

Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



1826



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.

The editors



Michael Skjelderup portrayed by Johan Gørbitz (1782–1853)

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 23 / 3 / 2026

1826



Michael 2026; 23: 209–344



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.

Det norske medisinske Selskab 2026
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2026



Innhold

Leder

1826

Erlend Hem 215

Hvem er spesialist på hva?

Magne Nylenna 219

Artikler

Hvordan skape sammenhengende pasientforløp for
utskrivningsklare pasienter?

*Anders Grimsmo, Audhild Løhre, Margrethe Svinvik,
Aslak Steinsbekk* 223

1826 – et viktig år for norsk medisin

Øivind Larsen 238

Sykehus og hus med syke i 1800-tallets Christiania

Øivind Larsen 249

Rikets hospital gjennom 200 år

Stein A. Evensen 266

Maleriet som forstyrret forelesningene

Erlend Hem 280

Høreapparatet – fra analog forstørrelse til digital presisjon

Lars Erik Eriksen 285

Utbrenthet blant leger

Mari Asphjell Bjørnaas, Erlend Hem, Karin Isaksson Rø 292

Medisinstudent i 1892 – før Statens lånekasse

Morten Sandbu 300

Bokanmeldelser

Praktverk om et sykehus som forsvinner <i>Christian Grimsgaard</i>	310
Algoritmenes makt <i>Berit Horn Bringedal</i>	312
Finnes en velfungerende offentlig helsetjeneste? <i>Pål Gulbrandsen</i>	314
Skråplanet mellom feil og fusk <i>Stein A. Evensen</i>	316
Nyttig, men ikke i frakkelommen <i>Joakim Breievne</i>	318
Diagnose: fattig <i>Berit Horn Bringedal</i>	320
Psykologisk trygghet i forskning og praksis <i>Karin Isaksson Rø</i>	322
Reisebrev fra de sykes rike <i>Inger Johanne Christiansen</i>	324
Årets nyord: Tålekraft! <i>Jo-Endre Midtbu</i>	326
Snart eller nylig blitt pensjonist? Les denne! <i>Arvid Heiberg</i>	328
Sakpoesi om spedalskhet <i>Øivind Larsen</i>	330
Spanskesyken i et norsk lokalsamfunn <i>Per Holck</i>	332
Fotografiet som formet Norge etter 1945 <i>Øivind Larsen</i>	334
Hva skjer?	
Ibsen og helse <i>Erlend Hem</i>	336
Polio – fra epidemi til nesten utryddelse <i>Erlend Hem</i>	339
Doktorgrad på engelsk og norsk <i>Aslak Steinsbekk</i>	343

1826

Michael 2026; 23: 215–218

doi: 10.5617/michael.13584

Hvorfor handler dette nummeret av Michael om året 1826?

I 1826 bodde det om lag én million mennesker i Norge, nesten alle på bygda. Christiania og Bergen hadde knapt 20 000 innbyggere hver, og landet hadde bare rundt 120 leger – én lege for om lag 8 000 mennesker (1). For de fleste nordmenn var legen flere timers, ofte flere dagers, reise unna.

Likevel skulle 1826 bli et merkeår i norsk medisinsk historie. Rikshospitalet åpnet dørene, Norge fikk sitt første medisinske fagtidsskrift, *Eyr*, og landets første medisinske sammenslutning, Læseselskabet i Christiania, ble etablert. Som Øivind Larsen viser i dette nummeret, markerte året begynnelsen på en institusjonell utvikling som skulle få stor betydning for norsk medisin (1).

Det er lett å se tilbake på 1826 som en primitiv tid. Mer presist var det en overgangstid. Tolv år tidligere hadde Norge opplevd sitt «utrolige år». I 1814 ble en ny stat, en ny grunnlov og en ny politisk orden skapt på rekordtid. I 1826 var det fortsatt den unge staten som bygget sine institusjoner – også de medisinske.

Samtidig var sykdomsbyrden stor. Øivind Larsen skriver at det knapt fantes et hus eller en arbeidsplass der det ikke til enhver tid var noen som var syke, særlig av infeksjonssykdommer (2). De medisinske ressursene var beskjedne, men ambisjonene var store.

Rikshospitalet var lenge et kummerlig sted, men det viktigste var at sykehuset var åpnet, som Stein A. Evensen skriver (3). At det lille medisinske miljøet i Christiania samtidig fant grunnlag for å etablere et medisinsk tidsskrift, sier også noe om ambisjonene. *Eyr* utkom bare i tolv år, men la

grunnlaget for den norske medisinske tidsskriftstradisjonen som lever videre i dag.

1826 varslet en ny tid. Det er all grunn til å markere dette med et eget temanummer av *Michael*, et tidsskrift som er oppkalt etter Norges første professor i medisin, Michael Schjelderup (1769–1852).

Historien som ikke ble skrevet

«Om hundre år er allting glemt», heter det (4). Helt riktig er det likevel ikke. Noen begivenheter viser seg å ha en lengre ettertid enn andre.

Da Rikshospitalet feiret sitt hundreårsjubileum i 1926, viet Aftenposten førstesiden til begivenheten (figur 1) (5). I tillegg fylte saken to helsider inne i avisen. Jubileet ble dessuten markert med en bok på 55 sider skrevet av sykehusets direktør, Christian Magnus Falsen Sinding-Larsen (1866–1930) (6), som også ble publisert over to numre av *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (7, 8). I tillegg publiserte Fredrik Georg Gade (1855–1933) en «jubilæumsartikkel» med 48 illustrasjoner i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (9).

Sinding-Larsen beklaget at det ikke hadde vært mulig å presentere en mer omfattende jubileumshistorie, men håpet at en slik framstilling kunne komme seinere. Likevel vitner markeringen om at sykehusets historie ble oppfattet som en nasjonal begivenhet. Det er også tankevekkende å lese hvor beskjedent sykehuset fortsatt var bemannet ved hundreårsjubileet. Foruten direktøren hadde Rikshospitalet 11 overleger, én prosector, én kjemiker, 40 underleger og et pleiepersonale på 160 (10).

Ønsket om en samlet historie om Rikshospitalet ble seinere tatt opp ved flere anledninger. Nye forsøk ble gjort i forbindelse med jubileene i 1959 og 1976, men heller ikke disse førte fram til en større historisk framstilling. I 1990 kom *Rikets hospital* av Torolf Elster (1911–2006). Boka er underholdende og velskrevet, men som forfatteren selv skriver i første setning: «Dette er ikke en historikers arbeid» (11). Da Rikshospitalet fylte 175 år i 2001, utkom *De tre Riker*. Redaktørene framhevet at boken ikke var en egentlig sykehushistorie. En slik framstilling ville kreve et eget faghistorisk prosjekt, skrev de, og uttrykte håp om at jubileet kunne stimulere til et slikt arbeid (12).

Til 200-årsjubileet foreligger fortsatt ikke en faghistorisk framstilling. Det er et tankekors (13). Rikshospitalets historie er også historien om utviklingen av norsk medisin, medisinsk forskning og spesialisthelsetjeneste. Nettopp derfor fortjener den å bli utforsket, mens kildene fortsatt finnes og kan settes inn i en større sammenheng.

Rikshospitalets første 100-aar.

16-10-1826—16-10-1926.

For "Aftenposten" av dr. Sinding-Larsen, Rikshospitalets direktør



Fedelskuffelsen i Theatergaten.
(Efter Schöenberg).

I. Rikshospitalets foerhistorie (1814—1829).

De Norge, ribbet og færdigst i 1814 paany skulde organisere al indre liv som selvstændigt stat, en af de mange svære opgaver man måtte løse, den af faa en medicinsk undervisning sat igang ved det universitet, som i aar før smedte var oprettet.

Universitetets søn, landet Lille hovedstad, hadde dengang ikke meget at bidra til løsning av denne opgave, 10.000 indbyggere, tærløve kommunikationer og 3 små sykehus, væsentlig for militære samt for rødekyr og vandreri, alle mest fremtrædende sykehus i landet. Det var de

Men man tek hvad man hadt oprettet hele 3 medicinske professorater, hvorav 2 kliniske (Særgæns i medicin, Thulstrup i kirurgi og accouchement), og 1st juni 1914 begyndte man dristigt at uddanne læger, som i like grad skulde være uddannede ogsaa i kirurgien.

Før klinisk undervsning i med-
delen og kirurgi fik man fra 1878
føreløbig adgang til byens syke-
sykhus i Vaterland (paa det nu-
værende Jerbanestov), til Garn-
sonsykehuset paa Hammersbo-
(den enden skulderetens smukke
bygning i Akerstræde 44) -
til Akerhus Amtssygehus i Ge-
tebergstræde. En midlertidig læ-
sestiftelse blev i 1818 oprettet
til tilbylgning til det civile syke-

Allerede i april 1816 bad Stortinget beslutte at oprette et almindelig hospital for riket (fr. 1818 kaldet »Rikshospitalet») til 150 syke og en fødselstafelise til 30 fødende, — først for behandlengens skyld, saa ogsaa for praktisk undervisning av læger og Særleidere.

Efter mange overvejelser blev det i 1820 vedtaget af riksstyrelsen at løjde og indføre 2 af de 3 skatter, man foreslåede havde læst Gæringskrybskat og det civile skatte. Det første besluttede i 1824 utvivldigt og indført for de danske og kirurgiske skatte, i de civile skatte der kun var overvejet og nedlagt. Til fastholdelse blev alle man indført for alle Lillie Vognmands, som kun havde allerede været 1825 i bygger og en bygnings for stillings- på tenten i Åkershus, efter tegning af borgmester Collett hvorfor man var 1826 tek på en større markbygning i Græbrøget til supplerer af de tidligere indførte skatte. Den var temmelig stor, og blev

II. Rikshospitalet 1836—1883

det omhyggede Garnisonsapothek med 300 sønger for medicinske og kirurgiske patienter. Filialen i Vaterland sørgede inde november a. a. for 25 hudsyge og veneriske. (Den blev nedlagt allerede i 1844).

Stiftsbens nye hus blev færdig i 1827, men besælgelses- og Rikshospitalet, som i 1827 gav det fra sig for i 1837. Da maatte man la stiftet hus fra det. Den var blit flyttet til Theaterens og opfyldt brand i det nærliggende Strømbergsteater, og i' hui og hæd maatte brandvæsen og spæ barn ut og over i Rikshospitalet. Man skulde om, at barn derud

Rikshospitalet, egen bygning med Grubgataen blev først færdig i 1842, 26 år efter at hospitalets oprettelse var besluttet. Hele et i 50-aarsne forsatte man at forbedre og udvide hospitalet. I 1849 fik stiftelsen bedre rum for sit bølge. I 1852 kjøpte Rikshospitalet og Vaagen-gaarden i Akersgaten til funktionær og isolationskale, i 1853 fik professor Faye en liten bygning opført til en børneværdning for 10-15 børn og i 1854 leiet man Sordgren (Sorgene) til syfiliske mænd.

Dermed sluttede udbygningen av vårt første rikshospital, som

enden i sætten 30 år blev i disse bygninger. Man begyndte i 1826 med 2 og endte i 1883 med 6 etager og 1 projektor. Det var i allefald blit et billigt anlæg: Paa en 20 maal stor og smukt bevokset tomt var der pla for 106 medicinske, 61 kirurgiske, 79 hudeyke patienter, 15 barn og 22 hærskvinder — tilsamment 285 patienter, og det hele kostede 534,000 kr. eller omtrent 1900 kr. pr. seng. Men ellers var og blev det et højt vellykket sykehus, hvad Fr. Holst straks efter anspørgen i 1827 stærkt fremhævedt. Det blev tidlig for trangt, de hygieniske forhold var slette og med senere blev manglene stedse mere fælbare.

Sårinfektionene (=hospitalsygdommene) raste, — i 1850 drøpte bareinfektioner 17,5 pct. av samtlige fødtebarn! Og der var en mange mindre plager.

Allerede i slutten av 40-årene begynte man derfor at dreife, hvad der burde gjøres: Enten ombygning, paabygning og nybygning paa den gamle tomt eller sterst mulig utvidelse av deene ved yderligere grunderhvervelse (herfor utarbejdede nybygnings planer) — eller blot nybygning paa ny tomt, som hospitalets inspektør Johansen i 1857 foreslog.

Stortinget avviste alle ombygningssforslag, ble det gamle anlegg erkjent til 1850 av budgetkomiteen.

ten - i høieste grad mangelfuldt, og i mai s. a. vedtok tinget en anmodning til regjeringen om a) at overrulle, om der burde bygges et nytt rikshospital for 200 patienter og en fedeselskafstue for 25 fedende, b) at finde en passende tomt og c) at utarbeide planer med overvåg over de nødvendige bygninger.

Stortingets hensikt var, at der paa den nye tomt skulde bygges en «mensnerstramstall» mærl i økonomisk som i hygienisk og medicinsk henseende.

Av økonomiske grunde foreslog regjeringen enden etpaa gang at utbedre det gamle hospital; men tinget vilde å det nye og be-



Rikshospitalets hovedport.



Rikshospitalets hovedport.

Veirutsikter mandag:

Et sterkt snefald av stemmeseidler mot forbudet



Det kommer godt med til at dække forbudets misgerninger!

Tegging as Cystid Erosion

Figur 1. Aftenposten brukte tre helsider på Rikshospitalets 100-årsjubileum på jubileumsdagen, lørdag 16. oktober 1926. Artikkelen ble avsluttet med ordene: «Vivat, crescat, floreat!» (Måtte det leve, vokse og blomstre!). Faksimile fra Aftenposten (5).

Dette temanummeret kan naturligvis ikke fylle det tomrommet. Men det kan være en påminnelse om at også institusjonenes historie må skrives. 1826 varsl et ny tid. To hundre år seinere er 1826 fortsatt et viktig utgangspunkt for å forstå hvordan norsk medisin ble til.

Litteratur

1. Larsen Ø. 1826 – et viktig år for norsk medisin. *Michael* 2026; 23: 238–248.
2. Larsen Ø. Sykehus og hus med syke i 1800-tallets Christiania. *Michael* 2026; 23: 249–265.
3. Evensen SA. Rikets hospital gjennom 200 år. *Michael* 2026; 23: 266–279.
4. Gundersen D, Evensberger S. *Bevingede ord. 4. utgave*. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2006: 385.
5. Rikshospitalets første 100-år. *Aftenposten (morgenutgave)* 16.10.1926: 1.
6. Sinding-Larsen CMF. *Rikshospitalets første hundrede aar*. Oslo: Centraltrykkeriet, 1926.
7. Sinding-Larsen CMF. Rikshospitalets første hundrede aar. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1926; 46: 963–982.
8. Sinding-Larsen CMF. Rikshospitalets første hundrede aar (Forts.). *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1926; 46: 1014–1046.
9. Gade FG. Rikshospitalet i hundrede aar. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1926; 87: 961–985.
10. Rikshospitalet har 100-årsjubileum. *Arbeiderbladet* 15.10.1926: 9.
11. Elster T. *Rikets hospital: historien om et lite samfunn i den store verden*. Oslo: Aschehoug, 1990.
12. Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker: Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001: 8.
13. Grimsgaard C. Praktverk om et sykehus som forsvinner. *Michael* 2026; 23: 310–311.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Hvem er spesialist på hva?

Michael 2026; 23: 219–222

doi: 10.5617/michael.13585

Økende spesialisering i helsetjenesten har gitt store gevinster, men har også utfordret breddekompetansen og beredskapen. Spesialisttittel gir status og makt, og det finnes spesialister også i kommunehelsetjenesten. Kanskje ville betegnelsene primær- og sekundærhelsetjeneste eller første- og annenlinjetjeneste bidratt til en bedre balanse mellom nivåene i helsetjenesten?

«En spesialist er en som studerer eller arbeider med en bestemt gren av et fag, det vil si en person med særlig gode kunnskaper på et område» (1).

Spesialisering av leger har vært omstridt fra begynnelsen. Dagens legerolle ble skapt som en fusjon av teoretisk skolerte medisiner og håndverkere med bakgrunn som bartsjærere. På 1800-tallet var enhetstanken sterk blant de medisinske professorene ved Det kongelige Frederiks universitet. De mente at medisinen var en helhet som måtte bevares (2). Kunnskapsutviklingen utfordret denne holdningen, og mot slutten av århundret begynte leger å betegne seg som spesialister i ulike medisinske disipliner.

I 1918 vedtok Den norske lægeforening å opprette de første 13 godkjente legespesialitetene. Det ble utarbeidet utdanningsregler, og spesialistgodkjenning kunne bare gis til medlemmer av foreningen (3).

Hensikten var først og fremst å regulere hvem som kunne markedsføre seg som spesialist. Den reguleringen gjelder fortsatt. «Kun tittel knyttet til godkjente norske spesialiteter og kompetanseområder kan benyttes» heter det i dagens etiske regler for leger (4).

Antall spesialiteter har økt. I 1980 var det 38 godkjente legespesialiteter i Norge. I 2026 er det 46, og flere er foreslått. Særlig kontroversielt var spesialisering i primærhelsetjenesten. Kunne man bli spesialist på det generelle? Etter en lang prosess vedtok Legeforeningen i 1983 å opprette spesialiteter også i allmennmedisin og i samfunnsmedisin (3).

Spesialiseringens dilemmaer

De medisinske spesialitetene er inndelt langs flere akser: etter pasientens alder, sykdomsårsak, organ, teknologi eller konteksten faget utøves i. Spesialitetene er utviklet for å løse bestemte typer problemer og oppgaver. Mange legeoppgaver passer likevel ikke naturlig inn i én spesialitet.

Spesialiseringen i helsetjenesten har økt i tråd med den medisinske og teknologiske utvikling, pasientenes forventninger og økonomiske muligheter. Siden 2015 har antall legespesialister i sykehus økt med 27 %, mens det har vært 15 % økning i årsverk totalt (5). I tillegg til de formelle spesialitetene er det også blitt flere mer eller mindre veldefinerte kompetanseområder innen den enkelte spesialitet. Denne ekspertisen er særlig viktig for sjeldne sykdommer, men spesialiseringen kan samtidig svekke behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser. I en aldrende befolkning har mange pasienter helseproblemer på tvers av de medisinske spesialitetene, og koordinering av behandlingen mellom ulike spesialister er krevende.

Spesialiseringen gjør det også vanskelig å organisere helsetjenesten. Mangel på leger med breddekompetanse skaper bemanningsproblemer ved små og mellomstore sykehus der vaktplanene ikke lenger går opp. Det vil i neste omgang påvirke hele sykehusstrukturen. Beredskapsmessig er dette en stor utfordring.

Helsepersonellkommisjonen advarte mot en utvikling der stadig smalere spesialiteter gjør tjenestene sårbare, og påpekte at helsetjenesten må organiseres slik at færre ansatte kan håndtere flere typer oppgaver (6). Regjeringen fulgte opp disse anbefalingene i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* der det står at man vil «legge mer vekt på breddekompetanse» og utvikle hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper» (7). Det illustrerer spesialiseringens paradoks: Jo mer spesialisert helsetjenesten blir, desto større blir behovet for breddekompetanse.

I *Helsepersonellplan 2040* problematiseres ikke spesialiseringen i helsetjenesten i særlig grad (8). Tvert imot innføres det en ny offentlig spesialistordning for sykepleiere og psykologer. Planen slår riktignok fast at man vil «styrke breddekompetanse i spesialistutdanningen for leger innen indremedisin og kirurgi», men lite om hvordan det skal gjøres. Intensjonene er der, men det gjenstår å se om de lar seg realisere.

Spesialisthelsetjeneste eller sekundærhelsetjeneste?

Norsk helsetjeneste er basert på LEON-prinsippet, prinsippet om at problemer skal tas hånd om på det laveste effektive omsorgsnivået (9).

Et økende antall henvisninger fra fastlege til sykehusspesialist (10) utfordrer dette prinsippet; enten det skyldes press fra pasienter eller usikkerhet

hos legen. Pasienter med helseforsikring utgjør en spesiell utfordring (11), og det hevdes endatil at innvandrere forlater Norge, fordi de ikke får spesialisthenvisning (12).

Forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er asymmetrisk. Det viser seg særlig i pasientforløp der sykehusene bestemmer hvem som skal innlegges, og ikke minst om en pasient er utskrivningsklar. Grimsmo og medarbeidere viser i dette nummeret av *Michael* hvordan maktfordelingen preger samhandlingen når sykehuspasienter skal tilbakestilles til hjemkommunen (13).

Språk er makt (14), og spesialistbetegnelsen avspeiler ikke bare kompetanse, men også makt. «Spesialisthelsetjenesten» ble formelt innført som juridisk og forvaltningsmessig begrep med spesialisthelsetjenesteloven i 2001. Før dette ble «spesialisthelsetjeneste» brukt mer uformelt om sykehus og ulike spesialiserte behandlingstilbud. Betegnelsen er første gang registrert på norsk i 1980 (15).

Under Agderkonferansen i Kristiansand i januar 2026 problematiserte fastlege Kristian Jong Høines betegnelsen spesialisthelsetjeneste. Den kan gi inntrykk av at helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er «ikke-spesialister». De fleste fastleger er godkjente spesialister i allmennmedisin, og mange kommuneleger er spesialister i samfunnsmedisin. Helsesykepleiere er spesialister på sine områder, og det samme er jordmødre og andre kommunale helsearbeidere. Generalistkompetansen og lokalkunnskapen i kommunehelsetjenesten representerer en egen form for ekspertise. Samtidig blir ansvarsområdene i sykehusene stadig smalere. Det styrker ekspertisen, men gjør helhetlig pasientbehandling og organisering mer krevende.

«Pasientens helsetjeneste» var Bent Høies (H) hovedvisjon som helse- og omsorgsminister. Jan Christian Vestre (Ap) snakker om «vår felles helsetjeneste». Selv vil jeg foretrekke en «helhetlig helsetjeneste».

Kanskje tiden er inne for å snakke om *primær- og sekundærhelsetjenesten* snarere enn kommune- og spesialisthelsetjenesten. *Første- og annenlinjetjenesten* er også et godt alternativ. Det ville understreke at spesialistkompetanse finnes på begge nivåer – og at en helhetlig tjeneste trenger både generalister og spesialister. Forslaget oversendes helsereformutvalget som skal «skal utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge» (16).

Litteratur

1. *spesialist* i Store norske leksikon. <https://snl.no/spesialist> (20.7.2026)
2. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; 11: Supplement 15. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/15> (20.7.2026)

3. Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2009; 129: 1124–1127. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0432>
4. *Etske regler for leger III §4*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/> (20.7.2026)
5. *Endring i spesialiseringsgrad i sykehusene de siste ti årene*. Rapport 2026–18. Oslo: Oslo Economics, 2026. <https://www.ks.no/contentassets/ad504d18d0ee4e6da-ce13568e7d58fb7/OE-rapport-2026-18-Endring-i-spesialiseringsgrad-i-sykehusene.pdf> (20.7.2026)
6. Norges offentlige utredninger. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. NOU 2023; 4. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> (20.7.2026)
7. Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/> (20.7.2026)
8. Meld. St. 11 (2025–2026). *Helsepersonellplan 2040*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20252026/id3164917/> (20.7.2026)
9. St. Meld nr. 9. (1974–1975). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. <https://www.nb.no/items/499c3a02dd45dc6865dd9306c0a8d495?page=0> (20.7.2026)
10. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS et al. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 147. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-147>
11. Breivold J, Rø KI, Nilsen S et al. Gatekeeping and referral of patients holding private health insurance: a survey among general practitioners in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 695–703. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2380923>
12. Kristiansen N. Hvorfor forlater folk Norge? En av grunnene er misnøye med helsevesenet. *Forskning.no* 18.11.2025. <https://www.forskning.no/flyktninger-helsetjenester-innvandring/hvorfor-forlater-folk-norge-en-av-grunnene-er-misnoye-med-helsevesenet/2573720> (20.7.2026)
13. Grimsø A, Løhre A, Svinvik M et al. Hvordan skape sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter? *Michael* 2026; 23: 223–237. <https://doi.org/10.5617/michael.13587>
14. Blakar RM. *Språk er makt*. Oslo: Pax, 1973. <https://www.nb.no/items/0ca746f5d2db79aee8995e5b8695a243?page=0> (20.7.2026)
15. Høltedahl KA. Spesialister på feil hylle. *Dagbladet* 30.9.1980; s. 16. <https://www.nb.no/items/c0fbeb4ae7b83a0a3fcee0781b7ce3b?page=15> (20.7.2026)
16. Helsereformutvalget. *Mandat*. <https://nettsteder.regjeringen.no/helsereformutvalget/mandat/> (5.8.2026)

Magne Nylenna
 magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin og redaktør i Michael.

Hvordan skape sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter?

Michael 2026; 23: 223–237

doi: 10.5617/michael.13587

Formål: Undersøke hvordan kommuner erfarte samarbeidet med sykehus om utskrivningsklare pasienter og identifisere løsninger som bedret samarbeidet.

Materiale og metode: Individuelle rapporter fra feltarbeidet til 54 siste års medisinstudenter ved NTNU som hadde praksis i 23 kommuner i Midt-Norge høsten 2024. De intervjuet 108 helsepersonell, hvorav halvparten fastleger, og de observerte og deltok i møter og klinisk arbeid. Studentenes tallmateriale er supplert med offentlig statistikk. Det kvalitative materialet er analysert ved å identifisere tema relatert til formålet.

Resultat: Det kvalitative materialet viste svakheter ved dagens praksis, som ulik definisjon av utskrivningsklare pasienter, skjev maktfordeling ved utskriving og mangelfullt samarbeid. Samtidig viste materialet eksempler på vellykkede løsninger, som sykepleierledet utskriving, pasientsentrert tilnærming, utskrivinger med tid til samarbeid og helse- og omsorgsteam. Materialet indikerte at perifere kommuner tok imot en langt større andel utskrivningsklare pasienter direkte hjem enn sentrale kommuner, og at sentrale kommuner har større andel overliggerdøgn.

Konklusjon: Funnene i studentenes feltarbeid om svakheter ved dagens praksis samsvarer med evalueringer av samhandlingsreformen. Overliggerdøgn er en utfordring for større kommuner, og fordi de kan føre til mer oppstykkede forløp, bør startpunkt for betalingsplikten revurderes. Videre forskning bør undersøke hvorfor perifere kommuner tar imot flere pasienter direkte hjem etter utskriving enn sentrale kommuner.

Det er 15 år siden samhandlingsreformen ble lansert med en egen forskrift om utskrivningsklare pasienter (1). Myndighetene anser at det fortsatt er «for dårlig sammenheng mellom tjenestene», senest påpekt i *Nasjonal helse-*

og *samhandlingsplan 2024–2027*. Ett av målene i planen er «mer sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter» (2).

Utskrivningsklare pasienter er, ifølge forskriften, pasienter som spesialisthelsetjenesten mener er avklart i spesialisthelsetjenesten, og som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet (1). Det er omtrent 520 000 innleggelser for døgnopphold i sykehus per år. I 2022 ble 94 000 personer meldt utskrivningsklare. Kommunene tar imot 85 % av utskrivningsklare pasienter samme dag. Den resterende andelen utgjør såkalte overliggerdøgn, og av disse får tre av fire etter hvert en midlertidig korttidsplass i kommunen (3). Kommunen må betale sykehuset for overliggerdøgn (1). Det er kjent at sentralitet, som reisetid til servicefunksjoner og kommunestørrelse, har betydning for antall overliggerdøgn (3). Små utkantkommuner har relativt sett færre overliggerdøgn enn store og sentrale kommuner (4). Omtrent to tredjedeler av kommunene, halvparten av de små og nesten alle de store kommunene har etablert såkalte tildelingskontor i kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter (5).

Samhandlingsreformen la vekt på at kommuner og sykehus i samarbeid skulle tilby helhetlige og integrerte tjenester *før* og *etter* sykehusopphold (6). Allerede i oppstartsfasen ble det klart at kommuner og sykehus hadde ulik oppfatning av konseptet pasientforløp (7). Spesialisthelsetjenesten tolket forløp som standardisering og bedre koordinering av de hyppigste innleggesdiagnosene, mens helsepersonell i kommunene ikke gjenkjente pasienter med bare én diagnose (7–9).

Forskning som fulgte innføringen av samhandlingsreformen og innføringen av forskriften, rapporterte om manglende likeverd mellom kommuner og sykehus og faglige inkongruenser (10–12). Det ble også pekt på mangler i informasjonsformidlingen og digital støtte (13). Vi har ikke funnet studier som har sett på hvordan samarbeidet har utviklet seg de siste årene.

Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommuner har utviklet seg ved å undersøke følgende problemstillinger:

1. Hvordan erfarer kommunene samarbeidet med sykehus om utskrivningsklare pasienter?
2. Hvilke løsninger er tatt i bruk for å bedre samarbeidet?

Materiale og metode

Individuelle rapporter fra feltarbeidet til 54 siste års medisinstudenter ved NTNU som hadde primærmedisinsk praksis i 23 kommuner i Midt-Norge høsten 2024, ble supplert med offentlig statistikk.

Kontekst

I siste studieår skriver medisinstudenter ved NTNU en samfunnsmedisinsk oppgave under sin seks ukers praksisperiode i primærhelsetjenesten. Kullet deles i grupper som får tildelt ulike oppgaver med forskjellig tema fra år til år (14). Fra 2012 har det vært et krav at den samfunnsmedisinske oppgaven skal ha en tredelt oppbygning, lignende et kommunalt saksdokument. I første delen beskrives bakgrunnsopplysninger med vekt på de krav som kommunene må forholde seg til (aktuelle nasjonale regelverk, faglige retningslinjer, mm.). Del to er en utredning av hva som er nå-situasjonen i kommunen. Denne delen bygger på funn fra studentens datainnsamling. I del tre skal studenten formulere anbefalinger til vedtak for kommunestyret.

Høsten 2024 var en av de samfunnsmedisinske oppgavene å skrive om kommunenes erfaring med utskrivningsklare pasienter. Førsteforfatter hadde en times forelesning for studentene før utplasseringen. Forelesingen omhandlet politiske føringer og regelverk samt forskning og utvikling på feltet.

Datagrunnlaget fra en tilsvarende oppgave som ble gitt i 2012, året etter at samhandlingsreformen startet, er publisert i *Sykepleien forskning* (15).

Datamateriale

Studentene fikk i oppdrag å intervju fastlege og minst én person med relevant rolle i mottak av utskrivningsklare pasienter innenfor helse og omsorg i kommunen. I forslaget til intervjuguide inngikk rutiner og roller knyttet til utskrivningsklare pasienter, informasjonsdeling, organisering og samarbeid i utskrivningsforløpet. Den enkelte student tok notater fra intervjuene.

Rapportene viser at studentene skaffet seg bakgrunnskunnskap om nasjonalt regelverk, utredninger og offentlige dokumenter. Empiri fra deltakende observasjon og intervju ble supplert med informasjon fra kommunale saksdokumenter. Studentenes anbefalinger er ikke inkludert i denne studien.

I tillegg til studentrapportene har vi brukt opplysninger om kommunene fra offentlig kilder (Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet) for innbyggertall, sentralitet, antall utskrivinger og overliggerdøgn på kommunalt nivå, jf. tabell 1.

Etikk

Rapportene inneholder ingen personopplysninger hverken om individuelle innbyggere eller informanter i kommunene. Vi navngir heller ikke hvilken kommune de enkelte opplysningene kommer fra. Medisinstudentene som er utplassert i kommunene er underlagt taushetsplikten til helsepersonell. Når det gjelder personopplysninger om studentene, som er nødvendige for

forvaltningen av de innleverte rapportene, har vi forholdt oss til universitets- og høyskoleloven § 2-8 (16).

Studentene ble orientert om planer om å bruke oppgavene som grunnlag for en studie. Det ble poengtert at identifiserende opplysninger som navn på student, kommuner og sykehus ikke ville bli publisert.

Analyse

Førsteforfatter hadde flere gjennomlesinger og kodemarkeringer i studentrapportene. Analyser og funn er drøftet i forfattergruppa.

Først ble opplysningene fra studentenes oppgaver, supplert med offentlig statistikk, lagt i regneark med student ID, kommune ID/innbyggertall/sentralitet, andel utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn, utskriving direkte hjem og kolonner for tekstlig informasjon fra studentenes oppgaver.

Deretter ble tekstanalysen gjort med utgangspunkt i ad hoc-analysen etter Kvale & Brinkmann (17), som er en fleksibel, iterativ tilnærming til kvalitative data, hvor forskeren selv utvikler koder og temaer underveis, i takt med materialets innhold og forskningsspørsmålet.

Overordnet ble analysen gjort ved å dele kommunenes erfaringer og synspunkt i utfordringer og gode erfaringer. Innenfor disse temaene, ble funnene sortert i to undertema. Det første var utfordringer i uforutsigbarhet ved utskriving og årsaker til overliggerdøgn. Det andre var gode erfaringer i variasjoner i mottak og vellykkede løsninger.

Resultater

Alle medisinstudentene hadde intervjuet en fastlege. Flertallet av de øvrige informantene var ansatt i kommunal koordineringsenhet, og få var ledere i helse- og omsorgstjenester. Om lag halvparten av studentene hadde informasjon fra ledermøter i kommunen eller fra tverrfaglige team.

Tabell 1 gir bakgrunnsdata om kommunene. Studentenes opplysninger som er gjengitt i kolonnen «Direkte hjem %» brukes sammen med offentlig statistikk, som her er brutt ned på kommunenivå. Andel Tidsbegrenset opphold er utledet fra andel Direkte hjem. Vi har valgt å rubrisere kommunene etter sentralitet, gradert etter SSB sitt sentralitetsmål (3). Tre kommuner tilhører gruppe 2–3 (mest sentrale) og 14 kommuner gruppe 5–6 (mest perifere). Meldte utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn bygger på data fra Helsedirektoratet (4). Tabellen viser at overliggerdøgn per tusen innbyggere reduseres med økende avstand til sentrale strøk. Videre er det verdt å merke seg at de mest perifere kommunene tok imot en langt større andel utskrivinger direkte hjem, sammenlignet med de mest sentrale kommunene.

Tabell 1 Bakgrunnsdata om kommunene som inngår i studien

Sentralitets- gruppe*	Antall kom- muner	Antall inn- byggere*	Meldte utskrivning- sklare pasienter per uke [#]	Overligger- døgn per 1000 innb [#]	Tids- begrenset opphold %	Direkte hjem %
2–3 Mest sentrale	3	17000– 215000	20–40	58	35–50	50–65
4	6	6000– 33000	15–30	48	30–40	60–70
5–6 Mest perifere	14	800– 10500	0–15	34	5–30	70–95

* hentet fra SSB

[#] bygger på data fra Helsedirektoratet

Utskrivingsopplegget oppleves uforutsigbart

Studentene oppgir at kommunene i hovedsak får beskjed om antatt utskrivningsdato og videre behov allerede ved innleggelse av pasienten. Samtidig opplever mange kommuner at det kan skje vesentlige endringer uten at de blir informert, og at beskjeden om utskrivning kan komme som en overraskelse.

Flere kommuner etterlyser en tydeligere definisjon av utskrivningsklare pasienter. De opplever ulik praksis mellom sykehusene i vurdering av når en pasienten blir regnet som utskrivningsklar. Kommunene opplever også variasjoner i praksis ut fra hvilken ukedag det er. Årstidsvariasjoner og hvilke leger som var på vakt, spiller også inn. Et annet moment er at informantene mener utskrivningsklare pasienter nå er «dårligere» og «mer krevende medisinsk» enn tidligere. Kommunene hevder i tillegg at det kan skrives ut pasienter hvor det er forventninger til kompetanse som ansatte i kommunen ikke har.

Forskriften har gitt sykehuset definisjonsmakten, og ifølge kommunene hemmes samarbeidet av den umiddelbare betalingsplikten. Informasjon og samarbeid med sykehuset *før* meldingen kommer, er det mest konsistente ønsket som blir rapportert fra kommunene.

Rapportene gir flere eksempler på faglig inkongruens mellom avsender og mottaker. Det er leger som skriver ut pasientene, mens majoriteten av mottakerne i kommunene er sykepleiere i hjemmetjenesten. Fastlegen blir bare unntaksvis involvert ved utskrivning ifølge rapportene. Epikrisen, som

legene skriver, handler mest om den medisinske behandlingen frem til utskrivningen. Epikrisene kan mangle relevante detaljer om hva som bør skje videre ut over standardformuleringer som «kontroll hos fastlegen». Sykepleierne i kommunen ønsker at informasjonen som følger med utskrivningen, kan hjelpe dem i å planlegge oppfølgingen av pasienten. Her vil vi tilføye at noen studentrapporter kommenterer dette med å nevne at de under sin utplassering på sykehus året i forveien opplevde at legene der mente det ikke var deres jobb å gi råd til kommunen.

«Hvordan kan vi vite hva kommunene har behov for og hva de kan tilby?»

Videre forteller kommunene at de har erfart flere former for avvik ved utskrivning. Det kan være at epikrisen mangler, feil og/eller mangler i legemiddellisten og manglende beskrivelse av hva en pasient evner – fysisk og mentalt. Selv om det finns avtalte system for avviksmeldinger, erfarte studentene at kommunen ofte ikke meldte avvik til sykehuset. Grunnen var at det ikke førte til endringer, sett fra kommunenes perspektiv. En kommuneoverlege sa:

«Bare alvorlige avvik meldes. Kommunen må prioritere hva vi skal klage på. Ansvaret for forbedring i sykehusene ligger hierarkisk til ledelsen. Vi får ingen orientering hva som blir bestemt. Når det heller ikke blir noen endring, fungerer ikke topp-ned styringen etter hensikten. Det virker negativt på samarbeidet.»

Årsaker til overliggerdøgn

Ifølge studentrapportene kommer melding om utskrivningsklare pasienter ofte mot slutten av eller etter ordinær arbeidstid. Sykehusets avgjørelse om når pasienten er utskrivningsklar, skjer ifølge informantene i samband med formiddagsvisitten. Arbeidet med å gi kommunen beskjed skjer i ettertid.

«Vi får det ikke til når pasienten meldes utskrivningsklar mot slutten av en arbeidsdag og ankommer først etter arbeidstid.»

Når beskjeden kommer på slutten av dagen, som i sitatet over, hender det at kommunen av praktiske årsaker velger å ikke ta imot pasienten samme dag. Kommunen pådrar seg dermed bevisst et overliggerdøgn. Alternativt måtte de ha organisert et hastemottak på kveldstid, noe som ikke alltid er mulig eller ønskelig.

I tillegg til sen varsling oppga kommunene et vesentlig funksjonsfall hos pasienten som en viktig årsak til overliggerdøgn. Eksempelene i studentrapportene var pasienter med tilstander som lårhalsbrudd og slag, samt utskrivning av pasienter som var ukjent for kommunen, fordi de ikke tidligere

hadde mottatt kommunale tjenester. Både funksjonsfall og ukjent pasient krever organisering av et nytt tilbud.

En annen beskrevet årsak til overliggerdøgn er at sykehuset samtidig med meldingen om utskrivning også melder behov for institusjonsplass. Ifølge rapportene kan mottaker i kommunen være uenig i behovet. Utsettelse til neste dag (et overliggerdøgn) gir åpning for å kunne ta imot pasienten direkte hjem.

Det kommer også fram i intervjuene at flere kommuner opplever knapphet på korttidsplasser i perioder, og dermed ikke mulighet for å tilby institusjonsplass med en gang.

Informantene i kommunene forteller at hvis de hadde blitt informert underveis i sykehusoppholdet, kunne de tilrettelagt for å ta imot flere pasienter direkte hjem. De hevder at utskrivning hjem noen ganger er pasientens ønske, men uten at pasienten er blitt rådspurt om det på sykehuset.

Det er kun i rapportene fra større kommuner (> 10 000 innbyggere) at utskrivning av pasienter innen psykisk helsevern omtales. Disse kommunene erfarer at det kan ta lang tid å etablere bærekraftige tilbud innen psykisk helsevern, som for eksempel bofellesskap og skjermet tilbud til «vandrende demente».

«De er gjerne for friske til å kvalifisere for langtidsplass i sykehjem.»

Denne gruppen pasienter kan dermed få mange overliggerdøgn eller de kan få tilbud i kommunale korttidsplasser, men blokkerer da for andre fordi de blir der lenge.

Kommunenenes forslag i de to temaene ovenfor, om uforutsigbarhet og årsaker, kan oppsummeres med et ønske om en sykepleiefaglig del i UKP-meldingen og samarbeid og informasjon underveis i sykehusoppholdet. Det mener informantene kan:

- øke mottak direkte hjem
- hindre/reducere antall overliggerdøgn
- gi mulighet til å forberede institusjonsplass

Stor variasjon i løsninger av mottak

Studentrapportene gir et bilde av at alle de store kommunene og flertallet av de mindre har et tildelingskontor (bestiller–utfører-modell). Men det er stor variasjon i hvordan de blir brukt. Flere mindre kommuner fortalte at de har avtale med sykehuset om å varsle utskrivningsklare pasienter direkte til tjenesten som pasienten har hatt tidligere. Tildelingskontoret blir bare

kontaktet når sykehuset mener det er behov for et nytt opplegg, eller når pasienten er ny.

De store og noen mindre kommuner hadde derimot avtale med sykehuset om at alle meldinger som gjelder utskrivningsklare pasienter, skal gå til tildelingskontoret. I slike kommuner er tildelingskontoret kjennetegnet av å ha en portvokterfunksjon. En helseleder sa følgende:

«Koordineringsorganisasjonen er stor. Det blir mye byråkrati som krever ressurser. Byråkratiet skaper stor avstand mellom beslutningstakere og de som står for pasientbehandlingen.»

Seks kommuner i vårt materiale, alle med tildelingskontor, hadde tatt i bruk Helseplattformen (det nye journalsystemet i Midt-Norge for både sykehus og primærhelsetjenesten). Informanter i disse kommunene fortalte at det var blitt enklere å følge med på hva som skjer med pasienten på sykehuset. Systemet krevde imidlertid at sykepleier måtte bruke tid på å sile ut relevant informasjon for mottak. Dette la stort beslag på sykepleierkapasiteten. En kommune hadde beregnet at de brukte om lag én stilling for å avklare situasjonen for 20 utskrivningsklare pasienter per uke. Det var også en utfordring at opplysningene i sykehusjournalen var av begrenset nytte for hva kommunene trengte. De som ble intervjuet opplevde at elektroniske meldinger og telefonkontakt fortsatt kan være nødvendig.

Vellykkede løsninger for utskrivningsklare pasienter

Det var mulig å identifisere flere eksempler på vellykkede løsninger som følge av samarbeid mellom kommuner og sykehus, tettere samarbeid mellom kommuner og samarbeid internt i kommunen (tabell 2).

Det var gjennomgående i studentrapportene at mange av de etablerte løsningene som ble oppfattet som vellykkede, skjedde i samarbeid mellom nabokommuner. Eksempler på dette var felles oppsøkende tverrfaglige kartleggingsteam og deling av lokale korttidsplasser i egne sykehjem (tabell 2, punkt Ib, Ic og Id). En konsekvens av slikt samarbeid var at de i sum fikk økt kapasitet på korttidsplasser og flere mottak direkte hjem. Noen kommuner hadde av den grunn sagt opp plasser i interkommunal akutt døgnetenhet (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).

Tabell 2. Vellykkede løsninger for bedre samarbeid om utskrivningsklare pasienter

Område	Løsning
Organisatorisk (I)	a. Opprette/understøtte et alternativt forløp til den akuttmedisinske kjeden b. Fase ut interkommunal akutt døgnenhet (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) til fordel for oppretting av eget eller interkommunalt ambulerende helse- og omsorgsteam c. Gjensidig tilgang til lokale korttidsplasser i samarbeidskommuner d. Sykepleierledet utskrivning med direkte kommunikasjonslinje mellom primærkontakt/koordinerende sykepleier i sykehusavdeling og kommune e. Bbetaling for overliggerdøgn starter første arbeidsdag etter at melding utskrivningsklare pasienter er mottatt
Helsefaglige tiltak (II)	a. Informasjon og rådgivning/et sjekkpunkt underveis i sykehusoppholdet b. Påbegynt tverrfaglig planlegging før utskrivningsdag, omtalt som «forsterket utskrivning» c. Funksjonsbeskrivelse og påbegynt behandlingsplan utsendes sammen med melding om utskrivningsklar pasient. d. Kommunen sørger for navngitt primærkontakt som sammen med pasient/pårørende utgjør kjerneteamet lokalt med ansvar for kontinuitet og tjenestekoordinerings e. Personsentrert kartlegging/rehabilitering fra første dag etter utskrivning f. Inkludere fastlegen i varslingen om innleggelse og utskrivning fra sykehus
Samarbeid for innleggelse (III)	a. Når pasient er kjent/mottar kommunale tjenester – kunne rådspørre/involvere spesialisthelsetjenesten før innleggelse b. Ved tidlig reinnleggelse kontakt med kontaktsykepleier sykehus før innleggelse

Samarbeid i helsefellesskap ble nevnt som en annen årsak til nye vellykkede løsninger. Disse løsningene handlet om ordninger for kommunikasjon og utskrivningsplanlegging, gjerne kombinert med et ukentlig tverrfaglig møte med kommunene om inneliggende pasienter som var forventet å bli meldt utskrivningsklare (tabell 2, punkt IIb, IIc, og IIe). Slike møter ble omtalt i positive ordelag og som lærerike.

En kommune rapporterte at sykehuset i samarbeid med flere kommuner i nedslagsfeltet har videreført konseptet Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) til også å gjelde utskrivningsklare pasienter. Det ble beskrevet en *halvering av overliggerdøgn* som følge av dette. Samme helsefellesskap har utformet en plan for hvordan de tverrfaglig vil prøve ut tiltak for å forebygge innleggelser av skrøpelige eldre.

Diskusjon

Det ble beskrevet svakheter ved dagens praksis, som ulik definisjon av utskrivningsklare pasienter, skjev maktfordeling ved utskrivning og mangelfullt samarbeid. Eksempler på vellykkede løsninger omfattet sykepleierledet utskrivning, pasientsentrert tilnærming og utskrivninger med tid til samarbeid og helse- og omsorgsteam. Tallmaterialet indikerte at perifere kommuner tok imot langt større andel utskrivningsklare pasienter direkte hjem, i motsetning til sentrale kommuner og at sentrale kommuner har større andel overliggerdøgn.

Det var et unisont ønske fra kommunene om *kontaktpunkt underveis* i sykehusoppholdet. De ønsket informasjon om pasientens utvikling og oppstart av et samarbeid om utskrivningen. Dette synes å gjenspeile et behov som har utviklet seg, eller blitt tydeligere de senere årene. Vi kan ikke se at et ønske om kontaktpunkt underveis er uttrykt i evalueringer fra samhandlingsreformen (15, 17). Teamsamarbeid med støtte i en meldingsplattform der sykehus, primærhelsetjenesten og pårørende deltar underveis, kan redusere utskrivningsarbeidet og gi færre reinnleggelser (18, 19).

Samtidig med det nye ønsket om kontaktpunkt underveis mente kommunene at samarbeidet ved utskrivning kunne bli bedre. Det er tydelig at samhandlingsreformens mål om bedre rutiner bare delvis kan ha lyktes (2). Bruk av meldingsplattform, som nevnt over, kan være en mulig løsning. Et annet aktuelt tiltak, som er lovregulert i Sverige og Danmark, er å gi *tid til å forberede utskrivning* (20, 21). Funnet om den faglig inkongruensen er noe andre har beskrevet som møter mellom to ulike verdener (8). Det er gjerne sykepleier i kommunen som tar imot pasienten etter utskrivning, og kommunene uttrykte ønsker om å få praktisk informasjon som kan være til hjelp i oppfølging av pasienten. Her ville rutiner om kontakt mellom sykepleier på sykehus og sykepleier i primærhelsetjenesten være nyttig for å sikre *faglig kongruens* i samarbeid om utskrivning. I England og Nederland har de løst dette ved at sykehus rekrutterer og ansetter erfarne sykepleiere fra hjemmetjenesten, og disse sykepleierne (kalt «liaison nurse») får i oppgave å koordinere utskrivning til primærhelsetjenesten (22).

Behovene for kontaktpunkt underveis, tid til å forberede utskrivning og faglig kongruens, som er diskutert over (tabell 2), synes å være dekket i kommuner med gode løsninger, og *kommunikasjon* trer fram som en felles kjerne i de vellykkede løsningene (23).

Sykepleierledet utskrivning (jf. tabell 2, punkt Id) bidrar til den faglige kongruensen nevnt over. I et slikt samarbeid ligger en gjensidig kompetanseoverføring. Internasjonale erfaringer tilsier at samarbeid ved utskrivning fungerer best når det er ledet av sykepleiere (24).

Kommunene rapporterer om positive erfaringer når sykehus gir rom og tid til å forberede utskrivning. De mener dette har bidratt til kortere liggetid, reduksjon i overliggerdøgn og flere utskrivinger direkte hjem (jf. tabell 2, punkt IIa, IIb, og IIc). Et eksempel på vellykket løsning med rapportert halvering av overliggerdøgn er sykehuset som sammen med flere kommuner i nedslagsfeltet hadde videreført konseptet Helhetlige pasientforløp i hjemmet (7) til også å gjelde utskrivningsklare pasienter. De kommunale erfaringene støttes av internasjonale studier som viser gode resultater når personale fra sykehus deltar i oppfølging etter hjemkomst; liggetiden reduseres betraktelig (25) og dødeligheten halveres (26).

Nasjonale mål og muligheter

Tabell 1 med bakgrunnsdata viser betydningen av sentralitet. Her tydeliggjøres variasjoner mellom kommuner, som kan bli skjult i oversikter på nasjonalt nivå.

For utskrivning direkte hjem er det i vårt materiale store forskjeller basert på sentralitet. De mest perifere kommunene, som også er små, tar imot 70–95 % direkte hjem versus de mest sentrale som tar imot 50–65 % direkte hjem. Dette indikerer store variasjoner mellom kommuner når det gjelder sammenhengende pasientforløp. Pasienter i sentrale kommuner har dermed større sjanse for å få oppstykkede forløp med tidsbegrensede opphold. For å motvirke oppstykkede forløp, jf. mål i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027, foreslår noen av informantene å fase ut interkommunale døgnenheter (KAD/ØHD) og heller satse på kommunale eller interkommunale helse- og omsorgsteam (jf. tabell 2).

Overliggerdøgn er også en større belastning i sentrale kommuner enn i de perifere (jf. tabell 1). Kommunene forsøker å unngå den økonomiske belastningen med overliggerdøgn, noe som ofte innebærer en hastig utskrivning med press på personalet både på sykehus og i kommunen. Bærekraften i vellykkede løsninger ligger blant annet i å gi tid til å forberede utskrivning, som diskutert over. For å kunne legge til rette for god utskrivningspraksis, må forskriften endres. Bøter for overliggerdøgn bør ikke starte samme dag som meldingen sendes, jf. praksis i Sverige og Danmark (20, 21).

Sykepleierledet utskrivning framstår som en vellykket løsning i vårt materiale, med positive gevinster, som diskutert over. En grunn er trolig større likeverd mellom utskriver og mottaker. Under samhandlingsreformen var likeverd mellom kommuner og sykehus et mål, men det viste seg å være vanskelig å oppnå likeverd på klinisk nivå (7).

I alt kavet med å vurdere og planlegge organisatoriske og faglige løsninger for utskrivningsklare pasienter, kan det være lett å overse den det gjelder,

pasienten. Våre informanter hevder at sykehuset ikke spør pasientene om hva som er best for dem i forbindelse med utskrivning. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 bruker termen pasientsentrert. Da er det nærliggende å tenke samvalg og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» (27), også ved utskrivning. Pasientsentrering handler om tillit, likeverd og kontinuitet i samarbeidet med pasienten gjennom hele pasientforløpet. Enkelte fagmiljøer har lyktes med å lage individualiserte forløp som bygger på pasientsentrert tilnærming. Flersektorielle team med utvalgte fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten lager oppfølgingsplan sammen med pasient/pårørende og følger opp pasienten i kommunen. Planen blir individuelt tilpasset og kan endres over tid (26).

Styrker og svakheter med undersøkelsen

Vi har et bekvemmelighetsutvalg med informanter fra 23 kommuner i Midt-Norge. Kommunene er valgt ut fra at de ga praksisplass til 54 siste års medisinstudenter høsten 2024. Datagrunnlaget er likevel rikt, og funnene sett sammen med annen forskning indikerer at resultatene er gyldige også utenfor de inkluderte kommunene. Studentene hadde solid basiskompetanse i observasjon og samtale ervervet gjennom medisinstudiet, men har lite trening i å omsette dette til denne typen rapporter. Derfor kan datagrunnlaget ha mindre dybde og bredde enn om det var samlet inn av erfarne forskere. Validiteten er, til tross for dette, styrket ved at vesentlige funn har støtte i annen empiri.

Konklusjon

Funn i studien peker på flere forhold som kan støtte opp om sammenhengende pasientforløp: fase ut KAD/ØHD til fordel for kommunale eller interkommunale helse- og omsorgsteam; utsette fristen for å bøtelegge overliggerdøgn, for å gi sykehus og kommune mulighet til sammen med pasient/pårørende å legge/starte oppfølgingsplan for pasienten; sykepleierledet utskrivning for å sikre likeverd og faglig kongruens mellom utskriver og mottakende sykepleier i kommunen, og sist, men ikke minst; individualiserte forløp som bygger på pasientsentrerte tilnærminger. Utskrivning er bare ett ledd i pasientforløpet. For å skape bærekraft over tid i pasientforløp kreves likeverdig kommunikasjon og samarbeid gjennom flere kontaktpunkt i forløpet.

Litteratur

1. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Oslo: Lovdata; 2012.
2. Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan Vår felles helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024.
3. Helsedirektoratet. Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning. Oslo: Helsedirektoratet; 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utskrivningsklare-pasienter--utvikling-og-variasjon-i-spesialisthelsetjenesten-og-forlop-etter-utskrivning> (15. april 2026)
4. Helsedirektoratet. *Utskrivningsklare pasienter (somatikk), bostedskommune*. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/utskrivningsklare-pasienter-somatikk-bostedskommune> (15. april 2026)
5. Burrell LV, Skinner MS, Rostad HM. Tildelingskontor i norske kommuner: utbredelse og sammenheng med kommunale kjennetegn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2025; 11: 1–12. <https://doi.org/10.18261/tfo.11.1.8>
6. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
7. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A et al. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 121. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
8. Rødal J, Frisvoll I, Hungnes T et al. *Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter—et møte mellom to verdener?* Rapport 2005. Molde: Møreforskning, 2020. <https://www.ks.no/contentassets/a02d2d38c1de488f8e61823abcb5118/Rapport-Sykehus-og-kommuners-arbeid-med-utskrivningsklare-pasienter.pdf> (15. april 2026)
9. Grimsø A, Løhre A, Røstad T et al. Disease-specific clinical pathways - are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2018; 36: 152–160. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167>
10. Håland E, Melby L. Individualisert standardisering? *Norsk sosiologisk tidsskrift* 2017;1: 380–398. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03>
11. Tønnessen S, Kassah B, Tingvoll W. Hjemmesykepleierne i denne studien opplever organisatorisk skjevfordeling av makt. *Sykepleien forskning* 2016; 11: 14–22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
12. Steihaug S, Johannessen A-K, Ådnanes M et al. Challenges in Achieving Collaboration in Clinical Practice: The Case of Norwegian Health Care. *International Journal of Integrated Care*. 2016. <https://doi.org/10.5334/ijic.2217>
13. Melby L, Hellesø R, Lyngstad M et al. *Irrelevant, dårlig struktur og forsinket informasjon - en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. <https://cdforskning.no/cdf/catalog/book/71#chapters> (15. april 2026)
14. Vie GÅ. Studentundervisning i samfunnsmedisin ved NTNU. *Michael* 2018; 15: 315–322.
15. Grimsø A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning* 2013; 8: 148–155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>

16. NTNU. *Retningslinje for behandling av personopplysninger ved NTNU* Trondheim, 2023. <https://www.ntnu.no/personopplysninger/#/> (15. april 2026)
17. Norges forskningsråd. *Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM)* Oslo: Forskningsrådet; 2014. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf> (15. april 2026)
18. Jensen LWH, Kold S, Dinesen B et al. Team-based digital communication reduced patient-initiated phone calls to the hospital and improved patient satisfaction after orthopedic surgery: a randomized controlled trial in 70 patients. *Acta Orthopaedica* 2024; 95: 225–232. <https://doi.org/10.2340/17453674.2024.40707>
19. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S et al. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs* 2014; 33: 1531–1539. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0160>
20. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran-sfs-2017-612/> (15. april 2026)
21. *Bekendtgørelse om betalinger for færdigbehandlede patienter*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2024. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/a/2025/1801/pdf> (15. april 2026)
22. Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge. *International Journal of CommunityBased Nursery and Midwifery* 2014; 2: 202–210. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4201211/> (15. april 2026)
23. Hellesø R, Lyngstad M, Brattheim B et al. Samhandling mellom sykeleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: Hellesø R, Olsen RM, red. *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk 2019. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch8>
24. Ruksakulpiwat S, Pongsuwun K, Junphongsri P et al. Nurse-Led Interventions to Improve Health, Adherence, and Functional Outcomes in Adults and Older Adults With Multimorbidity: A Systematic Review of Randomized and Quasiexperimental Studies. *Journal of Nursing Management* 2025. <https://doi.org/10.1155/jonm/6252049>
25. Hernández C, Aibar J, Seijas N et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *International Journal of Integrated Care* 2018; 18: 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3431>
26. Berntsen G, Hurley J, Dalbakk M et al. Person-centered, cross organizational and multiprofessional team halves mortality risk. The Patient Centered Care Team (PACT) Study – Preliminary results from a comparative effectiveness study. *International Journal of Integrated Care* 2017; 17: A478. <https://doi.org/10.5334/ijic.3798>
27. Lund J-Å, Hole T. Samval og den autonome pasienten- er konflikter underkommuniserte? *Michael* 2020; 17: 145–152. <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/1000/supplements/2020-24/Michael-2020-05-Suppl-24.pdf#> (15. april 2026)

Studien er finansiert gjennom forskernes respektive institusjonstilknytninger. Vi har ingen interessekonflikter.

Vi retter en stor takk til medisinstudentene som gjennom sitt engasjement og grundige arbeid har bidratt med verdifull empiri og innsikt til denne studien. Vi vil også takke alle informanter som stilte til intervju og delte av sin tid og erfaringer, samt alle som på ulike måter har bistått studentene i deres arbeid i kommunen.

Anders Grimsmo

anders.grimsmo@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

7491 Trondheim

Anders Grimsmo er professor emeritus i samfunnsmedisin

Audhild Løhre

audhild.lohre@ntnu.no

Institutt for lærerutdanning

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

7012 Trondheim

Audhild Løhre er professor emeritus i pedagogikk

Margrethe Svinvik

margrethe.svinvik@ks.no

KS – kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

0114 Oslo

Margrethe Svinvik er prosjektleder for Gode pasientforløp i KS

Aslak Steinsbekk

aslak.steinsbekk@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

7491 Trondheim

Aslak Steinsbekk er professor i medisinske atferdsfag og helsetjenesteforskning og professor II ved Nasjonalt senter for e-helseforskning

Artikkelen er fagfellevurdert.

1826 – et viktig år for norsk medisin

Michael 2026; 23: 238–248

doi: 10.56175/michael.13588

I midten av 1820-årene skjedde mye av stor betydning for det norske samfunnet. Innen helse og medisin var 1826 særlig begivenhetsrikt. Da ble tiltak iverksatt som fikk varig virkning: Rikshospitalet ble åpnet, Norge fikk sitt første medisinske fagtidsskrift Eyr og landets første medisinskfaglige sammenslutning ble etablert: Læseselskabet i Christiania.

Av og til skjer viktige ting samtidig. 1826 er et slikt år i norsk medisin. Dette kan markeres som et 200-årsjubileum i 2026.

Ved inngangen til 1820-årene var mange forhold i Norge påfallende uendret, til tross for krigsår og politiske omveltninger. Kontakten med kontinentet hadde for eksempel knapt endret seg siden 1700-tallet, bortsett fra kommunikasjonsvanskene under blokade og krig.

København var fortsatt langt unna, selv om reiser nå kunne gå via Sverige. Da de unge legene Christen Heiberg (1799–1872) og Christian Wisbech (1801–1869) i 1822 dro på en «grand tour» for faglig påfyll, var reisen fra Bergen til København en omfattende ekspedisjon. Sjøveien var vanligst, men reisen ble for dem både langvarig og dramatisk (1).

Norge hadde fått et universitet og et akademisk miljø i Christiania, men betingelsene for videre utvikling og internasjonalt nivå var begrensede. De medisinske universitetslærerne måtte først og fremst være lærere. Medisinsk forskning kom ikke i gang for alvor før i 1870-årene. Forventningene var at de skulle undervise og bidra i samfunnsbyggende arbeid.

En viktig hendelse tidlig i 1820-årene var opprettelsen av et fjerde professorat i medisin i 1824. Det fornyet det lille fakultetet og åpnet for ny fagprofilering. Den nye professoren var den velutdannede og allsidige legen Frederik Holst (1791–1871) som ble ansatt ved siden av sine tre, etablerte kolleger. Holst var 22 år yngre enn anatomen Michael Skjelderup (1769–

1852) og kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769–1844) og 17 år yngre enn indremedisinen Niels Berner Sørensen (1774–1857).

Holsts fagområder ble hygiene, toksikologi og farmakologi. Hygiene omfattet levekår, sykdomsspredning, helsetjenester og befolkningsforhold, et felt han hadde bred bakgrunn i. Toksikologi og farmakologi lå til dels utenfor hygienefaget, men måtte ivaretas, og Holst tok denne omfattende tilleggsppgaven.

Når det gjaldt farmakologi, møtte Holst samme problem som Skjelderup i anatomen: mangel på undervisningsmateriell. Han begynte derfor å bygge opp en drogesamling til undervisning, eksamen og forskning. Det møysommelige arbeidet varte i over 40 år fram til han sluttet ved universitetet i 1867 (2).

Kunnskap om medisinske planter var avgjørende for leger. Plantebaserte midler dominerte behandlingen, både i skolemedisin og folkemedisin. Legen måtte kunne gjenkjenne droger, kjenne virkninger og eventuelt tilberede legemidler selv.

Toksikologi var viktig på grunn av risiko for forgiftninger fra planter og husholdningsmidler og fordi slike tilfeller kunne være kriminalsaker. Legen var da den naturlige medisinske autoriteten.

Holst samlet droger fra fjern og nær og bygde opp samlingen i trange lokaler i Anatomigården i Rådhusgata (figur 1). Preparater ble oppbevart i glass, og etiketter måtte fjernes og settes på igjen ved eksamen. Klassifisering og registrering måtte også gjentas etter hvert som den internasjonale klassifikasjonen endret seg.

Det mest synlige utslaget av Holsts arbeid var likevel samfunnsmedisinsk, og det ganske umiddelbart. Han engasjerte seg blant annet i sykehusbygging, og i 1826 kom et viktig resultat: åpningen av Rikshospitalet.

Rikshospital fra 1826

Den første historien om hospitalet ble utgitt allerede året etter, skrevet av Holst (3). Her beskrives vurderingene bak opprettelsen. Sykehusinnleggelse var tidligere ikke vanlig, bortsett fra ved smittefare eller når hjemmet ikke fungerte som pleiested, og ofte manglet offentlige midler. Behovet for sykehus med behandling og restitusjon som mål, ikke bare oppbevaring av pasienter, ble likevel stadig tydeligere.

Det medisinske fakultetet trengte også et undervisningssykehus etter modell av Det kongelige Frederiks Hospital i København. Studentene måtte se og lære sykdommer og skader de senere skulle møte i praksis. Dette krevde et stort sykehus med et bredt pasientgrunnlag.



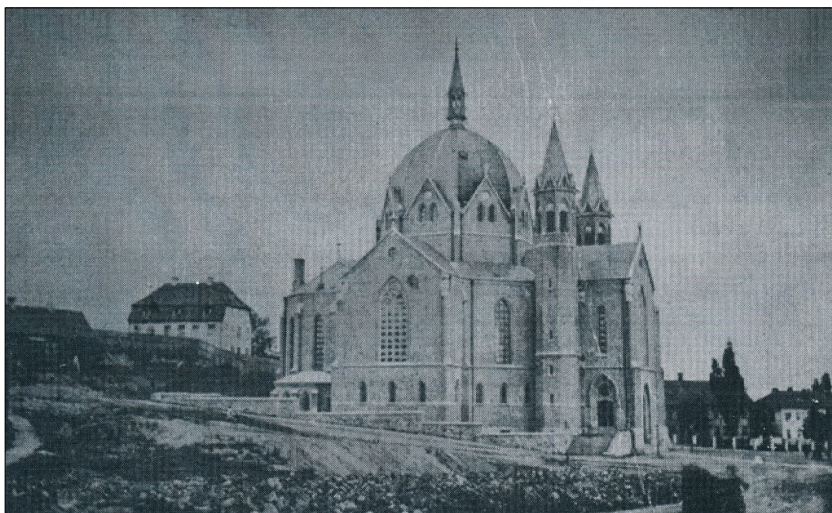
Figur 1. Bygningen til venstre, Anatomigården, ble oppført i 1626 som et av de første husene i det nye Christiania. Det var her Det medisinske fakultets virksomhet holdt til i årene 1814 til 1852. Den såkalte Rådmannsgården til høyre ble brukt som garnisonssykehus i 1850-årene. Fotografi fra omkring 1900. Foto: Væring/Oslo byarkiv (<https://www.oslobilder.no/BAR/A-10001/Ua/0008/004>)

I Christiania var man heldig: Militærhospitalet i Akersgata, den store tømmerbygningen som var oppført 1805–1807, kunne oppgraderes fra militært leirsykehus til sivilt sykehus (figur 2 og 3). Åpningen av Rikshospitalet i 1826 ble starten på en lang utvikling og et stort løft for norsk medisin. Man nærmet seg internasjonal standard for klinisk undervisning, selv om nivået fortsatt lå under forbildene i København, Wien, Berlin og Paris.

Medisinsk kunnskapsflyt systematiseres – tidsskriftet *Eyr*

I København fantes et stort universitetsbibliotek med medisinsk litteratur, og det kirurgiske akademi, som lå vegg i vegg med Frederiks Hospital, hadde også bøker og tidsskrifter. For det nye norske universitetet ble det derfor viktig å bygge opp et tilsvarende fagbibliotek.

Tidsskrifter kunne abonneres på, men økonomien var begrensende. Viktigere var likevel mangelen på norske formidlingskanaler for medisinsk kunn-



Figur 2. Bergensfotografen Marcus Selmer (1819–1900) tok dette bildet i 1863 av Trefoldighetskirken, som var innviet i 1858. Akersgata går nedover mot høyre i bildet. Til høyre, bak kirken, skimter vi Rikshospitalets trebygning. Helt ute i høyre bildekant ses Fødselsstiftelsens murbygning. På haugen til venstre for kirken, der Margareta kyrkan ligger siden 1925, ser vi Løkken Sorgenfri fra 1812. Den ble brukt som sykeavdeling for pasienter med veneriske sykdommer fra 1849. Foto: Digitalt Museum (<https://digitaltmuseum.no/0210414976631/trefoldighetskirken-fotografi>)

skap. Dette gjaldt flere fag, men var særlig viktig i medisin, der oppdatert kunnskap hadde direkte praktisk betydning. Forsøk med hybridtidsskrifter ble gjort, det vil si at forskjellige fagfelt delte publikasjonskanal. Her var det skjær i sjøen. Fagfeltene kunne ikke være altfor ulike, for da ble det blant annet vanskelig å skaffe felles abonnenter. Det ble forsøkt å inkludere medisinsk stoff i *Tidsskrift for Naturvidenskabene*, som ble opprettet i 1823. Holst redigerte den medisinske delen i 1824 og 1825. Det viste seg imidlertid at det ikke var gangbart å blande elitistisk vitenskap fra andre fag, rettet mot de høyere akademiske sirkler, med jordnær informasjon om medisin og helse beregnet på praktiserende leger. Derfor skjedde det noe i 1826 som var banebrytende i det medisinhistoriske bakspeilet. Det første norske, rendyrkede medisinske fagtidsskriftet *Eyr* utkom med sitt første nummer (4) (figur 4).

Tidsskriftet ble oppkalt etter den nordiske gudinnen for helse. Skjelderup og Holst var redaktører, og Holst overtok alene fra 1831. Fram til siste nummer i 1837 publiserte *Eyr* kasuistikker, statistikk, bokanmeldelser, referater og notiser, alt holdt i et norsk medisinsk fagspråk.



Figur 3. Militærhospitalet fra 1807 som var blitt oppgradert til Rikshospitalet i 1826, fotografert kort tid før rivingen i 1962. Foto: Øivind Larsen



Figur 4. Første bind av det norske medisinske tidsskriftet Eyr i 1826. Det kom ut med fire årlige hefter fram til 1837.

(<https://www.nb.no/items/98818673d3863c1f24b882f5fedef52f?page=0>)

Eyr hadde en tydelig pedagogisk profil, blant annet står det mye om medisinske uttalelser (*responsa medica*), nært knyttet til Skjelderups interesse for rettsmedisin. Leger måtte kunne skrive presise og etterrettelige erklæringer som kunne forstås utenfor faget. Selv godt utdannede leger hadde ikke nødvendigvis så mye erfaring med å forfatte slike uttalelser.

Finansieringen skjedde trolig via abonnementer. Med rundt 150 potensielle lesere var utgivelsen i seg selv en bragd. Figur 5 viser størrelsen på det norske medisinske miljøet rundt 1826 (figur 5). Det nye tidsskriftet hadde riktignok også noen andre interessenter enn leger på sin adresseliste, men antallet potensielle lesere var ikke stort. Et eget, nasjonalt fagtidsskrift ble likevel en milepæl for etableringen av en nasjonal, norsk medisin.

I. Civile Læger	59.
nemlig: a) Medicinske Professorer	4
b) Stadsphysici	4
c) Landphysici	6
d) Distriktslæger	25
e) Stadsskirurger	3
f) Bergskirurg	1
g) Hospitalslæger	3
h) Privat ansatte	13
2. Militaire Læger	61.
Brigadelæger	7
Corpslæger	19
Compagnieskirurger	28
Esquadronskirurger	5
Overlæge i Marinen	1
Underlæge	1
	120.

Riget har i Alt 28 Apotheker.

Følgende Tabel vil i Korthed vise Forholdet imellem Antallet af Læger og Apotheker her i Riget og den den 27 November 1825 udførte Folketælling.

Folkes mængde.	Læ- ger.	Centesimal Proportio- tion.	Apo- the- kere.	Centesimal Proportio- tion.	Læger og Apo- thekere.	Centesi- mal Pro- portion.
1.050.133	120	1:8751 $\frac{1}{5}$	28	1:37504 $\frac{2}{7}$	148	1:7095 $\frac{8}{7}$

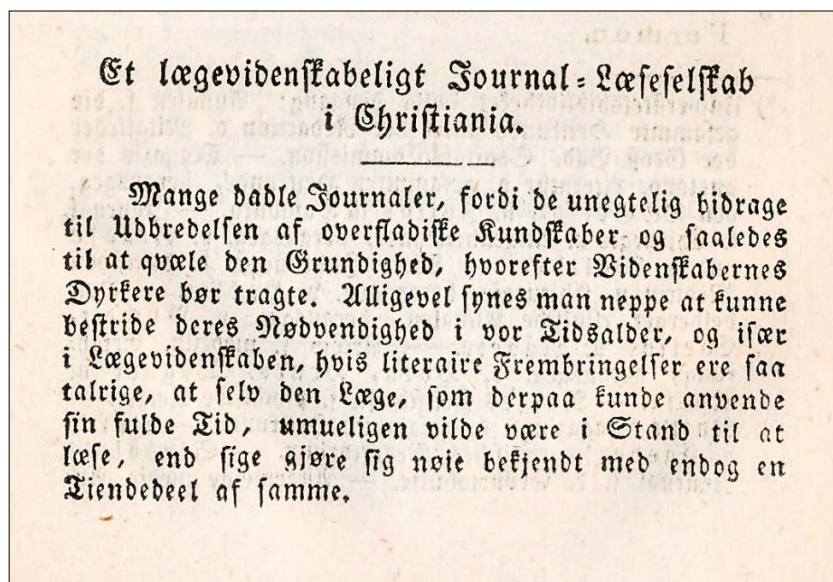
Figur 5. I 1827 var det 120 leger og 28 apotek i Norge. Blant legene var det omtrent like mange sivile som militære leger. I forhold til folketellingen 1825 var det én lege per 8751 innbyggere og ett apotek for hver 38 507 innbyggere. Faksimile fra Eyr 1827; 2: 76. (<https://www.nb.no/items/e80ca539172a8bc9999a6d388d6af61f?page=89>)

Det var flere forhold som hemmet kunnskapsspredning gjennom skriftlige medier i datidens Norge. Ett av dem var dårlig leselys, særlig i mørketiden og før parafinlampen kom i 1853. Det må ha påvirket også lesningen av *Eyr*.

Læseselskabet – hovedstadens leger tar grep

Ved midten av 1820-årene hadde flere leger vært på studiereiser til utlandet, og behovet for kontakt med internasjonal medisin økte. Universitetsbiblioteket abonnerte på en del sentrale internasjonale tidsskrifter, men utvalget var begrenset. Bevilgningene til universitetsbiblioteket strakk ikke til for å betale for flere abonnerement, blant annet fordi bibliotekets driftsmidler også skulle gå med til nedbetaling av gjeld.

13 personer, hvis navn vi dessverre ikke kjenner nøyaktig, men som åpenbart tilhørte det medisinske miljøet i Christiania slik vi kjenner det fra *Eyr*, dannet derfor sommeren 1826 et Læseselskab (5) (figur 6). Miljøet var lite og tett, og det er derfor forståelig at leseselskapet ikke etterlot seg noe



Figur 6. I omtalen av det nye Læseselskabet kritiseres tidsskrifter for å spre overfladisk kunnskap og dermed svekke den grundigheten forskere bør strebe etter. Samtidig framheves det at de er nødvendige, særlig innen medisin, fordi den faglige litteraturen er så omfattende at ingen kan holde oversikt over mer enn en liten del av den. Faksimile fra *Eyr* 1827; 2: 77. (<https://www.nb.no/items/e80ca539172a8bc9999a6d388d6af61f?page=89>)

arkivmateriale. De fleste hadde daglig kontakt og trengte neppe formalia for å diskutere og bli enige.

Holst kan ha påvirket valg av tidsskrifter etter studiereiser i Frankrike og England. Sammenlikning av abonnementslistene viser interessante forskjeller: Universitetsbiblioteket prioriterte tyske tidsskrifter og to danske, mens Læseselskabet hadde et bredere internasjonalt tilfang, med franske, engelske og endog et amerikansk tidsskrift (figur 7).

Flere av tidsskriftene ser ut til å være gitt ut av sammenslutninger av leger. Dette uttrykker en tidlig assosiasjonsånd som etter hvert også kom til Norge. Læseselskabet var starten på *Det norske medicinske Selskab*, som ble formalisert i 1833. Bakgrunnen var først og fremst koleraepidemien, som tydeliggjorde behovet for rask faglig informasjonsutveksling.

En ting er sikkert: Hvis medlemmene av Læseselskabet skulle pløye seg gjennom alle tidsskriftene etter at budet hadde vært hos dem med en ny bunke hver uke, og attpåtil hadde vært på Universitetsbiblioteket og fordyppet seg i tidsskriftene der, har de hatt det travelt. Men mulighetene for å holde seg faglig oppdatert på toppnivå var unektelig til stede.

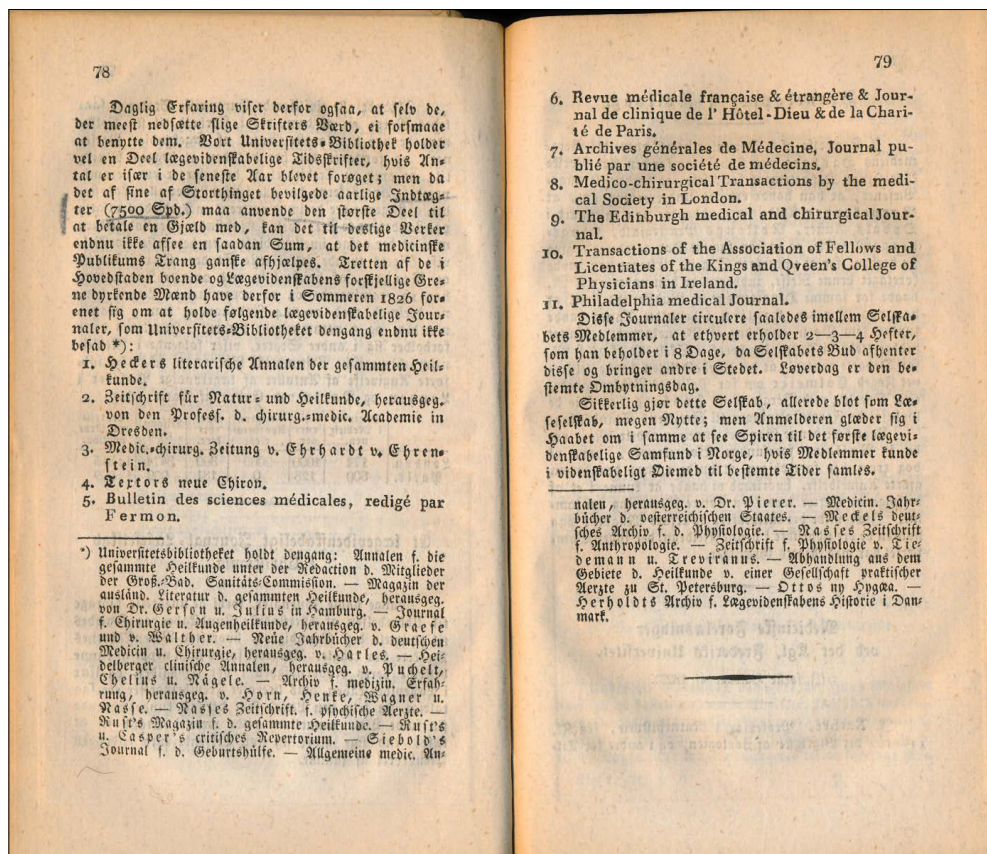
Tre tiltak med langsiktige virkninger

Året 1826 markerer opprettelsen av Rikshospitalet, oppstarten av *Eyr* og stiftelsen av Læseselskabet – tre hendelser som hver for seg innleder en utvikling som over tid spredte seg og ble alminnelig akseptert, og som etter hvert la grunnlaget for nye faglige nivåer på disse tre feltene.

Hva et *sykehus* skulle være, var ikke klart definert på denne tiden. Noen institusjoner var ganske enkelt «hus for syke», det vil si for personer som ikke kunne forpleies der de bodde. Slik fungerte for eksempel lasarettet under epidemier, og militærlasarettene hørte til samme kategori.

Sykehus kunne dessuten, til tross for navnet, fungere som fattighus og sykehjem. St. Jørgens hospital i Bergen var en institusjon for pasienter med spedalskhet. Det samme gjaldt radesykehusene rundt i landet, som var beregnet for pasienter med den særnorske sykdommen radesyke, som Holst hadde skrevet doktoravhandling om. I Christiania fantes også et spesialsykehus for kjønnssykdommer (6).

Vi hadde altså helseinstitusjoner, men de var beregnet på spesielle grupper og manglet en fellesnevner. Det nærmeste vi kom et alminnelig sykehus for befolkningen, beregnet på allmenn sykdomsbehandling, var antakelig det såkalte Civile Sygehus i Christiania, der professor Sørenssen styrte. Egentlige «alminnelige sykehus» av noen størrelse fantes knapt i Norge, slik man så ute i verden, for eksempel Det kongelige Frederiks Hospital i København fra 1757 og Wiener allgemeines Krankenhaus fra 1693.



Figur 7. Her ses hvilke tidsskrifter Læseselskabet abonnerte på og lot sirkulere blant medlemmene, i tillegg til tidsskriftene som Universitetsbiblioteket hadde, og som her er oppramset i fotnoten. Legg merke til hvordan leserne byttet tidsskrifter hver lørdag (nest siste avsnitt side 79). Siste avsnitt peker framover til formaliseringen av det som ble til Det norske medicinske Selskab i 1833. Faksimile fra Eyr 1827; 2: 78–79. (<https://www.nb.no/items/e80ca539172a8bc9999a6d388d6af61f?page=91>)

Det nye Rikshospitalet satte standard for hvordan et sykehus skulle være, i samsvar med tidens krav. Utviklingen gjennom to hundre år fram til i dag har vært kronglete, men idealet om en offentlig institusjon med sykdomsbehandling som hovedmål har stått fast, eventuelt også med ansvar for å formidle behandling til de fleste sykdommer og pasientgrupper. I tillegg kom normen om forskning og om å skape ny kunnskap, blant annet ved å systematisere erfaringene fra sykehusarbeidet. Det akademiske rasjonalet for å opprette Rikshospitalet var dessuten at det skulle gis undervisning der.

Etableringen av *Eyr* fikk etterdønninger som fortsatt merkes. Her presenterte redaktørene medisinsk kunnskap og relevant kontekst innen en ramme de mente var tilpasset en lege i Norge. Stoffet var skrevet i et norsk medisinsk språk som var faglig presist, men samtidig tilgjengelig også for andre. Den pedagogiske linjen var tydelig. Kasuistikkene er ofte så detaljerte at de fortsatt kan leses med utbytte, både som grunnlag for moderne diagnostiske tolkninger av historiske sykdomstilfeller og for vurderinger av datidens behandling, til tross for de metodiske problemene slike analyser av eldre medisinske kilder innebærer.

Leger og fagutvikling

To større artikler om den nye medisინutdanningen i Norge hadde vært publisert i tidsskriftet *Budstikken* (7, 8). Disse ble oppsummert i *Eyr* (9). Der etterlyses mer vitenskapelighet blant medisinstudentene.

Med sin praktiske målsetting skilte medisinerne seg noe fra studenter i andre fag. I et allment legetidsskrift skulle det være rom for toveis kommunikasjon, det vil si også manuskripter fra leserne. Slik ble det. *Eyr* etablerte en standard for formidling av medisinsk kunnskap gjennom rollen som allment fagtidsskrift. Denne linjen ble videreført av etterfølgeren *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, etablert i 1840. *Magazinet*, som det ble kalt, hadde en ledende rolle som oppdaterende fagtidsskrift for leger fram til 1939.

Eyr slo an tonen i den norske medisinske tidsskriftfloraen. Med *Eyr* ble en norm knesatt. Leger skulle holde seg faglig oppdatert. Redaktørene bidro dermed til utformingen av en nasjonal legerolle.

Læseselskapet var uttrykk for et ønske om vitenskapelighet. Dette ønsket hadde to sider. Den ene var selvsagt å formidle ny og oppdatert kunnskap til bruk i praktisk medisin. Den andre var å styrke legestandens anseelse blant andre akademikere. Dette må ses i lys av at det i de første tiårene fantes to typer legestudenter: de som hadde lært latin og avlagt examen artium, og de såkalte preliminaristene, som ble tatt opp uten latin. Sammenliknet med andre studentgrupper kunne medisinerne derfor framstå som en nokså broket skare.

Ideen om Læseselskapet smittet. I årene som fulgte etablerte også andre norske byer leseselskap som abonnerte på medisinske tidsskrifter. Tilegnelse av ny kunnskap ble gradvis en integrert del av medisinsk virksomhet.

I 1829 ble det opprettet et såkalt øvelsesselskap for medisinstudenter i Christiania, den første spiren til Medicinerforeningen. Studentene skulle møtes og presentere medisinsk kunnskap for hverandre. Universitetslærernes ønske om vitenskapelighet hadde slått an.

De første universitetslærerne la stor vekt på kunnskapsformidling og på å stimulere egen faglig utvikling. De nye medisinerne skulle selv bidra til

å utvikle kunnskapsgrunnlaget for sitt arbeid og dermed forvalte det faglige grunnlaget for yrkesutøvelsen. I profesjonsforskningen regnes kontroll over eget kunnskapsgrunnlag nettopp som et av de viktigste kjennetegnene ved en profesjon.

Hendingene i 1826 var starten på mye.

Litteratur

1. Larsen Ø, Heiberg A. Å legge ut på studiereise – med legene Christen Heiberg og Christian Wisbech til København i 1823. *Michael* 2008; 5: 11–23.
2. Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.
3. Larsen Ø, Børdahl PE. Hvorfor et «almindeligt Hospital for Riget»? I: Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker: Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001: 11–22.
4. Nylenna M, Larsen Ø. Eyr – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; 12: Supplement 17.
5. Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833-1933: festskrift ved Selskabets 100-års jubileum*. Oslo: Steenske boktrykkeri Johannes Bjørnstad, 1933.
6. Holmberg S. Det veneriske sykehus – det første kurative sykehus i Norge. *Michael* 2023; 20: 47–63.
7. Skjelderup M. Det medicinske Studium ved Norges Universitet. *Budstikken* 1824, nr. 26–29: 201–232, nr. 30–33: 233–264. <https://www.nb.no/items/895f9ec544a3a3d846b680941789a62d?page=0> og <https://www.nb.no/items/0e681b378561214967b41fb7a5b55892?page=0> (13.5.2026)
8. Skjelderup M. Det medicinske Studium ved Det Kongelige Frederiks Universitet (fra Begyndelsen af Aaret 1824 til Udgangen af Aaret 1826). *Budstikken* 1827, nr. 73–79: 577–632 (ennå ikke digitalisert, 13.5.2026).
9. Det medicinske Studium ved det Kgl. Frederiks Universitet. *Eyr* 1827; 2: 261–267. <https://www.nb.no/items/e80ca539172a8bc9999a6d388d6af61f?page=277> (13.5.2026)

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Artikkelen er en bearbeidet versjon av kapittel 9 i boka Larsen Ø. Samfunn og sykdom: langsomme forandringer og lange linjer i norsk folkehelsehistorie 1800–1930. *Michael* 2026; Supplement 35: 81–94. <https://www.michaeljournal.no/article/2026/06/1826>

Sykehus og hus med syke i 1800-tallets Christiania

Michael 2026; 23: 249–265

doi: 10.5617/michael.13589

Både bruken av sykehus og sykehusdekningen i Christiania/Kristiania endret seg vesentlig i løpet av 1800-tallet og i årene like etter århundreskiftet.

Den norske hovedstaden hadde færre enn 10 000 innbyggere i 1801. I løpet av de neste femti årene ble folketallet tredoblet. Men fra 1850 skjedde nærmest en eksplosjon, og byen utviklet seg til en storby med nær 250 000 innbyggere ved hundreårsskiftet 1900. Smittsomme sykdommer var den viktigste årsaken til sykdom og død i denne perioden. Høy sykkelighet i befolkningen skapte et voksende behov for helseomsorg, blant annet sykehus. Rikshospitalet ble opprettet i 1826, men byen trengte mer plass for syke.

Det var ofte et uklart skille mellom hus med syke, dedikerte sykehus, fattighus og det vi nå ville kalle sykehjem. Offentlige og private ordninger eksisterte ved siden av hverandre. Behovet for sykehus må også ses i lys av balansen mellom pleie hjemme og i institusjon.

En rød tråd gjennom utviklingen er hvordan synet på sykdom endret seg, og hvordan individuell sykdom etter hvert ble et samfunnsanliggende.

I løpet av 1800-tallet foregikk det en gjennomgripende forandring av det norske samfunnet. Denne utviklingen omfattet også folkehelsen og betingelsene for den (1).

Hovedstaden Christiania, med navn modernisert til Kristiania 1877–1879, var kanskje den delen av det norske samfunnet som undergikk de største omveltningene. En befolkning på under 10 000 ved folketellingen i 1801, ca. 30 000 rundt 1850 og 77 000 i 1875 steg raskt til ca. 250 000 da århundret var over. De tre–fire generasjonene som levde i denne turbulente tiden, opplevde en folkehelse i sterk endring. Det gjaldt også helseomsorgen.

De smittsomme sykdommene dominerte, og den raske byutviklingen aksentuerte dette. Byhistorien forteller om trangboddhet og dårlig hygiene. Helsestatistikken forteller om konsekvensene av dette – blant annet mage-tarm-sykdommer av alle slag, luftveissykdommer der vi forstår at en økende andel må ha vært tuberkulose, foruten sosialmedisinske problemer som alkoholisme, langtrukne kjønnssykdommer og det økende grunnproblemet: klasseskille og fattigdom. Ved begynnelsen av 1800-årene var det få institusjoner til å ta seg av dette (tabell 1).

Tabell 1. Institusjoner for fattige og syke i Christiania ca. 1800

Institusjon	Opprettet	Hovedfunksjon
Oslo Hospital	1538	Pleie av fattige og kronisk syke
Syge-Fattighuset	1743	Fattighus og sykepleie
Det veneriske sykehus	1755	Kjønnssykdommer
Byens Sygehus	1779	Alminnelig sykehus

Syke i alle hus

I 1800-tallets hovedstad, og for så vidt også i landet ellers, var det knapt noe hus eller noen arbeidsplass der det ikke til enhver tid var noen som var syke, især av en infeksøs sykdom. Statistikken forteller bare om de syke som kom til helsevesenets kjennskap, ikke om alle de andre. Spørsmålet som både de som levde i samtiden og som vi i dag stiller oss, er *hvor mye* sykdom skulle til for at det trengtes omsorg.

Fordi man forsto at de fleste av disse sykdommene var smittsomme, uansett teoriene om hvordan de smittet, hadde behovet for omsorg fire hovedaspekter.

For de første pasientens behov for å ha *et sted å være* i sykdomsperioden. I den trange byen var dette sjelden enkelt, især ikke for dem som hadde dårligst kår og trengte det mest.

For det andre gjaldt det å holde den smitteførende pasienten mest mulig *isolert* fra dem i familien som ennå ikke var rammet. Omsorg for syke hadde dermed også et forebyggende aspekt. Det var klart formulert i 1700-tallets internasjonale samfunnsmedisin og ble blant annet praktisert med stor nytte i tidens dansk/norske militærmedisin (2).

Det tredje behovet var å behandle pasienter med *helbredelse som mål*. Folkesykdommene var forskjellige, og man trengte spesialiserte sykehus for enkelte diagnoser. Det hadde man allerede erfaring for, for eksempel med sykehus

for spedalske, for pasienter med den typisk norske radesyken og for pasienter med kjønnssykdommer.

Det fjerde behovet var *omsorg og varig forpleining* for de kronisk syke og fattige som de gamle klosterhospitalene tidligere hadde tatt seg av.

Det som også manglet gjennom hele 1800-tallet, men som gradvis tok form, var en håndfast overordnet styring av hvordan folkehelseproblemene skulle håndteres, både forebyggende og kurativt. Det var en hemske at fattigvesen, omsorg for kronikere og omsorg for sinnslidende lenge var blandet sammen. Tilgjengelige offentlige midler var også begrensede.

Det var med andre ord mye sykdom, og det var mange sosiale problemer å løse. Mye måtte skje i hjemmene. Derfor var det hus med syke av to typer – hjem der noen var syke, og lokaler innrettet for å forpleie syke utenom hjemmet.

Den lokale forhistorien

Sykehus og hus med syke i hovedstaden er vanskelig å få grep om for tiden før 1800 (3). Historikeren Susann Holmberg har beskrevet det såkalte *venetriske sykehus* i Christiania hvis opprettelse ble innvilget av kong Frederik V i 1755 (4).

Et problem når man vil følge dette sykehusets historie, er at det ble omtalt med en rekke forskjellige navn. Det har åpenbart ligget i Fjerdingen, i strøket mellom nåværende Christian Krohgs gate og Akerselva. I kildene blir det blandet sammen med andre institusjoner på samme sted. Sykehuset brant ned i 1772, og etter en ny brann i 1791 var det slutt.

Oslo byarkivs tidsskrift *Tobias* hadde i 2000 et spesialnummer om byens sykehus, der Grethe Flood har behandlet sykehusene i Kristiania og Aker fra den eldste tid og framover i stor detalj (5, 6). Sannsynligvis har det i tillegg til dette vært andre former for tiltak, det vil si hus med syke som fungerte som sykehus gjør i dag.

Fra middelalderen av hadde det vært hospitaler også i det gamle Oslo, gjerne knyttet til klostrene. Hospitalene rettet seg mot fattige og fattige syke og hadde en religiøs omsorgsideologi. Kapasiteten var liten, og det var ikke lett å få plass der. Vi hører blant annet om et Laurentiuskloster med hospital. Reformasjonen endret betingelsene for katolske institusjoner (3). Kirkens verdier ble inndratt og omfordelt av kongen. Fra 1538 ble således Gråbrødre-hospitalet under Ekebergåsen, også med midler fra det gamle Laurentiusklosteret, omdannet til *Oslo hospital*, fortsatt med kronisk syke og fattige som klientell.

«*Syge-Fattighuset*» i Fjerdingen var opprettet i 1743. Det lå der nåværende Christian Krohgs gate 44 ligger (figur 1). Det var underlagt fattigvesenet



Figur 1: Bygg brukt til sykehus i Fjerdingens Gade (Christian Krohgs gate) 44, fotografert av Narve Skarpmoen i 1904 før riving. Selv i vedlikeholdt tilstand hadde dette vært nokså primitivt.

og fungerte bare delvis som medisinsk institusjon. Forholdene skal ha vært elendige, både etter datidens og ettertidens mål.

Og så var det altså *Det veneriske sykehus*, som lå omtrent på samme sted.

Fattighus og alminnelige sykehus på tidlig 1800-tall

Det såkalte *Byens Sygehus* omtales ofte i hovedstadens helsehistorie, ikke minst fordi det var der Universitetets første professor i indremedisin, Niels Berner Sørensen (1774–1857) var overlege og underviste da det nye medisinske fakultetet var kommet i gang fra 1814. Hvis ikke nye kilder skulle komme for dagen, har vi ikke så mye kjennskap til aktiviteten her, heller ikke fra Sørenssens professortid. Mens det ved undervisningssykehuset i København, *Det kongelige Frederiks Hospital* (fra 1757), ble utgitt kasuistikkksamlinger i bokform, hadde vi ikke dette i Norge (2).

Byens Sygehus holdt etter opprettelsen i 1779 til i et hus med adresse Rådhusgata 21. Det er ikke der nå, for i 1875 ble det bygd en staselig boligård der, på hjørnet av Akersgata, vest for nåværende Legenes hus. Det

gamle sykehuset som lå der, var åpenbart mest et «hus med syke», og det var lite. Det var angivelig to rom for syke, og det fungerte også som fattiganstalt. Det ble etter hvert noen ekstra rom i et hus i Pipervika, men noen særlig funksjon som sykehus for befolkningen eller for de nødlidende kan ikke dette sykehuset ha hatt.

Det ble bedre da fattigvesenet overtok Lille Strandgade 7 i 1810, og sykehuset flyttet dit. Her var det ni rom for fattige og åtte rom for betalende pasienter. Fattige syke fikk dekket oppholdet av fattigkassen. Målt etter tidens standard var det åpenbart ganske bra her. Sykehuset ble en del av Rikshospitalet fra 1826. Bygningen måtte rives i 1854. Da hadde den nye jernbanen til Eidsvoll krevd plass til en endestasjon. Tomtene, der blant annet sykehuset lå, måtte frigjøres på grunn av baneanlegget og det området som ble til Jernbanetorget. Saneringen gjaldt blant annet *Byens civile Sygehus*, *Saugbankens fattighus* og *Peder Michelsens Enkestue*.

Erstatteren for Lille Strandgade 7 var *Krohgstøtten Sygehus* i Storgata 42. Det sto ferdig i 1859. Der var det 257 plasser for fattige og 106 for kronisk syke. Sykeavdelingen ble benevnt *Byens Sygehus*. Fra 1863 ble 70–80 fattigplasser omgjort til avdeling for «løsaktige kvinner» med veneriske sykdommer.



Figur 2: Rådhusgata 19, «Rådmannsgården». Den var periodevis også brukt som sykehus på 1800-tallet, derfor blir gården også kalt «Garnissonssykehuset». (Foto: Øivind Larsen 2026)

Før innflyttingen på Krohgstøtten hadde *Byens sygehus* et mellomspill i den gamle rådmannsgården Rådhusgaten 19, bygd i 1626 (figur 2). Dette huset tjente blant annet sykehusformål 1852–1897 og kalles fortsatt ofte *Garnisonssykehuset*, på tross av at det i sin fire hundre års eksistens har hatt mange andre funksjoner, blant annet som universitetsbibliotek og lokaler for Deichmanske bibliotek.

Nøktern omsorg

Typisk for mange institusjoner med vekslende sosiale og medisinske funksjoner var at de ikke lå i bygg som var reist for formålet.

Det var få spesifikke arkitektoniske krav til oppgavene som skulle løses. Datidens hverdagsmedisin krevde ikke så mye utstyr og spesielle lokaliteter. Enkelheten hemmet riktignok den medisinske og faglige utviklingen, men ga også en fleksibilitet som var en fordel for tilpasningen til endringene i samfunnet og til svingningene i sykелigheten.

Ofte skjedde etableringen av et sykehus i bygninger som var blitt tilgjengelige, uansett hva de hadde vært benyttet til før. Mange adresser er nevnt for lasaretter og andre midlertidige sykehus, men det er sjelden andre historiske spor som kan fortelle mer. Det kunne være vanlige boliggårder eller, på slutten av århundret, også skole- og forretningsbygg.

En bygning fra det øvre sosiale sjikt er *Prinds Christian Augusts Minde*, Storgata 36. Det var i sin tid en herskkelig løkkeeiendom fra 1700-tallet med park mot Akerselva som slynget seg nedenfor. Anlegget er ofte kalt *Mangelsgården* etter en av datidens eiere, generaløytnanten og forretningsmannen Johan von Mangelsen (1694–1769). I 1809 ble den private stiftelsen Prinds Christian Augusts Minde opprettet med veldedig formål. Først ble det en arbeidsanstalt der. Så ble det fattigsykehus og psykiatrisk sykehus. Mot slutten av århundret kom det etter hvert funksjoner som å huse politilegens kontor for kontroll av prostituerte. Det var også sykeavdeling for kvinner med kjønnssykdommer 1886–1898. Fortsatt, etter mer enn 200 år, tjener bygningen sosialmedisinske formål.

Slik var det for så vidt også for «Asylet», fattigvesenets eiendom i Grønland 28 (figur 3).

Bruk av innleide lokaler gjaldt også for mer moderne sykehusdrift der tilfriskning var mål for virksomheten, ikke bare pleie og omsorg (figur 4). Det kan være vanskelig å følge sykehushistorien her fordi bare gateadresser er oppgitt. Det er også uklårheter ved navnebruken.

I siste del av århundret ble tuberkulosen et samfunnsproblem av store dimensjoner (1). Da ble institusjoner nødvendige, både for de syke og for samfunnet omkring dem. For eksempel ble det leid et landsted som ble



Figur 3: Grønland 28, det såkalte «Asylet» eller «Kommunalgården» har hatt varierte funksjoner, også som sykehus. (Foto: Øivind Larsen 2026)

tilpasset formålet på idylliske Bleikøya. I det som nå er Tøyenparken, lå herskapshuset Løkken Bellevue fra 1812, en av de såkalte professorløkkene. Den var blant annet tuberkuloselasarett i årene 1898–1923 (figur 5).

Den indremedisinske avdelingen i Herslebs gate 6 var et interimstiltak fra 1899 i påvente av at Kristiania skulle få et stort, kommunalt, alminnelig sykehus etter europeisk mønster – det utvidede Ullevål sykehus (7, 8).

Mellom medlidenhet og marked

I ettertid kan man undre seg over sammenblandingen mellom fattigpleie og sykehusdrift. Dette hadde dype røtter. Både kristen etikk og samfunnets øvrige normer tilsa at man skulle ha medlidenhet og hjelpe sin neste, enten det var følger av sykdom og skade eller sosial nød (1). Både de gamle klos-



Figur 4: Øvre Vollgate 15 i Kvadraturen i Oslo sentrum, nå Bokhandlernes Hus, ble bygd i 1860 og var i sin tid lokaler for Nissen Pikeskole. Det er nå intet som minner om at huset i 1900 ble leid til bruk som sykehus for 70 indremedisinske og kirurgiske pasienter. Slik er det også for mange adresser som nevnes i historien om byens sykehusvesen. (Foto: Øivind Larsen 2026)



Figur 5: Løkken Bellevue på Tøyen ble overtatt av kommunen i 1898 for å brukes som tuberkulosesykehus. Opprinnelig professorbolig, nå barnehage (Foto: Øivind Larsen 2026)

terhospitalene og legdsystemet på bygdene fungerte slik. Men nestekjærlighet og pengeøkonomi gikk ikke så godt sammen.

Etter hvert som befolkningen vokste og både betingelsene for sykdommene og medisinen endret seg, holdt ikke økonomien tritt. Det manglet midler til å bygge opp et offentlig helsevesen, blant annet gjennom etablering av større alminnelige sykehus.

Gjennom hele århundret var det et betydelig innslag av privat virksomhet. Bortsett fra i noen grad landets distriktsleger og, i slutten av århundret, enkelte fabrikklegeordninger mv. var primærhelsetjenesten basert på honorerte legetjenester. Helsetjenester ble i stadig større grad avhengig av betalingsevne.

Også sykehusene i hovedstaden var markedsstyrte og konkurrerte på pris. Fattigkassen med sine begrensede midler kunne være en aktuell løsning for de dårligst stilte, men lenge var det ikke noe allment system for dekning av utgifter ved sykdom. Derfor ble det enkle forhold. Dette var en åpenbar bremse på veien videre.



Figur 6: Geitmyra gård, innkjøpt av kommunen i 1884, ble blant annet brukt som epidemilasarett. (Foto: Øivind Larsen 2026)

Selv da moderniseringsprosessene i Norge var godt i gang ved midten av århundret, var det lite klinisk *forskning* ved hovedstadens sykehus. Strukturen lå ikke til rette for medisinsk kunnskapsproduksjon ved sykehusene, slik som i utlandet. Først fra 1870-årene skjøt medisinsk forskning fart hos oss (9).

Epidemibehov

1800-tallets stadig tilbakevendende epidemier stilte spesielle krav til sykehusvesenet.

Disse kravene var vanskelige å fylle uten å opprette midlertidige epidemilasaretter. Behovet måtte dekkes ved leie av lokaler og ved kommunalt innkjøp av egnede eiendommer til å bygge lasaretter, sykehus, pleiehjem, anlegge kirkegård mv. Eiendommene Store Ullevål, Lille Ullevål, Spångberggløkken og Geitmyra er eksempler på dette (figur 6).

Kronen på verket i den kurative delen av kampen mot smittesykdommene fikk man i 1887, da Ullevål sykehus ble åpnet (figur 7). I sine første mer enn 20 år var ikke Ullevål et alminnelig sykehus, men et *epidemilasarett*.

Her var forbildene de store epidemisykehusene ute i Europa – paviljonger bygd og anlagt i henhold til miasmeteoriene for smittespredning. Miasmelæren var riktignok forlatt i infeksjonsmedisinen da Ullevål var nytt, men arkitekturen var blitt beholdt. Bygninger som hadde gjennomlufting og beplantninger mellom seg for å hindre skadelig luft i å spre seg, var uansett en nyttig byggestil for epidemisykehus.

Mot et helsevesen med offentlig dominans

Enkelte av helseinstitusjonene i hovedstaden var bygd for sine formål, mens andre altså slett ikke var det. Sykehushistorien gjenspeiler derfor tidens oppfatninger av hvordan arkitektur og utstyr skulle være, og hvilke oppgaver som skulle dekkes.

I Christiania var *Militerhospitalet* for garnisonens syke et av århundrets første eksempler. Denne bygningen, som nå er gjenreist på Grev Wedels plass, var bygd i 1807 og lå den gang på Hammersborg, i Akersgaten i utkan-



Figur 7: Ullevål sykehus – epidemilasa rett fra 1887 med europeiske forbilder. Ventilasjonstårn for luftinntak i forgrunnen. (Foto : Øivind Larsen 1986)

ten av byen. Den var enkelt innredet, slik det var vanlig for militære bygninger.

Bygningen ble ombygd og innrettet til å bli *Rikshospitalet* og åpnet som sådant i 1826 (10). Samtidig begynte man å planlegge utvidelse. Penge- mangel gjorde at arbeidet gikk langsomt. Historien om perioden fram til man valgte å bygge helt nytt og flytte til Pilestredet i 1883, gir derfor et interessant bilde av både tilpasningen til den medisinske og sosiale utviklingen og til den vekt man tilla helse i forhold til andre verdier i et samfunn i rask omforming.

Omsorgen for sinnslidende stilte også spesielle krav, ikke minst fordi datidens psykiatriske pasienter i mangelen på dempende medikamenter ofte var urolige, utagerende og vanskelige å ha med å gjøre. Såkalte dollhus eller dårekister rundt om i landet hadde mye til felles med arrestlokaler.

I Christiania ble det bygd et nytt dollhus etter tidens standard i 1775. Det lå på Oslo hospitals grunn. Huset var oppført i en forholdsvis staselig 1700-tallsstil, men funksjonelt var det svært enkelt og primitivt (11). Blant annet var de sanitære forholdene slik at stanken ble sjenerende. Det er interessant at dette skjedde på en tid da synet på psykisk syke begynte å endres ute i Europa. Dollhuset ved Oslo hospital var egentlig gammeldags da det var nytt. Forbedring av forholdene for de sinnslidende var noe av det første den ferske samfunnsmedisineren Frederik Holst (1791–1871) kastet seg over (12). Han lanserte planer for et såkalt panoptisk sykehus etter internasjonalt mønster, en stjerneformet bygning med fløyer ut fra en sentral kjerne der personalet lett kunne holde øye med og kontrollere et stort antall pasienter. Arkitekturen var en vesentlig del av det medisinske verktøyet man hadde til rådighet. Finansieringen var vanskelig og tiden gikk. Da *Gaustad asyl* sto ferdig i 1855, hadde psykiatrien utviklet seg, slik at en annen modell var blitt valgt. Fløyer for kvinner og menn strålte ut bak hverandre på hver sin side en midtakse. Strenghetsgraden i fløyene var ulik, slik at pasientene kunne flyttes fram og tilbake ettersom tilstanden tilsa det. Arkitekturen hadde et klart terapeutisk formål og la til rette for tilpasset omsorg (figur 8).

Mot slutten av århundret, da Kristiania var på vei til å bli en moderne by, opprettet også private aktører helseinstitusjoner som var spesialbygd for formålet. To eksempler er det katolske *Vor Frue Hospital* som oppførte sin moderne murbygning i 1896, etter en mellomperiode i leide lokaler fra oppstarten i 1883 (figur 9). *Lovisenberg sykehus* tok på sin side en tidsmessig sykehusbygning i bruk i 1895 (tabell 2).

Hovedstadens sykehusvesen hadde også et geografisk problem. Kristianias etter hvert overfylte, trange areal lå omsluttet av Aker herred på alle



Figur 8: Gaustad sykehus i 1986 da det fortsatt var gårdsbruk og gartneri der. Dette hadde fungert som en del av arbeidsterapien. (Foto: Øivind Larsen)

kanter. Det skjedde derfor flere mindre grensereguleringer fram til Aker og Oslo ble slått sammen til én storkommune i 1948. Oppdelingen av det som etter hvert framsto som et enhetlig byområde, medførte ulemper for helsevesenet. Aker sykehus hadde riktignok røtter fra 1794, men pasienter fra Aker ble i store deler av 1800-tallet lagt inn på Rikshospitalet og andre

Tabell 2. Noen spesialiserte sykehus og helseinstitusjoner i Kristiania ved slutten av 1800-tallet

Institusjon	Åpnet	Formål
Rikshospitalet	1826	Universitets- og sykehusdrift
Gaustad asyl	1855	Psykiatri
Ullevål sykehus	1887	Epidemisykehus
Lovisenberg	1895	Alminnelig sykehus
Vor Frue Hospital	1896	Katolsk sykehus



Figur 9: En privat aktør slår til: Vor Frue Hospital i Ullevålsveien, bygningen fra 1896. Forbindelsen til den gamle, katolske tid er markert på fasaden med ordet HOSPITIUM, dvs. herberge. (Foto: Øivind Larsen 2026)

sykehus i Kristiania. Aker herred hadde også leid lokaler til sykehus i Grønlandsleiret 19 fra 1839. Men det som ble til Aker sykehus på Tonsen og Sinsen fra 1895 og framover, holdt fra opprettelsen i 1871 til på Neubergløkken, i det som nå er Neuberggaten på Majorstua (13).

Hva lærer vi av 1800-tallets sykehushistorie i hovedstaden?

Det vi lærer om sykehustilbudet, gjenspeiler – foruten det sosiale – medisinen utvikling og terapeutiske muligheter. Bruken av sykehus i behandlingssmessig øyemed var på 1800-tallet mindre enn i senere perioder, da både medisinen og samfunnet stilte økende krav. Da Kristiania var på vei til å bli en storby i siste halvdel av århundret, var det fortsatt et lavt antall syke som ble behandlet i sykehus, ifølge de årlige medisinalberetningene. Den store sykелigheten tatt i betraktning tilsier at det var mange «hus med syke» – folk som strevde med sine helseproblemer hjemme eller utenfor det egentlige sykehusvesenet. Selv sent i århundret var det for eksempel ikke flere kirurgiske inngrep enn at de nevnes i den offentlige statistikkens medisinalberetning for gjeldende år. Befolkningen levde med sine helseplager på en annen

måte enn senere. På dette området skjedde det imidlertid mye i løpet av 1800-tallet (1).

Ved århundreskiftet 1900 hadde byen en helsetjeneste og et sykehusvesen som liknet det man hadde ellers i Europa. Det var med andre ord skjedd en dyptgripende forandring på et knapt århundre.

Sykdom og helse hadde gått fra å være et individuelt anliggende til et *samfunnsmessig* anliggende. Foreløpig var helse og sykdom ikke utelukkende blitt et *offentlig* ansvar, ettersom man også hadde private virksomheter som dekket behov og tok samfunnsansvar.

Dette er blant grunnene til at det historisk er komplisert å danne seg en fullstendig oversikt over fortidens helsetjeneste. Byens leger hadde ofte privatklinikker, som kanskje dekket opp for senere tiders sykehuspoliklinikker. Kanskje disponerte legene også noen sengeplasser. Et eksempel er den kjente kirurgen Alexander Malthe (1845–1928) som i årene 1886 til 1914 hadde sin egen privatklinikk med 15–20 senger, der han utførte avansert kirurgi. Et annet eksempel er ortopedene Gunder Nielsen Kjølstad (1794–1860) som allerede i 1840-årene opprettet et institutt for behandling av ofte forekommende ryggskjevheter, og der kuren høyst sannsynlig måtte fordre innkvartering.

Ved århundreskiftet 1900 var det blitt klart, både medisinsk og politisk, at myndighetene, det offentlige, måtte stå for hovedansvaret i helsevesenet (tabell 3). Epidemiene og de øvrige smittsomme sykdommene hadde også vist at så vel forebygging som behandling av syke skjedde best med offentlig styring.

Gradvis var sykehusvesenets sammenblanding med fattigvesenet blitt historie. Psykiatri var blitt et medisinsk fag, ikke lenger bare «sinnssykepleie», og det var ikke lenger innesperringsbehovene som dominerte tankegangen (1). Men også i psykiatrien kom markedet og privat virksomhet inn – eksem-

Tabell 3. Hovedstadens sykehus – noen utviklingstrekk i løpet av 1800-tallet

Tidlig 1800-tall	Sent 1800-tall
Få egentlige sykehus og få plasser	Økt kapasitet, ikke nok
Fattighus og sykehus blandet sammen	Tydeligere spesialisering
Pleie viktigere enn behandling	Økende behandlingsfokus
Små institusjoner i eksisterende bygninger	Formålsbygde sykehus
Privat og offentlig ansvar blandet	Offentlig hovedansvar
Sykdom og død mer akseptert del av livet	Endret helseoppfatning

pelvis *Dr. Dedichens Privatasyl* på Trosterud for de bedrestilte, opprettet i 1901.

Hvordan så framtiden ut rundt 1900? Skulle man prioritere spesial-sykehus for enkelte sykdommer eller trengte man mest allmenne sykehus?

En historie som illustrerer myndighetenes dilemmaer om utbyggingen videre, er skjebnen til det såkalte Østkantsykehuset, et alminnelig sykehus som helt siden 1900 var planlagt ved Valle-Hovin. Det var et sykehus av samme størrelsesorden som det senere utbygde Ullevål sykehus var i de første tiårene av 1900-tallet (14). Detaljplaner var utarbeidet, oppstart-bevilgninger forelå, og penger var allerede brukt da prosjektet ble strøket av budsjettet for 1925/26. Sannsynligvis var det omkostningene ved det store psykiatriske sykehusanlegget på den innkjøpte gården Dikemark i Asker, åpnet i 1905, som gjorde utslaget. Kanskje var det også satsingen på tuberkulosen ved byggingen av det store sanatoriet Vardåsen (1923), foruten Glittre i Nittedal (1926). Det var store summer som ble anvendt på helse.

Fortellingen om sykehusene i hovedstaden på 1800-tallet og tiden like etter, er en historie om et helsevesen i overgang, på spranget inn i en ny tid som brakte omveltninger på alle felter.

Litteratur

1. Larsen Ø. Samfunn og sykdom – langsomme forandringer og lange linjer i norsk folkehelsehistorie 1800–1930. *Michael* 2026; 23: Supplement 35. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/35>
2. Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795–1799*. Oslo: Universitetsforlaget 1968.
3. Sprauten K. *Byen ved festningen – Fra 1536 til 1814*. Bind 2 av *Oslo bys historie*. Oslo: Cappelen, 1992.
4. Holmberg S. Det veneriske sykehus – det første kurative sykehus i Norge. *Michael* 2023; 20: 47–63. <https://www.michaeljournal.no/article/2023/02/Det%20veneriske%20sykehus%20%E2%80%93%20det%20f%C3%B8rste%20kurative%20sykehus%20i%20A0Norge>
5. Flood G. Sykehusvesenet i Kristiania. *Tobias* 2000(3): 3–7. <https://www.nb.no/items/8ecc902aa0230efd9e266bbc06145735?page=1&searchText=%C3%B8stkantsykehuset>
6. Flood G. Sykehusene i Aker. *Tobias* 2000 (3): 8–11. <https://www.nb.no/items/8ecc902aa0230efd9e266bbc06145735?page=1&searchText=%C3%B8stkantsykehuset>
7. Kristiansen K, Larsen Ø. *Ullevål sykehus i hundre år*. Oslo: Oslo kommune, 1987. <https://www.nb.no/items/7816f79e3e1c768a65536127f2f68126?page=0>
8. Klaveness T. *Ullevål sykehus 1887-1937*. Oslo: Oslo kommune, 1937. <https://www.nb.no/items/c4829378b3557ac61d11ba4d5a7e517c?page=7>
9. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814 -2014). *Michael* 2014; 11: Supplement 15. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/15>

10. Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker. Rikshospitalet 1826-2001*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
11. Larsen Ø. Dollhuset ved Oslo Hospital. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1989; 109: Forside, 1257, 1259.
12. Kringlen E. Frederik Holst og psykiatrien. *Michael* 2017; 14: 288–293. <https://www.michaeljournal.no/article/2017/11/Frederik-Holst-og-psykiatrien>
13. Harbitz TB. Aker Sykehus – historien og nedleggelsen. *St Hallvard* 2011; 89: (2) 19–36.
14. Granlund LM. Østkantsykehuset. *Tobias* 2000 (3): 12–15. <https://www.nb.no/items/8ecc902aa0230efd9e266bbc06145735?page=1&searchText=%C3%B8stkantsykehuset>

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

Sofies gate 5

0170 Oslo

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Artikkelen er fagfellevurdert

Rikets hospital gjennom 200 år

Michael 2026; 23: 266–279

doi: 10.5617/michael.13590

Rikshospitalet ble etablert i 1826 for å gi medisinstudenter klinisk undervisning under veiledning av erfarne leger. Forholdene ble imidlertid ikke lagt til rette for undervisning, hverken i Akersgata eller i Pilestredet. Dessuten var midlene som ble avsatt til forskning minimale i mer enn hundre år. Behovet for sengeplasser ble kronisk undervurdert, og bevilgningene kom ofte sent slik at utstyr var foreldet ved levering.

At Rikshospitalet i løpet av annen halvdel av forrige århundre utviklet seg til et universitetssykehus i internasjonal førstedivisjon, skjedde snarere på tross av enn som følge av statens vedtak og bevilgninger. Det var først ved byggingen av Rikshospitalet på Gaustad at forholdene ble lagt til rette, slik at oppgavene sykehuset er tillagt innen behandling, forskning, undervisning, utvikling og formidling, kunne ivaretas på en god måte.

Rikshospitalets ledende rolle i norsk sykehusmedisin kan forklares med universitetsfunksjonen kombinert med det landsdekkende ansvaret for diagnostikk og behandling av de faglig vanskeligste og mest krevende sykdommene. Vedtaket i 2016 om å nedlegge Ullevål sykehus og utvide Rikshospitalet gjør at region-sykehusfunksjonene i Oslo-området sentraliseres og bekrefter Rikshospitalet som landets ledende universitetssykehus.

Ole Olsen var 23 år og artillerist. 16. oktober 1826 ble han innlagt som den første pasienten i Rikshospitalet. Vi vet ikke hva som feilte ham og ikke om han ble utskrevet i live. Sykehuset omtales av myndighetene som Rikshospitalet fra første stund (1, 2). Hvorfor vet ingen, men navnevalget var ikke heldig, blant annet fordi det tok mange år før sykehuset kunne sies å fungere for hele riket, og «hospital» kunne lett assosieres med et hjem for fattige, gamle og syke. Det hadde vært mer treffende å kalle det Universitetssykehuset fordi myndighetene strevde med å fylle kravet som Det Kon-

gelige Frederiks Universitet (åpnet i 1811) hadde til et fullstendig studium i medisin. Medisinstudiet forutsatte at studentene skulle studere syke mennesker under veiledning av erfarne leger. Christiania måtte skaffe et sykehus som kunne ivareta dette behovet, og Righospitalet ble den nasjonale institusjonen som skulle fylle kravet, selv om det i realiteten er tvilsomt om så var tilfelle (2).

Kongen rydder opp

I 1814 bestemte Sundhedscollegiet at det skulle opprettes «*et hospital hvortil enhver Indvaaner kan have Adgang med sikkerhed om at han i ualmindelige eller betydelige Sykdomstilfælde kan finde saadan Hjelp, som han enten aldeles ikke eller kuns med megen Vanskelighed og Bekostning have i sit Hus (...)*». Planen var å bygge nytt eller ta i bruk en eksisterende bygning, og Militærhospitalet med et tilbygg var et alternativ.¹ Problemet var at beslutningstagerne ikke ble enige. De hadde kranglet i ti år før visekongen Oscar (1799–1859) skar igjennom. I 1824 inispiserte han på eget initiativ byens og amtets sykehus og fant forholdene så elendige at særlig amtets syke måtte skaffes plass et annet sted. Han pekte på at Militærhospitalet hadde ledig plass (figur 1). Nå ble det fart i saken. Syke fra Christiania eller Akershus amt – uten hensyn til om de var militære – skulle innlegges i Militærhospitalet, mens de med kjønns sykdom eller radesyke skulle legges inn i det sivile sykehuset (1).

Militærhospitalet var en stor, mørk tømmerbygning reist i Akersgata i 1807 (2, 3). Bygningen ble nå i all hast kledd med liggende panel slik at den fikk et empirepreg. Innvendig ble gulvet rettet opp og inventaret fornyet. Da Rikshospitalet åpnet dørene i 1826, hadde sykehuset plass til 100 pasienter fordelt på en medisinsk og en kirurgisk avdeling. 14 dager senere ble Christiania sivile sykehus i Lille Strandgate åpnet som Rikshospitalets filial med 55 senger. På Galgeberg lå Akershus amtssykehus for radesyke. Ellers var tilbudet meget spinkelt.

Rikshospitalet i Akersgata var uegnet som sykehus

Det ombygde militærhospitalet var en midlertidig løsning (tabell 1). Ti mørke, store rom hadde hver plass til opptil ti pasienter og manglet effektiv ventilasjon. Potter ved hver seng ble tømt av gangkoner (4). Selv om Sundhedscollegiet hadde stilt krav om at det skulle gis klinisk undervisning,

1 Sundhedscollegiet var landets første nasjonale forvaltnings- og tilsynsorgan for helsevesenet. Det ble opprettet i 1809 som *Det Kongelige norske SundhedsCollegium* i Christiania og eksisterte til 1815. Se Hans Petter Schjønby: *Sundhedscollegiet 1809-1815. Helsetilsynet Rapport 1/2009* (19.6.2026).



Figur 1. Modell av rikshospitalanlegget i Akersgata. Foran til venstre Militærhospitalet, til høyre Fødselsstiftelsen. Bakenfor Kirurgisk avdeling med front mot Grubbegata. Modell utstilt i Militærhospitalet ved Grev Wedels plass i Oslo. Foto: Stein A. Evensen 2017

Tabell 1. Tidslinje for utviklingen av Rikshospitalet

1814: Forslag om opprettelse av et Rikshospital som et nasjonalt sykehus med ansvar for utdanning av leger
1826: Rikshospitalet åpner etter ombygging av Militærhospitalet i Akersgata i Oslo
1842: Kirurgisk avdeling i Grubbegata tas i bruk.
1859: Stortinget vurderer Rikshospitalet som «i høieste grad mangelfuldt».
1883: Sykehuset flytter til Pilestredet i Kristiania.
1960–1980: Ansvar for funksjoner som organtransplantasjoner, medfødte sykdommer, og avansert hjertekirurgi utvikles.
1980–1985: Begrepet landsfunksjon formaliseres og tildeles Rikshospitalet.
2000: Sykehuset flytter til lokaler på Gaustad i Oslo.
2009: Rikshospitalet blir en del av Oslo universitetssykehus etter sammenslåingen med flere andre sykehus.
2016: Helse Sør-Øst vedtar bygging av et nytt regionsykehus der Rikshospitalet på Gaustad inngår.

var det ikke satt av plass til det. Nå kan man kanskje ha forståelse for at en fattig nasjon ikke kunne møte alle krav i første omgang. Det viktigste var tross alt at sykehuset var åpnet. Men dessverre skulle den videre utbyggingen snarere være preget av stiv sinn og ikke så lite arroganse fra myndighetenes side. Helsesektoren ble i stigende grad styrt av ikke-medisinske byråkrater.

Et talende eksempel er innredningen av Murbygningen, en kirurgisk avdeling i to etasjer, som ble bygget i hagen bak hospitalet med front mot Grubbegata, og åpnet i 1842. Byens ledende arkitekt Christian Heinrich Grosch (1801–1865) tegnet bygningen som, ifølge professor Søren Bloch Laache (1854–1941), hadde et verdig og enkelt ytre, men var mislykket som sykehus (figur 2). Innvendig var forholdene neppe bedre enn i det ombygde militærhospitalet. Små pasientrom vendte ut mot en felles gang. Ventilasjonen var minimal, stanken fra pasientene utfordrende, og heller ikke i denne nye bygningen var det innredet toaletter. Undervisningen foregikk i ganger og trapper. Kort sagt, fagfolk var åpenbart ikke blitt konsultert. Henrik Wergeland (1808–1845) var innlagt i annen etasje av Kirurgisk avdeling i 1845, kort tid før han døde. Han beskrev bygningen som et fengsel og fullstendig kassabel (4).



Figur 2. Kirurgisk avdeling ferdigstilt i 1842. Et fornemt ytre, men ubrukelig som sykehus. Fotografi ca. 1910–1920. Foto: Olaf Martin Peder Væring/ Oslo Museum/Byhistorisk samling. Fri lisens. <https://digitaltmuseum.no/011014324308/rikshospitalets-fasade-mot-grubbegata>

Kan noe av forklaringen på det kritikkverdige planleggingsarbeidet være at sykehusinnleggelse ikke var aktuelt for de høyere sosiale klassene, inkludert de som bestemte i samfunnet? Dersom de ble syke, hentet man legen til hjemmet. Innleggelse i sykehus var for en stor del forbeholdt folk i lavere sosiale klasser og ved større epidemier. Christiania var hjemsokt av tyfus, kopper og kolera, men særlig var koleraepidemiene som startet i 1830-årene, svært alvorlige.

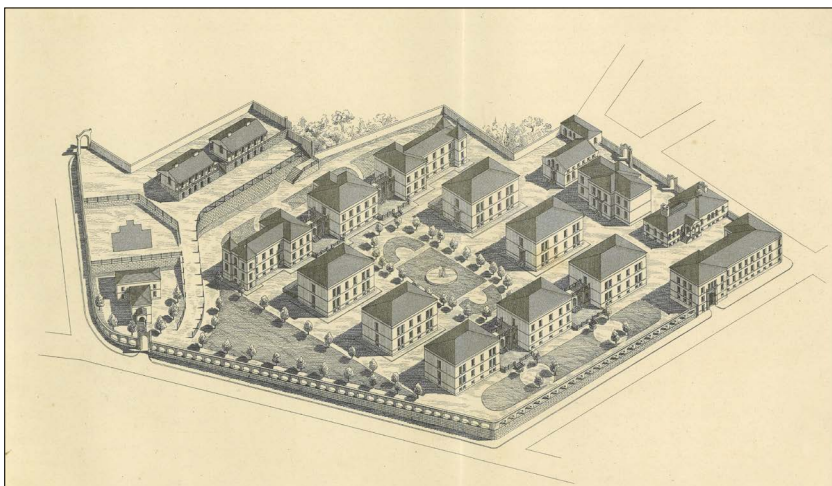
I de første årene hadde sykehuset dessuten få ordinære innleggelser. Tilbudet var begrenset og preget av symptomlindring mer enn av behandling. I praksis var sykehuset avhengig av fattige syke for å skaffe inntekter og pasienter til undervisningen. Døgnprisen ble redusert flere ganger de første årene for å skaffe flere innleggelser. Christiania kommune utnyttet denne situasjonen og oppnådde betydelige rabatter for dem som ble innlagt av fattigvesenet (5).

Omkring 1850 skjedde det endringer i internasjonal medisin som fikk store konsekvenser for Rikshospitalet. Det viktigste var at faget medisin ble mer vitenskapelig orientert, og mulighetene for mer aktiv behandling ga legene mer autoritet, og sykepleie utviklet seg til en egen profesjon. Et stort fremskritt var innføringen av anestesi. I 1847 tok professor Christen Heiberg (1799–1872) i bruk eterbedøvelse på maske ved Rikshospitalet og kort etter også kloroform (6). Behandlingsresultatene forbedret seg også vesentlig etter at professor i kirurgi Julius Nicolaysen (1831–1909) innførte aseptiske metoder ved sykehuset i 1870. Utover dette var det få nyvinninger så lenge Rikshospitalet lå i Akersgata. Likevel hadde Rikshospitalet stor betydning gjennom utdanning av leger som spredte kunnskap til andre sykehus, og til praksis i resten av landet. I 1850 var antallet leger som ble uteksaminert i Norge, steget til ca. 300 (7).

I 1850-årene innså man at sykehuset måtte skaffes større og bedre lokaler. I 1859 karakteriserte Stortingets budsjettkomité anlegget i Akersgata som i *«høieste grad mangelfuldt»*. Likevel tok det 23 år før nye bygninger i Pilestredet kunne tas i bruk. Kragelen om bevilgninger gikk høyt og lavt. Stortinget mente at Rikshospitalet ikke trengte flere senger enn i Akersgata, og planene om en egen barneavdeling ble lagt til side. Noe av forsinkelsen må tilskrives faglig uenighet. I disse årene sto man foran gjennombrudd av forståelsen av hvordan smittsom sykdom sprer seg, og dette fikk betydning for utformingen av anlegget.

Rikshospitalet i Pilestredet

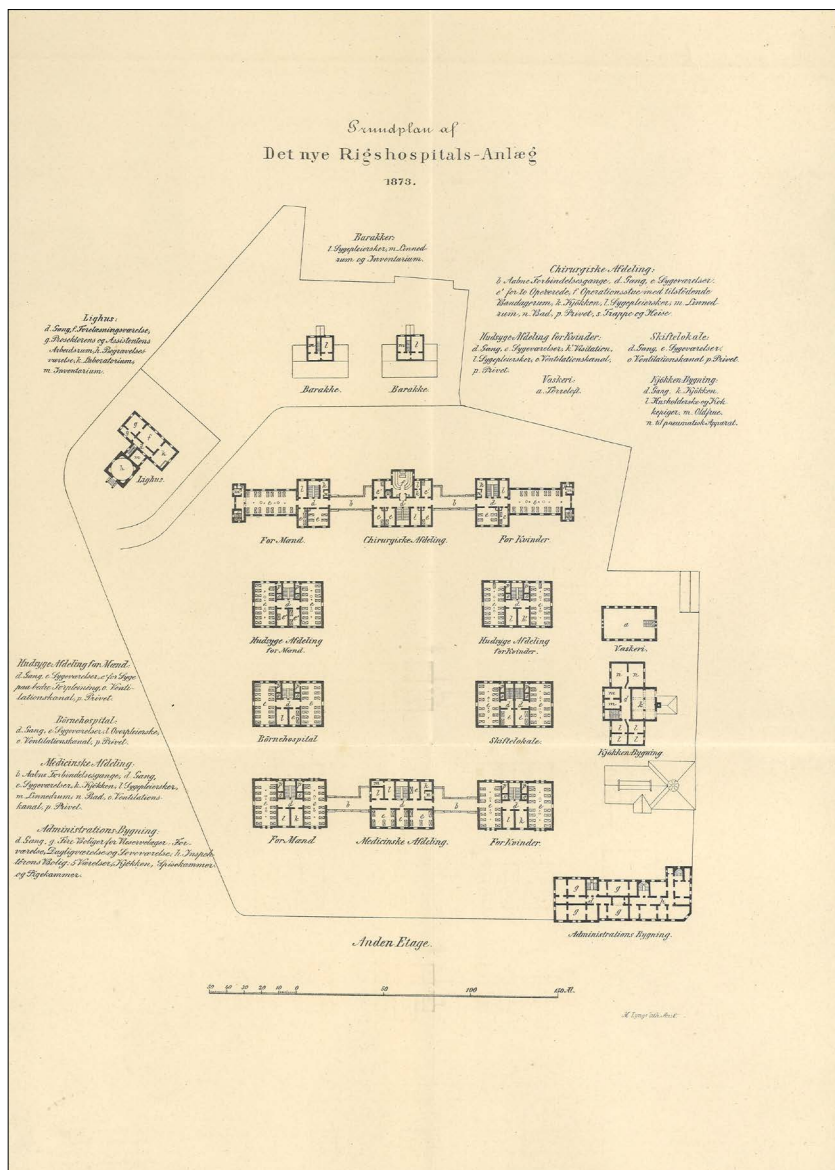
Da Rikshospitalet åpnet i Pilestredet i 1883, var det allerede for lite og på flere områder foreldet (5, s. 139). Utenfra så sykehuset imponerende ut.



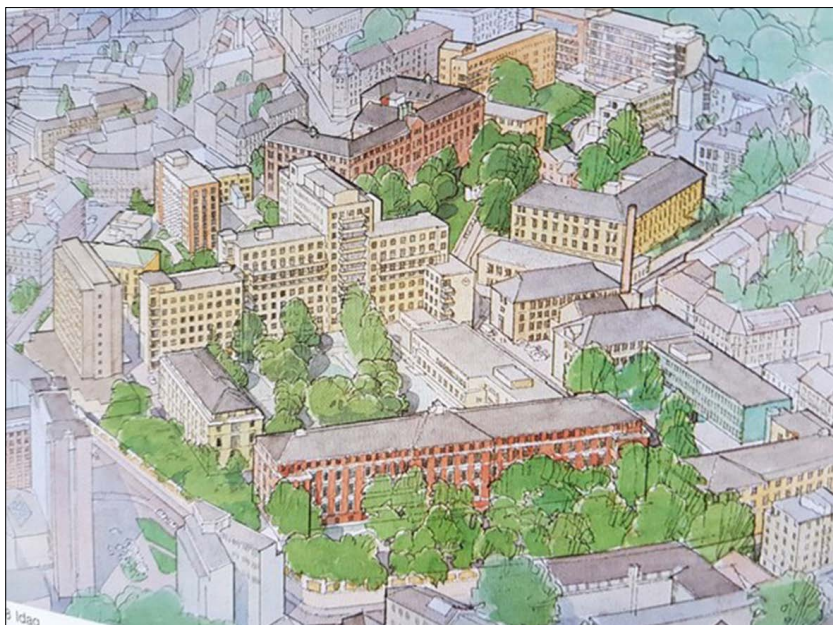
Figur 3. Rikshospitalet i Pilestredet som planlagt i 1873. Nedad til høyre medisinsk avdeling delt i tre paviljonger forbundet med broer. Oppad til venstre kirurgisk avdeling, likeledes delt i tre med broer. Mellom dem til venstre hudavdeling for menn og barneavdeling. (Ved åpningen i 1883 var hudavdelingen for menn og kvinner slått sammen.) Til høyre på hjørnet administrasjonens bygning. Kilde: Kongeriget Norges toogtyvende ordentlige Storthings Forhandlinger Aar 1873. Første del. <https://www.nb.no/items/Oda4a9f94658b119cf8786fa42734883?page=485>

Bak en høy mur som skulle skjerme mot smitte, var medisinsk og kirurgisk avdeling oppført på hver sin side av et parkanlegg (figur 3). Avdelingene var delt i tre paviljonger som var forbundet med broer, et grep som var ment å redusere smittespredning. Menn og kvinner lå i atskilte paviljonger. Plan-tegninger fra 1873 viser i detalj hvordan sengene var fordelt. Vanligst var rektangulære sykesaler med 12–18 senger plassert inn mot langveggene og med ovner i midten av rommet (figur 4). De første årene ble studentene undervist på de trange og trekkfulle broene mellom paviljongene.

Stortinget hadde også kuttet i antall senger før byggestart. Allerede 20 år etter åpningen hadde sykehuset dobbelt så mange pasienter som Stortinget hadde forutsatt. Spesialiseringen startet for alvor, noe som førte til kamp om plassen i eksisterende bygninger, og at nye hus måtte bygges på en tomt som ble utvidet i flere etapper (figur 5). I løpet av de 117 år Rikshospitalet lå i Pilestredet, økte antallet bygninger fra to til tolv. Det mest imponerende nybygget var Kvinneklubben som var ferdig i 1914. Sykehuset manglet imidlertid en plan for utvidelsene. Bevilgningene kom stykkevis og delt,



Figur 4. Grunnplan av Rikshospitalet i Pilestredet som planlagt i 1873. Så vel medisinsk som kirurgisk avdeling var delt etter kjønn. Bak kirurgisk avdeling to barakker med sykeværelser, sannsynligvis planlagt for pasienter med smittsomme sykdommer. På høyre siden ovenfra: stall, vaskeri, kjøkken og badehus. Samme kilde som figur 3. Grundplan af Det nye Røgshospitals-Anlæg. <https://www.nb.no/items/0da4a9f94658b119cf8786fa42734883?page=483>



Figur 5. Rikshospitalet i Pilestrødet 1990-årene. Medisinsk avdeling i forgrunnen med kirurgisk avdeling bak i gulhvitt farge. Kvinneklirikken i rødlig farge bak kirurgisk avdeling. Øyeavdelingen bygget i vinkel i høyre hjørne. Gjengitt med tillatelse fra Finn Østmo og Statsbygg. Faksimile fra boka Bygg for en ny tid: mot en miljøvennlig arkitektur: 127 norske eksempler av Chris Butters og Finn Østmo (utgitt av Norske arkitekter for en bærekraftig utvikling, 2000). <https://www.nb.no/items/5ce6f9430913f1a2ef388848baecb616?page=91>

ofte betydelig forsinket. På et tidlig tidspunkt ble vedlikeholdsbehovene neglisjert. Staten var selvassurandør og realistiske nedskrivninger passet ikke inn i statens regnskaper.

I konglomeratet av bygninger utviklet den somatiske sykehusmedisinen seg raskt. Rikshospitalet var heller ikke lenger det eneste sykehuset i Oslo. Lovisenberg sykehus åpnet i 1868, Ullevål sykehus i 1887, Diakonhjemmet sykehus i 1890, Aker sykehus i 1895 og Radiumhospitalet i 1932. De medisinske spesialitetene vokste i ujevn takt og endte ofte som grenspesialiteter, særlig ved de største sykehusene. Samspillet mellom statlige og kommunale sykehus i forrige århundre ble komplekst, preget av både samarbeid og konflikt. Men det var utvilsomt sunt at fagmiljøet ble bredere og større.

Til tross for vedvarende trange rammebetingelser utviklet Rikshospitalet seg til et ledende universitetssykehus i tiårene etter den andre verdenskrig. Ved 150-årsjubileet i 1976 var sykehusets profil i stor grad rendyrket med særlig ansvar for behandling av de mest kompliserte tilstandene, og det var allment akseptert som landets referansesykehus.

Rikshospitalet på Gaustad

Debatten om et nytt Rikshospital på Gaustad var intens. I 1980-årene erkjente Stortinget at den eksisterende bygningsmassen var sterkt nedslitt og lite egnet til å ivareta sykehusets funksjoner, ikke minst fordi de var spredt på et stort antall bygninger. Det var relativt bred enighet om flyttingen. Striden gjaldt i større grad sykehusets størrelse og rolle (8). Særlig var regionsykehusene kritiske. Fra 1950 til 1970 vokste regionsykehustanken frem til et bærende prinsipp i norsk sykehuspolitikk. Landet ble delt i helseregioner som fikk hvert sitt regionsykehus. Kort sagt var bekymringen at et stort rikshospital ville trekke pasienter og fagfolk bort fra regionene og undergrave regionsykehusene. Flere mente at Rikshospitalet burde være lite i volum, men stort i spesialisering. Mens planleggerne opererte med et sengetall opp mot 1000 senger foreslo de argeste kritikerne at 110 senger burde være nok. Det endte med ca. 700–750 senger som et politisk kompromiss.

Da det nye Rikshospitalet åpnet på Gaustad i mai 2000, fikk man for første gang et sykehus som var dimensjonert og tilpasset de oppgavene sykehuset skulle ivareta (figur 6) (9). Betegnelsen «*Det humanistiske sykehus*»



Figur 6. Rikshospitalet på Gaustad 2024. Gjengitt med tillatelse. Foto: Helse Sør-Øst/Byggekamera.no

blir ofte brukt om Rikshospitalet på Gaustad. Arkitektene ønsket at pasienter og fagfolk skulle oppleve en bylignende struktur med lave bygninger langs en hovedgate med sidegater. Det hersker alminnelig enighet om at sykehuset er arkitektonisk og funksjonelt vellykket. Den kompakte strukturen legger samtidig til rette for et tett tverrfaglig samarbeid

Kort etter åpningen ble det iverksatt flere reformer i helse- og omsorgstjenestene. Sykehusreformen i 2002 førte til at staten overtok eierskapet til landets sykehus, og spesialisthelsetjenesten ble delt i fem regionale helsefor-etak. Disse ble til fire i 2007 da Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF. I 2009 ble Rikshospitalet en del av Oslo universitetssykehus. Reformene endret imidlertid ikke Rikshospitalets ansvar og funksjoner. Men forhold utenfor sykehuset skulle vise seg å bringe utviklingen inn på et nytt spor. Myndighetene innså at Oslo måtte fornye sykehusstrukturen, som også omfattet Ullevål og Aker sykehus, og stilte spørsmål ved hensiktsmessigheten ved flere store sykehus på rekke og rad langs ytre ringvei. Debatten kom til å handle om Rikshospitalet skulle utvides i stedet for å utvikle Ullevål universitetssykehus. Etter en omfattende vurdering av kostnader, effektivisering, tomteforhold, tilgang på arbeidskraft og akutt beredskap vedtok Helse Sør-Øst i 2016 å etablere et samlet regionsykehus på Gaustad med funksjoner både fra Ullevål og Rikshospitalet, samt et nytt lokalsykehus på Aker. Vedtaket ble senere godkjent av Stortinget. Planen innebærer at Ullevål sykehus avvikles, og at funksjoner flyttes til Gaustad og Aker. I skrivende stund er ombyggingen av Rikshospitalet i full gang. Det dreier seg om en utvidelse på 150 000 m² som skal ferdigstilles i 2031 (figur 7).

Rikshospitalet og fakultetet

Samarbeidet mellom Rikshospitalet og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo er like gammelt som Rikshospitalet (7, 10). De første professorene i medisin ved Det Kongelige Frederiks Universitet hadde arbeidet i 13 år da de ble Rikshospitalets overleger. I mer enn hundre år var universitetsprofessorene dominerende i hospitalets styre og stell, ikke i antall, men fordi de var professorer i hovedstilling ved universitetet. På slutten av 1800-tallet ble denne gruppen omtalt som «*fakultetsherrene*». Denne innflytelsen er blitt vesentlig svekket de siste tiårene, først og fremst fordi mange ordinært ansatte sykehusleger har opparbeidet høy vitenskapelig kompetanse, og fordi sykehuset i økende grad har vektlagt erfaring i ledelse og ressursstyring. I 2001 ble det besluttet at alle avdelingssjefer ved sykehuset skulle være ansatt i hovedstilling ved sykehuset og eventuelt i vitenskapelig bistilling ved Universitetet i Oslo. Fakultetet har akseptert dette fordi sykehusansatte



Figur 7. Rikshospitalet planlagt åpnet i 2031. Den gamle bygningskroppen ses i blågrå farge, mens nye bygninger er vist i rødbrun farge. Gjengitt med tillatelse fra Helse Sør-Øst Prosjektorganisasjon og Prosjektgruppen Nye Rikshospitalet

i professor II-stillinger fortsatt har stor innflytelse som forskningsledere og undervisere.

Ett problemområde sto fortsatt uløst ved årtusenskiftet. Bare direktøren og hans stab visste hvor mye Stortinget hvert år bevilget til forskning og undervisning gjennom en sekkebevilgning i statsbudsjettet. Ansatte i sykehuset, inkludert universitetstilsatte, hadde hverken innsikt i hvor mye som var bevilget til forskning, eller mulighet til å påvirke fordelingen av midlene. Direktøren satt på kunnskapen og delte den ikke. Et viktig vendepunkt kom da Riksrevisjonen i 1998 påpekte at midlene til forskning og undervisning i stor grad ble brukt til drift ved regionsykehusene. En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet i 2002 anbefalte at tilskuddet til forskning og undervisning – universitetssykehusstilskuddet – skulle fordeles i samarbeidsutvalg med representanter fra sykehus og universitet (11). Slik kom tallene på bordet, også hva Stortinget årlig bevilget til forskning på Rikshospitalet. Denne omleggingen var noe av det viktigste jeg var med på å gjennomføre som dekan ved Det medisinske fakultet. Midlene til forskning ved Rikshospitalet økte betydelig, og forskningen blomstret. I årene som fulgte, ble det etablert mer systematiske og forpliktende samarbeidsformer mellom institusjonene, inkludert rapportering. Sykehusdirektør Åge Dani-

elsen og jeg undertegnet den første gjensidig forpliktende avtalen mellom sykehusledelse og fakultetsledelse i 2006. Avtalen omfattet felles forskningsutvalg for de to institusjonene, organiseringen av forskningsledelse og prinsipper for rapportering (12, s. 552).

Hvorfor har Rikshospitalet dominert norsk sykehusmedisin?

Fra starten har Rikshospitalet hatt en særstilling som universitetssykehus med ansvar for de mest kompliserte og behandlingskrevende pasientene. Rammene for å løse disse oppgavene har ikke vært tilfredsstillende, men hverken staten eller Stortinget har utfordret prinsippet om ett nasjonalt referansesykehus. Vi er færre enn seks millioner innbyggere i Norge, og tilfredsstillende kvalitet på behandlingstilbudet forutsetter tilstrekkelig erfaringsoppbygging og samling av fagfolk. Rikshospitalet og Det medisinske fakultet har utviklet et tett og gjensidig avhengighetsforhold (10). Sykehusets rolle som forskningsinstitusjon er imponerende og godt dokumentert (12). En betydelig andel av den tyngste forskningen er nært knyttet til sykehusets ansvar for landsfunksjoner.

En landsfunksjon er en nasjonal spesialistfunksjon som er konsentrert til en eller svært få sykehus, og regulert av Helse- og omsorgsdepartementet. I hospitalets første 70–80 år omfattet dette særlig avansert kirurgi og sjeldne inngrep. Senere har et stadig stigende antall landsfunksjoner blitt tillagt hospitalet, hvorav organtransplantasjoner er den mest omfattende (13). Andre eksempler er diagnostikk og behandling av medfødte og sjeldne sykdommer.

Dokumentasjon av hverdagsliv i Rikshospitalet

En interessant observasjon er hvor lite av hverdagslivet i norske sykehus som er dokumentert. I nyhetsarkiver dominerer saker om skandaler, feilbehandling eller besøk og innleggelse av medlemmer av kongefamilien. I forståelse med sykehusledelsen gjorde jeg videoopptak i Rikshospitalet i Pilestredet før flytting og rivning. En lignende dokumentasjon ble gjennomført ved Rikshospitalet på Gaustad i 2023–2024, umiddelbart før ombyggingen av sykehuset startet. En redigert versjon av filmen fra Pilestredet på ca. 35 minutter er tilgjengelig på nett (14), og den er også deponert i Riksarkivet. Filmen fra Gaustad ble utført i samarbeid med Paal Lunde fra Eiendomsavdelingen, Oslo universitetssykehus. Planen er at denne filmen skal bli tilgjengelig på YouTube. Sammen med Lunde har jeg også laget et sammendrag basert på begge filmer som blir vist i forbindelse med Rikshospitalets 200-årsjubileum i oktober 2026 (15).

Veien videre

Beslutningen om å utvide Rikshospitalet med 150 000 m² var ikke begrunnet i at bygningsmassen var i forfall, eller at sykehuset hadde vansker med å løse sine oppgaver. Tvert om, gjennom 25 år på Gaustad har sykehuset fungert utmerket og blitt hyppig besøkt av folk fra inn- og utland som inspirasjon for planlegging av sykehus. Hovedbegrunnelsen for utvidelsen var at Oslo trenger fornyelse av sine sykehus. Det «fjerde rikshospital», som etter planene åpner i 2031, vil dominere norsk medisin i kraft av sin størrelse og sannsynligvis fungere som en magnet i kampen om de dyktigste fagfolkene. Høyspesialiseringen vil fortsette med tilbud rettet mot stadig mindre pasientgrupper med svært ressurskrevende behandling. En ekstra bonus er at det nye sykehuset skal være lokalsykehus for 200 000 av Oslos befolkning. Rikshospitalet har i alle år savnet pasienter med ordinære sykdommer til bruk i undervisningen av medisinske studenter. Omleggingen fører til at Rikshospitalet, i tillegg til sin nasjonale referansefunksjon, får en større lokal forankring i Oslo-området.

Litteratur

1. Johansen JMN. *Historisk beretning om Rigshospitalet og Fødselsstiftelsen i Christiania*. Christiania: W.C. Fabritius, 1865. <https://www.nb.no/items/6c4da04f485c4c7857d72d71fba919b2?page=0> (19.6.2026)
2. Larsen Ø, Børdahl PE. Hvorfor et «almindeligt Hospital for Riget»? I: Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker: Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal, 2001: 11–22. <https://www.nb.no/items/663ea9b58ae65e79c0a9b9702218c67b?page=13> (19.6.2026)
3. Evensen SA. Militærhospitalet som ble rikshospital. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137: 129–132. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0567>
4. Evensen SA. Pleien og pleierne i Rikshospitalets første 50 år. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137: 1933–1936. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0568>
5. Elster T. *Rikets hospital*. Oslo: Aschehoug, 1990. <https://www.nb.no/items/ac33758ee80ea8eb3f90141d1ef8803b?page=0> (19.6.2026)
6. Strømskag KE. Anestesi kommer til Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2002; 122: 804–805. <https://tidsskriftet.no/2002/03/merkesteiner-i-norsk-medisin/anestesi-kommer-til-norge> (19.6.2026)
7. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium: Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814–2014). *Michael* 2014; 11: Supplement 15. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/15> (19.6.2026)
8. Evensen SA. Hva slags Rikshospital? *Aftenposten* 6.12.1989: 11. <https://www.nb.no/items/30752b15750308993056ade550f8c6c6?page=9> (19.6.2026)
9. Evensen SA. Ved åpningen av det tredje rikshospital. *Aftenposten* 22.9.2000: 14. <https://www.nb.no/items/f9ce99bde03181bf15b943d819e1b2f4?page=15> (19.6.2026)

10. Evensen SA. Universitetet og Rikshospitalet – betraktninger fra en siamesisk tvilling. I: Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker: Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal, 2001: 74–82. <https://www.nb.no/items/663ea9b58ae65e79c0a9b9702218c67b?page=77> (19.6.2026)
11. *Fra regionsykehus tilskudd til universitetssykehus tilskudd*. Rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedepartementet 17.6.2002.
12. Smiseth O, Thorsby E. Rikshospitalet som forskningsinstitusjon. I: Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker: Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal, 2001: 83–98. <https://www.nb.no/items/663ea9b58ae65e79c0a9b9702218c67b?page=85> (19.6.2026)
13. Pfeffer P, Albrechtsen D. *En gave for livet: historien om organtransplantasjon i Norge*. Oslo: Unipub, 2011. <https://www.nb.no/items/7510def9406ce157a5e58404561d0b33?page=0> (19.6.2026)
14. Evensen SA. *Rikets hospital: Et øyeblikksbilde fra gamle Rikshospitalet i Pilestredet 1998/99, det siste året det var i drift*. Video 37 minutter. <https://sykehushistorier.com/items/show/171> (19.6.2026)
15. Evensen SA, Lunde P. *Rikshospitalet 2000–2024*. Video 35 minutter. <https://vimeo.com/1094360632/cccd5bce98> (19.6.2026)
16. Evensen SA, Lunde P. *På vei mot Rikshospitalets 200 års jubileum*. Video 23:41 minutter. <https://vimeo.com/1191093950/98ea01d0fc> (19.6.2026)

Stein A. Evensen
sa.evensen@outlook.com
Furulundveien 1G
0282 Oslo

Stein A. Evensen er professor emeritus dr.med. ved Universitetet i Oslo og arbeidet ved Rikshospitalet fra 1973 til 2012. Han var dekan ved Det medisinske fakultet 1998–2006 og har vært medlem av styrene ved Rikshospitalet, Akershus universitetssykehus og Stiftelsen Radiumhospitalet.

Artikkelen er fagfellevurdert

Maleriet som forstyrret forelesningene

Michael 2026; 23: 280–284

doi: 10.5617/michael.13591

Det monumentale historiemaleriet Christian II undertegner dødsdommen over Torben Oxe hang i auditoriet ved Rikshospitalets neurologiske avdeling omkring 1960. Det er smått fantastisk at et slikt verk en gang befant seg på veggen i et sykehus.

Øivind Larsen (f. 1938) og Arvid Heiberg (f. 1937) fortalte meg nylig en fascinerende historie fra sin studietid. Da de var medisinstudenter ved Nevrologisk avdeling på Rikshospitalet i 1960, hang Eilif Peterssens store historiemaleri *Christian II undertegner dødsdommen over Torben Oxe* på langveggen i auditoriet der (figur 1) (1).

Rommet hadde plass til et «halvkull», omtrent 30 studenter. Maleriet var så stort at man måtte passe seg for ikke å komme borti det når man skulle inn i en benkerad. Larsen fortalte at bildet virket distraherende under undervisningen. Det dramatiske motivet fanget oppmerksomheten, og særlig kongens blikk – idet han sitter og vurderer om han skal signere dødsdommen – fikk det til å gå kaldt nedover ryggen.

Maleriets historie

Maleriet ble til i München i 1875–1876, der Eilif Peterssen (1852–1928) arbeidet under sin utdanning og tidlige karriere. Kunstneren var bare 23 år gammel da bildet ble malt. Det ble hans store gjennombrudd og regnes fortsatt som et av hans hovedverk (2), ja, som et hovedverk i norsk kunsthistorie i det hele tatt (3). Det vakte enorm oppsikt allerede før det var ferdigstilt og ble kjøpt av den tyske foreningen *Verbindung für historische Kunst* i Stuttgart (4).

Verket kom endelig «hjem» til Norge i 1941, da kunsthandler Harald Holst Halvorsen (1889–1960) gjorde en byttehandel med Stadtmuseum Breslau. Han skal ha holdt bildet skjult under krigen av frykt for at tyskerne ville kreve det utlevert (5, s. 127).



Figur 1. Christian II undertegner dødsdommen over Torben Oxe av Eilif Peterssen hang omkring 1960 i auditoriet i Nevrologisk avdeling på Rikshospitalet. Foto: Nasjonalmuseet/Lathion, Jacques. Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design, Billedkunstsamlingene (1). Lisens: fri bruk.

I 1950-årene solgte han bildet til Ragnar Moltzau (1901–1982), som innlemmet det i sine samlinger (5, s. 127). Moltzau hadde studert medisin i 1920-årene, men måtte angivelig slutte etter et par år på grunn av allergier (6). Han etablerte seg i stedet som skipsreder, men var mest kjent som kunstsamler og kunstkjenner (7–10).

I desember 1959 meldte Aftenposten at Moltzau hadde lånt ut flere malerier til Rikshospitalet, deriblant dette bildet (11): «Skipsreder Ragnar Moltzau har i dag utlånt en praktfull samling malerier til Rikshospitalet, hvis pasienter og leger og sykepleiere vil få gleden av bildene i den tid de henger på Rikshospitalets vegger». Avisen skrev at kunsthistorikeren Henning Gran (1906–1978) og Rikshospitalets direktør Tryggve Hauan (1909–2003), «i formiddag» var opptatt med forberedelse til opphengning av de skjønne verker (11) (figur 2).

Det passet sikkert bra med et slikt maleri for sjefen ved Nevrologisk avdeling, professor Sigvald Refsum (1907–1991). Kunst og kultur var, ved siden av nevrologien, hans hovedinteresser (12, s. 40).

I 1977 var maleriet igjen til salgs, denne gang hos kunsthandler Haaken Christensen (1924–2008), og etter rensing ved Nasjonalgalleriet ble det beskrevet å være i usedvanlig god forfatning (5, s. 127).

Ragnar Moltzau låner ut malerier til Rikshospitalet

Skipsreder Ragnar Moltzau har idag utlånt en praktfull samling malerier til Rikshospitalet, hvis pasienter og leger og sykepleiere vil få gleden av bildene i den tid de henger på Rikshospitalets vegger.

Samlingen omfatter Åtte stykker av Munch-frisen, seks av Jør Krohgs malerier, en emaljereleff av Guy Krohg, portrett av Christian II, malt av Eilif Pettersen, to bilder av Erling Enser, Jean Heibergs «Gammel mann» og «Skogsinteriør» og Bjarne Ness' «Sjømannsskisse».

Rian er i den utlånte samling representert med «Interiør», Rolf Nesch med 12 stykker grafikk, ett maleri på papir og en gouache.

Victor Smiths «Kvinne med Violoncell» og Finn Nielsens «Fra Mexico» hører også til utvalget, likeså Matisse's «Interiør med vindus», Zavouki «Vase» og to farvelitografier av Braque, «Hester» og «Te-kanne».

Henning Gran og dr. Trygve Hauan var iformiddag opptatt med forberedelsene til opphengning av de skjønneste verker.

Figur 2. Faksimile fra Aftenposten 14. desember 1959 (11).

Nasjonalgalleriet kjøpte nå bildet med bidrag fra Norsk kulturfond (13). Prisen var 250 000 kroner og skal ha vært den høyeste sum som noen gang var betalt for et verk av en norsk kunstner (5, s. 128). Med dette kjøpet fikk bildet sin plass i den nasjonale samlingen der det hører hjemme (5, s. 128). Direktør Knut Berg (1925–2007) omtalte senere kjøpet som noe av det beste som hadde skjedd i hans direktørperiode (14).

Tiden på Rikshospitalet

Bildet var godt kjent fra skolebøker og kunsthistorier (15), men det hadde knapt vært å se i Norge før det ble hengt opp på Rikshospitalet. Det var utstilt på Jubileumsutstillingen i hovedstaden i 1914 (5, s. 127), i Nasjonalgalleriet i 1948 (16) og i Oslo kunstforening i 1953 (17).

Jeg har forsøkt å finne ut hvor lenge maleriet kunne beskues på Rikshospitalet. Nasjonalmuseet opplyser at de ikke vet hvor verket befant seg da det var i Moltzaus eie (Mari Grinde Arntzen, personlig meddelelse).

Oppslaget i Aftenposten dokumenterer at det kom til Rikshospitalet før jul i 1959 (11), og Øivind Larsen og Arvid Heiberg, som ble cand.med. i 1962, husker altså bildet fra sin studietid. Det bekreftes også av Ragnar Stien, cand.med. i 1964. Men ellers er det ingen som kan erindre bildet. Jeg har spurt nærmere 20 kolleger som studerte fra slutten av 1960-årene, men ingen av dem har noen minner om det. Heller ikke en e-postutsendelse til medlemmene i Eldre legers forening ga nye opplysninger.

Bildet er stort, 141,5 x 200,5 cm, og motivet er så sterkt at de fleste nok ville ha lagt merke til det dersom det hadde hengt der da de var studenter. Den foreløpige konklusjonen må derfor være at maleriet antakelig hang på Rikshospitalet bare i en ganske kort periode. Kanskje noen lesere kan gi supplerende opplysninger?

Historien bak motivet

Handlingen i maleriet utspiller seg i København i 1517. Befalingsmannen Torben Oxe (død 1517), som tjente kong Christian II (1481–1559) på Københavns slott, ble anklaget for å ha forgiftet kongens elskerinne Dyveke Sigbrittsdatter (1490–1517). Selv om Oxe ble frikjent av riksrådet, sørget kongen for at saken ble tatt opp igjen ved en bondedomstol som dømte ham til døden. Til tross for bønn fra hoffet, dronning Elisabeth (1501–1526) og riksrådet, valgte kongen å stadfeste dommen.

Peterssens maleri skildrer øyeblikket rett før denne beslutningen tas. Peterssen skildrer altså ikke selve handlingen, men tidspunktet umiddelbart før kongen skriver under på Torben Oxes dødsdom. På denne måten oppnår han maksimal spenning i bildet (2).

Maleriet viser ingen ytre handling eller synlig dramatikk. Spenningen foregår på det indre plan. Det er det psykologiske dramaet som fremstilles. Kongen sitter i en gyllenlærstol ved bordenden med dokumentene foran seg. Ansiktet uttrykker indre konflikt. Han har blikket rettet stivt fremfor seg, munnen er sammenbitt, knokene hvitner. Han vet at en undertegning vil sette ham opp mot adelen, men en benådning vil være et svik mot Dyveke. Denne tvilen er selve kjernen i komposisjonen (2).

Til venstre for kongen står den slu erkebiskopen Didrik Slagheck (død 1522) med et insisterende blick og fjærpenner klar. Han forsøker å overtale ham til å undertegne. På kongens andre side står hans unge dronning med bedende blick og den venstre hånden over hans i en fortvilet bønn, kanskje like mye for kongen selv og hans fremtid som for Torben Oxe (2). Sammen med dronningen står tre av hennes hoffdamer i forskjellige aldre og med varierende grad av inntrengende appell i ansiktsuttrykket (2). Både dronningen og Slagheck lener seg inn mot kongen – han i svart, hun i hvitt, som symboler på det godes kamp mot det onde (18). I det dunkle mørket i bakgrunnen skimtes representanter for adelen, som allerede legger planer mot kongen. De stikker hodene sammen, som i en konspirasjon. Den rødkledde mannen med kalott skal være Johannes Angelus Arcimboldus (1485–1555), pavens utsending, kjent fra sin handel med avlatsbrev i Norden.

Torben Oxe ble halshugget på dagens Kultorvet i København 29. november 1517, en hendelse som ble stående som et mørkt symbol på kong Christian II's konflikt med adelen. Dødsdommen i 1517 fikk politiske konsekvenser og førte indirekte til kongens fall noen år senere (1).

Peterssen studerte historiske kilder og tidligere framstillinger av kongen (5), men tok seg også betydelige friheter. Didrik Slagheck, for eksempel, ble ikke sekretær for Christian II før etter henrettelsen av Torben Oxe (19).

Få historiemalerier i Norge

Historiemaleriet, altså maleri som skildrer viktige hendelser fra fortiden, fikk aldri samme utbredelse i Norge som i mange andre land. En viktig grunn var at få hadde ressurser til å bestille slike monumentale verk. I store deler av Europa ble historiemaleriet støttet som et nasjonsbyggende kunstuttrykk, særlig på 1700- og 1800-tallet.

Etter 1814 var det sterkere interesse for å skape en nasjonal identitet gjennom landskapsmaleri og folkelivsskildringer, motiver som kunne symbolisere det norske, snarere enn å gjengi dramatiske historiske hendelser. Eilif Peterssens maleri er derfor et av relativt få eksempler på et norsk

historiemaleri i europeisk tradisjon. Det er endatil omtalt som det mest betydelige historiemaleriet i norsk kunsthistorie (2, s. 47).

Litteratur

1. *Christian II undertegner dødsdommen over Torben Oxe*. Nasjonalmuseet. <https://www.nasjonalmuseet.no/samlingen/objekt/NG.M.03118> (21.10.2025)
2. Kokkin J. *Eilif Peterssen: mellom stemninger og impresjoner*. Oslo: Pax, 2009: 41–47, 310, 354.
3. Kongssund A. *Fra nazistene til Nasjonalmuseet*. *Klassekampen* 10.5.2021: 28–29.
4. Kokkin J. Eilif Peterssen. I: *Norsk biografisk leksikon*. https://nbl.snl.no/Eilif_Peterssen (17.10.2025).
5. Ebbesen KM. *Eilif Peterssens historiemalerier*. Bd. 2. Mastergradsavhandling i kunsthistorie. Oslo: Universitetet i Oslo, 1984: 88–128.
6. *Ragnar Moltzau*. *Dagbladet* 12.3.1955: 7.
7. Erichsen RW, red. *Studentene fra 1921: biografiske opplysninger samlet til 25 års jubileet 1946*. Bergen: Bokkomiteen, 1949: 227.
8. Erichsen RW, red. *Studentene fra 1921: biografiske opplysninger samlet til 50-års jubileet 1971*. Oslo: Bokkomiteen, 1971: 206.
9. Steenstrup B, red. *Hvem er hvem?* 10. utg. Oslo: Aschehoug, 1968: 388.
10. *Ragnar Moltzau 75 år*. *Aftenposten (morgenutgave)* 6.4.1976: 10.
11. *Ragnar Moltzau låner ut malerier til Rikshospitalet*. *Aftenposten (aftenutgave)* 14.12.1959: 8.
12. Stensrud P, Jevnaker K, Gjerstad L. *Rikshospitalets neurologiske avdeling 100 år*. Oslo: Rikshospitalet, 1995: 40.
13. Bjærke TT, Sørensen B. *Katalog over norsk malerkunst: tilvekst 1968–1978*. Oslo: Nasjonalgalleriet, 1979: 67.
14. Gjessing G. *Den siste småkonge*. *Aftenposten (morgenutgave)* 18.7.1995: 21.
15. *Et mesterverk*. *Nationen* 13.9.1945: 3.
16. *2 berømte norske kunstverker i norsk eie igjen*. *Dagbladet* 28.5.1948: 2.
17. *Eilif Peterssen i Kunstforeningen*. *Dagbladet* 28.1.1953: 4.
18. Hansen VW, Lerberg EJ, Yvenes M, red. *Nasjonalmuseet: høydepunkter: kunst fra antikken til 1945*. Oslo: Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design, 2014: 133.
19. Rød J, Fredheim A. *Malerier: en omvisning i norsk kunsthistorie*. Oslo: Gyldendal fakta, 2004: 100.

Erlend Hem

erlend.hem@lefo.no

Legeforskningsinstituttet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Høreapparatet – fra analog forstørrelse til digital presisjon

Michael 2026; 23: 285–291

doi: 10.5617/michael.13592

Høreapparatet har endret seg dramatisk fra de første og enkle modellene, men få vet hvor store fremskritt som ligger bak måten vi hører på i dag.

Historien om høreapparatet er utviklingen fra enkle, mekaniske forsterkere til dagens avanserte, digitale minidatamaskiner. Det omfatter ikke bare teknologiske nyvinninger, men også en stadig dypere forståelse av lyd, akustikk og menneskelig hørsel. Det som en gang var klumpete og upraktisk, er i dag blitt et diskret og effektivt hjelpemiddel og illustrerer hvordan teknologi kan støtte vår evne til å kommunisere og orientere oss gjennom lyd.

De første apparatene

De første høreapparatene var rent akustiske og mekaniske og ble gjerne omtalt som *øretrompeter* og *hørehorn* (1). De besto av enkle, traktformede rør som samlet og ledet lyd inn i øret – en primitiv, men likevel funksjonell form for forsterking. Materialene varierte fra dyrehorn til metall, og designene var ofte store og upraktiske.

Etter hvert ble apparatene mer sofistikerte. For å unngå den synlige og stigmatiserende utformingen forsøkte man å integrere høreapparatene i hverdagslige gjenstander. Hørerør ble bygget inn i for eksempel hatter, pannebånd og endatil i stoler. Disse tidlige forsøkene var ikke spesielt effektive, men de representerte et viktig steg mot mer diskrete løsninger. Bak forsøkene lå et ønske om å redusere det sosiale stigmaet som var knyttet til hørselstap og den synlige bruken av hjelpemidler.

På 1800-tallet ble produksjonen av mekaniske høreapparater stadig mer utbredt. Flere selskaper begynte å utvikle og selge ulike varianter av øretrompeter og hørehorn, som etter hvert ble tilpasset i både størrelse og form



Figur 1. Pastell av Peder Severin Krøyer (1851–1909). Motivet er hentet fra spisestuen på Aulestad sommeren 1901. Bjørnstjerne (1832–1910) og Karoline Bjørnson (1835–1934) sitter ved bordenden, hun med sitt hørerør. <https://digitaltmuseum.org/01101378209/gjenstand-maleri-ba-00587-krøyer>

for å gi bedre lydopptak. Til tross for disse forbedringene forble apparatene upraktiske. Brukerne måtte fremdeles holde dem mot øret, noe som begrenset både bevegelsesfrihet og diskresjon (figur 1). Den mekaniske æraen la likevel et viktig grunnlag for den videre teknologiske utviklingen.

De første elektroniske høreapparater

Mot slutten av 1800-tallet kom en teknologisk revolusjon: oppfinnelsen av telefonen og mikrofonen. Disse nyvinningene la grunnlaget for utviklingen av de første elektriske høreapparater. Det første bærbare høreapparatet, Akouphone, ble patentert i 1902 – en konstruksjon som benyttet kullmikrofon, forsterker og batteri for å øke lydstyrken (2).

Selv om disse tidlige modellene var store, tunge og avhengige av voluminøse batterier, markerte de et betydelig fremskritt. For første gang kunne hørselshjelp baseres på elektriske prinsipper snarere enn rent mekaniske.

I løpet av de neste tiårene ble høreapparater gradvis mindre, mer pålitelige og teknisk avanserte. Utviklingen av vakuumrør i 1920-årene gjorde

det mulig å oppnå kraftigere forsterking og bedre lyd kvalitet, men apparatene var fortsatt store og tunge.

Et nytt gjennombrudd kom med transistoren i 1950-årene. Transistorene erstattet de store og strømkrevende vakuummørene, og åpnet for en ny generasjon høreapparater som var både mindre, lettere og mer energieffektive. Denne teknologiske revolusjonen banet vei for de første bak øret-apparater (Behind The Ear, BTE), og etter hvert for de enda mer diskrete modellene som kunne bæres inne i øret (In The Ear, ITE).

Til tross for de teknologiske fremskrittene var høreapparater i mange år preget av sosialt stigma. De ble sett på som et synlig tegn på alderdom eller funksjonsnedsettelse. I tillegg var de kostbare, og det var først da offentlige støtteordninger ble etablert, at høreapparater ble tilgjengelige for et bredere lag av befolkningen.

Den økende tilgjengeligheten – kombinert med stadig mindre og mer elegante design – bidro gradvis til å redusere stigmaet. Høreapparatet gikk fra å være et symbol på tap til å bli et naturlig og akseptert hjelpemiddel for bedre livskvalitet.

Men også på dette feltet fantes det lurendreiere. I Munchmuseets utstilling *Livsblod* sommeren 2025 ble et spesielt høreapparat vist fram. Det var et apparat i sølv som Inger Munch (1868–1952), Edvard Munchs (1863–1944) søster, skal ha brukt (figur 2). Disse såkalte Vibraphone-apparatene ble produsert fra 1920-årene (3). Samtiden møtte dem imidlertid med skepsis. Mange mente at Vibraphone var ren svindel, og det ble gjort forsøk på å stanse både produksjon og markedsføring. Apparatene ble laget i ulike størrelser og besto av sølvkamre formet som en L, der små metalltunger i det større kammeret skulle vibrere med lyden. De hadde neppe noen effekt,



Figur 2. Et Vibraphone-høreapparat i sølv, angivelig brukt av Edvard Munchs (1863–1944) søster Inger (1868–1952). Det ble vist i Munchmuseets utstilling Livsblod sommeren 2025. Det ble allerede i sin samtid oppfattet som humbug. Foto: Lars Erik Eriksen

selv for personer med mildt hørselstap. Øre-nese-hals-legen Hans Fredrik Fabritius (1905–1999) la ikke fingrene imellom i en artikkel i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i 1947: «Det er synd at det overhodet er tillatt å reklamere for og selge slike apparater som bare kan lokke penger fra godtroende pasienter, og jeg vil henstille til kollegene å fraråde tunghørte å kaste bort penger på dem» (4).

Den digitale revolusjonen

Neste sprang i høreapparatets historie kom med innføringen av digital teknologi i 1990-årene. Digitale høreapparater benytter mikroprosessorer til å behandle lyd, noe som åpnet for nye muligheter. I stedet for å forsterke all lyd ukritisk kan de digitale apparatene filtrere bort bakgrunnsstøy, justere volumet automatisk etter omgivelsene og tilpasses brukerens individuelle hørselstap.

Denne presise lydbehandlingen representerer en utvikling fra de analoge forgjengerne og har gjort moderne høreapparater både mer naturlige, komfortable og effektive i bruk. Mange modeller er så små at de knapt er synlige, og de kan kobles trådløst til smarttelefoner, TV-er og andre enheter. Denne tilkoblingen gjør det mulig å strøme lyd direkte til høreapparatene, noe som gir bedre taleforståelse og en mer naturlig lytteopplevelse i ulike situasjoner.

Stadig flere apparater er oppladbare, noe som eliminerer behovet for de tradisjonelle små batteriene. Høreapparatet har dermed gått fra å være et rent hjelpemiddel til å bli en integrert del av det moderne, digitale livet.

Med stadig raskere mikroprosessorer, bedre batteriteknologi og fremskritt innen kunstig intelligens, vil fremtidens høreapparater trolig utvikles videre. Cochleaimplantater viser hvor langt teknologien har kommet. De gjør det mulig å gjenopprette hørsel hos personer med alvorlig hørselstap ved å omgå skadede deler av det indre øret (5).

Høreapparat eller ørepropper

I de siste årene er ørepropper (på engelsk: *earbuds*) lansert som et hjelpemiddel ved nedsatt hørsel. Valget mellom høreapparat og ørepropper avhenger av formålet. Høreapparater er medisinsk utstyr som er utviklet for å behandle hørselstap. Moderne høreapparater er utstyrt med avansert lydbehandling som filtrerer bort bakgrunnsstøy, forbedrer taleforståelse og justerer lyden automatisk etter ulike miljøer. Medisinsk rådgivning og jevnlig oppfølging sikrer at apparatet tilpasses dersom hørselen endrer seg. Høreapparater gir dermed effektiv støtte i alle daglige situasjoner, ikke bare ved musikk eller samtaler.

Ørepropper er primært laget for underholdning, men enkelte moderne modeller kan også støtte hørselen. Eksempelvis tilbyr Apple AirPods Pro 2 og 3 en høreapparatfunksjon på klinisk nivå for mildt til moderat hørselstap, i tillegg til en mediehjelpfunksjon som gjør lyd i musikk, videoer og samtaler klarere (6). Brukeren kan gjennomføre en hørselstest via iPhone eller iPad, som lager en personlig lydprofil og kan justeres etter behov (7).

Men ørepropper er ikke medisinsk utstyr. De gir ikke samme presise tilpasning eller funksjonalitet som et høreapparat, og omfattes ikke av de samme medisinske reguleringene. Langvarig bruk på høyt volum kan føre til ytterligere hørselsskade, så det er viktig å bruke dem på et trygt volumnivå og ta pauser. Ørepropper med hørselshjelp kan være nyttige for personer med mildt til moderat hørselstap, men er ikke et alternativ for mer alvorlige tilfeller der profesjonell tilpasning er nødvendig.

Teleslynge, telespole og auracast

Teleslynge er et system som ble utbredt fra 1960- og 70-årene. Denne teknologien overfører lyd via et magnetfelt og er ofte brukt i offentlige rom, som kirker, teatre og forelesningssaler. Lyden fra en mikrofon eller et annet lydanlegg sendes gjennom en kabel koblet til en forsterker, som skaper magnetfeltet rundt kabelen.

En telespole (T-spole) er en liten spole inne i høreapparatet som fanger opp magnetfeltet. Når høreapparatet settes til T-stilling (teleslynge-modus), sendes lyden direkte til øret uten bakgrunnsstøy, noe som gir en klarere og mer forståelig lydopplevelse. De fleste moderne høreapparater har integrert telespole, eller kan utstyres med det som tilleggsfunksjon.

Tradisjonell teleslynge-teknologi er kostbar å installere og vedlikeholde, og lyden gjengis i mono, noe som gir et begrenset lydbilde (8). Den er derfor i ferd med å fases ut til fordel for nyere teknologi.

Auracast er ment å erstatte dagens teleslynge. Det er en fleksibel, trådløs løsning basert på en nyere versjon av blåtannteknologi (*Bluetooth*). Lyden kan strømmes direkte fra en kringkastingskilde til kompatible brukerenheter, uten at det er behov for å installere sløyfer i hvert rom. Utstyret er standardisert, rimelig å anskaffe sammenliknet med systemer som bare fungerer med én leverandør, enkelt å sette opp og gir god lydgjengivelse. Auracast er ikke bare for høreapparatbrukere, men tilbys til alle som ønsker en forbedret lytteopplevelse (9).

Flere produsenter tilbyr i dag høreapparater med både auracast og telespole, noe som gir utvidet funksjonalitet. Det finnes også modeller tilpasset cochleaimplantat-brukere, mens andre apparater vil få auracast-funksjonen aktivert i senere versjoner.



Figur 3. En mikrofon med sender (til venstre) og mottaker (til høyre) basert på auracast-teknologi. Mikrofonen festes på brystet til den som snakker og mottakeren kobles til hodetelefoner. Foto: Lars Erik Eriksen

Overgangen fra telespole til auracast vil i årene fremover være en betydelig endring for brukerne, og vil kreve at alt utstyr – høreapparater, sendere og mottakere – er oppdatert. Utrullingen av denne nye teknologien har begynt, men vil ta noe tid siden brukerne må bytte ut sine eksisterende høreapparater eller oppgradere dem som allerede er klargjort for auracast. Auracast-standarden kan på mange måter ses på som teleslynge 2.0, men er gjort tilgjengelig i en større skala og for flere anvendelsesområder (10).

Helsehistorisk forum investerte i 2025 i utstyr basert på den nye auracast-teknologien. Det ble første gang brukt under en gruppeomvisning i Munchmuseet i september. Guidene i museet brukte mikrofon som ble festet på brystet, og hver deltaker fikk utlånt hver sin auracast-mottaker med hodetelefoner. For deltakere med høreapparat ble lyden sendt direkte til apparatet (figur 3). Dette var første gang utstyr basert på auracast-teknologi ble brukt ved Munchmuseet. Utstyret fikk gode tilbakemeldinger fra brukerne, som opplevde klar og lettfattelig lyd gjennom hele omvisningen.

De som vurderer anskaffelse av høreapparat, bør forsikre seg om at høreapparatet har auracast-funksjon, eller sørge for at produsenten garanterer at funksjonen vil bli tilgjengelig i fremtiden uten ekstra omkostninger.

Litteratur

1. Valentinuzzi MDE. Hearing aid history: from ear trumpets to digital technology. *IEEE Pulse* 2020; 11: 33–36. <https://doi.org/10.1109/MPULS.2020.3023833>
2. Telephone-transmitter. Google patents. <https://patents.google.com/patent/US710979A/en> (26.10.2025)
3. Vibraphones. *Hearing aid museum*. <https://hearingaidmuseum.com/gallery/Non-Electric/EarInserts/info/vibraphones.htm> (26.10.2025)
4. Fabritius HF. Om høreapparater. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1947; 67: 127–129. <https://www.nb.no/items/a33eac20e8ca67c0c4db3759336f2bd5?page=19> (18.11.2025)

5. Cejas I, Barker DH, Petruzzello E et al. Cochlear implantation and educational and quality-of-life outcomes in adolescence. *JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2023; 149: 708–715. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.1327>
6. Kim GY, Yun HJ, Jo M et al. Apple AirPods Pro as a hearing assistive device in patients with mild to moderate hearing loss. *Yonsei Medical Journal* 2024; 65: 596–601. <https://doi.org/10.3349/ymj.2023.0375>
7. Bruk Høreapparat-funksjonen på AirPods Pro 2 eller AirPods Pro 3. Apple support. <https://support.apple.com/no-no/120992> (24.10.2025)
8. Teleslyngeguide: en veiledning om teleslynger, tips om valg av utstyr, hva er viktig å ta hensyn til. <https://www.unn.no/4a773e/contentassets/8d2fe330fea845bea5bb26dfe3f66ba3/teleslyngeguide.pdf> (15.1.2026)
9. Auracast and the great telecoil revival: how to access better sound. Royal National Institute for Deaf People (RNID) 28.10.2025. <https://rnid.org.uk/2025/10/auracast-and-the-great-telecoil-revival-how-to-access-better-sound/> (15.1.2026)
10. Auracast: A revolution in audio accessibility. Royal National Institute for Deaf People (RNID) 12.2.2025. <https://rnid.org.uk/2025/02/auracast-a-revolution-in-audio-accessibility/> (15.1.2026)

Lars Erik Eriksen
leeriksen@live.no
Drammensveien 1012
1385 Asker

Lars Erik Eriksen er MSc siviløkonom og styremedlem i Helsehistorisk forum.

Artikkelen er fagfellevurdert

Utbrenthet blant leger

Michael 2026; 23: 292–299

doi: 10.5617/michael.13593

Forekomsten av utbrenthet blant leger er høy, men fenomenet er fortsatt uklart og mangler en entydig definisjon. Hva skiller depresjon fra utbrenthet, og hvilke risikofaktorer bidrar til utvikling av tilstanden?

Utbrenthet blant leger er blitt et sentralt tema i medisinen de siste årene. I 2015 fastslo Verdens legeforening at leger har rett til arbeidsforhold som bidrar til å redusere risikoen for utbrenthet (1).

En rekke studier har vist høy forekomst blant leger (2). Vi har nylig dokumentert en økning blant fastleger fra 6 % til 22 % i årene 2012–2024 (3). Tilstanden er trolig et betydelig problem også i andre legegrupper. Samtidig viser studier at jobbtilfredsheten blant leger er synkende, mens opplevd stress øker (4, 5).

Utbrenthet er nært knyttet til arbeidsplassen, men er vanskelig å avgrense og definere presist, og er fortsatt ikke etablert som en egen diagnose (6). En mye brukt definisjon beskriver utbrenthet som «et syndrom med emosjonell utmattelse og kynisme som ofte forekommer blant individer som arbeider med mennesker» (7). I tråd med dette forstås utbrenthet langs tre dimensjoner: emosjonell utmattelse, kynisme (også kalt depersonalisering) og redusert personlig prestasjon, slik det måles i den mest brukte skalaen, Maslach Burnout Inventory (MBI).

Utbrent eller depriment?

Utbrenthet og depresjon deler flere symptomer, blant annet trøtthet, utmattelse, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og kognitive forstyrrelser (8). Samtidig er utbrenthet per definisjon knyttet til arbeidssituasjonen (9). Depresjon forstås innen en omfattende, multifaktoriell modell som omfat-

ter både nevrobiologiske og psykososiale mekanismer, mens en tilsvarende helhetlig modell for utbrenthet fortsatt ikke er etablert.

Utmattelse alene er ikke tilstrekkelig for å diagnostisere utbrenthet, siden dette symptomet også er sentralt ved depresjon. Kynisme og redusert personlig prestasjon anses derimot som mer spesifikke for utbrenthet og utgjør sentrale kjennetegn ved syndromet (7).

I studier av leger i spesialisering og andre underordnede stillinger er det vist at også risikofaktorer for utbrenthet og depresjon i stor grad overlapper (10). Emosjonell utmattelse synes i større grad å være knyttet til individuelle forhold, mens kynisme og redusert personlig prestasjon i sterkere grad er assosiert med arbeidsforhold (11). Dette understreker viktigheten av å inkludere alle tre dimensjoner i vurdering av utbrenthet. Det har også betydning for valg av behandlingsstrategi, som ved utbrenthet også må rette seg mot arbeidsrelaterte forhold.

En kvalitativ studie har vist at personer med erfaring fra både utbrenthet og depresjon (med selvmordstanker) opplever disse som separate tilstander (9). Samtidig viser kvantitative data et betydelig overlapp, der om lag 26 % av variansen i utmattelsesdimensjonen kan forklares av depresjon (12). Noen har derfor argumentert for at den depressive komponenten ved utbrenthet kan reflektere underliggende depresjon (13). Dette er klinisk relevant, ettersom utbrenthet er assosiert med økt risiko for senere depresjon (14, s. 239–253), samtidig som depressive symptomer kan bidra til redusert arbeidsevne og økt risiko for utbrenthet (15).

Depresjon behandles ofte med en kombinasjon av legemidler og samtaleterapi, mens utbrenthet i større grad krever både individuelle og organisatoriske tiltak (16). Individuelle intervensjoner omfatter blant annet fysisk aktivitet, oppmerksomt nærvær (mindfulness), stressmestring og sosial støtte (17). Organisatoriske tiltak inkluderer økt autonomi, sosial støtte, bedre samsvar mellom krav og ressurser og balanse mellom innsats og belønning. Disse faktorene inngår i en Cochrane-protokoll om organisatoriske intervensjoner for å redusere yrkesrelatert stress blant helsepersonell (18). Protokollen ble publisert i 2018, men den systematiske oversikten er ennå ikke publisert.

Individuelle faktorer assosiert med utbrenthet

Selv om utbrenthet per definisjon er relatert til arbeidsplassen, spiller også individuelle risikofaktorer en viktig rolle. Maslach Burnout Inventory (MBI), som regnes som gullstandard for måling av utbrenthet, legger mest vekt på arbeidsrelaterte faktorer, og gir dermed begrenset informasjon om andre typer risikofaktorer.

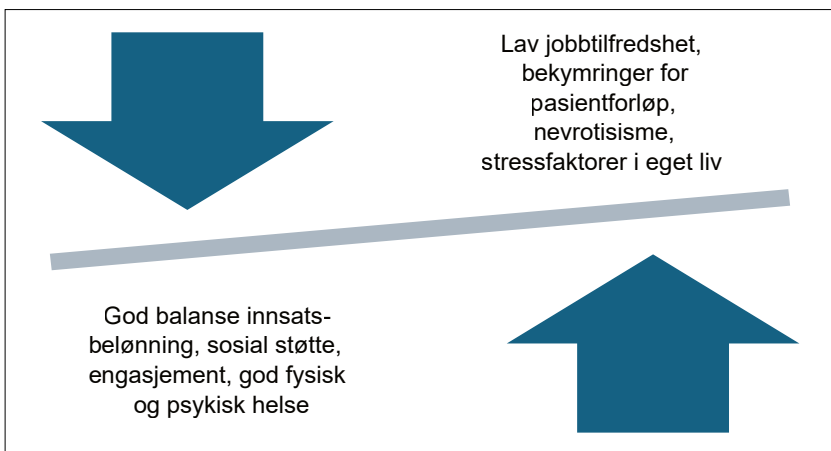
Blant forhold som ikke fanges opp av MBI-skalaen, er psykisk og somatisk sykdom. Psykiske helseproblemer er sannsynligvis knyttet til depresjon eller andre affektive lidelser, gitt det dokumenterte overlappet mellom utbrenthet og depresjon. Fysisk sykdom vil være krevende for alle, men kan ha særlig betydning for leger, som ofte har høye krav til funksjonsevne og forventes å yte på et stabilt høyt nivå i klinisk arbeid. God fysisk og psykisk helse framstår derfor som viktige beskyttelsesfaktorer mot utvikling av utbrenthet.

Noen studier har vist økt risiko for utbrenthet blant kvinner (14, s. 254–270). Det er imidlertid vanskelig å finne en genetisk eller biologisk forklaring. En mulig årsak kan være at kvinnelige leger i enkelte fagmiljøer og subkulturer opplever et sterkere press for å prestere og utmerke seg faglig for å oppnå anerkjennelse fra kolleger. I tillegg kan ulike kjønnsroller i samfunnet, med ulike forventninger til kvinner og menn utenfor arbeidssituasjonen, bidra til forskjellene.

En annen individuell risikofaktor er personlighet, altså hvordan man forholder seg til og tolker omgivelsene. Enkelte personlighetstrekk, særlig nevrotisisme, er sterkt assosiert med utbrenthet (19). Nevrotisisme kjennetegnes av en tendens til å føle misnøye med seg selv og sin situasjon, og dermed tolke hendelser negativt (20). Slike trekk kan øke sårbarheten for arbeidsrelatert stress og andre livsbelastninger, og dermed også risikoen for utbrenthet. Samtidig kan egenskaper som grundighet og behov for kontroll være funksjonelle i legeyrket og bidra til høy faglig kvalitet, noe som også kan forklare en høyere forekomst av slike trekk i denne gruppen. Andre personlighetstrekk kan ha en beskyttende effekt ved å påvirke hvordan stressorer tolkes og håndteres, og dermed redusere risikoen for utbrenthet.

Når man vurderer modifiserbare risikofaktorer for utbrenthet, er arbeidsrelaterte faktorer særlig viktige (20–22). Både lav jobbtilfredshet og lange arbeidsuker er vist å være assosiert med utbrenthet (23). I en metaanalyse fra 2020 var høye arbeidskrav, bekymring for pasientforløp, dårlig arbeidsmiljø og ubalanse mellom arbeid og fritid signifikante arbeidsrelaterte risikofaktorer for utbrenthet blant leger i spesialisering (24). Den sterke sammenhengen mellom utbrenthet og lav jobbtilfredshet er viktig å være oppmerksom på, ikke minst for helseledere (20, 21).

Ulike studier benytter forskjellige betegnelser og spørreskjemaer for å måle faktorer, som balanse mellom arbeid og privatliv. I tillegg anvendes ulike modeller for å beskrive sammenhengen mellom utbrenthet og risikofaktorer (14, s. 254–270). Et gjennomgående trekk ved disse modellene er forståelsen av utbrenthet som et resultat av ubalanse, der stressfaktorer og sårbarhet på den ene siden står i motsetning til belønning og motstands-



Figur 1. En modell for utbrenthet som ubalanse mellom beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer

dyktighet på den andre. Dersom denne ubalansen vedvarer over tid, kan kronisk stress utvikle seg til utbrenthet (figur 1).

Balanse mellom arbeid og fritid er en sentral faktor i forståelsen av utbrenthet, men er vanskelig å måle. Indirekte mål, som jobbtilfredshet og ubalanse mellom innsats og belønning (effort–reward imbalance), er nært knyttet til arbeid–fritidsbalanse (work–life balance) og kan brukes som indikatorer (8, 25). Hvilke individuelle og yrkesmessige risikofaktorer som er viktigst for utviklingen av utbrenthet, er imidlertid ikke endelig avklart.

En viktig klinisk implikasjon er at yrkesrelaterte risikofaktorer i stor grad er modifiserbare, mens individuelle risikofaktorer som kjønn og personlighet ikke er det. Helseledere bør derfor ta begge typer risikofaktorer i betraktning når tiltak for å redusere utbrenthet blant ansatte planlegges.

Høy motivasjon som risikofaktor for utbrenthet

Det er et paradoks at leger som er sterkt dedikert til arbeidet sitt, kan være mer utsatt for utbrenthet enn mindre engasjerte kolleger (14, s. 239–253). Motivasjon og arbeidsengasjement framheves i organisasjonsteori som positive og ønskede faktorer, ettersom de er avgjørende både for å beholde verdifulle ansatte og for å oppnå organisasjonens mål. Samtidig kan høyt arbeidsengasjement bli en risikofaktor dersom de mest dedikerte legene over tid utsettes for vedvarende overbelastning.

Siden 1990-årene har ressursbevaringsteori (Conservation of Resources, COR) vært en sentral modell for å forstå utbrenthet (26). Ifølge denne

teorien oppstår stress når sentrale eller verdifulle ressurser trues eller går tapt, eller når betydelig innsats ikke fører til forventet ressursgevinst. I sin kjerne er COR-teorien en motivasjonsteori som forklarer menneskelig atferd ut fra et grunnleggende behov for å tilegne seg og bevare ressurser som er nødvendig for overlevelse.

Anvendt på utbrenthet innebærer dette at ved vedvarende belastning og gradvis uttømming av ressurser, vil individet forsøke å redusere ytterligere ressursbruk ved å trekke seg tilbake fra belastende oppgaver og begrense innsats for å bevare gjenværende energi og kapasitet. Balanse er et kjernebegrep i denne teorien, med vekt på individets samlede ressursregnskap. Samtidig kan det i noen tilfeller oppstå en motsatt respons, der høyt engasjerte arbeidstakere forsøker å kompensere for opplevd ressursmangel ved å investere enda mer innsats for å opprettholde mestring og kontroll (22). De kan dermed ende opp med større arbeidsbelastning enn mindre engasjerte kolleger, og kan føre til at leger jobber lengre dager, utenom ordinær arbeidstid og på fridager, påtar seg ekstra konsultasjoner eller pasienter, og til slutt overskrider egne grenser.

I motsetning til dette bygger en annen tilnærming på antakelsen om at økt engasjement og motivasjon i seg selv kan bidra til å *redusere* risikoen for utbrenthet. Dette er et sentralt element i en modell utviklet ved Mayo Clinic (27). Det avgjørende element i denne modellen er betydningen av at leger opplever arbeidet som meningsfylt og har tilstrekkelig autonomi i arbeidsdagen. De sju arbeidsfaktorene i denne modellen kan fungere både som kilder til motivasjon og som risikofaktorer for utbrenthet, avhengig av balansen mellom dem. Balanse og ubalanse er dermed også her et sentralt tema, men med hovedvekt på organisatoriske forhold.

Det er viktig å erkjenne at organisasjoners behov for høyt motiverte og engasjerte leger i seg selv kan representere en risikofaktor for utbrenthet. Tilsvarende funn er gjort i andre yrkesgrupper, der et prestasjonsklima økte risikoen for utbrenthet, mens et mestringsklima preget av vekst, samarbeid og innsats virket beskyttende (28). Helseledere kan med fordel fremme engasjement blant ansatte, men dette må balanseres med bevisst vektlegging av arbeidsmiljø, rammebetingelser og organisatorisk støtte for å forebygge utbrenthet.

Konklusjon

Utbrenthet er en tilstand som omfatter emosjonell utmattelse, kynisme og redusert opplevelse av personlig prestasjon, og er per definisjon knyttet til arbeidssituasjonen. Selv om det er et visst overlapp med depresjon, særlig når det gjelder emosjonell utmattelse, er dette to distinkte tilstander.

Ubalanse mellom beskyttende faktorer og sårbarheter, både på individnivå og i organisasjonene legene arbeider i, utgjør en sentral forklaringsmodell for utbrenthet blant leger. For helseledere er det avgjørende å være bevisst at det først og fremst er arbeidsrelaterte faktorer som er modifiserbare, og som derfor bør være viktigst i forebyggende og behandlende tiltak. Dette er særlig viktig for å sikre rekruttering og kontinuitet, samt å ivareta den enkelte lege, slik at legeyrket ikke i seg selv bidrar til sykdom.

Artikkelen er basert på førsteforfatters masteroppgave i helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2024: Prevalence of burnout among Norwegian physicians 2012–2024.

Litteratur

1. WMA Statement on Physicians Well-Being Adopted by the 66th WMA General Assembly, Moscow, Russia, October 2015 revised by the 76th WMA General Assembly, Porto, Portugal, October 2025. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-well-being> (23.4.2026)
2. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clinic Proceedings* 2022; 97: 491–506. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.11.021>
3. Isaksson Rø K, Hyldig CL, Gjerde PB. Burnout prevalence in 2012, 2018 and 2024 among general practitioners in Norway and factors associated with burnout. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2026; 44: 2617516. <https://doi.org/10.1080/02813432.2026.2617516>
4. Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027891>
5. Rosta J, Båathe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037474>
6. Bjørnaas MA, Hem E, Rø KI. Hva er utbrenthet? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0299>
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981; 2: 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
8. Patel RS, Bachu R, Adikey A et al. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral Sciences* 2018; 8: 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
9. Tavella G, Hadzi-Pavlovic D, Bayes A et al. Burnout and depression: points of convergence and divergence. *Journal of Affective Disorders* 2023; 339: 561–570. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.095>
10. Rotenstein LS, Zhao Z, Mata DA et al. Substantial overlap between factors predicting symptoms of depression and burnout among medical interns. *Journal of General Internal Medicine* 2021; 36: 240–242. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05664-x>

11. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M et al. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2019; 32: 229–244. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01323>
12. Schaufeli WB, Buunk BP. *Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing*. I: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, red. The handbook of work and health psychology. 2. utgave. Chichester: Wiley, 2003: 383–425. <https://doi.org/10.1002/0470013400>
13. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the «burnout syndrome» a distinct illness? *Frontiers in Public Health* 2015; 3: 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>
14. Dahl AA. *Utmattelse og utbrenthet: klinikk, teori og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget, 2023.
15. West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296: 1071–1078. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
16. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
17. Tamminga SJ, Emal LM, Boschman JS et al. Individual-level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023; 5: CD002892. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub6>
18. Giga SI, Fletcher IJ, Sgourakis G et al. Organisational level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 2018: CD013014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013014>
19. Bianchi R. Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. *Psychiatry Research* 2018; 270: 901–905. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.015>
20. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022; 378: e070442. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442>
21. Swensen SJ, Shanafelt TD. *Mayo clinic strategies to reduce burnout: 12 actions to create the ideal workplace*. Oxford: Oxford University Press, 2019. <https://doi.org/10.1093/med/9780190848965.001.0001>
22. Baathe F, Rosta J, Bringedal B et al. How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. *BMJ Open* 2019; 9: e026971. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026971>
23. Galmiche S, Rahbe E, Fontanet A et al. Implementation of a self-triage web application for suspected COVID-19 and its impact on emergency call centers: observational study. *Journal of Medical Internet Research* 2020; 22: e22924. <https://doi.org/10.2196/22924>
24. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A et al. Factors associated with burnout and stress in trainee physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 2020; 3: e2013761. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13761>

25. Bell AS, Rajendran D, Theiler S. Job stress, wellbeing, work-life balance and work-life conflict among Australian academics. *E-Journal of Applied Psychology* 2012; 8: 25–37. <https://doi.org/10.7790/ejap.v8i1.320>
26. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu J-P et al. Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2018; 5: 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
27. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings* 2017; 92: 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
28. Nerstad CGL, Wong SI, Richardsen AM. Can engagement go awry and lead to burnout? The moderating role of the perceived motivational climate. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 1979. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111979>

Mari Asphjell Bjørnaas
mabjornaas@gmail.com
Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin
Akuttmedisinsk avdeling
Medisinsk klinikk
Oslo universitetssykehus

Mari Asphjell Bjørnaas er spesialist i indremedisin, ph.d. og overlege ved
Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin, Akuttmedisinsk avdeling,
Oslo universitetssykehus og ved Giftinformasjonen, Folkehelseinstituttet.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er lege, instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved
Universitetet i Oslo.

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, ph.d., seniorforsker ved
Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Medisinstudent i 1892 – før Statens lånekasse

Michael 2026; 23: 300–309

doi: 10.5617/michael.13594

Hvordan artet studietiden seg for en ubemidlet medisinstudent i 1890-årene, lenge før Statens lånekasse fantes?

Christian Fredrik Rossow (1871–1948), min oldefar, ble tatt opp på medisinstudiet i Kristiania i 1892. Hans nedtegnelser om sine erfaringer som student og lege gjennom 50 år finnes i en håndskrevet bok han har tilegnet sin mor: *50 aars lægevirksomhed i Norge*. Jeg har tidligere publisert et essay om hans beskrivelse av møtet med spanskesyken på Andøy i Nordland (1).

Hans studietid var preget av svært anstrengt økonomi, uten mulighet for økonomisk støtte fra familien. Han var nær ved å oppgi studiene da han en dag møtte en kvinne (figur 1).

Kausjon

Christian Fredrik Rossow vokste opp i Kristiania som den tredje av sju brødre. Familien drev en klesforretning. Men faren, som ble oppfattet som en «holden» mann, hadde kausjonert for et lån på 60 000 kroner. Da skyldneren var ute av stand til å betale, ble Christians far stående ansvarlig for lånet. Christian skriver at faren derfor måtte «indstille sine betalinger, -og det saa heller ikke ut til at han kunde faa akkord, - hvilket han heller ikke gjorde».

Faren fikk ingen avtale med kreditorene, gikk personlig konkurs og sto dermed på «bar bakke». Christian skriver: «Det saa uhyggelig mørkt ut for oss.» For å spare penger bodde han hjemme hos foreldre og søsken. De økonomiske problemene var alvorlige: «Allikevel saa det haapløst ut for oss, da vi tænkte paa all gjelden som vi hadde. Husleien var ikke betalt paa 3 maaneder, i melkebutikken og butikken paa hjørnet hadde de penge til gode av oss. Vi maatte se oss om efter andre indtektskilder.»



Figur 1. Christian Rossow og Dagny Bjørnstad fotografert på Oksval, Nesodden, ca. 1894. Fotograf ukjent. Funnet i Christian Fredrik Rossows notater.

Student – mot alle odds

Etter artium i 1889 og Krigsskolen i 1889–1890 kom spørsmålet om eventuelt studium for Christian opp. «*Det var ikke saa liketil at ta noen bestemmelse, da de økonomiske forholdene i familien var miserable, kortsagt*».

Hans nest eldste bror, Einar, studerte jus og fikk en «post» til 40 kroner måneden. Christian skriver: «*Dette hjalp jo en del. Sammen med min eldste brors lønn klarte vi oss noenlunde med mat, men det skulde jo meget mere til.*» Selv tok han seg jobb som regningsbud.

Etter et halvt år på jusstudiet, hvor han ikke trivdes, kontaktet han Sophus Torup (1861–1937), professor i fysiologi, og spurte om mulighetene for å studere medisin. «*Det var ikke mange trøstens ord jeg fikk av ham, da han hørte om min økonomiske stilling.-Men efter en del overveielser blev loddet kastet, og jeg meldte meg til det medicinske studium*».

Han begynte studiet høsten 1892 (2).

En ulykke

I det andre semesteret, 18. mars 1893, ble han utsatt for en eksplosjon ved universitetet. Begge hender og venstre lår fikk omfattende brannskader. Han ble innlagt i Rikshospitalet i åtte døgn. «*Saa blev jeg kjørt hjem i hestedrosje og laa til sengs i over 4 maaneder, under behandling av professor Voss.*¹»

Christian var tilsynelatende målbevisst, benyttet tiden godt og skriver: «*Men aldrig saa galt, var det dog godt for noe; jeg kunde uforstyrret læse i mine medicinske bøker, og forelæsningene i anatomi og fysiologi fik jeg læse hos Lauritz Lie, som ofte var hos mig i besøk.*²»

1 Joachim Andreas Voss (1815–1897) (3) hadde vært professor i anatomi, men tatt avskjed med universitetet i 1875, for å kunne konsentrere seg om sin store praksis (4). Han var 78 år gammel da han behandlet min oldefar.

2 Lauritz Lie (1872–1922) var medstudent (5).

Men oppholdet på Rikshospitalet kostet også penger: *«Saa en dag kom regningen fra hospitalet, 36 kroner tror jeg det var. Men penge til det hadde vi dessværre ikke. -Jeg skrev da til en god venninde av os, frk. Helga Mæhlum, og fik av hende laane 125 kroner, som jeg skulde betale tilbake naar jeg blev færdig læge.»*

Christian var fast bestemt på å forsøke å ta førsteavdelingseksamen på redusert tid. Men den vanskelige økonomien påvirket i stor grad hverdagen: *«Levemaaten var nu mer end skrall, -paa Dampkjøkkenet fik vi kjøpt 2 liter suppekraft, med lit ekstra fortynding fik vi hver vår tallerken med brød til, ellers var det bart brød og svart kaffe, kokt paa grudden i aldrig saa lang tid.»*

Til tross for alle vanskelighetene gikk han i november 1893 opp til førsteavdelingseksamen for professorene Torup i fysiologi og Gustav Adolph Guldberg (1854–1908) i anatomi. Han kom seg gjennom med karakterene 11 (fysiologi), 9 (anatomi) og 10 (kjemi).³ Han skriver: *«Saa var det værste overstaet.»*

Studiefinansiering

Studenter uten økonomisk støtte fra foreldre eller annen familie var på denne tiden avhengig av private långivere. Selv kontaktet Christian bedriftseier Christian Julius Schou (1854–1909), eier av Hjula veveri og Schous bryggeri, og ba om et lån. Christian skriver etter kontakten med Schou: *«Det blev 5 kroner maaneden indtil jeg var færdig som læge, og sandelig fik jeg ikke for 6 maaneder med en gang.»*

Han kontaktet også garver Olsen i Ullevålsveien, sammen med broren Einar: *«Saa fandt Einar og jeg paa at ta en tur til gamle garver Olsen i Ullevaalsvegen. Han var rentenist og rik. Paa vort spørgsmaal om han vilde laane os penge, svarede han staks velvillig, at det skulde han gjerne. 5 % rente skulde vi betale, fra den dag da vi var færdig med eksamen. Vi fik straks 50 kr. Hver.»*⁴

Einar (1869–1894) døde i juli 1894 av peritonitt, 24 år gammel (8). Christian ble da stående ansvarlig også for Einars lån, og betalte det tilbake.

Et avgjørende møte

Vel i gang med studiet var han likevel nær ved å miste motet og avbryte: *«.. fremdeles laa det økonomiske som en mare over os, og jo mere jeg tenkte derpaa, desto mere umulig syntes utsiktene til at studere videre for mig.»*

³ Karakterskalaen gikk fra 6 (laveste ståkarakter) til 12 (høyeste karakter).

⁴ Ole Olsen (f. 1815) var, ifølge folketellingen 1900, en «forhenværende garver» med adresse Ullevålsveien 80B (6) og med 100.000 kroner i formue (7). Det fremgår ikke når brødrene oppsøkte garveren, men hvis det var første høsten som student i 1892, var Olsen 77 år gammel.

En dag fikk han se en annonse om en stilling i et departement. Den var utlyst med en årslønn på 1200 kroner. Han mente selv at det måtte være noe for ham, og hastet av gårde. *«Men paa Victoria Terrasse møtte jeg frk. Dagny Bjørnstad, som stansede mig op, og spurte hvor jeg skulde hen. Jeg fortalte om mit ærinde, og sa at jeg nok maatte slutte med medicinen.» «Nei, det maatte jeg paa ingen maate gjøre, sa hun, og saa fandt hun frem 3 10-øringer, som jeg fik.»* Dette møtet gjorde at han på stedet ombestemte seg og tok fatt på studiet på nytt. *«Jeg gjorde helt om og drog hjem.»*

Christians bror mente møtet måtte være et «skjebnens tegn». Dagny Bjørnstad (1873–1953) var elev hos kunstnerne Harriet Backer (1845–1932) og Eilif Peterssen (1852–1928). Christian og Dagny ble kjærester, forlovet i 1894 (figur 1) og gift i 1898.

Trangstipend

Underveis i studiet søkte han også «trangstipend» og fikk det. Disse støtteordningene var opprettet av private givere for å hjelpe trengende studenter, og fakultetene avgjorde hvem av søkerne som fikk. Kriteriene var at midlene fra hjemmet ikke strakk til, med attest fra lensmann eller sogneprest. Kriterier for tildeling var også god vandel, tilfredsstillende studieprogresjon og flid i studiene (9, s. 53). Til stipendsøknaden hadde han fått anbefaling fra professorene Torup og Guldberg. *«Det varede ikke saa længe før jeg fik brev om at jeg skulde faa 45 kr. maaneden. Da blev det paany glæde i huset.»*

Etter avlagt førsteavdelingsseksamen søkte han på nytt og fikk denne gangen en bevilgning på 20 kroner per måned. Han lånte i tillegg 25 kroner per måned av garver Olsen. *«Men jeg hadde jo store utgifter til bøker ogsaa, saa det blev ikke så meget tilovers til hjemmet de første maanedene.»*

Det medisinske fakultet hadde, utrolig nok, forsøkt å få til at bare de mannlige studentene kunne søke trangstipend, noe de imidlertid ikke lyktes med (9, s. 53–54).

Studenthverdagen

Christian synes å ha vært disiplinert. Han skriver: *«Arbeidsdagen var lang – fra kl 8 morgen til kl. 9 aften. Precis kl. 9 gik Einar, L. Lie og jeg en lang tur, som gjorde os alle godt. Men altid var vi i seng kl. 10 for at være uthvilet til næste arbejdsdag.»*

I den kliniske delen av studiet, andre avdeling, besto hverdagene av forelesninger fra klokken 8 til 12, deretter praksis ved kirurgisk eller medisinsk avdeling ved Rikshospitalet til klokken 14. Dagen ble avsluttet med pensumlesing utover ettermiddagen. Søndagen var fri.

Som dagens studenter var han selektiv: *«Jeg paahørte bare de nødvendige forelesninger, forøvrigt var det at lese og atter at lese. Det blev nok ofte langt utover natten, naar det var et enkelt kapitel, jeg maatte bli ferdig med.»*

I alle ferier søkte han kandidatvikariater. *«[..], fungerte som saadan paa kirurgen, indre medicin, hudavdelingen, øienavdelingen og næse-halsavdelingen. Dessuten var jeg daglig assistent ved alle poliklinikker, hvor jeg lidt efter lidt kom ind i tekniken i den praksis man kalder kontorpraksis. Og her var det da at jeg lagde mit studium an for at dyktiggjøre mig som praktikus. Men jeg var taknemlig for alt jeg lærte.»*

Spesialisering underveis

Mulighet for tidlig «spesialisering» under studiet var uformelle kurs eller hospitering ved klinikker i utlandet. Men dette var kostbart. *«Noen sjangse for spesialisering hadde jeg jo ikke, da det krævede kapital, jeg fik i alle fall vente med det til senere.»* De første spesialistreglene i Norge kom først i 1918 (10).

Enkelte kurs i klinikken måtte man også betale for som student. Disse kursene var slått opp som plakater. Christian trodde kursene var gratis og meldte seg på. Han deltok i 2–3 dager, før han forsto at kurset kostet 50 kroner. *«det hadde jeg imidlertid ikke raad til, hvorfor jeg trak mig tilbage. – Dessværre!»*

Eksamensgebyret ved første avdelings eksamen var 20 kroner (9, s. 55).

Infeksjoner påført under studiet

Som medisinstudent var man utsatt for infeksjoner. Kliniske undersøkelser og behandlinger ble gjort uten hansker. Christian nevner to episoder: *«En gang da jeg skiftede paa en pasient med osteomyelit, stak jeg mig i hø. Pekefinger paa en sikkerhetsnaal. –Det var en lørdag middag. Jeg vaskede mig i karbol-vand temmelig grundig og tænkte ikke mere paa det. Men dagen efter...fik jeg pludselig frysninger og feber, samt smerter i fingeren og en lymfangit langt op over armen.»* «Jeg gik straks op på hospitalet viste fingeren frem til reservelege Cappelen⁵, som rystede paa hodet og sa at det var en alvorlig affære.» Fingeren ble skåret opp på to steder, uten bedøvelse, og så bar det hjem og til sengs, *«med omslag»*. Det tok 2–3 uker før han var tilbake på avdelingen.

«En anden gang, da jeg var kandidat paa huden, hadde jeg et saar på ve. langfinger, som jeg hadde lagt plaster paa. Under undersøkelsen av en syfilitisk pike, var plasteret faldt av! Her var tiden kostbar. Reservelegen brændte saaret ut med rykende salpetersyre, men det var ondt. Heldigvis hadde det ingen følger!»

5 Axel Cappelen (1858–1919) var reservelege ved kirurgisk avdeling på Rikshospitalet 1893–1896 (11).

Under uketjenesten ved infeksjonsavdelingen på Ullevål sykehus fikk han ikke lenger bo hjemme. Familien var redd for smitte: «*Høstsemesteret 1895 skulde vi ha kursur paa Ullevaal epidemilasarrett, det var den gang ikke andre avdelinger der. [...] Det var nok saa meget difteri det året, skarlagensfeber, og typhus var det ogsaa. Noe difteriserum var endnu ikke opfundet; behandlingen var enkel pensling, gurgling samt omslag om halsen (grønsaape!).*»

Christian og studiekameraten Sofus Jørgensen (1873–1920) (12) som han hadde leid et rom i Thereses gate med, unngikk begge smitte. Men en av medstudentene «*var uforsiktig og blev smittet, saa han fik et langt sykeleie*».

Det må ha vært godt kjent blant studentene at den 23-årige medisinstudenten Evald Pauss (1866–1890) få år tidligere var blitt smittet med difteri ved den samme avdelingen på Ullevål og døde etter få dager⁶ (13).

Slit – utslitt

Kort før andreavdelingseksamen fikk han problemer, utslitt av alle lesingen: «*Da det nærmede sig eksamen, blev jeg lidt nervøs og hadde hjerteklap, hvorfor jeg gik til professor Laache og bad ham undersøke mig. Han stilte straks diagnosen, at jeg hadde forlæst mig og tilraadet mig at hvile helt ut i 14 dage. Og det gjorde jeg ogsaa.*»

En kortvarig utbrenthetsreaksjon, ville vi vel kalle det i dag. Christian tok imot rådet fra Søren Bloch Laache (1854–1941), som var professor i indremedisin, og flyttet ut til sin kommende svigerfamilie på Oksval, Nesodden. Han hadde med bøker, men brukte ellers tiden til å «*fske, diskutere, spise og ikke minst sove*». Etter to uker var han igjen tilbake på plass ved universitetet.

Kvinnelige medstudenter

Kvinnens rett til å avlegge examen artium var vedtatt av Stortinget i 1882, og i 1884 ble alle fakulteter ved universitetet åpnet for kvinnene. Da Christian startet på medisinstudiet i 1892, var ennå ingen kvinner uteksaminert. Marie Spångberg (1865–1942) ble, som første kvinne, ferdig høsten 1893. Men lenge var det svært få kvinner som studerte medisin. På Christians kull med 28 studenter var det to, Elise Stoltz (1872–1931) og Marie Kjølseth (1870–1923) (9) (figur 2).

⁶ Evald Pauss var den andre personen som mottok en offentlig æresbegravelse i Norge. Han er fortsatt den yngste personen som har mottatt en slik æresbevisning, ifølge Wikipedias artikkel om Evald Pauss.



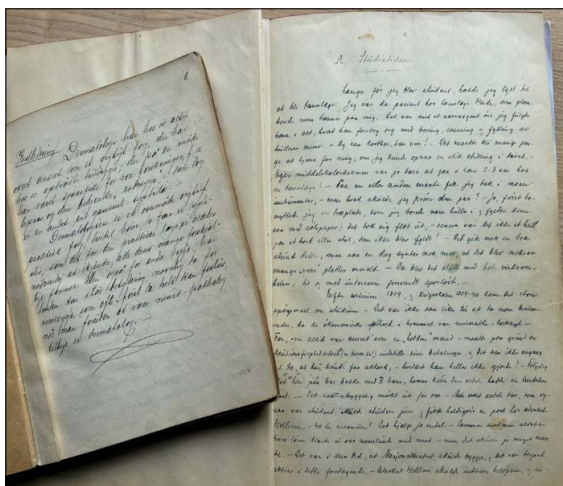
Figur 2. 1892-kullet utenfor Fødselsstiftelsen høsten 1897. Christian Fredrik Rossow bakre rekke, nr. 5 fra venstre. Marie Kjølseth midt i bildet og Elise Stoltz nr. 4 bakre rekke, fra høyre. Foto: Norsk Teknisk Museum. Fri lisens. <https://digitaltmuseum.no/0210211758426/fotografi>

Ferdig lege – med gjeld

Etter 5 1/2 års studier ble Christian Fredrik Rossow ferdig lege i 1897(14). På avslutningsfesten 21. desember 1897 på Hotel Boulevard ble han sittende ved siden av Stoltz og Kjølseth: *«Det blev en stilig fest, men jeg var ikke vant til den slags, saa det gik rundt for mig allerede ved bordet, saa frøknene Stoltz og Kjølseth, som sat paa hver sin side av mig, nektede mig at smake noe mer.»* Han hadde fått for mye under vesten.

Christian forlot Det kongelige Frederiks universitet med laudabelt resultat. *«Jeg tror ikke at det var noen i kullet, som var mere glad end jeg. Naar jeg tænker tilbage paa alle vanskelighetene, særlig i økonomisk henseende, saa kan jeg bare ikke forstaa at jeg var naadd saa langt.»*

Ved avsluttet studium var den private gjelden stor: *«Prof. Thorups ord til mig fik jeg nok sande, og jeg turde ikke tænke paa, at jeg nu hadde en stor gjæld til baade den ene og den anden. Bare for bøker skyldte jeg i Mallings bokhandel næsten 800 kroner. Ved en skolekamerats hjælp, Nils Parmann, fik jeg kredit der, til jeg var færdig. Hos garver Olsen skyldte jeg mellom 13- og 1400 kr., Helga Mæhlum 125 osv. Men glæden var større end bekymringene – 21. de desember 1897 fik jeg mit licentia practicandi.»*



Figur 3. Dermato-
logi-notater og
Christian Fredrik
Rossows håndskrevne
nedtegnelser

Avslutning

Christian Fredrik Rossow virket som lege i nærmere 50 år. Han arbeidet på Evenskjer i Troms (1898–1902), i Drøbak (1902–1912), på Andenes (1912–1924), i Harstad (1924–1928) og til slutt i Tåsen og Maridalen krets i Vestre Aker (Oslo) fra 1928.

Mot slutten av livet skrev han ned et tilsynelatende ærlig tidsbilde fra en krevende studenttid (figur 3). Erindringene ble altså nedtegnet lenge etter at hendelsene fant sted, og man må derfor regne med at enkelte detaljer kan ha blitt forskjøvet eller omtolket i ettertid. I manuset får man for eksempel inntrykk av at farens konkurs inntraff før Rossow begynte å studere, mens han i studentminneboka beskriver sitt første studieår som lykkelig (15).

I hovedtrekk er det likevel grunn til å tro at historien er riktig. Rossow skriver i studentminneboka om farens konkurs at «vort saa gode hjem» i løpet av få måneder ble forandret til et «fortvilelsens og nødens hjem». Han gjennomgikk i disse årene mye «nød og elendighet», skriver han (15). Han tok enhver ekstrajobb «med begjærighet», og i løpet av studietida hadde han en rekke ulike stillinger, blant annet som regningsbud, forsikringsagent, waisenhuslærer, privatlærer, gymnastikk lærer, klokker og avskriver (15). Studieåra var harde, eller med hans egne ord: «Studentertilivets glade dage var faa» (15).

Statens lånekasse for utdanning ble opprettet ved lov 6. juni 1947 for å sikre lik adgang til utdanning, uavhengig av sosial og økonomisk bakgrunn. Samtidig skulle ordningen bidra til å dekke samfunnets behov for utdannet

arbeidskraft. Betydningen av Lånekassen for sosial utjevning i Norge kan knapt overvurderes.

Litteratur

1. Sandbu M. Da spanskesyken kom til Andøya. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0216>
2. Christian Fredrik Rossow. I: Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind 4. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 555–556. <https://www.nb.no/items/ed33180653d476af07be9c488d936f9d?page=555> (22.6.2026)
3. Joachim Andreas Voss. I: Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind 5. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 580–582. <https://www.nb.no/items/bf9ba5d4b133880c01b70d60e23bc4b2?page=583> (22.6.2026)
4. Fossum S, Holck P, Benestad HB. *Historien om Anatomisk institutt: et moderne universitet blir til*. Oslo: Pax, 2023: 42.
5. Lauritz Lie. I: Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind 3. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 558. <https://www.nb.no/items/75d3b3efb6bb555e8b5086321c350223?page=559> (22.6.2026)
6. 001 Ole Olsen - 01 - 0018 Ullevoldsveien 80b - 317 - Tellingskretsoversikt - *Folketelling 1900 for 0301 Kristiania kjøpstad* - Digitalarkivet. <https://www.digitalarkivet.no/census/person/pf01037045142370> (22.6.2026).
7. *Christiania Skattebog for Aaret 1894*. Christiania: Malling, 1894, s. 126. <https://www.nb.no/items/dd92a768acd364b0ca36e4f381f3e24f?page=139> (22.6.2026)
8. Einar Gustav Alfred Rossow-Hansen. I: *Studentene fra 1890: biografiske opplysninger samlet til 25-års jubileet 1915*. Oslo: Grøndahl, 1915, s. 199. <https://www.nb.no/items/s/55ec3024e120088aa0e1a6ecf265c3ec?page=215> (22.6.2026)
9. Arentz-Hansen C. *«Kvinder med begavelse for lægevirksomhed»: Norges første kvinnelige leger og tiden de virket i*. Oslo: Cappelen Damm, 2018. <https://www.nb.no/items/b5238e92a685dba8537ca5751c74c045?page=0> (22.6.2026)
10. Haave P. *I medisins sentrum: Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub, 2011. <https://www.nb.no/items/61f34edc0f28e65f0143d612b09a83b7?page=0> (22.6.2026)
11. Axel Hermansen Cappelen. I: Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind 1. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 554–555. <https://www.nb.no/items/401d518e6762ae1c03400a2db7b716b9?page=557> (22.6.2026)
12. Sofus Andreas Jørgensen. I: Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind 3. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 271. <https://www.nb.no/items/75d3b3efb6bb555e8b5086321c350223?page=271> (22.6.2026)
13. Rogstad S. *Falden paa sin Post – legestudenten som fikk offentlig begravelse. Michael* 2023; 20: 341–343.
14. Medicinsk eksamen ved det kongelige Frederiks Universitet i 2det semester 1897. *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1898; 59: 107–110. <https://www.nb.no/items/d819f3181abfb75fd6dd73702f1c93dc?page=139> (22.6.2026)

15. Christian Fredrik (Hansen) Rossow. I: Studenterne fra 1889: biografiske meddelelser samlet til 25-aars-jubilæet 1914. Trondhjem: G. Krogshus boktrykkeri, 1914, s. 186–187. <https://www.nb.no/items/a18ec84f788beabff9328d41308cf617?page=203> (22.6.2026)

Takk til min oldefar Christian Fredrik Rossow som har nedtegnet dette, til familien for gjennom flere generasjoner å ha tatt vare på hans notater og til Tove Alice Rossow med familie for å ha overlatt denne teksten til meg. Og stor takk til Cecilie Arentz-Hansen og til professor Erlend Hem for gjennomlesning av manuskriptet, gode råd, forslag til endringer og for avgjørende hjelp til litteratursøk og referanser.

*Morten Sandbu
sandbu1955@gmail.com
Morten Sandbu
Sognsvegen 53
0851 Oslo*

Morten Sandbu er psykiater og forsker ved Avdeling for atferdsmedisin, Institutt for medisinske basalfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Artikkelen er fagfellekvurdert

Praktverk om et sykehus som forsvinner

Ratio arkitekter & Gaute Brochmann

Riksen

Stockholm: Arvinus + Orfeus Publishing, 2025

160 s.

ISBN 978-91-89270-88-6

Michael 2026; 23: 310–311

doi: 10.5617/michael.13595



I 1990 vant en gruppe arkitekter konkurransen om det nye Rikshospitalet. Gruppen tok senere navnet Medplan arkitekter. I 2023, før rivearbeidene startet, engasjerte firmaet, som nå heter Ratio arkitekter, fotografen og arkitekten Rasmus Hjortshøj til å dokumentere sykehuset «slik det fremsto der og da». I anledning Rikshospitalets 200-årsjubileum i 2026 publiseres nå disse bildene, ledsaget av en samling tekster skrevet av arkitekter, kunstnere og ansatte som deltok i planleggingen av sykehuset.

Boka innledes av Christine Kohts tekst *Riket om natta*, opprinnelig publisert i A-magasinet i 2019. Koht beskriver hvordan persongalleri og stemning endrer seg når kvelden senker seg over sykehuset: «Den berømte glassgaten som er Rikshospitalets ryggrad, ligger dunkel og stille under stjernehimmelen. Det er nå vi tusler ut, de av oss som kan gå (...) tøfle, tøfle, subb, subb.» Teksten skaper en fin inngang til det som er sykehusets sentrale idégrunnlag: sykehuset som flyttet ut av byen, og byen som flytter inn i sykehuset.

Glassgata er anleggets hovedpulsåre – en promenade der alle typer brukere ferdes, høy og lav, pasienter og ansatte. Lyset og rytmen endrer seg

gjennom døgnet i rikt utsmykkede fellesområder. Omgivelsene skal bidra til tilfriskning og helbredelse. Målet var å frigjøre seg fra tradisjonell sykehusarkitektur og skape et bymessig fellesskap i *det humanistiske sykehuset*.

Både som student og ansatt har jeg tråkket over sykehusets torg, promenader og irrganger i 25 år. Likevel oppleves boka som en øyeåpner. Det er nærmest med vemod jeg må konstatere at jeg verken har sett, forstått eller verdsatt sykehuset i tilstrekkelig grad, til tross for at jeg har tilbrakt store deler av min yrkeskarriere der.

Også i selve prosjektet – å dokumentere sykehuset slik det så ut før ombyggingen – og i tekstene som ledsager bildene, skinner vemodet igjen. Ikke direkte, men som fåfengte forhåpninger og forsiktige anmodninger om å ta vare på det som var. For nå er tårnet revet, torget er blitt et stort hull, og høyhus skal reises der utsyn og lys tidligere strømmet gjennom bygningene.

Boka er et praktverk. Bilder og tekster utfyller hverandre godt. Illustrasjonene – tegninger, planer og historiske skisser – er elegant og delikat presentert. Alt virker gjennomarbeidet og forseggjort. Og fotografiene er fantastiske, slik en kunne forvente når de er prosjektets kjerne. Men nettopp derfor slår brutaliteten i byggeprosjektet mot leseren. Det som i bilder og tekster framstår som et harmonisk, sluttet og nøye komponert anlegg, er allerede i ferd med å bli demontert.

Da sykehuset var nytt for 25 år siden, kom det ut en jubileumsbok til 175-årsjubileet¹ med en rekke medisinskfaglige tekster. 200-årsjubileet har så langt passert i fullstendig stillhet, som om historien ikke betyr noe. Nå har sykehuset fått sin jubileumsbok – fra en gruppe arkitekter. Selv om det er en flott bok, er det smått forstemmende. Det er vanskelig å fri seg fra tanken om at vi har mistet noe viktig på veien.

Christian Grimsgaard
christiangrimsgaard@gmail.com

Christian Grimsgaard er overlege ved Ortopedisk avdeling, Oslo universitetssykehus og konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst RHF

1 Natvig JB, Børdahl PE, Larsen Ø et al, red. *De tre Riker: Rikshospitalet 1826–2001*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.

Algoritmenes makt

Elisabeth Austad Asser

Teknologiens makt: hvordan kunstig intelligens utøver makt – og hva vi kan gjøre med det

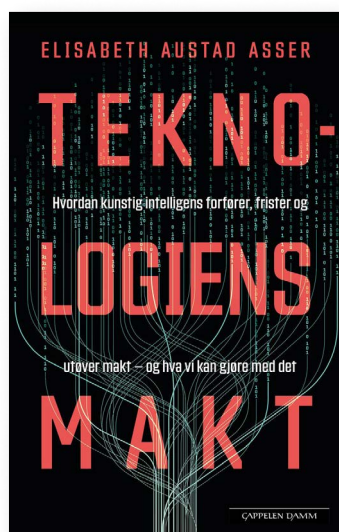
Oslo: Cappelen Damm, 2025

289 s.

ISBN 9788202853143

Michael 2026; 23: 312–313

doi: 10.5617/michael.13596



Ny teknologi har til alle tider skapt bekymring. Fra damplokomotivet til mikrobølgeovnen har frykten ofte vist seg overdreven eller kortvarig. Vil det samme skje med den nye algoritmestyrte digitale teknologien?

Forfatteren gir oss ikke grunn til å smile av frykten for det ukjente. Hun viser hvordan kunstig intelligens (KI) skiller seg fundamentalt fra annen teknologi, både økonomisk og politisk. Teknologien er eid og kontrollert av noen få, ufattelig rike aktører som i stor grad har unndratt seg konkurranse, og dermed fått monopolmakt. Og verken selskapene eller utviklingen av KI er i særlig grad underlagt demokratisk kontroll.

Det er likevel ikke bare markedsmonopol og enorme finansielle ressurser som gir tekselskapene så stor makt, men også selve teknologien. Den er bevisst designet for å skape avhengighet, blant annet gjennom dopaminsti-

mulerende mekanismer. Selskapene sitter på enorme mengder data om oss, gitt gjennom vårt uinformerte samtykke, og dataene brukes igjen til å påvirke atferden vår. Vi blir styrt mot kjøp vi ikke trenger, eksponert for skredder-sydd informasjon og avgir stadig mer sensitiv informasjon om oss selv.

På samfunnsnivå kan selskapene bruke datamengdene til å påvirke politiske beslutninger, både direkte – slik Cambridge Analytica gjorde i valgkampen i USA i 2016 – og indirekte gjennom påvirkning av verdier og holdninger. Det siste er kanskje den mest krevende effekten å få øye på: Vi formes gradvis av algoritmene.

Algoritmene styrer oss også i mange praktiske sammenhenger – fra vurdering av kredittverdighet til medisinske beslutninger. Ansatte overvåkes for produktivitet, menneskelig kontakt reduseres, og mange holdes utenfor fordi de mangler digital kompetanse. Innebygd skjevhet kan føre til diskriminering og økt sosial ulikhet, og det er ofte vanskelig å klage fordi ansvarskjedene er lange og uoversiktlige.

Dette er bekymringsfullt, og det kan bli verre. Muligheten for generell KI, altså at KI en dag overgår menneskelig intelligens og tar styring, skremmer de fleste. Slike skremmebilder fungerer imidlertid som et røykteppe over dagens utfordringer – til tekselskapenes fordel. De retter nemlig oppmerksomheten mot hva som kan skje, ikke hva som skjer her og nå.

I siste kapittel drøfter forfatteren hva vi kan gjøre, og løfter fram konkrete reguleringer som allerede er innført. EU-forordningen om KI er ett eksempel. Den inneholder både rangering av risiko og krav om CE-merking for å ta i bruk KI, altså at relevante standarder for kvalitet og sikkerhet oppfylles. Dette burde skjedd før politikerne oppfordret oss til å ta i bruk KI «snarest», skriver Asser.

Teksten er både velinformert, tilgjengelig og balansert. Leseren får en bedre forståelse av hva KI er og hvordan det brukes, eksempelvis innsikt i forskjellen mellom generativ KI – den «kreative onkelen» som fyller inn kunnskapshull med fri diktning – og databaserte analytiske systemer.

Balanse oppnås ved at også de mange positive sidene av KI trekkes fram: fra forskning og helse til banktjenester, navigasjon og kommunikasjon. Samtidig peker forfatteren på hvordan teknologien gradvis integreres i stadig flere deler av hverdagen som en effektiviseringskraft. Men det er ikke noen vits i å skynde seg dersom man ikke vet hvor man skal.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Finnes en velfungerende offentlig helsetjeneste?

Fanny Nilsson

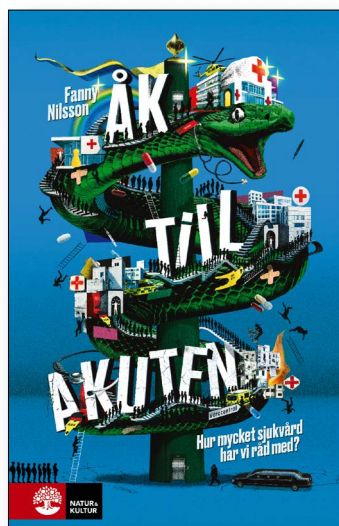
Åk til akuten. Hur mycket sjukvård har vi råd med?

Stockholm: Natur & Kultur, 2025

ISBN 978-91-27-19095-5

Michael 2026; 23: 314–315

doi: 10.5617/michael.13597



Forfatteren er LIS-lege i indremedisin, tidligere journalist, aktiv samfunnsdebattant og medlem av Läkarförbundets sentralstyre. Med bakgrunn i frustrasjon over organiseringen av svensk helsetjeneste har hun undersøkt hvordan systemene fungerer i utvalgte europeiske land. Boka er dels en reportasje fra Spania, Nederland og Storbritannia, dels en gjennomgang av relevant historikk, kliniske eksempler og en politikkutvikling i Sverige som fremstår som nølende og lite konsistent.

Nilsson redegjør for motivasjonen bak prosjektet og gir en kortfattet framstilling av utviklingen av de moderne velferdsstatene, med særlig vekt på Bismarck- og Beveridge-modellene. Deretter er boka delt i to hoveddeler: *Europa – primärvård, privatiseringar och pragmatism* og *Sverige – hur mycket sjukvård ska vi ha?*

Et gjennomgående funn er spenningen mellom behovene til en aldrende, multimorbid befolkning og forventningene hos barn og yngre voksne. Sistnevnte etterspør i økende grad raske avklaringer og tilgjengelige tjenester, noe som delvis drives fram av lett tilgang til private tilbud. Samtidig øker andelen eldre betydelig. I Sverige er det for få vårdsentraler til å sikre kontinuitet i oppfølgingen. Tilsvarende utviklingstrekk finnes i Storbritannia og i de mest tettbefolkede områdene i Spania.

Nederland fremstår som et kontrasttilfelle, med en tydelig og regelbasert organisering der alle innbyggere har en fast primærlege. Etter Nilssons vurdering er det særlig Norge, Danmark og Nederland som lykkes best i å organisere tjenestene slik at de sykeste pasientene prioriteres.

Samtidig understreker hun hvor krevende det er å gjøre direkte sammenlikninger mellom landene, ikke minst når det gjelder kostnader. Dette skyldes blant annet variasjoner i hvordan pleie- og omsorgstjenester inngår i helsetjenesten, og hvilket forvaltningsnivå som har ansvar for dem. Samspillet mellom offentlig og privat sektor varierer også betydelig. Det beskrives som relativt velfungerende i Spania, men mer problematisk i Storbritannia.

I delen om Sverige, som innledes med en gjennomgang av regionale utfordringer, retter forfatteren blikket mot profesjonen selv og spør om deler av problemet ligger hos legene. Hun vier betydelig plass til det hun beskriver som unødvendig medisinsk aktivitet, inkludert villscreening, overdiagnostikk og overbehandling. Hun avviser ikke evidensbasert medisin som prinsipp, men argumenterer for at forståelsen og anvendelsen av den til dels er blitt skjev.

Ifølge Nilsson har utviklingen bidratt til en nedvurdering av erfaringsbasert klinisk kompetanse, samtidig som mange leger i økende grad vegrer seg for å stole på egne vurderinger og i stedet bruker betydelig tid på å konsultere retningslinjer. Disse er ofte dårlig tilpasset multimorbide eldre pasienter.

Boka er lettlest, og mange leger vil trolig oppleve beskrivelsene fra andre europeiske land som både interessante og gjenkjennelige. For meg var det særlig nyttig å få tydeliggjort hvor forskjellig helsetjenestene er organisert i Sverige og Norge. Selv i land jeg kjenner relativt godt, som Nederland og Storbritannia, gir boka nye innsikter for alle som er opptatt av utviklingen i europeisk helsetjeneste.

Pål Gulbrandsen

pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

Pål Gulbrandsen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, pensjonert professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Skråplanet mellom feil og fusk

Inge Axelsson

Fuskboken: att upptäcka och undvika fusk inom forskning och media

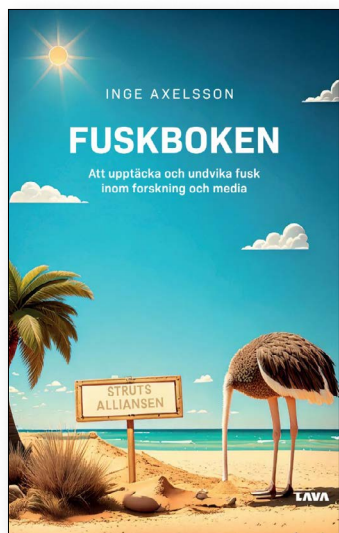
Stockholm: Lava Förlag, 2025

384 s.

ISBN 978-91-8101-485-3

Michael 2026; 23: 316–317

doi: 10.5617/michael.13598



Hvordan skal fusk defineres? Problemene med å avgrense fusk fra forståelige feil og klanderverdige tolkninger tas opp allerede på bokens første sider. Det er et skråplan, en kontinuerlig glidning fra utilsiktede feilslutninger til grovt bedrageri. Plagiering, forfalskning og fabrikkering er i prinsippet greiest å håndtere fordi fusket ofte er objektivt dokumenterbart når det avsløres.

Forfatteren synes godt kvalifisert til å håndtere temaet. Inge Axelsson er professor emeritus i medisinsk vitenskap ved Mittuniversitetet i Sverige. Han har over 30 års erfaring som barnelege, har arbeidet som assisterende redaktør i flere tidsskrifter og publisert en rekke artikler i høyt meritterte tidsskrifter.

Axelsson har en bramfri stil. Han skriver med store bokstaver, langer ut mot høy og lav og er åpenbart ikke redd for å skaffe seg fiender. Innholdsfortegnelsen er nærmest en katalog over eksempler på fusk og fanteri innen biomedisin, med overskrifter som «Carleton Gajdusek: Nobelpristagere och pedofil» og «Vetenskapshistoriens största svindlare: Sigmund Freud». Axelsson mener at det er nødvendig å slå hardt til for å skape oppmerksomhet om fusk. Provokasjoner er et bevisst virkemiddel. At åpenbart fusk ofte dysses ned,

er et større problem enn at forfatteren enkelte steder uttrykker seg skarpt. Flere steder dokumenterer han uforståelig unnfallenhet hos ledere ved forskningsinstitusjoner med fuskere blant de ansatte.

Det faller naturlig å granske saker jeg har hatt nærkontakt med. Som dekanus opplevde jeg avsløringen av Jon Sudbøs dramatiske fabrikkering av data. Senere erfarte jeg, som leder av en komité for forskningsetikk, hvordan professor Kai-Håkon Carlsen omgikk regelverket og lot norsk langrennselite uten astma bruke astmamedisiner før konkurranser – i forskning uten godkjenning fra etisk komité. Resultatene måtte senere trekkes tilbake. Med rette påpeker Axelsson urimeligheten i at de medisinerne skiløperne fikk holde på ustraffet i mange år, mens Therese Johaug ble dømt for å ha fått i seg homeopatiske mengder steroider fra en lepestift. Axelssons fremstilling av disse sakene er nøyaktig og eksemplarisk.

Dessverre mister forfatteren styringen i de siste 70 sidene. Axelsson mener klimakrise og kjernevåpen er de største truslene mot vår eksistens, og jeg har ikke problemer med å følge ham i det. Men hvorfor får dette så dominerende plass i en bok om fusk? Felles for klimakrise og kjernevåpen er, ifølge Axelsson, at farene systematisk undervurderes. Dermed beveger han seg inn på områder hvor han neppe har større kompetanse enn de fleste av oss. Det er særlig vektingen jeg reagerer på. Hvor skal grensene gå hvis vi skal beskyldes for fusk fordi vi ikke fremmer alle argumenter pro et contra i publikasjoner og debatter? Hjertesakene tar overhånd med beskrivelser av kjernevåpens utryddende kraft og hvordan Moder jord bukker under når vippepunktet er passert. Her savner man råd fra en erfaren redaktør.

Axelsson har samlet og systematisert et stort materiale om menneskelig dårskap og tragedie, noe han fortjener stor anerkjennelse for. Hadde han satt egne kjepphester på stallen, ville resultatet blitt enda bedre.

Hva driver begavede mennesker til å fabrikkere data som passer til egne teorier? Er fusk noe alle kan begå hvis fristelsen eller presset om resultater blir sterkt nok? Er vi alle på et skråplan hvor overjeget styrer de fleste av oss trygt i havn?

Stein A. Evensen
sa.evensen@outlook.com

Stein A. Evensen er professor emeritus og tidligere dekan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Nyttig, men ikke i frakkelommen

Lars Aabakken og Bjørn Bendz, red.

LIS1-boka

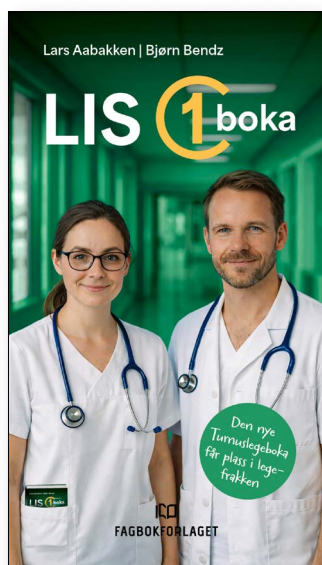
Bergen: Fagbokforlaget, 2026

592 s.

ISBN 9788245051841

Michael 2026; 23: 318–319

doi: 10.5617/michael.13599



LIS1-boka er ment å være et praktisk verktøy i hverdagen til nyutdannede leger. Jeg fullførte medisinstudiet ved NTNU i juni 2025 og avslutter sykehusåret som LIS1-lege høsten 2026. De siste månedene har jeg hatt boken med på jobb ved et mellomstort lokalsykehus på Østlandet for å prøve den ut i praksis.

Boken er på nesten 600 sider og åpner med et kapittel om journalopptak. Deretter dekkes fagområdene i tur og orden, fra akuttmedisin og anestesi/intensivmedisin til psykiatri og bevegelsesapparatet. Avslutningsvis finnes et eget prosedyrekapittel. Kapitlene er bygd opp rundt sykdomstilstander, og hver tilstand omtales kort og konsist med forslag til anamnese, klinisk undersøkelse, tiltak og medikamentell behandling. Fremstillingen er ryddig og oversiktlig.

Bokens beste del er, etter min mening, det innledende kapittelet om journalopptak. Jeg anbefaler alle kolleger å lese det med jevne mellomrom fordi det minner oss om betydningen av en grundig anamnese og systematisk klinisk undersøkelse. Også kapittelet om anestesi og intensivmedisin er nyttig, ikke minst før lange dager på preoperativ poliklinikk.

Jeg har særlig brukt boken når det har vært rolig på vakt, eller når jeg har stått fast og ønsket å tenke bredere rundt differensialdiagnoser. Som kort repetisjon er den også god. Lurer jeg for eksempel på hvordan en temporær pacemaker fungerer, eller trenger å repetere hva som gjøres under en rektoskopi, er boken presis og velforklarende.

I en digitalisert sykehushverdag er det mange gode elektroniske oppslagsverk, eksempelvis metodebok.no, NEL og Elektrolyttveilederen. Det er disse jeg bruker når jeg trenger raske svar. På dette området kan *LIS1-boka* vanskelig konkurrere med smidige digitale løsninger.

Jeg skulle gjerne sett at boken i større grad tok opp de mer komplekse sidene ved LIS1-tilværelsen, som håndtering av usikkerhet, klinisk beslutningstaking og kunsten å konferere. Dette er ferdigheter som er avgjørende for å bygge mestringsfølelse. LIS-leger bruker også tid på samtaler om behandlingsbegrensning, kommunikasjon med pårørende og utfylling av dødsmeldinger. Her hadde konkrete råd og gode formuleringer vært til stor hjelp.

Fungerer boken etter hensikten? Delvis. Jeg har ikke brukt den daglig, og den havner sjelden i frakkelommen, selv om den fysisk får plass. Likevel vil jeg gjerne anbefale den til andre LIS1-leger. Dette er ikke først og fremst en bok for raske oppslag i en travel vakt, men en bok man kan sette seg ned med i ro og mak for å fordype seg i enkeltkapitler. Det viktigste den har gitt meg, er påminnelsen om hvor viktig anamnesen og den kliniske undersøkelsen er. Ha den med i sekken eller bærenettet. Der kan den ligge lett tilgjengelig til de stundene man faktisk har tid til å lese.

Joakim Breievne

joakim.breievne@gmail.com

Joakim Breievne er lege i spesialisering.

Diagnose: fattig

Ingvild Stjernen Tisløv

Diagnose: fattig? Levekårsperspektiv i psykologisk arbeid med ungdom og familier

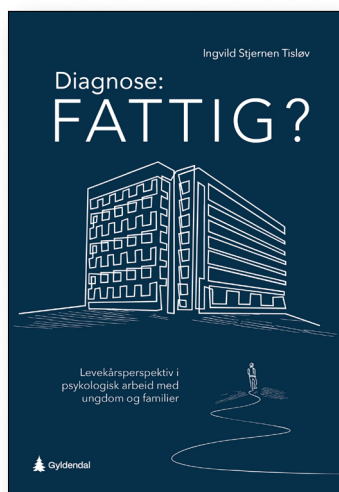
Oslo: Gyldendal, 2025

333 s.

ISBN 9788205572775

Michael 2026; 23: 320–321

doi: 10.5617/michael.13600



Dårlig helse kan føre til dårlig økonomi, og dårlig økonomi kan føre til dårlig helse. Dette er velkjent kunnskap, men det er likevel ikke opplagt at pasientens økonomi inngår i samtalen på legekontoret.

I *Diagnose: fattig* forteller psykolog Ingvild Stjernen Tisløv om da hun innså hvor problematisk det kan være å overse pasientens økonomi. Som fersk psykolog møter hun 14 år gamle Andrea, som ruser seg, er i konflikt med lærere og medelever, stjeler og driver hærverk. Behovet for hjelp er åpenbart. Tisløv anvender det hun har lært: individualterapi og arbeid med relasjonen mellom mor og datter. Men Andrea er taus. Under hjemmebesøkene møter hun en mor som virker fjern og sliten, og situasjonen fremstår håpløs. Psykologen er nær ved å gi opp, og neste tiltak er omplassering av Andrea.

Dette endrer seg når Tisløv skifter perspektiv. Familien har dårlig råd, men er ikke det sosionomens oppgave? En episode blir avgjørende: Andrea får i lekse å skrive om hva familien spiser av frukt. Så fint, sier Tisløv, endelig snakker Andrea. Da åpner Andrea kjøleskapet, som er skinnende tomt.

Dette endrer psykologens blikk, men da må hun også begynne å snakke direkte om familiens økonomi. Dette har hun ingen erfaring med, verken

fra studiet eller praksis. Det er krevende å ta opp, og det er vanskelig å finne en god inngang. Er det for nærgående å spørre om?

Her er Tisløvs bok til god hjelp. Hun viser både hvorfor levekårsperspektivet glipper, og hvordan man kan snakke med pasienter om økonomi. Dette er et tema mange vegrer seg for å ta opp. «Men helt ærlig», skriver hun, «vi snakker med klienter om vold, overgrep og incest», så hvorfor går grensen ved økonomi? Betalingsproblemer og fattigdom er sterke risikofaktorer for psykisk sykdom.

En annen utfordring er psykologens – eller legens – egen klassebakgrunn. Mange klassemarkører skaper avstand, og manglende erfaring med økonomisk knapphet kan stå i veien.

Selv om boka er skrevet for psykologer, er både problemstillingen og metodene relevante også for leger, ikke minst fastleger. Pasienter har hodepine, magesmerter og diffuse plager – ofte knyttet til livssituasjonen. Kronisk uro over ubetalte regninger eller voksende gjeld kan gi somatiske symptomer.

«(I)ntegrering av levekårsperspektivet i terapirommet reduserer risikoen for overbehandling og feildiagnostisering, og øker sannsynligheten for bedre behandlingsutfall», skriver Tisløv. Skarpe skiller mellom levekår og helse gir ikke bare dårligere behandling, men bidrar også til å individualisere ansvar og overse sosiale mekanismer bak uhelse.

Den økonomiske ulikheten i Norge øker, og det samme gjør sosiale helseforskjeller. Det naturlige lotteriet, hvilken familie man fødes inn i, har stor betydning for videre livssjanser. Selv om helsetjenesten ikke spiller hovedrollen i denne samfunnsutviklingen, kan ignorering av pasientens økonomiske og sosiale situasjon bidra til å opprettholde eller forsterke ulikhet.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Psykologisk trygghet i forskning og praksis

Bård Fyhn

Psykologisk trygghet: i det norske arbeidslivet

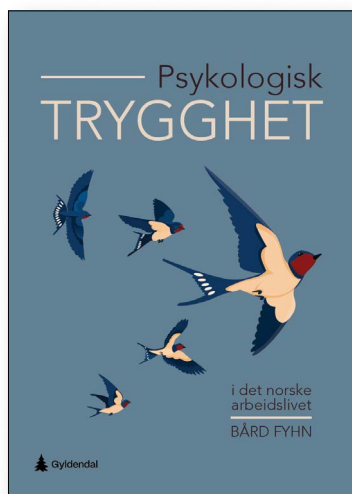
Oslo: Gyldendal, 2026

350 s.

ISBN 978-82-05-59908-6

Michael 2026; 23: 322–323

doi: 10.5617/michael.13601



Har du lurt på hvorfor du ikke tør å stille det spørsmålet du egentlig hadde lyst å stille? Hvorfor du iblant vegrer deg for å spørre om hjelp? Hvorfor tilbakemelding er så vanskelig å gi? Bård Fyhn, postdoktor i organisasjonspsykologi ved Norges Handelshøyskole, diskuterer disse spørsmålene i denne boken, som delvis bygger på hans doktoravhandling i psykologisk trygghet.

Omslaget viser en flokk svaler i luften. Fuglene flyr ikke i en streng formasjon, men i nærheten av hverandre, i et samspill preget av tillit og koordinering. Metaforen illustrerer et sentralt poeng i boken: Psykologisk trygghet handler om å våge å ta risiko, vise sårbarhet og bidra med egne tanker uten frykt for negative reaksjoner. Når mennesker opplever slik trygghet, kan

kompetanse, motivasjon og ansvarlighet komme bedre til uttrykk.

Boken retter seg mot ansatte, ledere, tillitsvalgte, HR-medarbeidere og verneombud, men innholdet har relevans langt utover arbeidslivet. Mange av mekanismene som beskrives, gjelder i alle typer fellesskap der mennesker samhandler.

Boken er delt inn i fire hoveddeler. Først presenteres den teoretiske bakgrunnen og en grundig avklaring av hva psykologisk trygghet er, og hva det ikke er. Deretter drøftes betydningen av psykologisk trygghet for læring, utvikling, trivsel og prestasjoner. Tredje del tar for seg utfordringer og barrierer, før den siste delen presenterer måleinstrumenter, praktiske eksempler og konkrete øvelser for å utvikle trygge læringsmiljøer og team.

Forfatteren ønsker å bygge bro mellom forskning og praksis. Gjennomgående brukes fargede tekstbokser til å oppsummere forskningsfunn, løfte frem refleksjonsspørsmål og presentere erfaringer fra norsk arbeidsliv. Dette gjør stoffet oversiktlig og praktisk nyttig.

Psykologisk trygghet har de siste årene blitt en hyppig brukt betegnelse i arbeidslivet. Til tider kan det nærmest fungere som et honnørord. Derfor er bokens grundige begrepsavklaringer nyttige. Fyhn understreker også at psykologisk trygghet ikke er en tilstand man enten har eller ikke har. Den varierer mellom grupper og personer og kan endre seg over tid. Psykologisk trygghet er en ferskvare som må vedlikeholdes.

Forfatteren viser til omfattende forskning som dokumenterer at psykologisk trygghet ofte fremmer læring, samarbeid, kreativitet og arbeidsglede. Samtidig unngår han å fremstille fenomenet som entydig positivt. Han diskuterer også studier som antyder at høy grad av psykologisk trygghet i enkelte situasjoner kan redusere ansvarlighet og innsats.

Boken gir en god forståelse av psykologisk trygghet, både forskningsmessig og praktisk. Særlig verdifull er forfatterens evne til å nyansere et begrep som ofte brukes ukritisk.

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.

Reisebrev fra de sykes rike

Jóna Hafðís Einarsson

Livskraft/Lífskraftur

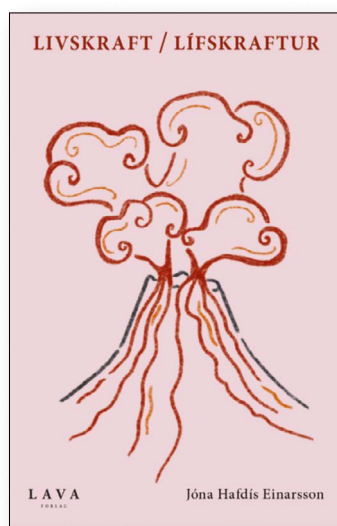
Oslo: Lava forlag, 2026

152 s.

ISBN 9788299882750

Michael 2026; 23: 324–325

doi: 10.5617/michael.13602



For leger er journalen ofte inngangen til pasienters sykehistorie. Vi lærer tidlig å sortere symptomer, funn og undersøkelser i et språk som skaper struktur, oversikt og mening. Denne boken er en sykehistorie fortalt på en helt annen måte. Forfatteren beskriver sin egen erfaring med alvorlig sykdom. Hun får diagnosen systemisk sklerose og rammes senere av både brystkreft og føflekkreft.

Boken er skrevet på norsk og islandsk og beveger seg mellom minner, refleksjoner, dikt og litterære referanser. Skildringer fra sykdomsforløpet flettes sammen med drømmer, meditasjoner og tanker om kvinner som har gått foran henne. Teksten beveger seg mellom tider, stemninger og uttrykksformer, og fremstår tidvis som fragmentert. Nettopp i dette grepet lykkes forfatteren i å formidle hvordan det kan være å leve med alvorlig

sykdom, og hvordan sykdom kan gripe inn i både hverdag og identitet.

Huden er et gjennomgående motiv i boken. Einarsson beskriver hvordan den gradvis strammes til, som et trommeskinn spent over kroppen. Et av de sterkeste litterære sporene i boken er et sitat fra Göran Tunström: «I en alder av femti år merket jeg at jeg aldri hadde grublet over ærfuglhanners

oppholdssted. Jeg savner et språk for å beskrive deres atferd. Jeg, du og vi er alle fulle av slike språkløsheters hvite flekker.» Akkurat som Tunström ikke hadde tenkt over ærfuglhannens oppholdssted, hadde Einarsson heller aldri reflektert over huden sin. Den var bare der. Først når sykdommen rammer, blir den synlig.

Mye av boken handler om forfatterens opplevelse av ikke å bli forstått i møte med helsetjenesten. Hun beskriver symptomer som ikke passer inn, opplevelsen av ikke å bli trodd og reisen til Sveits fordi hun ikke lenger har tillit til at legene i Norge vil forstå det hun forsøker å formidle. Når hjelpeapparatet ikke har noe å tilby, skriver hun, får man inntrykk av at det er noe psykisk. På et tidspunkt skriver Einarsson at det kanskje er systemet som har angst, fordi det ikke får henne inn i en boks. Det slående er at disse spørsmålene ikke forsvinner når de alvorlige diagnosene først er stilt. Selv da består avstanden mellom hennes egne erfaringer og helsevesenets forståelse.

Et bilde blir hengende igjen. Einarsson beskriver seg selv som borger av to riker: de sykes og de friskes. Hun viser til Susan Sontags berømte formulering om at vi alle er borgere av begge riker, men at vi før eller siden må bruke passet til det sykes. Som leger beveger vi oss daglig inn og ut av de sykes rike. Vi møter menneskene som bor der, og vi hører historiene deres. Boken får meg likevel til å stille spørsmål ved hvor godt vi egentlig kjenner dette landet – de sykes rike. Hva skal til for å forstå hvordan det er å bo der? Krever det at vi selv har vært innbyggere, eller er gode reisebeskrivelser tilstrekkelige?

Einarsson viser til Arne Næss, som skrev at nysgjerrighet er som en muskel: Den må trenes. *Livskraft* fremstår nettopp som en invitasjon til slik nysgjerrighet: på erfaringer som er annerledes enn våre egne, og på mennesket bak sykdommen. Vi blir ikke innbyggere i de sykes rike av å lese boken. Men vi får et reisebrev som gir et innblikk i livet der. Litteraturen kan ikke erstatte erfaring, men den kan bringe oss nærmere den.

Inger Johanne Christiansen
inger.j.christiansen@kristiansand.kommune.no

Inger Johanne Christiansen er rådgivende lege ved ALIS og SamLIS sør i Kristiansand, spesialist i allmennmedisin og LIS-lege i samfunnsmedisin.

Årets nyord: Tålekraft!

Jon G. Reichelt

Tålekraft: styrk din mentale beredskap

Oslo: Gyldendal, 2026

167 s.

ISBN 9788205622371

Michael 2026; 23: 326–327

doi: 10.5617/michael.13603



Med bakgrunn som bataljonslege i Hæren og storfan av *Kompani Lauritzen* kastet jeg meg ivrig over psykiater Jon G. Reichelts bok *Tålekraft*. Mens myndighetene ber oss etablere en beredskapsbod, oppfordrer Reichelt oss til å styrke vår mentale beredskapsbod. Boka er hans bidrag til nettopp dette.

På TV framstår han som en reflektert mann av få ord, ofte med enkle og allmenne kommentarer til situasjonene deltakerne står i. Det preger også denne boka. Som fastlege varmer det at en militærpsykiater tenker ganske likt som mange av oss leger som til daglig veileder mennesker med mentale utfordringer.

Dette er ingen lærebok. Den er først og fremst skrevet for folk flest. Et visst innblikk i kognitiv terapi får vi riktignok. Boka åpner for mange spørsmål om tanker, holdninger, verdier, psykiske lidelser, personlighet og motivasjon. Men enkelte alvorlige problemstillinger omtales vel nonchalant. På side 152 leser vi for eksempel: «Livet er – hvis du da ikke tar livet av deg – ikke til å unngå, samtidig som det er urettferdig, usikkert og ofte uforutsigbart.» Jeg er litt tvilende til effekten av en så uttalt alminneliggjøring. Men dette er altså Reichelts metode – og bevares – det *kan* gå bra.

Bokas kanskje sterkeste side er tittelen: *Tålekraft*. Ordet er nytt og fantastisk godt. Forståelsen er intuitiv, og målet med boka er nettopp å øke folks tålekraft. Som med de fleste genistreker er det nesten litt irriterende at man ikke kom på det selv.

Reichelt deler raust av egne erfaringer. Boka er ingen biografi, men vi tas med gjennom viktige elementer av hans familiehistorie, barndom, oppvekst og livserfaring. En så sindig person, med senkede skuldre og god evne til «dype magadrag», kan det være vel verdt å lytte til.

Forfatteren prøver å rekke innom mye. Antikkens filosofi gjennomgås på 3–4 sider. Det blir litt for overfladisk for mange, vil jeg tro. Boka er kort, og etter min smak litt for enkel, sett i lys av de viktige spørsmålene den reiser. Samtidig er den enkle stilen en styrke. Den gjør boka tilgjengelig for alle, og ikke minst gjennomførbar for dem som kanskje har størst nytte av å lese den, uten å bli demotivert eller slitne underveis.

Et av hovedtemaene er forskjellen mellom de raske, følelsesstyrte holdningene og de trege, tankestyrte holdningene. Dette bygger på psykologen Daniel Kahnemans (1934–2024) tankegods, men jeg blir aldri helt klok på Reichelts framstilling når han trekker inn holdninger og følelser. Han skriver for eksempel at «Mørkeredsel er en treg holdning [...] De trege holdningene gjør at du er anspent og redd når du går ned i kjelleren, og denne frykten bereder grunnen for rask frykt». Det er sikkert klart for forfatteren, men for meg blir sammenhengen uklar.

Boka er berikende på flere måter. Jeg leste den høyt, med visse simultantilpasninger, for min sønn på 13 år. Det ga rikelig med gode pauser til refleksjon rundt tålekraft og det alminnelige livet. Han var nok i yngste laget, men å bruke boka som utgangspunkt for refleksjon, både alene og sammen med andre, tror jeg alle kan ha glede av.

Boka avsluttes med forfatterens frie oversettelse av det britiske slagordet fra 1939: *Keep calm and carry on*, som hos Reichelt blir til *Slapp av og ta deg sammen*. Oversettelsen har hjulpet ham gjennom årene til å styrke egen tålekraft og takle livet i sin middelmådige alminnelighet. Kanskje kan det hjelpe mange – for det gjelder ifølge forfatteren å ikke være bedre enn andre.

Jo-Endre Midtbu
potetsalat@gmail.com

Jo-Endre Midtbu er spesialist i allmennmedisin og i anestesilogi og arbeider som fastlege ved Langnes legesenter i Tromsø.

Snart eller nylig blitt pensjonist? Les denne!

Trond-Viggo Torgersen og Kristin Helle-Valle

Resten av livet

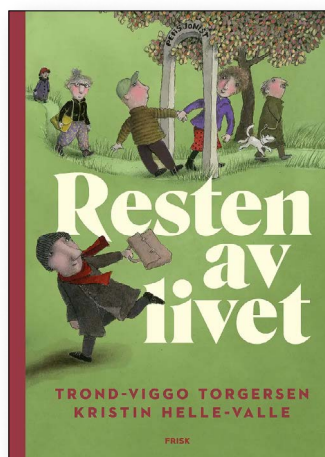
205 s.

Stavanger: Frisk forlag, 2025

ISBN 978-82-8437-243-3

Michael 2026; 23: 328–329

doi: 10.5617/michael.13604



Ekteparet har skrevet en bok om overgangen fra yrkeslivet til pensjonisttilværelsen. Han er kjent fra TV og en rekke andre sammenhenger. Faktisk er han også kollega, noe det ikke alltid er lett å huske, fordi han har så mange identiteter. Hun er blant annet grunnlegger og mangeårig leder av Litteraturhuset i Bergen. Begge er relativt nybakte pensjonister, hun mer enn han. De befinner seg i en alder og helsetilstand før aldersplager virkelig setter inn. Pensjonistlivet åpner derfor for mange valg og muligheter.

Dette er en overskuddsbok, en blanding av fakta og historier. Han står for faktadelen, mens hun skriver vignetter om valg og skjebner som enkeltpersoner har tatt eller blitt rammet av. Dette skaper en fin balanse mellom fakta og følelser. Eldbjørg Ribes tegninger gir liv til tekstene, og boken er godt utformet og lettlest. Den dekker det meste man bør vite før man blir pensjonist, og gir gode råd for de første årene i pensjonisttilværelsen.

Som anmelder, som befinner seg lenger ut i aldersløypa, savner jeg lite. Kanskje kunne boken ha omtalt syns- og hørselstap mer, siden andre aldersrelaterte plager som depresjon, demens, stivhet og slitasjegikt allerede beskri-

ves. Med én av seks nordmenn over 65 år, er publikummet for en slik bok stort, og mange vil nå en høyere levealder enn den umiddelbare målgruppen.

Bokens styrke ligger i de mange vignettene som skildrer eldre i ulike livssituasjoner. De viser et bredt spekter av skjebner og hvordan personer mestrer alderen på forskjellige måter. Familieperspektiver belyses gjennomgående, og moralen er tydelig: Man har flere valgmuligheter til å påvirke hvordan alderdommen blir, og hvordan man håndterer de hendelsene som ruller inn.

Boken består av korte kapitler med mange perspektiver, inkludert juridiske råd, som viktigheten av å skrive testament og betraktninger om ulike samlivsformer. Flere skiller seg, flere bor alene, halvparten er gift og 18 prosent er samboende. Gjennomgående fremheves betydningen av nettverk.

Boken er lettlest, statistikk er plassert i henvisninger og appendiks, mens gode råd er integrert i teksten. Siden vi lever lenger enn tidligere generasjoner – og lenger enn myndighetene hadde forutsatt – og fordi rollemodeller fra tidligere tider ofte mangler, er det viktig med god egen planlegging for en lang og forhåpentlig aktiv alderdom. Denne boken gir et solid utgangspunkt for slik planlegging, enten man ønsker en «A4-tilværelse» eller sin egen slalåmløype uten ryggemuligheter.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetikk ved Oslo universitetssykehus.

Sakpoesi om spedalskhet

Espen Stueland

Villkjøttet

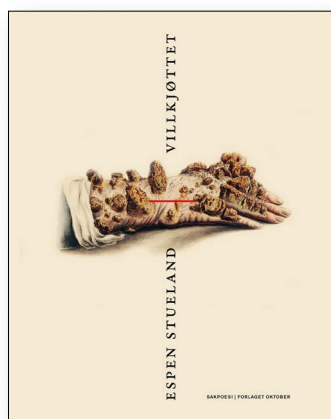
Oslo: Oktober, 2026

418 s.

ISBN 978-82-495-3119-6

Michael 2026; 23: 330–331

doi: 10.5617/michael.13605



Dette er en god og lettlest bok om spedalskhetens historie i Norge. Forfatteren anlegger pasientenes perspektiv og skildrer hvordan tilstanden, avsondringen fra samfunnet og behandlingen artet seg for dem. Boken gir et tankevekkende innsyn i fortidens medisin og helsestell.

Det mest spesielle ved boken er formen – det forfatteren kaller *sakpoesi*. Den har den historiske fagbokens omfattende noteapparat og litteraturliste – riktignok uten de sedvanlige henvisningstall – og et etterord setter teksten inn i en konvensjonell ramme. Selve framstillingen er derimot ukonvensjonell. Boksidenes er satt opp som poesi. Meningsbærende luft mellom korte, reflekterende setninger, kildeutdrag og enkelte dikt skaper en

uvanlig leseropplevelse. Samlet blir resultatet en bok som gjør inntrykk.

Det meste fra historien om spedalskheten i Norge er med. Beskrivelsen av naturforsker møtet i Christiania i 1844 er for eksempel fengende lesning – en dyktig litterær bearbeiding av nokså tørre kilder. Også skildringen av den famøse rettssaken i 1880, da Georg Henrik Armauer Hansen (1841–1912) ble fradømt sin stilling på grunn av uetisk forskning, er skrevet slik at både saken og Stuelands syn på den trer fram – både på og mellom linjene.

Espen Stueland (f. 1970) er en prisbelønt lyriker, forfatter og litteraturviter med doktorgrad om kroppens kulturhistorie (1). I *Villkjøttet* utfordrer han med sakpoesien etablerte former for historisk formidling. Innhold, språk og form framstår som integrerte deler av både prosess og resultat. Sakpoesiens blanding av fakta og kommenterende, ofte lyrisk tekst gir framstillingen en særegen karakter.

Stueland har anvendt teknikken også tidligere, blant annet i en bok om Eilert Sundt (2). I *Villkjøttet* er spedalskhetens dramatiske uttrykk og datidsamfunnets reaksjoner særlig godt egnet for denne formidlingsformen. Når temaet er sykdom, er det riktignok alltid en hårfin balanse mellom det virkningsfulle og det melodramatiske, en balanse forfatteren behersker godt. Professor i allmenn litteraturvitenskap ved Universitetet i Oslo, Knut Stene-Johansen, gir da også Stueland full anerkjennelse for boken i en dyptpløyende anmeldelse i Klassekampens bokmagasin (3).

Sakpoesien kan også ses i lys av formidlingsteknikker mer generelt. En dokumentarfilm gjør i prinsippet noe av det samme. Kameravinkler, sekvensering, kommentarer og bakgrunnsmusikk skaper et helhetsinntrykk som ikke bare presenterer et tema, men også formidler filmskaperens budskap. Det nye synes å være at slike virkemidler i økende grad tas i bruk også i litteraturen (4). Det blir spennende å følge denne utviklingen videre.

Litteratur

1. Stueland E. *Gjennom kjøttet: disseksjonen og kroppens kulturhistorie*. Oslo: Oktober, 2009.
2. Stueland E. *Eilert Sundt-tilstanden*. Oslo: Oktober, 2019.
3. Stene-Johansen K. *Poetisk patologi*. *Klassekampen (bokmagasinet)* 20.6.2026: 10.
4. Wærp HH. Sakpoesi: en linje i nyere norsk litteratur. *Nordlit* 2023; 51: 33–44. <https://doi.org/10.7557/13.7114>

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Spanskesyken i et norsk lokalsamfunn

Ragnar Kokkvoll

Spanskesyken i Røros og Ålen

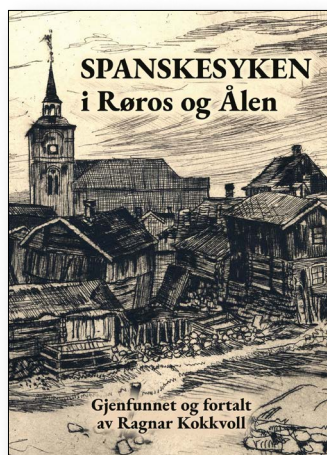
120 s.

Røros: Eget forlag, 2026

ISBN 978-82-303-7525-9

Michael 2026; 23: 332–333

doi: 10.5617/michael.13606



Det er sjelden man får innblikk i pandemier slik de faktisk utspilte seg i et lokalsamfunn. I denne boken tegner forfatteren et bilde av spanskesyken, influensapandemien som herjet verden fra slutten av første verdenskrig og frem til 1920, og som krevde mellom 50 og 100 millioner menneskeliv.

Dette er ikke skrevet som en fagbok, men som lokalhistorie for et bredt publikum. Selv om et av de første kapitlene heter «Spanskesyken kort fortalt», kunne nok mange lesere ønsket seg en mer samlet og oversiktlig innledning til pandemiens bakgrunn og utbredelse. Særlig savnes en noe mer utdypende historisk ramme omkring sykdommen.

Boken viser hvordan spanskesyken fant veien til Norge, og leseren forundres over likegyldigheten den ble møtt med. Noen mente at «menneskers dårlige levevis, deres dårlige tannsett, svekkede livsvarer etc.» var disponerende faktorer. Man kunne tro at fortidens miasme-teorier fremdeles var levende. Behandlingen var deretter. Både kvikksølv-sublimate og arsenikk ble anvendt i stor stil. Om man da ikke foretrakk einerbær, 15 om dagen. «Derved blir alle råtne dunster og råtne vannholdige

stoffer utskilt fra legemet.» Nei, vi befinner oss ikke på 1700-tallet, men leser en historie fra et østnorsk gruvesamfunn i 1918.

Myndighetenes håndtering var ikke stort bedre. Brennevin skulle visstnok være bra, og selv stadsfysikus i Kristiania anbefalte konjakk «som et gavnlig, stimulerende middel», forbudstiden til tross. Dagens lesere vil nok undres over at nesten intet ble gjort for å isolere de syke. Gruvedriften gikk som før under katastrofalt uhygieniske forhold, og bare sjelden ble arrangementer avlyst, selv om store deler av befolkningen ble smittet og dødsfallene steg. En av universitetets medisinske professorer forklarte situasjonen med at «folk er jo ofte selv skyld i at de dør».

Til sammen døde 44 personer i Røros legedistrikt som en følge av spanskesyken i årene 1918–1922, både i Bergstaden og i tettstedet Ålen nord for Røros. Boken lister dem opp med både navn og skjebner.

Bokens siste del har overskriften «Ni fortellinger fra spanskesyken». Det er sannelig dramatiske historier leseren får innblikk i, basert blant annet på intervjuer med etterkommere av ofrene. Avslutningsvis omtales også andre epidemier som har hjemsøkt Rørostraktene, herunder en slags dagbok over koronapandemien i årene 2020–2022.

Kokkvolls bok gir et interessant innblikk i hvordan en norsk gruveby taklet en dødelig pandemi i en tid med begrenset kunnskap om smittevern. Den burde interessere lesere over det ganske land, for trolig har holdningene rundt om hatt mange likheter med dem vi får innblikk i her.

Boken er solid innbundet og har omslagsillustrasjon av Chrix Dahl (1906–1994).

Per Holck

p.e.holck@medisin.uio.no

Per Holck er professor emeritus i anatomi ved Universitetet i Oslo.

Fotografiet som formet Norge etter 1945

Thale Sørlie, Anja Hysvær Langgât, Hege Oulie og Harald Østgaard Lund
Usynlig til stede: om hvordan fotografi har forandret Norge etter 1945
Oslo: Forlaget Press, 2025
448 s.
ISBN 978-82-328-0598-3

Michael 2026; 23: 334–335
doi: 10.5617/michael.13607



Vi husker vel våre foreldres og besteforeldres fotoalbum? Pent innklistrede bilder med korte tekster fra livets større og mindre begivenheter. Ikke så mange bilder, men de hadde en tydelig funksjon. De bevarte minner – helst de gode – holdt tiden fast og dokumenterte. Spør vi ungdom i dag om å få se bilder fra opplevelser de har hatt, møtes vi ofte med flakkende blikk. De skroller blant hundrevis av mobilbilder, men finner ikke det vi spør etter. Det er denne utviklingen boka handler om.

Mens det eksisterer en bok om fotografiets første hundre år i Norge (1839–1940)¹, har tiden etter vært mindre systematisk behandlet. Derfor ble det i 2000 satt i gang et omfattende og langvarig forskningsprosjekt med deltakere fra museer og fotomiljøer. Resultatet er denne boka, som rommer velskrevne og godt dokumenterte artikler om fotografiets mange roller: i samfunnets tjeneste, som skjermbilder og flyfoto, som nasjonsbygger, i hverdagsliv, som kunstform og som politisk virkemiddel.

Krav om «bilder på timen» utfordret fotobransjen før et langt større skifte kom da fotografiet ble digitalt og nettbasert. I oppsummerende kapit-

1 Erlandsen R. *Pas nu paa! Nu tar jeg fra Hullet!* Våle: Inter-View, 2000.

ler pekes det på at vi har fått en ny visuell bevissthet, der fotografiet har fått en helt annen plass i hverdagen.

Dette er en interessant bok som kan leses på flere måter. Den viser tydelig hvordan fotografi har forandret Norge etter 1945, slik tittelen sier. Vår omgang med bilder er grunnleggende endret. Bilder er i dag alltid til stede og har langt på vei overtatt som kommunikasjonsmiddel.

Samtidig viser boka hvordan Norge har forandret fotografiet. I de første etterkrigsårene var film og foto både dyrt og vanskelig tilgjengelig. En faksimile fra 1948 viser at selv politiet måtte søke om å få kjøpe film. Fotografering ble regnet som luksus, og amatørfotografer valgte motivene med omhu og planla bildene nøye før de trykket på utløseren. Først ut i 1950-årene ble tilgangen friere.

Deretter fulgte vekst og blomstring i fotobransjen fram til 1980- og 90-årene, med økende aktivitet innen framkalling og kopiering. Så kom de avgjørende teknologiske skiftene utenfra: digitalkameraet og mobiltelefonen. Folk tok flere bilder enn noen gang, men behovet for film og papir forsvant. Boka gir dermed også en lærerik framstilling av fotobransjens vekst og senere tilbakegang. Flere kapitler tar opp interessemotsetninger og til dels skarpe konflikter mellom aktørene i denne omstillingen.

Hvem henvender boka seg til? Den vil særlig appellere til eldre lesere som selv har fulgt utviklingen. Personlig begynte jeg å fotografere rundt 1950 og opplevde blant annet de byråkratiske hindringene for å få kjøpe et lysbildeapparat. Boka setter norsk fotografi inn i en bred sosial og kulturell sammenheng på en fin måte.

Øivind Larsen

oivind@oivindlarsen.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

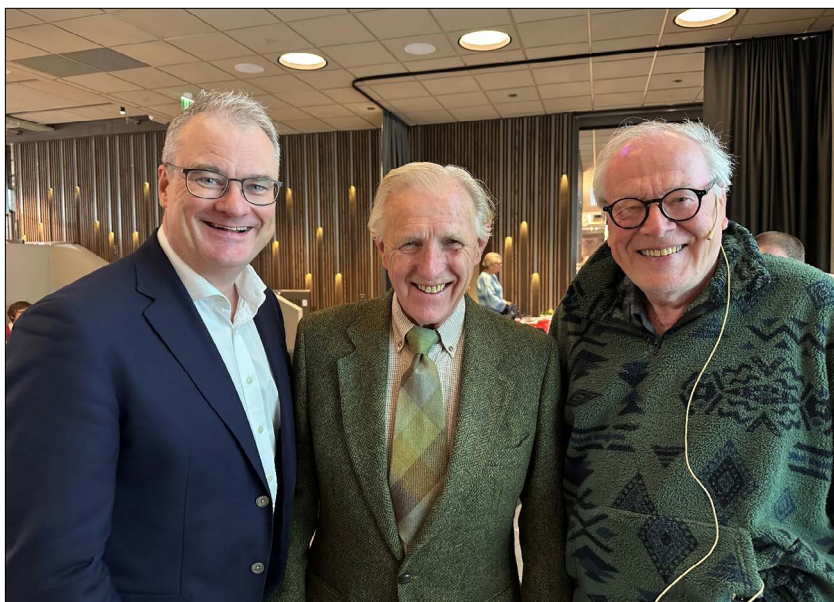
Ibsen og helse

Michael 2026; 23: 336–338

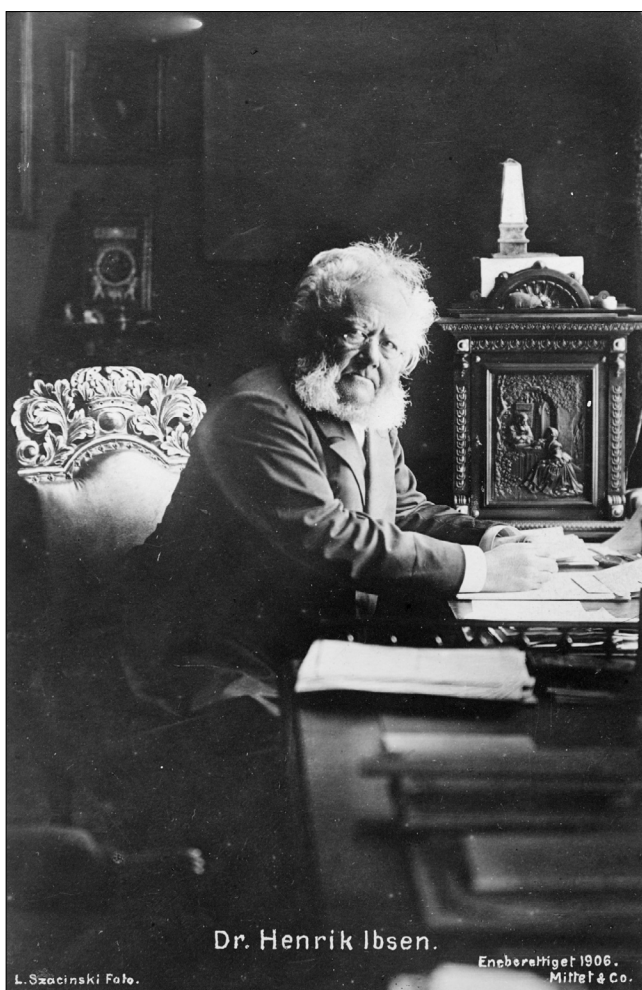
doi: 10.5617/michael.13608

Hvordan påvirket sykdom Henrik Ibsens liv og forfatterskap, og hvilken rolle spiller legene i hans dramatikk?

Helsehistorisk forum arrangerte 7. mai 2026 et seminar viet Henrik Ibsen og hans forhold til helse og sykdom. Innleggene ble holdt av Erik Henning Edvardsen, Kristian Ree og Jan Frich, som belyste temaet fra ulike perspektiver (figur 1).



Figur 1. Foredragsholderne Jan Frich, Kristian Ree og Edvard Henning Edvardsen. Foto: Erlend Hem



Figur 2. Henrik Ibsen i arbeidsværelset i Arbins gate 1 (nå Henrik Ibsens gate 26) i Kristiania i 1898. Her bodde han de siste elleve årene av sitt liv og skrev sine to siste skuespill, John Gabriel Borkman og Når vi døde vågner. Foto: Hulda Szacinski/Oslo museum/Digitalt museum.

Seminaret ble raskt fulltegnet og ble derfor gjentatt 11. mai. Arrangementet startet med en omvisning i Ibsens siste bolig i Henrik Ibsens gate 26 (figur 2). Deretter fortsatte deltakerne til Legenes hus på Christiania Torv for foredrag om Ibsen og helse.

Seminaret åpnet med et innlegg av Erik Henning Edvardsen, som arbeidet ved Ibsenmuseet i 25 år, de fleste som museumsleder. Han fortalte blant annet om Ibsens kjøp av et galvanoelektrisk magebelte på postordre i 1897. Til tross for advarsler fra leger lot Ibsen seg friste av reklamen for beltet, som ble markedsført som et universalmiddel mot ulike plager. Senere ble bestillingen utnyttet kommersielt, og Ibsens navn ble misbrukt i et stort antall avisannonser for produktet i årene 1900 til 1905.

Ibsens legeskikkelser

Kristian Ree, pensjonert hudlege, tok for seg legeskikkelsene i Ibsens dramatik og hvordan disse er blitt tolket. I 1975 publiserte Ree artikkelen *Ibsens legeskikkelser* i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. Foredraget hadde derfor tittelen *Ibsens legeskikkelser – 50 år etter*.

Ibsens skuespill inneholder ti leger og én som bare omtales. Flere av dem spiller sentrale roller i forfatterskapet. De tre viktigste er dr. Stockmann i *En folkefiende* (1882), dr. Rank i *Et dukkehjem* (1879) og dr. Wangel i *Fruen fra havet* (1888).

Ibsens helse

Jan Frichs innlegg handlet om Ibsens egen helse i hans siste leveår. På grunn av manglende journalmateriale må rekonstruksjonen bygge på indirekte kilder som brev, avisomtaler og senere nedtegnelser. Analysen tyder på at Ibsen fikk sitt første hjerneslag i 1900, etterfulgt av nye slag i 1901 og 1903. Dette førte til gradvis funksjonssvikt med lammelser, språkvansker og kognitiv reduksjon.

Ibsen ble behandlet etter datidens beste medisinske praksis, med råd om livsførsel, medikamentell behandling og det vi i dag ville kalle rehabilitering. Den tiltakende helsesvikten gjorde det umulig for ham å fortsette sitt kunstneriske arbeid.

Frich omtalte også de tre legene som behandlet Ibsen i hans siste leveår, blant dem Edvard Bull (1845–1925), som fulgte dikteren tett gjennom de tre siste leveårene, og besøkte ham mer enn tusen ganger.

Seminarer illustrerte hvordan medisinske perspektiver kan kaste lys over både Ibsens liv og forfatterskap. Hans liv og verk fremstår ikke bare som kulturhistorie, men også som en inngang til å forstå sykdom, behandling og legepraksis.

En redigert versjon av seminarer er tilgjengelig på Helsehistorisk forums nettside.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Polio – fra epidemi til nesten utryddelse

Michael 2026; 23: 339–342

doi: 10.5617/michael.13609

Siden 1988 har målet vært å utrydde polio. Hvorfor har det ennå ikke skjedd?

Helsehistorisk forum arrangerte 28. mai 2026 et seminar om polio ved Ullevål sykehus. Innleggene ble holdt av Arne Taxt og Hanne Nøkleby fra Folkehelseinstituttet og Bjørn Olav Rosseland i Oslo poliolag (figur 1). De belyste sykdommen i historisk, medisinsk og globalt perspektiv.

Historisk utvikling

Polio, eller poliomyelitt, er en infeksjon forårsaket av poliovirus som kan angripe motoriske nerveceller i ryggmargen og føre til lammelser. Fram til 1800-tallet forekom sykdommen sporadisk. Den første dokumenterte epidemien i Norge, og trolig i verden, ble beskrevet av distriktslege Andreas Christian Bull (1840–1920) i Sør-Odal i 1868.

På 1900-tallet var polioepidemier vanlige i mange land, også i Norge, med gjentatte utbrudd fram til 1950-årene. Sykdommen var blant de mest fryktede infeksjonssykdommene i den vestlige verden. Gjennombruddet kom med utviklingen av effektive vaksiner i 1950-årene, og epidemiene avtok raskt i Norge og mange andre land.

I 1988 gikk Verdens helseorganisasjon og andre internasjonale organisasjoner sammen om global utryddelse. Siden har antall tilfeller falt dramatisk, og polio er nå nær ved å bli den tredje smittsomme sykdommen som utryddes, etter kopper og kvegpest.

Klinisk sykdom og vaksiner

Om lag 90 % av alle polioinfeksjoner forløper uten symptomer, mens rundt 0,5 % fører til lammelser. Poliovirus er et RNA-virus som finnes i tre sero-



Figur 1. Foredragsholdere om polio i Helsehistorisk forum: Hanne Nøkleby, Bjørn Olav Rosseland og Arne Taxt. Foto: Erlend Hem

typer, hvorav type 2 og 3 er erklært utryddet. Det siste tilfellet av type 2 ble registrert i 1999, mens type 3 sist ble påvist i 2012. Bare type 1 sirkulerer fortsatt, hovedsakelig i Afghanistan og Pakistan.

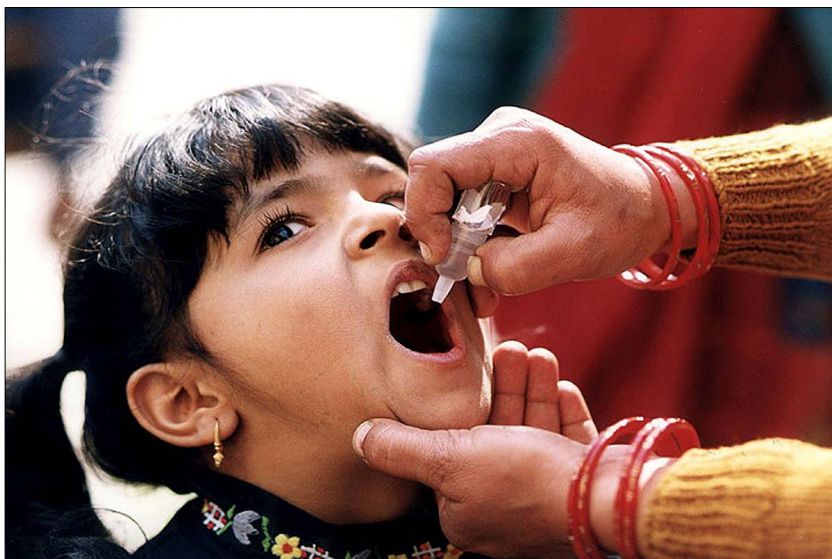
To vaksiner har vært sentrale i bekjempelsen av sykdommen: inaktivert vaksine, utviklet av Jonas Salk (1914–1995) i 1955, og oral levende svekket vaksine, utviklet av Albert Sabin (1906–1993) i 1961 (figur 2).

I Norge ble inaktivert vaksine innført i 1956. Den ble brukt fram til 1965, da den orale vaksinen ble introdusert. I 1980 gikk man tilbake til inaktivert vaksine på grunn av risikoen for vaksinederiverte virus knyttet til den orale vaksinen. Det siste innenlandske smittetilfellet ble registrert i 1969, og siste importerte tilfelle i 1992.

Global innsats

Den globale innsatsen for utryddelse skjøt fart i 1980-årene. Antall tilfeller av vill poliovirus er redusert fra rundt 350 000 i 1988 til bare et fåtall i dag. Samtidig har vaksinederiverte virus blitt et økende problem.

I dag overvåkes poliovirus både gjennom rapportering av akutte slappe lammelser hos barn og analyser av avløpsvann. Europeiske risikovurderinger anbefaler fortsatt høy vaksinedekning, styrket overvåkning og beredskap mot import av virus.



Figur 2. Et barn får oral poliovaksine i India, et enkelt tiltak som har vært avgjørende i kampen mot polio. Den orale vaksinen har vært hovedvaksine globalt gjennom mange tiår. Foto: Public Health Image Library, Centers for Disease Control and Prevention (Wikimedia Commons)

Selv om polio er eliminert i store deler av verden, er full utryddelse fortsatt ikke oppnådd. Framgangen påvirkes av globale forhold som pandemier, konflikter, klimaendringer og økonomiske kriser.

Polio er ikke vanskelig å kontrollere, men vanskelig å utrydde. Nøkleby påpekte at dette skyldes grunnleggende forskjeller fra kopper, ikke minst at de fleste infeksjoner er asymptomatiske, slik at virus kan sirkulere uoppdaget. Høy vaksinasjonsdekning på rundt 90 % er nødvendig for å hindre smitte. Risikoen for større utbrudd er lav i land med høy vaksinasjonsdekning, men svikt i vaksinasjonsprogrammer kan raskt gi nye utbrudd. Hovedutfordringen framover er å opprettholde vaksinasjonsprogrammene også når sykdommen er sjelden.

Postpoliosyndrom

Bjørn Olav Rosseland rettet oppmerksomheten mot de langsiktige konsekvensene av polio. Det anslås at mer enn 10 000 personer i Norge lever med følger av tidligere poliomyelitt, men Rosseland mente at det reelle antallet sannsynligvis er langt høyere. Disse senfølgene omtales som post-poliosyndrom.

Hos mange kan det gå flere tiår etter den akutte sykdommen før nye symptomer oppstår. Personer som lenge har hatt en stabil funksjonsevne, kan utvikle økende trøtthet, muskelsvakhet og nye lammelser. Dette kan føre til behov for hjelpemidler som krykker eller rullestol, selv hos personer som tidligere har klart seg uten slik støtte.

En redigert versjon av seminaret er tilgjengelig på Helsehistorisk forums nettside.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Doktorgrad på engelsk og norsk

Michael 2026; 23: 343–344

doi: 10.5617/michael.13610

Engelsk dominerer i medisinske doktorgrader. Ved NTNU inngikk nylig en artikkel på norsk, publisert i Michael, som del av en doktoravhandling.

Fastlege og samfunnsmedisiner Dag-Helge Rønnevik disputerte 21. mai 2026 for ph.d.-graden ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (figur 1). Avhandlingen undersøker kommuneoverlegers og fastlegers roller i det kommunale folkehelsearbeidet etter innføringen av folkehelseloven i 2012.

Basert på tre kvalitative studier med til sammen 59 deltakere viser arbeidet at kommuneoverleger oppfattes som viktige brobyggere mellom helse-tjenesten og det brede folkehelsearbeidet. Samtidig avdekkes utfordringer knyttet til små stillingsandeler og varierende prioritering av folkehelsearbeidet i kommunene. Fastlegene rapporterer på sin side begrenset deltakelse i det overordnede folkehelsearbeidet, og virksomheten deres er i hovedsak rettet mot individnivå.

En av artiklene i avhandlingen, publisert i *Michael*, belyser kommuneoverlegers erfaringer med arbeidet med kommunens oversiktsdokument over folkehelsen (1). Studien fremhever kommuneoverlegenes rolle som medisinskfaglige rådgivere, men viser også hvordan strukturelle og kulturelle forhold kan begrense deres innflytelse i plan- og utviklingsarbeidet.

Avhandlingen synliggjør et betydelig uutnyttet potensial for både kommuneoverleger og fastleger i folkehelsearbeidet. Rønnevik argumenterer for at medisinsk kompetanse i større grad bør inngå i folkehelsepolitikk og praktisk folkehelsearbeid, og for et tettere samspill mellom klinisk virksomhet og befolkningsrettede tiltak.

Avhandlingen er skrevet på engelsk, men én av de tre artiklene var på norsk og publisert i *Michael*. Disputasen ble gjennomført på en kombina-



Figur 1. Fra venstre annenopponent Ditte Heering Holt, førsteopponent Geir Sverre Braut, doktoranden Dag-Helge Rønnevik, disputasleder Bente Prytz Mjølstad og komitéleder Geir Arild Espenes. Foto: Aslak Steinsbekk

sjon av norsk og engelsk. Aslak Steinsbekk og Betty Johanne Pettersen har vært veiledere.

Litteratur

1. Rønnevik D-H, Steinsbekk A, Pettersen B. Hvordan oppleves kommunelegens rolle i folkehelsearbeidet? *Michael* 2024; 21: 204–221. <https://doi.org/10.5617/michael.11443>

Aslak Steinsbekk

aslak.steinsbekk@ntnu.no

Aslak Steinsbekk er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Jan Frich
Pål Gulbrandsen
Erlend Hem
Nina Husom
Magne Nylenna

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Editorial board:

Geir Sverre Braut
Kari Tove Elvbakken
Linn Okkenhaug Getz
Christoph Gradmann
Cato Innerdal
Hilde L. Sommerseth

Annual subscription rate
NOK 700

ISSN 1893-9651

Jubileer minner oss om utvikling og forandring. De gir anledning til å reflektere over avstanden mellom da og nå. Når store deler av dette nummeret av *Michael* er viet året 1826, er det også for å vise hvor framsynte og initiativrike våre kolleger var for 200 år siden. Med beskjedne ressurser la de grunnlaget for noe av det viktigste et moderne samfunn kan tilby: en kunnskapsbasert helsetjeneste.

Året 1826 ble et merkeår i norsk medisinsk historie. Da ble *Læseselskabet i Christiania*, senere *Det norske medicinske Selskab*, stiftet. Samme år fikk Norge sitt første medisinske fagtidsskrift, *Eyr*. Det medisinske fakultet ved Det Kongelige Frederiks Universitet fikk dessuten sitt etterlengtede universitetssykehus da Rikshospitalet åpnet i oktober 1826.

Sykehuset ble innredet i Militærhospitalet, en laftet tømmerbygning fra 1807 i Akersgata i Christiania, omtrent der Regjeringskvartalet ligger i dag. Ved åpningen hadde Rikshospitalet plass til 100 pasienter.

Forsidebildet viser en modell av det første rikshospitalanlegget. Militærhospitalet, som i dag er gjenreist ved Grev Wedels plass i Oslo, er bygningen foran til venstre i bildet.

Magne Nylenna

Foto: Stein A. Evensen

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004