

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 sykelighet 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 *venerske 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, generalløytanten 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 uklarerheter 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 Legerforening* 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