until the middle of the 18th century.[23] The reason that doctors were granted public funding in the 1600s was specific epidemics, and not part of a more extensive state offensive. Two regulations, from 1619 and 1672, regulated doctors' practices, and the latter was in principle the governing framework for medical practice in Norway until the Health Act of 1860. The 1672 regulations obligated doctors to control the apothecaries, to teach and examine midwives, to treat the poor free of charge and to report to the faculty of medicine in Copenhagen. It thus expresses a willingness to organise doctors into a larger medical-political apparatus. Nevertheless, it was only in the mid-1700s that significantly more doctors were hired. In 1743, the first doctor was appointed as a public servant and given the title *provincialmedicus* in Kristiansand. The title as a public servant entailed an enhanced status for doctors and may indicate a willingness to create a more fixed apparatus. At the same, there was a concrete challenge –the outbreak of the so-called "rade disease" – that caused the appointment. Subsequent appointments in the 1700s were also responses to epidemics such as the "rade" disease and smallpox. Government appointed doctors became more common in time, and during the second half of the 18th century all amt (administrative divisions) got a "landsfysikus" (doctor) or a surgeon. in 1749, the first midwife trained in Copenhagen came to Norway, and in time formally trained midwives became a more common health profession.

In 1740, a medical council (*Collegium Medicum*) was created in Denmark-Norway. As a body, this became important in the creation of an early "medical service" in the 1700s, for instance by initiating the so-called "rade" hospitals, which we will discuss later in the presentation.

That the governing authorities took steps to combat *smallpox* was another important task initiated by the council. In 1810, a smallpox vaccine was introduced by law in Denmark-Norway. Previously, a primitive version of the vaccine had been used on the

initiative of individual doctors and priests. It was only with the development of a new technique in the early 1800s that the vaccine became a greater success.[24] The success of the smallpox vaccine is related to the new method being more or less risk-free, but must also be seen in the context of the organisation by the governing authorities. In 1801, the Collegium Medicum initiated the appointment of a committee that made a recommendation regarding a vaccination programme, which led to extensive vaccination that same year.

The larger political context – specifically the isolation from Denmark that followed the Napoleonic wars – led to a separate Norwegian *Sundhedscollegium* ("Health Council") being established in 1809. After the liberation from Denmark in 1814, this Council issued a recommendation that explained the need for new institutions, both due to independence and as a consequence of the establishment of a university and medical training in Christiania in 1811.

In sum, we can say that the first small signs of a state that took responsibility for the physical health of the population emerged in the year 1603, that a more national apparatus of doctors paid by the public purse was developing at the end of the 1700s, and that the initiatives that were taken in connection with, for example, the "rade" disease and smallpox vaccine, were signs of a more active state in relation to health and medicine.

The institutions

In 1826, Rikshospitalet was completed in Christiania. The young Norwegian state now had an institution that fulfilled the need for education and research necessary in the training of doctors. Professor of Medicine at the University, Frederik Holst (1791-1871) thought the name of the new institution could be misleading:

> *as "Hospice" ["Hospital"] in our Language does not specifically mean a Hospital ["sykehus"] but also a Care home, or Home for the needy, people affected by dementia, infants and others, the more linguistically correct name for the institution the Ministry's Recommendation relates to, which is for the ill only, would be National Hospital ("Sykehus").*[25]

In other words, Holst thought it important to distinguish between hospitals and hospices. Hospitals ("sykehus") were to be institutions that treated the ill, and not care homes, almshouses or old age homes. In Norwegian, "hospice" ("hospital") was a word that covered all of these functions, often in one and the same institution. For Holst, who was one of the pioneers within medicine in Norway and of the first generation of professors at the University, it was important to point out that Rikshospitalet was something new, something different from the old hospices.

As we here look more closely at hospices and care institutions in Norway from the Reformation and to 1814, it is worth noting Holst's words. On the one hand, the words are about his need to assert that Rikshospitalet is something bigger and better than what had gone before, but at the same time he does say something about what a hospice was and what it had been in the previous centuries. With this starting point, we can go back to the new era that the Reformation represented, and look more closely at hospices in the following centuries. We will then take a closer look at the new hospitals from the end of the 1700s, and discuss whether these represented a break with the hospice tradition.

HOSPICES AND FOUNDATIONS

The Reformation also had consequences for hospices as institutions of the church. Before the Reformation, many church estates had become foundations, which meant that they were independent units governed by the church. After the Reformation, these foundations were transferred from the church and placed under state administration. The religious articles from 1542, which represented a kind of explication of the Reformation, required hospices to have a trustee responsible for the finances, and also required hospice inmates to be accepted according to need (rather than on the basis of gifts and payments).[26] Furthermore, they presumed that hospices were to be regular hospices but with separate rooms or houses for lepers.

The most immediate consequence of the Reformation was a reduction and dissolution of the old hospice system from the Middle Ages. This dissolution can be traced to the time before the Reformation, when the King had given some hospices as rewards to secular nobles. Nevertheless, it is the Reformation that marks the new era. Only three of the hospices from the Middle Ages continued to exist: *St. Peters hospice* in Stavanger, *Nidaros hospice* (henceforth called "Trondheim's hospice") and *St. Jørgen's hospice* in Bergen. The Oslo and Hamar dioceses were merged and had one joint hospice:

Oslo hospice, which thus assumed the functions of several hospices from the Middle Ages in the area.[27]

In the period from 1537 to 1814, several types of institutions for the poor, ill and criminal emerged, so that we can talk about a *differentiation*. For instance, we can see that the distinction being drawn between worthy and unworthy needy leads to institutional distinctions between institutions and hospices for respectable burghers and almshouses for people of lower rank. Though the Church Ordinance of 1537 did not discriminate between different types of people who needed care, such ideas became more prominent in the centuries that followed. The historian Rolf Grankvist thus argues that the growth in the number and types of institutions in the 1600s and 1700s is a reflection of the breakthrough of this idea, and he mentions the new institutions in Trondheim as examples: Almshouse, Orphanage, Madhouse and Workhouse (workhouse for women) that were all additional to the hospices in Trondheim and the newer St. Jørgen's house (from 1607).[28]

After 1537, the hospices in Norway were to be regular hospices with wards for lepers. St. Jørgen's Hospice in Bergen appears nevertheless to have solely functioned as a leprosy hospital for most of the period. The hospice has a history that goes back to about the year 1400. At the time of the Reformation, it was turned into a royal institution and was given the property and income that had belonged to the Selje monastery. The hospice was given its own trustee who was to report to secular authorities, and the mayor among others was to participate in decisions about who were to be admitted (the new statutes for the hospice stipulated that it was the *poor* ill that were to be admitted).

The leprosy hospices in the early modern era were first and foremost care and warehousing institutions: the few doctors who were found in Norway in the 1500s and 1600s had no strong affiliations with the hospices, while barber surgeons (surgeons trained and organised as tradesmen) were more frequently called to treat wounds, amputations and broken bones. For instance, St. Jørgen's Hospice did not hire a doctor until 1817, and it was only in the 1830s that an extensive discussion arose about whether leprosy was an illness that could be treated and healed. In the mid-1800s, the illness became a priority for the state, and research institutions were created with the specific aim of solving the leprosy question.

The buildings at the leprosy hospice in Bergen constituted an independent facility at the outskirts of the city, fenced in by stone walls and closed by gates. It was to be located some distance from the city due to the risk of infection, yet close enough that members could walk around and ask for alms. For the same reason, after the Reformation an order was issued to separate lepers from other patients at the general hospices. Today, this is the only completely preserved leprosy hospice in Norway, and the current buildings date from the 1700s.[29] As a cultural heritage site, it is thus unique in Norway, and it is also one of a few preserved leprosy hospices in Northern Europe.

In the 18th Century, a few more hospices for lepers only were established in Norway. Vallersund hospice in Bjugn (Fosen) was a hospice for people from northern Norway on their way to Bergen, while Reknes hospice near Molde was established in 1713.

Trondheim hospice was given a new statute in 1612, which stipulated that it was for patients who were lepers or were "*with some other infectious disease* [...] *afflicted*". In line with the overarching guidelines, lepers were to be separated from the rest of the patients and have their own house some way away from the main building. Along with Oslo hospice and St. Jørgen in Bergen, it was one of what we can call the three main hospices in the country. These functioned as the main hospices for their dioceses, though patients from the cities had some advantages and there were more of them. In Trondheim, as in Bergen, new institutions were established after the mid-1500s. The first of these was St. Jørgen's House, which was completed in 1607, and which in time became a nursing home for older burghers .[30]

Oslo hospice was founded in 1538 on the site of an old Franciscan monastery, and became a hospice for the Oslo diocese. In line with the reorganisation following the Reformation, it was organised as a foundation and placed under the administration of the diocese (the bishop and secular authorities). In the 17th century, the hospice functioned as a poor house and hospital for burghers needing care. In this way, the development of the hospice can be seen in the context of the previously mentioned ranking of the needy that was gaining traction at the time. In addition to the bourgeois background the patients were required to have, the hospice did not want to admit orphans or illegitimate children, and indecent behaviour could lead to expulsion.[31]

The introduction of charitable foundations ("midle stiftelsar") founded by wealthy burghers

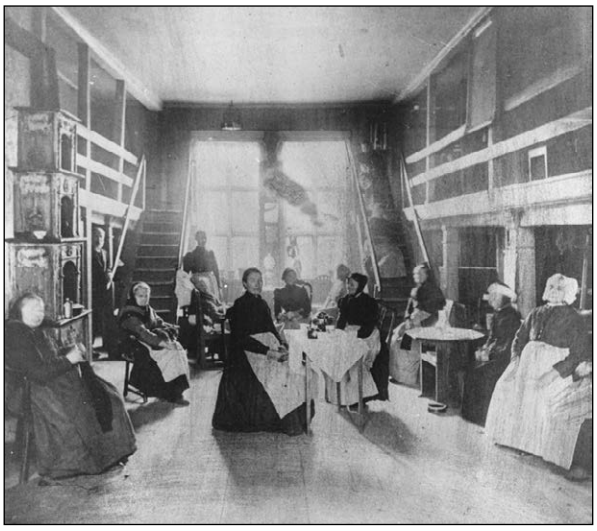
and mainly for "respectable" burghers and widows weakened by old age, is another characteristic of the early modern era. For example, in Bergen there are several such foundations with buildings that are still standing: Strange's foundation from the 17th century, Zander Kaae's foundation and Dankert Krohn's foundation from the 18th century.[32]

The ideology that differentiated between different types of needy persons was given expression in Oslo hospice's statute from 1737, which stipulated that it was to be a hospice for "*proper and honourable burghers who have not sought to support themselves with hard labour and who without fault have become poor*" and who were also to be "pious and well informed" and the widows of these burghers.[33] In the 18th century, there were also two poor houses in Christiania that cared for the poor of a more "common" and unworthy type, and in 1741 a jail for the entire diocese opened in Storgata. The jail was to have a disciplinary role, and it was to give beggars, vagrants and ill-behaved children hard labour that was to strengthen their morals. The creation of a separate lunatic asylum (in connection with the hospice) in 1776 was another expression of the specialisation and differentiation between institutions that took place during this period.[34]

The history of the hospices from the Reformation and in the following centuries is among other things about how new distinctions were drawn between different groups of needy people – whether they were poor, poor and ill, old burghers or insane. On the one hand, a distinction was drawn between different degrees of whether recipients had justified receiving support, and on the other hand, a functional distinction was starting to be drawn: different institutions were built for different types of relief and needs. Thus by the end of the 18th century, we can glimpse a sharper division between homes for the elderly, hospices, institutions for the insane (so-called "dollhus") and new hospitals. Though these institutions were spreading, it is important to emphasise that nursing and care predominantly took place in the home. There was no *right* to be admitted to a hospice, and there were only a limited number of people who became hospice inmates or were admitted to any of the other institutions.

HOSPICE ARCHITECTURE

Is it possible to identify a distinct hospice architecture? In the previous chapter, we saw that the hospices of the Middle Ages were often designed as churches, or were parts of churches. The hospices in the early modern era were also affiliated with churches, but in time a differentiation was made between the church and the hospice.



Interiors from Strange's foundation in Bergen (about 1880). When the old poor house for women closed in 1972, it had been in operation for 220 years. The premises are a good example of an old European shared model of institutional design, with a combined chapel/living room in the middle, and small rooms to the sides.
Photo: Unknown photographer, dated about 1880. Owner: Christopher Harris.

For example, Oslo hospice was built on the remains of the old Franciscan monastery's church. This probably means that this was rebuilt as the hospice's main building after the Reformation. From 1701, we know that the building held a church and a hospice room with 29 beds and a fireplace and stove on the ground floor. In other words, the integration of the church and the hospice in one building shows the continuity with the hospices of the Middle Ages, but in the 1730s a new hospice church and a new hospice building appeared. This pattern – that the church is part of the hospice complex, but that there is a functional division between hospice functions and church functions in different buildings – is probably typical of the developments in this period.[35]

The structure with an open room for accommodation, the preparation of food, etc., and small rooms (cells) along the walls with beds for one or two of the hospice inmates, is common in many hospices in this period, both in Norway and in the rest of Europe. Both Strange's foundation and St. Jørgen's hospice have a version of this solution, where there is also a first floor with access by a gallery. Zander Kaae's foundation and Dankert Krohn's foundation, which are from the second half of the 18th century,

represent a different floor plan: here, there are hallways with rooms on both sides and a living room in a separate wing.[36]

MADHOUSES AND LUNATIC ASYLUMS

Insanity started to take the form of a social category in the early modern era. Previously, different types of deviant or asocial behaviour had been sorted differently. Different types of actions that resulted in destruction and disorder were often treated in same way based on *the external result* of the actions. The category "furious" was used for people with unruly temperaments, and for these there were arrangements that were often called "madhouses" ("dårekister"), often simple cells placed in the basement of public buildings. Such a cell in the basement of the town hall in Hamar is mentioned as early as in the *Hamar chronicle* from the middle of the 16th century.[37]

The lunatic asylum ("dollhus") (from the German *toll* = insane) can be understood as a new phenomenon from the 18th century, and in the second half of the century such institutions were created in the three largest cities in the country. A decree from 1736 imposed a requirement that one or more rooms in the main hospices had to be dedicated to the unruly poor, but this was not followed up on at first.

Interiors from the insane asylum by Oslo hospice. The house was demolished in the 1930s.
Photo: The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

The construction of facilities for the insane only started some decades later. The first of these buildings appeared in Bergen in 1762, where it was built next to the new hospital at Engen. The building had four rooms, but this doubled after an addition was built in 1778. In line with Enlightenment ideals, the mayor of Bergen, Hilbrandt Meyer, saw the new lunatic asylum as an improvement over the old madhouse:

> *The rooms that were previously prepared for these Sufferers, were under the Town Hall, and in these the madhouse, but the rooms were in more than one way their Difficulty; In the Winter, they were exposed to excessively bitter Cold, and at other Times their Health was Impaired, partly due to Damp and partly for other reasons.*[38]

The Royal Decree of 1776 stipulated that Oslo hospice was to build a separate building as a lunatic asylum, and this was completed two years later. In Trondheim too, the new lunatic asylum that opened in 1779 became a ward at the hospice .

The institution we use the umbrella-term "lunatic asylum" for (several terms were used interchangeably at the time), differed from the older madhouse in that several people were gathered under the same roof, and that they were often built as separate buildings for this specific purpose. As institutions, they can be traced back to the 17th century in other countries (including Denmark), and they represent a common European tendency where insanity moved from being an issue for the law to being an issue for hospices and the system of care for the poor. Nevertheless, they are not hospitals: it is only in the mid-19th century that the psychiatric hospitals (asylums) appear.

At about the same time that lunatic asylums emerge in history, new military and civic *hospitals* are built in the cities, we get so-called *"rade" hospitals* in a number of places, and in Copenhagen a hospital is established that has teaching and research as important objectives.

HOSPITALS

The institutions that were created in Norway in the early 19th centuries, the Fødselsstiftelsen (maternity institution) and Rikshospitalet, have precursors in Denmark-Norway in the 1700s. The first maternity institution in Copenhagen was founded in the mid-18th century, and in 1787 the *Konglige Fødsels-stiftelse* with a midwifery school was founded.[39] These

were important steps in the professionalisation of the midwifery profession and in the institutionalisation of midwifery and medical training. The construction of the *Royal Frederiks Hospital* in Denmark in 1757, with as many as 300 beds, was included in the plan to enhance clinical teaching.[40] The statutes for the hospice stated that it should be

> *a regular Aid for the Ill, who are unable in their poor and suffering Condition to Help themselves, and by the gracious aid of God and the help of the Doctor as well as good and appropriate Care be helped to Health again, so that they again can earn their Living*. [41]

This is a clear expression of an understanding that the state had a responsibility for the ill. At the same time, the teaching aspect was emphasised. The hospice in Copenhagen did not have a parallel in Norway until Rikshospitalet was completed in 1826. There were no Norwegian hospitals that functioned as combined teaching, research and treatment institutions until then. However, in the decades around the year 1800, new types of institutions were built: *military hospitals*, so-called *"rade" hospitals* and *civic* hospitals (or "burgher").

The creation of smaller hospitals (or infirmaries) in the *military* came as a result of decree from 1780 that stipulated that there had to be two sick beds for each company. In the late 1700s, a garrison hospital had been established in Rådhusgata 19 in Christiania. During large corps gatherings, the ill were also placed in the brick barracks that still stand at Festningsplassen and under Jomfrutårnet at Akershus Fortress. The need for hospitals in connection with the larger military garrisons during peace time was related to fact that disease spread easily when so many people were gathered in one place, and in Christiania a larger building was constructed in 1806-1807 that was named Christiania Military Hospital. This was located in what has subsequently been called the Empire Quarter at Hammersborg, and was later rebuilt and used as Rikshospitalet's first building in 1826. After this, the military was given the use of 50 beds at Rikshospitalet, until a new military hospital was completed in 1864.[42]

Fredriksvern Fortress was located in Stavern, and from 1750 this was the lay-up harbour, shipyard and main station for the Danish-Norwegian navy in Norway. In connection with this, "The Combined hospital" was built for the army and navy in 1811-1812. With two floors and 23 rooms, this was in its time the country's largest hospital.[43]

In other words, both medical practice and the construction of institutions had a chance to develop in the military, and we can to some extent say that the first real hospitals in the country were military hospitals (Fredriksvern and the Garrison Hospital).

Civic hospitals also emerged in the 1700s, and the most important of these were the so-called *"rade" hospitals*.[44] The "rade disease" category of illness does not exist today. In current medical language, most incidents would be characterised as syphilis, but a number of people with versions of leprosy and scurvy were likely also given the diagnosis. In 1770, the medical council had characterised it as a combination of scurvy and syphilis caused by an imbalance in the bodily fluids: "*venereal scurvy with body fluids in a bad admixture*".[45] In 1822, there was a total of *16 hospitals* in the category for "veneral disease, rade disease and other malignant skin diseases".[46] In the course of the 1800s, "rade" disease gradually disappeared as a category of illness in light of new medical classification systems.

The endowment hospital in *Christiania*, which was established in 1755, focused especially on people with venereal diseases, but the term "rade disease" was not used. In contrast, several of the other hospitals from this period were founded as a direct consequence of the "rade" hospital policies of the authorities. The "rade" hospital in *Stavanger* from 1773 was also the result of an initiative taken by the medical faculty in Copenhagen. The institution had beds for 10-15 patients. The "landsfysikus" (doctor) in Stavanger and region was also the Senior Consultant here. A "rade" hospital was decided built in Bratsberg amt in 1774, also on the initative of Copenhagen. This hospital was located outside of *Skien* (in the "suburb" of Porsgrunn) and the "landsfysikus" (doctor) was given responsibility for it. In 1776, a "rade" hospital was also built in *Flekkefjord*, though in this case subsequent to the provincial surgeon and local authorities putting pressure on the central authorities. In *Mandal* in 1777, the amt surgeon prepared rooms for "rade" sufferers in his own home and had his expenses covered by the state. Several hospitals in the category for people with venereal diseases, skin diseases and "rade" disease were created at the end of the 18th century and the beginning of the 19th century. For example, Smålenene amt's hospital opened in *Fredrikstad* in 1795.

Combating "rade" disease was a priority for the authorities, and in addition to the use of special buildings, doctors were hired. The purpose of these

measures and institutions was *treatment* – the patients were to be discharged and be healed. Furthermore, the doctors had a strong connection to the "rade" houses. Thus, they broke with the previous hospice tradition in several ways.

In the 18th century, several *civic* hospitals were created independently of the "rade" hospitals. In addition to the endowment hospital, in 1742 Christiania also gained a separate hospital that was part of the state service for the poor ("fattigvesenet"). This institution cannot be said to have broken significantly with the hospice tradition. Christiania civic hospital from 1808 replaced this hospital, and in 1826 the buildings were taken over by Rikshospitalet, which used it as a hospital for people with venereal diseases.[47]

Trondhjem's Civic Hospital's building in the Empire style and dating from 1805 still stands today, but the institution has a history going further back. In about 1700, the hospice in Trondheim and Vallersund hospice at Fosen were the only two institutions forthe infectious ill north of Dovre. As a measure against "rade" disease, several institutions in Trondheim in the 1700s used separate rooms that were especially for patients afflicted by this disease. In 1791, the civic infirmary at the hospice was separated from the institution and became an independent institution named *Trondhjem's Civic Hospital*, popularly known as the Poor hospital.[48] This was first located in the local military hospital, and in 1805 it was given its own building at Kalvskinnet. The building was sufficiently large that it could receive Søndre and Nordre Trondhjems Amts' hospitals as tenants. In 1817, the city took over the institution, which until then had mainly been funded by Thomas Angell's foundation, and a special hospital tax was introduced to fund the operation of the hospital.[49]

The hospital in *Bergen* (Bergen Civile Sygehus) acquired its first premises in 1754, and in 1792 it moved into a new building. In 1830, Christian Wisbech wrote that the building at that time had two floors. The first floor had eight sick rooms, while the ground floor was the residence of the "Inspector and the Larderer". In addition, there was a room on the ground floor that was used for the insane. In 1830, there were seven patients in each room, giving a total of 56 in the entire hospital. Wisbech also tells us that behind the hospital there was "a rather large meadow, which was covered in Linden trees and used by the Convalescents".[50] The hospital foundation's board was organised as a committee under the Diocese Endowment Administration ("Stiftsdirektsjonen"), and consisted of the Mayor, the Diocesan Dean, two members of the city council ("de eligerede Mænd") and two members of the poverty commission ("fattigkommisjonen").

Other city hospitals and amt hospitals also appeared in this period. For example, *Nordland amt* got its hospital in Bodø in 1794; a "hospital for people with all diseases". It is only some time into the 1800s that there are good overviews of the number of patients admitted to the hospitals in the entire country, so we do not have a complete overview of the hospitals at the turn of the century. Nevertheless, there is a clear tendency towards more institutions that treat the ill being built, both buildings specifically for those afflicted by "rade" disease and general amt and city hospitals. The thing that distinguishes these institutions from the old hospices and endowment institutions for the elderly and those in

The "rade" hospital in Flekkefjord was established in 1776, but the building in the picture was from 1810. Despite protests, it was demolished in 1992. Photo: Avisen Agder.

need of care, is perhaps first and foremost the goal of healing people, which was also shown in practise as patients were discharged, in part because they were well again. In 1794, the new ideas about treatment also lead to a new statute for the leprosy hospice *Reknes hospice* near Molde. This statute emphasised that it was to be a "Healing Institution".[51]

However, there are also aspects of the new institutions that mean that it would be premature to proclaim the birth of the "modern hospital" in Norway at the end of the 18th century. In 1830, Christian Wisbech wrote that Bergen Civile Sygehus prior to 1825 was "*to be considered a home for Invalids, in which the old, worn out Poor and incurably Ill are admitted*".[52] The hospitals around the year 1800 obviously had many characteristics that are more reminiscent of the old hospices than the hospitals from the second half of the 19th century. Wisbech's statement emphasises precisely that the break with the hospices and the care endowments from the centuries prior is not a definite one.

The differentiation that takes place in the 18th century is nevertheless important as a backdrop to the development of the hospital in the following centuries. Insanity is distinguished as a separate phenomenon and lunacy asylums are built, while what is starting to be called a "hospital" emerges as something different than the hospices. The new hospitals *aim* to heal people from physical diseases, and thus presume a new focus where physical disease is seen as a separate object differentiated from other phenomena: from the mid-18th century, somatic medicine is thus distinguished as an independent discipline, while at the same time the insane asylums, hospices and hospitals are separated.[53] Though the hospitals of the 18th century can look very much like the old hospices, they represented a willingness to rethink and reorganise treatment in a new way.

APOTHECARY

The origins of the pharmaceutical profession can be found in Greek Antiquity, though at the time it was not developed as a separate profession. In Norway, the first Privileges to run professional apothecaries were granted in the late 1500s. These apothecaries were in Bergen, where the first doctors in the country were also located. From 1815-1850, 22 new apothecary Privileges were granted, resulting in apothecaries being established in most cities in Norway before 1850. In Denmark-Norway, the medical statutes of 1619 and 1672 regulated the apothecary profession. It was only in 1909 that a new apothecary act was introduced.
Illustration: Interiors from the old apothecary at Ullevål hospital. Though today the premises are used as a meeting room, the interior is preserved as a memory of a type of apothecary that is now largely history.
Photo: Leif Anker, NDEA.

CHAPTER 4. 1814-1900

Independence from Denmark in 1814 led to the need to create a new central apparatus: institutions such as the *Faculty of Medicine, Fødselsstiftelsen* and *Rikshospitalet* were thus founded in the 1810s and 1820s in Christania. Furthermore, the 1800s saw an extensive expansion of health services: the number of doctors and midwives increased radically, local hospitals were built across the country, and psychiatric hospitals were erected. The contours of a national *health service* were thus about to become a reality in the course of the century.

A more extensive *legal framework* that regulated health services was also created: for instance, an *act relating to the insane* was introduced in 1848. *The Health Act* – often called the "constitution of the health service" came in 1860 and led to the creation of health commissions in all municipalities. Special laws relating to leprosy (1877 and 1885) and tuberculosis (1900) were also introduced.

The act relating to the insane meant that a new type of institution – the insane asylum – emerged. This entailed a new organisation of this type of care: treatment by doctors took over from the traditional care for the insane. Furthermore, some of the new institutions became state-owned. With regard to leprosy too, the state took initiative and assumed responsibility: state hospitals for lepers, and research and treatment of the disease, became prioritised tasks. In contrast, the somatic hospitals emerged from local or regional initiatives, and were neither state-owned nor the result of a state-regulated and coordinated policy.

The hospital as a special institution became more visible than previously. In time, they came to have a look and design that was distinct from other types of buildings and other types of health institutions. A clearer division of labour between the hospital and other types of institutions (many of them new) such as old age homes, asylums and sanatoriums also emerged.

The backdrop to this development is the large, general historical transformations in the 1800s.

Society and health

In the course of the 19th century, technological, demographic and ideological changes occurred that transformed the entire society. In this chapter, we will look at these general trends and at the developments in the health service especially. We begin by looking at the population explosion, moving patterns and changes in birth and death rates.

DEMOGRAPHY, SOCIAL DIVISIONS

In 1801, the population of Norway was about 884,000; in about 1900 it had reached 2.25 million. At the same time, people were moving to cities and towns, so that the society was slowly becoming urbanised. The main cause of the explosive growth was a dramatic decline in mortality rates, especially among infants. The number of births remained stable, and the result was naturally an increased population. There were many reasons for the decline in the mortality rate: the smallpox vaccine was becoming widespread, and diets and housing were improving.

Illnesses and epidemics continued to ravage Norway: cholera was feared from about 1830, leprosy

Cholera
is an acute and infectious intestinal infection caused by the bacterium Vibrio cholerae. Among other things, it causes vomiting and diarrhoea. Fluid loss and a distorted salt balance can cause, inter alia, kidney failure and even death. There is a vaccine, but it does not give complete protection. The last cholera epidemic in Norway occurred in 1873.

Diphtheria
is an acute infectious disease caused by the diphtheria bacteria, which causes coughing, fever and a (grey) white coating of the throat, among other things. The illness often starts in the throat. It often spreads to the larynx, which can lead to breathing difficulties (croup) and choking, among other things. It can also be dangerous due to poisons that the bacilli produce in the body during the illness, and that affect the heart and nervous system in particular. Diphtheria can be difficult to diagnose, but is rare in Norway today as children are vaccinated. It remains common in developing countries.

was a reality though the number of lepers declined, and especially after 1850, tuberculosis developed into a significant health problem. Leprosy and tuberculosis in particular were illnesses that led to the building of institutions.

The relationship between people and groups is also part of demography. In the traditional estate-based society, relationships of loyalty and the sense of belonging between superiors and subordinates on the farm or in the workplace were like the relationship between members of a family. This system was about to dissolve in the 19th century. Society was about to move from being a *rank-based society* to a *class society*. This created a basis for new ideas regarding the state taking on tasks related to people's welfare – tasks that had previously been taken care of by social networks. However, it must be emphasised that care for the ill was a responsibility of the family and local community, and that the institutions continued to play a marginal role compared to these. The new aspect was that they became more significant and that there were more of them, both in numbers and in types.

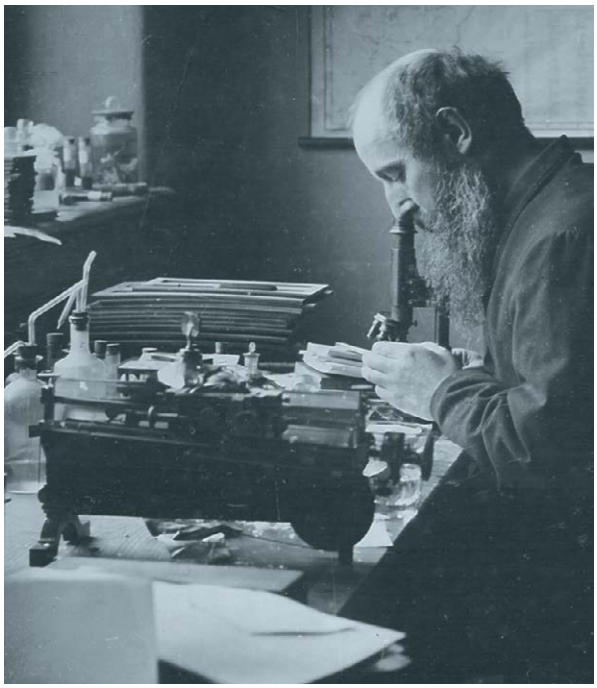
TECHNOLOGY AND KNOWLEDGE

Technology and science underwent great processes of change. Communication and infrastructure changed dramatically, and *the industrial revolution* entailed one of the most important changes in history.

The industrial revolution was closely connected with new knowledge in science and engineering. New ways of understanding the world and new ways of gaining knowledge created a transformation in world views and technology. Scientific thought and religious thought as different spheres had become a reality in the 18th century, and in the 19th century an even sharper line was drawn between religion and science. Darwin's theories of evolution represented a watershed, and in time they were to be very influential in the development of the natural sciences, and thus also medicine. The concept of somatic disease that emerged in the 18th century was consolidated in the 19th century. Supported by science, illness and health were seen as a separate field both as a concept and as an area of policy and welfare measures.

In the early 19th century, the ancient theories of the four bodily fluids and the so-called miasma theory were still firmly held within medicine. The miasma theory was based on the idea that illness was caused by poor air quality and emissions from the ground. The theory stood as the dominant understanding of the causes of illness until the mid-19th century, and was only given the death knell when modern bacteriology broke through in the 1880s.

Bacteriology is the field of study that deals with microorganisms. From the mid-19th century, medicine started to focus more on 'living infectious agents' , but the crucial breakthrough for bacteriology was Robert Koch's discovery of tubercle bacillus in 1882. A broader breakthrough for the recognition that bacteria could causes disease quickly followed, and in the following years the organisms that caused leprosy, cholera, diphtheria and typhoid were discovered. The discoveries did not immediately result in a revolution of the *treatment* of these diseases, but it became possible to better diagnose and prevent them. Another important change was the introduction of *antiseptics* and *aseptic* techniques. The English surgeon Joseph Lister was inspired by Louis Pasteur's proof that putrefaction was caused by micro-organisms spread by air, and in 1867 he started using a method using carbolic acid to stop infections of wounds. This is an *antiseptic* method, which means that micro-organisms are killed. Aseptic methods, in contrast, meant preventing microbes from at all entering the wound, including during operations. These methods were presented in Norway as early as in the 1870s, but only had a breakthrough after 1880:



Bergen doctor Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) at the microscope. In 1873, he showed that leprosy might be caused by microorganisms, and thus weakened the idea that leprosy was hereditary.
Photographer: Unknown. Leprosy Museum St. Jørgen's hospice.

for example, Rikshospitalet noted that it changed its routines in 1881.[54]

The understanding of the micro-organisms revolutionised medicine and hospital treatments. The traditionally dubious reputation of hospitals was related to the stigmatisation of the ill at the hospices, which had traditions back to the Middle Ages and the segregation of lepers. At the same time, it was a fact that infections often spread in the hospitals, and certainly they could not show uniformly positive results with regard to treatments. From the end of the 1800s, this was about to change, and the introduction of other hygienic standards was an important reason for this change.

WELFARE

The population increase, technology and knowledge production created *new basic conditions* within which to provide health services. The political and cultural development meant that health and welfare in the 19th century started being seen as *societal responsibilities*.

The reforms in the 19th century meant that the rank-based society gradually declined. Voting rights expanded and municipal self-governance was introduced in 1837, giving new frameworks for subsequent measures such as the introduction of municipal health commissions in 1860. Along with the abolishment of the privileges of the rank-based society, the processes that gave increased popular participation in politics led to the dissolution of old structures, and new ties and communities with shared interests were formed. Thus, one way to understand the demand that society should take greater responsibility for welfare and health is as an effect of the fact that the mechanisms that had previously surrounded people and ensured social security were disappearing.

The historian Anne-Lise Seip believes that the state's social structures from the early 1700s to the beginning of the 1900s can be divided into three phases: first a regulatory and order-focused state (with mercantilism as the economic model), then (from the first half of the 1800s) a laissez faire state (liberal), and then finally, from about 1870, a *social assistance state*. While the liberal state saw the responsibility for welfare and health as a private one, the social assistance state acknowledged that public authorities had responsibilities in many areas. In contrast to the later welfare state, the social assistance state was nevertheless based on welfare services generally being limited to low-income groups, and the state often shared responsibility with private and non-profit actors. According to Seip, this division is one of the *characteristics* of the social assistance state as it emerged towards the end of the 1800s and until some way into the period between the wars.

A differentiation and splitting of functions also took place, which led to a division into several types of institutions and a finer tuning of different groups in need of care. For example, a division emerged between the "retarded" (”åndssvake”) and psychiatric patients in the 19th century: these were groups that had previously been largely placed in the same rubric as "mad".

HEALTH LEGISLATION IN THE 1800S

Several laws, especially from the mid-1800s, helped regulate and coordinate health measures. These are the key acts:

The act relating to the insane ("sinnsjukelova") (1848) resulted in the insane being separated out as a distinct group; they were no longer to be part of services for the poor. Asylums (insane asylums) could be created following a Royal Resolution, and it was stipulated that the institutions were to be separate from other institutions. The genders were to be segregated, and the patients were to be divided according to their afflictions. Nevertheless, the existing lunatic asylums were given authorisation as insane asylums. The starting point for the act was that those who had previously been considered "lunatic" were *ill* and could be treated. Doctors were therefore given the overarching responsibility, and each institution was to have a doctor as its director. The law remained nearly unchanged until the *Mental health act* came in 1961.

Health Act ("Sunnhetslova", 1860): Full name: *Act regarding Health Commissions and regarding Precautions in the Event of Epidemics and Infectious Diseases ("Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme")*. The core of the act was the creation of health commissions (later called health councils) with doctors in prominent positions in all municipalities. The main goal of the commissions was to prevent diseases by passing regulations against epidemics and infectious diseases. The act has been called the "constitution of the health service".

The leprosy acts (1877 and 1885) were influenced by Armauer Hansen's discovery of the leprosy bacilli in 1873 and the recognition that the illness could be infectious. Among other things, the act prohibited lepers from going from farm to farm, as this could spread the disease. After the act was amended in 1885, it became possible to commit patients who were not quarantined in separate rooms in their homes.

Poverty legislation had largely also been "health legislation", but now these were distinguished as separate fields. New laws were passed that focused especially on health, and that helped create a sharper division between care for the poor and care for the sick. Seip believes that it is in the health field that we see that *universality*, the idea that public welfare services must apply to everyone, is clearest this early.[55] Nevertheless, hospitals still have the status of being institutions for lower-class people; people who were better off were generally cared for in their homes. However, although the state service for the poor paid for most of the patients at many hospitals up to sometime in the 1900s, the status of the institutions was on its way up.

A number of laws that regulated social issues were passed, including new poor laws (1845 and 1863) and various laws that regulated health issues. Nevertheless, there were debates about the extent to which society should intervene and regulate social issues: liberals argued that society should be cautious about intervening in these fields. Both the poor laws and the health act are characterised by their being compromises in this debate, which we will take a closer look at when we now move from general social policy to the health policies and medical service specifically.

HEALTH POLICIES

In its recommendation from 1814, the Norwegian Sundhedscollegium ("health council") wrote:

> *How important it is for a State to have a well-appointed Medical service, how influential this is for the welfare of the Citizens and for the reproduction of the Population, should hardly need to be first proved.*[56]

The health council tied the concept of a "medical service" to the establishment of the faculty of medicine, the Fødselsstiftelsen and Rikshospitalet: these institutions were expected to play key roles in the creation of a public health service.

However, these institutions were not at the top of a hierarchy, and were not subject to a comprehensive and unified administrative apparatus. In those terms, it was only the precursor of a medical service that existed in Norway on the opening of Rikshospitalet in 1826, and there was no cohesive and centrally organised hospital system. It was only in 1860 that Norway got laws that regulated such a medical service, or *health service* as it came to be known.

After the Norwegian health council was discontinued in 1815, the medical service was first located in the Ministry of the Police, later (from 1819) in the Ministry of Church Affairs, and then in the Ministry of the Interior.[57] The bureaucracy consisted mainly of lawyers; when the doctor Christian Thorvald Kierfulf was given the position as director of the medical office in the Ministry of the Interior in 1858, he was the first person with medical training in a leading position in the health service.[58] Both the army and the navy had their own health organisation independent of the civilian organisation. For instance, the quarantine system was under the Naval Ministry.

This organisation of the health service was subject to debate. In 1833, Professor Frederik Holst argued for the creation of a health council and a coordinated medical service under a single ministry with doctors in leading positions. This would lead to a "*Central body from which Everything goes out and to which Everything returns*".[59] Others argued that the local apparatus was the most important and should be built first, for instance by increasing the number of doctors. It looks like the strengthening of the central apparatus (at least as Holst viewed it) took time while the local health systems grew.

During the 19th century, the health professions were strengthened. The number of doctors and midwives increased dramatically. Around 1810, there were only about 50 midwives in Norway, but by 1850 there were as many as 500 midwife districts.[60] This meant that births started to be incorporated in a *medical* apparatus – they were *medicalised*.

In 1818 there were 10,000 people per doctor, and in 1860 there were 5,000.[61] As a profession, doctors remained weak compared to other public servants in the mid-1800s, but in addition to there being more doctors, there were also other signs of the profession becoming consolidated: local doctors' associations were formed, doctors' journals were founded, and the national *Norwegian Medical Association* was created in 1886. Christian Thorvald Kierulf was the first doctor with a prominent role in the health bureaucracy, and he played a central role both as the director of the Medical office and in the preparation of the Health Act of 1860.[62]

A parallel development was taking place in which understandings of the state's responsibility for health were changing. The historian Aina Schiøtz believes that the cholera epidemics that ravaged the country in the 1830s, 1840s and 1850s – and the measures they led to – played a central role in the creation of

a modern health system. Thus, she sees cholera as an "eye opener".[63] However, cholera is not the only explanation for the reforms in the mid-19th century. They are part of a general innovation of social work, welfare and the state's role in the responsibility for public health.

Before the Health Act of 1860, a quarantine act and an act relating to the insane were also adopted. *The act relating to the insane* of 1848 was based on an international movement that in the name of philanthropy took issue with the old type of care for the "insane" (in the lunatic asylums). Nevertheless, the mover behind the act was to a great extent Herman Wedel Major (1814-54), who is today considered the founder of Norwegian psychiatry. The act used the terms "asylum" and "healing institution", and stipulated that these types of institutions were to be run by doctors, with the asylum director at the top. The act relating to the insane led to the lunacy asylums ("dollhus") changing name to insane asylums ("asyl"), as well as to the construction of a large new state-owned asylum, Gaustad (1855).[64] *The quarantine legislation* was a response to the cholera epidemics that affected the country after 1830. As early as in 1831, a *Central Commission* for cholera was created, and provisional local health commissions were to monitor, inform and ensure that the precautionary rules were complied with. The quarantine legislation was an enactment of existing practices, but it shows a willingness to legislate with regard to health.[65]

An *overarching* statute for medical issues was discussed soon after 1814, but a general act was only introduced in 1860. It's full name was *Act regarding Health Commissions and regarding Precautions in the Event of Epidemics and Infectious Diseases ("Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme")*. The work on the act was inspired by provisional cholera commissions that were formed in the 1830s, as well as similar local leprosy commissions. The law commission saw a need for corresponding permanent health commissions because "*lethal Epidemics as well as ongoing prevalent Diseases can best be fought through preventative Precautionary rules and by combating the causes of the Diseases*".[66] The commission admitted that laws in this field could lead to restrictions both in regard to the principle of private property and in regard to personal liberty, but thought that this could best be prevented by granting the authority to the municipalities, which could adapt decisions to local conditions. However, in order that focus should be drawn to this locally, it was necessary to create separate bodies in the form of permanent health commissions ("Sundhedscommissioner"). The health commissions were to consist of district doctors (or town doctors) as well as representatives of the local council. In the cities, city engineers were also to sit on the commissions. Emphasis was placed on the importance of having doctors represented, and that they were to have a central position and be listened to especially.[67]

In other words, the Health Act provided a framework for local health services in which the health commissions (later called health councils) were foundational. In this way, local initiative was made paramount, with the Health Act a framework legislation that enabled the creation of *local* regulations. However, an extensive reformation of the *central administration* did not take place.

For the general health service, the principle applied that responsibility rested with local authorities represented by the health commissions and the municipalities. With regard to the somatic hospitals, both amt (later counties) and municipalities initiated, owned and funded the operation of these, though hospital construction was not covered by the Health Act. This principle was in line with liberal values about the state being cautious of intervening in too many fields. In contrast, the system of care for the insane was governed according to clear rules, and several state institutions were created. The same was true for care for lepers. This was likely related to these being groups that at the outset had been separated from "ordinary" people, and that more invasive regulations thus were possible even within a liberal framework.

In the 1800s, interest was emerging in *leprosy* as an illness that could be prevented and treated, which entailed a break with the sense of fate that had surrounded this affliction through many centuries. Measures were started already in the 1840s, and several institutions were created. Furthermore, general measures commenced during the 1850s, such as the creation of a dedicated chief physician for leprosy, the creation of a central leprosy register and the creation of local health commissions in districts where leprosy was common.[68] In the aftermath of the Bergen doctor Gerhard Armauer Hansen's discovery of leprosy bacteria in 1873, new laws in the field were enacted that presumed that it was an infectious disease. The first was a leprosy act adopted in 1877

and amended in 1885 to include provisions that allowed for involuntary committal.

The policies around leprosy and insanity show a greater willingness to create legislation for institutionalisation than was the case for other somatic diseases. Tuberculosis was one of the greatest threats to health at the end of the 19th century, and here too we see how legislation permitting institutionalisation became the solution. The tuberculosis legislation of 1900 was a "pioneering work" internationally, and formed a model for legislation in other countries. Although tuberculosis peaked as a fatal disease at the turn of the century, it was in the first decades of the 1900s that the construction of sanatoriums and tuberculosis homes took off.

Thus a new apparatus was ready in Norway at the end of the 19th century: a health service that covered more than the medical services in the first half of the century. At the same time as new hospitals emerged, hospitals were being reorganised.

The institutions

The 1800s is the period when the hospital as an institution started getting a higher status, despite persistent ties to services for the poor. After 1814, it was seen as a national task to create a central hospital: Rikshospitalet. Apart from this, in the 1800s the somatic hospitals were a task for local and regional authorities.

1814 AND RIKSHOSPITALET

In 1814, the Norwegian health council wrote:

> *After Independence from Denmark, Norway now lacks a Hospital, to which any Citizen can have Access with the Knowledge that in uncommon or significant incidents of Illness he can find the Help that he cannot at all or can only with significant Difficulty or Cost have in his House, where the young Doctors under the Supervision of skilled and experienced Men can be given the Opportunity to apply the Theory that they have gathered at the University, and acquire such practical Training that they with Confidence can perform their important Calling*.[69]

The conclusion was that a general, central hospital with 150 beds and a maternity institution with 30 beds were needed. The council was created in 1809 as a result of the crisis situation related to the isolation during the Napoleonic wars. There were two reasons for the creation of these institutions: they were to both be a guarantee that professional treatments were available to those who needed them, and serve as places for instruction and practice for student midwives and doctors.[70]

The first step in the creation of Rikshospitalet was the conversion of the military hospice at Hammersborg (where the current government quarter is), which started to be used for its new purpose in 1826. At the same time, the old Christiania Civile Sygehus started to be used as Rikshospitalet's department for sexually transmitted diseases and "rade" disease. Fødselsstiftelsen was created as an institution in 1818, but it only moved into a building specially constructed for the purpose in 1837.[71] In 1842, the hospice got a new main building and two years later the entire operation was gathered at Hammersborg.[72] This facility was soon too small, and after several years of discussions, a new facility opened in Pilestredet in 1883. The oldest part of Rikshospitalet (Militærhospitalet) was torn down in 1962, but was rebuilt at Grev Wedels plass in 1984.

THE SOMATIC HOSPITALS: "LOCALISM"

Rikshospitalet has a special position among the general somatic hospitals, both in that it is state-owned and in that a central part of its operations were related to research and the teaching of doctors. Hospital development in the 1800s can otherwise be characterised by the term *welfare localism* –which the historian Tore Grønlie uses to characterises a development where the hospitals were founded by local initatives.[73] The term covers both private hospitals, municipal hospitals and hospitals owned by amt (counties) and non-profit organisations. This stands in contrast to, among other things, the psychiatric field, where the state was involved both as the owner of several institutions and as an organiser through guidelines for the creation of amt asylums. Here, we will use localism to describe hospital developments throughout the 1800s, though Grønlie originally used the term to describe developments from 1890 and into the 1900s.

In medical statistics from the 1830s, the following three classifications of institutions were used: "Ordinary hospitals", "Particularly for venereal diseases, 'rade' disease and other malignant skin conditions" and "Insane asylums". In 1834, there were ten of the first type, 18 of the second and three insane asylums.[74] The division is influenced by many of the hospitals having been established as a result

TABLE 1: GENERAL SOMATIC HOSPITALS 1855-1895 (NUMBER OF HOSPITALS MENTIONED IN MEDICAL STATISTICS)[75]
State hospitals are not included.

	Amt	Muni-cipal	Fisheries hospitals	Other	Military	Total
1855	11	7		1		20
1865	18	12			5	35
1879	18	14	7	1	5	45

of the "rade" disease from the end of the18th century (see ch. 3). This category disappeared from statistics in the 1840s, but the same hospitals continued to exist. This relates to the institutions simply being defined differently, and it was undoubtedly also related to "rade" disease as a category being on the verge of disappearing.

In 1847, the category for venereal hospitals was no longer found in the statistics, which related to the decline of "rade" disease as a category of illness and a new organisation of the hospitals. Many of the venereal hospitals had functioned more as nursing homes, but several transitioned to become general and modernised amt hospitals. Table 1 shows the number of hospitals between 1847 and 1899.

In the last decades of the century, there are no great changes in the number of hospitals in the medical statistics (the greatest change is that the number of military hospitals declines). From the table we can see that amt hospitals and the municipal

Special public measures for those involved in the fishing industry have been in place since the 1790s. In this photo from the 1960s, a fisherman receives care on board the hospice ship *Elieser*.
Photo: Photographer Kristian Kanstad. Lofoten Museum's photography collection.

TABLE 2: PATIENT DAYS IN THE HOSPITALS
Includes Rikshospitalet.

	Patient days	Population	Patient days per citizen
1865	347,795	1,678,510	0.21
1895	561,575	2,068,848	0.27

hospitals (mainly in cities) were the largest category of hospitals. However, several hospitals were co-located, so that a hospital listed as an amt hospital in the statistics in practice often meant that the amt paid to have patients admitted to a city hospital. Rikshospitalet is the state hospital, and later on state leprosy hospitals also emerge (see separate subheading). In 1855, a hospital belonging to Helgeland vogt is listed, and in 1879 the Diakonissehuset in Oslo has been included (it opened in 1868). We must also assume that hospitals and hospices existed that are not part of the reports for the medical system. The main impression is that municipalities and amts are the chief builders of hospitals at the end of the 19th century. At the beginning of the 20th century, the picture is supplemented by more hospitals being established by non-profit organisations and other non-governmental organisations, but amts and municipalities are still the driving forces with regard to somatic hospitals. The number of patient days tells us something about how the hospitals increased capacity.

In order to get a better view of hospital operations in the 19th century, we can for example take a closer look at *Trondhjem's Civic Hospital*. In 1817, the *city* had taken over the institution from the foundation that had previously funded the operation of the hospital, and from then on the operation was funded by a separate hospital tax. The hospital did not have its own doctor until the middle of the century; public doctors took turns visiting. Administratively, the hospital was under "Fattigkassa" (service for the poor) until the 1840s, when it moved to being what the historian Svein Carstens calls "a municipally owned company" in which patients had to pay a certain amount to be admitted (often paid by the service for the poor). It was only in 1845 that the hospital had its first Chief Physician, as well as a Registrar. During some periods, both Søndre and Nordre Trondhjems Amt's (the Trøndelag counties) hospitals consisted of rented rooms in the city hospital.[76]

The hospital in Trondheim illustrates some

characteristics of hospital developments in the 19th century. It changed from being part of the state service for the poor to becoming an independent administrative unit, it changed from being staffed by carers to having permanent doctors and the changes in the administration of the hospital emerged from local initiatives rather than a central policy. It is a thus an example of welfare localism.

At the beginning of the 19th century, hospitals were characterised by patients largely being admitted by the state service for the poor: they were not seen as exclusive places for the practice of medicine by either doctors or patients (wealthier patients received doctors in their homes). For example, Jens Andreas Holmboe, who from 1863 was the Chief Physician at Bergen municipal hospital, characterised the hospital in the city as "*completely unsuitable and nearly unusable and gave such a sad, poor and mean Impression that the entire Facility had a shabby, nearly horrid Appearance*.[77] This changed in the period to the turn of the century: hospitals were given a very different status, doctors were to a much greater extent hired on a permanent basis, and the reputation of hospitals improved.

In Christiania, the functions of the city hospitals were transferred to Rikshospitalet in 1826 with the city being guaranteed a certain number of beds there. In 1859, this system was replaced when Krohgstøtten opened as the city's own hospital. The growth of the city meant that a larger hospital was needed, and in 1887 the first building phase at Ullevål was completed.[78]

In Bergen, the equivalent new facility did not appear until Haukeland hospital was completed in 1912. In the meantime, Bergen civic hospital expanded through the construction of an addition, by the taking over the previous leprosy hospital Lungegaardshospitalet in 1894, and by the construction of a disinfection facility ("Lasarettet") in 1891. The insane asylum and mental health hospital were integrated in the hospital, but these were separated out as a result of the act relating to the insane in 1848. Patients were also received from the amts Søndre and Nordre Bergenhus (Hordaland, Sogn og Fjordane) in that the amts paid to have patients admitted to the city's hospitals.[79]

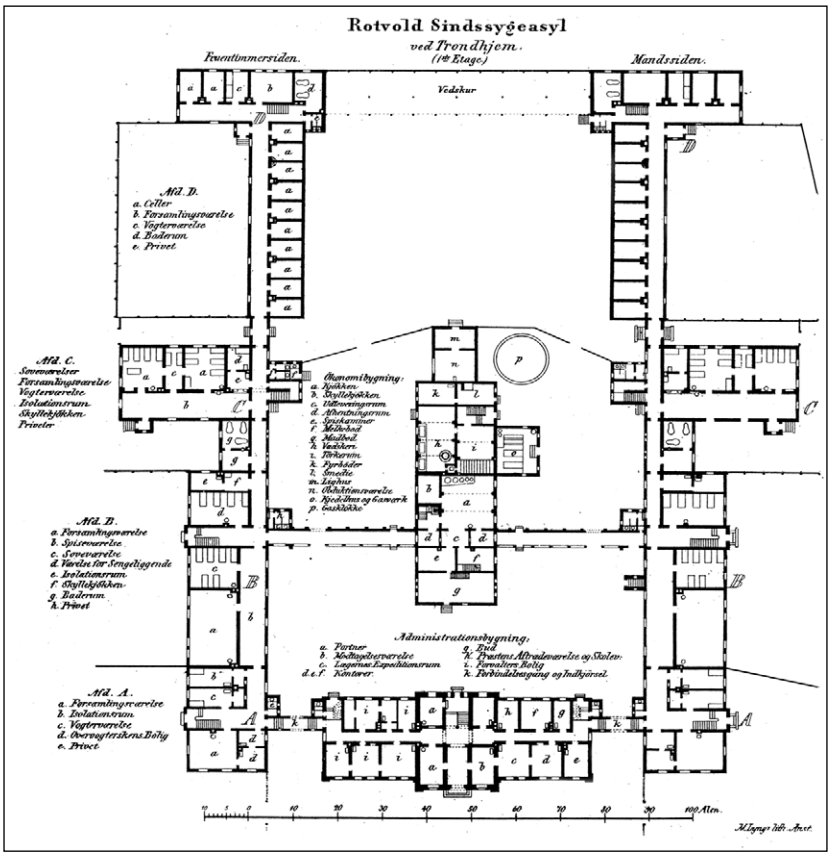
The development in Nordland is another example of how local initiatives shaped hospital developments. "Det Nordlandske Medicinalfond" ("The Nordland Medical Fund") was based on fees from fisheries products and covered the construction and operation of the first hospital, located at Bodøsjøen.[80] Later, the fund also covered new buildings in Bodø (1832 and 1881), and the municipalities and the amt were additional actors. The collaboration of multiple actors at the local and regional level steered developments.

HOSPITAL ARCHITECTURE: PAVILIONS AND CORRIDORS

In line with the Enlightenment, new ideas about hospital construction emerged in the 18th and 19th centuries. [81] Frederiks hospital in Copenhagen (1757) was in the baroque style, with open wards (with no corridors), but at about the same time ideas about pavilions and corridor systems emerged that broke with this type of structure.

Hôpital Lariboisiére in Paris (1846–54) entailed a breakthrough for the *pavilion hospital*. The pavilions (buildings with three floors of hospital wards) were located far apart and were connected by colonnaded walkways. This became an important model in the 19th century. The other important model was the *corridor system*, as for example expressed in the *Municipal hospital* in Copenhagen. This was built in 1859-63, and is based on side corridors running the length of the building The new building at Rikshospitalet from 1842 was not inspired by either of these systems: for example, this building had corridors in the middle of the building, which at the time was pointed to as a disadvantage because the corridors were dark, closed-in and collected "bad" air.

The pavilion system and the corridor system were to be highly influential on hospital construction in the 19th century. In terms of style, the first part of the century was characterised by Classicism and Empire, followed later by *Historicism,* where styles from previous eras were "rediscovered" and given new content (for example Neo-Gothic, Neo-Renaissance and Neo-Baroque). Buildings in wood were often built in the so-called "Swiss chalet style" with large roofs and wood décor. With regard to the functional aspects, theories about infection and disease prevention greatly influenced design. In practice, the miasma theory continued to have an impact for some time after it had been discarded scientifically. According to miasma principles, buildings were to be located somewhere dry, high, in open space and sheltered from the wind. Damp ground was prohibited because rotten earth was seen as the cause of smells that could cause disease. Emphasis was also

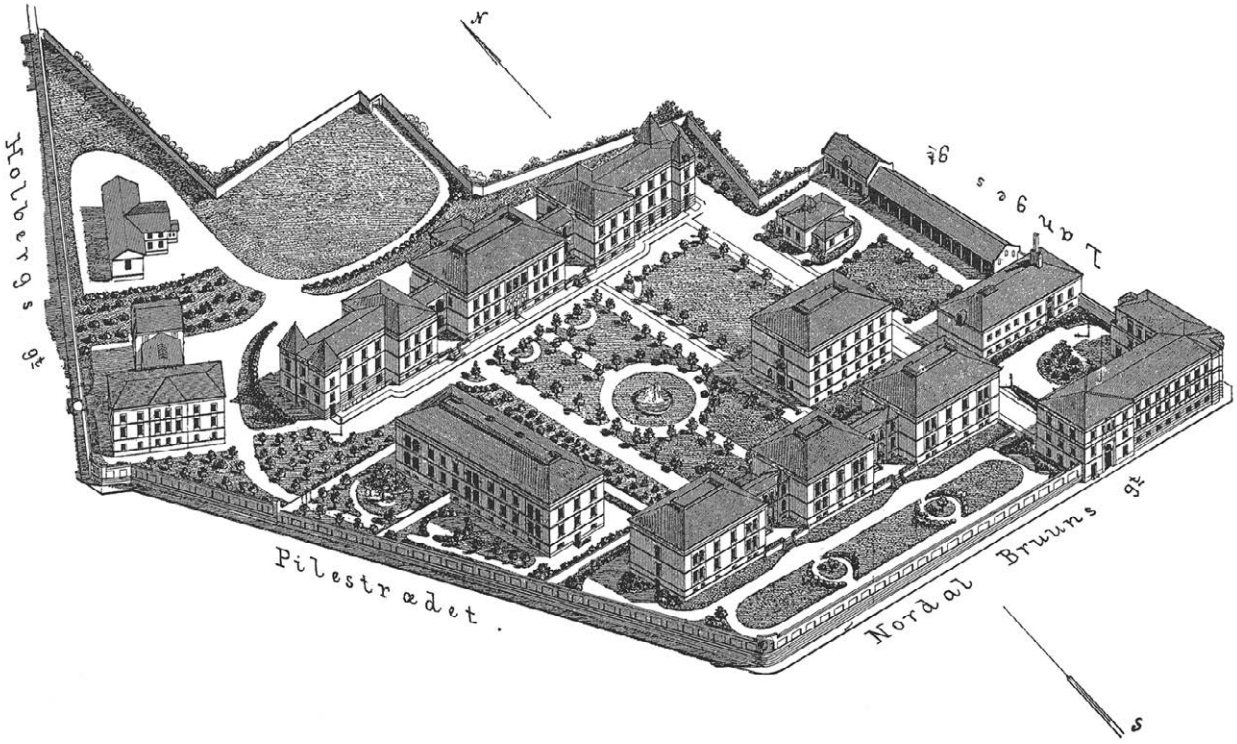


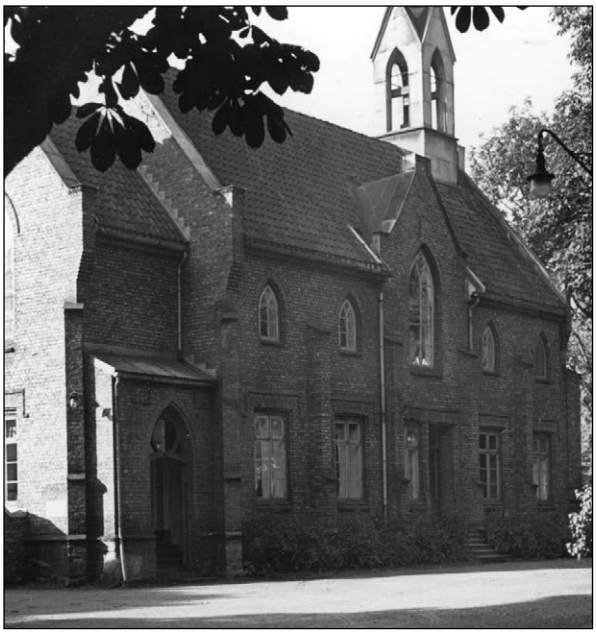
Plans for Rotvold Sindssygeasyl (insane asylum) outside of Trondheim. The hospice was completed in 1872, and was built according to the "corridor system", with corridors on the sides.

placed on planting trees around hospitals, as well as on light and ventilation. These ideas advanced the pavilion hospital while also discouraging the old, compact hospital buildings.

Kroghstøtten hospital in Christiania was built taking some of these hygienic conditions into account. However, it was the new Rikshospitalet and especially Ullevål hospital (1887) that first represented the breakthrough of a planning in which medical knowledge and building competency

"The new Rikshospitalet facility" dated 1883. The facility was very well thought out and carefully planned. At the top left, located on its own, we can for instance see the so-called typhus barracks.
The picture is from the Festschrift for the Royal Frederick University 1811-1911 *(1911).*





Kroghstøtten hospital opened as the capital's "own hospital" in 1859, even though most of the places in the complex were reserved for the poor of the city. The building is in Neo-Historical, Neo-Gothic style, and the façade is in red brick. The architect was Christian Heinrich Grosch (1801–1865), who also drew many buildings in the Neo-Classical style in Christiania in the 1800s. Today, part of the casualty clinic is in this building. Photo: Halvor Vreim. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

were integrated. The new Rikshospitalet that was completed in Pilestredet in 1883 was partly organised in accordance with the pavilion principle. The building was in a restrained Classicism and doctors had been heavily involved in the planning process.

The epidemiology department that was the first building phase at Ullevål (completed in 1887) was a more thorough version of the pavilion principle. Four hospital pavilions comprised the core of the facility. These were wooden structures in one level with a two-level mid-section in brick, executed in a simple Swiss Chalet style. Ventilation and air were emphasised: windows were placed near corners to "air out dead corners", ventilation towers ("miasma towers") were placed in the garden between the buildings, and air was led into the pavilions through subterranean channels. The park was also carefully planned and the hedges served the function of protecting against bad air from the outside and between the pavilions.

Later expansions moved away from the pure pavilion principle. Larger buildings with corridors were more practical, and after the introduction of antiseptics and bacteriology, it was no longer considered necessary to have great distances between the buildings. The art historian Wenche Louise Nielsen points out that though antiseptics and bacteriology had their scientific breakthrough in the 1880s, it was in the 1890s that they led to new architectural solutions. A concentration of the buildings was again possible. Nevertheless, some of the elements that were central during the reign of the miasma theory continued to be emphasised: leisure areas, air and light.

BATHS, HEALTH SPAS

From time immemorial, there has been a perception that drinking from special sources or bathing in special types of water promotes health. In the 1800s and the early 1900s, a greater focus on hygiene and the building of baths emerged, whether it was health spas, public bath houses with showers and bathtubs or school baths.

In the course of the 1800s, health spas were created in several places. The Sandefjord baths opened in 1837, St. Olav's baths at Modum opened in 1857, Grefsen Vandcuranstalt opened the same year and Hankø baths in 1877. As institutions, they can be compared with the mountain sanatoriums that were established before 1900. The "patients" were people from the bourgeoisie and upper class, and the stays met the need for rest and quiet just as much as they served health purposes in a stricter sense.

When public health was placed on the agenda in the late 1800s, issues around baths also became important. Baths were built by both municipalities and private bodies, and school baths played an important role in this work. In the 1920s, this was further developed into swimming pools many places, with the schools leading the way. Baths became important elements in hospitals in the cities. For example, Bergen municipal hospital added baths around 1840, and city residents could also use them on payment.
Sources: Mykleby 2000, Pihl 2001: 20.

Sarpsborg baths were a typical expression of the view of the era that the population should have access to facilities that could help improve hygiene.
Photo: Unknown photographer. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

A change in the view of the somatic hospitals was also underway. They were about to become more sharply distinguished from other institutions (such as asylums, old age homes, etc.) and more sharply distinguished from care for the poor. Rikshospitalet's new facility and Ullevål hospital were the foremost expressions of hospital buildings according to the ideals of the time, with architectural, engineering and medical competency as important factors in the planning.

Hospital building in the rest of the country appears to be marked by diversity. Large hospitals were planned in both Trondheim and Bergen at the turn of the century. Most hospitals in the country were still small and in many places buildings were used that had originally been built for another purpose.

PSYCHIATRY: FROM LUNATIC ASYLUM TO ASYLUMS

The act relating to the insane of 1848 removed the lunatic asylum ("dollhus") from medical statistics. The term "asylum" ("asyl") replaced it, and in 1854 six of these are mentioned in the medical statistics: *Christiania, Oslo* (at Oslo hospice), *Christiansands, Stavangers, Bergens* and *Trondhjems*.[82] However, the break was not definitive: all of these institutions had previously been lunatic asylums, but had been approved as asylums in the aftermath of the act relating to the insane. Physically the lunatic asylum in Christiania was thus in operation until 1908, in Trondheim until 1921, and in Bergen the public hospital for the insane operated until Neevengården asylum (subsequently Sandviken) opened in 1891.[83]

In Bergen, the "hospital for the insane" had been built as early as in 1833, next to the old lunatic asylum. The break with the cell-like design of the lunatic asylum means that this can be considered one of the earliest insane asylums in the country. The hospital for the insane was administratively integrated with the civic hospital, and they were located in the same area at Engen. It was only as a result of the act relating to the insane of 1848 that they were organisationally separated.[84] In this way, the act introduced a division between the somatic ill and the mentally ill that had previously been less clear.

A direct follow-up of the intentions in the act relating to the insane came in the form of the 1855 establishment of Gaustad asylum as a state-owned asylum. This was also the largest hospital *in general* in Norway in the 1850s: with 300 beds it beat both Rikshospitalet and the leprosy hospital Pleiestiftelsen in Bergen.[85] Gaustand thus dominated among the Norwegian asylums: in 1858, it had nearly 78,000 patient days; the second largest was "Tronka", or Trondheim asylum, with 23,621 patient days.[86] It therefore became a natural centre of Norwegian psychiatry; teaching of medical students took place here and according to Svein Atle Skålevåg, a historian of psychiatry, the Director gained "a sort of primary position in Norwegian psychiatry".[87]

The prime of the asylum as an institution only really took off in the last decades of the 19th century, with the creation of more asylums, and with increasing numbers of doctors specialising in psychiatry. In addition to Gaustad, two other state asylums opened in the second half of the 19th century: Rotvoll in Trondheim (1872) and Eg in Kristiansand (1881). Two private asylums also opened in Bergen: Dr. Rosenberg's (1862) and Møllendal's (1865). Yet in parallel with the asylums, care was also provided in private; in other words, psychiatric patients were cared for in families, often in the rural areas, and a large number of patients continued to be treated in this manner some time into the 20th century.[88] Additionally, some were treated at somatic hospitals.

Gaustad state asylum opened in 1855 in rural surroundings and quickly became the largest hospital in the country. The asylum was a result of the act relating to the insane of 1848 and can be said to be the first modern psychiatric hospital in Norway.
Photo: Hermann Christian Neupert (1875). The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

The large newly built asylums were state-owned, while the older, previous lunatic asylums had been and continued to be municipal after being authorised as asylums. The next wave of asylum building started in the 1890s, and it was then primarily the amts that were the builders. The Neevengaarden asylum in Bergen (later Sandviken hospital) was established as a combined municipal asylum for Bergen and an amt asylum for Søndre Bergenhus (Hordaland). In the following decades, many new asylums were established. These were mainly amt asylums, but municipal asylums and one state asylum (Rønvik in Bodø) were also established.

The newly constructed asylums had a number of special features, both as types of institutions and architecturally. Most were located some distance away from urban areas, and they were built as self-sustaining communities with farming that was to provide both income and food, and function as therapeutic work.

Policies on insanity shows an active state, both as a facilitator through legislation and through the creation of state asylums, which contrasts to the decentralised development of somatic medicine. However, the state was also active in relation to leprosy.

LEPROSY: THE STATE ASSUMES RESPONSIBILITY

In a European perspective, leprosy was an illness on the wane in the 19th century, but in Norway it continued to be common.[89] On the initiative of the government, a research hospital was therefore built in Bergen – the Lungegaardshospital – that was completed in 1849. A larger state institution, Pleiestiftelsen no. 1, was also built in Bergen and opened in 1857. In 1861, the state leprosy hospitals in Romsdal amt (Reknes) and in Trondheim (Reitgjerdet) were completed. The construction of these institutions clearly reflected the state's willingness to tackle the leprosy problem, and their aims included nursing, segregation of leprosy patients from the general public and, not least, research.

These leprosy hospitals had some similarities with the asylums: they were built as institutions that segregated their patients from the general public, they were established for a group of patients that it was relatively easy to argue that society had to protect itself against (both based on traditional stigmatising views of lepers and based on modern medical understandings of the causes of the disease). To some extent, we can thus understand the more proactive state intervention with regard to leprosy and psychiatry as a result of the particular characteristics of the patient groups, which meant that liberal arguments lost their power.

As modern institutions they were thus part of a larger contemporary project of segregating patients, exemplified by the large contemporary institutions such as, for example, Gaustad (or Botsfengselet prison from 1851 for that matter). These were monumental facilities and they were also "total". In sharp contrast

CARE FOR THE OLD

Hospices and foundations have for centuries been for both sick people and for old people who could not look after themselves and did not have family to care for them. Several foundations were especially for the elderly, such as Strange's foundation in Bergen from 1609, which was to receive elderly widows or unmarried women. Some of the foundations were also for the previously wealthy, or, as the founder of Thomas Angell's house in Trondheim put it in 1770: for those who "are of high birth but who have descended into poverty".

In the 1800s, several old age homes or nursing homes operated by churches and municipalities emerged. In the 1900s especially, non-profit organisations such as the Red Cross were important, but homes associated with specific professions, such as fishermen, or groups with specific problems, such as the deaf and blind, were also important.

The National Insurance Act of 1966 made it possible for many elderly people, and elderly people with special problems, to manage on their own to a greater extent. In general, there is a particularly large variation among buildings constructed specifically for the elderly, from cosy garden cities like Eugen Hansen's small houses in Oslo (1927) to more controversial facilities such as Økern retirement home (1955) by Sverre Fehn and Geir Grung. In Bergen, "The old people's town" was erected in 1954 to combat the poor living conditions of many elderly people.

The institutionalisation of old age has been especially rapid in the last 30 years, and in recent years it has become common for people to spend their last years of old age in institutions (either retirement homes or nursing homes). Today, Norway is the country with the most institutional beds in Scandinavia. Compared to the neighbouring countries, there are relatively fewer care homes and a smaller in-home care service.
Sources: Daatland, Svein Olav (ed.). 1997, Harris 2003a, Maliks 2005.

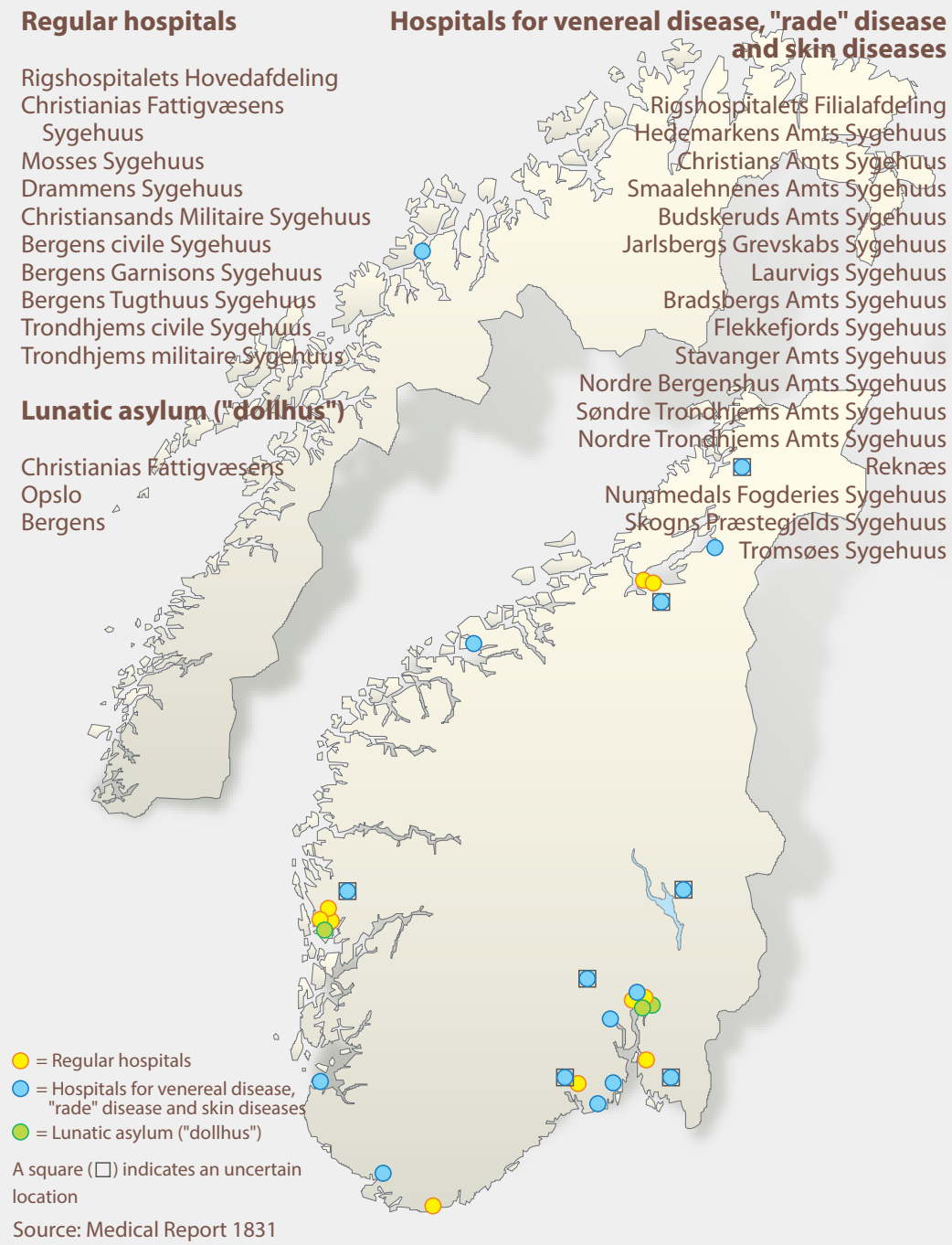
"The endowment for the care of lepers, no. 1" ("Pleiestiftelsen for spedalske no. 1" (also known as "Pleiestiftelsen") in Bergen opened in 1857 and was named as such because the endowments Reknes near Molde and Reitgjerdet near Trondheim (both opened in 1861) were expected to be numbers two and three. The building is massive and in the Swiss Chalet style, drawn by architect Hans Hansen Kaas. It may be Norway's largest building in wood. It was built for as many as 280 patients. "Pleiestiftelsen" received international attention and was seen as a model of hospital construction. The institution was the site of Gerhard Armauer Hansen's research on leprosy. It stands as the main representation of the state's offensive against leprosy in the 1800s, but is also an example of the general building of large "total" institutions such as Gaustad asylum and Botsfengselet prison in the mid-1800s. Since 2002, the buildings have housed the Medical Birth Registry at the University of Bergen.

Photo: The Regional State Archives in Bergen.

to the somatic hospitals, they functioned to some extent like small communities within the community.

In the 19th century, the hospital emerged as an independent institution, and there was a more fine-tuned division into different types of institutions and more rigid distinctions between different patient groups. This took place at the same time as the medical system was in the process of presenting itself as a more independent phenomenon – something different than services for the poor. However, elements of the old traditions remained in in place, and it was only in the 20th century that large hospitals with a larger staff became a nation-wide phenomenon.

HOSPITALS MENTIONED IN THE MEDICAL REPORT FOR 1831



As we do not have a complete overview of the locations for the different amt hospitals, these have been placed randomly in the amts. Note that some of the amt hospitals may also have been located in other amts, but they are placed on the map based on the amt that owned the hospital. Also note that many institutions have been left out of the statistics, such as St. Jørgen's hospice in Bergen.

CHAPTER 5. 1900-2006

Around 1900, the hospital as an institutional type was still characterised by the majority of the patients having a low social status and by many being admitted for the account of the state service for the poor. This changed in the course of the first half of the 1900s, and the status of hospitals improved. As medical knowledge and technology developed, hospitals were more clearly differentiated from nursing and care institutions, and emerged as centres of advanced and prestigious medical treatment and research.

The specialisation led to the development of new, distinctive institutions in the course of the century, and institutions that had barely been established at the end of the 1800s were further developed and specialised. The most important part of this is that the tuberculosis institutions (sanatoriums and tuberculosis homes) were established throughout the country, institutions treating addictions appeared, there were more institutions for the mentally disabled, and nursing homes became a distinct category. Maternity wards were established across the country, and in time these became the normal place to give birth.

From the 1960s, we also see the opposite trend: institutionalisation is criticised, and a partial dismantling of the number of beds within psychiatry and services for the mentally disabled takes place. Furthermore, there is a parallel institutional concentration, a "de-specialisation", as several functions are located in the larger hospitals. Both psychiatry and, for instance, pulmonary departments, become parts of the large hospitals, where previously they had to a greater extent been separated out into their own institutions such as psychiatric hospitals and tuberculosis sanatoriums.

The key trend in the last century or so is the significant construction of institutions. *The hospital* has achieved its clear form as an institution and building, both in the terrain and in the mental landscape of most people.

The tower was a natural part of the traditional hospital until the 1930s. Victor Nordan was the architect in charge of the second phase of Ullevål hospital, 1898-1926.
Photo: Leif Maliks.

Society and health

DEMOGRAPHICS

The population of Norway has more than doubled since 1900, when it was 2.2 million against the current 5.1 million. Just as significant as the large population increase are the changes in patterns of where people live: around 1900, a third of the population lived in urban areas, and right up until after the Second World War, more than half of the population lived in rural areas. The second half of the century was characterised by a continuous movement towards urban areas, and in 2005, nearly eight of ten people lived in urban areas.

The 1800s are characterised by an unprecedented decline in the mortality rate, and though the decline in mortality (especially among infants) continued in the 1900s, it is the change in the birth rate that is the key demographic trend. While in 1900 there were about 30 births a year per 1000 population, in the early 1990s this had more than halved.[90]

These demographic facts tell us something

about how much society has changed in the last century or so. The country has been urbanised and families have become smaller. This coincides with changes in the disease situation (the eradication of a number of illnesses, an increase in others - especially the so-called lifestyle diseases), the construction of a welfare state, and not least a health service in which *the hospital* for the first time in history is central.

WELFARE: THE SYSTEM AND THE ACTORS

Until the 1930s, the systems for helping people during illnesses and old age were mainly characterised by a social assistance approach (see separate box) and a conglomerate of public and private actors. Subsequently, a new phase emerged: the welfare state was about to be established.

In the early 1900s, a number of reforms of social schemes were made, such as the improvement of the health insurance scheme in 1909 and the introduction of the principle of the father's duty to also pay support for a child born out of wedlock. This type of measure shows us a state more willing to take action with regard to social policies. Nevertheless, it is only in the mid-1930s that we can talk about a transition to a *welfare state* characterised by social solutions that all citizens were entitled to and that were mainly a state responsibility. It was only in the post-war period that this welfare system was really expanded and consolidated, and in the decades after the war there was a general political consensus about the key characteristics of this system. The collection of all national insurance schemes in one act, the National Insurance Act of 1966, is generally seen as the crowning achievement.

The transition from a social assistance state to a welfare state also impacted the hospital sector. In the first half of the century, the sector had little central coordination, and included state, county, municipal and private actors as owners and operators. It was only with the Hospital Act of 1969 that a real coordination of hospital construction emerged and there was also a clear allocation of responsibility to the counties.

DISEASES, KNOWLEDGE, TECHNOLOGY

In the period from 1900 to about 1950, the clinical picture was primarily marked by tuberculosis.[91] Though this disease peaked as a cause of death in 1900 (when it killed 7,000 people), it remained a significant threat until the infection figures started to decline radically and treatments became more effective in the 1940s. Tuberculosis is also in a unique position as an "institution builder" in the first three to four decades of the century. This contrasts with, for example, the Spanish Flu epidemic that hit the country hard in 1918 and 1919. The Spanish Flu infected 1.2 million people (in other words, nearly half the population), and killed 15,000. It had significant cultural symbolic power, but did not lead to the creation of any unique institutions.

The traditional infectious diseases that had previously dominated, such as tuberculosis, polio, diphtheria and measles, became much rarer in the post-war period. In this situation, it was the so-called

SOCIAL ASSISTANCE STATE – WELFARE LOCAL AUTHORITY – WELFARE STATE

"*The social assistance state*" is the term Anne-Lise Seip uses to characterise welfare policies in Norway from 1870 to the middle of the 1930s. She believes the era is marked by the driving forces in the construction of social measures being the state, municipality and private actors (often in the form of non-profits). These three main types of actors forms what she refers to as the "*welfare triangle*".

In contrast, the historian Tore Grønlie argues that the authorities, meaning the county authorities and the primary municipalities (and especially the cities) played a more central role than the other actors in the triangle. According to Grønlie, the term "*welfare local authority*" therefore captures the characteristic of the period better. In Grønlie's view, the local authorities were the *driving forces* in the development of the welfare measures, and were more central than both the state and the private actors until some time into the post-war period. The term "*welfare localism*" (Grønlie 2004b) also captures the developments within the hospital sector. Local needs and a multiplicity of local interests created welfare schemes and established institutions.

In a *welfare state,* the state and the public sector have the principal responsibility for the welfare of the citizens. In the Scandinavian welfare state model, the idea of *universality* is central. This means that welfare services apply to all citizens, and that benefits and the taxation system are organised with a view to redistribution and levelling out income differences.

In Norway, the move from a social assistance state to a welfare state is often dated to when the Labour Party assumed power in 1935, but it was especially in the post-war period that the system took shape. Where the municipalities were often the ones that initiated and operated welfare measures until 1935, after that the state entered gradually, issuing regulations and assuming responsibility.
Sources: Seip 1984/1994, Grønlie 2004a, Grønlie 2004b.

life-style diseases that grew. In this spectrum, we can include both cardiovascular diseases and psychiatric afflictions. While tuberculosis stood out as the most frightening disease a century ago, cardiovascular diseases and cancer have today become common, and they influence the health service and hospitals.

Antibiotics were discovered in 1928, and some years later they had been developed for general use in medical practice. This revolutionised the fight against diseases, including tuberculosis.[92] In the 1900s, as a field, medicine made new revolutionary discoveries (antibiotics, hormones, etc.) and made use of the knowledge through the development of technology and competencies. X-rays were discovered at the end of the 1800s, but only started to be widely used in the next century. Today, hospitals are technologically advanced institutions, in stark contrast to what was the case a hundred years ago.

THE HEALTH SERVICE

The Ministry of Social Affairs was created in 1916, and it had two offices for medical issues. Special chief physician positions for tuberculosis (1914) and psychiatry (1919) were also established. With regard to the doctors, the Act regarding medical business ("Lov om offentlege legeforretningar") from 1912 enhanced and expanded the district doctor scheme (which was a public servant appointment). The *municipal* involvement in health issues was nevertheless the most important in the first half of the 1900s, when the municipalities fronted the construction of somatic hospitals. Non-profit organisations were also central in the work on public health.

The recession in the 1920s slowed the growth in health measures somewhat. It was only around 1935 that a watershed appeared: the general financial outlook was again looking good, while at the same time ideas about a welfare state were starting to have an impact. In the field of health policy, Labour Party policies represented a turnaround. One of the prime movers for an improved health service run by the state was the young, radical doctor Karl Evang, who in 1938 was appointed Director of Medicine.[93]

After the war Evang continued to hold the position, which was renamed *Health Director*, and he was able to further develop a social-democratic health policy programme. In 1945, he outlined four focus areas: the reorganisation of the central administration, the reorganisation of hospitals, improving the number of doctors per head of population and the reform of health legislation.[94] Evang continued as the Health Director until 1972, and was able to implement many of his ideas. The reorganisation of the central administration may be the most important of these. In 1948, a separate *Directorate of Health* was created as part of the Ministry of Social Affairs, and this had a tremendous impact on health policies. Evang also succeeded in his vision to include more medical expertise in the administration. At the same time, much of Evang's programme took time. For example, as early as in 1946, he believed that one of the most important tasks was to put in place a hospital act, as the hospital was one of the "*most important foundations in the system of social security and safety that any modern society seeks to create*".[95] This act was not passed until 1969, and despite attempts to guide and coordinate hospital construction in the post-war period, it was still the municipalities and counties that were in charge until the act came into effect.

The Hospital Act stipulated that the county authorities were to build hospitals and create plans for such development, and the central administration was only to coordinate and regulate this work.

The Act relating to the municipal health services of 19 November 1982 meant that the Health Act of 1860 was finally replaced. The Municipal Health Act meant that the state district doctor position disappeared, and municipal doctors were appointed instead.[96] In this way, the municipalities still had an important function in the welfare state, but now more as a manager of shared policies than as an innovator and initiator.

In about 1970s, criticism of centralisation, technocracy (professional governance), the ever-growing state and institutionalisation was levelled. As a result of both the municipal health reforms and other trends, municipalities took on more tasks. In 1988, a reform stipulated that nursing homes were to be municipal, after having been the responsibility of county authorities since the Hospital Act came into force. The so-called HVPU reform ("Health care for the mentally disabled") may be the most well-known example of de-institutionalisation and of the municipalities being given more tasks in this period. The reform meant that what had previously been the task of the county authority became the task of the municipalities.

A more gradual change was that the municipalities were given more responsibility for mental health: in particular after 1980, the number of institutional beds at the large psychiatric institutions (owned by county authorities) declined, while outpatient nursing and care organised by the municipalities

HEALTH LEGISLATION 1900-2006

The Tuberculosis Act (1900) was inspired by the leprosy act. The goal was to prevent tuberculosis and similar diseases. Previously, the *Tuberculosis Poster* (1889), prepared by the Medical Association and distributed across the country, had provided advice against infection. The act required people who were infected to seek treatment This led to an increase in the number of sanatoriums and tuberculosis homes organised by both non-profits and the public sector. The law was in effect (with amendments) until the Act relating to control of communicable diseases of 1994 was passed.

Act regarding the performance of public medical services ("Lov om utførelsen av offentlige legeforretninger") (1912): Reformed the public medical service. Structure with the Medical Director at the top, county doctors after 1917, heads of city health departments ("stadsfysici"), city doctors and district doctors. This also entailed an expansion from 161 medical districts to 372 when the act came into force in 1914. The district doctors were paid by the state, while city doctors and the heads of city health departments were to be paid jointly by the state and the municipality. Amended in 1968, which among other things meant that the county doctor no longer also had to be a district doctor.

Mental Health Act (1961): Replaced the act relating to the insane of 1848. Related to mental health in a broader sense, *not* exclusively to what was defined as a psychiatric *disorder*. Less responsibility for the state, more for the counties.

Hospital Act (1969): The first law that regulated the hospital system. The responsibility for planning, building and operating hospitals was allocated to the counties. Seventy-five per cent of the operating costs were to be covered by the state through the National Insurance Scheme.

Act relating to the municipal health services (1982): The act, which came into force in 1984, entailed among other things that the district doctor position (which had been a state appointment, cf. the 1912 act) was discontinued and replaced by the municipal doctors.

Act relating to health authorities and health trusts (2001): The act came into force in 2002 and meant that hospitals were transferred to the state. This process has also been called the *hospital reform* or the *health reform*. The act divides the country into five *regional health authorities* (RHF): Eastern Norway Regional Health Authority, Western Norway Regional Health Authority, Southern Norway Regional Health Authority, Central Norway Regional Health Authority and Northern Norway Regional Health Authority. The individual *Health Trusts* (HF) are under the Health Authorities, and the former can comprise several hospitals/individual institutions

The purpose of the health trusts is to provide good specialist health services for the population and to facilitate research and teaching.

became more common. In sum, the municipalities have been given responsibility for a greater share of the health service. At the same time, the tasks are more heavily regulated by laws and frameworks, and thus the municipalities no longer have the same role in terms of initiating and creating new welfare services.

The last important development within the health service is the hospital reform that followed the Health Authorities and Health Trusts Act of 2002, when the hospitals were transferred from the counties to the state. Through the reform, the state was given responsibility for specialist health services through the creation of so-called *Health Trusts*. Prior to the reform, there had been debates about the state takeover, and at the same time some argued for more independence for each hospital. The Health Trust model combined these views to some extent. The regional and coordinating level was maintained through five Regional Health Authorities.[97]

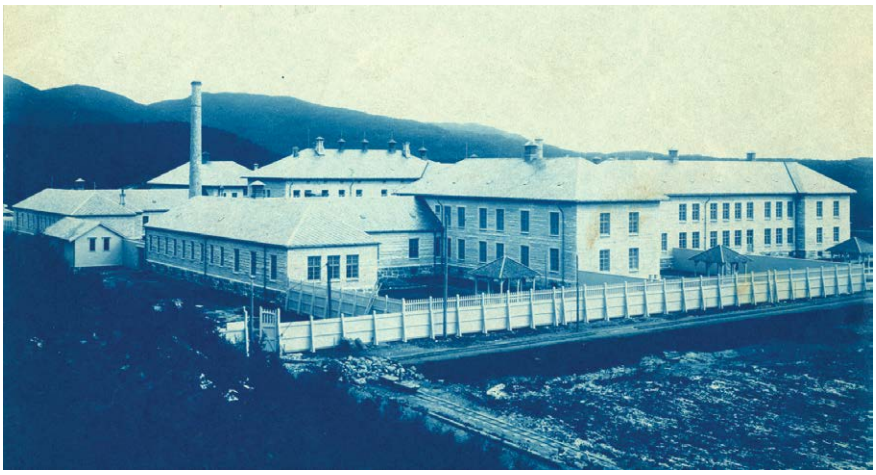
The institutions

We have chosen to start with the history of the psychiatric institutions, which is the institutional type that has been regulated the longest through legislation and a coordinating central policy. We will then take a closer look at the tuberculosis institutions. These deserve quite a lot of attention here because they constituted a significant part of the institutions in the first half of the century, and because they helped shape the health service generally. Like the psychiatric institutions they have been regulated through legislation, but responsibility has been divided between multiple actors and the relationships between them are more complex than for the psychiatric institutions. Finally, we look at the somatic hospitals, which were not regulated by any central legislation until the Hospital Act of 1969, and which may be the institutional type for which it is most difficult to identify a pattern.

Institutions for the mentally disabled, nursing, institutions in Sami areas and institutions for addicts are discussed in separately.

PSYCHIATRIC INSTITUTIONS

Psychiatry is likely the part of the health sector that has been the most impacted by regulation: first through the act relating to the insane of 1848, and later through the *Mental Health Act* of 1961 (in addition to other laws and regulations). This led to a system of central institutions organised by the



Rønvik State Asylum near Bodø was completed in 1902 and was then called "the world's northernmost insane asylum". The facility has a unique architectural expression, which the stone-clad façades contribute to. Lars Solberg was the architect.
Photo: Photographer unknown. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

state and counties. That the state entered the field of psychiatry in such a forceful manner with regulations and the building of institutions, is likely a reflection of a general belief that protecting this type of patient was necessary and that treatment was possible through the establishment of these large institutions.

The ideals regarding the design of the institutions changed in the course of the century. Around the middle of the century the movement was away from the typical "asylums" that were isolated institutions located far away from urban areas. Later on, there were criticisms of the very idea of institutionalisation. The criticism arose especially from the 1960s onwards, and the transition to outpatient departments and to care in the form of home services organised by the municipalities can be seen as responses to this challenge. Through the new act of 1961, the institutional part of psychiatry had become the task of the county administration. As a consequence of the hospital reform of 2002, the psychiatric institutions, as well as the somatic institutions, were moved from the county to the state.

At the start of the century, several amts built larger asylums. The asylum as an isolated institution, a miniature community, continued to exist as the main model for psychiatric institutions until the post-war period.

In 1892, the Storting decided to build an insane asylum in Bodø for the northernmost part of the country.[98] The giant building project, which was to provide 230 beds, started in 1895 and Rønvik State Asylum was completed in 1902. The regular architectural model for insane asylums – the pavilion model –was proposed in the planning process, but the Director of Medicine concluded that this was unsuitable for the northern Norwegian climate, and selected a more compact solution. The two last state asylums that were built in the late 1800s, Eg (Kristiansand) and Rotvoll (Trondheim), served as models. In line with earlier asylums, the facility had strictly divided wards for men and women. As was common in asylums, there was an associated farm and housing for employees. In 1962, Rønvik went from being a state asylum to being a psychiatric hospital for Nordland county. In line with the new act regarding psychiatric care, responsibility was expanded to a broader spectrum of psychiatric conditions. The 1972 health plan for Nordland county envisaged a reduction in the number of beds within psychiatry, decentralisation and the creation of several smaller institutions within Child and Adolescent Psychiatry. As a result of the 2002 reforms, Rønvik became part of the specialist health service and the Nordlandssykehuset Health Trust.

In 1902, there were four state asylums: Eg, Rotvoll, Gaustad and Rønvik. At the same time, there were asylums operated by counties and municipalities. The great expansion in subsequent years was carried out by amts/counties: between 1904 and 1926, as many as ten amt asylums were built. In the same period, only two municipal asylums were added: Østmarka in Trondheim and Dikemark in Asker for Oslo municipality. In addition, the first clinical department opened at a somatic hospital at Ullevål in 1917.

The general trends in the post-war period include the reduction of the large "closed" institutions (instead, there is an expansion of clinics associated with somatic hospitals), the construction of separate Child and Adolescent Psychiatry Clinics, as well as a greater decentralisation of clinics (for instance through what today is called District Psychiatric Centres).

The Mental Health Act came in 1961. The

Gausdal Høifjeldssanatorium was built in 1876 as a combined alpine hotel and sanatorium. These places were for the wealthy, and in literature they have had a romantic tinge.
Photo: D. Stribolts Eftf. Lillehammer. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

counties took over the psychiatric hospitals and the overarching responsibility for psychiatry. Psychiatry thus anticipated the development for the somatic hospitals that came under the ownership of the country administration after the Hospital Act of 1969.

The differentiation between psychiatry and somatic medicine was sharp a hundred years ago. The insane were seen as a group that society especially needed to protect itself from and, in turn, that needed to be protected from society. Most of the large facilities from the mid 1800s and onward are marked architecturally by this attitude: they are in isolated locations, and they have clear boundaries and fences.

In the mid-1900s, there was a focus on how psychiatric illness was not significantly different from other illnesses, and there was criticism of the way that psychiatric patients were given a status as virtual outcasts. This led to psychiatry becoming more closely integrated in the rest of the health service: there were more psychiatric departments integrated into somatic hospital facilities. With the hospital reform of 2002, psychiatry became part of a common legal framework for specialist health services.

THE TUBERCULOSIS INSTITUTIONS

Tuberculosis was seen as one of the biggest threats to health in the first half of the 20th century, and prevention and treatment of this illness constituted a significant share of public and non-profit health services. As in psychiatry, this was regulated through legislation – the Tuberculosis Act of 1900 – and in the following years, the state built and operated institutions. The interaction between state, municipal and private actors (the latter were mainly non-governmental organisations) is nonetheless unique to the building of tuberculosis institutions. They are thus examples of how the driving forces for the improvement of public health and welfare measures came from different spheres, as summarised in the term *welfare triangle*.

The illness existed far back in history, but it was only in the mid-1800s that knowledge about treatment and cures was available. For example, the German doctor Hermann Brehmer believed that the illness could be treated by spending time in fresh air and under good sanitary conditions. He started the first so-called *sanatorium* in the 1850s in Görbersdorf in Silesia. This became the model for an entire movement: the sanatorium movement.[99] The method of treatment was called "dietary-hygienic", and created a school for subsequent sanatoriums. The elements were nutrition with a lot of vegetables and fruit, fatty foods, good hygiene, leisurely walks and, not least, lots of fresh air.

Robert Koch's discovery of the tuberculosis bacteria in 1882 meant that it was possible to identify

TUBERCULOSIS

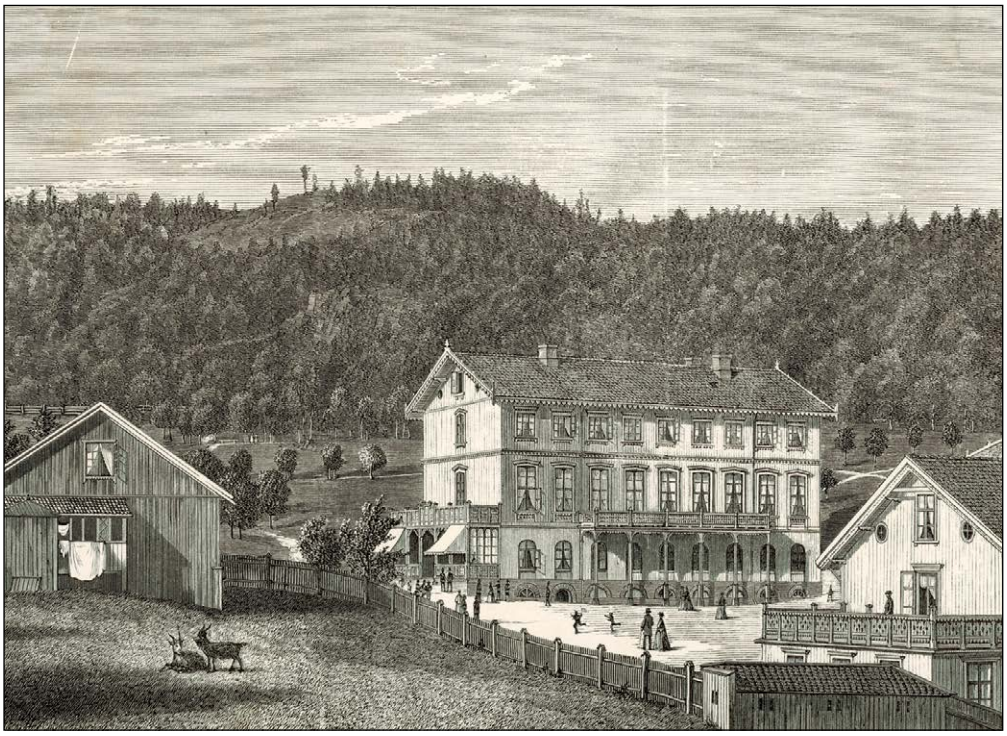
is a serious infectious disease. It has a long incubation period, and infections primarily occur as droplet infection. The lungs are therefore affected, but the disease can spread from there to a number of organs. Primary tuberculosis usually heals spontaneously, but can also very slowly develop into chronic pulmonary tuberculosis which causes coughing and emaciation. In rare cases, it develops very quickly (acute consumption) and it is then similar to pneumonia. A certain diagnosis can only be made through an X-ray examination and the identification of tuberculosis bacilli. Earlier it was a common, feared and lethal disease, but it is now under relatively good control in Norway, though not elsewhere in the world. A vaccine exists. Can be treated with antibiotics over a longer period with good effects, but resistant bacteria are increasingly a problem.

infection, and in the following years, a diagnostic apparatus was developed with pirquet tests, saliva tests and X-rays. With regard to *institution building*, activity was at its greatest in Norway between 1900 and 1930. The institutions can be separated into two main groups (though in practice it was a complex group of institutions and buildings that were used for tuberculosis patients): *Sanatoriums* were large institutions whose main goal was treatment. *Tuberculosis homes* were usually smaller and were to a greater extent care homes for more serious cases. Therefore, many people saw them as warehouses for dying patients.

In the last decades of the 19th century, institutions that used the sanatorium method were slowly being opened in Norway too, but the first ones were not primarily tuberculosis institutions. Several of these were for wealthy patients, and some functioned as combined alpine hotels and sanatoriums. Gausdal sanatorium from 1876 was described by one its founders as "*a Facility where Gentry of both Genders and all Ages who are ill and tired can find Rest, Quiet and Strength –in other words, Primarily a Spa, secondarily a Summer hotel*".[100] The sanatorium as an institution was associated with new ideas about hygiene and health, with national romanticism, and with the increasing need for rest and recreation among the bourgeoisie.[101] Several of the institutions that later became tuberculosis institutions only were originally spas open to patients with various diseases. It is not clear whether this was also the case for Gjøsegaarden sanatorium by Kongsvinger (private, 1894), which is often considered the first institution in Norway solely for tuberculosis.

A tuberculosis act was proposed by the Bergen doctor Klaus Hanssen as early as in 1884. The work took time, but in 1889, the *Tuberculosis Poster* was issued. It listed 11 precautionary rules "against Pulmonary weakness and related Diseases", and was produced and distributed by the Medical Association. The work on a tuberculosis act was slower and faced opposition. Some objected to the coercive measures in the act, others believed that the act did not sufficiently see the tuberculosis issue in its larger social context. Wollert Konow from the Conservatives stated that the act would entail "*one of the most significant interventions in personal freedom that our generation will ever have to vote on*".[102] The institutionalisation of the disease took off with the "Act relating to special Precautionary measures against tubercular diseases" *("Lov angaaende særegne Foranstaltninger mod tuberkuløse Sygdomme")* of 1900.

The development of tuberculosis institutions was unique in that there was cooperation between public, private (commercial) actors as well as with non-governmental organisations such as Norwegian Women's Public Health Association (NKS, founded in 1896), the Red Cross and the "National Association Against Tuberculosis" (founded in 1910).[103] *"People's Sanatoriums"* ("Folkesanatorium") –



Grefsen Vandcuranstalt's main building remains standing, along with several later buildings from the sanatorium era. Some of the view of the Oslo fjord has also remained, but a denser cityscape has reduced the rural atmosphere. Photo: Xylografi. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

sanatoriums for a broader segment of the population – started to be established around the turn of the century, and most were state-owned. The first state sanatorium was Reknes in Molde (previously a leprosy hospital), which opened as a sanatorium in 1898. Later, the state established the sanatoriums Landeskogen (Aust-Agder), Vensmoen (Nordland), Glittre (Akershus) and Ringvål (Sør-Trøndelag). In 1902, Harastølen in Luster opened. It was a facility built specifically for tuberculosis treatment and was run by a private foundation, but financed by the state. Grefsen sanatorium in Oslo was run by the Norwegian Women's Public Health Association (NKS), while the sanatorium in Sand in Ryfylke was operated by the Red Cross. The tuberculosis homes were operated by county authorities, municipalities and non-governmental organisations. The first tuberculosis home opened at Grorud in 1903 and was also operated by NKS.

Grefsen people's sanatorium is an example of the dynamics between different actors in the construction and operation of sanatoriums. The facility was originally a bath institution (Grefsen Vandcuranstalt) that opened in the 1850s. From 1899, it was run as a private sanatorium for people with tuberculosis, and then in 1909 it was transferred to NKS and run as a people's sanatorium.

The so-called *coastal hospices* can be distinguished as a separate type of institution.[104] These were first and foremost intended for patients with Scrofulous (tuberculosis in the lymph nodes) as it was believed that these patients needed the sea air and to bathe in the sea, in contrast to consumptives (pulmonary tuberculosis) who needed fresh and dry mountain air. Pulmonary tuberculosis was most common and therefore received the most attention, in part because it was the most infectious, but coastal hospices for patients with Scrofulous were built in several places in the country. Here, the remedies were bathing in sea water, rest, bandaging, sun and fresh air.

Scrofulous especially affected children. The first Norwegian coastal hospice opened in Fredriksvern (Stavern) in 1889, others opened in Vadsø in 1915 and in Tromsø in 1923. The coastal hospice in Hagavik in Hordaland was completed in 1892 and was mainly for children with Scrofulous. It can be interesting to look more closely at this, as it illustrates how an institution changed functions after tuberculosis had been eradicated. The initiative for the hospice came from doctors in Bergen and it was organised as an endowment with funding from actors such as savings banks and liquor shops ("brennevinssamlag"). In time, the state also made significant financial contributions, though it did not assume ownership. The facility was expanded several times, and had its own farm and power station. As tuberculosis (and scrofulous) disappeared, the hospital had to take on new functions. As scrofulous treatment had provided competence in orthopaedics, the hospital continued

The coastal hospice in Hagavik in Hordaland started in 1893 and was especially intended for children with scrofulous. Important elements in their treatment were healthy diets, salt water baths and fresh sea air.
Photo: University of Bergen Library.

PRIVATE HOSPITALS

Hospitals operated by Deacons and Deaconesses, Catholic hospitals, tuberculosis institutions and institutions for addicts operated by non-profits, are discussed elsewhere in this report. However, there were (and are) additional private somatic hospitals that do not fit within these categories. There is no complete historical overview of these, and to get an overview of the field would require a separate study. However we can identify some trends that stand out.

Non-profits: The Norwegian Women's Public Health Association is an example. They have also established institutions independently of the tuberculosis work, for instance Orkdal hospital. This was started under the name Orkdal Nursing Home in 1909 and the Orkdal Public Health Association was the owner. People with tuberculosis were one of the main groups of patients. In time, it came to have functions like a hospital, and in 1935 it changed name to Orkdal hospital, NKS. As a consequence of the Hospital Act of 1969, Sør-Trøndelag county took over the funding of the hospital, though the Public Health Association continued to own it and elected the Board. The hospital was later taken over by the county, and following the hospital reform, by the state. Today, it is part of the St. Olavs Hospital Health Trust, but the Women's Public Health Association remains the owner of the buildings.
NKS has also operated other hospitals, for instance Kopervik hospital at Karmøy, which was in operation from 1925 to about 1960. The organisation also started the first rheumatism hospital in the country: the Oslo Public Health Association's Rheumatism Hospital in 1938 (which became part of Rikshospitalet in 1995). Local branches of the organisation also operated rheumatic hospitals in Haugesund (opened in 1957), Lillehammer (established as tuberculosis home in 1915, a rheumatism hospital from 1958) and Trondheim (opened 1959).
The Red Cross is another non-profit that has operated hospitals.

Company hospitals – when larger companies were established in the first half of the 20th century, the terms of their licenses often required establishing a hospital. This was the case when the smelting plant in Sauda was established in 1913 and when another was established in Høyanger in 1915. Sauda hospital was therefore established by the company in 1926. Høyanger hospital was built by the municipality and the company in 1934 and taken over by the county in 1948 (but operated with subsidies from the company thereafter also). The number of such hospitals that were entirely or partially operated by companies around the country, and how the terms of licenses requiring the creation of hospitals were followed up on, remains to be studied in further detail.

Foundations/endowments: A number of institutions have been created as a result of gifts, endowments or wills from individuals. One example of this is E. C. Dahl's maternity foundation in Trondheim. Another example is Martina Hansen's Hospice in Bærum, which came about after the donor wished to create an institution for children with scrofulous. The hospital opened in 1936, and was for people with tuberculosis in bones and joints, and scrofulous. After the clinical picture changed, the hospital became an orthopaedic surgery hospital, and today the hospital is a specialist hospital in orthopaedic surgery, rheumatology and rheumatic surgery. It remains a separate endowment and has an operational agreement with the Eastern Norway Regional Health Authority.

"**Commercial hospitals**". Commercial hospital operators appear to have a short history in Norway. Today, these actors include Volvat Medical Centre and Aleris Helse, which operate medical centres and hospitals in several places in Norway. Attendo Care operates several nursing homes.

Sources: Engesæter 1979, Olsen 2004, Kristiansen 1986.

Martina Hansen's Hospice in Bærum was completed in 1936, drawn by Victor Nordan and his son Per. It is a good example of a privately funded hospital, and is also an important example of early functionalist architecture. Photo: J.H. Küenholdt. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

to focus on this area, and in the 1969 hospital plan for Hordaland, it was given status as the orthopaedic hospital for the entire west coast of Norway. In 1976, the county took over the ownership and operation of the hospital, and in the hospital reform of 2002 it was transferred to the Bergen Hospital Trust. There, it serves as a specialist hospital for elective orthopaedic surgery.

The big expansion phase for tuberculosis institutions continued until the mid-1930s. Tuberculosis was later in retreat: the introduction of antibiotics after 1945 and mass vaccinations led to the suppression of the disease. Thus in 1960, there were only 200 deaths caused by the disease, against about 7,000 around the year 1900.

The fight against tuberculosis also had an important arena outside of the institutions. For example, the National Association Against Tuberculosis took the initiative to set up assistance stations in all municipalities in 1920. Furthermore, in 1926 a central board was created for tuberculosis, with representatives from the public sector and from the three large organisations active in the work on tuberculosis (NKS, the National Association and the Red Cross). At the county level, there were tuberculosis committees headed by the County Governors, and diagnosis stations were established – often in connection with a sanatorium or care home.

In other words, tuberculosis was central to the health services in the first half of the 1900s, as it led to the construction of institutions and a popular and state involvement in public health.

SOMATIC HOSPITALS

In the early 1900s the hospital beginning to get a new and much higher status as an institution. Doctors had previously viewed hospitals as unattractive places to work, but this was to change radically. For example, 12 per cent of doctors worked in hospitals in 1900, but the figure was 50 per cent in 1985.[105] Furthermore, many hospitals in the 1800s were small and primitive (more what we would call infirmaries), but in the 1900s large hospitals with advanced technology appeared across the country.

The situation for the hospital sector before it was regulated by law was aptly described by the Hospital System Committee (appointed in 1957), which thought the sector consisted of "*a fairly confusing number of different types of hospitals and closely related health facilities or health institutions for diagnosis, treatment, post-treatment, rehabilitation and medical care*".[106] The hospital sector in the 1900s is in other words not easy to grasp as a historical phenomenon. When we nevertheless are to attempt a summary, it is with the caveat that this is a simplification and that we must relate to the literature and research available thus far.

It was only just before and after the war that the central administration took a serious interest in creating a comprehensive hospital policy. The Director of Health, Evang, saw a planned development of the hospitals as one of the most important goals for the sector right after the war. He believed that the country needed large and advanced hospitals in the regional centres (he envisioned 15 of these), and smaller local hospitals. It was also necessary to introduce a sharper functional division between care homes/nursing homes and hospitals. Furthermore, the central administration should have the ability to govern the sector, for instance by having veto power in relation to development plans that were not in compliance with the Directorate's criteria.

The Red Cross in Norway established a number of institutions, including within tuberculosis, and ran nursing training. In 1918, it built the clinic in Frederik Stangs gate in Oslo, a notable building with a façade in plastered brick. Morgenstierne og Eide were the architects, and they later drew the Folketeater building in Oslo. The clinic closed in 1991 and today the building is a private hospital.
Photo: Hermann Christian Neupert. The Norwegian Directorate for Cultural Heritage Management.

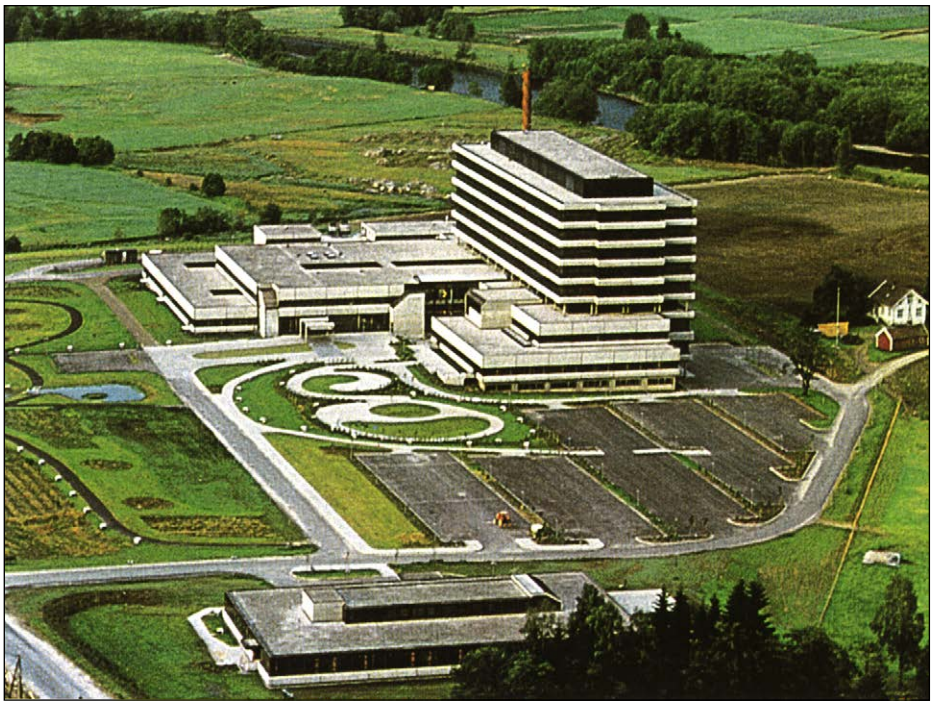
Some steps were indeed taken to reorganise the hospital sector. The Directorate of Health was divided into eight offices, each with a specialist field, and one of these was the *hospital office*.[107] At the same time, the *State Hospital Council* ("Statens sjukehusråd"), established in 1946, became the advisory body for the Directorate of Health and the Ministry. The same year, the Directorate issued a circular to the counties about appointing committees for the hospital sector. On the basis of these county-level plans, the central administration created a national plan for the hospitals. This functioned as an important working document for the sector, though it never became a complete plan.

It was only in 1957 that a *hospital system committee* was appointed. The first result was a recommendation regarding psychiatric hospitals (which resulted in the Mental Health Act). The main recommendation came in 1963, and it recommended fewer and larger hospitals with the state having the coordinating responsibility. The Hospital Act was finally passed in 1969 and came into force on 1 January 1970. The main principle was that there were to be larger units at the county and regional levels, and central hospitals in each county. The county authority was to take the lead both in regard to construction and operation and each county was to make a comprehensive plan for its hospital sector. This was in turn to form the basis for a national plan prepared by the Ministry of Social Affairs/Directorate of Health, and the state (Government) was to approve both the national and county-level plans. The state was to recover large parts of the expenses through health insurance payments.

The extensive time it took before a Hospital Act was passed, shows that it was a complicated issue: the willingness to coordinate, which was strong in the Directorate of Health, was not easy to realise in practice. The hospital sector was bewildering and there were many conflicting interests.

Some of the systems in the act had already started to be developed in practice. The principle regarding central hospitals had been established in the work on the national plan as early as in 1948. At the same time, regional hospitals were envisioned at the level above, and specialist hospitals at the top of the hierarchy. At the level below, there were to be local tripartite (three departments) or mixed (two departments) hospitals, and smaller infirmaries were also to some extent to be permitted. The contours of a hierarchical hospital system were thus available, a structure that at the outset had not existed.

As hospitals were neither regulated by a common legislation nor planned centrally, much was left to local actors, often with the municipalities as important actors that set the premises. For the cities it was also a question of prestige to have their own, well-functioning hospital. This system could lead to conditions that did not look very rational from the Directorate's point of view: for instance, there were no cogent medical reasons for Porsgrunn and Skien to each build a hospital; rather, it was local patri-



There was often a tough battle about the placement of the new hospitals. The large central hospital in Førde – with architecture typical of the time – was completed in 1979 and is the largest workplace in the city.
Photo: Arkitektkontoret Atelier 4.

FROM CALLING TO PROFESSION – NURSING AND NURSING INSTITUTIONS

The Norwegian Red Cross, which was founded in 1865, started nursing training in Kristiania in the mid-1890s and established branches in Bergen (1898) and Trondheim (1906), as well as its own clinic in Kristiania in 1902. The Methodist Church started a nursing school in 1897, and the Norwegian Women's Public Health Association (NKS) started a nursing school in 1898 (both in the capital).

Thus there was a great diversity of institutions that trained nurses at the start of the 20th century. All of them had some affiliation with the Christian calling ethic, and the Deaconesses were no longer the only ones.

In the early 1900s, municipal nursing schools opened in Bergen and Kristiania, and these had three-year training programmes (in contrast to one to two years for the other institutions). The nurses organised themselves in the Norwegian Nurses Organisation in 1912.

In time, the nursing schools became part of the university college system and the training is now standardised. However, there is still a multitude of private foundations, such as Betanien and Diakonhjemmet. These also train nurses and have established their own hospitals (for instance Haraldsplass Hospital in Bergen).
Source: Wyller 1990.

otism that played a part. In the time before 1945, such local initiatives governed the construction and location of hospitals. During the first decades of the century, large modern hospitals emerged in smaller and mid-size cities too, and to some extent in rural areas. These were often multi-storey concrete buildings, in contrast to the more primitive wood buildings that were the common hospital buildings outside the large cities in the 1800s. Some hospital plans from the period between the wars took time due to financial problems. Halden is one example of this: there, hospital planning started in 1934. The war delayed the plans, so that construction did not start until 1947, and the building was only taken into use in 1952. In addition to municipalities and counties, private actors such as the Norwegian Women's Public Health Association (NKS) were also involved. The examples below of hospital building in Bergen and Trondheim illustrate how the interaction between the private, municipal and county authority levels drove developments.

The hospital office in the Directorate functioned as a consultant for hospital building across the country, and influenced the processes in that their approval was required in order to get public funding. The State Hospital Council functioned as an advisory council in these assessments, and had a professional composition that included doctors, architects, nurses, engineers and administrators. However, despite this, hospital developments after the war did not break with pre-war developments. Municipalities remained important drivers, and hospitals continued to be built in all larger towns.

When the Hospital Act was finally implemented in 1970, it caused a massive development.

The State Hospital Council played an important role in approving county plans. One example is that the Council rejected Sogn og Fjordane's county plan, and through the Government the county was told to make a new plan.[108] In practice, this was a central instruction to build a central hospital in Førde. For the hospitals in Florø and Høyanger, this entailed a significant reduction and the latter was finally closed in 1980. Hard battles were fought within the counties too about the location of the various hospitals, with local political interests squaring off against each other. The conflict in Sogn og Fjordane is an example of this. The battle for the existing hospitals was intense and could, as in Sogn og Fjordane, result in a situation where local hospitals continued to exist *at the same time as* a new central hospital was built.

The Health Authority legislation and thus the hospital reform of 2002 came after the role of the county had been discussed continuously since the Hospital Act was introduced in 1970. The act with the health trust model from 2002 fulfilled both the desire for a state takeover and the desire for greater independence for each hospital/trust.

In order to get an impression of the development in the hospital system, we are going to take a closer look at the hospitals in Bergen and Trondheim. The development in Bergen can exemplify the multitude of hospitals. Haukeland hospital was completed in 1912 and was the largest hospital in the city, with 290 beds in 1920. Årstad hospital functioned as the department for skin conditions and venereal diseases, and Lungegårdshospitalet had been transformed from an institution for lepers to a tuberculosis hospital in 1912. Additionally, the municipality had an epidemic hospital (Sandviken hospital) and some smaller departments totalling 386 beds. Further, the municipality had 420 beds in psychiatric institutions, with Neevengården asylum having most of them.

Little building activity took place between the

wars, so at the municipal level the situation looked about the same in 1945 as it did in 1920. However, the *private* services increased. Most of these were hospitals run by religious foundations: Hospice Betanien, the Catholic St. Franciscus clinic (later called Florida) and Diakonissehjemmet's new hospital (Haraldsplass hospital). The private foundation that ran the coastal hospice in Hagavik, which mainly took patients from Bergen, was also included in the count. The number of beds thus increased the most in the private sector of the health system, so that nearly half of the beds were private in 1945. The state was also involved, and ran the previously mentioned "Pleiestiftelsen" for lepers and the "Fødselsklinikken" maternity ward until a Women's Clinic was created under Haukeland hospital in 1926.

The situation illustrates the important role played by the municipality between the wars, but also that private actors (mainly religious/non-governmental organisations) were an important part of the health service.

After the war, the municipality invested heavily in Haukeland hospital, which functioned as a university hospital after the University of Bergen was founded in 1946. New departments, for instance for polio and skin conditions, were created. However, in time, both the state and the county participated in funding: the hospital functioned as an institution for the entire county, and as it was also a university hospital, the state was involved too. It was only in 1971 that the county authority took over, in line with the Hospital Act.[109]

There had been no significant hospital construction in Trondheim either since the first half of the 19th century.[110] It was only in 1897 that a new hospital started to be built. This was completed in 1902 and called Trondhjems Sygehus at Øya. It was still considered to be a municipal hospital, though the county had the use of a third of the beds at the outset. Administratively it was organised under the municipality until 1948, but the county authority was also represented, for instance by being part of the supervisory committee.

The break with this form of organisation came after the war, as in Bergen. During the war, the hospital facility had been requisitioned by the Germans. In 1948, the county authority bought half of the hospital at Øya and from then on the administration was divided between the county and the municipality. The hospital was now an independent legal subject, and got a hospital board. A new facility in what became the Trondheim Central Hospital was completed in 1959-1960, in a six-storey building. In 1974, the hospital became a regional hospital in line with the new central policy that introduced a regional level. The most recent development is that the hospital in 2002 became the health trust *St. Olavs Hospital, the University Clinic in Trondheim* as one of the trusts in the Central Norway Regional Health Authority.

Private actors were also important in Trondheim. There was a Catholic hospice as early as in the 1880s, and the municipality participated as guarantor for a loan when the Red Cross Clinic was built in 1927. At the same time, the municipality at this time owned two municipal hospitals (Trondhjem Hospital and Trondhjem's Civic Hospital). There were also state hospitals: Ringvål State Sanatorium was built in 1935 (at the time in Leinstrand municipality) and was the last state sanatorium built, and this lead to the closure of the tuberculosis department of the municipal hospital after a while. A private actor entered the field after the war too: the Norwegian Women's Public Health Association built a rheumatic hospital in 1959.

Notes

NOTES TO CHAPTER 1

1 The article was originally written for the national preservation plan's preliminary project in 2006, and was meant to show the totality of the institutional history of the health service. Several of the topics in this article will therefore be discussed in greater detail than in the other articles in the book.
2 Fløgstad 1977/1989: 67-68.
3 Nordby 1989.
4 Evang quote from Haavet 1996: 41-42.

NOTES TO CHAPTER 2

5 The two first subsections are mainly based on Danielsen, Dyrvik, Grønlie, Helle and Hovland 1991.
6 Bagge 1998.
7 Pape 1997, Porter 1997: 110-112.
8 Porter 1997: 106-109.
9 Porter 1997: 9.
10 Moseng, Opsahl, Pettersen and Sandmo 1999: 241.
11 Moseng 2003: 56.
12 Risse 1999: ch. 1-3.
13 The paragraphs on the Norwegian hospices of the Middle Ages are based on Grankvist 1982 and Fyrand 2000.
14 Porter 1997: 112-113.
15 Bagge 1998: 105.

NOTES TO CHAPTER 3

16 The following paragraphs on demographics are based on Danielsen, Dyrvik, Grønlie, Helle and Hovland 1991.
17 Moseng 2003: 68.
18 Grankvist 1982: 85.
19 Moseng, Opsahl, Pettersen and Sandmo 2003.
20 Gilje and Taraldsen 2002.
21 Moseng 2003: 115-117.
22 Moseng 2003. As the very end of the 1500s, the state had given income to doctors in Bergen, so the selection of Villads as "the first public doctor" is made on the basis of the greater source material available from this appointment.
23 The following paragraphs are based on Moseng 2003 op. cit.
24 Moseng 2003: 179.
25 Frederik Holst. *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*. Christiania. 1826. Quoted in Børdahl and Larsen 2001a: 11.
26 Blom, Ertresvaag and Irgens 1991: 9-10.
27 Grankvist 1982: 86-89. In addition to these institutions, the Hird hospice in Oslo and the St. Laurentii hospice in Tønsberg continued in existence after 1537, but then as smaller poorhouses.
28 Grankvist 2003: 9-12.
29 Irgens and Irgens 2000: 61-63, Blom, Ertresvaag and Irgens 1991: 14.
30 Grankvist 2003: 12-14.
31 Abrahamsen 1988: 7, Sprauten 1988: 19, Grankvist 1982: 89.
32 This paragraph is based on Harris 2003a.
33 The excerpt from the statute is from Abrahamsen 1988: 8, who has modernised the language.
34 Sprauten 1988: 22-25.
35 Storsletten 1988. The hospice building from 1739 was protected in 1942 (the older hospice building was completely destroyed in a fire in 1794).
36 Harris 2003a: 238-39.
37 Blomberg 2002: 21.
38 Hilbrandt Meyer: *Bergens beskrivelse* (written in 1764, published 1904). Quoted from the Regional State Archives in Bergen 2003.
39 Moseng 2003: 214.
40 Vallgårda 2004: 13.
41 Quoted from Moseng 2003: 266.
42 Wergelandsveien 3b. Hjelmeland 2000.
43 Hjelmeland 2000: 50. The building burned down in 1881.
44 The paragraphs about the "rade" hospitals are based on Danielsen 2000, Strandjord 2000 and Moseng 2003: 248-258.
45 Moseng 2003: 248.
46 Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1834, in *Eyr* 1834. Several of these hospitals were nevertheless co-located – in other words, there were not 16 hospital *buildings*. Most of these were amt hospitals.
47 Oslo City Encyclopaedia. 2000: 423.
48 Grankvist 2003: 57-60. According to the 1801 census it had moved to a house in Morsundveita. Carstens 2004: 23.
49 Carstens 2004, Grankvist 2003: 61.
50 Wisbech 1830: 99.
51 Moseng 2003: 264.
52 Wisbech 1830: 98.
53 This argument has been developed by Svein Carstens.

NOTES TO CHAPTER 4

54 Schiøtz 2003.
55 Seip 1984/1994.
56 Quoted from Børdahl 2000a: 92.
57 Moseng 2003: 274-275.
58 Schjønsby 1996: 74.
59 Holst 1833: 331–332, 342.
60 Moseng 2003: 207.
61 Schiøtz 2003: 142.
62 Schiøtz 2003: 138, 142. Schjønsby 1996: 74.
63 Schiøtz 2003: 28.
64 Skålevåg 2003: 38-39.
65 Moseng 2003: 286–288, Schiøtz 2003: 29.
66 Betænkning og Udkast. 1859–60: 2.
67 Betænkning og Udkast 1859–60.
68 Schiøtz: 62-63.
69 Sundhedscollegiets recommendation 4 October 1814, quoted from Børdahl 2000a: 93.
70 Moseng 2003: 271-272. Børdahl and Larsen 2001a: 16.
71 The building was completed in 1829, but during the first years it was used for other parts of Rikshospitalet's operations.
72 Børdahl 2000a: 95.
73 Grønlie 2004a.
74 Medical Report ("Medisinalberetning") 1834.
75 The table is based on the Medical Report (Medisinalberetning") 1855, 1865 and 1879.
76 Carstens 2004.
77 Pihl 2001: 19.
78 Kristiansen and Larsen (ed.). 1987: 11–13., Nielsen 1997: 98-108.
79 Pihl 2001.
80 Bjørnvik 2001: 10-11.
81 The following is based on Nielsen 1997.
82 Medical Report ("Medisinalberetning") 1854.
83 Skålevåg 2003: 39, 49.
84 Harris 2003b, Pihl 2001.
85 Andresen 2004: 97.
86 Medical Report ("Medisinalberetning") 1858.
87 Skålevåg 2003: 39.
88 Skålevåg 2003: 39-40.
89 Andresen 2004.

NOTES TO CHAPTER 5

90 Based on tables from Statics Norway.
91 The paragraph about diseases is based on Schiøtz 2003: chapter 6 and chapter 11 and Porter 1997.
92 Porter 1999: 455-458.
93 Nordby 1989.
94 Schiøtz 2003: 314–15, Nordby 1989.
95 Quoted from Schiøtz 2003: 319.
96 Schiøtz 2003: 368-371.
97 Byrkjeflot and Grønlie 2005.
98 Fygle 2002.
99 Skogheim 2001: 10.
100 Blekastad 1976: 26.
101 Blekastad 1976: Op. cit.
102 Quoted from Schiøtz 2003: 69. The "coercive measures" in the act only applied to admission to hospitals and care homes/tuberculosis homes when quarantine was the purpose. In the sanatoriums, which were to be curative institutions, this was not relevant.
103 Blom 1998: 21.
104 The paragraphs about the coastal hospices are based on Ertresvaag 1993.
105 Erichsen 1996: 87.
106 Quoted from Ertresvaag 1993: 86.
107 The following paragraphs are based on Egner 2000, Ertresvaag 1993 and Schiøtz 2003: 318-330
108 See for example Sveen 1979.
109 The description of the development in Bergen is based on Ertresvaag 1993 and Fossen and Grønlie 1985.
110 The following is based on Carstens and Grankvist 2002.

Bibliography

Abrahamsen, Pål. "Et stykke norsk sosial- og psykiatrihistorie: Oslo hospital gjennom 450 år", in Abrahamsen (ed.) 1988.

Abrahamsen, Pål (ed.). *Fra dollhus til moderne psykiatri. Oslo hospital 1538–1988*. Oslo, 1988.

Andresen, Astri. 2004. "'Patients for Life': Pleiestiftelsen Leprosy Hospital 1850s–1920s", in Andresen, Grønlie and Skålevåg (eds.) 2004.

Andresen, Astri, Grønlie, Tore and Skålevåg, Svein Atle (eds.). *Hospitals, Patients and Medicine 1800–2000. Conference Proceedings*. Bergen, 2004.

Bagge, Sverre. *Mennesket i middelalderens Norge. Tanker, tro og holdninger 1000–1300*. Oslo, 1998.

Bakken, John E. *Omsorgen for ikke dannelsesdyktige åndssvake. Trekk ved utviklingen i Norge frå 1880-årene til 1940-årene*. Thesis at the second degree level in education, University of Oslo, 1972.

Balto, John Arne (ed). *Norsk sykehusarkitektur. ociety for the Preservation of Norwegian Ancient Monuments: Yearbook 2000*. Oslo, 2000.

"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), in *Stortingets forhandlinger 1859–60, Tredie del*. Christiania.

Bjørnvik, Svein. *Historisk sykehusmateriale i Nordland. Rapport fra forprosjekt*. Sandnessjøen, Nordland county authority 2001.

Blekastad, Ivar B. *Gausdal. 100 år på fjellet. Fra Gausdal sanatorium 1876 til Gausdal høifjellshotell 1976*. Gausdal, 1976.

Blom. Ida. *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900–1960*. Bergen, 1998.

Blom, Kari, Ertresvaag, Egil and Irgens, Kjell. "*De fattige Christi Lemmer"... Stiftelsen St. Jørgen's historie*. Bergen, 1991.

Blomberg, Wenche. *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550–1850*. Oslo, 2002.

Byrkjeflot, Haldor and Grønlie, Tore. Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring, in Opedal og Stigen (ed.) 2005.

Bønes, Bergsvein. *Alkoholistomsorgen i Norge. En historisk oversikt*. Oslo, 1978.

Børdahl, Per E. 2000a. "Rikshospitalet – et sykehus på flyttefot", in Balto (ed.) 2000.

Børdahl, Per E. 2000b. "At redde Mødres og Børns Liv", in Balto (ed.) 2000.

Børdahl, Per E., Øivind Larsen, Jacob Birger Natvig and Elisabeth T. Swärd (ed). *De tre riker. Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo, 2001.

Børdahl, Per E. and Larsen, Øyvind. 2001a. "Hvorfor et 'almindeligt Hospital for Riget'?" in Børdahl, Larsen, Natvig amd Swärd (ed) 2001.

Børdahl, Per E. and Larsen, Øyvind. 2002b. "Sykehuset vokser og flytter", in Børdahl, Larsen, Natvig and Swärd (ed). 2001.

Carlsson, Ronny S. *Sykehuset i Sildabyen. Kommunal og fylkeskommunal sykehusdrift i Haugesund 1889–1989*. Haugesund, 1989.

Carstens, Svein. "Liberalism and Local Hospital Reform in Nineteenth Century Trondheim", in Andresen, Grønlie and Skålevåg (eds.) 2004.

Carstens, Svein and Grankvist, Rolf. *St. Olavs Hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Trondheim, 2002.

Danielsen, Arthur. "Spyttehuse, Incurable-stue og Liigskiul. Radesykehuset i Flekkefjord", in Balto (ed.) 2000.

Danielsen, Rolf, Dyrvik, Ståle, Grønlie, Tore, Helle, Knut and Hovland, Edgar. *Grunntrekk i norsk historie. Fra vikingtid til våre dager*. Oslo, 1991.

Daatland, Svein Olav (ed.). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–95*. Oslo, 1997.

Egner, Bjørn. "Sykehusene i går og i dag", in Balto (ed.) 2000.

Elvbakken, Kari Tove and Riise, Grete (ed). 2003. *Byen og helsearbeidet*. Bergen.

Engesæter, Aage. *Høyanger. Utviklinga av industristaden fram til om lag 1945*. Sogndal/Høyanger, 1979.

Erichsen, Vibeke (ed.). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo, 1996.

Erichsen, Vibeke. "Sykehusets plass i helsetjenesten", in Erichsen 1996.

Ertresvaag, Egil. *Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år, 1893–1993*. Bergen, 1993.

Fjermeros, Halvor. *Om hundre år er allting glemt? 100-års jubileumsskrift for Emma Hjorts hjem 1898–1998*. Sandvika, 1998.

Fjermeros, Halvor. "Arkitektur for pariakasten", in Balto (ed.) 2000.

Fløgstad, Kjartan. *Dalen Portland*. Oslo, 1977/1989.

Fossen, Anders Bjarne and Grønlie, Tore. *Byen sprenger grensene 1920–1972. Bergen bys historie volume 4*. Bergen, 1985.

Fyrand, Ole. "Det dere har gjort mot en av mine minste...", in Balto (ed.) 2000.

Fygle, Svein. *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø, 2002.

Gilje, Nils and Rasmussen, Tarald. *Tankeliv i den lutherske stat. Norsk idéhistorie volume II*. Oslo, 2002.

Grankvist, Rolf. *Nidaros kirkes spital 700 år. Trondheims*

hospital 1277–1977. Trondheim, 1982.
Grankvist, Rolf. *Omsorg i 1000 år*. Trondheim, 2003.
Grønlie, Tore. 2004a. "Norwegian General Hospitals 1970–2002: County ownership – an Interlude Between Welfare Localism and State Direction", in Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
Grønlie, Tore. 2004b. "Fra velferdskommune til velferdsstat— hundre års velstandsvekst fra lokalisme til statsdominans", in *Historisk tidsskrift* 83:4 (2004).
Grønvold, Ulf (ed.). *Hundre års nasjonsbygging. Arkitektur og samfunn*. Oslo, 2005.

Harris, Christopher John. 2003a. "De milde stiftelser – eldreomsorg i eldre tid", in Elvbakken og Riise (ed.) 2003.
Harris, Christopher John. 2003b. "'Mentalen' i Bergen", in *Bergensposten. The Regional State Archives in Bergen*. Bergen, 2003.
Hjelmeland, Britt-Alise. "Militære sykehus i Norge", in Balto (ed.) 2000.
Holst, Frederik. Om Nødvendigheden af et lægekyndigt Sundhedscollegium i Norge, i *Eyr* 1833.
Houg, Egil. *Mitt Soria Moria. Historien om Sunnaas sjukehus*. Nesodden, 2004.
Haavet, Inger Elisabeth. *Maten på bordet. Femti år med Statens ernæringsråd*. Oslo, 1996.

Irgens, Kjell H. and Irgens, Lorentz M. "St. Jørgen's Hospital", in Balto (ed.) 2000.

Janssen, Carl W. *Haukeland sykehus. En medisinsk hjørnesten siden 1912*. Bergen, 2001.

Korsvold, Tora. *Sykehusfødselen tar form. Med en nærstudie av E. C. Dahls Stiftelse*. Oslo, 2001.
Kristiansen, Kristian. *Eventyret som ble til virkelighet. Et femtiårs-jubileum for Martina Hansens Hospital 1936–1986*. Oslo, 1986.
Kristiansen, Kristian and Larsen, Øivind (ed.). *Ullevål sjukehus i hundre år*. Oslo, 1987.

Lunde, Bente (committee chair). *Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*. Bodø, County Governor of Nordland, 2003.

Maliks, Leif. "Helse: Anlegg for omsorg", in Grønvold 2005.
Medisinalberetning. "Underdanigst Beretning, dateret 30 October 1832, til Hans Majestæt Kongen fra den Kgl. Norske Regjering om Sundhedstilstanden i Norge i Aaret 1831", in *Eyr. Et mediscinsk Tidsskrift*, 1833. Christiania.
Medisinalberetning. *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge* [medicine reports for several years have been used; see citations in the footnotes].
Moseng, Ole Georg. *Ansvaret for undersåttenes helse 1603–1850. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 volumr 1*. Oslo, 2003.
Moseng, Ole Georg, Opsahl, Erik, Pettersen, Gunnar, Sandmo, Erling. *Norsk historie I. 750–1537*. Oslo, 1999.
Moseng, Ole Georg, Opsahl, Erik, Gunnar, Pettersen and Sandmo, Erling. *Norsk historie II. 1537–1814*. Oslo, 2003.
Mykleby, Axel. "Et sted å kjede seg med anstand – et sted å bli frisk. De første kurbad i Norge sett i et europeisk perspektiv", in Balto (ed.) 2000.

Nielsen, Wenche Louise. *Fra hus for syke til sjukehus. En arkitekturhistorisk studie av sykehusutviklingen i Christiania på 1800-tallet*. Thesis at the second degree level in art history, University of Bergen, 1997.
Nordby, Trond. *Karl Evang. En biografi*. 1989.
Nordstrand, Leiv. "Medisinalfondet for Nordland 1790–1935", in Lunde 2003.
Norges samemisjon. *Norges samemisjon 100 år. 1888–1988*. Trondheim, 1988.
Olsen, Sture Lian. *St. Olavs hospital – Avdeling OSS – fra lokalsykehus til universitetsklinikk i Orkdal*. [Trondheim?] 2004 (http://www.stolav.no/stolav/resources/arsberetning+orkdal+2003.pdf)
Oslo City Encyclopaedia. Oslo City Encyclopaedia (4th ed.). Oslo, 2000.

Pape, Kristine. *Sykdomsoppfatninger og helbredere i middelalderens Trondheim*. Trondheim, 1997.
Pihl, Torbjørn. "Bergens kommunale Sygehus 1754–1912", in Janssen 2001.
Porter, Roy. *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Anitquity to the Present*. London, 1997.

Risse, Guenter B. *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. New York and Oxford, 1999.

Schiøtz, Aina. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 volume 1*. Oslo, 2003.
Schjønsby, Hans P. "The Establishment of a Public Health System" in Larsen 1996.
Seip, Anne-Lise. *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo, 1984/1994.
Seip, Anne-Lise. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo, 1994.
Skaset, Maren. "Reformtid og markedsgløtt: det offentlige helsevesen etter 1985", in Schiøtz 2003.
Skogheim, Dag. "Frisk luft og diett. Norske tuberkulosesanatorier", in Balto (ed.) 2000.
Skogheim, Dag. *Sanatorieliv. Fra tuberkulosens kulturhistorie*. Oslo, 2001.
Skålevåg, Svein Atle. *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870–1920*. (Rokkan Centre: Report 10, 2003). Bergen, 2003.
Sprauten, Knut. "Dårekisten og sykehuset under Ekeberg", in Abrahamsen (ed.) 1988.
The Regional State Archives in Bergen. *Stiftelsenes Allé. En virtuell byvandring i Bergen 1769*. 2003. (http://digitalarkivet.no/cgi-win/DaMeny.exe?meny=helse&nr=1)
Stave, Gunnar. *Mannsmot og tenarsinn. Det norske diakonhjem i hundre år*. Oslo, 1990.
Storsletten, Ola. "Bygningshistorien: Fra kloster til hospital", in Abrahamsen (ed.) 1988.
Strandjord, Roald E. "Paa dette Skib hadde det været en Deel ryggeløst Mandskab. Om radesyken og Radesygehuset i Stavanger", in Balto (ed.) 2000.
Sveen, Ingar. *Sjukehusstriden i Sogn og Fjordane. Norsk sjukehuspolitikk i endring. Ein studie av sjukehusplanlegging og sjukehusutbygging i Sogn og Fjordane 1963–1977*. Thesis at the second degree level in history, University of Oslo, 1979.
"Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831", in *Eyr* 1834.

Vallgårda, Signild. "Power over Life: the Establishment of Hospitals in Denmark in the Late Eighteenth Century", in Andresen, Grønlie og Skålevåg (eds.) 2004.
Vollset, Magnus. *Fra lidelse til trussel. Spedalskheten i Norge på 1800-tallet*. Master's thesis in history. University of Bergen, 2005.

Wisbech, Chr. "Det civile Sygehuus i Bergen i Aaret 1828 tilligemed en Beskrivelse over denne Stiftelse", in *Eyr* 1830.
Wyller, Ingrid. *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo, 1990 [1951].

Rammevilkår og drivere i helsebyggeriet

Svein Carstens

De helt sentrale og dominerende aktørene i dagens helsevesen er de store, tunge helseforetakene som også omfatter universitetsklinikkene. Disse institusjonene har sitt hovedfokus på de somatiske lidelsene (somatisk: legemlig, som hører til legemet). Dette reflekterer at somatiske lidelser fremstår som en hovedkategori hos dagens syke mennesker. På de sentrale sykehusene behandles og forskes det i dag på somatisk sykdom i stort omfang i en situasjon hvor behovet for helsetjenester er tiltagende og nærmest umettelig. Slik har det imidlertid ikke alltid vært.

Innledning

Historisk sett er somatiske lidelser relativt "ny" som behandlingskategori. Noe forenklet kan det hevdes at de som medisinske behandlingskategorier formes i møte med industrialiseringen og urbaniseringen av landet vårt og etableringen av den nye naturvitenskapelig baserte medisinen. Dette skjer i løpet av 1800-tallet. Før introduksjonen av ulike sosiale ordninger som Fattigkassa (senere ulike trygdeordninger), som åpnet muligheten for å gi økonomisk kompensasjon ved redusert eller bortfall av arbeidsevne ved sykdom, er det et stort spørsmål hvor mange av de tilstandene vi i dag karakteriserer som somatiske lidelser som ville bli betraktet som sykdom. Ikke slik å forstå at fortidens mennesker ikke hadde somatiske plager og "vonter", tvert imot. Men på grunn av de historiske og materielle forholdene de levde under, må de ha fortolket eller skrevet forståelsen av sine plager inn i andre forestillinger og fortellinger enn vi betjener oss av i dag når vi referer til dem som sykdom. For det store gross av fortidens mennesker var derfor de "vontene" og plagene de opplevde en del av det å være menneske og det å leve. Livet besto for de fleste av hardt kroppsarbeid og de plagene som rammet dem var en integrert del av livet. Døden var en naturlig konsekvens. Det er imidlertid ikke rom for å dypere inn i denne tematikken i denne sammenhengen. Tross dette kan det, med utgangspunkt i den stadig tiltagende etterspørselen etter helsetjenester i vår tid, være naturlig å spørre: Er virkelig alle lidelsene vi i dag behandler som sykdom naturgitt, eller kan det tenkes at de, i alle fall i en viss utstrekning, er sosialt betinget?

Drivkreftene bak det moderne helsebyggeriet

Begrepet "det moderne helsebyggeriet" favner vidt. Rent fysisk omfatter det alle typer helserelaterte institusjonsbygg etablert og hovedsakelig reist etter 1850. Begrepet omfatter pediatriske, psykiske, somatiske, geriatriske institusjonsbygg i tillegg til et ukjent antall spesialinstitusjoner for alt fra tuberkuløse til rusmiddelmisbrukere.

Det moderne helsebyggeriet som har til oppgave å huse det institusjonaliserte helsearbeidet er som fenomen knyttet til fremveksten av det Anne Lise Seip har kalt Sosialhjelpsstaten (ca. 1740–1920), og senere velferdsstaten i tiden etter andre verdenskrig.

I medisinhistoriske fremstillinger legges det ofte avgjørende vekt på medisinfagets kunnskaps-

Sykehuset St. Olavs Hospital i Trondheim tilhører helseforetaket St. Olavs Hospital HF. Sykehuset er et av flere som har satt i gang med store utbyggingsprosjekter på 2000-tallet.
Foto: St. Olavs Hospital.

utvikling, de vitenskapelige gjennombrudd, oppdagelser og nyvinninger når en vil forklare utviklingen i helsesektoren. En nærmere drøfting av hvor relevant denne type tilnærming er må vi imidlertid la ligge her. Det vi kan slå fast er at viteskapelige gjennombrudd ikke automatisk konverteres til nye materielle tilbud for syke og trengende mennesker. Etableringen av slike tilbud forutsetter eksistensen av institusjonelle rammer som gir aktuelle relevante aktører et handlingsrom. Sagt på en annen måte, noen må bygge og drive de helseinstitusjonene som implementerer de nye behandlingspraksisene. Dette krever blant annet at det eksisterer aktører med finansielle resurser til å gjøre dette. Etablering av de materielle institusjonene (eiendommer, bygninger og utstyr) er på sin side i høy grad betinget av eksistensen av institusjonsutbybygging i en mer abstrakt betydning av ordet. Med slike overordnede institusjonelle ordninger sikter en gjerne til ulike rammebetingelser som fungerer så vel tilretteleggende som styrende og ofte standardiserende i forhold til den enkelte institusjonelle aktøren. Konkret dreier det seg blant annet om rammebetingelser som skaper forutsigbarhet, og som bidrar til å utløse, kanalisere, organisere og ordne initiativ og resurser.[1] Det er nok allikevel riktig å tenke at helsebyggeriets utvikling neppe helt kan forstås løsrevet fra utviklingen i medisinfagets kunnskapsutvikling. Det ligger på en måte i sakens natur at helsebyggeriet, prioriteringer hos investor til tross, er en refleks av muligheter og ambisjoner i innen medisin og helsefagene.

Institusjoner for oppbevaring og behandling av ulike typer syke, demente og vanskeligstilte mennesker har lange tradisjoner i vår kultur. De fleste av de eldste institusjonener vi kjenner (som middelalderhospitalene og de tidlige sykehusene) sin virksomhet må imidlertid karakteriseres som kompletterende tilbud i et samfunn hvor hovedregelen var at familien og husholdet selv tok seg av sine syke, demente og vanskeligstilte.

Vår tids helsebyggeri er forankret i behovet for en omfattende institusjonalisering for behandling av lidelser og sykdom. Denne måten å organisere omsorgen for syke og trengende er vokst ut av andre samfunnsmessige forutsetninger enn middelalderens og fremstår dermed som et relativt nytt fenomen. Det er nærliggende å koble den tiltagende institusjonaliseringen og det etter hvert tiltagende helsebyggeriet utover på 1700- og 1800-tallet til endringer i samfunnsstrukturer. Disse endringene hadde i hovedsak sitt opphav i dyptgripende forandringer i måten varer og tjenester ble produsert på i den vestlige verden.

Gjennom det meste av vår historie har familien og husholdet vært den sentrale omsorgs-, og produksjonsenheten. Fremveksten av kapitalintensive produksjonsmåter skilte på 17- og 1800-tallet etter hvert arbeidskraften fra husholdet og svekket familien

som grunnleggende produksjonsenhet i samfunnet. Dermed ble også familiens ansvar for å dra omsorg for og pleie av mennesker utover den snevre kjernefamilien avkortet. Arbeidskraften ble i prinsippet fri og en vare omsatt på et marked – et arbeidsmarked. Etableringen av 1700- og det tidlige 1800-talls helseinstitusjoner kan dermed forstås som en rasjonell reaksjon fra fellesskapets side på erstatte den utvidede familiens tradisjonelle omsorgsansvar. Arbeidet med å reise helsebygg og å etablere helseinstitusjoner fikk fornyet aktualitet etter 1850, da industrialisering og urbanisering aksentuerte utviklingstendensen og en stadig større del av befolkningen ble lønnsarbeidere i en stadig mer urbant styrt økonomi.

Det offentlige helsearbeidet

Ved inngangen til 1900-tallet var helsearbeid i Norge i stor grad et hygieneprosjekt. Slik hadde det vært i alle fall siden tidlig på 1800-tallet. Dette innebar at den vesentlige del av det offentlige helsearbeidet ennå ved inngangen til 1900-tallet primært rettet seg mot ulike sykdomsforebyggende tiltak som koppevaksinering, karanteneordninger, kontroll med prostituerte, etablering av vannverk og etter hvert også etablering av offentlig renovasjonsordninger.

Helsebyggeriet som forutsetning for institusjonsetablering og og individuell behandling av syke sto ennå svakt i styresmaktenes så vel som medisinprofesjonens strategi for sykdomsbekjempelse. Det var forebyggende arbeid som sto i sentrum. Det betyr også at samfunnet, medisinprofesjonen inklusive, la til grunn at de mest betydningsfulle sykdomskategorier (de epidemiske sykdommene) skyldtes fundamentale hygieneproblem. Med dette som utgangspunkt søkte man ved hjelp av hygieneforberedende tiltak både å verne de friske mot de syke og å gjøre de som var syke, friske. En tilsvarende tankegang lå bak sentralmyndighetenes tidlige kamp mot radesyken.[2] Da denne sykdommen eller diagnosen mer eller mindre gikk i oppløsning i møte med endringene i medisinfaget mot midten av 1800-tallet, ble strategien fra kampen mot denne mot sykdommen overført til bekjempelsen av de veneriske sykdommene. De prostituerte ble etter 1840 underlagt en rigorøs kontroll. I 1854 fikk vi så et tilsvarende fremstøt mot en ny gruppe syke som ble definert som et hygieneproblem: de leprøse. I 1885 kulminerte denne prosessen med at Stortinget vedtok en egen lov som hjemlet blant annet tvangsinnleggelse av leprapasienter.[3] Den største og mest omfattende sykdomskategorien som ble oppfattet som et hygieneproblem, og som krevde spesialtiltak og -lovgivning, var tuberkulosen. Med denne sykdommen som viktigste begrunnelse kom de sentrale styresmaktene til å sette i verk en rekke omfattende sosiale og medisinske tiltak frem mot det 20. århundre.

Det er dermed et sentralt trekk ved helsebyggeriets utvikling i Norge at sentralmyndighetene lenge avgrenset sin innsats til å ta et overordnet ansvar for å bekjempe de epidemiske sykdommene, som primært ble ansett som et hygieneproblem. I forlengelsen av denne strategien valgte også de sentrale styresmaktene relativt tidlig å ta et overordnet ansvar for etablering av psykiatriske institusjoner. Også her var ambisjonen å beskytte og helbrede de syke samtidig som man søkte å skjerme den alminnelige borger. Statens vilje til å gjennomregulere psykiatrien kommer blant annet til uttrykk gjennom Sinnssykeloven av 1848. Denne la grunnlaget for etablering av et relativt finmasket system av sentrale institusjoner i regi av stat og fylke.[4]

Mens staten i forlengelsen av sin strategi for bekjemping av epidemisk sykdom "tidlig" tok et ansvar for å etablere institusjoner for sinnslidende, ble ansvaret for å etablere institusjoner for behandling av somatisk sykdom etterlatt i et grenseland. Uten sentral styring eller koordinerende lov- og regelverk ble det de enkelte byene, kommunene og i en viss utstrekning amtene/fylkene samt private organisasjoner som utover på 1800- og 1900-tallet tok ansvar for å etablere et tilbud på dette området, etter hvert som behovene ble påtrengende og de økonomiske forholdene lå til rette for det. Dermed kom utbyggingen av det som skulle utvikle seg til et norsk helsevesen (med de somatiske sykehusene som kjerne) til å foregå i en temmelig "anarkistisk" orden.

Relativt tilfeldig, uten orden eller plan, og uten klare standardkrav, ble det etablert en rekke helseinstitusjoner utover i landet. Utformingen og innretningen av dem var det helt opp til eierne å ta ansvar for. Noe egentlig samlet norsk helsevesen kan en derfor knapt snakke om før etter andre verdenskrig.

Eierstrukturen

Hvem var det så som påtok seg ansvaret for å bygge og drive de ulike helseinstitusjonene? I Statistisk årbok er det i perioden 1930–1960 publisert oversikt over hvem som eier "anstalter til kur av legemlig og åndelig syke". Dette materialet representerer et godt grunnlag for å danne seg et bilde av eierstrukturen i det norske helsevesenet og derigjennom en oppfatning av hvem som har vært de sentrale driverne i helsebyggeriet. Data fra 1930 gir et bilde av situasjonen slik den utviklet seg fra man begynte å etablere helseinstitusjoner her til lands. Tallene fra 1960 viser hvordan situasjonen var før vedtaket av Sykehusloven i 1969.

Tabell 1 viser at staten til etter 1960 var den minste av sykehuseierne. Oppsettet viser også at kommunene var eier av over 50 % av sengene allerede i 1930. Kommunenes dominerende posisjon avtar noe frem mot 1960. Dette indikerer at kommunene var den sentrale driveren i sykehusutbyggingen her til lands. De private eiernes engasjement var stabilt og vedvarende i hele perioden.

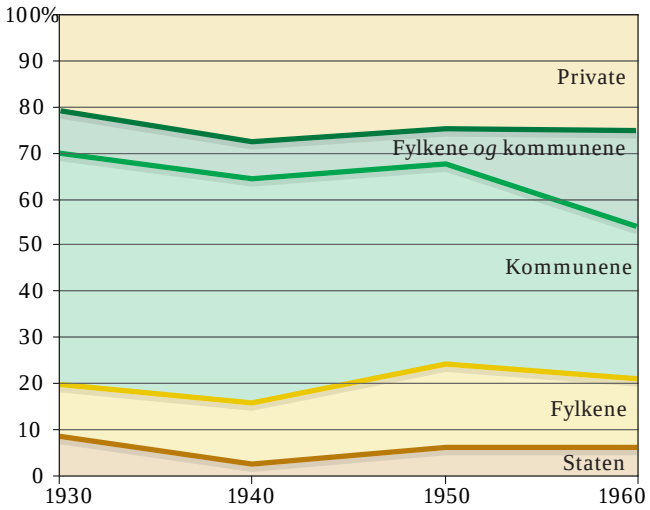
Tabell 2 viser at staten ikke på noen av måletidspunktene eide mer enn 18,8 prosent av det samlede antall senger. Kommunene fremstår også i denne sammenhengen som en majoritetseier. Sett under ett økte de privates andel betraktelig fra 1930 til 1960.

Tabell 3 viser at statens engasjement først og fremst var konsentrert om institusjoner som behandlet tuberkuløse, spedalske, (epidemisk sykdom) sinnssyke og alkoholikere. Institusjonene var primært enten nasjonale eller regionale i sin innretning.

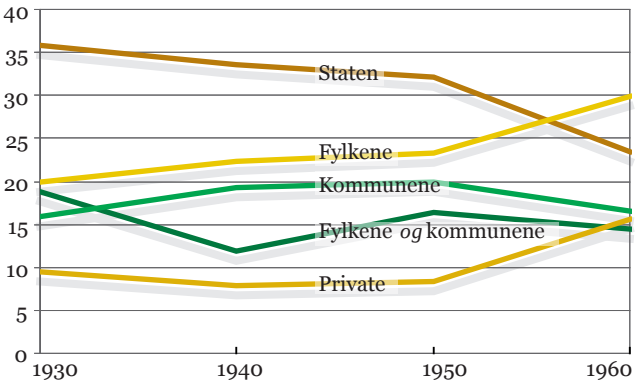
Politiske rammevilkår

Etter 1814 lå makten i den nye norske staten hos et svært begrenset sjikt av embetsmenn. Fra 1830-årene etablerte deler av denne eliten et klart nasjonsbyggingsprosjekt. I første rekke dreide det seg om den såkalte intelligenskretsen og dens ideer for å modernisere landet.[5] I sin ideologi var de preget av liberalistisk tankegods. I årene frem til 1870 ble det norske samfunnet derfor deregulert på en rekke områder. De grunnleggende rammebetingelsene i økonomien ble forsøkt tilpasset slik at de skulle fremme produksjon og omsetning. I andre halvdel av 1800-tallet tiltok også det offentliges vilje til å ta ansvar for fattigfolk. Fattigloven av 1863 gjenspeiler imidlertid i enda større grad enn lovgivningen fra 1845, som den avløste, samtidens liberalistiske syn på fattigdommen som primært et privat problem. Til tross for dette kan nok introduksjonen av Lov om Sunnhetskommisjoner fra 1860, Fabrikktilsynsloven av 1892, loven om ulykkesforsikring for fabrikkarbeidere fra 1894, samt Vergerådsloven av 1896 (som skilte barnevernet fra fattigvesenet), alle tolkes som uttrykk for statsmaktens vilje til å ta større ansvar for de svake i samfunnet. Når det gjelder de somatiske sykehusene, avholdt man seg, delvis av ideologiske

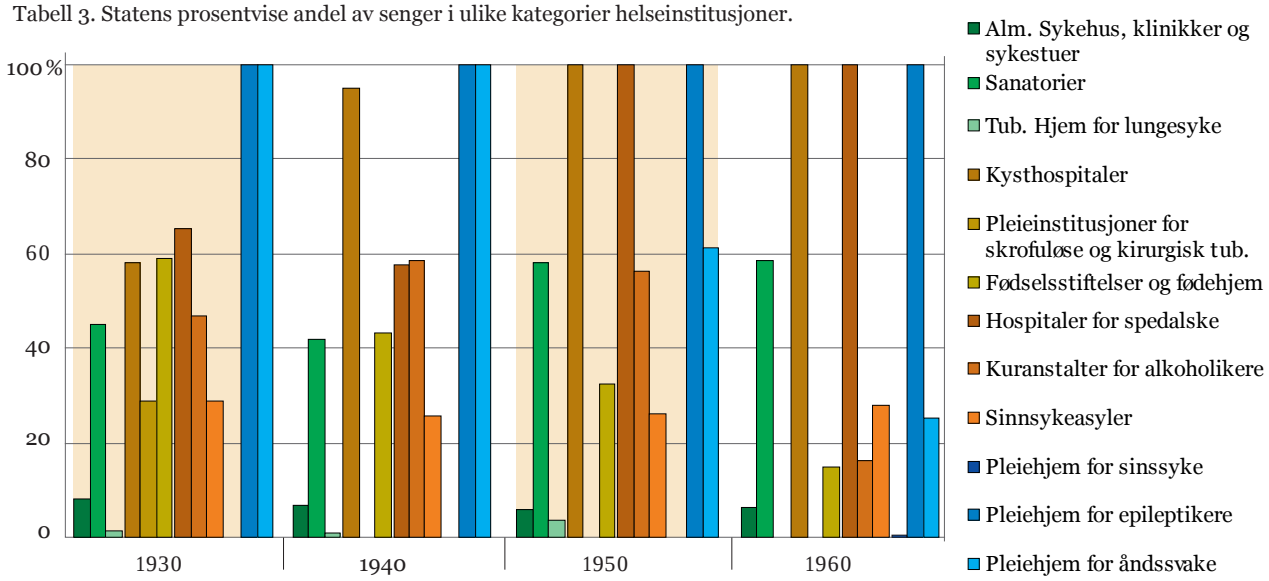
Tabell 1. Institusjonseiers prosentvise andel av sykehussenger.



Tabell 2. Institusjonseiers prosentvise andel av senger, alle typer helseinstitusjoner.



Tabell 3. Statens prosentvise andel av senger i ulike kategorier helseinstitusjoner.



årsaker, ennå mot slutten av hundreåret fra å gripe regulerende inn. Først med Lov om sykeforsikring fra 1909, som bidro til at finansiering av behandling i helseinstitusjoner definitivt ble løftet ut av fattigkassen, skjedde det endringer av betydning på dette feltet.

Grovt sett kom den helsepolitiske utviklingen i årene fra ca. 1900 til 1945 til å innebære en bevegelse fra en helsetjeneste dominert av generalister eller allmennpraktiserende leger i privat praksis, til et langt mer institusjonsbasert helsestell. Utviklingen løp parallelt med at en rekke oppgaver av sosialmedisinsk karakter ble skjøvet over fra det medisinske til det tekniske fagfeltet. Kommunene tok i stadig større utstrekning ansvaret for folkehelsen og folkehelsearbeid. Kommunene (teknisk etat) fikk ansvar for å føre næringsmiddelkontroll, de ble leverandører av rent, smittefritt vann, organiserte renovasjon, sto for bygging og drift av offentlige bad etc. Også i arbeidet med å bygge opp og drive de ulike helseinstitusjonene ble det, som vi har sett, kommunene, sammen med private (i praksis ulike livssynsorganisasjoner) som kom til å ta det tyngste taket i. Engasjementet vokste ikke sjelden ut av de oppgaver det enkelte lokalsamfunnets eller den enkelte kommune hadde påtatt seg med hensyn til fattigomsorg.[6]

Utover i 1930 årene ble mangelen på sentral koordinering av helsesektoren, som resultat av mangel på en samlet nasjonal plan for de somatiske sykehusenes drift og utvikling, påpekt av stadig flere. Forslag om å etablere en landsplan for det norske sykehusvesenet dukket derfor opp ved flere anledninger. Avgjørende for dette var trolig utviklingen i Sverige og Danmark. I disse landene arbeidet man på denne tiden med å få på plass et økonomisk rasjonelt sykehusvesen organisert rundt større sentralenheter med fylkene som geografisk avgrensning av den enkelte institusjons nedslagsfelt. I 1931 publiserte arkitekt Carl Thune Larsen, senere sekretær i Norsk Sykehusforening, en artikkel i Aftenposten hvor han konkluderer med at tiden nå var moden for en generalplan for sykehusvesenets utvikling også i Norge. I 1934 fulgte professor Johan M. Holst (1892–1953) opp med en artikkel kalt "Prinsippene for organisering av et moderne sykehusvesen". Okkupasjonen av Norge i 1940 satte imidlertid en effektiv stopper for en utvikling etter de retningslinjer Holst trakk opp her.

Helsevesenets utvikling fra siste del av 1930-tallet til midten av 1970-årene faller i tid sammen med framveksten av velferdsstaten og dens glanstid. Ut fra et teknologisk perspektiv kan det sies at helsevesenets vekst, differensiering og spesialisering fulgte av medisinens kunnskapsutvikling. Ut fra et økonomisk perspektiv vil det kunne hevdes at sektorens utvikling ble muliggjort av en generell økonomisk vekst som tillot stadig større overføringer av offentlige midler til helsevesenet. Det er imidlertid ikke nødvendigvis noen kausal sammenheng mellom velferdsstaten slik vi kjenner den og helsesektorens utvikling. For å komme på sporet av en slik sammenheng, er det nødvendig å anlegge et politisk perspektiv. Perspektivets relevans knytter seg til at helsesektorens utvikling i stor grad kan føres tilbake til beslutninger (sentralt og lokalt) basert på politiske, ideologiske og faglige ideer.

I årene etter krigen så man i det sosial-

demokratiske Norge det som en utjevningspolitisk hovedoppgave å heve levestandarden til de gruppene som i årene før krigen hadde hatt det laveste inntektsnivået. I første rekke var det snakk om jord- og skogsarbeidere, småbrukere og fiskere. Regjeringene la imidlertid også opp til en utjevning av forskjellene lønnstakergruppene imellom. Det er dermed i en sammenheng som denne nærliggende å oppfatte de mange sosialpolitiske initiativ fra denne perioden, inklusive etableringen av en landsplan for sykehusutbyggingen, som ett av flere utjevningspolitiske virkemidler.[7]

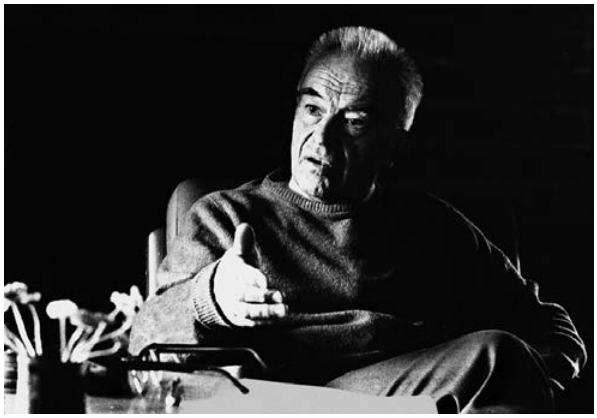
De første 10–15 etterkrigsårene ble uvanlig rike for norsk helsevesen. Den offentlige satsing ledet til en generell medisinsk tyngdeforskyvning i retning sykehusene. Disse fikk nå en langt mer sentral plass i helsearbeidet enn noen gang tidligere.

I 1938 var det ca. 600 leger ved norske sykehus. Det utgjorde ca. 1/4 av alle legene i landet. I 1962 arbeidet det over 1800 leger i norske sykehus. Dette tallet svarer til ca. halvparten av alle landets leger på det tidspunkt. Med andre ord hadde sykehusene i løpet av en periode på 25 år tiltrukket seg nesten alle de nyutdannede legene. I samme periode endret tallet på leger som arbeidet utenfor sykehus seg i bare beskjeden grad. Dette skapte en helt ny situasjon i forholdet mellom sykehus og helsearbeid.[8]

Program for utviklingen av helsevesenet i etterkrigstidens velferdsstat ble utformet under krigen. Helt sentralt i dette sto Karl Evang (1902–1981).[9] For Evang var en konsentrasjon av ansvar i statlige organer både et mål og et virkemiddel. Dette kunne oppnås på to måter. Én løsning var å etablere et statsdrevet helsestell finansiert gjennom beskatning. Alternativet var å utvikle et enhetlig trygdesystem under statlig kontroll. Folketrygden ble først etablert i 1966. Forebyggende arbeid måtte, i hvert fall i første omgang, dekkes over offentlige budsjetter. Innen primærhelsetjenesten ønsket Evang å bygge videre rundt distriktsleger, stadsleger og helseråd. Ut over det ønsket han å institusjonalisere legetjenester som tradisjonelt var utført gjennom en privat praksis.[10] Slik sett kan det i en tidlig fase av gjenreisingsarbeidet virke som om Evang så for seg en utvikling av det norske helsestellet etter en "øst-europeisk modell". Store offentlige sykehus eller helseinstitusjoner med åpne poliklinikker skulle også ta hånd om det meste av førstelinje-helsetilbudet. Den tradisjonelle allmennpraktikerens rolle, familielegen, var i det "Evangske" systemet i alle fall ikke åpenbar.

Etter Evangs avgang i 1972 mistet Helsedirektoratet under Torbjørn Mork og senere Anne Alvik etter hvert mye av sin innflytelse. I takt med sosialdemokratiets orientering mot sentrum av norsk politikk ble også helsepolitikken i stigende grad avideologisert. I løpet av 1980- og 90-tallet foregikk det, til tross for at de sentrale helseinstitusjonene (som nå var eiet av fylkene) hadde politisk oppnevnte styrere, en tiltagende "markedstilpassing". Innen medisinfaget medførte subspesialiseringen en økende profesjonskap om resurser hvor utsatte pasientgrupper ofte ble benyttet som brekkstang. Pasientorganisasjonene vokste seg mektige og presset på for å få oppmerksomhet og resurser til gruppene de representerte. Pasientene fikk klarere definerte rettigheter. Den enkelte som søkte hjelp fra

Karl Evang (1902–1981) var en meget markant helsedirektør i tiden 1938–1972.
Bilde: Riksarkivet.



helsevesenet var bedre utdannet og langt mer talefør enn tidligere. Kunnskapen om egen sykdom og egne rettigheter var betydelig større enn før. I avisene ble helsestoff godt stoff. Tilskyndet av en tiltagende myndighetsskepsis og autoritetskritikk utviklet media seg til et lydhørt talerør for kritikk av det offentlige helsetilbudet. Med fokusering på enkeltproblemer og enkeltskjebner bidro den mediastyrte debatten til at de overordnede perspektivene druknet i det offentlige ordskiftet. Sett mot en slik bakgrunn kan statens overtagelse av helseinstitusjonene i 2002 forstås som et forsøk på igjen å få politisk styring med sektoren. Hensikten var å skaffe staten bedre kontroll med det stadig økende pengebruk i helsesektoren. Dette viste seg imidlertid vanskelig. I 2008 var utgiftene i sektoren ca. 60 milliarder kroner høyere enn i 2002.

Sektorøkonomi

En viktig nøkkel til forståelsen av utviklingen innen helsebyggeriet ligger i eierstrukturen og finansieringen av helseinstitusjonene generelt.

Et karakteristisk trekk ved "nyere" norske helseinstitusjonene er at finansiering av bygging, vedlikehold og utvikling av dem på den ene siden og drift av helseinstitusjonene på den andre lenge ble betraktet som to atskilte forhold. Det har tradisjonelt sett dermed ikke nødvendigvis vært slik at kostnadene ved å etablere, vedlikeholde og utvikle et bygg som skal huse en helseinstitusjon har vært belastet de årlige driftsregnskapene for institusjonene. I hovedsak ble skillet mellom etablerings og utviklingskostnader på den ene side og driftskostnader opprettholdt til helt frem til år 2002 da staten overtok alle helseinstitusjonene her til lands.

Gjennom 1800-tallet sorterte helseinstitusjonene enten under fattigvesenet, eller så ble driften av dem finansiert av dette. Mange var riktignok formelt sett organisert som selveiende stiftelser, men ble til tross for dette av de fleste betraktet som en del av fattigvesenet. Bakgrunnen for dette var forholdsvis enkel. Å være syk hadde ennå på 1800-tallet en relativt vag avgrensing. Generelt innebar det å bli eller være syk uten at en hadde familie eller arbeidsgiver til å ta vare på seg, at man i praksis raskt ble fattig – slik at man ikke kunne forsørge seg selv eller sine. Man ble avhengig av støtte fra lokalsamfunnet. Syk og fattig var dermed begreper som på mange områder gled over i hverandre. Måtte man på sykehus og selv ikke kunne betale, ble det Fattigkassa som måtte ta regningen. Etter 1898, da alminnelig stemmerett for menn ble innført, innebar støtte fra Fattigkassa tap av stemmeretten.

På grunn av de betydelige lokale variasjonene som lenge preget arbeidet med å drive helseinstitusjonene omkring i landet, er det vanskelig å ha endelige oppfatninger av hvordan dette ble gjort. Hovedprinsippet synes imidlertid å ha vært at pasienten selv skulle betale for opphold og behandling. Utfordringen lå i at de færreste syke som hadde behov for institusjonalisering hadde mulighet til nettopp det. I Bergen var det derfor slik at midler fra det lokale Mudringsvesenet kunne nyttes til drift av sykehuset.[11] I Trondheim ble driften av byens sykehus i en lang periode (1791–1817) finansiert av byens desidert mest velstående stiftelse, Thomas Angells stiftelse. Etter at byen selv måtte overta sykehusdriften i 1817, ble virksomheten finansiert ved en egen skatt. Dette var en lite fleksibel ordning som innebar at sykehuset i realiteten bare disponerte et gitt antall pasientliggedøgn pr. år. Generelt synes det imidlertid som om finansieringen i løpet av 1800-tallet gjennomløp en harmonisering. I Trondheim gikk man i løpet av 1840-årene over til et system der sykehuset fikk refundert pr. liggedøgn fra den eller de som sto bak innleggelsen av pasienten. Dette økte fleksibiliteten i finansieringen av driften betraktelig og gjorde det enklere å balansere budsjetter ved å justere liggedøgnstakstene fra år til år. Refusjonssatsene var imidlertid utformet slik at de knapt dekket mer enn kostnadene ved å oppbevare og behandle pasienten. Når det var behov for vedlikehold, ombygginger, utbygginger eller investeringer i utstyr måtte midlene til dette fortsatt skaffes i form av bevilgninger fra eieren, som oftest kommune, amt eller private. Dette førte til at vedlikehold og videreutvikling av helseinstitusjonene ble svært konjunkturutsatt.

Reformene åpnet for å etablere nasjonale ordninger for finansiering av opphold ved helseinstitusjoner. Tidlig på 1900-tallet ble det derfor etablert en syketrygd for lønnstakere som gradvis ble gjort mer omfattende og obligatorisk. Ideen bak syketrygden var at den skulle være en forsikringsordning som skulle sikre medlemmene mot de økonomiske konsekvenser av sykdom, herunder fri medisinsk behandling. Gjennom lov om syketrygd fikk medlemmene av sykekassene dekket utgiftene (kurpenger) ved sykehusopphold. Til tross for at det i første omgang bare var ca. 20 % av landets befolkning som ble omfattet av loven, fikk den stor betydning for den videre utbyggingen av helseinstitusjoner. Syketrygden gav ikke støtte til selve investeringskost-

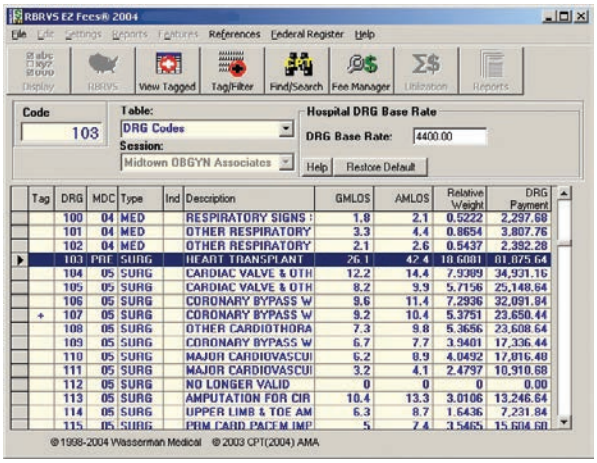
Hovedbygningen på Regionsykehuset i Trondheim, som var et av sykehusarkitekten professor Karl Grevstads sentrale verk, sto ferdig i 1955. I forbindelse med utvidelsen av St. Olavs Hospital ble bygningen revet i 2011.
Foto: Postkort fra Arne Lannerstedts samling/NMM.

nadene ved etableringen av en institusjon, men den gav større økonomisk sikkerhet og forutsigbarhet for dekning av institusjonens driftsutgifter. Ordningen ble dermed et viktig insitament for videre sykehusutbygging. Kapitalutgiftene ble i prinsippet fortsatt båret av institusjonseierne. Trygdekassene betalte kurpengene for de syketrygdede, mens kommunene utredet kurpengene for forsorgsunderstøttede. Denne finansieringsmodellen ble i hovedsak opprettholdt til 1944, da kurpengeprisen ble regulert. Deretter dekket syketrygden (som i 1957 ble gjort obligatorisk for alle) en stadig mindre del av sykehusenes driftsutgifter. Framfor alt sank trygdens tilskudd utover på 1960-tallet, en periode som for øvrig var preget av sterk økonomisk vekst. Da sykehusloven trådte i kraft i 1970, var refusjonen kommet ned i ca. 65 prosent. I praksis innebar det at fylkeskommuner med det best utbygde helsevesenet også satt med de største driftsutgiftene. Den økende differansen mellom de faktiske driftsutgifter og syketrygdens refusjon, førte til at utbyggingen av helseinstitusjoner flere steder stagnerte på 1960-tallet.

Sykehusloven av 1969 dannet det juridiske grunnlaget for etableringen av fylkeshelsetjenesten. En hovedhensikt med loven var å sikre utbygging, bred geografisk dekning, jevn kvalitet og en mer enhetlig drift av sykehus og helseinstitusjoner landet under ett.

Sykehusloven viste seg da også å bli startsignalet til den mest omfattende utbyggingsperioden i vårt helsevesens historie. Loven etablerte blant annet likeartede regler for finansiering av sykehusene. Dette finansieringsprinsippet innebar en deling av utgiftene mellom syketrygden og institusjonseier.

Gjennom introduksjonen av sykehusloven ble fylkeskommunene i løpet 1970-tallet den sentrale helseinstitusjonseieren – men det var staten som finansierte driften av institusjonene. I hovedsak skjedde det gjennom refusjon. Systemet viste seg imidlertid ganske raskt utilstrekkelig, man fikk utgiftsvekst og økte geografisk ulikheter. Det fremsto derved etter hvert som ”naturlig” at fylkene kom inn og overtok totalansvaret for driften av de tidligere privat eide helseinstitusjonene. Gjennom avtalene som ble opprettet falt også eiendomsretten til institusjonene (i takt med de fylkeskommunale investeringene i anleggene) til fylkene. Dette bidro til ytterligere å forsterke fylkenes stilling som institusjonseier og -forvalter og representerte på sett og vis en strukturrasjonalisering.



Diagnose Relaterte Grupper (DRG) gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Tabellen består av 540 diagnoserelaterte grupper.

Innføringen av sykehusloven kom til å markere opptakten til en rekke større reformfremstøt i det norske helsevesenet. På 1980-tallet ble rammefinansiering introdusert. Dette innebar at staten gikk over til å gi fylkeskommunene et rammetilskudd etter nærmere definerte kriterier. Med utgangspunkt i overføringene skulle fylkeskommunene selv finansiere driften av helseinstitusjonene. Reformens målsetning var åpenbart ønsket om økt politisk styring og mer effektiv resursbruk. Konsekvensene ble imidlertid raskt åpenbare i form av køer og antatt manglende effektivitet. For å bøte på dette ble "Reform 1997", et såkalt DRG (diagnose-relaterte grupper)-system (dvs. innsatsstyrt finansiering) introdusert.

Driften av blant annet sykehusene skulle nå delfinansieres av stykkprisrefusjoner. Refusjon ble gitt pr. type behandling. Målsetningen var å skape et system som fungerte som insentiv for økt effektivitet og produktivitet. Heller ikke 1990-talles reformer gav det ønskede resultatet og i 2002 ble det besluttet at staten selv skulle overta helseinstitusjonene, som ble organisert i fem regionale helseforetak.[12] Helseforetakene ble fristilt. Målsetningen var å drive sykehus etter rene faglig/økonomiske prioriteringer, uten direkte politisk styring.

Forvaltning

Den sentrale ledelsen av det norske helsevesenet (sunnhetsvesen, medisinalvesen) vandret i årene etter atskillelsen fra Danmark fra det ene departement til det neste i nærmere 100 år. Etter ha utgjort et eget kontor i Politidepartementet i årene 1815–18, i Kirkedepartementet fra 1819–45 og i Indredepartementet fra 1846–78, havnet Medisinalvesenet i Justisdepartementetet i 1878, først som en egen Medisinalavdeling innenfor departementsstrukturen, senere ledet av en egen Medisinaldirektør utenfor departementet. Ved opprettelsen av Departementet for Sosiale saker, Handel, Industri og Fiskeri i 1913 ble Medisinalvesenet overført hit. Og ved opprettelsen av Sosialdepartementet 3 år senere fulgte Medisinalvesenet med over dit. Her lå ansvaret til 1940.[13]

I Norge foregikk utbyggingen av helseinstitusjoner, fra begynnelsen på 1800-tallet og til etter slutten av andre verdenskrig, som vist, idet store og hele uten sentral koordinering eller en overordnet plan. I motsetning til i Danmark og Sverige eksisterte det i Norge heller ikke bestemmelser om hvem som hadde plikt til å bygge og drive helseinstitusjoner. Som oftest hadde etableringen av institusjonene derfor utspring i initiativ fra kommunale myndigheter og/eller private organisasjoner. Under tiden ble initiativet også tatt av et fylke. Forvaltningen av helsebyggene ble følgelig spredt på ulike forvaltningsnivå. En helseinstitusjons størrelse, plassering og funksjoner ble som oftest bestemt av behovene på det stedet eller i den regionen institusjonen skulle etableres. Avgjørelsene i disse spørsmålene kunne bli fattet uten å konsultere sentrale myndigheter og uten hensyn til behovene i nasjonal målestokk.

Sentraladministrasjonens interesse for de eksisterende lokale helseinstitusjonene, de somatiske sykehusene inklusive, var gjennom hele det 19. århundre svak. I perioden fra opprettelsen av sunnhetskommisjonene i 1860 og frem til forankringen av Medisinalvesenet i Sosialdepartementet etter 1913 er det vanskelig å få øye på noe statlig engasjement på de lokale eller regionale helseinstitusjonenes vegne. På mange måter fremstår det som om man på sentralt hold var tilfreds med å kontrollere og å utføre en varsom styring gjennom stadsfysikus' rolle og posisjon. Sunnhetsloven av 1860 påla kommunen å opprette en sunnhetskommisjon. Stadsfysikus var kommisjonens leder og i kraft av dette Medisinalvesenets de facto øverste myndighet i kommunen og nærmest selvskrevne leder av enhver helseinstitusjons tilsynskomité. Sunnhetskommisjonen kan dermed beskrives som en blanding av et politisk og et faglig organ.[14] Statens engasjement avgrenset seg i hovedsak til å etablere og drive det en kan kalle de landsdekkende helseinstitusjonene, Rikshospitalet inkludert. Etter 2. verdenskrig søkte staten større innflytelse på utviklingen i helsesektoren som helhet. I de første tiårene etter krigen var

bygningsmaterialer rasjonert og man kunne blant annet gjennom tildeling av byggeløyve til en viss grad styre byggeaktiviteten i sektoren.[15] Parallelt ble det utover på 1950-, og 60-tallet gjennomført en strukturrasjonalisering karakterisert av sammenslåing og sentralisering. Den samlede effekten av dette dannet grunnlaget for innføringen av sykehusloven i 1969, som representerte et første forsøk på å etablere en enhetlig finansieringsmodell for helsesektoren her til lands.

Et karakteristisk trekk ved det norske systemet på 18- og 1900-tallet var at det bygget på et grunnleggende skille mellom kostnadene til oppføring og vedlikehold av helsebygg og kostnadene ved å drive dem. Dette skillet vedvarte til etableringen av Helseforetakene i 2002. De økonomiske vansker Helseforetakene siden har slitt med er i betydelig grad knyttet til de regnskapsmessige konsekvensene av nettopp denne grunnleggende reformen.

Typisk for det norske helsevesenets utvikling, helsebyggeriet inklusive, er at staten var en noe distansert aktør til etter avslutningen av andre verdenskrig. Når staten så viste større vilje til å engasjere seg, var dette forankret i den generelle utjevningspolitikken de sosialdemokratiske regjeringene fram mot 1970-tallet førte. Denne politikken ble forsterket av mulighetene den generelle økonomiske utviklingen gav de sentrale myndighetene.

Dermed er det vel riktig, i et større historisk perspektiv, å konkludere med at det var kommunene, fylkene og de private organisasjonene som tok de tyngste takene i arbeidet med å bygge opp grunnstrukturen i det som skulle bli det norske helsevesenet.

Noter

1 Hansen 2001: 32.
2 Kveim Lie 2003; 123: 3562–4. ”Radesyke” har gått ut av bruk i det norske språk. Opprinnelig betegnet ordet antakelig bare sykdom som gjør ond eller stygg. Utover i 1770-årene fikk ordet stadig sterkere feste også i den vitenskapelige og politiske offentlighet. Radesyken ble etablert som medisinsk kategori, til tross for utstrakt uenighet om sykdommens forbindelse med skjørbuk, venerisk sykdom og lepra.
3 Seip 1994: 236ff.
4 Jordåen 2006: 38
5 Sørensen 2001: 93.
6 Smst: 65f.
7 Bergh 1977: 26.
8 Evang 1962: 1195f.
9 Karl Evang ble utnevnt til Medisinaldirektør av Johan Nygaardsvolds regjering 23. september 1938 med tiltredelse 1. januar 1939
10 Nordby 1989: 126f.
11 Janssen 2001: 16.
12 Siden 2007 er det fire regionale helseforetak.
13 Svalestuen 1988: 63.
14 Bøhmer 1988: 152.
15 Johannessen 1992.
Kontoret for bygningsmaterialer ble overført fra Direktoratet for industriforsyning til Gjenreisningsdirektoratet 1. jan. 1946 med følgende arbeidsfelt: kontroll med byggevirksomheten, utstedelse av anvisninger for bygningsmaterialer og bygningsartikler (herunder sement) og tildeling av sement til fremstilling av produkter i sementvareindustrien. Kontoret hadde det løpende arbeidet med byggrasjoneringen. Det behandlet søknader om byggeløyve for industribygg, hotellbygg, skoler o.a. og førte kontroll med fylkesforsyningsnemndenes behandling av søknader om boliger og landbruksbygg. Fram til 1950 arbeidet kontoret med forsyning og rasjonering av byggematerialer og behovsanalyser – i tiden 1946–1948 også med fordeling av materialkvoter til fylkene som senere ble overtatt av Statistikk- og plankontoret. Kontoret ble overført til Kommunaldepartementet 1. juli 1950.

Litteratur

Bergh, Trond m.fl. (red.). *Vekst og velstand*. Oslo, 1977.
Bergh, Trond. “Norsk økonomisk politikk 1945–65”, i Bergh, Trond m.fl. (red.) 1977.
Bøhmer, Ann Marie. *Helsevesenet 1940–1983*, Oslo, 1988.
Evang, Karl. “Norsk sykehusvesen gjennom 25 år”, i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 18/1962.
Hansen, Finn H. “Sykehusstruktur i historisk perspektiv”, i *Sykehusstruktur i endring* 2001.
Janssen, Carl W. m.fl. *Haukeland sykehus*. Bergen, 2001.
Johannessen, Knut (red.) m.fl. *Håndbok for Riksarkivet*. Oslo, 1992.
Jordåen, Runar. *Helsebygg i Noreg*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet 2006.
Kveim Lie, Anne. “Tanker om radesyken i Norge – «Den hentærer sine Offere langsomt»”, i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2003.
Nordby, Trond. *Karl Evang – en biografi*. Oslo, 1989.
Seip, Anne L. *Sosialhjelpstaten blir til*. Oslo, Universitetsforlaget 1994.
Svalestuen, Anders A. *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809–1940*. Oslo, 1988.
Sykehusstruktur i endring (Samtidsdata 3/01). Trondheim, 2001.
Sørensen, Øystein. *Kampen om Norges sjel*. Oslo, 2001.
Tidsskrift for Den norske lægeforening 18/1962
Tidsskrift for Den norske lægeforening 24/2003.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

De tidligmoderne helse- og sosialinstitusjonene 1700–1850

Rolf Grankvist

Fra trosskiftet på 1000- og 1100-tallet og fram til reformasjonen hadde den katolske kirke det overordnete ansvaret for syke og trengende. Nidaros, eller Trondheim, var erkebispesete, og Nidaros kirkes spital hadde stor betydning for helse og omsorg i den tida det eksisterte. Dermed passer det godt å bruke Trondheims sykehushistorie for å belyse norsk medisinsk historie knyttet opp mot bevarte bygninger for helse- og sosialinstitusjoner fra perioden.[1]

Omsorg i kirkelig og kongelig regi gjennom 700 år

Både de eldste norske lagtingslovene og Magnus Lagabøtes landslov fra 1270-åra gjorde det til en plikt for alle i ætta å hjelpe dem som ikke klarte seg på egen hånd. For syke og gamle som ikke hadde slekt å støtte seg til, eksisterte det i tillegg en legdsordning, som delvis var i funksjon helt opp til år 1900.[2]

Da Nidaros erkesete ble opprettet 1153, hadde Olav Haraldsson vært helliggjort som Olav den hellige i mer enn 120 år. De pilegrimene som kom hit, søkte nåde og tilgivelse for sine synder, men også helbredelse for sykdom. "Passio Olavi", som trolig stammer fra erkebiskop Eysteins tid (vigslet 1161–1188), beskriver den første sykehuspasienten i Norge. "Det var ein gut som heitte Karl, han hadde fått slik leddverk at føtene hans krøkte seg attunder han. Mor og brør førte han til kyrkja åt den heilage Olav martyr. Då han var i hospitalet ved kyrkja, som gjev tilhelde åt sjuklingar" vart Karl med St. Olav som mellommann ved eit Guds under heilt frisk og kunne "reika ikring kvar han ville".[3]

Sitatet antyder at det på slutten av 1100-tallet var et hospital i Nidaros, og at det etter beskrivelsen og dokumentets art å dømme må ha vært et pilegrims-hospital som kannikene bestyrte og finansierte. Om man følger analoge hospitalstyper i Europa på

Nidarosdomens kapittelhus sett mot øst.
Foto: Nidaros Domkirkes Restaureringsarbeider.

Behandling av syke ved kanikkhospitalet ved Hotel Dieu i Paris slik det framstilles på et middelalderstikk.

den tida, så kan Kapittelhuset i Nidarosdomen ha vært reist som pilegrimshospital viet til St. Maria av erkebiskop Eystein. Det var også typisk for slike kannikhospitaler at de var formet som ei kirke med plass for de syke i skipet.[4]

Det neste sentrale utviklingstrinnet i omsorgen for syke og andre trengende i Nidaros, skjedde da Hospitalet på Vollene vest for byen ble bygd på 1270-tallet. Byggearbeidet kan sees i forhold til en pavelig forordning av 1179, som fastslo at spedalske skulle isoleres. Det er usikkert om St. Jørgens hospital i Bjørgvin bispedømme eksisterte som spedalskhospital på 1200-tallet, men Fana hospital er registrert som St. Jørgens hospital i et dokument fra 1304.[5]

Tidlig på 1300-tallet ble kannikhospitalet ved Nidarosdomen slått sammen med den nye spitalen på Vollene. Det nye felles Mariahospitalet ble hovedinstitusjonen for pleietrengende i erkebispedømmet helt fram til reformasjonen. Dekanen var juridisk og geistlig ansvarlig for det som i dagligtalen trolig ble omtalt som Spitalen. Dette sykehuset fikk på 1590-tallet navnet Trondhjems Hospital, og er i dag Nordens eldste omsorgsstiftelse i daglig drift.

I 1537 ble alle de kirkelige hospitalene i Norge overført til Kongen og omgjort til omsorgsstiftelser, men eiendommene til flere av dem ble aldri sikret.[6] De såkalte Ribeartiklene fra 1542 slo fast at det ved hvert hospital skulle opprettes et "bekvemt hus" som de spedalske skulle legges i. Vårt eneste sykehus fra middelalderen som bare tok inn spedalske – St. Jørgens hospital i Bergen – ble etter 1537 gjort om til et alminnelig hospital med en liten avdeling for leprapasienter. Det skjedde gjennom at det gamle spedalskhospitalet fikk en ny fundas i 1545. De andre

Hospitalskirka ved St. Jørgens hospital i Bergen.
Foto: Wilse. Riksantikvaren.

Den åttekantede hospitalskirka i Trondheim ble innviet i 1706. En sykestue fra 1600-tallet sto inntil koret i øst hvor sengeliggende pasienter kunne høre Guds ord fra prekestolen. Denne såkalte "sengestuen" ble revet i 1745 – kanskje som et varsel om at den nye naturvitenskapelige medisinen var på veg.
Foto: Torstein Dalemark.

Oslo hospital malt av Jacob Coning (1648–1724). Det ble opprettet i 1538 i et opprinnelig fransiskanerkloster. Bygget brant ned 1567 og nye bygg ble oppført m.a. 1581 og 1737.
Bilde: Oslo byarkiv.

hospitalene fikk først sine egne statutter etter at Norge hadde fått sin "nasjonale" kirkeordinans i 1607.

Av de 14 middelalderhospitalene i Norge fortsatte bare fire sin virksomhet etter reformasjonen: St. Peters i Stavanger, Mariaspitalen i Nidaros, St. Jørgens i Bergen og det nyopprettede Oslo Hospital, som inkorporerte de middelalderske St. Laurentius og St. Stefan. Det "nye" hospitalet oppsto fordi Oslo bispedømme ble slått sammen med Hamar etter reformasjonen.

Den kronglete vegen for naturvitenskapelig medisin på 1700-tallet

Den calvinske etikk i Danmark-Norge førte til et system med en desentralisert "innesperring" som var forskjellig fra hospitalsvesenet andre steder i Europa.[7]

Hos oss ble de såkalte fattighusene opprettet som et oppholdssted for gamle og utlevde fattige byborgere. Barnehusene var stort sett for guttunger som foreldrene ikke maktet å forsørge. Verkenshusene spilte rollen som arbeidsanstalt for fattige, hjelpeløse jenter og betlende kvinner. Både barnehusene og verkshusene var oppdragelsesanstalter. Dårekister ble opprettet for sinnslidende mennesker som var så ustyrlige at de måtte sperres inne.

Hospitalene i bispebyene tok imot pasienter fra hele stiftet, men størsteparten av belegget var fra stiftsstaden. Det må understrekes at disse institusjonene ikke var aldershjem på den tid, men først og fremst oppbevaringsanstalter for folk "som med spedalskhet og annen smittsom sykdom er beladne".[8]

På 1600-tallet fikk byene i Norge fattigforstandere som skulle ha tilsyn med de fattige. I tillegg hadde tettstedene siden slutten av 1500-tallet hatt en stodderkonge (tiggerfut), som skulle føre tilsyn med tiggere og omstreifere.

Utover på 1700-tallet ble det mer og mer klart at fattigstellet i Norge ikke kunne fungere uten en fast fattigskatt. Flere veldedige stiftelser ga imidlertid nytt liv til det gamle system med et fattigstell bygd på omsorgsbidrag fra rike borgere og kirkelige kollektbøker. Men etter nødsårene i begynnelsen av 1800-tallet var det ingen veg tilbake. Det gamle systemet brøt sammen, og alle byene i Norge måtte gå til det skrittet å innføre fattigskatt.

Etter reformasjonen ble den medisinske utvikling friere i forhold til kirkelig styring, men innenfor legeutdanningen ved universitetene fantes alle retninger fra mystisisme til naturfaglig realisme. Den gamle middelaldermedisinen gikk ofte videre i kraft av sin tradisjon med religion i sentrum.[9]

Naturvitenskapen utviklet seg raskt i denne tida, mens legevitenskapen på mange måter ble værende i middelalderen. Fra midten av 1700-tallet går vi imidlertid inn i en nokså opplyst tid i dobbel forstand når det gjelder stadsfysikusvirksomheten i Norge. Det skulle også føre til at byene fikk sine første kurkamre, hvor legene ved medisinsk behandling prøvde å gjøre pasientene friske. Det ble også tatt initiativ for å beskytte landets innbyggere mot miasmesmitte og det som ble kalt "sykdomsfrø".[10]

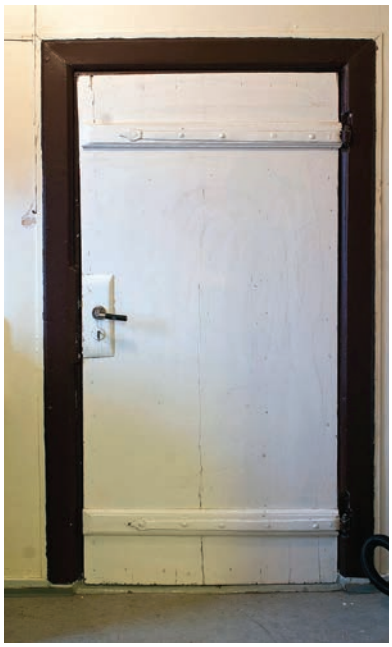
Under den store nordiske krig herjet det smittsomme sykdommer i en del av byene ved Østersjøen. Dette førte til redsel for at sykdommen skulle spre seg. I 1711 ble det mellom annet bestemt at Bjørnsund i Romsdal og Leksvik ved Trondheimsfjorden skulle brukes som karantenesteder for skip fra København "og andre besmittede steder".[11] I Trondheim ble det opprettet et "kurhus" for de personer som kom til byen landevegen.

I 1737 var det igjen en epidemi i Østersjøområdet. Det ble da gjort et prinsippvedtak i København som skulle få stor betydning på lengre sikt. Ved kongelig reskript av 13. mai s.å. vedtok man å opprette en midlertidig sunnhetskommisjon i Kristiania, Kristiansand, Bergen og Trondheim. Kommisjonen i Trondheim valgte ut Djupsundet på Hitra til karantenehavn og fikk bygd et isolat i Ilsvika. Det ble imidlertid ikke bruk for verken karantenehavn eller isolat fordi det tydeligvis ikke kom noen epidemi til Trøndelag. Men "karantenehuset" i Ilsvika fikk stå i nesten 40 år.[12] Etter 1737 fantes det imidlertid alltid et isolasjonshus disponibelt i de nevnte byene. Det store fellesnordiske karantenehospitalet på Odderøya utenfor Kristiansand er fra 1804.[13]

Egne militære sykehus ble bygd ut over hele Norge etter 1780 da et kongelig reskript forskrev slike sykehus ved flere av landets garnisoner, og at disse skulle ha to senger per kompani. Dermed fikk vi slike sykestuer i Kristiansand, Halden, Horten, Stavern, Kongsvinger, Oslo og Trondheim.

Den første kirurgiske behandling på Trondhjems Hospital skjedde i 1737, da Johan Kruse ble lagt inn på et såkalt kurkammer i Tukthuset. Denne midlertidige "operasjonssalen" for kirurger var opprettet i det nye tukthuset i Trondheim i 1733.

I 1749 kan vi på en måte si at den naturvitenskapelige medisinen kom til Trondheim. Det året ble



Norges eldste gjenværende garnisonssykehus ligger i Stavern. Sykehuset var en del av det militære anlegget, men ligger utenfor Fredriksverns voller. Bygningen er godt bevart, til høyre sees en av de opprinnelige labankdørene i bygget.
Foto: Ragnar Kristensen.

Robertus Stephanus Henrici utnevnt til stadsfysikus. I 1748 hadde han tatt sin doktorgrad ved Universitetet i København med anatomi-avhandlingen *Descripto omenti anatomica*.

Henrici ble medlem i Det Kongelige Norske Videns-kabers Selskab i 1776 som første innvoterte medlem, og han bekledde embetet som stadsfysikus til sin død i 1781. Han samarbeidet også med Gunnerus når det gjaldt dissekrering og forskning på medisinske planter.

Når kirurgisk behandling også var mulig i Trondhjems Hospital på slutten av 1760-tallet, skyldtes dette at Hospitalsstiftelsen i 1765 hadde bygget et kurkammer for slike inngrep. Byens første spesialbygde "naturvitenskapelige" sykestue ble tatt i bruk i 1768.

Henrici var ukuelig i sin optimisme som medisiner. Han behandlet en kreftsyk med plaster to ganger før han forordnet operasjon av feltskjær Klingenberg, og forsøkte til og med å helbrede en spedalsk gutt i Trondhjems Hospital. Han gjorde også en stor innsats på det sanitære området. Fra og med 1771 ble Trondhjems Hospitals to priveter tømt regelmessig, og det ble sørget for ventilator i kurkammeret. Sengeklærne ble renset i badstua for å fjerne veggdyr, og rottekrutt ble innkjøpt for å dempe rotteplagen.[14] Medisin og sanitære forhold ble ført sammen til en

Karantenehospitalet på Odderøya ved Kristiansand kom i Marinens eie i 1856. Bygningene, reist hhv. 1801 og 1804, omkranser et krutthus/batteri fra ca. 1700.
Foto: Riksantikvaren.

enhet. Henrici var også en drivkraft når det gjaldt koppevaksinasjon ved såkalt inokulasjon.[15]

Det har vært vanlig å hevde at utbygging av kursykehus i Skandinavia kom etter den franske revolusjon. I Trondheim har vi sett at dette startet tidligere, primært takket være stadsfysikus Henrici. 1768 tok også Hospitalet i bruk en nybygd dårekiste for sinnssyke. Dårekiste hadde eksistert i byen på 1600-tallet, men den ble ikke gjenreist etter bybrannen i 1681.[16]

Omtrent samtidig med at Hospitalet tok i bruk spesialavdelinger for kurpasienter og sinnssyke fikk de norske byene, som nevnt, ansvar for å stille hus til disposisjon som lasarett for militæretaten. I Trondheim ble det nye militære sykehuset åpnet i en ombygd gård på Brattøra med plass til ca. 30 pasienter, langt over det som etaten hadde behov for. Det betydde at også fattige syke fra byen ble lagt inn der. Trondhjems borgerlige Sygehus ble det offisielle navnet på dette nye bysykehuset, som fikk sin egen inspeksjon i juli 1791. "Borgerlig" som beskrivelse av sykehuset skulle tydeliggjøre at det i prinsipp var et sykehus for byens borgerskap. "Fattigsykehuset" var imidlertid det folkelige navnet på dette sykehuset i de 111 år som skulle gå før institusjonen ble etablert som paviljongsykehus på Øya i 1902.

I 1777 tok Trondhjems Hospital i bruk et nybygd frittstående hus for sinnslidende, en tømmerbygning i halvannen etasje. Den nye dårekista hadde tre små vinduer som kunne stenges med luker. Her var det plass til 6–7 pasienter fordelt på fire rom med kraftige hengelåser.[17] Slike sykehus, eller tronker i betydning fengsler, fantes nå i alle Norges byer. Pasientene i disse tronkene kom fra alle samfunnslag. I dårskap eksisterte ingen standsforskjell. I året 1780 hadde institusjonen i Trondheim 8 pasienter. I perioden 1800 til 1802 ble denne dårekista bygd ut slik at den kunne ta imot 16 lemmer.

Fra midt på 1700-tallet bidro staten økonomisk for å få opprettet radehospitaler flere steder i Norge. I 1779 ble det bestemt at alle radesyke i det nordafjelske stiftet skulle fraktes til Trondheim for kurbehandling. Sykdommen ble av stadsfysikus Henrici karakterisert som "venerisk og farlig smittsom".[18] Som en provisorisk løsning ble flere radesyke lagt inn til kur i det militære sykehuset på Brattøra. Dette er nok bakgrunnen for at det i august 1785 ble lagt fram en plan om et nytt bygg for Trondhjems Hospital. De gamle bygningene ble beskrevet som ubekvemme og brøstfeldige. Det ble derfor foreslått "at late Hospitalet jo før jo heller av nytt oppbygge, for så stor del av dets stående kapital, som utfordres".[19]

Det var nå tanken å gjøre Hospitalet til et "sentralsykehus" for byen Trondheim og landsdelen Trøndelag, men ellers holde resten av stiftet utenfor. Forslaget ble ikke realisert. På slutten av 1780-tallet ble det vedtatt at det skulle beholde sin tidligere struktur, men det skulle reises et eget bysykehus på Hospitalets grunn. Her måtte det beregnes plass til ca. 40 fattige syke. Denne planen ble heller ikke realisert, men i 1802 ble det vedtatt å reise et nytt sykehus på Kalvskinnet fordi man hadde fått kongelig "løyve" til å bruke midler til dette fra Thomas Angells Stiftelser.

I 1805 sto det nye sykehuset ferdig til bruk på Kalvskinnet, med plass til hele 50 pasienter mens behovet var 23. Behovsanalysen var laget av biskop Bugge ett år etter at sykehuset var reist. Bare fattige uten støtte fra Fattigkassa hadde krav på plass i bysykehuset. Fire grupper i byen hadde ifølge

Bysykehuset på Kalvskinnet, reist i 1805, med fasade mot Kongens gate.
Foto: Statsbygg Midt-Norge.

biskopen ingen rett til sengeplass:

1) Soldatene, som hadde sitt eget sykehus på Brattøra.
2) Byborgere som ikke var fattige og kunne betale for pleie hjemme.
3) Lemmene i Fattighuset, som fikk pleie der.
4) Fattiglemmene utenom Fattighuset, som hadde bidrag fra fattigkassa. Disse hadde stadsfysikus og stadskirurgen ansvaret for uten ekstra betaling.

Den vakre empirebygningen på Kalvskinnet er også i dag en del av bybildet i Trondheim. Vi kjenner ikke sikkert arkitekten bak bygget, men kanskje er huset reist etter et bygningsriss av løytnant Rosback. Eksteriørmessig er det lite som i dag minner om et sykehus. Bygningen kunne slik sett ha vært en representativ bolig for borgerskapet. Beliggenheten utenfor den egentlige bybebyggelsen i 1805 forteller imidlertid noe mer enn eksteriøret gjør. Øst for hovedinngangen, med fasade mot Kongens gate, lå det ved innvielsen to sykestuer med plass til henholdsvis 11 og 13 pasienter. Et eget lokumbygg (utedo) for ansatte og oppegående pasienter var også reist mot sør. Her var det fem priveter, som ble tømt av nattmannen, men det kunne ta lang tid mellom hver tømming.

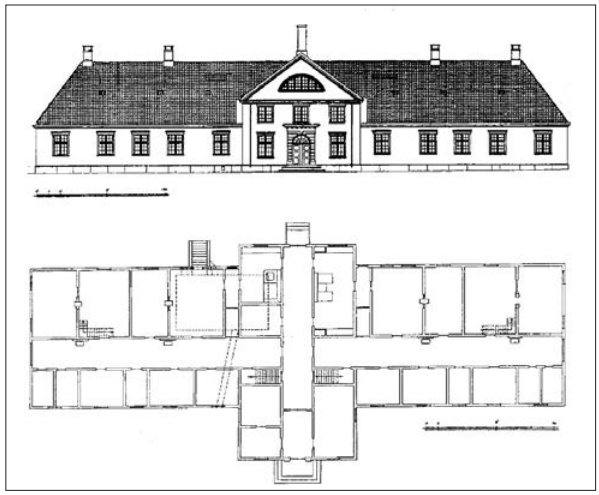
Det var etter kildene å dømme ikke foretatt noen innredning av andre etasje ved åpningen i 1805. Det fantes heller ikke noen operasjonsstue i det nye sykehuset på tross av at institusjonen i utgangspunktet var tenkt å være en anstalt for kurable syke.

De som ikke kunne kureres, skulle i utgangspunktet utskrives og overføres til byens pleieinstitusjon for inkurable. Syke som kunne betale for seg, skulle ifølge biskopen pleies i hjemmet og også opereres der. Mer kompliserte operasjoner for disse ble i tillegg anbefalt utført i Danmark. Etter 1814 tok Rikshospitalet i Christiania over rollen som de kirurgiske institusjonene i København tidligere hadde hatt for de kondisjonerte i Norge.

1809 oppnevnte stiftsdireksjonen i det nordafjelske bispedømmet en kommisjon for å "undersøke Daarekistens Tilstand"[20], og 1812 forelå en innstilling som skulle vise seg å bli et sentralt dokument i norsk psykiatri. Her foreslo man behandling av sinnslidende pasienter direkte i tråd med de nye ideene som ble spredt utover i Europa gjennom den franske revolusjon. I behandlingen inngikk varme bad, god mat, mye lys og frisk luft, samtaler, arbeidsterapi og kunst på veggene. Forbindelsen mellom denne innstillingen og Det Kongelig Norske Videnskabers Selskab (DKNVS) er tydelig og klar.[21] Det var Jacob von der Lippe Parelius som ledet det omfattende kommisjonsarbeidet om psykiatrisk behandling 1809–1812. Han var sekretær i DKNVS.

Planene om nybygg for de sinnslidene ble lagt på is på grunn av begivenhetene i 1814, men dokumentet fra 1812 fant vegen fra Danmark til det frie Norge og fulgte stortingsbehandlingene helt fram til det ble vedtatt en egen norsk sinnssykelov i 1848. Da hadde dokumentet vært i omløp i nesten 40 år.

Mens en ventet på lovbehandling i Stortinget, ble det i perioden 1836–1842 reist en "pleieanstalt for sindssvage mennesker" på Kalvskinnet. Trondhjems Hospital reiste her en mye mer beskjeden institusjon enn den som var planlagt 30 år tidligere. Fengselspreget ble beholdt og sykehuset fikk derfor navnet Tronka med seg fra Hospitalsløkkan. En stor bedring var det imidlertid at pleieanstalten nå fikk en egen overlege, en stilling som Fredrik Bødtker bekledde fra 1841 til 1901. Det offisielle navnet for Tronka



Over: Plantegning av Tronka i Trondheim. Arkitekt Høegh og pastor Lammers var i perioden 1836–42 ansvarlige for utformingen av bygningen.
Tegning hentet fra Trønderske trepaléer, 1966.

Under: Tronka slik den står i dag. Det er Norges eldste sykehus reist som "pleiestiftelse for sindssvage".
Foto: Leif Maliks.

var imidlertid, som nevnt, "Pleiestiftelsen for Sindssvage". Det betyr at dette er det første "sinnssykehus" som ble reist i Norge med behandling og friskmelding som mål.[22] Stortinget vedtok som nevnt en sinnssykelov i 1848, og virkningen av loven var mellom annet at Norge fikk det framtidsrettede Gaustad Asyl, som åpnet i 1855.

Utbygging av norske somatiske sykehus 1814–1850

I den medisinske utvikling fram mot en naturvitenskapelig legekunst fikk stiftsstaden Trondheim stor betydning i siste halvpart av 1700-tallet. Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab (DKNVS) ble opprettet her i 1760, og dette eldste norske vitenskapelige selskapet fikk fra første stund gode forbindelseslinjer både med de naturvitenskapelige universitetsmiljøene i England, på kontinentet og i Sverige, hvor Uppsala var et slags senter for naturvitenskapelig forskning i Norden.[23]

En annen institusjon som hadde stor betydning på vegen mot en mer naturvitenskapelig tilnærming til sykebehandling i Norge var Det Kongelige Fredriks Universitet i vår nye hovedstad Christiania.

Det nye universitetet ble åpnet i 1813, men det var først i 1818 at et eget universitetssykehus knyttet til en norsk legeutdanning ble opprettet. Opprinnelig var planen at medisinstudentene ved det nye universitetet skulle få sin praktiske utdanning i København, men det ble etter dansk tradisjon opprettet et "Rigshospitalet" i vår nye hovedstad i stedet.

Dårlig økonomi førte imidlertid til at vi i Norge ikke fikk det klare skillet mellom kirurgi og indremedisin som var ledende universitetspolitikk i København helt fram til 1830-tallet.[24] Dårlig økonomi hadde også negativ virkning ved at vi ikke hadde midler til å reise et moderne bygg for det nye nasjonale rikshospitalet.

I 1826 fikk Rikshospitalet sitt hovedsete i militærhospitalet i Akersgata, reist 1807, to år etter at Trondheim hadde fått nytt sykehus på Kalvskinnet. Begge sykehusene er i sin struktur svært like og minner om tilsvarende bygninger andre steder i landet. Likheten mellom de to sykehusene ble ennå større i 1826 fordi bygget i Akersgata da ble panelt og fikk fasade i empirestil.

Det statsfinansierte Rikshospitalet i hovedstaden fikk stor betydning for hele Sykehus-Norge etter 1814. Hovedbygget for det som ble kalt "et almindeligt hospital for Riget" var lite tilpasset den kommende naturvitenskapelige tilnærmingen innenfor medisinen, men sykerommene var litt større enn det som var vanlig på de militære sykehusene på den tida. Planene om nybygg for Rikshospitalet kom imidlertid raskt. Christian Henrik Grosch ble i 1825 arkitekt for det nasjonale og statlige universitetssykehuset, og han startet straks med å tegne en fødselsstiftelse og en ny hovedbygning for Rikshospitalet. Den nye fødselsstiftelsen ble reist i 1827, men ble først etter ti år tatt i bruk for fødende og barselkvinner. På grunn av pengemangel ble ikke det nye hovedbygget mot Grubbegata ferdigstilt før i 1842.[25]

Fra og med 1844 lå imidlertid hele Rikshospitalet samlet i det som raskt ble hetende empire- kvartalet

Rikshospitalet-Militærhospitalet anno 1807 slik det ble gjenreist i 1984.
Foto: Leif Maliks.

i Akersgata. Det nye hovedbygget fra 1842 var det første sykehuset i Norge som var formålstegnet. Huset ble reist på en høy mur for å unngå miasmesmitte fra jorda og rommene hadde større takhøyde enn vanlig for å gi god utlufting og slik hindre smittespredning. En lang og smal midtkorridor lettet transporten fra rom til rom.

Det forteller noe om Rikshospitalets betydning at det nye bygget for Trondhjems Hospital – reist etter en brann i 1842 – ble tegnet med universitets-sykehuset som modell, med stor takhøyde i rommene og en midtkorridor for syketransport. Bygget ble oppført i mur, og kostnadene var så store at Hospitalet fikk sterk kritikk for det som ble kalt et "overdådig nybygg".[26] Leprapasientene ble etter 1845 samlet i en egen fløy mot sørøst i det nybygde hospitalet. De ble flyttet til Reitgjerdet i 1861.

Overflytting til Reitgjerdet må forklares med at St. Jørgens Hospital i Bergen fra 1830-tallet fikk en nasjonal posisjon i forbindelse med lepraforskning. Det førte til at staten etter hvert tok på seg ansvaret for behandling av en sykdom, som mellom andre overlege Jens Johan Hjort hevdet var helbredelig.[27] I 1854 vedtok Stortinget å opprette en nasjonal stilling som overlege "for den spedalske Sykdom".[28]

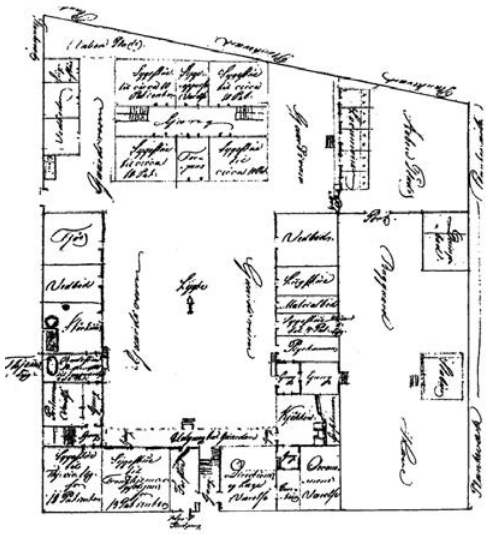
Etter 1814 fikk ikke Norge noen egen landsplan for utbygging av somatiske sykehus slik vi kjenner det fra Danmark og Sverige. Likevel var det slik at omsorg for syke naturlig nok ble påvirket av en medisinsk utvikling både internasjonalt og nasjonalt.

Mens Rikshospitalet var i ferd med å fullføre sitt nye hovedbygg, oppnevnte Trondheim kommune i 1840 en komité for "at afgive Betænkning og indkomme med Forslag angaaende Trondhjems Bys Sygehuses hensigtsmæssige Indretning og bestyrelse, samt Fattigsygepleien i det hele her paa Stedet"[29]. Forstander Liebig ble sendt både til Christiania og København på kommunens bekostning for å sette seg inn i sykepleien der. I 1846 var en utbygging av sykehuset på Kalvskinnet gjennomført.[30] Mellom annet ble sykehusets åpne svalganger mot gårds-rommet gjenkledd så pasientene kunne flyttes eller gå fra rom til rom uten å måtte ut i det fri først. Bare bygget mot Kongens gate hadde hatt en slik lukket gjennomgående gang tidligere.

Bysykehuset på Kalvskinnet hadde ingen mulighet til å nå den standarden som nybygget til Trondhjems Hospital fikk året før. Når det gjaldt byens sykehus var det som nevnt bare snakk om å flikke på det gamle huset fra 1805. Bysykehuset hadde fra det ble opprettet i 1791 ligget under fattig-vesenet, men denne ordningen ble endret 1843. Da fikk bysykehuset navnet Trondhjems Communale Sygehus. Navnet reflekterer på én måte den lovpå-

Hovedbygget for Trondhjems Hospital, innviet 1845.
Foto: Torstein Dalemark.

Trondhjems bysykehus.



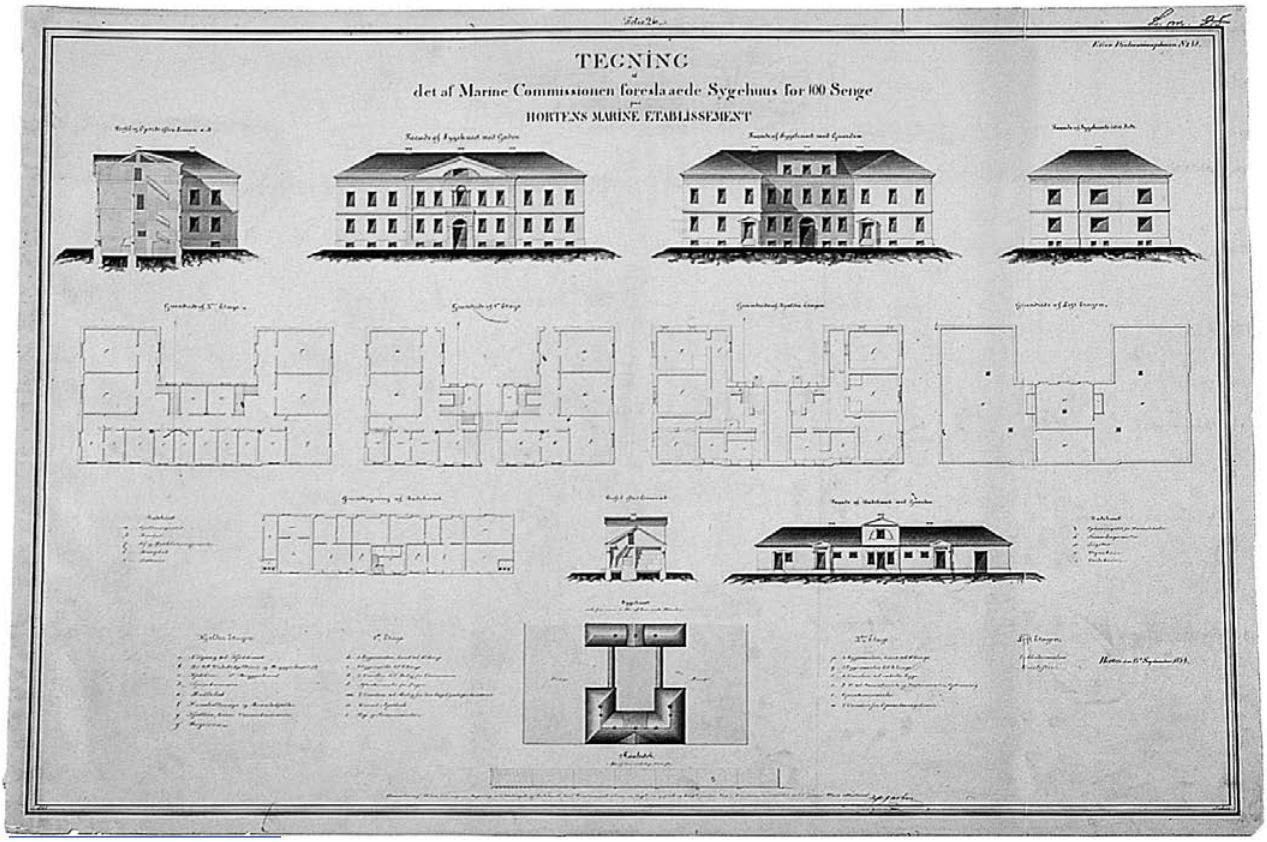
Planskisse av første etasje før ombygging på 1840-tallet.
Tegning hentet fra Grankvist 2002.

Dagens situasjon.
Foto: Leif Maliks.

lagte, kommunale friheten knyttet opp mot formannskapsloven fra 1837, men er også en ny synliggjøring av at sykehuset nå skulle være et tilbud for alle innbyggerne i byen.

Et nybygd militærsykehus ble tatt i bruk på Kalvskinnet i 1829. På 1840-tallet ble det undertegnet en avtale mellom amtet og militærvesenet om felles drift av de to sykehusene. Pasienter fra

De militære var tidlig ute med å bygge sykehus. Militærsykehuset i Horten ble reist i 1841 i monumental empirestil, etter tegninger av F. H. Aubert og hans etterfølger Garben. Sykehuset ble bombet av de allierte i 1945.
Tegning: Riksantikvaren.



I 1837 opprettet Thomas Angells Stiftelse et dampbad for pasientene ved sykehuset i Trondheim. Bygget ble i 1847 utvidet med en andre etasje fordi det også skulle brukes som karantenehus for smittsomme sykdommer. Bad og isolasjon av syke speiler legevitenskapens økte innflytelse, mellom annet gjennom virksomheten til legeforeningene i de største byene.
Foto: Karl-Erik Refsnæs, UBiT.

Søndre Amt ble lagt inn i Det borgerlige sykehus mot refusjon. Denne avtalen var svært positiv for det kommunale sykehuset.

Det er viktig å understreke at sykehusutbygginga på 1840-tallet førte til en betydelig endring når det gjelder sykehusets sosiale stilling. De fleste pasientene ble nok fremdeles lagt inn på fattigkassens og bykassens regning, men sykehuset fikk også flere og flere pasienter som ble lagt inn for privat regning mot å få bedre forpleining.

Ved lov av 16. mai 1860 ble det bestemt at alle norske byer skulle ha en sunnhetskommisjon. Sunnhetskommisjonene fikk overmåte stor betydning for "sunnhetens fremme" på det hygieniske området. Dette fikk svært stor betydning for den medisinske utviklingen fram til århundreskiftet. Det kommer klart til syne ved nybyggene for det kommunale Ullevål sykehus og det statlige Rikshospitalet i Kristiania på 1880-tallet.

Noter

1 Se Carstens 2006. Denne doktorgradsavhandlingen er meget sentral i denne sammenheng.
2 Det er noe usikkert om dette legdsystemet gjaldt for bysamfunnene i middelalderen, men vi kjenner til en slik omsorg i Bergen gjennom et reglement fra 1302.
3 Skar 1970: 80 ff.
4 Halsna hospital i Sunnhordaland er ifølge historien om Sarpsborg sykehus det første kjente sykehuset i Norge, kilderegistrert i 1164. Sykehuset var knyttet til Halsnøy kloster, som var et augustinerkloster.
Helgenvandring mot St. Olavs grav kom i gang kort tid etter 1031. Som augustinermunk var erkebiskop Eystein Erlendsson svært opptatt av sykebehandling og omsorg, og han var trolig aktivt med i utbygging av Mariahospitalet på Domkirkegården.
5 Grankvist 1982: 12.
6 Grankvist 1982: 12.
7 Grankvist 2003: 9 ff.
8 Grankvist 1982: 107.
9 Carstens og Grankvist 2002: 24 ff.
10 Moseng 2003: 294.
11 Grankvist 1982: 198.
12 Grankvist 2003: 58.
13 Fortidsminneforeningen 2000: 44. Se også Nielsen 2008.
14 Grankvist 1982: 209.
15 Grankvist 2007: 66.
16 Grankvist og Hals 1981: 109–119.
17 Grankvist: 1987: 9 ff.
18 Radesyke skal ha kommet til Norge i 1709/1710. "Rad" kommer fra ordet rat, som betyr svært dårlig. I Trøndelag brukes ordet i stedsnavn som Ratvollen og Ratøya. Radesyken utviklet store veskende sår og førte også til betennelse i armer og bein, som førte til at sykdommen ofte ble forvekslet med lepra. Det er tydelig at dårlige levevilkår ga grobunn for radesyke, fordi det er en typisk fattigsyke.
19 Hosp.ark., pk. 3, brev datert 20 aug. 1785.
20 Grankvist 1987: 12.
21 Grankvist 2004.
22 Grankvist 1987: 9.
23 Grankvist: 2007: 61 ff. I Uppsala var legen og botanikeren Carl von Linne meget sentral i den nye legeutdanninga. Han beskrev legeurter og plasserte mennesket blant primatene under navnet Homo Sapiens.
24 Grankvist 2007, trykt i årbok 2007: 59 ff.
25 Natvig m.fl. 2003: 17–22.
26 Grankvist 1982: 253 ff.
27 Irgens og Irgens 2000: 61.
28 Irgens og Irgens 2000: 62.
29 T. Form. kopibok 1840, 18.05. T.form. journalsaker 1840/220.
30 Nå var det plass til 237 pasienter i sykehuskomplekset, 157 i det gamle hovedbygget, inklusive 5 i et badehuspåbygg fra 1847, og 80 pasienter i Det militære sykehus fra 1829. 44 av plassene i hovedbygget var forbeholdt pasienter fra amtet.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Litteratur og kilder

Carstens, Svein. *Lokal sykehusutvikling i en vitenskapelig brytningstid. Trondhjem Borgelige Sygehus 1805–1902*. Trondheim, 2006.
Carstens, Svein og Grankvist, Rolf. *St Olav Hospital: sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Trondheim, 2002.
Fortidsminneforeningens årbok for 2000. Oslo, 2000.
Grankvist, Rolf og Hals, Harald. *300 år med Cicignon 1681–1981*. Trondheim, 1981.
Grankvist, Rolf. "Trøndelag Medisinske Selskap og utviklingen av naturvitenskapelig medisin i vår region". Foredrag holdt på St. Olavs Hospital 2004.
Grankvist, Rolf. "Trøndersk psykiatri i historisk lys". *Østmarkaforelesningene*, Vol. 10, nr. 61. 1987.
Grankvist, Rolf. Foredrag i DKNVS 2007, trykt i DKNVS *Årbok 2007*. Trondheim, 2007.
Grankvist, Rolf. *Nidaros kirkes spital 700 år. Trondhjems hospital 1277–1977*. Trondheim, 1982. (NKS I).
Grankvist, Rolf. *Nidaros kirkes spital 1277–2006. Trondhjems hospitals kirke 300 år 1706–2006*. Trondheim 2006. (NKS II).
Grankvist, Rolf. *Omsorg i 1000 år*. Trondheim, 2003.
Irgens, Kjell H. og Irgens, Lorentz M. "St. Jørgens Hospital." I: *Fortidsminneforeningens årbok for 2000*. Oslo, 2000.
Moseng, Ole G. *Ansvaret for undersåttenes helse 1603–2003*. Oslo, 2003.
Natvig, Jacob Birger, Larsen, Øivind, Børdahl, Per E. og Swärd, Elisabeth T. *De tre riker. Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo, 2001.
Nielsen, May Brith O. *Mennesker, makt og mikrober. Epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830–1880*. Bergen, 2008.
Passio Olavi. Lidingssoga og undergjerningane åt den Heilage Olav. Oversatt av Eiliv Skar. Oslo, 1970.

T. Form. kopibok 1840, 18.05. Trondheim formannskap, journalsaker 1840/220, DORA.
Hosp.ark., pk. 3, Statsarkivet, Dora, brev datert 20. aug. 1785.

Forkortelser:

DKNVS: Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab
NKS I: Nidaros kirkes spital 700 år. Trondhjems hospital 1277–1977. Trondheim 1982
NKS II: Nidaros kirkes spital 1277–2006. Trondhjems hospitals kirke 300 år 1706–2006. Trondheim 2006.

De frivillige organisasjonene og helsebyggeriet i Norge

Aina Schiøtz

Fra slutten av 1830-årene holdt de frivillige organisasjonene for alvor sitt inntog i Norge. "Det kom som et skred. Assosiasjon ble et slagord, og 'assosiasjonsånden' ble oppfattet som den drivende kraft i samfunnet." [1]

De mange organisasjonene eller foreningene vokste opp som paddehatter de kommende tiårene. De kom i tre bølger: Først de humanitære – misjonsforeninger og avholdsforeninger, foreninger for trengende mødre og foreninger til opprettelse og drift av barneasyler. "Dameforeningen i Christiania til Asylers Fremme", etablert i 1838, var et typisk eksempel.[2] Dernest, fra midten av 1860-årene, var det idrettsforeninger, turistforeninger, ungdomslag og speidertropper som så dagens lys. I den siste bølgen, fra 1880-årene og demokratiseringens tiår, var det opprettelsen av politiske partier og organisasjoner, fagforeninger, yrkesorganisasjoner og økonomiske interesseorganisasjoner som dominerte.

Hva var bakgrunnen for denne voldsomme trangen til å slutte seg sammen, og hvorfor skjedde det i akkurat denne historiske perioden? Foreningsdannelsene kom først som følge av endrete samfunnsforhold. I sin tur ble de imidlertid også årsak til endring. 1800-tallets demografiske utvikling med store fødselskull og relativt lav dødelighet, bidro til overbefolkning på bygdene og et svekket livsgrunnlag. I kjølvannet kom migrasjonen til de raskt voksende byene og emigrasjonen til "den nye verden". Med i bildet hører også mekaniseringen og nye driftsformer i landbruket – "det store hamskiftet" – og industrialiseringen. Behovet for arbeidende hender ble flyttet fra bygd til by. De gamle familiebåndene ble til dels oppløst, noe som igjen skapte utrygghet og tap av tilhørighet. Hvorfor da ikke slutte seg sammen? I foreningene fant de "rotløse" nye "hjem", de fant et kulturelt fellesskap, de delte erfaringer, identitet og ofte også verdisyn. Samhold ga dessuten styrke utad. Medlemskap ga mening på så mange plan: mentalt, sosialt og politisk.

Mange foreninger tjente ikke bare sine egne interesser, de kunne også utrette noe for andre. Særlig kom de filantropiske sammenslutningene eller "velgjørenhetsforeningene" til å påta seg oppgaver som myndighetene verken maktet eller betraktet som sitt ansvar. Innenfor sosiallovgivningen og humanitært arbeid var organisasjonene svært viktige, først som initiativtakere og aktivt virksomme, senere også som pressgrupper.[3] Her var det kvinnene som ledet an.[4] Et annet særtrekk ved 1800- og det tidlige 1900-tallets organisasjonsdannelser er at de ofte oppsto som lokale initiativ fra enkeltpersoner eller små grupper. Senere og særlig rundt århundreskiftet ble det etablert søsterforeninger i andre lokalsamfunn, eller de sluttet seg sammen med ensartede foreninger i nabodistrikter. Deretter ble det fylkesforbund og landsforbund med sentral ledelse.

Foreningene måtte skaffe seg faste tilholdssteder, gjerne bygge et hus der de kunne holde møter og skape tilhørighet. Byggeriet gikk ikke sjelden utover det egennyttige, naturlig nok mest i de humanitære organisasjonene. Et viktig anliggende for dem var å reise institusjoner til nytte for samfunnets svakeste. Det gjaldt institusjoner for tuberkuløse, funksjonshemmede, vanskeligstilte barn, eldre og for rusmis-

brukere. Eller det kunne være sykestuer og somatiske sykehus som ofte også ble utdanningsinstitusjoner for sykepleiere. De mange institusjonene – materialisert i form av større eller mindre bygningsmasser – ble synlige bevis på foreningenes vellykkethet og styrke, som igjen inspirerte til fornyet innsats.

I denne artikkelen er det "helsebyggeriet" som er tema. Begrensningen er imidlertid stor i den forstand at det er få av de hundrevis av lokalforeninger og deres institusjoner og bygninger som kan omtales i en kort oversikt som dette. Jeg vil i hovedsak konsentrere meg om to av "de fire store" folkehelseorganisasjonenes innsats, det gjelder Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen – tidligere kalt Nasjonalforeningen mot Tuberkulosen. (De to andre er Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp.) Bakgrunnen for å velge disse to er at de i mange tiår har vært de mest toneangivende og aktive innen helsebyggeriet i Norge, nasjonalt som lokalt. Innsatsen til andre foreninger blir i mindre grad berørt. Framstillingen er ytterligere avgrenset idet det særlig er tidsrommet fra 1890-årene og fram til 1960 som blir omtalt, men linjer trekkes også fram til i dag.

De religiøse "røttene"

Røttene til det ikke-offentlige engasjementet finner vi så langt tilbake som i middelalderen da kirken og religiøse ordner opprettet og drev institusjoner for fattige, syke og trengende. En forlengelse av disse i mer moderne drakt ble materialisert i Diakonissehuset i Kristiania. Foreningen for den indre Mission sto bak etableringen i 1868. Det ble et "hus" ikke bare for de syke. I 22 år rommet det også landets eneste sykepleieutdanning. Den såkalte Kommunalgården på Grønland var det første lokalet. I 1895 flyttet diakonissene inn i en ny og prektig bygning på Lovisenberg, der utdanningen og sykehusdriften fortsatt finner sted.[5]

Flere initiativ fra religiøse bevegelser kom i de siste tiårene av 1800-tallet, blant annet fra katolske ordenssøstre som senere skulle bli pionerer på så mange felt. "Denne kirken hadde jo aldri, i motsetning til kirkene som sprang ut av reformasjonen, gitt slipp på sitt diakonale engasjement, sin forpliktelse vis-à-vis syke og trengende," skriver søster Else-Britt Nilsen.[6] Elisabethsøstrene var først ute med å opprette et lite sykehus under de kummerligste forhold i Hammerfest i 1882, St. Vincents Hospital.

Vor Frue Hospital i Oslo ble oppført av St. Joseph-søstrenes Norske Ordensprovins 1896–97. Første byggetrinn er tegnet av arkitekt Ole Sverre, mens et tilbygg reist til venstre for bygningen på bildet ble bygd rundt 1920. Søstrene solgte anlegget til Oslo kommune i 1979.
Foto: Privat, utlånt fra dr. Emil Rodes album.

St. Joseph Hospital i Porsgrunn, antakelig fotografert etter utbyggingen i 1931, da murbygningene ble oppført i tilslutning til den opprinnelige Høegh-gården som søstrene først bygde om og innredet til hospital. Senere var det ny utbygging med en stor fløy langs Aalls gate (til venstre for dette bildet).
Foto: Utlånt fra Porsgrunnsmuseenes arkiv.

To år tidligere hadde søstrene Claudia, Serapia og Adelharda kommet den lange veien fra Schlessien for å drive ambulant sykepleie blant Finnmarks fattige.[7] I løpet av de neste 55 årene ble det opprettet ytterligere 21 katolske sykehus i landet.[8] De ble alle drevet og ledet av katolske ordenssøstre. Ja, høyst uvanlig for sin tid var det at kvinner fungerte som "sykehusdirektører". Blant de mest aktive var St. Josephsøstrene, St. Elisabethsøstrene og St. Fransicus Xaveriussøstrene. Det staseligste av alle disse sykehusene var utvilsomt Vor Frue Hospital i Oslo, som ble innviet i 1883. Det var også det sykehus der kvinnelige leger først fikk innpass. I de offentlige sykehusene ble de av sine mannlige kolleger betraktet som uegnet.[9]

Også på et annet felt synes de katolske sykehusene å ha ligget langt framme, det gjelder det teknologiske. St. Joseph Hospital i Porsgrunn kan tjene som eksempel. Her ble det i 1950-årene opprettet et blodlaboratorium der overlege August Schrumpf utviklet en ny metode for å bestemme vitamin B-12 i blodet.[10] Overlegen fikk de nyanskaffelser han ba om og laboratoriet ble i stand til å motta og analysere prøver fra hele landet.[11] Årsaken til at de katolske sykehusene kunne satse relativt mye på ny teknologi, hadde trolig sammenheng med søstrenes nøkternhet på egne vegne. Selv tok de ut ingen eller svært lav lønn, men institusjonene mottok som alle andre refusjoner fra trygdekassen. Slik fikk de også god økonomi og kunne satse på det nyeste innen medisinsk teknologi.

De katolske sykehusene hadde i det store og hele et godt renommé og ble høyt verdsatt i lokalmiljøene. Tilbaketrukkethet, uselviskhet og kyndighet preget søstrene.[12] Protestene var da også høylydte, ja flere steder voldsomme, da sykehusene ble "beordret" til å legge ned i 1970- og 80-årene. Typisk var protestene i forkant av nedleggelsen av St. Joseph i Porsgrunn i 1981–82. Men avisskriverier, svære demonstrasjoner, lobbyvirksomhet og endog drapstrussel mot fylkesordfører og fylkesrådmann, hadde ingen effekt.[13]

Ett for ett ble de katolske sykehusene nedlagt, det siste i 1983, Sykehuset Florida i Bergen. Det ble overdratt til Hordaland fylkeskommune som overtok det økonomiske ansvaret og delvis driften. Ved overtakelsen hadde St. Franciskussøstrene drevet sykehuset siden 1901. Søstrene kunne ikke lenger oppfylle myndighetenes krav om betydelige ombygginger for å innpasse det i fylkets helseplan.[14]

Et nytt handlingsrom for de frivillige

Perioden 1890–1950 sies å være de humanitære organisasjonenes æra innen folkehelsearbeidet. De

første tiårene inngikk i det som historikeren Anne-Lise Seip betegner som *sosialhjelpstaten* i norsk historie. Den startet i 1870-årene da "alle politisk og samfunnsinteresserte mennesker i Norge" ble opptatt av "det sociale spørgsmaal".[15] Sosialhjelpstaten, som strakte seg over perioden ca. 1875–1935, etterfulgte "Laissez-faire-staten" og var forløperen til velferdsstaten. Myndighetenes ansvar ble erkjent på en rekke områder, men helst for de svakeste og begrenset til de laveste inntektslagene. Men det private initiativ – i regi av veldedige organisasjoner og enkeltpersoner – som i stor grad hadde fått råde grunnen alene, ble ikke trengt tilbake. Snarere skjedde det motsatte. Det vokste fram et privat-offentlig system der frivillige bidragsytere fant sin plass i samarbeid med stat og kommuner. Ikke minst innen folkehelsearbeidet kom de frivillige til å sette sitt merke.

Fredrikke Marie Qvam (1843–1938) var stifter av Norske Kvinners Sanitetsforening. Hun var også formann i perioden 1896–1933.
Foto: Nasjonalbiblioteket.

Sykdommer som institusjonsbyggere

TUBERKULOSEN

Det var særlig som ledd i kampen mot "den hvite pesten", tuberkulosen, at de frivillige fikk utfolde seg, og det ble etablert et landsomfattende nettverk av hjelpeorganisasjoner i privat regi. Ingen annen sykdom har initiert en så bred innsats i sykdomsbekjempelsen – innen vitenskap, helseadministrasjon, lovgivning, etablering av private og offentlige hjelpeorganisasjoner, folkeopplysning og forebyggende helsearbeid og utbygging av utdannings- og helseinstitusjoner.

I 1896 ble Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) stiftet etter initiativ fra og under ledelse av den innflytelsesrike Trondheims-kvinnen Fredrikke Marie Qvam (formann 1896–1933). Utgangspunktet for etableringen var å stå parat ved en eventuell militær konflikt mellom Sverige og Norge. Kvinnene skulle skaffe saniteten sykehusmateriell til bruk i krig og lære kvinnene førstehjelp. Krig ble avverget og tuberkulosearbeidet tok snart overhånd. I 1900 nådde sykdommen sitt toppunkt med nærmere 7000 døde i en befolkning på ca. 2 mill. Store deler av befolkningen bar på smitten, blant skolebarna kunne det dreie seg om hele 90 %, slik som blant førsteklassingene fra Kristianias arbeiderklasse i perioden 1912–15.[16] Allerede før århundreskiftet og unionsoppløsningen med Sverige i 1905, erklærte Fredrikke Qvam at NKS ville trekke kvinner over hele landet med på en innsamling til "Oprettelse af Anstalter for Tuberkuløse". Hun hadde selv hatt sykdom og død tett innpå livet. Tre av hennes fire barn døde, sist sønnen Olaf i 1893, etter lang tids kamp mot tuberkulosen. Han ble 25 år gammel, de to andre fem og tolv.[18]

I løpet av den kommende 20-årsperioden mobiliserte sanitetskvinnene bredt og vidt, og stiftet lokalforeninger og helselag over hele landet.[19] Arbeidet i foreningens første fase ble konsentrert om tre hovedområder: smittevernopplysning, pengeinnsamling til et sentralt tuberkulosefond og ulike tiltak for tuberkuløse, der det fremste mål var å *bygge pleiehjem*. Det første skulle bli Haugen på Grorud, nordøst for Kristiania. Det ble bygd i sveitserstil og åpnet i 1903.

La oss se nærmere på et par av de lokale sanitetsforeningens virksomhet innenfor nettopp pleie- og sykehjemsetableringen. Det gjelder Hamar Sanitetsforening, stiftet i 1901[20] og Svolvær Sanitetsforening, stiftet i 1907. Fredrikke Qvam besøkte Hamar i 1906. Utvilsomt inspirerte besøket til innsats og engasjement for tuberkulosesaken, og foreningen bidro på ulike måter. Ett mål var å støtte økonomisk slik at syke kunne få opphold på institusjon. Et annet var å opprette et "Hjem for Tuberkuløse". Arbeidet ble påbegynt allerede i 1901, men en slik sak innebærer tunge løft, og i første omgang ble det i samarbeid med stadslegen arbeidet for å få etablert en feriekoloni for barn. (Sammen med Røde Kors lyktes de først i 1921 å

Sangen ligger i Vang like utenfor Hamar by og ble benyttet som arbeids- og rekonvalesenthjem. Institusjonen ble drevet av Hamar Sanitetsforening.
Foto: Domkirkeoddens fotoarkiv.

opprette Borgen feriekoloni.) Men tuberkulosesaken var og ble den viktigste oppgaven, og i 1913 gjorde foreningen det igjen klart at det store mål var å få reist et tuberkulosehjem, evt. et rekonvalesenthjem, i byen. I 1933 var målet nådd. Den vakre eiendommen Sangen ble innkjøpt og innredet som rekonvalesent- og arbeidshjem for tuberkuløse.[21]

I Svolvær finner vi følgende målsetting i foreningens lover: "... arbeide for oprettelse af pleiehjem for tæringsyge og paa andre maader at motarbeide tuberkulosens utbredelse i vort land".[22] Foreningen hadde imidlertid ikke kapasitet til å få etablert et pleiehjem bare for tuberkuløse, og besluttet isteden å bygge en sykestue som kunne tjene flere formål. I 1915 var planene klare og de satte i gang det første byggetrinnet. Senere har Svolvær Sanitetsforenings Sykestue utvidet flere ganger og framsto etter hvert som en stor og staselig bygning som har spilt en uhyre viktig rolle i lokalsamfunnet. I 1995, etter hele fem byggetrinn, ble institusjonen overdratt til Vågan kommune og heter i dag Kløverhagen helse- og rehabiliteringssenter.

Lokalt ga tuberkulosen støtet til etablering av en uendelig rekke av helselag og sykepleieforeninger. I Bergen ble for eksempel to foreninger stiftet, Bergen Sanitetsforening i 1898 og Arbeiderkvindenes Sygepleie- og Tuberkuloseforening i 1909. I 1910 ble den "overordnete" Nationalforeningen mot Tuberkulosen etablert. Året etter meldte arbeiderkvinnenes forening i Bergen seg inn i Nasjonalforeningen[23] – i likhet med mange andre lokalforeninger landet over. Nasjonalforeningen, som i hovedsak ble drevet som en paraplyorganisasjon, ble stiftet etter initiativ av en gruppe mektige leger og Den norske Lægeforenings tuberkulosekomité. I spissen sto komiteens formann og foreningens tidligere president, overlege Klaus Hanssen. Medlemmer søkte de gjennom allerede eksisterende foreninger som var engasjert i tuberkulosesaken. Der det ikke var noen forening, søkte de å danne nye.[24]

Nasjonalforeningen var et privat initiativ, men foreningen kan med rette betraktes som en halvoffentlig organisasjon, da mange av de ledende menn også satt i sentrale offentlige stillinger. Foreningen hadde store ambisjoner og satte seg som mål å ha det overordnete ansvar for å koordinere tuber-

Svolvær sykestue etter påbyggingen i 1924. Svolvær Sanitetsforening sto for etablering og drift.
Foto: Privat.

Tuberkulosehjemmet i Namsos ble tatt i bruk i november 1926. Byggherre var NKS. Anlegget ble karakteristisk nok lagt utenfor tettbebyggelsen, på stedet Bjørum, men nær Namsos sykehus. Hjemmet i Namsos var blant de større tuberkulosehjem med 47 senger. På mange måter fremtrer det som en standardinstitusjon i landets nordlige tuberkulosehistorie, med høye dødstall og mange unge rammede. En av disse unge var forfatteren Dag Skogheim. Han var selv innlagt på Namdals helseheim 1947–48, og har gitt en levende beskrivelse av sitt opphold der. Se Skogheim 1988 og 2001.
Foto: Ukjent.

kulosearbeidet i landet. Det ble utarbeidet et omfattende program, og her, i pkt. 4, finner vi at foreningen ville tilveiebringe en ensartet plan for pleiehjemmenes virksomhet og lette tilgangen til disse og til sanatoriene.[25]

Bare unntaksvis bygde hovedforeningen egne institusjoner. Hensikten var snarere å aktivisere lokalforeninger til å bygge eller innrede *pleiehjem*, enten selv eller i samarbeid med andre foreninger eller kommuner, og gjerne med bidrag fra staten. Den viktigste målgruppen var barn. Betegnelsen pleiehjem indikerer at det først og fremst var pleie som foregikk ved disse institusjonene, mens den aktive behandlingen fant sted ved sanatoriene. Etter hvert – og særlig fra 1930-årene – ble det utviklet behandlingsopplegg også i pleiehjemmene, og de ble omdøpt til tuberkulosehjem. Pleiehjemmene eller tuberkulosehjemmene skulle ikke være for store, og viktig: de skulle ha et "hjemlig preg".[26] Mange av dem var og er staselige bygninger, ikke sjelden i sveitserstil, omgitt av vakre hager eller parkanlegg. Nasjonalforeningens pengebidrag kom i første rekke fra "lotteripengene", dvs. overskuddet fra Pengelotteriet – en institusjon opprettet i 1912, nettopp etter initiativ fra denne foreningen.

"La alle håp fare, den som trer inn" (Lasciate ogne speranza, voi ch'intrate) står det over inngangsdøren til Helvete i Dantes *Divina Commedia* fra det tidlige 1300-tall. Ifølge medisinaldirektør Nils Heitmann kunne disse ordene gjerne skrives over inngangsdørene til pleiehjemmene.[27] Dødens venteværelse eller dødshjem var også betegnelser som heftet ved dem. De første par tiårene etter århundreskiftet var det de langtkomne og uhelbredelige syke som ble plassert her – uten større håp om noensinne å komme ut. Men selv etter at man i 30-årene hadde startet behandling, hang defaitismen igjen. Det ble bekreftet av Heitmanns etterfølger, Karl Evang, etter en inspeksjonsreise våren 1939:

... det som gjorde sterkest og uten sammenligning mest deprimerende inntrykk på meg, var våre tuberkulosehjem. De rommet isolasjonsplassene for de smitteførende tuberkuløse som man ikke hadde noen vesentlige sjanser å gi. De var isolert der, hadde – iallfall mange av dem – en berettiget følelse av at de var lagt der for å dø. Det var unge mennesker de fleste av dem, og jeg kan ennå se for meg den rekken av senger, seng etter seng, med unge mennesker med angst i blikket og feberroser på kinn.[28]

KONKURRENTER I SAMME "MARKED"

Samarbeid foreningene imellom var og er et ønske, men de beste hensikter kan også avle spenning, rivalisering og åpen konflikt. Det gjelder i forholdet mellom enheter på samme nivå, mellom det lokale og det sentrale, mellom ulike organisasjoner med interesser i samme "marked", og mellom de frivillige og det offentlige. Søker vi i historien om etableringen av de mange helseinstitusjonene, er konfliktene mange selv om de sjelden kommer til overflaten i festtaler og jubileumsskrift – skjønt unntak fins.

I 1909 ble NKS ved foreningens leder, Fredrikke Qvam, innbudt til Legeforeningens møte i Bergen for å forberede det som skulle bli "Nationalforeningen mot Tuberkulosen". Hun holdt et innlegg der hun gjorde rede for mange av de nye institusjonene sanitetskvinnene hadde etablert og drev. Her understreket hun at gjennomgående, sentralt som lokalt, hadde foreningen et svært godt samarbeid med de "medicinske Autoriteter". Kvinnene hadde møtt støtte og sympati, og hadde fått hjelp når det trengtes. Hun takket for det. Men hun var også blitt beskyldt for å fraråde samarbeid med leger. Ja, det hadde hun gjort, sa hun, "naar Vilkaarene for Samarbeidet tilbødes under Former som Sanitetsforeningen ikke kunde gaa med paa. Vilkaar som simpelthen vilde føre til at Sanitetsforeningene vilde blive skubbet tilside og ikke faar nogen Bestemmelsesret over de Penge og Foretagender, som de har slidt sammen". Fru Qvam var, som det heter i sanitetskvinnenes jubileumsberetning, "sterkt paa vakt mot mennenes overgrepslyster".[29]

Ifølge Nasjonalforeningens jubileumsberetning meldte Sanitetskvinnene seg kollektivt inn her i 1910, men allerede året etter gikk de ut. De fant seg ikke til rette, heter det. Hva kunne årsaken være? De kunne vanskelig akseptere enkelte bestemmelser i foreningens lover.[30] Spørsmålet utdypes ikke ytterligere, men andre kilder bekrefter – som antydet ovenfor – at det dreide seg om usynliggjøring og overprøving.[31] Nasjonalforeningens hovedstyre besto jo hovedsakelig av innflytelsesrike leger, ansatt i universitetsstillinger og i andre offentlige embeter, blant dem medisinaldirektøren. Selv innen foreningen var det svært mange som følte seg utilpass, og til landsmøtene kom de mer som innbudte gjester enn som medarbeidere i samme sak. Fra tid til annen ble det da også stilt krav om at "de leges røster" måtte komme sterkere til orde i hovedledelsen.[32] Også Norges Røde Kors meldte seg inn i Nasjonalforeningen, og i 1920-årene ble det dannet et fellesutvalg som skulle bringe orden i samarbeidet mellom de tre store organisasjonene. Det ble ikke slik. I 1945 gikk Røde Kors ut, straks etter meldte Norsk Folkehjelp (etablert i 1939) seg inn. I 1952 ble "de fire store" enige om å opprette et permanent samarbeidsråd.[33]

I forebyggingens tjeneste: Badesaken

"Kobler en badesaken til idretten, vil idrettsungdommen bli eksponenter for bedre hygiene i langt større grad enn nå er tilfelle. Det er nødvendig i et land hvor det bades gjennomsnittlig 2–3 ganger årlig," skrev lege ved Statens idrettskontor, Otto Johansen, i 1947.[34] Tidligere hadde den kjente idrettsmannen og byråkraten Rolf Hofmo sammenliknet Norge og Finland med hensyn til badeinnretninger. I 1936 var det 300 badeinnretninger i Norge som var offentlige tilgjengelige. Bare unntaksvis hadde folk bad hjemme. I Finland var det 500 000 badeinnretninger, de fleste badstuer som kunne være knyttet til selv den fattigste husmannsplass. Hofmo viste også til Evang som hevdet at rensligheten hadde betydning langt utover det sykdomsforebyggende. "... vi må gå videre enn dette. For å bruke Bjørnsons ord: 'Rensligheten er den første spire til skjønnhetsfølelse. I skolen bør man begynne med oppdragelse og innøvelse i det etiske [sic.], deriblant også i renslighet.'"[35]

I kultiveringen og siviliseringen av det norske folk var oppdragelse i personlig hygiene en prioritert sak, særlig etter overgangen til det 20. århundre. Enkeltpersoner (først og fremst leger) og frivillige organisasjoner ivret for å bygge badstuer og folkebad. Men myndighetene fattet ikke særlig interesse for badesaken før mot slutten av 1920-årene, i hvert fall med tanke på bevilgninger. (Det første statsbidraget kom i 1927.) Da hadde *Norges Badeforbund* arbeidet med spørsmålet siden 1922. NKS, Røde Kors og Nasjonalforeningen sluttet seg sammen med idretts-

Sarpsborg bad var et typisk uttrykk for sin tid og oppfatningen om at befolkningen skulle ha tilgang til fasiliteter som kunne bedre hygienen.
Bilde: Riksantikvaren.

foreninger, ungdomslag og velforeninger i sakens tjeneste. Forbundets oppgave var å skaffe overblikk over badetiltakene i landet, samordne så vel økonomiske som tekniske spørsmål, og stille ekspertise og tekniske hjelpemidler til disposisjon. Økonomisk klarte forbundet seg rimelig bra, da det fra 1925 fikk en andel av Pengelotteriets overskudd til støtte for folkebad på landsbygda.[36]

Stadig ble det bygd nye bad, og i jubileumsskriftene til de frivillige organisasjonene omtales disse "anstaltene" ofte. Men organisasjonene klaget også over at de til tider møtte liten forståelse i befolkningen, særlig på landsbygda. "Folk på landet er ikke vant til å bade og føler derfor intet behov for bad. Dette behov må først vekkes, og det vil best kunne skje ved at barnene gjennem skolebad opdras til å betrakte bad som en livsfornødenhet," het det i beretningen fra en undersøkelse foretatt av Norges Badeforbund og Statistisk sentralbyrå i 1927.[37] I Trøndelag var det ille, ifølge Sanitetsforeningens formann, fru Wexelsen Jahn. På hvert eneste kretsmøte etterlyste hun med høy røst den første private gårdsbadstuen. Hun ropte lenge forgjeves! Etter hvert kom det imidlertid et skolebad i Ekne og et prektig folkebad i Verdal.[38] Sanitetsforeningen var i det hele tatt en ivrig pådriver. Kvinnene engasjerte seg i planleggingen og driften av store og små bad, og det ble hevdet at de la omsorg og omtanke i hver minste detalj.

Også Nasjonalforeningen kunne vise til resultater. I 50-årsberetningen fra 1960 finner vi følgende: "Det er reist badstubad i mange bygder, siden før siste verdenskrig. Mange helselag driver egne folkebad, men i den senere tid er badene i stor utstrekning gått inn som deler av helsehusene. En del steder er de kombinert med fysikalsk institutt."[39] Den tredje av de fire store hjelpeorganisasjonene, Norsk Folkehjelp, besluttet i 1940 å avsette kr 100 000 til støtte for reising av badstuer i krigsherjede strøk og på landsbygda for øvrig, og engasjerte to arkitekter som tekniske konsulenter.[40] Sju år senere, i 1947, badet fortsatt gjennomsnittsnordmannen bare to–tre ganger i året. Det tok lang tid å vende folks vaner.

Staten vil ha alt! Sentralisering og offentlig overtakelse

I siste halvdel av 1930-tallet gikk landet inn i en ny fase. De verste krisene i mellomkrigstiden var ridd av og økonomi og næringsliv viste igjen tegn til blomstring. Politisk og ideologisk skjedde det også et skifte. Nye tiltak innen sosiallovgivning og velferd

ble initiert og prioritert og pekte fram mot etterkrigstidens velferdsstat. På sikt innebar dette store endringer i samspillet mellom det offentlige og det private velferdssystemet.

I 1938 ble den unge og radikale legen Karl Evang (1902–1981) ansatt som landets medisinaldirektør – fra 1946 kalt helsedirektør. Et par år tidligere hadde han holdt et skjellsettende foredrag på Legeforeningens landsmøte der "sunnhetsapparatets manglende effektivitet" var tema. Budskapet var klart: I lys av de store omveltningene som hadde funnet sted i samfunnet, og de gjennombrudd som spesielt hadde skjedd innen medisinsk vitenskap og terapeutisk virksomhet, var medisinalforvaltningen på ingen måte i stand til å møte de utfordringer den ble stilt overfor. Årsakene til uføret var mange. Medisinaldirektøren viste til den økonomiske krisen og til det han mente var myndighetenes manglende forståelse for helsepolitiske spørsmål. Myndighetenes "ansvarsfraskrivelse" hadde ført til at *private organisasjoner*, med eller uten offentlig støtte, hadde tatt hånd om en rekke viktige oppgaver. Dette var vel og bra, sa Evang, men det bidro til fragmentering og en lite rasjonell organisering. Dernest hadde lokale myndigheter påtatt seg ansvaret for en del oppgaver, som burde ha vært organisert og finansiert fra sentralt hold. Samlet sett hadde dette ført til stor ulikhet mellom rike og fattige kommuner. Han konkluderte med at en omorganisering og modernisering var nødvendig, og at det var behov for en sterkere sentralisering av helseoppgavene.[41]

Ett av de feltene der han så behov for store omkalfatringer, var sykehussektoren. Her forelå det riktig nok planer om en reorganisering som hadde startet noen år tidligere, i 1934. Det var krisetid og formålet den gang var å spare penger. Sosialdepartementet sendte et rundskriv til fylkesmennene med anmodning om å skaffe opplysninger om alle sykehus og sykehjem i landet. Begrunnelsen var blant annet at "opførelse og utvidelse såvelsom drift av sykehus for tiden hos oss foregår på en lite rasjonell måte, og at der ved en mer planmessig ordning for det hele land, så vidt mulig ubundet av fylkes- og kommunegrenser, visselig vil kunne spares betydelige beløp."[42]

Det tok lang tid å innhente disse opplysningene, og først i 1941 ble de publisert. Her finner vi en interessant oversikt over eiendomsforholdene i sektoren, det vil si hvor stor andel – tallfestet i antall sykehussenger – som var i offentlig eie (statlige, fylkeskommunale og kommunale) og hvor stor andel som var privateid. I det siste tilfellet finner vi også en fordeling mellom de "verdslige" eierne og de religiøse, de siste fordelt på katolske ordner og protestantiske kirkesamfunn. Offentlige eiere disponerte i underkant av 77 % av sengene, de private vel 23 % (derav 71 % av verdslige og 29 % av religiøse). Blant de religiøse eierne ble i underkant av 60 % drevet av katolikker og vel 40 % av protestanter.[43] Dette er tankevekkende sett i lys av katolikkenes fåtallighet i landet.

Arbeiderpartiregjeringen sto i bresjen for utvik-

Antall senger på sykehusene, fordelt etter eiendomsforholdene.
Kilde: Sigurd Bu. *Sykehusene i Norge*, 1941, s. 56.

	Offentlige sykehus			Private sykehus							
	Staten	Fylker	Kommuner	Røde Kors	Sanitets-fore-ninger	Andre verdslige	Katolske ordener	Metodister	Lutheran-ske	Andre religiøse	Samlet antall i fylket
Oslo	1005		3619	121	155	132	110		196	98	**5436**
Akershus	1009	369	684	54	136	432			125		**2809**
Østfold		464	449			87	138			37	**1175**
Hedmark	60	486	464	20	54	195	30				**1309**
Opland		315	271	49	52	204				23	**914**
Buskerud		586	575		47	40	80				**1328**
Vestfold	275	475	109		80	20	33				**992**
Telemark		316	196		31	284	40		47		**914**
Aust-Agder	120	162	65		40		40				**427**
Vest-Agder	285	82	261	23	78	25	117				**871**
Rogaland		600	383	50	141	94	77				**1345**
Bergen	222		990	34		80	165	142	56		**1689**
Hordaland	190	404	94		57	170					**915**
Sogn og Fjordane	150	186	47	8	22	52					**465**
Møre og Romsdal	151	337	282	35	149	38	53				**1045**
Sør-trøndelag	597	289	590	87	197	139	110				**2009**
Nord-Trøndelag		596		9	32	31					**668**
Nordland	424	447	367	34	151	173					**1596**
Troms	75	343	134		20		61				**633**
Finnmark	108	102	13	63	4	265	20			19	**594**
	4671	**6559**	**9593**	**587**	**1446**	**2461**	**1074**	**142**	**424**	**177**	**27134**

lingen av etterkrigstidens velferdsstat. Med bred politisk støtte ville regjeringen skape et samfunn der det offentlige skulle spille en aktiv rolle i ivaretakelsen av borgernes velferd. Å bygge ut og reorganisere helse- og sosialsektoren sto sentralt i reformarbeidet. Innen helsepolitikken var helsedirektør Karl Evang den fremste aktøren. Han arbeidet under vide fullmakter. I et eget program fra 1947, nedfelt i skriftet *Gjenreising av folkehelsa i Norge*, stilte han spørsmål om hvorvidt helseproblemene i Norge kunne løses på det gamle grunnlag.[44] De frivillige organisasjonene var utvilsomt en del av "det gamle grunnlag". De hadde naturlig nok formet og bygd sine helsetilbud ut fra lokale behov og tilgjengelige ressurser, og ikke etter en samlet og rasjonell plan. Og det ga seg – som Evang også tidligere hadde påpekt – utslag i ulikhet alt etter om man befant seg i en rik eller fattig kommune, i kommuner der organisasjonene var rike eller fattige, driftige eller passive. Dette var urimelig og ikke forenlig med demokratisk tankegang.[45]

Evang formet en plan der sektor for sektor, institusjon for institusjon, skulle innordnes etter et fastlagt mønster med det offentlige, primært staten, som eier og driver. Men staten kunne ikke drive alt. Kommunene var viktige, både som organer for å sette i verk statlige mål, som selvstendige initiativtakere og som knutepunkter for frivillig og kommunal innsats.[46] Kommunene har ofte vært initiativtakere til nye velferdstiltak, og på flere områder har vi hatt "velferdskommuner" før vi har fått en velferdsstat. Statens oppgave har i sin tur vært å regulere kommunale velferdsordninger, og gjøre dem universelle på vegne av de mindre velstående kommunene. Gjennom lovbud, reguleringer og tilskudds- og overføringsordninger har staten primært fungert som utjevningsstat.[47]

Hva så med de frivillige organisasjonenes innsats? Ganske raskt måtte helsedirektøren innrømme at det offentlige ikke kunne unnvære de frivillige organisasjonene.[48] Innen *tuberkuloseomsorgen* var de selve motoren. Det var de frivillige som var drivkreftene i utformingen av det offentlige velferdsansvaret, skriver historikeren Ida Blom i sin studie av samspill og konflikter mellom det offentlige, det frivillige og det uformelle omsorgssystemet i Bergen. Det offentlige hadde imidlertid hele tiden det overordnete ansvaret mens hjelpeorganisasjonene spilte en fireleddet rolle. De opptrådte som pionerer, som pressgruppe, som demokratifremmende agenter eller som tjenesteytere.[49] Innsatsen varierte fra sted til sted, men det er ingen tvil om at de frivillige spilte en betydelig og ofte avgjørende rolle i dette arbeidet, også i tiårene etter den andre verdenskrig.

Kløvertun i Volda. Ø.H. Grimsgaard var arkitekt for dette anlegget, planlagt for 34 senil demente pasienter. I 1967 sto Kløvertun ferdig. I 1987 ble driften revurdert og det ble foreslått en deling mellom ren psykiatri og senil demente. Institusjonen skiftet også navn til Kløvertun psykiatriske sjukeheim, og senere til Kløvertun bo- og rehabiliteringssenter. I 1998 ble eiendommen overdradd til fylket og i 2002 til staten. Institusjonen er i dag distriktspsykiatrisk senter.
Foto: Leif Maliks.

Dermed utviklet det seg et "trekantforhold" mellom de ulike aktørene. Et begrep som benyttes for å forstå velferdsstatens funksjon er nettopp *velferdstrekanten*, der de tre hjørnene er staten, kommunene og de private aktørene (herunder de frivillige hjelpeorganisasjonene).[50]

Et typisk eksempel på hvordan trekantsamarbeidet fungerte i praksis finner vi i Volda på Sunnmøre. De første initiativ til etablering av Volda sjukehus ble tatt omkring 1920 av den statlig ansatte distriktslegen, en lokal sakfører og en lokal kjøpmann. Men uten hjelp fra en del aktive kvinner hadde planen neppe latt seg realisere. Det ble dannet en egen kvinneforening – under Sanitetsforeningen – som ville samle inn penger og utstyr til det nye sykehuset. I 1920- og 30-årene ble det da også satt i gang stadige innsamlingsaksjoner. Fylket avslo å bidra, men fra 1935 kom de tolv kommunene på Søre Sunnmøre inn som støttespillere. I 1938 sto sykehuset ferdig, og nå hadde også fylket ytt sin skjerv, samt at Rikstrygdeverket hadde gitt et betydelig lån der de 12 kommunene stilte som garantister. Under krigen ble den økonomiske situasjonen prekær og i 1946 måtte sykehuset stenge. Men de ivrige støttespillerne på lokalt plan ga ikke opp, og i 1948 åpnet sykehuset på nytt, nå i fylkets regi. De tidligere aktørene var likevel ikke ute. Volda kommune påtok seg ansvaret for å betjene gjelden til Rikstrygdeverket, mens sanitetskvinnene fortsatte å gi sine bidrag, blant annet i form av nytt utstyr og ved å påta seg reparasjoner av det som fortsatt kunne brukes av tøy mv.[51] I dag er det lite eller ingenting igjen av det private innslaget; Volda sjukehus er statlig drevet.

Nok et eksempel på sanitetskvinnenes innsats og det tverrgående samarbeidet i Volda, finner vi ved opprettelsen av Kløvertun, Heim for senil demente. Initiativet ble tatt av det offentlige, men ført i marken av sanitetslaget. Heimen sto ferdig i 1967 med Ø.H. Grimsgaard som arkitekt – en av landets fremste sykehusplanleggere i etterkrigstiden. Kløvertunet ligger i nærheten av sykehuset og representerer på mange måter den klassiske institusjonstypen for sin tid. I 1998 ble institusjonen overdradd til fylket, i 2002 til staten og er i dag distriktspsykiatrisk senter (DPS).[52]

Mange helseinstitusjoner som helt og holdent ble initiert, finansiert og drevet på privat og ikke-kommersiell basis, holdt fram med virksomheten i tiårene etter krigen. Men driften skulle skje i tråd med offentlige retningslinjer og tilsyn. Det var ikke alltid så enkelt verken økonomisk eller på andre måter. Gradvis følte da også kvinnene i det frivillige hjelpearbeidet seg skviset ut. Etter tiår på tiår med iherdig innsats fikk de ikke lenger styre sin egen virksomhet – slik som helsestasjoner for mor og barn og de katolske sykehusene. Helsestasjonene ble kommunale, mens sykehusene ble underlagt fylkeskommunene og gjerne slått sammen med fylkessykehusene (jf. det tidligere omtalte katolske Sykehuset Florida i Bergen som holdt stand til 1983). Mange av ildsjelene opplevde dette som bittert. Det innebar tap av livsoppgaver, for enkelte også tap av selve meningen med livet. De frivillige ga likevel ikke opp. Men arbeidet måtte dels legges mer opp i tråd med offentlige retningslinjer og krav, dels måtte de frivillige finne nye virkefelt.[53]

Nytt sykdomsbilde – nye utfordringer

Tuberkulosen var stadig på retur. I annen halvdel av 1940-årene falt dødeligheten dramatisk, og på slutten av 1950-tallet utgjorde antall dødsfall bare en brøkdel av hva de hadde gjort tiår tilbake. I 1910 døde 238 av 100 000 av sykdommen, i 1958 var tallet 8 av 100 000. Årsakene var mange: bedre økonomi, bedre boliger, bedre ernæring og bedre hygiene. BCG-vaksineringen, skjermbildekontrollene og den medikamentelle behandlingen (sulfapreparater og antibiotika) hadde også sin virkning. Ja, i det hele tatt var infeksjonssykdommene på sterk retur. *Den epidemiologiske transisjon* kalles denne omveltningen. De dominerende sykdommene ble nå de kroniske, noen også kalt livsstilsykdommer, slik som hjerte-karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og kreft. Det skjedde også demografiske endringer i befolkningen. Infeksjonssykdommene hadde i hovedsak rammet barn og unge. Det gjorde de ikke lenger, og gjennomsnittsalderen i befolkningen økte. En stadig større andel ble eldre.

Endringen i sykdomspanoramaet og i det demografiske mønstret fikk store konsekvenser for de frivillige organisasjonene. Tuberkulosehjemmene og sanatoriene ble stående mer eller mindre tomme, mens det ble større behov for attføringsinstitusjoner, institusjoner for funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede ("åndssvake"). Men de mange "nye" eldre trengte også tilbud, og i de kommende tiårene ble det etablert en lang rekke alders- og sykehjem og velferdssentraler. Ikke sjelden ble tidligere tuberkuloseinstitusjoner fylt

Anlegget til Søndre Vestfold DPS i Sandefjord ble opprinnelig bygd som *Preståsen tuberkulosehjem* for Sandar og Sandefjord sanitetsforeninger, ferdigstilt 1931. Det hadde et eget frittliggende kapell (nå revet) og garasje/uthus (revet). Arkitekt var Lilla Hansen som hadde en rekke oppdrag for Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) på denne tiden, bl.a. mindre sykestuer i Nord-Norge, barnekoloni i Talvik, elevhjem for sykepleiersker i Oslo og revmatismesykehuset i Oslo i samarbeid med Bjercke og Eliassen. Hansen tegnet også statssanatoriet i Talvik og et sykehus og tuberkulosehjem i Tolga. Preståsen ble tatt i bruk som pleiehjem for demente kvinner i 1957 og er i dag del av Søndre Vestfold distriktspsykiatriske senter.
Foto: Leif Anker.

med ny virksomhet. Dessuten fikk Nasjonalforeningen den idé at det kunne være en fordel, praktisk som økonomisk, å samle en del aktiviteter knyttet til helsesektoren i egne hus, *helsehus*, etter mønster av de finske "helsogårder". En egen komité med representanter for det offentlige, NKS og Nasjonalforeningen ble oppnevnt. Den presenterte sin innstilling i 1951, og året etter ble det første helsehuset etablert, i Gjerstad i Aust-Agder. Det rommet trygdekasse, folkebad, fødeavdeling, lege- og tannlegekontorer, møterom, leiligheter for sykepleier mv. I 1960 var det om lag 60 helsehus i landet, reist av frivillige organisasjoner i samarbeid med kommunene.[54] Det er videre betegnende at i 1946 skiftet Nasjonalforeningen mot tuberkulosen navn til Nasjonalforeningen mot Tuberkulosen og for Folkehelsen. Senere falt "tuberkulosen" helt ut.

I dag har en rekke distriktspsykiatriske sentre tilholdssted i bygninger reist for andre formål og av andre eiere enn det offentlige.[55] Enkelte av bygningene, private som offentlige, har i perioder også fungert som asylmottak, slik som Luster sanatorium i Sogn og Vensmoen sanatorium i Rognan.

Helsebyggeriet en del av kvinnehistorien

Historien om de frivillige institusjonenes innsats innen helsebyggeriet føyer seg inn som en del av vår kvinnehistorie. Det var ikke minst her kvinnene fikk utfoldelsesmuligheter, og det var her de slapp til fordi arbeidet ofte ble ansett som en forlengelse av kvinners omsorgsoppgaver i hjemmet. De fikk organisasjonstrening og de fikk utdanning. Ikke av mindre betydning var det at kvinnene tok styringen økonomisk som administrativt – ikke sjelden i nærkamp og fjernkamp med mannsmakt og offentlige myndigheter. Foreningenes virksomhet, og med dem planlegging og drift av helseinstitusjoner, ble kort og godt et handlingsfelt for kvinner. I dag er det offentlige helsevesen vår største kvinnearbeidsplass, og den sektor der kvinner i størst grad får utprøvd sine lederegenskaper og administrative evner.

En tid er forbi

Hvilken rolle har de frivillige organisasjonene spilt i helsebyggeriets historie i Norge? Deres innsats har vært betydelig, derom er det ingen tvil. De var initiativtakere, byggherrer og driftsansvarlige, og de var interesseformidlere, pengeinnsamlere og investorer. Samtidig var de lydhøre og til dels avhengige av det offentlige, særlig knyttet til de økonomiske bidragene. Avhengigheten skulle bli større, først og fremst som følge av det ideologiske skiftet representert ved etterkrigstidens velferdsstat.

Ut fra målsettingen om like tilbud, uansett bosted og økonomisk yteevne, og å høyne kvaliteten på helsetjenestene, har staten sett det som sin oppgave å samordne og sentralisere virksomheten i sektoren. I forlengelsen har vi fått et mer regelstyrt helsevesen. I dette landskapet har de private og ikke-kommersielle organisasjonene funnet det stadig vanskeligere å opprette og drive helseinstitusjoner. (En annen side av saken er at det fortsatt eksisterer mange bygninger i privat eie som forvaltes og brukes av det offentlige.) Det er i dag ytterst få institusjoner som etableres uten at det offentlige er tungt inne. Således er kontrasten til de første tiårene av 1900-tallet enorm. Det var tiden da tuberkulosehjem og andre institusjoner i de frivilliges regi ble etablert på løpende bånd. Dermed blir historien om de frivillige organisasjonenes innsats innen helsebyggeriet også en historie om vekst og fall.

I dag kan vi – slik sosiologen Håkon Lorentzen påpeker – lett få inntrykk av at staten forutsetter at organisasjonene skal fungere som statens forlengede arm, og at deres oppgave er å iverksette statlig politikk, og ikke som tidligere å være pådrivere og interesseformidlere.[56] I denne prosessen er noe vunnet og noe tapt. Sett fra myndighetenes side er man nå nærmere målet om like tilbud uansett bosted og personlig økonomi, skjønt det forsatte er langt igjen. Sett fra organisasjonenes side er ”friheten” til dels en saga blott, nærmere bestemt friheten og inspirasjon til å sette i gang og senere ha autonomi over egen virksomhet. Sett fra befolkningens side er situasjonen tvetydig. Mye av nærheten, varmen og idealismen som de frivillige sto for, ikke minst i helseinstitusjonene, er borte – egenskaper som virker positivt i en helbredelsesprosess. Samtidig gir offentlig drift større forutsigbarhet og likhet, verdier som også rager høyt i vårt samfunn. Og ikke å forglemme, helsearbeidere i betalte stillinger har mye å gi som ikke kan regnes i penger.

På ulike måter har samfunnsutviklingen løpt fra den store frivilligheten innen folkehelsearbeidet. Økonomien har endret seg, sykdomsmønstret har endret seg, medisinen har endret seg og fremfor alt, kvinnens stilling har endret seg. Den tid er forbi da kvinnene ville arbeide gratis og søkt etter noe meningsfylt å bruke kreftene på, og da ”assosiasjons-ånden” var den drivende kraft i kampen for folkets helse.

Noter

1 Steen 1964: 51 ff.
2 Schrumpf og Seip 1983: 2.
3 Steen, ibid.
4 Schrumpf og Seip, ibid.
5 Se Martinsen 1984.
6 Nilsen 2001: 20.
7 Duin 1980: 5–11.
8 Nilsen 2001.
9 Schiøtz 1993.
10 B-12 mangel innebærer blodfattighet, men kan også ha betydning for psykisk helse.
11 Muntlig meddelelse, Erik Schrumpf, februar 2008.
12 Schrumpf 2006: 223–228.
13 Schiøtz 2003: 377–378.
14 Korrespondanse vedr. overtakelsen. Sjukehussjefen i Hordaland. Arkiv: Fylkeslegen i Hordaland , J.nr. 299, Ark. nr. 467.1, 2. sept. 1982.
15 Seip, A.-L. 1984: 281 ff.
16 Seip, M. 1994: 3620–3624: 3621.
17 Fra Sanitetsforeningens første opprop mot tuberkulosen, 1901. Gjengitt i Schram m.fl. 1946: 61.
18 Schram m.fl 1946: 15–47.
19 Schram m.fl. 1946: 110.
20 Sandberg 2000: 53–54.
21 Sandberg 2000: 29 ff.
22 Dahl-Olsen og Dahl-Olsen 1996.
23 Blom 1998: 109 ff.
24 Erichsen 1960: 19.
25 Erichsen 1960: 22.
26 Larsen 2009.
27 Erichsen 1960: 28.
28 Evang 1959. Referert fra Skogheim 2001: 184.
29 Schram m.fl. 1946: 64–65. Se også Hamran 2007, nr. 3: 412–430.
30 Erichsen 1960: 117.
31 Se Rogstad 1996: 87–116. Se også Blom 1997, kap. 5 og 6.
32 Erichsen 1960: 78.
33 Erichsen 1960: 117–118.
34 Johansen 1947: 100.
35 Hofmo 1940: 3–4.
36 Schiøtz 2003: 258–262.
37 Statistiske meddelelser 1927. Sitert fra Bore 2007: 161.
38 Schram m.fl. 1946: 159 ff.
39 Erichsen 1960: 142.
40 Hofmo 1940: 5.
41 Evang 1938: 1319–1334, 1322.
42 Bu 1941: 1.
43 Bu 1941: 18, 56.
44 Evang 1947.
45 Evang 1947: 36.
46 Begrepet er lansert av Anne-Lise Seip. Se Seip, A.-L. 1991.
47 Grønlie 1991, 2004.
48 Uttalt på Nasjonalforeningens landsmøte i 1948, Erichsen 1960: 81.
49 Blom 1998: 17–18, 77.
50 Seip, A.-L. 1991.
51 Norderval 1986: 95–99.
52 Kløvertun er del av Landsverneplanen.
53 Se bl.a. Bjarnar 1996 og Nilsen 2001.
54 Erichsen 1960: 86.
55 Larsen 2009.
56 Lorentzen.

Litteratur

Bjarnar, Ove. *Veiviser til velferdssamfunnet. Norske Kvinners Sanitetsforening 1946–1996*. Oslo, Norske Kvinners Sanitetsforening 1996.

Blom, Ida. *Feberens ville rose. Tre omsorgssystemer i tuberkulosearbeidet 1900–1960*. Bergen, Fagbokforlaget 1998.

Bore, Ragnhild Rein (red.). *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. Oslo, Statistisk sentralbyrå 2007.

Brekke D, Iversen J.H. og Ødegård O. (red.) *Helsetjenester i Møre og Romsdal gjennom hundre år*. Molde, Møre og Romsdal lægeforening 1986.

Bu, Sigurd. *Sykehusene i Norge*. Oslo, Medisinaldirektoratet 1941.

Dahl-Olsen, Anton og Ingrid Dahl-Olsen. *Svolvær Sanitetsforenings Sykestue 80 år*. Svolvær 1996.

Duin, Johs. J. *Trekk fra Elisabethsøstrenes historie i Norge 1880–1980*. Oslo 1980.

Erichsen, Rolv Werner. *Streif fra Nasjonalforeningens 50-årige historie*. Oslo, Aschehoug 1960.

Evang, Karl. *Trygd og arbeid*. Nr. 10, 1959.

Evang, Karl. *Gjenreising av folkehelsa i Norge*. Oslo, Liv&Helse. Fabritius & Sønners Forlag 1947.

Evang, Karl. "Medicinalvesenet og centraladministrasjonen." I: *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1938, s. 1319–1334, 1322.

Grønlie, Tore. "Velferdskommunen." I: Nagel 1991.

Hamran, Torunn. "Kvinneforeningene, institusjonsbyggingen og den nasjonale velferdspolitikken – Nord-Norge før 1940." *Historisk tidsskrift* 2007, nr. 3, s. 412–430.

Hofmo, Rolf. *Badstuer. Typetegninger av Statens Badstukomité*. Oslo, Norsk Folkehjelp 1940.

Hofmo, Rolf (red.). *Boka om idrettsanlegg*. Oslo, Statens idrettskontor 1947.

Johansen, Otto. "Idrett – helse – arbeid." I: Hofmo (red.) 1947.

Lorentzen, Håkon. "Festtale om frivillighet." Kronikk, *Aftenposten* 15. november 2007.

Martinsen, Kari. *Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860–1905*. Oslo, Aschehoug/ Tanum-Norli 1984.

Nagel, Anne-Hilde (red.). *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen, Alma Mater Forlag 1991.

Nilsen, Else-Britt. *Nonner i storm og stille. Katolske ordenssøstre i Norge i det 19. og 20. århundre*. Oslo, Solum Forlag 2001.

Norderval, yngve. "Om sykehusutbyggingen i Volda." I: Brekke 1986.

Rogstad, Sofie: "Kampen om eiendomsretten til tuberkulosesaken. Om å søke næring av tæring." *Historisk Tidsskrift* 1996, nr. 4, s. 87–116.

Ruud, Johan T., Eskeland, Arnold, Randers, Gunnar, Skodvin, Magne (red.). *Dette er Norge 1814–1964, Første bind*. Oslo, Gyldendal 1964.

Sandberg, Per-Øivind. *Hamar Sanitetsforenings 100 års historie*. Hamar, Hamar Sanitetsforening 2000.

Schei, Berit, Botten, Grete og Sundby, Johanne (red.): *Kvinnemedisin*. Oslo, Ad Notam Gyldendal 1993.

Schiøtz, Aina. "'Hvor vi har ventet på hende'. Om dr. Marie Spångberg Holth – Norges første kvinnelige lege – og andre pionerer." I: Schei m.fl. (red.) 1993.

Schiøtz, Aina. *Folkets helse – landets styrke. Det offentlige helsevesens historie 1603–2003, bind 2, 1850–2003*. Oslo, Universitetsforlaget 2003.

Schram, Constance Wiel, Dahl, Anna, Voss, Sofie (red.). *Norske Kvinners Sanitetsforening. Tiden og menneskene som skapte den. Vekst og virke i femti år 1896–1946*. Oslo, Norske Kvinners Sanitetsforenings hovedstyre 1946.

Schrumpf, Ellen og Seip, Anne-Lise. *Kvinners "plikt"? Omsorgsrolle og kvinnedeltakelse i historisk lys*. Stensil, Telemark distriktshøgskole/UiO 1983.

Schrumpf, Ellen. *Porsgrunn bys historie, bd. II. Byen ved elva*. Porsgrunn 2006.

Seip, Anne-Lise. *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo, Gyldendal 1984.

Seip, Anne-Lise. "Velferdskommune og velferdstrekanten – et tilbakeblikk." I: Nagel 1991.

Seip, Martin. "Skolelegetjenesten i Norge – fremvekst og forfall." *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1994, s. 3620–3624.

Skogheim, Dag. *Sanatorieliv. Fra tuberkulosens kulturhistorie*. Oslo, Tiden 2001.

Steen, Sverre. "De 150-årene i fugleperspektiv." I: Ruud m.fl. (red.) 1964.

Korrespondanse vedr. overtakelsen av Sykehuset Florida i Bergen. Sjukehussjefen i Hordaland. Arkiv: Fylkeslegen i Hordaland, J.nr. 299, Ark.nr. 467.1, 2. sept. 1982.

ISBN 978-82-431-1000-7

Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Somatiske sykehus i Norge ca. 1830–2000

Leif Anker

Landets sykehusarkitektur etter 1830 speiler på de fleste måter samfunnsutviklingen i tidsrommet. Mens man for 150–200 år siden skulle ha ualminnelig god helse for å komme godt fra et sykehusopphold, gir dagens sykehus behandling som bare for noen tiår syntes som en uoppnåelig utopi.

Omfanget av sykehusbyggeriet er dels betinget av sosiale og samfunnsmessige behov, dels av økonomi og dels av politisk bestemte rammer. Disse generelle helsehistoriske vilkårene er beskrevet annet sted i denne boka. I det følgende er det byggeriet og utviklingen av den somatiske sykehusarkitekturen fra omkring 1830 til 2000 som vil bli skissert. Hovedvekten vil bli lagt på perioden fra omkring 1870 til 1980. En slik vektlegging samsvarer grovt sett tiden fra bakteriologiens gjennombrudd og fram til avslutningen av den store sykehusutbygging i årene før og etter sykehusloven av 1969. Sett under ett gjenspeiler dette hovedtyngden av somatiske sykehusbygg og anlegg som inngår i landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten.

Helseutgiftene har vokst fra en ytterst beskjeden andel av statens kostnader omkring 1800 til drøyt 20 % av de offentlige utgiftene. Dette var i underkant av 10 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP) i 2002, nesten 150 milliarder kroner. Over 80 prosent av dette er dekket av offentlige midler. Sykehustjenester utgjør i underkant av 40 prosent av de samlede helseutgiftene.

Byggevirksomheten utgjør en mindre, men svært synlig del av de samlete helseutgiftene. De medisinske endringene har medført en stadig mer avansert spesialisering som igjen har ført til en sterkere spesialisering av arkitekturen. Teknologiske endringer har hatt følger både for den medisinske utviklingen, og for byggteknikk og arkitektur som materialbruk, funksjoner, bygningstyper og formspråk.

Arkitektonisk har byggeriet ytre trekk som er formet mer eller mindre i takt med skiftende tiders vekslende stilretninger og idealer. Mens de fleste sykehus her i landet tidlig på 1800-tallet til forveksling kunne likne en bygård, villa, eller et nær sagt hvilket som helst større eller mindre bygg, likner de i dag ikke noe annet. Situasjonsplaner, størrelse og volumer røper sykehuset.

Sykehus før 1860

Noen steder, som på Faret i Skien og Sykehuset Telemark, kan denne utviklingen ses med ett blikk med de ulike epokers bygninger og spesialisering i institusjonstyper. Sykehuset på Faret kom under tak omkring 1830. Beliggenheten er fremdeles tilsynelatende idyllisk, omgitt av store løvtrær og plener i et parklandskap ned mot Skienselva. Den gamle hovedbygningen huser i dag kontorer og møterom for Sykehuset Telemark, psykiatrisk avdeling. Den opprinnelige lystgården som ble kjøpt inn og påbygd til sykehus, har i snart 180 år vært gjenstand for vekslende bruk i takt med endringene i landets helsevesen. Her ligger radesykehuset som ble til vanlig sykehus, og som etter hvert ble delt i to med det somatiske sykehuset på en side av veien, det psykiatriske på den andre.

Utsnitt av Lars Schweders akvarell av flommen i august 1822. Bygningene på Faret ved Skien sees midt på bildet. Bilde: Telemark Museum BM 747.

Historikerne Anne Kveim Lie og Ole Georg Moseng ser etableringen av radesykehusene på slutten av 1700-tallet som et avgjørende skille i norsk helsehistorie. For første gang ble det etablert institusjoner i Norge med sikte på behandling av syke, og ikke bare pleie av uhelbredelige, "incurable". Radesyken gikk som farsott i Sør-Norge fra midten av 1700-tallet før den forsvant igjen omkring 1850. Den rammet stort sett arbeidsfolk og fattigfolk. Trolig var det en ikke-venerisk syfilis-liknende hudsykdom.[1] En rekke radesykehus ble etablert i Sør-Norge i årene etter 1750 og flere av disse la grunnlag for varige institusjoner, som i Stavanger, Sanderud sykehus på Hamar, og Bratsberg amts sykehus etablert i Porsgrunn i 1776 (flyttet til Faret i 1830). Sammenliknet med de store sykehusene i Europa var dette små og enkle trehus. De var stort sett formålsbygd som sykehus, men lignet til forveksling annen bebyggelse.

Forskjellen var stor til tvillingrikenes fremste sykehus, Det kongelige Frederiks Hospital i København, i dag kunstindustrimuseum. Sykehuset sto ferdig i 1757 forkledd som et bypalé i byens fornemste strøk. Frederiks Hospital var bygd etter mønster av de store europeiske sykehusene. Det var det verken ambisjon, mulighet eller grunnlag for i Norge. Mindre skilte på behandlingen og boforholdene. Sykehus var for dem som ikke hadde muligheter til å bli behandlet hjemme, dvs. folk med lav og ingen inntekt, fattigfolk. Sengesalene kunne være store og var belegget stort måtte pasientene dele seng. Ansatte og innlagte sov under samme tak. Gangkoner og annet tyende sov på sovesaler eller loft, medicus og annen øvrighet i egne leiligheter eller boliger. Slik var det i København og slik var det i Skien. Bolig etter rang og stand i og på sykehuset var vanlig til etter annen verdenskrig her i landet, og bygging av personalboliger var en selvfølgelig del av sykehusplanleggingen til omkring 1980.

Frederiks hospital var landets første rikshospital og universitetssykehus. Det var ved dette sykehuset og ved Københavns universitet tvillingrikenes leger ble utdannet. Det neste statlige hospitalet for riket ble bygd i 1820-årene, denne gang i Christiania. For å kunne utdanne medisinere ved det nyopprettete universitetet i hovedstaden trengtes det også et sykehus til å undervise i.[2]

Da det norske Rikshospitalet åpnet i 1826 var det et beskjedent anlegg etter samtidens internasjonale målestokk. De monumentale murbygningene i empire var tegnet av arkitekt Chr. Grosch. Som sykehus var anlegget preget av en noe tilfeldig opprinnelse med eksisterende militærhospital på en uregelmessig og liten tomt. Her er lite spor av europeisk sykehusarkitektur. Det er ikke et samlet anlegg, symmetrisk ordnet med kjønnene på hver side av en hovedakse og med klassifiserte og graderte avdelinger innover i anlegget. Hovedbygningen, som sto ferdig i 1842 etter 16 års byggetid, hadde sengerom på hver side av en lang midtkorridor, med ventilasjon fra vinduer over dørene til hvert rom. Grosch tegnet også de første formålsbygde kommunale sykehusene i Christiania, Krohgstøttens sykehus og fattighus (1859) og det ofte

Militærhospitalet og Fødselsstiftelsen sett fra oversiden av det som i dag er krysset Akersgata-Teatergata. Bildet er tatt omkring 1870, før Rikshospitalet flyttet til Pilestredet i 1883. I bakgrunnen skimtes hovedbygget mot Grubbegata og tårnet til domkirken.
Fotograf ukjent. Oslo Museum.

oversette fattigsykehuset på Prinds Christian Augusts Minde (1840) som ble tatt i bruk som byens første sinnssykeasyl i 1850. I likhet med hovedbygningen på det første Rikshospitalet er dette en énfløyet bygning i to etasjer over høy sokkel. Men formålet som fattigsykehus gjenspeiler seg i de enkle fasadene som er slemmete – ikke pussete – og uten ornamenter eller utsmykning. Bare hovedfasadens midtakse er markert med en klassiserende gavloppbygg. Groschs sykehusbygg representerte noe grunnleggende nytt i norsk sammenheng: En representativ monumental sykehusarkitektur i mur.

Groschs sykehus ser ikke ut til å ha hatt særskilt arkitektonisk innflytelse på samtidens øvrige sykehusbygging i Norge. Den besto av en panelarkitektur som for en stor del var formålsbygd, men med løsninger som ser ut til å ha vært diktert av lokale forhold og tradisjoner. Faret er kanskje det anlegget som formalt og funksjonelt har flest berøringspunkter med det tidlige 1800-tallets sykehusanlegg ute. Formalt med symmetrisk fløydelt, tilnærmet H-formet grunnplan og med frittliggende volum på sentralaksen, funksjonelt ved at bygningsvolumene rommet ulike funksjoner, og delt med manns og kvinneavdelinger på hver side av midtaksen. Det medisinske fakultet ved Universitetet hadde klare oppfatninger om planløsningen i anlegget og denne ser ut til å ha blitt tillempet.[3] Likheten med samtidens store europeiske sykehus skyldes nok mer tidens allmenne arkitekturidealer og løsninger tilpasset situasjonen på stedet, enn direkte bruk av utenlandske forbilder. Faret er slik sett typisk for mange av de tidlige sykehusene i Norge: et resultat av ombygging og påbygging av eksisterende bygninger som opprinnelig ble reist for andre formål. Faret var verken det første eller det siste. Det er en linje i det offentlige institusjonsbyggeriet som kan følges til denne dag.

Internasjonal orientering

Det var først med etablering av det statlige Gaustad sinnssykeasyl i 1855 at det ble reist et anlegg helt på høyden med internasjonal institusjonsarkitektur. Om lag samtidig ble også reist statlige leprasykehus. Etter sterkt påtrykk fra medisinsk hold tok staten ansvar i forhold til leprabekjempelsen. Fra før eksisterte det to stiftelser for spedalske, Reknes ved Molde og St. Jørgens hospital i Bergen som ble grunnlagt omkring 1400 og gjenreist etter brann i 1702. Nå ble det opprettet et embete som lepraoverlege, og i 1856 det ble etablert et lepraregister, det var det første nasjonale pasientregisteret i verden. Lungegaardshospitalet i Bergen ble bygd som leprahospital i 1849, men brant allerede i 1853.[4] Kort etter ble det etablert tre statlige leprasykehus, ett i det eksisterende Reknes hospital i Molde som ble utvidet. Pleiestiftelse nr. 1 i Bergen (Hans Hansen Kaas, 1857) og Reitgjerdet (H.E. Schirmer, 1861) ved Trondheim – nåværende Brøset – ble bygd nye fra grunnen av. De to siste har store likhetstrekk til tross for at de ble tegnet av forskjellige arkitekter og bygd i ulike materialer, tegl på Reitgjerdet, panelt laft i pleiestiftelsen. Begge anleggene fikk H-formet grunnplan i to etasjer. De var delt med mannsavdeling og kvinneavdeling på hver sin side av en kirkesal og kjøkken i midtfløyens sentralakse.

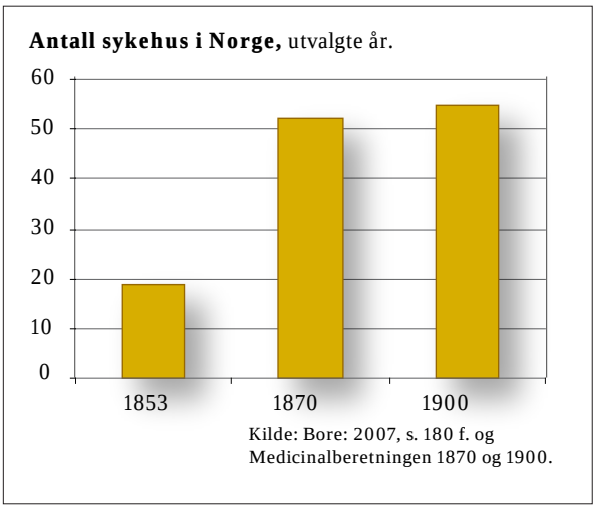
Pleiestiftelsen i Bergen er laftet med kledning i malt liggende panel og med rikt detaljert sveitserstils bjelkeverk i eksteriøret. Reitgjerdet ble oppført i rød tegl med trappegavler og med karnapper for enden av

"Pleiestiftelsen for spedalske nr. 1" i Bergen åpnet 1857. Navnet fikk den fordi pleiestiftelsene Reknes ved Molde og Reitgjerdet ved Trondheim (begge åpnet 1861) var ment å være nr. 2 og 3. Anlegget, tegnet av arkitekt Hans Hansen Kaas, er ruvende og i sveitserstil, bygget for 280 pasienter. Det vakte oppsikt også internasjonalt, og ble sett på som et forbilde for sykehusbyggeri. Institusjonen var også åstedet for Gerhard Armauer Hansens leprafor-sking, og kan stå som hovedeksponent for statens offensiv mot lepraen på 1800-tallet.
Bilde: Statsarkivet i Bergen.

sørfløyene. Den røde teglen og detaljer, blant annet karnappene, er tilsvarende det som arkitekten, H.E. Schirmer, brukte på Gaustad få år før. Reitgjerdet fikk likevel langt enklere utstyr, her ble det ikke brukt hogget stein som hjørnekvadre eller som dør- og vindusomramming. Likheten med Gaustad har i store trekk blitt tilslørt ved at hovedbygget senere er malt og trappegavlene bygd om med valmtak. Pleie-stiftelsen og Reitgjerdet vitner om statens viktige rolle som byggherre som introduserte en helt ny type sykehusbygg her i landet, en type som hadde lange tradisjoner i utlandet.

De statlige leprasykehusene fikk en relativt kort funksjonstid. Ved inngangen til 1900-tallet var bare pleiestiftelsen i Bergen tilbake ved siden av stiftelsen St. Jørgens hospital. Pleiestiftelsen fikk funksjon som statlig sentralinstitusjon for hele landet, inntil den også ble nedlagt så sent som rundt 1960.

Denne bygningstypen danner på mange måter utgangspunkt for senere asyler i Norge som Rotvoll i Trondheim og Eg i Kristiansand. Begge er eksempler på lukkete anlegg hvor det var vesentlig å kontrollere



Kilde: Bore: 2007, s. 180 f. og Medicinalberetningen 1870 og 1900.

pasientenes kontakt med omverdenen. Leprapa-sientene forble stort sett i institusjonene til de døde. De lukkete anleggene gjenspeiler lovverk med tvangs-bestemmelser: smittevernlov for leprasykehusene, sinnssykeloven for asylene. Men for de generelle somatiske sykehusene tok utviklingen her hjemme en annen vei fram til århundreskiftet.

Paviljonger og epidemier

De somatiske sykehusene i Norge ble i siste halvdel av 1800-tallet og de første år av 1900-tallet i stor grad bygd etter paviljongprinsippet. Det vil si at sykehuset ble bygd som større eller mindre frittliggende bygninger med åpen sengepost i bygningens bredde. Vinduer på begge sider ga tilgang på lys og frisk luft gjennom såkalt kryssventilasjon, på godt norsk gjennomtrekk. Dette gjorde det mulig å gi bygningene spesialiserte funksjoner etter behandlingsmetoder og pasientenes diagnoser og å isolere smittefarlige pasienter. Paviljongen som bygningstype har sin forutsetning i 1600-tallets franske hoffarkitektur.[5] Med dette som et forbilde kan paviljongprinsippet følges fra engelske militære sykehusprosjekter fra omkring 1700, det mest kjente er kanskje Royal Naval Hospital i Plymouth (ferdig 1764–65) og derfra til franske sykehusprosjekter, bl.a. Hôpital Lariboisière i Paris (1846–54).[6] I de tidlige 1800-talls paviljong-hospitalene ble de enkelte bygningene lagt i parallelle rekker vinklerett på overbygde transportganger eller innebygde korridorer. Det er en planform som for øvrig er brukt på Gaustad asyl, men der uten pavil-jonger i egentlig forstand.

Ulike sykehusplaner var i bruk på midten av 1800-tallet, og diskusjonen om typenes fortrinn og ulemper var knyttet til synet på smitte. Profesjona-

MIASMETEORIEN

Miasme er et eldgammelt syn på hvordan sykdom oppstår, beskrevet allerede rundt år 400 f.Kr. Man mente visse sykdommer ikke spredte seg fra person til person, men ble spredd av skadelige gasser som oppstod av råtten materie i jord som seinere blandet seg med luft. Ordet er avledet fra "forurensning" på gresk og man trodde således på overføring av sykdom gjennom luft og vind. Begrepet står i noen grad i motsetning til smitte, men disse er ikke klart atskilt. Miasmeteorien var den herskende forståelse for hvordan sykdommer oppstod til bakteriologiens gjennombrudd på 1800-tallet.

De første vitenskapelig arbeider som påviste smitte gjennom bakterier ble publisert på slutten av 1840-tallet, men miasmeteorien var sterkt befestet og var med å prege synet på sykdomsformidling inn i det 20. århundre.

Teorien hadde i en periode konsekvenser for sykehusplanlegging. Bygningenes plassering i forhold til hverandre, ventilasjon og inneklima mv. måtte prosjekteres med teorien for øye. Slik ble det såkalte paviljongprinsippet gangbar mynt: lave rekker av bygg plassert i god avstand fra hverandre og med vinduer som muliggjorde gjennomtrekk. Luftinntaket ble gjerne lokalisert et stykke utenfor bygningene, ofte som små tårn – såkalte miasmetårn.

Områdene mellom bygningene, og grensene mot omgivelsene, kunne være beplantet med tett vegetasjon for å filtrere luften.

Det første anlegget i Norge bygget etter paviljongprinsippet var nyanlegget for Rikshospitalet i Oslo, men de opprinnelige delene av Ullevål sykehus, bygget så sent som 1887, er også av denne typen.

Et såkalt miasmetårn. Fotografiet er fra Ullevål sykehus, der det finnes en håndfull slike tårn bevart.
Foto: Leif Maliks.

Utvalgte kilder:
Moseng 2003: 293 ff.
Store norske leksikon, "miasme".

liseringen av sykepleien med Florence Nightingale og erfaringene fra Krim-krigen og den amerikanske borgerkrigen, fikk stor betydning for paviljongsystemets gjennomslag internasjonalt. Dødeligheten var lavere og man unngikk de fryktede sykehusinfeksjonene. Det ble foretatt omhyggelige utregninger og beregninger av luftvolum per seng, byggematerialenes smittehindrende egenskaper, høyden på bygninger og avstanden mellom dem. Nightingale var selv en ivrig forkjemper for miasmeteorien (se ramme) som hadde sitt utgangspunkt i antikkens syn på elementene og deres innvirkning på mennesket. Sykdom smittet gjennom luft forårsaket av klima, årstid, usunne eller bedervete utdunstninger, fuktig jordsmonn osv. De første vitenskapelig arbeider som påviste smitte gjennom bakterier var publisert på slutten av 1840-tallet. Det tok tid før de ble akseptert av lek og lærd. Miasmeteorien var sterkt befestet og var med å prege synet på smitte og på sykehusplanlegging inn i det 20. århundre. Midtkorridor var en vederstyggelighet "idet en korridor blev som en kloakk".[7] Det første anlegget bygd etter paviljongprinsippet var det nye Rikshospitalet i hovedstaden.

Etter mange års diskusjon ba Stortinget i 1859 regjeringen vurdere flytting av Rikshospitalet. Da hadde koleraen herjet i Europa og her hjemme og aktualisert behovet for tidsmessige sykehus. Kapasiteten i det første Rikshospitalet var sprengt og tomta for liten til omfattende utvidelser. Målsettingen var en mønsteranstalt, både økonomisk, hygienisk og medisinsk. Sykehuset skulle ha 200 senger samt 25 for fødselsstiftelsen. Planene innebar den mest omfattende sykehusutbyggingen landet så langt hadde sett, selve planprosessen også. Bevilgning til tomt ble gitt i 1862. Byggeprogram ble utarbeidet med bl.a. sykehusets direktør, professorer og overleger sammen med arkitektene H.E. Schirmer og Jacob Nordan. Grunnarbeidene i Pilestredet startet opp i

Rikshospitalets hovedbygg mot Grubbegata, foto fra omkring 1910–20. Her var det regjeringskontorer etter at Rikshospitalet flyttet ut i 1883. Bygget ble revet da Høyblokka i regjeringskvartalet sto ferdig i 1959.
Foto: O.Væring, Oslo Museum.

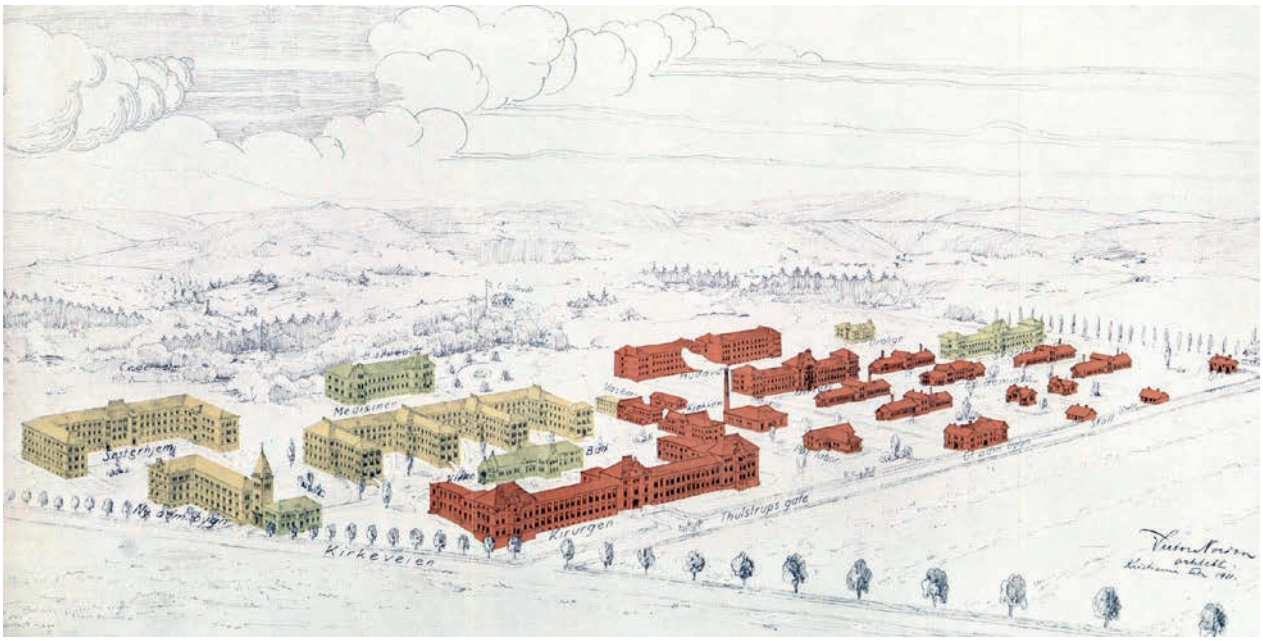
1866, mens diskusjon om utbyggingsplan og byggeprogram fortsatte i flere år.

Københavns kommunehospital var nettopp ferdigstilt som et blokkanlegg med sidekorridorer, og etter stor debatt ble Sabbatsberg i Stockholm bestemt oppført etter paviljongprinsippet i 1876.[8] Rikshospitalet valgte paviljongmodellen. Etter mange endringer og omfattende debatt sto sykehuset ferdig først i 1883. Underveis ble nybygget for Fødselsstiftelsen ofret og stiftelsen ble igjen i Akersgata. Hospitalet med sine murbygg i to etasjer ble lagt bak beskyttende murer for å holde bedervet luft ute og slik hindre smittespredning. De ulike funksjonene og avdelingene var lokalisert til hver sine bygg godt tilbaketrukket innenfor murene. For de to største avdelingene, medisinsk og kirurgisk, var bygningene brutt opp i tre mindre frittliggende paviljonger knyttet sammen med broer for slik å oppnå tilstrekkelig mengde luft og lys slik paviljongprinsippet tilsa. Her var det også satt av plass til poliklinikker. Disse to avdelingene dannet anleggets tyngdepunkt og lå som pendanter i et formelt anlegg på hver side av en sentral parkplass. Bygningene ble holdt i et enkelt nyrenessansepreget formspråk. Kirurgen hadde parvise tårn med sanitæranlegg i hver ende, tilsvarende var også brukt på Gaustad asyl og var svært vanlig i engelsk sykehusarkitektur i perioden. Fra denne eldste perioden er det bare muren og administrasjonsbygget med den gamle hovedporten som er bevart.

Paviljongprinsippet ble også valgt for hovedstadens nye kommunale sykehus som ble planlagt på Ullevål. Sykehuset skulle kombinere flere formål: epidemisykehus, ordinært sykehus og sinnssykeasyl. Epidemisykehuset ble prioritert med Adolf Schirmer som arkitekt. De første bygningene sto ferdig i 1885, samtidig som det hadde brutt ut epidemier med difteri og skarlagensfeber i byen.[9]

Epidemisykehuset på Ullevål er det nærmeste man kom det rendyrkete paviljonghospital i Norge. Paviljongene hadde en etasje med panelt bindingsverk i sveitserstil, og med to etasjes murt midtparti med rom for pleierne m.v.. Sykepostene lå i fløyene som kunne benyttes som uavhengige isolater. Takhøyden var stor, 4 ½ m, for å sikre tilstrekkelig luftvolum per seng. Smale vinduer fra gulv til tak i langveggene ga rikelig mulighet for såkalt kryssventilasjon. I tillegg var det oppført inntakstårn for ventilasjon, såkalte miasmetårn, i passe avstand fra hver av paviljongene. Tårnene skulle sikre frisk og ubedervet luft. Rundt sykehusområdet og mellom bygningene ble det plantet granhekker, de såkalte miasmehekkene som skulle skjerme mot vind og rense luften.

Slik ble Rikshospitalet og Ullevåls eldste byggefase to varianter av samme byggemåte, paviljongsystemet, begge trygt forankret i konvensjonelle internasjonale forbilder, men tilpasset omstendighetene med byggetomt og økonomi. Forskjellene i bygningsstørrelse og byggematerialer speiler de ulike formålene. Rikshospitalet var et universitetssykehus med ordinær drift og undervisning. Paviljongene på Ullevål var først og fremst myntet på smittsomme epidemier hvor isolasjon var et helt sentralt poeng. Som epidemisykehus er dette det eneste i dette slaget som ble bygd i Norge på denne tiden. Epidemifrykten var stor og ikke ugrunnet. Epidemibrakker og lasarettbygg var vanlig på mange sykehus, et



Ullevål sykehus, planen av 1911. Til høyre i bildet ser man første trinn i utbyggingen der lave og spredte trebrakker, omgitt av vegetasjon, skulle vanskeliggjøre spredning av smittebærende dunster. Merk også den ulike bygningsstørrelsen mellom første og senere utbygginger.
Bilde: Tegning av Victor Nordan hentet fra Thv. Klaveness: *Ullevål sykehus: 1887–1937*, Oslo 1937.

fenomen som ikke ble avviklet før penicillinet kom i vanlig bruk etter siste verdenskrig. Selv det lille sykehuset i Mandal fikk i 1880-årene oppført et eget epidemibygg ved siden av hovedbygningen som ble oppført etter tyske typetegninger. Men som regel var disse lasarettbyggene svært enkle eller opprinnelig oppført for andre formål, og bare få er bevart, og da tildels i sterkt ombygd stand. Det gamle kommunale epidemisykehuset på Elverum er kanskje det best bevarte i landet.

Bakterienes inntogsmarsj

Ullevål ble ikke ferdigstilt etter planen. Den medisinske utviklingen medførte endrete krav. Bakteriologien var på full fart inn. Bakteriedrepende karbol, den såkalte Listers metode, ble tatt i bruk ved kirurgiske inngrep, og man begynte å sterilisere instrumenter og operasjonsutstyr. Kort sagt, antiseptikken og aseptikken ble introdusert. Infeksjonene og dødeligheten ved den medisinske behandlingen falt drastisk. Dette endret også sykehusenes funksjon sosialt. Det var ikke lenger mulig å oppnå samme medisinske behandling i hjemmet. Sykehusene gikk fra å være behandlings- og oppbevaringsinstitusjoner for samfunnets lavere lag til å bli søkt av alle samfunnsklasser.

Slutten av 1800-tallet vitner om en sektor i sterk vekst. Antallet sykehus vokste og sykepleien ble profesjonalisert. Det første katolske sykehuset i landet ble etablert av Elisabethsøstrene i Hammerfest i 1882. Diakonissebevegelsen hadde allerede åpnet sitt første sykehus og sykepleierutdanning i Kristiania i 1868. I årene før århundreskiftet ble det etablert sykepleieutdanning også i regi av Rikshospitalet, Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS), Røde Kors og på en rekke sykehus landet rundt.[10]

Kravene til sykehusarkitekturen endret seg. Laboratoriene vokste og ble en stadig viktigere del av medisinen. Kirurgien endret seg og operasjonsavdelingene med den. Når lufta ikke lenger var smittebærende, ble det ikke lenger samme krav til volum, størrelse og avstand mellom sykehusbygg. Planene for utbygging av Ullevål ble omarbeidet. Difteripaviljongen (1900–03) som skulle komplettere epidemiavdelingen, ble en relativt smal rektangulær teglmurt bygning i to og tre etasjer med plass til 80 – 100 senger. Bygningen kunne med enkle håndgrep brukes som isolerte separate enheter. Utvendige smijernsgallerier ga adgang for besøkende til isolerte syke. To store miasmetårn vitner om at den nye lære ikke hadde trengt helt igjennom hos alle. Fasadebehandlingen med gul og rød tegl slo an tonen for den etterfølgende utbyggingen på Ullevål. Kravene til smittekontroll medførte at de medisinske spesialiteter og avdelinger fortsatt ble lagt i egne paviljonger på Ullevål. Men paviljongene este i størrelse både i høyden og bredden, og fikk en organisering av romfor-

holdene som ble en kombinasjon av blokkbygg med sidekorridorer og sykesaler i full bredde. Utviklingen gikk fort. Både kirurgisk og medisinsk avdeling ble opprinnelig planlagt som frittliggende paviljonger, men ble kort etter bygd som et sammenhengende bygg hvor paviljongene ble til sidefløyer. Plasseringen som pendanter på hver side av et sentralt parkanlegg var et ekko av Rikshospitalet 25 år før.

Ikke alle gjorde som på Ullevål. I Trondheim ble byens nye sykehus bygd som trefløyet sykehusblokk med kirurgisk og medisinsk avdeling under samme tak. Liknende planløsninger ble valgt for Diakonissesykehuset Lovisenberg i Kristiania, de kommunale sykehusene i Stavanger og Bergen, og for den nye Kvinneklinikken på Rikshospitalet, de tre siste også tegnet helt eller delvis av Nordan. Men på Haukeland i Bergen ble øvrige funksjoner som kjøkken, fyrhus og patologi lagt i egne bygg, som en krans rundt parken ved hovedbygget. Epidemiavdelingene ble i likhet med Ullevåls plassert med god avstand til øvrige bygg.

Paviljongsystemet overlevde bakteriologiens gjennombrudd med mange tiår. På Aker sykehus ble det bygd paviljonger så sent som på 1920-tallet. Mer enn bare smittevernhensyn, skyldes det også systemets fleksibilitet. Bygningsvolumene kunne justeres i forhold til behov. Frittliggende bygg ga rik tilgang på luft og lys, smittsomme sykdommer kunne enklere isoleres. Og ikke minst kunne sykehuset bygges ut trinn for trinn og bygg for bygg så lenge det var tilgang på byggetomt.

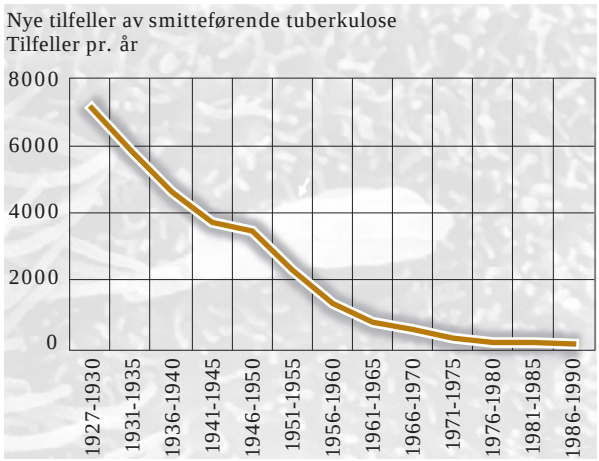
Innføring av syketrygden i 1911 stimulerte byggevirksomheten med bykommuner og amt i førersetet. Frivillige organisasjoner gjorde seg også sterkt gjeldende, diakonisse- og diakonhjem ble etablert eller utvidet i flere byer. Katolske sykehus ble etablert i byer landet rundt og var lett gjenkjennelige med sine kapeller og helgenstatuer i fasaden. Og ikke minst ble det reist større og mindre tuberkuloseinstitusjoner fra århundreskiftet. Her gikk Nasjonalforeningen mot tuberkulose (i dag Nasjonalforeningen for folkehelse) og Sanitetskvinnene i spissen.

Tuberkulosen

Mens lepraen som tidligere hadde vært en svøpe for kystområdene gikk tilbake, fikk tuberkulosen økt oppmerksomhet som folkehelseproblem i siste del av 1800-tallet. De første sanatoriene i Norge ble etablert i 1870-årene i privat regi. Dette var kommersielt baserte tilbud som ikke var særskilt rettet mot tuberkuløse, men mot den som ønsket og kunne betale oppholdet selv, grensene mot hotell var flytende. Flere av disse anleggene har vært utgangspunkt for hoteller og konferansesentre, som Holmenkollen hotell i Oslo og Dr. Holms på Geilo, mens andre ble regulære tuberkuloseinstitusjoner.[11] Etableringen av tuberkulosesykehus, "folkesanatorier" tok ikke for alvor til før omkring 1890. Da ble de første kysthospitalene etablert for behandling av barn med skrofulose, tuberkulose i lymfekjertlene. Først ut var kysthospitalet i Stavern i 1889, året etter fulgte hospitalet ved Hagavik i Os, sør for Bergen. Frisk sjøluft, sjøbad og barskog ble ansett som særlig viktig i behandlingen av skrofulose, mens det var fjelluft og barskog som gjaldt for lungetuberkulosen.

"Bergens kommunale Sygehus Haukeland" fotografert mellom 1912 og 1923. Natlandsveien går mellom trærne i forgrunnen, der sentralblokka ligger i dag. Foran t.v. ligger epidemiologisk avd., sykehusets største ved åpningen. Denne ble nedlagt på 1950-tallet og ble en ren indremedisinsk enhet, Medisin B. Midt i bildet ses administrasjonsbygget, opprinnelig med sykehuskjøkken og kontorer for direktør og forvalter. Bak dette med den høye skorsteinen ligger et fyrhus som ble revet for å gi plass for ny teknisk sentral, kjøkken og kantine (ferdig i 1966). T.h. ligger det gamle hovedbygget med plass for kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling. Bak dette ligger dagens studentbygg som opprinnelig rommet Gades institutt med patologisk avdeling.
Foto: Fra Arne Lannerstedts samling/ Norsk medisinsk museum.

Harastølen sanatorium i Luster i Sogn ligger på en hylle langt over fjord og bygd. Det ble derfor anlagt taubane til anlegget. Foran sees øvre stasjon. Bak skimtes hovedbygget.
Foto: Leif Anker.



Etter hvert ble det skilt mellom tuberkulosesanatorier eller -sykehus på den ene siden og tuberkulosehjem på den andre. Skillet gikk dels på størrelsen og dels på behandlingen. Sykehusene drev aktiv behandling og hadde blant annet operasjonssal for kirurgiske inngrep, tuberkulosehjemmene var ofte rene pleieinstitusjoner for uhelbredelige. "I folks omdømme var de å betrakte som dødens forgårder" som forfatteren Dag Skogheim skriver.[12] Et gjenomgående fellestrekk for sanatoriene er god avstand til annen bebyggelse, og at de er omgitt av parker og uteområder med gangveier og naturstier, et slags "terapeutisk landskap". Utendørs rekreasjon var et helt vesentlig element i behandlingen. Uteområdene ved tidligere sanatorier er i årenes løp i stor grad blitt redusert eller har gått tapt. I Hagavik er park og uteområdene med terrasser, saltvannsbasseng og promenader fremdeles intakt og vitner om den betydning som parkområdene ble tillagt i så vel behandling som opplevelse og ramme rundt hospitalet. Foruten hovedbygning rommet institusjonene i større og mindre omfang også personalboliger, fyrhus, andre økonomibygg og uthus. Noen steder kunne det være særskilt oppført isolat i fall epidemisk syke, andre steder egen kraftstasjon som i Hagavik. Bygningenes størrelse og spesialiserte funksjoner kunne variere etter beliggenhet og formål som på Harastølen i Luster, Sogn, hvor det ikke bare var eget kraftverk og postkontor, men etter hvert ble bygd egen elektrisk taubane ned til fjorden. Slik likner sanatoriene i en viss grad på asylene som mer eller mindre isolerte samfunn med sterkt differensiert bygningsmasse i parkmessige omgivelser.

Solfangere og kurhaller

Tuberkuloseinstitusjonene har et helt særegent kjennetegn uavhengig av størrelse: de utvendige kurhallene. De kunne være overbygde terrasser og verandaer eller frittliggende bygg. Poenget var at pasientene skulle ligge i frisk luft og "kure" under tak. Når klimaet tillot det, lå de ute døgnet rundt. Et karakteristisk og svært gjenkjennelig trekk er også at mange tuberkuloseinstitusjoner fikk grunnplan med skrått stilte bygningsfløyer for slik å fange sollyset som det het seg.[13] Det vesle tuberkulosehjemmet "Heimen" på Elverum fra 1906 er ett særpreget eksempel med to diagonalt stilte fløyer mot en mindre kvadratisk kjerne. En liknende planløsning, men i en

Like typisk som at tuberkuloseinstitusjonene hadde liggehaller for kuring, er at hallene nå er revet eller bygget om til ny bruk. Her fra Jonatunet i Kvinnherad.
Foto: S.A. Røed.

helt annen skala, ble brukt på det store sanatoriet på Harastølen (A. Fischer 1901–04). Det ble reist for midler fra leprastiftelsen St. Jørgen i Bergen, på et platå høyt over Lustrafjorden.

Harastølen eller Lyster Sanatorium som det opprinnelig het, ble regnet til statssanatoriene som etter hvert reiste seg landet rundt. De var ikke mange, til gjengjeld var de store. Vensmoen i Saltdalen, Nordland, var det nordligste og bygd som en lang sammenhengende panelt trebygning, en gang Nordens lengste. Vardåsen sanatorium i Asker ble reist for Oslo kommune, den eneste aktøren som kunne måle seg med staten som byggherre. Sanatoriet er det største som ble bygd med rundt 270 sengeplasser og barne-avdeling som eget anneks. Anlegget er høyt plassert i åpent skogsterreng ved det daværende Dikemark asyl, med vidt utsyn over innsjøer og åser mot vest og sør. I åsen bak ligger de obligatoriske personal-boligene og direktørvillaen. Portnerbolig, gartneri og forbrenningsanlegg ble plassert ved avkjørselen fra riksveien et par kilometer unna. Hovedbygget ble oppført med T-formet plan. Sengefløyen ble lagt mot sør som et langstrakt rektangel med dyp terrasser i front. Den mindre økonomifløyen ble vestvendt med utbygg for forsamlingssal og operasjonssal mot øst. Som bindeledd mellom fløyene ble det oppført et høyt klokketårn med kobberhjelm ikke ulikt domkirken i Oslo. Hovedbygg og anneks ble oppført i tegl på bruddsteinssokkel og med spissvinklet skifertekket tak. Det er et monumentalt anlegg i materialbruk, formspråk og plassering.

Langt den største andelen av tuberkulosehjem og behandlingsplasser ble bygd av frivillige som for eksempel i Talvik i Finnmark, Namsos og Preståsen i Sandefjord. Jonatunet i Hardanger er kan hende typisk for en mellomstor institusjon med omlag 50 senger og operasjonssal, bygd som spleiselag mellom Jondal kommune og Hordaland fylke i 1930-årene. Kommunen bidro med tomt og en mindre sum og fikk tinget seg et par faste plasser for andre syke. Distriktslegen var tilsynslege. Jondal ble valgt på grunn av flere årlige soltimer enn alternativet i Kvam på andre siden av Hardangerfjorden. I løpet av 1930-årene ser det ut til at institusjonsoppbyggingen for tuberkulose flatet ut. En del eldre anlegg ble utvidet eller modernisert slik at sengetallet økte og var på sitt høyeste i 1940. Et eksempel på en større utvidelse er Kysthospitalet i Hagavik som i 1927 fikk monumental nyklassisistisk hovedfløy i mur, kronet med tårn og det hele.

Sykehus 1900–1940: fra nyklassisisme til funksjonalisme

Sykehusetableringen økte i antall i tiden før århundreskiftet, og den akselererte ytterligere i tiden etter. Det førte ikke alltid til nybygg. Mange steder som for eksempel i Sandefjord ble en eldre villa konvertert til sykehus. Om det ble bygd nytt kunne det ofte bli enkelt. På Kongsberg flyttet sykehuset etter hvert til nybygg som til forveksling liknet to vanlige sveitservillaer i utkanten av byen. Tilsvarende små sykehus eller mindre sykestuer ble reist eller innredet landet rundt. På kysten ble det bygget for sesongmessig bemanning knyttet til fiskeriene i nord og sør, andre steder knyttet til distriktslegegården eller bygdesentre og strandsteder. Noen steder har det utviklet seg til større sykehus som i Gravdal, Lofoten. Andre steder er det gått nærmest i glemmeboken som i Stamsund

Fasadetegning av kvinneklinikken i Bergen. Bygningen er tegnet av Nordan og Danielsen arkitekter og ble ferdigstilt 1925. Bygget benyttes i dag av Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus.

Sandnessjøen sykehus' fasade mot nordvest. Opprinnelig arkitekt var Lars Solberg, og byggingen startet i 1919, med innvielse 1926. Fasaden er, i likhet med flere Solberg-bygg i Nord-Norge, kledt med råkopp. 1957 ble sykehuset tilbygd (til venstre for dette bildet) med omtrent halvparten av den gamle bygningens størrelse. Til høyre skimtes et større tilbygg fra 1982.
Foto: Marte Oftedal.

der bygningen frister en glemt tilværelse som ett av få gjenværende fiskerisykehus.

Økonomiske oppgangstider med jobbetiden under første verdenskrig, førte til omfattende, og etter datidens forhold, storslagen byggevirksomhet også innenfor sykehussektoren. I årene rundt 1920 var en lang rekke sykehus enten nyinnflyttet, under bygging eller planlegging. Det var på den ene siden større og mindre privatklinikker og sykehus, enten i regi av frivillige som Røde Kors, trossamfunn som katolikker og metodister (Betanien-sykehus), eller driftige leger. På den andre siden var det offentlige aktører som kommuner og fylker enten i større eller mindre felleskap eller hver for seg. Dels ble det reist formelle symmetriske fløydelte anlegg som Kvinneklinikken på Rikshospitalet og Sandnessjøen sykehus, dels mer eller mindre rektangulære bygg som sykehusene i Tromsø eller på Rjukan, dels med diagonalt eller vinkelstilte sidefløyer som Kvinneklinikken i Bergen eller Bærum sykehus. Dr. Lindboes privatklinikk i Oslo ble bygd som en firefløyete innelukket sykehus tilpasset bebyggelsen med større frittliggende murvillaer og bygårder. Klinikken ble senere overtatt av Oslo kommune. Det er arkitektur med ulike varianter av nybarokk og nyklassisisme i formspråket: Glattpussete eller panelte vegger med markert vindus- og døromramming, og ofte rikt detaljert med vekt på inngangsparti og hovedfasade. Bare sykehusene i Sandnessjøen, Bodø og Hammerfest fikk fasader i råkopp, grovhogget granitt, alle tegnet av trønderen Lars Solberg. Slik speiler institusjonsbyggeriet de klassiske representasjonsidealer i tidens arkitektur. Det var idealer som holdt seg lenge.

Tuberkuloseinstitusjoner som Namsos fra 1929, Preståsen fra 1930 og Jonatunet fra 1934 vitner om en for sin tid konservativ klassiserende panelarkitektur som i prinsippet kunne vært bygd 10–15 år tidligere. Den spirende funksjonalismen med sine idealer om lys og luft ser ikke ut til å ha spilt noen viktig rolle her hjemme før et godt stykke ut på 1930-tallet, heller ikke i tuberkuloseanleggene. Det kan synes paradoksalt med den vekt som funksjonalistisk arkitektur la på lys og luft. Ute hadde Johannes Duikers Zonnestraal Sanatorium i Nederland stått under tak siden 1928 og Alvar Aaltos funksjonalistiske sanatorium i Paimio, Finland sto ferdig i 1934. Begge disse anleggene regnes i dag som viktige arkitekturhistoriske monumenter fra den tidlige modernismens tid.

Midtkorridoren gjorde sin gjenkomst med sengerommene orientert mot sollyset og birom som toaletter, bad, skyllerom og vaktrom på motsatt side. Elektrisitet ga muligheter for korridorer og rom uten direkte dagslys, det ga større og dypere bygningsvolumer. Heis ble en selvfølge i nybygg, pasientene måtte ikke lenger bæres i kurver opp og ned trapper til og fra operasjonsbord. Med unntak for isolatbygg ble paviljongene forlatt som system, overflødiggjort av medisinens utvikling, tekniske framskritt og bedre hygiene. Kirurgien var i rasende utvikling. Røntgenapparater ble en selvfølge ved de fleste sykehus og røntgenavdelingene krevde plass til utstyr og aggregater, og ikke minst blyisolasjon i vegger, gulv og tak, foruten mørkerom og billedarkiv. Laboratoriene vokste i størrelse og antall. Den økte medisinske spesialiseringen medførte også større og mer finmasket gradering av bygningsfunksjonene. Internkommu-

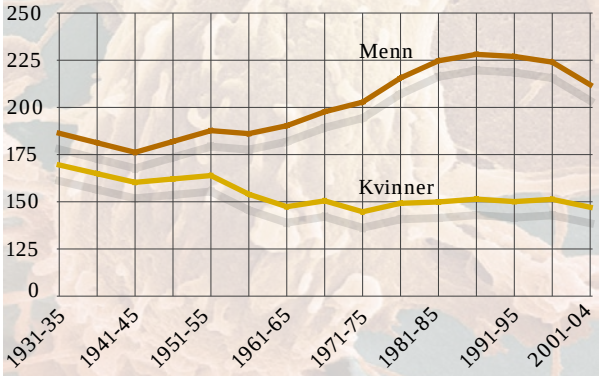
Alvar Aaltos kjente tuberkulosesanatorium ligger et par mil utenfor Turku sørvest i Finland. Prosjektet vant arkitektkonkurransen i 1929 og anlegget ble ferdigstilt 1933. Det var et rent tuberkulosesanatorium fram til 1960-årene, da anlegget ble gjort om til vanlig sykehus.
Foto: Ingrid Djupedal.

nikasjon og transport av pasientene fra undersøkelse og ulike behandlinger ble stadig viktigere. Svaret var kulverter eller tunneler mellom de ulike bygningene, transportårer som noen steder er utviklet til de rene katakomber. Dess større sykehus dess større krav til flyten mellom behandlingsavdelingene, undersøkelse, sengeposter og økonomifunksjoner. På de største sykehusene ble og blir skittentøy målt i tonn og antallet daglige matporsjoner i fire og fem sifre. I kulvertene kan transport gå uhindret av vær og vind, og teknisk infrastruktur kan enklere fornyes og utvides.

Etter århundreskiftet var ikke Rikshospitalet lenger alene om å ha spesialiserte sykehustjenester. Ullevål fikk status som universitetssykehus ved siden av Rikshospitalet og utdannet også leger og legespesialister. Sykehuslandskapet avtegnet seg med større differensiering i behandlingstilbudet. De største sykehusene med den mest avanserte behandlingen var lokalisert i de store byene med Rikshospitalet, Haukeland og Ullevål i spissen. Her kom de første spesialistavdelinger for øre-nese-hals, kvinneklinikk, nevrologi, osv. osv. I tillegg til disse spesialavdelingene kom så rene spesialsykehus.

Radiumhospitalet som ble etablert som stiftelse allerede i 1916 illustrerer både utviklingen i medisinen og endringer i folkehelsen. Strålebehandling av kreft kom i bruk de første år av 1900-tallet. Rikshospitalet var først ute her hjemme (1912), kort etter fulgte det private Kristiania Radiuminstitutt (1913).[14] Etter landsomfattende innsamling, den første av mange, ble Det Norske Radiumhospital stiftet i 1916. Bygging startet i 1929 etter arkitektkonkurranse. Naboer hadde protestert mot sykehuset som de mente ville senke

Dødelighet av kreft blant menn og kvinner.
Aldersstandardiserte rater per 100 000 innbyggere.
1931/1935–2001/2004. Femårs gjennomsnitt.



Kilde: Bore: 2007, s. 43. Baserer seg på Backer: 1961, Blix: 1974 og SSB: NOS Dødsårsaker.

områdets eiendomsverdi. Arkitekten Ole Øvergaard ga sykehuset en nyklassisistisk drakt med enkle rene linjer og sammensatte volumer tilpasset villabebyggelsen i området. Sykehuset besto av tre deler: en langstrakt rektangulær sengefløy i tre etasjer med 71 senger, en kvadratisk behandlingsfløy rundt et åpent overbygget atrium, og en kvartsirkelformet sidefløy med hybler, leiligheter, kapell og ikke minst laboratorier. Strålebehandlingen ble lagt til et underjordisk rom, en strålebunker. Umiskjennelige elementer som koblete søyler ved hovedinngangen og i hovedfasaden samt en loggia foran laboratoriefløyen ga passende assosiasjoner til Middelhavet og antikken. Innenfor veggene tok man i bruk høyteknologiske behandlings- og diagnostiseringsmetoder helt i den medisinske forskningsfronten. Det innevarslet nye tider.

Øvergaard som etterhvert ble en av landets ledende sykehusarkitekter tegnet få år senere tuber-

Radiumhospitalets eldste del omkring 1932. Sengepostene lå i fløyen til venstre, mens kontorer, behandlingsavdeling m.v. var plassert i fløyen med søylene til venstre. Delvis nedgravd i plenen foran ser vi den første strålebunkeren. Utformingen av bygget var tilpasset krav om 2 etg. villabebyggelse på tomten. Dette første av en lang rekke byggetrinn er i årenes løp omringet av utvidelser, men er forbausende intakt i eksteriøret og rommer i dag kontorer, bibliotek, m.v. Foto: Utlånt fra Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF.

Kirurgiblokka på det gamle Rikshospitalet under bygging. Maleri av Carl von Hanno som trolig hadde dette som utsikt fra leiligheten sin. Blokka var den første høyblokka for sykehus i Norge og sto ikke fullt ferdig før i 1950.
Bildet ble malt etter krigsutbruddet, hospitalets administrasjonsbygg har malt et rødt kors på taket.
Maleriet befinner seg i dag på Norsk teknisk museum på utlån fra Rikshospitalet.

kulosehjem for NKS på nabotomten. Oppbyggingen av hovedvolum er i hovedtrekk den samme, en lang rektangulær sengefløy og en tverrstilt mindre kontor- og behandlingsfløy. Men her er det flate tak og teglforblendet betong uten detaljering utover flater og volumer. Den panelte kurhallen er senere bygd inn som en forlengelse av sengefløyen. Slik ligger funkisanlegget tilbaketrukket som en parallellforskjøvet og forminsket variant av Radiumhospitalets opprinnelige volumer nedenfor. Øvergaards sykehus i Kristiansand sto ferdig 1934. I størrelse og volumoppbygging skiller det seg ikke vesentlig fra 1920 tallets sykehus, men formspråket er gjennomført funksjonalistisk i likhet med Øvergaards tilbygg på Tønsberg sykehus (1940). Mer monumentalt er Martina Hansens hospital for skrofulose i Bærum (Per og Victor Nordan 1936). Det har typiske funksjonalistiske kjennetegn med kubiske volumer og flatt tak. Hovedfasaden er avtrappet med liggeverandaer. Sammensettingen av bygningsledd er godt avbalansert og skaper et slags inntrykk av symmetri. Bygningen er forblendet med rød tegl og med enkle natursteinsdetaljer. Det loggiapreget inngangspartiet understreker den monumentale karakteren.

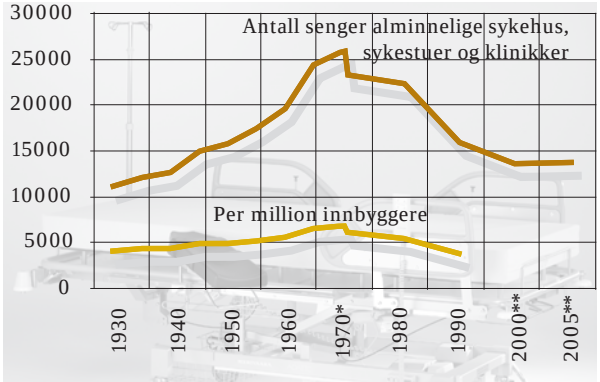
Rikshospitalet 1935 – et vendepunkt

Konkurransen om nybygg for Rikshospitalet i 1935 står som en merkestein i norsk sykehusarkitektur. Byggetomta var liten, behovene store og ønskene mange. Det ble et høyt bygg. Etter datidens norske målestokk var dette bortimot en skyskraper med 11 etasjer på midtfløyen. Vinnerutkastet var levert av arkitekt Karl Grevstad i samarbeid med reservelege Idar Grevstad.[15] Skyskraperhospitalet hadde sin opprinnelse i USA. Columbia Presbyterian Hospital i New york var det første, tegnet av James Gamble Rogers. Det ble oppført i 1925–31 som kjernen i et digert sykehuskonglomerat.[16] Karakteristisk er den omfattende funksjonsblandingen i samme bygg, blant annet med undervisningslokaler og personalboliger. Liknende blokksykehus så dagens lys i Europa utover i 1930-årene, som for eksempel Beaujon Hôpital i Clichy, Frankrike (1935) og Södersjukhuset i Stockholm (1940). Alvar Aaltos tuberkulosesykehus i Paimio, Finland var antakelig det første sykehuset i Norden med sengetårn omgitt av lave behandlingsfløyer, økonomifunksjoner osv. og ble et funksjonalistisk signalbygg som vakte internasjonal oppmerksomhet.

Skyskraperhospitalet markerer et vendepunkt ikke bare arkitektonisk, men også på planleggingssiden, det som gjerne kalles programmering. Trolig var Columbia Presbyterian første gangen et bygg ble planlagt av en bredt sammensatt, tverrfaglig gruppe spesialister.[17] Tilsvarende ble Södersjukhuset omhyggelig planlagt over flere år med omfattende detaljstudier under ledelse av ingeniør (!) Hjalmar Cederström.[18] Rikshospitalets konkurranseprogram i 1935 baserte seg på analyser utarbeidet av sykehusets egen uformelle plankomité. Forslag

The Presbyterian Hospital i New York.
Foto: Daniel Norton (Picasa).

om å ta inn utenlandske sakkyndige i konkurranse-juryen ble avslått av departementet.[19] Karakteristisk nok er mange av forslagene signert både arkitekter og leger. Også i kirurg-blokka var det mange og svært ulike funksjoner som skulle under samme tak; undervisningslokaler, boliger, barneavdeling, røntgen/radiumavdeling, tuberkuloseavdeling og kirurgiske avdelinger med operasjonssaler. Først i 1950 var høyblokka ferdig. Den fikk en lav sidefløy, og stående hovedvolumer plassert dels vinkelrett, dels parallellforskjøvet på en lengdeakse. Det var renskåret



*) Omfatter fra og med 1970 bare institusjoner godkjent etter sykehusloven.
**) SSBs statistikk "Spesialisthelsetjenesten, somatikk, 2005".
Kilde: SSB

funksjonalistisk arkitektur. Fasadene ble pusset og malt uten annen detaljering enn den som ble gitt av dører, vinduer og balkonger. Tilsvarende fasadebehandling og en rendyrket T-plan brukte Grevstad senere i høyblokka på det daværende Sentralsykehuset i Trondheim, det nåværende St. Olav (1959, 1964), men med større og mer sammensatte liggende volumer.

Rikshospitalets høyblokk står som et rendyrket eksempel på funksjonalismen som arkitekturretning i sykehusbyggeriet. I tiåret før krigen bygde det offentlige relativt lite innenfor sektoren sammenliknet med foregående tiår. Dels skyldes nok dette svak offentlig økonomi, men med tanke på oppsvinget i økonomien på midten av 1930-tallet, skyldes dette trolig også at behovet mange steder for en tid var dekket og at planleggingen ofte tok tid.

Krig og gjenreisning

Krigstiden medførte at planlegging og bygging av sivile sykehus stanset opp, men med enkelte unntak, bl.a. en utvidelse av det utdaterte sykehuset på Kongsberg. Aker sykehus rett utenfor den daværende bygrensen til Oslo, var ett av flere sykehus som ble beslaglagt av okkupasjonsmakten. Sykehuset ble utvidet med omfattende nybygg til krigslasarett. Flere av disse bygningene er i fortsatt bruk. De er oppført i svært avdempet modernisme med saltak som peker framover mot etterkrigstidens enkle murarkitektur. Detaljering og materialbruk har imidlertid klare nyklassisistiske trekk. Administrasjonsbygg for den tyske saniteten ved hovedporten er oppført med håndbanket tegl, trolig som en tilpassning til Victor Nordans hovedbygning fra 1924. Det større kaserneliknende søsterhjemmet og legehjemmet inne på selve sykehusområdet er ren pussarkitektur med portaler og bygningsdekor i hogget stein. Et messebygg med offiserskasino er senere ombygget, men med deler av interiøret bevart med samme høye kvalitet som i legebygg og søsterhjem. Arkitekten(e) er ikke kjent, sannsynligvis var det tyske tegninger. Uavhengig av okkupasjonshistorien er dette et bygningsmiljø som står som et særmerket del av landets sykehusarkitektur.

Sveriges nasjonalgave etter krigen ble gitt i form av to barneklinikker, en på Haukeland og en på Rikshospitalet, samt øremerking av tilskudd til barneavdelinger i bl.a. Tromsø. På Haukeland ble ikke bare bygningen tegnet og bygd av svensker, materialer og inventar kom også med båt fra svensk

havn. Dessverre er ingen av disse barneklinikkene intakte. Barneklinikken på Haukeland er sterkt ombygd etter brann og Rikshospitalets barneavdeling ble revet etter at sykehuset flyttet i 1999.

Etterkrigstiden ble et skille i sykehusbyggeriet. Det skyldes ikke bare at gjenreisning av nedbrente sykehus og opprustning av nedslitte anlegg var en formidabel oppgave etter fem års krig og okkupasjon. Vel så viktig var helsedirektør Karl Evangs mål om at den videre sykehusutbyggingen skulle skje i henhold til en samlet plan, den såkalte "Landsplanen".[20] Sentralsykehus i hvert fylke skulle dekke de viktigste spesialitetene og være kjernen i systemet med fem nivåer. De minste enhetene skulle være sykestuene i spredtbygde strøk, deretter mindre såkalt "blandet" lokalsykehus, dvs. uten spesialavdelinger. Neste nivå var de såkalt tredelte sykehusene med spesialavdelinger for røntgen, medisin og kirurgi og hvor fødeavdelingen var en del av kirurgen. Over fylkesnivå og sentralsykehusene kom færre og større regionalsykehus og spesialsykehus. Eksisterende sykehus skulle innpasses i denne strukturen og suppleres med nybygg. Eldre umoderne sykehus skulle tas i bruk til pleiehjem for å frigjøre dyre sykesenger fra ren pleiefunksjon.

Hovedtrekkene i "Landsplanen"s struktur ble ikke fastsatt formelt før med sykehusloven i 1969, og da med et langt mindre strømlinjeformet institusjonslandskap. Men Helsedirektoratet hadde betydelig styring med utbyggingen gjennom godkjenningsordningen for sykehus og med etterkrigstidens rasjonering: bygge- og materialtillatelser for sykehusene måtte godkjennes av direktoratet. Lokalt og regionalt initiativ var fremdeles viktige faktorer for å bringe et sykehus fra tegnebrettet til virkelighet. Ofte dreide det seg om utvidelser eller nybygg for eksisterende sykehus i byer eller tettsteder som i Mandal og på Stokmarknes. Kan hende dreide det seg om en beskjeden utvidelse med et fødehjem i tilknytning til et mindre lokalsykehus som på Notodden.

Det tidligere katolske sykehuset i Finnmark ble gjenreist i 1952–54. Typisk for katolske sykehus fikk det en statue av sin skytshelgen plassert i fasaden. Døren til høyre i første etasje og de høye smale vindueneførte til sykehusets kapell, et annet gjenkjennelig trekk ved katolske sykehus i Norge.
Foto: Leif Maliks.

I Finnmark og Nord-Troms måtte sykehus og sykestuer gjenreises fra grunnen av. Det nye sykehuset i Kirkenes sto ferdig i 1955. Det fikk to fløyer i to etasjer med saltak over glattpusset mur, et såkalt tredelt sykehus med røntgen. Tilsvarende åpnet Hammerfest sitt nye sykehus i 1955. Alle sykehusene i Finnmark er senere påbygd og ombygd.

Halden sykehus sett fra nord slik det så ut i 1954. Bygget stod ferdig i 1952, som et av de første nye sykehusene etter krigen. Det ligger høyt og fritt beliggende på Stangeberget, og med utsikt mot Fredriksten festning. Arkitekt var Ole Øvergaard, datidens mest produktive sykehusarkitekt. Halden er et typisk lokalsykehus fra de første tiårene etter krigen, men det fremtrer i dag også som Ole Øvergaards hovedverk. Her er alle de trekkene til stede som preget hans arbeider både i eksteriør og interiør, men innenfor en funksjonalistisk hovedramme.
Foto: Skannet fra Byggekunst 1954.

Det er med andre ord lite tilbake fra gjenreisningstiden, bortsett fra personalboliger i Kirkenes som er svært godt bevart og i dag sjeldne eksempler på offentlig gjenreisningsarkitektur. Mindre kjent er at det katolske sykehuset i Hammerfest også ble gjenreist (1952–54). Sykehuset er nå nedlagt.

Sengetårn i betong

Flere planlagte prosjekter ble utsatt på grunn av krigen, som sykehuset i Halden og Østlandske vanførehjem på Ottestad ved Hamar (ark. Rolf Prag). Da vanførehjemmet åpnet i første byggetrinn i 1950, var det et forsinket 1930-talls anlegg i umiskjennelig funksjonalistisk formspråk. Øvergaards Haldenanlegg sto ferdig i 1952. Det er bygd opp som to ikke alt for høye lamellformete blokker med sengeposter på hver side av et sentralt trappehus. Hovedinngang ble lagt på vestsiden, med en lavere sidefløy med behandlingsavdelinger og poliklinikker. En lavere sidefløy på østsiden rommer teknisk sentral og økonomifunksjoner. Som bygningsvolumer er dette en mindre variant av tårn og kakesykehuset som ble introdusert med høyblokka på Rikshospitalet, men uten samme funksjonsblanding. Lamellen er for sengeposter, den lavere sidefløyen for behandling, undersøkelser og administrasjon. På mange måter er dette tilsvarende løsning som Aaltos sanatorium i Paimio. Fasadene i Halden ble etter måten rikt artikulert med iøynefallende plastisk utformete baldakiner over hovedinngang og ambulansemottakelse. Sokkel og forstøtningsmurer er forblendet med granitt. Partier av fasaden har avstøpning etter supanels forskaling, mens østfløyen er teglforblendet. Tilsvarende er det for en del brukt kontrasterende farger på forskjellige elementer slik at ulike volumer markeres og varieres. Elementer og planforhold fra Halden ble rendyrket i de langt høyere og større anleggene sentralsykehuset i Akershus (konkurranse 1948) og Radiumhospitalets første hovedutvidelse (1952–58). Bemerkelsesverdig er Øvergaards bruk av art deco-elementer her så sent som 1958. Fasadeelementer fra Halden er også brukt på det langt mindre sykehuset på Kongsberg (sammen med arkitekt K.P. Motzfeldt 1951).

Paviljongene fra epidemisykehuset på Ullevål gjenoppsto etter 75 års dvale på Statens senter for epilepsi, det tidligere epilepsihjemmet i Bærum. Det er de samme enkle smale bygningsvolumene med sengeposter symmetrisk på hver side av en murt midtkjerne med fellesfunksjoner, men med små sengerom i stedet for store sengesaler og med en svært tidstypisk utforming. Paviljonger med tilsvarende plan ble i årene etter bygd også ved andre mindre institusjoner. Samme plan i mer differensiert utgave er det som i prinsippet brukes på sengeposter på sykehus fram til 1960-årene, bl.a. i Halden og på Voss.

Etterkrigstidens sykehus fikk lavere etasjehøyder og smalere bygningskropper enn tidligere.[21] Størrelsen på sengerommene og antallet senger gikk også ned. Åttesengsrom var en grei størrelse på det nybygde Bærum sykehus i 1924 og Martina Hansens hospital i 1936. Rikshospitalet ønsket ikke større enn inntil seks senger per rom i konkurransen i 1935. Etter krigen ser det ut til at sengetallet vanligvis

Fylkessjukehuset på Voss stod ferdig i 1963 med 128 senger. Det var bygget som et interkommunalt samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner i indre Hordaland. Sykehuset ligger vakkert til på en 25 mål stor tomt nord for Voss sentrum. Anlegget ble utvidet og ombygget 1995–1998 og framstår i dag som et moderne lokalsjukehus med en grunnflate på snaut 16 000 m^2. Sykehuset er i dag en del av Helse Bergen HF.
Foto: Leif Anker.

ikke overstiger fire. Standarden var gjennomgående nøktern. For sentralsykehuset i Akershus ble det foreslått ett bad og dobbelt toalett på korridor med i alt 26 senger.[22] Først mot slutten av 1960-tallet blir det vanlig med toalett og dusj i tilknytning til sengerommene.

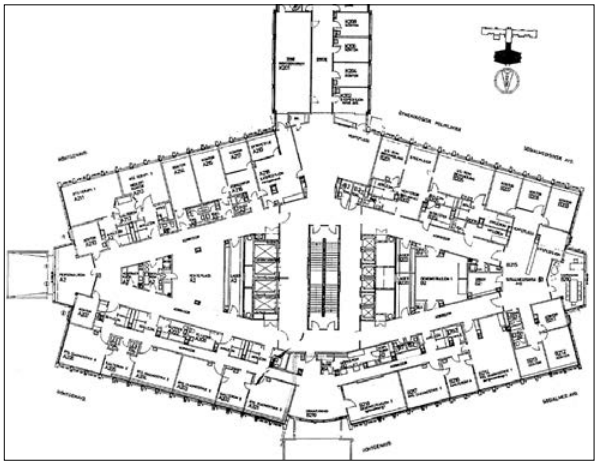
Arendal sykehus bryter med den rendyrkete funksjonalistiske, for ikke si skjematiske tilnærmingen til sykehusarkitektur. Arkitektene Eliassen og Lambertz-Nilssen vant konkurranse om utvidelse i 1951. De tok konsekvensene av sykehusbyggeriets natur med de stadige endringene og utvidelsene, diktert av stadig nye og endrete behov og muligheter. Bygningsvolumene ble plassert med tanke på plass for framtidig utbygging. Formspråket er modernistisk med enkle klare volumer som trapper av og opp i forhold til et sterkt kupert terreng. De store veggflatene får liv dels av den uregelmessige teglsteinen, dels av materialkontrastene tegl, kobberbeslag og vinduer med malte treomramminger. Materialbruken binder sammen anlegget med varierende etasjehøyde og orientering. Planforhold og tekniske løsninger i de enkelte fløyene er typiske for sin tid. Resultatet er et bygningskompleks som er etappevis bygd ut gjennom et halvt århundre og som bryter markant med dominerende sykehusarkitektur i etterkrigstiden.

For mindre og mellomstore sykehus var det mange varianter med én til tre etasjer i L-plan, T-plan eller H-plan, som Voss sykehus tegnet av Motzfeldt (1965). Planen kan ses som en videreutvikling av planen på Kongsberg. Arven fra Øvergaard viser seg i materialbehandlingen: Fargesatte, slemmete og pussete fasader kombinert med naturstein i gavler og sokler.

Høyblokksykehuset, som i Norge ble introdusert på Rikshospitalet og rendyrket av Grevstad og Øvergaard, ble valgt som løsning for en lang rekke utvidelser og nye sykehus, slik som Haugesund revmatismesykehus (NKS 1957), Ringerike (1965), Skien (1967), Ålesund (1970), Bodø (1974) Lillehammer (1975) og Førde (1979). Haukeland i Bergen (konkurranse 1959, ferdig 1983) er mastodontversjonen på 120 tusen kvm hvor sengetårnene er satt oppå "kaka", et treetasjes sokkelbygg. Langt de fleste av disse er sentralsykehus, men ikke alle. Ringerike sykehus var lokalsykehus for nordre del av Buskerud, men fikk etter måten omfattende spesialisttjenester. Materialbruk og formspråk er 1960-tallets: Fasader i gul tegl, teakvinduer og svartmalte plater på lammeldelte fasader. Funksjonsdeling og planforhold er imidlertid ikke vesentlig annerledes enn på sykehuset i Halden femten år tidligere.

Også det som tidligere het Fylkessjukehuset på Stord, føyer seg til dette bildet. Det er ett av tre lokalsykehus for Hordaland og ble tegnet av Anna og Jostein Molden. Funksjonsdelingen i forhold til bygningsvolumer er i prinsippet den sammen som i Halden og høyblokka i Trondheim. Sengeposter er lagt over hverandre i høyden i fløyer på hver side av sentralt trappehus og heishus. Operasjonsavdeling, administrasjon, undersøkelse og røntgen er plassert i lavere bygningsledd foran sengefløyene. Anlegget omfatter også lavblokker, hybelbygg og eneboliger.

Dagens høyblokk ved Nordlandssykehuset Bodø (Nordblokken) sto ferdig i 1974 som en utvidelse av sykehuset fra 1927. Karl Grevstad, en av etterkrigstidens ledende sykehusplanleggere, ble overlatt ansvaret for utformingen. Det arkitektoniske grepet med en rombeformet høyblokk var på plass omtrent samtidig med godkjenningen av planen, og da hadde man også fått klarsignal for å bygge med sykerom mot nord (opprinnelig var blokken vridd 90 grader). Nordblokken sto ferdig først i 1974. Bygningen er et av de mest særpregede eksemplene på sykehusarkitektur i Nord-Norge i etterkrigstiden. Også på landsbasis er utformingen enestående for en sykehusbygning.
Foto: Leif Maliks. Tegning skannet fra Byggekunst 3/1979.



Materialbruk, detaljering og overflatebehandling er gjennomført ute som inne. Særmerket er fasadebehandlingen i plasstøpt upusset betong. Volumoppbyggingen og -gruppering er nennsomt tilpasset terrenget og demper virkningen av den massive bygningen i landskapet. Stord sykehus er det eneste som har mottatt Houens Fonds diplom for god arkitektur.

Fylkeskommunene og sentralsykehusenes æra

Sykehusloven som helsedirektør Evang så lenge hadde arbeidet for, ble endelig fastsatt av Stortinget i 1969 og gjort gjeldende fra 1970. Loven fikk stor betydning for finansiering av sykehusene og dermed den framtidige sykehusstrukturen. I tid falt den også noenlunde sammen med introduksjonen av nye byggtekniske løsninger og plangrep i sykehusarkitekturen. Dobbeltkorridor ble introdusert på norske sykehus etter å ha vært i bruk på sykehus i USA og England siden tidlig 1960-tall. Ideen ble tatt opp her hjemme etter svenske forbilder.[23] Den medisinske utvikling innenfor nær sagt alle felt, medførte også endringer på sengepostene med undersøkelsesrom, laboratorier, røntgen, møterom m.v. Ved å legge slike funksjoner i en kjerne midt i bygd sammen med bl.a. heiser og trapper, kan vindusplassen reserveres sengerom. Resultatet er to parallelle korridorer gjennom hver etasje. Dette gir bredere bygningsvolumer, men også kortere, sammenliknet med samme areal og antall rom på en enkelkorridor. Planmodellen skriver seg fra krigsårene.[24] Her hjemme ble den først anvendt i større kontorbygg som Rikstrygdeverket (1960) og NVEs hovedkontor (1964), begge i Oslo. Dobbeltkorridorer ble den vanligste løsningen for sengepostblokker i årene etter 1970. Høyblokka i Bodø, tegnet av Karl Grevstad (1974) var blant de første sykehusbygg, planene skal visstnok gå tilbake til 1950-tallet. Grunnplanen er avlang sekskantet, konvergerende mot midten. Trappehus og heissjakter er lagt til midten av bygget. Vaktrom og avdelingskontorer er lagt til den ene kortsiden, pasientstuer til den andre. Funksjonelt gjentar planen trekk fra høyblokka på Rikshospitalet 35 år før: poliklinikker, diagnostisering og behandlingsavdelinger er inkorporert i bygget og ikke lagt i egne bygningsledd ved siden av. Bygningens ytre omkrets likner den svakt sekskantete på Rikstrygdeverket i Oslo, men er mer markert i formen. Kraftige loddrette profiler og gjennomløpende vindusbånd gir fasaden det karaktersistiske rastermønsteret som kjennetegner blant annet Rikstrygdeverket. Høyblokka i Bodø står bokstavelig og billedlig talt aleine i det norske sykehuslandskapet som et reindyrket eksempel på senmodernistisk sykehusbygg. Det har vært pekt på et boligkompleks i Tapiola, Finland som mulig inspirasjonskilde.[25] Av sykehus er det klare ytre likhetstrekk med sentralblokka på hospitalssenteret til Det frie universitet i Berlin (1966–70).

Høyblokkenes svanesang

Ved siden av dobbeltkorridoren, er introduksjon av tekniske mellometasjer få år etter av stor betydning for sykehusarkitekturen. En teknisk mellometasje er som navnet sier en etasje med tekniske installasjoner mellom to ordinære etasjer, og den har gjerne lavere høyde. Her kan teknisk infrastruktur føres fram uten å måtte ta hensyn til annen rominndeling og bruksfunksjoner. Særlig er dette brukt over behandlings- og diagnostiseringsavdelinger med store krav til ventilasjon, gass, teknisk utstyr, vann og avløp m.v. Det gjør det enkelt å foreta endringer og utskiftinger av utstyr og materiell som følge av medisinske eller tekniske nyvinninger, eller ombygginger.

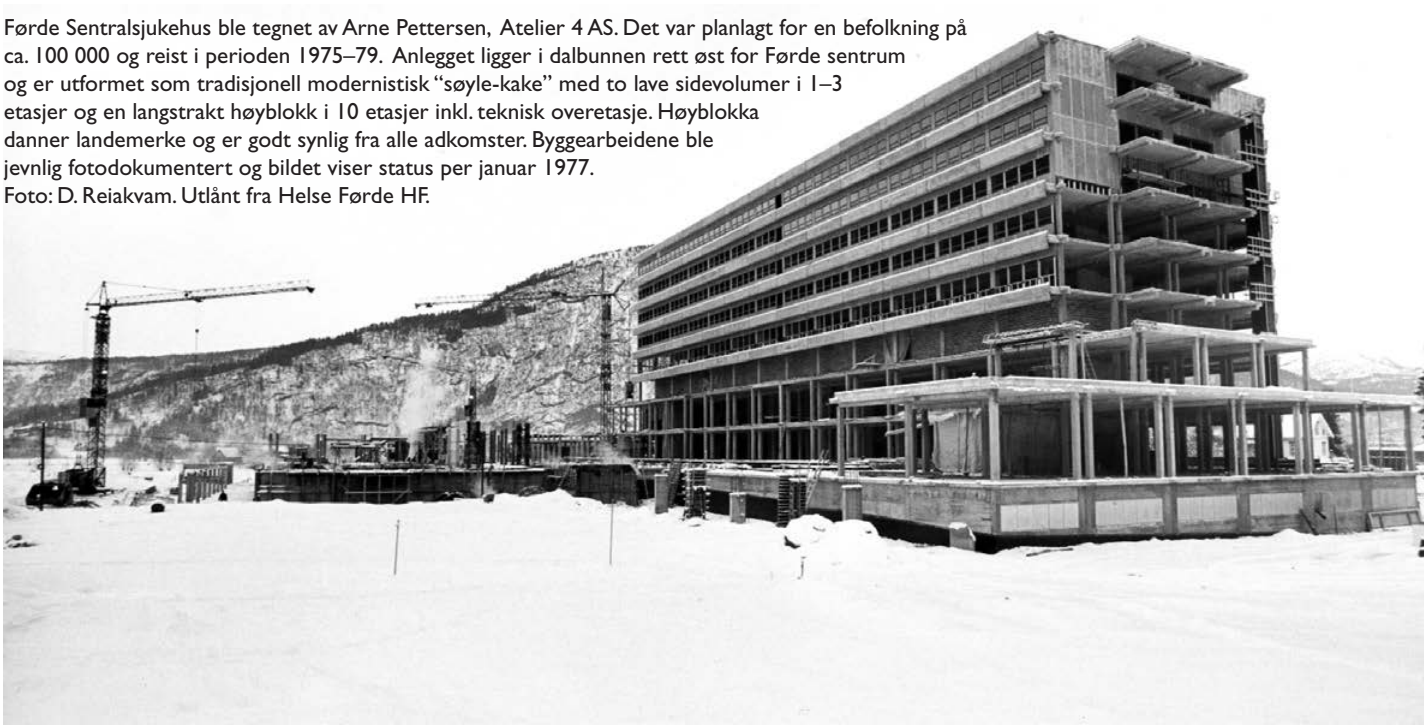
Fullt ut er systemet benyttet i laboratorieblokka (1980) på Ullevål sykehus i Oslo. Bygget som er tegnet av arkitektene Østbye, Kleven og Almås, består av to deler: et langt én etasjes sidebygg med undervisningslokaler m.v. og hovedbygget med langstrakt rektangulær grunnplan med i alt 12 etasjer. Annenhver er en vanlig etasje og annenhver er en teknisk mellometasje. Bygningen er oppført i plasstøpt upusset betong med hovedfasader kledd med lys blå glassplater og aluminiumsskinner. Fasadebehandlingen bryter opp de store flatene foran de ”blinde” mellometasjene. Kortsidene i betong har kraftig utkragende gesims med luftutkast/inntak og ventilasjonspiper i ubehandlet rustfargete stålrør. Undervisningsfløyen er kledd med lys blå glassplater med et gjennomgående vindusbånd i midten. Laboratorieblokka er rendyrket modernistisk arkitektur der de kraftig dimensjonerte konstruktive elementene også er dekorative.

Løsningen med tekniske mellometasjer stammer fra USA, der de først ble tatt i bruk til laboratorieformål i elektronikkindustrien før arkitekten Louis Kahn plukket opp ideen og brukte den i Salk-laboratoriene i California (1962). Ulike varianter ble tatt i bruk på sykehus i Canada, USA og Storbritannia i årene etter.[26]

Sentralsjukehuset i Førde tegnet av Arne Pettersen, Atelier 4 AS, var det første her hjemme hvor løsningen ble tatt i bruk, om enn i beskjedent omfang med bare én innskutt mellometasje. Sykehuset fikk en lang og omdiskutert tilblivelse, preget av kryssende lokale og helsepolitiske interesser som til slutt medførte at Arbeiderpartiet i Sogn og Fjordane sprakk. Lokaliseringen ble endelig bestemt i 1971, da regjeringen gikk på tvers av flertallet i fylkestinget. Sykehuset i Førde er på de fleste måter fellesnevneren og samtidig ett av høydepunktene blant sykehusene bygd og planlagt på 1960 og 1970-tallet. Det ble det siste av de store modernistiske sentralsykehusene. Karakteristisk nok ble det etablert fra grunnen av og bygd på jordbruksland ekspropriert til formålet. Fylket fikk, i tråd med intensjonene i sykehusloven, for første gang et omfattende helsetilbud med høyt spesialiserte tjenester hvor nærmeste mulighet tidligere hadde vært Bergen. Det medførte også et tidsskille for tettstedet Førde som i årene etter har vokst til ett av de største i fylket. Arkitektonisk representerer sykehuset prinsipper som kan følges ubrutt tilbake til 1930-årene med delingen mellom lavvolum med behandlingsavdelinger m.v. og høyblokk med sengeposter. Men planløsninger som dobbeltkorridorer, teknisk mellometasje, materialvalg og detaljering er barn av sin tid. Ulik fargebruk i hver etasje er helt på linje med periodens internasjonale sykehusarkitektur.[27] Fasaden er dominert av prefabrikerte fasadeelementer utenpå bronseelokserte plater. Der Øvergaard brukte tegl og maling for å differensiere i fasadene, har Pettersen brukt ulik dimensjonering av materialene. Innvendig er det brukt systemhimlinger, modulvegger, moduldører i aluminium, aluminiumsvinduer osv, osv. Sykehuset er på det nærmeste kledd inn og utstyrt utelukkende med standardiserte hyllevarer fra bygningsindustrien.

Ulike tendenser og nyorientering

Etter sentralsjukehuset i Førde ble det en pause i de store nyetableringene og det var ugjenkallelig slutt på å bygge "tårn og kake", høyblokk kombinert med lavblokk, modernismens kjennetegn framfor noe. Sykehusloven av 1969 medførte også at vilkårene for privatsykehusene endret seg, og i løpet av 1980-tallet var de fleste nedlagt eller tatt over av det offentlige.[28] I Tromsø og Kristiansand var planlegging av nybygg i gang. I Tromsø sto det nye universitetssykehuset under tak i 1993, et anlegg uten høyblokk og hvor bygningene fulgte funksjonen, ikke uten visse likheter med tidigere tiders paviljongbyggeri, uten sammenlikning ellers. I Kristiansand sto det nye sentralsykehuset ferdig i 1990, tegnet av Ole B. Bull, som et stort flatedekkende bygg med et sentralvolum med sengeposter omgitt av lavere behandlingsavdelinger m.v. Gjennomgående bruk av tekniske mellometasjer gjenspeiler seg i delvis lukkete fasader. Dette gir bygningen et preg av industriarkitektur. Preget



Førde Sentralsjukehus ble tegnet av Arne Pettersen, Atelier 4 AS. Det var planlagt for en befolkning på ca. 100 000 og reist i perioden 1975–79. Anlegget ligger i dalbunnen rett øst for Førde sentrum og er utformet som tradisjonell modernistisk "søyle-kake" med to lave sidevolumer i 1–3 etasjer og en langstrakt høyblokk i 10 etasjer inkl. teknisk overetasje. Høyblokka danner landemerke og er godt synlig fra alle adkomster. Byggearbeidene ble jevnlig fotodokumentert og bildet viser status per januar 1977.
Foto: D. Reiakvam. Utlånt fra Helse Førde HF.

forsterkes av materialvalg og enkle repeterende former uten vesentlig detaljering utover flatevirkningen. På sitt vis er det et gjennomført bygg fullt ut formet av det arkitekten så som hensynet til rasjonell drift og tekniske krav.

Den medisinske utviklingen de siste tiårene har også ført til stadig færre liggedøgn og større grad av poliklinisk behandling. Antallet behandlete pasienter øker, mens sengetallet har sunket betydelig. Dette gjenspeiler seg også i arkitekturen ved at behandlingsavdelingene har vokst i størrelse i forhold til sengepostene.

Mer intimt og med menneskelig målestokk er sykehuset i Longyearbyen fra 1991, tegnet av A3 arkitekter. Sykehuset som ikke er stort har et lite befolkningsgrunnlag, men krevende oppgaver i et vidstrakt område. Det er langt til fastlandet. Resultatet er et svært velutstyrt og avansert sykehus og helsebygg i forhold til størrelsen. Hovedformen er to etasjer med saltak, utvidet med to lavbygg og et frittstående bygg for tekniske funksjoner. Planprinsippet er midtkorridor hvor de fleste arbeids- og oppholdsrom er lagt mot utsiktsiden og bifunksjoner er lagt mot baksiden. Det er en gjenoppliving av planløsninger fra før dobbeltkorridorenes tid, gjort mulig av et relativt lite bygg.

En målsetting finner vi også med nybygget for Rikshospitalet (1999–2000). Kommunikasjonsårene er lagt horisontalt og ikke i høyden som i de tidligere sengepostblokkene. De ulike sengepostene og behandling/diagnostisering er plassert overfor hverandre i egne fløyer, og transporten går på tvers over en lang overbygd gate som binder sykehuset sammen. Sykehuset er bygd i glass og gul tegl. Det er lagt stor vekt på dimensjonering, materialbruk, detaljer og kunstnerisk utsmykning for å gi sykehuset et menneskelig ansikt og målestokk. Løsningen er en klar nyorientering og et brudd med mer enn seksti års sykehusplanlegging. Det har vakt internasjonal oppmerksomhet i likhet med det naboen Gaustad sykehus i sin tid gjorde.[29] Også der kom det fagfolk fra fjern og nær på studiebesøk. Så gjenstår det å se hvordan sykehuset klarer å ivareta disse kvalitetene under presset fra de endringene som uomgjengelig melder seg. For er det en rød tråd gjennom sykehushistorien, er det behovet for endringer.

Oppsummering

Sett under ett dreier sykehusbyggeriet seg først og fremst om å lage bygninger som er tilpasset sitt formål. Det er plansystemer og kommunikasjonsårer. Det tidlige 1800-tallets sykehus drev i noen grad behandling, først og fremst enkelte radesykehus, men de var også i stor utstrekning pleieinstitusjoner for fattige syke og uføre. Rikshospitalet var unntaket som undervisningssykehus, men selv her var pasientene hovedsaklig fattige. Sykehusene tok dels i bruk eksisterende bygninger for nye formål, dels ble de bygget på eller om, dels ble det reist nytt for formålet. Formålet måtte også tilpasse seg bygningene. Med enkelte unntak er periodens sykehus, som andre boliger i tiden, av varierende størrelse og kvalitet og for det meste oppført i tre. Unntakene er Rikshospitalet og fattigsykehuset i det daværende Christiania, sykehus i mur tegnet av den unge nasjonens arkitekt Chr. Grosch. Som sykehusbygg var disse mindre formet av internasjonale sykehusforbilder enn tilpasset til andre omstendigheter som økonomi og tomtevalg. Hovedstaden og staten har som byggherrer vært førende i norsk sykehusarkitektur mer enn noen andre. Det er statens og hovedstadens byggevirksomhet som omkring 1880 introduserte paviljongsykehuset til Norge etter internasjonale forbilder. Et vesentlig element her er kubikkmengden luft per pasient og seng. Det satte sitt preg på sykehusplanlegging til langt inn i 20.århundre. Bakteriologiens gjennombrudd virker i denne sammenhengen sosialt utjevnende, sykehus blir for alle, og det nye århundret innleder den store sykehusboomen. Nybygg reiser seg i de fleste byer landet rundt, også i landkommuner. Frivillige aktører melder seg på: religiøse virksomheter i ulik avskygning, ideelle organisasjoner og private helseentreprenører på kommersiell basis.

I Trondheim, Stavanger og Bergen er det "blokksystemet" som bygges, større kommunale sykehusbygg med ulike funksjoner, avdelinger og sykdommer under samme tak. Tilsvarende blir de statlige kvinneklinikkene bygd som kompakte strukturer med alle funksjoner samlet under ett tak. Bare epidemiavdelingene og tuberkuloseavdelingene får egne bygg, ofte godt tilbaketrukket. Arkitektonisk er det ikke mye som skiller slike sykehusbygg fra andre offentlige institusjoner i samtiden som f.eks. skoler. Men sykehusbyggene blir mer komplekse i takt med laboratorienes og røntgenapparatenes inntog. Nye planforhold og bygningstyper gjør seg gjeldende.

Det er en ujevn utvikling, sykehus i villaliknende bebyggelse fortsetter å eksistere til etter siste verdenskrig, for sykestuene helt opp til våre dager. For store deler av landet var det fremdeles dagsreiser til et større sykehus.

Haukeland-området omfatter i dag ca. 200 mål med sykehusbygninger både for somatiske og psykiatriske pasienter, driftsbygninger, kontorer, sykehotell, daghjem og fjellhaller. De første bygningene ble tatt i bruk i 1912, og området har vært – og er – under kontinuerlige utbygginger, endringer og ombygginger. Den største utbyggingen i nyere tid ble foretatt i perioden 1971–1983. Da ble blant annet Sentralblokken (bildet), tegnet av arkitektfirmaet Krohn & Hartvig Rasmussen, oppført. Bare denne bygningen er på 125 000 m², og ruver godt i landskapet.
Foto: Leif Anker.

Samtidig er det en tendens til sterkere separering av funksjoner i ulike bygningsledd som operasjonsavdelinger, røntgen og laboratorier. Fremdeles bor personalet i stor utstrekning bokstavelig talt på sykehusene, på loftværelser og andre steder. Sykehusenes arkitektur følger tiden pluss minus, men ofte med forenklet formspråk uten den detaljeringen som man kan finne på andre offentlige bygg. Sykehusenes byggeboom faller sammen med nyklassisismens periode ca. 1910–30, og svært ofte med et monumentalt resultat. Norsk sykehusarkitektur var fram til krigen i store trekk konservativ. Om det skyldtes arkitektene eller byggherrene er uvisst. Montebello tuberkulosehjem i Oslo er ett av de få funksjonalistiske tuberkuloseanleggene oppført før krigen. Kirurgblokka på Rikshospitalet (konkurranse 1935, bygd 1938–50) innledet et tidsskille i sykehusbyggeriet, og av flere grunner enn skifte i formspråk. Bygningen ble et multifunksjonsbygg med ulike avdelinger, sengeposter, operasjonsavdelinger, behandlingsfunksjoner, administrasjon, undervisning, bolig m.v. lagt lagvis i ett høybygg som raget i sin samtid.

Etterkrigstiden er gjenreisningens periode, høyblokkenes periode, og etter måten sykehusmangfoldets periode framfor noen. Det begynner pent i Halden i 1948 og ender brutalt på Haukeland mer enn 30 år seinere. En arkitekt som Øvergaard setter farger og nyanser på byggene, rammer dem inn med list og gesims rundt vekslende materialer, der en Grevstad nøyer seg med virkningen av store ensfargete flater i vekslende monumentale volumer. Ringerike og Skien er nye varianter over det samme skjema, men med 1960-tallets typiske materialer og lamelldelte fasader.

Det bygges mye og det bygges stort, men det bygges også smått. Mindre og mellomstore sykehus føyer seg etter samme planløsninger om enn volumene er mindre. Det bygges i panel, tegl og betong, pusset, slemmet, ubehandlet og malt, med og uten flate tak over grunnplaner i L-form T-form, I-form og H-form. Stord sykehus står som et eksempel på sykehusarkitektur med prisbelønte kvaliteter med sin volumoppbygging og materialbehandling i ubehandlet betong. Sykehus som Arendal med nennsomme tilpassning til terreng og endringsbehov, vitner om at 1950-tallet ikke nødvendigvis var nøkternt inntil det tarvelige. Nødvendighet var heller ikke synonymt med brutalitet: Paviljongbyggene på Solberg i Bærum viser at også enkle og billige løsninger kunne ha arkitektoniske kvaliteter.

I ettertid ser man også planleggingens begren-

FØDSLAR PÅ SJUKEHUS OG FØDEHEIMAR

Av Runar Jordåen

Så å seia alle fødslar går i dag føre seg på fødselsklinikkar ved sjukehusa. Sjølv om heimefødslar 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 tradi-sjonelt hadde tatt seg av fødselshjelpen. I 1902 var 80 % av fødslane hjelpte 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 hjelpte til ved heimefødslar. 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 tilknyting 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 fødslar. 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 kombi-nasjon 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 barselsfeberen som herja. Keisarsnitt kor både barn og mor overlevde blei heller ikkje mogleg før på 1890-talet.

Kvinneklinikkane og fødselsstiftelsane var viktige element i kampen mot dødligheita 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 glasvin-dauga i trappegangen.
Bilde: Leif Maliks.

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 Kvinneklinikken, som var bygd for langt større forhold, og mellom anna inneheldt ei gynekologisk avdeling (klinikken var i funksjon som ein del av Rikshospitalet fram til flyttinga i 2000). I Bergen sto den nye Kvinneklinikken 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 fødde 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 gjennom-brotet for sjukehusfødselen er eit døme på korleis sjuke-huset fekk ein viktig posisjon på 1900-talet.

Kjelde: Børdahl 2000b, Korsvold 2001.

singer. Sykehus og sengeposter lar seg ikke definere til faste størrelser. Ingen sykehusbygg er mindre mottakelig for endring enn de gjennomplanlagte fra 1950-tallet, med smale bygningskropper og lave etasjehøyder, slik sykehusarkitekten Bjørn Egner har påpekt.[30]

Helsebyggeriet er de lange linjers virksomhet orientert om triangelet tilpassning, fleksibilitet og økonomi. Ikke all byggevirksomhet i etterkrigstiden har dreid seg om å bygge nytt fra grunnen av. Mye er også tilbygg og påbygg, og mye er oppført uten nevneverdig hensyn til eldre bygninger og situasjon. Planformer, volumer og overflatebehandling er ofte forbausende likt med det tidlige 1900-tallets. Her ser

det ut til å være et viktig skifte omkring 1970. I tid er dette sammenfallende med sykehusloven i 1969, det man kan kalle sykehusplanleggingens seier og fylkeskommunens gjennombrudd. Sentralsykehus ble etablert i hvert fylke omlag samtidig med dobbeltkorridorens inntog på norske sykehus. Eksisterende sykehus ble utvidet med tilbygg som sprengte eldre målestokk, utforming og plansituasjon. Dels skyldtes det dobbeltkorridorer som ga bredere bygningskropper, dels skyldtes det endret materialbruk, dels andre planidealer. Slik blir kontrasten stor fra konglomeratet Drammen sykehus til et nybygg som sentralsjukehuset i Førde som med sitt parkområde står som kroneksempelet på de fremste kvalitetene i perioden.

Mangel på arkitektonisk og planmessig tilpassning gjenspeiler trolig byggherrers og arkitekters ambisjoner og prioriteringer, sykehusets oppgave er å redde liv og helse. I et kort perspektiv er det en prioritering som er vrient ikke å være enig i. Men samtidig er det vanskelig å tro at flere liv blir reddet og folks helse blir bedre av å neglisjere eldre bygningsmasse eller omgivelsenes betydning. Bygninger må vedlikeholdes og det kan jo like gjerne gjøres med en bevisst holdning til eksisterende kvaliteter og materialer.

En konstant driver for sykehusbyggeriet har vært en stadig mer differensiert medisin som krever stadig mer plass, eller annen plass. Dette medfører stadig mer detaljert planlegging og avveining av bokstavlig talt kryssende hensyn i skjæringspunktet funksjonalitet og økonomi. Som det har vært konstatert siden Rikshospitalets eldste tid, bygninger blir fort umoderne og samsvarer ikke lenge med medisinens krav.[31]

Noter

1 Lie 2008: 209 ff.
2 Halvparten av sykehuset var byens militærhospital som var oppført i tømmer i 1803, men som ble panelt i sakens anledning. Hovedbygningen, fødselsstiftelsen og økonomibygg ble i årenes løp reist i mur etter tegninger av arkitekt Chr. Grosch. Det første rikshospitalet ble samtidig det første byggeprosjektet for en nyetablert statsinstitusjon etter 1814, og er i ettertid mest kjent som empire-kvartalet. Anlegget ble overtatt som regjeringskontorer etter at Rikshospitalet flyttet i 1883 og det ble revet etter siste verdenskrig for å gi plass til høyblokka og y-blokka i regjeringskvartalet. Militærhospitalet ble demontert, lagret og siden gjenreist på Grev Wedels plass og tatt i bruk som kontorer bl.a. for Norsk kulturråd.
3 Aslaksby 1977: 27 ff.
4 Lungegaardshospitalet ble gjenoppført i 1857 samtidig med pleiestiftelsen og ble solgt til Bergen kommune da det ble nedlagt som leprasykehus i 1895. Bygningene ble revet da det ble anlagt jernbanetunnel gjennom Ulriken tidlig på 1960-tallet. Se også Madsen 1931: 223.
5 Thompson og Goldin: 128.
6 Thompson og Goldin: 142 ff., 149.
7 Sinding-Larsen 1926: 21.
8 Åmann 1976: 193.
9 Nilsen 1997: 100–108.
10 Schiøtz 2003: 156 ff.
11 Skogheim 2000: 172, Schiøtz 2003: 216.
12 Skogheim op.cit.
13 Richardson 1998: 13, 186.
14 Sinding-Larsen: 33, 38f., Haugstøl 1958: 15.
15 Byggekunst 1937/6 har en fyldig presentasjon av et utvalg konkurranseutkast. En rekke av deltakerne gjorde seg sterkt gjeldende i norsk sykehusarkitektur etter krigen.
16 J. Peterkin 1928, H. Williams 1928, A. Bretsky 1994: 213–226, 2006: 73.
17 Bretsky 1994: 214–217.
18 Cederström 1947: 11 ff.. Se også "Program Södersjukhuset" 1934.
19 Norske Arkitekters Landsforbund, Riksarkivet, PA 1005 Dbgc "Konkurranser fortløpende nummerering nr 2", mappe 14 Rikshospitalet.
20 Schiøtz 2003: 321 f.
21 Egner 2000: 235 f.
22 For sengepoststørrelse m.v. se f.eks.Byggekunst 7–8 1948, Egner op.cit., Carstens og Grankvist 2002: 199.
23 Bjørn Egner, pers. med.
24 Thompson og Goldin: 235, Verderber og Fine: 26, 31 f.
25 Pers. med. Leif Maliks. Pirelli-bygningen i Milano (1958) har en liknende, men mer langstrakt grunnplan. Poenget her er at denne noe uvanlige bygningsformen har vært kjent og akseptert på 1950- og 1960-tallet.
26 Stone 1980: 1, Verderber og Fine: 116. Se også Egner 2000.
27 Verderber og Fine 2000: 21, 90.
28 Schiøtz 2003: 159, 379.
29 Se f.eks. Wagenaar 2006.
30 Egner 2000: 235 f.
31 Holst: 1827, her etter Sinding-Larsen 1926: 14.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Litteratur

Aslaksby, Truls. *Skienfjord-klassisismen. Bygningsstil i handels- og produksjonsmiljøene mellom Ulefoss og Langesund ca. 1800–ca. 1850 I–II*. Upubl. magistergradsavh. Universitetet i Oslo, 1977.
Bretsky, Aaron. *James Gamble Rogers and the Architecture of Pragmatism*. New york / Cambridge Massachusetts, 1994.
Bretsky, Aaron. "Framing the Hospital: the Failure of Architecture in the Realm of Medicine". I: Wagenaar, Cor (red.). *The Architecture of Hospitals*. Rotterdam, 2006.
Bore, Ragnhild Rein (red.). *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. Oslo/Kongsvinger, 2007.
Carstens, Svein og Grankvist, Rolf. *St. Olavs hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Trondheim, 2002.
Cederström, Hjalmar og Edholm, Erik. *Programutredning rörande förslag till nytt centralsjukhus för de södra stadsdelarna. Stadskollegiets utlåtanden och memorial*. Bihang nr. 17 1934. Stockholm, 1934. ("Program Södersjukhuset")
Cederström, Hjalmar. *Sødersjukhuset*. Stockholm, 1947.
Egner, Bjørn. "Sykehusene i går og i dag". I: *FMFÅB 2000. Fortidsminneforeningens årbok 2000 "Norsk sykehusarkitektur"* (FMFÅB 2000). Oslo, 2000.
Haugstøl, Henrik. *Gaven fra det norske folk*. (Radiumhospitalet) Oslo, 1958.
Holst, Frederik. *Historisk underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil udgangen af aaret 1826*. Christiania, 1827.
Lie, Anne Kveim. *Radesykens tilblivelse. Historien om en sykdom*. Dr.avh. Universitetet i Oslo, 2008.
Madsen, Stephan Tschudi. *Medisinsk liv i Bergen*. Bergen, 1931.
Moseng, Ole Georg. *Det offentlige helsevesen i Norge 1602–2003 I. Ansvaret for undersåttenes helse. 1603–1850*. Oslo, 2003.
Natvig, Jacob B. m.fl. (red.). *De tre Riker. Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo, 2001.
Nilsen, Wenche Louise. *Fra hus for syke til sykehus*. Upubl. hovedfagsoppgave kunsthistorie Universitetet i Bergen, 1997.
Peterkin, Janet. "Manhattan's Colossus of Medical Centers". I: *The Modern Hospital Vol. XXXI*, nr 1.(juli 1928).
Richardson, Harriet (red.). *English hospitals 1660–1948: a survey of their architecture and design*. Swindon, 1998.
Schiøtz, Aina. *Det offentlige helsevesen i Norge 1602–2003 II. Folkets helse - landets styrke. 1850–2003*. Oslo, 2003.
Sinding-Larsen, Christian Magnus Falsen. *Rigshospitalets første hundrede aar*. Oslo, 1926.
Skogheim, Dag. "Frisk luft og diett". I: *FMFÅB 2000*. Oslo 2000.
Stone, Peter (red.). *British Hospital and Health-Care Buildings. Designs and Appraisals*. London, 1980.
The Modern Hospital Vol. XXXI, nr 1. (juli 1928).
The World's Work 53 (februar 1928).
Thompson, John D. & Goldin, Grace. *The Hospital: A Social and Architectural History*. New Haven / London, 1975.
Verderber, Stephen og Fine, David J. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. New Haven / London, 2000.
Wagenaar, Cor (red.). *The Architecture of Hospitals*. Rotterdam, 2006.
Williams, Henry S. "A Hospital in the Clouds". I: *The World's Work 53* (februar 1928).
Åman, Anders. *Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning*. Stockholm, 1976.

Adspredelse og kontroll

– fra den norske psykiatriens bygningshistorie

Leif Maliks

I 1998 ble statsminister Bondevik sykmeldt på grunn av psykiske plager. Saken vekket stor oppmerksomhet, men reaksjonene var i hovedsak positive – noe som trolig skyldtes hans uvanlige åpenhet om saken. I et intervju[1] fortalte Bondevik om hvor redd han og de andre barna var i oppveksten for det store psykiatriske sykehuset som lå utenfor Molde: "Det var noe mystisk og skummelt, og vi hadde lite pene uttrykk på de menneskene som bodde der".

Norge hadde et tyvetall slike store sykehus på 1900-tallet, og titusener har vært mer eller mindre prisgitt det regime som har hersket der til enhver tid. I tillegg har det vært mengder av mindre anlegg. De fysiske sporene fra *før* 1850-tallet er av beskjedent omfang. De tidlige institusjonene hadde dessuten ofte et udifferensiert preg, noe som fanges godt av navnet på anstalten i Stavanger: *Den combinerede Indretning*. Det lille som er igjen av denne kategorien har som regel et visst vern i dag. Landsverneplanen har i første hånd søkt å identifisere representative deler av institusjonsverdenen fra de siste 150 årene – hvor også mye allerede er gått tapt. Denne artikkelen søker å gi et bilde av asylenes "fremvekst og fall" og med vekt på det fysiske landskap, men gir også eksempler på ulike andre institusjonstyper i perioden, som klinikker og rusinstitusjoner.

De nasjonale helsestrateger

Perioden fra 1814 til 1884 var preget av en kunnskapselite, bestående av unge embetsmenn, som satte i gang en moderniseringsprosess i tre ledd. Fagkyndige analyserte situasjonen på et område som ble oppfattet som problematisk; de prøvde å få på plass et lovverk; og opprettet institusjoner med bygninger.

Frederik Holst (1791–1871), som er blitt kalt Norges første samfunnsmedisiner, var én av de unge strategene. Han hadde avslørt Oslo dollhus´ elendige tilstand og deretter tatt initiativ til en nasjonal undersøkelse som i 1825 resulterte i en innstilling med mottoet

> *Om Sindssvages Kaar i Norge, saadanne, som de nu ere og kunne vorde.*[2]

Holst ble den som gav en vitenskaplig drakt til debatten om de sinnslidende og innstillingen er et enestående idéhistorisk og samfunnsmedisinsk skriftstykke. Det viser hvordan enkelte kretser i den unge nasjonen var på høyde med diskusjonen i det store utland, og er overraskende i sin tiltro til en adferdsregulerende arkitektur. Betegnende er arkitekt Groschs utkast til en "Straalebygning" etter filosofen Jeremy Benthams panoptikonprinsipp.

Den gode "helbredelsesanstalt for Sindssvage" burde ifølge Holst ligge noe utenfor en by, eller på landet, "i en Egn, der ved muntre Udsigter paa en gavnlig Maade kan adsprede de Syges Sind".[3] "Adspredelse og kontroll" kan ses som de polariteter pleien av de sinnsyke har befunnet seg innenfor siden opplysningstiden – humanistiske intensjoner versus rasjonalitetens jernbur – som i nyttefilosofenes panoptikonanlegg. Ressursmangel og overbelegg har likevel ofte vært bestemmende for hvordan institusjonene ble i praksis.

Noe mer enn en trykksak resulterte likevel ikke

kommisjonens arbeid i før legen Herman Wedel Major førte idéene videre på 1840-tallet.

Entreprenøren Wedel Major

Drøyt et par tiår senere, i 1855, stod den idéelle anstalten ferdig på jordene til Gaustad gård, og er i høy grad blitt sett på som Hermann Wedel Majors verk. Han er også blitt noe av et skytshelgen for norsk psykiatri: portrettet pryder forsiden av bøker og på Gaustad møtes man av hans byste.

På begynnelsen av 1840-tallet hadde Major etablert kontakt med den danske nervelegen dr. Jessen i Slesvig, mye brukt av de høyere sosiale lag i Skandinavia som ville unngå de hjemlige dollhus. Foranledningen var at Majors forlovede var syk, og Jessen skulle komme til å fungere som både støtte og inspirasjonskilde. Han hadde allerede i 1828 innført jordbruk som beskjeftigelse for pasientene. Men fremfor alt hadde han tidlig tatt avstand fra tvangsredskaper i pleien, og var en tilhenger av det såkalte "no restraint"-systemet, etablert av den engelske legen John Conolly på slutten av 1830-tallet.

Major studerte sinnssykepleien i flere land i 1842 og 1844, og innsendte deretter et forslag til Indredepartementet om bygging av et moderne norsk sinnssykehus. Stortinget bevilget penger til innkjøp av tomt og i 1847 ble Gaustad stiftsgård innkjøpt. I mellomtiden hadde Major fått i oppdrag å undersøke forholdene for de sinnssyke i Norge og reiste i 1846 rundt på et kartleggingsprosjekt som gav et rystende bilde av tilstanden. I 1847 skrev han mer eller mindre egenhendig et forslag til ny sinnssykelov som ble vedtatt av Stortinget påfølgende år. Denne var da én av Europas mest moderne og ble i hovedsak stående frem til Lov om helsevern i 1961.

Hermann Wedel Major (1814–54).
Portrett fra ca. 1844.

Den gode helbredelsesanstalt

Forslagene til den gode anstalt som kommisjonen fra 1825 hadde kommet med, ble på mange måter fulgt i nokså nøyaktig 100 år, til og med ferdigstillelsen av Lier asyl i 1926. Holsts modell med egne institusjoner for helbredelige og uhelbredelige pasienter fikk likevel ikke gjennomslag, slik det til en viss grad fikk både i Sverige og Danmark. Major var av flere grunner negativ til en slik inndeling, og hevdet at et skille mellom *"Helbredelses-asyler og Pleiehuse ikke (var) begrundet i virkeligheten, at (det var) umulig i videnskabelig og utilladelig i moralsk samt upassende i praktisk og oekonomisk Henseende"*.[4]

Én samlet institusjon var å anbefale, men hva denne skulle hete var lenge uklart. Her la seg også de skandinaviske land på ulike linjer, i Danmark beholdt man til og med "dårebegrepet" i sine Daareanstalter. Holst-kommisjonen hadde brukt "Helbredelsesanstalter for Sindssvage", men Major fikk støtte for "Asyl for Sindssyge", med betydningen tilfluktssted, eller fristed.

Fra statsasyl til amtsasyl

Holst hadde ikke vært tilhenger av at staten skulle påta seg oppdraget med å bygge ut institusjoner, men anbefalte stiftelser. Major derimot hevdet at mindre enheter, "de enkelte Communer", både manglet vilje og evne til de offer en utbygging av moderne asyl ville kreve.[5] Med knapp margin stilte Staten seg i spissen for en utbygging som etter Gaustad resulterte i anlegg i Trøndelag (Rotvoll 1872), Sørlandet (Eg 1881) og Nord-Norge (Rønvik 1902). Samtidig levde de gamle dollhusene i byene videre til litt innpå 1900-tallet – men autorisert og omdøpt til asyl.

Ved århundreskiftet syntes statens ressurser uttømt. Kanskje følte man seg også ført bak lyset da asylenes forventet høye helbredelsesprosent ikke hadde slått til. Holsts måteholdne vurdering til at 1/3 kunne helbredes hadde hos direktør Sandberg på Gaustad blitt til inntil 80 av 100 i løpet av et halvår, forutsatt at asylet var velordnet og pasientene ble lagt inn kort etter sykdommens utbrudd.

Den gamle idéen om egne, rimeligere pleiehjem for uhelbredelige dukket opp igjen samtidig med at urbanisering og befolkningsvekst, i kjølvannet av det store hamskiftet, førte til økt press på sinnssykevesenet. Samtidig syntes etableringen av asyl i seg selv å minske toleransen for avvik og øke antallet sinnssyke. En lovendring 1891 med løfter om økte statlige bevilgninger hadde stimulert amtene (fylkene) til å etablere asyler, og en lang rekke ble nå oppført over store deler av landet: Blakstad (1904), Sanderud (1908), Faret (1909), Valen (1910), Prestesæter (Reinsvoll), Opdøl (Hjelset) og Dale (1913), Veum 1914, Østmarka 1919 og Lier 1926.

Et spesialtilfelle er Bergen. Her kom de såkalte privatasylene til å spille en betydelig rolle. Både Møllendal asyl (Dr. Martens sykehus) og det adskillig større Rosenbergs asyl (Fastings Minde) startet opp ca. 1865 og hadde ved århundreskiftet til sammen rundt 250 plasser. Men ingen av bygningene som ble oppført i denne perioden står igjen. Innkjøp av en tomt til statsasyl i Bergen etter mønster av Rotvoll og Eg var foreslått, men departementet fant ikke å kunne støtte tiltaket.[6] Isteden trådte kommunen inn og oppførte Neevengaarden (senere Sandviken) i 1891, femten år før neste store kommunale løft, Dikemark i Asker.

I 1901 fikk også hovedstaden et privatasyl, drevet av den profilerte legen Henrik Dedichen.

Beliggenheten

Det var full enighet blant psykiatriens strateger om at anstaltene skulle ligge på landet, men heller ikke, som Holst formulerte det, i nærheten av større veier eller spaserstier hvor de syke kunne "udsættes for ufornuftige Forbigaaendes Drillerier og Spot".[7] Å kikke på de rasende gale hadde vært en folkeforlystelse. Pasientene skulle heller ikke bli konfrontert med "smertelige Sindsinntrykk", som for eksempel å se gjenstanden for "ulykkelig Kjærlighed", en ikke uvanlig sykdomsårsak i eldre statistikker.

Major fremhevet at avstanden heller ikke burde være *for* stor da frakt av fornødenheter ville bli kostbar, og at pasientene i en rekonvalesentfase også måtte kunne få sosial trening.[8] At det første asylet skulle ligge der hvor landets universitet lå, var også gitt, slik at legestudentene kunne gis anledning til å gjøre sig bekjent med "mentale Sygdommes Natur og Behandling."[9] Vi fikk aldri noen øyinstitusjoner, slik som barnevernet, og som i Danmark. Flere av asylene, som Dale og Prestesæter, fikk likevel en svært isolert beliggenhet. Oftest søkte man vel etter kompromisser. Eg var for eksempel skikket "ved sin paa engang isolerede og bekvemme Beliggenhed i nærheden af Byen."[10] Enkelte asyl, som Sanderud og Faret, ble plassert der hvor det opprinnelig hadde vært radesykehus. Prisen på eiendommen hadde naturligvis betydning. Rotvoll skulle bygges på Vikhammer, et godt stykke fra Trondheim, men da man fikk en billigere tomt nærmere byen tok man den.

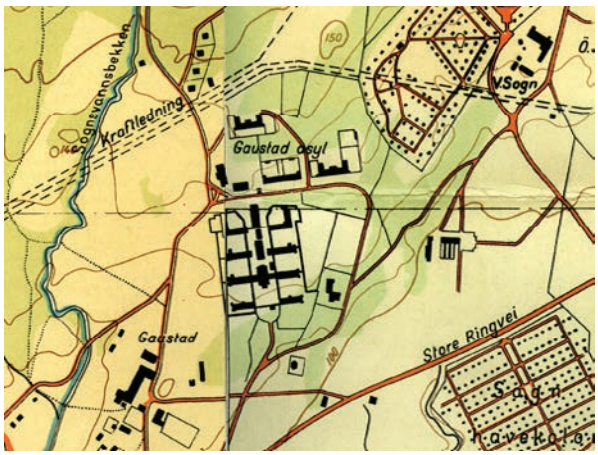
For nært byen kunne utløse nabostrid, som da Trondhjem skulle få et asyl på Østmarknesset. Personalets velvære og pasientenes rett til å ha kontakt med sine familier, var da to mer moderne argumenter for nærheten til byen som ble tatt i bruk.[11] Flyttingen fra den gamle hospitalsstiftelsen i Midtbyen til Østmarka kunne skje ved hjelp av trikken.

Asylplanene – Gaustad 1855

Arkitekturhistorikere er ofte særlig interessert i planløsningenes utvikling. Holst-kommisjonen hadde kommet frem til at en formålsbygd anstalt måtte kunne ivareta de tre kriteriene inspeksjon, klassifikasjon og sikkerhet for en rimelig sum. Men Groschs forslag til "Straalebygning" etter panoptikon-prinsippet ble av ukjente grunner ikke realisert i sinnssykeomsorgen. Deler av idéene ble likevel ført videre i Botsfengslet, oppført 1843–1851. Arkitekten var da også den samme som stod bak det nye Gaustad Asyl, H.E. Schirmer – kanskje datidens fremste arkitekt for sosiale institusjoner.

Gaustad kom til å bli oppført etter et såkalt paviljongsystem. Et slikt anlegg i Auxerre i Frankrike kan ha vært forbildet, men fødselen til det som i dag

Gaustad med omegn, 1938. Det eldste, symmetriske paviljonganlegget midt på kartet, med 1920-tallsutbyggingen like nord for dette.
Faksimile og utsnitt av kart fra Oslo byarkiv.



kanskje er landets kulturhistorisk viktigste helseanlegg er fortsatt uklar. Vi har for eksempel ikke de faktiske originaltegningene, bare tidlige utkast. Schirmers plan bestod av åtte paviljonger i to parallelle rekker, en mannsside mot vest og en kvinneside mot øst. Aksen fra sør til nord gjaldt primært pasientenes tilstand, en differensiering etter diagnose var jo selve hovedargumentasjonen for å bygge asyl. Klassetilhørighet var imidlertid også viktig av både terapeutiske og økonomiske grunner. De syke skulle skånes for ytterligere stigmatisering, og betalende pasienter utgjorde et viktig tilskudd.[12]

1ste Classe, for rolige Syge af den dannede Stand	*6*
2den Classe, for rolige Syge af mindre dannet Stand	*40*
3die Classe, for besværlige Syge	*16*
4de Classe, for voldsomme og larmende Syge	*7*
5te Classe, for urenlige Syge	*6*

Pasientkategorier og antall per kjønn på Gaustad.

Utsikten over Christianiafjorden var strålende, men godene var ikke likelig fordelt. I første rekke lå A-avdelingene, for "den dannede Stand", som nøt godt av utsikten fra paviljonger og park. Fra de andre bygningene, for "almuen" og for vanskeligere pasienter, var det lite utsikt, og det satt gitter foran vinduene. Teoretisk skulle også disse kunne nå frem til en plass i solen, i det som er blitt kalt en "moralsk karriere", og bli flyttet fra paviljongene i nord til de i sør, og til slutt få spise middag ved direktørens bord. [13]

Major hadde beregnet minstetallet pasienter til 100 utifra hensynet til rasjonell drift, og maksimum til 200, utifra hvor mange én lege kunne ivareta. Han la seg her midt i med 75 på hver side, totalt 150 personer. Oppdraget ble på 200, men belegget var snart adskillig større.

Antallet pasienter for 1ste Classe var beskjedent – fordelt på to etasjer blir det jo bare tre i hver etasje i nokså store bygninger, sikkert var det i praksis også flere. Vi har i dag trolig lettere for å forestille oss livet blant de rasende og urenslige enn miljøene i asylenes førsteklasseavdelinger med biljardbord og egen meny. Romplanen i A-bygningene er nå endret, tidligere var en del av rommene koblet sammen to og to. Det ble også på 1920-tallet oppført to murvillaer for formuende pasienter sør på området. Disse er nå viktige kulturminner fra en særegen ordning i et privilegiesamfunn.

I hovedsak ble anlegget bygd etter Majors intensjoner. Pasientrommene skulle ligge mot syd eller syd-øst, mens sidekorridoren lå mot nord. Kjønnskillet – også mellom "Tjenerpersonalet" – skulle være absolutt.[14] Det var en viktig del av moderniseringen at sykevokterne ikke skulle ha adgang til (eller kunne mistenkes for) å misbruke pasientene. Dette ble forsterket ved at administrasjonsbygningen og økonomibygninger ble lagt som en sperre mellom de to rekkene.

D- og E-paviljongene skulle ligge lengst bort av blant annet akustiske grunner – det var mye skrik på asylene før de nye medisinene kom på 1950-tallet. Av sikkerhetsgrunner var disse i bare én etasje. I tillegg til Gaustad hadde også Rotvoll, Eg, Rønvik og Neevengården denne type paviljonger, men det opprinnelig preget er bare bevart på Rotvoll.

Asylplanene – den brutte linje 1872–1902

I annen halvdel av 1800-tallet dominerte det "brudte linje"-system, eller "korridorsystemet" på asylene, men det ble også benyttet på leprainstitusjonen Reitgjerdet fra 1861. Anlegget var vanligvis U-formet og dannet et sammenhengende hele, med tallrike fløyer. Systemet ble visstnok først praktisert av den tyske psykiateren F.W.C. Roller. Tyskland var nå helt dominerende som inspirasjonskilde. Denne planen kan ha fremstått som rimeligere enn paviljongtypen, og miasme-teorienes svekkede stilling (idéer om smittespredning gjennom luft – se egen ramme s. 119) kan ha gagnet mer komprimerte anlegg. Dette er på mange måter den paradigmatiske 1800-tallsplanen i Norden. Både Bindesbølls Jydske Asyl i Århus fra 1852 og Konradsberg i Stockholm fra 1861 er oppført etter denne modellen.

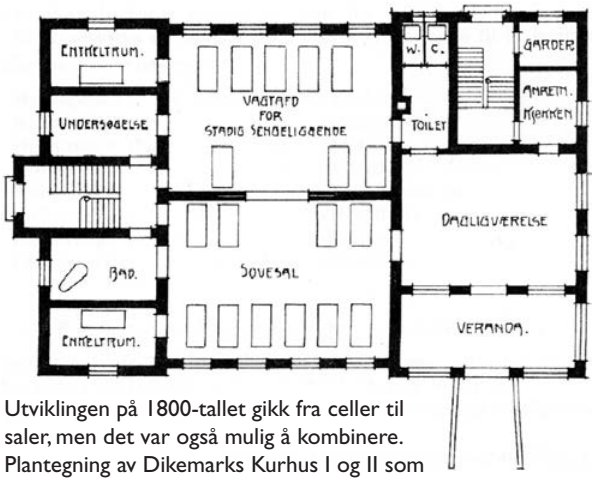
Fronten på anlegget rommet hovedinngangen, underlagt streng kontroll, og administrasjonen. På Eg var det for eksempel lager, kontor, forvalterbolig, venteværelse og portnerbolig her. I de to fløyene – en kvinneside og en mannsside – som strakk seg bakover var det sidekorridorer og pasientrom. Her kunne man ikke ta hensyn til himmelretningene. Fløyene bestod av to eller tre deler (A, B, C), og de delene som lå nærmest hovedbygningen, med bedre fungerende pasienter, hadde to etasjer. De borterste delene (D) derimot var i én etasje, og med celler.

De ulike avdelingene hadde luftegårder på utsiden av fløyene, mens de indre gårdsplassene i hovedsak ble benyttet til økonomifunksjoner. Midt i U-en var det også en økonomibygning. På Rotvoll rommet

"Rønvik Sindsygeasyl, Bodø" fra 1902, oppført etter *korridorsystemet*. De lave vinkelbygningene er for de larmende og urenslige, i motsatt ende er direktørboligen og de mer velfungerendes avdelinger.
Foto: Postkort i privat eie (Terje Øiesvold).

denne smie, snekkerverksted, lasarett, vaskeri, fyrhus og kjøkken. Et vanlig element i slike planer var kapellet midt i hovedbygningens øverste etasje, enten trukket mot hovedfasaden (Rotvoll), eller i en kort fløy som strakk seg innover midt på hovedavdelingen (Reitgjerdet). Da kapellet lå øverst kunne det også få høyere takhøyde uten å forstyrre andre rom. Men plasseringen kunne variere: På Eg lå kapellet midt på gårdsplassen, sammen med økonomibygningen. På Rønvik lå det helt for seg selv og på Neevengården fantes det ikke noe kapell i det hele tatt.

Det er blitt hevdet at mange av de tyske og danske 1800-tallsasylene imiterte de gamle klostrene med sine lukkete gårdsplasser, da det meditative, strengt



Utviklingen på 1800-tallet gikk fra celler til saler, men det var også mulig å kombinere. Plantegning av Dikemarks Kurhus I og II som hadde flere ulike romtyper. Bygningene ble reist som mottaks- og vaktavdeling for hhv. menn (1906) og kvinner (1908). Her ble pasientene observert og diagnostisert før plassering i andre avdelinger. I 2. etasje var det "lazaret og sygeafdeling", mens det på loftet var leilighet for assistentlege og hybler. Tegning hentet fra "Dokument no. 21 (1908) Kristiania kommunale sindssygeasyl".

Fotografi fra sal for menn på Dikemark, 1905. Psykiatrien hentet idéen om nytten ved å være "stadig sengeliggende" i hvitmalte saler fra somatikken.
Foto: Ukjent fotograf. Fra Dikemark sykehus' arkiv. Utlånt av Oslo byarkiv.

regulerte klosterliv ville ha god innflytelse på de syke tanker.[15] Klostre ble jo ofte tatt i bruk til sinnssykeformål etter reformasjonen, men det er uklart hvorvidt dette var viktige element i planleggingen.

Asylplanene – 1904–1926

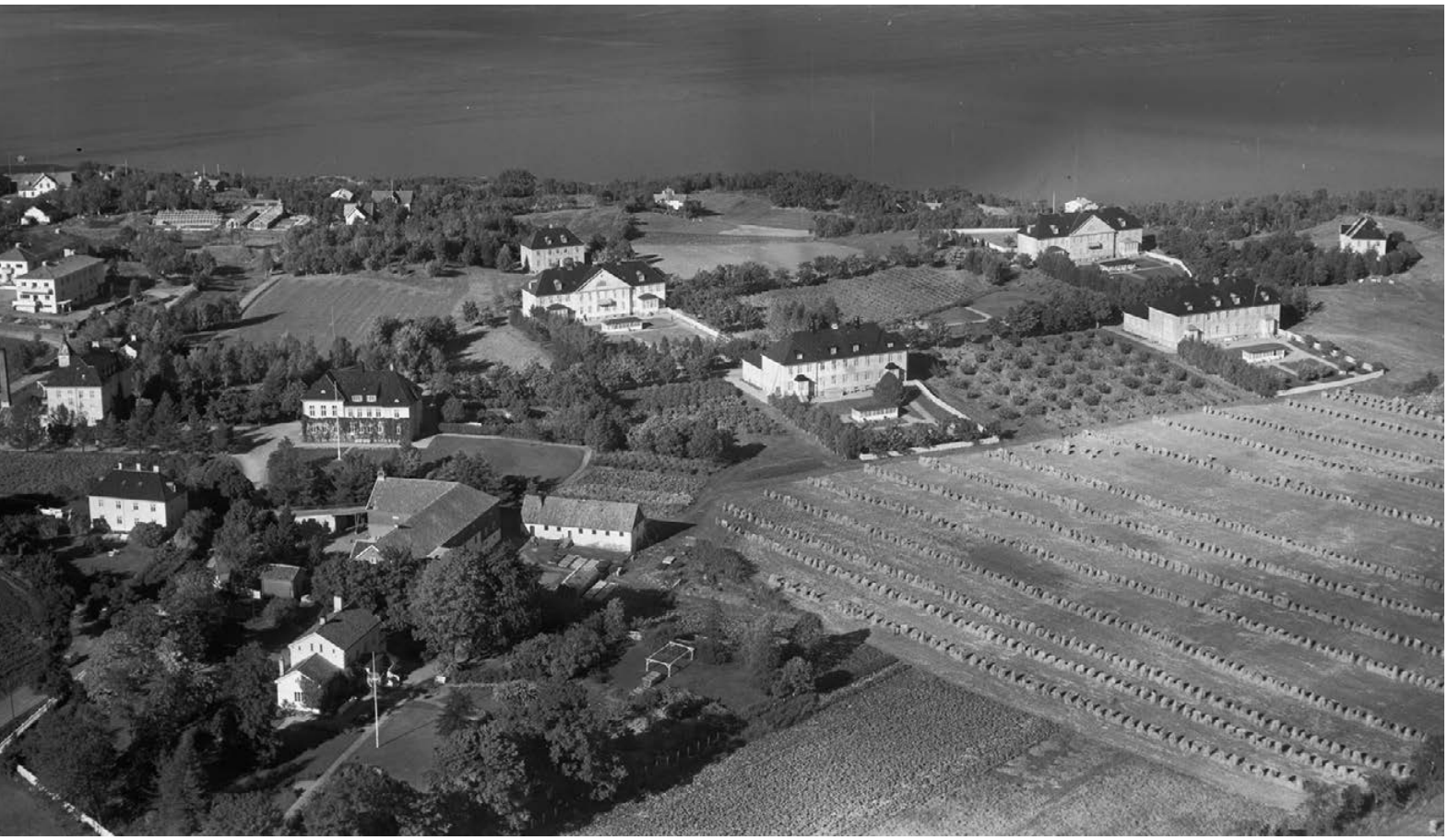
Det drøye titall asyler som stod ferdig mellom 1904 og 1926 har ett felles trekk, planene er mer eller mindre asymmetriske. Det er nærliggende å tenke at tidens interesse for hagebyen, og de pittoreske bybilder, som for eksempel hos den østerrikske byplanleggeren Camillo Sitte, kan ha hatt betydning, men det er få henvisninger til arkitektur utenfor psykiatrien i kildene. Den store inspirasjonen var det tyske anlegget Alt-Scherbitz, prototypen for både Dikemark og Østmarka. Hvis forbildet for en tidligere asylgenerasjon hadde vært klostrene, var den nå blitt til (den tyske) landsbyen – inklusive kneipe! Anlegg bygd bare få år i forveien fremstod nå som fengselslignende.

Overgangen til amtsasyler fra 1904 er ofte beskrevet som et vannskille både når det gjelder organisering, behandlingsfilosofi og arkitektur.[16] Troen på de gode resultater var blitt svekket. Til dels var også psykiatrien blitt skandalisert, noe Amalie Skram hadde medvirket til med sine selvbiografiske romaner om danske asyl. Samtidig hadde mangelen på asylplasser ført til en oppblomstring av såkalte "kolonier" på landsbygda; gårdbrukere hadde gjort det til en levevei å ha kronisk sinnssyke innlosjert, "undertiden (i) rene træbur."[17]Akershus amt hadde særlig mange kolonier, og Blakstad ble delvis bygd for å erstatte disse.

Den gamle idéen om egne "pleiehjem" for uhelbredelige lå og ulmet bak amtsasylene – det vil si et brudd med Majors gamle fanesak. Det kan også være verd å påpeke at Emma Hjorts pleiehjem for åndssvake ble innviet i 1903, ett år før Blakstad. I praksis ble det ingen slik oppdeling i psykiatrien. Asylene ble seende annerledes ut, men virksomheten var ikke så forskjellig. Tidens terapeutiske virkemidler, sengeleie, overvåking og lange bad ble praktisert på alle anstalter, mens oppegående kronikere og rekonvalesenter ble beskjeftiget med ulike typer arbeide.

De nye koloniasylene fremsto som billigere. I tillegg til en *centralavdeling* hvor administrasjonen, de vanskeligste pasientene, og kanskje til og med

Koloniasylene var mer avspent asymmetriske, men også de hadde innlagt akser og fondmotiv. Flyfoto av Østmarka, Trondheim, 1949. Foto: Fjellanger Widerøe. Eier: NTNU UB.



økonomifunksjonene var plassert, skulle de fleste pasientene holde til i "almindelige vaaningshus". Det var disse husene, *koloniene*, som skulle være det dominerende elementet i de nye amtsasylene. I praksis fikk disse friere enhetene langt mindre betydning enn planlagt.

En variant av "koloniasylene" var *Landbruksasylet i villastil*. Østmarka var den fremste, og kanskje eneste, representant for denne typen – planlagt av psykiateren Hans Evensen, med Lars Solberg som utførende arkitekt. Her besto sentralavdelingen av to toetasjes murpaviljonger for hvert kjønn, én lukket og én halvåpen, som sammen hadde 78 % av plassene. Kolonien skulle ha 22 % av plassene fordelt på to trepaviljonger, én for hvert kjønn, litt i utkanten av området. Dessuten fantes en egen administrasjonsbygning med kapell, og et separat økonomibygningskompleks. Landbruksdelen og overlegevillaen lå som vanlig litt til siden. Østmarkas plan speiler med pedagogisk tydelighet den opprinnelige behandlingsfilosofien, mens for eksempel Dikemark snarere speiler et utviklingsforløp over tid. Gode eksempler på formålsbygde kolonibygninger innenfor landsverneplanen finnes også på Rønvik, Blakstad og Eg.

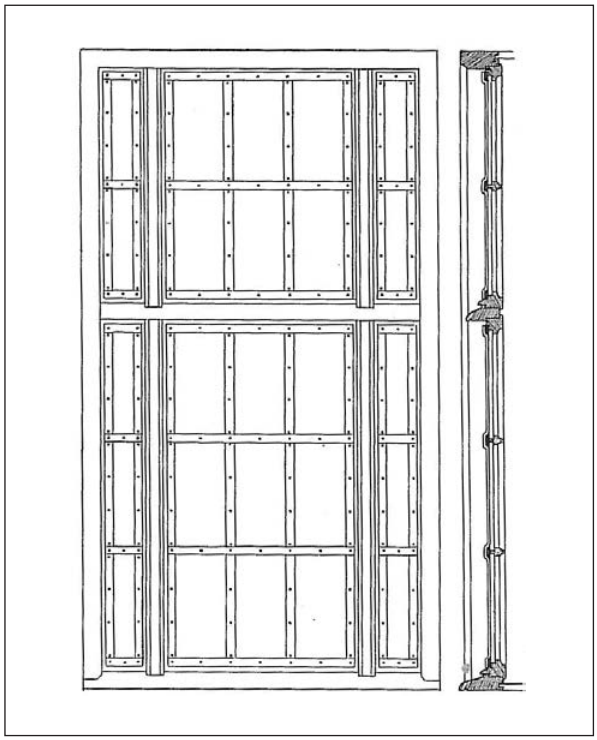
Gaustad asyl, med tårn og trappegavler, var lenge både psykiatriens faglige og arkitektoniske flaggskip.
Foto: Leif Maliks.

Estetikken

Terapiens skiftende idealer fremtrer i hovedsak gjennom planene, men utsmykning og stil har også blitt tillagt vekt – eller frakjent betydning! Hans Evensen roste Alt-Scherbitz for ikke å være en "pragtbygning som de engelske asyler med deres ødsle udstyr". Om Østmarka sa han at det ikke skulle bli noen "pragtbygning med taarne og og fremsider i huggen sten, som paa lang vei kunde rope høit om hjertelaget for syke."[18] Den ironiske kommentaren om "taarne og huggen sten" kan gjelde Gaustad og Dikemark, som begge har tårn, eller Rønvik som er det eneste asyl med hele steinfasader. Gaustad har alltid vært det estetiske flaggskipet i den norske psykiatrien. På 1880-tallet ble det for eksempel av vedlikeholdsgrunner foreslått å rive trappegavlene, noe som ble avvist med at det ville "forandre dette overmåte smukke bygningskomplex" i utseende og karakter.[19] På Reitgjerdet ble lignende trappegavler faktisk revet.

Major hevdet, apropos asylets undervisningsoppgaver, at Gaustad skulle være det "Tempel, hvori den unge Læge maa modtage Indvielsen i den besværligste og helligste Deel af sit Studium."[20] Det ble

De smårutete vinduene på mange av sykehusene hadde ikke bare romantiske grunner, men var med sine jernforsterkete sprosser en erstatning for gitterne. "Oprids" og snitt av vindu i sykeværelse på Veum utenfor Fredrikstad.



imidlertid ikke oppført i klassiserende stil, slik som Groschs nyoppførte universitet. Gaustad var snarere middelalderinspirert med detaljeringer i sengotikk og renessanse. Det er fristende å se dette som et valg ut i fra formål. Den engelske arkitekten Pugin hadde i boken *Contrasts* fra 1836 sammenlignet middelalderens katolske omsorgsinstitusjoner med datidens, og hevdet at utviklingen var gått i gal retning.[21] Vi har også en del middelalderinspirerte offentlige helsebygg fra midten av 1800-tallet, som døveskolen i Trondheim (1855) og Krohgstøtten sykehus (1859), begge tegnet av Grosch; Reitgjerdet sykehus fra 1862, tegnet av Schirmer og von Hanno og Rotvoll asyl fra 1872 – men vi har også

”Marmorpaladset” Rønvik. Bestandige materialer som stein og kobber gjør bygningene tilnærmet vedlikeholdsfrie og har dessuten betydelige estetiske kvaliteter. Foto: Leif Maliks.

Både de lukkete og halvåpne avdelingene på Østmarka hadde hager med hvitmalte spilestakitt og lysthus. Fasadearkitekturen, med den store arken, var kanskje inspirert av Stiftsgården? Foto: Leif Maliks.

jernbanestasjoner! Noen fast stilnorm for sosiale institusjoner synes det ikke å ha vært.[22]

Noen av de mange asyl som ble bygd har et relativt klart stilpreg, for eksempel jugend (Dikemark) eller nordisk nybarokk (Østmarka). Andre fremtrer i første rekke som *institusjoner*. En anekdote forteller at tyske soldater i Stavanger begeistret utropte "ein Schloss, ein Schloss", da de kom frem til Dale asyl med sin 110 meter lange fasade. Men mange syntes at preget av institusjon i negativ forstand var mer påtakelig. Lier sykehus fremtrer heller ikke som et vennlig sted hos Ingvar Ambjørnsen:

> *Seks hus, seks kolosser av stein og sement. Plasseringen, ett og ett. Isolert fra hverandre i det grønne, myke terrenget, får bygningene til å ruve. Virke massive, uinntagelige som middelalderborger. De smårutete vinduene er som glugger i de harde fasadene.*[23]

Her kan det være riktig å peke på at de smårutete vinduene på asylene som regel ikke skyldtes "stil", men sikkerhet – sprossene hadde innbakte jernforsterkinger.

Flere anlegg er blitt utseendemessig svekket ved tilbygg, utskifting av dører, vinduer og taktekking. De fem best bevarte asylene i planen, Gaustad, Eg, Rønvik, Dikemark og Østmarka er ikke bare representative for sin tid, men har også spesielle verdier knyttet til miljø og arkitektur. Mye beundring har knyttet seg til bruken av ekte materialer, upusset tegl, naturstein, og håndverkskvalitet, som kriterier på en sann arkitektur. Særlig har dette vært aktuelt for Gaustad. Trolig var også Statens – eller hovedstadens – behov for et representativt ansikt utad viktig. Det kommunale Dikemark fikk også et forseggjort tårn. Foreningen av representative ambisjoner med materialestetikk nådde et høydepunkt med Rønvik asyl, "Marmorpaladset". Men samtiden begrunnet materialvalget med dets holdbarhet, "... for at motstå det hårde veir ...". På Rønvik er det russenever fra Vadsø under takskiferen (som er fra Valnesfjorden), kobbertakrenner, Leivsetmarmor i fasadene og granitt fra Misvær i sokkelen.[24] Det ble kostbart, men fasadene oppfattes den dag i dag som tilnærmet vedlikeholdsfrie.

Mens de klassiske asylene alltid hadde en historiserende arkitektur, var utbyggingen på 1930-tallet preget av funksjonalismen. Sammenhengen mellom urbanisering og antall sinnssyke syntes bekreftet ved at veksten var i østlandsområdet – og asyl som Veum, Blakstad og Dikemark ble tilbygd. Tidsskiftet er påtakelig idet bygningene er blitt adskillig større og preget av oppbevaring tydeligere. Arkitekt Per Nordans Dagali på Dikemark fra 1934 er på fem etasjer, og med luftegården plassert på taket. Likheten med tidens fengselsarkitektur, som Ila fengsel fra 1939, er betydelig, iallfall i fasadene.

Jordbruket

Holst hadde beskrevet arbeidet på åkrene som adspredelse, mens Major beskrev det som et redskap, et "Cardinalmiddel", for behandlingen av sinnssyke. Arbeidet med jorda og "Fornøielser i fri Luft" var tenkt å styrke kroppen og minske den "vedvarende Exaltation i det hele Nervesystem". De syke måtte få anledning til rolig søvn, noe de ofte manglet.[25] Ennå da Åsgård sykehus slo opp dørene i 1961 utgjorde jordbruk og gartneri naturlige deler av virksomheten.

Eiendommene kunne være svært store. Dikemark hadde 3400 dekar skog, hvorav 543 dyrket mark, 278 til beite og 340 dekar kratt og udyrket mark. Parken var selve hjertet i utomhusplanleggingen. Den kjente landskapsarkitekten Frederick Law Olmstead var ansvarlig for formgivingen av fire asylparker i USA. Ifølge ham virket det skjønne ubevisst inn på sjelen. Det at miljøpåvirkningen var ubevisst gjorde at den kunne forventes å ha effekt også på dem som hadde mistet sin fornuft.[26] Noe av det første Major gjorde på Gaustad var å plante mengder av trær og busker og anlegge en allé – likheten med herregårdsparkene karakteriserer mange asylområder.

Forestillingene om naturens legende effekt lever videre og har flere ganger i nyere tid vært gjenstand for forskningsprosjekter. I april 2008 informerte for eksempel Aker universitetssykehus, sammen med Universitetet for miljø- og biovitenskap, om "et forskningsprosjekt som skal undersøke nytten av arbeide med planter for mennesker med depresjon."[27]

Representasjonsfunksjonen skal ha vært viktig da statsgartner Nøvik i 1899 anla en park på fem mål foran hovedbygningen på Rønvik hvor det med tiden kom til å vokse hittil ukjente trær i nord.[28] Frukttrær, kjøkkenhager og drivhus hadde ikke bare en terapeutisk, men også en økonomisk begrunnelse. Også griseholdet var viktig i så måte. Ved hjelp av grisene kunne en kvitte seg med skyller og få fint kjøtt igjen. På Østmarka inngår et grisehus også i verneplanen.

På 1950-tallet kom fortsatt mange pasienter fra miljøer dominert av primærnæringer, men denne

gruppen minket. Gårdsdriften ble svekket på asylene på 1970–80-tallet, og i dag er den som regel nedlagt eller utskilt. Fylkeskommuner og kommuner beholdt ofte jordbruket da staten overtok eierskapet i 2002, slik som på Rønvik, Valen og Dikemark. Noen få kompleks, slik som Østmarka, har beholdt bygningene som ofte har høy kulturhistorisk verdi og er viktige påminnelser om asylenes opprinnelige preg.

Adspredelsen

Arbeidet var ment som en adspredelse, men det fantes også forlystelser av annet slag. Ofte var det gudstjenester, og på Rotvoll i 1873 hadde "Herr Pastor Krogness´s Sangøvelser med de Syge af begge Kjønn". På Valen var det i 1927 en meget vellykket utflukt til Valøen med brenning av St. Hansbål. Man kokte kaffe og både pasienter og personalet ble bevertet med kaker, brus og vørterøl. Pasientene skal ha talt lenge om dette etterpå.[29] I A-avdelingene for menn på Gaustad var det piano og biljard i festsalen (det gamle biljardbordet ligger fortsatt på loftet).[30] På Eg hadde salongen i hovedbygningen scene og podium, og er i dag en del av verneplanen.

Kjeglebanene var faste elementer på 1800-tallsasylene, men det er få fysiske spor igjen fra dem i dag. På Gaustad ligger fortsatt arkitekt Schirmers kjeglehusbygning i sveitserstil fra 1865 i parken, men selve banen er borte. Tidligere skal det også ha vært en musikkpaviljong der.

Vannet

Ifølge Major burde asylet kunne nås både til lands og til vanns og var et viktig hensyn å ta ved lokalisering. Dette forsettet måtte han gi opp når det gjaldt Gaustad, og det var heller ikke mulig på innlandsasyl som Sanderud, Presteseter og Veum. Det er blitt sagt at lyset og vannet gjennomsyrer sinnssykepleiens historie.[31] Mens lyset som metafor stod for

Kjeglespill ble sett som en velegnet adspredelse for fornemme og velfungerende pasienter, og kjeglebaner fantes på flere asyl. Arkitekt Schirmers rikt dekorerte kjeglehusbygning på Gaustad er den siste resten av denne tradisjonen og et verdifullt kulturminne. Foto: Leif Maliks.

Badeavdelingen på Rotvoll museum. Langvarige bad var en vanlig terapiform mellom simpel innesperring og medisinering. Lokket på badekaret var opprinnelig fra Reitgjerdet, og skulle trolig forhindre både varmen og pasienten fra å fordunste.
Foto: Leif Maliks.

Det er i dag få spor igjen av alle de vannrelaterte virksomhetene ved de tradisjonelle asylene. Det gamle båthuset ved Eg sykehus er én av de få restene.
Foto: Leif Anker.

de vitenskapelige fremskrittene, og avsløringen av sjelens mørke, representerte vannet renselse, og var et nødvendig middel for å holde en alltid truende uorden borte.

Rikelig med vann var både en forutsetning for transport, rengjøring, drikkevann og alle de ulike typer bad som inngikk som essensielle deler av terapien. På Eg plasserte man sine "Styrtebadehuse" og "Kumbadehuse" ved Torridalselven. Prolongerte bad – det vil si svært langvarige – var ved århundreskiftet en av de viktigste behandlingsformene, og kunne vare i dagevis. I Tyskland var det ifølge Hans Evensen i 1906 sykehus som hadde erstattet sengene med badekar![32] Overlege Arnesen på Valen beklaget seg over at de ikke kunne gjennomføre "langbad" i ønskelig utstrekning fordi det var vanskelig å skaffe tilstrekkelig med varmt vann. De elektriske oppvarmerne fungerte ikke som planlagt.[33] Badene var nok ofte kjølige, og pasientene ikke like villige. Da kunne man legge et trelokk med hull for hodet over karet. Et slikt arrangement er bevart på Rotvoll. Med tanke på den store rolle vannkurene har spilt i psykiatriens historie helt frem til nylig, er det forbausende få rester igjen av slike innretninger. Også de gamle dampskipsbryggene og badehusene er i dag stort sett borte.

Med elektrisitetens inntog ble adgangen til vann enda viktigere og asyler som Rønvik, Blakstad, Dale, Valen og Opdøl hadde egne små kraftverk, gjerne med borgaktig arkitektur. Ved hjelp av disse kunne en drive de maskiner som var en slik hjelp i det daglige. Vaskeriet på Opdøl hadde for eksempel en motor på 6,5 hk. Grøtrøreren på kjøkkenet trengte 2,5 hk og fryserommet 5. Asylbygningen hadde 500 lyspærer. Valen fikk til og med elektrisk oppvarming da man hadde så rikelig adgang på vannkraft. Dikemarks velbevarte kraftverk i elva ved Verkensvannet er fortsatt i funksjon, og representerer i landsverneplanen alle de asylkraftverk som nå er borte eller avhendet.

"Vandklosettene" ble installert på Dale i 1913, automatisk virkende på sykeavdelingene, ellers almindelige. Arkitekten på Valen fikk ikke aksept for samme installasjon i 1911 – "av agronomiske hensyn", som det het. En måtte bære bøttene med torvstrø og "dejekta" gjennom trapper og ganger.[34] Avtredenes kulturhistorie på asylene er ikke et trivielt tema, men forteller om en teknologi som hele tiden prøvde å løpe om kapp med nye utfordringer. På noen av de tidlige asylene, slik som Gaustad og Rotvoll hadde man arrangementer med små vogner som gikk på skinner til en luke i veggen. Det er bevart én luke i et av karnappene på Gaustad som opprinnelig rommet et slikt klosett. Toalettene var risikable steder på asylene. Her kunne pasientene være uten oppsikt og gjøre tabubelagte ting – i verste fall ta livet av seg, slik så mange gjorde i de vann som asylene ofte sognet til. Sanderud presenterte i 1914 med saklig stolthet tegningene til en type "automatisk closet" hvor ingen deler var synlige eller tilgjengelige for pasientene.

Med spesielle typer vannlås søkte en stadig å forbedre teknologien. Dette er en verden som nå er vanskelig å identifisere etter gjentatte moderniseringer.[35]

Gjerdene

Alle de eldre asylene hadde et hierarki av ulike sperrer, i tillegg til den generelle inngjerdingen som omgav hele anlegget. I denne kunne det være en forseggjort smijernsgrind, slik som på Dikemark. Med økende trafikk og åpenhet er disse som regel blitt fjernet, men grinda fra Dikemark oppbevares på museet. På Eg er inngjerdingene beskrevet slik i 1881:

> *Stakiterne, der omgive Haverne omkring Sygeafdelingene, ere om Afdeling A og B aabne Lægtestakiter af 2.67 m. Høide om C lukket Stakit af 2.82 m. og om D af 3.14 m. Høide; de 2 sidste ere forsynede med Skraatage af bølgeformede, galvaniserede Jernplader.*[36]

Alle avdelinger skulle åpenbart sikres mot rømning, men det var bare plankegjerdene til avdelingene for urolige, C, og voldsomme, D, som skulle være tette. Formålet var da å stoppe kikkere. Det var likevel et tvetydig formål. I en rapport fra Presteseter 1914 hevder man at "staaltraadgjerderne omkring luftegaardene synes at bekræfte, at rømninger er i avtagen, naar de syke ikke hindres i utsyn." Produksjon av de mer moderne "Jerntraadnetgjærdene" kunne skje på selve sykehuset. Det var ikke små mengder det dreide seg om. På Dikemark var det til sammen 7 km gjerder hvorav drøyt 5 km *høye* gjerder (1,80–4 m), resten lave hagegjerder. Og de skulle vedlikeholdes: "Om vinteren ble gjerdene ødelagt av snø, om sommeren skulle de skrapes for rust og males."[37]

For mange var gjerdene selve bildet på asylet. Symbolikken i den gradvise fjerningen av dem i etterkrigstida var derfor betydelig. Slik slapp en også den visuelle likheten med fengslene – et trekk som

De tradisjonelle luftegårdene, med gjerder av varierende høyde og tetthet, hadde en stor symbolsk betydning og er nå nesten helt fjernet. Kvinnelig luftegård på Rønvik.
Foto: Nordland psykiatriske sykehus' bildesamling (Rønvik).

De høye steinmurene ved den ene luftegården for voldsomme og larmende pasienter på Gaustad står fortsatt, selv om paviljongene er revet.
Foto: Leif Maliks.

På 1920-tallet tilkom fem større bygninger på Gaustad, tegnet av Victor Nordan. Epidemiavdelingen fra 1927 var da den eneste enheten hvor menn og kvinner var under samme tak, men isolert innenfor bygningsstrukturen. Luftegården på nordsiden var omgitt av murer som fortsatt står, men en midtmur som skilte kjønnene er nå borte, sammen med en fløy som ble brukt i forbindelse med operasjoner. To viktige elementer her er de nokså nedslitte, men autentiske liggehallene for tubpasienter, en bygningstype som nå er svært sjelden.
Foto: Leif Anker.

reformlegene alltid oppfattet som brysomt. Major ønsket seg for eksempel ro; ”men Dette maa ikke og kan ikke oppnaes ved Mure og Grave men alene ved en eensom, isoleret Beliggenhed.”[38] I det perspektivet ligger det en viss ironi i at Gaustad, Majors livsverk, er det eneste stedet hvor deler av originalinngjerdingene er bevart, høye steinmurer ved D- og E-fløyene, lavere omkring de andre. Disse utgjør nå selvfølgelige deler av verneplanen. I dag er det bare avdelingene for særlig farlige pasienter som har de tradisjonelle luftegårdene. På lukkete avdelinger ellers må pasientene holde seg innendørs, ta røyken på en innkledd balkong, eller være skjermet i et atrium, en mye brukt planform i nyere psykiatriske anlegg.

Den totale institusjon – sykehussamfunnet

Sosiologen Erwin Goffman lanserte i 1961 begrepet ”totale institusjoner” for å beskrive miljøer hvor deltakerne lever et isolert liv i en felles, hierarkisk organisert struktur. Det klassiske asyl er et mønstergyldig eksempel. Riktignok ble ikke pasientene født her, og det var svært få barn på asylene, men ellers kunne mennesker tilbringe store deler av livet her. Da de kom hengte de av seg sin borgerlige status – klær og personlige eiendeler, som siden ble oppbevart på loftene. Verneplanen har noen gode eksempler fra Valen sykehus på slike mottaksinteriører hvor pasienten samtidig ble et nummer. Pasientene ble så vasket, eventuelt avluset, og fikk på seg asylets klær. På Rønviks vesle museum henger noen blå og noen gule kjoler som har vært brukt av kvinnene. Uniformene – for både de innsatte og de ansatte – utgjør enda en del av det fysiske landskap som nå er borte.

Velfungerende pasienter kunne arbeide, opprinnelig tenkt som terapi, men de var av og til også billig arbeidskraft. Asyllege Heyerdahl forteller i 1879 fra Christiansands asyl at arbeidet bestod ”i strikking av strømper, reparasjoner og til dels søm av asylets klær, dessuten vedhogst og litt hagearbeide.” Av produksjon for salg nevntes ”Drevplukning eller Skjæring af Pinder til Skraatobakkfabrikanterne, en Virksomhed af høist ubetydelig Værdi.”[39] Omfanget på de store asylene kunne være adskillig større, og i tillegg til leger og pleiere var det representert fagkyndige fra en rekke områder. Det tidligere mangfoldet av virksomheter og verksteder er det i dag få spor igjen av. Et helt kvartal med økonomibygninger på Dikemark utgjør kanskje det beste eksemplet på et bevart miljø i dag.

Troen på arbeidets velsignelser har hatt opp- og nedgangstider i psykiatrien. Mens den var sterk på Majors tid skal den ha blitt svakere ved århundreårsskiftet. På 1920-tallet ble den såkalte aktive terapien fra sykehuset Gütersloh i Nordtyskland en inspirasjonskilde som fikk sterkt gjennomslag på blant annet Lierasylet. Arbeidsterapien var på mange måter tilpasset et eldre samfunn med vekt på jordbruk og

Det var mange som ble igjen for resten av livet på de gamle asylene og også døde der. Bårehuset fra 1919 på Østmarka ble frem til 1960-tallet benyttet både som obduksjonsrom og såkalt ”likkapell”.
Foto: Leif Maliks.

håndverk som veving og bokbinderi. Det fantes også leger som ugjerne så at deres institusjon ble betraktet som en arbeidsanstalt. På 1950-tallet oppstod en ny yrkesgruppe med egen utdanning, ergoterapeutene, men med en likeartet tro på arbeidets velsignelse som 1800-tallets reformatorer.[40] Egne bygninger ble også gradvis oppført på 1960–70-tallet, gjerne under navnet Aktivitetshus, eller Velferdsbygg. I mange tilfeller stod de ferdig omtrent samtidig med at de psykiatriske sykehusene ble krevd nedlagt. Da hadde også nye aspekter, som sosial- og miljøterapi, som på mange måter sprengte den totale institusjonens rammer kommet i fokus. Nå skulle også lokalbefolkningen i distriktene inviteres til kultur- og fritidsaktiviteter, som det het da Presteseter innviet sitt nye bygg i 1980.

Psykiske lidelser er ingen garanti for fravær av fysiske, tvert imot. Behovet for egne tuberkulosebygninger var for eksempel stort på asylene. En undersøkelse på Rønvik i 1923 viste at 10 % av belegget hadde tuberkulose.[41] Her ble det oppført en egen kombinert lasarett-/tuberkulosebygning i 1926. En lignende bygning, Epidemiavdelingen, ble oppført på Gaustad året etter. Denne har de opprinnelige liggehallene bevart, noe som er svært uvanlig. Derimot ble den enkle operasjonsstuen hvor man utførte lobotomioperasjoner revet for få år siden.

Ingen var i tvil om hvem som stod på toppen av næringskjeden på asylet – overlegen. Konrad Lunde på Valen er blitt beskrevet som ”en slags føydalherre i bygda, autoritær og bestemt” og Harald Holm på Dikemark som en representant for ”det opplyste enevelde”.[42] Legen var langt frem i tid, sammen med forvalteren, den eneste som hadde egen bolig på asylområdet, som regel i en forseggjort villa. Å være asyllege var en krevende oppgave. Dr. Arnesen på Valen beklagde seg i 1911 over arbeidsbelastningen: Av ”spændingen jeg gikk i, blev jeg rent overarbeidet og nervøs, saa jeg ennu ikke er kommen i orden.”[43] Han hadde da i et kvartal vært ensom lege på et sykehus med 180 pasienter, hvorav 46 nyankomne tilfeller, de fleste akutte.

Én av legenes oppgaver var å obdusere og asylene hadde et likhus med obduksjonsrom litt i periferien. I

Gravlunden på Valen sjukehus fra 1911 er med sine mange anonyme pasientgraver, markert med nummererte steinplater lagt ned i plenen, blitt noe av et symbol for avpersonifiseringen på de store psykiatriske sykehusene.
Foto: Reidar Handeland.

asylenes årsrapporter er disse obduksjonene utførlig beskrevet, av og til under overskriften ”sykehistorier”, og er ofte vel så mye av kulturhistorisk som av medisinsk interesse. Legene skulle under primitive forhold, ofte uten elektrisk lys eller innlagt vann, dissekere personer de hadde hatt kontakt med i årevis. Hjernene skulle kanskje sendes til patologisk anatomisk institutt. Legen skulle endelig skrive en detaljert rapport, og hvis han var ambisiøs kanskje en artikkel om tilfellet for *Magasin for Lægevidenskapen*. I landsverneplanen er det forslått vernet tre såkalte likkapell – Gaustad og Østmarka som begge er av høy arkitektonisk verdi, og Lier som har et godt bevart interiør. På flere av asylene ble det også bedrevet mer systematisk forskning og i verneplanen er dr. Gjessings særpregede laboratorium på Dikemark fremhevet som et kulturminne av svært høy verdi.

Å bli jordfestet på en institusjonsgravplass, under en stein uten innskrift, slik som på Valen, fremstår som et bilde på den perfekte totale institusjon. Spørsmålet om såkalte hjelpekirkegårder på asylene var ikke ukontroversielt og i Nordland bølget striden frem og tilbake mellom 1903 og 1917 om hvorvidt Rønvik burde ha en egen gravplass. Direktør Dahle protesterte: En slik ordning ville også etter døden plassere de sinnssyke i en slags pariakaste og kunne skremme pasientene og virke sårende for de pårørende.[44] Jubileumsbøkene er ellers forbausende tause om temaet gravlegging: Hva skjedde faktisk med de døde? Hvorfor fellesgraver, og hvorfor anonymisering? Ved Ris kirke, som Gaustad sogner til, har fellesgraven for 49 anonyme pasienter, gravlagt i perioden 1965–89, blitt et symbolsted for storsamfunnets overgrep.[45] Temaet er uutforsket, men Valen kirkegard er et verdifullt kulturminne og et selvsagt element i landsverneplanen.

Klinikken

I *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, årgang 1869, refererte psykiateren Ludvig Dahl fra en ”heftig strid” mellom tyske sinnssykeleger om anstaltenes videre utvikling. En lege ved navn Griesinger hadde foreslått en omorganisering med bakgrunn i at færre pasienter enn tidligere antatt var mulige å helbrede, og at behovet for særskilte anstalter derfor presset seg frem. Det kontroversielle var at Griesinger ville ha en tredje kategori, det som ble kalt ”Stadtasyl”, uten den omfattende overbygningen som de landsens asyler hadde. Her skulle det ikke være et stort jordbruk, men en ”liden vennlig og skyggefuld Have”, ingen verksteder, kirker, turnanstalter, kjeglebaner og selskapssaler. Det skulle være et lite anlegg, 80–150 plasser, og bygningene skulle se ut som alminnelige privathus, uten ”haller og buegange.” Det manglet ikke på innvendninger. Noen så forslaget som et forsøk på gjenoppliving av byenes gamle ”galehus”,

Psykiatrien og kunsten har ofte hatt en nær relasjon. Flere institusjoner har også verdifull bildekunst som knytter an til virksomheten – og til og med til bygningen, slik som her på Vinderenklinikken.
Malt av en ukjent pasient og kunstner.
Foto: Leif Maliks.

og alle reagerte på at det ikke skulle bygges en egen direktørbolig! Vi kan kalle debatten den psykiatriske klinikkens fødsel.

I Norge hadde man hatt såkalte *optagelsesstationer* i de store byene, på Ullevål den 4de avdeling. Det fortsatte også etter klinikkenes inntog.[46] I hovedbygningen på sykehuset i Trondheim var det innredet en hel kjellerfløy med blant annet en såkalt "putecelle". Den første formålsbygde klinikken kom på Ullevål i 1915, og ble utvidet i 1921. At pasientene nå ble lagt inn på et vanlig sykehus, kan ses som et forsøk på en normalisering av de psykiske lidelser. De somatiske sykehusene hadde da i lang tid gjennomgått en statusheving, mens utviklingen for asylene var gått motsatt vei. Det var heller ikke nok at man i psykiatriens bygninger søkte å imitere somatikken med vaktsaler, hvitmalte senger og navneskifte fra asyl til sykehus.

Vinderenklinikken oppstod ut ifra behovet for å ha en frittstående institusjon for undervisning og forskning. En slik klinikk hadde vært planlagt på Rikshospitalet siden 1870-tallet, men ikke blitt realisert. Undervisningen hadde så langt foregått på Gaustad – som også måtte avstå grunn til klinikken på Vinderen. Et par store malerier i trappehuset, lagd av en pasient, fanger den nye institusjonens selvbilde. På det første maleriet ankommer en tydelig nedslått familie hovedinngangen på klinikken, geleidet av en sykepleierske. På det andre forlater den lykkelig kurerte pasient og hans familie bygningen. Vinderen er den mest kjente blant landets klinikker, og har spilt en betydelig rolle i norsk kulturhistorie. Her møttes psykiateren Gabriel Langfeldt og Knut Hamsun etter krigen. Hamsun, som hadde bragt "det ubevisste sjeleliv" inn i litteraturen, men også "sviktet sitt land", ble satt på isolat og gjort til gjenstand for vitenskapelig analyse.[47]

Arkitekturen på Ullevåls klinikk var tilpasset de tidligere bygningene på området; med rød og gul forblendingsstein. Vinderen var oppført i en type arkitektur liknende den som arkitekt Biong samtidig benyttet på Gaustad: Store komplekser hvor volumene var brutt ned for å gi en mindre truende virkning. Overlege Evensen som ellers ikke var noen tilhenger av pynt, hadde avvist Biongs første utkast til Vinderenklinikken som altfor dystert og asylmessig og fikk lagd en ny tegning i "paléstil". Logisk nok for en universitetsklinikk fikk hovedinngangen søyler og tempelfront. Disse bygningene er verdifulle deler av landsverneplanen, og det er også foreslått vern av fast billedkunst i noen av institusjonsbygningene. Klinikken på Ullevål har for eksempel fresker som tematiserer sinnets irrganger utført av de såkalte freskobrødrene, noen av tidens fremste norske kunstnere.

Tiden etter krigen

Gjenreisingen av psykiatrien

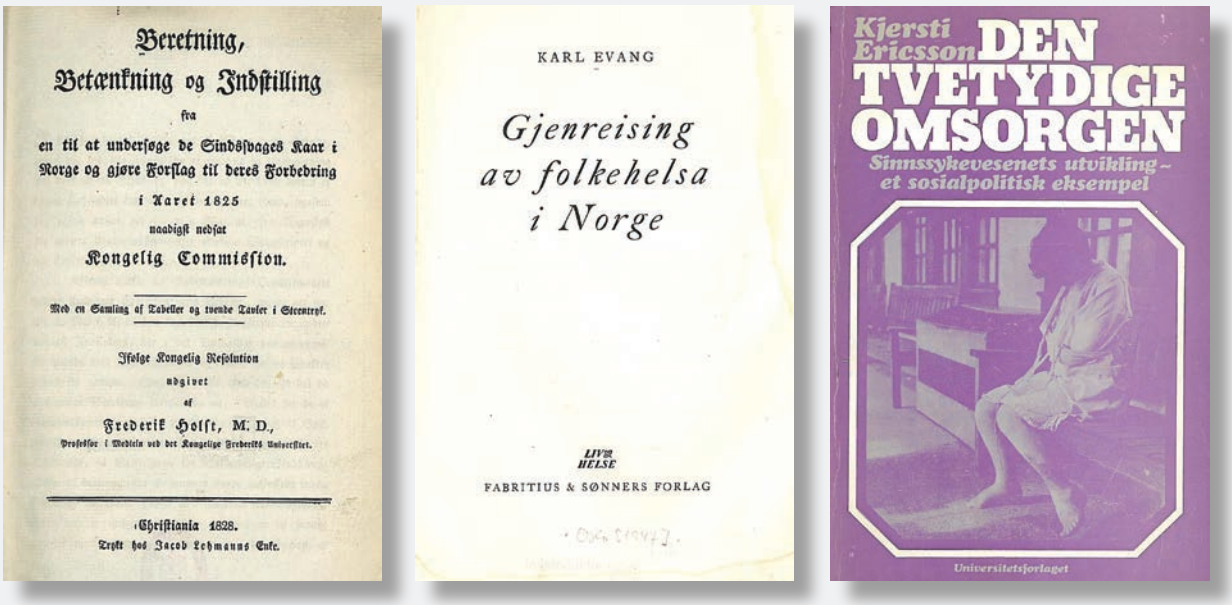
Psykiatriens norske institusjonshistorie har to enestående programerklæringer. Den første er Holst-kommisjonens beskjedne trykksak fra 1828 på 139 små sider og noen tabeller. Den andre er Karl Evangs *Gjenreising av folkehelsa i Norge* fra 1946, på bare 99 sider. Mens boka til Holst henvendte seg til departement, regjering og Storting, søkte Evangs bok å gi "en populær fremstilling". Han formidlet et budskap om en langt mer aktiv stat i fremtiden.

Evang oppsummerte de materielle tapene etter krigen som svært store, særlig i nord. Han kunne også ha nevnt den betydelige slitasjen på asylene i løpet av krigsårene. Rønvik og Østmarka var overtatt av okkupasjonsmakten og framstod i en begredelig tilstand. Det verste, ifølge Evang, var likevel det voldsomme psykiske presset som lå i å leve med dødsfienden som herre i eget hus. Mange var sinnsmessig opprevet, andre var syke, og det trengtes et omfattende mentalhygienisk arbeid for å rette opp den nedbrytningen som hadde funnet sted.[48] Behovet var 3000–4000 nye senger for sinnslidende, 3000 plasser for åndssvake, og en del mindre spesialanstalter.[49]

Målsetningen for de sinnslidende ble ikke helt oppnådd på asylene. Det var bara ca. 1000 flere plasser i 1960 enn i 1940. Derimot økte overbelegget kraftig og nådde 25 % i 1950, og uten at pleiertettheten økte vesentlig. En pleier fra Blakstad fortalte fra 1950-tallet at når én pleier var alene med 100 pasienter, var de fleste belter i bruk.[50]

Fortettingen på asylene

I landsverneplanen inngår noen eksempler på fortetting på asylene i etterkrigstiden – anlegg som gjerne var foreldet før innvielsen. På Rønvik stod det i 1959 ferdig to nye sykefløyer med 200 plasser. Som på 1930-tallet hadde man gått opp i høyden, til tre etasjer, ellers hadde man søkt å tilpasse seg det eldre



Tre norske publikasjoner, fra 1828, 1947 og 1974, som tematiserer pleien av de psykisk syke, og som alle kan betegnes som karakteristiske representanter for sin tid.

anlegget med skifertak og bruk av marmor i fasadene. Forbildet for organiseringen av avdelingene var det mye beundrede svenske asylet Sidsjön fra 1943, tegnet av funkisarkitekten Hakon Ahlberg. Rasjonaliteten var i høysetet og det gamle klassiske vaktsalsprinsippet, hvor mange pasienter kunne overvåkes av et fåtall pleiere, var her blitt modernisert med åpne saler mot en sentral korridor.[51] Nevroleptika gjorde på 1960-tallet dette organiseringsprinsippet overflødig, og vaktsalene ble snart oppfattet som avpersonifiserte og nedverdigende.

Konvertering av tuberkuloseasylene

Løsningen på plassmangelen lå blant annet i tuberkulosens tilbakegang. På 1950-tallet ble en rekke tidligere tuberkulosehjem omgjort til pleiehjem for sinnssyke. Jonatunet i Hordaland startet som tuberkulosehjem i 1933 og ble psykiatrisk pleiehjem i 1957. Namdals helseheim fra 1926 – hvor forfatteren Dag Skogheim lå og kjempet for livet under krigen – opprettholdt aktiviteten helt til 1967 før det ble overtatt av psykiatrien. Begge inngår i landsverneplanen og er gode eksempler på en karakteristisk gjenbruk av institusjonsbygg.

De mindre pleiehjemmene

Man bygde dessuten fra midten av 1950-tallet en rekke mindre pleiehjem (fra 1965 kalt sykehjem).[52] Disse kunne være privateide, en slags fortsettelse av de gamle privatkoloniene, eller arvtakere etter eldre kommunale omsorgsinstitusjoner. Ofte hadde de en isolert plassering, noe som ble oppfattet som en fordel. Forgjengeren til dagens Kolstad DPS i Sarpsborg kommune var blitt opprettet som Tune fattighjem i 1887 og konvertert til pleiehjem i 1923. Frem til 1925 synes det å ha vært belagt med en blanding av fattige, eldre, barn, åndssvake og sinnssyke – typiske trekk ved tidens sosiale institusjoner. Den første bygningen til dagens DPS stod ferdig 1966 og er med i landsverneplanen som representant for datidens formålsbygde småinstitusjoner. Det består av en toetasjes (sokkel) murbygning med slakt tak, hovedetasje og sokkeletasje. Hovedetasjen har midtkorridor med beboelsesrom mot syd (32 senger + isolat) og utsikten, fordelt på 1-, 2-, 3- og 6-sengsrom. På nordsiden ligger inngangen, vaktrom, behandlingsrom og bad. Sokkelen rommer kjøkken, spiserom og arbeidsrom – på originaltegningene også et kapell. Fasadene er enkle med murforblending i hovedetasjen, hvitmalt sokkel, teakdører og -vinduer. Byggherren var åpenbart stolt av sitt verk: fylkeskommunens våpen troner som

dekorativt element i balkongenes smijernsrekkverk. Som arkitektur er bygningen tidstypisk og preget av etterkrigstidens enkle pragmatisme.

To nye, større institusjoner – Åsgård og Tronvik

Evang tilkjennegav noe overraskende at det skulle bygges et stort sinnssykehus for Nord-Norge i Tromsø. Han gav ellers i boka si uttrykk for skepsis til anstalter som "kunstige miljøer": Forebygging skulle være i fokus. Evang gav her uttrykk for en ideologi som gradvis skulle erobre etterkrigssamfunnet. Nazismen skyldtes "skakkjørte sinn"; mange barn hadde vært "åndelig mishandlet av sine foreldre". Gode arbeidsvaner og en "harmonisk livsholdning" var viktigere bagasje fra skolen enn gode kunnskaper.[53]

Stortinget hadde godkjent etableringen av et nytt statsasyl i Troms allerede i 1924, men planene ble lagt til side. Åsgård psykiatriske sykehus kunne åpne for drift først i 1961. Evang hadde sett for seg at de psykiatriske sykehusene skulle samlokaliseres med de somatiske. Etter en del forsøk ble denne idéen gitt opp i Tromsø allerede i 1952. Derimot ble det et sykehus som kom til å behandle alt "fra de alvorligste psykoser til de letteste nevroseformer". Man hadde altså inkludert en klinikk i virksomheten, noe Rønvik i 1948 hadde introdusert blant de psykiatriske sykehusene.

Psykiatriske klinikker og sanatorier for nervøse var nært knyttet til forebygging og blant Evangs prioriterte institusjoner. Det var likevel mye på Åsgård som minte om de gamle asylene. Det var delt symmetrisk i en kvinne- og mannsdel, det var tilknyttet et jordbruk og bygningene var forbundet med lange overdekkete ganger. Slik som på Rønvik var det også her Sidsjön som var forbildet – sykehusplanlegging tar lang tid. De mest karakteristiske interiørene er imidlertid borte i dag.

En forskjell fra de gamle asylene var at man nå bygde personalboliger parallelt med sykehuset. Kampen for bedre pleierboliger hadde pågått siden begynnelsen på 1920-tallet, men fikk fullt gjennomslag på sykehusene først på slutten av 1950-tallet.

"Ikkje asyl, men karakterskapande heim" stod det med store typer på førstesiden av Sogn Folkeblad 21. april 1956. Tronvik skulle være en liten (ca. 90 senger) og åpen institusjon etter mønster av det svenske "vårdhem-systemet". Valget var en dyd av nødvendighet, man hadde ikke råd å bygge et asyl, hevdet pådriveren bak det hele, fylkeslege Blauw. Det som stadig ble fremhevet som særpreget ved Tronvik var fraværet av gjerder. Tronvik skulle være en gjennomgangsstasjon fra eller til asyl. Målgruppen var ikke de vanskeligste, men heller ikke de som like godt kunne være i privat pleie. "Karakteren av heim" mistet nok anlegget ganske fort. På 1970-tallet var det 180 pasienter. Men kanskje Tronvik gjenerobret det ønskelige preget i senere tid – på 1990-tallet var belegget bare ca. halvparten av det opprinnelige. Bygningsmassen er preget av hus både fra 1950- og 1960-tallet, og med det gjengse terapibygget fra 1980. Begge sykehusene, og noen boliger fra Åsgård, er tatt med i verneplanen.

Åsgård fra begynnelsen av 1960-tallet, tegnet av Ketil Ugland og Hans P. Thorne, kan både ses som det siste asylet og som det første moderne psykiatriske sykehuset. Det var også første gang at separate pleierboliger (bildet over) var med fra begynnelsen da et større psykiatrianlegg ble reist. Foto over: Olav Austlid, Troms fylkeskommune. Foto t.v.: Ukjent. Utlånt av Anders Olsen, UNN.

Barneinstitusjonene

Egne institusjoner for barnepsykiatri fantes så å si ikke i første halvdel av 1900-tallet. Det som fantes lå innenfor "abnormskolevæsenet", eller som verneskoler, og var underlagt Kirkedepartementet. Dette gjaldt til og med en virksomhet som pleiehjemmet på Emma Hjorth. Etter krigen tok imidlertid legene over for pedagogene og man fikk treenigheten "sinnssyke, åndssvake, epileptikere",[54] administrativt underlagt Sosialdepartementet.

Evang nevnte en rekke tiltak i *Gjenreising av folkehelsa* som særlig gjaldt barn. Det skulle etableres psykiatriske stasjoner ved sentralsykehusene for rådgiving vedrørende karaktervansker, men disse skulle også kunne legge inn barna. Skolepsykiaterordningen skulle bygges ut. Egen assistanse skulle gis til vergeråd og skolehjem, og egne isolasjonshjem opprettes for særlig vanskelige, psykopatiske vergerådsgutter og vergerådspiker. Og man trengte et sentralt barnepsykiatrisk institutt. De fleste idéene ble realisert.

Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri ble etablert på Sogn på 1960-tallet, i nærheten av både Gaustad og Vinderen. Anlegget er representativt for tidens tenkning når det gjaldt psykiatri, men også som arkitektur. Et observasjonshjem for "særlig vanskelige piker og gutter" (10 av hver) var det første som ble bygd sammen med en skolebygning. Anlegget skulle bli en pioner i utviklingen av moderne metoder og institusjoner i kjølvannet av Lov om psykisk helsevern fra 1961, og der fantes også rom for forskning. Deretter fulgte et byggetrinn som bestod av to enetasjes boligpaviljonger (med gitter foran vinduene), og en toetasjes vinkelbygning, alle med tidstypiske flate tak og forblendet med rød murstein, spredt i et plenlandskap. I den videre utbyggingen for ungdomspsykiatrien, og for en annen av tidens nyvinninger – familieterapien, ble det enhetlige preget opprettholdt. Statens senter er et verdifullt kulturminne og speiler – sammen med alternativinstitusjonen Nic Waals institutt fra 1968 – utviklingen innenfor barnepsykiatrien.

Bjerketun i Bærum har hatt en svært sammensatt institusjonshistorie siden oppstarten som lærerseminar i 1839, med bygninger tegnet av ark. Chr. H. Grosch. Historien på 1900-tallet har særlig vært knyttet til såkalt mistilpassete jenter, og stedet var gjenstand for en av etterkrigstidens største barnevernsskandaler.
Foto: Utlånt av Sykehuset Asker og Bærum HF.

Kritikken mot barne- og ungdomsinstitusjonene

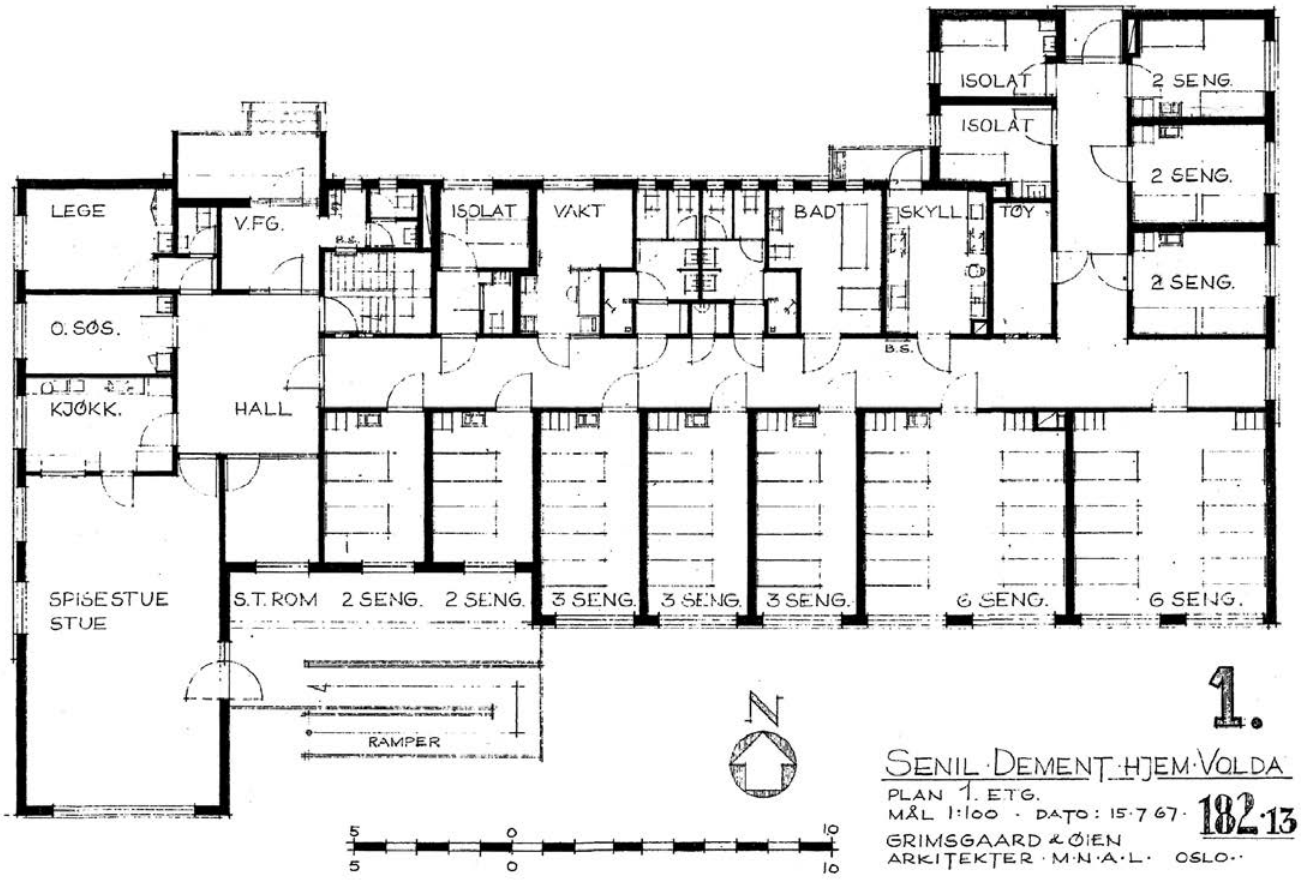
Barnverneinstitusjonene er sporadisk blitt utsatt for kraftig kritikk i hele etterkrigstiden. Landsverneplanen har også med noen representanter fra denne kategorien. Selv om en lite flatterende historie ikke er noe selvstendig utvalgskriterium, er det viktig at det offentliges overgrep blir belyst, og at grupper som har vært utelatt i historieskrivingen er representert. Bjerketun startet som Asker seminar i 1843, med bygninger tegnet av Grosch, men kom fra begynnelsen av 1900-tallet til å romme en lang rekke institusjoner som i hovedsak rettet seg mot jenter, såkalt "uartige piker". Bjerketun i etterkrigstiden var en del av Evangs utbygging, bundet av et stortingsvedtak om modernisering i 1950. Her ble "barnevernets mest omfattende institusjonsskandale gjennom etterkrigstiden" utløst i 1960 med omfattende avisdebatt om det harde behandlingsregimet og den manglende rettssikkerheten.[55] Senere har psykologen Kjersti Ericsson i en bok tatt Bjerketun som eksempel på kontrollen av jenter på 1950-tallet.

Kroneksemplet på manglende rettssikkerhet i senere tids debatt har ellers vært taterne. Askviknes i Os kommune er i dag distriktspsykiatrisk senter, men startet opp som barnehjem for taterbarn i 1900. Hjemmet ble finansiert av staten, men drevet av Norsk Misjon blant hjemløse, og er et eksempel på statlig assimileringspolitikk overfor det som i dag er én av de nasjonale minoriteter.

De eldre

For en senere generasjon, med angst for eldrebølgen, var Evang påfallende taus om de eldres situasjon i boka. Han ombestemte seg kanskje og i 1948 holdt han en appell og oppfordret til engasjement i eldres helse, noe som skal ha vært utgangspunktet for Norsk gerontologisk selskap. På 1950-tallet foreslo han å bruke en donasjon fra millionæren Edwin Ruud til å bygge et geriatrisk sykehus.[56] I dag har drøyt 50 000 nordmenn aldersdemens, og antallet forventes å øke med 30–40 %. På asylene hadde "demente" alltid eksistert som kategori, og gruppens tallmessige økning var trolig en viktig årsak til asylveksten ved århundreskiftet. Det er likevel først på 1950-tallet at en begynner å oppføre egne bygninger rettet mot eldre.

Plantegning av Kløvertunet i Volda. Egne bygninger for senil demente var et nytt element i etterkrigstiden. Kløvertunet fra 1967 var tegnet for 34 pasienter av Ø.H. Grimsgaard, en en av tidens fremste sykehusarkitekter, og planen er trolig representativ for den standard en da kunne forvente seg på en nyoppført institusjon.



Ved Østmarka sykehus tok man i 1963 i bruk en ny geriatrisk avdeling (tidligere *senilavdeling*), i Adresseavisen kalt et "pionerarbeid". I 1967 stod et lignende anlegg ferdig i Volda – Kløvertunet. Volda sanitetslag hadde opprinnelig drevet en tuberkuloseheim, men ble i 1963 bedt om å etablere et anlegg for senil demente i forbindelse med det lokale sykehuset. Begge avdelingene fremtrer som likeartede strukturer: Langstrakte, toetasjes bygninger med flatt tak, hvor den underste etasjen er en sokkel med tekniske rom og terapirom. På Østmarka opprettholdt man en tradisjonell løsning i beboelsesetasjen, med en kvinne- og mannsside, men med mulighet for å møtes midt på. På Kløvertunet var det ingen klar oppdeling, og stuen lå i den ene enden av bygningen. Rommene var 2-, 3- og 6-sengs, med et par isolater i tillegg. Ingen av bygningene hadde heis. Både Østmarka og Kløvertunet er i verneplanen fremhevet som representanter for en ny institusjonstype.

Rettspsykiatrien

Det viktigste utgangspunktet for våre tidligste "psykiatriske" institusjoner, dårekistene, var trolig at noen ble oppfattet som både syke og farlige. Tjenestepiken Birthe Jonsdatter som hadde drept et barn i den familien hun tjente hos, ble også foranledningen til at myndighetene i 1735 ble stående som øverste ansvarshavende for "sikringspsykiatrien". "Sindsyge Forbrydere og forbryderske Sindssyge" ble likevel ikke oppfattet som en egnet pasientgruppe for de nyetablerte asylene i annen halvdel av 1800-tallet. Kriminalasylet i Trondheim, en tidligere straffeanstalt, fikk i 1895 det midlertidige ansvaret for denne gruppen. Pleieanstalten for spedalske i samme by, Reitgjerdet (nå Brøset), fikk i 1880 en egen avdeling for sinnssyke spedalske. Dette gjorde det kanskje naturlig å omorganisere Reitgjerdet til et "asyl for særlig vanskelige og farlige sinnssyke" i 1919, etter at antallet spedalske var gått sterkt tilbake.[57] Kriminalasylet ble likevel brukt helt frem til 1961 da et nybygg stod ferdig på Reitgjerdet. Dette bygget har til dels autentiske interiører og er tatt med i landsverneplanen som en god representant for denne spesielle gren av psykiatrien.

Den tvetydige omsorgen

På 1950-tallet ble asylene studieobjekt for mange sosialpsykologisk orienterte forskere, særlig i USA – og man var til dels svært kritisk. I 1961, samtidig med at Norges siste store psykiatriske sykehus Åsgård tok imot sine første pasienter, fikk en ung fransk forsker ved navn Michel Foucault godkjent sin doktoravhandling om *Galskapens historie*. Foucault skulle komme til å ha stor innflytelse på senere fortolkninger av helseinstitusjonenes historie, og ikke minst om det fysiske rammeverk. Samme år gav også den amerikanske sosiologen Erwin Goffman, enda én av kritikerne, ut boka *Asylums*. Her ble begrepet "totale institusjoner" lansert, og det ble raskt plukket opp også blant norske forskere. Blant disse var yngvar Løchen som på slutten av 1960-tallet arbeidet med en avhandling fra Dikemark: *Idealer og realiteter på et psykiatrisk sykehus*, og signaliserte en klar identifikasjon med "avvikerne".[58]

På 1960-tallet innledet bevegelsen Demokratisk psykiatri i Italia sin kamp for åpning, nedbygging og desentralisering av de psykiatriske institusjonene. Omveltningene ble nært fulgt av en del norske institusjoner, blant annet Åsgård som, stimulert av signalene fra USA og Italia, omorganiserte virksomheten i 1972.

Kriminelle og farlige sinnssyke var ofte en problematisk gruppe på de tradisjonelle asylene. Det første formålsbygde anlegget for denne kategorien pasienter stod ferdig på Reitgjerdet (i dag Brøset) i 1961, og var tegnet av ark. Roar Tønseth. Noen av de opprinnelige vaktsalene, som av overvåkingshensyn hadde utstrakt bruk av glass mellom korridor og saler, er fortsatt bevart.
Foto: Leif Maliks.

Da falt for eksempel skillet mellom kjønnene og alle avdelinger ble organisert for å kunne ta pasienter av begge kjønn.[59] Et viktig innlegg på norsk grunn var Kjersti Ericssons bok *Den tvetydige omsorgen* fra 1974 som gav en samlet oversikt over sinnssykevesenets fremvekst – som ifølge henne alltid hadde hatt to sider: en undertrykkende og en terapeutisk. Bildet av de psykiatriske sykehusene som preget av maktmisbruk syntes å bli bekreftet året etter da suksessfilmen *Gjøkereiret* trakk frem historien om lobotomien i dagslyset.

Psykiatriens nye bygningslandskap

Fra 1970-tallet gikk plasstallet på de psykiatriske sykehusene ned etter kritikk fra progressive og med støtte fra helsebyråkrater som ville spare penger.[60] Normalisering var stikkordet. Man ønsket mindre og desentraliserte enheter, eller aller helst at pasientene kunne klare seg med tilpassete bo- og arbeidstilbud – på sett og vis et slags forsøk å gjenskape primærnæringenes sosiale verden med kunstige midler. Når Elling i Ingvar Ambjørnsens bøker blir flyttet fra en fiktiv institusjon til egen leilighet, er denne trenden gitt litterær form.

Desentraliseringen gikk i to ledd. Innledningsvis kom utbygging av tilbud knyttet til fylkessykehusene. Senere, med Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, fulgte en etablering av distriktspsykiatriske sentre (DPS) i kommunene. I landsverneplanen er den psykiatriske enheten ved Levanger sykehus fra 1980 valgt ut som representant for den første fasen. Intensjonen om desentraliserte enheter, og et ønske om å unngå institusjonspreg, er her søkt realisert ved seks paviljonger – og hvor det autonome er poengtert med pyramidetak. Arkitekturen er tidstypisk, men kvaliteten uvanlig høy. Preget av institusjon skinner likevel igjennom i de overdekkete forbindelsesgangene. Flere av paviljongene er også separate bare i eksteriøret, mens interiøret flyter over i nabohuset.

Nye veksthuset på Gaustad, tegnet av Erling Kjeldset, stod ferdig i 1992, og er et særpreget eksempel på samspillet mellom en terapeutisk retning med interesse for institusjonens fysiske form og en arkitekt som til fulle benytter seg av postmodernismens formverden. Bildet viser fellesrommet som er anleggets arkitektoniske og funksjonelle hjerte.
Foto: Leif Anker.

I den andre fasen er anleggene preget av en ny vilje fra det offentlige til å satse på arkitektur og design – Rikshospitalet fra 1999 var flaggskipet for denne trenden i helsesektoren. Her er mange verdifulle anlegg, men de er fortsatt nære i tid og derfor vanskelige å vurdere. I et særpreget samisk kulturmiljø i Karasjok, med bygninger fra 1950-tallet og til i dag, har vi likevel også fremhevet nyere bygninger som arkitektonisk forholder seg til en lokal form- og fargeverden.

Rusinstitusjonene

I etterkrigstida stiller nye diagnoser og pasientgrupper nye krav til helsevesenet. I *Ung frue forsvunnet* fra 1953 tematiseres stoffmisbruk for kanskje første gang i norsk film. Problemet var tidligere vanligst blant personer med adgang til legemidler – hovedpersonen i filmen var også apotekansatt – og da Statens klinikk for narkomane på Hov i Land åpnet i 1961 var helsepersonell en viktig målgruppe. Narkotika er som kjent blitt et adskillig større problem senere og en rekke ulike behandlingsformer er vokst frem. Til landsverneplanen er det valgt ut et formålsbygd rusanlegg fra 1992, Veksthuset på Gaustad. Dette er representant for de terapeutiske samfunnene som vokste frem i psykiatrien i etterkrigstida, og arkitekturen speiler både tidens postmoderne stilidealer og behandlingsfilosofien.

Noter

1 Fra bladet Psykisk helse, 6-2004. Sykehuset var Opdøl (nå Hjellset), opprettet i 1913 av Møre og Romsdal amt.
2 Holst 1828. Begrepet "nasjonale strateger" er hentet fra Rune Slagstads bok fra 1998.
3 Holst 1828: 11.
4 Wedel Major, her sitert fra Winge 1917: 65.
5 Major. Sitert fra Winge 1917: 71.
6 Winge 1917: 193. Ifølge Winge var dette i 1888 (da var kommunal tomt allerede innkjøpt).
7 Holst 1828: 11.
8 Winge 1917: 3. bind: 78.
9 Holst 1828: 104.
10 N.O.S 1881: 66.
11 Evensen 1912: 24.
12 Winge 1916: 77–79.
13 Skålevåg 2002: 58. Begrepet "moralsk karriere" (moral career) er hentet fra Erwin Goffman.
14 Winge 1917: 79.
15 Rasmus Fog, "Sct Hans hospital – træk af det ældste danske psykiatriske hospitals historie (1995)".
16 Om koloniasylene: jf Nordan 1908; Evensen 1912 og Skålevåg 2002.
17 Evensen 1912: 19.
18 Evensen 1907: 26 og 1912: 23.
19 Austad 1956: 73.
20 Winge 1917: 78.
21 Åman 1976: 56–58
22 Jf Åse Torvanger i Seip (red.) 2001: 209.
23 Ambjørnsen 1981: 42.
24 Fygle 2002: 26.
25 Winge 1917: 3. bind: 74 og 112.
26 yanni 2007: 9.
27 Aftenposten 6. april 2008: 9.
28 Fygle 2002: 192.
29 N.O.S. 1927: 40.
30 Austad 1956: 65.
31 Jönsson 1998: 225.
32 Evensen 1903: 21.
33 N.O.S 1911: 64.
34 N.O.S 1911.57/67.
35 N.O.S 1914: 84 og Jönsson 1998: 229.
36 N.O.S 1881: 72.
37 Mamen 1955: 64.
38 Winge 1917: 77.
39 N.O.S 1879: 28.
40 Mamen 1999: 202.
41 Fygle 2002: 103.
42 Kringlen 2007: 116.
43 Arnesen N.O.S 1911: 51–69.
44 Fygle 2002: 71.
45 Folkevett nr. 4-2005 går langt i å antyde at det er "lobotomiofre og taterjenter".
46 Evensen 1912: 24.
47 Thorkild Hansen. *Prosessen mot Hamsun*, 1978.
48 Evang 1947: 10, 71.
49 Evang 1947: 32.
50 Mamen 1999: 132.
51 Fygle 2002: 164 og Eivergård 1993: 32.
52 Kringlen 2007: 275.
53 Evang 1947: 74.
54 Simonsen 2000: 395.
55 NOU. Barnehjem og spesialskoler under lupen, 2004: 43. Institusjonen er beskrevet i boka *Bjerketun* [..] (1967) av psykologen Gori Gunvald.
56 Tidsskrift for Norsk lægeforening, nr. 1. 2006.
57 Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus 1980: 14.
58 Løchen, y. 1970: 35.
59 Jubileumshefte for Åsgård sykehus 1986: 25.
60 Kringlen 2007: 467.

Litteratur

Ambjørnsen, Ingvar. *23-salen: roman*. Hølen, Forfatterforlaget. 1981.
Austad, Anne-Kirsten og Ødegård, Ørnulv. *Gaustad sykehus gjennom hundre år*. Oslo, 1956.
Eivergård, Mikael og Jönson, Lars-Eric. *Sidsjöns sjukhus 1943–1993*. 1993.
Ericsson, Kjersti. *Den tvetydige omsorgen: Sinnssykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Oslo, Universitetsforlaget 1974.
Evang, Karl. *Gjenreising av folkehelsa i Norge*. Oslo, Liv i helse Fabritius 1947.
Evensen, Hans. "Et moderne sindssygeasyl: mønstret for landbrugsasylet i villastil: Alt-Scherbitz." *Den norske lægeforenings småskrifter*. Bind nr. 15. 1907.
Evensen, Hans. *Sindssykehospitalssaken*. 1912.
Fygle, Svein. *Marmor og menneskeskjebner: Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø, Nordlandssykehuset 2002.
Holst, Frederik. *Beretning, betænkning og indstilling fra en til at undersøge de sindssvages kaar i Norge og gjøre forslag til deres forbedring i aaret 1825 naadigst nedsat kgl. commission*. Christiania, Jacob Lehmanns Enke 1828.
Jönson, Lars-Eric. *Det terapeutiske rummet: rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Stockholm, Carlsson Bokförlag 1998.
Kringlen, Einar. *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo, Damm 2007.
Mamen, Hans Chr. *Et steg videre: Blakstad sykehus historie gjennom et hundreår*. Asker, Blakstad sykehus 1999.
Nordan, Victor. *Kristiania kommunale Sindssygeasyl paa Dikemark i Asker: med en Indledning om Sindssygeasylers Udvikling*. Kristiania, 1908.
N.O.S. *Sinnsykeasylenes virksomhet. Sinnssykehusenes virksomhet. Psykiatriske sykehus. 1906–1972.*
Seip, Eliabeth (red.). *Chr. H. Grosch: arkitekten som ga form til det nye Norge*. Oslo, Pax 2007.
Simonsen, Eva. *Vitenskap og profesjonskamp: opplæring av døve og åndssvake i Norge 1881–1963*. Oslo, UiO 1998.
Skålevåg, Svein Atle. "Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820–1920". Fra *History of Psychiatry 13*, No. 49. 2002.
Winge, Paul. *Den norske sindssygeret: historisk fremstillet*. Kristiania, Dybwad 1913–1917 (Tre bind).
yanni, Carla. *The architecture of madness: insane asylums in the United States*. Minneapolis, University of Minnesota Press 2007.
Åman, Anders. *Om den offentliga vården: byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen: en arkitekturhistorisk undersökning*. Stockholm, Liber förlag 1976.

ISBN 978-82-431-1000-7

Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Helseinstitusjoner i Nord-Norge – ”trekt opp av havet”[1]

Ingebjørg Hage

De store fiskeriene langs kysten, med mange menn samlet i konsentrerte fiskevær, var utgangspunktet for utbyggingen av helseinstitusjonene i den nordlige landsdelen. Det var en lang, slitsom og utfordrende vei fra de få og små provisoriske sykestuene i fiskeværene på begynnelsen av 1800-tallet til det differensierte helsetilbudet to hundre år seinere – med helsesenter, sykehjem, spesialiserte sykehus, helikoptertransport og telemedisin.

Denne artikkelen har helseinstitusjoner i Nord-Norge som tema – i hovedsak de somatiske. Etableringen og endringene innenfor helseinstitusjonene i landsdelen gjennom 200 år, fra 1800 til 2000, skisseres her i grove trekk.[2] Framstillingen deles inn i fire perioder; 1800-tallet, 1900-tallet fram til 1945, gjenreisinga etter krigsødeleggelsene og perioden fra 1960 til 2000. Avgrensingen mellom periodene er ikke absolutt. Det er glidende overganger, for eksempel at trekk ved den første perioden på 1900-tallet kan være resultat av tendenser som startet i de siste tiårene på 1800-tallet.

Nord-Norge er en stor og mangfoldig landsdel – der den lange kystlinja har en særlig betydning. Landsdelen har vært bebodd og vært møteplass for tre folkegrupper med særegne språk og kulturer: samer, nordmenn og kvener. Kvenene er etterkommere etter innvandrere fra Finland.

Rundt år 1800 er det anslått at befolkningen i Nord-Norge var 80 000, år 1900 260 000, mens den ved årtusenskiftet var omlag 425 000. Befolkningen har økt jevnt, men bosettingen har vekslet – steder ble tilflyttet og fraflyttet, det var bevegelse fra sør til nord og fra nord til sør, og vekslet mellom enkeltgården, fiskevær og bysamfunn, mellom vidde, fjordbotn og kyst. Kombinasjonen av fiske og jordbruk ga levebrød, men tyngdepunktet av bosettingen endret seg med skiftingene i fiskeinnsiget mot kysten og markedsforholdene for fisk. Samene som flyttet mellom boplassene i en årstidsrytme, var avhengig av både februk, fiske og reindrift, men er med moderniseringen av reindriften blitt mer bofaste.

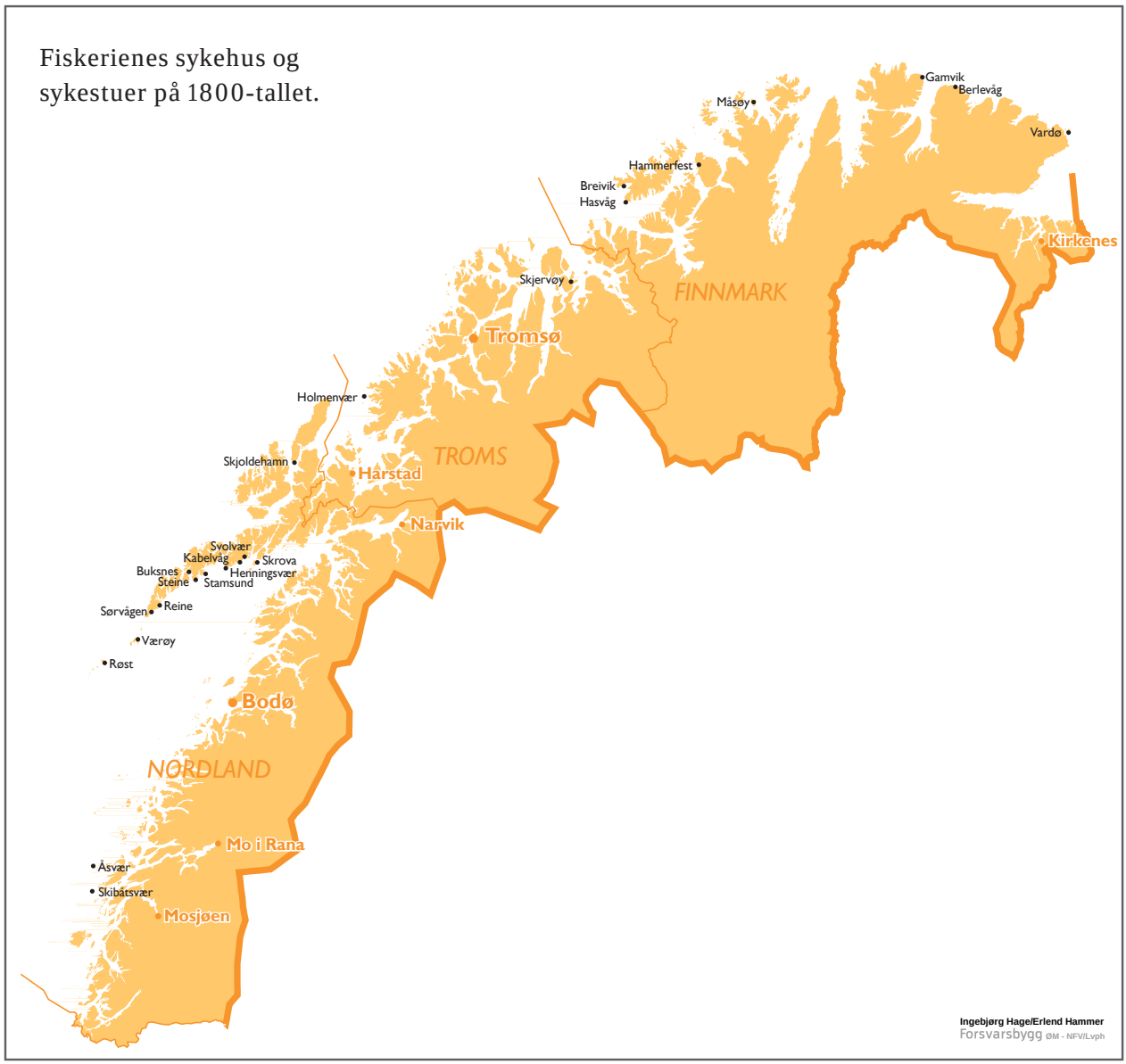
Den norske etniske bosettingen i Nord-Norge var lenge knyttet til kysten. Den samiske var i stor grad knyttet til innlandet og fjordene, og den kvenske hovedsakelig til fjordene. Innlandsdaler og skogdaler ble i stor grad ryddet og bebygd av innflyttere fra innlandsbygdene på Østlandet gjennom 1800-tallet.

1800-tallet – fiskersykehusene langs kysten

Sykestellet i Nord-Norge var på 1800-tallet basert på hjemmet og familien. Næringsmulighetene og tradisjonen innebar at arbeidsføre menn i lange perioder var borte fra hjemmet – noen var på gruvedrift, men de langt fleste var på sesongfiske, i Lofoten eller Finnmark.

For gruvearbeiderne var det egne helseordninger. Bergverksloven av 1842 krevde at bergverkene hadde eget fattig- og sykestell. Kopperverket i Kåfjord i Alta fikk orden på dette så tidlig som på 1830-tallet. Mot slutten av århundret fantes det, i tillegg til Kåfjord, flere verkssykehus eid og drevet av verkseiere ved gruver i Nordland og på Kirkenes i Finnmark.[3]

Fiskerne var borte fra hjemstedet under de store sesongfiskeriene, og nettopp der florerte sykdomsepidemiene og skadetilfellene. Det var særlig tyfus,



Fiskerienes sykehus og sykehus i Nord-Norge på 1800-tallet. Merk at ikke alle var i drift samtidig.

difteri og skarlagensfeber samt forfrysninger og andre skader av ymse slag. Fiskerne bodde i overfylte rorbuer, 12–14 i hvert rorburom og gjerne to i hver seng, eller de tjeldet under båten.

Det ble først reist krav om å få sykehus/sykestuer i Lofoten i forbindelse med vintertorskefisket og i Finnmark i forbindelse med vårtorskefisket. Det første ble opprettet i Svolvær i 1837. Fra midt på 1800-tallet og utover ble det etablert en rekke små sykehus eller sykestuer i Nord-Norge, med et sengetall fra tre til 30, og de var alle knyttet til fiskeriene. Det var omlag 15 i Nordland, 7 i Finnmark og 2–3 i Troms.

Tilknytningen til fiskeriene betydde også at de var lokalisert til ytterkysten samt at de fleste kun var i drift i fiskesesongen. Alle var heller ikke i drift samtidig, sykestuer ble opprettet og nedlagt alt etter hvor fiskeinnsiget var.

Noen sykehus/sykestuer som startet opp i tilknytning til fiskeriene fikk permanent drift. Det skjedde i Gravdal i Lofoten, i Vardø og Hammerfest i Finnmark.

Slik fikk landsdelen på 1800-tallet sin sykehusstruktur fra fiskeriene – mange små sykehus langs kysten. Sykehusene og sykestellet ble på 1800-tallet finansiert av medisinalfondene, en ordning som ble etablert på slutten av 1700-tallet. Det var et medisinalfond for hvert amt, Nordland, Troms (fra 1866) og Finnmark. Fondene ble i hovedsak bygd opp av avgifter på fisk og fiskeprodukter.[4] Medisinalfondene sto som eiere av sykehusene og amtet administrerte fondet. Det var altså fiskerne selv som bygde opp fondene ved sitt arbeid, og de fleste sykehus i landsdelen ble slik sett "trekt opp av havet".[5] Fondene ga det offentlige sykestellet i Nord-Norge en selvstendig

økonomi, selv om det var i trange kår. I utgangspunktet skulle pasientene betale sykehusoppholdet, unntatt ved smittefarlige sykdommer. For de fleste var det vanskelig å gjøre opp for seg, men under fisket skulle fiskerne ha gratis sykehusopphold. Ordninga gjorde at fiskere og smittesyke dominerte som pasienter i Nordland og Finnmark på 1800-tallet. I Troms utgjorde de en mindre del.

De fleste sykehus som ble opprettet midt på 1800-tallet holdt hus i bygninger som ikke var bygd for formålet. Dette endret seg mot slutten av århundret. *Nordland amtssykehus på Helgeland* ble etablert på Skei i 1810, flyttet til Skjeggesnes i 1843 og til Søvik i 1865, der det var i drift til 1926 da det ble flyttet til Sandnessjøen.

Bildet av Søvik viser et bygningsanlegg med fem bygninger rundt et tun – tre store våningshus, ett uthus og ett stort stabbur. Sett med dagens øyne er det lett å tolke det som et stort gårdsbruk. Og gårdsbruk var det også, i likhet med mange andre helårsdrevne helseinstitusjoner i landsdelen på 1800-tallet. Det var nødvendig å sikre matforsyning og brensel til institusjonen. I 1935 ble anlegget tatt i bruk som husmorskole, fortsatt med brukskombinasjon, og etter hvert ble det en del av den videregående skolen.

Søvik var den største sykehusgården i landsdelen på 1800-tallet. Den ble kjøpt til formålet rundt 1860. En forpakter med familie (økonomen) drev gården for medisinalfondet, med melk- og kjøttproduksjon, veddrift og torvbruk. Etter hvert delte de gårdsdrifta med legen.[7] De leide inn tjenestejenter og drenger til drifta av både gården og sykesengene. Økonomparets kjøkken var også sykehuskjøkkenet. Økonomfamilien og andre som hadde sin gjerning på sykehuset bodde der og spiste i det store husholdet. Sykehusene i Nord-Norge på 1800-tallet var i stor grad små og familiedrevne, og kan betegnes som førmoderne. Men nye tendenser var i emning med de noe større og mer spesialiserte trebygningene bygd mot slutten av 1800-tallet, som Bodø sykehus i 1881 og Vadsø, en staselig bygning i forsiktig dragestil i 1900.

1900–1945: mange bekker små

Tuberkulosen kom i stor grad til å prege utbyggingen av helseinstitusjoner i landsdelen første halvdel av 1900-tallet. I nasjonal sammenheng var sykdommen på topp rundt år 1900, og det første sanatoriet i Norge ble åpnet i Molde på slutten av 1800-tallet. Tidlig på 1900-tallet var det amtet og kommunene som hadde initiativet i nord, ved å etablere små institusjoner spredt rundt i Troms, mens Finnmark samlet seg om ett større tiltak, Tanagård i 1903. Dette var i tråd med at Finnmark hadde begynt å sentralisere sykesengene i amtet på slutten av 1800-tallet. Hammerfest, Vardø og Vadsø fikk da nye sykehusbygninger, mens tilbudene i fiskeværene Berlevåg, Måsøy, Hasvåg og Gamvik samt i Alta ble lagt ned.[8] *Tanagård tuberkulosehjem*, det første drevet i offentlig regi, ble ingen

Helgelandssykehuset på Søvik fotografert før avviklingen i 1926. Til venstre er legeboligen med hage. Spisesal og kjøkken ligger i midtbygningens første etasje, med rom for økonomfamilien og betjeningen ellers i andre etasje. Den brede toetasjes bygningen til høyre var selve sykehuset, der sengesalene hadde utsikt og store vinduer mot sør. Inngangen er i et mellombygg, der det også var forbindelse i andre etasje mellom sykerommene og betjeningens rom. Doktor Winge beskrev stedet slik: "Det var et trivelig og pent bygningskompleks som var opført på Søvik; røde toetages træbygninger med hvite kanter og vinduer – arrangert saa at de dannet en firkantet og dertil lun gaardsplass."[6]
Fotograf ukjent. Helgeland Museum.

Tanagård i Tana var det første tuberkulosesykehuset i landsdelen, etablert av Finnmark Amt 1905 i et område med stort sett samisk befolkning. Den store treetasjes herskapsbygningen i sveitserstil ble kjøpt og innredet til tuberkulosehjem. Det var tungt, vanskelig og dyrt å drive, og folk ville ikke dit "for å dø".
Foto: Postkort, Finnmarksbiblioteket, Vadsø.

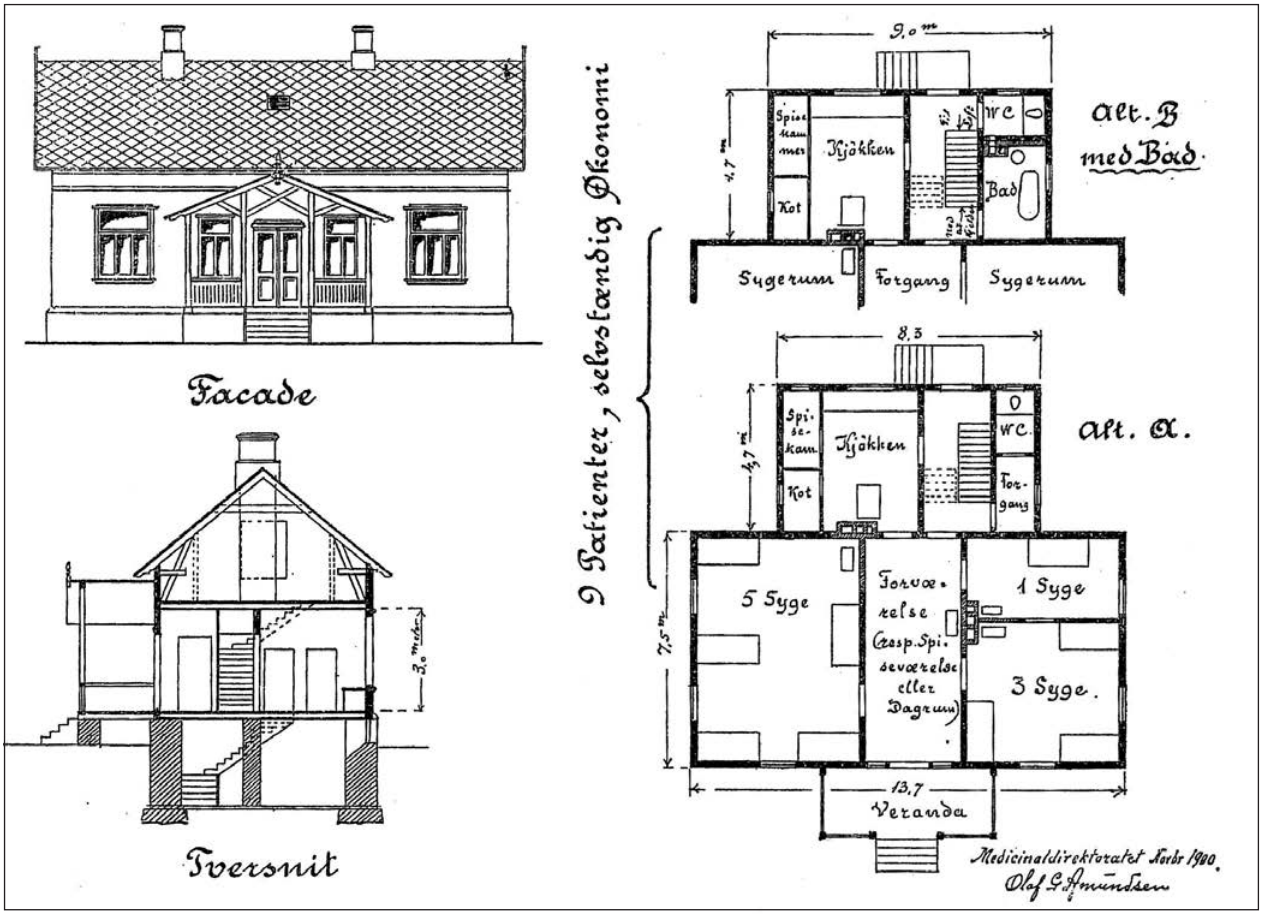
suksess. Det ble en stor økonomisk byrde for amtet, og var tung å drive i det daglige – med utedo, dårlig vannforsyning og sykerom fordelt over flere etasjer.[9]

I Troms ble det satset på små kommunale pleiehjem, og noen få ble bygd, mellom annet i Ibestad og Lyngen – etter samme tegning: "Typetegning for små pleiehjem".

Den var anbefalt av medisinaldirektøren og beskrevet som en rimelig løsning, med varme, lyse og lett ventilerbare sykerom, ett for mannlige og ett for kvinnelige pasienter, samt oppholdsværelse og et værelse for sykepleieren. Det hadde plass til 10 pasienter. *Ibestad tuberkulosehjem* ble godt utstyrt, og ved åpningen i 1906 var det for eksempel lagt inn en elektrisk ledning fra sykeværelsene til et ringeapparat i kvistværelset der betjeningen hadde sitt rom.[10] *Lyngen tuberkulosehjem* ble tatt i bruk i 1912 og lå på Stigen på Lyngseidet.[11] Mens det tilsvarende anlegget på Ibestad var godt utstyrt og hadde god økonomi, delvis på grunn av årlige tilskudd fra stedets sparebank, var det annerledes med hjemmet i Lyngen. Det ble etablert i et område med stort innslag av kvensk og samisk befolkning i små kår. For mange små sykehjem, bygd på kommunale og innsamlete midler, var det vanskelig og tidkrevende å oppnå den standarden som var ønskelig.

I Nordland ble det også satset på små lokale tiltak, initiert og drevet av lokale foreninger, men stort sett noe seinere enn i Troms. I Nordland kom også den store statlige institusjonen *Vensmoen tuberkulosesanatorium* som skulle betjene hele landsdelen. Bebyggelsen ligger på en vid furukledd mo over dalbunnen i Saltdalen. Det storslagne anlegget er gjemt for den farendes blikk, det må oppsøkes. Anlegget kommer til syne mellom furustammene som et Soria Moria når en beveger seg innover fra den gamle porten – skillet mellom de syke og de friske, mellom bygdefolket og den store statlige institusjonen.

Anlegget ble tegnet av arkitekt Hagbarth Schytte-Berg i Trondheim, etter planer og skisser av overlege Albert Tillisch i Oslo, og i samsvar med det som var ideologi og praksis i europeisk tuberkulosebehandling første del av 1900-tallet. Det er sammensatt av bygningsblokker eller fløyer, der hver del har sin egen funksjon, høyde og utstrekning. Det langstrakte bygningsanlegget, med den tårnkronete hovedbygningen i midten, ligger i øst-vest retning, med hovedfasade, pasientrom og liggehaller vendt mot sør. Fra hovedbygningen strekker det seg pasientavdelinger, en for hvert kjønn. De enetasjes liggehallene var tidligere åpne mot sør og sola. Før liggehallene på



Pleiehjemmene i Ibestad og Lyngen ble bygd etter "Udkast til Pleiehjem for Tuberkuløse", alt. B med bad og kjøkken. Utkastene, i flere størrelser, var tegnet av ingeniør Amundsen i Medicinaldirektoratet.
Faksimile fra Tidsskrift for den norske Lægeforening 1901.

Lyngen tuberkulosehjem ble bygd på eiendommen Stigen på Lyngseidet. Bygningen, i en og en halv etasje og med glassveranda mot sjøen, var klar til bruk i 1912. Den eksisterer fortsatt, og fungerte i en lang periode etter andre verdenskrig som kommunens sykehjem. Til venstre sees sykehjemmet fra rundt 1980.
Foto: Ingebjørg Hage 2008.

SAMISKE HELSEINSTITUSJONAR

Av Runar Jordåen

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 innebore manglande opplæring i samisk og reine forsøk på å hindra bruk av språket. Denne politikken har naturleg nok også kome til uttrykk ved helse-institusjonane 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 Finnemisjonsselsskap. Diakonalt arbeid sto alt frå starten sentralt i samemisjonsframstøyta, 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 høyresentral og nyttar spesialistar innan indremedisin, revmatologi, øyre-nase-hals, ortopedi og kirurgi samt hudsjukdommar. Helse Finnnmark 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.

LONGy EARBy EN Sy KEHUS

Av Runar Jordåen

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".

Foto: Torbjørn Johnsen.

Vensmoen sanatorium ble plassert i et område med gunstig klima for å kurere tuberkulose. Et tørt klima med lite nedbør og skodde var best – det samme var en lokalisering i furuskog rik på ozon. De store liggehallene, eller kurhallene, der pasientene var både ute og inne på samme tid, var en del av behandlingen. Det samme var det store parkanlegget på sørsiden av bygningen – der pasientene skulle spasere for å få mosjon og frisk luft. Arbeid i hagen eller parken var en del av behandlingen.
Foto: Ingebjørg Hage 2005.

endene ble revet på 1960-tallet hadde anlegget en lengde på 260 meter – et stort anlegg bygd i tre, med innslag av betong og murverk.

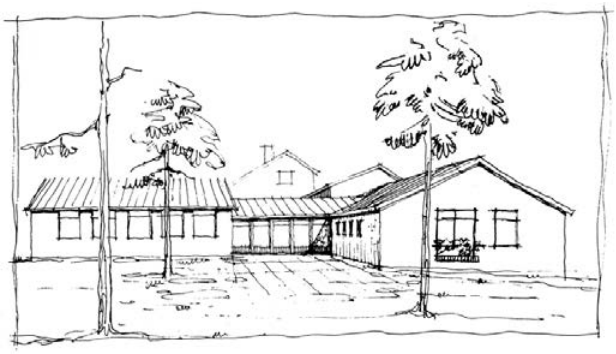
Vensmoen ble anlagt som et stort gårdsanlegg. I tillegg til selve sanatoriebygningen var det mange hus for forskjellige gjøremål – noen plassert slik at de dannet et stort tun på nordsiden av hovedanlegget. Enkelte av disse står fortsatt, som stabburet og snekkerverkstedet. Flere av boligene som hørte til det opprinnelige anlegget er blitt borte, mens andre bygninger kom til da behovene endret seg. Anlegget var i bruk som sanatorium fra 1916 til 1966, da det ble sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede. I 1991 var også den epoken over.

I Nord-Norge ble pleie- og tuberkulosehjemmene i perioden fra omlag 1900 til første verdenskrig stort sett bygd og drevet av staten, amtet eller kommunene. I mellomkrigsperioden stagnerte den offentlige innsatsen og enkelte steder trukket tilbake. I Finnmark og Nordland tok de frivillige organisasjonene helt over og sto som eiere og drivere av alle nye institusjoner.[12] Perioden mellom første og andre verdenskrig ble preget av lokalt frivillig arbeid og innsats spesielt fra de landsdekkende foreningene og organisasjonene Norske kvinners sanitetsforening (NKS), Nasjonalforeningen mot tuberkulosen, Røde Kors og Norsk Finnemisjon.

Røde Kors engasjerte seg i fiskeriområdene og etablerte i tiårsperioden fra 1924 til 1934 seks hjem i Nordland og fem i Finnmark, alle på ytterkysten. Distriktslegene var aktive i denne utbyggingen.

Norsk Finnemisjon anla tolv institusjoner i Finnmark, de fleste syke- og gamlehjem, men også tuberkulosehjem og tre barnehjem for ”tuberkulose-

Kjelvik tuberkulosehjem fotografert mellom 1937 og 1944. Hjemmet var en stor toetasjes trebygning med skifertekket saltak. Fire halvåpne liggehaller klatret oppover skråningen, som en fortsettelse av hovedbygningen. Bygget ble brent i 1944.
Foto: Thorleif Damm Olsen. Nordkappmuseet.



Alta sykestue ble tegnet av arkitekt Kirsten Sjøgren-Erichsen, som drev eget kontor i Alta på 1950-tallet. Den ble brukt til andre formål etter at Alta helsesenter sto ferdig i 1976, og går nå under betegnelsen "den gamle sykestua" eller Kongleveien 35. I dag huser den både leiligheter og bofellesskap for psykisk utviklingshemmede.
Tegningen er hentet fra Dancke 1986.

truede barn". De ble etablert og drevet med midler samlet inn blant misjonsvenner i Sør-Norge og med bidrag fra Nasjonalforeningen og NKS. Nasjonalforeningen mente at samene skulle fornorskes, mens Samemisjonen var mer opptatt av "kristelige nestekjærlighetsgjerninger". En av misjonens reisepredikanter i Finnmark, som behersket både norsk, samisk og finsk språk, skrev: "Vi bør også huske at samefolket er ikke større enn at de trenger alle sine barn. ... det er nok av krefter som i dag vil fornorske dem om ikke vi også skal være med på det."[13]

NKS var en landsorganisasjon med mange lokale foreninger. Lokalforeningene samlet inn penger, fikk bygd og drev 15 pleie- og tuberkulosehjem og sykestuer i denne perioden, nesten alle i Nordland. Mange ble startet i det små og utvidet etter hvert. Det største tiltaket var Bodin sanitetsforenings sykehjem med 50 sengeplasser. Sanitetsforeningene i Vadsø, Harstad og Narvik drev fram hjemmene for så å overføre dem til kommunene etter at de var kommet i drift.[14] Sanitetsforeningene drev også fire feriekolonier for barn i nærheten av Vadsø, Hammerfest, Tromsø og Bodø.

Nasjonalforeningen mot tuberkulosen hadde sju lokale foreninger i Nord-Norge, som alle hadde mulighet til å være medlem av både Nasjonalforeningen og Sanitetsforeningen. Dette ga muligheter for flere tilskudd når det skulle bygges. Den lokale tuberkuloseforeningen Kjelvik tuberkuloseforening i Honningsvåg bygde *Kjelvik tuberkulosehjem* på denne måten, som etter mange års organisering og pengeinnsamling sto klar i 1921. Det var tegnet av arkitekt Lilla Hansen i Oslo, den første kvinne med full arkitektutdannelse og eget kontor i Norge. Hjemmet hadde sju sykerom, pikeværelse, søsterværelse, bad, innlagt vann og kloakk. Det var beregnet på 12 pasienter, men det ble plass til 18, da rommene var store. Hjemmet ble brent under andre verdenskrig, men fotografier viser en stor toetasjes trebygning med skifertekket saltak. Fire halvåpne liggehaller klatrer oppover en bratt skråning, som en fortsettelse av hovedbygningen.

Det var altså de frivillige organisasjonene som i stor grad bygde og drev de mindre sykestuene og sykehjemmene. Når det gjaldt sykehusene måtte det sterkere kraft til. Ved hjelp av offentlige midler ble det i krisetidene på 1920- og 1930-tallet reist nye sykehus i Stokmarknes (1921), Tromsø (åpnet 1922), Sandnessjøen (1926), Bodø (åpnet 1927), Hammerfest (åpnet i 1929), Harstad (åpnet 1937) og Narvik (åpnet 1938). Det var nye og store sykehus sammenlignet med de tidligere – bygd i mur og betong – i enkel nyklassisistisk stil og på 1930-tallet liketil i funkis. For eksempel hadde *Hammerfest sykehus* tre fulle etasjer samt sokkeletasje og loft. Hovedbygningen som rommet 120 sengeplasser og badeanlegg i kjelleren hadde valmet tak og midtrisalitt med gavl på fasaden mot havet. Alt ble sprengt og brent i 1944 – etter bare 15 års drift.

Gjenreisinga – et løft for landsdelen og landet

Finnmark og Nord-Troms ble mest ødelagt under andre verdenskrig, men også Bodø, Narvik og Hemnesberget i Nordland ble sterkt skadet. I Finnmark strøk de fleste små sykestuene og sykehusene med, omlag 40 institusjoner med smått og stort.[15]

Etter krigen bygde man sykestuer i alle de 17

legedistriktene i Finnmark etter Helsedirektoratets retningslinjer. De hadde plass til 12–20 pasienter hver, og inneholdt også isolat, kontrollstasjon, helsestasjon og fødestue. Alle distrikter skulle ha distriktslegebolig med kontor for lege og helsesøster.[16]

Arkitekt Kirsten Sjøgren-Erichsen tegnet 6 av sykestuene, blant annet den i Alta, som fortsatt er i bruk. *Sykestua i Alta* er typisk for gjenreisingstiden. Anlegget er ikke stort, men likevel delt opp i mindre, sammenføyde volumer. Funksjonalismens ideal om at bygningens indre, funksjonene, skal avspeiles i fasaden, er i stor grad til stede. Alle offentlige bygninger ble bygd i etterkrigsårenes mest brukte materialer; jernarmert betong og mur med pussoverflate. Gjenreisingsarkitekturen var preget av enkle rektangulære, sammenføyde bygningsvolumer, bygd i tre eller mur og med skifertekte saltak. Så også i sykestua i Alta.

Sykestuene ble for en stor del bygd av statlige penger mens de var eid av kommunene. Røde Kors, Finnemisjonen og kommunene sto for driften, delvis i samarbeid med lokale sanitetsforeninger.

På 1950-tallet bygde fylket nye sykehus i Vadsø, Vardø, Kirkenes og Hammerfest – størst i Hammerfest med 160 sengeplasser, som hadde spesialister i både kirurgi, indremedisin og radiologi. Hammerfest sykehus ble utvidet rundt 1980 til 220 senger og med mange flere spesialiteter. Det samme skjedde i Kirkenes. Sykehusene i Vadsø og Vardø ble derimot gjort om til helsesenter og sykehjem.

1960 til 2000 – spesialisering og sentralisering

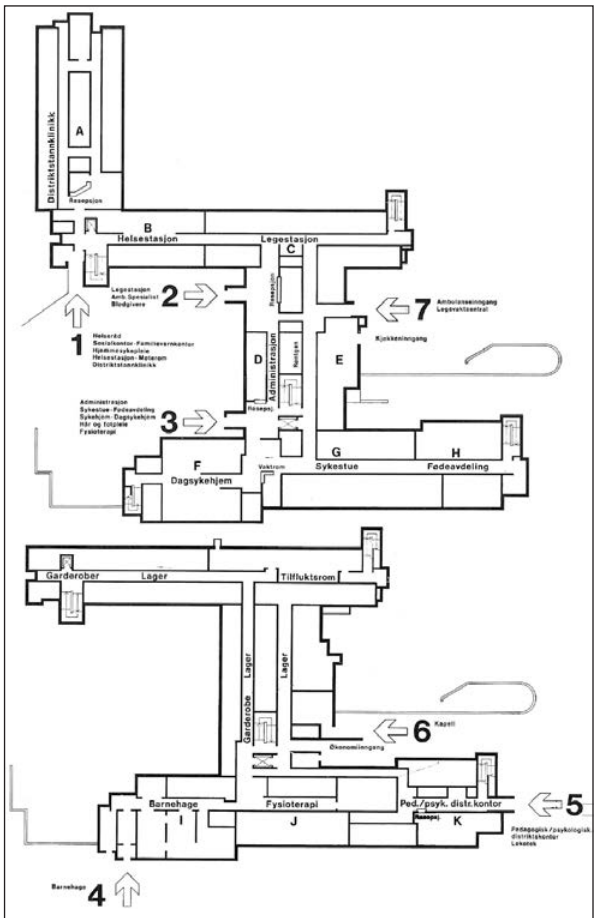
I 1976, omlag 25 år etter at sykestua fra gjenreisinga sto ferdig, ble det nye *Alta helsesenter* innviet, bygd av Finnmark fylkeskommune og tegnet av arkitektkontoret Eliassen & Lambertz-Nilssen i Oslo. Den oppdelte bygningen har en grunnflate på 6000 m^2 og inneholder sykestue, fødeavdeling, dagsykehjem, legesenter, helsestasjon, tannklinikk og fysioterapi samt stedets helseadministrasjon – alt som var nødvendig for et sterkt voksende tettsted i Finnmark

Fotografiet av Narvik sykehus på 1960-tallet – med nye og eldre bygninger – viser endringene på dette området gjennom 1900-tallet. Den eldste bygningen er en toetasjes trebygning som ble reist av Narvik Sanitetsforening i 1919 (til høyre i bildets forgrunn). Den ble revet 1973 for å gi plass til ei ny fløy, som siden ble tatt i bruk som sykehjem. Midt på bildet ligger en fem etasjes betongbygning i funkisstil, sannsynligvis tegnet av byingeniør Roald, ferdig 1938. Hoveddelen av anlegget er ei lang rektangulær blokk i fire etasjer fra 1963, tegnet av arkitekt Jan Inge Hovig.[17] Den har flere trekk som er karakteristisk for hans bygninger, som søylene i Y-form og den modernistiske baldakinen over inngangen.
Foto: Widerøe. Utlånt av Narvik kommunale fotosamling.

på 1970-tallet. Den skulle bli et mønster for mange seinere helsesentre.

Rundt 1980 begynte man i hele landsdelen en sentralisering av den desentraliserte strukturen fra førkrigsperioden og gjenreisinga. Små sykehus ble nedlagt og de største utbygd med flere senger, avdelinger og spesialiteter. I tillegg til sykehusene fra gjenreisinga av Finnmark ble det for eksempel bygd nye sykehus i Bodø, Harstad og Narvik.

Etableringen av Universitetet i Tromsø med medisin og helsefagutdanning gjorde at sykehuset i Tromsø fikk et fortrinn sammenlignet med resten av landsdelen. Medisin og helseinstitusjonene i lag med resten av universitetsbebyggelsen er et stort anlegg, nærmest en by i byen. *Medisin og helsefagsbygningen* (MH) ligger øverst og *Universitetssykehuset for Nord-Norge* (UNN) nedenfor i et skrånende terreng. Området er seinere supplert med en rekke tilbygg, som sykehotell og helikopterlandingsplass. Største delen av anlegget var klar til bruk i 1991. Arkitekter for UNN var Motzfeldts Arkitektkontor / Arkisana AS og Borealis Arkitekter as, for MH Borealis Arkitekter as og John Kristoffersen Arkitektkontor AS.[18]



Alta helsesenter ble bygd med fasader i rød teglstein og funksjonene plassert i fløyer, med administrasjonen i den høye og kompakte blokka sentralt i anlegget. Helsesenteret betjener samer, kvener og nordmenn.
Illustrasjon: Byggekunst 3/1979.

MH og UNN utgjør til sammen over 100 000 m^2 golvflate, en betydelig bygningsmasse. De to institusjonene er skilt på bakkeplan av en kollektivåre. En lett gangbru binder fellesarealer sammen og en tyngre konstruksjon forener laboratoriearealene i de to anleggene. Under bakken ligger et kulvertsystem som også knytter universitet og sykehus sammen. I begge bygningene er tegl det dominerende fasadematerialet, men med ulik farge. Anlegget er organisert som fløyer eller lameller i retning nord-sør, med en tverrgående sammenbindende midtkorridor. Det trappes av både i høyde og bredde med det fallende terrenget.

Den kommunale legevakten er lokalisert under helikopterstasjonens landingsplattform. Mens pasientene tidligere lå på sykestuer ute i distriktet, flys eller kjøres de nå inn til de sentraliserte tjenestene i Tromsø, og spesialistbehandlingen for hele landsdelen foregår nå stort sett der. Telemedisin er det siste nye: allmennlegen i distriktet kan foreta undersøkelsen samtidig som vurderingen foretas av en spesialist i ved sykehuset i Tromsø. På sikt kan denne teknologien komme til å prege helsestellet i landsdelen.

UNN er skiltet på samisk språk i tillegg til norsk og der er en godt utbygd samisk tolketjeneste.

Oppsummering

Fra de små "sykehusene" som ble opprettet henholdsvis i Bodøsjøen i 1796 og Tromsø i 1815 til dagens Universitetssykehus i Tromsø er det et enormt sprang på alle måter.

De første sykehusene var oppbevaringssteder for syke som ikke kunne få stell hjemme. Fra midt på 1800-tallet la man større vekt på pleie av pasientene. Mot slutten av 1800-tallet kom muligheten for kirurgi, som innebar et gjennombrudd for sykehuset som behandlingssted og slutten på sykehuset som et oppbevaringssted for fattige.

De første sykehusene i Nord-Norge lå langs kysten og etableringen av fiskersykehusene midt på 1800-tallet la grunnlaget for en lokaliseringsstruktur som skulle komme til å vare i lang tid. Først med Samemisjonens engasjement i mellomkrigstiden ble det bygd opp institusjoner og et tilbud spesielt for den samiske folkegruppen, lokalisert til fjordstrøkene og innlandet i Finnmark.

Medisin- og helseinstitusjonene ligger nord på universitetsområdet i Tromsø. Terrenget er skrånende og faller mot øst og sjøen. Medisin og helsefagsbygningen ligger øverst til venstre og Universitetssykehuset for Nord-Norge nedenfor, seinere supplert med en rekke tilbygg, som helikopterstasjon og sykehotell.
Foto: To-foto, Harstad for Universitetet i Tromsø.

De første sykehusene og sykestuene holdt til i bygninger som var lite spesialiserte. Differensieringen innen sykestellet gjorde bygningene mer spesialiserte – man fikk et mangfold av institusjonstyper. Tuberkulosesykehusene med store liggehaller i friluft var tidlig av de mer spesialiserte, som Vensmoen i Saltdal fra 1916. Spesialinstitusjoner for de psykisk syke, som Rønvik i Bodø fra 1903 og Åsgård i Tromsø, et paviljonganlegg åpnet tidlig på 1960-tallet, kom også til. Omsorgen for de åndssvake vokste fram etter andre verdenskrig og på Trastad ved Harstad sto den første paviljongen klar for beboere i 1954. Anlegget vokste helt fram til 1970-tallet.[19]

Helseinstitusjonene på 1800-tallet ble bygd og drevet av amtet ved hjelp av medisinalfondene. I første halvdel av 1900-tallet kom det private initiativet med kvinneforeningene og de ideelle organisasjonene samt misjonen inn med full tyngde. Fra midt på 1900-tallet og ut århundret tok det offentlige føringen. Muligens hadde staten i denne perioden et større engasjement i nord enn i resten av landet.

De første sykehusene kan karakteriseres som enkelttiltak. I siste halvdel av 1800-tallet ble institusjonene i hovedsak bygd langs kysten. Første halvdel av 1900-tallet ga utbygging i fjordene og i indre strøk av landsdelen. I siste halvdel av 1900-tallet ble det samtidig satset på helsesentre i kommune og en sentralisering av de spesialiserte tilbudene – som Universitetssykehuset i Tromsø er det beste eksempelet på.

Noter

1 Utsagnet er hentet fra Elstad og Hamran 2006, og deler av denne artikkelen bygger på deres arbeid.
2 Utbyggingen og endringen er nært knyttet til forandringer i samfunnet, i kommunikasjonene, kulturelle, medisinske og etiske spørsmål, noe som i liten grad kan diskuteres i en kort tekst som dette.
3 Elstad og Hamran 2006: 122.
4 Bjørnvik 2003: 34.
5 Elstad og Hamran 2006: 86.
6 Winge 1926: 90.
7 Winge 1926: 89–90.
8 Elstad og Hamran 2006: 115.
9 Bottolfsen 1990: 213–214.
10 Elstad og Hamran 2006: 284.
11 Elstad og Hamran 2006: 288.
12 Elstad og Hamran 2006: 347–348.
13 Elstad og Hamran 2006: 346.
14 Elstad og Hamran 2006: 314–315.
15 Dancke 1986: 276. Det strøk med omlag 40 institusjoner med smått og stort – sykehus, tuberkulosehjem, sykestuer, gamlehjem og barnehjem. Det som sto igjen var Nesseby tuberkulosehjem, barnehjemmene i Vardø og Sør-Varanger (Sollia) og Finnemisjonens gamlehjem i Leirpollen i Tana. Statens kysthospital for skrofuløse i Vadsø var sterkt skadet.
16 Dancke 1986: 278.
17 Solli 1995: 11, 24, 26 og 60.
18 Byggekunst 4/1992: 233.
19 Bispinne Margrethe Wiig hadde allerede i 1938 tatt til orde for at Nord-Norge måtte få et tilbud for åndssvake barn. Trastad gård ble kjøpt på slutten av 1940-tallet.

Litteratur

Arkisana AS Arkitekter, Borealis Arkitekter AS, Jorunn Fjellanger og Sissel Woll, interiørarkitekter MNIL, "Farge gir identitet. Regionsykehuset i Tromsø". *Byggekunst* 4/1992.

Bjørnvik, Svein, "Fiskerisykehus i Nordland". I Lunde, Bente: *Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*. Bodø, Fylkesmannen 2003.

Bottolfsen, Øystein, *Finnmark fylkeskommunes historie 1840–1990*. Vadsø, Finnmark fylkeskommune 1990.

Dancke, Trond, *Opp av ruinene. Gjenreisningen av Finnmark 1945–1960*. Oslo, Gyldendal 1986.

Elstad, Ingunn og Torunn Hamran, *Sykdom. Nordnorge før 1940*. Bergen, Fagbokforlaget 2006.

Solli, Svein Erik (red.), *Narvik sykehus 1905–1995*. Narvik 1995.

Winge, Gerhard J., "Nordland amtssykehus paa Helgeland". I: *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1926. Opptrykt i: *Årbok for Helgeland 1993*. Historielaget, Brønnøysund.

ISBN 978-82-431-1000-7

Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Dugnadsåndens og tilfeldighetenes byggeskikk

– de psykisk utviklingshemmetes institusjoner i 100 år

Halvor Fjermeros

De store sentralinstitusjonene innen HVPU utgjorde ingen ensartet arkitektur, men snarere et virvar av stilarter og løsninger. Det var den offentlige knapphetens tilfeldigheter som styrte – i en dugnadsbasert opplysningstid for institusjonstanken. Likevel ser vi en evne til å tenke nytt de siste tiår før den store oppløsningsreformen som hjemsøkte vårt land. Det beste av det er arkitektonisk nybrottsarbeid.

Innledning

Den norske åndssvakeomsorgen, som mot slutten av sitt knapt hundreårige livsløp skiftet navn til Helsevernet for psykisk utviklingshemmede – HVPU – etterlater seg tvetydige spor i norsk historie. Det er en historie om stadig skiftende menneskesyn, som regel som en refleks av strømninger utenlands. Det er historien om fattig-Norge som så gjerne vil, men aldri får til, å etterape de store forbilder ute – og da særlig de danske med sine gigantinstitusjoners effektive sentraliseringsmønster. Det skjer ikke før Landsplanen for åndssvakeomsorgen av 1952 settes ut i livet, den som la opp til at Norge endelig skulle samles til ett sentralinstitusjonsrike, delt på åtte regioner med hvert sitt sentralhjem i sin midte. Og det er en historie om institusjonstankens vekst og fall – på rekordtid. For bare vel 20 år etter at landsplanens intensjoner var iverksatt rundt 1970, var HVPU-reformen en realitet i og med den totale oppløsning av de store institusjoner fra 1. januar 1991. Ja, i prinsippet skulle ikke noen tidligere HVPU-beboer lenger bo i institusjon, men i sitt eget hjem, i henhold til den rettighetsbaserte tankegang bak reformen.

Kan vi lese noen av disse sporene innen dette institusjonsvesenets byggeskikk? Utgangspunktet for mang en norsk "åndssvakeheim" var at en tok i bruk en bygningsmasse som var skapt for andre formål. Gamle gårdsbruk med digre våningshus, skoleinternater, tuberkulosesanatorier og til og med tyskerleire ble konvertert til åndssvakehjem ned gjennom denne omsorgens historie. På den annen side ble den store byggesjau som ble iverksatt på 1950- og 60-tallet

De ikke dannelsesdyktige

I 1881 vedtok Stortinget Abnormskoleloven, som stilte krav til opplæring av de som var *i stand til* å ta i mot undervisning på ett eller annet vis. Hva det gikk ut på i praksis sier beretningen fra "Anstalten for aandelig abnorme Børn i Kristiania" fra 1877 mye om: Det "lægges Vægt paa Meddelelsen af den fornødne Kristendomskundskab og en levende Tilegnelse af Kristendommens Sandheder". De som *ikke* kunne ta del i denne form for "intellektuell Dannelse", ble betegnet som "ikke dannelsesdyktige". Disse fikk intet tilbud. Den i internasjonal sammenheng progressive loven av 1881, ble dermed en hemsko for utviklingen av en institusjonsbasert åndssvakeomsorg i Norge, særlig fordi Kirkedepartementet motarbeidet utbygging av en pleiehjemsomsorg under henvisning til forpliktelsen om å bygge og drive abnormskoler. Dermed ble omsorgen for de ikke opplæringsdyktige overlatt til private initiativ, med de tilfeldigheter det nødvendigvis innebar for planlegging og utbygging.[1]

også preget av arkitektonisk utprøving. Det etterlot seg institusjoner i hele spennet fra en bastant og tung asyltradisjon til en lettere og mer spredd paviljong- og småhusbebyggelse. På det mest spennende førte det til reelle nyvinninger med en steds- og behovstilpasset arkitektur som fortsatt står seg.

Men først skal vi se på to svært ulike løsninger som begge ble anlagt i Nord-Norge.

Et nordnorsk sjumilssteg

De tre nordligste fylkene var uten en egen sentralanstalt – ja, uten så mye som et eneste hjem der utviklingshemmete kunne anbringes – nesten ti år inn i etterkrigstida. Men så kom landsplanen av 1952 og i 1954 åpnet Trastad gård i Kvæfjord sør for Harstad sin første avdeling.

Det var et skrikende behov for åndssvakehjemsplasser i en landsdel som inntil da måtte søke om å få sine psykisk utviklingshemmete på anstalter i Sør-Norge. Så da Trastad åpnet, kom ledelsen ved hjemmet straks under dobbelt press: fra de foreldre i landsdelen som ikke lenger orket eller klarte å ha sine utviklingshemmete hjemme, og fra sentrale myndigheter som ikke la skjul på sine forventninger om størrelsen på den nye institusjonen. Da "Trastads mor", institusjonens stifter Margarethe Wiig holdt tale ved 25-årsjubileet for hjemmet, avslørte hun hvilket dilemma som oppsto i forbindelse med byggeplanen: "Vi påtok oss å bygge for 60 av de mest pleietrengende. Departementet satte en null bak og sa: Bygg for 600! Det lovet vi aldri. Vi svarte: Maksimum 240! Men på grunn av de lange ventelister og klientenes høye levealder entes vi en gang om maksimalt 450. Så høyt kom vi heldigvis aldri..."[2]

Institusjonen vokste i rekordfart til vel 370 pasienter på 16 år, under en voldsom utbygging ledet av arkitekt Else Thorp Larsen fra Narvik. Det ble reist 20 paviljonger, fordelt på 12 bygninger, hvorav fem paviljonger åpnet bare i 1966. Og mens arkitekten prøvde seg fram i både ukjent og ulendt terreng opp gjennom bakkene ovenfor Borkenes, gikk debatten fortløpende om byggenes funksjonalitet og utforming. Da Paviljong 4, "Oscarsheim" for lokalkjente, ble planlagt for tungt pleietrengende pasienter, ble det bestemt å bygge med sengeplass for 80 under samme tak, fordelt på tre avdelinger. Bygningen virker i dag både ugjestmild, bastant og tung, som den største og grimmeste blant tre andre nesten like bygg. I dag vil vi uten videre si at dette ikke er hus for folk, men det er grunn til å peke på at dette allerede var oppe i debatten om "Oscarsheim" i 1960. Likevel tillot hjemmets ledelse å bygge fire av disse kolossene der regelen var at inntil 25 barn ble stuet sammen i hver etasje. Først etter 1966 endret man kursen: Thorp Larsen begynte å tegne små enheter over et større område i det bratte landskapet. Her tegner det seg et bilde av en arkitekt med sans for plantenking og utnytting av terrenget, samt med et arkitektonisk uttrykk som hun får vist til fulle gjennom det vellykkete Sosialbygget – kombinert med funksjon som kirke – fra 1969. Etter lang læretid – og kan hende også hjulpet av bedre offentlige konjunkturer – ser det ut til at arkitekt Else Thorp Larsen kom til erkjennelse av hva en spesifikk sentralhjemsarkitektur skulle dreie seg om.

Bak Trastad-hjemmets oppbygging lå en imponerende mobilisering av den nord-norske befolknings giverglede. Det vokste opp Trastad-foreninger i hele landsdelen og den ene kampanje mer fantasifull enn

Trastad i Kvæfjord i Troms åpnet som sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmete i Nord-Norge i 1954. I dag holder Trastad samlinger, et museum som tar for seg historien til psykisk utviklingshemmete, til i de gamle institusjonsbygningene.
Foto: To-Foto AS, Bjørn Rasch-Tellefsen.

den andre ble lansert. ”En liter melk fra hver ku”, lød en parole. ”En skrei fra hver lofotkar”, lød en annen.[3] Og en tredje gikk landsdelen rundt, men som jeg fant i Sør-Varanger Avis i Kirkenes, datert 23. februar 1952 – altså under opptakten til byggestart ved Trastad. Under tittelen ”En neve ull av hver sau – innsamling til åndssvake barn” oppfordret Hålogaland bispedømmeråds arbeidsutvalg til aksjon: ”Dere kan levere inn ullen til soknepresten eller stedets aksjonsleder, eller også sende den direkte til Bertnes Uldvarefabrikk.” Denne fabrikken nær Bodø skulle lage tepper ”til de åndssvake barn som skal inn på Trastad i Kvæfjord”.

Det er i sannhet et sjumilssteg fra denne tilstanden av landsdelsdugnad og bygging av tunge avdelingsbygg og fram til utbygging av de desentraliserte småhjem som ble standard i Finnmark fra første halvdel av 1970-tallet.

Plus-huset, fleksibelt og desentralisert

I tid dreide dette spranget seg kun om et drøyt tiår, men i utvikling snakker vi om en arkitektonisk generasjon. Jeg tenker på det såkalte Plus-huset fra midten av 1970-tallet, godt uttenkt og tegnet av arkitekt Einar Vaardal-Lunde i Bergen. Det ble oppført en håndfull av disse familie- og daghjemmene i Finnmark.

Ofte kan en modell av en bygning gi et feilaktig inntrykk av hvordan et hus faktisk tar seg ut i den virkelige verden – ikke minst når tidas tann har tygd og gnavd på bygget noen tiår. Desto større var min tilfredshet over å møte Plus-huset i delikat og nyoppusset stand – dertil i nesten opprinnelig fasong. Bare minimale forandringer er gjort av Sør-Varanger kommunes tjeneste for funksjonshemmete som nå driver hjemmet. Jeg ble i 2007 vist rundt av seksjonssjef Jorunn Sandhell, som tidligere var pleiemedhjelper ved hjemmet. Hun har direkte erfaring med hvordan huset fungerte – og fungerer: ”Selv om det var en institusjon, skulle den være uten institusjonspreg. Det var slik jeg oppfattet arkitektens klare hensikt. Det var mange kriker og kroker med utgangspunkt i en tankegang om at beboerne skulle føle seg hjemme, finne sine egne små rom hvor de kunne trekke seg tilbake fra fellesskapet. Selv om vi var færre på jobb rundt hver beboer den gang jeg begynte her for tjue år siden enn vi er per bruker i dag, så var det alltid noen rundt dem. Og i tillegg hadde vi egen minibuss og egen båt, velferdsgoder som falt bort da kommunen overtok etter HVPU-reformen. Disse godene var også en del av den helhetlige tenkning som lå bak den planen arkitekten hadde for dette huset,” sier Sandhell.

Vaardal-Lundes beskrivelser om disse byggenes idéhistorie er et interessant bidrag til å forstå

Plus-huset i Kirkenes fotografert en desemberdag 2007. Anlegget, tegnet av Einar Vaardal-Lunde, er fortsatt i bruk som avlastningshjem for barn og unge med ulike handikapp.
Foto: Halvor Fjermeros.

hvordan desentraliseringstanken utviklet seg innen norsk omsorg for det som da gikk under merkelappen åndssvake. Desentralisering og oppdeling i små enheter sprang nemlig ut av selve sentraliseringsepokens gullalder. "Da overlege Chr. Lohne Knudsen i 1964 lanserte planen sin for små hjem i Nord-Norge, gikk jeg inn for tanken med glede og påtok meg å utrede saken."

Vaardal-Lunde la vekt på at de små hjemmene skulle gi beboerne opplevelsen av intimitet og tilhørighet og at den korsformede hustypen var svært fleksibel i og med at den hadde flyttbare vegger og dermed ulike kombinasjonsmuligheter. Som far til en psykisk utviklingshemmet datter var arkitekten også svært opptatt av hvordan omsorgen hadde utviklet seg etter HVPU-reformen. I og med at oppløsning av institusjonene også betød oppløsning av deres sosiale fellesskap, mente han at norske myndigheter hadde kastet ut barnet med badevannet: "Alt det gode som tross alt var utviklet innenfor institusjonene ble forlatt i en håndvending. Det var en feil linje og i dag ser vi resultatet. Våre psykisk utviklingshemmete blir overlatt til ensomhet og isolasjon. Og dessuten ser vi en økende gjennomtrekk av personale med lavere kvalifikasjonsnivå. Dagens boform har ikke nok å tilby fagfolk", sa den observante og nå avdøde arkitekten i et intervju i 2000.[4]

Tilstandsrapport anno 1945

For å forstå hvilke enorme utfordringer utbyggerne av en landsdekkende åndssvakeomsorg sto overfor da dette endelig ble vedtatt av Stortinget i 1952, må en fatte hvilken bunnløs offentlig fattigdom som preget denne sektoren i det foregående halve århundret. Mens dansk og svensk omsorg hadde en kapasitet på 3–4000 pasientplasser hver allerede på 1920-tallet, hadde Norge bare to små institusjoner. Emma Hjorths Hjem på Tokerud i Bærum og Klæbu Pleiehjem sør for Trondheim hadde til sammen rundt 300 plasser på samme tidspunkt. Norge opplevde gjennom hele mellomkrigstida "den store søndagsstillheten" innen sektoren. Ingenting skjedde, bortsett fra bygging av et par nye avdelinger ved Tokerudhjemmet på 1930-tallet, den ene til alt overmål et krisetiltak for å håndtere tuberkulosen som gikk som en farsott over åndssvakehjemmene.

Den grunnleggende forklaring på foruroligende høye dødstall og generelt dårlig helsetilstand var de bygningsmessige forhold. I en reportasje i billedbladet Aktuell i 1947 beskrives tilstanden uten omsvøp: "Tokerud er en skamplett på et land som roser seg av å være litt av et sosialt foregangsland. Det er den bitre, sviende, uhyggelige sannhet." Det er 30 senger i et rom på litt over 100 kvadratmeter på Pikeavdelingen, "og dette rommet er slett ikke det som er mest overfylt! I den samme avdelingen fins det ett bad til 93 mennesker.(…) En sånn luksus som innlagt vann fins ikke i de fleste rommene (…) I taket henger de nakne lyspærene og dingler i ledningene sine. Ikke en skjerm noen steder (…) I barneavdelingen fant jeg to småunger, tre-fire år gamle, med tuberkulose, puttet inn i et ørlite kott. Et annet sted lå en gammel kone for seg selv nede i et kjellerrom med kalde steinvegger og steingolv." Konklusjonen er at "forøvrig er storparten av rommene slik at de trosser enhver beskrivelse. Det fins snaut et golv som er malt på Tokerud, og mange steder er de så morkne at en kan være redd for å ramle tvers igjennom dem. Veggene ser ikke ut til å ha vært malt på en menneskealder (…) Dobbeltvinduer fins nesten ikke. Verre er det at det ikke en gang er vindushasper alle steder, slik at det er uråd å få vinduene igjen".

Ikke rart at det florerte med sykdom og epidemier. Ole B. Munch, overlege på Emma Hjorts Hjem, erindret at det døde 14 pasienter, "mest av tuberkulose" i hans første driftsår, 1946–47. Det meste av bygningsmassen var kondemnabel, men det fantes ingen offentlige midler til å ta fatt på den gjenreisning som her var påkrevd. Først ved den såkalte Betalingsloven av 1949 påtok staten seg å betale for å dekke driftskostnader for hjem "som mottar åndssvake til pleie, vern og opplæring". Men det var stadig ikke et offentlig ansvar å besørge utbygging av omsorgen. Det var en manko på rundt 5000 institusjonsplasser da 1940-tallet ebbet ut. For å løse oppgaven måtte private, veldedige og ideelle interesserte gå sammen med det offentlige i noe som skulle bli moderne norsk histories største og mest enestående byggedugnad. Der begynner det en – med et litt høytidelig begrep – kan kalle den norske åndssvakeomsorgens arkitekturhistorie. Inntil da hadde alt vært i tilfeldighetenes vold.

Tyskerleir, tuberkulosehjem og tung asyltradisjon

Tilfeldighetene sluttet ikke å sette sitt preg på den store utbyggingsoffensiven som fulgte med Landsplanen av 1952, men de spilte en mindre rolle enn tidligere. Fortsatt gjaldt det i noen grad å ta i bruk eksisterende bygningsmasse som kunne brukes

Solbø utenfor Holmestrand. Opprinnelig var dette en tysk militærleir. Bildet t.v. er et luftfoto antakelig tatt rett etter andre verdenskrig. I tiden mellom krigen var slutt og og åndssvakeomsorgen ble bruker av anlegget, var det Røde Kors-leir for jødiske barn som fikk omsorg og skole. Bildet t.h. er fra offisersmessa "Casino", en staselig tømmerbygning med "germansk preg".
Begge foto: Leif Anker (bildet t.v. etter eldre foto).

til sentralhjem. To tyskerleire ble tatt i bruk i den desperate jakt på nye sentralinstitusjoner rett etter krigen. Bakkebø utenfor Egersund var den første – åpnet i 1948 – og et par år seinere åpnet Solbø utenfor Holmestrand. Det sier seg selv at de rammer som var gitt i slike tilfelle ikke ga rom for en plan og utforming som kan likestilles med utbygging på jomfruelig grunn. Men både Bakkebø og Solbø undergikk en langsiktig renovering og framsto som helt andre institusjoner noen tiår seinere, både når

Landeskogen sanatorium i Bygland, Setesdal, fotografert 1927. Anlegget ligger i lia på østsida av Byglandsfjorden og ble tatt i bruk i 1917. Arkitekt var Statens bygningsinspektorat. Etter at de psykisk utviklingshemmete flyttet ut, har også Landeskogen blant annet vært brukt som flyktningemottak.
Foto: Anders Beer Wilse. Eier: Norsk Folkemuseum.

det gjaldt plan og arkitektonisk uttrykk, selv om de alltid bar med seg tyskerleirens fødselsmerker. Det mest eiendommelige uttrykk for det siste er at det eneste opprinnelige bygget som står igjen på Solbø er den gamle offisersmessa "Casino", et navn som peker i retning av det forlystelseshus det var i leiren. Bygget er reist i solid tømmer med en storslagent inngangsparti hvor bare dragehodene mangler for å gi det rette "germanske" preg.

En annen type konvertering som satte sitt preg på HVPU var de gamle sanatoriene. To tidligere tuberkuloseinstitusjoner ble omgjort til åndssvakehjem, Vensmoen i Saltdal og Landeskogen i Setesdal som begge åpnet tidlig på 1960-tallet. Disse byggene utstråler en helsepolitisk autoritet som er typisk for den asyl- og sykehustradisjonen de sprang ut fra. Vensmoen og Landeskogen er arkitektoniske kusiner. Sistnevnte ble bygd før og under 1. verdenskrig og da det åpnet i 1916 hadde det plass for 132 tuberkuløse. Landeskogen bærer sitt navn med rette der det både ligger langt på landet, ti lange mil nord for Kristiansand, og dypt inne i skogen. I bygdeboka fra rett før siste krig heter det om bygget: "Fagert og storfelt, mest som eit slott å sjå til...".[5] Bygget ligger på en høyde over dalen med tre etasjer pluss full kjellerhøyde i front, symmetrisk med fløyer bakover som danner et innebygd halvatrium på baksida og med et framskutt midtparti på fasaden framme som forsterker "slottspreget".

Men det kostet å bygge så storslått, byggesummen inkludert inventar var tett på 700.000 kroner, en enorm pris den gang. Til sammenlikning var det nesten 14 ganger så mye som Stortinget bevilget to år tidligere da Klæbu ble etablert som pleiehjem for åndssvake i 1917. Det sier det meste om hvilke prioriteringer de sentrale myndigheter gjorde: Kampen mot tuberkulosen var et samfunnsansvar, mens de utviklingshemmetes skjebne i all hovedsak ble overlatt til de pårørende de påfølgende 30-40 år. Her ligger nok også en av forklaringene på hvorfor vi aldri fikk en åndssvakehjemsarkitektur med det asylpreg som tradisjonen fra sanatoriene og sinnsykehusene skulle tilsi. Vi hadde jo flust av slike forbilder i vårt hjemlige helsevesen, og vi hadde tunge føringer fra den kontinentale byggeskikken for åndssvakeanstalter. Danmark var i så måte et foregangsland som så tidlig som ca. 1900 hadde bygd opp gigantinstitusjonen De kellerske anstalter i Brejning. Den nådde etter hvert en kapasitet på henimot 2.000 pasienter. Et nettverk av danske institusjoner tok nærmest sikte på å internere alle utviklingshemmete, sterkt inspirert av rasehygieniske strømninger som fikk

Vestlandsheimen ved Bergen. Anlegget har utsikt mot Osterøy over fjorden. Etter at virksomheten som sentralinstitusjon ble avsluttet har lokalene vært benyttet til andre formål – først asylmottak og fra 2006 av Kriminalomsorgen region vest som Bjørgvin fengsel.
Foto: Vigdis Hareide, Bjørgvin fengsel.

fotfeste fra omkring forrige århundreskifte. Typisk var de danske "ø-anstalter" for lettere åndssvake, en for hvert kjønn, som ble etablert rundt 1. verdenskrig for å skjerme samfunnet fra disse "farlige" individer.

Forskyvning i tidspunktet mellom den danske og den norske storoffensiven for en landsomfattende omsorg, kan forklare noen av de veivalg som skapte så store skiller mellom de to lands sentralhjemsbyggeri. Men det må føyes til at også Sveriges og Danmarks veier tidlig skiltes, tross sammenfall i tid, noe som først og fremst skyldtes at svenskene valgte en desentralisert modell for utbygging. Det ga seg fort utslag i ulike måter å bygge på, noe jeg tror er en vel så viktig forklaring på hvorfor den desentraliserte norske skikken med noen få unntak utviklet en "lett" utbyggingsmodell, målt både mot den kontinentale tradisjon og mot øvrige deler av norsk helsevesen.

Kun ved én sentralinstitusjon fikk sykehustradisjonen virkelig gjennomslag: på Vestlandsheimen nord for Bergen. Det tok ti år fra grunnen ble ervervet til anlegget sto ferdig i 1963, og bakenfor lå en årrekke med strid omkring valg av planer og arkitektoniske løsninger. Byggekomiteens leder, fylkeslege Knut Engedal, var sterkt orientert mot psykiatrien. Hans forbilde var antakelig Valen sykehus, hevder en av hans opponenter fra den gang, Gunnar Brekke. Brekke var bestyrer fra 1953 og flere tiår framover på Furuly åndssvakehjem på Askøy. Han fortalte at da det første utkastet til utbygging av Vestlandsheimen ble lagt fram i 1956, møtte det voldsom motstand. Det var særlig fra SOR – samarbeidsorganet mellom de frivillige og de statlige interesser for utbygging av omsorgen – at skepsisen var stor. To vidt forskjellige tenkemåter om sentralhjemsutbygging sto opp mot hverandre.[6]

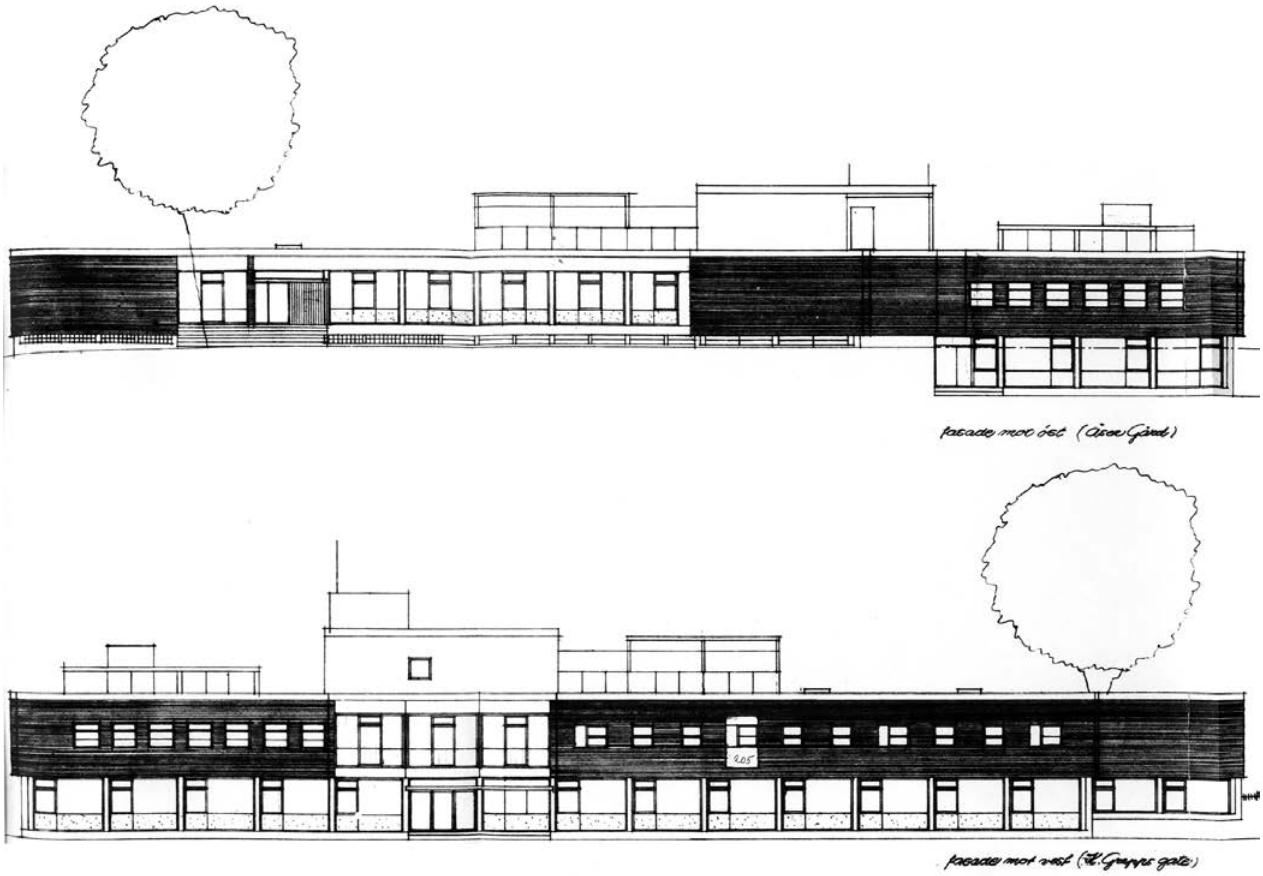
Alternativet til den sterile og enstonige Vestlandsheimen-modellen var løsninger med småpaviljonger som da var i ferd med å få gjennomslag. Slike modeller ble valgt på Østerbo utenfor Halden og Fossnes i Vestfold, begge åpnet i 1958–59, for øvrig under konsultativ ledelse av Ole B. Munch. Munch var selv en eksponent for den endring i mentalitet som skjedde det foregående tiår. For i 1948 avga en komité ledet av Munch en innstilling om å "førebu planlegging av sentralanstalt for åndssvake", og da var det en anstalt på 800–1000 plasser som var gangbar helsepolitisk mynt. Under diskusjonene i komiteen hadde enda høyere tall vært nevnt, før maksimumsgrensen for antall beboere på sentralinstitusjonene gradvis ble jekket nedover. Men en ting er institusjonens størrelse, en annen sak hvordan den bygges. Særlig det siste kom til å bli den viktigste diskusjonen blant arkitekter og planleggere på 1950- og 60-tallet.

Lys, luft, glass – men stadig dårlig plass

I dag ville vi kanskje sagt at overlege Munch var en mann med visjoner. I 1946, da han tiltrådte som statens overlege for åndssvakeomsorgen og ble utnevnt til leder for "førebuingskomiteen", er det mulig at enkelte byråkrater visket seg imellom at mannen i alle fall ikke hadde beina på bakken. Riktig nok var det enighet om at det trengtes et krafttak innen denne omsorgen, men *hvordan* dette skulle løses var et helt annet spørsmål. Og der var det kanskje én arkitekt som fikk større innflytelse på omsorgens fysiske utforming enn noen annen, nemlig P.A.M. Mellbye.

Mellbys debut som "åndssvakehjemsarkitekt" var i 1949, da han fikk i oppdrag å utarbeide en arealplan for Emma Hjorths Hjem på Tokerud i Bærum. Det var tider for den store nytenking og for de unge menn med nye ideer fra det store kontinentet. Mellbye var mannen som kunne oppfylle disse forventningene. Han var født i 1918 og nyutdannet arkitekt fra NTH i 1946. Fram til 1950 arbeidet han som "læregutt" hos en av de mest markante funksjonalistiske arkitektene i Norge, Arne Korsmo, som til og med tok unge Mellbye med seg til Paris, der funksjonalismens ideer kanskje hadde fått aller størst gjennomslag, ikke minst takket være den sveitsiske arkitekten Le Corbusier. Ja, Mellbye og hans ledestjerne Korsmo møtte selveste "Corbussen" i Paris.

Men Mellbye forberedte seg også mer konkret på de nye utfordringene han sto overfor da han fikk sine første institusjonsoppdrag av Statens overlege for åndssvakeomsorgen, Ole B. Munch: "Munch var en meget inspirerende oppdragsgiver. Vi dro til Jylland og så hvordan danskene hadde løst problemene ved å bygge kaserner, digre blokker. Vi ville noe annet, vi ville bruke by-ideen og naturen i det fine kulturlandskapet som gårdsbrukene ute på Emma Hjorths Hjem ga mulighet til," sa Mellbye i et intervju.[7] Etter samme tankegang tegnet han "Daghjem for åndssvake barn" på Nordre Åsen i Oslo. I 1950 sto dette modernistiske bygget ferdig, fint plassert der det kneiser på bakketoppen i kulturlandskapet opp mot Grefsen stasjon. Bygget hadde det Mellbye beskriver som shed-tak, med evne til å få inn lav vintersol og dermed fange inn maksimalt med lys i den mørkeste årstid. Daghjemmet vakte i sin tid så stor oppsikt at



Nordre Åsen i Oslo. Anlegget er tegnet av P.A.M. Mellbye og reist som daghjem for åndssvake barn i 1950. Det var et etter tiden meget moderne bygg, lyst, lett og med utsikt.
Tegning utlånt fra Mellbye Akitekter AS.

det var representert på en internasjonal utstilling i Sao Paolo.

"Vi ville ha bygg som var renslige i sin virkning. Tanken var å gi dem et delikat inntrykk som skulle smitte over på de som bodde der. Munch hadde stor sans for at byggene skulle ha en suveren beliggenhet i forhold til sol og utsyn. Vi brukte lys, luft og glass – og med flate tak som ga mulighet for lys ovenfra. Det var et prinsipp vi benyttet for å finne fram til et lett og ubekymret uttrykk."

Dette prinsippet ble til fulle utnyttet da de store Emma Hjorth-avdelingene for det tyngste mannlige og kvinnelige klientellet ble bygd på 1960-tallet. Mannsavdelingene, kalt 80-mann, var fire i tallet og utgjorde et kompleks som lå som en trappeformasjon ned langs åsen mot Sandvikselva. Flott plassering i landskapet, samt lys, luft og takvinduer var også arkitektens mål for det nye kvinnekomplekset, 60-K på folkemunne, som sto ferdig så seint som i 1970. Men begge byggene framsto ganske raskt som det de først og fremst var ment å være: oppbevaringsanstalter for alt for mange pasienter med tunge handikapp. Når en entret dørstokken i den tunge ståldøra inn til oppholdsrommet, var det god gammeldags "åndssvakelukt" som ønsket velkommen.

Og det skyldtes ikke først og fremst de arktitektoniske løsninger og uttrykk, men heller rammebetingelser og størrelse. For andre avdelinger Mellbye tegnet omtrent på samme tid, eksempelvis for autister og barn og unge utviklingshemmete, ga et helt annet inntrykk av moderne trivsel og "hjemmekos" enn det som var tilfelle med gigantavdelingene for voksne.

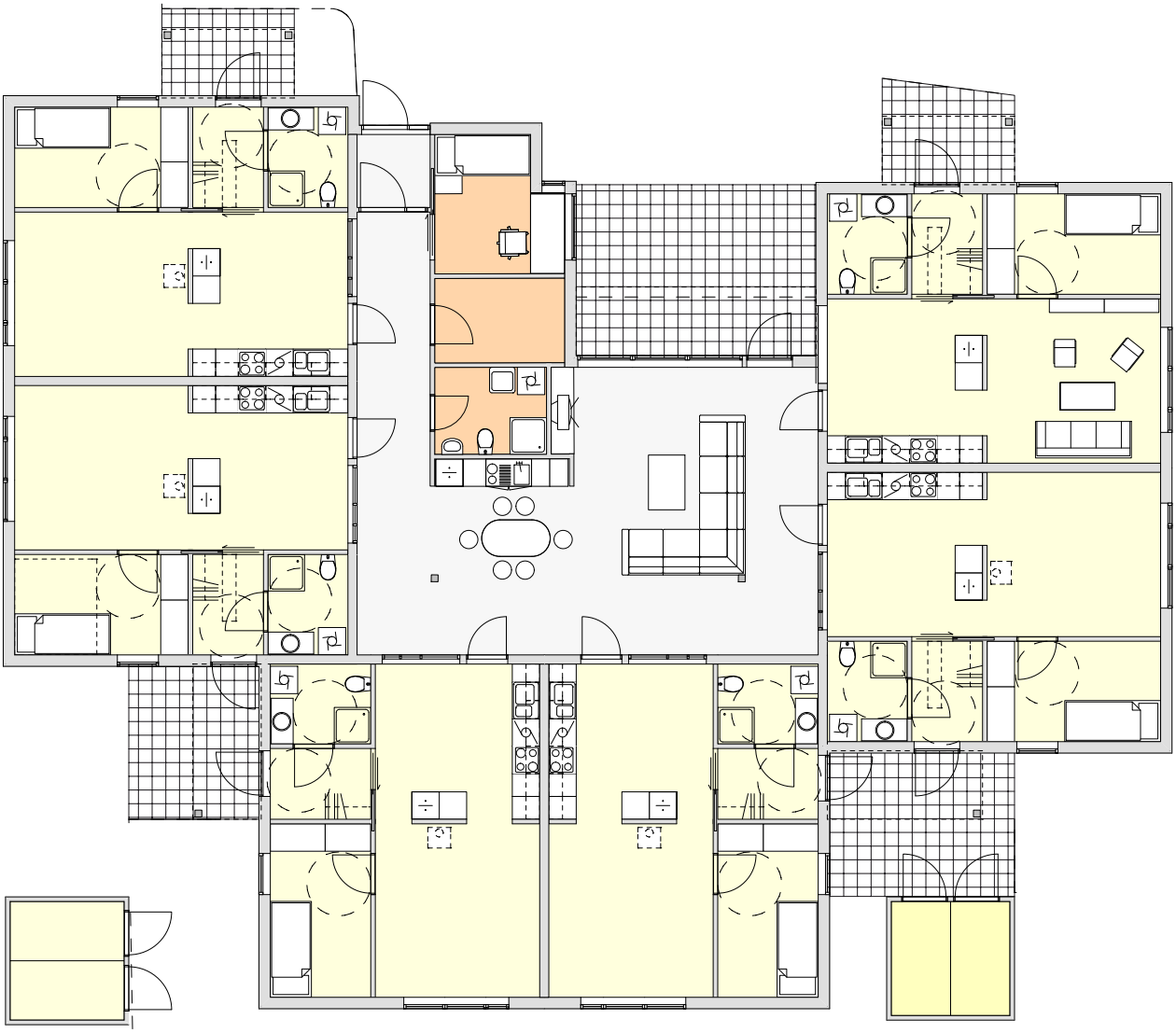
Det var da også diskusjoner om størrelse og pasienttetthet som kom til å prege de fleste utbyggingssaker på alle norske sentralinstitusjoner fra begynnelsen av 1960-åra og til et stykke inn på 1970-tallet da veksten var størst på landsbasis. Ett av argumentene for å bygge smått var en undersøkelse som var gjort av arkitekt Odd Brochmann i forbindelse med utbygging av Klæbu pleiehjem på sekstitallet. Den viste at det ikke var spesielt økonomisk lønnsomt å bygge to etasjer eller mer for å øke utnyttingsgraden. Dette var sikkert ett blant mange ulike argumenter for å tenke annerledes om boliger for psykisk utviklingshemmete. Et helt annet utgangspunkt for en alternativ institusjonsløsning fantes i de hjemmene som var inspirert av den antroposofiske Camphill-bevegelsen – der Vidaråsen fra 1966 nærmest framsto som en "anti-institusjon" med sin landsby-modell. Det viktigst var nok en grunnleggende endring i menneskesyn som gjorde sitt inntog på denne tida, blant annet symbolisert ved Jerusalemserklæringen av 1968 som stadfestet menneskerettslige krav for de psykisk utviklingshemmete.

Emma Hjorths Hjem avbildet 1964. institusjonen åpnet som et "pleie- og arbeidshjem for aandssvake" i 1898, og lå fra 1903 på den store eiendommen Tokerud i Bærum. Anlegget ble utvidet flere ganger, og fremst i bildet ser vi P.A.M. Mellbyes terrassebygg "80-mann" fra 1964.
Foto: Utlånt av Bærum bibliotek, Bærumssamlingen.

Og da er vi tilbake til en kjenning fra tidligere i denne artikkelen, den fremste talsmann for "smått er godt"-linja, bergensarkitekten Einar Vaardal-Lunde. Hans påstand om at HVPU-reformen var feil fordi den også oppløste de kollektivene som mange av de utviklingshemmete nøt godt av, er et naturlig sted å starte med en liten konklusjon på denne rundreisen i norsk sentralinstitusjonsarkitektur. For hvis det er slik at hus skaper folk, så må det også være slik at arkitekter og planleggere legger til rette for de menneskelige fellesskap vi ønsker å hjelpe fram. Tankevekkende var det derfor å møte denne diskusjonen blant ansatte i tjenesten for funksjonshemmete i Sør-Varanger kommune, så å si under arkitekt Vaardal-Lundes tak over det korsformete Plus-huset. For etter HVPU-reformens iverksettelse først på nittitallet, bygde kommunen blant annet tre boliger i samme rekke i Bjørnevatn. Her ble det praktisert individuell bespisning der beboerne i tur og orden fikk hjelp til å lage middag. Men så vant den praktiske og sosiale fornuft fram igjen etter noen år. Beboerne ville heller ha selskap til middag, og hjelperen kunne lage én rett i stedet for tre.

Denne erkjennelsen om fellesskapets verdi resulterte i at seks foreldre/foreldrepar tok initiativ til å diskutere nye boformer. De var helt klare på at de vil ha en felles løsning og foreslo seks leiligheter under samme tak, med fellesrom i husets midte. Dette komplekset skulle etter planen hatt byggestart i 2008. Men så kom den kommunale og byråkratiske komplekse virkeligheten og stakk den ene kjeppen etter den andre i hjulet på prosjektet. Først viste

Vidaråsen Landsby er Norges første Camphillandsby og ligger naturskjønt til i Andebu, Vestfold. På bildet er *Ita Wegman Hus* avbildet fra nordvest.
Foto: Will Browne, Vidaråsen Landsby.



Planskisse av omsorgsboliger for unge, Kirkenes, slik det var planlagt. Anlegget var tenkt å bestå av seks leiligheter, fellesarealer og plass til personale. Prosjektet er tegnet av Karen Romslo/Arkitektkontoret Kvadrat, men ble ikke realisert. Men også den nye planen er basert på en løsning med seks atskilte leiligheter med tilgang på fellesarealer i sin midte.
Tegning utlånt fra Sør-Varanger kommune.

det seg at kommunen hadde tildelt ei tomt til dette formålet som allerede var opptatt. Dermed måtte man finne ny tomt, gammel tegning ble forkastet og ny arkitekt ble engasjert. Både forskriftenes og de aktuelle beboeres krav til fellesarealenes kvalitet gjorde at prosjektet økte i omfang – og ikke minst i pris. Husbankens lånetilskudd ble dermed tema og likedan fordelingen av utgifter mellom beboere og kommune. Disse viderverdighetene har gjort at boligkomplekset sliter med å komme ut av siste sving. Hvorvidt det vil nå oppløpssida avhenger av både lokale og sentrale myndigheter. Uansett hva som blir sluttresultatet illustrerer dette eksemplet fra Sør-Varanger hvor krevende det er å få realisert nye fellesskapsløsninger, tross både brukernes vilje og arkitektens plangrep. I en viss forstand kan en dermed konkludere med at alt er ved det gamle, nær hundre år etter at staten i 1914 overtok ansvaret for driften av landets første sentralinstitusjon, Emma Hjorths Hjem.

Det skal som kjent ikke være enkelt.

Noter

1 Fjermeros 1998.
2 Fjermeros 2000.
3 Johansen 1996.
4 E. Vaardal-Lunde intervju 2000.
5 Bygdebok 1939.
6 G. Brekke intervju 2000.
7 P.A.M. Mellbye intervju 2000.

Intervjuer

E. Vaardal-Lunde intervjuet av H. Fjermeros høsten 2000.
G. Brekke intervjuet av H. Fjermeros høsten 2000.
P.A.M. Mellbye intervjuet av H. Fjermeros sommeren 2000.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Litteratur

Bygdebok. Grendi, 1939.
Fjermeros, Halvor: *Om hundre år er allting glemt? Emma Hjorts Hjems historie*. Bærum, 1998.
Fjermeros, Halvor: "Arkitektur for pariakasten. Sentral-institusjonene i lys av en åndssvakehistorie i internasjonal utakt". I: *FMFÅB*, 2000.
Fortidsminneforeningens årbok 2000 "Norsk sykehus-arkitektur" (FMFÅB). Oslo, 2000.
Johansen, A.J.: *Nord-Norges åndssvakehjem Trastad gård*. Trastad, 1996.

Habilitering, rehabilitering og opptrening

Bjørn Lobben

Hvor medisin ikke hjelper, der hjelper jernet (kniven),
hvor jernet ikke hjelper, der hjelper ilden,
hvor ilden ikke hjelper,
der må det anses som uhelbredelig.

Hippokrates (ca. 460–377 f.Kr.)

Innledning

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Sykdommer som vanligvis krever habilitering og rehabilitering er bl.a. poliomyelitt, skoliose, revmatiske sykdommer, medfødte sykdommer, tuberkulose, multippel sklerose (MS), cerebral parese (CP), ryggmargsbrokk, trafikkskader, hjerneslag, amputasjoner, postoperative tilstander, og mer enn 100 såkalte sjeldne funksjonshemninger.

I Norge har behandlingen av disse lidelsene i ulik grad satt spor i form av egne foreninger, institusjoner og bygninger.

Det første fysikalske og ortopediske institutt

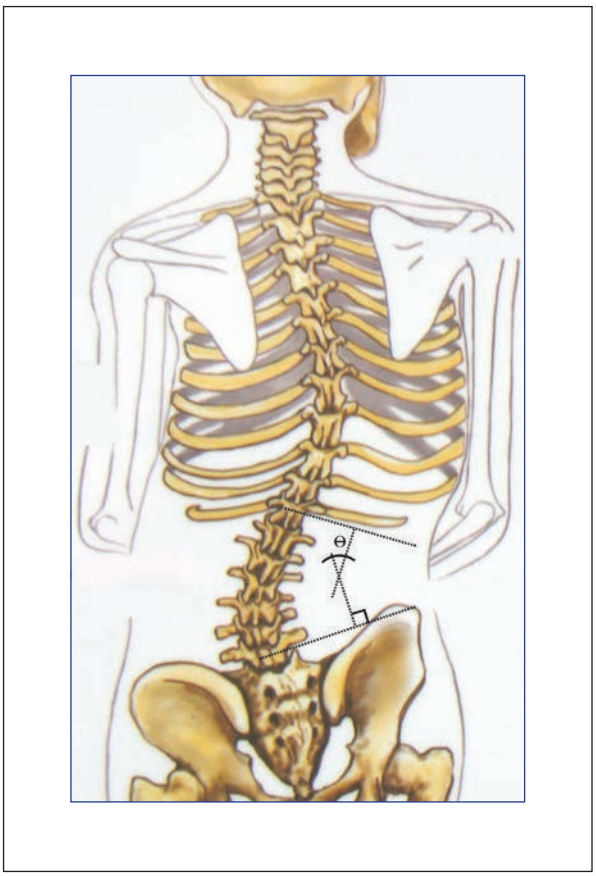
Det hele begynte ved *Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet (GCI)* i Stockholm, opprettet av Per Henrik Ling i 1813. *Bevegelse* som middel til å bedre og gjenvinne helse har vært kjent i århundrer. Bevegelsesbehandling var imidlertid lite tilpasset den enkelte lidelse. Ling hadde nye tanker omkring gymnastiske øvelser og hvilken virkning dette hadde på kroppen.

Den første i Norge som "bekjente" seg til Lings metoder var dr. Gunder Nielsen Kjølstad. Han åpnet et ortopedisk institutt i 1838 og blir regnet som Norges første ortoped. Kurering av skoliose (ryggskjevhet) var på mote i datidens Europa og virksomheten fikk følgelig navnet "Kjølstads selvretningsmetode for ryggradsskjævheder". Han var influert av de naturfilosofiske tankene som preget naturvitenskapen i samtidens Europa. Etter hans oppfatning var et menneske i stor grad i stand til, ved selvtrening – både mentalt og fysisk – å arbeide seg ut av sine ryggskjevheter. Egentlig var det ikke ortopedi i klassisk betydning han drev med – snarere sykegymnastikk, men selv kalte han det ortopedi.

I 1844 flyttet Kjølstad virksomheten til Christiania. Da Stortinget 1853 bevilget en årlig pensjon til Kjølstad, ble det forlangt at han skulle stille sine kunnskaper til gratis disposisjon for alle som ønsket å lære hans metoder.

KJØLSTADS METODER VINNER FRAM

Dr. August Tidemand hadde studert ortopedi i Paris og medisinsk gymnastikk i Stockholm under Ling. Etter å ha vært elev hos dr. Kjølstad opprettet han sitt eget ortopediske institutt i Christiania 1842. Da Kjølstad flyttet til hovedstaden 1844 ble det "trangt" med to institutt i samme by, og Tidemand la ned sin virksomhet og ble Kjølstads assistent. Etter Kjølstads død åpnet igjen Tidemand eget institutt. Han fikk



Plansje ryggskjevhet.
Illustrasjon hentet fra voiceforhealth.com.

bidrag fra Stortinget, noe som innebar at også han skulle gi gratis undervisning. Her ble grunnlaget lagt for fysioterapien i Norge.

Etter Tidemands død fortsatte instituttet under ledelse av assistenten Caroline "Callie" Gundersen, og hans datter Henriette Tidemand. Gundersen ansees å være den første sykegymnast med eget institutt. Her startet også den første utdanningen av sykegymnaster. I 1893 overtok dr. Peder "Per" E. Giertsen instituttet. Han skrev i 1923 at blant de ca. 2000 skoliosepasienter han hadde sett i sin 30-årige praksis, var det knapt 10 % hvor årsaken til ryggdeformitetene var kjent.

Dr. Tycho D.C. Lange åpnet 1867 "Institut for medicinsk Gymnastik". Instituttet benyttet sykegymnastikken til flere diagnoser enn det som var vanlig ved ortopediske institutter; både ryggradskrumninger, skrivekrampe, slapphet i kneleddet, lammelser av ulike slag, isjias, revmatiske lidelser, hemoroider, astma, nervøse lidelser med videre.

I 1868 åpnet Chr. Stokstad et ortopedisk institutt i Bergen. Han var ikke lege, men hadde vært både pasient og elev av dr. Kjølstad og brukte Kjølstads metoder. Klientellet var 95 % kvinner og kun 5 % menn, og de fleste var i alderen 9 til 17 år, som han anså var den gunstigste aldersgruppen for å få best behandlingsresultat.

Vanføreklinikkene

I 1915 var det 3740 vanføre i Norge under 15 år. Under polioepidemien i 1911 ble det registrert 1702 tilfeller, hvorav 256 med dødelig utfall.

Vanføreklinikkene hadde som primæroppgave å behandle vanførhet etter poliomyelitt, mens kurbadene i hovedsak behandlet og pleiet pasienter med reumatisk lidelse og kysthospitalene oftest tok hånd om pasienter med ettervirkninger etter tuberkulose.

Senere ble også etterbehandling av vanføre med andre medfødte eller ervervede sykdommer, skader eller lyter behandlet ved klinikkene. Det var først og fremst etterbehandling, ortopedisk kirurgi, sykegymnastikk og massasje en arbeidet med, og ikke sykdommer i akutt eller aktiv fase.

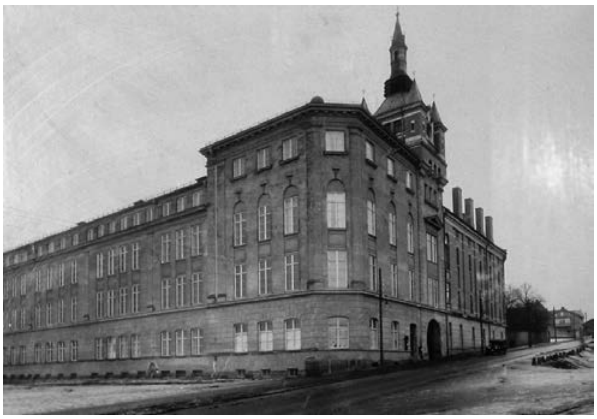
SOPHIES MINDE

Historien om Agnes og Nanna Fleischer med sin skole for vanføre, senere Sophies Minde, er historien om vanførepleiens historie i Norge. Det er også historien om hvordan to søstre, hvorav den ene vanfør, etablerte en skole som senere utviklet seg til en institusjon innen arbeidsterapi og behandling for svært mange funksjonshemmede i Norge.

De begynte med én elev i 1892, og i løpet av de 10 første årene fikk 134 elever håndverksopplæring, som var søstrene Fleischers hovedgjerning. Kong Oscar II besøkte skolen 1896, og overrakte året etter 300 000 kroner til vanføresaken i Norge. Dermed var det økonomiske grunnlaget for en sentralinstitusjon lagt. I 1900 ble grunnsteinen nedlagt til sentralanstalten i Skådalen i Oslo. Den fikk navnet "Sophies Minde" etter dronning Sophie. Innvielsen ble foretatt av kong Oscar II 1902.

Lokalene i Skådalen ble snart foreldet, og Sophies Minde søkte om bevilgninger til en større eiendom. Nationalbryggeriet, Trondheimsveien 132 i Oslo, ble innkjøpt 1915, men først 1927 kunne de kvinnelige vanføre flyttes fra Skådalen til Trondheimsveien.

Søstrene Fleischers grunntanke var at skolen skulle gi teoretisk og praktisk undervisning til



Sophies Minde i Trondheimsveien ved Carl Berners plass i Oslo.
Foto: Fra forfatteren.

personer med fysisk funksjonshemning, slik at de kunne utføre nyttig arbeid og om mulig bli økonomisk uavhengige. Dette betydde at barn mellom 7 og 15 år skulle få undervisning etter samme plan som den alminnelige folkeskolen. Elever mellom 15 og 17 år skulle få videreutdannelse (fortsettelsesskole) og elever over 17 år, som hadde gjennomgått folkeskolen, kunne ta yrkesskole.

Det var stor søkning til yrkesskolen ved Sophies Minde på 1930–40-tallet, men mange følte etter hvert at opplæringsmetodene var litt gammeldagse, dels på grunn av bedret arbeidsmarked, dels teknologiske nyvinninger. På 1950-tallet gikk søknadsmengden ned fordi mange heller tok fag ved de vanlige yrkesskolene eller ved Norges Vanførelags folkehøyskole, Lundheim, i Moi.

Den første poliklinikken

Sophies Minde har fungert som skole fra starten av; som behandlingsinstitusjon og ortopedisk verksted ikke fullt så lenge. Men allerede i 1902, da skolen flyttet fra Observatoriegaten til Skådalen, overlot Oslo kommune lokaler i Observatoriegaten til poliklinikk for trengende vanføre.

Det var et enormt behov for poliklinisk og ortopedisk behandling av de funksjonshemmede. Første året ble 75 vanføre behandlet. En del pasienter ble operert, noe som resulterte i at flere pasienter som tidligere ikke kunne stå oppreist greide å gå med krykker. Retting av hender og føtter gjorde at pasienter kunne bli arbeidsføre.

I 1910 overtok Foreningen for understøttelse av trengende vanføre driften av poliklinikken, og den ble flyttet til Grønlands asyl. Antall pasienter steg til ca. 300 i året. I tillegg til elevene ved Sophies Minde ble også vanføre fra hele landet undersøkt og behandlet gratis. Alt ble meget enklere da poliklinikken og operasjoner senere ble flyttet til Trondheimsveien. I 1933 hadde Sophies Minde 67 senger og en poliklinikk, arbeidsskole med plass til 128 elever, et salgs- og utstillingslokale, et bandasjeri og skole- og barnehjem for 24 vanføre barn.

Poliomyelitt

Poliomyelitt (polio) er en smittsom virussykdom som hos enkelte pasienter angriper celler i ryggmargen som igjen kan føre til lammelser. Helt siden lammet muskulatur kunne konstateres, har man diskutert hvilken behandling som best bedrer symptomene for poliopasientene. Ulik medikamentell behandling har vært forsøkt, både i akuttfasen og ved senere faser av polioens utvikling. Elektrisk stimulering av muskler var en tid høyeste mote. Massasje og bevegelsesterapi – både manuell og i sinnrike apparater – grep man til, gjerne kombinert med varme bad. Støttebandasjer for armer og bein, korsetter for rygg, samt krykker og stokker for å få den lamme opp på beina, ble tidlig tatt i bruk. Man fikk rullestoler for dem som ikke lykkes å komme på beina. Operative inngrep, som flytting av sener og avstivning av ledd og lignende, har ofte gitt gode resultater. I de senere år har også akupunktur, homøopati, refleksologi og lignende vært prøvd. Fysikalsk behandling er den behandlingsform som har vært den beste ved siden av ortopedi.

Poliomyelitt

LANDSFORENINGEN MOT POLIOMYELITT OG KRONPRINSESSE MÄRTHAS INSTITUTT (KMI)

Det store målet for Landsforeningen mot Poliomyelitt (stiftet 1947) var å etablere et sentralinstitutt til behandling av polioskadde. Sentralinstituttet skulle også være med å utdanne leger, fysioterapeuter, arbeidsterapeuter og andre fagfolk. Under de store epidemiene på 1930- og 1940-årene ble behovet for sykehusplasser skrikende, og polioskadde måtte ofte sendes til utlandet, først og fremst til Sverige og Danmark.

Etter at Landsforeningen startet opp, og med meget god hjelp av foreningens arbeidsgrupper i fylkene, ble flere lokale polioinstitutter bygd og tatt i bruk. Ønsket og målet var å få bygd en sentralenhet. I årsberetningen i 1950 het det blant annet: "Styret arbeider derfor med all kraft for å opprette et sentralinstitutt for poliomyelittbehandling i Oslo. (...) Det råder enighet om at Landsforeningen må bygge for å kunne løse oppgaven på hensiktsmessig måte."[1]

I 1951 hadde planene kommet et langt stykke

Kronprinsesse Märthas Institutt åpnet 1957. Arkitekt var Magnus Poulsson, kjent for å ha tegnet Oslo rådhus sammen med Arnstein Arneberg. Det var ortopedisk virksomhet i bygget fram til 2003. Oslo kommune driver i dag barnehage i bygget.
Foto: Fra Arne Lannerstedts samling/NMM.

videre: "Utsiktene til å nå dette mål er nå betydelig lysere enn tidligere. Tilsagn forelå om tomt for Sentralinstituttet på Sophies Mindes grunn (..). Dette er en meget fordelaktig løsning med hensyn til Sentralinstituttets beliggenhet, idet en vil kunne få et gjensidig gunstig samarbeid mellom vanføreinstitusjonen Sophies Minde og Sentralinstituttet for poliomyelittbehandling."[2]

I 1954 la Kong Haakon VII ned grunnsteinen til sentralinstituttet. Kongen var blitt Landsforeningens høye beskytter etter kronprinsesse Märthas bortgang. I mars 1957 ble KMI innviet av kronprinsregenten, knappe ti år etter at Landsforeningen ble stiftet.

ØSTLANDSKE VANFØREHJEM

"*Bær hverandres byrde*" er mottoet som er risset inn ved inngangen til Østlandske Vanførehjem ved Hamar. "Institusjonen vitner om at her har mange tatt et felles løft for hjemløse, hjelpeløse og syke

Østlandske Vanførehjem ble tegnet av Rolf Prag før andre verdenskrig, men byggetrinn 1 (bildet) sto ikke ferdig før 1950. Anlegget ligger på et lite høydedrag og hadde tidligere fri utsikt over Mjøsa. Vanførehjemmet lå langt fremme i utviklingen og var en for tiden moderne institusjon. Mens pasientene i de første årene nesten utelukkende var poliorammede, ble målgruppen ganske snart mennesker med lammelser eller andre sykdommer som trengte behandling. På slutten av 1980-tallet ble institusjonen overtatt av det offentlige.
Foto: Normann. Fra postkort.

mennesker," skrev en Hamar-avis den 1. oktober 1954.[3] Østlandske Vanførehjem tok det tyngste taket, men fikk god hjelp av Adventistsamfunnet, Hjelpestikkene, Sosialdepartementet, Oslo kommune og Akershus, Hedmark og Oppland fylker. I 1950 ble vanførehjemmet innviet, og 1954 ble den nye etterbehandlingsavdelingen for poliomyelittpasienter tatt i bruk. Ved siden av behandlingsrom var det også en avdeling for ferdigbehandlede som skulle omskoleres. Avdelingen ga opplæring i radiomontering, snekkerarbeid, søm, bokbinding og finmekanikk. Pasienter i skolepliktig alder fikk klasseromsundervisning.

MARIE TRESCHOWS MINNE

I sitt testamente bestemte Marie Treschow, som døde i 1953, at Landsforeningen mot Poliomyelitt skulle få bruksretten til hennes eiendom ved Tønsberg for å opprette et etterbehandlingsinstitutt for polioskadde.

Ved overdragelsen skjenket godseier F.M. Treschow og frue 300 000 kroner til et vedlikeholdsfond. Ominnredningsarbeid var nødvendig for å gjøre stedet egnet til etterbehandlingsinstitutt. Nødvendig utstyr ble bekostet av Landsforeningens arbeidsgrupper i Vestfold.

I 1957 kjøpte Stiftelsen Marie Treschows Minne den tidligere forpakterboligen til bolig for betjeningen ved polioinstituttet, noe som medførte at 23 polioskadde fikk plass i hovedbygningen.

Plassene var først og fremst forbeholdt polioskadde fra Vestfold, men ved ledig kapasitet var også polioskadde fra resten av landet velkommen til gratis opphold og behandling.

LOKALE POLIOINSTITUTTER

OSLO. Oslo Sanitetsforening stilte lokaler ved Revmatismesykehuset i Oslo til disposisjon for Landsforeningen mot Poliomyelitt i september 1949. Dette første behandlingsinstituttet var riktignok midlertidig, men ca. 15 ambulerende poliopasienter fikk øyeblikkelig plass. Ved siden av behandlingen av polioskadde gav instituttet også undervisning til blant annet fysioterapeutelever og medisinstudenter.

Plassproblemene kunne til tider være store og flere stod på venteliste. Det midlertidige oppholdet for landets første polioinstitutt varte fra høsten 1949 til våren 1956, da Kronprinsesse Märthas Institutt stod ferdig.

SKIEN. I 1950 ble Telemark Poliomyelittinstitutt i Skien overlevert Landsforeningen mot Poliomyelitt. Telemark Sykegymnastforening hadde, gjennom sin energiske leder, fysioterapeut Vidar Kranstad, tatt initiativet byggingen. En imponerende dugnadsinnsats resulterte i en 250 m^2 murbygning med gymnastikksal, baderom, massasjerom, lege- og undersøkelsesrom, kontor og oppholdsrom. I samarbeid med Skien Lasarett ble beboelsesrom for inntil 15 sengeliggende poliopasienter stilt til disposisjon. I tillegg kunne ambulerende polioskadde mottas ved polioinstituttet. I 1956 ble instituttet i Skien påbygd og utvidet.

HALDEN. I 1952 ble etterbehandlingsinstituttet for polioskadde i Halden innviet og stilt til disposisjon for Halden Trygdekasse. Det Ankerske Arbeidshus hadde skjenket tomt og Saugbruksforeningen bekostet bygningen. Halden kommune ordnet det nødvendige med hensyn til varme, vann og sanitær. Landsforeningens arbeidsgruppe i Halden og omegn stod for innsamlingen av midler til utstyr, malerarbeid og lignende, det meste gitt gratis av håndverkere fra Halden.

Poliobygget i Bergen er tegnet av arkitekt Halfdan B. Grieg og ble tatt i bruk i 1954. Det er i to og en halv etasje med pusset, malt fasade. Vinduene er plassert inntrukket i veggliv og er kvadratiske. Det er inntrukket diagonalmønstret brystning på langsider i 1. og 2. etasje. Karakteristisk runeformet poliosymbol i murliv på øst- og vestfasade (bildet t.v.).
Foto fra trappehus (bildet t.h.).
Bygningen tilhører i dag Haukeland universitetssykehus.
Foto: Leif Anker.

STORD. I Hordaland kunne bare Furuly helseheim på Stord (forløperen til Stord sykehus) og Hatlestad sykehus ved Nesttun, Bergen ta imot enkelte pasienter med følgetilstander etter polio på 1940-tallet. Det var et stort udekket behov for en etterbehandlingsenhet for polio. Planene for et eget polioinstitutt forelå i 1952, og gikk ut på å reise et bygg i to etasjer med behandlingsavdeling i første og sengeavdeling i andre etasje.

I 1954 ble bygget innviet og hadde da en sengekapasitet på 32 poliopasienter. Spesielt var at det var installert en bytelefon og svingbare leselamper ved hver seng.

Etter at poliovaksinasjon ble innført i Norge i 1956 sank antall nye poliotilfeller, men det var fortsatt behov for etterbehandling. Ettersom årene gikk, kunne instituttet, slik det var forutsatt, også benyttes av andre nevrologiske pasientgrupper med behov for fysioterapi. I 1992 flyttet nevrologisk avdeling over i Gamle Hovedbygning ved Haukeland.

DRAMMEN. Da den store polioepidemien herjet i Norge i 1951–1952 ble Buskerud svært hardt rammet, og kapasiteten ved fylkessykehusets medisinske avdeling var snart fullstendig sprengt.

For å avhjelpe dette bidro i første hånd Drammen Sanitetsforening ved å stille sitt kursted i Bragernesåsen til disposisjon for de polioskadde. I oktober 1951 kunne ca. 40 pasienter overføres dit.

Drammen kommune ordnet tomt til et polioinstitutt innenfor sykehusets område, og 1955 overleverte Landsforeningen nøkkelen til et bygg på 600 m^2 i en etasje med underetasje til ordføreren i Drammen – som leverte den videre til sykehusets administrerende direktør.

I tillegg til 20 sengeplasser kunne man ta imot polikliniske polioskadde i behandlingsavdelingen med gymnastikksal, ulike bad, undersøkelses- og behandlingsrom. Det var også en koselig dagligstue og spiserom for de mer ikke-funksjonshemmede polioskadde, samt god rullestoltilgjengelighet fra spisestuen og ut i haven.

Etter at det var slutt på nye poliotilfeller i Buskerud i 1965 – vaksinen hadde hatt sin virkning – avtok Polioinstituttets betydning for de polioskadde, og sengeplassene ble frigjort til andre nevrologiske diagnoser. Etter knapt 20 års drift måtte polioinstituttet rives for å frigjøre plass til sykehusets nye sentralblokk.

TRONDHEIM. Avisen Nidaros skriver i et stort oppslag 19. september 1950 om poliosituasjonen i Nord-Trøndelag: "Trøndelag må få institutt for etterbehandling av poliomyelittpasienter", og skrev videre:

> *"Med innpå 200 til dels alvorlige tilfeller av poliomyelitt vil sommeren 1950 stå som et lite hyggelig minne for folk i Trøndelag. Ofrene som i dag ligger hjelpeløse på sykehusene i landsdelen, vil i hvert fall aldri glemme denne sommeren, da den lumske sykdommen ble kastet over dem."*

Poliomyelittinstituttet i Trondheim åpnet august 1956 i tilknytning til Sentralsykehuset.

KRISTIANSAND. Tidlig i vanføresakens historie i Norge vedtok man å bygge et hjem for hjem- og hjelpeløse vanføre i hver landsdel. Allerede i begynnelsen av 1930-årene nedsatte Sørlandske Vanførelag den første byggekomité for å utrede planene om et vanførehjem. I 1934 ble en tomt overdratt vederlagsfritt fra Kristiansand kommune.

Kongsgårdheimen i Kristiansand sto ferdig 1957 med plass til 68 beboere og 30 poliopasienter. Den var drevet av Sørlandske krets og Telemark fylkeslag av Norges Handikapforbund.

Siden poliovaksinen kom året før institusjonen ble innviet, ble den i mindre grad enn planlagt benyttet som behandlingssted for poliorammede, men mange polioskadde med følgetilstander etter sykdommen ble og blir fortsatt behandlet i behandlingsavdelingen. I dag er klientellet vesentlig pasientgrupper med funksjonshemninger i bevegelsesapparatet.

På 1960 og 1970-tallet ble ulike polioinstitutter nedlagt eller omdisponert til behandling av andre sykdommer enn polio, og mange polioskadde i Norge følte at det ikke lenger var nødvendig med strukturert etterbehandling for sin polio. De fleste polioskadde etter de store epidemiene på 1940- og 1950-tallet var blitt rehabilitert til et nivå hvor ytterligere bedring neppe kunne forventes. De fleste var opplært til at når den såkalte stabile fase var oppnådd, skulle funksjonsnivået bli opprettholdt livet ut. Dette betydde at polioskadde distanserte seg – eller ble distansert – fra helsevesenet. For de som var relativt gangføre, med eller uten krykker, ville daglige gjøremål være tilstrekkelig trening til å opprettholde stabiliteten. For rullestolbrukerne ville fysikalsk behandling fremdeles være av det gode for å motvirke immobiliseringen.

Kurbadenes epoke i Norge

Den nyutdannede legen dr. H.A. Thaulow kom til ladestedet Sandefjord i 1834 som byens første faste lege.[4] Tre år senere åpnet han Sandefjord Bad, landets første kurbadanstalt. Klientellet bestod av revmatikere. I 1857 kjøpte badet en herskapsgård til bruk som sosietetsbygning/badehotell. Badet åpnet i 1899 stolt sin kuranstalt i ny stil, "dragestilen", betydelig påkostet. Bygningene ble solgt til kommunen i 1911, som fortsatte driften til 2. verdenskrig.

Vikersund Kurbad ble stiftet av dr. Hans Haavik 1918 som Modum Helseheim.[5] Under et opphold i Tyskland kom han visstnok i kontakt med naturleger som forsøkte å kurere gikt og reumatisme med varme pakninger, dampbad og lysbad. Haavik ble veldig opptatt av disse behandlingsmetodene – kanskje fordi han endelig fikk se noe som faktisk virket. I hvert fall gikk det ikke lang tid før han begynte å se for seg et lignende kurbad på Østlandet. Han mente at tørt klima måtte være det perfekte sted for en slik institusjon. Han flyttet til Modum, hvor han tok en dårlig betalt stilling som kommunelege på Sysle. Her begynte han letingen etter en passende eiendom til en helseheim.

I bygda ble dr. Haavik raskt det store samtaleemnet. En mann som legger giktpasienter i Syslebekken, etter først å ha gitt dem kokende varme omslag kan da ikke være riktig klok? Men giktpasientene stolte blindt på ham, og etter hvert ble han godtatt av resten av moingene også.

I 1917 kjøpte Haavik en eiendom på 80 mål ved Vikersund i Buskerud. Problemet var at det var få bygninger på eiendommen; et våningshus, en låve og et stabbur. Ingen av dem passet som internat for pasienter med reumatisme og gikt. Derfor kjøpte han det "store" Grand Hotell i Vikersund. I 1919 var virksomheten i gang. Under vekslende navn har institusjonen vært i drift siden.

Lina og Rasmus Jordahl startet 1933 et fysikalsk institutt i Hokksund.[6] Året etter leide de et hus på Loesmoen. Til dette huset hørte også et bryggerhus

Revmatisme og revmatiske diagnoser.

Revmatisme er noe langt mer enn litt vondt i ryggen – det er en samlebetegnelse for de om lag 200 forskjellige revmatiske sykdommer som finnes. Disse sykdommene omtales ofte som muskel- og skjelettsykdommer, men revmatisme kan også angripe huden, lungene, slimhinner og andre organer. Hele 300 000 nordmenn har fått stilt en revmatisk diagnose og nesten hver eneste norske familie er berørt av en revmatisk plage. Revmatisme er den vanligste årsaken til at nordmenn oppsøker lege og revmatikere utgjør den største gruppen sykemeldte og uføretrygdene. Mange revmatikere har store smerter, men det er også viktig å påpeke at veldig mange lever gode liv som revmatikere.

Sandefjord kurbad slik det så ut i 1904. Bygningene på bildet er fra 1899. Anlegget er i dag en kulturinstitusjon drevet av en stiftelse opprettet av Sandefjord kommune, "med det formål å restaurere og vedlikeholde Kurbadet for kulturaktiviteter til glede for hele Sandefjords befolkning".
Foto: Wilse. Norsk Folkemuseum.

som ble innredet til behandlingsavdeling. Siden huset var relativt rommelig, og noen pasienter kom langveis fra, bodde enkelte pasienter på stedet mens behandlingen varte. En tilfeldig begynnelse som førte til dagens institusjon *Rehabiliteringssenteret Hokksund Kurbad*.

Ny utvidelse av bygningsmassen ble foretatt i 1973. Dette økte sengetallet til 89. Kurbadet hadde nå fått en størrelse som gjorde det nødvendig å se fremtiden i en større målestokk, og planene om et nytt behandlings- og administrasjonsbygg tok form. Som et ledd i planen ble det 1983 ferdigstilt en værelses- og salongfløy.

I 1988 fikk Hokksund Kurbad nye og moderne lokaler til behandling, lege- og sykepleietjeneste, samt til administrasjon. Til den nye fysioterapiavdelingen hørte også et oppvarmet basseng, som hadde stått høyt på ønskelisten i mange år.

Tradisjonelt har pasientene ved kurbadet hatt belastningslidelser og forskjellige typer revmatiske lidelser, og i etterkrigstiden særlig polio. I dag behandles de fleste diagnoser som trenger rehabilitering og opptrening.

Hokksund Kurbad har blitt et av de største behandlingssentrene i sin kategori, de såkalte opptreningssenter gruppe 1, godkjent for 102 plasser. Institusjonen behandler årlig rundt 1500 pasienter, og er et viktig supplement til det offentlige helsevesen.

Andre institusjonstyper og behandlingssteder

KYSTHOSPITALENE

Kysthospitalene ble først og fremt bygget for dem med skrofulose (tuberkulose vesentlig lokalisert til lymfekjertlene under haken), som særlig rammer barn. I Norge ble fire kysthospital bygget for skrofuløse barn og barn med bein- og leddtuberkulose: Stavern i 1889, Hagavik 1893, Vadsø i 1915 og Tromsø i 1923. Senere har kysthospitalene fått status som opptreningsinstitusjoner etter operasjoner og rehabilitering for ulike funksjonshemninger. (Les mer om kysthospitalene i avsnittet *Tuberkulosen* Leif Ankers artikkel.)

HELSESPORTSSENTRA

"Et riddersprang er å våge å være ekte, ta en utfordring, møte mennesker, kjente og ukjente, med å være seg selv, åpne for kontakt der det utfordres ofte. Riddersprang er å våge seg inn i ukjent område, sprenge tilsynelatende hindringer for utfoldelse. Å leve ukonvensjonelt."[7]

Det var i første rekke dette synshemmede Erling Stordahl hadde i tankene da han 1964 lanserte ideen om et helsesportsenter under verdens første skikurs for synshemmede, som senere ble til Ridderrennet. Det gikk seks år før ideen ble realisert: *Beitostølen Helsesportsenter* sto ferdig 1970. Stordahl var senterets første leder og satt fram til 1992.

Med begrepet helsesport slik det brukes i dag menes et tilbud for rehabilitering hvor en kombinerer ulike typer fysisk aktivitet som ridning, ski, orientering, padling og lignende, med medisinsk støtte og oppfølging. Grunnprinsippene i treningen for fysisk funksjonshemmede er balansegangen mellom trening og hvile – en balansegang som hver enkelt bruker må lære seg individuelt med nødvendig veiledning og råd fra kvalifisert fagpersonell. I år 2000 hadde 661 personer rehabiliteringsopphold på Beitostølen, de fleste med nevrologiske lidelser.

Tanken om et nordnorsk helsesportsenter, "Nord-

Beitostølens første trinn ble tatt i bruk i 1970. Det er tegnet av arkitektene Telje-Torp-Aasen, som i 1975 mottok den høythengende utmerkelsen *Houens Fonds Diplom* for arbeidet.
Foto: Viljar Aasan.

Norges Beitostølen", var ikke ny. Allerede under prosjekteringen av Beitostølen dukket planene opp, og i 1971 ble det framlagt en undersøkelse som fastslo at behovet for denne type institusjon i landsdelen var stort.

Sommersportstevnene i Valnesfjord i Nordland 1967–1969 var en av flere faktorer som lå til grunn for valg av sted. Valnesfjord Helsesportsenter ble tatt i bruk 1982. I utgangspunktet var målsettingen svært lik Beitostølens. Men det ble tidlig en bevisst politikk ved institusjonen å bygge seg opp medisinskfaglig, bl.a. for å oppnå større legitimitet og forståelse i det øvrige helsevesen. I stedet for å fokusere på ordet "helsesport" har begrepet "tilpasset fysisk aktivitet" stått sentralt de senere år.

Valnesfjord Helsesportsenter er en spesialinstitusjon innen fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin, og gir spesialutdanning for leger. Mange polioskadde, særlig i de nordligste fylkene, har fått behandling og oppfølging av sine senskader eller postpoliosyndromet.

MULTIPPEL SKLEROSE (MS), CEREBRAL PARESE (CP) OG EPILEPSI

På slutten av 1960-tallet innledet Landsforeningen mot Poliomyelitt et samarbeid med MS-foreningen i Oslo og bygde to mindre sykehjem for mennesker som var rammet av MS og polio. Ålesund Arbeidsgruppe av Landsforeningen gikk senere sammen med den lokale MS-foreningen og bygde et tilsvarende hjem.

MS-Senteret Hakadal (MSSH) nord for Oslo ble åpnet i 1976 og er i dag en del av spesialisthelsetjenesten. MSSH er det eneste landsdekkende rehabiliteringssenter kun for MS-pasienter. Den enkelte bruker skal gis mulighet til å fungere optimalt i forhold til sin funksjonshemming hjemme og i forhold til familie, jobb og nærmiljø. Behandlingsideologien er gjennom tverrfaglig arbeid å støtte personer med MS til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. MS-Senteret har siden starten vært eid av MS-forbundet.

Cerebral parese skyldes en utviklingsforstyrrelse eller en skade i hjernen som har oppstått i fosterlivet, under fødselen eller i løpet av de første leveårene. Det mest karakteristiske symptomet er motoriske vansker i varierende grad, men andre tegn på hjerneskade som for eksempel lærevansker, forsinket tale og språkutvikling og epilepsi kan også være til stede.

Cerebral Parese-foreningen ble stiftet 1950. Foreningen har 3300 medlemmer. Sekretariatet holder til på Gamle Berg Gård i Oslo som også er et sentralinstitutt for CP.

PTØ-Senteret (Pedagogisk Trenings- og Øvingssenter) er et opplæringstilbud til barn med CP. Senteret ligger ved Hamar og tar i mot barn fra hele landet. Et tilsvarende senter finnes i Stavanger.

I den vestlige verden får 2 til 2,5 av 1000 nyfødte barn CP. For Norges del betyr det mellom 120 og 150 nye tilfeller hvert år. De som har CP utvikler oftere epilepsi enn befolkningen ellers. Av dem som har CP får 25 til 30 % epilepsi.

Epilepsisenteret – SSE, en del av Nevroklinikken på Rikshospitalet – er et nasjonalt epilepsisykehus etablert for å hjelpe epilepsipasienter som ikke oppnår anfallskontroll med medisiner.[10] Fra hele landet tar sykehuset imot personer med alvorlig epilepsi, eller uklare anfall av epilepsilignende karakter, til diagnostikk og behandling. Epilepsisenteret ligger ved Sandvika i Bærum og er et anlegg med til dels verdifull bygningsmasse i et flott landskap.

Det finnes også andre institusjoner for bl.a.

Multippel sklerose (MS) er en kronisk sykdom kjennetegnet av akutte betennelser og kronisk avtagende funksjon i ulike deler av sentralnervesystemet – hjernen og ryggmargen – som følge av en feil i immunforsvaret. Sykdommen debuterer oftest mellom 20 og 40 års alder og forekommer dobbelt så hyppig hos kvinner som hos menn. Årsaken til MS er ikke kjent og man tror at en kombinasjon av arvelige og ytre miljømessige faktorer kan bidra til at sykdommen opptrer.
Det finnes ingen helbredende behandling. Alle med MS kan likevel få behandling rettet mot ulike symptomer. I tillegg gis behandling ved schub / attakker (episoder med forverring av symptomer) og sykdomsbremsende behandling ved svingende forløpsform.[8]

Cerebral parese skyldes en utviklingsforstyrrelse eller en skade i hjernen som har oppstått i fosterlivet, under fødselen eller i løpet av de første leveårene. Det mest karakteristiske symptomet er motoriske vansker i varierende grad, men andre tegn på hjerneskade som for eksempel lærevansker, forsinket tale og språkutvikling og epilepsi kan også være til stede.[9]

Et **epileptisk anfall** er uttrykk for en forstyrrelse av hjernens normale funksjon. Forstyrrelsen går som regel over av seg selv. De normale elektriske signalene mellom hjernecellene forstyrres av unormale elektriske utladninger som kalles epileptisk aktivitet. Partielle epileptiske anfall starter lokalt, men den epileptiske aktiviteten kan spres til større områder eller til hele hjernen. Ved generaliserte epileptiske anfall oppstår den unormale elektriske aktiviteten i begge hjernehalvdeler samtidig.

De karakteristiske paviljongene ved Nevroklinikken er tegnet av Eliassen og Lambertz-Nilssen arkitekter og ble bygget i 1958. Bygningen er i halvannen etasje og med særpreget lang og smal bygningskropp med pulttak. I plan gjenspeiler hovedetasjen i prinsippet tidens sengepost ved somatisk sykehus med sengeposter på hver side av trappehus med tilknyttete stuer, fellesrom, etasjekjøkken m.v.
Foto: Leif Anker.

epileptikere, eksempelvis Røysumtunet Habiliteringssenter i Oppland. Institusjonen tilbyr bl.a. spesialisert rehabilitering og eies av Diakonistiftelsen Røysum.

SUNNAAS SYKEHUS

Få institusjoner i Norge er mer kjent enn Sunnaas sykehus utenfor Oslo. Sykehuset ble etablert av Rolf og Birgit Sunnaas 1954 etter at de 1948 startet et pleiehjem. Det utviklet seg til å bli en institusjon som i menneskesyn og behandlingsmetoder lå langt forut for sin tid. Rolf Sunnaas la stor vekt på at pasientene skulle være omgitt av vakre omgivelser, og at kvaliteten på tjenestene sykehuset tilbød skulle være av ypperste klasse. Det var først og fremst pasienter fra Ullevål sykehus som fikk plass.

Polioepidemiene på 1950-tallet bidro sterkt til sykehusets etablering. Å drive medisinsk rehabilitering som en helt frittstående virksomhet var uprøvd. I 1961 var det klart for mottak av de første rehabiliteringspasientene; poliopasienter som hadde behov for jernlunger og pusteskjold. Sykehuset vokste i 1960- og 70-årene. I 1974 sto fjerde byggetrinn ferdig, og sykehuset nådde sitt høyeste sengetall med 274 senger.

Mange sykdommer blir rehabilitert på Sunnaas, bl.a. ryggmargskader, nevrologiske tilstander, multitraume, hode-, trafikk-, brann-, muskel- og skjelettskader. Et tverrfaglig rehabiliteringsteam kan bestå av pasientansvarlig lege, pasientansvarlig sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, spesialpedagog, logoped, sosionom og teamkoordinator. Enkelte har behov for tilbud fra idrettspedagog, synspedagog, IT-konsulent, prest, eller kjørelærer. Rehabiliteringsbehovene er avgjørende for hvilke faggrupper som er representert i teamet.[11]

Oslo kommune overtok Sunnaas 1979, og 1988 vedtok Oslo bystyre at sykehuset skulle være et flerregionalt senter for høyt spesialisert medisinsk behandling. I 1995 fikk det status som "sykehus med universitetsfunksjoner". Etter helsereformen 2002 er Sunnaas eget helseforetak og er i dag Norges største spesialsykehus innen rehabilitering og fysikalsk medisin.

HOKKSUND BARNESYKEHUS

Opprinnelig ble barnesykehuset drevet som fødestue, men etablerte etter hvert et samarbeid med Rikshospitalet om innleggelse av multihandikappede barn. I 1959 ble det rehabiliteringssykehus for slike barn, fra 1987 drevet av staten. I 1998 ble sykehuset nedlagt, og det fungerer i dag som akuttmottak for barnevernet.

Sunnaas sykehus er Norges største spesialsykehus innen rehabilitering. Anlegget består av et titalls bygg reist i perioden 1953–87, de fleste på 1960-tallet. Sunnaas ligger idyllisk til på Nesodden med utsikt over Oslofjorden, og er fint plassert i terrenget. Fasadene mot vest er et landemerke. Opprinnelig anlagt i landlige omgivelser med parkmessige utearealer, hvor det bl.a. finnes fiskedam, eksotiske busker og trær. Arkitekt for de tre første byggetrinnene er Kirsten Sinding-Larsen.
Foto: Leif Maliks.

SENTER FOR SJELDNE FUNKSJONSHEMNINGER

Senterets historie begynte 1951 med at drivkrefter innenfor Det Norske Arbeiderparti ville gi Oslo-barn muligheten til å reise ut i naturen.[12] I 1955 åpnet Einar Gerhardsen *Frambu* på Siggerud utenfor Oslo. De første pasientene var Oslo-barn med poliomyelitt og CP.

I løpet av 1970-årene fikk den første "smågruppe"-sykdom, blødersykdommer, plass. Stadig nye grupper av sjeldne sykdommer kom til Frambu. Etter hvert ble stedet et kompetansesenter for sjeldne funksjonshemninger. En del tilstander, som tidligere hadde fått tilbud fra Frambu, måtte vike til fordel for disse funksjonshemninger. Frambus misjon og visjon er å samle, utvikle og spre kunnskap om sjeldne funksjonshemninger til brukere, pårørende og fagmiljøer.

Senterets bygningsmasse er utvidet flere ganger og framstår i dag som et flott anlegg i naturskjønne omgivelser.

✦ ✦ ✦

Å være funksjonshemmet – før og nå

I prinsippet er det like vanskelig å være funksjonshemmet i 1950 som i dag. Det er likevel forskjeller.

I 1950 ble barn etterlatt på sykehus uten å ha foreldre rundt seg. Det skjer i liten grad i dag. Habiliteringen og rehabiliteringen har bedret seg i og med større medisinsk kunnskap omkring de ulike funksjonshemningene. Medisineringen er mer tilpasset den enkelte. De tekniske hjelpemidlene har blitt flere og bedre. Tilgjengeligheten til de ulike institusjonene har bedret seg. Der stopper bedringene.

Det er i dag omtrent like vanskelig som det var i 1950 å bevege seg i det offentlige rom med rullestol. Fremdeles er det hindringer som trapper, høye terskler og gatesteiner som vanskelig lar seg forsere. Spør en rullestolbruker om hvor mange kjøkkenheiser eller vareinnganger han eller hun har kjørt for å komme til ønsket lokale – eller ikke har kommet til i det hele tatt. Fremdeles er det nesten umulig å benytte offentlige transportmidler sittende i en rullestol.

Mennesker med funksjonshemninger aksepteres i større grad enn før. Fordommene gjør seg dermed mindre gjeldene. Veien videre er blant annet avhengig av den sosialpolitiske og økonomiske utviklingen i Norge.

Noter

1 Landsforeningen mot poliomyelitts årsberetning 1950.
2 Landsforeningen mot poliomyelitts årsberetning 1951.
3 Nærmere kilde mangler.
4 Nedenstående baserer seg på stoff hentet fra http://www.sandefjordkurbad.no.
5 Nedenstående baserer seg på stoff hentet fra http://www.vikersund-kurbad.no.
6 Nedenstående baserer seg på stoff hentet fra http://www.hokksund-kurbad.no. Gyldig lenke til institusjonen pr. januar 2012 er http://www.hokksund-rehab.no.
7 Johansen, Otto & al., 1995.
8 Baserer seg på stoff hentet fra http://www.ms.no.
9 Baserer seg på stoff hentet fra http://www.cp.no.
10 Sitert fra http://www.rikshospitalet.no/portal. I 2012 er lenken til sykehuset http://www.oslo-universitetssykehus.no
11 Sitert fra Sunnaas sykehus' Serviceerklæring (http://www.sunnaas.no).
12 Nedenstående baserer seg på http://www.frambu.no.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Litteratur

Froestad, Jan og Ravneberg, Bodil. *Fra veldedighet til rettighet. Historien om Norges Handikapforbund 60 år*. Oslo, 1991.
Holte Tone (red.). *"Vi må fortsatt være utålmodige". CP-foreningens jubileumsbok 1950–2000*. Oslo, 2001.
Houg, Egil. *Mitt Soria Moria. Historien om Sunnaas sykehus*. 2004.
Johansen, Otto & al. *Beitostølen helsesportsenter – 25-års jubileumsskrift 1970–1995*. Beitostølen, 1995.
Lobben, Bjørn. *Polioens historie i Norge – sykdommen, samfunnet og pasienten*. Oslo, Unipub forlag 2001.

Landsforeningen mot Poliomyelitts årsberetning 1950 og 1951.
Avisen *Nidaros*, 19. september 1950.

Lenker til informasjon hentet fra internett er virksomme pr. januar 2012.

Noen linjer innenfor kurbehandlingen av alkoholister i Norge

Olav Hamran

I 1880-årene ble det etablert flere kuranstalter for alkoholister og morfinister i Norge. Etableringene kan forstås som en del av en bredere bølge av etableringer av badeanstalter, kursteder og sanatorier innrettet mot en rekke ulike lidelser og behandlinger.

Institusjonene lå på landet og hadde adgang til vann (bad). Ro, fred, frisk luft, kroppsarbeid i hage, arbeid med jord og skog ble framhevet som viktig. Opprettelsen av anstaltene for alkoholister falt sammen i tid med at totalavholdsbevegelsen fikk sitt gjennombrudd som en nasjonal bevegelse i 1880-årene. Det norske totalavholdsselskap (DNT) ble stiftet i 1875.

"Mot rusdrikk" – plakat fra Det norske totalavholdsselskap. Hentet fra *Fiin gammel. Vinmonopolet 75 år.*

I 1879 hadde selskapet ca. 7000 medlemmer. Åtte år senere var medlemstallet mer enn tidoblet, til 83 000 medlemmer. Det var imidlertid ingen direkte sammenheng mellom totalavholdsbevegelsen og kuranstaltene. Kurbehandling av alkoholister sto ikke på totalavholdsbevegelsens program. Det var ikke totalister som sto bak de første kurhjemmene. De to initiativene ble igangsatt av forskjellige mennesker innenfor ulike sosiale lag, og på ulike steder i samfunnet.

Villaer og gårdsbruk

I 1882 ble en kuranstalt for alkoholister og morfinister, "Heimdal", opprettet av forretningsmannen Peter Olivarius Flood. Heimdal ble først drevet på Jeløya utenfor Moss. Kuranstalten knyttet til seg distriktslegen i Moss og i tilsynskomiteen satt professorer ved universitetets medisinske fakultet. *Tidsskrift for praktisk medisin* anbefalte kuranstalten på det beste.[1] Etter kort tid ble Heimdal flyttet til en eiendom utenfor Tønsberg. Den hadde "udmærkede Søbad" og ca. 120 mål dyrket mark og skog. Det første året hadde i alt 29 pasienter opphold på Heimdal.[2]

I 1888 ble en avvenningsanstalt for alkoholikere, dr. Weiner Holms kursted "Tandem", åpnet utenfor Hamar. Driften var langt på vei integrert i

distriktslegens egen husholdning. Anstalten hadde bad og eget verksted. Her var det anledning til å gjøre snekkerarbeider, dreiing og metallarbeid, løvsaging og treskjæring. Pasientene kunne ellers drive med vedhogging og -saging, hagearbeid og annet markarbeide. I 1894 var det plass til 11 pasienter på Tandem. Etableringen og driften skjedde uten medvirkning fra avholdsorganisasjoner eller offentlige myndigheter, men anstalten fikk enkelte bidrag til friplass fra brennevinssamlag.[3]

Pasientene skulle være fra "den saakaldte bedre stand".[4] Gjennomsnittlig oppholdstid var ni måneder. Noe over en tredel ble helbredet, ifølge Holms egen statistikk, og ca. en femdel ble betydelig bedre. Noe under halvparten ble karakterisert som uhelbredede. Etter 15 års drift hadde 163 pasienter vært til behandling ved kurstedet.[5] Holm framhevet opphold ved Tandem framfor andre tiltak, som hypnose, bruk av ulike medikamenter og private foranstaltninger som forpleining hos slektninger på landet: Dette var "Experimenter, som desværre altfor sjelden fører til noget varigt resultat". Oppholdet ved Tandem skulle restituere pasienten fysisk og "søge at hæve den sunkne Moral og saaledes skaffe et sundt Legeme, hvori en sund Sjæl". Sjansene for helbredelse berodde imidlertid "til Syvende og Sidst paa Vedkommendes *egen Villie*," understreket Holm. "Er hans Legeme sundt, er den sygelige Trang til Alkohol hævet, saa har han Evnen til at modstaa Fristelsen, og hvis han saa *vil* være fri for sin Last, saa er han helberedet; vil han drikke, saa nytter intet. –"[6]

Ved siden av Holms Tandem, var et kurhjem på Eidskogen i virksomhet i de første årene etter århundreskiftet. Også dette hjemmet var drevet uten offentlig støtte.

Blåkorshjemmet

Det Blå kors ble etablert i Norge i 1906. Organisasjonen arbeidet det første året blant annet med å arrangere bespisningsmøter i Kristiania. Høsten 1907 leide Grünerløkkens Blåkorsforening to rom og kjøkken på Schous plass, og tilbød her hjelp, mat og husly for mennesker som hadde behov for det. Blåkors leide også rom i Møllergaten. Fra 1910 ble det meste av organisasjonens aktivitet i Kristiania samlet i Seilduksgaten. Der ble det etablert et hjem for hjemløse med plass til 30 mann.

Blåkors arbeidet samtidig med å etablere et kursted på landet. Det ble tatt et initiativ overfor de store avholdsorganisasjonene om å anlegge en kuranstalt på Ørje i et av festningsanleggene som det militære hadde trukket seg ut av etter unionsoppløsningen. Blåkors var også i samtaler med myndigheter og med Den norske legeforening om et kursted på Ørje. Disse samtalene førte imidlertid ikke fram. Organisasjonen tok skjeen i egen hånd og kjøpte i 1908 gårdsbruket Nordre Teiterud ved Eina på Toten. I 1909 ble de første pasientene lagt inn ved det nye Blåkorshjemmet på Eina.

Pasientene bodde i våningshuset på gården. Kuranstalten skulle være som et kristent hjem der

Nordre Teiterud gård på Eina slik den så ut i 1909. Det var her Blå Kors åpnet sitt første kursted.
Foto: Fra *Himmel og jord i bevegelse*.

pasientene kunne ”føres tilbake til familiær hygge og hjemlig regelmessig liv”.[7] Institusjonen lå høyt over havet (ca. 400 m.o.h.) og luften ble framstilt som ren. Kosten skulle være god. Pasientene skulle gis passende sysselsetting og de skulle leve et regelmessig liv. Etter fire års drift ble hovedhuset rammet av brann. Etter dette ble en større, tilpasset hovedbygning reist. Den hadde plass til 22 pasienter og inneholdt for øvrig bakeri, bryggerhus og bad i kjelleren. Senere bygget man, med støtte fra staten, ny driftsbygning og stabbur. Dette sto ferdig i 1919. Det ble kjøpt inn redskaper, maskiner, hester, kyr og kjøredoninger. Vannforsyningen ble utbedret og elektrisk lys innlagt. Noen videre utbygging av hjemmet fant ikke sted før i slutten av 1940-årene. I 1947 ble internatet utvidet og nye garasjer, ny bestyrerbolig og boliger for betjeningen ble bygd til. Det kom nytt gartneri, renseanlegg for vann og innredet rom for slakting, seinere også vaskeri og fryseri. Et nytt verksted ble tatt i bruk i 1958, der man kunne drive *ordentlig* arbeid tilpasset samfunnet utenfor institusjonen.[8]

Det som i utgangspunktet var et *hjem* – et gårdsbruk med slike hus som hørte et gårdsbruk til – ble endret og tilført bygninger i tråd med hva som utover i det 20. århundret ble oppfattet som ønskelig og nødvendig for en *institusjon*. Blåkorshjemmet utviklet seg til et eget mangfoldig samfunn, med mange slags bygninger og funksjoner. Hjemmet fikk mer karakter av en institusjon for pasientene. Samtidig ble det mer av et hjem for de ansatte, ettersom nye boliger for ansatte ble reist på stedet.[9]

Ørje kursted

I 1910 startet Den norske legeforening opp et kursted for alkoholister på Ørje. Dette kurstedet skilte seg fra Blåkorshjemmet og de tidligere kuranstaltene på flere måter. Virksomheten var tettere knyttet til sentraladministrasjonen, og driften fant sted i nær kontakt med medisinaldirektøren. Overtagelsen av bygningene skjedde etter beslutning i Stortinget. Og kurstedet mottok direkte offentlig støtte til driften fra starten. Bygningene var opprinnelig laget som kaserne og festningsanlegg og framsto i mindre grad som et ”hjem”. Preget av institusjon var tydelig på Ørje helt fra starten.

Samtidig ble det ble lagt vekt på at kurstedet ikke skulle være noen festning eller fengsel. Utearealet og eksersisplassen ble forsøkt gjort om til parkanlegg med spaserveier og springvann. Gymnastikkapparatene som var etterlatt av de militære, ble

Bildet over er av hovedbygningen på Ørjetun omkring 1916, mens bildet under viser større deler av anlegget i 1933. Begge foto: Statsarkivet i Oslo.

snart lite brukt. Pasientene gikk etter hvert, slik de gjorde i begynnelsen, heller ikke på utmarsj, men kunne spasere omkring ved kurstedet. Bad var en sentral del av terapien. Utad ble kurstedet framstilt som et sanatorium og sammenliknet med kursteder i Tyskland, Østerrike og Sveits. Det ble framhevet at det var vid utsikt over mot de värmlandske skoger og rike muligheter for fjell- og seterturer. Denne ”markedsføringen” av stedet er interessant, ikke minst ettersom høyden over havet ikke var over 200 meter og landskapet var preget av lave, skogkledde åser. Fjell og setrer var åpenbart å ta godt i.

Ørje kursted var mindre av et gårdsbruk enn Blåkorshjemmet. Det hørte ikke jord eller skog med til festningsanlegget. Tilgrensende gårdsbruk ble først leid, senere kjøpt og integrert i kurstedet. Plassen Ørnås på 60 mål med 12–14 mål dyrket mark, ble leid fra starten av i 1910. Senere kjøpte staten Ørnås. I 1914 ble det tilgrensende bruket Stormoen lagt til og i 1917 også plassen Liødegården. Disse tre små brukene ga pasientene sysselsetting med arbeid på jordene og vedhogst i skogen – ”arbeide i fri luft er det beste botemiddel,” understreket kurstedets første bestyrer, dr. Karl A. Andresen. Dessverre, sett fra ledelsens side, hørte det ikke med drivverdig skog til noen av brukene. Pasientene var ellers sysselsatt med vedlikehold og oppussing av bygningsmassen, og

også med ulikt verkstedarbeid, snekring, bokbinderi og skomakerarbeid.

Kursomlegging innenfor kurbehandlingen

I 1920 tok staten over driften av Ørje kuranstalt som slik sett ble *statens* første kuranstalt for alkoholister. I 1922 kom virksomheten i gang ved statens *andre* anstalt på dette området, Hovelsåsen i Åsnes i Solør. Hovelsåsen hadde siden 1918 vært drevet som et privat kursted i tilknytning til antiforbudsforeningen "Foreningen for frihet og kultur, mot forbud og tvang". Ironisk skulle virksomheten ved anstalten etter hvert i større grad bli assosiert med forbud og tvang, enn med frihet og kultur. Institusjonen skulle, sammenliknet med Ørje, være en mer lukket anstalt og skulle ta hånd om de ikke frivillige pasientene.

Bildet viser hovedbygningen på Hovelsåsen, etter at den i 1930 ble påbygd en etasje. Siden ble den pusset opp i flere omganger, før bygget brant ned 1962. Husdyrhold var en del av den alminnelige gårdsdriften.
Foto: Hentet fra *Hovelsåsen kursted 50 år.*

Hovelsåsen lå sju kilometer fra Flisa. Gården lå avsidesliggende og fritt til, noe over 200 meter over havet. Fra tunet var det utsikt til flere blåner. På gården sto en tilrettelagt hovedbygning med plass til drøyt 20 pasienter. De andre bygningene var imidlertid ikke i så god stand. I 1923 ble det oppført en ny verkstedbygning, i 1925 ny driftsbygning, og i 1930 fikk hovedbygningen et påbygg som ga plass til 60 pasienter. Senere bygde man stabbur, vognskjul, hønsehus, fellesgarasjer, vedskjul og materiallager. Gården hadde betydelige arealer både av dyrket mark og skog. Etter hvert ble flere naboeiendommer lagt til, slik at den til sammen kom til å omfatte ca. 1700 mål; nesten 300 mål dyrket mark, ca. 400 mål utmark og om lag 1000 mål produktiv skog.[10]

I andre halvdel av 20-årene ble det reist kritikk mot virksomheten på Hovelsåsen, og det ble nedsatt en komité for å granske driften. Det var for mye frihet og for lite orden på institusjonen, mente kritikerne. Inventar hadde blitt knust. Avisene rapporterte om "bråk" blant de innsatte som "gjorde stort sett det de hadde lyst til".[11] I 1930 foreslo den såkalte Reformkomiteen for alkoholistanstaltene at Hovelsåsen skulle drives etter et strengere regime. I 1931 ble det blant annet bygd en egen isolasjonsavdeling / sikringsavdeling. Bestyrer Johan Hazeland forklarte for *Arbeiderbladet* at institusjonen hadde fått et eget "korreksjonshus med celler" der pasienter kunne interneres for en tid. Institusjonen kunne også reagere overfor pasientene ved å frata dem tobakk og lesestoff.[12] På samme tid ble også driften på Ørje lagt drastisk om, med strengere reglement og disiplin. Man innredet to celler i kjelleren på hovedbygningen, med jerngitter for vinduet og dører av doble eikeplanker. Kontakt mellom pasientene og lokalsamfunnet, som man de første tiårene hadde forsøkt å legge til rette for, ble i stor grad avskåret.

Disse omlegningene kan ses som en del av en markert kursendring innenfor hele det "alkoholpolitiske" feltet. I de tiårene fram til forbudstida (1919–1927) hadde kurstedene vært innrettet ut fra en forestilling om at det var tilgangen til selve alkoholen ute i samfunnet som var den egentlige årsaken til at pasientene ble syke. Separasjonen av pasientene fra alkoholdrikkene utgjorde den essensielle delen av kurbehandlingen. For øvrig var solid kost, hjemlig omsorg, passende sysselsetting og alkoholfritt samvær de viktigste behandlingselementene. Kurbehandlingen var på et overordnet plan innrettet ut fra en forestilling om at et framtidig totalforbud mot alkohol i samfunnet ville overflødiggjøre kuranstaltene. Kurstedene var avantgardistiske småsamfunn og eksempler på hvordan det alkoholfrie framtidssamfunnet ville bli. I denne perioden var anstaltene langt mer åpne og frie institusjoner enn de skulle komme til å være fra 1930-åra og framover. Pasientene la seg inn frivillig, og som dr. Holm (jf. ovenfor) hadde lagt vekt på i 1894, pasientens egen medvirkning og vilje til å bli frisk ble oppfattet som et helt sentralt premiss for behandlingen og som avgjørende for at oppholdet skulle få et heldig utfall. At mellom halvparten og to tredeler av pasientene fortsatte å drikke etter endt behandling (fikk tilbakefall), ble i liten grad fortolket som en feil eller brist ved den aktuelle kurbehandlingen, eller

Ærlig arbeid, gjerne på gård eller i skogen, var lenge sett på som gunstig i behandlingen av de drikkfeldige. Bildet viser et arbeidslag i åkeren på Eina etter annen verdenskrig.
Foto: Fra *Himmel og jord i bevegelse*.

som noe kuranstalten hadde noe som helst ansvar for eller innflytelse over. "Tilbakefall" ble snarere sett på som en logisk og naturlig følge av at alkohol (enn så lenge) var tilgjengelig i samfunnet, og synliggjorde en feil ved samfunnsorganiseringen, ikke med behandlingen.

Mens virksomheten ved Ørje fram til ca. 1930 var innpasset i en slik større plan for å forandre samfunnet, ble kurstedet i begynnelsen av 1930-åra forsøkt gjort til en institusjon med formål å forandre pasientene. Etter at brennevinsforbudet ble nedstemt i folkeavstemning i 1926 og avviklet i 1927, var forbudet en død utopi i Norge. Det lå fast at alkohol skulle være tilgjengelig i samfunnet. Målet med behandlingen ble i større grad å endre pasientenes karakter slik at de skulle stå i mot alkoholtilbudet ute i samfunnet. Forbudet ble langt på vei transformert til et individuelt, indre prosjekt.

I disse årene ble kurbehandlingen tildelt en mye mer sentral rolle innenfor det en kunne kalle alkoholfeltet. Korrigeringen og behandlingen av drikkfeldighet ble den viktigste samfunnsmessige oppgaven på dette området i "etterforbudstida". Kuranstaltene ble prioritert og gitt en bestemt plass innenfor en *hel rekke av mulig offentlige tiltak overfor drikkfeldige*. Og selve betegnelsen på pasientene skiftet, fra "alkoholister", som reflekterte en oppfatning av alkoholen som problemets egentlige årsak, til "drikkfeldige", som antydet at problemet hadde med den enkelte og den enkeltes karakter å gjøre. De offentlige tiltakene ble gradert fra hjelp og rettledning fra de kommunale edruelighetsnemndene (etablert etter lovvedtak i 1932 som selve kjerneinstitusjonen i etterforbudstidas nye drikkfeldighetspolitikk) til det sterkeste tiltaket: tvungen internering i kuranstalt, som eventuelt kunne iverksettes når *sosiale* hensyn tilsa det. Målet for den offentlige politikken var å bekjempe drikkfeldigheten så tidlig som mulig. Kurbehandling skulle være siste utvei. En drikkfeldig skulle imidlertid vite at dersom han ikke rettet seg etter edruelighetsnemndenes hjelpetiltak og (milde) påbud, ville han i siste instans kunne bli internert på kuranstalt. På den bakgrunnen var det et sentralt edruskapspolitisk poeng at kuranstaltene i offentligheten skulle framstå som steder med streng orden og disiplin.

De to flaggskipene

I 1930-åra drev staten to kuranstalter, Hovelsåsen og Ørje. For øvrig var tre private institusjoner av noen størrelse i virksomhet: Blåkorshjemmet på Eina, Det hvite bånd drev kurstedet Vårli på Jeløya utenfor Moss.[13] Og på Vossevangen lå det private kurstedet Framnes. Vårli var forbeholdt kvinner. De øvrige institusjonene var for menn. Hovedbygningen på Ørje brant ned i 1934. Etter det var det ikke plass til mer enn ca 20 pasienter fordelt på flere mindre bygninger (de som ikke hadde blitt skadet i brannen), og mulighetene for å sysselsette pasientene var sterkt begrensede.[14] Departementet nedsatte et utvalg til å utrede bygging av et nytt kursted. Dette utvalget så helt bort fra Ørje som sted for statens nye hovedinstitusjon. Det manglet skog der pasientene kunne arbeide. Arealet dyrket mark var lite, lå spredt og egnet seg ikke for rasjonell gårdsdrift. De spredte jordene gjorde det også vanskelig å overvåke pasientene under arbeidet. Man mente Ørje lå for høyt over havet til at det egnet seg for gartneridrift. Det lå dessuten for langt unna markeder for grønnsaker, blomster og andre produkter som kunne tenkes produsert der.

I 1937 kjøpte staten gården Bjørnebekk i Ås

kommune for å etablere en ny kuranstalt der. Gården besto av omtrent 600 mål dyrket mark og ca. 1000 mål god skog. Den lå godt skjermet utenfor sentrum i bygda, men samtidig ikke mer enn tre mil fra Oslo med gode forbindelser med buss og tog. Den hadde fjøs med plass til 30 kyr og stall for seks hester. Det ble bygd internatplass til 60 pasienter fordelt på to bygninger inndelt i 8-mannsavdelinger. Hver pasient skulle ha eget rom, åtte pasienter delte på dagligstue og separat oppgang. Styrende for planleggingen av institusjonen var en forestilling om at pasientene var umodne og uselvstendige og hadde stoppet i utviklingen fra pubertet til voksenstadiet. De ulike bygningene ble plassert med god avstand slik at pasientene ikke skulle "flokke sig sammen" utendørs. Dette skulle bidra til å bryte den umodne og pubertale dyrkingen av flokken og kameratskapet som mange pasienter henga seg til, og til å bygge opp om pasientene som enkeltindivider og lære dem "arbeidslivet med plikter og ansvarsfølelse".[15] Bjørnebekk åpnet 1939 og var i den kommende 30-årsperioden den nasjonale edruelighetspolitikkens flaggskip.

I 1941 sto det *andre* flaggskipet i den norske edruelighetspolitikken, Blåkors' nye hovedkvarter i Storgata 38 i Oslo, klar til innflytting. Totale kostnader var 3,2 millioner kroner. En gave fra skipsreder Jørgen P. Jensen i Arendal var med på å finansiere byggingen.[16] Den store bygården i funkisstil framsto som senter og hovedkvarter for den private rusmiddelomsorgen, som gjennom hele det 20. århundret sto for størsteparten av den totale virksomheten på området. Størrelsen på bygningen og det moderne uttrykket synliggjorde også etterforbudstidas satsning på hjelpetiltak og på behandling av *drikkfeldige* (i kontrast til på *alkohol*politikk). Plasseringen, sentralt i Oslo, var et uttrykk for ønsket om nærhet til de miljøene og menneskene organisasjonen arbeidet overfor. Blåkorsbygget var sentrum for en landsomfattende virksomhet. Organisasjonen drev et stort antall større og mindre stuer, hjem og herberger i de fleste byer i landet. Blåkors opplevde i 1930- og -40-årene å være "lykkeligvis inne i en større utviklingsperiode".[17] Antall foreninger og medlemmer økte. I andre halvdel av 1940-årene ble det etablert et nært samarbeid med offentlige myndigheter, blant annet gjennom kontakt med Sosialdepartementets 2. sosialkontor, Statens edruelighetsråd og med Overlegen for alkoholistforsorgen. Overlegen var bestyrer på Bjørnebekk. I denne perioden ble den *private* alkoholistomsorgen en fullt og helt integrert del, og den klart største, av den samlede innsatsen på området.

Blå Kors' hovedkvarter i Oslo, tegnet av Hugo Brustad og Johan Meyer, har tre hovedblokker på ni etasjer og inneholder bl.a. stor forsamlingssal og klinikk for alkoholikere.
Bildet over viser arkitektenes første visjon for bygget og skiller seg noe fra slik bygningen ble reist (bildet t.h.)
Begge illustrasjoner hentet fra *Himmel og jord i bevegelse*.

Tilsynshjemmene

Sommeren 1952 besluttet Blåkors å satse på en ny institusjonstype, tilsynshjemmene. Det innebar på den ene siden nedlegging og ombygging av eksisterende herberger og byhjem, som fram til da hadde vært de sentrale institusjonene i lokalmiljøet. På den andre siden ble det bygd helt nye bygg tilpasset formålet de var tiltenkt. Mens herbergene ga nattely for husløse og forkomne stakkarer, skulle tilsynshjemmene etablere en ordnet ramme rundt arbeidende mennesker, ofte med hjem og familie. Man kunne tenke seg at en mann flyttet inn på hjemmet nesten som på et pensjonat. Om morgenen spiste han på hjemmet, fikk med matpakke og gikk på arbeid. Om kvelden kom han tilbake, spiste aftens og gikk til sengs. Tilsynshjemmet tok hånd om hans lønn og økonomiske forpliktelser. Han hadde stor bevegelsesfrihet og ble blant annet oppfordret til å besøke sin familie. I motsetning til et kurhjem på landet, der pasienten ble flyttet *ut* av samfunnet, var tilsynshjemmet et tilbud *i* samfunnet. Midt i "bylivets mange fristelser og farer, og nær sitt opprinnelige miljø" skulle pasientene "ta kampen opp".[18] Tilsynshjemmene var uttrykk for en omprioritering av hjelpetiltakene overfor drikkfeldige. Det ble satset mindre på hjelpearbeid overfor "lavterskelklientellet" og mer på det en kunne kalle sosialkorrigerende behandling av mennesker med mindre langtkomne problemer.[19]

Det første tilsynshjemmet ble åpnet i Stavanger i 1952. Til en prislapp på over 200 000 kroner ble det innredet et moderne hjem med plass til 16 pasienter i tomannsrom. Det ble også innredet et sykeværelse med plass til et par pasienter. I 1954 åpnet et tilsynshjem i Oslo, i Storgata 38. Det nye hjemmet erstattet herberget og hospitset og hadde plass til 35 pasienter. Det fremste blant Blåkors' tilsynshjem var hjemmet som ble åpnet i Fredrikstad / Glemmen i 1956. Det kostet 800 000 kroner å bygge og hadde sykeavdeling med plass til 20 pasienter og en tilsynsavdeling med plass til like mange. Foruten moderne bad, toaletter og kjøkken, spisesal, og både enkeltrom og tomannsrom og hobbyrom i kjelleren, ble det bygget møtesal med plass til over 200 mennesker.[20] I Tønsberg ble det gamle blåkorshjemmet solgt og et tidligere pensjonat ble innkjøpt og innredet til tilsynshjem i 1957. Nytt tilsynshjem kom til på Askøy utenfor Bergen og i Kjøpmannsgaten i Trondheim. Sistnevnte åpnet 1958 med plass til 26 pasienter, og inneholdt syke- og pleieavdeling og et legekontor.

Arbeidslinja i krise

I årene omkring 1970 sto behandlingen av drikkfeldige i Norge til debatt. Et offentlig oppnevnt utvalg, det såkalte Birkelund-utvalget, gikk inn for en nedbygging av institusjonsforsorgen og en integrering av alkoholistforsorgen i det øvrige helse- og sosialvesen. Alkoholistbehandling skulle ikke være (privat drevet) særbehandling, men snarere en del av det øvrige, offentlige hjelpeapparatet og helsetilbudet.

Disse signalene var med på å sende Bjørnebekk ut i dyp krise. Det etablerte regimet basert på arbeidsplikt, streng disiplin og medisinsk ledelse, ble avviklet i begynnelsen av 1970-årene. Overlegen for alkoholistforsorgen gikk fra borde, flyttet fra Bjørnebekk og ble leder for det nyetablerte statlige organet, Edrueligheitsrådet. Gjennom hele 1970- og 1980-årene var virksomheten på Bjørnebekk i vansker. Det var dype interne motsetninger mellom de ansatte og stor uro omkring behandlingsopplegget. Gårdsdriften, disiplinen og den medisinske ledelsen ble en periode erstattet av dager nesten uten sysselsetting, en liberal permisjonspolitikk og psykologer i ledelsen for virksomheten. Målet om totalavhold ble erstattet av et mål om kontrollert drikking.[21]

Nye behandlingsformer ble forsøkt innført også på andre institusjoner. I 1977 åpnet Blåkors den nye Borgestad-klinikken i Skien. Klinikken hadde plass til 54 pasienter, en gulvflate på over 3000 m2 og kostet

Borgestadklinikken i Skien, åpnet 1977.
Foto: Hentet fra *Himmel og jord i bevegelse*.

over 14 millioner kroner. Den erstattet det som fram til da hadde hett Skien Blå Kors kur- og tilsynsheim.[22] Klinikken besto av avrusnings-, syke-, klinikk- og tilsynsavdeling. Behandlingen var sterkt inspirert av virksomheten innenfor "terapeutiske samfunn" i USA. Målet var at klientene (ikke *pasienter*) skulle opparbeide seg de evnene, ferdighetene og den selvtilliten som trengtes for å kunne mestre livet i det etablerte samfunnet. De første ukene av oppholdet gikk klientene i husets undertøy og kjeledress. Det muliggjorde kontroll med den enkelte, ikke minst med hensyn til narkotiske stoffer, og virket også til å bevisstgjøre klientene. Mange av husreglene var felles for klienter og ansatte. Ingen dører kunne låses og alle viktige diskusjoner skulle tas i plenum. Den enkeltes ønsker og motivasjon ble klarlagt og drøftet i fellessamlinger.

Nedbygging av de statlige institusjonene

Lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjonene m.v. av 30. mars 1984 påla fylkeskommunene ansvar for planlegging, oppføring og drift av alkoholinstitusjoner. I tråd med den nye loven fant det sted en integrering av alkoholistomsorgen i det øvrige sosial- og helsevesenet. Det ble opprettet klinikker og hjelpeinstitusjoner i tilknytning til lokale sykehus. Eksisterende institusjoner ble integrert i sykehusvesenet. Fylkeskommunene overtok for eksempel flere av Blåkors' institusjoner. Andre institusjoner ble drevet videre på andre måter. Det hvite Bånds kursted, Riisby på Dokka, ble drevet videre gjennom en avtale med Oslo kommune. Avtalen åpnet for øvrig for at Riisby også ble åpnet for menn, etter å ha vært forbeholdt kvinner (og barn).[23] Aktiviteten innenfor den private delen av rusmiddelomsorgen holdt seg imidlertid oppe også etter den nye loven. Blåkors fortsatte å drive et bredt spekter av ulike institusjoner i denne perioden: Alders- og sykehjem, vernehjem, kur- og tilsynshjem, klinikker, kontakthjem, krisesenter, hybelhus, attføringssenter, etterverns senter og varmestue, for å nevne noen.[24] Mange av organisasjonens institusjoner skiftet navn, Blåkors ble tatt ut av navnet, og de framsto dermed mer på linje med de offentlige virksomhetene. Samtidig oppsto det en rekke nye private tilbud. Disse "markedsførte" seg ved å tilby spesielle behandlingsopplegg, som f.eks. den såkalte Minnesota-modellen (som kan ses som en videreføring av ideologien bak Anonyme Alkoholikere), behandling etter evangeliesentermodellen og den italienske familieklubbmodellen.

Loven av 1984 la grunnlaget for en endelig avvikling av de statlige institusjonene Ørje, Hovelsåsen og Bjørnebekk. I begynnelsen av 1990-årene var alle tre institusjonene nedlagt som offentlige institusjoner innenfor rusmiddelomsorgen. Virksomheten på Ørje ble avviklet i 1990. Stedet ble deretter leid bort til organisasjonen Evangeliesenteret, som drev kurstedet videre i privat regi. Hovelsåsen ble midt på 1990-tallet, i kommunal regi, brukt til arbeidstreningstiltak for ungdom mellom 16 og 25 år. Etter at Bjørnebekk ble nedlagt som alkoholistinstitusjon, ble deler av bygningsmassen brukt som asylmottak.

Lange linjer og skiftende synsmåter

Fra slutten av 1800-tallet la oppfatningen av at alkohol var en sterktvirkende, avhengighetsskapende gift grunnlaget for totalavholdstanken og for framveksten av totalavholdsbevegelsen, som omkring 1910 organiserte om lag hver tiende voksne nordmann. De store totalavholdsorganisasjonene engasjerte seg ikke i alkoholistbehandling. Fokuset på alkoholens farlighet spilte imidlertid en rolle for etablering av virksomheter som herberger, byhjem, hybelhus og kuranstalter avsondret fra alkoholen, byen og samfunnet for øvrig.

I årene omkring 1930 ble virksomheten ved de to daværende statlige anstaltene lagt radikalt om. Problemet institusjonene skulle bidra til å løse, ble nå i større grad sett på som et sosialt problem og et problem knyttet til den enkelte drikkfeldiges karakter. Bjørnebekk kuranstalt ble åpnet i 1939 og framsto som flaggskipet innenfor denne problemforståelsen. Ved hardt arbeid, streng disiplin og langt opphold under medisinsk overoppsyn skulle pasientenes umodne karakter modnes og en fast personlighet etableres. Pasientene skulle, i sitt ansikts sved, lære å si nei og å praktisere et avholdende liv.

Omkring 1970 skjedde det en ny perspektivendring innenfor alkoholistforsorgen. Da Overlegen for alkoholistforsorgen i 1959 gikk inn for å opprette flere såkalte arbeidshjem, pekte han på behovet for "å sanere byene for det kroniske innslaget av loffere på hjørnet". Lofferne var smittekilder i forhold til ungdommen og de var "meget aktive som katalysator for tilbakefall for de pasienter som kommer fra kursteder og andre institusjoner". I Birkelund-

utvalgets innstilling fra 1972 var perspektivet et annet. De såkalte vernehjemmene, som det da var snakk om, som langt på vei var tiltenkt den samme gruppen mennesker som arbeidshjemmene i 1959, skulle "bedre situasjonen for hjemløse," het det. Det var først og fremst hensynet til de sterk alkoholskadde som måtte tillegges vekt, het det. Det var følgelig hensynet til den enkelte som skulle ha avgjørende betydning, ikke samfunnets behov.[25] Alkoholistbehandlingen utover i 1970- og 1980-årene ble preget av et tilsvarende individfokus. Problemets kjerne var ikke alkoholgiften, drikkfeldighet og svak karakter, eller alkoholisme som sjukdom (en forståelse som historisk sett ikke har hatt noen betydelig innflytelse over alkoholistbehandlingen i Norge), men storforbruk av alkohol, som ble oppfattet som en lært og villet atferd. Problemet var ikke at alkoholikeren var forgiftet av alkohol eller at den drikkfeldige drakk på grunn av eller for å kompensere for umodenhet og svak karakter, men at han *ville* drikke fordi drikkingen tilførte livet kvaliteter. Han *led* ikke av en last eller sjukdom, han *nøt* den, ble det spissformulert. Behandlingen gikk følgelig ut på å bryte ned oppfatningen av at alkoholen og alkoholmisbruk ga livet mening og på å gi noe som erstatning for alkoholen. Innenfor denne forståelsesrammen ble en rekke behandlingstilbud med vekt på gruppeterapi, samtaler, selverkjennelse og mål om realistisk mestring av dagliglivet iverksatt. I den grad institusjonsklientene arbeidet, var det med seg selv og med oppvask og støvsuging, ikke med tømmerhogst, grøftegraving og fjøsstell som tidligere i det 20. århundret. Målet var at klientene skulle få de evnene, ferdighetene og den selvtilliten som trengtes for å kunne mestre livet i det etablerte samfunnet.

Gjennom det 20. århundret ble problemforståelsene, målsettingene og virkemidlene innenfor alkoholistforsorgen omskrevet flere ganger. Samtidig kan det pekes på en påfallende vedvarenhet innenfor dette politikkområdet. Det private, idealistiske og kristelige engasjementet spilte i hele perioden en helt dominerende rolle innen alkoholistforsorgen, ved siden av, og som en sentral del av, de offentlige tiltakene.

Noter

1 *Tidsskrift for praktisk medisin*, 1882: 367.
2 *Tidsskrift for praktisk medisin*, 1883: 347. Det har ikke lyktes meg å bringe på det rene hvor lenge virksomheten ved Heimdal pågikk.
3 *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894: 1184 ff og *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1903: 605 ff.
4 *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894: 1184.
5 *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 1903: 605.
6 *Norsk magasin for lægevidenskaben*, 1894: 1186–7.
7 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 56.
8 *Blåkorshjemmet gjennom 75 år* 1984: 14.
9 Blåkors etablerte i 1946 sitt andre kursted, på Loland i Øvrebø i Aust-Agder. Gårdsbruket hadde ca. 35 mål dyrket mark og 450 mål skog. Lolandsheimen hadde plass til 10 pasienter. Uthusene var nye og romslige og ga også plass til verksted. Hovedbygningen ble utvidet med ny leilighet for bestyrerfolkene og med nye værelser, slik at pasientantallet kunne økes til 15–16. *Under korstets merke* 1956: 65.
10 *Hovelsåsen kursted 50 år* 1972: 12 ff.
11 Samuelsen 1983.
12 Sæter 1983: 18.
13 Vårli var i virksomhet i perioden 1919–1945. Det hvite Bånd drev siden fra 1949 til 1960 et kurhjem på Løken på Leira i Valdres. Løken brant ned til grunnen i 1960. Deretter ble en ny institusjon etablert på Riisby på Dokka i Nordre land. Det hvite bånd 100 år i Norge 1989: 49 ff.
14 Reformkomiteen hadde i 1930 understreket sterkt at det måtte bygges verksteder på Ørje. Komiteen kritiserte at pasientene i alt for liten grad var sysselsatt med ordentlig arbeid. "En kuranstalt uten nogen organisert, reel arbeidsdrift er efter komiteens opfatning helt forfeilet," het det. Hamran 2005: 155.
15 Hamran 2005: 304–5.
16 Hovda 1946: 98.
17 Hovda 1946: 111.
18 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 103.
19 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 105.
20 Salen synliggjorde Blåkors' dobbelte aktivitet: På den ene siden var organisasjonen den største aktøren innenfor rusbehandling i landet. På den andre siden en kristelig medlemsforening med utspring i indremisjonen. Som sådan drev Blåkors ulik møte- og foreningsvirksomhet, pengeinnsamlinger og basar.
21 Bruken av medikamenter, som Heminevrin, som var svært utbredt fram til 1970-årene, ble etter hvert revurdert og strammet inn. Samuelsen 1983: 51.
22 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 188.
23 Det hvite bånd 100 år i Norge 1989: 53.
24 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 187.
25 Hamran, Hageberg og Laahne 2006: 185.

ISBN 978-82-431-1000-7
Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Litteratur

Blåkorshjemmet gjennom 75 år. Oslo, 1984.
Det hvite bånd 100 år i Norge. For Gud – heim og alle folk. Oslo, 1989.
Hamran, Olav, Hageberg, Arne Olav og Laahne, Elmer. *Himmel og jord i bevegelse. Blåkors 100 år*. Oslo, 2006.
Hamran, Olav. *Det egentlige drikkeonde – Måtehold i etterforbudstida*. Dr. Avhandling ved Universitetet i Oslo, 2005.
Hovda, Johs. Theodor. *Kjærligheten tvinger – Det blå kors i Norge gjennom 40 år*. Oslo, 1946.
Hovelsåsen kursted 50 år. Flisa, 1972.
Norsk magasin for lægevidenskaben, 1894.
Samuelsen, Tom. *Første delrapport fra Bjørnebekk kursted*. Oslo, 1983.
Sæter, Oddrun. *Første delrapport fra Hovelsåsen*. Oslo, 1983.
Tidsskrift for den norske lægeforening, 1903.
Tidsskrift for praktisk medisin, 1882.
Under korsets merke. Det Blå Kors i Norge 1906–1956. Oslo, 1956.

Kort presentasjon av anleggene i landsverneplanen

Nedenfor presenteres alle anlegg som Landsverneplanen omfatter gjennom en kort overordnet introduksjon til de ulike eiendommene. Beskrivelsene er ikke nødvendigvis sammenfallende med hvilke deler av anlegget som er omfattet av vern. For en mer detaljert presentasjon av historikk og bygninger vises til katalogdelen for landsverneplanen der alle bygninger som omfattes av vern er beskrevet. Denne er bl.a. tilgjengelig på www.lvph.no og på CD bakerst i denne publikasjonen. Navn på anleggene følger det navnet eiendomsavdelingen i HF bruker på enheten, og som er brukt i registeret for landsverneplanen.

HELSE MIDT-NORGE RHF

Helse Nord-Trøndelag HF

Sykehuset Levanger

Levanger kommune

Sykehuset ligger på en elveflate ved innfarten sørfra til Levanger by. Psykiatrienheten fra 1980 ligger i den sørvestre delen av sykehusområdet. Enheten er frittstående fra hovedsykehuset, men er forbundet med en kulvert. Grunnflaten er på over 2000 m², fordelt på tre énetasjes- og tre toetasjes, kvadratiske paviljonger med slakt pyramideformet tak. Anleggets arkitektur er tidstypisk med synlige betongbjelker som markerer dekkene og pilarer som markerer modul og bæring. Feltene i mellom er forblendet med rød tegl.

Helse Sunnmøre HF

Volda psykiatriske senter

Volda kommune

Bakgrunnen til dagens Kløvertun er en forespørsel i 1963 om Sanitesforeningen i Volda ville påta seg å reise et hjem for senildemente pasienter. I 1964 la arkitekt Ø.H. Grimsgaard frem planer for et anlegg for 34 pasienter. Den nye institusjonen fikk navnet Kløvertun da den stod ferdig i 1967. Bygningen ligger like sør for Volda sjukehus.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Veksthuset Molde

Molde kommune

Eiendommen var opprinnelig Bjørset gård, og har vært i bruk som jaktvilla og barnehjem. Kong Haakon og kronprins Olav overnattet i hovedbygningen i 1940. Komplekset består i dag av 4 bygninger, bl.a. et nybygg fra 2004. Veksthuset Molde driver det terapeutiske samfunnet "Huset" på stedet og tilbyr døgnbehandling for rusavhengige.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital

Trondheim kommune

Anlegget på Øya ble tatt i bruk i 1902. Planen for det nye sykehuset forelå i 1896, med Karl Norum som arkitekt. Sykehuset ble reist som en kombinasjon av to planleggingsprinsipp: korridor- og paviljongsykehuset. 1902-sykehuset besto av flere ulike pasientbygg i mur og en rekke økonomibygg og boliger i tre, inkludert en opparbeidet park.
Gjenværende eldre bygninger er den gamle hovedbygningen og kantinebygningen. Bygningene utgjør historiefortellende elementer fra det opprinnelige anlegget i en ny sammensatt kontekst.

St. Olavs hospital HF

St. Olavs Hospital psykisk helsevern avd. Østmarka

Trondheim kommune

Sykehuset ble tatt i bruk i 1919 som asyl som skulle drives av kommunen og de to trøndelagsfylkene. Anlegget besto av landbruksbygninger, boliger, økonomi- og administrasjonsbygninger samt pasientbygninger for manns- og kvinneavdelingen. Bygningene var stort sett toetasjes murbygninger, men lysthusene, et par pasientbygninger, noen boliger og driftsbygningene ble oppført i tre. Planen er delvis preget av symmetri, monumentalitet og akser og parkpreget med alléer og store trær er fortsatt tydelig. Bortsett fra noen økonomibygninger er alle de opprinnelige bygningene på Østmarka bevart. Mot vest ligger et område med karakteristiske personalboliger bygget i andre halvdel av 1900-tallet.

St. Olavs hospital HF

St. Olavs Hospital psykisk helsevern avd. Brøset

Trondheim kommune

Anlegget ble tatt i bruk 1861 og skulle gi plass til 250 pasienter. I 1923 ble anlegget psykiatrisk sykehus for særlig vanskelige sinnssyke menn. Pasientbygningen er i dag Sykeavdelingen bygning 03, den gamle hovedbygningen i hovedsak kontorer. Områdets åpne parkpreg er bevart. Særlig karakteristisk er alléene i den gamle hovedbygningens hoved- og tverrakse.

HELSE NORD RHF

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Alstahaug kommune

Sykehuset ble innviet i 1926, og er senere utvidet i 1957 og 1983. Anlegget ligger sør for Sandnessjøen sentrum like ved kirken, med utsikt mot fjellkjeden Sju søstre i sør og Alstenfjorden i nord. Alle tilleggsbygningene (søsterhjem, etc) som tidligere hørte til sykehuset er nå enten revet eller avhendet. Sykeshusmiljøet fremstår som lesbart med de senere byggetrinnene på hver side av den opprinnelige bygningen.

Helse Finnmark HF

DPS Midt-Finnmark

Karasjok-Kárášjoga kommune

Anlegget ligger på en naturlig terrasse i terrenget med utsikt over elva og viddelandskapet. Barne- og undomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) holder til i den gamle sykestuen, to bygninger fra 1950-tallet. Det har senere også blitt bygd en familieavdeling (2003) og en ungdomsavdeling (2007) på det samme området. Virksomhetene er nærmeste nabo til Sametinget.

Helse Finnmark HF

Helse Finnmark Kirkenes

Sør-Varanger kommune

Kirkenes sykehus var ett av to distriktssykehus oppført i Finnmark i perioden 1955–75. De vesentlige kulturhistoriske verdiene knytter seg til personalboliger av varierende størrelse. Nærmest sykehuset ligger søster- og pikehjemmet, to murbygninger fra 1954. Vest for disse ligger to eneboliger, på tegningene kalt "overlegeboliger", ferdig 1955. Elevhjemmet fra 1973 ligger med en spektakulær beliggenhet.

Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset Rønvik

Bodø kommune

Nordlandssykehusets psykiatridel på Rønvik ligger litt nordøst for sentrum av Bodø, og ble tatt i bruk i 1902. Sykehuset består i dag av alle de gamle pasientbygningene og et par luftepaviljonger fra de tidligere luftegårdene finnes fortsatt, likeså det gamle kapellet og likhuset som er flyttet til en ny plass. Miljøet er fortsatt preget av den opprinnelige parkanlegget sørvest for hovedbygningene. Gårdsbrukets bygninger står i hovedsak også, men eies av fylkeskommunen. Andre økonomibygninger, bl.a. kraftstasjonen, er i hovedsak borte.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNN Åsgård

Tromsø kommune

Det psykiatriske sykehuset ble bygget på 1960-tallet. Anlegget er orientert i nord-sydlig retning i en vestskråning ned mot Sandnessundet, med utsikt mot Kvaløya. Strukturelt er sykehusområdet det samme i dag som på midten av 1960-tallet; det er ingen vesentlige bygningsmessige tilskudd på sykehusområdet, og heller ikke noen rivinger med unntak for mindre gårdsbygninger. Alt i alt er det syv pasientbygninger fra nord til sør, knyttet sammen med en lang korridor.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNN Longyearbyen

Svalbard

Sykehuset er oppført i 1991 og ligger i det nye sentrumsfeltet ned mot havneområdet hvor Kafé Busen, Næringsbygget og det nye hotellet er lokalisert, vest for og parallelt med gangvegen. Mandatet for sykehuset er å betjene den norske befolkningen på Svalbard, som alt mer har utviklet seg til et familiesamfunn. Sykehuset skal langt på vei fungere som et helsesenter på fastlandet, med oppgaver også innen primærhelsetjenesten. Samtidig skal det være et beredskaps-sykehus for fiskeflåten i havområdet lengst nord.

HELSE VEST RHF

Helse Bergen HF

Askviknes VPS

Os kommune

Askviknes Voksenpsykiatriske senter er i dag en del av Fana og Os Distriktpsykiatriske senter (DPS). Området var også opprinnelig eid av staten, som ga det til fritt bruk for "Omstreifermisjonen". Gamlebygget ble påbegynt i 1898 og sto ferdig i 1900. Det fungerte som barnehjem for taterbarn frem til 1953 da det ble tatt i bruk som psykiatrisk sykehjem. Gamlebygget huser i dag blant annet en av barnehagene til Helse Bergen.

Helse Bergen HF

Haukeland sykehus

Bergen kommune

Haukeland sykehus omfatter i dag ca. 200 mål med sykehusbygninger for somatiske og psykiatriske pasienter, driftsbygninger, kontorer, sykehotell, daghjem og to store fjellhaller. De første bygningene ble tatt i bruk i 1912. Området har vært og er under kontinuerlige utbygginger, endringer og ombygginger. Den største utbyggingen i nyere tid ble foretatt i perioden 1971–1983 da bl.a. den store sentralblokken ble reist.

Helse Bergen HF

Kysthospitalet i Hagevik

Os kommune

Kysthospitalet åpnet 1893. Anlegget ble drevet som tuberkulosesykehus frem til 1960–70 årene med en gradvis omlegging til ortopedisk sykehus. Sykehuset ligger i bunnen av en vik, vestvendt i skrånende terreng med parkmessige omgivelser. Hovedbygget har svakt vinklet grunnplan. En eldre kraftstasjon og et nyere kapell ligger på baksiden. Eiendommen er opparbeidet med bl.a. skogstier, og parken er planmessig beplantet med en rekke sjeldne planter og trær.

Helse Fonna HF

Jonatunet

Jondal kommune

Jondal sjukehus for tuberkuløse ble åpnet 1. juli 1934. Anlegget ble planlagt for 40 senger med kurhall, men antallet senger ble økt ved at kurhallen ble reist som et eget bygg. Hovedbygget er tofløyet med knukket grunnplan mot sørvest og med vidt utsyn over fjorden. Litt nedenfor hovedbygningen ligger et kombinert kapell og garasjebygg. En frittliggende kurhall ligger på baksiden oppå en liten knaus.

Helse Fonna HF

Stord sjukehus

Stord kommune

Stord sjukehus har sin historie tilbake til Furuly Helseheim i 1908. Etter arkitektkonkurranse i 1962 startet byggingen av nytt sykehus i 1966 og hele anlegget ble tatt i bruk i 1970. Arkitekter er Anna og Jostein Molden, og anlegget fikk Houens Fonds diplom for god arkitektur i 1975. Sykehuset er typisk for mange av etterkrigstidens sykehus mht. organisering og funksjonsdeling, men også særegent i terrengtilpasning, volumbehandling og materialbruk.

Helse Fonna HF

Valen sjukehus

Kvinnherad kommune

Valen sykehus ligger i Sunnhordland, i utkanten av tettstedet Valen. Tettstedet er for en stor del bygd opp rundt arbeidsplassene i institusjonen. Sykehuset åpnet i 1910, arkitekt var Sigurd Lunde i Bergen. Sykehuset ble organisert med 9 avdelinger. Oppinnelig besto sykehuset av to store murbygg, ett med mottaksavdeling og ett med sentralavdeling, i tillegg ble det reist et kolonibygg for arbeidsføre mannlige pasienter. Det var planlagt 101 plasser for menn og 80 for kvinner. Til sykehuset hører en egen gravlund der pasienter og noen ansatte er gravlagt.

Helse Fonna HF

Førde sentralsjukehus

Førde kommune

Byggingen av sykehuset i Førde fulgte et regjeringsvedtak i 1971 etter flere års debatt om plassering av nytt fylkessjukehus i Sogn og Fjordane. Sykehuset sto ferdig i 1979 og har en tradisjonell modernistisk volumløsning med "kake og tårn" med behandlingsavdelinger i lavblokk på 1–3 etg. og sengeposter i en høyblokk på 10 etg. inkludert sokkel og tilbaketrukket teknisk overetasje. Hovedvolum er lamelldelt med liggende prefabrikkerte betongelementer som brystninger i etasjeskillene. Veggflatene er tekket med bronseelokserte aluminiumsplater.

Helse Fonna HF

Psykiatrisk klinikk avd. Tronvik

Høyanger kommune

Fylkessjukeheimen Tronvik var den første institusjonen for psykiatriske pasienter i Sogn og Fjordane og var et av landets første åpne psykiatriske behandlingshjem. Institusjonen var planlagt for 85 pasienter, og utvidet i 1963–64 med to pasientpaviljonger hver med 43 senger, i tillegg kommer flere boliger, ny driftsbygning, gartneri og i 1967 nytt administrasjonsbygg med forsamlingslokale m.v. og terapibygg i 1980.

HELSE SØR-ØST RHF

Oslo universitetssykehus HF

Aker universitetssykehus

Oslo kommune

Aker sykehus ligger mellom (restene av) gårdene Tonsen og Sinsen Nordre. Bygningsmassen fremtrer som et konglomerat med bygninger fra 1700-tallet og frem til i dag. Viktige bygningsmiljøer er bygninger med tilknytning til fattiggården fra slutten av 1800-tallet, bygninger oppført for epidemiberedskapen fra 1910–25, bygninger reist av okkupasjonsmakten 1940–45 og boliger og undervisningsbygg for sykepleieskolen fra 1970.

Oslo universitetssykehus HF

Klinikk rus og avhengighet

Oslo kommune

Aker Universitetssykehus HF har en egen enhet for rusbehandling: "Klinikk rus og avhengighet". Denne virksomheten er spredt på fem anlegg. Følgende tre eldre og relativt små anlegg er vurdert å være verneverdige:

- Akuttinstitusjonen Storgata (oppført 1883)
- Akuttinstitusjonen Montebello (oppført 1934, bildet)
- Ullvin behandlingssenter (oppført 1919)

Oslo universitetssykehus HF

Gaustad sykehus

Oslo kommune

Gaustad ble bygd som statlig sinnsykeasyl i 1855. Opprinnelig lå det i Aker kommune, på passe avstand fra Christiania, i et vakkert jordbrukslandskap og med utsikt over Oslofjorden. I dag er det en del av et institusjonsmiljø, med det nye Rikshospitalet og det tidligere Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i nærheten. Fortsatt ligger anlegget i en vakker park med store trær; opprinnelig et viktig aspekt ved behandlingen.

Oslo universitetssykehus HF

SSE Nevroklinikken Sandvika

Bærum kommune

Sykehuset har vært drevet på samme sted siden 1913 som spesialinstitusjon for epileptikere. Fra 1948 og fram til i dag har institusjonen blitt gradvis utvidet til å bli landets ledende kompetansesenter innen epileptologi og epilepsiomsorg. Bygningsmassen ved sykehuset har svært varierende alder og standard. De eldste byggene er fra før institusjonstiden, i tillegg er de eldste sykehusbyggene bevart. Hovedvekten av bygningsmassen ved sykehuset er fra 1950- og 1960-tallet.

Oslo universitetssykehus HF

DPS (Ullevål)

Oslo kommune

Ved Oslo universitetssykehus HF er to DPSer i Oslo vurdert som verneverdige. Seksjon for langtidsrehabilitering (DPS) holder til i lokalene til det tidligere Veslehjemmet og Løkkeberg barnehjem fra 1930 i Geitemyrsveien 67. Seksjon psykiatrisk poliklinikk holder til i en bygning fra 1916 i Josefines gate 30 (bildet).

Oslo universitetssykehus HF

BUP /BFE (SSBU Sogn)

Oslo kommune

Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri ble bygget på 1960-tallet og har vært en pionerinstitusjon innen norsk psykiatri. Bygningene fra den første utbyggingsfasen er gjerne enetasjes og forblendet med rødbrun teglstein. Senere bygninger har to til tre etasjer. Gjennomgående er bygningene terrengtilpasset slik at det dannes gode uterom. Tross et tidsskille på ca. 10 år mellom de eldste og nyeste bygningene gir anlegget et enhetlig preg. Anlegget representerer mange ulike funksjoner og behandlingsformer i psykiatrien i bygningsmassen.

Oslo universitetssykehus HF

Forvalterboligen på Gaustad

Oslo kommune

I forbindelse med oppføring av det nye Rikshospitalet, ble forvalterboligen og stabbur/klokketårn på det opprinnelige gårdsanlegget på Gaustad flyttet. Bygningens opprinnelige sammenheng er i dag tapt, men den nye plasseringen opprettholder forvalterboligens tilknytning til bygningsmiljøet på Gaustad sykehus.

Oslo universitetssykehus HF

Ullevål universitetssykehus

Oslo kommune

Det første anlegget ble oppført etter tegninger av arkitekt Adolf Schirmer og tatt i bruk 1887. Det innledende byggetrinnet, med spredte, lave paviljonger og beplantninger imellom, ble oppført etter idéer om smittespredning med røtter i antikken. Som sådan var dette anlegget enestående i norsk målestokk. Fra 1894 ble Victor Nordan fast arkitekt for anlegget, og det er i byggeperioden 1898–1903 vi får de første av det titall, karakteristiske – og til dels svært store – blokkene i to, tre eller fire etasjer. Ekspansjonen på området har fortsatt, med barnesenter (1998), pasienthotell (1999) og helikopterplattform (2005). Midt i storkvartalet kom ny mottaksavdeling (1995) mens et nytt kreft- og isolatsenter stod ferdig i 2007.

Oslo universitetssykehus HF

Dikemark

Asker kommune

Da Kristiania kommunale sindsygeasyl på Dikemark åpnet i 1905, var anlegget et helt moderne anlegg. Sykehuset er unikt i norsk sammenheng. Det har alle vesentlige elementer fra den første tiden bevart (direktørbolig, kjelehus, kraftstasjon, kjøkken osv.) Autentisiteten er tildels svært høy, om enn bare svake spor er tilbake av f.eks. luftegårder. Økonomibyggene er trolig de best bevarte fra tiden før 1920 ved noe sykehus i landet, og kraftstasjonen er svært sjelden.

Oslo universitetssykehus HF

Vardåsen

Asker kommune

Vardåsen i Asker ble oppført som tuberkulosesanatorium for Oslo kommune i 1923. Dette var det største norske sanatoriet. Kristian Biong var arkitekten for anlegget og det fremstår med sin historismepregede mursteinsarkitektur som det siste skuddet på stammen til de store skandinaviske rådhusarkitektene. Det praktfulle, men ved byggetidspunktet egentlig foreldede, tårnet skal ha vært inspirert av domkirketårnet i Oslo. Foran sykehuset var det en 125 lang kuringshall. I skråningen over sykehuset ble det bygd personalboliger, bl.a. en praktfull direktørbolig.

Helse Sør-Øst RHF

Vinderen psykiatriske klinikk

Oslo kommune

Anlegget stod ferdig i 1926. Arkitekt var Kristian Biong som like før hadde tegnet Vardåsen sanatorium og som sto midt i utvidelsen av bebyggelsen på Gaustad sykehus. Alle disse anleggene var teglsteinsbyggeri av høy kvalitet. Vinderen ble i første rekke etablert som frittstående klinikk til undervisning og forskning, og den kom således til å ha samme ansvarsområde i forhold til psykiatrien som Rikshospitalet hadde vis-à-vis den somatiske helsepleien. I 1998 ble virksomheten tilknyttet Diakonhjemmet sykehus.

Vestre Viken HF

Ringerike sykehus, Psykiatrisk senter

Ringerike kommune

Det tidligere fødehjemmet fra 1958 ligger mellom Norderhov og Hønefoss i randsonen til Ringerike sykehus. Bygningen ligger på flat mark i åpen furuskog, skjermet fra hovedveien mot Valdres, Hallingdal og Oslo med sykehusets personalboliger som nærmeste naboer og med helikopterlandingsplass og parkeringsplasser på flaten mot sykehuset.

Vestre Viken HF

Hovedkompleks somatikk

Drammen kommune

Sykehusanlegget ligger sørvendt ved foten av Bragernesåsen. Anlegget domineres helt av den 14 etasjer høye sentralblokken kledd med elementer i naturbetong. En rekke boliger i randsonen eies av sykehuset, bl.a. en karakteristisk overlegebolig fra 1915 og vertikaldelt reservelege bolig fra 1938.

Vestre Viken HF

Bjerketun

Bærum kommune

Bjerketun har vært et institusjonsmiljø siden 1839 da det ble etablert for Asker seminar. Fra ca. 1900 til 1960-tallet var det i bruk som skolehjem. Av de opprinnelige bygningene fra ca. 1839 gjenstår i dag fire: Stabburet, kjøkkenbygningen, et vognskjul og et opprinnelig bryggerhus. Av nyere bygninger finnes Borgen, Granum, og et énetasjes boliganlegg fra ca. 1960. De tre store bygningene (kjøkkenbygningen, Borgen, Granum) er alle holdt i empirestil, den opprinnelige stilen da stiftsseminaret ble opprettet.

Vestre Viken HF

Blakstad sykehus

Asker kommune

Det opprinnelige Blakstad asyl ble åpnet i 1904. Det naturskjønne nærområdet med fjordtilknytningen, alléer og omgivelser med jordbruksarealer er i alt vesentlig uforandret. På området ligger også en gravhaug, av ukjent alder som medvirker til å gi Blakstad historisk dybde. Reguleringsplanen fra 2002 legger til rette for videre utvikling av området til sykehusformål, men er samtidig en bevaringsplan for bygninger av kulturhistorisk verdi i sin landskapsmessige sammenheng.

Vestre Viken HF

Bærum sykehus

Bærum kommune

Det kommunale Bærums sykehus åpnet i 1924. Bygningene var tegnet i nordisk nybarokk stil av arkitektene Morgenstierne og Eide. Plasseringen i landskapet, høyt og med vidt utsyn hadde mye til felles med tuberkuloseinstitusjonene fra samme tid. Sykehuset er utvidet flere ganger, og fremtrer i dag som to klart adskilte enheter, den eldre delen med utvidelsene frem til 1950-tallet og senere byggetrinn. Det opprinnelige anlegget er med sitt tårn, eksponerte plassering, og maleriske, borglignende utforming fortsatt et viktig signalbygg og et godt eksempel på periodens historistisk orienterte arkitektur. Bærum sykehus ligger i dag i et område preget av villabebyggelse, men de nærmeste omgivelsene har fortsatt bevart noe preg av naturtomt og parkareal.

Vestre Viken HF

Kongsberg sykehus

Kongsberg kommune

Sykehuset ligger sentralt til i Kongsberg by, på østsiden av Numedalslågen. Bygningsmassen skriver seg i hovedsak fra utbyggingen i 1951–55, tilbygg fra 1972 og utvidelser i 2000–2003. Den opprinnelige sykehusbygningen er fra midten av 1950-tallet. Personalboliger fra utbyggingen i 1952 utgjør et lite bygningsmiljø i karakteristisk etterkrigsarkitektur med detaljer i klassiserende stil.

Vestre Viken HF

BUPA Fjellbrott

Nedre Eiker kommune

Helhetlig anlegg bygget som ungdomspsykiatrisk behandlingshjem, tidstypisk for mindre institusjoner fra slutten av 1960-tallet. Fjellbrott ligger sørøstvendt i åsen ovenfor Solbergelva i tilknytning til nyere boligområde. Anlegget består av hovedbygg, internat og bolig/kontorbygg oppført i mur og tre på en skrånende tomt preget av furutrær og plen.

Vestre Viken HF

Habiliteringsavdeling Valebrottveien

Drammen kommune

Anlegget ble bygget som HVPU-institusjon i 1970, og består av enetasjes bygg på en flat tomt i tilknytning til boligområde på Åssiden. Tomten avgrenses mot sør av tidligere øst–vestgående hovedvei. Bygningene karakteriseres av flate tak, og fasader i gul tegl og en kraftig horisontal gesims med trepanel.

Vestre Viken HF

Psykiatrisk avdeling

Lier kommune

Lier sykehus ble åpnet på 1920-tallet og består av bl.a. seks store sentralbygg med tre svært like grunntyper og er det siste større anlegget tegnet av Victor Nordan. Bygningene ligger i delvis opparbeidet parkmessig landskap dominert av større frittliggende bygninger fra 1920-tallet oppført i pusset og malt mur med enkle ornamenter. Bårehuset med enkel nyklassisistisk fasade er intakt med et svært godt bevart interiør (kapell, obduksjonsrom). Hovedbygningen og sidebygningen i det opprinnelieg gårdstunet danner et lite bygningsmiljø, p.t. barnehage.

Sykehuset Østfold HF

Fredrikstad sykehus (gamle St. Josephs hospital)

Fredrikstad kommune

St. Joseph-søstrene kom til Fredrikstad i 1887, og startet opp et lite sykehus i 1888 – byens første sykehus på vestsiden av elva. I 1898 kjøpte nonnene to eiendommer og det er med utspring i virksomheten der at den videre ekspansjonen skjer. Etter en rekke utvidelser av den katolske sykehusvirksomheten frem til 1966 etableres til slutt også det nye sentralsykehuset (ark. Ole Øvergaard) i nær tilknytning i 1956. I 1971 ble de to sykehusene slått sammen.

Sykehuset Østfold HF

Halden sykehus

Halden kommune

Halden sykehus fremtrer i dag som det best bevarte av arkitekt Ole Øvergaards mange sykehus. Her finnes i konsentrat de fleste av de estetisk begrunnete elementer som arkitekten søkte å finne plass til innenfor en ramme av enkelhet og stram økonomistyring. Anlegget ble i 2007 bygget om til DPS.

Sykehuset Østfold HF

Kolstad

Sarpsborg kommune

Tune fattighjem ble opprettet på gården Delin, like nedenfor dagens anlegg, i 1887. Virksomhet som sinnssykepleiehjem ble etablert i 1923, og Kolstad opphørte å være fattiggård. Byggetrinn 1, i dag omtalt som tidl. pasientbolig/hybelbygg, ble oppført i 1966 som psykiatrisk småinstitusjon, og en utvidelse ble fullført i perioden 1973–1993.

Sykehuset Innlandet HF

Fysikalsk medisin og rehabilitering Ottestad

Stange kommune

Anlegget som er fra 1940–50-tallet, ligger på et lite høydedrag og hadde tidligere fri utsikt over Mjøsa. Institusjonen består i dag av én middels stor, treetasjes bygning som rommer både sengerom, kontorer, behandlingsrom, og bassengavdeling. En låvebygning og et mindre uthus på tomta er rester fra gården Lille Kjonerud. Tidligere sekundærbygninger som har hørt til institusjonen, for eksempel legebolig, er solgt.

Sykehuset Innlandet HF

Elverum (Heimen)

Elverum kommune

Heimen ligger i utkanten av et boligområde litt nordøst for selve sykehuset. Hovedbygningen ved det opprinnelige tuberkulosehjemmet fra 1906 er en nokså beskjeden toetasjes trebygning med skråstilte fløyer. Langs hele sydfasaden var det opprinnelig en bred veranda trolig for kuring i frisk luft. Omgivelsene med plenareal og noen klynger med furutrær ivaretar et inntrykk nokså nært den opprinnelige åpenheten rundt bygget.

Sykehuset Telemark HF

Faret

Skien kommune

Bygningene er fra ulik tidsepoker, de eldste fra det opprinnelige radesykehuset på 1800-tallet og den siste bygd i 2004. Anlegget som helhet bindes sammen av et parkmessig opparbeidet uteområde med både gammel og nyere beplantning. Anlegget har tre tyngdepunkter, men domineres visuelt av sentralen, det tidligere hovedbygget fra 1909/1934. Mot nord og vest ligger lavere en og toetasjes trebygninger og driftsbygninger, med det eldste sykehuset nederst mot elven. Mot øst ligger bygninger for barne- og ungdomspsykiatrien.

Sykehuset Telemark HF

Ulefossveien syd

Skien kommune

Komplekset består av mange ulike bygninger datert fra begynnelsen av 1900 tallet frem til 1997. Anlegget domineres av utbygging fra 1966 og 1990-tallet med store bygningsvolumer i gul tegl, dels sammenbygget, dels frittliggende i svakt fallende terreng mot nord og det psykiatriske sykehuset på nedsiden av Ulefossveien. Overlegeboligen fra 1909 ligger med en viss avgrensning til øvrige bygg, adskilt av eldre hovedadkomstvei til sykehuset i sørøstre del av anlegget.

Sykehuset i Vestfold HF

Kysthospitalet i Stavern

Larvik kommune

Kysthospitalet i Stavern ble åpnet i 1892 og var landets første spesialsykehus for skrofulose og ble etablert etter innsamlingsaksjon med dronning Sophie som drivende kraft. I tilegg til hovedbygget består de eldre delene av anlegget med tidligere isolatbrakke, stall, stabbur og liggehall. Sykehuset ligger fortsatt i åpen furuskog med delvis parkmessig opparbeidet uteområde.

Sykehuset i Vestfold HF

SIV Tønsberg

Tønsberg kommune

Sykehuset ligger høyt plassert innenfor banesløyfen i utkanten av Tønsberg sentrum. Komplekset domineres av store volumer i glass og rød tegl. Sykehusbebyggelsen mot øst er mindre ensartet og vitner om ulike utbyggingsfaser med en rekke senere endringer. Opprinnelige grøntarealer og hageanelgg er i stor grad bygget ut. De eldste bevarte deler av sykehuset er det sterkt endrete epidemibygget fra 1922 og overlegevillaen fra samme år.

Sørlandet sykehus HF

SSHF avd. Arendal (SSA)

Arendal kommune

Sykehusets bygningsmasse er fra 1958–2002 og delt opp i en rekke volumer som er avtrappet i høyden og forskjøvet i plan. Byggetrinnene og fløyene bindes visuelt sammen av konsekvent bruk av formelementer og materialer som mørk rød, håndbanket tegl og kobberplater. Bygningskomplekset som helhet trapper seg ned med terrenget med de laveste volumene mot vest. Terrenget er dels beholdt som naturtomt med hellelagte stier, dels terrassert med forstøtningsmurer forblendet med bruddstein. Bruddsteinsmurer rammer også inn sykehusområdet.

Sørlandet sykehus HF

SSHF avd. Kristiansand (SSK)

Kristiansand kommune

Sykehuset på Eg sto ferdig i 1881 som statlig sinnsykeasyl. Sykehusområdet preges i dag av bygningsmassen fra de tre store byggeperiodene på 1880-tallet, 1960-tallet og 1990-tallet, i hver sin del av området. Den eldste strukturen er i hovedsak godt bevart, og ligger ved innkjøringen til sykehuset og med parkområde omkring. Sykehusets bygningsmasse fra 1881 er regulert til bevaring.

Sørlandet sykehus HF

SSHF avd. Mandal (SSM)

Anlegget er solgt og utgår av landsverneplanen

Mandal kommune

Sykehuset er med årene utvidet flere ganger og ligger i dag som et hesteskoformet anlegg i ulike trinn rundt en stor gårdsplass med tuntre. Det opprinnelige hovedbygget i tre fra 1879 er i dag en sidefløy som rommer kjøkken og kantine. Et mellombygg i vinkel knytter den eldste delen til nybygget. Hovedbygg (1956) har rektangulær grunnplan i 2 etg. over sokkel. Østre sidefløy mot nord (1964) senere utvidet og ombygget (2000) vestre sidefløy med legevakt (1990).

Folkehelseinstituttet

Oslo kommune

Statens institutt for folkehelse ble opprettet i 1929 under Sosialdepartementet. Anlegget består i dag av flere bygninger oppført omkring 1930 og 1960, samt og et stort laboratoriebygg oppført i 1994. Den eldste bebyggelsen er tegnet av Bredo Greve og er volum- og stilmessig tilpasset Lindern-komplekset fra 1917–20. Den senere bebyggelsen inne på instituttområdet er preget av etterkrigstidens modernisme.

Av Leif Maliks

PERSONALBOLIGENE

En anekdote forteller at de eldre vokterne på Gaustad på begynnelsen av 1900-tallet reagerte negativt ved beskjeden om at de skulle få egne rom, og ikke lenger måtte bo i et hjørne på vaktsalen sammen med de syke – "de syntes ikke det var helt riktig". I et historisk perspektiv er det relativt nylig at plikten til å bo på arbeidsstedet forsvant for mange yrker; først i 1976 opphørte for eksempel boplikten for skolevaktmestrene. Sykepleiernes kamp like etter krigen for å få fjernet kost og logi som del av lønnen ble betegnet som et brudd med "stavnsbåndet".[1]

Kallstanken var likevel nødvendig i helsevesenet, det var som regel bare yrkesgrupper som leger og forvaltere som bodde i egne, formålsbygde hus før 1. verdenskrig. En ikke helt uvanlig modell var trolig å bo på uisolerte tomannsrom på loftet, slik vi kan se det i museumsdelen på Rotvoll asyl – da kunne det være godt å varme seg til et vers som det ved inngangen til Røde kors-sykehuset på Skillebekk: "Slitets dagverk, yrkets plikt, skal til søndagsgjerning adles". For gifte mannlige pleiere på asylene begynte egen bolig å bli mulig etter 1. verdenskrig – men helst med pasienter innlosjert – for kvinner ble egen bolig neppe mulig før etter 2.verdenskrig.

Det er en håndfull legevillaer (og én leilighet) innenfor landsverneplanen, på tross av at denne bygningskategorien ofte er blitt solgt ut i senere år. Asylene er representert med Herman Wedel Majors praktfulle villa fra 1855, som også er den best bevarte bygningen på Gaustad, mens vi fra de somatiske sykehusene har noen flere. Et eksemplar med særlig godt bevarte interiører er arkitekt Chr. F. Arbos overlegevilla fra Drammen (1915) – med egen inngang til kontor for privatpraksis.

Mens skoler (med internat) for sykepleiere kom på 1890-tallet, ble søsterhjemmene på sykehusene først vanlige i mellomkrigstiden. Alle søsterhjems mor er det store fireetasjes komplekset på Ullevål, omtalt som "palasset" da det sto ferdig i 1921. Ved innflytting bodde det 365 personer her, og det er foreslått interiørfredning for de forseggjorte spisesalene. Knapt 20 år senere stod det noe enklere nye søsterhjemmet på Østmarka ferdig i utpreget funkisstil – men første bruker ble den tyske okkupasjonsmakten i 1940!

Det er også tatt med noen bygninger i verneplanen som okkupasjonsmakten selv oppførte da de for Wehrmacht konverterte Aker sykehus til Sinzen Kriegslazarett. Den arkitekturhistoriske verdien ved anlegget for pleierskene (Schwesternheim) og for legene (Artztheim) er stor, og likeledes representasjonsarkitekturen knyttet til fest- og spisesalene.

Krigens ødeleggelser førte til et nytt institusjonslandskap i nord, og Kirkenes er representert med et av verneplanens mest interessante og autentiske boligmiljøer. Side ved side ligger her søster- og pikehjem, og to legeboliger fra ca. 1955 i utpreget gjenreisingsarkitektur, og dessuten et elevhjem fra 1973 i hypermoderne stil og med en svært spektakulær beliggenhet på en pynt ved Varangerfjorden. Da de fleste av sykehusets personalkategorier er representert, er også den sosialhistoriske verdien betydelig.

Overlegevillaen i Drammen
Foto: Leif Anker.

Boligmiljøet i Kirkenes, med f.v. de to legevillaene, elevhjem og søsterhjem.
Foto: Leif Maliks.

1950-, 1960- og 1970-tallet ble den store utbyggingsperioden for vanlige personalboliger, ofte oppført for å tiltrekke seg attraktiv arbeidskraft. De psykiatriske sykehusene hadde heller aldri vært så store som i denne perioden, og både belegg og personale var økende. På Østmarka bygde man små varierte, arkitekt-tegnede toetasjes trehus for leger og pleiere like inntil pasientbygningene; ved Åsgård psykiatriske var de i mur. Disse har fortsatt sin opprinnelige utforming og utgjør viktige deler av verneplanen. Andre steder satset man på høyblokker. Aker sykepleieskoles hybelhus fra 1970 ble plassert som et landemerke like ved Sinsen-krysset, ved siden av en lavere undervis-ningsdel, begge i tidens brutalistiske formspråk. Sykepleieskolene forsvant også fra sykehusene mot slutten av 1900-tallet; det å bo på studiestedet hang likevel igjen litt lenger enn det å bo på arbeidsplassen. Alt i alt varte ikke perioden med formålsbygde anlegg for de bredere lag av perso-nalet i mer enn drøyt 50 år.

Bildet i midten: Sykepleieskolen (t.v.) og hybelhuset på Aker sykehus i Oslo.
Foto: Leif Maliks.

Bildet nederst: Boliger ved Åsgård sykehus i Tromsø.
Foto: Leif Maliks.

[1] Kari Melby. *Kall og kamp* 1990: 181.

ISBN 978-82-431-1000-7. Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (HOD, 2012).

KULVERT, TUNNEL OG GANGBRO

Av Janne Wilberg

Sykehussamfunnets infrastruktur utgjør et komplekst felt som dels er vokst frem ut fra sektorens spesielle behov og dels er resultatet av den alminnelige bygningstekniske utviklingen.

Kulverter, eller sammenbindende tunneler, fremstår som et karakteristisk trekk ved sykehusbyggeriet.

Underjordiske tunneler er kjent fra epidemipaviljongene som hadde såkalte miasmetårn (se side 119), eksempelvis på Ullevål sykehus fra 1887. Tårnene var forbundet med sykepaviljongen gjennom små, enkle tunneler eller kulverter for friskluft som skulle gjøre det mulig å holde oppsyn med og reparere lufteanleggene. Senere ble bygningene forbundet med hverandre gjennom både tekniske tunneler og tunneler beregnet for transport av pasienter. Viktig for utviklingen av økonomitunnelene var innføringen av sentralvarme og vann og avløp. Sentralvarme kom inn i det offentlige byggeriet på midten av 1880-tallet, men fikk først bredt gjennomslag på 1900-tallet.

Ved utvidelsene av Ullevål sykehus etablerte man betydelige anlegg for damp og kondens, varmt vann, elektriske kabler og signal- og telefonledninger. I alt omfattet dette 1000 m tunneler 50–60 cm under terreng. Dimensjonene var ca. 1,7 x 1,3 m.

Ved planleggingen av Rikshospitalets utvidelse rundt 1911 planla man med både rene rørtunneler og transporttunneler. Rørtunnelene var i hovedsak knyttet til økonomibygg, typisk var rør fra kjelehus til dampdrevne kjøkken og vaskerier. Transporttunnelene var primært for persontransport som sengepasienter, mat og tøy som skulle fraktes i ly for vær og vind.

Også moderne sykehus har slike anlegg. I takt med utviklingen har kulvertene også fått kabelføringer for strøm, telefon og IKT. Enkelte plasser er kulvertene kun for tekniske føringer også i våre dager, mens det andre steder er anlagt et omfattende kulvertnett for transport, som i Førde. På Haukeland universitetssykehus finnes kulverter og tunneler i to etasjer, én etasje for persontransport og manuell transport og én etasje for automatbane med containerroboter.

Både kulverter og tunneler utgjør derfor fortsatt en viktig del av infrastrukturen i sykehussamfunnet.

Overdekkede forbindelsesganger over jord er kjent alt fra Gaustad sykehus på 1800-tallet. Åsgård psykiatriske sykehus utgjør et særlig godt eksempel fra nyere tid. I de senere årene har utviklingen gått i retning av overbyggede gangbroer mellom sykehusbygningene.

Overdekkede forbindelsesganger fra hhv. Gaustad (øverst) og Åsgård (midten).
Foto: Leif Maliks.
Nederst: Fra Haukelands enorme kulverter med automatisert transportsystem.
Foto: Leif Anker.

Kilder:
Kristiansen, Kristian og Larsen, Øyvind (red.). *Ullevål sykehus i 100 år*. Oslo, 1987.
Sinding-Larsen, Chr.M.F. *Rikshospitalets første hundrede aar 1826 – 16de oktober – 1926*. Oslo, 1926.

ISBN 978-82-431-1000-7. Artikkelen ble opprinnelig publisert i Rom for helse (HOD, 2012).

Forskrift om fredning av statens kulturhistoriske eiendommer

Fastsatt av Riksantikvaren 9. november 2011 med hjemmel i lov 9. juni 1978 nr. 50 om kulturminner § 22a og forskrift 9. februar 1979 nr. 8785 om faglig ansvarsfordeling mv etter kulturminneloven § 12 nr.1.

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§ 1-1 *Formålet med fredning*

Fredning etter forskriften har som formål å sikre og bevare et representativt utvalg kulturminner i form av byggverk og anlegg knyttet til statens virksomhet. Fredningen skal bidra til å

a) sikre at arkitektoniske eller kulturhistoriske verdier ved byggverkene og anleggene bevares
b) vise statlige sektorers historiske utvikling og deres betydning, for eksempel for samfunnsutviklingen, oppbyggingen av Norge som velferdsstat og forholdet til urfolk og minoriteter
c) sikre at representative eksempler fra ulike perioder av en utvikling bevares
d) formidle forståelse for de sektorer og tidsepoker de representerer
e) bevare byggverkene og anleggene som historiske referanser og kilde til kunnskap
f) bevare opprinnelige elementer og senere tilføyelser dersom disse vurderes å ha en selvstendig verdi som representant for en historisk utvikling
g) sikre at byggverkenes og anleggenes innbyrdes sammenheng ivaretas
h) sikre at uteområdene bevares og at den funksjonelle og visuelle sammenhengen med de fredete kompleksene opprettholdes.

§ 1-2 *Omfang*

Fredningen omfatter byggverk og anlegg etter kapittel 2 flg.

Nærmere informasjon om byggverkene og anleggene fremgår av landsverneplanene for hver sektor og er tilgjengelig på Riksantikvarens nettside.

§ 1-3 *Fredningsbestemmelser*

Byggverk og anlegg som er fredet etter forskriften skal forvaltes på en slik måte at de kulturhistoriske og arkitektoniske verdier de representerer, blir ivaretatt.

Det er ikke tillatt å foreta inngrep i fredete byggverk og anlegg så langt de er fredet. Med *inngrep* menes

a) å rive, skade, bygge om eller flytte
b) å skifte ut bygningselementer eller materialer, forandre overflater eller foreta andre endringer som går lenger enn vanlig vedlikehold
c) å skade eller permanent fjerne løst inventar som inngår i fredningen.

Med *vanlig vedlikehold* menes å ta vare på og reparere de eksisterende bygningselementer og detaljer som for eksempel dører, vinduer, listverk, gerikter og overflatebehandlingen. Vanlig vedlikehold skal skje i samsvar med opprinnelig eller eksisterende teknikk, utførelse og materialbruk og på en måte som ikke reduserer arkitektoniske og kulturhistoriske verdier.

Annet ledd er ikke til hinder for ordinær skjøtsel i hage- og parkanlegg og annet grøntanlegg.

§ 1-4 *Dispensasjon*

Forvaltningsmyndigheten jf. § 1-7 kan i særlige tilfelle gjøre unntak fra fredningen og fredningsbestemmelsene for tiltak som ikke medfører vesentlige inngrep i kulturminnet.

Ved avgjørelsen av hva som utgjør særlige tilfelle skal det legges vekt på i hvilken grad tiltaket er nødvendig av hensyn til formålet med fredningen, herunder

a) istandsetting og restaurering
b) utskiftning av ødelagt materiale og eller vegetasjon
c) tilbakeføringer til opprinnelig eller tidligere utseende og konstruksjoner under forutsetning av at tiltaket kan gjøres på et sikkert dokumentert grunnlag og i tråd med tradisjonelle metoder og materialbruk
d) brannsikringstiltak
e) andre tiltak som skal beskytte kulturminnet.

I vurderingen av hva som utgjør særlige tilfelle kan det også legges vekt på tiltak av vesentlig samfunnsmessig betydning, som for eksempel hensyn til sikkerhet og andre forhold av vesentlig betydning.

§ 1-5 *Forvaltningsplan*

Vedkommende departement er ansvarlig for at det utarbeides forvaltningsplaner for fredete byggverk og anlegg det er ansvarlig for.

Forvaltningsplaner skal forelegges Riksantikvaren eller den Riksantikvaren gir fullmakt, for å sikre at innholdet ivaretar formålet med fredningen.

§ 1-6 *Avhending*

Forskriften gjelder selv om deler av eller hele byggverk og anlegg som er fredet, går ut av statlig eie.

Eier er ansvarlig for at Riksantikvaren i god tid før overdragelsen underrettes om denne.

§ 1-7 *Myndighet*

For byggverk og anlegg i statlig eie er forvaltning av fredningsforskriften lagt til Riksantikvaren eller den Riksantikvaren gir fullmakt. For byggverk og anlegg som er gått ut av statlig eie er forvaltning av fredningsforskriften lagt til regional kulturminneforvaltning.

§ 1-8 *Brudd på bestemmelsene*

Overtredelse av § 1-3 for fredete byggverk og anlegg etter kapittel 2 flg. straffes etter kulturminneloven § 27.

Kapittel X Ikraftsetting

§ x-1 *Ikraftsetting*

Forskriften trer i kraft straks.

For nærmere informasjon om de fredete byggverkene og anleggene vises det til landsverneplanene og vedtaksbrevet av 9. november 2011 som er tilgjengelig på Riksantikvarens hjemmeside: http://www.riksantikvaren.no. Landsverneplanene er ikke en del av forskriften.

Kapittel 2 Fredete eiendommer i Helse- og omsorgsdepartementets landsverneplan

§ 2-1 *Omfang*

Fredningen omfatter følgende eiendommer:

Halden sykehus	gnr./bnr. 66/811	Halden kommune	Vedlegg 1
Kolstad	gnr./bnr. 2057/4	Sarpsborg kommune	Vedlegg 2
SSE Nevroklinikken Sandvika	gnr./bnr. 5/1	Bærum kommune	Vedlegg 3
Bjerketun	gnr./bnr. 59/10	Bærum kommune	Vedlegg 4
Bærum sykehus	gnr./bnr. 84/241	Bærum kommune	Vedlegg 5
Dikemark sykehus	gnr./bnr. 89/1	Asker kommune	Vedlegg 6
Nedre Vardåsen	gnr./bnr. 89/1	Asker kommune	Vedlegg 7
Diakonhjemmet avd. Vindern psykiatriske klinikk	gnr./bnr. 42/130	Oslo kommune	Vedlegg 8
Ullvin, Sognsveien 9A	gnr./bnr. 47/342	Oslo kommune	Vedlegg 9
Storgata 36C	gnr./bnr. 208/934	Oslo kommune	Vedlegg 10
Aker sykehus	gnr./bnr. 85/265, 85/280, 85/281, 85/282	Oslo kommune	Vedlegg 11
Gaustad sykehus	gnr./bnr. 42/175, 42/176, 42/179, 42/181, 42/185, 42/188, 42/189, 42/190	Oslo kommune	Vedlegg 12
SSBU Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri	gnr./bnr. 42/132	Oslo kommune	Vedlegg 13
Josefinesgate 30	gnr./bnr. 214/176	Oslo kommune	Vedlegg 14
Geitmyrsveien 67	gnr./bnr. 220/44	Oslo kommune	Vedlegg 15
Ullevål sykehus	gnr./bnr. 47/330, 47/349, 47/350, 47/351, 47/352, 47/354, 47/355	Oslo kommune	Vedlegg 16
Folkehelseinstituttet, Oslo	gnr./bnr. 220/49	Oslo kommune	Vedlegg 17
Fysikalsk medisin og rehabilitering	gnr./bnr. 6/3	Stange kommune	Vedlegg 18
Elverum - Heimen	gnr./bnr. 30/102	Elverum kommune	Vedlegg 19
Habiliteringsavdelingen, Valbrottveien	gnr./bnr. 116/637	Drammen kommune	Vedlegg 20
Hovedkompleks somatikk - Drammen	gnr./bnr. 114/1500	Drammen kommune	Vedlegg 21
Kongsberg sykehus	gnr./bnr. 8443/8	Kongsberg kommune	Vedlegg 22
SiV - Sykehuset i Vestfold - Tønsberg	gnr./bnr. 1009/202	Tønsberg kommune	Vedlegg 23
SiV – Sykehuset i Vestfold – Kysthospitalet i Stavern	gnr./bnr. 4040/5	Larvik kommune	Vedlegg 24
Faret	gnr./bnr. 217/31, 217/73, 218/1	Skien kommune	Vedlegg 25
SSHF - Sørlandet sykehus avd. Arendal (SSA)	gnr./bnr. 503/8, 503/10, 503/66, 503/84, 503/110, 503/209, 503/210, 503/222, 503/237	Arendal kommune	Vedlegg 26
SSHF - Sørlandet sykehus avd. Kristiansand (SSK)	gnr./bnr. 150/1768	Kristiansand kommune	Vedlegg 27
Haukeland universitetssjukehus	gnr./bnr. 162/913	Bergen kommune	Vedlegg 28
Stord sjukehus	gnr./bnr. 27/86, 27/506, 27/526, 27/586, 27/588	Stord kommune	Vedlegg 29
Valen sjukehus	gnr./bnr. 185/182, 185/185	Kvinnherad kommune	Vedlegg 30
Jonatunet	gnr./bnr. 31/13	Jondal kommune	Vedlegg 31
Askviknes Voksenpsykiatrisk Senter	gnr./bnr. 24/6	Os kommune	Vedlegg 32

Kysthospitalet i Hagevik (KiH)	gnr./bnr. 33/138	Os kommune	Vedlegg 33
Psykiatrisk klinikk avd. Tronvik	gnr./bnr. 48/23	Høyanger kommune	Vedlegg 34
Førde sentralsjukehus (FSS)	gnr./bnr. 43/85	Førde kommune	Vedlegg 35
St. Olavs Hospital	gnr./bnr. 404/333	Trondheim kommune	Vedlegg 36
St. Olavs Hospital psykisk helsevern avd. Brøset	gnr./bnr. 51/3, 51/7	Trondheim kommune	Vedlegg 37
St. Olavs Hospital psykisk helsevern avd. Østmarka	gnr./bnr. 413/122, 413/124	Trondheim kommune	Vedlegg 38
Nordlandssykehuset Rønvik	gnr./bnr. 38/659, 38/697, 38/286, 38/287	Bodø kommune	Vedlegg 39
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	gnr./bnr. 37/1072	Alstahaug kommune	Vedlegg 40
Universitetssykehuset Nord-Norge Åsgård	gnr./bnr. 118/1561	Tromsø kommune	Vedlegg 41
Helse Finnmark Kirkenes	gnr./bnr. 27/9, gnr./bnr./fnr. 27/9/16	Sør-Varanger kommune	Vedlegg 42

§ 2-2 *Tiltak i fredet utomhusområde*

For følgende eiendommer kan det tillates oppført mindre frittliggende bygninger innenfor fredet utomhusområde:

a) Dikemark sykehus, gnr/bnr 89/1, Asker kommune
b) SSBU Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, gnr/bnr 42/132, Oslo kommune

Ny bebyggelse skal tilpasses i utforming og volum til eksisterende bebyggelse på eiendommen. Tiltak skal på forhånd godkjennes av forvaltningsmyndigheten jf § 1-7.

§ **2-3** *Frist for forvaltningsplan*

Forvaltningsplanene skal være utarbeidet innen utgangen av år 2013.

Kapittel X Ikraftsetting

§ x-1 *Ikraftsetting*

Forskriften trer i kraft straks.

VEDLEGG 3A – LISTE OVER ANLEGG I LANDSVERNEPLANEN

Helseforetak HF (eier)	Navn	Opprinnelig bruk	Nåværende bruk	Merknad
HELSE MIDT-NORGE RHF				
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger sykehus	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
St Olavs hospital HF	Brøset	Leprasykehus	Psykiatrisk sykehus	
St Olavs hospital HF	St.Olavs Hospital	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
St Olavs hospital HF	Østmarka	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Rusbehandling Midt-Norge HF	Veksthuset Molde	Boliger, kontorer o.a.	Rusbehandling	
Helse Sunnmøre HF	Volda psyk. Senter	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
HELSE NORD RHF				
Helgelandssykehuset HF	Sandnessjøen	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Helse Finnmark HF	Klinikk Kirkenes	Boliger, kontorer o.a.	Boliger, kontorer o.a.	
Helse Finnmark HF	DPS Midt Finnmark	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
Nordlandssykehuset HF	Rønvik (Bodø)	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	Longyearbyen	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	Åsgård sykehus	Psykiatrisk sykehus	Psykiatrisk sykehus	
HELSE VEST RHF				
Helse Bergen HF	Askviknes DPS	Annen helse/sosial-historie	Psykiatri, mindre institusjoner	
Helse Bergen HF	Kysthospitalet i Hagevik	Tuberkuloseinst.	Spesialsykehus ortopedi	
Helse Bergen HF	Haukeland univ.sykehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Helse Fonna HF	Jonatunet	Tuberkuloseinst.	Psykiatri, mindre institusjoner	
Helse Fonna HF	Stord sjukehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Helse Fonna HF	Valen sjukehus	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Helse Førde HF	Psykiatrisk klinikk, avd. Tronvik	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
HELSE SØR-ØST RHF				
Helse Sør-Øst RHF	Diakonhjemmet, Vinderen	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
Oslo universitetssykehus HF	Forvalterboligen Gaustad	Boliger, kontorer o.a.	Boliger, kontorer o.a.	
Oslo universitetssykehus HF	SSE Nevroklinikken	Spesialsykehus	Spesialsykehus	
Oslo universitetssykehus HF	Aker univ.sykehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Oslo universitetssykehus HF	Gaustad sykehus	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Oslo universitetssykehus HF	Aker; Klinikk for rus og avhengighet	Gassverk/Overlegebolig/ Tuberkuloseinst.	Rusinstitusjon	Tre lokaliteter.
Oslo universitetssykehus HF	Dikemark sykehus	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Oslo universitetssykehus HF	Vardåsen (Dikemark)	Tuberkuloseinst.	Psykiatri, mindre institusjoner	
Oslo universitetssykehus HF	Ullevål DPS	Annen helse/sosial-historie, somatisk sykehus	Psykiatri, mindre institusjoner	To lokaliteter
Oslo universitetssykehus HF	Ullevål univ.sykehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Oslo universitetssykehus HF	BUP/BFE (SSBU)	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
Sykehuset Innlandet HF	Heimen, Elverum	Tuberkuloseinst.	Boliger, kontorer o.a.	
Sykehuset Innlandet HF	Ottestad rehabilitering	Spesialsykehus	Spesialsykehus, rehabilitering	
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg sykehus	Boliger, kontorer o.a.	Boliger, kontorer o.a.	
Sykehuset i Vestfold HF	Kysthospitalet Stavern	Tuberkuloseinst.	Spesialsykehus	
Sykehuset Telemark HF	Faret	Radesykehus	Psykiatrisk sykehus	
Sykehuset Telemark HF	Ulefossveien syd	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad sykehus	Somatisk sykehus/Katolsk sykehus	Somatisk sykehus	
Sykehuset Østfold HF	Halden sykehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Sykehuset Østfold HF	Kolstad DPS	Psykiatri, mindre institusjoner	Psykiatri, mindre institusjoner	
Sørlandet sykehus HF	Arendal	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand (Eg)	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Sørlandet sykehus HF	Mandal	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Vestre Viken HF	Kongsberg sykehus	Boliger, kontorer o.a.	Boliger, kontorer o.a.	
Vestre Viken HF	Ringerike sykehus, psykiatri	Fødehjem	Psykiatri, mindre institusjoner	
Vestre Viken HF	Bjerketun	Annen helse/sosial-historie	Annen helse/sosial-historie	
Vestre Viken HF	Blakstad	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Vestre Viken HF	Bærum sykehus	Somatisk sykehus	Somatisk sykehus	
Vestre Viken HF	Somatikk Drammen	Boliger, kontorer o.a.	Boliger, kontorer o.a.	
Vestre Viken HF	Psykiatrisk Lier	Psykiatrisk sykehus (asyl)	Psykiatrisk sykehus	
Vestre Viken HF	Hab.avd Valbrottveien	Annen helse/sosial-historie	Somatisk sykehus	
Vestre Viken HF	BUPA Fjellbrott	Annen helse/sosial-historie	Psykiatri, mindre institusjoner	
ANDRE (eier)				
Statsbygg Øst	Folkehelseinstituttet	Folkehelseinstitutt	Folkehelseinstitutt	Virksomhet underlagt HOD

VEDLEGG 3B – LISTE OVER ENDRINGER I LANDSVERNEPLANEN

Liste som viser endringer i forbindelse med gjennomføring av fredningssak.

Helseforetak HF	Navn			Merknad
HELSE MIDT-NORGE RHF				
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger sykehus			Verneklasse er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak
St Olavs hospital HF	Brøset			Ingen endringer
St Olavs hospital HF	St.Olavs Hospital			Ingen endringer
St Olavs hospital HF	Østmarka			Ingen endringer
Rusbehandling Midt-Norge HF	Veksthuset Molde			Ingen endringer
Helse Sunnmøre HF	Volda psyk. Senter			Ingen endringer
HELSE NORD RHF				
Helgelandssykehuset HF	Sandnessjøen			Ingen endringer
Helse Finnmark HF	Klinikk Kirkenes			To legeboliger er solgt, utgår av verneplanen.
Helse Finnmark HF	DPS Midt Finnmark			Verneklasse er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak
Nordlandssykehuset HF	Rønvik (Bodø)			Ingen endringer
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	Longyearbyen			Verneklasse er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	Åsgård sykehus			Omfang interiørvern bygg 7 er endret i fredningsforskriften
HELSE VEST RHF				
Helse Bergen HF	Askviknes DPS			Ingen endringer
Helse Bergen HF	Kysthospitalet i Hagevik			Ingen endringer
Helse Bergen HF	Haukeland univ.sykehus			Verneklasse for Sentralblokken er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak
Helse Fonna HF	Jonatunet			Interiørvern hovedbygning er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak
Helse Fonna HF	Stord sjukehus			Omfang interiørvern hovedbygning er endret i fredningsforskriften
Helse Fonna HF	Valen sjukehus			Ingen endringer
Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus			Ingen endringer
Helse Førde HF	Psykiatrisk klinikk, avd Tronvik			Ingen endringer
HELSE SØR-ØST RHF				
Helse Sør-Øst RHF	Diakonhjemmet, Vinderen			Ingen endringer
Oslo universitetssykehus HF	Forvalterboligen Gaustad			Ingen endringer
Oslo universitetssykehus HF	SSE Nevroklinikken			Ingen endringer
Oslo universitetssykehus HF	Aker univ.sykehus			Ingen endringer
Oslo universitetssykehus HF	Gaustad sykehus			Verneklasse for bygning G15, G16, G17 er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak.
Oslo universitetssykehus HF	Aker; Klinikk for rus og avhengighet			Verneklasse for Akuttinstitusjonen Montebello er endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak. Akuttinstitusjonen Storgata er solgt, men inngår i fredningsforskriften.
Oslo universitetssykehus HF	Dikemark sykehus			Omfang interiørvern bygning 5 er endret i fredningsforskriften
Oslo universitetssykehus HF	Vardåsen (Dikemark)			Omfang vern utomhus er endret i fredningsforskriften
Oslo universitetssykehus HF	Ullevål DPS			Ingen endringer
Oslo universitetssykehus HF	Ullevål univ.sykehus			Omfang interiørvern bygning 25 er endret i fredningsforskriften. Vern av to frittstående miasmetårn på gnr 47 bnr 344 er opphevet i forbindelse med fredningssak.
Oslo universitetssykehus HF	BUP/BFE (SSBU)			Ingen endringer
Sykehuset Innlandet HF	Heimen, Elverum			Ingen endringer
Sykehuset Innlandet HF	Ottestad rehabilitering			Ingen endringer
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg sykehus			Ingen endringer
Sykehuset i Vestfold HF	Kysthospitalet Stavern			Ingen endringer
Sykehuset Telemark HF	Faret			Omfang interiørvern bygning 11 og 25 er endret i fredningsforskriften
Sykehuset Telemark HF	Ulefossveien syd			Ingen endringer
Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad sykehus			Ingen endringer
Sykehuset Østfold HF	Halden sykehus			Ingen endringer
Sykehuset Østfold HF	Kolstad DPS			Ingen endringer
Sørlandet sykehus HF	Arendal			Ingen endringer
Sørlandet sykehus HF	Kristiansand (Eg)			Ingen endringer
Sørlandet sykehus HF	Mandal			Bygningen er solgt, utgår av landsverneplanen
Vestre Viken HF	Kongsberg sykehus			Ingen endringer
Vestre Viken HF	Ringerike sykehus,			Verneklasse endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak.
Vestre Viken HF	Bjerketun			Ingen endringer
Vestre Viken HF	Blakstad			Ingen endringer
Vestre Viken HF	Bærum sykehus			Ingen endringer
Vestre Viken HF	Somatikk Drammen			Ingen endringer
Vestre Viken HF	Psykiatrisk Lier			Kapellet er i privat eie, fredning vil bli foreslått iht kml § 15.
Vestre Viken HF	Hab.avd. Valbrottveien			Ingen endringer
Vestre Viken HF	BUPA Fjellbrott			Verneklasse for Hovedbygning og Internat endret fra 1 til 2 i forbindelse med fredningssak.
ANDRE (eier)				
Statsbygg Øst	Folkehelseinstituttet			Ingen endringer