
Hva forteller et sykehusbygg?

TEMA

ØIVIND LARSEN

Email: oivind.larsen@samfunnsmed.uio.no

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0317 Oslo

Arkitektur, herunder sykehusarkitektur er en kulturell uttrykksform. Derved kan det også melde seg et ønske om å underkaste arkitekturen en kulturell fortolkning for å få innsikt i de grunnleggende ideer som ligger bak. På grunn av bindingene til ønsket funksjon og andre ytre rammer, er arkitekturen som kulturell uttrykksform underlagt særlige begrensninger. Dertil kommer at bygninger ofte endres i ettertid slik at ideene bak dem tapes av syne.

For sykehusbygningers vedkommende er arkitekturen avhengig av en rekke forhold: medisinske behov, kultur, sosiale forhold, religion, økonomi, stilpreferanser mv. Disse skifter gjennom tidene og gjør at fortolkningen må skje med behørig hensyn til den tid sykehuset ble bygd i og befinner seg i til enhver tid.

Konflikten mellom barmhjertighetstanke og økonomisk rasjonalitet synes å være et grunnproblem i moderne sykehusdrift. Dette avspeiles også i sykehusarkitekturen.

Arkitektur er kunst. I det minste er god arkitektur kunst, i den forstand at den formidler et budskap, gir betrakteren og brukeren en opplevelse utover det som følger av arkitekturens konkrete funksjon. Ethvert arkitektonisk arbeid kan studeres på jakt etter det kunstneriske budskapet. Av og til finnes eller fornemmes det, av og til slett ikke.

Kunst kan fortolkes. Budskapet sees i lys av den sosiale og kulturelle konteksten, av samtidens oppfatninger: Hva budskapet var i sin tid og hva det er i dag. Her skiller imidlertid arkitektur seg fra annen kunst ved at et byggverks utforming i større grad enn annet som kommer fra kunstnerhånd, er dominert av hva det skal brukes til. Og dessuten: Mens det er uhørt å

”forbedre” et maleri, er det færre sperrer mot f.eks. å bygge om et hus slik at alle grunnideer forsvinner. Argumenter om tilpasning til ny bruk, økonomi etc. står gjerne sterkt.

Fortolkning av arkitektur må derfor bygge på de samme prinsipper som kunstfortolkning ellers, men det er en del spesielle momenter det må tas hensyn til. Blant annet at det man fortolker gjerne bare er et øyeblikksbilde av en kontinuerlig endringsprosess.

I sin hovedoppgave ved Institutt for medievitenskap ved Universitetet i Bergen i 1995 så Elin Johansen på arkitekturen ved Sandviken sykehus i kulturhistorisk lys (1). Foranledningen var at det ble gitt rivingstillatelse for deler av anlegget. Det var i og for seg tilstrekkelig rehabilitert bygningsmasse til stede til å dokumentere byggestilen for det gamle psykiatriske sykehuset, men ved rivingen ble referansene til en del av ideene bak arkitekturen vanskeligere å gjenkjenne. Johansen påpeker at arkitektur også er kommunikasjon og kan leses som ”tekst”. Dette kan skje på flere måter, avhengig av hvem som gjør det og når. Betydningen av det man ”leser”, dvs. fortolkningen av arkitekturen, kan derfor bli annerledes enn opprinnelig ment.

Det er prinsipielt de samme tolkingsproblemene for hvilken som helst type arkitektoniske arbeider. Om sykehusbygg finnes det en omfattende litteratur, her vist til kun et lite utvalg (2 – 5), men det kulturhistoriske perspektivet trer ofte i bakgrunnen.



Figur 1 Gavlf, Det Kongelige Frederiks Hospital, København. Foto Ø. Larsen 2000

Den doble filosofi

Det Kongelige Frederiks Hospital i København tok inn sine første pasienter i 1757. Helt til 1910 holdt sykehuset virksomheten gående i det fornemme strøk bak Amalienborg slott som ble reist på samme tid. Den staselige bygningen til Det kongelige kirurgiske akademi ble nærmeste nabo i 1787.

1700-tallet var tiden da nye, store sykehus ble bygd over hele Europa. Arkitektonisk er de ofte ganske like i den forstand at det ble lagt stor vekt på den ytre estetikk, mens det indre ofte var forholdsvis enkelt. Streng symmetri og stram linjeføring kunne understreke at her råder den menneskelige fornuft, kunnskapen og det rasjonelle. Her skulle, eller burde det være helbredelse å hente. Slik var det også med Det Kongelige Frederiks Hospital.

Anlegget var reist som et alminnelig sykehus med sykdomsbehandling og undervisning som klar målsetting. Det var den nye tid, opplysningstiden som var kommet, med et moderne sykehus i en moderne bydel. Med en stilren og konsekvent arkitektur omkranser lange lave bygninger et midtre gårdsrom. I hver ende avsluttes anlegget av høyere bygninger med utsmykkede inngangspartier.

Over begge inngangspartiene til Frederiks hospital er det relieffer. Et av dem fremstiller historien fra Bibelen om den barmhjertige samaritan (fig 1). Det var altså ikke bare rasjonalitet som gjaldt. Det var også andre verdier, de som verken måles i penger eller som fornuften kan fatte.

Sykehuset som sådant gjenspeiler med andre ord to forskjellige måter å tenke på – på den ene side den saklige og moderne, på den annen den humanistiske. Ved dette sykehuset har arkitekturen tatt opp i seg en balanse mellom de to tenkemåtene. Arkitekturen reflekterer den doble filosofi.

Sykehuset mellom helse og det hinsidige

Sykehus fra det katolske Europa, og især fra eldre tid, ser ofte helt annerledes ut enn Det Kongelige Frederiks Hospital. Figur 2 er et glassmaleri som viser scener fra middelaldersk sykehusmedisin. Likheten med en kirke er ofte slående. Store saler med senger, undertiden med avlukker eller avskjerming av de enkelte senger, har gjerne et alter på en dominerende plass. I sin arkitektur utstråler sykehuset at det står nærmere døden enn helbredelsen. Dette er annerledes enn man ser senere og især i områder med protestantisk dominans. Er middelalderens katolske sykehus ment som siste stoppested på den jordiske reise?

Sosialhistorikeren Arthur E. Imhof (f. 1939) har i flere av sine bøker om aldring, sykdom og død tatt opp spørsmålet om dødens rolle i forhold til livets avslutning. Hans poeng er at man før vår sekulariserte tidsalder hadde en mer allmenn tro på at det jordiske liv bare er et forstadium til det evige liv. Døden som befrier og overgang gjenspeilte menneskers tenkning og praktiske handlemåter på en helt annen måte da enn senere. Dette gjaldt også sykehusets plassering, både ide...messig og konkret. Sykehuset som skulle lindre og trøste til den siste time kom med sin *ars moriendi* (6). De høyloftede sykesaler, ofte med gotiske vinduer, kan derfor ha en arkitektur som da de ble bygd ikke først og fremst ble slik som følge av et kulturelt begrunnet stilvalg. Assosiasjonen til en kirke var bevisst og hadde en klar funksjon. Der hvor sykehuset har en annen kulturell innplassering og har helbredelse som siktemål, slik som f.eks.

1700-tallets akademiske sykehus, blir også posisjonen på skalaen mellom *frisk* og *død* en annen, hvilket kan være en av årsakene når en mer profan byggestil ble valgt.

De gamle sykehus minner oss for øvrig om at selve sykdomsbegrepet, kategorien syk i motsetning til frisk, var annerledes i tidligere tider. Syk omfattet også hjelpeløshet av andre årsaker enn vi vil kalle sykdom, så som pleiebehov, høy alder eller fattigdom. Kanskje dominerte endog omsorgen for disse gruppene ved sykehusene. Helligåndshospitalet i Lübeck fra 1286 er et eksempel på det flytende skillet mellom syke og andre pleietrengende. Her har syke og fattige holdt til gjennom århundrer. Helt opp til 1970 har det fungert som aldershjem, et stort kirkeliknende rom med båser til å bo i (7).

Især i Frankrike kom et nytt moment til på 1600-tallet – med opprettelsen av allmennhospitalene ble det glidende overganger til fengsel og arbeidshus. I Paris fikk man f.eks. for henholdsvis menn og kvinner Bice_tre- og Salpe_trie+re-hospitalene, der klientellet var invalide, kronisk syke, gamle, folk som var formodet å være sinnssyke, omstreifere, tiggere og prostituerte (8). *Les ho_pitaux ge...ne...raux* har i ettertid fått et tvilsomt rykte for sin ivaretagelse av det man regnet som samfunnets utskudd. Poenget med å nevne dette her, er at oppfatningen av hva et sykehus *er*, hva det skal brukes til og hvilken plass det har i samfunnslivet, har variert betydelig. Dels har dette gitt seg utslag i arkitekturen, dels ikke.



Figur 2 Glassmaleri i det medisinhistoriske museet i Riga. Foto Ø. Larsen 2000



Figur 3 Sorgenfri, sykeavdeling for menn med veneriske sykdommer og delirium, fotografert i 1883 (10)



Figur 4 Epidemisykehus i Maridalsveien i Oslo (10)

Hus med syke

Metaforen ”sykehus eller hus med syke” er mye brukt. Hvis man anlegger et kulturhistorisk blikk på sykehusarkitektur, må man huske på at især eldre sykehus ofte er innrettet i bygninger som var bygd til andre formål. De spesielle bygningsmessige krav til hus som skulle fungere som sykehus, var lenge ikke større enn at man kunne se seg om etter noe eksisterende som kunne passe.

Den fornemt utseende hovedbygningen på løkken Sorgenfri på Hammersborg i Kristiania, reist ca. 1812 (9), ble omgjort til utfluktssted av konditor Jacob Caspary i 1821, men ble kjøpt av kommunen i 1849 da Trefoldighetskirken skulle bygges. Huset fungerte som sykehus til 1903. Figur 3 er et arkivfoto fra 1883 (10) da Sorgenfri var sykeavdeling for menn med veneriske sykdommer og for pasienter med delirium. Men å fortolke den galante arkitekturen i lys av funksjonen, er – som det forstås av historien – helt misforstått.

Når sykehus rundt i Norge og også annetsteds ofte var henvist til bygninger der arkitekturen ikke hadde noe som helst med sykehusformålet å gjøre, kunne dette især gjelde epidemilasarettet som ble opprettet i hui og hast. En kulturhistorisk fortolkning av arkitekturen til Maridalsveien 234 i Oslo (fig 4) (10) som ble brukt som epidemilasarett i 1895, 1899 og i 1913 – 14, ville virke søkt, hadde det ikke vært for en liten detalj: Legg merke til skilderhuset med vaktmannen ved hushjørnet midt på bildet! Bildet forteller både om tidens frykt og respekt for de smittsomme sykdommene og om holdninger til åpenhet i sin alminnelighet i datidens samfunn.

Det er egentlig først fra slutten av 1800-tallet at medisinsk teknikk begynte å stille spesielle arkitektoniske krav. La elektrikerens avslutter montasjen av lineærakselerator nr. 2 i strålebunkeren på Ullevål sykehus i Oslo i 1986 være et eksempel på dette fra vår tid (fig 5) (10).

Av og til er det i hovedsak medisinske og tekniske vurderinger som ligger til grunn for arkitektonisk utforming. Dette er selvsagt når vi ser på våre dagers operasjonsavdelinger eller laboratoriebygg, som f.eks. på Ullevål sykehus da laboratoriebygget ble ferdigstilt i 1978 – 80 med sin helt spesielle konstruksjon med tekniske mellometasjer mellom laboratoriene. Men siden bygg reist for slike formål er ulike, er det i seg selv et bevis på at det også er annet som teller. De arkitektoniske idealer skifter som oftest også når gammelt må vike for nytt (fig 6).

Den faglig-medisinske begrunnelsen for byggemåten er imidlertid ikke alltid like åpenbar når vi *i dag* ser på *eldre* sykehusanlegg. F.eks. de vakre anlegg i ditto parker er kanskje slett ikke anlagt slik bare for å være pene. Ved kursteder, sanatorier og psykiatriske sykehus kan det estetiske i seg selv være ment som et gunstig tilskudd til trivsel og velvære, til å stemme sinnet til ro. Eller det kan være at lys og luft ble ansett som et ledd i behandlingen, slik som ved tuberkulose. Den idylliske avdelingen for barn med skrofulose på Bleikøya var således ikke bare lagt der for idyllens skyld (fig 7).



Figur 5 Strålebunkeren, Ullevål sykehus i Oslo. Foto Ø. Larsen 1986



Figur 6 Ullevål sykehus, fra Thulstrups gates forlengelse – den gamle administrasjonsbygningen og det nye laboratoriebygget (10)



Figur 7 Barneavdelingen for tuberkulose på Bleikøya i Oslofjorden. Foto fra 1885 (10)

Med arkitekturen som smittebekjemper

Kanskje bunner tilsynelatende vakker utforming i noe så brutalt og livsviktig som smitteforholdene i den tiden da de epidemiske sykdommene var den store trussel. En dominerende teori fra klassisk oldtid og frem til slutten av 1800-tallet var miasmelæren. Miasmene, de sykdomsoverførende dunstene som spredte seg fra de syke, måtte fjernes eller forhindres i å utbre seg. Å bygge sykehus i form av mange små paviljonger spredt over et stort område burde i henhold til dette være gunstig. Derfor ble mange sykehus fra 1800-tallet bygd som lette, enetasjes konstruksjoner, gjerne i tre. De var ofte utstyrt med et tilsynelatende overdimensjonert ventilasjonssystem som skulle tillate dunstene å komme opp, ut og vekk. Mellom bygningene ble det plantet trær og busker som skulle danne barrierer paviljongene imellom. Ullevål sykehus' eldste del fra 1887 er et godt eksempel på denne arkitekturen (fig 8). På grunn av det store behovet for arealer ved denne typen anlegg ble det etter hvert bygd paviljonger i flere etasjer, og da i mur, så også på Ullevål.

Det ble også, både før og senere, bygd sykehus etter et paviljongprinsipp, dvs. at man hadde flere bygninger som til sammen utgjorde sykehuset, istedenfor å ha en eller noen få store bygninger. Men dersom det ikke var miasmene som var motivet, blir sykehusarkitekturen prinsipielt helt forskjellig selv om det utad er likheter, nettopp fordi tenkningen bakom er ulik. Fortolkningen av arkitekturen fordrer at man kjenner de historiske forutsetningene.

Arkitektur og psykiatri

Tydeligst avspeiles kanskje forholdet mellom medisinsk fagutvikling og arkitektur som medisinsk hjelpemiddel innen psykiatrien. Inntil slutten av 1700-tallet hadde man sjelden annet hospitalstilbud til psykiatiske pasienter enn å sperre de mest utagerende av dem inne. Synet på hvorvidt pasientene kunne helbredes, var ofte preget av nihilisme, eventuelt supplert med moralisme. Christianias nye dolthus fra 1778 var således meget enkelt bygd.

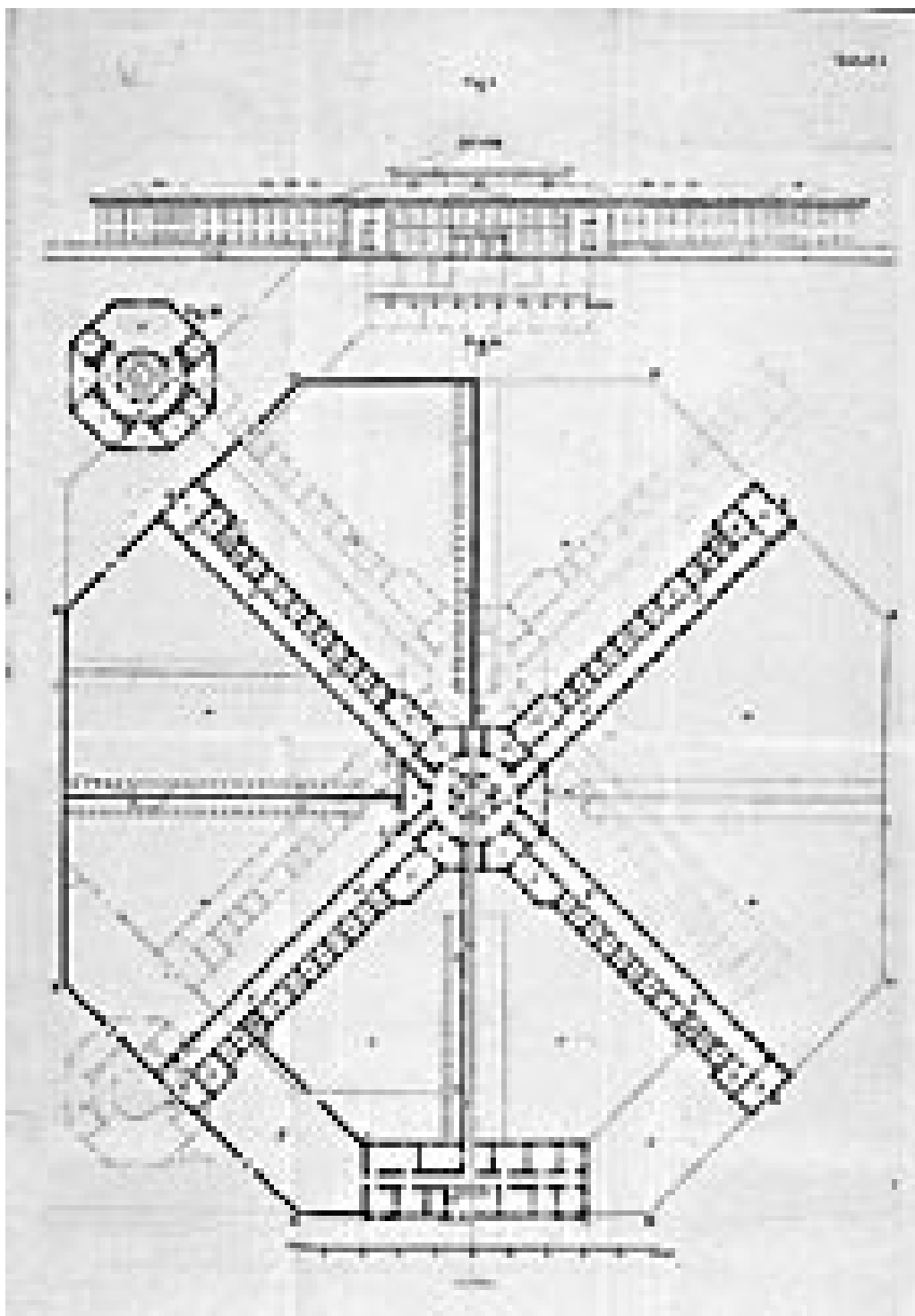
Men allerede i 1820-årene var utviklingen av menneskesynet innenfor psykiatrien kommet så langt at dollhuset ble betraktet som både uhygienisk og uhensiktsmessig.

I sin innberetning om forholdene for de sinnssyke fra 1828 anbefalte professor Frederik Holst (1791 – 1871) et sykehus, dvs. det senere Gaustad asyl, bygd etter den panoptiske modell (11). Dette var en byggemåte han hadde sett i utlandet, og som ble anvendt både for fengsler og sinnssykehus. I et stjerneformet bygg med oppganger og vokterkabiner i et sentralt tårn kunne et stort antall pasienter passes på av et relativt fåtallig personale. Mellom fløyene var det luftegårder for pasientene i de forskjellige avdelingene. Utkastet til panoptisk asyl var tegnet av arkitekt Christian Henrik Grosch (1801 – 65), men det kom aldri til utførelse (fig 9).

Da finansieringen og den øvrige planleggingen endelig var i orden, hadde psykiatrien utviklet seg videre og hadde nye krav til den arkitektoniske utførelsen. Gaustad asyl, slik det fremstod da det var ferdig i 1855, var bygd etter fransk forbilde av arkitekten Heinrich Ernst Schirmer (1814 – 87). I de karakteristiske fløyene som ligger bak hverandre, ble det praktisert regimer av forskjellig strenghetsgrad, slik at pasientene skulle kunne flyttes frem og tilbake alt etter hva deres kliniske situasjon tilsa. Gaustads slottsliknende utforming må altså først og fremst fortolkes ut fra sin faglige kontekst, ut fra samtidens medisinske teorier. Sidefløyene hadde en medisinsk funksjon. Men når det nye Rikshospitalet som ligger tvers over veien for Gaustad og ble åpnet 145 år senere, også har en utforming med teglkledte sidefløyer, er det en siterende arkitektur som må fortolkes nettopp som dette.



Figur 8 Epidemipaviljong med ventilasjonstårn, Ullevål sykehus, Oslo. Fra friskluftinntak i tårnene gikk kanaler inn til sykesalene med utlufting over tak. Foto Ø. Larsen 2000



Figur 9 Grosch' utkast til panoptisk sinnssykehus 1828 (7). Foto Ø. Larsen



Figur 10 Fløyene strekker (fang)armene ut mot deg når du ankommer Rikshospitalet i Oslo. Foto Ø. Larsen 2000

Stilarter, politikk, forskrifter, kostnader og byggeteknikk

Hvis man forsøker å anlegge et kulturhistorisk perspektiv på sykehusarkitektur, er det lett å overfortolke og gå i metodiske feller. Dette gjelder for all slags arkitektur, men for sykehusbygg gjør det seg særlig gjeldende etter hvert som dette er blitt store, kompliserte prosjekter som trekker betydelige ressurser og engasjerer store deler av samfunnet. Når en maler slår opp sitt lerret, kan vedkommende stort sett fullføre sitt verk og formidle sitt kunstneriske budskap uten innblanding. Det går ikke for arkitekten. Her er det mange meninger å ta hensyn til. Opinion, politikere, byggherre og myndigheter er med- og motspillere, samtidig som kostnader og tekniske muligheter både gir utfordringer og begrensninger. Det er også av betydning for forståelsen at slike rammer skifter over tid og er forskjellige fra sted til sted.

Hva folk liker og føler trygghet ved, veksler, men er viktig for et sykehus. Dette er et moment for fortolkningen av middelalderens kirkeliknende bygg, av 1700-tallets borgerlige fasader, for et sanatorium i susende furuskog, men også for f.eks. det nye Rikshospitalet i Oslo: Føler vi oss kanskje ikke velkommen, akkurat som på noe av det mest positive mange kan tenke seg i vår tid, en sydentur?

Torget utenfor hovedinngangen kan hamle opp med hvilken som helst Piazza Maggiore sør for Alpene (fig 10). Vel innenfor likner hovedaksen en trivelig bygate (fig 11), der du straks stilles overfor valget mellom to spisesteder, eventuelt minnes på at du kanskje burde kjøpe deg nye sokker i salgsboden.

Stilarter gir seg selvsagt nedslag også i sykehusarkitekturen. Når f.eks. både Krohgstøtten sykehus i Oslo, ferdig 1859, og "Sykehus nr. 1" i Riga fra slutten av 1800-tallet (fig 12) har en kirkeliknende stil, er det sannsynligvis ikke noe mer komplisert bakom enn at det altså var denne stilen man valgte på den tiden. Grosch var fascinert av engelsk gotikk, og det går tydelig frem av Krohgstøtten.

Især lokalisasjon og størrelse på sykehusanlegg må ofte fortolkes på grunnlag av politiske forhold i den tid de ble planlagt og bygd. Det var f.eks. neppe noen naturlov at forblåste Breivika på Tromsøya skulle få et sykehus- og universitetsanlegg av kontinentale dimensjoner og med skilt på samisk. Erttertiden må fortolke dette i sin større, samtidige kontekst.

Like fullt som miasmene var en bestemmende faktor på 1800-tallet, legger sykehushygienen sterke føringer også i dag, men på en annen måte. Kravet til spesialiserte tekniske installasjoner er også stort på andre felter. Det er derfor mye ved sykehusbygg som ikke kan tolkes i kulturelt perspektiv på annen måte enn å fastslå at slik er altså de tekniske løsningene anno 2000.

Når sykehus bygges så de likner på høye forretningsbygg, kan dette selvsagt tolkes i kulturell retning, den nye tid osv. Men det kan også være at høybygg med effektive heiser gir korte interne transportveier – eller det kan være at tomteprisen er høy og at få og høye byggekraner gir en kort og kostnadsgunstig

byggeprosess. Ved prestisjetunge Mayo Clinic i Rochester, MN, drukner snart den gamle, også høye, bygningen i nye høybygg – i seg selv et rungende rop om at her foregår en aktiv og fremtidsrettet utvikling (fig 13).

Et av vår tids mer ekstreme sykehus, arkitektonisk sett, er Klinikum i Aachen i Tyskland. Rundt 1980 stod det her ferdig et enormt byggverk ute på landet utenfor byen. Det er rør og kanaler alle vegne. På avstand ser det ut som en forvokst middelalderborg. Når man kommer nærmere, går assosiasjonene mer i retning av oljeraffineri (fig 14). Men innenfor er det 1 400 pasientsenger og arbeid for 3 800 ansatte og et tilsvarende antall studenter! Likheten med Pompidou-senteret i Paris er slående. Skrekkelig, vil noen si. Artig påfunn, vil andre mene. Gad vite hvordan den kulturhistoriske tolkingen av arkitekturen vil bli om noen år.



Figur 11 Hovedkorridor med Syden-konnotasjoner ved det nye Rikshospitalet i Oslo.
Foto Ø. Larsen 2000



Figur 12 Det tidligere "Sykehus nr. 1" i Riga, nå akuttmottak (Emergency care hospital). Foto Ø. Larsen 2000



Figur 13 Mayo Clinic, Rochester, MN. Foto Ø. Larsen 2000

Selvhevdelse og forakt

Arkitektur kan også uttrykke negative holdninger. Ved å legge beina på salongbordet viser vi at slike borgerligheter som salongbord har vi moderat respekt for. Sykehusarkitekturen er full av slike trekk som kan tolkes som uttrykk for forakt for fortiden. Medisinens utvikling, det nye, må frem og er viktigere enn det gamle og de konservative hensyn til estetikk.

Det nå fraflyttende Rikshospitalet i Pilestredet i Oslo har en rekke eksempler på dette. De gamle bygningene fra slutten av 1800-tallet er blitt ombygd til ugenkjennelighet. En av de opprinnelig fineste og arkitektonisk mest gjennomarbeidede av dem, den gamle administrasjonsbygningen, fremstod ved fraflyttingen som en orgie i sponplater og striekledde lettvegger.

Et eksteriørbilde tatt fra Holbergs gate (fig 15) viser hvordan den opprinnelig staselige Lungeavdelingen er blitt inneklemt av bygg som fremtrer som viktigere: Den grå betongkolossen med kirurgiske avdelinger har brøytet seg frem mer eller mindre kontinuerlig fra tidlige 1940-år. Men selv dennes patetiske forsøk på å holde en slags funksjonalistisk stil knuses av det hytteliknende oppbygget på taket – hva bryr vi oss om stil når nye tekniske installasjoner trengs? Og Patologibygget fra 1960-årene har ingen resonans i den øvrige arkitekturen. Vi skimter kapellet, der utformingen av atkomsten mer henspeiler på nedgangen til Hades enn er egnet til å trøste pårørende.

Midt på bildet ser vi den påbygde plastikkirurgiske fløyen fra slutten av 1980-årene. Om den var ment å skulle likne en boreplattform, vites ikke. I alle fall signaliserer den at her har vi viktigere ting å beskjeftige oss med enn å tenke på hva som er pent. Kanskje kan en slik holdning virke betryggende på pasientene. Men neppe når det gjelder nettopp en plastikkirurgisk avdeling.



Figur 14 Klinikum Aachen, Tyskland. Foto Ø. Larsen 1988



Figur 15 Det gamle Rikshospitalet sett fra Holbergs gate. Foto Ø. Larsen 2000

Samaritanen og politikeren

I vår tid er det vanligvis mye ”støy” rundt sykehus. Sykehusdirektører varer sjelden lenge. Det foregår en kamp mellom medisin og penger, mellom fagfolk og politikere. Og sykehuset er arenaen.

Kan sykehusarkitekturen bidra til å forklare dette? Kanskje noe, men forholdene som må tas i betraktning for å få noe nyttig ut av fortolkningen er mange – altfor mange. Når striden står om sykehus, er de viktigste kildene til forståelse heller å finne i konteksten.

Men kanskje kan likevel forsøk på å fortolke sykehusarkitektur hjelpe oss i å få grep om hva som foregår. Kan hende er den egentlige kjernen i konfliktene illustrert i relieffene over inngangspartiene ved Det Kongelige Frederiks Hospital i København: Den barmhjertige samaritan og de som gikk forbi. Den doble filosofi. Barmhjertighet og rasjonalisme i samme hus. Kanskje er det dette som ikke går når sykehus skal drives.

Ingen kan ha to sjefer.

LITTERATUR

1. Johansen E. I de tidsmessige, lyse og luftige leiligheter . . . Kulturdimensjoner i Sandviken sykehus’ arkitektur. Bergen: Institutt for medievitenskap, Universitetet i Bergen, 1995.
2. Balto JA, red. Fortidsminneforeningens årbok 2000. Oslo: Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, 2000.
3. Jetter D. Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. Köln: DuMont Buchverlag, 1986.

4. Schadewaldt H, red. Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1976.
 5. Thompson LD, Goldin G. The hospital: a social and architectural history. London: Yale University Press, 1975.
 6. Imhof AE. Die Kunst des Sterbens. Stuttgart: Hirzel, 1998.
 7. Larsen Ø. Eldreomsorg i nøysomhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 443.
 8. Risse GB. Mending bodies, saving souls: a history of hospitals. Oxford: Oxford University Press, 1999.
 9. Myhre JE. Hovedstaden Christiania. Oslo bys historie. Bd 3. Oslo: Cappelen, 1990.
 10. Kristiansen K, Larsen Ø. Ullevål sykehus i hundre år. Oslo: Oslo kommune, Ullevål sykehus, 1987.
 11. Holst F. Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forebedring i Aaret 1825 naadigst nedsat Kongelig Commission. Christiania, 1828.
-

Publisert: 10. desember 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.