

Helseinstitusjoner i Nord-Norge

– arkitektur og struktur

av Ingebjørg Hage

De store fiskeriene langs kysten, med mange menn samlet i konsentrerte fiskevær, var utgangspunktet for utbyggingen av helseinstitusjonene i det nordlige Norge. Det var en lang, slitsom og utfordrende vei fra de få og små provisoriske sykestuene i fiskeværene på begynnelsen av 1800-tallet til det differensierte helsetilbudet to hundre år seinere – med helse-senter, sykehjem, spesialiserte sykehus, helikoptertransport og telemedisin.

Denne artikkelen har helseinstitusjoner i Nord-Norge som tema. Arkitektur og struktur står i fokus, men arkitekturen avspeiler også endringer i synet på sykdom og pleie. Etableringen og utviklingen / endringen av helseinstitusjonene i landsdelen gjennom 200 år, fra 1800 til 2000, skisseres i grove trekk.¹ Framstillingen deles inn i fire perioder; 1800-tallet, første halvdel av 1900-tallet og to perioder i andre halvdel av 1900-tallet. Lokalisering i landsdelen, institusjonstype, bygningstype og arkitektur samt til en viss grad institusjonseier / driver blir diskutert. Arkitekturen blir karakterisert ved typiske bygningseksempler i hver periode.

Rundt år 1800 er det anslått at befolkningen i Nord-Norge var 80 000, rundt år 1900 var den steget til 260 000, mens det ved årtusenskiftet var omlag 425 000. Befolkningen har økt jevnt, men bosettingen har vekslet – steder ble tilflyttet og fraflyttet. Kombinasjonen av fiske og jordbruk ga et levebrød, men i den tradisjonelle økonomien endret tyngdepunktet av bosettingen seg med skiftingene i fiskeinnsiget mot kysten og markedsforholdene for fisk. Samene som flyttet mellom boplassene i en årstidsrytme,

var avhengig av både fébruk, fiske og reindrift, men er med moderniseringen av reindriften blitt mer bofaste. Den norske etniske befolkningen i Nord-Norge var lenge knyttet til kysten. Den samiske var i stor grad knyttet til innlandet og fjordene, og den kvenske² hovedsakelig til fjordene. Innlandsdaler og skogdaler ble i stor grad ryddet og bebygget av innflyttere fra innlandsbygdene i Sør-Norge gjennom 1800-tallet. Befolkningsøkning og bosettingsmønster har vært sterke premisgivere i utviklingen av helseinstitusjonene i landsdelen.

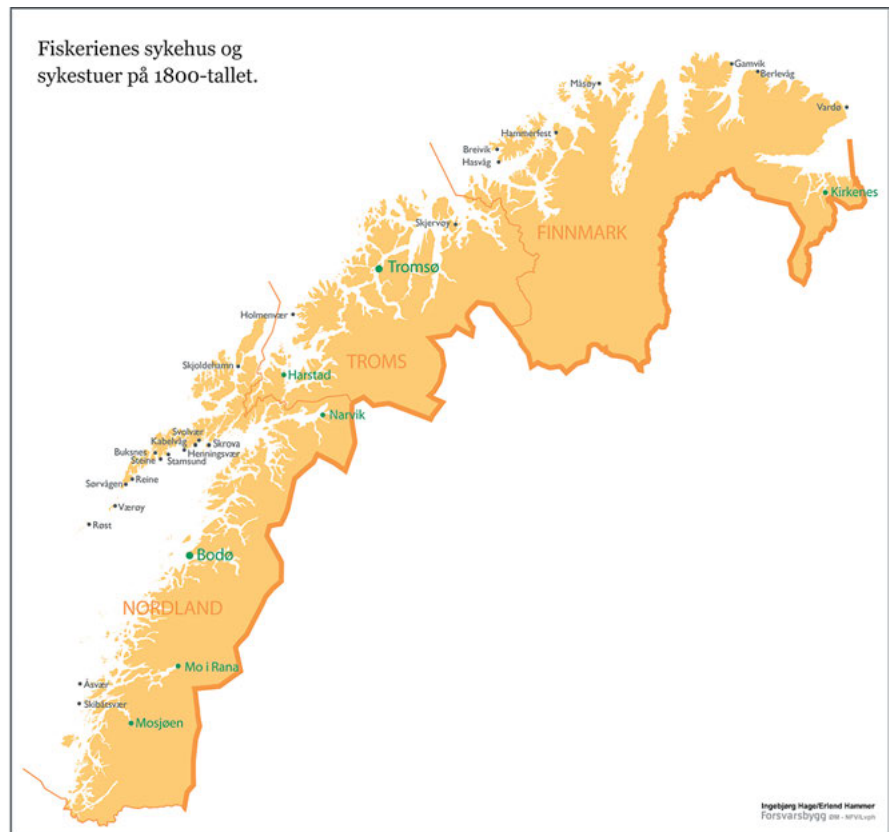
Etableringen på 1800-tallet

Fiskersykehusene langs kysten

Sykeomsorgen i Nord-Norge var på 1800-tallet i stor grad et privat anliggende basert på det familien kunne makte, og den foregikk hjemme hos den enkelte. Næringsmulighetene var imidlertid slik at arbeidsføre menn i lange perioder var borte fra hjemmet – noen var på gruvedrift, men de langt fleste var på sesongfiske, i Lofoten eller Finnmark.

For gruvearbeiderne var det egne ordninger. Bergverksloven av 1842 krevde at bergverkene hadde egen fattig- og sykeomsorg. Kopperverket i Kåfjord i Alta fikk orden på dette så tidlig som på 1830-tallet. Mot slutten av århundret var det, i tillegg til Kåfjord, flere verkssykehus eid og drevet av verkseiere ved gruver i Nordland og på Kirkenes i Finnmark.³

En stor del av mennene var fiskere og de var borte fra hjemstedet under de store sesongfis-

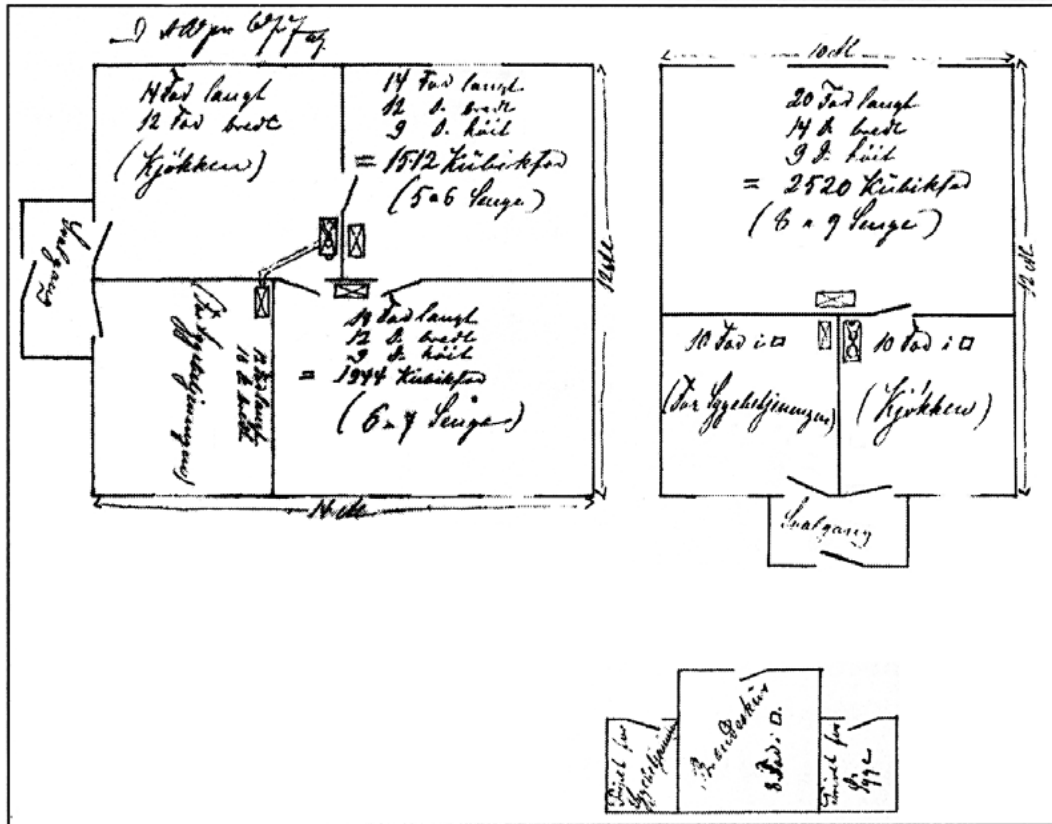


FIGUR 1. Nordland, Troms og Finnmark utgjør landsdelen Nord-Norge, og det er et geografisk stort og mangfoldig område – der den lange kystlinja har en særlig betydning.

keriene, og nettopp der florerte sykdomsepidemiene og skadetilfellene. Det var tyfus, difteri og skarlagensfeber samt forfrysninger og andre skader av ymse slag. Fiskerne bodde i overfylte rorbuer, 12–14 i hvert rom og gjerne to i hver seng, eller de tjeldet under båten. Det ble reist krav om å få sykehus i Lofoten i forbindelse med vintertorskefisket og i Finnmark i forbindelse med vårtorskefisket. Det første ble opprettet i Svolvær i 1837 og så fulgte andre etter. Fra midt på 1800-tallet og utover ble det etablert en rekke små sykehus eller sykestuer i Nord-Norge, med et sengetall fra tre til 30, og de var alle knyttet til fiskeriene. Det var omlag 15 i Nordland, 7 i Finnmark og 2–3 i Troms. At de var knyttet til fiskeriene betydde at de var lokalisert til ytterkysten samt at de fleste kun var i drift i fiskesesongen. Alle var heller ikke i funksjon samtidig, sykestuer ble opprettet og nedlagt alt etter hvor innsiget av fisk var. Det var for eksempel *fiskersykehus på Steine i Lofoten*, som ble etablert i 1863, fikk ny bygning i 1873 og som brente i 1913. Et foto

viser at bygningen lå ved siden av kirka og i utseende kan forveksles med et lite forsamlingshus eller en skole. Det eksisterer to små planskisser som fiskersykehusene i Åsvær, Steine og Henningsvær skal være bygd etter.⁴ Den ene viser et hus som er 14x12 alen (1 alen = 62,75 cm) og inneholder kjøkken, rom for betjening og to sykerom med til sammen 12 senger. Den andre har litt mindre grunnflate, 10x12 alen, og har kjøkken, rom for betjening og ett sengerom med 9 plasser. Begge har adkomst til sykerommene gjennom kjøkkenet. Noen sykestuer som startet opp i tilknytning til fiskeriene fikk permanent drift. Det skjedde i Gravdal i Lofoten samt i Vardø og Hammerfest i Finnmark.

Slik fikk landsdelen på 1800-tallet sin sykehusstruktur fra fiskeriene – mange små sykehus/sykestuer langs kysten. Sykehusene ble på 1800-tallet finansiert av medisinalfondene, en ordning som ble etablert på slutten av 1700-tallet. Det var et medisinalfond for hvert amt, Nordland, Troms (fra 1866) og Finnmark. Fondene ble i hovedsak



bygd opp av avgifter på fisk og fiskeprodukter.⁵ Det var fondene som sto som eiere av sykehusene og det var amtet som administrerte fondet. Det var altså fiskerne selv som bygde opp fondene ved sitt arbeid, og de fleste sykehus i landsdelen ble slik sett "trekt opp av havet".⁶ Fondene ga den offentlige sykeomsorgen i Nord-Norge en selvstendig økonomi, selv om det var trange kår. Det var generelt slik at pasientene skulle betale sykehusoppholdet, unntatt ved smittefarlige sykdommer. For de fleste var det vanskelig å gjøre opp for seg. Under fisket skulle imidlertid fiskerne ha gratis sykehusopphold. Ordninga gjorde at fiskere og smittesyke dominerte som pasienter i Nordland og Finnmark på 1800-tallet. I Troms utgjorde de en mindre del.

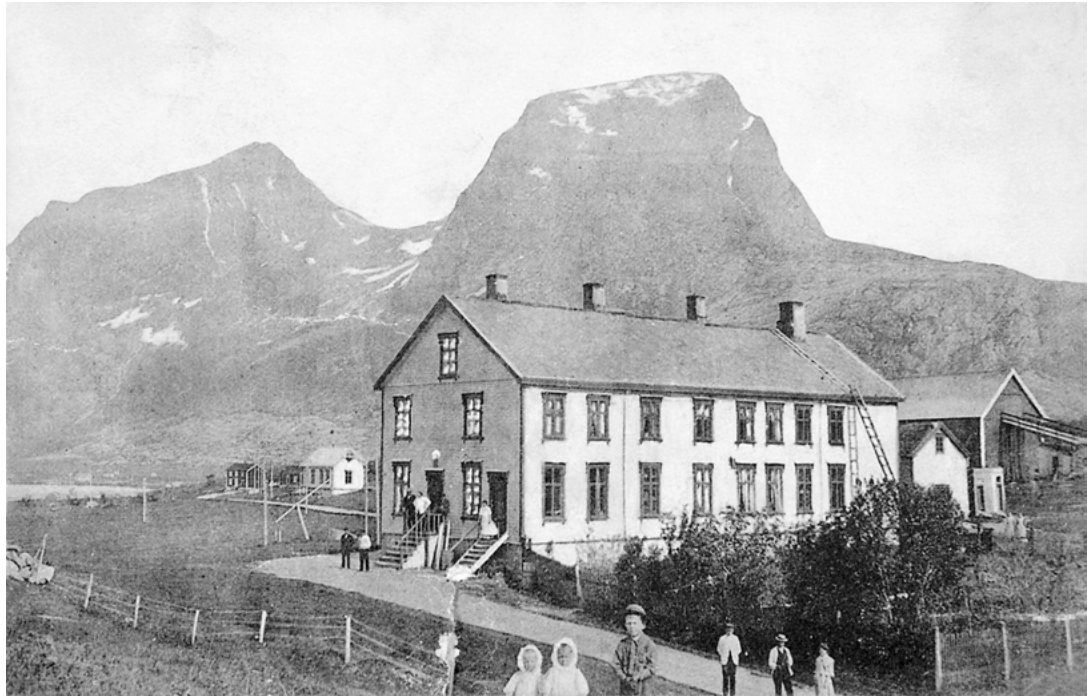
Nordland amtssykehus på Helgeland

De fleste sykehus som ble opprettet midt på 1800-tallet holdt hus i bygninger som ikke var bygd for formålet, noe som endret seg mot slutten av århundret. Nordland amtssykehus på

FIGUR 2. Fiskersykehuset på Steine i Lofoten ble antagelig bygd i 1873 og var i bruk til det brente i 1913. Da det skulle bygges kreves det i vedtatte plass til 16–20 senger. Samme type fiskersykehus skal ha stått i Henningsvær i Lofoten og Åsvær på Helgeland. Planskissen viser to alternative størrelser. Skissen er fra Bjørnvik 2003 s. 39.

Helgeland ble etablert på Skei i 1810, flyttet til Skjeggnes i 1843 og til Søvik i 1865, der det var i drift til 1926 da det ble flyttet til Sandnessjøen, som da var blitt et kommunikasjonssentrum.

Søvik var et bygningsanlegg med fem bygninger rundt et tun – tre store toetasjes våningshus, ett uthus og ett stort stabbur. Sett med dagens øyne er det lett å tolke det som et stort gårdsbruk. Og gårdsbruk var det også i likhet med andre helårsdrevne helseinstitusjoner i landsdelen på 1800-tallet. Det var nødvendig å sikre matforsyning og brensel til institusjonen. I 1935 ble Søvik tatt i bruk som husmorskole, kombinert med jordbruk, og ble etter hvert en del av det videregående skolesystemet.



FIGUR 3. Helgelandssykehuset på Søvik ble avviklet i 1926 og dette fotografiet viser stedet på slutten av 1800-tallet. Sengesalene hadde utsikt og store vinduer mot sør. Fotoarkiv Helgeland Museum.

Søvik var den største sykehusgården i Nord-Norge på 1800-tallet, kjøpt av Nordland amt/medisinalfondet rundt 1860. En bestyrer med familie drev gården for medisinalfondet, med melk- og kjøttproduksjon, veddrift og torvbruk. Etter hvert ble gårdsdrifta delt med legen.⁷ De leide inn tjenestejenter og drenger til drifta av både gården og sykesengene. Bestyrerparets kjøkken var også sykehuskjøkkenet. De mannlige drengene bar inn torv og ved, kjørte vann og varer, transporterte syke og hjalp til med tunge løft i pleien av de syke. Bestyrerfamilien og de som hadde sin gjerning på sykehuset bodde der og spiste i det store husholdet. Sykehusene i Nord-Norge på 1800-tallet var i stor grad små og familiedrevne, og kan betegnes som førmoderne. Men nye tendenser var i emning med de noe større og mer spesialiserte trebygningene som kom mot slutten av 1800-tallet, som Bodø sykehus i 1881 og Vadsø, en staselig bygning i forsiktig dragestil, i 1900.

Første halvdel av 1900-tallet

På skillet mellom århundrene – Rønvik og Vensmoen

Et av de største løftene rundt skiftet mellom 1800- og 1900-tallet var byggingen av et statlig sinnssykeasyl for Nord-Norge i Bodø. Etter strid om lokaliseringen mellom Harstad og Bodø vedtok Stortinget etableringen i 1894. Byggearbeidene på Rønvik asyl tok til høsten 1895 og anlegget sto ferdig i 1902. Det var tegnet av arkitekt Lars Solberg (1858–1921) i Trondheim⁸, etter medisinaldirektør Michael Holmboes ideer, noe som viser at staten engasjerte seg mer i sykeomsorgen enn tidligere. En paviljongløsning, som var blitt vanlig i utlandet, mellom annet i Danmark, ble diskutert. Holmboe konkluderte med at det åpne paviljongsystemet ikke ville egne seg i det harde nordnorske klimaet. Det ble derfor valgt en kompakt løsning etter mønster av statsasylene i Sør-Norge – bygninger i sluttet firkant



FIGUR 4. I Rønvik asyl fra overgangen mellom 1800- og 1900-tallet er tradisjonell arkitektonisk dekor sløyfet i eksteriøret, bortsett fra hjørner og omramminger i rettlinjert saget marmor. Det er proporsjonene og spillet i fasadesteinen som gir bygningen karakter. Foto Paul Bratland Pincus 2005.

med korridorsystem og innebygde forbindelsesganger.⁹

Rønvik asyl fikk mange bygninger, også et gårdsbruk som skulle fungere både i sykebehandling og for matforsyning. Selve sykehusbygningen er et symmetrisk anlegg i to etasjer, med fløyer satt sammen til en tilnærmet lukket firkant. Administrasjonen med hovedinngangen ligger midt på, mot sørøst, og en fløy for kvinner og en for menn strekker seg bakover – det var strengt skille mellom kjønnene. Økonomienheten med kjøkken, vaskeri og fyrhus ligger inne i gårdsrommet. Arkitektens plantegning viser også et opparbeidet lukket hageanlegg inne på tunet. Kun administrasjonsfløya har midtkorridor, sengefløyene har sidekorridor. På denne måten får sengerommene gjennomlys ved vinduer mot korridoren – et prinsipp som hadde vært et kvalitetskrav i sykehusbygging i Europa siden midt på 1800-tallet.

Anlegget ble bygd i solide materialer –

grunnmur av gråstein og teglvegger forblendet med Fauske-marmor. Dette var et av de første anleggene i Norge der det ble brukt råkopp (grovhugd bruddstein) som fasademateriale, et materiale som skulle bli mye brukt i jugendstilen i Norden. Rønvik sykehus er fortsatt i bruk som sykehus. Det har gjennom årene vært mange bygningsmessige og organisatoriske endringer – for å kunne fungere etter samtidens krav.

Arkitekt Lars Solberg var en mye brukt institusjonsarkitekt i det nordlige Norge. Han tegnet Bodø sykehus (1919–1927) og Sandnessjøen sykehus som avløste det tidligere omtalte Søvik (1919–1926), begge var anlegg med symmetriske fasader og kledd med råkopp i granitt. Han tegnet også det nye sykehuset i Tromsø (1916–1922) – nå en del av fylkeshuset. Det symmetriske anlegget med enkel nyklassisistisk detaljering mangler de raffinerte steinfasadene som ble brukt i Nordland.

I Nordland kom, etter mange års forberedelser, den store statlige institusjonen *Vensmoen tuberkulosesanatorium* i 1916 – den skulle betjene hele Nord-Norge. Bebyggelsen ligger på en vid furukledd mo over dalbunnen i Saltdalen. Sanatoriet ble lagt til et område med godt klima for å kurere tuberkulose, der lite nedbør og lokalisering i furuskog var gunstig. Det storslagne anlegget er gjemt for den farendes blick, det må oppsøkes. Det kommer tilsyne mellom furustammene som et Soria Moria når en beveger seg innover fra porten – skillet mellom de syke og de friske, mellom bygdefolket og den store statlige institusjonen med sin arkitektur.

Anlegget ble tegnet av arkitekt Hagbarth Schytte-Berg (1860–1944) i Trondheim, etter planer og skisser av overlege Albert Tillisch i Oslo, og i samsvar med det som var ideologi og praksis i europeisk tuberkulosebehandling i første del av 1900-tallet. Anlegget er sammensatt av bygningsblokker eller fløyer, der hver del har sin egen funksjon, høyde og utstrekning. Det langstrakte bygningsanlegget, med den tårnkronete hovedbygningen i midten, ligger i øst-vest retning, med hovedfasade, pasientrom og liggehaller mot sør. Ut fra hovedbygningen strekker det seg avdelinger for pasientene, en for hvert kjønn. De enetasjes liggehallerne var åpne mot



FIGUR 5. Vensmoen sanatorium ble plassert i et område med gunstig klima for å kurere tuberkulose. De store kurbhallene, der pasientene var både ute og inne på samme tid, var viktig i behandlingen. Det samme var det store parkanlegget på sørsiden av bygningen – der pasientene skulle spasere for å få mosjon og frisk luft. Arbeid i hagen eller parken var en del av behandlingen. Foto Ingebjørg Hage 2005.

sør og sola. Før de lange liggehallene på endene ble revet på 1960-tallet hadde anlegget en lengde på 260 meter – et stort anlegg bygd i tre, med innslag av betong og murverk.

Vensmoen var anlagt som et stort gårdsanlegg. I tillegg til selve sanatoriebygningen var det hus for forskjellige gjøremål og noen var plassert slik at de dannet et stort åpent tun på nordsiden av hovedanlegget. Stabburet og snekkerverkstedet står fortsatt. Flere av boligene som hørte til det opprinnelige anlegget er blitt borte, mens andre bygninger kom til da behovene endret seg. Anlegget var i bruk som sanatorium fra 1916 til 1966, da det ble nedlagt etter femti års drift. Fra 1966 var Vensmoen sentralinstitusjon for psykisk

utviklingshemmede, men i 1991 var også den epoken i helseomsorgen over.

Vensmoen og Rønvik var statlige institusjoner, spesialbygd for hver sin sykdom, og i utgangspunktet dekket de hele landsdelen.

1900 til 1920

– det offentlige styrer skuta

Tuberkulosen kom i stor grad til å prege utbyggingen av helseinstitusjoner i første halvdel av 1900-tallet, i Nord-Norge som i resten av landet. I nasjonal sammenheng var sykdommen på topp rundt år 1900, og det første sanatoriet i Norge ble åpnet i Molde på slutten av 1800-tallet. Noe måtte gjøres også i Nord-Norge. I første del av 1900-tallet (ca 1900–1920), var det amtet og kommunene som tok initiativet i dette arbeidet, ved å etablere små institusjoner spredt rundt i Troms, mens Finnmark samlet seg om ett større tiltak, Tanagård i 1903. Det var i tråd med at Finnmark hadde startet opp med å sentralisere sykesengene på slutten av 1800-tallet. Hammerfest, Vardø og Vadsø fikk da nye sykehusbygninger, mens tilbudene i fiskeværene Berlevåg, Måsøy, Hasvåg og Gamvik samt i Alta ble lagt ned.¹⁰ *Tanagård tuberkulosehjem* ble ingen suksess. Den store treetasjes bygningen i sveitserstil ble kjøpt fra et konkursbo og innredet til tuberkulosehjem. Det var det første drevet i offentlig regi i Nord-Norge, men ble en stor økonomisk byrde. Det var tungt å drive i det daglige – med utedo, dårlig vannforsyning og sykerom fordelt over flere etasjer.¹¹

I Troms ble det satset på små kommunale pleiehjem, og noen få ble bygd, som i Ibestad og Lyngen. De ble begge bygd etter samme tegning ”Typetegning for små pleiehjem”. Den var anbefalt av statens medisinaldirektør og beskrevet som en rimelig løsning, men med varme, lyse og lett ventilerbare sykerom, ett for mannlige og ett for kvinnelige pasienter samt oppholdsværelse og rom for sykepleieren. Det hadde plass til 10 pasienter. *Ibestad tuberkulosehjem* ble godt utstyrt, og ved åpningen i 1906 var det lagt inn en elektrisk ledning fra sykerommene til et ringeapparat hos betjeningen på kvisten.¹² *Lyngen tuberkulosehjem* ble tatt i bruk i 1912 og var lokalisert til kommunens eiendom Stigen på

Lyngseidet.¹³ Mens det tilsvarende anlegget på Ibestad var godt utstyrt og hadde god økonomi, delvis på grunn av årlige tilskudd fra stedets sparebank, var det annerledes i Lyngen. Det var et område med stort innslag av kvensk og samisk befolkning i små kår. For mange små sykehjem, bygd på kommunale og innsamlete midler, var det tidkrevende å oppnå en ønskelig standard.

I Nord-Norge ble pleie- og tuberkulosehjemmene i perioden fra omlag 1900 til første verdenskrig stort sett bygd og drevet av det offentlige – staten, amtet og kommunene.

1920 til 1940 – mange bekker små

I mellomkrigsperioden stagnerte den offentlige innsatsen mot tuberkulosen, og den ble enkelte steder helt borte. I Finnmark og Nordland tok de frivillige organisasjonene over og sto som eiere og drivere av alle nye institusjoner.¹⁴ Perioden mellom første og andre verdenskrig ble preget av lokalt frivillig arbeid og innsats spesielt fra de landsdekkende foreningene og organisasjonene Norske kvinners sanitetsforening (NKS), Nasjo-

nalforeningen mot tuberkulosen, Røde Kors og Norsk Finnemisjon.

Røde Kors engasjerte seg i fiskeriområdene og etablerte i tiårsperioden fra 1924 til 1934 seks sykehjem i Nordland og fem i Finnmark, alle på ytterkysten. Distriktslegene var aktive i denne utbyggingen.¹⁵

Norsk Finnemisjon anla tolv institusjoner i Finnmark, de fleste var karakterisert som syke- og gamlehjem, men det var også tuberkulosehjem og barnehjem for ”tuberkulosestruede barn”. De ble etablert og drevet med midler som var samlet inn blant misjonsvenner i Sør-Norge og med bidrag fra Nasjonalforeningen og NKS. Nasjonalforeningen mente at samene skulle fornorskes, mens Samemisjonen var mer opptatt av ”kristelige nestekjærlighetsgjerninger”. En av misjonens reisepredikanter i Finnmark, som behersket både norsk, samisk og finsk språk, sa i 1924: ”Vi bør også huske at samefolket er ikke større enn at de trenger alle sine barn. ... det er nok av krefter som vil fornorske dem om ikke vi skal være med på det.”¹⁶



FIGUR 6. Lyngen tuberkulosehjem ble bygd på Stigen på Lyngseidet. Bygningen var klar til bruk i 1912 – i en og en halv etasje og med glassveranda mot sjøen. Bygningen eksisterer fortsatt, og fungerte i en lang periode etter andre verdenskrig som kommunens sykehjem. Til venstre skimtes sykehjemmet fra rundt 1980, som nå har fått avløsning. Foto Ingebjørg Hage 2008.

NKS var en landsorganisasjon med mange lokale foreninger. De lokale sanitetskvinnene samlet inn penger, fikk bygd og drev 15 pleie- og tuberkulosehjem og sykestuer i denne perioden, nesten alle i Nordland. Mange startet i det små og utvidet etter hvert. Det største tiltaket var Bodin sanitetsforenings sykehjem med 50 senger. I noen tilfeller var det slik at sanitetsforeningene drev fram hjemmene, som så ble overført til kommunene etter at de var kommet i drift. Det skjedde i Vadsø, Harstad og Narvik.¹⁷ Sanitetsforeningene drev også fire feriekolonier for barn, i nærheten av de største byene (Vadsø, Hammerfest, Tromsø og Bodø). Vadsø og Nord-Varanger sanitetsforenings *Soltun feriekoloni* ble åpnet i 1935 etter flere års forberedelser. Den ble drevet til i 1944 da bygningen ble brent.

Nasjonalforeningen mot tuberkulosen hadde sju lokale foreninger i Nord-Norge, mellom andre Talvik tuberkuloseforening i Alta og Kjelvik tuberkuloseforening i Honningsvåg. Det var mulig for lokalforeningene å være medlem av både Nasjonalforeningen og NKS, noe som ga muligheter for flere tilskudd når det skulle bygges.

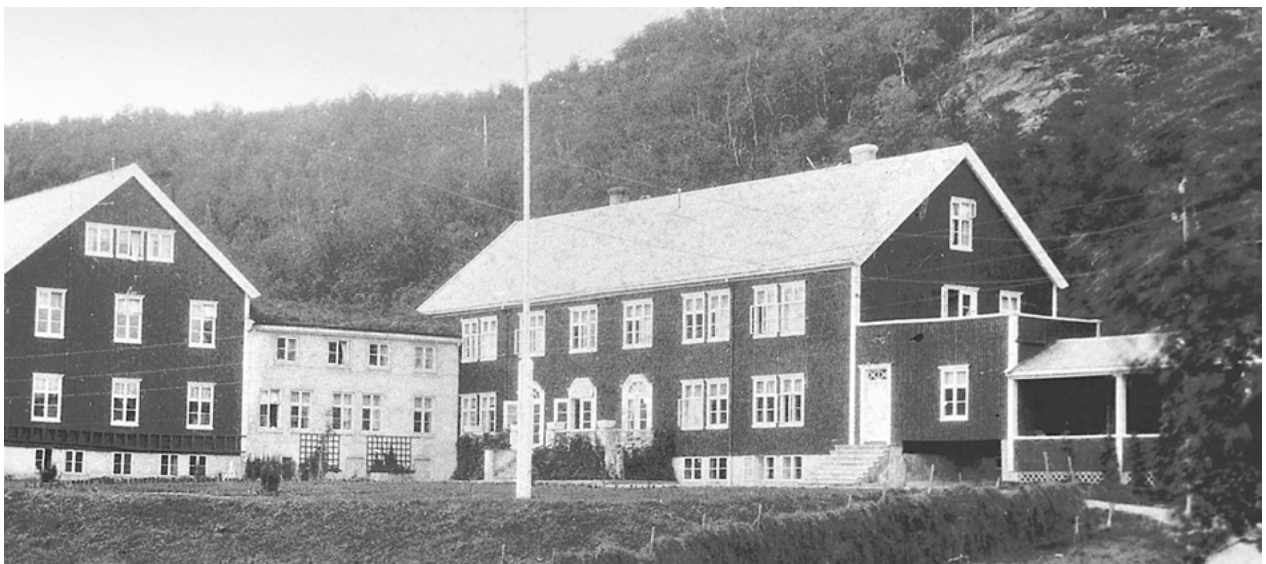
Det var altså de frivillige organisasjonene drevet av kvinner som i stor grad bygde og drev de

mindre sykestuene og sykehjemmene. Når det gjaldt sykehusene måtte det sterkere kraft til. Ved offentlige midler ble det i krisetidene på 1920- og 1930-tallet reist nye sykehus i Stokmarknes (1921), Tromsø (åpnet 1922), Sandnessjøen (1926), Bodø (åpnet 1927), Hammerfest (åpnet 1929), Harstad (åpnet 1937) og Narvik (åpnet 1938). Det var nye og store sykehus sammenlignet med tidligere – bygd i mur og betong – i enkel nyklassisistisk stil og på 1930-tallet liketil i funkis. For eksempel hadde *Hammerfest sykehus* tre fulle etasjer samt sokkeletasje og loft. Det hadde valmet tak og midtrisalitt med gavl mot havet. Der var 120 senger og badeanlegg i kjelleren. Alt ble sprengt og brent i 1944 – etter 15 års drift.

Tuberkulosehjem i Finnmark og landets første kvinnelige arkitekt

Kjelvik tuberkuloseforening bygde tuberkulosehjem i Honningsvåg og Talvik tuberkuloseforening barnesanatorium i Talvik i Alta. Etter mange års arbeid med organisering og innsamling av penger sto bygningene klare i 1921 (Kjelvik) og 1923 (Talvik). De var begge tegnet av arkitekt Lilla Hansen (1872–1962) i Oslo, den første kvinne

FIGUR 7. Fotografiet av Talvik tuberkulosehjem viser to store toetasjes saltakshus – forskutt i forhold til hverandre og bundet sammen med et mellombygg. På enden av de to hovedhusene er det enetasjes halvåpne liggehaller, vanlige i tuberkulosebehandling. Anlegget ser ut til å være rødmalt, med kvite vinduer og detaljering. Foto Johannes Hazeland Lund 1929, utlånt av Finnmark fylkesbibliotek.



med full arkitektutdannelse som drev eget kontor i Norge.¹⁸ Hun var spesielt engasjert i sykehus og omsorgsarkitektur, og tegnet flere anlegg for sanitetsforeningen, som Norske Kvinners Sanitetsforenings elev- og søsterhjem og Sanitetskvinnenes revmatismesykehus – begge bygd på 1930-tallet i Oslo.

Kjelvik tuberkulosehjem hadde sju sykerom, pikeværelse, søsterværelse, bad, innlagt vann og kloakk. Det var beregnet på 12 pasienter, men det ble plass til 18, da rommene var store. Hjemmet brente ned, men fotografier viser en stor toetasjes trebygning med skifertekket saltak. Fire halvåpne liggehaller klatrer oppover en bratt skråning, som en fortsettelse av hovedbygningen. Talvik tuberkulosehjem og barnekoloni i Talvik i Alta sto ferdig i 1923. Distriktslege Trude Johnsen fikk startet sanitetsforening i Talvik i 1917 og var en pådriver for å få reist institusjonen, noe som lot seg gjøre ved hjelp av store bidrag fra Norske Kvinners Sanitetsforening og staten. Anlegget, som hadde plass til 30 voksne og 30 barn, lå i ei sørvendt skråning på Jansnes i Talvik, med det skogvokste fjellet bak og jordene rundt. Også her ble det drevet stort gårdsbruk, noe som var nødvendig for matforsyningen. De symmetriske oppbygde fasadene tyder på en enkel nyklassisistisk stil, som var vanlig rundt 1920. Men samtidig tyder den store altanen i enden av den bakre bygningen på at funksjonalismen var i anmarsj – arkitekten kunne kombinere de praktiske behov med en klassisistisk stilsans. Fra en reportasje i avisa Nordkap kan vi danne oss et bilde av hvordan rommene var organisert og interiørene dekorert:

I barnekolonien kommer man fra hovedinngangen inn i en dagligstue, med skolestuen på vestre og spisestuen på østre side. Der var i alle stuen lyse vakre farver og de lå badet i formiddagssolen. Ovenpå i 2. etage er der /... / soveværelser for barnene. 15 senger var opredet i hvert værelse /.../. Ved siden av soveværelsene var der vaskerum. Mellom soveværelsene ligger værelser for betjeningen og kontor. På baksiden ligger korridorene, brede, malet med en vakker blå beisfarve. Fra barnekolonien fører en mellombygning over til tuberkulosehjemmet. I denne er der kjøkken og et par værelser for betjeningen. I tuberkulosehjemmet er spisestue og dagligstue

på rad i 1. etage. Korridorene går her midt i bygningen med værelser på begge sider for 2, 4 eller 6 pasienter. Også her er alle farver lyse og pene, i gult blått og grønt. Der er centralopvarming i begge hus, waterclosett, dampbad, karbad. Man mangler bare elektrisk lys, men det skal snart komme. Alt er tip top moderne i enhver henseende – og dog er det så hyggelig som et hjem.¹⁹

Om arkitekttegningene mangler så er beskrivelsen så gjennomført og nøyaktig at det er mulig å lage en planskisse på bakgrunn av den og et avstandsfotografi. Det som er interessant med institusjonen i Talvik, noe avisreportasjen vitner om, er det hjemlige preget og den kvinnelige oppmerksomheten institusjonen hadde i tilbivelsen. Trude Johnsen var landets første kvinnelige distriktslege og Lilla Hansen drev landets første kvinnelige arkitektkontor, og det var nok en god kombinasjon for å få et bra resultat.

De to institusjonene som Lilla Hansen tegnet i Finnmark ble begge brent under den tyske tilbaketrekkingen vinteren 1944-1945.

Etterkrigsperioden

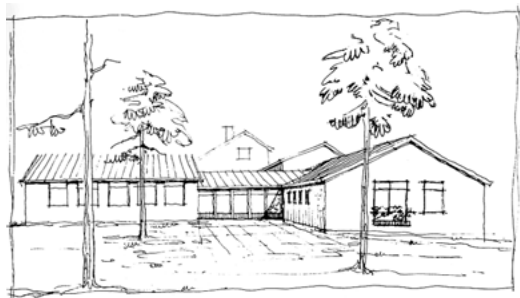
Gjenreisinga – et løft for landet

I Norge var det Finnmark og Nord-Troms som fikk de store ødeleggelsene under andre verdenskrig, mellom annet ble 12 000 bolighus brent. I en by som Hammerfest sto kun gravkapellet igjen etter den tyske brente jords taktikk, men også Bodø, Narvik og Hemnesberget i Nordland ble sterkt skadet av bombing. I Finnmark strøk de fleste sykestuene samt sykehusene i Hammerfest, Vardø og Vadsø med, omlag 40 helseinstitusjoner med smått og stort.²⁰

På 1950-tallet ble det bygd nye sykehus i Vadsø, Vardø, Kirkenes og Hammerfest – størst i Hammerfest med 160 sengeplasser, og med spesialister i kirurgi, indremedisin og radiologi. Hammerfest sykehus ble utvidet rundt 1980 til 220 senger og med flere spesialiteter. Det samme skjedde omtrent samtidig i Kirkenes. Sykehusene i Vadsø og Vardø ble derimot samtidig gjort om til helsesenter og sykehjem. Sykehusene ble i gjenreisinga bygd og drevet av Finnmark fylke.

Etter andre verdenskrig ble det etter hvert bygd sykestuer i alle de 17 legedistriktene i Finnmark etter Helsedirektoratets retningslinjer. De hadde plass til 12–20 pasienter hver. Sykestuene inneholdt i tillegg til sykerom også isolat, kontrollstasjon, helsestasjon og fødestue. Alle distrikter skulle ha distriktslegebolig med kontor for lege og helsesøster.²¹ Sykestuene ble bygd for en stor del av statlige penger og de var eid av kommunene. Det var Røde Kors, Finnemisjonen og kommunene som sto for driften på 1950-tallet, delvis i samarbeid med lokale sanitetsforeninger.

Arkitekt Kirsten Sjøgren-Erichsen (1922–1989) i Alta tegnet 6 av sykestuene, også den i Alta, som i dag er i bruk som hjem for psykisk utviklingshemmede. Sykestua i Alta er en typisk



representant fra gjenreisningstiden. Anlegget er ikke stort, men likevel delt opp i mindre, sammenføyde volumer. Funksjonalismens ideal om at bygningens indre, funksjonen, skal avspeiles i fasaden, var i stor grad til stede. Alle offentlige bygninger ble bygd i etterkrigsårenes mest brukte materialer; jernarmert betong og mur med pussoverflate. Gjenreisingsarkitekturen var preget av enkle rektangulære, sammenføyde bygningsvolumer, bygd i branntrygge materialer og saltak tekket med skifer, så også sykestua i Alta.

I Karasjok ble det også bygd sykestue og gamle hjem i gjenreisninga, tegnet av arkitekt

FIGUR 8. Alta sykestue ble tegnet av arkitekt Kirsten Sjøgren-Erichsen som drev eget kontor der på 1950-tallet. Sykestua ble brukt til andre formål etter at Alta helsesenter sto ferdig i 1976. Den går nå under betegnelsen "den gamle sykestua" eller Kongleveien 35 – i dag huser den både leiligheter og bofelleskap for psykisk utviklingshemmede. Tegningen er hentet fra Dancke 1986 s. 277.

FIGUR 9. Åsgård sykehus ble bygd i mur, i to og tre etasjer med saltak. Bygningene har en enkel og variert utforming, der 1950-tallets "rutekarakter" går igjen i fasadene. Etasjeskiller og veggskiller er malt i kontrast til veggen. Innfelt i rutestrukturen er det pusset mur, trepanel eller annet materiale. Den sammenbindende korridoren har store vindusflater. Foto Ingebjørg Hage 2009.



Knut P. Bugge (1919–2002) i Molde, og det sto ferdig i 1956. Den første institusjonen på stedet var et tuberkulosehjem, bygd i 1919 og drevet av den lokale tuberkuloseforeningen. Det brente i 1944. Etter krigen bygde kommunen sykestue og gamlehjem, men driften ble overlatt til Sameisjonen. Det er et karakteristisk eksempel på samspeillet mellom private og offentlige aktører i helsevesenet til et stykke ut i etterkrigstida.

Anlegget ligger på en terrasse i terrenget med utsikt over elva, det gamle kirkestedet og viddelandskapet. Det består av to relativt brede huskropper kledd med trepanel, plassert lett vinkelforskjøvet i forhold til hverandre og med saltak tekket med skifer. Det er to fulle bruksetasjer med midtkorridor og sokketasje. De to fløyene ble forbundet med et mellombygg i 1988. Fasaden har vinduer av ulike slag, og inngangspartier samt balkonger ved fløyenes endepartier medvirker til å gi et variert inntrykk til ellers nøkterne og tilforlatelige 1950-tallsbygninger.

Barne- og undompsykiatrisk poliklinikk (BUP) holder nå til i de to bygningene fra 1950-tallet. Samisk Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsevern ble etablert her i 2002. Det har seinere blitt bygd en familieavdeling (2003) og en ungdomsavdeling (2007). Virksomheten er nærmeste nabo til Sametinget, og flere av bygningene som er oppført i seinere tid er, i likhet med tinget, holdt i en arkitektur som knytter an til tradisjonelle elementer fra samisk kultur.²²

De gamle sykestuene i Alta og Karasjøk er typiske eksempler på en gjenreisingsbebyggelse med enkle volumer, gjennomtenkte detaljer og nøktern materialbruk. De har begge fått ny bruk innenfor helseomsorgen.

Sentralinstitusjonene Trastad og Åsgård

I oppbyggingsperioden etter andre verdenskrig ble det i tillegg til gjenreisinga etter krigsødelegelsene reist to store statlige sentralinstitusjoner i Nord-Norge, Trastad åndssvakehjem i Kvæfjord ved Harstad og Åsgård sinnssykehus i Tromsø.

Landsplanen for åndsvakeomsorgen av 1952 la grunnlaget for den systematiske framveksten av sentralinstitusjonene i denne omsorgen i Norge. Trastad skulle dekke Nord-Norge og ble åpnet i 1954, som den første i landet bygd

etter planen.²³ På Trastad gårds grunn ble det i perioden 1954 til omlag 1970 bygd ut et anlegg med 12 frittstående bygninger, store og mindre paviljonger, i den sørvendte skråningen – med flott utsikt over fjorden.

Pengene til utbyggingen kom i hovedsak fra staten, men et ikke ubetydelig beløp ble samlet inn. Trastadforeninger vokste fram i hele landsdelen og en rekke oppfinnsomme aksjoner ble satt i gang – som ”en skrei fra hver lofotkar”, ”en liter melk fra hver ku” eller ”en neve ull fra hver sau”.²⁴ På denne måten fikk mange i Nord-Norge et eierforhold til Trastad.

Arkitekt Else Thorp Larsen (1919–1989) i Narvik tegnet bygningene på Trastad, og de illustrerer balansegangen ”mellom statsbyråkratiets krav om størst mulig kapasitet og institusjonsledernes ønske om å begrense omfanget”²⁵. Diskusjonen om små eller store enheter foregikk over flere år og de største bygningene ble bygd før 1966. Nederst i området ligger det fire store og ganske like hus og de hadde i utgangspunktet plass til 20–25 barn i hver etasje. Det er toetasjes saltakshus bygd i mur, med pusset overflate og vinduene plassert i veggen i grupper eller bånd – en karakteristisk og nøktern 1950-tallsarkitektur, som vi kjenner det også fra gjenreisinga etter andre verdenskrig. Etter 1966 ble kursen lagt om og det ble bygd små paviljonger opp gjennom det bratte terrenget, en løsning som en da mente egnet seg bedre for denne type omsorg. Sosialbygget er fra 1969 og ble også brukt som kirke. Det har mer påkosta løsninger enn bygningene ellers. Det er i gjennomført 1960-tallsmodernisme – med flatt tak og oppdelt volum, og kirkeklokka i støpul ved siden av. Trastad ble nedlagt som sentralinstitusjon på 1990-tallet, da ansvaret for de psykisk utviklingshemma ble overført til kommunene gjennom HVPU-reformen. I dag er bygningene delvis tatt i bruk av Trastad samlinger, et museum som arbeider med denne gruppens kunst og historie.

Da Åsgård *psykiatriske sykehus*²⁶ skulle reises som en statlig sentralinstitusjon for Troms og Finnmark i siste halvdel av 1950-tallet, hadde det ikke blitt bygd noe tilsvarende i Norge de siste 30 år, og Rønvik som til da hadde dekket Nord-Norge var fra 1902. Det ble holdt innbudt

arkitektkonkurranse, med de sju fremste sykehusarkitektene i landet, om utformingen av Åsgård-anlegget. Den ble vunnet av arkitektene Ketil Ugland og Hans P. Thorne i Arendal i 1954. Det vinnende utkastet ble i stor grad videreført ved prosjektering og bygging av anlegget, som ligger på vestsiden av Tromsøya, med utsikt over Sandnessundet og fjellene på Kvaløya. Åsgård kan kort karakteriseres som et paviljonganlegg, bundet sammen av en langsgående enetasjes korridor. På øversiden av sykehuset ligger personalboligene og gårdsbruket avslutter eiendommen i sør.

Plankomiteen og juryen la opp til to motstridende prinsipper som styrte planleggingen: Kravet om konsentrasjon ut fra driftsøkonomi og forflytting av ansatte og pasienter, og kravet om spredning for å sikre pasientene ro og adgang til frisk luft utendørs. Det førstnevnte kravet skulle gjøre Åsgård til et moderne anlegg. På mange andre måter var det et tradisjonelt asyl, kjønnene skulle for eksempel være klart adskilt i hver sin halvdel (menn i nord, kvinner i sør), et prinsipp som ellers var på vei ut av helsevesenet på denne tiden. Inndelingen av pasientene i tre hovedkategorier, rolige, delvis urolige og urolige (sistnevnte tradisjonelt diskret tilbaketrukket i anlegget), var grunnleggende den samme som på 1800-tallet. Troen på arbeidet som terapi var fortsatt rådende og gårdsbruket var en integrert del av anlegget, bare et titall år før asylene begynte å kvitte seg med både hager og gårdsdrift. Inndeling etter klasse var falt bort, men til gjengjeld eksisterte det en geografisk underinndeling etter distrikt i Troms og Finnmark. Da skillet mellom kronisk og ikke-kronisk også var et inndelingskriterium, var behovet stort for et differensiert anlegg.

Alt i alt er det sju pasientbygninger fra nord til sør, fordelt langs en lang enetasjes korridor som brytes i lengderetningen. I tillegg er det ytterligere tre bygninger for fellesfunksjoner. Det vennlige preget som programmet i utgangspunktet krevde, løste arkitektene ved å variere høyden, som går fra korridorenes ene etasje til tre etasjer pluss sokkel. Variasjon er også oppnådd ved at bygningene er brutt i flere volumer, og ved å stille huskropper på tvers av lengderet-

ningen. Høydeforskjellene i terrenget er aktivt brukt slik at anlegget fra øst og ankomstsiden – fortøner seg som lavere og mykere enn fra vest og fjordsiden. Fargebruken er trolig også knyttet til målsetningen om variasjon. Eldre flybilder antyder at det tidligere var en større variasjon i farge enn det er i dag.

Personalboligene ligger på en langsgående terrasse ovenfor selve sykehuset. Det er flere boligtyper, mellom annet en rekke med særpregede toetasjes firemannsboliger i mur. De ble bygd på slutten av 1950-tallet sammen med den første utbyggingsfasen av sykehuset. Arkitektonisk har de mange av 1950-tallsarkitekturens kjennetegn – som murkonstruksjon med ”opprutet” fasade, saltak og funksjonen som avbildes i fasaden. Dette ses spesielt i inngangspartiene som har store glassfelt med den indre forbindelsestrappen godt synlig. Åsgård er i dag en del av Universitetssykehuset Nord-Norge og brukes fortsatt til formålet det ble bygd for.

Personalboliger ved Kirkenes sykehus

Kirkenes sykehus var gjenreist etter krigsødelegelsene i 1954–55 på Prestøya ved Kirkenes, med Roar Tønseth (1895–1985) som arkitekt. Det ble foretatt store utvidelser og ombygginger på slutten av 1970-tallet, noe som fortsatte seinere. Ved sykehusene var det gjennom store deler av 1900-tallet vanlig å bygge personalboliger, for å tiltrekke seg og holde på attraktiv arbeidskraft. Kirkenes vil her bli brukt som eksempel, da det i tilknytning til sykehuset er forskjellige typer boliger fra 1950- og 1970-tallet, som legeboliger, søsterhjem og elevhjem. Personalboligene ligger på en terrasse i landskapet, nord for sykehuset og til dels med utsikt over Varangerfjorden. Terrenget er skrint og området værutsatt.

Nærmest sykehuset ligger søster- og pikehjemmet, til bruk for de vi i dag vil kalle sykepleiere og hjelpepleiere. Det er to sammenkjedete murbygninger fra 1954, tegnet av sykehusets hovedarkitekt. Pikehjemmet er i to etasjer og en sokkeletasje mot sør, og ligger nærmest sykehuset. Det er et enetasjes lite mellombygg mellom pikehjemmet og søsterhjemmet som er i tre etasjer, og som ligger forskjøvet i vinkel. Vinkel- og høydeforskyvingen gir spenning til de ellers nøk-



FIGUR 10. Overlegeboligene i Kirkenes er typiske for 1950-tallet, men samtidig spesielle. Bygningene ligger i skrånende terreng og har skjev røsting og orientering på tvers av hellingen. Den skjeve formen er ført videre mellom annet i balkong og inngangsparti. Foto Leif Maliks, utlånt av Helse- og omsorgsdept.

terne huskroppene. Begge bygningene har midtkorridor, men mens søsterbygningen bare har beboelsesrom på utsiktssiden, har pikehjemmet slike rom på begge sider. Strukturen på beboelsesarealet er lik – inngangssone med vaskeservant, soverom og et lite kott til klær. Men det er forskjell i golvareal og størrelse på vinduene, noe som er lesbart i fasaden. Begge bygningene har felles oppholdsrom med åpen peis og adgang til fellesterrassen over mellombygget. Materialbruken er lik, med vegger og dekker i pusset og malt betong.

Om lag hundre meter vest for søster- og pikehjemmet ligger to eneboliger i skrånende terreng, på tegningene kalt overlegeboliger, ferdige i 1955. De ble utformet av fylkesarkitekten v/ Inge Borgen, og ser ved første øyekast ut som to tradisjonelle 1950-tallsboliger i 1 ½ etasje, men de har også mer uvanlige formmessige og strukturelle trekk. Første etasje rommer stue, arbeidsrom, kjøkken og spisestue, mens soverommene er i loftetasjen. Interiøret med arkitekttegnet peis, gulvparkett og spesiallaget veggpanel var tiltenkt statusarbeidskraft.

Elevhjemmet sto ferdig i 1973, tegnet av tromsøarkitekten Terje Jacobsen (f. 1923). Det har spektakulær beliggenhet ytterst på en pynt med uhindret utsikt over fjorden. Elevhjemmet er orientert nord-sør, og oppført som en betongkonstruksjon i tre etasjer, og med tilbaketrukket takoppbygg over tredjeetasjen. Et felles oppholdsrom med kjøkken fanger inn utsikten. Bygningen har dobbeltkorridor i hovedetasjene, og skulle romme 62 hybler og to leiligheter på to rom og kjøkken. Fellesrom med kjøkken, vaskerom, bad og toaletter ligger i midtpartiet. Uttrykket er utpreget modernistisk med markerte etasjeskiller i betong, og horisontale vindusformat med glass hele veien under langsidenes etasjeskiller, slik at de får en svevende karakter. Bygningen ble bygd som elevhjem i 1973, og fungerer i dag som hybelhus for sykehuset.

Mens de andre bygningene i utgangspunktet var mer pragmatisk arkitektur fra den tidlige etterkrigstiden, framtrer elevhjemmet som et arkitektonisk radikalt anlegg. Det mest karakteristiske, om ikke ved første øyekast så klart synlig, er "klassesillet" i personalboligene –

der legeboligene er størst og mest påkostet. De viser også rangforskjell mellom sykepleiere og mer ufaglært arbeidskraft. Personalboligene ved sykehuset i Kirkenes viser at sykehuspersonalet hadde ulik sosial status og skulle huses i forhold til denne.

Siste del av 1900-tallet

Spesialisering og sentralisering – mot Universitetssykehuset Nord-Norge

I 1976, omlag 25 år etter at sykestua fra gjenreisninga sto ferdig, ble det nye *Alta helsesenter* innviet, bygd av Finnmark fylkeskommune og tegnet av arkitektkontoret Eliassen & Lambertz-Nilssen i Oslo. Den oppdelte bygningen har en grunnflate på 6 000 m² og inneholder sykestue, fødeavdeling, dagsykehjem, legesenter, helsestasjon, tannklinikk og fysioterapi samt stedets helseadministrasjon – alt som var nødvendig for et sterkt voksende tettsted i Finnmark på 1970-

tallet. Den skulle bli et mønster for mange helse-sentre.

Rundt 1980 begynte i Finnmark en sentralisering av den desentraliserte strukturen fra førkrigsperioden og gjenreisninga. Det var ikke enestående for Finnmark, det gjaldt hele landet. Små sykehus ble nedlagt og de største bygd opp med flere senger, flere avdelinger og spesialiteter. I tillegg til sykehusene fra gjenreisninga av Finnmark ble det for eksempel bygd nye sykehus i Bodø, Harstad og Narvik.

Etableringen av Universitetet i Tromsø med medisin og helsefagutdanning gjorde at sykehuset i Tromsø fikk et fortrinn sammenlignet med resten av landsdelen. Medisin og helseinstitusjonene sammen med resten av universitetsbebyggelsen er et stort anlegg i Tromsø, nærmest en by i byen. *Medisin og helsefagsbygningen* (MH) ligger øverst og *Universitetssykehuset Nord-Norge* (UNN) nedenfor i et skrånende terreng. Området er seinere supplert med en rekke tilbygg, som sykehotell og helikopterlandingsplass.

FIGUR II. *Medisin og helseinstitusjonene ligger nord på universitetsområdet i Tromsø – et stort anlegg, nærmest en by i byen. Terrengtet er skrånende og faller mot øst og sjøen. Medisin og helsefagsbygningen (MH) ligger øverst til venstre og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) nedenfor, supplert med en rekke tilbygg, som helikopterstasjon og sykehotell. Foto To-Foto 2004, utsnitt.*



Byggingen startet på 1980-tallet og største del av anlegget var klar til bruk i 1991. Arkitekter for UNN var Motzfeldts Arkitektkontor / Arkisana AS og Borealis Arkitekter as, for MH Borealis Arkitekter as og John Kristoffersen Arkitektkontor AS.²⁷

MH og UNN utgjør til sammen over 100 000 m² gulvflate, en betydelig bygningsmasse. De to institusjonene er skilt på bakkeplan av kollektivveien gjennom universitets- og sykehusområdet. En lett gangbru binder sammen fellesarealer og en tyngre konstruksjon forener laboratoriearealene i de to anleggene. Under bakken ligger et kulvertsystem som også knytter universitet og sykehus sammen. I begge bygningene er tegl det dominerende fasadematerialet, men med ulik farge. Sykehusanlegget er organisert som fløyer eller lameller som ligger i retning nord-sør, med en tverrgående sammenbindende midtkorridor. Anlegget trappes av både i høyde og bredde med det fallende terrenget. Inngangshallen i sykehuset er en kombinert vestibyle og kafé. Faste

benker og skjermvegger er i lasurmalt betong, som også er brukt andre steder i interiørene.²⁸

Helikopterstasjonen ved sykehusets nordside sto ferdig til bruk i 1995. Den kommunale legevakten er lokalisert under helikopterets landingsplattform. Mens pasientene tidligere lå på sykestuer ute i distriktet flys eller kjøres de nå inn til de sentraliserte tjenestene i Tromsø, og spesialistbehandling for hele landsdelen foretas stort sett i Tromsø. Telemedisin er det siste nye. Med en slik innretning kan allmennlegen i distriktet, eller leger ved de mindre sykehusene, foreta undersøkelsen samtidig som vurderingen foretas av spesialisten i Tromsø. På sikt kan slik teknologi revolusjonere helsestellet i Nord-Norge.

Universitetssykehuset Nord-Norge har avdeling i *Longyearbyen på Svalbard*. Sykehusbygningen ble tatt i bruk i 1991, men sykehusdrift på Svalbard har en mye lengre historie, men da i regi av gruveselskapene.²⁹ Dagens sykehus er lokalisert i det nye sentrumsområdet hvor kafé, næringsbygg og hotell ligger. Sykehuset har flere

FIGUR 12. Longyearbyen sykehus, Svalbard. I arkitektens presentasjon av bygningen blir det framhevet at permafrost, sterk vind og snødrift i et arktisk område krever spesielle løsninger. Bygningen har en enkel og økonomisk grunnform som har i seg noe av den røffe frodigheten en finner i gamle bygninger og konstruksjoner på Svalbard. Foto Leif Maliks, utlånt av Helse- og omsorgsdept.



funksjoner. For det første skal det betjene den norske befolkningen på Svalbard som har utviklet seg til et familiesamfunn. For det andre skal det fungere som et helsesenter gjør på fastlandet, med oppgaver også innen primærhelsetjenesten. For det tredje skal det være beredskapssykehus for fiskeflåten i havområdet lengst i nord.

Hovedformen er et to etasjes saltakshus, forlenget med to lavbygg og en frittstående bygning for tekniske funksjoner. Planprinsippet er midtkorridor – der de fleste arbeids- og oppholdsrom ligger mot utsiktssiden og bifunksjoner mot baksiden. Det er oppholdsstuer i hjørnene både i nord og sør. I første etasje er det tyngre sykehusfunksjoner som operasjon, røntgen og sengeposter. I andre etasje er det mellom annet kontorer, helsestasjon og tannlege.

På grunn av permafrosten står bygningen på søyler over bakken med ramper fra trafikkarealet til inngangene. Bærekonstruksjonen er av betong, yttervegger og tak av tre. Sykehuset er tegnet av A3 Arkitektkontor AS (Harstad og Finnsnes). For å tilpasse bygningsvolumet til omkringliggende bebyggelse er det brutt opp i enheter. Løsningen er tidstypisk, inspirert av postmoderne formgivning.

Longyearbyen sykehus fra 1991 er det siste utviklingstrinnet i en helsehistorisk sammensatt og interessant virksomhet på Svalbard. Bygningen er en kompaktutgave av helsetjenesten plassert i en arktisk kontekst, og med arkitektonisk formgivning inspirert av omgivelsene. Sykehuset er tidstypisk som arkitektur og på grunn av den bredt sammensatte funksjonen særpreget som institusjonsbygning.

Avslutning

Det har vært store endringer innen helseomsorgen og utviklingen av de tilhørende fysiske institusjonene fra år 1800 til år 2000 i Nord-Norge. Fra de små ”sykehusene” som ble opprettet henholdsvis i Bodøsjøen i 1796 og Tromsø i 1815 til dagens Universitetssykehuset Nord-Norge er det et enormt sprang på alle måter.

De første syketiltakene i landsdelen ble opprettet langs kysten i forhold til fiskeriene, og

noen få i tilknytning til gruvedrift. I første del av 1800-tallet var institusjonene i stor grad oppbevaringssteder for syke og fattige som ikke kunne få hjelp i hjemmet. I siste halvdel av 1800-tallet ble det lagt større vekt på pleie av pasientene. Mot slutten av 1800-tallet kom muligheten for kirurgi og utdannet pleiepersonale, noe som innebar et gjennombrudd for sykehuset som behandlingssted og slutten på sykehuset som oppbevaringssted for de fattige. Gjennom hele 1900-tallet har grensene for det mulige innenfor behandlingen av syke stadig blitt flyttet, og omsorgen for de syke og hjelpetrengende økt – spesielt ved at den offentlige helseomsorgen har fått større prioritet.

Etableringen av fiskersykehusene på 1800-tallet la grunnlaget for en lokaliseringsstruktur som skulle komme til å vare i lang tid og som nådde den største delen av befolkningen. Først med Samemisjonens engasjement mellom første og andre verdenskrig ble det bygd opp institusjoner og et tilbud spesielt for samene, og da lokalisert til fjordstrøkene og innlandet i Finnmark.

De første sykehusene og sykestuene holdt til i bygninger som var generelle og lite spesialiserte. Med et større fokus på pleie og behandling, som førte til større differensiering i forhold til sykdom, ble bygningene mer spesialisert og det ble et mangfold av institusjonstyper. Sykehusene ble utformet for å fungere best mulig i forhold til spesielle sykdommer. Tuberkulosesykehusene med store liggehaller i friluft var tidlig av de mer spesialiserte, som Vensmoen i Saltdal fra 1916, men det ble også etablert spesialinstitusjoner for de psykisk syke, som Rønvik i Bodø fra 1903 og Åsgård i Tromsø, et paviljonganlegg fra slutten av 1950-tallet. Omsorgen for de åndssvake vokste fram etter andre verdenskrig og på Trastad ved Harstad sto den første paviljongen klar for beboere i 1954. Spennet i sykehusbygninger viser samfunnets ulike måter å møte sykdom på, og ulike måter å utforme bygninger på i takt med denne ideologien.

I første halvdel av 1900-tallet var det private kvinneinitiativet med foreninger og ideelle organisasjoner samt misjonen en sterk kraft i utbyggingen av mindre helse- og omsorgsinstitusjoner, og det var viktig at den syke kunne få

dekket de enkleste behovene i sitt nærområde, her kan tuberkulosehjemmene i Kjelvik og Talvik nevnes. Denne perioden er av historikeren Anne Lise Seip benevnt som sosialhjelpstaten, og den karakteriseres av at drivkreftene er både stat, kommune og private i form av ideelle organisasjoner – hun bruker begrepet velferdstrekanter. Fra midt på 1900-tallet var det igjen det offentlige, representert ved kommune, fylke og stat, som hadde føringen i oppbyggingen av helseinstitusjonene. Muligens hadde staten i denne perioden et større engasjement i nord enn i resten av landet, noe som startet med gjenreisning av landsdelen etter krigsødeleggelsene. Begrepet velferdsstaten karakteriserer utbyggingen i etterkrigsperioden, og i denne modellen var tanken om likhet for alle viktig, og utbyggingen av sykestuene og helsesentrene i kommunene sentralt. Typisk for siste del av 1900-tallet er en sentralisering av de spesialiserte tilbudene, som Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø er det beste eksempelet på, samtidig som denne spesialkunnskapen tas ut i distriktene gjennom helt ny teknologi – telemedisin.

INGEBJØRG HAGE er arkitekt og førsteamanuensis i faget kunstvitenskap ved Institutt for kultur og litteratur, Universitetet i Tromsø. Hennes spesialfelt er arkitektur og arkitekturhistorie, og doktorgradsarbeidet har tittelen *Som fugl Fønix av asken. Gjenreisningshus i Nord-Troms og Finnmark*. Tidligere var hun kulturvernkonsulent og kulturvernleder i Troms fylkeskommune.

Institutt for kultur og litteratur (IKL)
Førsteamanuensis kunstvitenskap
Universitetet i Tromsø
Tlf: +47 77 64 42 29
ingebjorg.hage@uit.no

Department of Culture and Literature
Associate Professor of Art History
University of Tromsø
N 9037 Tromsø Norway

Noter

- 1 Utbyggingen og endringen er nært knyttet til forandringer i samfunnet, i kommunikasjonene, kulturelle, medisinske og etiske spørsmål, noe som i liten grad kan diskuteres i en kort tekst som dette.
- 2 Kvenene er etterkommere etter innvandrere fra Finland.
- 3 Elstad og Hamran 2006, s. 122.
- 4 Bjørnvik 2003, s. 39.
- 5 Bjørnvik 2003, s. 34.
- 6 Elstad og Hamran 2006, s. 86.
- 7 Winge 1926, s. 89–90.
- 8 *Norsk kunstnerleksikon, bind 3* s. 623. Lars Solberg var i kompaniskap med Johan Christensen under navnet Solberg & Christensen i perioden 1994–1901 – da arbeidet med Rønvik sykehus ble utført.
- 9 Fygle 2002, s. 18.
- 10 Elstad og Hamran 2006, s. 115.
- 11 Bottolfsen 1990, s. 213–214.
- 12 Elstad og Hamran 2006, s. 284.
- 13 Elstad og Hamran 2006, s. 288.
- 14 Elstad og Hamran 2006, s. 347–348.
- 15 Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 21, 2000, "Med distriktslegen gjennom dype daler og store høyder". Distriktslegetittelen ble offisiell i 1836, og det ble etter hvert opprettet mange stillinger, lønnet av staten. Lov om offentlige lægefóretninger av 1912 la rammene for et hierarkisk oppbygd legevesen som knyttet distriktslegene til det statlige embetsverket og et sentralisert medisinsk fagstyre ved Helsedirektoratet. Systemet ble utviklet i 1984, til fordel for et desentralisert system der den enkelte kommune fikk ansvaret for primærhelsetjenesten.
- 16 Elstad og Hamran 2006, s. 346.
- 17 Elstad og Hamran 2006, s. 314–315.
- 18 Findal 2004, s. 89–92.
- 19 Eikeset 1998, s. 129–130, etter *Nordkap* 6. mars 1925.
- 20 Dancke 1986, s. 276. Det strøk med omlag 40 institusjoner med smått og stort – sykehus, tuberkulosehjem, sykestuer, gamlehjem og barnehjem. Det som sto igjen var Nesseby tuberkulosehjem, barnehjemmene i Vardø og Sør-Varanger (Sollia) og Finnemissionens gamlehjem i Leirpollen i Tana. Statens kysthospital for skrofuløse i Vadsø var sterkt skadet.
- 21 Dancke 1986, s. 278.
- 22 http://www.lvph.no/_dokumenter.htm Midt-Finnmark.
- 23 Bispinne Margrethe Wiig hadde allerede i 1938 tatt til orde for at Nord-Norge måtte få et tilbud for åndssvake barn. Trastad gård ble kjøpt på slutten av 1940-tallet.
- 24 Fjermeros 2000, s. 211. Av 29 millioner investerte kroner kom 9 millioner fra innsamlinger.
- 25 Fjermeros 2000, s. 210.
- 26 http://www.lvph.no/_dokumenter.htm Åsgård og Longyearbyen. I 1947 vedtok Stortinget å kjøpe inn eiendommen Åsgård. Departementet nedsatte plankomité i 1949 og utlyste arkitektkonkurranse 1954.
- 27 *Byggekunst* 4/1992, s. 233.
- 28 Interiørarkitekter er Jorunn Fjellanger og Sissel Woll, interiørarkitekter mnil. Den kunstneriske utsmykningen av vestibulen er ved Hilde Hauan Johnsen.

29 http://www.lvph.no/_dokumenter.htm Åsgård og Longyearbyen. Sykehusdriften på Svalbard var i hovedsak i regi av de gruveselskapene, og det var i tillegg til i Longyearbyen mindre sykehus blant annet i Kings Bay og Barentsburg. Longyearbyen sykehus går tilbake til 1913 da en enkel brakke med 16 senger ble oppført av det amerikanske gruveselskapet The Arctic Coal Company. I 1916 overtok Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS driften og eiendommen. Sykehusbrakka ble utbedret og utvidet og var en av få bygninger som sto igjen etter krigens ødeleggelse, men den ble erstattet i 1947. Det nye ble tatt av ras i 1953, og erstattet av en betongbygning året etter. Den var i bruk fram til 1991 da nåværende sykehus ble åpnet. Planarbeidet for nytt sykehus startet i 1982, byggeprogram forelå i 1989 og bygningen sto ferdig i 1991.

Litteratur

- Bjørnvik, Svein, 2003, "Fiskerisykehus i Nordland", *Fiskerihelsetjenesten. Fiskerienes rolle i utviklingen av det nordlandske helsevesen*, Lunde, Bente Vibecke (s. 34-41).
- Bottolfson, Øystein, 1990, *Finnmark fylkeskommunes historie 1840-1990*.
- Dancke, Trond, 1986, *Opp av ruinene. Gjenreisningen av Finnmark 1945-1960*.
- Eikeset, Kjell Roger, 1998, *Alta historie, Bind 3, Dramatiske tiår 1920-1964*.
- Elstad, Ingunn og Torunn Hamran, 2006, *Sykdom. Nord-norge før 1940*.
- Fjermeros, Halvor, 2000, "Arkitektur for pariaksten. Sentralinstitusjonene i lys av en åndssvakehistorie i internasjonal utakt", *Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, årbok*, (s. 201-219).
- Fygle, Svein, 2002, *Marmor og menneskeskjebner. Rønvik sykehus i det 20. århundre*.
- Findal, Wenche, 2004, *Mindretallets mangfold. Kvinner i norsk arkitekturhistorie*.
- Winge, Gerhard J., 1926, "Nordland amtssykehus paa Helgeland". I: *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. Trykt igjen i: *Årbok for Helgeland* 1993.

Fra internett

Helse og omsorgsdepartementet, 2008, *Landsverneplan for helsesektoren*, http://www.lvph.no/_dokumenter.htm

Health institutions in North Norway – architecture and structure

by *Ingebjørg Hage*

Summary

Great changes took place in health care and its appurtenant institutions in North Norway between 1800 and 2000. The present-day North Norway University Hospital is a far cry from the small cottage hospitals that were opened in Bodø and Tromsø in about 1800.

The first hospitals were rudimentary havens for sick people who could not be accommodated at home, but from the mid-19th century onwards greater importance came to be attached to nursing the patients. The advent of surgery towards the end of the 19th century spelt a breakthrough for the hospital as a venue for treatment and the end of its function as a repository for paupers. Throughout the 20th century, the bounds of possibility concerning treatment of the sick were steadily moved forward.

In the 19th century large institutions were built along the coast where the big fisheries had led the way and where the greater part of the population lived. This gave a structure of localisation which was to last for a long time. Health institutions in the first half of the 19th century were built and run by the county with the aid of funding based above all on a levy on fish. During the first half of the 20th century, private initiatives entered medical care with full force, comprising women's associations, voluntary or-

ganisations and missionary bodies. Now for the first time, institutions were built specially for the Sami population in the fjord regions and the inland of Finnmark. From the mid-20th century onwards, the lead was again taken by the public sector, represented by municipalities, counties and the state.

Nineteenth century hospitals were housed in what were generally small, unspecialised buildings. As medical care became more differentiated, so the buildings became more specialised, and a host of different types of institutions came into being. Tuberculosis hospitals with large outdoor wards were an early speciality, such as Vensmoen in Saltdal, dating from 1916. Institutions were also opened for the mentally ill, such as Rønvik in Bodø (1903) and Åsgård in Tromsø, a pavilion complex dating from the end of the 1950s. Care of the mentally deficient expanded following the end of the Second World War, and the first pavilions at Trastad, near Harstad, were ready for occupation in 1954. The second half of the 20th century can be said to be characterised by a general network of health centres in the municipalities and a centralisation of medical specialities, as witness the North Norway University Hospital in Tromsø.

Keywords:

Hospital architecture, Health care institutions, Coastline structure, North Norway, 19th century, 20th century