

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.

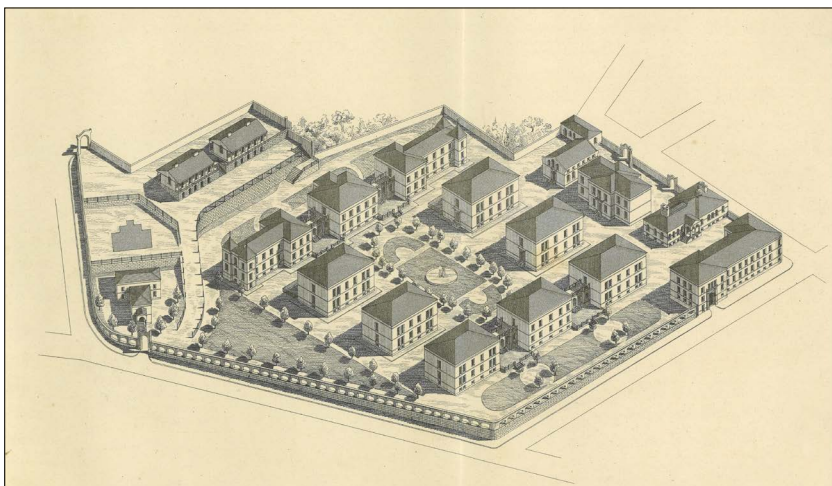
I de første årene hadde sykehuset dessuten få ordinære innleggelser. Tilbudet var begrenset og preget av symptomlindring mer enn av behandling. I praksis var sykehuset avhengig av fattige syke for å skaffe inntekter og pasienter til undervisningen. Døgnprisen ble redusert flere ganger de første årene 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. Krangelen 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

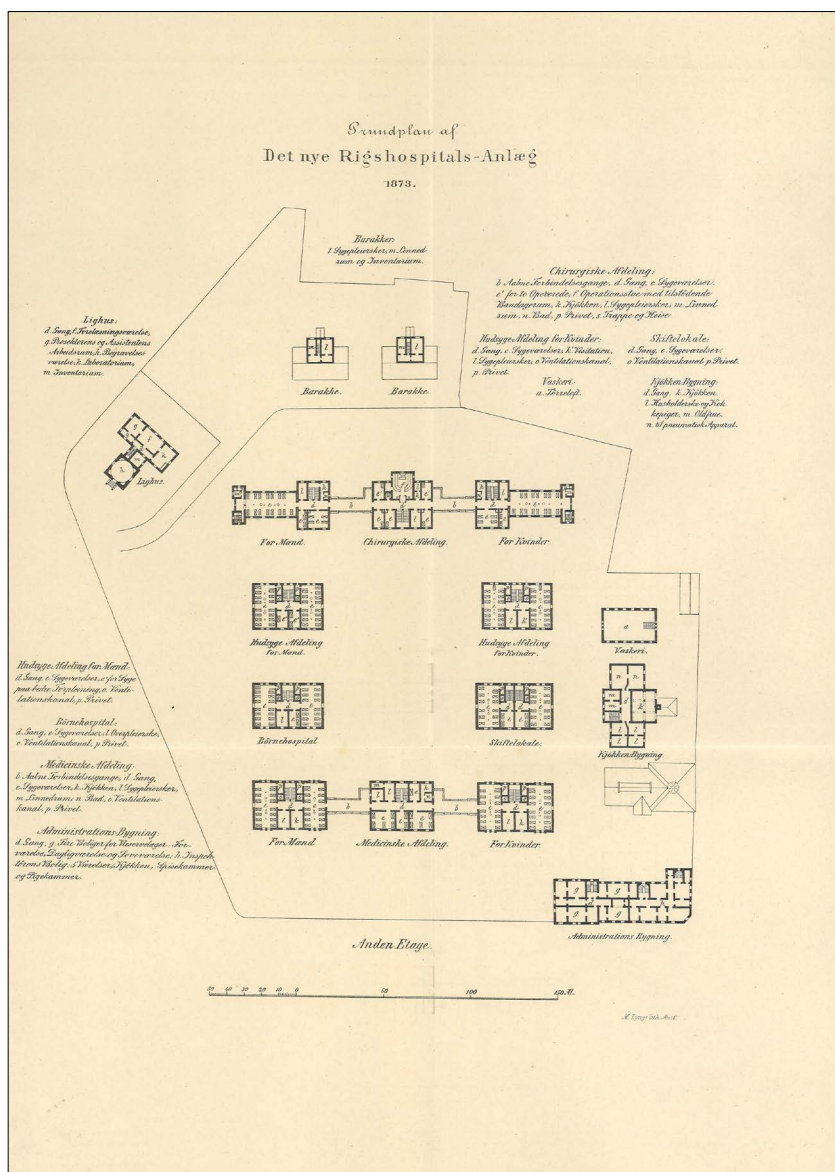
Da Rikshospitalet åpnet i Pilestredet i 1883, var det allerede for lite og på flere områder foreldet (5, s. 139). Utenfra så sykehuset imponerende ut.

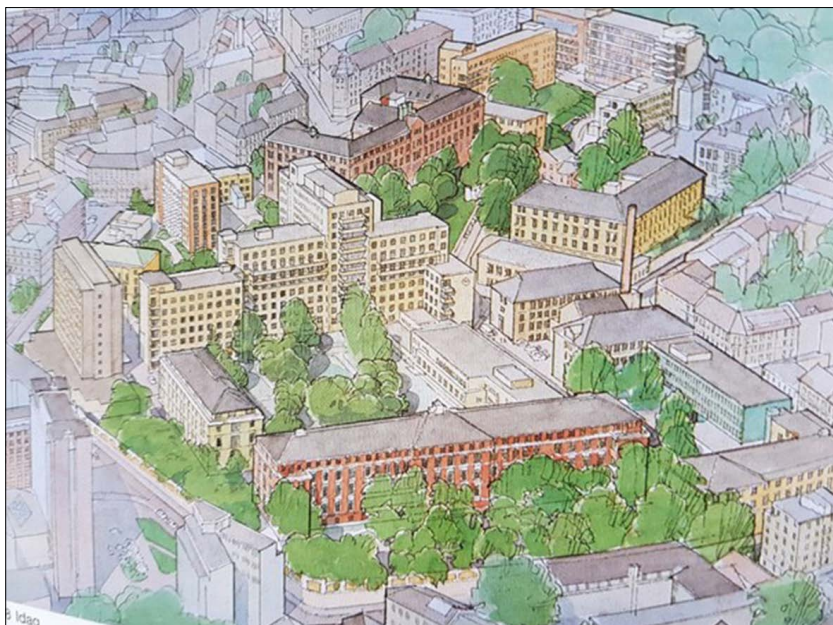


Figur 3. Rikshospitalet i Pilestredet som planlagt i 1873. Nedad til høyre medisinsk avdeling delt i tre paviljonger forbundet med broer. Oppad til venstre kirurgisk avdeling, likeledes delt i tre med broer. Mellom dem til venstre hudavdeling for menn og barneavdeling. (Ved åpningen i 1883 var hudavdelingen 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/0da4a9f94658b119cf8786fa42734883?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 Kvinneklinikken som var ferdig i 1914. Sykehuset manglet imidlertid en plan for utvidelsene. Bevilgningene kom stykkevis og delt,





Figur 5. Rikshospitalet i Pilestrødet 1990-årene. Medisinsk avdeling i forgrunnen med kirurgisk avdeling bak i gulhvitt farge. Kvinneklubben 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 behandlingsskrevende 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