

## Sykehus og helseinstitusjoner – flere mulige utviklingsveier

*Da den demografiske transisjon gikk mot slutten ved utgangen av 1800-årene, var Norge blitt et moderne samfunn etter tidens standard. Noe som den gang også var nokså tilsvarende som i land det var naturlig å sammenlikne med, var utviklingen av sykehus og helseinstitusjoner. En større utbyggingsfase var i gang, men forholdene var fragmenterte. Dette skyldtes i stor grad varierende eierskap, ulike finansieringsprinsipper og mangelen på en sterk, sentral styring. Selv om tilbudene økte i kvantitet og kvalitet, forble situasjonen slik mer enn femti år inn i det neste århundret.*

Hvis man ble syk i 1890-årene, var det ingen selvfølge å bli innlagt på sykehus. Det avhang selvsagt av hva slags sykdom det var, men normen om å være syk hjemme, tilsett av en lege som kom på sykebesøk med sin rikholdige doktorveske, gjaldt, spesielt i landdistriktene, der tross alt fortsatt de fleste nordmenn bodde. Vi har alt omtalt hvordan de nye bysamfunnene etter hvert gjorde denne ordningen uhensiktsmessig, og hvordan både den medisinske utviklingen og boforholdene presset på for at man skulle få flere sykehus og institusjoner som kunne ta seg av de syke – til beste både for pasientene og for samfunnet rundt.

### *Flere mulige modeller*

Det var flere tenkelige veier å gå for å møte behovet for sykehusplasser. Men først måtte man tenke gjennom *hvilke* behov som skulle dekkes. Skulle det være en hovedvekt på pleie og omsorg, altså på å ha et *allmennt* sykehus som var en erstatning for mulighetene for å ligge syk hjemme – for å bli frisk igjen? Eller for ikke å bli frisk igjen, men forpleies den tid man hadde igjen. Det var med andre ord en gråsoner her overfor ulike typer eldreomsorg, noe som også tradisjonelt var basert på hjemmene, men der private organisasjoner, menigheter og andre grupperinger også tok ansvar. På overordnet, kommunalt nivå var gjerne det man kalte sykehus samordnet med fattigvesenet, hvilket var en åpenbar hemsko for utviklingen.

Skulle det være sykehus først og fremst beregnet på terapi, altså på at pasientene skulle gjenvinne sin helse på best mulig måte? Vi har alt omtalt dette i forbindelse med psykisk sykdom, der man klart så at det var to grupper pasienter, kronikerne



*Figur 23.1. Et ideal - omsorg for syke ved århundreskiftet 1900 – men hvor og hvordan?  
(Oslo Museum. (Foto: A. B. Wilse 1904. Lisens CC CC 0.1.0)*

og de der helbredelse var målet, noe som kunne kreve tilpasset arkitektur. Vi har også sett det samme vedrørende tuberkulose – enkle tuberkulosehjem med forpleiningsoppgaver og sanatorier og kysthospital med bedring eller helbredelse som mål. Skulle det være sykehus for spesielle pasientgrupper? Norge hadde lang erfaring med radesykehus, leprasykehus og sykehus (eventuelt sykehusavdelinger) for venerisk syke. Spesialsykehus for pasienter med epidemiske sykdommer var



Figur 23.2. Det kommunale Krohgstøtten sykehus i Christiania var da det ble åpnet i 1859 en blanding av sosial anstalt og alminnelig sykehus med 257 plasser for "fattiglemmer" og 106 plasser for kronisk syke. (Foto: Einar Onsum 1910-20. Oslo Museum)

høyst aktuelt i helseomsorgen. Og hva med sykehus til bruk i undervisningen av helsepersonell, nå som legestudentene hadde fått selskap av sykepleierelever?

På den organisatoriske siden kunne man tenke seg å satse på privat virksomhet. I det minste hovedstaden hadde erfaringer med privatklinikker, der f. eks. kirurger hadde behandlingstilbud.

Skulle nyetablerte bedrifter kunne pålegges å drive helsetjeneste? I den store gründertiden rundt århundreskiftet var det en relevant problemstilling. Og hva med å ha helsetjeneste med utspring i militærhospitaller m.v.?

Noen medisinske felter var ansett som så kompliserte og tyngende at statlig drift var det mest praktiske. Kommuner og fylker kunne ikke klare så omfattende prosjekter. Statlig drift gjaldt derfor store sinnssykeasylene, men også Rikshospitalet. for her var undervisningsoppgavene rasjonalet for hele konseptet, og det var ikke det samme som å dekke et behov for sykehussenger..

I utlandet kunne man se eksempler på både de her nevnte modellene og også andre. Hvilken vei videre skulle man velge?

Demografien og de epidemiske sykdommene kom til å angi retningen. Det var åpenbart at man trengte spesialiserte sykehus, og især i de voksende byene tiltak mot smittesykdommene var overhengende. Dette måtte være en fellesskapsoppgave for å få rasjonell drift – altså *kommunal*.

I årene rundt århundreskiftet 1900 begynte det derfor viktig forandring av norsk helsevesen fordi det ble bygd en rekke store sykehus og helseinstitusjoner rundt om i landet, oftest i *kommunal* regi. Slike hadde det vært få av før. Det å ligge syk flyttet seg for flere og flere fra den hjemlige seng til kommunens. Dette skjedde i større og mindre grad over hele landet, fra industribyer til fiskevær. I lokalhistorisk litteratur, i medisinalberetningene og i annen relevant statistikk kan man se hvordan sykehus og institusjoner tok form og ble tatt i bruk. Disse nye helseinstitusjonenes *funksjon* tilhører imidlertid først og fremst 1900-tallet, perioden etter at den demografiske transisjonen hadde begynte å klinge av, slik at befolkningspresset letnet.

### *Broket system*

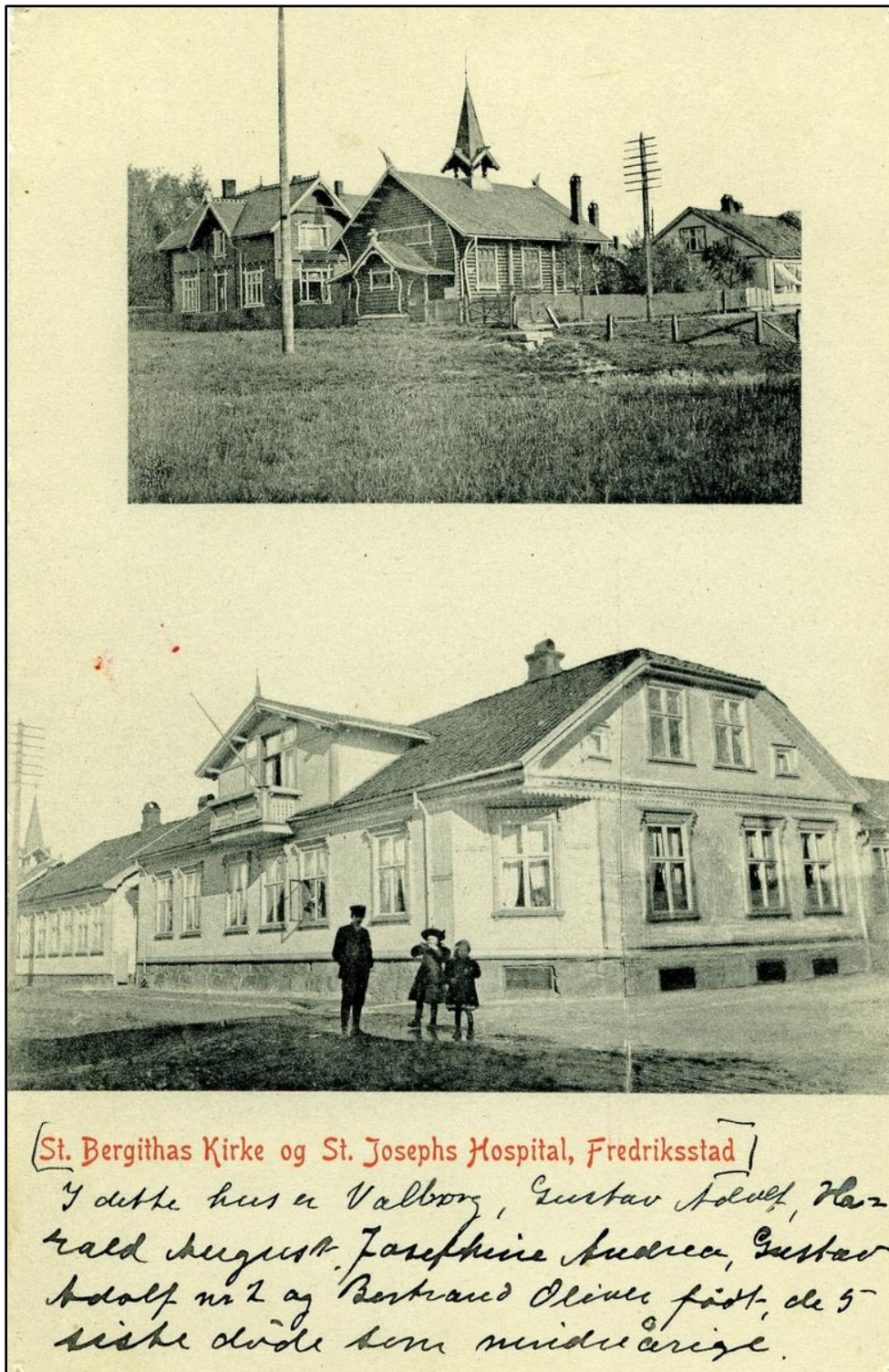
Det ble et konglomerat av institusjoner og ordninger som først ble til et felles system med integrerte funksjoner så seint som etter den annen verdenskrig. Tradisjonelt var altså sykehus blitt opprettet etter forskjellige prinsipper.

I det protestantiske Norge fantes det etter reformasjonen bare sporadisk katolske menigheter, før dette ble tillatt igjen i Christiania i 1843. Helt siden reformasjonen hadde ikke noen opprettholdt tradisjonen med katolske sykehus og helseomsorg. Fra 1843 ble det igjen opprettet katolske menigheter flere steder i landet. Søstrene der sto gjerne bak sykehus og helseinstitusjoner som begynte i det små under nøkterne forhold. Eksemplet i figur 23.3. er fra Fredrikstad, der det katolske sykehuset opp gjennom årene fikk flere nybygg og vokste til å bli et av byens mest ansette sykehus. Det var blant annet fødeavdeling der. Det katolske sykehuset ble i 1972 innlemmet i den store naboen fra 1950-årene, Sentralsykehuset. Da var S. Joseph et helt moderne sykehus.

Selv en forholdsvis liten by som Fredrikstad hadde midt på 1900-tallet også flere andre sykehus, blant annet det private Bethesda, det var et kommunalt sykehus, et epidemilasarett, foruten det gamle amtssykehuset fra 1795.

Generelt var det en glidende overgang mellom sykehus og privat legepraksis, ettersom leger undertiden disponerte senger for sine pasienter på private sykehus og tok seg av dem der.

Det blir et definisjonsspørsmål hvorvidt private fødestuer der gravide kunne komme for å føde, eventuelt hvis dette følte nødvendig i all diskresjon, og - i den andre enden av aldersspekteret – gamlehjem og tilsvarende omsorgsinstitusjoner, skulle regnes med til helsevesenet, men de fantes. Helsevesenet var helt fram til etter den annen verdenskrig en palett av tilbud som man måtte velge i, avhengig av blant annet geografi og økonomiske muligheter. Noe overgripende og koordinerende *system* var det foreløpig ikke.



Figur 23.3. St. Josephs hospital i Fredrikstad, opprettet i 1887 i sogneprestens bolig av tre Josephssøstre. Det hadde plass til fire pasienter. Etter hvert flyttet de over i huset på bildet. Dette postkortet er skrevet av et av den første eierens barn og er fra 1900-1910. Teksten under bildene er et lite stykke sosialhistorie om fødselstall og dødelighet. Fem av barna som nevnes døde som mindreårige. (Fra Arne Stangebyes samling, Fredrikstad museum. FM 1973/1:0584, lisens CC BY-NC-ND.)

Økonomien var en begrensende faktor. Utbyggingen av sykehus og helseinstitusjoner ved slutten av 1800-tallet må sees i lys av opprettelsen av *trygdeordninger*. Der var det også et konglomerat av ordninger, kommunale og private, stort sett drevet etter et forsikringsprinsipp, der enkeltpersoner kunne ha forskjellig dekning når helseproblemer oppsto. Vi må helt fram til Folketrygden kom i 1968 før helsetjenesten ble en heldekkende samfunnsoppgave.

#### *Kommunale sykehus – storbyene tok ledelsen*

Et naturlig eksempel fra den store utbyggingsfasen for kommunale sykehus er Ullevål sykehus i Kristiania/Oslo.<sup>i</sup> Det ble åpnet i 1887 som epidemisyrkehus etter internasjonalt mønster. Det var paviljonger, i første byggetrinn utført i tre, med arkitektur tilpasset smitteoppfatningen. Det var underjordiske luftekanaler fra små luftinntakstårn for miasmeutlufting. Frisk luft utenfra skulle da passere opp gjennom de høyloftede sykesalene og ta med seg miasmene ut gjennom luftepiper over tak. Dette ventilasjonssystemet var ganske avansert, men vi merker oss at det allerede da var lenge siden miasmeteorien var blitt forlatt.

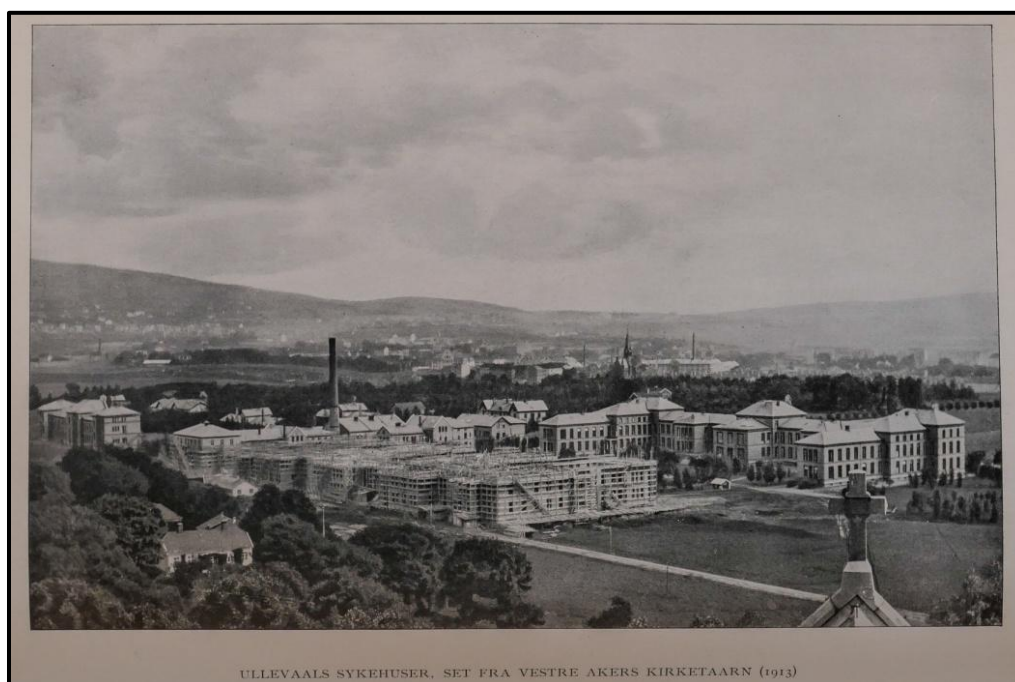
I neste byggetrinn kom etter hvert avdelinger også for andre sykdommer enn de smittsomme. I løpet av Ullevåls første femti år ble bygd et også i nordisk målestokk enormt sykehusanlegg.<sup>ii</sup> Sengeantallet var stort, men funksjon og effektivitet må også sees i lys av at liggetidene kunne være lange i forhold til i senere perioder.

Et annet eksempel: Haukeland sykehus i Bergen ble åpnet i 1912 og utviklet seg på samme måte som Ullevål sykehus i Oslo til å bli et storsykehus.<sup>iii</sup>

Denne første fasen av omfattende sykehusutbygging fra slutten av 1800-tallet var en *transisjon for helsevesenet*. Transisjonsbegrepet passer fordi dette er en sannsynligvis permanent overgang fra én normaltilstand for håndtering av helseproblemer til en annen. Vi har sett at å bli innlagt i sykehus ble i økende grad det foretrukne eller nødvendige alternativet til å ligge syk hjemme, eventuelt det selvfølgelige alternativet, den nye normalen. Denne forandringen forandret forholdene for helsetjenesten og helsepersonellet som arbeidet der, især for legene. Tyngdepunktet i medisinsk praksis flyttet seg gradvis fra enkeltpasienter i hjemmene til de profesjonelt drevne sykerommene. Hvorvidt nyere tiders overgang til stadig kortere liggetider i sykehus, mer poliklinisk virksomhet, dagkirurgi, hjemmesykepleie m.v. vil bety en reversering av denne transisjonen, vi bare tiden vise, men medisinenes faglige kompleksitet tilsier at vi likevel har en ny normaltilstand der sykehusets rolle er fast definert.

Avd. I.	Epidemiavdelingen (i virksomhet siden 1887) som i 1903 hadde tatt i bruk sin nye difteripaviljong og dermed raadet over . . . . .	320	senger
Avd. II.	Medicinsk avdeling for voksne og barn i den sydlige halvpart av den store hovedpaviljong med normalt sengeantall av . . . . .	121	—
Avd. III.	Kirurgisk avdeling i samme bygnings nordlige halvpart med 129 sengepladser . . . . .	129	—
Avd. IV.	Avdeling for hudsygdommer og kroniske syke (medicinske og kirurgiske pleiepatienter) i de to for hudsygdommer opførte paviljonger, en for mænd og en for kvinder. I mandsavdelingen opsattes 53 senger for hudsygdommer (hovedsagelig veneriske) og 71 for pleiepatienter, — i kvindeavdelingen 49 for veneriske og 65 for pleiepatienter. Ialt . . . . .	238	—
Avd. V.	Krohgstøttens sykehus, avdeling for tuberkuløse og andre medicinske sygdommer. Antal . .	135	—
	Desuten bibeholdtes som filialavdelinger:		
	Bellevue ved Tøien (tuberkuløse kvinder) . . . . .	35	—
	Blekøen med 20 sengepladser vil vinterbruk foruten sommerpaviljongen med 25 pladser . . . . .	20	—
		ialt . . 998 senger	

Figur 23.4. Fordelingen av de 998 sykehussengene i Kristiania pr. august 1903. (Fra Kristiania kommune (1913) s. 141)



Figur 23.5. Ullevål sykehus 1913. (Fra Beretning om Kristiania kommune for aarene 1887-1911. Kristiania: J. Chr. Gundersens boktrykkeri, 1914.)

Denne langsomme forandringen av sykehusenes plass i helsetjenesten fortsatte langt inn i tiden etter den perioden vi har lagt hovedvekten på her i denne boken. Etter den annen verdenskrig, spesielt i 1950-årene, begynte neste fase, de medisinen definitivt ble *definert inn* i tidens mange nybygde sykehus og institusjoner. Det var der det foregikk. Det var der medisinen *var*. Selv primærmedisinens tradisjonelle varemerke, legens hjemmebesøk, ble gradvis erstattet med legesentre, der pasienten kom til legen, ikke omvendt. Mer komplisert medisin kunne tilbys.

Men allmennmedisinen måtte fornyes.

Å få fatt på en lege når det trengtes, spesielt om kvelden og på nattestid, var ikke alltid lett på slutten av 1800-tallet, særlig ikke i byene hvis man ikke hadde personlige kontakter. Det var ønskelig med vaktordninger, kanskje endog med en poliklinikk.<sup>iv</sup>

### *Legevakt som hybrid*

Legevakten i Kristiania var opprinnelig en ordning for å få praktiserende leger til å ha vakt utenom vanlig arbeidstid. Legevakten som poliklinikk ble opprettet i 1900 i tilslutning til det gamle Krohgsstøtten sykehus fra 1859. Dette var som vi har hørt i sin tid bygd som byens første kommunale sykehus.<sup>v</sup> Det ble Legevakten man oppsøkte med forstuet ankel, brukket håndledd eller akutt magevondt. Enten dro man dit, eller så ordnet Legevakten med at det kom en lege hjem. Legevakten, i det minste i Oslo, ble en *hybrid*, en overgang mellom allmennlegen og sykehuset.



Figur 23.6. Haukeland sykehus i Bergen, åpnet 1912. (Foto: Knudsen & Co.)

Fastlegeordning, der folk hadde formell tilhørighet, fantes ennå ikke rundt 1900 – unntaket var egentlig i landdistriktene, der distriktslegen uformelt var det faste punktet, også fordi det ikke var noen annen lege i nærheten.

For medisinen som fag hadde transisjonen mot sykehusmedisin viktige effekter. Personellet fikk for det første samarbeid med kolleger inn i faste former. For det andre fikk de ”mengdetrening” i medisinsk problemløsning. Se tidligere i teksten hvordan det f. eks. kunne være et problem for jordmødre i distrikter med få fødsler. Og for den praktiserende lege: Det hjalp ikke hvor velfylt instrumentvesken var, hvis hun eller han bare hadde utført det aktuelle inngrepet et par ganger før, kanskje for lenge siden – eller aldri. Samspillet mellom de ulike yrkesutøverne ble på de nye sykehusene stabilisert ved at man omgikkes daglig. Sykehusene ble formelt og uformelt utdanningssted for helsepersonell av alle kategorier. Det var også bedre muligheter for forskning enn før, dvs. vitenskapelig arbeid for å skaffe ny kunnskap som også var til nytte for andre. Mulighetene for systematisk utnytting av erfaringer ble en betydelig gevinst.

Institusjonaliseringen av medisinen hadde også et ikke-medisinsk samfunnsperspektiv. Her ble det arbeid for mange flere. Helsevesenet ble over hele landet en voksende yrkesarena, spesielt for kvinner. Her er også transisjonsbegrepet anvendbart – utvikling av de mange helseyrker fram mot en ny normaltilstand – helsevesenet som en av landets største *arbeidsplasser*.

## Noter

---

<sup>i</sup> Tobias (Informasjonsblad fra Oslo Byarkiv), spesialnummer om sykehus i Kristiania/Oslo, nr. 3, 2000.

<sup>ii</sup> Kristiansen K, Larsen Ø. (red.) *Ullevål sykehus i hundre år*. Oslo: Oslo kommune, 1987.

<sup>iii</sup> Hammerborg M, Ryymin TS. *Veien til Haukeland: Haukeland universitetssykehus 1912-2012*. Bergen: Fagbokforlaget, 2019. Se også professor Ole Trond Bergs anmeldelse av denne: *Heimen*; 2020; 57: 348-358.

<sup>iv</sup> Hunskaar S, Sandvik H. *Legevaktens historie: fra barberkirurg til digital vaktlege*. Bergen: Nasjonalt senter for legevaktmedisin, 2018.

<sup>v</sup> Larsen Ø. *Legevakten*. Oslo: Oslo kommune, 2000.