

# ALT FOR PASIENTENE

*Kysthospitalet i Hagevik  
gjennom 125 år*

*1893–  
2018*





**ALT FOR PASIENTENE**



# ALT FOR PASIENTENE

*Kysthospitalet i Hagevik  
gjennom 125 år*

1893–  
2018

EGIL ERTRESVAAG

JO GJERSTAD

KARI INDREKVAM

TOR EGIL SØRÅS



**BODONI**  
FORLAG

## ALT FOR PASIENTENE

er utgitt av Bodoni Forlag i samarbeid med Kysthospitalet i Hagevik i desember 2019.

### **Papir**

120 g MultiOffset levert av Papyrus Norge Grafisk

### **Fonten**

Brødteksten er satt med Minion Pro 10,5/14 pkt., konstruert av Robert Slimbach.

Titler er satt med Sofia Pro, konstruert av Olivier Gourvat, mens billed- og rammetekster er satt med DIN.

236 sider, 274 illustrasjoner

### **Opplag**

1000 eksemplarer

### **Billedredaksjon, prosjektledelse og tilrettelegging**

Jo Gjerstad

### **Layout og typografi**

Stig Moe, Bodoni



### **Grafisk produksjon**

Bodoni

### **Innbinding**

Bokbinderiet Johnsen, Skien.

Forfatterne er uten ansvar for mulige feil.

Det må ikke kopieres fra denne bok i strid med åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk.

© Bodoni Forlag

ISBN 978-82-8403-046-3

Bergen 2019

Denne boken er utarbeidet av en redaksjon bestående av Egil Ertresvaag, Jo Gjerstad, Kari Indrekvam og Tor Egil Sørås.

Den kronologiske fremstillingen i kapittel 1–5 er forfattet av Egil Ertresvaag.

Jo Gjerstad har hatt hovedansvaret for prosjektet og har skrevet utfyllende billed- og rammetekster.

Kari Indrekvam og Tor Egil Sørås har vært aktive deltakere i bokprosjektet.

Redaksjonen takker også Per Harald Salvesen, Oddbjørn Rolf Hustad og Ole Gjerstad for informative artikler.



# FORORD

**K**ysthospitalet er 125 år! Et jubileum har jo som kjent flere perspektiv: Hvordan startet dette? Hvor står vi i dag? Og sist, men ikke minst – hvor går veien videre?

Kysthospitalet ble bygget som et sykehus for pasienter med tuberkulose i bein og kjertler som man mente skulle bli bra ved å «kure» ved sjøen. Etter det bakteriologiske gjennombruddet i 1882 var strategien først å hindre spredning av sykdommer ved isolasjon og desinfeksjon. Senere ble man mer opptatt av å styrke motstandskraften i befolkningen, og fysisk fostring, næringsrikt kosthold, strengt søvnregime og sunne/hygieniske forhold fikk mer fokus. Den første tiden på Kysthospitalet hadde man etter dagens målestokk lite behandling å tilby: god og variert kost, sjøbad, lys og luft. Men man skal huske på at dette hadde svært høy verdi den gangen. God kost og gode hygieniske forhold betydde noe i et samfunn preget av stor økonomisk og sosial nød. Det var heller ikke alle som var så heldige at de ble sendt til et sanatorium eller hospital dersom de ble syke. Mange av institusjonene var bygget opp i privat regi, og hit kom pasientene som det var håp for og som hadde midler til å betale for seg.

I vårt velferdssamfunn i dag anser vi at all medisinsk behandling skal være lik for alle. De fleste av oss tar dette som en selvfølge fordi vi ikke har opplevd den tiden da sosial klasse og økonomi bestemte hvilken behandling man fikk. Kanskje er det verdt å tenke over dette i blant; for at behandlingen skal være lik for alle er noe som vi etter mitt syn bør være oss bevisste og verne om.

Når kosthold og hygiene i samfunnet generelt ble bedre, og den medisinske behandlingen for tuberkulose endelig kom, så ble antallet tuberkulosepasienter på Kysthospitalet redusert, og andre pasienter kom til. Det ble naturlig at utviklingen gikk i retning av ortopedisk kirurgi. Man var jo vant til å behandle infeksjon i knokler og ledd med gipsing, strekk og kirurgi.

Kysthospitalet har utviklet seg som et spesialsykehus i ortopedisk kirurgi. Sykehuset ble drevet av en privat stiftelse fram til det i 1976 ved et gavebrev ble overført til Hordaland fylkeskommune. Ved helsereformen i 2002 ble Kysthospitalet en del av Helse Bergen.

Vi har hele tiden drevet med den elektive delen av ortopedisk kirurgi – de kroniske lidelsene i muskelskjelettsystemet der operasjonene er planlagte. Noe av vår styrke ligger nettopp i at vi har en ren elektiv linje, og i tillegg har vi et tett tverrfaglig samarbeid mellom alle yrkesgruppene. Vi har smådriftsfordelene: det vil si at alle kjenner hverandre og hverandres oppgaver, og dermed kan vi også organisere oss effektivt rundt pasientene. Resultatet er svært høy score på pasienttilfredshet, og en effektiv drift.



**Kari Indrekvam**

er sjukehusjef ved  
Kysthospitalet i Hagevik.

En stor del av vår virksomhet i dag dreier seg om degenerative plager, på folkemunne kalt «slitasjelidelser». Sett fra vårt ståsted, med en ortopedisk blikk, så kan vi kanskje si at slitasjesykdommene er denne tidens sykdom. Vi er blitt mindre aktive både i jobb og fritid. Vi vokser i størrelse, og belastningen på muskelskjelettsystemet øker. Kysthospitalet kan bidra med kirurgisk behandling dersom egeninnsatsen ikke er nok til å holde plagene i sjakk. Vi er opptatt av å hjelpe mennesker som har smerter og redusert funksjon på grunn av lidelser i ulike ledd og knokler, og vi har tilbud å gi til de fleste pasienter som er i tråd med dagens moderne behandlingsprinsipp.

Det ville være merkelig om ikke forskningen frambringer nye gode medisiner som hjelper mot slitasjelidelser. Kanskje blir kirurgi ikke nødvendig for alle. Men vi ser at disse nye medisinene koster, og det spørs hvor fort vi vil få tilgang til dem. Det er ikke gitt at prioriteringen går i favør av slitasjepasientene. Det er dessverre slik at mennesker som sliter med slitasjesykdommer aldri har hatt stor prestisje selv om dette er store pasientgrupper. Det er ikke disse pasientgruppene som prioriteres når knappe ressurser skal fordeles. Det er ikke innen dette feltet det gis store donasjoner til forskning for å utvikle bedre behandlingsalternativ – medisinsk eller kirurgisk.

Til tross for at pasientgruppen er stor, så har den tradisjonelt sett ikke vært den som krevde mest. Disse menneskene er vanligvis godt voksne, de har erfart en del gjennom livet, og de har til nå justert sine krav. Spørsmålet blir om neste generasjon som ikke kjenner til annet enn det vi i et samlebegrep kaller for «velferdssamfunnet», vil se det på samme måten. Det vil bli satt større krav til et liv uten smerte, og det aksepteres ikke at smerte reduserer aktivitetsnivået og livsgleden. Det vil bli satt stadig større krav til verdig og aktiv alderdom.

Jeg tror at vi den nærmeste tiden vil ha rikelig å gjøre på Kysthospitalet, og det viser jo også det økende antall pasienter som søker seg til sykehuset. Siden vi lever lengre, blir vi flere eldre som gjerne vil ha behandling for slitasjesykdommene. Kysthospitalet med sine ansatte er beredt til å bistå, og bruke sin kompetanse til beste for pasientene.

Det viktige framover er å ha en meningsfull utvikling for sykehuset. Vi skal utnytte det vi er sterke på. Her må vi ha selvrespekt nok til å være aktive og i front på vårt felt. For vi har mye godt å bygge på. Det har også pasientene fortalt oss gjennom sine tilbakemeldinger. Sykdomsbildet og behandlingstilbudet i 1893 kan ikke på noen måte sammenliknes med det vi har i dag. De kunne nok den gangen ikke drømme om hvor vi ville stå i dag. Utviklingen har vært aldeles utrolig selv for oss som lever i 2018! På samme vis tror jeg nok ikke vi evner å se 125 år framover fra nå. «Robot-kirurgien» har gjort sitt inntog. Men vi mennesker er ikke helt standardiserte hverken når det gjelder hvordan skjelettet er bygget eller hvordan slitasjen rammer. Derfor skal vi være glade for at det fortsatt er kirurgene som har styringen på kirurgisk behandling. Og det jeg vet er at skulle forskningen de nærmeste tiårene gi oss medisin som gjør at slitasjesykdommer forsvinner eller kraftig reduseres, så kan vi på Kysthospitalet bruke vår kunnskap og kompetanse til andre pasientgrupper som har plager i muskelskjelettsystemet. Det trenger ikke å være de mest prestisjetunge – vi hjelper gjerne de mange til bedre livskvalitet.



Å leve betyr å gripe tiden – forstå den og se dens muligheter – og det vil vi gjøre i fellesskap! Vi er også i framtiden innstilt på å gjøre vårt beste for pasientene på Kysthospitalet i Hagevik – arbeidsplassen vi er så stolte av og glade i!

Kjære alle ansatte på Kysthospitalet i Hagevik:

Det er jo dere som ER Kysthospitalet. Da snakker vi ikke om husene eller forne tider – Kysthospitalet og det vi står for – det vi bidrar med i dag – slik vi utvikler sykehuset – det er dere. Alle de høyst kompetente og engasjerte fagfolkene på hver sine felt. Jeg er både stolt, glad og takknemlig for at jeg får jobbe sammen med dere.

Hverdagen fylles for oss alle med oppgavene våre. Det er ventekøer og prioriteringer. Hver pasient skal få best mulig utredning, vurdering, behandling, pleie og opptrening. Alle forhold rundt dette legges til rette best mulig – og om noen lurte: vi er fortsatt opptatte av at pasientene får god mat og at det er gode hygieniske forhold. Det at pasientene merker at vi er sammensveiset og gode lagspillere, det at de møter samme informasjon overalt, gjør at de blir fornøyde og trygge.

Uten at hver og en bidrar til dette fellesskapet, så får vi ingen meningsfull utvikling av sykehuset. Det er deres engasjement som gir framdriften:

- *Vi følger med og bidrar på forskningsfronten*
- *Vi sørger for at våre pasienter får ta del i nyvinninger som har vist seg gunstige*
- *Vi sørger for at ansatte får mulighet til å tilegne seg den nødvendige kompetansen*
- *Vi utarbeider informasjon til pasienter og pårørende som er forståelige – og som gjør dem trygge*
- *Vi har et godt miljø: der smil og hjelpsomhet er hovedregelen*
- *Vi deler opplevelser, vi deler drømmer, vi deler hverdagene som rett og slett er selve livet.*

Hjertelig tusen takk!

**Kari Indrekvam**

Sjuehussjef / Avdelingsoverlege

# TIDSLINJE

- 1893** Det første hospitalet står ferdig. Første året fikk 21 voksne og 14 barn behandling.
- 1898** Herman Gerhard Gade blir ansatt som fast overlege, en stilling han hadde helt til 1946.
- 1908** Sykehuset får egen røntgenavdeling.
- 1946** Dr. Herman Thrap-Meyer overtar som overlege. Han ønsker at Hagevik skal bli et sykehus for ortopedisk-kirurgiske pasienter.

- 1954** Dr. Otto Brinchmann-Hansen overtar som administrerende overlege etter Thrap-Meyer.
- 1974** Et nybygg med moderne lokaliteter for operasjon, røntgen, kjøkken, fysioterapi og laboratorium står ferdig. Kysthospitalet i Hagevik er nå etablert som spesialsykehus i ortopedisk kirurgi med 100 sengeplasser.
- 1976** Sykehuset blir overdratt til fylket som en gave.

1893–1907

Første bygg ferdig i 1893.



1907–1927

Kysthospitalet i 1908. Nybygget fra 1907 til høyre.



1927–1972

Overlege Gade foran sykehuset i 1936.



1890

1900

1910

1920

1930

1940

1950







# INNHold

<b>1. «Smukt beliggende ved sjøen»</b> .....	15
«I det naturskjønne Os» .....	15
Til kamp mot den hvite pesten .....	16
Kysthospitalet i Norge .....	21
Planleggingskomiteen i arbeid .....	24
Stedsvalg og prosjektering .....	25
<b>2. 1893–1927: «En tuberkuloseanstalt for barn»</b> .....	31
1. <i>Fra allment hospital til barnehospital</i> .....	31
De første pasientene .....	31
I en seng på hospitalet ... ..	35
Bad, lys, luft .....	41
2. <i>Hospitalet i vekst</i> .....	42
Herman G. Gade .....	42
Styret .....	44
Kysthospitalets økonomi .....	46
Personalet .....	51
Eiendommen og nybyggene .....	52
«I Bygelsmændenes Vold» .....	52
3. <i>Gjennom bølgedalen</i> .....	57
« ...en meget bekymringsfuld tilværelse...» .....	57
Det store nybygget .....	60
Et moderne hospital .....	61
Nye statutter .....	61
Det nye styret .....	63
<b>3. 1927–1970: Et veldrevet hospital</b> .....	65
Kampen mot tuberkulosen .....	65
Kysthospitalets rolle .....	67
Kontinuitet ... ..	72
... og fornyelse .....	77
<b>4. 1970–1993: Hospitalet i omstilling</b> .....	85
Velferdssamfunnet .....	85
Sykehusene i helsepolitikken .....	87
Sykehusutbyggingen i Bergen og Hordaland .....	87
Universitetet i Bergen etableres .....	91
I bakevjen? .....	96
Fra stiftelse til fylkeskommunalt spesialsykehus .....	98
Et hospital på oppsigelse .....	102
La Kysthospitalet leve! .....	104
Et hospital på trass .....	108
Kysthospitalets særpreg .....	111

<b>5. 1993–2018: Ortopedisk spesialsykehus</b> .....	113
Innledning .....	113
Rammene for virksomheten .....	113
Ledelsen .....	118
<i>Den faglige virksomheten</i> .....	121
Mottaksseksjonen .....	126
Fysioterapiavdelingen .....	130
Spesialavdelingene .....	131
Anestesi .....	134
Sengepost .....	137
Driftsseksjon .....	138
Kjøkken .....	139
Renhold .....	139
Vaskeri .....	140
Innkjøp og forsyning .....	142
Laboratoriet .....	142
Radiologisk avdeling .....	143
Teknisk avdeling .....	145
<i>Å være pasient på Kysthospitalet</i> .....	146
PasOpp-undersøkelsen .....	147
Et fredet anlegg .....	153
Kraftstasjonen .....	156
Veien videre .....	157
Avslutning .....	158
Jubileumsåret .....	159
<b>6. Skogstien og Parken</b> .....	173
Dendrologiske severdigheter .....	174
Kulturbakgrunn og motiver .....	180
Anlegget tar form og landskapet endres .....	185
Skogstien og sjøbadene .....	186
Parken og solterrassene .....	188
Hva om nye 100 år? .....	195
Arter av lignoser registrert ved Kysthospitalet 1991–1993 .....	197
<b>7. Pasienthistorier</b> .....	207
<b>Verandagut</b> .....	207
På F-posten .....	218
<b>Sommer ved sjøen</b> .....	223
<b>Appendiks</b>	
Noter .....	229
Kilder og litteratur .....	232
Ledergruppen .....	234
Ansatte i 2018 .....	235

# KYSTHOSPITALET'S HISTORIE

---



---

# 1

---



---

Rullestol som har vært i bruk ved Kysthospitalet i Hagevik

Foto: Norsk teknisk museum

---





# “Smukt beliggende ved sjøen”

## «I det naturskjønne Os»

Hageviken er som skapt til et hjem for syke, der kan helbredes. En vennlig lun bukt, en rik skogli mot nord, en liten elv ved siden, den friske salte sjø foran med skogbevakste ness og øer mot syd og vest.<sup>1</sup>

Det var Bergens Tidende som skrev dette i august 1893, etter at en medarbeider i avisen hadde vært tilstede ved den høytidelige åpningen av det nye Kysthospitalet i Hagevik den 24. august. Et selskap på nærmere 40 personer gikk klokken 12 om formiddagen ombord i dampskipet «Turisten» ved Murebryggen i Bergen. I vakkert sommervær hygget forsamlingen seg på turen mellom holmer og skjær til den «lune Hovlandsviken» i Os.<sup>2</sup> I følget fant vi for det første medlemmene av den komiteen som hadde tatt initiativet til å reise et hospital i Hagavik. Det var de tre legene Sigvard Madsen, Klaus Hanssen og Christoffer Rogge, i tillegg til apoteker Johan Lothe, kjøpmann Harald Irgens og pastor Vilhelm Holdt. Sammen med disse var en rekke inviterte gjester, blant annet stiftamtmanden, magistrat og formannskap i Bergen og representanter for de to institusjonene som hadde ytet midler til hospitalet, Brennevinssamlaget og Bergens Sparebank. Med på den tre timer lange båtturen ut til Hagavik var også medlemmer av Stiftsdireksjonen og Fattigkommisjonen i Bergen, samt representanter for pressen. I annonser i avisene var også private bidragsytere til kysthospitalet invitert med til åpningen.

I Hovlandsviken, som stedet het, hadde det vært hektisk byggevirkosomhet i over ett år. Foruten selve hospitalsbygningen var der blitt anlagt uthus, vei og brygge, og hele komplekset ble rost både av talerne ved innvielsen og av pressen dagen etter. Bergens Aftenblad skrev at:

Hospitalet er udmærket smukt beliggende med sjøen like foran og ovenfor grønnklede rikt skogbevakste åser. Værelsene er lyse og rommelige. Den fortrinlige badeinnretning vakte almindelig beundring, her er saltvann- og ferskvannsbade. Sjøvannet pumpes opp ved hjelp av en turbin, og det friske vann fåes fra en like ved hospitalet flytende bekk. Drikkevannet fåes fra en stor brønn.<sup>3</sup>



**Harald Irgens**

1830–1915

var fiskekjøpmann da han i 1857 grunnla sitt eget skipsrederi. I tillegg til sitt arbeid med Kysthospitalet satt han bl.a. i styret i Bergens Privatbank og var medlem av bystyret i 25 år. Han var også ridder av St. Olavs Orden. Harald Irgens var en yngre bror av den kjente bergenseren, skoleinspektør Ole Irgens.



**Vilhelm Holdt**

1845–1930

var sykehusprest og bl.a. stifter av «Foreningen mot den offentlige usedelighet». Sammen med Sigvard Madsen var han også initiativtaker til rekonvalesenshjemmet Ravneberghaugen i Kysthospitalets nærhet.

Doktor Sigvard Madsen, en av initiativtakerne til hospitalet, talte ved bordsetet. Han takket alle bidragsytene og pekte på at kysthospitalet var det andre i sitt slag i Norge. I utlandet var det imidlertid lang tradisjon for slike hjem, og både komiteen og alle bidragsytene kunne være stolte over at det nå var lyktes å etablere noe lignende her i Norge.<sup>4</sup> Etter taler av pastor Holdt og stiftamtmann Hjalmar Hoffmann var det omvisning på anlegget, før dampskipet returnerte til Bergen.

Hva var det for et anlegg som ble innviet på denne vakre augustdagen i Bergens nære omland? Hva var bakgrunnen for at leger og andre helseinteresserte borgere i årevis hadde arbeidet så iherdig for et kysthospital, og hvordan klarte de å realisere planene?

### ***Til kamp mot den hvite pesten***

Det hospitalet som ble tatt i bruk i 1893 og som etter hvert skulle bli kjent under navnet Kysthospitalet i Hagevik, hadde som sin viktigste funksjon å kurere skrofuløse barn, det vil si barn som led av tuberkulose i lymfeknutene. Derfor markerer opprettelsen av hospitalet et av de første skritt som ble tatt i Norge for å bekjempe en av de mest omfattende og fryktede folkesykdommer i moderne tid. For å sette hospitalet inn i sin riktige sammenheng må vi derfor si litt om «den hvite pesten» som tuberkulosen ofte ble kalt.<sup>5</sup>

## **Robert Koch**

1843–1910

var en tysk lege som sammen med Louis Pasteur deler æren for å ha skapt den moderne bakteriologi. Koch er kjent for å ha oppdaget bakteriene som forårsaker miltbrann, tuberkulose og kolera.

Av Kochs mange epokegjørende arbeider kan nevnes arbeidene over miltbrann i 1876, hvor han påviste miltbrannsporene og klarla deres betydning for sykdommens spredning. Han klarla årsakene til sårbetennelser i 1878. I 1882 oppdaget han tuberkelbasillen og påviste at den lar seg dyrke på kunstig substrat og at den fremkaller tuberkulose hos forsøksdyr. Koch oppdaget koleravibrionen i 1883 og tuberkulinet i 1890.

Koch fant ut at man kan vaksinere dyr mot kvegpest ved å innsprøyte galle fra sykt storfe på friske dyr. Han studerte storfesykdommene surra og texasfeber og menneskesykdommene malaria og sovesyke. Han grunnla de moderne metodene for desinfeksjon.

Stor praktisk betydning fikk de forbedringene Koch innførte i bakteriologisk teknikk, spesielt bruken av faste næringssubstrater (gelatin- og agarsubstrater). Det var denne metoden som gjorde bakteriologiens raske ekspansjon på slutten av 1800-tallet mulig. Mange av de berømte bakteriologene fra denne perioden var elever av Koch. I 1880–1885 var han ansatt ved Reichsgesundheitsamt i Berlin, men ble etter oppdagelsen av tuberkulinet utnevnt til direktør for Institut für Infektionskrankheiten, som ble oppført for ham i Berlin.

Koch fikk Nobelprisen i fysiologi/medisin i 1905.

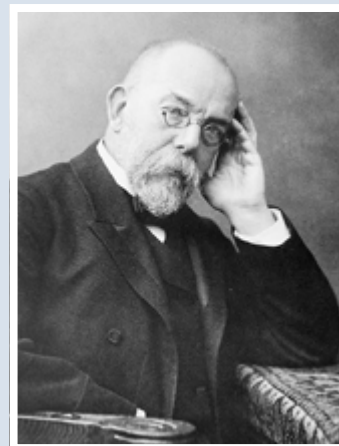


Foto: Wilhelm Fechner, Public domain



Det er ikke klarlagt når tuberkulosen kom til Norge. Den er gammel, og det meldes om enkelte tilfeller både på 1600- og 1700-tallet. Det ser ut til at den var under stadig og økende vekst i første halvdel av 1800-tallet, men det var først etter 1850 at den ble en viktig dødsårsak i Norge. Dels skyldes nok dette andre og bedre registreringsmetoder, men det må også reflektere at sykdommen var i økning. Ikke før tyskeren Robert Koch i 1882 oppdaget tuberkelbasillen var en klar over at tuberkulose var en smittsom infeksjonssykdom, skjønt mange leger, også norske, hadde antatt dette i lang tid. Selv etter denne epokegjørende oppdagelsen skulle det gå lang tid før den medisinske ekspertise klarte å skille mellom de ulike formene for sykdommen og hvordan en skulle bekjempe den.

Tuberkulosen skyldes tuberkelbasillen, som forekommer i mange former. Ofte danner den små knuter (tuberkler) i organismen. Tuberklene kan kapsles inn og ligge i organismen i lang tid. Det kan også dannes hulrom eller byller mange steder i kroppen. I mer ondartede former angriper tuberkelbasillen lunger, ben, ledd og hjernehinner.

Den mest utbredte form for tuberkulose er tæringen (lungetuberkulose eller ftisis). Det var også denne form for tuberkulose som resulterte i de fleste dødsfall i den perioden sykdommen var utbredt i Norge. Det hang nok mye sammen med at dette er den mest smittsomme formen for tuberkulose. Direkte kontakt, spytt, dråpesmitte var virksomme elementer i spredningen av sykdommen. I tillegg til tæringen var det mange, særlig unge mennesker, som ble rammet av skrofulose, det vil si tuberkulose

Den eldste hospitalbygningen i Hovlandsvik. Slik så anlegget ut i perioden 1893–1907. Det er uvisst hvorfor hospitalet tok navnet Hagevik, et navn uten tradisjon i området. Ifølge Herman Gade skyldtes det nærmest en tilfeldighet.

Foto: Kysthospitalet

Luster Sanatorium i Sogn ble innviet i 1902. Mens tæringspasienter skulle kureres i sanatorier i tørr fjellluft, var det den friske sjøluften, kombinert med solbad og lysbehandling som skulle være bra for skrofuløse.



**Klaus Hanssen**

1844–1914

engasjerte seg i arbeidet mot tuberkulosen. Han var pådriveren bak byggingen av landets første statlige tuberkulosesanatorium, som ble innviet på Harastølen i Luster i Sogn 1902, og var en av initiativtakeren til å reise et hospital i Hagavik.

i lymfeknutene. Til et godt stykke ut i 1890-årene var det ikke samstemmighet blant legene om at skrofuløse var en form for tuberkulose. Derimot var det enighet om at den hadde tragiske konsekvenser for de barn som ble rammet.

Fra 1860-årene har en noenlunde sikre opplysninger om tuberkulosens utvikling i Norge.<sup>6</sup> Det er helt åpenbart at den tiltok i omfang fram mot århundreskiftet. Flere ble smittet, flere døde. I en periode der sunnhetstilstand og dødelighet generelt ble bedre, økte dødsfallene som skyldtes de forskjellige formene for tuberkulose nesten dramatisk. I 1890-årene døde over 6000 mennesker hvert år av ulike former for tuberkulose. Det betyr at over 20 % av alle dødsfall i landet skyldtes tuberkulosen. Og langt flere var smittet.

Om en i tillegg trekker inn sosiale og psykologiske aspekter: den sum av frykt og lidelse som sykdommen var forbundet med, den skam og skjensel tuberkulosen brakte med seg, begynner en å nærme seg dimensjonene ved «den hvite pesten». Det er nemlig ingen tvil om at utbredelsen av tuberkulosen også var sosialt betinget – at den rammet sterkere i landsdeler og sosiale miljøer der grobunnen for infeksjoner var best, der fattigdom, dårlig hygiene og ernæring og trangboddhet var utbredt. I en tid hvor en strebet oppover, hvor den verste fattigdom var i ferd med å gi seg, hvor levealderen steg, var det ekstra bittert å bli smittet av en slik sykdom. Det var derfor heller ikke til å unngå at den tuberkuløse mange steder og i lange perioder følte seg utstøtt og måtte kjempe en ensom og smertefull kamp mot sykdom og dødsangst.

Både medisinske, økonomiske og humane grunner talte derfor for at samfunnet reiste en målrettet og effektiv kamp mot sykdommen. Men hva skulle en gjøre? Intensiv medisinsk forskning i mange land etter 1880 resulterte riktignok i stadig bedre

kunnskaper om tuberkulosen, men det var stor uenighet blant legene om hvordan den smittet og ikke minst om hvordan den skulle bekjempes. Fra midten av 1880-årene tok norske leger stadig oftere til orde for at man måtte søke å bedre hygien i hjemmene, være varsom med kjøtt og melk som kunne inneholde bakterier, og i større grad ta forholdsregler med de sykes «*afsondringer*», først og fremst spytt. Legene, med blant annet Klaus Hanssen i spissen, ble også i stadig sterkere grad en pressgruppe for å få staten til å engasjere seg i kampen mot tuberkulosen. I denne agitasjonen kunne ikke minst Hanssen og andre leger i Bergen nyttiggjøre seg de erfaringer som var i ferd med å bli vunnet i kampen mot spedalskhet, der tvangsmessig isolasjon av smittebærerne, kombinert med bedre kosthold og hygiene allerede hadde tvunget sykdommen på retur. Legene presset også på for å få vedtatt «*offentlige foranstaltninger*» for å få hjulpet dem som allerede var smittet.

I annen halvdel av 1880-årene hadde en ennå liten erfaring i å kurere tuberkulose. De norske legene fulgte imidlertid nøye med i utviklingen i andre land, og det varte ikke lenge før de ulike tiltakene ble kjent her hjemme. I 1886 fant det sted en stor debatt blant legene i Kristianas Medisinske Selskab om den beste måten å behandle tuberkulose på. Det var slett ikke alle som kunne slutte seg til overlege C.F. Larsen, som ivret sterkt for

Badeanleggene var viktige innslag i behandlingen ved kysthospitalet. Bassengene ved Hagevik ble utbedret en rekke ganger og var flittig i bruk.

Foto: Kysthospitalet





**Michael Holmboe**

1852–1918

var utdannet lege.

I 1893 ble han utnevnt til medisinaldirektør. I dette embetet ble han til sin bortgang. Holmboe spilte en sentral rolle i arbeidet med tuberkuloseloven fra 1900, den første i sitt slag i verden.

at de tæringssyke måtte isoleres på tuberkulosesanatorier.<sup>7</sup> Noen år tidligere hadde en annen lege pekt på at pasienter som oppholdt seg på landet i noen sommermåned, gjerne i en dal med gunstig klima, hadde kommet seg svært.<sup>8</sup> Både i Tyskland og Frankrike ble det bygget flere sanatorier på høytliggende steder med innlandsklima i 1870- og 80-årene. Dette antok man hadde en gunstig innvirkning på lungetuberkulosen. Når det gjaldt skrofulosen, mente legene at den best lot seg kurere på steder med sjøluft, idet det friske klimaet kombinert med bad i saltvann kunne ha en helbredende virkning. Sammen med hvile og sunn kost ble dette den behandlingsmåte som kom til å dominere ved de kysthospitalene som ble anlagt for skrofuløse pasienter.

En milepel i bekjempelsen av tuberkulosen ble nådd da Klaus Hanssen og medisinaldirektør Michael Holmboe utarbeidet sitt forslag til tuberkuloselov i 1894, en lov som ble vedtatt av Stortinget i mai 1900. Loven ble en løftestang for det offentlige tuberkulosearbeidet, og ga støtet både til almenne forholdsregler mot sykdommen (hygiene etc.) og til bygging av de store folkesanatoriene for lungetuberkuløse.

Det kan i denne sammenheng ikke understrekes sterkt nok hvor viktig den norske legestand var som pressgruppe for å kjempe fram effektive tiltak mot tuberkulosen. I 1830 var der 130 leger i Norge. Statistikken i 1905 viser at landet da hadde over 1200 praktiserende leger. I dette tidsrommet ble folketallet fordoblet, mens tallet på leger ble tidoblet.

## Sigvard Madsen

1855–1928

var bergenser, født 2. februar 1855, og startet sin privatpraksis i 1881 etter embets-eksamen i 1879. 20. februar 1897 ble han kreert til dr. med. med emnet «*Om klorose og dermed beslegtede sykdommer*».

Madsen spredte sitt talent på en rekke felt. Foruten Kysthospitalet og Ravnebergs-*haugen (rekonvalesenthjem for svagelige kvinder af den ubemidlede klasse)*, var han styremedlem i Bergen fengsel, Bergen skolestyre og satt i bystyret. Internasjonalt engasjerte han seg i tuberkulosearbeidet på en rekke områder. Norges Røde Kors sto også hans hjerte nært. Fra 1915 til sin bortgang var han visepresident der. Han var også formann i Bergens Lægeforening og styremedlem i Den Norske Lægeforening.

Sigvard Madsen hadde en stor reisevirksomhet. Han besøkte en rekke land i Europa, Midt-Østen, Asia og Amerika. Han var også en ivrig foredragsholder, bl.a. innen emnene idrett, skolehygiene og avholdssaken.

Gunnar Bø skriver følgende i sin nekrolog om Madsen:

Sigvard Madsen var en utmerket representant for den norske læge. Kunnskapsrik og arbeidsom, alltid i kontakt med fremskrittet, dertil med et ideelt syn på sin gjerning, som han gikk op i med alvor og kjærlighet. På flere områder har S.M.s lange uegennyttige virke satt varige spor. Det er i denne forbindelse nok å minnes hans arbeid for Hagevik kysthospital. En rekke andre institusjoner vil også savne hans noble personlighet.





Charles 2. av England kurerer skrifuløse.

Fra «Eventyret som ble til virkelighet. Et femtiårsjubileum. Martine Hansens Hospital 1936–1986.» Oslo 1986

### ***Kysthospitaller i Norge***

Skrofulose er en form for tuberkulose som særlig rammet barn. Navnet har den fått av latinsk scrofula (liten gris) som skal gi assosiasjoner til det utseende folk med sykdommen fikk. Oppsvulmede halskjertler gjorde at ansikt og bryst gikk i ett. I engelskspråklige områder gikk sykdommen lenge under navnet «*The King's Evil*». Det hang sammen med at en trodde at kongen hadde kraft til å helbrede sykdommen gjennom berøring.

Kysthospitaller fantes allerede på 1700-tallet, blant annet i England, der det første hospital for skrifuløse ble tatt i bruk i 1796. Kysthospitalene tok imot både skrifuløse barn, voksne rekonvalesenter og mennesker som trengte hvile og frisk luft.<sup>9</sup> Slike



**Joachim Wiesener**

1843–1888

er i dag mest kjent for grunnleggelsen av Nygårdsparken i 1880 (sammen med Klaus Hanssen). Etter hans bortgang tok Hanssen initiativ til oppførelse av en badeanstalt som skulle bære hans navn. Dr. Wieseners folkebad åpnet i 1889.

kombinerte innretninger ble etablert også i Tyskland fra 1870-årene og i Danmark i 1880-årene. I Norge ble det første initiativ tatt våren 1889, da det gikk ut innbydelse i avisene om å bidra til å etablere et kysthospital for kjertelsyke barn fra hele landet.<sup>10</sup> Innbydelsen var støttet av dronning Sophie og av en rekke kjente leger. Allerede i oktober samme år kunne det første kysthospital åpnes i Fredriksvern (Stavern), riktignok bare i leide lokaler.

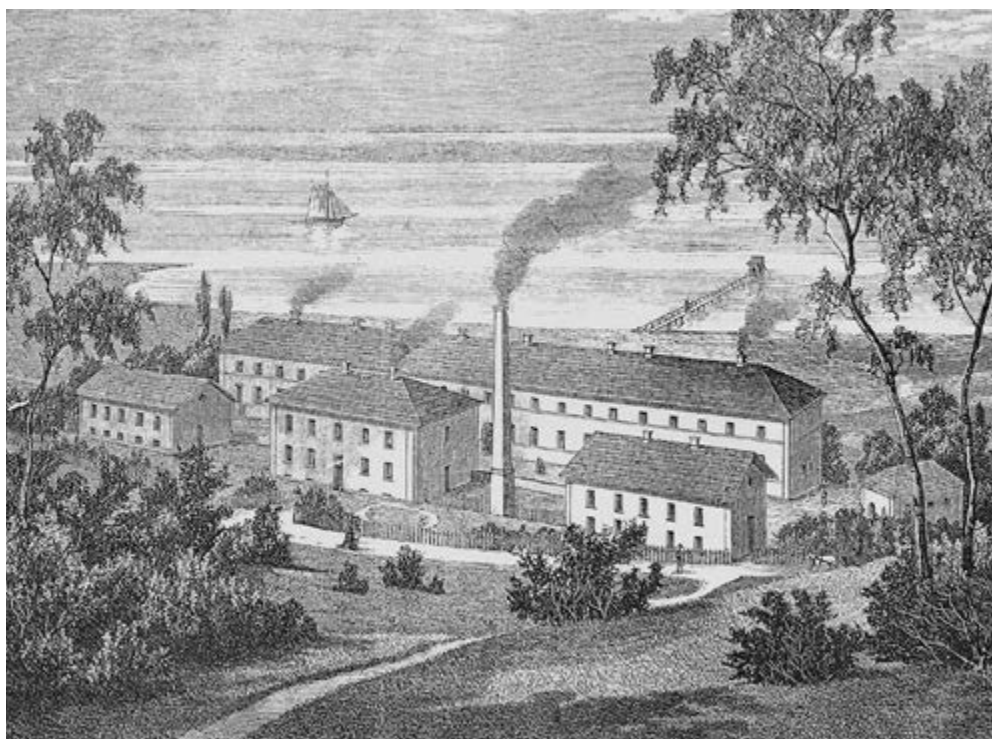
I en kommentar til innbydelsen skrev Bergens Aftenblad<sup>11</sup> at kysthospital på Østlandet neppe ville få den helt store betydning for befolkningen på Vestlandet. Det samme mente nok flere leger, for planer for et vestnorsk kysthospital var allerede i emning, nettopp i legekretser.<sup>12</sup>

Hvem tok så initiativet til et kysthospital på Vestlandet og hvordan gikk de fram for å realisere tanken?

En sentral skikkelse var doktor Sigvard Madsen. Han var født i Bergen i 1855 og tok medisinsk embetseksamen i 1879. Fra 1881 og helt til sin bortgang i 1928 drev han privat legepraksis i Bergen, i tillegg til at han utfoldet et aktivt liv innen det allmenne og offentlige helsevesen.<sup>13</sup> I 1887 var han på en fem måneders studietur til Danmark, England og Tyskland. På denne turen besøkte han en rekke hospitaler. Sammen med pastor Vilhelm Holdt besøkte han også Danmarks første kysthospital, Refsnes på Sjælland.<sup>14</sup> Etter hjemkomsten skrev Madsen flere artikler og holdt foredrag om viktigheten av rekonvalesenthjem og kysthospitaler.

Et av hospitalene Madsen og Holdt besøkte i 1887 var Refsnes på Sjælland. Det ble innviet 17. oktober 1875 og skulle behandle fattige barn fra hele landet som led av kirurgisk tuberkulose.

Tegning av J.D. Herholdt





Allerede før denne tid skal imidlertid en annen kjent lege, Joachim Wiesener i Bergen ha vært inne på lignende tanker.<sup>15</sup> Den meget samfunnsinteresserte Wiesener skal ha dratt rundt i Bergens omegn der han tok prøver av sjøvannet, i den hensikt å finne et egnet sted for en feriekoloni for kjertelsvake barn. Wiesener var en av de mange leger på 1800-tallet som interesserte seg for den allmenne folkehelsen, han var blant initiativtakerne til å etablere Nygårdsparken i Bergen som et rekreasjonssted (grønn lunge) for byens befolkning. Wiesener døde imidlertid i mai 1888 og fikk ikke anledning til å utvikle sine tanker om en kystferiekoloni for barn.<sup>16</sup>

Hans tanker ble imidlertid videreført og konkretisert, først og fremst av Sigvard Madsen, men også av en annen frontfigur i kampen mot de store folkesykdommene, Klaus Hanssen.

Klaus Hanssen finner vi igjen i mange saker som angikk helsevesenet i Norge i annen halvdel av 1800-tallet.<sup>17</sup> Som bror av Armauer Hansen var han godt inne i alt som hadde med lepra å gjøre, han hadde en omfattende privat praksis, og han var en av de første som tok til orde for at kampen mot tuberkulosen måtte intensiveres, både fra legestandens og myndighetenes side.

En kunne trøstig regne med at når Klaus Hanssen også kastet seg inn i kampen for bygging av et kysthospital på Vestlandet, så var kampen vunnet. Utad var det imidlertid Sigvard Madsen som sto fram som den store ekspert på og pådriver for et kysthospital i Bergens omegn. Madsen hadde som nevnt sett det danske hospitalet, og han var den som gikk ut til offentligheten med den første informasjon om dette behandlingstilbudet. Madsen var i den videre saksgang helt sentral for å overbevise folk om viktigheten av Kysthospitalet.

Det var altså ikke tilfeldig at det var disse to legene som tidligst sto fram med saken, og det er heller ikke tilfeldig at legemiljøet i Bergen var en pådriver i slike saker. Fra D.C. Danielssen via Armauer Hansen går det en rød tråd: legene var intenst opptatt av de store smittsomme folkesykdommene, de opptrådte som folkeopplysere, og de var ikke engstelige for å virke som moralske refsere mot dårlig hygiene og elendige sosiale forhold, verken overfor enkeltmennesker eller myndigheter. På denne måten hadde



Gutten på dette bildet lider av sterkt utviklet skofulose. Lymfeknutene er svulmet voldsomt opp. Om ikke i samme grad var det mange barn som så slik ut på Hagevik i de første tiårene.

Foto: Kysthospitalet



**Johan Lothe**

1855–1932

overtok i 1882 Svane-  
apoteket etter sin far med  
samme navn. I tillegg til  
sin innsats for Kysthospi-  
talet, Luster Sanatorium  
og St. Jørgens Hospital,  
hadde han en rekke  
politiske verv, både lokalt  
og nasjonalt.

de kjempet igjennom de nødvendige tiltak mot spedalskheden, nå kastet de seg med sine arbeidskrefter, sin overtalelseskunst og sine forbindelser til pengesterke og sosialt interesserte bergensere inn i kampen mot tuberkulosen.

Første gang offentligheten i Bergen fikk kunnskap om kysthospitalet var gjennom en artikkel Madsen skrev i bergensavisene i mai 1889.<sup>18</sup> Her er det fremdeles kombinasjonen av rekonvalesenthjem og kursted for skrofuløse som dominerer. Gjennom det hele går også en sterk sosial tanke, et kysthospital er nødvendig som fattigsak. Tuberkulose og andre som har midler, trenger en ikke å bekymre seg om. De klarer seg. Nå gjelder det imidlertid å redde mennesker, mange av dem barn, som ikke har muligheter til å bekoste hospitalsinnleggelse for egne midler, pasienter som kommer fra trangbodde og urenlige hjem, og som vil gå til grunne om de ikke blir hjulpet. Madsen sto også bak en artikkel i Bergens Tidende i september 1889, der det fortelles at det nå åpnes et hospital for tuberkuløse barn i Frankrike.<sup>19</sup> Vi kan altså konkludere med at ideen om kysthospitalet for skrofuløse barn kom fra utlandet, at den raskt ble tatt opp av flere leger som uavhengig av hverandre interesserte seg for saken og begynte å agitere for den, og at så de to drivende krefter Madsen og Klaus Hanssen førte saken fram til komitéstadiet.

Et kysthospital ble av alle disse sett som et tiltak for en rekke kategorier mennesker: skrofuløse, rekonvalesenter, folk som led av anemi eller forskjellige former for nervelidelser.

### **Planleggingskomiteen i arbeid**

Vi kan regne med at det vi kaller Planleggingskomiteen for et Kysthospital kom i gang sommeren 1889. Det første referat vi har fra gruppens møter daterer seg til en fredag i november 1889, og da hadde nok gruppen vært i aktivitet en tid.<sup>20</sup>

Tilstede på møtet var de medlemmer av Planleggingskomiteen som skulle komme til å følge saken frem til Kysthospitalet ble innviet – og enda lenger: kjøpmann Harald Irgens, pastor Vilhelm Holdt, apoteker Johan Lothe, dr. Sigvard Madsen, og dr. Klaus Hanssen.<sup>21</sup> Møtet vedtok å trykke en innbydelse til almenheten om å støtte prosjektet, men først etter at en hadde rettet en henvendelse om pengebidrag til «*en Del af vor Byes mest formaående Mænd*». På denne måten kunne en sikre seg støtte til et grunnfond for hospitalet, samtidig som en fikk undersøkt om tanken var realiserbar.

Det var ikke noe særsyn at komiteemedlemmene først tenkte på private bidrag. Riktignok hadde staten engasjert seg i bekjempelse av en del sykdommer, som f.eks. spedalskhet, men fremdeles var det den private veldedighet som bar mye av det helsetilbud landet hadde. Medlemmene på møtet ble også enige om å innby dr. Christoffer Rogge til komiteen. Dette skulle vise seg å være et viktig skritt, for Rogge var kanskje mest kjent for sin iver etter å bygge rekonvalesenthjem. Det er tydelig at komiteen tenkte seg et kysthospital med flere funksjoner, slik vi har sett det tidligere. I en artikkel i Bergens Tidende i februar 1890 utviklet Sigvard Madsen planene nærmere.<sup>22</sup> For det første skulle det bygges «*et kysthospital for kjertelsyge og svake barn*». Til dette



**Christoffer Rogge**

1854–1944

Foruten en omfattende  
praksis, bl.a. som  
Bergens fremste øyelege  
og overlege ved Bergen  
kommunale sykehus,  
hadde Rogge også en  
rekke verv av samfunns-  
nyttig art, både politisk og  
organisasjonsmessig.

skulle det så knyttes «et rekonvalesenthjem til *optagelse av pasienter, som etter å ha gjennomgått en lengre svekkende sykdom, trenger hvile og god forpleining en tid før de atter kan oppta sitt vante arbeide*». En satset altså på en både-og-løsning. I statuttene for hospitalet, som ble vedtatt noe senere, går det fram at skrofuløse skulle ha fortrinnsrett til hospitalet. Innen februar 1890 var det samlet inn 10.000 kroner i private midler til hospitalet, samtidig som både Brennevinsamlaget og Sparebanken hadde gitt tilsagn om bidrag, henholdsvis 10.000 og 2000 kroner.<sup>23</sup>

### Stedsvalg og prosjektering

Det er uklart når stedsvalget ble foretatt. I mars 1890 fikk komiteen et tilbud fra en mann i Sunnfjord som hadde lest om planene og som nå tilbød fri grunn for et hospital på eiendommen sin ved Dalsfjorden i Sunnfjord.<sup>24</sup> Komiteen var ikke interessert, til tross for at stedet kunne skilte både med mildt klima og «*frisk, salt sjøvann*». Det er nok grunn til å tro at komiteen allerede på dette tidspunkt hadde festet seg ved et sted nærmere byen, nemlig Os.

Styremøte på Kysthospitalet i Hagevik rundt 1920. Helt til venstre styreformann Sigvard Madsen. I døråpningen står overlege Herman Gerhard Gade.

Atelier KK, Billsamlingen UBB





**Hans Gløersen**

1836–1904

var den første til å drive skogplanting i stor stil i Norge. Gløersen er også regnet som Bergensbanens far. I 1895 ble han utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden.

Det skal visstnok ha vært skogingeniør Krag som først gjorde komiteen oppmerksom på den eiendommen som senere skulle romme Kysthospitalet i Hagevik.<sup>25</sup> Stedet het Hovlandsviken og lå lunt og fint til ved en sidefjord til Bjørnefjorden. Eiendommen var statens, men for tiden var den bortpaktet til to brukere, Engel og Niels Hovland.

Komiteen samarbeidet med statens forstmenn og i november 1890 søkte den Indredepartementet om å få overlatt fri grunn til en del av eiendommen Hovlandsviken til et kysthospital.<sup>26</sup> På denne tid hadde også komiteen lagt de første planer for bygningen: den skrev at det skulle oppføres en «enkel og tarvelig» trebygning med plass til 24 barn og 16 voksne. Hospitalet var ment foreløpig å være åpent bare om sommeren, en 3–4 måneder hvert år. Dette siste må nok bare ha vært en strøtanke, for en slik plan nevnes overhodet ikke senere.

Foreløpige tegninger til hospitalet ble lagt fram i styremøte 11. februar 1891, og på omtrent samme tid gikk det i orden med tomten.<sup>27</sup> Staten hadde egentlig andre planer med tomten i Hovlandsviken. Forstmester Hans Gløersen, som fungerte som en slags mellommann i forhandlingene med departementet, pekte blant annet på at stedet var velegnet til boligbygging. Det spilte nok en viss rolle for utfallet at skogetaten støttet tiltaket, og våren 1891 ga staten sitt tilsagn. Komiteen skulle få tomt, på to betingelser:



Kysthospitalet ble etablert i naturskjønne omgivelser. Her er området fotografert på 1920-tallet.

Knud Knudsen & Co. Billedsamlingen UBB

komiteen måtte selv bekoste brygge på stedet, og den måtte komme til enighet med statens leilending, Engel Hovland, som satt som forpakter på den eiendommen som ville bli berørt av utbyggingen. Slik kontrakt ble opprettet i mai 1891.

Arkitekt Adolph Fischer fikk så oppdraget med å lage et utkast til tegninger av hele anlegget: hospitalsbygning, brygge og vei, med omkostningsoverslag. Etter innhentet anbud ble husbyggingen gitt til byggmester Nevdahl, mens stenarbeider Spansksteigen tok på seg arbeidet med grunnmur til bygningen og anlegg av vei og brygge. Kontrakter med disse og en del andre ble underskrevet høsten 1891. Byggingen kunne ta til.

Nå måtte imidlertid komiteen også begynne å tenke på driften av hospitalet. I den anledning søkte den staten om et bidrag til hospitalets drift. Stortinget innvilget et årlig driftstilskudd på 6000 kroner, på betingelse av at kostøret ikke oversteg 1 krone dagen pr. pasient. Samtidig måtte det nå utferdiges statutter for hospitalet.

## Statuttene

### Statutter for Kysthospitalet i Hagevik.<sup>28</sup>

#### § 1

Kysthospitalet i Hagevik til hvis oppførelse de fornødne midler er tilveiebragt ved bidrag, dels fra Bergens samlag for brennevinshandel, dels fra Bergens Sparebank, dels fra private menn og kvinner i Bergens by, har til formål å behandle skrofuløse barn fra Norges Vestland. Dessuten opptaes barn lidende av andre kroniske sykdommer som anæmi, nervøsitet, videre rekonvalescenter i barnealderen etter akutte sykdommer samt kvinnelige rekonvalescenter av den uformuende klasse, dog skal skrofuløse barn alltid være fortrinnsberettiget til plass.

#### § 2

Hospitalet opptar barn lidende av de nevnte sykdommer i regelen i alderen mellom 4 og 15 år. Barn fra de i hygienisk henseende slettest stillede hjem kommer fortrinnsvis i betraktning.

#### § 3

Hospitalets anliggender varetaes av en bestyrelse på 7 menn, hvorav minst 2, høyst 3 bør være lægekyndige. Av bestyrelsens medlemmer beskikkes 2 – to – ved vedkommende regjeringsdepartement sålenge hospitalet nyter statsunderstøttelse. De 5 – fem – øvrige velges av dem som har ydet bidrag til hospitalet av kr. 50 en gang for alle eller som yder et årlig bidrag av kr. 5. De sistnevnte 5 – fem – medlemmer velges for 4 år ad gangen, hvert annet år avgår vekselvis 2 og 3, første gang etter loddtrekning.



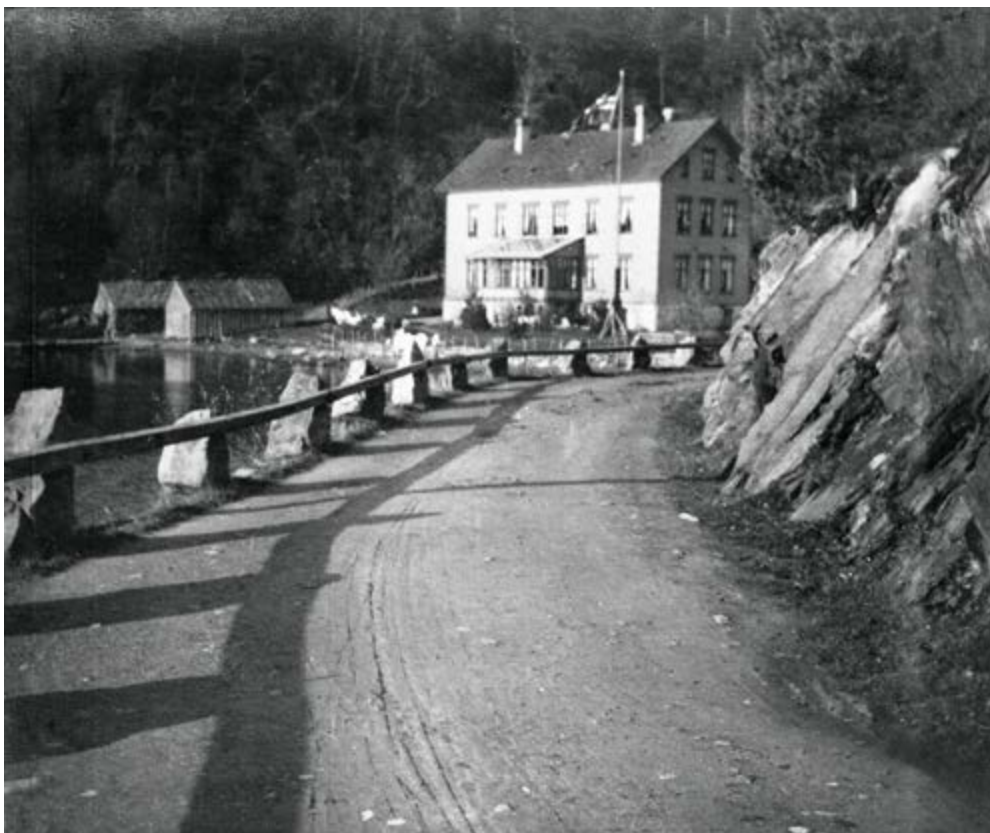
**(Johan) Adolph Fischer**

1844–1925

var utdannet i Hannover og arbeidet 20 år i Tyskland før han i 1885 etablerte egen praksis i Bergen. Han regnes som en av de ledende arkitekter på slutten av 1800-tallet og tegnet en rekke offentlige bygg og kombinerte bolig- og forretningsgårder. Fischer var også arkitekt for Luster Sanatorium.

Veien til den første  
hospitalbygningen i  
Hovlandsviken.

Foto: Kysthospitalet



#### § 4

Bestyrelsen som har sitt sete i Bergen, velger selv sin formann. For at gyldig beslutning skal kunne fattes må minst 4 – fire – av dens medlemmer være tilstede og herav minst 1 – en – læge og minst 1 – en – av de av departementet beskikkede medlemmer. Bestyrelsen anordner alt fornødent med hensyn til hospitalets drift, den bestemmer hvorledes lægetilsynet skal føres, den ansetter forstander eller forstanderinne, hvilket siste helst bør være en utdannet diakonisse, den gir instruks for hospitalets funksjonærer, ansetter og avskjediger disse. På møte av hospitalets bidragsydere, som sammenkalles hvert år innen utgangen av mars måned, framlegger bestyrelsen beretning om hospitalets drift og revidert regnskap for det forløpne år. På dette møte velges tillike hvert år 2 revisorer og 2 desisorer. Av årsberetning og regnskap samt av revisjonens antegnelser og de avsagte desisjoner sendes hvert år avskrift til vedkommende regjeringsdepartement, sålenge hospitalet nyter statsunderstøttelse.

#### § 5

Hospitalets nedleggelse eller salg kan sålenge hospitalet nyter statsunderstøttelse kun skje etter approbasjon av vedkommende regjeringsdepartement.

## § 6

De ved eventuelt salg av hospitalets innkomne midler kan kun anvendes til øyemed, der står i overensstemmelse med de i paragraf 1 nevnte formål for hospitalets opprettelse.

## § 7

Forandring i statuttene kan kun foretaes på årsmøtet av de bidragsydende. Forslag til sådanne forandringer må være innlevert 6 uker før møtets avholdelse og være behandlet av bestyrelsen. Forandringene må, så lenge hospitalet nyter statsunderstøttelse, approberes av vedkommende regjeringsdepartement.

Byggearbeidet foregikk gjennom hele året 1892. Våren 1893 sto anlegget ferdig, og den 21. juni kunne personalet ta imot de første 8–10 pasientene. Fullt ferdig kostet Kysthospitalet i Hagevik vel 50.000 kroner. Av denne summen hadde Brennevinsamlaget skutt inn 15.000 kroner og Bergens Sparebank 3.000. Det største bidraget hadde imidlertid kommet fra private, i alt 17.000 kroner. Resten av byggesummen 20.000 kroner, måtte komiteen låne hos Bergens Sparebank.<sup>29</sup>

Den høytidelige innvielsen av Kysthospitalet fant sted den 24. august 1893.

125 år senere går veien fortsatt i idylliske omgivelser.

Foto: Magnus Vabø



---

# 2

---

1893–1927



---

Legekofferten til overlege og distriktslege Hans Chr. Wennevold (1896–1988). Han arbeidet som lege flere steder i landet, bl.a. på Kysthospitalet i Hagevik.

Foto: Nordfjord Folkemuseum

---





# “En tuberkuloseanstalt for barn”

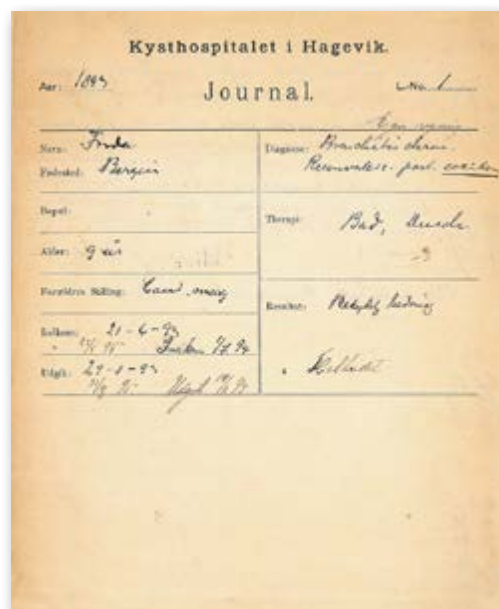
## 1. FRA ALLMENT HOSPITAL TIL BARNEHOSPITAL

### *De første pasientene*

De første pasientene kom som nevnt til Hagevik allerede i juni 1893, og utover høsten ble sykeværelsene gradvis fylt opp. I det første driftsåret, 1893, ble i alt 35 pasienter behandlet, 21 voksne og 14 barn.<sup>1</sup> De voksne var for det meste ubemidlede, kvinnelige rekonvalesenter, og de ble behandlet med «*passende diæt, stadigt ophold i frisk luft samt regelmæssige varme søbad med graderet dusch.*»<sup>2</sup>

De fjorten barna fikk i stor grad den samme behandling, bading i bassenget og i dusjen, «*desuden selvfølgelig kraftig kost og sundt regime i det hele.*»<sup>3</sup> Av de fjorten var det bare fire som led av skrofulose. Andre var angrepet av tuberkulose i ben og ledd, mens atter andre hadde sykdommer som anemi eller bronkitt.

Det er derfor tydelig at Kysthospitalet fra begynnelsen av var et alment sykehus for tuberkuløse pasienter og rekonvalesenter, med hovedvekt på voksne og barn som hadde tuberkulose i lymfeknuter og ledd. Det er også tydelig at det var et sterkt behov tilstede for et slikt hospital. Allerede i det andre driftsåret var tallet på barnepasienter høyere enn tallet på voksne rekonvalesenter, og dette var en tendens som forsterket seg i årene som fulgte.<sup>4</sup>



Den første journalen fra 1893.

**Tabell 1**

Samlet antall pasienter ved Kysthospitalet i Hagevik 1893–1913/14.

År	Pasienter	Derav voksne	År	Pasienter	Derav voksne
1893	35	21	1904	102	
1894	64	25	1905	118	
1895	59	19	1906	126	
1896	60	10	1907	94	
1897	69		1908	181	
1898	84		1909	211	
1899	85		1910	189	
1900	88		1911	194	
1901	106		1912	215	
1902	122		1913/14	226	
1903	95				

Statuttene for Hagevik fastslo at skrofuløse barn hadde fortrinnsrett til hospitalet, noe som raskt førte til at det ikke ble plass til de voksne rekonvalesentene.<sup>5</sup>

For å bøte på dette tok styret for hospitalet i 1896 et initiativ for å få oppført et eget «Rekonvalesenthjem for trængende Kvinder af Arbeidsklassen».<sup>6</sup> Tomt på Grindevoll i Os ble skaffet tilveie av staten, og midler til byggingen ble gitt dels av Bergens Samlag for Brennevinshandel, dels av private. Ravneberghaugen Rekonvalesenthjem sto ferdig i 1899.

Inntil 1928 var rekonvalesenthjemmet administrert av styret for Kysthospitalet, også etter at det i 1912 var blitt bygget ut med en vinterbolig, slik at det fra da av kunne ta imot pasienter også i den kalde årstiden.

I og med byggingen av et eget rekonvalesenthjem var Kysthospitalet i Hagevik forbeholdt tuberkuløse barn alene.



«Rekonvalescenthjemmet, Ravneberghaugen, Os». Pastor Vilhelm Holdt og dr.med. Sigvard Madsen var hovedarkitektene bak idéen om et eget rekonvalesenthjem for kvinner.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB

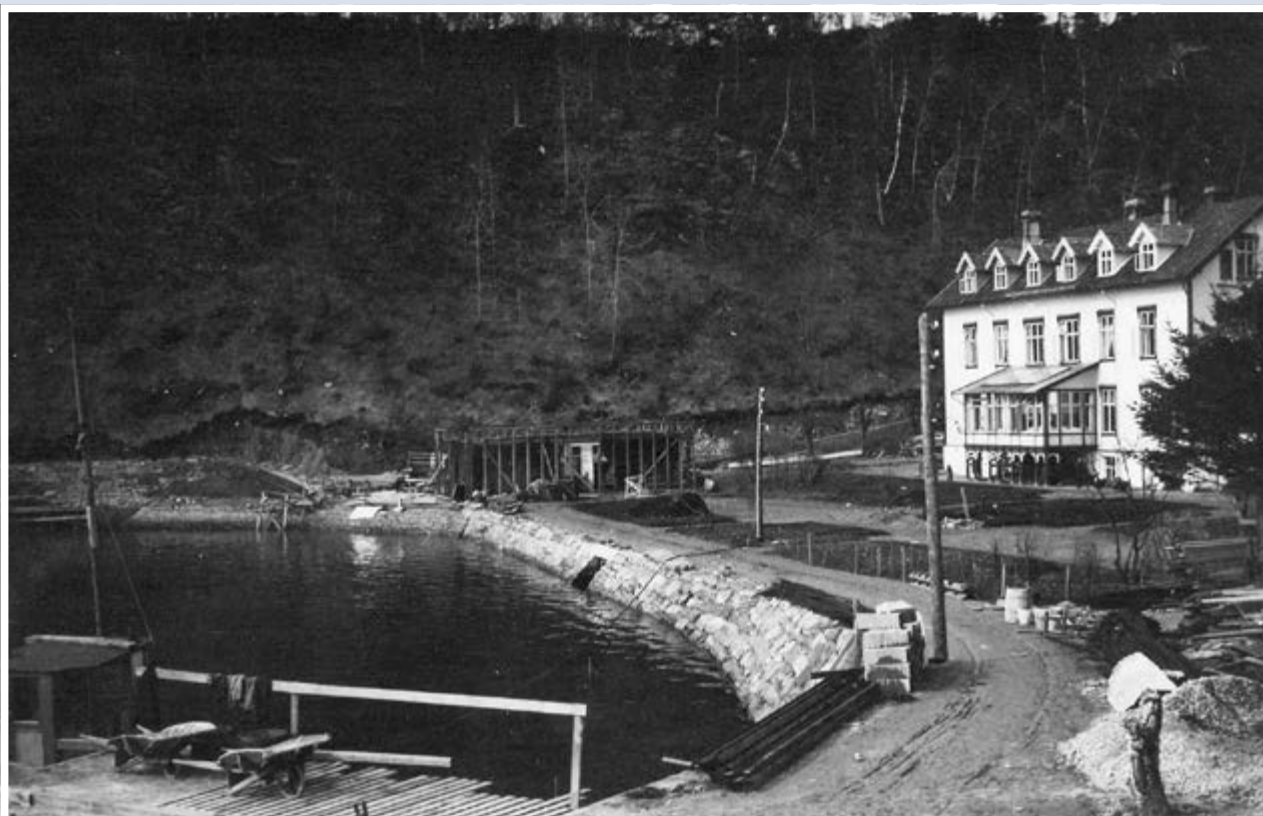
## Ravneberghaugen

Det viste seg snart at sengeplassene på Kysthospitalet ble fylt opp av syke barn, og tanken om å bygge et eget rekonvalesenthjem for kvinner tok form. 15. juni 1899 kunne landets første rekonvalesenthjem åpne dørene for syke og utslitte kvinner. Det hadde en klar sosial profil. I en artikkel i Bergen aftenblad 20. januar 1898 skrev Sigvard Madsen blant annet at Ravneberghaugen først og fremst ville være «*et rekonvalescenthjem for sygelige og svagelige Kvinder af den uformuende klasse.*» De første 15 årene hadde hjemmet bare åpent i sommerhalvåret. I 1915 fikk Ravneberghaugen et nytt vinterisolert tilbygg, slik at driften kunne holdes oppe hele året.

Ravneberghaugen hadde felles styre med Kysthospitalet frem til 1928, og i de første vedtektene heter det blant annet: «*Rekonvalescenthjemmet på Ravneberghaugen er en selveiende institusjon som er opprettet ved bidrag fra Bergens samlag for brændevins-handel og fra private mænd og kvinder i Bergen. Det har til formål at motta i forpleining kvindelige rekonvalescenter fra Bergen.*». I 1969 åpnet dørene for de første mannlige rekonvalesentene.

Pasienter og pleiere ved Kysthospitalet samlet for fotografering rundt år 1900.

Foto: Kysthospitalet



Kaifronten og uteområdene er under utbedring i Hovlandsviken. Glassverandaen foran huset ble bygget på i 1900. Den fungerte som liggehall og førte til at man kunne ta imot flere pasienter. De gamle nøstene innerst i viken er revet.

Foto: Kysthospitalet



### *I en seng på hospitalet ...*

Andre juledag 1905 døde den åtte år gamle Arthur i sin seng på Kysthospitalet. Da hadde han vært pasient i hele 1772 dager, eller i nærmere fem år.<sup>7</sup> Allerede da han ble brakt inn som treåring var han angrepet av tuberkulose i leddene, og i hans årelange opphold på hospitalet vekslet håpet om bedring til stadighet med fortvilelse over ny spredning. Da han døde var han bokstavelig talt «gjennemsyret af Tuberkulose».<sup>8</sup>

I en annen seng på hospitalet lå Ingebjørg – nesten på samme tid. Hun ble brakt til Hagevik som treåring i 1906, angrepet av tuberkulose «i talrige ben og led». I over ett år lå hun til sengs og ble langsomt tæret opp: hun «vegeterte som et levende skelet; sluttelig kom døden efter et hospitalsophold paa 1017 dage».<sup>9</sup>

Hvert år døde barn på Hagevik. I forhold til det samlede antall pasienter var det ikke mange, men dødsfallene gjorde inntrykk, både hos personalet og hos medpasientene. De aller fleste som døde hadde hatt tuberkulose gjennom lang tid, de hadde ofte tuberkulose flere steder i kroppen, og de kom fra hjemmemiljøer hvor tuberkulosen herjet. Et typisk eksempel var Olufine som kom til Hagevik som toåring. Moren døde av tæring da Olufine var seks måneder gammel, og før jenta var ett år, hadde hun utviklet tuberkulose i fingre og tær. I toårsalderen fikk hun kikhoste og meslinger, og da spredte tuberkulosen seg ytterligere. Det var alt for sent å redde henne da hun kom inn på hospitalet.<sup>10</sup> Eller vi kunne følge Agnes, som i 1909, i en alder av 13 måneder, kom til Hagevik fordi det var oppdaget tuberkulose i fingerleddene. Hennes mor var

Barn med tuberkulose måtte regne med årelange sykehusopphold, i lange perioder lenket til sengen. Fra en av sykestuene på Kysthospitalet i 1920-årene.

Foto: Kysthospitalet



Med utgangspunkt i dette bildet fra matsalen ved Kysthospitalet i 1920-årene kunne vi kanskje si at livet på Hagevik var preget av «disiplinert omsorg».

Foto: Kysthospitalet

## Husorden og spisereglement

Husorden og spisereglementet fra det første driftsåret er interessant lesning. Ved innleggelsen måtte pasienten medbringe kausjon for minst en måneds utgifter. Klærne ble så talt, nummerert og plassert på vedkommendes rom. Penger og andre verdisaker ble oppbevart av bestyrerinnen. Så ble man badet, målt og veiet, en prosedyre som ble gjentatt ukentlig.

Dagsrytmen var som følger:

<b>07.00</b>	Vekking
<b>08.00</b>	Frokost
<b>10.00</b>	Bading og mosjon
<b>12.00</b>	Middag
<b>13.00–15.00</b>	Bading og mosjon
<b>16.00</b>	Mellommat
<b>16.00–19.00</b>	Spaserturer, lek og sang
<b>20.00</b>	Sengetid

Om vinteren ble man vekket 07.30. Ellers var dagsrytmen den samme.



De eldste pasientene gikk om sommeren mye i sjøbad når muligheten bød seg. Bade-tidene, temperatur og hyppighet ble nøye kontrollert. Ellers ble basseng-, kar- og dusjbad jevnlig benyttet. Det var viktig at antall badende ble holdt på en kontrollerbart nivå.

Sove- og oppholdsrommene måtte utluftes hver dag. Når været tillot det, sov pasientene med åpne vinduer. Etter sengetid ble gulvene i oppholdsrommene vasket hver dag, hver morgen etter frokost i soveværelsene. Badeværelser og klosetter ble kontinuerlig rengjort.

Klærne ble banket hver dag og luftet en gang for uken. Hver uke fikk man rent sengetøy og undertøy. Hårvask ble også foretatt ukentlig.

Temperaturen i oppholdsrommene skulle være ca. 15 °C, soveværelsene minimum 8°. Lyset skulle slukkes etter at pasientene var kommet til ro. Da ble samtlige værelser inspisert av personalet.

Kosten var god og sunn: Smørbrød, kavringer og melk til frokost for de yngste, de eldre fikk kaffe i stedet for melk.

Middagsrettene var lapskaus, kjøttsuppe, kokt og stekt fisk, kokt kjøtt og risengrynsgrøt. Om søndagen ble det servert stek med rødgrøt til dessert.

Mellommåltidet besto av melk, kaffe og smørbrød. Om søndagen vanket det hvete-boller i tillegg. Aftensmaten besto av kavringer, grøt og melk.

Frukt var totalt fraværende fra menyen.



Fra et av hospitalets oppholdsrom. Legg merke til veggdekorasjonene.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB



En av de største pasientgruppene ved Kysthospitalet var spondylitter, pasienter med tuberkulose i ryggspylen. Denne formen for tuberkulose, som krevde langvarig kur med blant annet bruk av gipskasser og lysbehandling, førte likevel ofte til deformiteter eller invaliditet.

Foto: Kysthospitalet

nettopp kommet tilbake etter et opphold på Luster Sanatorium med diagnosen «*uhelbredelig*». Agnes utviklet også lungetuberkulose og døde i mai 1910.<sup>11</sup>

Når spredningen var kommet langt, og når ulike typer tuberkulose hadde utviklet seg, var det lite å gjøre. Det kan tilsynelatende synes merkelig at dødeligheten blant pasientene på Hagevik for alvor begynte å stige etter århundreskiftet, på et tidspunkt da hospitalet ble kraftig utvidet, da behandlingsmetodene ble mer utviklet og hygienen bedre. Ser en på den endring av klientellet som foregikk ved århundreskiftet, er imidlertid dette ikke så uforklarlig.

I de første årene etter åpningen av hospitalet var det som regel barn med lettere former for tuberkulose som kom til hospitalet. Disse ble helt eller delvis helbredet, skjønt det var også noen som ble utskrevet fordi foreldrene ikke hadde råd til å betale 1 krone i kostpenger pr. dag (se nedenfor).<sup>12</sup>

Fra slutten av 1890-årene var det en tydelig tendens til at klientellet ble tyngre. Barna hadde ofte tuberkulose i ryggspylen eller i hoftene, eller de hadde flere former for tuberkulose samtidig. De måtte derfor også oppholde seg lenger på hospitalet.

I 1895 hadde hospitalet i alt 10.115 liggedager. Hver pasient lå i gjennomsnitt snaut 28 dager.<sup>13</sup> I 1912 var de tilsvarende tall 37.453 liggedager og 320 dager pr. pasient. Med andre ord: i 1912 lå gjennomsnittspasienten på Hagevik nesten et år, mens han i 1895 hadde oppholdt seg der i en måned.

Hvor kom så pasientene på Hagevik fra?

De aller fleste pasientene på Hagevik kom fra Bergen. Det bekreftes av tabell 2, som gir et representativt bilde for hele denne perioden. Det var vanlig at mellom 65 og 80% av pasientene var hjemmehørende i Bergen.

**Tabell 2**

Pasientene ved Kysthospitalet i Hagevik 1906 fordelt etter hjemmeadresse.<sup>14</sup>

Bergen	Hordaland	Sogn og Fjordane	Andre fylker	SUM
83	18	11	14	126





Kysthospitalet i Hagevik i 1890-årene, med Hovlandsnes og en speilblank Hovlandsvik som bakgrunn. Bildet sto på trykk i den første årsberetningen fra 1895.

Foto: Kysthospitalet

4

August	med Antal Liggedage	890,	Middeltal	27.4
September	—	587	—	19.5
Oktober	—	569	—	18.4
November	—	507	—	15.9
December	—	581	—	17.3
1729				

Det samlede Antal Liggedage for de ublevne Barn var 4379; det gjennemsnitlige Antal for hvert enkelt Barn var 162; det største Antal var 446 Dage, det laveste 9 Dage.

De behandlede Barns Færdigheder:

Lærer	3	Enkelt	1	Bager	1
Blikmager	2	Kontablet	1	Fyret	1
Enke	7	Sæert	1	Mønst	1
Arbejder	7	Selvmager	2	Schipspedt	1
Smedker	3	Motorm	1	Garver	1
Styrmand	1	Kontablet	1	Ingeniør	1
		Konditor	1		

For Barnenes Vedkommende har Diagnoserne været følgende:

Caries tuberculosa maxillæ et palatæ; tumores glandæ; vegetationes adenoidæ, retropharyngeales	2
Bronchitis chronica	1
Blasitis serpyllacea	4
Caries tuberc. maxillæ d.; conjunctivitis phlycten. et vegetat. adenoid.	1
Clerosis palat. d. non tuberc.	1
Tumores gland. nelli partim endocran.	5
Anæmia et Diarrh. chron.	1
Keratitis parenchymatosa	2
Caries tuberc. colicæ et vertebra.	1
Dactylitis serpyllacea	1
Tumores gland. oculi et Keratitis phlyctenalis	1
Rheumatism. artic. chron.	1
Pneumonia chronica	1
Lupus vulgaris	3
Exocoelocentesis post periton. tubercul.	1
Tumores gland. alveolar.	1
Tumores gland. et infiltratio apicis palat. d.	1
Cystis alveolar.	1
Peritonitis tuberculosa	1

# Aarsberetning

for

## Kysthospitalet i Hagevik

for

### 1894.

Bergen.  
Avin Griegs bogtrykkeri.  
1895.



I 1907 ble Kysthospitalet utvidet. Nybygget til høyre.

Foto: Kysthospitalet



Bygningene sett fra  
baksiden.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB

### Bad, lys, luft

Hva slags behandling hadde Kysthospitalet å tilby de tuberkuløse i denne første tiden? I et avskjedsintervju i 1946 fortalte Herman G. Gade om sine første inntrykk fra hospitalet:<sup>15</sup>

Jeg begynte som vikar høsten 1897, ble ansatt i 1898. (..) For meg gjaldt det for enhver pris å få ut de som lå der som rekonvalesenter og barn som lå der for å holde andre barn med selskap osv. Jeg gikk inn for at det måtte bli en tuberkuloseanstalt for barn, likegyldig hvor tuberkulosen satt, om den var kirurgisk, i kjertler eller respirasjonsorganer. (..) For å behandle slike former av tuberkulose var anstalten komplett ubrukbar. Alle vinduer mot syd og sydvest var opptatt av andre rom enn sykeværelser. Der måtte store forandringer og ombygninger til.<sup>16</sup>

Det tok altså ikke lang tid før en lege så at endringer måtte til. Herman Gade var da også den første lege som ble knyttet til Kysthospitalet på permanent basis. Før hans tid ble det medisinske tilsyn ordnet ved at legene Sigvard Madsen og Olav Lothe uten godtgjørelse en gang hver 14. dag dro til Os og gjennomførte kontroll av pasientene. Også Gade ble i utgangspunktet tilsatt på denne måten. For en lønn på 500 kroner året skulle han en gang ukentlig, «*helst en hverdag*», se til pasientene.<sup>17</sup> Ifølge Gade selv var det Sigvard Madsen som overtalte ham til å søke stillingen.<sup>18</sup>



**Herman G. Gade**  
1870–1953

Alt i alt er nok Gade den enkeltperson som har betydd mest for utviklingen av Kysthospitalet.



Pasienter og pleiersker ved badeanlegget. Herman G. Gade i forgrunnen.

Foto: Kysthospitalet

Det fire år gamle hospitalet som Gade overtok tilsynet med, var bygningsmessig i god stand. Oversøster og pleiersker kunne imidlertid ikke by de stadig flere pasientene annet enn den rent nødtørftigste behandling. Hovedingrediensen var bading, enten i sjøen eller i oppvarmet sjøvann. Et stort flytende badehus i sjøen gjorde tjeneste til 1898, da et nytt badehus like nedenfor hospitalet ble oppført. Det ble kombinert med to store murte bassenger.<sup>19</sup> Det var likevel begrenset hvor ofte pasientene kunne bade i sjøen. Da var det godt å ha oppvarmet sjøvann å ty til som supplement. I tillegg installerte hospitalet dusjer. Den øvrige behandling besto for det meste av hvile, bandasjering og solbading. Det nevnes i enkelte sammenhenger at gytjeomslag har vært i bruk, men vi vet ikke hvor stor plass dette har hatt i behandlingen.<sup>20</sup> I året 1900 skjedde den første utvidelse av hospitalet. Da ble det bygget på en stor glassveranda foran huset. Den fungerte som liggehall og gjorde det samtidig mulig å øke tallet på pasienter (se tabell 1 side 32) For sengeliggende pasienter må oppholdet på Hagevik ha vært ensomt.

Hospitalet kunne i denne første tiden by på lite annet enn hvile og ro. For rekonvalesenter var nok det bra, men for mange av de lett angrepne barna må det ha vært en langsommelig tilværelse. Få besøk av slekt og venner var det også. Det var lang reise, vesentlig med båt, fra byen til Os, og besøk av slektninger var ikke alltid populært sett fra personalets og styrets side. Det viser følgende bestemmelse vedtatt av styret i 1894:<sup>21</sup>

Forældre eller Paarørende tillades ikke at besøge de i Hospitalet liggende syge Børn mere end en Gang om Ugen og som Regel kun mellem 12 og 1. Besøgende tillades ikke at deltage i Maaltiderne eller overnatte i Hospitalet.

Skoleundervisning av barna kom i gang allerede i 1894. En frøken Ulvig fikk da gratis opphold som rekonvalesent i hospitalet mot å ta seg av opplæringen av de skolepliktige barna. Året etter kom en inn i fastere former da lærer Moberg ved Skeie skole (senere Nore Neset skole) kom til hospitalet og holdt skole med barna 1 time hver dag. For dette fikk han 140 kroner i året.<sup>22</sup> Fra 1912 mottok hospitalet statstilskudd til skoleundervisningen for barna.

Ansettelsen av Herman G. Gade som overlege falt sammen med den tidligere omtalte endringen av klientellet på Hagavik. Flere og flere av pasientene var sengeliggende, sterkt angrepet av tuberkulose i ben og ledd. Hvordan skulle styret og den nyansatte overlegen møte denne utfordringen?

## 2. HOSPITALET I VEKST

### *Herman G. Gade*

Da Herman Gerhard Gade i 1897 tiltrådte som lege ved Kysthospitalet i Hagevik var han 27 år gammel. Han kom fra en meget ressurssterk familie. Faren, Fredrik Georg Gade (1830–1905) var kjøpmann, politiker og (amerikansk) konsul, medlem av bystyret i Bergen, stortingsmann og et innflytelsesrikt samfunnsmedlem inntil sin bortgang i 1905. I villaen på Kalfaret, senere på Øvre Fantoft gård, førte han og familien et stort



Herman G. Gade fotografert sammen med en liten pasient. Mange ble fascinert av Gade som lege og medmenneske. I boken «Den røde begonia» har forfatteren Øyvind Bolstad tegnet et portrett av Gade, der han fremstår som en myndig og effektiv, men også svært omsorgsfull person.

Ukjent fotograf, Bymuseet i Bergen

og gjestfritt hus. Konsul Gade giftet seg i 1854 med Ingeborg Wallem (1830–1902), en åpen, fordomsfri og meget musikalsk dame – og mor til syv barn. To av sønnene studerte medisin og ble berømte leger. Den eldste, Fredrik Georg Gade tok den medisinske doktorgrad i 1900. Gjennom en storslått donasjon skapte han Gades Institutt – et patologisk-anatomisk senter som åpnet i 1912. Hans yngre bror Herman Gerhard ble født i 1870, avla eksamen artium i 1888, og tok så fatt på legestudier i Kristiania. Han fikk anledning til studieopphold i Tyskland, kandidattjenesten ble gjennomført ved Bergens private klinikk, og han rakk også et kortvarig vikariat for distriktslegen i Sogndal før han i 1895 tok embetseksamen. Deretter bar det tilbake til Bergen, der han åpnet

Uteområdene foran sykehusbygningene ble med tiden pent opparbeidet.

Foto: Kysthospitalet



privatpraksis med spesialitet i barnesykdommer. Gade giftet seg i 1899 med Alvilde Christine Pedersen. Fra 1. januar 1898 ble Gade som nevnt knyttet til Kysthospitalet som tilsynslege. Der skulle han komme til å finne sin arbeidsplass helt til 1946. Da tok han avskjed – over 76 år gammel.

Ingen annen enkeltperson har preget Kysthospitalet på samme måte som «Gaden». Det var hans livsverk. Som overlege med bopel på stedet (fra 1902) og som kombinert overlege og direktør (fra 1908) var det han som foreslo og planla til minste detalj de storstilte utbyggingene av hospitalet i 1907 og 1928. Det var han som tok initiativet til nybygg, til medisinske og tekniske forbedringer og det var han som la grunnlaget for det haveanlegg som gjorde Hagevik til den perle det ble. Og ikke minst var det han som gjennom sin rause medmenneskelighet kom i et slikt enestående forhold til pasientene, i alt nærmere 9000 gjennom hans liv. Vi skal komme til å møte Herman Gades initiativ, pågåenhet og styrke gjentatte ganger i den følgende framstilling.

I et avskjedsintervju med Dagen 3. august 1946 sa Gade:

Det er jo menneskeskjebner vi får et innblikk i og skal være med å lede. Da kan vi ikke stille oss utenfor eller ufølsom overfor pasientene. Man føler noe som er dypere enn bare interesse for hvordan det går dem, en egen samhørighet. Det gjør alle leger. Ellers er de ikke leger, bare dyktige medisinere.

Dette kan på mange måter stå som motto over den legegjerning som preget Gades virksomhet på Kysthospitalet i nærmere 50 år.

## Styret

Det er ofte blitt fremhevet at det var bergensk borgerånd som skapte Kysthospitalet i Hagevik. Det er mye riktig i det. Vi har sett at det meste av byggesummen ble tilveiebrakt gjennom private donasjoner fra bergensere, og i tillegg nøt hospitalet godt av mange gaver i form av penger, bøker, legater og gjenstander de første tiårene etter åpningen. Borgerånden ga seg også andre utslag: i styret for hospitalet satt fremtredende representanter for det bergenske bysamfunn.

Den første generalforsamling for Kysthospitalet ble holdt den 12. oktober 1893.<sup>23</sup> Fra bidragsyterne ble fem personer valgt inn i styret: Sigvard Madsen, Klaus Hanssen, Harald Irgens, Elisa Knudtzon og Johan Lothe. I tillegg til disse fem ble følgende to valgt av Departementet: Vilhelm Holdt og Christoffer Rogge. Vi ser at langt på vei var styret identisk med den komite som hadde deltatt i planlegging og prosjektering av hospitalet. Det er derfor heller ingen overraskelse at Sigvard Madsen ble valgt til formann og Klaus Hanssen til nestformann i styret.

Mer oppsiktsvekkende er det at dette styret i det alt vesentlige fortsatte å fungere i hele 36 år, helt fram til 1929. Styret ved Kysthospitalet var med andre ord preget av en helt enestående kontinuitet.

### Styret ved Kysthospitalet 1893–1929

#### Formann

Sigvard Madsen (1893–1928)

Einar Olsen (konst. 1928)

#### Nestformann

Klaus Hanssen (1893–1914)

Johan Lothe (1915–1929)

#### Styremedlemmer

Valgt av bidragsyterne Harald Irgens (1893–1915)

Johan Lothe (1893–1915)

Elisa Knudtzon (1893–1904)

Dagny Knutzon (Nilssen) (1906–1910)

Johanne Smit (1910–1917)

Julie Kjær (1917–1929)

Joachim Grieg (1915–1929)

Lauritz Smit (1915–1929)

#### Valgt av departementet

Vilhelm Holdt (1893–1929)

Christoffer Rogge (1893–1924)

Einar Olsen (1924–1929)



Det første styret ved Kysthospitalet i Hagevik.

Særlig lenge fungerte Vilhelm Holdt (36 år), Sigvard Madsen (35 år), Christoffer Rogge (31 år) og Johan Lothe (22 år). De aller fleste som ble valgt inn i styret fungerte i lang tid og ble valgt om igjen en rekke ganger. Arbeidet i styret var ulønnet. De fleste møtene ble holdt i Bergen, men minst en gang i året foretok styremedlemmene en befaringsreise til Hagavik. Da gikk de gjennom bygninger og haveanlegget og vurderte vedlikehold og nyanskaffelser.

Ved lesning av styrets forhandlingsprotokoll får en absolutt det inntrykk at styret tok sitt arbeid meget alvorlig og nøye. Og arbeidet – det besto i all hovedsak av å ordne med den finansielle siden ved hospitalets virksomhet. Det vil for det første si at styret sørget for de nødvendige inntekter til driften, fra private, fra institusjoner og fra staten. Videre godkjente styret det budsjettforslaget som overlegen foreslo, og sendte det videre til statsmyndighetene. Og endelig holdt styret løpende kontroll med alle utgifter, både til den daglige driften, til reparasjoner og nyanskaffelser og til nybygg eller påbygg. I tillegg til dette tilsatte styret etter hvert reserve- og assistentleger, mens de andre ansettelsene ble delegert til overlegen og godkjent av styret. Styrets arbeid foregikk i det hele tatt i nært samarbeid med overlegen, som deltok på styremøtene uten stemmerett.

### ***Kysthospitalets økonomi***

Selv om hospitalsbygningen i hovedsak var oppført ved hjelp av private midler med tilskudd fra Samlaget og Sparebanken, kunne ikke hospitalet drives uten en form for offentlig tilskudd. Styrets viktigste oppgave ble derfor å sikre et årlig statlig driftstilskudd til Kysthospitalet.<sup>24</sup> Det lyktes som nevnt å oppnå et slikt tilskudd. Staten sa seg villig til å yte 6000 kroner året til driften av hospitalet. Dette ble den ene av de to økonomiske bærebjelkene hospitalet hadde. Den andre var kurpengene, det vil si den «egenbetaling» pasientene eller deres pårørende betalte pr. liggedag.

Kurpengene eller forpleiningsavgiften var den viktigste.

Det var slett ikke alle foresatte som hadde råd til å betale 1 krone dagen i kurpenger til sine syke barn. De tuberkuløse kom sjelden fra hjem med solid økonomi, og det var vanskelig for mange å betale. Men her hadde en flere ordninger. La oss se på innbetalingen av kurpenger i et tilfeldig år, 1905, da sykehuset hadde i alt 118 pasienter.<sup>25</sup> Den totale driften beløp seg til vel 28.000 kroner. Forpleiningen av de syke ble ordnet på følgende måte:

- 28 pasienter lå for egen regning,
- 46 betalt av Komiteen for fri Sygehusforpleining i Bergen,
- 33 betalt av Bergens Fattigvæsen,
- 14 betalt av andre kommuners fattigvesen,
- 8 friplasser.

Hospitalet hadde helt fra begynnelsen av en del midler avsatt til friplasser etter behovsprøving, og ellers var det gjerne fattigvesenet som trådte til der de foresatte ikke hadde midler selv.





Pasienter ved Kysthospitalet i Hagevik rundt 1930. Atelier KK (Knud Knudsen) tok en rekke bilder i og omkring Hagevik på 1920- og 1930-tallet på oppdrag fra sykehuset.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB



I det første hele driftsåret, 1894, utgjorde de samlede driftsutgiftene 13.500 kroner.<sup>26</sup> Av dette utgjorde statsbidraget 6000 kroner, eller omlag 45 % av totalutgiftene. Går vi fram til 1910, var driftsutgiftene kommet opp i 58.600 kroner.<sup>27</sup> Statsbidraget beløp seg til 20.000 kroner, det vil si 35 % av totalen. Dette betyr at staten dekket en stadig mindre del av driften ved Kysthospitalet. I 1913 utgjorde ikke statsbidraget mer enn 26 % av de samlede inntektene.<sup>28</sup> Da heller ikke kurpengene strakk til, begynte hospitalet å gå med underskudd.

Årsakene til at Kysthospitalet begynte å få økonomiske problemer like før 1. verdenskrig, var flere. Den store påbygningen i 1907–08 gjorde det nødvendig å ta opp lån som tynget i budsjettene. Statstilskuddet holdt ikke tritt med utgiftene, og kurpengene ble holdt på det samme nivå til tross for sterk inflasjon. Prisene på matvarer og lønninger steg også sterkt mellom 1910 og 1914.

Hva var så utgiftene ved Kysthospitalet? Vårt første eksempel er fra 1895, ett år etter at hospitalet var kommet i full drift.<sup>29</sup>

Utgifter	1895	1904
Bespising	7.050	10.000
Bekledning	590	1.220
Inventar	1.780	750
Bygningene	1.050	3.500
Betjeningen	1.840	4.150
Brensel	1.380	2.500
Assurance	200	250
Grunnleie	50	80
Medisiner	770	1.780
Renter	150	1.700
Diverse	870	1.230
<b>SUM</b>	<b>15.730</b>	<b>27.080</b>

Utgifter	1913
Lønninger	15.900
Bespising	20.300
Brensel	6.020
Vedlikehold	7.500
Medisiner etc:	5.060
Vask, renhold	1.200
Vedl.h.mask.	610
Eiendommen	4.900
Renter	2.430
Diverse	1.130
<b>SUM</b>	<b>65.650</b>

*Utgiftskonto 1895-kroner (Beløpene er avrundet).*



Nesten halvdel av utgiftene i 1895 gikk altså til forpleining av pasientene, særlig kosten, mens lønn til betjeningen, det vil si oversøster, noen få søstre og tjenestepikene, veide lett i regnskapet. Heller ikke medisnutgiftene var avskrekkende. Tallene avspeiler at hospitalet i ganske stor grad var et rekonvalesenthjem.

Går vi fram til 1904, finner vi at driften av hospitalet nå i alt beløp seg til vel 27.000 kroner.<sup>30</sup>

Relativt sett ble det brukt mindre til kost, men mer til lønn i 1904 sammenlignet med 1895. Ikke minst var det dyrt å få en fast ansatt lege på full tid, men samtidig betydde dette at hospitalet hadde endret karakter. Den medisinske delen av virksomheten ved Hagevik var i ferd med å opp graderes.

På grunn av inflasjonen i de gode årene fram mot 1. verdenskrig er selvsagt ikke de faste tallene fra år til år sammenlignbare. De sier likevel noe om vekten av de ulike postene.

Går vi videre til 1913, finner vi at det kostet nesten 78.000 kroner å drive hospitalet dette året.<sup>31</sup>

Dette året gikk driften av hospitalet med underskudd. Fra staten fikk hospitalet 20.000 kroner, og i kurlpenger kom det inn vel 37.000 kroner. Underbalansen var på vel 7000 kroner.

Lønnsutgiftene steg altså, og det får en til å se på hvilket personale hospitalet betjente seg av disse første årene.

Umiddelbart kan det høres rimelig ut med en kurpris («egenbetaling») på en krone dagen på Hagevik. En må imidlertid ta i betraktning at i 1890-årene lå en arbeiders årslønn på omtrent 500 kroner. Ett års opphold for en pasient på Hagevik kostet altså mer enn en halv årslønn for en arbeider.

Bildet viser pasienter i et av oppholdsrommene ved Hagevik i 1920-årene.

Foto: Kysthospitalet



Herman G. Gade foran Kysthospitalet i 1936. Utbyggingen av sykehuset var i stor grad hans verk.

Foto: Bymuseet i Bergen



Interiør fra Kysthospitalet i 1927.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB

## Personalet

Det var sykesøstre og tjenestepiker som ble ansatt først ved Kysthospitalet. Søstrene (diakonissene) hadde den daglige pleie og omsorg for pasientene. De var ledet av en oversøster, og her finner vi også en enestående kontinuitet ved hospitalet. Maren Wagle ble tilsatt i denne stillingen da hospitalet ble åpnet, og hun fortsatte som oversøster helt fram til 1918, altså i 24 år. I en artikkel fra 1919 skrev Sigvard Madsen om oversøsteren:<sup>32</sup>

en bedre søster kunde vi ikke faat. Det vil let forstaas at det ikke var nogen let opgave søster Maren var sat til at løse. (...) Som rimelig kunde være blev lægens besøk ikke saa hyppige. (...) I mellemtiden maatte søster Maren greie alt, administration, økonomi, sykepleie, matforsyning osv. (...). Huset blev jo snart fuldt, det hadde 24 barn og 16 voksne. Men søster Maren greide det hele.»

I forbindelse med åpningen av nybygget i 1927, ble da også Maren Wagle sterkt hyllet for sin trofaste gjerning ved hospitalet. Gade sa i sin tale om henne at «*hun var et etisk talent som under hele sit lange virke i selvforfølgende kjærlighet helt gikk opp i sit arbeide.*»<sup>33</sup>

Kontinuitet fant vi også blant diakonissene. De var rekruttert fra Diakonisseanstalten i Kristiania og brakte med seg den omsorgs- og trosideologi som var rådende i denne vår første institusjon for utdanning av sykepleiersker.<sup>34</sup> Diakonissene arbeidet i en rekke institusjoner: skoler, hospitaler, fattigpleie. Fram til århundreskiftet var diakonissene enerådende som sykepleiersker. De oppfylte da også 1800-tallets utbredte normer om kvinnens plass og kall i hjem og samfunn:

Det er dog uimodsigelig, at for intet er Kvinden mere anlagt end for Sygepleje; det er dog den Tjeneste, der kommer nærmest hendes egentlige Kald: det at være Husmoder.<sup>35</sup>



Diakonissene ved Kysthospitalet var både fryktet og elsket. Det fortelles om en liten pasient som var utskrevet som helbredet og sendt hjem. Som det så ofte skjedde fikk han tilbakefall og ble på nytt sendt til Hagevik. Da han kom inn i hospitalbygningen, fikk han øye på en av søstrene og løp henne i møte med ordene: «Eg er kommen heim att!»

Foto: Kysthospitalet

Takket være personalet fikk Kysthospitalet et hjemlig preg for mange pasienter, og selv om det kunne være skremmende nok å være syk, begynte det tidlig å feste seg det inntrykk at Hagevik var et godt sted å være. Det hang nok sikkert sammen med beliggenheten i det lune og avskjermede og etter hvert vakre området og av den menneskelige innstilling hos overlege og personalet forøvrig.

Kysthospitalet ble ikke noen stor institusjon i denne perioden, selv om tallet på tilsatte økte jevnt. Går vi fram til 1908, ser vi at følgende personer var ansatt ved Kysthospitalet:

1	Direktør og Overlege	1	Lærerinde
1	Assistentlege	1	Maskinist
1	Oversøster	1	Syerske
1	Kjøkkensøster	8	Piker
7	Søstre	1	Husdreng
1	Kassererske		

### ***Eiendommen og nybyggene***

I de første 15 årene besto anlegget i Hagevik i hovedsak av selve hospitalsbygningen og de nødvendige «*tilleggshus*». Sett fra ettertiden var det et enkelt og funksjonelt bygningskompleks.

Hagevik var bygget på statens grunn på en 10 mål stor tomt. Bygningen var tilstrekkelig for å møte behovet i de første årene, men med den voldsomme søkningen hospitalet hadde, varte det ikke lenge før styret begynte å drøfte en utvidelse. Første gang det ble nevnt var på generalforsamlingen i året 1900.<sup>36</sup> Det skulle imidlertid komme til å ta 8 år å realisere planene. Det hang i særlig grad sammen med tomtespørsmålet.

### ***«I Bygselsmændenes Vold»***

Eiendommen tilhørte som nevnt staten, men den var forpaktet bort til to «*leilendinger*», som de gjerne ble kalt. Det var Engel Hovland på Nedre Hovland og Nils Hovland på Øvre Hovland. Til overmål var bortbygslingen på livstid. Sett fra hospitalets side ble det derfor viktig å sikre seg kontroll over eiendommen, dels med tanke på egne utvidelser, dels for å hindre annen virksomhet som kunne virke forstyrrende inn på hospitalets drift.

Det viste seg at bygselsmennene hadde kontraktsfestet rettighet til kjøp av eiendommene, dersom staten bestemte seg for å selge dem. En omfattende korrespondanse med Landbruksdepartementet fant sted. Styret vendte seg også i 1900 direkte til de to Hovlandskarene med tilbud om å få kjøpe av dem dersom de fikk overta eiendommene, men dette ble avslått. Det styret klarte i denne situasjonen var at salget av eiendommen til bygselsmennene ble stilt i bero.<sup>37</sup>

En mindre del av eiendommen Nedre Hovland ble imidlertid stilt til disposisjon for hospitalet i 1901. Da sa Engel Hovland seg villig til å gi slipp på en del av grunnen til tomt for ny legebølg, som ble oppført 1901–1902.<sup>38</sup>



Sykepleiere foran sykehuset.

Foto: Sivert H. Halsøy, digitalmuseum.no



Kysthospitalet etter utvidelsen i 1907.

Foto: Kysthospitalet

Interiør fra maskinrommet i kraftstasjonen. Bildet er tatt i 1927.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB



17. mai var en stor dag for beboerne på Kysthospitalet.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB







Legeboligen oppe til venstre på bildet, ble oppført i 1901–02. Den gjorde det mulig for overlegen å slå seg ned fast på Hagevik, noe også Gade med familie gjorde.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB

Endelig – i 1906 ble første del av tomtespørsmålet løst. Da overtok Kysthospitalet Øvre Hovland mot å gi Nils Hovland kår så lenge han levde. Gården ble overtatt, og i hovedbygningen ble det innredet leilighet for hospitalets maskinist som ble ansatt etter utvidelsen i 1907.<sup>39</sup> Den siste del av eiendommen ble for øvrig først overdratt til hospitalet i 1919, da enken etter Engel Hovland på Nedre Hovland døde. Kysthospitalets eiendom omfattet da hele 264 mål.

Tomtspørsmålet ble altså løst, men lenge før dette var nybygget prosjektert. Tegningene til nytt hospitalsbygg ble levert av arkitekt Adolph Fischer og foreløpig vedtatt av styret i februar 1904.<sup>40</sup>

Før bygget endelig kunne prosjekteres måtte imidlertid en del viktige tekniske spørsmål avklares. Først og fremst gjaldt det tilførsel av vann og forbedring av kloakken. Stemmen ved Hovlandstjernet måtte forhøyes, slik at vanninntaket ble kraftig forbedret.

Ny vannledning ble lagt ned – og nytt kloakkanlegg. Først deretter kunne byggeprosessen begynne. De endelige tegningene ble godkjent i styremøte 16. mai 1905.<sup>41</sup> og samtidig ble Gade, Madsen og Rogge utnevnt til byggekomite. Uten forkleinelse for de andre var det nok slik at Gade, som hadde den daglige kontakt med hospitalet i byggeprosessen, ble den drivende kraft i arbeidet.

På møte den 19. mars 1907 vedtok styret videre å bygge en elektrisk kraftstasjon og sentralvarmeanlegg som kunne brukes i hele hospitalet.<sup>42</sup> Med innlagt vann og elektrisitet fra eget anlegg framsto hospitalet etter hvert som et meget moderne sykehus. Samtidig med at arbeidet med nybygget ble satt i gang, ble den gamle bygningen rustet opp. Blant annet ble kjelleretasjen i den eldste delen helt bygget om. De to bygningene ble også bygget sammen.



Kysthospitalet i Hagevik fotografert i 1908. Nybygget fra 1907 til høyre. De to hospitalsbygningene er knyttet sammen med en mindre bygning. Bygningene på dette bildet ble revet i 1972. Det hersker en behagelig ro over dette bildet.

K. Knudsen & Co.,  
Billedsamlingen UBB

Det nye hospitalet ble tatt i bruk i januar 1908. På en måte kan en si at det var først nå at Hagevik ble et sykehus. Hospitalet fikk en rekke nye hjelpemidler og medisinsk utstyr, blant annet operasjonsstue og røntgenavdeling.

Nybygget var som nevnt i stor grad Gades verk, men overlegen hadde hele tiden full støtte av styret. Og når en vurderer finansieringen av nybygget, ser en at den bergenske private offervillighet fremdeles var stor.

<i>Nybygget kostet (avrundede tall):</i>	<i>Kroner</i>
Bygget	123.500
Inventar	8.400
<b>SUM</b>	<b>131.900</b>

<i>Finansiering:</i>	
Private bidrag	68.100
Driftsbidrag	8.800
Lån Bergens Sparebank	55.000
<b>SUM</b>	<b>131.900</b>

Kysthospitalet ble altså nå et mer effektivt og mer moderne sykehus. Samtidig ble det dyrere i drift. Personalet måtte økes. Gade fikk en assistentlege med seg. En maskinist som kunne se etter det elektriske anlegget og kraftstasjonen ble tilsatt. Styret bestemte også at kassereren måtte bo på hospitalet, et forhold som viser at den økonomiske siden ved virksomheten talte mer. Flere søstre ble også ansatt fordi tallet på pasienter nå kunne fordobles.

Fra og med 1908 drev også hospitalet sitt eget gårdsbruk med tilsatt gårdsbestyrer på Øvre Hovland. Det var viktig at hospitalet fikk eget gårdsbruk, men det kostet selvfølgelig å ha egen gårdsbestyrer.

Tilsammen førte alt dette til at hospitalet var i stand til å gi et stadig bedre medisinsk tilbud til stadig flere barn med tuberkulose, samtidig som hospitalet fikk en stadig trangere økonomi.

### 3. GJENNOM BØLGEDALEN

#### **«... en meget bekymringsfuld tilværelse...»**

Utvidelsen av Kysthospitalet i 1908 medførte som nevnt at tallet på pasienter kunne fordobles. Imidlertid førte det også til økonomiske problemer. Det hang blant annet sammen med størrelsen på statsbidraget. Dette bidraget var knyttet til en kurpengesats på 1 krone. Da prisene på matvarer og brensel tok til å stige kraftig etter 1910, og særlig under 1. verdenskrig, fikk hospitalet problemer. Vi fikk en nesten årviss brevveksling mellom styret og departementet om det faste bidraget til driften, ekstraordinære bidrag, bidrag til nedbetaling av gjeld osv.<sup>43</sup>

Når utgiftene for hospitalet steg, hang det også sammen med betydelige forhøyede lønnsutgifter. Selv om staten nominelt sett ytet stadig mer til driften og ga ekstratilskudd, kunne ikke det forhindre at hospitalet i flere år gikk med et driftsmessig underskudd.<sup>44</sup>

1. verdenskrig medførte ytterligere vanskeligheter. Private bidrag og gaver, som hospitalet fremdeles fikk en del av, ble nå for en stor del brukt til å dekke underskuddet i driften.

Til dette kom gjeldsproblemer. I 1916 utgjorde hospitalets gjeld 32.000 kroner, og den fortsatte å stige. Det ser ut til at det var et ekstra problem for hospitalet at det hadde gjeld fra tiden før 1914. Restgjelden svulmet opp i tiden 1916–18 og gjorde det økonomiske armslaget mindre.<sup>45</sup>

Både Brennevinssamlaget og Sparebanken viste seg som trofaste støttespillere i disse vanskelige årene. De ytet gjentatte år direkte bidrag til driften.<sup>46</sup>

I perioden 1910–15 lå statsbidragene på mellom 20.000 og 25.000 kroner i året. I 1915 skrev styret til Departementet at dersom statsbidraget ikke ble forhøyet, ville hospitalet bli nødt til å innskrenke tallet på pasienter.<sup>47</sup> Dette var nok en effektiv trussel, og styret gjorde bruk av den flere ganger. Både Gade og medlemmer av styret gjorde også en rekke personlige henvendelser til Departementet og politiske myndigheter i denne perioden.<sup>48</sup>

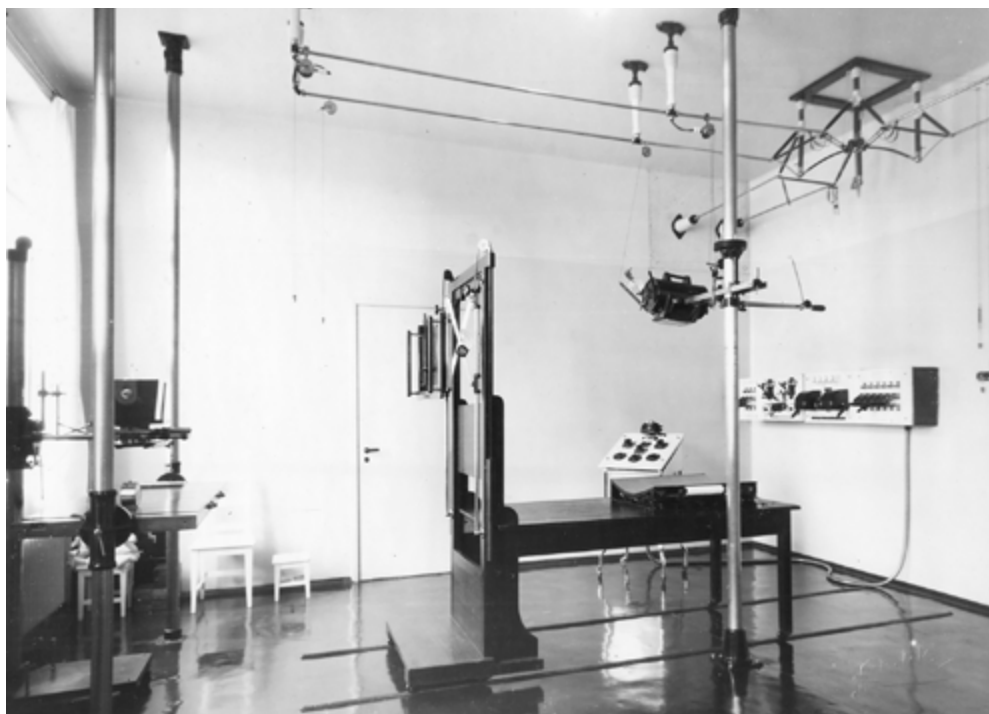
**Tabell 3**

Pasienter og liggedager 1913–1927

År	Samlet antall pasienter	Liggedager
1914–15	247	36.528
1915–16	271	37.052
1916–17	239	35.673
1917–18	229	35.901
1918–19	236	35.034
1919–20	233	35.868
1920–21	233	34.004
1921–22	229	33.690
1922–23	199	35.503
1923–24	235	37.407
1924–25	258	39.373
1925–26	220	39.278

Fra røntgenavdelingen. Allerede før 1. verdenskrig fikk Hagevik sitt første røntgenapparat, delvis finansiert ved at Herman Gade avsto fra en del av lønnen.

Foto: Kysthospitalet





Særlig vanskelig var tiden mot slutten av verdenskrigen. Statsbidraget for året 1917/18 kom opp i 53.000 kroner, året etter steg det til 70.000. Likevel var det betydelig underskudd på driftssiden. Det skyldtes ikke minst en voldsom prisstigning på grunn av dyrtiden og varemangel. I Bergensområdet spilte også bybrannen i 1916 inn. Den førte med seg knapphet på arbeidskraft og stigende lønninger. I denne perioden ble appellene til Sosialdepartementet stadig mer inntrengende.<sup>49</sup>

Kaianlegget ved Kysthospitalet ble utbedret flere ganger, her er arbeid i gang våren 1921.

Foto: Kysthospitalet

#### Tabell 4

Underbalansen på driften ved Kysthospitalet i Hagevik 1914–1921 kroner

1914–15 .....	5.700	1918–19 .....	70.000
1915–16 .....	9.000	1919–20 .....	97.100
1916–17 .....	31.200	1920–21 .....	84.300
1917–18 .....	68.500		

For driftsåret 1921–22 ga staten så mye ekstratilskudd at underskuddet ble snudd til et lite overskudd, og i resten av mellomkrigstiden maktet hospitalet å balansere driften.<sup>50</sup> Det så ut til at de verste trengselstidene var over for hospitalet.



Det var et storslått hospitalsanlegg som ble innviet 21. juni 1927. Nybygget med tårn til høyre, de to eldre bygningene til venstre. Slik som dette så Kysthospitalet ut i perioden 1927–1972.

Foto: Kysthospitalet

### ***Det store nybygget***

Tallet på pasienter ved Kysthospitalet holdt seg på omkring 200 i året fram mot slutten av 1920-årene. Den dreining i sykdomsbildet som vi så utvikle seg før 1. verdenskrig fortsatte i tiden etterpå. Det ble stadig flere pasienter med tuberkulose i ryggspylen, ben og ledd, og hvert år opererte hospitalet med lange ventelister. På grunn av den omfattende rehabilitering av bygningene i 1908, var også behovet for nyinvesteringer lenge lite aktuelt. Under 1. verdenskrig ble det imidlertid tatt opp et målrettet arbeid for nye utvidelser ved Hagevik.

I 1916 var det tanker framme om at staten helt kunne overta Kysthospitalet i Hagevik. Dette ble kontant avslått av Styret, og spørsmålet ble heller ikke brakt på bane flere ganger.<sup>51</sup> Derimot ble det på denne tiden tatt et initiativ for et nybygg, og initiativet ser ut til å ha kommet fra flere hold. Styret selv drøftet allerede i 1913 tanken om å oppføre et anneks til bygningene, et anneks som kunne ta imot barn med lungetuberkulose.<sup>52</sup> Denne tanken var kommet fra Nasjonalforeningen mot tuberkulose, og den sa seg villig til å yte 100.000 kroner til et slikt anneks. Planen ble imidlertid lagt på is inntil videre, tydeligvis fordi en mente at en slik utvidelse ville være for liten til å yte effektiv hjelp.<sup>53</sup>

I stedet for ble det igjen den private offervillighet som trådte til. En innsamlingsaksjon satt i gang av kjøpmann Thorvald Kjerland og støttet av Gade viste seg å bære frukter. I november 1917 hadde den innbrakt 700.000 kroner til nybygg og 25.000 til et bibliotekfond.<sup>54</sup> Noe senere ble byggefondet utvidet ved at Nasjonalforeningen bevilget 100.000 kroner til det samme formålet.

På grunn av den høye prisen på arbeidslønninger og materialer besluttet styret å vente en tid med å begynne arbeidet med nybygg. Først i 1923 tok arbeidet for alvor til, men da hadde en allerede satt i gang med å forbedre rørledninger og ruste opp elektrisitetsverket.

På styremøte 8. november 1923 ble tegningene til nybygg, utarbeidet av arkitekt Jens Munthe Bull gjennomgått, og 10. mars 1924 ble de godtatt.<sup>55</sup> Arbeidet ble satt i gang våren 1924. På styremøte 9. mars 1926 kunne Gade, som fungerte som byggekomite denne gangen, meddele at bygget foreløpig hadde kostet vel en million kroner. Byggefondet var altså mer enn oppbrukt. Merkostnadene hang særlig sammen med utbedringene av vannledning og elektrisitetsverk, men i alle fall hadde en behov for 300.000 kroner for å få bygget ferdig. Sparebanken innvilget uten videre et slikt lån, og i tillegg innvilget både Livsforsikringsselskapene og Riksforsikringsanstalten lån til nybygget. Styret var som vanlig meget aktivt og pågående for å ordne finansiering til et bygg som ble klart dyrere enn forutsetningen.<sup>56</sup>

I alt kostet nybygget og den øvrige rehabilitering ved hospitalet 1.317.000 kroner.

### **Et moderne hospital**

Så fikk en da også et tuberkulosehospital som mange mente var på høyden med det beste i Europa, med alle moderne hjelpemidler, med flere operasjonsstuer, med apparatur for røntgendiagnostikk og moderne lysbehandling. Alle sykerommene ble nå liggende mot sør og sørvest, ut mot det terrasseformede terrenget. «*En rekke av de store sykestuer kan ved et enkelt vindusarrangement omgjøres til åpne loggiaer.*»<sup>57</sup>

### **Nye statutter**

På styremøte 1. august 1928 behandlet styret et forslag til nye statutter utarbeidet av Einar Olsen.<sup>58</sup> Det hadde sirkulert blant medlemmene i en måneds tid. Forslaget gikk blant annet ut på at fellesskapet mellom Hagevik og rekonvalesenthjemmet på Ravneberghaugen burde opphøre. Det var enighet om dette, samt om at dr. Tschudi-Madsen burde påta seg formannsvervet for rekonvalesenthjemmet. Dette hadde han allerede sagt seg villig til. Når det så gjaldt selve statuttene, ønsket man å endre «*offentlig stiftelse*» til «*selveiende stiftelse*» (§ 1), åpenbart for å få det mer i samklang med realitetene.

I § 2, som gjaldt sammensetningen av styret, ble det foreslått at Bergen Formannskap ikke lenger skulle utpeke to medlemmer, men ett. Det andre skulle utpekes av Bergens Medisinske Selskap. Ellers ble det foreslått en del mindre forandringer, viktigst var det kanskje at de private bidragsyterne ikke lenger spilte en så fremtredende rolle som tidligere, og at de dermed heller ikke trengte å bli nevnt i statuttene.



**Jens Munthe Bull**

1886–1974

fikk sin arkitektutdannelse i Zürich. Fra 1904 til 1908 arbeidet han i Amsterdam før han etablerte seg i hjemlandet, først i Kristiania, fra 1914 i Bergen sammen med sin far, Schak Bull. I 1959 etablerte han egen praksis.



## Statuttene fra 1928

### § 1

Kysthospitalet i Hagevik er en selveiende stiftelse, hvis midler er tilveiebragt i første rekke ved bidrag fra private menn og kvinner i Bergens by, samt ved bidrag fra Bergens samlag for brennevinshandel, Bergens Sparebank og Nasjonalforeningen mot tuberkulosen. Stiftelsen har til formål opretthold og drift av Hagevik Kysthospital, som mottar barn lidende av alle former av tuberkulose og voksne lidende av såkalte kirurgiske tuberkuloseformer – fortrinnsvis fra Vestlandet.

Stiftelsens midler er anbragt i eiendommene gårdsnr. 33, hr.nr. 1, 2 og 6 med derpå opførte hospitalsbygninger. Eiendommene med bygninger er taksert for tilsammen 1.881.000 kroner. På eiendommene hviler ved disse statutters utferdigelse en gjeld av tilsammen kr 537.000.

### § 2

Hospitalets anliggende varetas av et styre på 5 medlemmer, hvorav 2 bør være legekyn-dige. Styret velger innen sin midte formann og varaformann. Hvervet som medlem av styret er ulønnet, dog kan formannen ved styrebeslutning approbert av departementet, tilståes en passende godtgjørelse for tidsspilde m.v.

Av styrets medlemmer velges to av vedk. regjeringsdepartement, så lenge hospitalet nyter statsbidrag. Disse medlemmers funksjonstid er 4 år. 1 medlem velges av Bergens formannskap for valgperioden, fortrinnsvis blandt dem som har befatning med byens sykehusadministrasjon. 1 medlem velges av Det medisinske selskap i Bergen for 3 år. 1 medlem velges av Bergens Sparebanks forstanderskap likeledes for 3 år. Hospitalets overlege deltar i styrets møter, dog uten stemme.

### § 3

Styret har sitt sete i Bergen. For at gyldig beslutning skal kunne fattes må minst 3 medlemmer være tilstede, herav iallfall 1 av de av departementet valgte samt 1 lege. Styret fastsetter i samråd med overlegen de retningslinjer etter hvilket hospitalet til enhver tid skal arbeide, ordner det fornødne m.h. til hospitalets drift og bestemmer hvorledes legetilsynet skal føres. Styret ansetter overlege, reservelege og annet personale, hvis ansettelse ikke ved særskilt bestemmelse er tillagt overlegen.

Styret avgir hvert år på grunnlag av et forslag fra overlegen, budgettforslag til departementet, ledsaget av beretning og ansøking om statsbidrag. Styret mottar overlegens beretning og regnskap for hvert driftsår og har å foranledige dette revidert på betryggende måte. Det reviderte regnskap blir derefter å innsende til departementet sålenge hospitalet nyter statsunderstøttelse.



## § 4

Hospitalets nedleggelse eller salg kan sålenge hospitalet nyter statsunderstøttelse kun skje efter approbasjon av vedkommende regjeringsdepartement. De ved eventuelt salg av hospitalet innkomne midler kan kun anvendes til øiemed som står i overensstemmelse med de i par. 1 nevnte hovedformål for hospitalets virke.

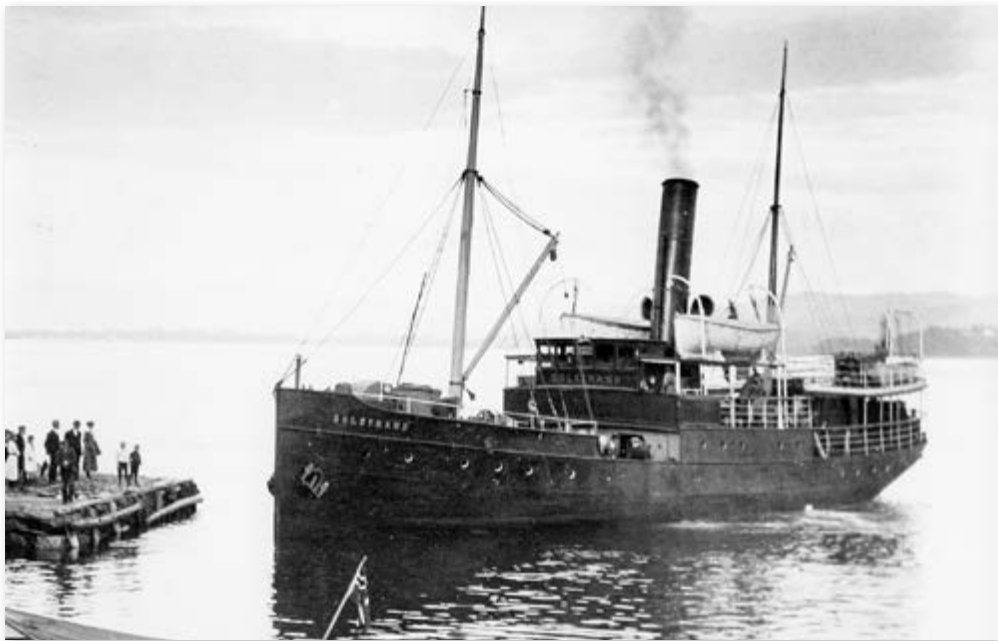
## § 5

Forandring i disse statutter kan ikke foretas med mindre 4 av styrets medlemmer er enig deri. Forhandlinger må, sålenge hospitalet nyter statsunderstøttelse, approberes av vedkommende regjeringsdepartement.

Statuttene ble stadfestet av Departementet 20.4 1929. Opprinnelig foreslo Departementet at Hagevik burde overgå til «*offentlig stiftelse*», men dette ble bestemt avvist av styret.<sup>59</sup>

### Det nye styret

Det styret som nå i samarbeid med Gade skulle drive hospitalet videre, besto av følgende personer. Det var for det første formannen, finansrådmann Einar Olsen, valgt av Bergens Formannskap. Videre var det direktør Ivar Hald, valgt av styret i Bergens Sparebank, doktor Lauritz Smit, valgt av Det medisinske selskap i Bergen, og doktor Frans Aubert og apoteker Johan Lothe jr., valgt av Sosialdepartementet etter anbefaling av Medisinaldirektøren. Som vi skal se fortsatte styrets arbeid å være preget av stor innsats og kontinuitet.



Helt frem til 2. verdenskrig var båt den vanligste forbindelsen mellom Bergen og Hagevik. Her legger DS «Solstrand» til kai. Skipet gikk for Det Midthordlandske Dampskibsselskab mellom 1899 og 1935.

Foto: Kysthospitalet

---

# 3

---

1927–1970



---

Varslingsur. Brukt ved SR  
– senkningsreaksjon som  
skulle avleses etter 60  
minutter.

Foto: Magnus Vabø

---

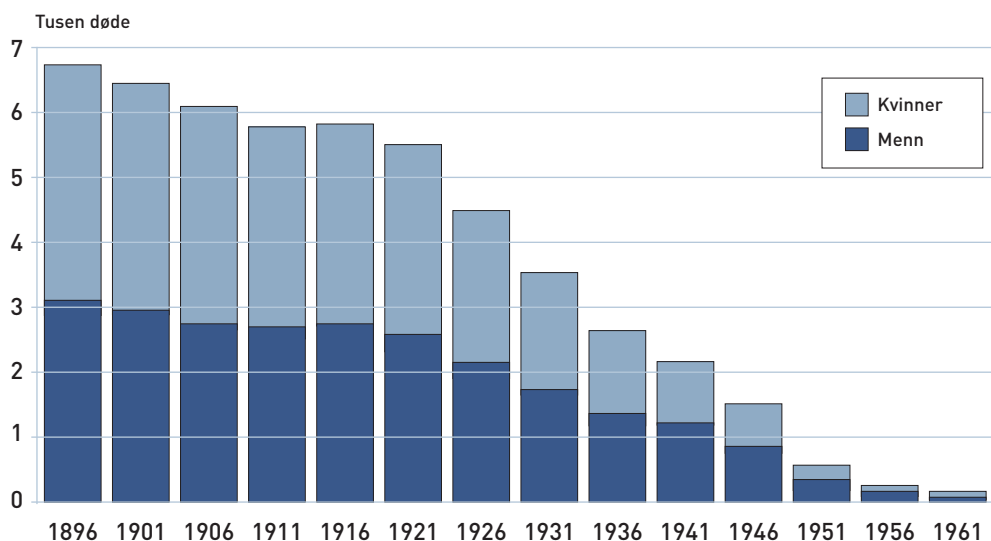


# Et veldrevet hospital

## *Kampen mot tuberkulosen*

I tidsrommet fra nybygget sto ferdig og fram til utgangen av 2. verdenskrig framsto Kysthospitalet som et veldrevet, effektivt og moderne tuberkulosesykehus. Personalet ytet dermed en viktig innsats i arbeidet for å bekjempe tuberkulosen i Norge, en kamp som hadde pågått siden 1890-årene og som i 1930-årene begynte å bære frukter for alvor.

Tabell 1 viser at så sent som i annen halvdel av 1920-årene døde 4500 mennesker hvert år av forskjellige former for tuberkulose. Tallet hadde bare sunket sakte fra århundreskiftet. I 1930-årene kom imidlertid en betydelig reduksjon i antall dødsfall,



**Tabell 1**  
Dødeligheten av tuberkulose i Norge 1896–1961.<sup>1</sup>

**Tabell 2**

Nye tilfeller av smitteførende tuberkulose 1905–1965, enkelte år.<sup>2</sup>

År	Nye tilfeller	Pr. 100.000 innb.
1905	6747	292
1910	6618	278
1915	6454	258
1920	6848	260
1925	7827	285
1930	7120	254
1935	5261	183
1940	3877	132
1945	3712	120
1950	3050	93
1955	2125	62
1960	1152	27
1965	660	18

samtidig med at tallet på nye tilfeller gikk sterkt tilbake (tabell 2.) Reduksjonen i 1930-årene henger tydeligvis sammen med at sanatoriene nå virket gunstig inn på smittespredningen, samtidig med at bedre ernæring, hygiene og boligforhold bidro til å bremse sykdommen.

Likevel – så sent som i annen halvdel av 1940-årene var det over 1500 dødsfall hvert år av tuberkulose, og rundt 1950 ble det hvert år oppdaget ca. 3000 nye tilfeller av sykdommen. Fra da av gikk imidlertid sykdommen sterkt tilbake. I perioden fra 1950 til annen halvdel av 1960-årene ble tuberkulosen nedkjempet som folkesykdom i Norge. Tabell 3 viser dette klart.

Med disse tallene som grunnlag kan vi si at kampen mot tuberkulose gikk gjennom to hovedfaser i Norge: en fra århundreskiftet til 1950, og en fra 1950 til 1970. Den første fasen var kjennetegnet ved en langsom bedring, den andre av endelig suksess. I begge faser skjedde helsearbeidet i et tett samarbeid mellom offentlige myndigheter og private foreninger. Innsatsen fra det offent-

liges side dreide seg for det første om innføring av en rekke lover som gjorde det mulig å bekjempe sykdommen. Det begynte med tuberkuloseloven av 1900 som påbød innleggelse av alle smitteførende tuberkulose, og da massevaksinasjon ble introdusert etter 1945, ble dette lovfestet. Stat, fylke og kommune gjorde for det andre en stor innsats ved å bygge og drive de store folkesanatoriene og gi støtte til ulike typer tuberkulosehjem.<sup>4</sup>

Norske Kvinners Sanitetsforening, etablert i 1896, engasjerte seg tidlig i tuberkulosearbeid. Foreningen samlet inn betydelige midler til hjem og sanatorier og drev også selv slike institusjoner. I 1920 hadde foreningen i alt 14 tuberkulosehjem med over 500 sengeplasser. Foreningen utdannet også sykepleiersker til hjelp i tuberkulosearbeidet. Den andre store foreningen på dette feltet, *Den norske Nationalforening mot Tuberkulosen*, der Klaus Hanssen var den første formann, drev en lignende virksomhet, og begge de to store foreningene gjorde i tillegg en stor innsats for å forebygge sykdommen gjennom opplysningsvirksomhet.

År	Samlet antall dødsfall	Tuberkulose	Tub. pr. 100.000 innb.	
			M	K
1931–1935	29.561	3552	120	120
1941–1945	31.715	2168	74	62
1951–1955	28.565	589	25	16
1961–1965	34.994	180	6	4

**Tabell 3**

Dødsfall etter årsaker 1931–1965 pr. år.<sup>3</sup>



Nasjonalforeningen støttet også, som vi har sett, direkte opp om arbeidet ved Hagevik. I forbindelse med nybygget i 1920-årene ytet foreningen et tilskudd på 100.000 kroner.

Det endelige støtet mot tuberkulosen ble satt inn i tiden etter 1945. Helt avgjørende var introduksjonen av moderne antibiotika som streptomycin, para-aminosalicylsyre (PAS) og isoniazid. Massevaksinasjon (BCG), tuberkulinprøver og skjermbildeundersøkelser bidro også til å nedkjempe sykdommen. Nye tilfeller ble hurtig oppdaget og kurert, og snart gikk tallet på smittebærere drastisk tilbake. Bare på de fem årene fra 1955 til 1960 ble antallet nye sykdomstilfeller halvert. Mens det i 1930 var over 4500 dødsfall av tuberkulose, var tallet i 1960 kommet ned i under 200.

Den nye fløyen ved Kysthospitalet ble innviet 21. juni 1927. Legg merke til den nyanlagte hagen.

Foto: Kysthospitalet

### ***Kysthospitalets rolle***

Hva var så Kysthospitalets rolle i denne storstilte bekjempelsen av tuberkulosen?

Nybygget fra 1927 gjorde det mulig for Kysthospitalet å intensivere arbeidet med å bekjempe de former for tuberkulose som hospitalet etter hvert hadde spesialisert seg på. Det gjaldt skrofulosen, som riktignok var på sterk retur, og det gjaldt ikke minst tuberkulose i ben og ledd. På dette område utviklet hospitalet en spesialkompetanse som skulle bli viktig på lengre sikt. Hagevik kunne nå tilby en bedre røntgendiagnostikk, foreta flere operasjoner og en mer intensiv behandling.<sup>5</sup>

Lysbehandling av pasienter tok til allerede før 1. verdenskrig, og i mange tiår var dette en viktig del av behandlingen ved Kysthospitalet.

Foto: Kysthospitalet



Gjennom hele 1930-årene var det fullt belegg og til dels lange ventelister på Hagevik. Hvert år ble mellom 380 og 420 pasienter totalt sett behandlet. Det betyr at hospitalet hadde et daglig belegg på i gjennomsnitt 200 pasienter, de aller fleste sengeliggende i lang tid. I 1935 meldes det om at over 60 pasienter ventet på behandling.<sup>6</sup>

I prinsippet endret ikke behandlingen av de tuberkuløse seg nevneverdig i tiden før 2. verdenskrig. Spondylitter, det vil si pasienter med tuberkulose i ryggspylen, ble behandlet ved hjelp av kunstig lys og bandasjering. Pasienter med coxitt, tuberkulose i hoftelrådet, fikk mye av den samme behandling. Videre var det viktig å foreta «punksjoner», tømning av såkalte abscesser, ansamlinger av puss hos pasientene. Nybygget ga som nevnt også større muligheter til operasjoner. I økende utstrekning kunne hospitalet nå ta imot voksne pasienter med kirurgiske tuberkuloseformer.

I en viss utstrekning fortsatte Hagevik å ta imot pasienter med lungetuberkulose. I de fleste tilfellene var dette pasienter som hadde flere former for tuberkulose samtidig. I slike tilfeller var det hvile, ro og sunt kosthold som var behandlingsmåten, som på tuberkulosesanatoriene.



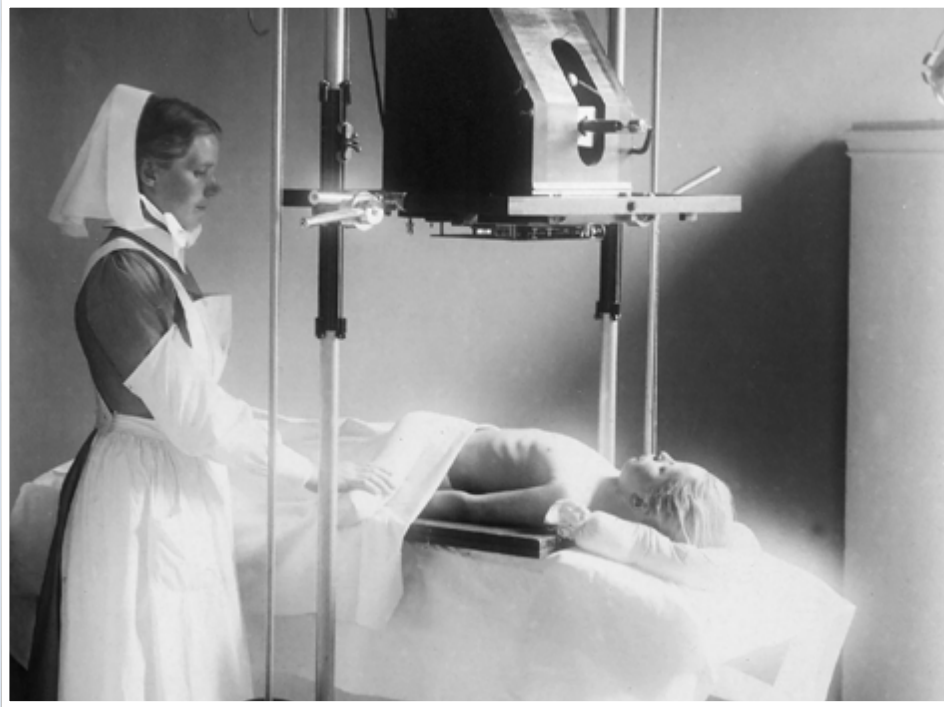
Behandling av en ung pasient.

Foto: Kysthospitalet



Interiør fra et behandlingsrom med apparater ca. 1927.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB



Røntgenfotografering kunne fortelle om sykdommens herjinger i kroppen.

Foto: Kysthospitalet



En rekke forskjellige typer kunstig lys ble prøvd.

Foto: Kysthospitalet



Tallet på pasienter som døde på hospitalet var synkende i 1930-årene, samtidig som det gjennomsnittlige liggedageantallet sank. Det var tydelig at sykdommen var på retur og at sykehuset var effektivt drevet.

Alle kategorier pasienter på Hagevik nøt godt av den helt spesielle atmosfæren som hersket ved hospitalet i Hovlandsviken. De vakre omgivelsene var nå formelig kommet helt inn i hospitalet. Sykestuene i nybygget kunne, som Gade selv sa «*ved et enkelt vindusarrangement omgjøres til åpne loggiaer*». <sup>7</sup> I godt vær kunne de sengeliggende pasientene trilles ut i den terasserte hagen, og friskere pasienter kunne ta sjøbad eller solbad nedenfor hospitalet. For mange, kanskje særlig for barna, var de landlige omgivelsene viktige. På hospitalets gårdsbruk var der både kyr, griser og høns, det ble pløyet og hesjet og sådd, og for de friskeste pasientene var det mulig å følge med og kanskje delta litt i driften.

## Til minne om dei mange barn og unge som døydde på Kysthospitalet

*Tone: Fra himlen høit*

Du kjære Frode, guten vår,  
du var som fagre blom um vår.  
Du leika fram so ljøs og glad  
som fivrelld millom blom og blad.

Din tanke var so klår og sterk,  
du kunde nok gjort manndomsverk.  
Men sott og sjukdom gjorde mein,  
du visna som ei broti grein.

Å du, for liv det fylgde deg,  
du strådde sol på all din veg.  
Ja like til du sovna av,  
du i ditt liv oss gleda gav.

For du var rik på kjærleik, du,  
på liv og lune, von og tru.  
Du var so hjartegod og snild  
som sumarsol og våren mild.

Di var det mykje det du gav,  
um enn du tidleg fann di grav.  
Ein rikdom strøymde til oss inn  
frå ljose, blide guten min.

So takk og takk min snilde gut  
frå fyrste stund til siste slut,  
for smil og tåra, ord og gjerd!  
Gud signe minnet um deg her!

Ja sæl er du i denne stund,  
som leika fær i himmel-lund.  
Gud lat oss ein gong møtast att  
med deg, du Frode, dyre skatt!

*Far*

Ved gravferda 13. august 1936



**Einar Olsen**

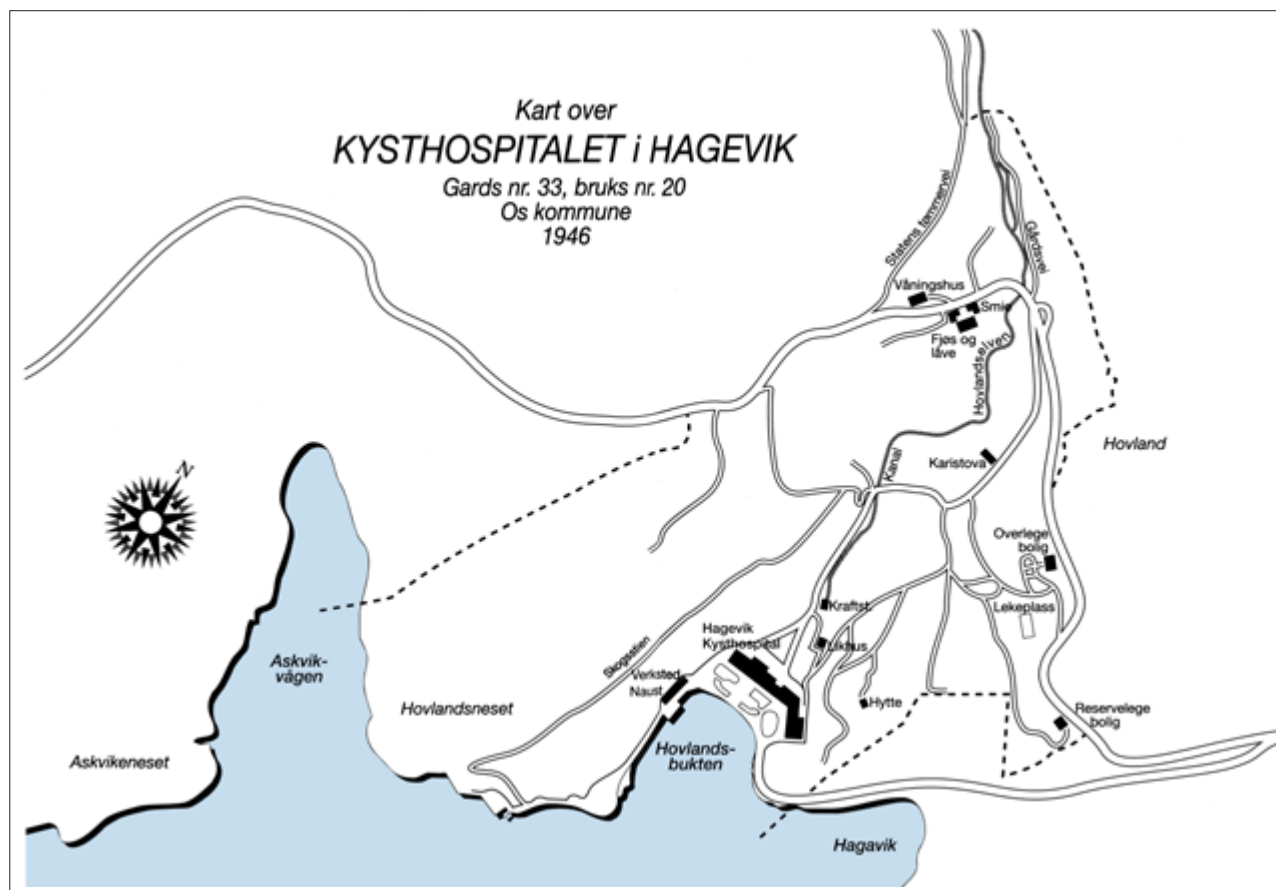
1881–1968

var finansborgermester da han i 1928 ble valgt til styreformann i Kysthospitalet. Olsen var en av de mest markante offentlige personer i mellomkrigstidens Bergen.

### Kontinuitet ...

Hagevik var på mange måter et egenartet samfunn. På denne tiden oppholdt mange pasienter seg svært lenge ved hospitalet, og noen fikk et rent hjemlig forhold til stedet og til betjeningen.

Tre menn kan vi si sto i spissen for Kysthospitalet i denne perioden. De skal her trekkes fram fordi de i fellesskap sto for den kontinuitet som preget Kysthospitalet i tiden fram til 1946. Det var selvsagt først og fremst Herman Gade selv, overlegen og direktøren som fortsatte å sette sitt personlige stempel på hele virksomheten ved hospitalet. For det andre var det kasserer og forvalter Lars O. Askvik. Han var blitt ansatt som kasserer ved hospitalet så tidlig som i 1910. Senere fikk han også stillingen som forvalter av hele eiendommen. Særlig etter utvidelsen i 1927 var arbeidsfeltet hans stort, og det er også symptomatisk at han etter hvert deltok på styremøtene for hospitalet. På grunn av den økende arbeidsbyrden ble de to stillingene delt i 1950, og Askvik fortsatte som forvalter til 1958. Da hadde han vært i Kysthospitalets tjeneste i 48 år, like lenge som Gade. Den tredje støtte for hospitalets arbeid var formannen i styret, Einar Olsen. Han kom som tidligere nevnt inn i styrearbeidet i 1924, tok over som formann i 1927 og satt som styreleder helt til 1953. Selv etter at han i 1951 gikk ut av styret som Bergen





Personalet er oppstilt utenfor hospitalet i anledning et offisielt besøk en gang på 1930-tallet.

Foto: Bymuseet i Bergen



Trangt om plassen når gjestene får en omvisning.

Foto: Bymuseet i Bergen

Jentene er pyntet med sløyer i håret i anledning besøket.

Foto: Bymuseet i Bergen





kommunes representant fordi han ble pensjonert fra stillingen som finansrådmann, fortsatte han i styret – nå valgt inn som representant fra Sparebanken!

I tillegg til disse tre hadde Kysthospitalet en rekke medarbeidere som virket i lang tid og som satte sitt preg på virksomheten. Oversøstrene spilte en viktig rolle både for den faglige og menneskelige utviklingen ved institusjonen. Etter Maren Wagle fulgte Petra Sørensen (fram til 1922), Jenny Smørdal (til 1928), Ragnhild Thue (til 1947) og Oline Indrebø.

Tallet på leger, sykesøstre og øvrige funksjonærer var jevnt voksende. Nybygget økte tallet på leger til tre (overlege, reservelege og assistentlege) og sykesøsterfunksjonen ble stadig mer spesialisert. Midt i 1930-årene hadde hospitalet 20–25 søstre, deriblant noen elever, og 25–30 andre funksjonærer.<sup>8</sup> Det voksende antall funksjonærer og økende krav om bedre boliger førte også til at hospitalet måtte gjøre en innsats for å bedre boligstandarden for sine ansatte. Det var imidlertid vanskelig å finansiere permanente boliger, og en måtte ty til provisorier. Nattsøstrene ble til eksempel gjennom hele denne perioden forlagt i den såkalte «Skogshytten» som hospitalet fikk kjøpt i 1933.

Både det tekniske anlegget og ikke minst elektrisitetsforsyningen var en konstant hodepine gjennom hele mellomkrigstiden. Hospitalet fikk flere ganger pålegg fra Os Elektrisitetsverk om å sørge for bedre brannsikring, særlig i den gamle trebygningen,

Kraftstasjonen ved Kysthospitalet ble oppført i 1919. Arkitekt var Jens Munthe Bull.

Foto: Kysthospitalet



Maleriet av Herman Gade, overlevert ved avskjeden i 1946.

men det var vanskelig å innpasse større rehabiliteringsarbeider i de trange budsjettene. Først like før 2. verdenskrig ble det tatt et krafttak for bedre brannsikring.<sup>9</sup>

Presset på hospitalet førte til at det snart meldte seg nytt behov for utvidelser. Gade reiste saken overfor styret i 1935, og styret arbeidet i flere år med planer om et tilbygg.<sup>10</sup> Det viste seg imidlertid at verken Hordaland fylke eller staten var villig til å delta i finansieringen av tilbygg på Hagevik. Inntil videre måtte Kysthospitalet klare seg med den plass det hadde, og økonomien ga heller ikke muligheter til større nyanskaffelser eller moderniseringer.

Under 2. verdenskrig fortsatte den medisinske virksomhet i det samme spor ved Kysthospitalet. De tyske okkupantene gjorde et forsøk på å beslaglegge deler av hospitalet, men Gade ordnet opp og fikk fjernet dem. Det største problemet hospitalet hadde, var de vanskelige kommunikasjonene under krigen. I begynnelsen av krigen førte dette til at belegget av syke gikk noe tilbake, men det varte ikke lenge før sykesalene var fylt igjen. Forsyningssituasjonen var til tider vanskelig, men det hjalp godt at hospitalet hadde sitt eget gårdsbruk. Vedlikeholdet av bygninger

og utstyr ble imidlertid forsømt under krigen. Styret, som til tross for vanskeligheter med kommunikasjonene klarte å gjennomføre en del visitasjoner, pekte på at hele anlegget var i ferd med å bli svært nedslitt. Selv om Einar Olsen på befaring i juli 1943 kunne rapportere om at «*Hospitalets hage stod i det herligste blomsterflor*», kunne ikke det helt skjule det manglende vedlikeholdet.<sup>11</sup>

Krigstiden førte også til at hospitalets 50-årsjubileum i 1943 måtte få en avdempet form. Styremedlemmene med ektefeller inntok en enkel middag på hospitalet sammen med de ansatte og noen få gjester. Det samme skjedde den 22. mars 1945, da Herman Gade fylte 75 år.

Den samme Gade bekreftet formelt overfor styret i september 1945 at han nå ville gå av.<sup>12</sup> Stillingen ble lyst ledig, og det meldte seg fem interessenter. I januar 1946 tilsatte styret den legen som også var innstilt fra Helsedirektørens side, Herman Thrap-Meyer. Han tiltrådte som overlege og direktør 1. september samme år.

Med Gades fratreden var en epoke i Kysthospitalets historie over. Den 18. august 1946 ble det holdt en stor avskjedslunsj for den avholdte overlegen. Han ble sterkt og varmt hyllet i en lang rekke taler fra styret, fra helsemyndighetene, fra de ansatte og fra pasienter. Ved anledningen ble det også avduket et maleri av Herman Gade.

### ... og fornyelse

I et avskjedsintervju med en avis uttalte den alltid like våkne Herman Gade seg også om Kysthospitalets framtid «På sikt må Kysthospitalets arbeid gå i retning ortopedisk kirurgi, og det må adjungeres Universitetet».<sup>13</sup>

Den mann som etterfulgte Gade som direktør og overlege, Herman Thrap-Meyer, tok Gade på ordet. Thrap-Meyer var utdannet spesialist både innen tuberkuløse ben- og leddlidelser og i ortopedisk kirurgi, og han hadde praktisert ved alle de tre andre kysthospitalene i landet før han kom til Hagevik. Han ble også benyttet som foreleser i ortopedisk kirurgi ved det medisinske studiet ved Universitetet i Bergen. Thrap-Meyer hadde også et meget klart program for sin virksomhet ved Hagevik. Han gikk inn for at virksomheten ved Kysthospitalet snarest mulig måtte dreies i retning av ortopedisk kirurgi. Han fikk derfor allerede høsten 1946 klarsignal for å modernisere det kirurgiske utstyret ved hospitalet, han fikk noe senere ansatt en sykegymnast (senere kalt fysioterapeut) som skulle ta seg av treningen av de nyopererte, og han ønsket i tillegg å endre statuttene for Kysthospitalet. Statuttene slo fast at Kysthospitalet tok imot «*barn lidende av alle former for tuberkulose og voksne lidende av såkalte kirurgiske tuberkuloseformer*». Thrap-Meyer ønsket at det i tillegg skulle slås fast at hospitalet skulle behandle ikke-tuberkuløse pasienter med ben- og leddlidelser.

I første omgang støttet styret denne tanken, den var også i samsvar med den praksis som hadde vært fulgt etter 1927, idet hospitalet – dersom det var plass – hadde forpleid 5–10 voksne ikke-tuberkuløse pasienter hvert år. Thrap-Meyer ønsket imidlertid å gå lenger. Sosialdepartementet, som skulle godkjenne alle endringer i statuttene, var imidlertid tilbakeholdne med å gi sin støtte til en slik endring.<sup>14</sup> Dette hang tydeligvis



Maleriene av de gamle legehøvdningene henger i dag på veggen i kantinen på Kysthospitalet.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten

sammen med at staten arbeidet med en større samordning av hele sykehusvesenet i Norge, og at en funksjonsfordeling mellom universitetssykehusene og andre sykehus måtte utredes nærmere. I tillegg kom at det fremdeles var behov for sengeplasser for tuberkuløse pasienter.

Styret for Hagevik pekte i 1950 på at

De nåværende forhold er ganske utilfredsstillende og styret står uforstående overfor det forhold at Kysthospitalet i Stavern skal kunne oppta ortopediske pasienter, mens der legges vanskeligheter i veien for en tilsvarende ordning ved Hagevik.<sup>15</sup>

Og i 1948 søkte Kysthospitalet om «*autorisasjon for ortopedisk-kirurgisk behandling for ikke-tuberkuløse etter reglene i vanføreløven*», uten å få noe svar fra departementet.<sup>16</sup>

Etter hvert som tallet på tuberkuløse pasienter gikk tilbake, ble dette dilemma stadig tydeligere. Allerede i 1947 var ventelistene tomme, og det var ledige sengeplasser i hospitalet. I denne situasjon utviklet det seg en betydelig konflikt mellom overlege Thrap-Meyer og styret. Overlegen mente at styret ikke støttet ham sterkt nok i kampen for å utvikle hospitalet til et ortopedisk-kirurgisk spesialsykehus, noe han forsåvidt hadde rett i. Styret mente nemlig at hospitalet fortsatt i hovedsak var en tuberkuloseanstalt, ikke et ortopedisk hospital: «*Styret kan ikke anbefale at Kysthospitalet overgår til et hospital for generell ortopedisk kirurgi*», men det støttet tanken om at et begrenset antall slike pasienter kunne få plass.<sup>17</sup>

Lungegårdshospitalet, også kalt Lungegårdens sykehus, ble oppført som helbredelsesanstalt for spedalske og andre hudsyke etter stortingsvedtak 1845.

Foto: K. Knudsen & Co.,  
Billedsamlingen UBB







Gutter på Olaviken på Strømsnes, Askøy i mellomkrigstiden. Mange var tidligere pasienter fra Hagevik.

Foto: Olai Schumann Olsen, Billedsamlingen UBB

Konflikten mellom overlegen og styret ble utvidet da hospitalet i noe større grad enn tidligere tok imot pasienter med lungetuberkulose fra slutten av 1940-årene. Lungetuberkulose pasienter hadde lenge vært en liten del av klientellet ved Hagevik, og spesielle forhold i 1940-årene gjorde at denne gruppen for en tid måtte økes. Lungegården sykehus i Bergen, der voksne lungepasienter lå, skulle rives, og byen måtte se seg om etter alternativer. Valget falt på Olaviken sykehus på Askøy, et hospital for tæringspsyke barn drevet av Bergens Sanitetsforening. Etter forhandlinger ble voksne tæringspsykier overført dit, men det førte til at en del «lungebarn», barn med tuberkulose måtte flyttes derfra. For mange dreide det seg om tilbakeflytting, idet de tidligere hadde vært pasienter ved Hagevik. Overlegen reagerte kraftig mot dette. I et skriv til styret, der han samtidig sa opp stillingen, hevdet han:

Men at et barn som utelukkende lider av lungetuberkulose, skal innlegges i et kysthospital er en forholdsregel som burde tilhøre den lengst forgangne fortid. (...) Jeg vil anse det for en ulykke for hospitalet om det skal bli betraktet som et tuberkulosens pulterkammer. Med de nugjeldende statutter kan det ikke forsvare seg mot en slik utvikling, og med nuværende belegg, hvorav over 30 «lungebarn», er vi allerede langt på vei i den retning.<sup>18</sup>

Styret på sin side kunne vanskelig gjøre annet enn å følge de statutter som påla hospitalet å ta imot barn som led av alle former for tuberkulose. En åpning ble imidlertid gitt for en større omlegging av formålet for hospitalet:

det er mulig at den tid kan komme – på grunn av tuberkulosens tilbakegang – at hospitalet vil bli stillet overfor den oppgave å finne et nytt formål. Avgjørelsen herav kan ikke bygge på en tilfeldig og akutt situasjon, men må skje under nøye avveining av de sykehusmessige forhold på vestlandet, universitetet og behovet for et innslag i kampen mot en eller annen «folkesykdom». Man må da også ta for seg spørsmålet om en løsning av de økonomiske problemer som en eventuell omlegging vil føre med seg.<sup>19</sup>



**Herman Thrap-Meyer**

1901–1977

var administrerende overlege ved Hagevik fra 1946 til 1954. Etter sin tid på Kysthospitalet var han bl.a. hovedlege i Rikstrygdeverket og overlege ved det skandinaviske sykehuset i Korea. Han drev også en omfattende privatpraksis.

Det er tydelig at denne omstillingsperioden var vanskelig for hospitalet, både for overlegen og styret. I mai 1951 var styret inne på tanken om å legge ned hele hospitalet eller kanskje overføre det til Bergen kommune.<sup>20</sup> Det ble også diskutert å selge unna deler av eiendommen for å finansiere driften – i en situasjon hvor bevilgningene fra staten ble sett som ytterst magre. Staten var imidlertid høyst interessert i å opprettholde Hagevik. I 1950-årene fikk hospitalet midler til å oppføre en funksjonærbolig med to leiligheter, og det var Sosialdepartementet som tok initiativ til at kompetansen innen lungetuberkulose skulle styrkes ved sykehuset. Det skjedde i 1953,<sup>21</sup> da hospitalet ble oppfordret til å opprette «en fast stilling for en lege med spesialutdannelse i lungesykdommer og lungetuberkulose». Overlegen støttet tanken og foreslo at spesiallegen ble knyttet til hospitalet 6 timer i uken fordelt på to dager. Thrap-Meyer kunne samtidig opplyse om at det på dette tidspunkt fantes 45 barn med lungetuberkulose på Hagevik.<sup>22</sup> Styret ga sin tilslutning,<sup>23</sup> og i mai 1956 ble Eilert Eilertsen tilsatt som spesiallege etter de retningslinjer som var skissert.<sup>24</sup>

På dette tidspunkt var – som nevnt – behandlingen av tuberkulose kommet over i en ny og helt revolusjonerende fase. Det var framstilt medikamenter som direkte påvirket tuberkelbasillens forhold i den menneskelige organisme, slik at full helbredelse ble mulig. PAS og streptomycin kom allerede i slutten av 1940-årene, mens isoniacid kom i tillegg fra 1952. Særlig det siste medikamentet ga gode resultater og få bivirkninger. Etter en periode preget av en viss tilbakeholdenhet med å bruke medikamenter, fikk de full innpass fra midten av 1950-årene, og dermed gikk også de forskjellige formene for tuberkulosekirurgi tilbake.



Sengene lå tett i tett på sykestuene.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB



Hospitalbygningene på 1930-tallet.

Foto: Kysthospitalet

Eilertsen gikk, særlig etter et studieopphold i USA, inn for medikamentell behandling tidligst mulig. Selv om de første sykdomsutslagene var relativt lette, kunne de være innledningen til hardere angrep. Derfor ville han angripe tuberkulosen allerede i dens første stadium hos pasientene, noe som ga gode resultater. Det var nemlig slik at mange barn – og voksne med – fremdeles ble smittet, og i 1950-årene var det flere begrensede «epidemier» eller utbrudd av tuberkulose. I større antall enn tidligere ble slike «lungebarn» innlagt på Kysthospitalet og fikk medikamentell behandling. Sykehusopphold var nødvendig for å følge resultatene og unngå bivirkninger, og Kysthospitalet, sier Eilertsen selv «egnet seg utmerket med sitt erfarne personell og med skole og fritidsaktiviteter som kunde bidra til trivsel».<sup>25</sup>

Den rollen som Kysthospitalet spilte fram til 1970 på barnetuberkulosens område ga gode resultater. Barna ble helbredet, og det opptrådte ikke senere utslag av tuberkulose hos dem. Også voksne pasienter med ben- og leddtuberkulose hadde stor nytte av medikamentell behandling, alene eller sammen med kirurgiske tiltak. Tuberkulosen mistet i det hele tatt mye av sitt alvorlige preg i dette tidsrommet, selv om langtidsvirkningene, senfølgen fremdeles var til stede. Mange var merket for livet gjennom funksjonshemming, og mange slet lenge med psykiske ettervirkninger.

Hesten var viktig ved vedlikeholdet av anlegget.

Foto: Kysthospitalet



Hospitalet med Hovlandsviken i forgrunnen og Hagavik i bakgrunnen.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB





Eilertsen virket som lungespesialist ved Hagevik fram til tuberkulosens dominans var avsluttet. I februar 1972 sa han opp stillingen med følgende begrunnelse:

Sykehusanlegget  
fotografert i 1960.

Foto: Kysthospitalet

Mens det tidligere var et stort antall av både barn og voksne med forskjellige former for tuberkuløs sykdom, har det i senere år vært et gradvis avtagende antall av slike sykdomstilfelle. De siste 5 barnene med primærtuberkulose ble utskrevet 26/2-1972, og da er det bare et helt forsvinnende antall pasienter tilbake med tuberkulose. Det skulle da ikke lenger være behov for en spesiell lege for tuberkulosebehandlingen, og det vil også være rimelig at personalet og lege-funksjonene blir organisert på annen måte.<sup>26</sup>

På hvilken måte? Hvilke planer eksisterte på denne tiden om sykehustjenestene i Norge? Hvordan skulle funksjonsfordelingen mellom sykehusene være, og hvilken plass skulle Hagevik ha? Som vi har sett var denne debatten aktuell allerede like etter krigen, men den forble uavklart, også etter at Otto Brinchmann-Hansen overtok som overlege etter Thrap-Meyer den 1. januar 1954.

---

# 4

---

1970–1993



---

Vaksinegaffel brukt til BCG-vaksine. I perioden 1947–1997 ble alle norske barn vaksinert mot tuberkulose.

Foto: Norsk Teknisk Museum

---



# Hospitalet i omstilling

I de foregående kapitler har vi fulgt Kysthospitalet i Hagevik fra opprettelsen i 1893. Vi har sett hvordan det ble drevet fram av ildsjeler og privat offervillighet og dyrket videre fram av en særmerkt lege med et helhetssyn på forholdet helse, sunnhet og samfunn. Vi har sett et sykehus vokse og bli mer spesialisert, hele tiden holdt sammen av en lang rekke arbeidsomme og dyktige medarbeidere. Vi har også vært vitne til hvordan Kysthospitalet, vakkert beliggende i vestlandsnatur, samtidig blir en del av et helsevesen i vekst, en kombinert privat og offentlig kamp for bedre helse og sunnhet.

Det som skjer etter 1945, og i særlig grad etter 1970, er at Kysthospitalet i Hagevik integreres ytterligere – og for fullt – i den voldsomme utbyggingen av helse-Norge. I dette kapitlet skal vi følge denne prosessen fram til i dag. Noe er allerede innvarslet. Men før vi går nøyere inn i prosessen må vi først si litt om utviklingen av selve velferdssamfunnet og den offentlige helsepolitikken – i særlig grad det som dreier seg om utbyggingen av sykehustjenester.

## **Velferdssamfunnet**

I tiden etter 1945 har Norge, i likhet med mange andre industrialiserte land i Vesten, utviklet en velferdmodell som blant annet favner over trykdevesen, utdanning og helse i vid forstand. Mange reformer ble innvarslet allerede i mellomkrigstiden, men i tiden etter 1945 ble det skapt et økonomisk grunnlag som gjorde det mulig å sette et helt system av velferdstiltak ut i livet. Basert i stor grad på tverrpolitisk enighet og tilrettelagt av en stadig mer aktiv stat ble det etablert sosial og økonomisk trygghet for store deler av befolkningen. Den tidligere sosialhjelpstanken med vekt på særskilte tiltak for vanskeligstilte grupper ble avløst av egalitets- og universalitetsprinsippet, der

Barn og sykepleiere  
ved Bergen  
kommunale sykehus  
anno 1900.

Fra «Glimt fra den medisinske  
historie sett fra Bergen»



ytelsene omfattet alle innbyggere i samfunnet. De ulike trygdene ble stadig bedre bygget ut og endelig samlet i Folketrygden fra 1966. Samtidig fikk vi en storstilt utbygging av helsevesenet og en opprustning av utdanningssystemet fra bunn til topp.<sup>1</sup>

Velferden har kostet. Det norske samfunn har brukt en stadig større del av inntektene til offentlig velferdspolitik. Offentlige utgifter i forhold til BNP har økt fra 30 % rundt 1950 til 59 % i 2018. Det er velferd (helse, trygder, utdanning og boligformål) som har stått for den største prosentvise økningen.<sup>2</sup>

Ser vi på de enkelte delene av velferdspolitikken, viser det seg at utgiftene til helseformål har økt kraftig de siste tiårene. Fra 1962 til 2018 økte helseandelen av BNP fra 3,7 til 10,2 %.<sup>3</sup> Etter 1970 har prosenten vært stigende. Norsk helsetjeneste brukte i 2018 360 milliarder kroner, og i 2018 var det 339.000 sysselsatte innenfor helse- og sosialtjeneste.<sup>4</sup>

Hva er årsakene til denne enorme veksten i helseutgiftene? Vi skal her bare peke på noen momenter, hvorav flere har relevans for Kysthospitalets utvikling i denne perioden.

I tilslutning til moderne helseforskning<sup>5</sup> kan vi se veksten i helseutgiftene i ulike perspektiver. Noen har utvilsomt sammenheng med *demografiske endringer*. Levealderen har økt, særlig for kvinner, det er blitt flere eldre, og det er blitt flere aleneboende. Alt dette har økt presset på helsetjenesten. Videre er utbyggingen av helsetilbudet en refleks av den voldsomme kunnskapsmengden og teknologiseringen som det



medisinske fagfelt har vært gjennom i etterkrigstiden, en utvikling som bare fortsetter. På den ene siden har dette ført til at behandlingstilbudet for mange sykdommer er blitt klart bedre (transplantasjoner, hjerteoperasjoner, kunstige ledd), på den annen side har det også resultert i at *tilbudet* til de behandlingstrengende er blitt rikere. Dette har økt omkostningene ved diagnostisering og behandling. Videre er det pekt på at med økt tilgjengelighet på legetjenester har terskelen for å søke slike tjenester sunket. Velstandsutviklingen og økt opplysningsnivå har fått folk til å kreve tjenester av helsearbeidere. En viktig side ved utviklingen utgjøres av *profesjonaliseringen* av helsepersonellet. De ulike gruppene har vokst, de er blitt mer spesialiserte og de krever stadig større investeringer i utstyr og materiell for sin sektor. Derimot er det usikkert om økningen i helseutgiftene har sammenheng med større sykkelighet i befolkningen.<sup>6</sup> At sykdomsbildet har endret seg sterkt er greit nok, og at flere søker lege i vår tid er også klart stadfestet. Men betyr dette at folk generelt sett er sykere i dag enn for 50 år siden? Dette er nok tvilsomt. Spørsmålet munner kanskje ut i et nytt spørsmål: hva er sykdom?

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser.<sup>7</sup> Norge har sluttet seg til dette ambisiøse mål for helsepolitikken, noe som gjør at det også i fremtiden må foretas store investeringer både på forebyggende helsearbeid, helsefremmende tiltak og institusjonsbehandling. Det er derfor all grunn til å tro at satsingen innen helsepolitikken vil fortsette i årene framover.

### Sykehusene i helsepolitikken

Før Sykehusloven av 1969 eksisterte ingen felles lovgivning for norske sykehus. Det var spesiallover for tuberkulosesykehus og psykiatriske institusjoner, men utbygging og drift av de somatiske sykehusene var ikke regulert av felles bestemmelser. Dette var en konsekvens av at sykehusene hadde vokst fram over lang tid etter lokale initiativ og at de derfor oppviste stor variasjon i størrelse, finansiering og driftsformer.<sup>8</sup>

I tabell 1 er ikke tuberkulosesykehus og spesialsykehus regnet med. Den vanligste typen av sykehus i Norge var de kommunalt oppførte og drevne sykehus. De var ofte forholdsvis små, med to til tre avdelinger. Noen sto under administrasjon av kommunen

**Tabell 1:** Somatiske sykehus i Norge 1900–1950.

År	Sykehus	Sengeplasser
1900	4	1 792
1910	64	3 000
1920	84	4 201
1930	188	11 355
1950	217	16 073

eller fylket, andre var privateid og ble drevet av lag, foreninger og private stiftelser. En rekke slike mindre sykehus ble etablert i mellomkrigstiden. I tillegg kom en del statlige institusjoner. Sykehusordningskomiteen, som begynte sitt arbeid i 1957, konstaterte:

Det finnes et nær sagt forvirrende antall forskjellige typer av sykehus og nær beslektede helseanstalter eller helseinstitusjoner for diagnose, behandling, etterbehandling, attføring og medisinsk pleie.<sup>9</sup>

Den hovedløsning komiteen, og senere Stortinget, fant fram til var at fylkeskommunen måtte få hovedansvaret for drift av norske sykehus. Dette er en bærende tanke i Sykehusloven av 1969, satt i verk året etter. Loven ble senere fulgt opp av regionaliseringen av helsevesenet, vedtatt av Stortinget i 1974. Kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten, fylkeskommunen for institusjonshelsetjenesten (de fleste sykehusene), mens staten i tillegg til å stå for styring og samordning fremdeles skulle administrere driften av enkelte institusjoner som f.eks. Rikshospitalet. På denne måten ville en stå igjen med følgende hovedstruktur for norske sykehus:

*Det lokale sykehus* skulle dekke et begrenset område og gi tilbud innen de vanligste former for behandling. Det vil si at det minst måtte inneholde tre avdelinger, kirurgi, indremedisin og røntgen og gjerne ha en fødestue knyttet til seg. *Sentralsykehuset* skulle tilby et bredere sett av spesialiteter og hovedregelen skulle være at det minst måtte finnes ett slikt i hvert fylke. Endelig ble landet delt inn i fem helseregioner, og innen

Inngangspartiet til Haukeland sykehus slik det fortonte seg i mellomkrigstiden. Sporveiens linje 2 stoppet like utenfor inngangen.

Ukjent fotograf, Nasjonalbiblioteket





Ambulanser ca. 1935.  
Sannsynligvis «Sykehus-  
biler» av merket Hudson.

Ukjent fotograf

hver region skulle det etableres et *regionsykehus* med mange spesialavdelinger. Universitetsklinikkene skulle innpasses i regionsykehusene, og private helseinstitusjoner og eksisterende spesialsykehus kunne også knyttes sammen med regionsykehusene. Både forholdet mellom sykehusene og universitetsklinikkene og mellom regionsykehusene og spesialsykehusene skulle komme til å by på store samordnings- og finansieringsproblemer i tiden som fulgte, da fylkeskommunen skulle snekre sammen sine første helseplaner. For Hordalands vedkommende var det klart at Haukeland sykehus både måtte få status som regionsykehus og universitetsklinikk.

En universitetsklinikk av Haukeland sykehus' type vil således dekke visse oppgaver som lokalsykehus for Bergen, sentralsykehus for Bergen og Hordaland fylke, samt regionalsykehus for store deler av Vestlandet for en del spesialiteters vedkommende.<sup>10</sup>

Men hvordan skulle en løse samordningsproblemet mellom Haukeland på den ene siden og de eksisterende sykehusene, blant annet de mange private sykehusene som eksisterte i fylket, særlig i Bergen?

### **Sykehusutbyggingen i Bergen og Hordaland**

Haukeland sykehus, som sto ferdig i 1912, var den sentrale helseinstitusjon i Bergen i mellomkrigstiden. Sykehuset disponerte i 1920 290 sengeplasser. I tillegg kom en avdeling for hudsykdommer og veneriske sykdommer (Årstad sykehus) og Lungegården hospital på Seiersbjerget, spedalskhospitalet som i 1912 var blitt omgjort til tuberkulose-

sykehus. Når en i tillegg tar med Sandviken Sykehus (Epidemilasarettet) ved Sandvikskirken og Welanderhjemmet for venerisk syke barn på Elsesro kommer en til at Bergen kommune i 1920 disponerte 386 sengeplasser i somatiske sykehus.<sup>11</sup> I kommunale psykiatriske sykehus var der 420 sengeplasser, de fleste på Neevengården i Sandviken.

Det skjedde en meget beskjeden utbygging av det offentlige sykehustilbudet i Bergen i mellomkrigstiden. I 1945 var tallet på sengeplasser i kommunale sykehus 533, en økning på snaut 40 %, mens tallet på senger i psykiatriske sykehus nesten ikke økte i det hele tatt.<sup>12</sup> Når tallet på sykehusplasser likevel steg i Bergen i mellomkrigstiden skyldtes det at de private sykehusene ble flere og større.

Private somatiske sykehus i Bergen disponerte 274 sengeplasser i 1920. I 1945 hadde dette tallet økt til 508, og nå lå det nesten like høyt som de kommunale.<sup>13</sup> Av de private sykehusene økte både Hospitalet Betanien i Kalfarveien og St. Franciscus-klinikkene (senere Florida) sine sengeplasser, mens Diakonissehjemmet i 1941 kunne åpne sitt nye sykehuskompleks på Haraldsplass. Diakonissene hadde drevet eget sykehus siden 1906. Også Kysthospitalet i Hagevik ble regnet med blant de private sykehusene i Bergen. Det skyldtes nok den nære forbindelsen til Bergen og det faktum at nærmere 90 % av pasientene på Kysthospitalet var hjemmehørende i Bergen.

Florida sykehus, eller St. Franciskus Hospital som det opprinnelig het, sto ferdig i 1937. Arkitekt var Ole Landmark. Sykehuset var den katolske kirkes ansikt utad i byen. Fotografiet er tatt ca. 1950.

Ukjent fotograf, Nasjonalbiblioteket





I tillegg til de kommunale og private sykehusene fantes en del institusjoner som var rent statlige. Det var for det første Pleiestiftelsen for spedalske, der tallet på pasienter stadig gikk tilbake.<sup>14</sup> Staten drev også byens største fødselsklinikk, Bergens fødselsstiftelse, opprettet i 1860. I 1926 ble så den nye kvinneklinikken, også den drevet av staten, åpnet på Haukeland.

Det var ikke mangel på planer som bremset den offentlige sykehusbyggingen i Bergen i mellomkrigstiden. Det eksisterte ferdig utarbeidede planer om utbygging av Haukeland sykehus både som lokalsykehus og universitetsklinikk, men den økonomiske situasjon stoppet det meste. Bortsett fra en ny kirurgisk avdeling i 1923 og en mindre utvidelse av epidemiavdelingen i 1933 forble Haukeland sykehus i det alt vesentlig liggende som et forholdsvis lite kommunalt sykehus, men med mulighet til å bli sentrum i utviklingen av et medisinsk fakultet ved det kommende universitet på Vestlandet.

### **Universitetet i Bergen etableres**

I alt tre komiteer (1915, 1923 og 1938) la grunnlaget for et universitet i Bergen. I den siste komiteen satt representanter fra Bergens Museum, Bergen kommune, sykehusene i Bergen, Universitetet i Oslo og Kirkedepartementet. Dens planer om å bygge ut Bergens Museum til universitet og etablere et medisinsk fakultet i tilknytning til Haukeland sykehus ble vedtatt i 1946, og to år etter ble Universitetet i Bergen formelt opprettet.<sup>15</sup>

En del forarbeid var gjort, også innen det medisinske miljø. Bergen kommune hadde vært forutseende og hadde kjøpt opp store tomteområder i det område en regnet med at universitetsklinikken ville bli lokalisert, omkring Haukeland sykehus. En rekke legestillinger ved sykehuset var også allerede besatt med leger som hadde kompetanse som professor. Likevel ville utbyggingen av et sykehuskompleks med spesialavdelinger og tilhørende undervisningslokaler for studenter bli et økonomisk løft, og hvem skulle betale?

I 1926 kjøpte Bergen Diakonissehjem den 40 mål store tomten Haraldsplass («Mohnegården»). I 1938 fattet styret vedtak om å sette i gang byggearbeidene og Per Grieg ble hyret som arkitekt. 20. november 1940 fant den formelle overleveringen av bygget sted. I juli 1941 ble sykehuset overtatt av tyskerne til militært bruk og forbeholdt deres pasienter.

Sykehuset er i dag et privat ideelt diakonalt sykehus eid av Haraldsplass Diakonale Stiftelse som utfører tjenester på oppdrag for Helse Vest. Foto fra ca. 1965.

Widerøe's Flyveselskap A/S,  
Billedsamlingen UBB

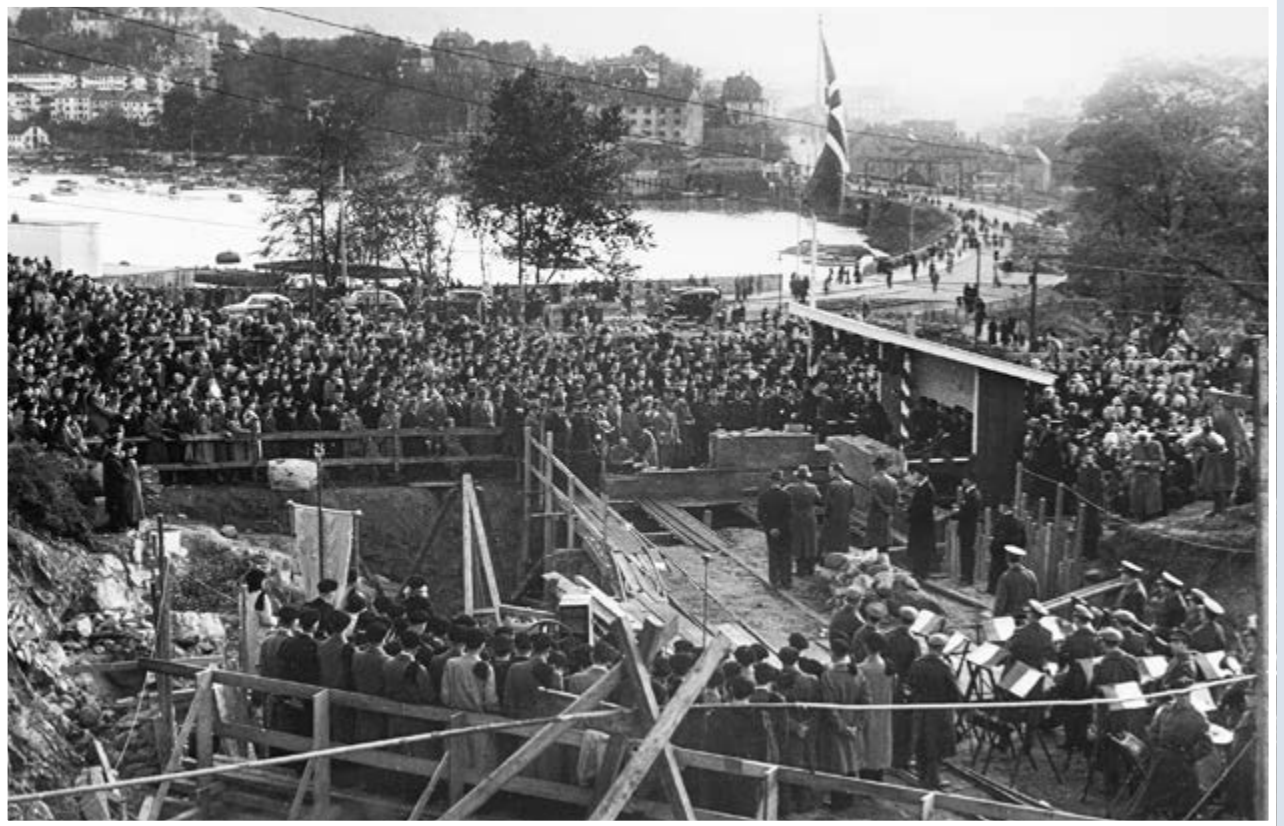
Det første Hospitalet Betanien lå i Kalfarveien 20, og ble innviet 3. mai 1914. Det hadde på sitt meste 162 senger og var et akutt lokalsykehus med avdelinger innen kirurgi, medisin, gynekologi og plastisk kirurgi, foruten føde- og barselavdeling.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB



I begynnelsen var det Bergen kommune som tok de største løftene. Like etter krigen gikk nærmere 2/3 av kommunens sykehusutgifter til Haukeland.<sup>16</sup> Mellom 1946 og 1956 investerte kommunen 11 millioner i utvidelser på Haukeland. Nye avdelinger for poliomyelitt, lungesykdommer, nevrologi og hudsykdommer ble åpnet.<sup>17</sup> Det ble imidlertid snart klart at Bergen kommune ikke ville make de betydelige utgiftene til utbyggingen av Haukeland, og den erkjennelse vant også terreng at utbyggingen av sykehuset slett ikke var noen ensidig kommunal oppgave. De nye oppgavene som Haukeland fikk hang ikke minst sammen med at sykehuset i økende utstrekning ble en universitetsklinikk, og dermed burde staten komme sterkere inn på det økonomiske området. I tillegg kom at Haukeland også rent faktisk fungerte både som sentralsykehus for Hordaland og regionhospital for hele Vestlandet, slik at Hordaland fylke også burde bidra med større midler.

Mens Bergen kommune og Hordaland fylke i det store og hele klarte å ordne sitt mellomværende, var det vanskeligere å få til en avtale mellom staten og de lokale myndigheter.<sup>18</sup> I 1951 ble det inngått en avtale mellom staten og Bergen kommune der staten skulle finansiere alle nye bygg som skulle brukes til universitetsformål og 30 % av utgiftene til kliniske formål. I alt ble det foreslått investeringer på 33 millioner kroner. Tallet på senger skulle økes fra vel 400 til over 900.<sup>19</sup> Allerede fire år etter var dette anslaget økt til nærmere 1300 senger og en investering på nærmere 70 millioner kroner.<sup>20</sup> Bergen kunne ikke make slike investeringer, og i 1956 ble avtalen mellom de tre partene reforhandlet. Staten gikk nå inn med noe større midler, og også Hordaland fylke ytet stadig mer midler til Haukelandutbyggingen. Samtidig ble det bestemt at sykehuset skulle administreres av Interessentskapet Haukeland Sykehus med Bergen kommune, Hordaland fylke og staten som parthavere.<sup>21</sup>



Universitetet i Bergen ble opprettet ved stortingsvedtak 9. april 1946. Lov om Universitetet trådte i kraft 30. august s.å. Etableringen ble delvis finansiert av filantropen Lauritz Meltzer som ga navn til Meltzerprisen. Den symbolske grunnsteinsnedleggelsen fant sted på Florida 25. oktober 1946. Den høytidelige handlingen ble foretatt av Kong Haakon VII.

Foto: Franz Blaha, Billedsamlingen UBB



En stor folkemengde møtte frem på Muséplass for å delta i høytideligheten.

Foto: Franz Blaha, Billedsamlingen UBB

Heller ikke dette løste problemene verken for partene eller sykehuset. Høyere kostnader, stigende behov og uenighet om fordelingen gjorde at utbyggingen gikk sent. Midt i 1960-årene var anslagene for sykehuskomplekset kommet opp i 140 millioner kroner. Bergen og Hordaland presset på for å få staten til å yte mer og etter hvert tok de lokale myndighetene også til orde for at staten burde overta hele sykehuset. Dette ble imidlertid lagt på is i påvente av sykehusloven.

Til tross for strid og pengemangel skjedde en jevn utbygging av sykehuskomplekset Haukeland. En god del av veksten skyldtes at andre sykehus eller sykehusfunksjoner i byen ble overtatt av Haukeland. Det skjedde med andre ord en sentralisering av institusjonstjenestene, idet mer og mer ble konsentrert om Haukeland sykehus. Lungegården sykehus ble nedlagt i 1953 og erstattet av den nye lungeavdelingen på Haukeland i 1957. Barneklubben, som byen hadde fått i gave av Sverige i 1950, ble også lagt til Haukeland. I 1957 ble så kvinneklinikken lagt inn under det voksende administrasjonsapparatet på Haukeland. Fra slutten av 1950-årene skjedde en betydelig modernisering av hele anlegget og nye avdelinger for øre-, nese-, -halssykdommer og øyesykdommer ble etablert. Konsentrasjonen om Haukeland ble forsterket ved at de private sykehusene, som i 1945 disponerte nesten halvdel av sengeplassene i somatiske sykehus i Bergen, ikke ekspanderte noe i denne perioden.



Kvinneklinikken i Bergen sto ferdig i februar 1926. Den var en videreføring av Fødselstiftelsen og Jordmorskolen som ble etablert i 1861. I 1957 ble Kvinneklinikken underlagt Haukeland.

Widerøe's Flyveselskap A/S,  
Billedsamlingen UBB





Foto: Mittet, Nasjonalbiblioteket



Foto: Bergens Tidende

## Barneklubben i Bergen

ble gitt som gave fra det svenske folk og stod ferdig i 1950. Den ble oppført ved Markus-plassen på husmannsplassen Treet. Arkitekt var Gustav Birck-Lundgren. Barneklubben var opprinnelig et ganske rent funksjonalistisk bygg, men med tiden ble dette forandret med mange tilføyelser. Barneklubben var det eldste barnesykehuset i landet og ble revet sommeren 2017.

▲ Det var plass til 96 pasienter på Barneklubben da den ble innviet i mai 1950, her er kronprinsesse Märtha ved en av sykesengene under omvisningen.



Barneklubben lå opprinnelig idyllisk til. Med årene ble dette dramatisk endret.

Atelier K. Knudsen, Billedsamlingen UBB

Like før fylkeskommunen overtok ansvaret for sykehusdriften, i 1971, disponerte Haukeland i alt 1060 senger. Det var nå blitt regionens dominerende helsesenter, selv om det ennå gjensto betydelige arbeider. Den meget ambisiøse sentralblokken, som ble prosjektert allerede i 1950-årene, ble ikke innviet før i 1983. Da kostet den 2 milliarder kroner og hadde utstyr til nærmere 200 millioner kroner.

### ***I bakevjen?***

Mens samfunnets ressurser innen helsesektoren i økende utstrekning ble kanalisert til de store sykehusene, og mens den storstilte utbyggingen av Haukeland ble prosjektert og delvis satt ut i livet, gikk livet tilsynelatende sin vante gang ved Kysthospitalet i Hagevik. Sykehuset fortsatte som nevnt fram til tidlig i 1970-årene som tuberkulosesykehus og tok imot både lungetuberkuløse pasienter og pasienter med tuberkulose i ben og ledd. Fullt ut klarte ikke hospitalet å kompensere for nedgangen i tallet på tuberkuløse. Flere ganger i 1950-årene meldes det om ledige sengeplasser,<sup>22</sup> og i en gjennomgang av landets tuberkulosesykehus i 1966 kom det fram at Kysthospitalet hadde 20 ledige senger.<sup>23</sup> Tallet på tuberkuløse pasienter var dette året nede i 14, mens det var 66 andre pasienter ved hospitalet. På dette tidspunkt var det klart at sykehusets historiske funksjon som tuberkulosehospital gikk mot slutten.



Flyfoto fra tidlig på 1960-tallet med Overlegeboligen øverst til venstre på bildet.

Foto: Kysthospitalet

Hvilken plass kunne hospitalet så fylle? Dersom en skulle unngå nedleggelse var det bare innenfor ett felt ekspansjonen kunne gå: en videre utvikling av den kompetanse personalet hadde skaffet seg på området *ortopedi*.

Som vi har sett var både Herman Gade og i særlig grad Herman Thrap-Meyer opptatt av at det var den veien Hagevik måtte gå. Både leger og pleiersker hadde lang erfaring i ortopedisk kirurgi og behandling, og i ganske stor utstrekning ble det utført operative inngrep hos pasienter med medfødte eller ervervete deformiteter i ben og ledd. Otto Brinchmann-Hansen så klart at hospitalet måtte bygges ut for å ta seg av denne pasientgruppen, og det samme gjorde styret for hospitalet.

I 1962 fikk Kysthospitalet i Hagevik en henvendelse fra Helsedirektøren med spørsmål om hvordan overlege og styre stilte seg til den framtidige organisering av ortopedisk kirurgi i Bergen og Hordaland.<sup>24</sup> Henvendelsen kom på bakgrunn av at Haukeland sykehus var begynt å sysle med tanken om på sikt å opprette en slik avdeling i sykehuskomplekset. Brinchmann-Hansen pekte i sitt svar på at behovet for denne type medisinsk tjeneste var økende og at det derfor måtte være behov for ortopedisk kompetanse både ved Haukeland og Hagevik. Styret brakte i tillegg inn tidsmomentet. Det ville gå 10 til 12 år før en ortopedisk avdeling kunne tas i bruk ved Haukeland sykehus. Ved Kysthospitalet lå alt klart allerede. Det som trengtes var en opprustning og utvidelse av operasjonsavdelingen, og det kunne gjøres raskt.

Noen formell avgjørelse ble ikke tatt om Hageviks fremtid denne gangen. Både de sentrale helsemyndighetene og styret for Haukeland sykehus inntok en avventende holdning. Tendensen både i legekretser ved Haukeland og i Sosialdepartementet gikk imidlertid i retning av at den ortopediske kirurgien etter hvert måtte lokaliseres til Haukeland sykehus.

«Som ortopedisk/kirurgisk sykehus må Hagevik (...) bli avløst av ortopedisk/kirurgisk avdeling ved Haukeland Sykehus», het det i et skriv fra Sosialdepartementet til Kysthospitalet i 1964.<sup>25</sup> Dette prinsipielle synet sto også Sykehusordningskomiteen for. I dens innstilling heter det at alle somatiske sykehus må bygges og drives etter en samlet landsplan og at spesialsykehus av Hageviks type må trekkes inn i eller inngå i regionsykehusene.<sup>26</sup>

Det er imidlertid ofte langt mellom visjon og virkelighet. I 1960-årene var det ikke praktisk politikk å legge ned et godt fungerende spesialsykehus som Hagevik som hadde hundrevis av pasienter på venteliste for operasjoner. Heller ikke var det håp om at investeringene på Haukeland i nær framtid ville komme til å omfatte en ortopedisk-kirurgisk avdeling. Og i tillegg kom all usikkerheten om den nye sykehusloven, noe som gjorde det naturlig å vente med drastiske reformer. I forbindelse med budsjettforslaget



**Otto Brinchmann-Hansen**

1908–1984

var avdelingsoverlege ved Kysthospitalet fra 1954 til 1978. Han hadde bred utdannelse i ortopedisk kirurgi, var spesialist i ledd- og beintuberkulose og hadde utdannelse i røntgenologi.

for Kysthospitalet for 1966 skrev Sosialdepartementet at det ikke hadde foreslått bevilgninger til brannsikringstiltak

i det spørsmålet om Hageviks fremtidige anvendelse først bør være avklart ut fra den forutsetning at den ortopedisk-kirurgiske virksomhet i det vesentlige kommer til å bli ivaretatt av det utbyggede Haukeland sykehus. Hvorvidt den bruk man måtte komme frem til for Hageviks vedkommende i fremtiden vil kunne bli gjenstand for statsstøtte, vil (...) vanskelig kunne avklares før en ny lov om helseinstitusjoner er et faktum.<sup>27</sup>

På en måte kan en si at Hagevik i denne perioden ble reddet fordi utbyggingen av Haukeland sykehus gikk så sent og var så sterkt preget av strid og tautrekking. I tillegg kom at personalet på Hagevik, med Brinchmann-Hansen og styret i spissen, gjorde sitt beste for å vise både pasienter, byråkrater og politikere at Hagevik var et nødvendig og viktig ledd i regionens helsetilbud.

### ***Fra stiftelse til fylkeskommunalt spesialsykehus***

Ved midten av 1960-årene foretok Os Elektrisitetsverk en gjennomgang av Kysthospitalet og påtalte en rekke mangler ved de to gamle trebygningene. Særlig den eldste trebygningen var nå rett og slett brannfarlig og uegnet som hospitalsbygning. Styret fikk gjort et overslag som viste at det ville komme til å koste nærmere 1,5 millioner kroner å ruste opp hospitalet til forsvarlig standard.<sup>28</sup> Sosialdepartementet var som nevnt ikke villig til å yte store midler til rehabilitering av et hospital med så usikker framtid. Det eneste hospitalet fikk var en mindre sum til rene brannsikringstiltak. Styrets holdning var klar:

Det er «urimelig (...) å benytte de avsatte midler til brannsikring av den gamle trebygning.» Hospitalet trenger «å få midler til igangsetting av et nybygg til erstatning for den gamle trebygning, med ny operasjonssal m.m., slik at sykehuset kan benyttes til ortopedisk kirurgi.»<sup>29</sup> Etter påtrykk, blant annet fra Statens bygge- og eiendomsdirektorat, gikk Departementet med på dette, men det tok likevel sin tid å få gitt de nødvendige bevilgninger. Også det henger sammen med sykehusloven. I juni 1969 drøftet styret for Kysthospitalet den nye loven. Stadsfysikus i Bergen og medlem av styret, Else Johanning, pekte på at fylkeskommunen nå ville få ansvar for både planlegging, utbygging og administrasjon av helseinstitusjoner. Derfor, og det var styret enig i, gjaldt det om å få «Kysthospitalet i Hagevik innpasset i fylkets sykehusplan».<sup>30</sup>

Det er lett å forstå at styret fant at det måtte handle raskt. Dersom driftsmidlene til Kysthospitalet nå skulle komme fra fylket, og ikke fra staten, gjaldt det om å overbevise fylkesadministrasjon og fylkespolitikere om den viktige funksjon Kysthospitalet hadde. I første omgang lyktes dette.

I den foreløpige helseplanen for Hordaland fylke, vedtatt av Fylkesutvalget i oktober 1969 heter det at:

Kysthospitalet er i drift som ortopedisk sjukehus for heile Vestlandsregionen, og som sjukehus for barnetuberkulose, bein- og ledd-tuberkulose for eit endå vidare distrikt. Fylkesutvalet reknar difor med at kysthospitalet vert klassifisert som sjukehus tillagt særskilte oppgåver, slik som nemnt i sjukehuslova § 4, og at driftsutgiftene utover trygdekasserefusjon difor vert dekte av staten.<sup>31</sup>



Kysthospitalet etter ombyggingen i 1972–73. De to eldste trebygningene ble revet og erstattet med en ny servicefløy.

Foto: Kysthospitalet

Så langt var styret fornøyd med dette, men så gjaldt det om å få finansiert nybygget. Allerede i 1967 var idéskisse til nybygg lagt fram for styret, og arkitekt Rolf Rohde (1930–1974) hadde tegningene klare. I 1970 ble de første økonomiske kalkylene lagt fram. De bygget på den forutsetning at begge de to gamle trebygningene skulle rives og at en ny operasjons- og service-blokk ville komme på 3,8 millioner kroner.<sup>32</sup> Et halvår senere var overslaget vokst til 7 millioner kroner.<sup>33</sup> På dette tidspunkt hadde Fylkestinget i Hordaland gjort vedtak om å ta med Kysthospitalet på fylkets sykehusplan og sa seg også villig til å delta i finansieringen av nybygget. Fylkeskommunen overtok også de lånene som styret hadde ordnet med.

Et år etter, i desember 1971, tok rivingen av trebygningene til. Snart begynte den nye blokken på Kysthospitalet å reise seg. En ny og moderne operasjonsavdeling sto ferdig i 1973–74.

Hagevik var nå etablert som spesialsykehus innen ortopedisk kirurgi med 100 sengeplasser. Når Kysthospitalet på denne måten var blitt en del av det fylkeskommunale helsetilbudet, hvilke konsekvenser måtte dette få for eiendomsretten til hospitalet – og til sammensetningen av styret? Kysthospitalet var en selveiende stiftelse, og selv om det var staten som finansierte driften, lå den verdifulle eiendommen helt i stiftelsens hender. Etter inngående drøftelser, også med juridisk ekspertise, ble styret enig om å overdra hele hospitaleiendommen til Hordaland fylkeskommune – på visse vilkår. Det ble utferdiget et gavebrev som ble overlevert fylket i januar 1976. Fra 1. januar 1976 opphørte Kysthospitalet i Hagevik å eksistere som privat stiftelse – etter 83 års virksomhet.

## Gavebrev

Kysthospitalet i Hagevik er en selveiende stiftelse hvis statutter er godkjent av Sosialdepartementet den 20. april 1929. Kysthospitalet i Hagevik er ifølge Fylkestingets beslutning av 1. desember 1970 tatt inn i fylkets interimspan for helseinstitusjoner som aktivt ortopedisk kirurgisk sykehus og ved Stortingets vedtak av 27. mai 1971 godkjent innpasset i Hordaland fylkes sykehusplan.

Stiftelsen Kysthospitalet i Hagevik overdrar herved vederlagsfritt Kysthospitalet til Hordaland fylke på følgende vilkår:

Det er en forutsetning for overdragelsen at hospitalet inntas som aktivt ortopedisk kirurgisk sykehus i den endelige sykehusplan og at det fortsatt blir drevet som aktivt ortopedisk kirurgisk sykehus med eget styre så lenge det behov hospitalet i dag dekker ikke er dekket på annen tilfredsstillende måte under sykehusplanen.

Overdragelsen omfatter eiendommene gnr. 33 bnr. 19 og 20 i Os med alle påstående bygninger. Den omfatter alle de på eiendommene stående bygninger med deriværende løsøre, alt utstyr som hører til hospitalsdriften og forøvrig alle aktiva som eies av stiftelsen.

Hordaland fylke overtar alle stiftelsens passiva, således at hverken stiftelsen som forutsettes oppløst eller dets styremedlemmer har noe ansvar for forpliktelsene. Blant de rettigheter og forpliktelser som Hordaland fylke trer inn i nevnes spesielt:

- *Kontrakt av 20. august/26. september 1958 gjeldende oppdemning av Hovlandsvannet.*
- *Kontrakt av 15./23. januar 1917 mellom Os kommune (Elektrisitetsverk) og Landbruksdepartementet vedkommende høyspentlinje.*
- *Kontrakt av 15. mai 1959 vedkommende levering av vann til Askviknes Sjukeheim.*
- *Overenskomst med Landbruksdepartementet av 1. juni 1943 vedkommende vern- og leskog.*

Det forutsettes at Hordaland fylke selv gjennom grunnbøkene skaffer seg opplysning om eiendomsforholdene vedkommende gnr. 33 bnr. 19 og 20 i Os.

De overdratte eiendommer skal nyttes til formål som er i samsvar med hospitalets virksomhet.

Personalet overføres automatisk til Hordaland fylke, og slik at ingen stilles dårligere enn nå med hensyn til ansiennitet og andre rettigheter, engasjementsvilkår og pensjonsvilkår.

Overdragelsen skjer pr. 1. januar 1976. Inntil da forestår det nåværende sykehus driften og overtagelsen av aktiva og passiva skjer på grunnlag av stillingen pr. overdragelsesdatoen.

Alle utgifter som er forbundet med overdragelsen, så som stempelavgift, tinglysningsgebyr m.m. betales av Hordaland fylke som også selv må sørge for de nødvendige konsesjoner og andre offentlige tillatelser som måtte være nødvendige for å gjennomføre overdragelsen.

Det er en forutsetning at Sosialdepartementet underrettes om styrets beslutning om å oppløse stiftelsen.

Til Kysthospitalet i Hagevik er knyttet en rekke legater og fond. Det forutsettes at Hordaland fylke søker utvirket de nødvendige endringer av statuttene for disse legater og fond slik at de blir uavhengig av hospitalets styre. Den administrerende sjef for Kysthospitalet skal være medlem av styrene hvis han er lege, ellers skal overlægen blant hospitalets læger være medlem. Ett medlem oppnevnes blandt medlemmene av det fremtidige styre for Kysthospitalet og et medlem av Det Medisinske Selskap i Bergen. Styret velger selv sin formann. Legatene og fondenes midler skal anvendes i overensstemmelse med deres formål og således at legatets midler ikke avlaster de offentlige for utgifter som kan ventes dekket ordinært gjennom et offentlig sykehusbudsjett eller av de midler som det offentlige stiller til disposisjon for sosial omsorg ved sykehus.

Hvis Hordaland fylke finner det hensiktsmessig å søke alle disse legater slått sammen til ett eller flere større legater har stiftelsen Kysthospitalet i Hagevik ikke noe å innvende mot dette. Dette forutsetter formentlig at fondenes og legatenes formålsbestemmelser forandres. Den eller de nye formålsparagrafer må formes i samsvar med den ånd som ligger bak opprettelsen av legatene og fondene.

*HAGAVIK, den 9. desember 1975*

I styret for Kysthospitalet i Hagevik

*Lau Eide   Paul Martens   Alfr. Monsen   Otto Brinchmann-Hansen  
Thorolf Gjersvik   Arne Næss   Else A. Johanning*

Samtidig trådte styret tilbake og overlot til fylkeskommunen å utnevne et nytt styre. Formann i det første fylkeskommunale styret for Hagevik ble Thorolf Gjersvik.

Det var noe langt mer enn en sykehusbygning fylkeskommunen fikk seg overdratt i 1976. Kysthospitalets eiendom dekket et areal på 264 mål. Den besto av selve hospitalsbygningen (fra 1926–27 og 1972–74), tre funksjonærboliger, et gårdsbruk, en rekke driftsbygninger og en vakker naturpark. Det så også ut til at hospitalet på dette tidspunkt hadde funnet sin «*nisje*» i sykehusmønsteret: som spesialsykehus innen ortopedisk kirurgi. Den nye operasjonsavdelingen gjorde det også mulig å effektivisere denne delen av arbeidet. Gradvis tok Kysthospitalet til å spesialisere seg innen den såkalte elektive ortopediske kirurgien, det vil si valgte inngrep i muskler, ben og ledd. I 1972 ble de første kunstige hofteledd satt inn på pasienter, og på dette feltet skulle hospitalets personale utvikle en særegen kompetanse. I første omgang gjaldt det kunstige hofteledd, senere kom også kunstige kne-ledd inn i bildet. Midt i 1970-årene rådet optimismen ved Hagevik, både i personalet og i styret. De mange takknemlige pasientene, som tydeligvis følte en egen samhörighet med Kysthospitalet og dets personale, var også glade for at det lille hospitalet hadde funnet sin plass og kunne fortsette å eksistere. Den samme følelsen satt en med i Os kommune, der en arbeidsplass som Kysthospitalet var viktig å bevare.

### ***Et hospital på oppsigelse***

Den endelige helseplanen for Hordaland fylke ble vedtatt av fylkestinget i juni 1972. Der ble sykehusmønsteret for Hordaland lagt. Haukeland fikk status som regionsykehus og universitetsklinikk, sentralsykehus for fylket og lokalsykehus for Bergensområdet i samarbeid med Betanien, Florida og Laksevåg Sanitetsforenings sykehus. Fylkessykehusene på Voss, Odda og Stord skulle dekke resten av fylket. I tillegg kom to spesialsykehus, Kysthospitalet i Hagevik for ortopedisk kirurgi og Hatlestad sykehus for behandling av revmatikere. Hatlestad gikk fra 1976 inn som avdeling av Haukeland sykehus, noe som gjorde at fylket sto igjen med ett spesialsykehus, Kysthospitalet i Hagevik.<sup>34</sup>

Allerede i Sosialdepartementets kommentarer til helseplanen kom det fram ny usikkerhet om Hageviks framtid. Statens Sykehusråd uttalte følgende:

Rådet antar at den intensive ortopediske behandling bør lokaliseres til Haukeland sykehus. Rådet anbefaler på dette grunnlag at det bør utredes om Kysthospitalet Hagevik på lengre sikt kan benyttes til rehabiliteringssykehus.<sup>35</sup>

Sosialdepartementet tilrådte at Kysthospitalet

midlertidig tas med på helseplanen med Hordaland og Sogn og Fjordane fylker som opptaksområde. Kysthospitalet Hagevik forutsettes senere å inngå som avdeling av Haukeland sykehus.<sup>36</sup>

To medisinsk-faglige spørsmål skulle komme til å dominere debatten om Hageviks framtid fra slutten av 1970-årene. Det ene gjaldt lokaliseringen av revmatikertjenestene i fylket. Det andre gjaldt plasseringen av den ortopediske kirurgien. Begge disse to spesialisttjenestene var forholdsvis nye innen medisinen, og det hersket stor usikkerhet og faglig uenighet om behandlingsmåter og ikke minst om hvor behandlingsstedene skulle ligge.





Men smilet ser du fortsatt. Anestesi-sykepleier Turid Hagevik Heggeland og operasjonssykepleier Gunvor Sæle Kongsvik er klare til operasjon.

Foto: Kysthospitalet

Revmatologisk behandling i Hordaland var i 1970-årene lokalisert til Hatlestad sykehus og Haraldsplass. Hatlestad var et gammelt og nedslitt sykehus, og det var enighet om at det måtte få avlastning. Leddgiktspasienter og revmatikere måtte få et bedre tilbud, og komme i kontakt med et bredere behandlingstilbud. Derfor ble sykehuset i 1975 gjort til avdeling av Haukeland sykehus, men uten at selve sykehuset ble lagt ned. Haukeland slet med plassmangel, og sentralblokken var langt fra ferdig ennå. I denne situasjon fant fylkestinget ut at en del senger ved Hagevik måtte kunne brukes av revmatikere.<sup>37</sup> Så kunne til gjengjeld Haukeland ta imot noen flere ortopediske pasienter fra Hagevik. I tråd med dette ble det nedsatt en «programmeringsgruppe» som skulle vurdere de bygningsmessige konsekvenser for Hagevik dersom det nå skulle gå over til et ortopedisk/ kirurgisk/revmatologisk sykehus.<sup>38</sup> I en omfattende innstilling skisserte utvalget i alt syv ulike alternativer for videre drift ved Hagevik. Alternativ syv ble ansett som det faglig og økonomisk mest forsvarlige:

Kysthospitalet i Hagevik vert eit aktivt rehabiliteringssjukehus med ca. 60 senger for pasientar som treng meir langvarig fysikalsk opptrening og rehabilitering. Eit slikt behandlingstilbod vil vera særleg aktuelt for t.d. ein del revmatologiske og ortopedisk-kirurgiskepasientar, slagpasientar og visse nevrologiske pasientar m.v. Kysthospitalet i Hagevik må også etter dette alternativet ha ei fullverdig fysioterapiavdeling med terapibasseng. Alternativet inneber at Haukeland sykehus får ca. 120 ortopedisk kirurgiske senger og ca. 65 revmatologiske senger.<sup>39</sup>

Dette var et drastisk forslag, fordi det innebar flytting av hele den spesialfunksjon som Hagevik hadde arbeidet fram de siste tyve årene: den elektive ortopediske kirurgien. Reaksjonene lot da heller ikke vente på seg. Styret for Hagevik stilte seg uforstående

til sentraliseringstanken og tvilte på at det var plass til både revmatikere og pasienter som trengte ortopedisk/ kirurgisk behandling på Haukeland.

Styret poengterer at dets oppgave i dag er å ivareta interessene til den gruppe pasienter som tilhører den elektive ortopediske kirurgi, og nærer begrunnet engstelse for at disse pasienter vil stille svakt i konkurransen om fremtidig behandling ved Haukeland sykehus». <sup>40</sup>

Også administrasjonen ved Haukeland sykehus advarte mot det alternativ Programeringsgruppa anbefalte. Rehabiliteringen av pasienter burde skje i nærhet av spesialavdelingene og ikke skilles ut som egne enheter, og en slik omdanning av Hagevik ville dessuten bli svært kostbar. Legerådet ved Haukeland anbefalte at en fulgte fylkestingsvedtaket fra 1978 der revmatikerbehandling og ortopedisk kirurgi deles mellom Hagevik og Haukeland. Slik ble det også. I juni 1981 gjorde fylkestinget vedtak om at «Kysthospitalet i Hagevik får permanent status som ortopedisk kirurgisk sjukehus med ca. 70–80 senger.» <sup>41</sup> Var det likevel fremdeles et snev av usikkerhet til stede? Det het nemlig videre i vedtaket:

Sengetal og investeringsprogram for Kysthospitalet i Hagevik vert å vedta når ein har fått røynsle frå drifta ved den utvida ortopedisk kirurgiske avdelinga på Haukeland og frå desentralisert elektiv ortopedisk kirurgi ved fylkessjukehusa på Stord og Voss. <sup>42</sup>



**Einar Sudmann**  
1932–

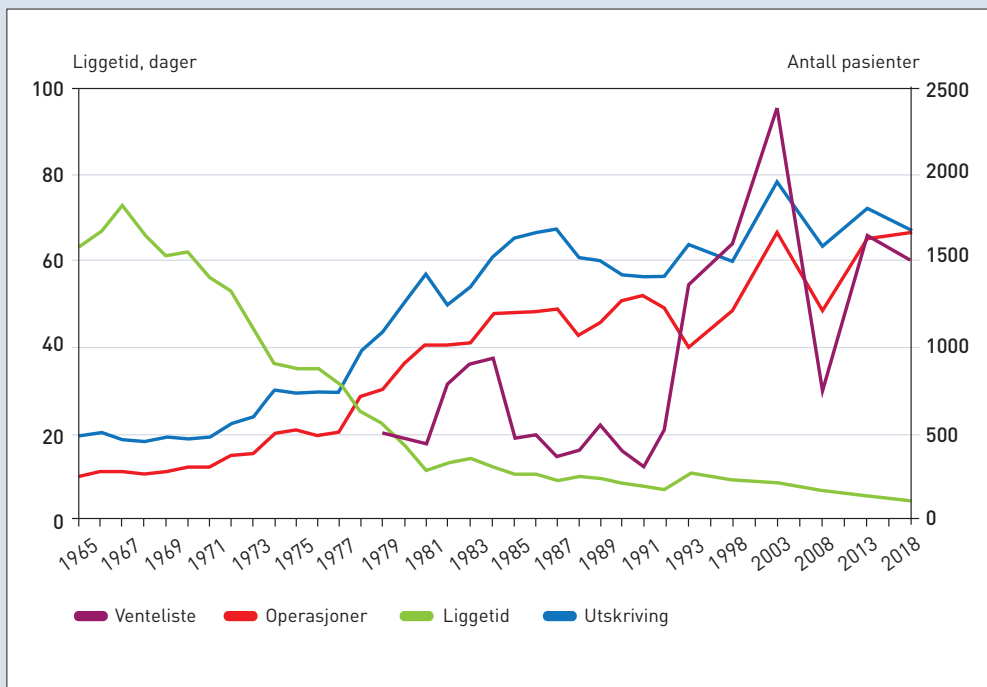
overtok som administrerende overlege ved Kysthospitalet i 1978.

Foreløpig var det imidlertid skapt ro om Hagevik. Under ledelse av Einar Sudmann, som ble ansatt som administrerende overlege etter Brinchmann-Hansen i 1978, utviklet hospitalet seg videre som ortopedisk spesialsykehus. Tilknytningen til Universitetet i Bergen ble nå tettere i og med at Sudmann, først som dosent, senere som professor, også hadde undervisningsplikt på Haukeland, samtidig som medisinske studenter fikk sin undervisning i elektiv kirurgi ved Kysthospitalet. Ny teknologi, mer avansert utstyr og større effektivitet gjorde at tallet på hofteoperasjoner økte fra 100 i 1976 til over 200 i 1985. Samtidig fortsatte liggetiden pr. pasient å gå tilbake. Tidlig i 1970-årene lå gjennomsnittspasienten på Kysthospitalet i over 60 dager. I 1980 var en kommet ned i 20 dager i gjennomsnitt, og i 1990 var liggetiden redusert til ca. 10 dager. (Diagram 1) En del av denne nedgangen skyldes også økt poliklinisk behandling.

Det var gjennom hele denne perioden til dels lange køer av pasienter som ventet på de operasjoner personalet på Hagevik kunne utføre. (Diagram 1) Siden 1979 har nøyaktig statistikk vært ført, også over pasienter i operasjonskø. I annen halvdel av 1980-årene minket operasjonskøen noe. Det henger sammen med at også andre sykehus i Hordaland utviklet ortopedisk kirurgi som spesialfelt.

### **La Kysthospitalet leve!**

1980-årene var trange for fylkeskommunen. Utgiftene til de tunge sektorene helse og utdanning var høye, og gjeldsbyrdene var harde å slite med. <sup>43</sup> Det var derfor ikke underlig at etatsjefene i kommunen fikk strenge pålegg om å spare, omdisponere og effektivisere. Dette var bakgrunnen for at Helse- og sosialstyret i fylket i 1987 fikk et konsulentfirma, AB Sprikonsult, til å foreta en gjennomgang av Kysthospitalet og



**Diagram 1**  
Gjennomsnittlig antall pasienter på venteliste, antall operasjoner og liggetid per pasient 1965–2018.

fagområdet ortopedisk kirurgi, og herunder undersøke om det kunne organiseres på en annen, mer effektiv og billigere måte. En tenkte da særlig på det faktum at den kirurgiske ortopedien var spredt på mange sykehus (Haukeland, Haraldsplass, fylkes-sykehusene og Hagevik). Konsulentfirmaet konkluderte sin undersøkelse med at «*eit lite spesialisjukehus som Kysthospitalet er sårbart og bør på visse vilkår leggjast ned.*»<sup>44</sup> På sikt burde det omdannes til et rehabiliteringssykehus.

På dette grunnlag etablerte fylkehelsestjenesten to arbeidsgrupper som begge skulle vurdere den videre skjebnen til Kysthospitalet. Den ene gruppen besto av fagfolk, og de skulle vurdere organiseringen av ortopedien i Hordaland. Den andre gruppen var sammensatt av helsepersonell og administratorer og skulle komme med framlegg om den videre driften av Kysthospitalet. Begge gruppene la fram sine rapporter i august 1988.<sup>45</sup>

Medisinerne pekte i sin rapport på at behovet for ortopedisk kirurgi var voksende og at det åpenbart ville fortsette å vokse. Dette skyldes både medisinske framskritt og demografiske endringer, det vil si eldrebølgen. På grunn av sterk økning i muskel-skjelettsykdommer (skader, trafikkulykker) sto en i fare for å la de akutte tilfellene dominere, slik at det ikke ble plass til den elektive kirurgien. Det vil i alle fall, hevdet utvalget, være uklokt å redusere kapasiteten for ortopedisk kirurgi.

Etter en gjennomgang av de institusjoner som drev ortopedisk kirurgi i Hordaland, der utvalget påviste at Hagevik var det største sykehuset innen dette feltet i fylket, konkluderte utvalget med at det faglig sett ikke var noe i veien for at de andre sykehusene i fylket kunne ta imot de pasientene Kysthospitalet hadde. Derimot kunne det bli problemer av annen art, ikke minst personell- og plassmessige. Uten at utvalget sa det med rene ord, vurderte det tydeligvis en slik funksjonsendring som nokså lite realistisk, samtidig som det var vanskelig å se at en slik omlegging ville føre til økonomisk gevinst.

Ole Dankert Lunde,  
Kari Indrekvam og  
operasjonssykepleier  
Inger Halland i aksjon.

Foto: Kysthospitalet



Det andre utvalget konkluderte med at Kysthospitalet «*framleis vil vere eit tenleg alternativ for den elektive ortopedien i fylket*». <sup>46</sup> Vilkårene for dette var for det første at anlegget ble pusset opp. Særlig en del av sengepostene var nedslitte og umoderne. Nødvendige oppussingsarbeider ville beløpe seg til omlag 15 millioner kroner. For det andre måtte en gjøre noe for å bedre rekrutteringssituasjonen innen enkelte grupper. Mens hospitalet tidligere hadde hatt vansker med å rekruttere spesialsykepleiersker, gjaldt problemene nå ortopediske kirurger. Fra 1984 hadde sykehuset fem overordnede legestillinger, derav en anestesilege og fire ortopediske kirurger. Den administrerende overlegen var samtidig spesialist i ortopedisk kirurgi. Rekruttering av denne typer spesialister var vanskelig, og gikk til sine tider ut over driften ved hospitalet. Endelig pekte utvalget på at det måtte tilsettes en egen administrasjonssjef ved hospitalet. Ved Kysthospitalet holdt en fremdeles på den gamle strukturen med en overlege som den øverste faglige og administrative sjef, mens en økonomisjef tok seg av den økonomiske siden ved virksomheten. Utvalget foreslo å avlaste overlegen for det administrative ansvaret ved å tilsette en administrasjonssjef (direktør).

Gitt disse vilkårene mente utvalget at Kysthospitalet fremdeles ville kunne spille en viktig rolle i fylket. Det minnet om hva som skjedde med barneortopedien tidligere i 1980-årene. <sup>47</sup> I 1982 vedtok nemlig fylkestinget å overføre barneortopedien fra Kysthospitalet til Haukeland, til tross for at Haukeland verken hadde ressurser eller fagpersonell til denne gruppen pasienter. Vedtaket ble derfor ikke fulgt opp, og selv om en viss fordeling av pasienter skjedde etterhvert, fortsatte Kysthospitalet å behandle barn i aldersgruppen 0–16 år for ortopediske lidelser. Utvalget pekte på at

Barneortopedien omfattar ca. 1/3 av den polikliniske verksemda ved Kysthospitalet i Hagevik og ca. 20 % av det totale talet på operative inngrep.

Denne feilen (sentralisering til Haukeland uten at forholdene ligger til rette for det) måtte ikke skje igjen. Utvalget rådde derfor til at

Kysthospitalet er vel eigna til framleis å drive elektiv ortopedisk kirurgi. Med dei investeringane som alt er gjort – og dei som blir foreslått – vil sjukehuset kunne framstå som funksjonelt og tidsmessig.

Styret for Kysthospitalet sluttet seg til denne konklusjonen i et skriv til Fylkeshelse-sjefen i september 1988.<sup>48</sup> Det argumenterte sterkt for at Kysthospitalet drev effektivt og innen budsjetttrammene, at alternativene var usikre og lite utredet, og at Kysthospitalet hadde ord på seg for å være et «*pasientretta*» sykehus preget av høy kompetanse og godt samarbeid. Legerådet ved Kysthospitalet pekte på at det ikke var godt gjort at en nedlegging av Kysthospitalet og overføring av funksjoner til andre institusjoner ville gi noen økonomisk gevinst, samtidig som legene var skeptiske til den medisinsk-faglige vurdering av et slikt alternativ:

Ved det skisserte alternativ oppnår en ikke det som ønskes: En stor og effektiv ortopedisk universitetsavdeling som kan dekke både den spesialiserte og generelle del av ortopedien, og gi bred utdanning til spesialister, sykepleiere og fysioterapeuter. En slik storavdeling ville gitt mulighet for ytterligere subspecialisering og fremme den faglige utviklingen i regionen. ved en samlet vurdering synes driftsendringen skissert i rapporten å gi en dårligere løsning enn nåværende ordning. Desentralisering til fylkessykehusene i en tid hvor det er manko på utdannede spesialister og hvor rekrutteringen til yrket er synkende, finnes uforsvarlig.<sup>49</sup>

Den «Hvite kjempen» har en sterk posisjon i lokalsamfunnet på Os.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten



Både fylkesutvalget og fylkestinget sluttet seg til innstillingen fra fylkeshelsesjefen, som i sin grundige saksutredning konkluderte med at Kysthospitalet fremdeles hadde en viktig rolle å spille innen sitt spesialområde. Fylkespolitikerne mente også at argumentene for en nedleggelse av Hagevik ikke var sterke nok. Vedtaket lød slik:<sup>50</sup>

1. Fylkestinget vedtek at Kysthospitalet i Hagevik held fram som spesialsjukehus i elektiv kirurgi, men føreset at sjukehuset tilpassar drifta til endra behov innan den somatiske sjukehusetena, ein vil her særleg peike på trongen innan rehabiliteringsarbeidet.
2. Kysthospitalet må rustast opp bygningsmessig for å auke standarden og driftseffektiviteten og eventuelle omlegingar. Investeringsutgiftene på kr 15 mill. må innarbeidast i LTB. (Langtidsbudsjettet EE)
3. Endringar i stillingsplan blir å leggja fram for fylkestinget som særskilt sak.

Et forholdsvis stort mindretall i fylkestinget ville betingelsesløst sikre Hagevik fortsatt status som spesialsykehus og stemte mot reservasjonen i første del av vedtaket. Likevel – så langt, og nok en gang, var Kysthospitalet reddet.

I årene etter dette vedtaket ble det investert en god del midler til oppussing og rehabilitering på Kysthospitalet.

### ***Et hospital på trass***

Hva var årsakene til at Hagevik fikk bestå?

Den viktigste grunnen var kanskje at det aldri ble levert overbevisende nok argumenter for at en nedleggelse ville føre til de ønskede resultater. Den spesialiteten som personalet ved Hagevik utviklet, ortopedisk kirurgi, kunne ikke uten skadevirk-



Pasientene har alltid stått i sentrum på Hagevik. Her inspiserer ortoped Mona Badawy kneet til sin tidligere pasient Astrid Heggland.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten



Hovedbygningen fra 1926 med sitt karakteristiske tårnhus gjør tjeneste fremdeles.

Foto: Øystein Fykse

ninger for hele regionen overføres til andre. Og i alle fall var det høyst tvilsomt om en ville spare noe på det. Selv om mange leger, også kirurger ved Hagevik, nok kunne se faglig-medisinske grunner for å samle all kirurgi ved Haukeland, var det lenge tvilsomt om Haukeland hadde kapasitet til å utvikle en slik avdeling.

Når Kysthospitalet fikk bestå som en egen enhet, skyldes det nok også at «*Kjerringa mot strømmen*» har hatt «*mange gode hjelpere*». Det dreier seg for det første om et vekslende, men solid flertall av politikere i fylkestinget, som hver gang det har vært aktuelt, har stemt mot nedlegging av Hagevik.

For det andre dreier det seg om Os kommune, som selvsagt var interessert i å beholde en stor og viktig arbeidsplass. På en rekke områder har kommunen og Kysthospitalet berøringspunkter og samarbeid, og kommunen har engasjert seg kraftig for å bevare Kysthospitalet i Os. For det tredje har Hagevik, også etter at det gikk over til fylkeskommunen, hatt et styre som har sett det som sin oppgave å verne om hospitalet. Ved flere anledninger har styret, blant annet under henvisning til gavebrevet fra 1975, pekt på nødvendigheten av å opprettholde Kysthospitalet som spesialsykehus, det har redegjort for behovet som dekkes ved Kysthospitalet, og det har pekt på den usikkerhet som oppstår hver gang det reises tvil om hospitalets framtid.

Endelig har Kysthospitalet fått entusiastisk støtte fra mange tidligere pasienter, flere av dem er organisert i «*Kysthospitalets Venner*», som både gikk inn for å bevare hospitalet og spre kunnskap om ortopedisk kirurgi. På denne måten ble det bygget opp et nettverk av «*gode hjelpere*» for Kysthospitalet. La oss se på et eksempel.

I juli 1991 finner vi følgende typiske leserinnlegg i Bergens Tidende:

## Ja, englene fins – på Kysthospitalet i Hagevik

Av Heming Lutro, Bergen

Nettopp hjemkommet fra Kysthospitalet i Hagevik, føler jeg trang til å bringe videre mine gode erfaringer fra 18 dagers opphold ved hospitalet.

Årsaken til min sympatierklæring er at jeg gjerne vil gjøre kjent for politikere, fremtidige pasienter og folk flest at Kysthospitalet har en rekke unike kvaliteter som torde plassere denne «kystens perle» i Hagevik blant de beste sykehus for folk med hofte-, rygg-, kne-, skulder- og liknende lidelser.

Nå er det saktens slik at Kysthospitalet lenge har hatt et godt ord på seg og vi kjenner til at «Kysthospitalets venner» har slått ring rundt hospitalet når det har røynt på. Likevel, det er med en «hospital-profil» som med skigarder – de «kan ikkje vara evig, veit du». Et godt ord må gjentas og blankpusses fra tid til annen og dette innlegget er ment som et bidrag til det. Et sykehusopphold var for meg en ny verden og på sett og vis en fascinerende opplevelse. Derfor var jeg ganske følsom og reseptiv for alt som skjedde – fra forundersøkelser, operasjon, recovery-opphold, pleie, omsorg og fysioterapeutisk trening. Det som gjorde spesielt inntrykk på meg var profesjonalismen i legeapparatet, skikkelig forhåndsinformasjon (og det tok jeg ikke som en selvfølge), enestående omsorg og medmenneskelighet fra pleiernes side, god oppfølging fra fysioterapeutene og den trivsel og solidaritet blant pasientene som bare et godt miljø kan skape.

Skal jeg spesielt fremheve noen ved hospitalet, må det bli hele pleierapparatet. Det vil si uttrykket «apparat» kan gi feile assosiasjoner. Sykepleiere, hjelpepleiere og det øvrige etasjepersonalet fremstod riktignok som et velsmurt hjelpeapparat, men de var i første rekke medmennesker og våre gode hjelpere – på dag – så vel som på nattskift. Selv når det «kimte i klokker» som verst og pleiere fløy som jo-joer fra rom til rom, hadde de smil og service å tilby hver enkelt pasient. Derfor vil jeg gjerne kvittere for mitt opphold på Hagevik med å svare ja på spørsmålet «ängel, fins dom». Ja, de fins i jordiske utgaver blant pleierne på Kysthospitalet.

Naturen som rammer inn Kysthospitalet er både vakker og interessant. På varme soldager kunne vi nyte den fra terrassen som både 3. og 4. etasje var knyttet til. På slike fine dager var alle som ville, rullet ut på terrassen. En herlig blanding av sykesenger, rullestoler og mer eller mindre «krøkkete» pasienter. I naturskjønne omgivelser slynget stier seg innimellom idyllisk natur med botaniske rariteter og blomstrende rhododendron. Med bevilgninger til bedre skogskjøtsel kunne skogen blitt et velpleiet arboret i miniatyr. Er det ikke noe som heter arbeid for trygd – kunne ikke et passende mannskap rykke opp under kyndig forst-oppsyn?

Jeg konstaterte ellers til min glede at en opprustningsprosess har startet på Kysthospitalet. Man har gjort noe med 5. etasje, i juli kommer ny sengeheis og ordet gikk om at modernisering også forestår for andre deler av hospitalkomplekset. Dette tar jeg som tegn på at uansett signaler om sentralisering og nedlegging av de små lokale sykehus, så må de bestemmende og bevilgende myndigheter ha innsett at det tradisjonsrike Kysthospitalet er bevaringsverdig, ikke som museum, men som et levende, livskraftig sykehus.

Dersom våre politikere er interessert i hva vi – brukerne av hospitalet – mener (og det er de vel forpliktet til?) så er det mitt klare inntrykk fra samtaler med pasienter at vi gir vår rungende tilslutning til Kysthospitalets fremtidige vekst og trivsel.

Kysthospitalet i Hagevik gir nemlig lindring av smerte, kurering av hofter, rygg, knær etc., og som om ikke det var nok: Balsam for sjelen.





Overlege Harald  
Omenås undersøker  
pasient på poliklinikken

Foto: Kysthospitalet

### ***Kysthospitalets særpreg***

Når de gode hjelpere har vunnet fram – også med argumenter – henger det selvsagt sammen med det enkle faktum at Kysthospitalet fyller et behov. Det er et lite, veldrevet sykehus som har utviklet høy kompetanse innen et voksende felt i medisinen. I 2018 hadde Kysthospitalet over 200 ansatte. Sykehuset utfører 1600–2000 operasjoner hvert år og har rundt 11.000 polikliniske konsultasjoner. Den gjennomsnittlige liggetiden er nå nede i 4,2 døgn.

Selve eiendommen som de første styrene ervervet, består fremdeles og bidrar til å understreke kontinuiteten. Riktignok har det vært foretatt mange bygningsmessige endringer gjennom årene.

Selv om hospitalets gårdsbruk ble lagt ned i 1991, hviler det en landlig ro over Hagevik. Det understrekes ikke minst av naturen omkring, av Skogstien og Parken.

Også innen det faglig-medisinske området kan vi peke på en linje i hospitalets utvikling. Det begynte med skrofulose og tuberkulose i ben og ledd, særlig hos barn. Gjennom arbeidet med disse pasientene utviklet personalet en kompetanse som var verdifull når det gjaldt ortopedi, og etter 2. verdenskrig spesialiserte sykehuset seg på slike lidelser. Da tuberkulosen var bekjempet kunne leger og pleiersker konsentrere seg om ortopedisk kirurgi, og de ble hjulpet fram av en voldsom vekst i kunnskap og teknologi innen dette medisinske fagfeltet. Ikke minst utviklingen av kunstige ledd har betydd mye. Med nye organisasjonsformer og nye eiere etter 1970 har mye endret seg ved Kysthospitalet. Til sine tider har usikkerheten om hospitalets framtid vært tung å bære. Likevel – som en understrøm – har den medisinske utviklingen gått videre og skaffet personalet stadig høyere kompetanse innen sitt felt. På samme tid har Kysthospitalet klart å bevare det hjemlige og intime preget som bare et lite sykehus kan ha.

---

# 5

---

1993–2018



---

Idyll, sommer som vinter.

Foto: Kysthospitalet

---



# Ortopedisk spesialsykehus

## *Innledning*

Fra 1993 og fram til i dag har Kysthospitalet i Hagevik rendyrket sin rolle som ortopedisk spesialsykehus. I det følgende skal vi foreta en gjennomgang av sykehusets virksomhet i denne perioden. Vi skal se både på det administrative apparatet, den faglige virksomheten, bygningsmassen og parken og behandlingen sett fra pasientenes side.

## *Rammene for virksomheten*

Helse-Norge har endret seg betydelig de siste tiårene. En rekke reformer har ført til store endringer i behandlingsformer, driften av institusjoner og organiseringen av helse-tjenester. I 1982 ble primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten omorganisert, og i 2001 ble fastlegeordningen innført. Samme år trådte pasientrettighetsloven i kraft. Den slo blant annet fast prinsippet om fritt sykehusvalg.

Den mest omfattende reformen for sykehusene, har vært helseforetaksreformen 2002. Den overførte eierskapet til sykehusene fra fylkeskommunen til staten, som så opprettet fem regional helseforetak: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst. (De to siste ble slått sammen til Helse Sør-Øst i 2007.)

Helse Vest var en realitet fra 1. januar 2002. Den besto av fem underliggende foretak: Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Apoteka Vest (senere Sykehusapoteka Vest). I 2004 ble IKT-avdelingene i helseforetakene skilt ut fra foretakene og samlet i et eget selskap, Helse Vest IKT AS.

De regionale helseforetakene fikk et helhetlig ansvar for at befolkningen fikk tilgang til spesialisthelsetjenester, samtidig som de fikk eieransvaret for alle offentlige sykehus i regionen. Sykehusene på sin side fikk ansvar for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.



Kysthospitalet i Hagevik fant sin plass i det nye systemet, når sykehuset i 2002 ble en del av Ortopedisk klinikk i Helse Bergen. Noen avdelinger ble riktignok overført til andre avdelinger i Helse Bergen som Teknisk avdeling, som gikk til Drift/teknisk divisjon i 2002. Samtidig ble personal, lønn og økonomi sentralisert. Radiologisk avdeling gikk til Radiologisk avdeling Haukeland universitets-sjukehus høsten 2003.

Overgangen fra et selvstendig sykehus i Hordaland fylkeskommune til del av en klinikk i et statlig helseforetak var stor. Det tok tid før helseforetakene fant sin organisering og arbeidsform, og det samme gjaldt organiseringen av ortopedisk kirurgi i Bergen. Oppsplittingen av sykehuset til ulike enheter og avdelinger gjorde driftssituasjonen vanskelig. Fra høsten 2004 fikk Kysthospitalet i Hagevik på ny en enhetlig leder for den delen av sykehuset som inngikk i Ortopedisk klinikk. Kysthospitalet i Hagevik ble en selvstendig enhet i Ortopedisk klinikk sammen med ortopedisk avdeling, Haukeland universitets-sjukehus og ortopedisk rehabilitering (da lokalisert på B-sykehuset på Laksevåg). Kysthospitalet i Hagevik fikk fortsatt hovedansvaret for den planlagte (elektive) ortopediske kirurgien hos voksne i Helse Bergen.

På 1990-tallet ble DRG-systemet innført i Norge. DRG, diagnoserelaterte grupper, er et system som klassifiserer pasienter i grupper som er medisinsk og ressursmessig like. Systemet ble utviklet i USA på 1970-tallet, og på 1980-tallet ble systemet tilpasset til



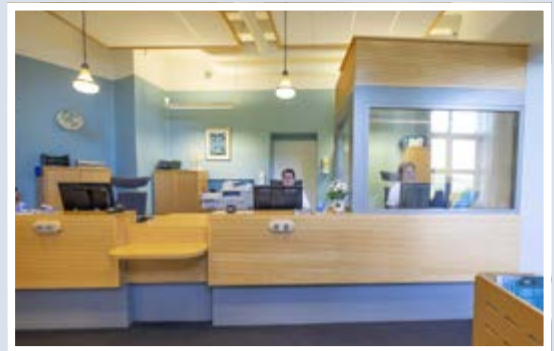
Fra fysioterapi-avdelingen.

Foto: Kysthospitalet



Pasientmottaket slik det fremsto før ombyggingen.

Foto: Kysthospitalet



Pasientmottaket anno 2019.

Foto: Magnus Vabø

◀ I desember 2006 ble pasientmottaket gjenåpnet etter ombygging.

Foto: Kysthospitalet

norske forhold. En kostnadsvekt beskriver hvor ressurskrevende en DRG er i forhold til «gjennomsnittspasienten» som har vekten 1. Kostnadsvektene oppdateres årlig.

DRG-systemet ble først benyttet til å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning ved sammenlikning av kostnadsnivå mellom sykehus. Ved innføring av innsatsstyrt finansiering i sykehusene (ISF) i 1997, ble DRG en viktig del av finansieringen for sykehusene. Finansieringen ble nå delt mellom rammetilskudd og ISF. Endringen ga myndighetene en ny mulighet til å styre aktiviteten i sykehusene, siden de nå kunne øke/reducere økonomisk tilskudd for behandlinger som de ønsket det skulle gjøres mer/mindre av.

Prioritering i spesialisthelsetjenesten fikk sterkt fokus fra slutten av 80-tallet. Lønningutvalget foreslo tre kriterier for prioritering: Forventet nytte, alvorlighet og forholdet mellom kostnad og nytte. Kriteriene fikk tilslutning fra Stortinget, og ble i år 2000 inkludert i pasientrettighetslovgivningen. Kriteriene ble i 2016 revidert etter arbeid fra

Norheim-utvalget og Magnussengruppen til at tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Det er utarbeidet fagspesifikke prioriteringsveiledere på klinisk nivå. Ventetidsgarantien kom i 1997 og ble innlemmet i pasientrettighetsloven. I 2004 ble dette forsterket ved at spesialisthelsetjenesten ved mottak av henvisninger fra primærhelsetjenesten nå er pålagt å vurdere om det er behov for nødvendig helsehjelp i henhold til loven. Det fastsettes en individuell frist for når tjenestetilbudet skal være iverksatt for at tjenesteytingen skal være forsvarlig. Det skal fastsettes en frist for når henvisningen skal være vurdert. Fristen var initialt 30 dager, men er nå redusert til maksimum 10 virkedager.

Etter årtusenskiftet fikk ikke bare helsereformen, men DRG-systemet, prioriteringsforskriften og ventetidsgarantien stor betydning for driften av sykehuset. Mellom 2005 og 2010 ble ventelistene redusert da det ble opprettet flere private ortopediske institusjoner i Bergen og andre sykehus utvidet sine ortopediske tilbud. I tillegg gjorde man ulike tiltak for å effektivisere driften ytterligere da det begynte å bli et samfunnskrav at ventetidene og ventelistene ved de offentlige sykehusene skulle reduseres. Til tross for tendensen til at aktiviteten dreide ytterligere mot tyngre og mer kompleks ortopedisk kirurgi, så ble liggetiden stadig redusert. Dette skyldtes nye og bedre metoder både innenfor ortopedi og anestesi, og et annet syn på rehabilitering.

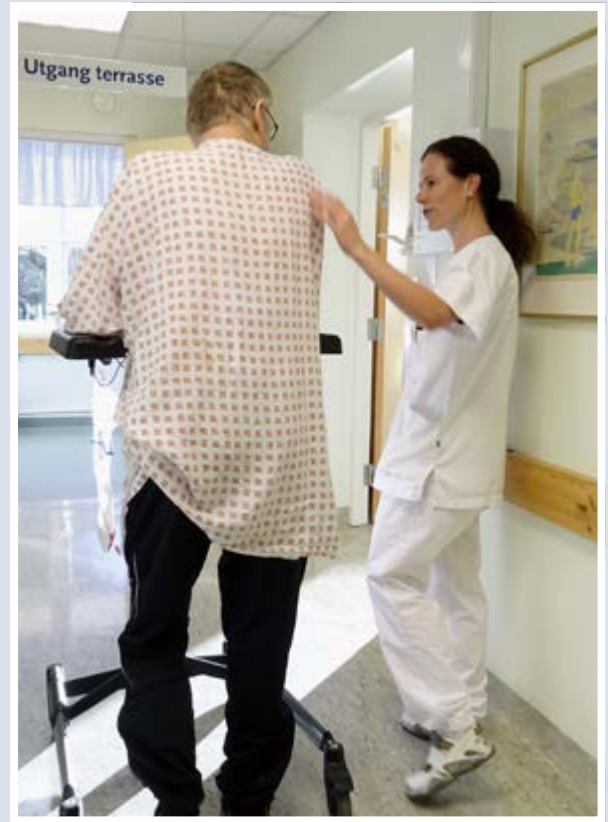
Utviklingen innenfor IKT har de siste tiårene ført til en stor endring av arbeidsdagen for mange av yrkesgruppene på Kysthospitalet. Det har blitt helt nye arbeidsmetoder og også andre arbeidsoppgaver for de fleste.

Ved ulike tidspunkt har foretaksledelsen i Helse Bergen senere vurdert om hele eller deler av virksomheten ved Kysthospitalet burde sentraliseres. Helse Bergen leide inn et eksternt konsulentfirma (Habberstad) etter opprettelsen av helseforetaket. I 2004 var



Sykepleiere på  
sengepost.

Foto: Kysthospitalet



blant annet oppdraget å vurdere driften av Kysthospitalet. Konklusjonen var at ved å øke legeressursene og gjøre en del bygningsmessige utbedringer, så kunne kapasitetsutnyttelsen ved sykehuset forbedres, og gjennomføring av dette ble sterkt anbefalt fordi det ville føre til at flere pasienter kunne behandles.

Det tok tid å få gjennomført dette samtidig som utviklingen fortsatte og kravene til aktivitet økte. Det ble flere ganger de følgende årene vurdert om hele eller deler av driften på Kysthospitalet burde overføres til Haukeland universitetssjukehus. Sist i forbindelse med ny utviklingsplan i Helse Bergen (2018–2035) da det ble satt ned en intern arbeidsgruppe for å gjøre en kost-nyttevurdering av organiseringen av ortopeditilbudet i Helse Bergen.

Det skulle vurderes om man skulle redusere fra tre til to sykehus som skulle drive med ortopedisk kirurgi, og de aktuelle avdelingene var ortopedisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus, Voss sjukehus og Kysthospitalet i Hagevik. I mandatet het det blant annet at man skulle sammenligne kostnader og nytteverdi ved a) opprettholdelse av dagens organisering og b) flytting av ortopedisk aktivitet på Kysthospitalet til Haukeland universitetssjukehus og Voss. Etter at rapporten med vurderinger som innbefattet fokus på tre forhold: pasienter, medarbeidere og økonomi var forelagt foretaksledelsen, så ble det besluttet at dagens organisering skulle opprettholdes. Kysthospitalet skal få fortsette å utvikle seg som et ortopedisk spesialsykehus til pasientenes beste.

Pasientene på Kysthospitalet går selv til operasjonsstuen i følge med sykepleier.

Til høyre gangtrening med prekestol etter operasjon. Fysioterapeut Kristine Hagen Natvik følger oppmerksomt med.

Foto: Kysthospitalet

Ole Dankert Lunde og Kari Indrekvam fotografert i 2006. Lunde var sjef for den ortopedisk-kirurgiske avdelingen fra 1993 til 2006, mens Kari Indrekvam har vært sjukehussjef siden 2004 og tok også over ansvaret som avdelings-overlege fra 2006.

Foto: Kysthospitalet



### **Ledelsen**

Fram til august 1990 hadde Kysthospitalet en administrerende overlege som under seg hadde en forvalter, senere forvalter og økonomisjef. Da ble administrasjonsordningen endret, og sykehuset fikk sin første direktør, Siri Kraft Talsnes.

Einar Sudmann, som hadde vært administrerende overlege ved hospitalet siden 1978, fortsatte som avdelingsoverlege fram til 1993. Han var også tilbake som direktør i året fra Talsnes sluttet i juli 1992, til Svein-Erik Aasebø ble ansatt som ny direktør i juli 1993.

Fra 1993 til 2006 var Ole Dankert Lunde avdelingsoverlege for den ortopedisk-kirurgiske avdelingen. Ved hans avgang besto avdelingen av ni overleger og fire assistentleger. I 2006 fikk Lunde Kongens fortjenstmedalje i gull, blant annet fordi han sammen med Sudmann aldri gav opp kampen for å beholde sykehuset. De benyttet seg av lokal presse, rikspresse, lobbyvirksomhet og personlige kontakter for å unngå nedleggelse.

Aasebø var direktør fra 1993 til 2002. I hans direktørperioden økte aktiviteten betydelig ved effektivisering av driften. I tillegg var det en dreining mot flere tunge, tidkrevende, operasjoner. Når Kysthospitalet ble en del av Ortopedisk klinikk i Helse Bergen, var Aasebø klinikkdirektør det første året. Det var flere lange kamper i prosessen. Først med fylkeskommunen for å beholde mest mulig av eiendommen, og senere i Helse Bergen om både ledelse og struktur før organisering i klinikken var etablert i løpet av året. Aasebø ble etterfulgt av Lars-Oddvar Arnestad som var direktør for Ortopedisk klinikk fram til 2013 da Kjell Matre overtok.

Fra 2004 har Kari Indrekvam vært sjukehussjef for Kysthospitalet, og fra 2006 har hun også vært avdelingsoverlege.

Kari Indrekvam var ferdig utdannet lege i 1986, og tok doktorgraden innen ortopedisk kirurgi i 1992. Hun ble spesialist i generell kirurgi i 1997 og i ortopedisk kirurgi i 1999. Siden 1997 har hun vært ansatt på Kysthospitalet, først som lege i spesialisering, og fra 1998 som overlege. Fra 2002 har hun også hatt en bistilling ved Universitetet i Bergen og hun har vært ansvarlig for undervisning av medisinerstudenter og veiledning



av doktorgradskandidater. Fra 2015 har hun vært medlem av Programutvalget for medisin ved UiB, og ledet et semesterstyre i den nye studieplanen. Hun har hatt en rekke verv, og har blant annet vært president i Norsk ortopedisk forening, sittet i styret i Norsk kirurgisk forening og i Nordisk ortopedisk forening. Kari Indrekvam er norsk representant i UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), organ for medisinske spesialister innen EU som jobber for å harmonisere ortopedisk utdanning og virke.

Kysthospitalet har en ledergruppe som ved siden av sjukehusjefen består av lederne for alle sykehusets avdelinger som inngår i ortopedisk klinikk: legene, fysioterapeutene, sengeposten, ortopedisk serviceseksjon (operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere og intensivsykepleiere), mottaksseksjonen (pasientmottak, poliklinikk, skrivestue og resepsjon) og driftsavdelingene (kjøkken, renhold, vaskeri og forsyning/lager) og stab.

Ledergruppen har ansvar for:

- *Utarbeiding og oppfølging av strategi- og handlingsplaner*
- *Planlegging og oppfølging av driften*
- *Økonomistyring*
- *Oppstart, oppfølging og evaluering av avdelingsovergripende prosjekter*
- *Godkjenning av avdelingsovergripende avtaler*
- *Oppfølging av faggruppene og tverrfaglige grupper. (Sårgruppen og Smertegruppen)*
- *Godkjenning av rutine-endringer, eller endringer i pasientinformasjon som gruppene ønsker implementert*
- *Temadager. Planlegging og gjennomføring av «temadag» hver høst og «Rikets tilstand» hver vår.*

Det er en driftsgruppe som også inkluderer lederne for avdelingene som ikke inngår i ortopedisk klinikk: radiologisk avdeling, laboratoriet og teknisk avdeling. I tillegg kan mellomlederne fra de ulike avdelingene delta. Driftsgruppen har ansvar for:

- *Oppfølging av daglig drift og planlagt aktivitet ved sykehuset*
- *Fora for saker som angår mer enn en avdeling*
- *Informasjon om viktige saker for enkeltavdelinger som kan ha betydning for andre avdelinger*
- *Rådgivende til ledergruppen.*

Det er en fagansvarlig overlege for hvert av feltene: hofte (Roel Bierling / Per Aga), kne (Mona Badawy), fot/ankel (Magnus Valland), rygg (Ivar Magne Austevoll), skulder (Jone Segadal) og hånd/albu (Per Aga). For de store pasientgruppene som er rygg-, hofte- og knepasienter, er det dannet tverrfaglige faggrupper som har i sitt mandat å oppdatere og følge opp pasientforløpene. Gruppene ledes av fagansvarlig lege. Dette er tenkt videreført også til de andre faggruppene.



Siri Kraft Nygaard Talsnes var sykehusets første direktør. Hun ble ansatt i 1988 som økonomisjef og var direktør fra 1990 til 1992. Foto: Anfinn Johnsen



Svein-Erik Aasebø var direktør fra 1993 til 2002.



Kjell Matre har vært direktør for Ortopedisk klinikk i Helse Bergen siden 2013.

## KiH arbeidsgrupper for pasientforløp

Mandat 23. februar 2016

KiH har standard pasientforløp for de store pasientgruppene. Det er ønskelig med en arbeidsgruppe som har ansvar for å monitorere og evt. foreslå oppdateringer av disse pasientforløpene.

Gruppene skal være tverrfaglig sammensatt og ha representanter fra alle pasientbehandlende avdelinger. Fagansvarlig lege skal være leder av gruppen. Møtefrekvens kan variere, og møter kan foreslås av alle gruppens medlemmer. Gruppens sekretær står for organisering av møtene og skriver referat fra møtene. Referat fra møtene sendes sjukehussjef, og legges i EK med link på KiHs innside.

Gruppen skal ha fokus på:

- *Medlemmene skal være motiverte og pådrivere for at KiH alltid er oppdatert og kan tilby pasienten den beste behandling.*
- *Gruppen har ansvar for å evaluere dagens praksis og se om noe kan endres/gjøres bedre.*
  - Medlemmene skal lese det siste av forskning og utvikling innen fagfeltet, og evt. komme med forslag til endringer som kan tilpasses KiH.
  - Sammenligne KiH med tilsvarende enheter nasjonalt.
- *Sammen med avdelingsledere skal medlemmene sørge for en god implementering av nye rutiner.*
- *Skal gjennomgå og ha regelmessig revisjon av pasient informasjon både skriftlig og info-møtet ved operasjonsklarering.*
- *Utføre brukerundersøkelser innen aktuelt pasientforløp, og vurdere å ha brukerrepresentant i gruppen*
- *Konferere med KiHs andre arbeidsgrupper som smertegruppen og sårgruppen*

Alle arbeidsgruppens forslag til endringer forelegges Driftsgruppen KiH til vurdering. Driftsgruppen kommenterer og sender videre til Ledergruppen KiH for godkjenning før nye rutiner legges i EK.

Gruppen sender årsrapport til ledergruppen i januar.

## DEN FAGLIGE VIRKSOMHETEN

Kysthospitalet i Hagevik er i dag et spesialsykehus innen elektiv (planlagt) ortopedi, og har et godt omdømme blant pasienter og samarbeidende sykehus.

Ved Kysthospitalet vurderer og behandler de ortopediske kirurgene pasienter med muskelskjelettlidelser som ikke trenger øyeblikkelig hjelp. Dette er pasienter som får livskvaliteten betydelig redusert på grunn av smerter og funksjonsnedsettelse. De største pasientgrupper er artrosepasienter med behov for proteser i hofte eller kne, samt pasienter med degenerative rygglidelser som trenger ulike former for kirurgisk behandling. Ellers behandles lidelser i de fleste ledd i noe mindre målestokk. Gjennomsnittspasienten er 60 år, men sykehuset opererer pasienter i alle aldre fra unge voksne til de eldste.

Alle pasientene som henvises til Kysthospitalet, blir vurdert poliklinisk av lege. Andelen pasienter som får tilbud om operativ behandling, vil variere i henhold til hvilken lidelse pasienten har. Av de store pasientgruppene vil flest pasienter som vurderes poliklinisk innlegges for protese kirurgi (ca. 3/5), mens en mindre andel av ryggpasientene tilbys operasjon (ca. 1/4).

Rengjøring og pakking av instrumenter foregår på sterilsentralen. Her er sterilforsynings-  
tekniker Oddny Anita  
Haugstad Heggeland i  
aksjon. Foto: Magnus Vabø



Pasienter som skal til operativ behandling, gjennomgår en «operasjonsklarering» et par uker før planlagt inngrep. Pasientens helsetilstand blir vurdert, og det sjekkes at alle nødvendige prøver og undersøkelser er gjort. Pasienten får snakke med ortopedisk kirurg og anestesilege, og det er et informasjonsmøte for pasienter og pårørende om aktuell lidelse, behandling og hva som kan forventes i forløpet. Dette har redusert andelen pasienter som får planlagt operasjon utsatt, og det gjør at pasientene er godt informerte og tryggere på hva operasjonen og oppholdet på sykehuset innebærer.

Liggetiden er halvert de siste 10 årene, og er et resultat av endringer i behandlings-, pleie- og opptreningsmetoder. Sengetallet er i tilsvarende periode redusert fra 40 til i gjennomsnitt 28. Sengetallet er i dag differensiert gjennom uken, og i forhold til høy- versus lavaktivitetsperioder. Operasjonsprogrammet planlegges med de antatt største og mest komplekse inngrepene tidlig i uken og lettere inngrep seint i uken slik at flest mulig av pasientene kan reise hjem til helgen.

Tidligere opererte hver ortoped på Kysthospitalet innen hele det elektive ortopediske fagfeltet, men de siste par tiårene har det foregått en spesialisering slik at de fleste ortopedene har ett eller to ledd som sitt arbeidsfelt. Dette er i tråd med at det i samme periode har vært en stor medisinsk og teknisk utvikling, og pasienter og samfunn stiller stadig større krav til hvordan helsevesenet drives.

Kysthospitalet er et spesialsykehus, og har stort volum på de fleste inngrep tross sin begrensede størrelse med fire operasjonsstuer. Sykehuset er blant de største i landet i antall opererte hofte- og kneproteser samt ryggoperasjoner.

Spesialsykehus betyr også at det kun utføres rene ortopediske inngrep, noe som er medvirkende til at postoperative infeksjoner er på et minimalt nivå. Kysthospitalet er blant sykehusene i landet med færrest infeksjoner.

I forbindelse med utbyggingen av operasjonsavdelingen i 2008 fikk Kysthospitalet i Hagevik en samarbeidsavtale med Forsvarets Sanitet. Et feltsykehus ble reist på parkeringsdekket, og gjorde at sykehuset kunne operere flere pasienter under ombyggingen.

Foto: Kysthospitalet





Noen sentrale personer foran feltsykehuset. Fra venstre: Viseadministrerende direktør i Helse Bergen Anne Sissel Faugstad, administrerende direktør Stener Kvinnsland, seksjonsoverlege og medisinsk ansvarlig for driften av feltsykehuset Jone Segadal, major og sjef for kirurgisk enhet Ståle Rudiløkken, sjukehus-sjef og avdelingsoverlege for Kysthospitalet Kari Indrekvam, klinikkdirektør ortopedisk klinikk Helse Bergen Lars Oddvar Arnestad, major og farmasøyt Geir Inge Langdal og grenader Knut Andreas Karlsen.

Foto: Kysthospitalet

Som spesialsykehus brukes sykehuset også av kollegaer til «*second opinion*», både i Helse Vest og ellers i landet. Kysthospitalet er en verdsett samarbeidspartner med tanke på pasienter der det av ulike grunner er vanskelig å planlegge eller gjennomføre best mulig behandling. Vanligvis opereres disse pasientene på Kysthospitalet, men ortopedier fra Kysthospitalet stiller også på andre sykehus som spesialisert gjesteoperatør.

Den økende levealderen og økte krav til høyt funksjonsnivå vil i årene framover føre til flere pasienter i de pasientgruppene som behandles ved Kysthospitalet. Det er en tendens til at de mindre sykehusene i Helse Vest vil operere færre inngrep som ikke regnes som standard inngrep, og at henvisningene fra andre områder i Helse Vest øker.

I 2018 ble det totalt mottatt 4448 henvisninger, det ble utført 9558 konsultasjoner på poliklinikken, og operert 1688 pasienter hvorav 1437 var inneliggende og 251 dagkirurgiske pasienter. Hovedvekten er større inngrep med stor kompleksitet av lengre varighet.

Sykehuset er også en utdanningsinstitusjon for LIS (leger i spesialisering), som får tett oppfølging av fagansvarlig overlege både på poliklinikk og operasjonsstue. Samtidig vil tjenesten på Kysthospitalet gi volum på de operative inngrepene. Sykehusets seks leger i spesialisering (LIS) til ortopedisk kirurg, vil få avtale om tjeneste på Haukeland universitetssjukehus for å få gjennomført den traumatologiske delen (skadekirurgi) av utdanningen.

Kysthospitalet er som nevnt en del av Universitetet i Bergen, og avdelingsoverlegen er ansatt i bistilling der. Det holdes forelesninger, klinikker og gruppeundervisning for medisinske studenter både på universitetet og på Kysthospitalet.

Forskning er en viktig del av oppdraget til sykehuset, og dette har økt i omfang de senere år. Det er bygget opp et godt og stimulerende forskningsmiljø, først og fremst blant legene samt fysioterapeuter og sykepleiere. Sykehuset har for tiden to overleger

# Fot/ankel/legg - smerter?

Fagsvarleg: Overlege Magnus Valland

## Kompleks anatomi



## Vedvarande smerter i området under kneet?

### Dette kan du gjere sjølv for å bedre plagene:

- Vær fysisk aktiv – turgåing, sykling, svømming, styrketrening, ta kontakt med ein fysioterapeut om du trenger hjelp for å komme i gang
- Redusere vekt – dersom du har overvekt kan kvar kilo auke lasta på fot / ankel / legg.
- Bruk gode sko; få tilpassa sko/solar
- Ta litt smertestillande ved trong - snakk med fastlegen din om kva tabletter du kan ta

Dersom du har prøvd dei konservative tiltaka ein periode, men framleis er plaga, kan du be fastlegen din tilvise Kysthospitalet i Hagevik for spesialist-vurdering og for vurdering av operasjon eller anna handsaming.

Me freistar saman med pasienten å finna årsaka til plagene, og om me kan avhjelpa desse, anten ved hjelp av konservative tiltak eller ikkje freista, eller ved operasjon.

Her er bileter av nokre av tilstandane me kan avhjelpa:



Ein freistar alltid å unngå operasjon, og operasjon er meir unntaket enn regelen

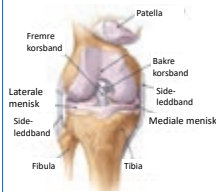


# Kneplager?

Fagsvarleg kne: Overlege Mona Badawy

Knegruppe: Kari Helweg Bøttger (sjukpleiar Oppvekning), Måa Louise Mowinkel-Nilsen (radiograf), Anne Suran Bjørnsbakk (sjukpleiar Sengpass), Bernt Storm (anestesiokspesialist), Janne Markestad (fysioterapeut), Randi Våg (sjukpleiar Mattakostsjøen), Lilian Aneljord Brattberg (operasjonsokspesialist), Ørjan Stenmetten (fysioterapeut), Ven Bødren Solbjør (anestesiokspesialist)

## Kneets anatomi



## Vedvarande knesmerter pga artrose (slitasje av brusk og menisk)?

### Dette kan du gjere sjølv for å bedre plagene:

- Vere fysisk aktiv – turgåing, sykling, svømming, styrketrening, ta kontakt med ein fysioterapeut om du trenger hjelp for å komme i gang
- Redusere vekt – dersom du har overvekt kan kvar einaste kilo auke belastninga på kneet
- Bruke gode sko
- Ta litt smertestillande ved behov - snakk med fastlegen din om kva for tabletter du kan ta

Dersom du har prøvd dei ikkje-operative tiltaka ein periode, men kneet fortsatt er plagsomt, kan du be fastlegen din tilvise til Kysthospitalet i Hagevik for spesialist-vurdering av kneet for vurdering av operasjon eller annan behandling.

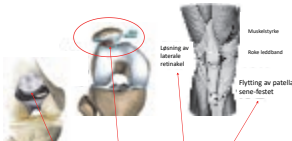
Einidig artrose kan av og til opereres med uni/halv-protese



Ved artrose i heile leddet kan det bli aktuelt med ei total/hell-protese



Ved artrose og skeivstilling i kneet, kan ein oppretting/osteotomi vere eit godt alternativ



Eit godt resultat etter operasjon er avhengig av god opptrening:

- Egeninnsats
- Fysioterapi

Patellofemorall-leddet (kneeskjellet) kan også vere årsak til knesmerter. Nokre ganger finner ein skeivstilling og kan gjere ulike operative behandlingar. Ved artrose finst uniprotese også for dette leddet.

I 2018 opererte vi 370 knepasientar, derav fekk 297 pasientar ei kneprotese



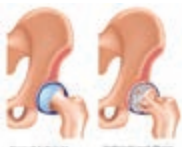
# Hofteplager?

Fagsvarleg hofte: Overlege Per Aga

Hoftegruppe: Margarete Iversen (radiograf), Malen Høglund (anestesiokspesialist), Torunn Hovdeland (operasjonsokspesialist), Kristine Hagen Nafvik (fysioterapeut), Elisabeth Wik (anestesiokspesialist sengpass), Knut Ole Herland (anestesiokspesialist oppvekning), Toril Aulund, Eldbjørn Mattakostsjøen

Symptomer på artrose (slitasje av brusk) i hofta kan være lysesmerter, smerter ved rørsle, smerter i kvile, stivleik i leddet og nattesmerter.

## Anatomi



## Vedvarande hoftemerter pga artrose (slitasje av brusk)

### Dette kan du gjere sjølv for å bedre plagene:

- Vere fysisk aktiv – turgåing, sykling, svømming, styrketrening, ta kontakt med ein fysioterapeut om du trenger hjelp for å komme i gang
- Redusere vekt – dersom du har overvekt kan kvar einaste kilo auke belastninga på hofta
- Bruke gode sko
- Ta litt smertestillande ved behov - snakk med fastlegen din om kva for tabletter du kan ta

Dersom du har prøvd dei ikkje-operative tiltaka ein periode, men hofta fortsatt er plagsomt, kan du be fastlegen din tilvise til Kysthospitalet i Hagevik for vurdering av operasjon eller annan behandling. Det er ikkje nødvendig med MR for å bekrefte diagnosen, det er tilstrekkeleg med vanleg røntgenbilde.

Ved langkommen artrose i hofteleddet, kan det bli aktuelt å få satt inn ei hofteprotese



Etter ein operasjon er det viktig å komme raskt i gang med aktivitet/trening. Egeninnsats er ofte avgjerande for eit godt resultat.

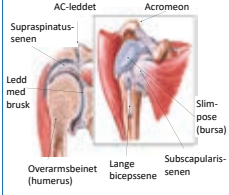
I 2018 opererte vi 656 hoftepasientar, derav fekk 526 pasientar ei hofteprotese.



# Skulderplager?

Overlegene Gina E. Ø. Toskedal, Tore Wien og Jone Segadal

## Skulderens anatomi



## Vedvarande skuldersmerter pga senesykdom/slimposebetennelse?

### Dette kan du gjere selv for å bedre plagene:

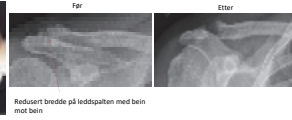
- Tren beveglighet – tøyninger og øvelser for å beholde/øke bevegelsesutfall
- Styrkeøvelser – lette øvelser med mange repetisjoner som styrker rotatormuskjetein (fysioterapeut kan veileide)
- Unngå aktiviteter som forverrer smertene – typisk arbeid med hendene over hodeshøyde, langvarig stilling, statiske belastninger
- Ta litt smertestillande ved behov - snakk med fastlegen din om hvilke tabletter du kan ta

Dersom du har prøvd dei ikkje-operative tiltakene ein periode, men skulderen fortsatt er plagsomt, kan du be fastlegen din henvise til Kysthospitalet i Hagevik for spesialist-vurdering av skulderen for vurdering av operasjon eller annen behandling.

Kikkhullskirurgi er vanlig i skulderen



Ved smertefull slitasje i AC-ledd kan man frese deler av dette



Ved avrivning av sener kan disse i enkelte tilfeller sys tilbake



Ved slitasje i leddet eller store senearvringinger kan protese være et alternativ



Rift i supraspinatusenen sydd tilbake med 2 trådnåler

Anatomisk protese Reversert protese

Et godt resultat etter operasjon er avhengig av god opptrening:

- Egeninnsats
- Fysioterapi

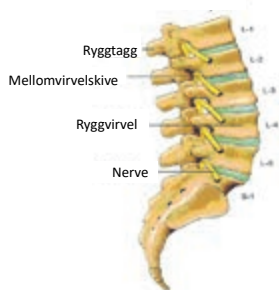


# Rygglidingar



**Rygggruppa:** Christine Strømme (sjukepleiar Oppvakning), Wenche Nyborg (radiograf), Mona Lyssand (avd.sjukepleiar Sengpost), Hege Haugen (anestesistjukepleiar), Eva S Jentoft (fysioterapeut), Liv Torhild Askeland (sjukepleiar Mottaksaksjonen), Solveig Tvetten (operasjonssjukepleiar), Inar Austevoll (overlege).

## Korsryggen sin anatomi



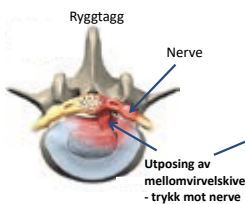
## Generelle råd for førebygging og behandling av korsryggsmerter

- **Vere fysisk aktiv** – Mosjon og trening reduserer risikoen for å ha vondt i ryggen (1)- gjer det du likar best å halda på med!
- **Redusere vekt** – overvekt aukar risikoen for ryggsmerter (2)
- **Røykeslutt** – røyking aukar risikoen for ryggsmerter (2)
- **Smertestillande ved behov** – etter avtale med fastlegen.

(1) G Hilde et al 2006, Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica (review) Cochrane Library  
(2) R. Shiri et al, 2018, Risk factors for low back pain: A population-based longitudinal study.

Dersom du i tillegg til ryggsmerter har smerter nedover i beinet/beina, kan dette tyde på at det er trengt for nerver i ryggkanalen. Dei vanlegaste årsakene til dette er skiveprolaps og spinal stenose. Dersom symptoma varer meir enn 4-6 veker bør du ta kontakt med fastlegen. Fastlegen vurderer om du skal verta henvist til MR-undersøking. Dersom du opplever kraftsvikt i beina eller manglande kontroll over vasslating eller avføring, må du ta kontakt med lege så fort som mogleg .

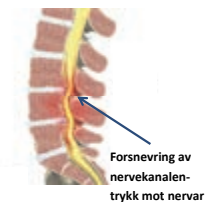
## Skiveprolaps



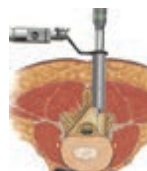
- Vanlegaste alder: 20-45 år
- Vanlegaste symptom: smerter utside/baksida lår og legg
- Obs: kraftsvikt eller manglande kontroll av vasslating
- Anbefaling: vanlig aktivitet dersom smertene tillèt det
- 80-90 % vert bra utan operasjon
- Operasjon: mikrokirurgisk fjerning av prolaps



## Spinal stenose



- Oftast mellom 60 og 80 år
- Vanlegaste symptom: smerter nedover beina når ein står og går  
Mindre smerter når ein bøyer seg framover
- Anbefaling: vanleg aktivitet dersom smertene tillèt det
- Mange vert betre utan operasjon
- Operasjon: fjerne beinvev og bindevev slik at det vert betre plass for nerver
- NORDSTEN-studien: Verdas største randomiserte studie (over 1000 pasientar deltek) på behandling av spinal stenose



I 2018 opererte vi 408 ryggpasientar ved KiH

HELSE BERGEN  
Kystspitalet i Hagevik

Plansjer om plager fra ulike ledd, laget som folkeopplysning i forbindelse med 125-årsjubileet i 2018.

Lege i spesialisering Emma Rødne undersøker pasient på poliklinikken.

Foto: Kysthospitalet



som nylig har disputert, og fem som holder på med sitt PhD-arbeid. Det er viktig at et spesialsykehus bidrar sterkt til kompetanseheving og «evidence-based» kirurgisk virksomhet. Med store volum på mye av behandlingen, er sykehuset spesielt godt egnet til klinisk forskning. Det foregår nå forskning både blant leger og fysioterapeuter, både på master og PhD-nivå. Kysthospitalet har forsknings samarbeid med Nasjonalt Register for Leddproteser, Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi og Biomateriellaboratoriet.

Kysthospitalets leger har flere ganger arrangert to dagers kurs innfor elektiv ortopedisk kirurgi for allmennleger/fastleger. Dette gir ved siden av felles faglig forståelse for utredning og behandling også bedre samhandling og pasientforløp.

Kysthospitalet har i 2018 tilsatt 12 ortopediske spesialister og seks leger i spesialisering. Kysthospitalet driver også med opplæring av pasienter og pårørende. Ryggklinikken har vært et tilbud til pasienter fra 1996, og fra 2008 har informasjonsmøter for pasienter som er planlagt operert og deres pårørende utviklet seg til nå å omfatte rundt tre fjerdedeler av pasientgrunnet. Daglig gis det i disse møtene informasjon fra lege, fysioterapeut, sykepleier og spesialsykepleier om sykdom, behandling, opphold på sykehuset, opp trening og tiden etter operasjonen.

### **Mottaksseksjonen**

Mottaksseksjonen er ansvarlig for all pasientkontakt før og etter innleggelse ved sykehuset. Den består av resepsjon, pasientmottak og telefonsvartjeneste i 1. etasje, poliklinikk i 2. etasje og kontor/dokumentasjonstjeneste i 3. etasje.

Alle henvisninger, brev og andre dokument som kommer til Kysthospitalet håndteres av Mottaksseksjonen. All dokumentbehandling skjer i 3. etasje hvor registrering og timetildeling skjer i samme prosess. For å bedre kapasitetsutnyttelsen i poliklinikken har det de siste 10–15 årene vært en god utvikling for å forenkle, forbedre og digitalisere kommunikasjonen for pasienten. I dag kan pasienten følge saken sin på *Helsenorge.no*.



Ved konsultasjon på poliklinikk får pasientene brosjyrer med informasjon om det inngrepet som skal gjennomføres og også om dagene etter operasjon.

Resepsjon og pasientmottak ligger i 1. etasje. I 2008 startet sykehuset prosjektet operasjonsklarering. Man ønsket større forutsigbarhet og færre strykninger. Pasientene kommer til operasjonsklaring 1–3 uker før operasjon. Pasientene blir møtt av tverrfaglige medisinske team som undersøker og klarer pasienten før operasjon. Det blir også holdt informasjonsmøte for pasient og pårørende om inngrepet, oppholdet og veien videre etter operasjon.

Kysthospitalet i Hagevik var tidlig ute med å opprette egen telefonsvartjeneste for alle pasienter som ringer til sykehuset. Der er ett telefonnummer og et team besvarer telefonhenvendelser gjennom hele dagen.

Høsten 2014 ble tre avdelinger (kontortjeneste, resepsjon/sentralbord og poliklinikk) omorganisert til én avdeling – Mottaksseksjonen. Målet var å få en mer effektiv dokumentflyt og bedre pasientforløp.

Mottaksseksjonen har i 2018 et personell som består av sykepleiere, hjelpepleiere og medisinske sekretærer.



Alle som kommer til Kysthospitalet henvender seg i resepsjonen. Her sitter også koordinator for pasientmottaket som er like innenfor. Fra venstre: Hildegunn Haugland, Karen M. Drageide, Randi Vik, og Lillian Espeland.

Foto: Magnus Vabø

# Fra tuberkulose til ortopedi

Kysthospitalet i Hagevik 1893-1972

## DEN KVITE PESTEN

I 1882 oppdaga Robert Koch tuberkelbasillen, og påviste at tuberkulose var ein smittsam infeksjons-sjukdom. Smitteisolasjon blei viktig i kampen mot tuberkulose, som også blei kalt den kvite pesten.

## KYSTHOSPITALET BLIR TIL

Sigvard Madsen var lege i Bergen, og initiativtakar til hospitalet. Han meinte at Vestlandet var godt eigna for eit kysthospitalet og samla inn midlar til dette. Han fekk støtte av andre legar og framstående personar i Bergens næringsliv, men også institusjonar som Brennevinsamlaget og Bergens Sparebank.

Sjukehuset opna i 1893 og blei drive som ei stifting med eit styre på 7 personar. Første året blei 21 vaksne og 14 barn behandla her. Frå 1897 var det berre barn som blei behandla, totalt 69 dette året. I 1933 var 226 barn innlagt til behandling.

## GADES LIVSVERK

Herman Gerhard Gade var overlege og direktør i perioden 1897 – 1946. Han kom frå ein ressurssterk familie i Bergen. Etter artium studerte han medisin i Kristiania. Etter studiet opna han privat praksis med spesialitet i barnesjukdommar. Han tiltrdde som overlege ved Kysthospitalet 1. januar 1898 berre 27 år gamal.



Foto: Herman Gerhard Gade

Gade var initiativtakar og planleggar til minste detalj av dei store utbyggingane i 1907 og 1926 og medisinske og tekniske forbetringar. Med si interesse for botanikk la han grunnlaget for det vakre hageanlegget som gjorde Hagevik til den perla det blei. Gade hadde eit einestående forhold til pasientane med sin rause medmenneskelegheit, og behandla i løpet av åra ca. 9000 pasientar.

I eit avskjedintervju med Dagen 3.8.46 uttalte Gade:

*“Det er jo menneskeskjebner vi får et innblikk i og skal være med og lede. Da kan vi ikke stille oss utenfor eller ufølsom overfor pasientene. Man føler noe som er dypere enn bare hvordan det går med dem, en egen samhørighet. Det gjør alle leger, Ellers er de ikke leger, bare dyktige medisinerere.”*

I 1930-åra var det synkande tal på dødsfall grunna tuberkulose. Sanatoria virka gunstig inn på hindring av smittespreiing. Hygiene, bustadforhold og ernæring blei betre i befolkninga.



Foto: Kysthospitalet i Hagevik

*«Hageviken er som skapt til et hjem for syke, der kan helbredes. En vennlig lun bukt, en rik skogli mot nord, en liten elv ved siden, den friske, salte sjø foran med skogbevokste ness og øer mot syd og vest»*

(Fra Bergens Tidende ved offentlig åpning av Kysthospitalet 24.8.1893).



Foto: Lysbehandling

*Anbefalte behandlingsformer var gunstig klima, sunn kost, saltvannsbad (for skrofølse pasienter), frisk fjellluft (for lungetuberkulose); hvile og lysbehandling samt «sundt regime i det hele».*

*I 1930-årene ble 380 – 420 pasienter behandlet årlig på Kysthospitalet, og det var også til dels lange ventelister ved hospitalet. Gjennomsnittlig sengebelegg var 200 pasienter i perioden.*

(Fra boken "Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år." Redaktør Egil Erntresvaag).



Foto: Barn som får frisk luft og sol.

*Frem mot 1970 årene var sykehuset fortsatt et tuberkulosehospitalet for pasienter med lungetuberkulose og med tuberkulose i bein og ledd.*

(Fra boken "Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år." Redaktør Egil Erntresvaag).

## NYE MEDISINAR

Gjennombrudd i behandling kom ved introduksjon av streptomycin 1944, paraaminosalicyl (PAS) 1947, isoniazid 1952, pyrazinamid 1954, etambutol 1962 og rifampicin 1969.

*«Dei siste barna med primær tuberkulose blei utskrevet 26. februar 1972.»*

Fram mot 1970-åra var sjukehuset fortsatt eit tuberkulosehospitalet for pasientar med lunge-tuberkulose og med tuberkulose i bein og ledd. I 1966 hadde hospitalet 20 ledige senger. Talet på tuberkulose pasientar var då 14, mens det var 66 pasientar med andre lidningar på sjukehuset.



## ORTOPEDI

Det blei stadig færre pasientar med tuberkulose. Samtidig var det eit aukande behov for ortopedisk behandling av pasientar med ulike lidningar i muskel- og skjelettsystemet. Tilsette på Kysthospitalet hadde lang erfaring i behandling av infeksjonar i skjelettsystemet. Denne kompetansen var også nyttig innan ortopedi.

Dei tre første direktørane ved Kysthospitalet var alle pådrivarar for utbygging og etablering av eit ortopedisk behandlingstilbod: Overlege Herman Gade, overlege Hermann Thrap-Meyer, og overlege Otto Brinchmann-Hansen.

I 1926 fikk Kysthospitalet i Hagevik nytt sjukehusbygg og blei eit av dei mest moderne i Europa. Her var operasjonsstove og fleire behandlingssrom. Apparat for røntgendiagnostikk og apparatur for moderne lysbehandling.



Foto: Kysthospitalet i Hagevik i 1926 var eit av dei mest moderne i Europa.

Sjukehuset måtte byggast ut for å utføre ortopedisk behandling. I 1973-1974 blir det bygd ny og moderne operasjonsavdeling. Kysthospitalet i Hagevik var no eit ortopedisk sjukehus med 100 sengeplassar for både barn og vaksne. Kysthospitalet blei drive som privat stifting i 83 år, fram til det blei gitt i gåve til Hordaland fylkeskommune i 1976.

*«Kysthospitalet er i drift som ortopedisk sjukehus for heile Vestlandsregionen, og som sjukehus for barnetuberkulose, bein- og leddtuberkulose for eit enda vidare distrikt»*  
(Frå Helseplan for Hordaland fylkeskommune 1960).

Kjelde: "Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år." Redaktør Egil Erntresvaag

Plakater laget i anledning 125-årsjubileet i 2018.

# Diakonissene

## ved Kysthospitalet i Hagevik

### DEI FØRSTE DIAKONISSENE

Cathinka Cullberg (1840-1919) var den første diakonisse i Noreg, utdanna i Kaiserwerth Tyskland. Ho var med å starte 3-årig utdanning av sjukepleiarar i Noreg, Diakonisseanstalten i Christiania 1868, seinare Lovisenberg sykehus.

Undervisinga føregjekk dels ved sjukesenga, teori i anatomi, sjukepleie og observasjonar og obduksjonar. Etter fullført utdanning i hovudstaden blei diakonissene sendt ut i teneste rundt om i landet. Dei gjorde teneste på sjukehus, i fattigpleien, barneheimar, gamleheimar, og som menigheits-søstre. Behovet for kvalifisert arbeidskraft var stort, og landet var prega av mykje fattigdom, lidning og sjukdom.

### UTDANNING I BERGEN

I mai 1918 vart det starta utdanning av diakonissar ved Bergen Diakonissehjem, seinare kalla Haraldsplass Diakonale Stiftelse. På grunn av spanskesyken i Bergen blei det eit opphald i utdanninga av diakonissar. Våren 1926 vart den første diakonisse utdanna i Bergen. Seks unge jenter utgjorde første «kull» under forstanderinnen Regine Wåge.

### KYSTHOSPITALET HAGEVIK FÅR SINE FØRSTE DIAKONISSER

Frå 15. mai 1922 blei det vedteke at Bergens Diakonissehjem (HDS) skulle overta ansvaret for sjukepleien på Hagevik Kysthospital, og elevar, søsstrar og diakonissar blei heretter sendt hit for å tenestegjere. I 1928 var det 15 søsstrar frå Bergen Diakonissehjem som arbeidde ved Kysthospitalet.

**Maren Wagle** som var utdanna ved diakonisseanstalten i Christiania, var den første diakonisse ved Kysthospitalet. Ho arbeidde her som oversøster i 24 år.

**Søster Oline Indrebø** (bilde) var elev på kull nr. 2 ved Bergen Diakonissehjem og vart innvigd til diakonisse i 1927. Ho var på Kysthospitalet i 40 år, og frå 1946-1966 var ho oversøster. Oline var streng, dyktig, livfull og aktiv. Ho hadde eit stort ansvar for pasientane, men også for dei unge jentene som arbeidde tett på unge mannlege pasientar. Ho passa på at alle skikka seg vel og sørgete for den daglege drift. Årleg arrangerte ho båtturar på fjorden med leigd skøyte med plass til alle pasientane.

**Diakonisse Emma Brundtland** kom også frå Bergen Diakonissehjem. Ho begynte ved Kysthospitalet i 1959 som laboratoriesøster og blei oversøster etter søster Oline i 1966. Ho slutta i 1979, og var den siste oversøstera som var utdanna diakonisse.



Andre diakonissekull innviet 24. mars 1927. Fra venstre bak: Søster Anna G., søster Johanna, og søster Ely. Foran fra venstre: Søster Bergliot og søster Oline.



#### Diakonissene fortel:

«Vi var alle 3 måneder i cleotiden på Hagevik, noen hadde 1 års bindingstid og andre arbeidet her flere år. Vi hadde en fin tid, men det var ingen kjære mor. Vi hadde nattevakt 14 dager på rad, og deretter rett på dagtid.»  
«Inntil søsterhjemmet ble bygget i 1959 bodde vi i 5. etg. I tårnet kunne 4-6 dele rom med bad på gangen.»

(Fra boken "Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år." Redaktør Egil Entresvåg).



#### Tekst frå opptakskrav til utdanning som diakonisse ved Bergen Diakonissehjem i 1918:

«Hun gjør sin gjerning uten nevneverdig lønn, men også uten bekymring for daglig brød eller for sykdommens eller alderdommens tide. Hun tjener den Herre som frelste henne, og arbeider derfor ikke for takk, men av takk, ikke for lønn, men hennes lønn er at hun får lov», som et gammelt diakonisseord sier.

«En diakonisse søker da også for Jesu skyld å lindre og æthjelp den timelige og åndelige nød hos dine medmennesker».

(Fra boken "Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år." Redaktør Egil Entresvåg).



Foto: Saltvannsbad var en del av behandlingen

### LEGEVISITT KVAR 14. DAG

Legen var dei første driftsåra på Kysthospitalet berre til stades kvar 14. dag. Den daglege pleie og behandling sytte diakonissene og tenestejentene for.

### VARIERT ARBEID

Diakonissene ordna med alt frå administrasjon, økonomi, sjukepleie, lysbehandling, laboratoriet, røntgen, matforsyning, vaskeri og meir. Dei hadde eit strengt og krevjande arbeidsliv. Operasjonsavdelinga og røntgenavdelinga blei leia av diakonissar fram til midten av 80-tallet.

«Kunnskapsløs omsorg er til liten nytte»  
(Sitat av Rikke Nissen)



Lysbehandling i 1915.



Foto: Røntgen



Foto: 17. mai-feiring

Fysioterapeut Kristin Stubhaug Grant tester stabilitet hos pasient som har operert kneet.

Foto: Kysthospitalet



### **Fysioterapiavdelingen**

Fysioterapeutene behandler alle opererte, inneliggende pasienter. Målsettingen er å få pasientene tilbake i normal aktivitet så raskt som mulig etter operasjonen. Hovedfokuset er på å bedre funksjonen slik at pasientene blir selvhjulpne i daglige aktiviteter.

Liggetiden på sykehuset blir stadig kortere. Derfor er det viktig at pasientene får god informasjon både før innleggelse og under oppholdet, slik at de blir trygge på hvordan de skal forholde seg når de kommer hjem. De får instruksjon i øvelser som de kan gjøre på egenhånd, og en del av pasientene blir fulgt opp videre av fysioterapeut på hjemstedet. Sykehuset hjelper til med å tilrettelegge for hjemreise, og eventuelt bestille hjelpemidler og videre behandling.

Et økende antall polikliniske kontroller er de siste årene blitt overført fra legene til fysioterapeutene. Nå opplever mange pasienter at første kontroll etter operasjonen er hos en fysioterapeut. De vurderer funksjonen og gir råd om videre trening. Ved behov blir kirurg med på kontrollen.

I 1996 startet Ryggklinikken, og fysioterapeutene har hovedansvar for driften av denne. Ryggklinikken gir et poliklinisk behandlingstilbud til ryggpasienter som er henvist til Kysthospitalet og som trenger hjelp til å komme i gang med trening før, etter, eller i stedet for operasjon. Det begynte som et fem dagers kurs, men er nå redusert til 3 dager. De som har lang reisevei, har tilbud om å bo på hybel i samme bygg. Ryggklinikken er lokalisert i betjeningsboligen på haugen bak sykehuset, og pasientene er flittige brukere av turstiene rundt sykehuset og bassenget i kjelleren.

Fysioterapiavdelingen har som mål å tilby behandling på et høyt faglig nivå. Den tilrettelegger derfor for etter- og videreutdanning for de ansatte. Tre av fysioterapeutene har hovedfag/masterutdanning og avdelingen deltar i ulike forskningsprosjekter. En av fysioterapeutene har nylig fått stipend fra Helse Vest, og har startet sin PhD-utdanning.

Avdelingen har veilederansvar for bachelor- og masterstudenter fra Høgskolen på Vestlandet, når de er utplassert i praksis og i turnus.

### Spesialavdelingene

Ved etableringen av helsereformen i 2002 og sammenslåingen med Helse Bergen og Ortopedisk klinikk, ble spesialsykepleierne (anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere) i Ortopedisk klinikk på Kysthospitalet, mens anestesilegene ble en del av Kirurgisk serviceklinikk på Haukeland universitetssjukehus. I 2004 ble avdelingene samlet i en seksjon, Ortopedisk serviceseksjon – noe som har styrket samarbeidet mellom dem.

Ansatte på de tre avdelingene tar hånd om pasientene i alle faser operasjonsdagen, og sørger for behandling av høy faglig kvalitet og at pasientene føler seg trygge og vel ivaretatt.

Operasjonssykepleiere gjør klar til operasjon. Mye utstyr og instrumenter skal på plass, klargjøres og sjekkes.

Foto: Magnus Vabø



**Trygg kirurgi og forebygging av post-operative sårinfeksjoner**

Spjeklitten for trygg kirurgi skal benyttes ved alle planlagte operasjoner. Formålet med tiltakene er å redusere pasientskaden i tilknytning til kirurgi, og å forebygge postoperative sårinfeksjoner.

**Tiltak for å redusere pasientskader**

1. Bruk av sjekklisten for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner.
2. Sikre korrekt håndtering pre-operativt: Pasienter skal ligges, ikke berøres.
3. Sikre tiltak for å hindre uønsket nedkjøling under operasjonen.
4. Sikre riktig valg av antibiotika og administrering i løpet av store tider for operasjonen.

**I trygge hender 24/7**  
pasientsikkerhetsprogrammet.no

Personalet i operasjonsenheten er opptatt av å dele kunnskap til alle avdelinger. Anestesiavdelingen sørger for årlig undervisning og øvelse i hjerte- og lungeredning. Leger og sykepleiere øver i grupper med tenkte scenarier.

Pasientsikkerhet står høyt på dagsorden. Operasjonsenheten følger nasjonale føringer i pasientsikkerhetsarbeidet og bruker sjekklisten «Trygg kirurgi». Det er utarbeidet manualer/sjekklistene som brukes dersom akutte/sjeldne hendinger oppstår under en operasjon: «akuttmanualer». Manualen er laget i tverrfaglige team med spesialsykepleier, anestesilege og ortoped. Samarbeidet mellom de ulike profesjonene gjør at en årlig har en gjennomgang av de ulike manualene med simulering som verktøy. Simulering betyr å trene på en realistisk situasjon i realistiske omgivelser uten en reell pasient.

Arbeidet med akuttmanualer og simuleringøvelser styrker samarbeidet og teamfølelsen, bedrer kommunikasjonen og gir trygghet til pasient og personale.

Operasjonsenheten har fine arbeidsforhold, lyse, fine lokaler og er godt utstyrt. Personalet er stabilt og lojalt med lang erfaring innen sitt spesialområde. Operasjonsenheten har også egen sterilsentral med flere sterilforsyningsteknikere.

Avdelingene tar imot både spesialsykepleiere i praksis og spesialsykepleiere med bindingstid til Helse Bergen. Studenter fra andre relevante yrkesgrupper på Kysthospitalet hospiterer ved avdelingene.

I jubileumsåret 2018 ble det også endelig åpnet for en lenge tiltrent ombygging av oppvåkningsavdelingen.



Kirurgisk håndvask før operasjon. Overlege Eric Kgomotso med assistent.

Foto: Magnus Vabø



Forberedelse til bedøvelse. Pasient får lagt inn perifer vene-kanyle. Foto: Magnus Vabø



Anestestisykeleier Bjarte Storum med Anne-dukken som den tidligere ambulansemedarbeideren har full kontroll på.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten

## Anestesi

Økt aktivitet og økte krav til sikkerhet gjorde at det ble behov for flere anestesilegeressurser på Kysthospitalet. Det ble bygget opp en anesesiavdeling med tre leger (to årsverk) som bidro til en god faglig utvikling ved sykehuset.

Gjennom et regelmessig og godt samarbeid med norske og internasjonale anestesimiljø, har Kysthospitalet vært tidlig ute med å innføre nye anestesimetoder og ta i bruk ny teknologi innen feltet.

Nye rutiner som bidro til en sikrere pasientbehandling, var innføring av skriftlige operasjonsskjemaer, formelle utskrivingsrutiner, skriftlige røntgenrekvisisjoner, skriftlige medikamentforordninger og organisert pasientklarering. Med tiden ble rutinene elektroniske og NAFreg, det første landsomfattende systemet for elektronisk anestesiregistrering, ble innført. Systemet ble senere erstattet av Orbit, som med elektronisk dokumentasjon og automatisk visualisering av operasjonsvirksomheten, har bidratt til bedre planlegging og registrering av den kirurgiske virksomheten.

Hensikten med alle nye tiltak har hele tiden vært en trygg og sikker pasientbehandling. Ved helsereformen i 2002 ble anestesilegene innlemmet i Kirurgisk serviceklinikk. Det ble avsatt to årsverk til å drifte anestesilegevirkosmheten på Kysthospitalet. Samtidig ble det iverksatt en vaktordning der anestesilegene ved ortopedisk seksjon i Kirurgisk

Anestesisykepleier  
Vivian Flataker på  
anestesi-forbered-  
elsesrom.

Foto: Magnus Vabø







Ortopedisk kirurg Roel Bierling er godt i gang med en hofteoperasjon.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten



Til sammen fem personer er med på operasjonen som er beregnet å ta to til tre timer.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten

Ortopedisk kirurg og overlege Roel Bierling tok etter en studietur til Danmark i bruk prosedyren «fast track» for pasienter som skulle få hofteprotese. På Kysthospitalet ble prosedyren utviklet som «Raskt på beina». Steg for steg har både hofte-, kne- og ryggpasienter ved Kysthospitalet blitt innlemmet i konseptet. Konseptet handler primært om to ting: grundige undersøkelser før operasjonen, og god og lik informasjon til pasientene.

Operasjonssykepleier Liv Tveit (t.v.) er ikke steril og holder seg derfor på litt avstand mens kollega Irene Hansen drar opp sprøyten med lokalbedøvelse.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten

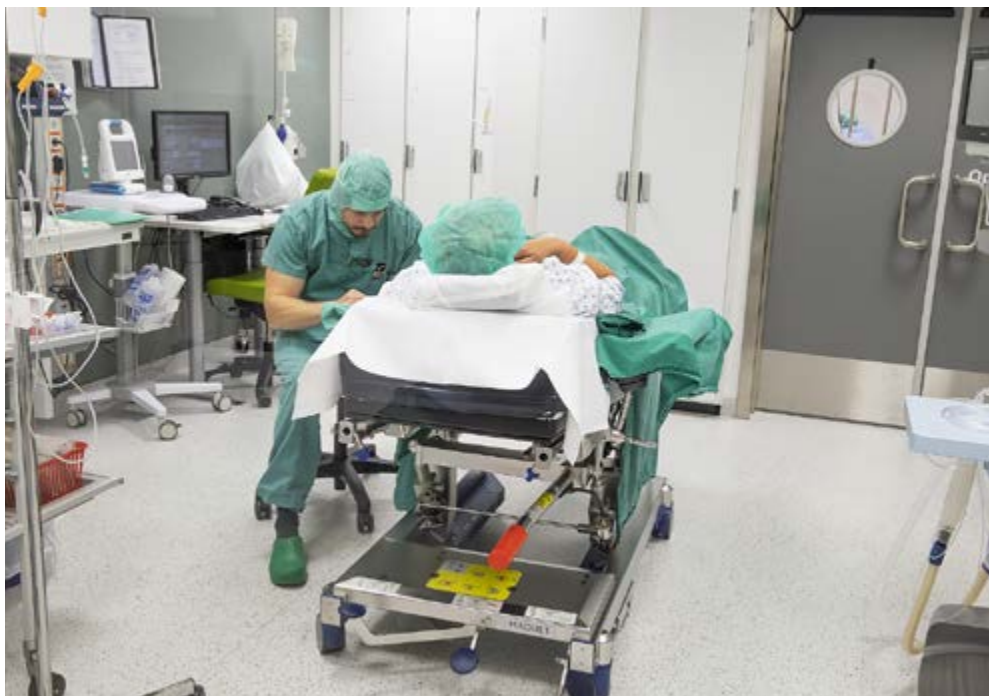


Ortopedisk kirurg Roel Bierling legger siste hånd på verket. I snitt tilbringer pasientene 3–4 dager på sykehuset i forbindelse med en operasjon.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten



I en pasientundersøkelse utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester i 2013 kom Kysthospitalet best ut av alle sykehusene på Vestlandet. Pasientene er spesielt fornøyd med pleiepersonalet, legene og ivaretagingen av pårørende.



Anestesisykeleier  
Rune Skaret Øverli  
forbereder pasient til  
operasjon.

Foto: Magnus Vabø

serviceklinikk på ettermiddag, kveld og helg, dekket anestesirelaterte problemstillinger både ved Haukeland universitetssjukehus og på Kysthospitalet.

I tiden som fulgte har den faglige utviklingen fortsatt med full kraft. En faglig sterk og velfungerende anesthesiavdeling har bidratt til økt kirurgisk effektivitet.

### **Sengepost**

Hovedvirksomheten for sengeposten er å ivareta innlagte pasienter før og etter operasjon.

Pasientene har i forkant av innleggelsen vært til en operasjonsklareringsdag ved mottaket. Når pasienten møter til innleggelse, blir det tatt et kort sykepleienotat.

For å forebygge noen problemer som kan oppstå under innleggelse i sykehus, kartlegger avdelingen ved innleggelsen ernæringsrisiko, om pasienten er utsatt for å få liggesår og om pasienten er i risikosonen for fall («Trygg pleie»).

Pasientene går med følge av en pleier til operasjon. At man ikke lenger blir kjørt i seng til operasjonen verdsettes av pasientene som føler seg mindre sykeliggjort. De fleste pasientene blir på oppvåkingsavdelingen første natten før de kommer tilbake til sengeposten.

Liggetiden for pasientene har blitt jevnt redusert. Da Kysthospitalet begynte med hofteproteseoperasjoner tidlig på 1970-tallet, var gjennomsnittlig liggetid 40 døgn. I 1990 var liggetiden 10 døgn, og i 2018 var den 4,2 døgn. Mens pasientene tidligere ble stelt i seng i flere dager, er de nå oppe og går samme dag som de er operert.

Sengepostene har undervisning av sykepleiestudenter og elever og lærlinger innen helsefag. Disse hospiterer under oppholdet på sykehusets andre kliniske avdelinger. Personalet på sengepost synes dette er positivt da de får tilført den nyeste kunnskapen fra studentene, og studentene og elevene får ta del i den erfaringen som pleierne ved sengepostene har.

Sengeposten holder til i 3. og 4. etasje. Fra 2009 har en av etasjene vært stengt i helgene, slik at det er om lag halvt sengetall i helgen. Fra 2018 er det også differensiert sengetall gjennom uken – fra 20 senger mandag til 30 senger fredag.

### **Driftsseksjonen**

Seksjonen bistår helsepersonell slik at disse kan ha fokus på pasientbehandling, og unngå å bruke tid på «ikke-medisinske oppgaver». Dette samarbeidet er utviklet over mange år, og er meget godt. Målsetningene er å holde høyest mulig standard på tjenestene som tilbys, innenfor tildelte økonomiske rammer. Avdelingene skal alltid velge miljøvennlige produkter der dette finnes i foretakets rammeavtaler.

Noen av de ansatte har fått opplæring på flere av driftsseksjonens avdelinger. Dette gir større fleksibilitet og mindre sårbarhet ved fravær og periodevist stort arbeidspress på enkeltavdelinger.



Seksjonsoverlege Roel Bierling er godt fornøyd med røntgenbildene etter operasjonen.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangnes, Os & Fusaposten



På kjøkkenet tilberedes alltid god mat! Her er kokk Menike Haugland (t.v.) og assistent Marianne Olsvold i aksjon. Foto: Magnus Vabø

### **Kjøkkenet**

Avdelingen lager sunn, god og næringsrik mat til pasientene hver dag. I tillegg drifter den kantine/kafeteria. Kjøkkenet er i meget god stand, og er oppdatert på utstyr. Kjøkkenet ble godkjent av Mattilsynet sist i januar 2018.

Personalet innehar et høyt faglig nivå. Det er sterkt fokus på kvalitet, og at pasientene skal ha en god opplevelse av maten de blir servert. Kjøkkenet står også for en merinntekt for sykehuset i form av cateringvirksomhet ved ledig kapasitet.

### **Renhold**

Avdelingen legger stor vekt på kvalitet, og har siden 2005 jobbet etter standarden NS-Insta 800. Avdelingen har uanmeldt eksternt tilsyn 4–5 ganger per år, og får meget gode tilbakemeldinger på renholdet.

Avdelingen rengjør og vedlikeholder et areal på ca. 4250 m<sup>2</sup> fordelt på hovedbygg, søsterhjem, betjeningsbolig og møterommet «Kapellet». De ansatte viser sterk lojalitet til arbeidsplassen og arbeidet de utfører. De fleste av de ansatte har fagbrev. Ansatte som mangler fagbrev, blir oppfordret til å ta dette så snart de har nok ansiennitet. Avdelingen står også for servering av lunsj på sengepostene for å friggi tid for helsepersonell til å drive pasientbehandling.

Avdelingsleder innehar også husøkonomfunksjonene på huset, og koordinerer all utleie av hybler og leiligheter i søsterhjem og betjeningsbolig.

Avdelingen har ansatte fra en rekke nasjonaliteter, noe som anses som en berikelse for miljøet på sykehuset.

Avdelingsleder Sigrid Kvalvaag skryter av arbeidsmiljøet på Hagevik. Hun har kolleger fra Thailand, Filippinene, Litauen og Irak.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten



Os- og Fusaposten hadde i mai 2018 en reportasje om renholdet ved Kysthospitalet. Avdelingsleder Sigrid Kvalvaag var intervjuet, og fikk spørsmål om hvordan det var mulig å holde et såpass gammelt bygg prikkfritt. Hun svarte:

- *Vi har fast ansatte renholdere som er en del av laget*
- *De fleste renholdere har fagbrev eller får tilbud om å ta det*
- *Arbeidet utføres etter internasjonal standard: NS-INSTA 800*
- *Arbeidet blir inspisert fire ganger i året av eksterne kontrollører*
- *Der er kollegaer fra fem ulike nasjonaliteter: et stort pluss.*

Det er svært få infeksjoner etter en operasjon på Kysthospitalet. Kari Indrekvam gir renholderne en del av æren for dette:

alle tel like mykje. Så dersom legane til dømes har endra rutinar for pasientar med hofteprotese, er det viktig for reinhaldarane å vita. Vi arbeider alle mot det same målet: At pasientane våre skal ha det best mogleg.

## **Vaskeri**

Avdelingen vasker ca. 8 tonn med tøy per måned, og kjører tøy ut til avdelingene hver dag. De ansatte sørger for at personalbekledning er lett tilgjengelig til enhver tid. Dette er spesielt viktig på operasjonsavdelingen, der det er et høyt forbruk på personalbekledning og annet tøy. Vaskeriet har fokus på å kjøpe inn tøy av høy kvalitet der dette finnes på avtaler. Det er tøy som kan vaskes flere ganger uten at det går utover komfort, i tillegg til at det har lengre levetid enn billigere tøy. Det at sykehuset har eget vaskeri gjør også at en kan ha lavest mulig lagerbeholdning på tøy. Vaskeriet vasker også tøy for Ravneberghaugen Rehabiliteringssenter.



Kokk Mona Haugland ved grytene.

Foto: Magnus Vabø



Kjøkkensjef Hans Nesheim har tidligere arbeidet på Solstrand Hotel & Bad. Han lovpriser arbeidsmiljøet på Kysthospitalets kjøkken.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten

Seksjonssjef Atle Olsen  
på lageret.

Foto: Kysthospitalet



### ***Innkjøp og forsyning***

Hovedmålet er at helsepersonell skal ha nødvendig materiell for god helsehjelp tilgjengelig til enhver tid, uten å trenge å tenke på hvordan de har fått det.

Avdelingen ble opprettet i 1999/2000, og har fokus på å holde totalkostnadene nede ved å velge de beste kjøpene fra foretakets avtaler. Alle fakturaer med avvik behandles også på denne avdelingen.

Avdelingen driver sykehusets sentrallager med medisinske forbruksvarer, og har til enhver tid varer på lager for ca. en måneds drift. Den står for transportoppdrag, hovedsakelig mellom Haukeland universitetssjukehus og Kysthospitalet. Denne oppgaven overtok avdelingen fra Teknisk avdeling i 2018.

### ***Laboratoriet***

Laboratoriet er en avdeling under Laboratorieklinikken, Avdeling for biokjemi og farmakologi (MBF), Haukeland universitetssjukehus fra januar 2015.

Bioingeniørene tar blodprøver av inneliggende og polikliniske pasienter og utfører analyser som dekker sykehusets behov. Blodprøvetaking og de fleste analyser er akkreditert av Norsk Akkreditering i løpet av 2017 og 2018.

Sykehuset får blod fra Blodbanken, Haukeland universitetssjukehus og bioingeniørene reserverer blod til pasientene etter behov. Mengde blod som blir gitt har de siste årene blitt veldig redusert, og i 2018 ble det bare transfundert 63 enheter (ca. 16 liter) blod på sykehuset.

I 2018 ble det utført totalt 39.500 analyser, derav 7000 blodprøvetakinger.



I 1998 fikk laboratoriet innført laboratoriedatasystem og noen år senere blodbank-datasystem som endret totalt måten å jobbe på. Manuelle rutiner ble gradvis erstattet med elektroniske, og instrumentene ble mer og mer automatisert. I dag er det elektronisk bestilling og besvarelse av blodprøver og elektronisk bestilling og besvarelse av blodposer.

Laboratoriet består av en medisinsk biokjemisk enhet og en transfusjonsenhet og holder til i 2. etasje, med felles gang/venterom med poliklinikk og radiologisk avdeling. I januar 2016 ble transfusjonsmedisinske analyser (transfusjon= blodoverføring) overført til Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (AIT) ved Haukeland universitetssjukehus. Laboratoriet (MBF-Hagevik) har seksjonslege på MBF innen medisinsk biokjemi og seksjonslege på AIT innen transfusjonsmedisin.

Seksjonen har arbeidstid på dagtid mandag–søndag og beredskapsvakt kveld/natt.

### ***Radiologisk avdeling***

Radiologisk avdeling på Kysthospitalet er en avdeling under Radiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus fra høsten 2003.

Pasienter som skal til lege på poliklinikken får tatt sine nødvendige røntgenundersøkelser når de er på sykehuset, før de skal inn til legen. Dersom det viser seg at det trengs supplerende røntgenbilder når pasienten er hos legen, får pasienten komme inn på røntgen igjen og tatt disse bildene, og slipper å vente på ny røntgentime. Denne fleksible løsningen gjør at at pasientene slipper å komme tilbake til en ny undersøkelse, og utredningstiden blir kortere ved sykehuset.



Bioingeniør Anne Kari Kathenes Støle på laboratoriet. Det kan bli travle dager når mange pasienter kommer til sykehuset.

Foto: Magnus Vabø

Radiograf Margaret Iversen beroliger pasient som skal ta CT-undersøkelse.

Foto: Magnus Vabø



I tillegg til å ta røntgen- og CT-bilder av sykehusets egne pasienter, avlaster avdelingen Radiologisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus. Det utføres CT-undersøkelser av pasienter som bor i Fana sør samt Os og omegn, blant annet et stort antall pasienter med kreft som utredes eller kontrolleres. I tillegg tas vanlige røntgenundersøkelser av pasienter som bor i Os. Fastleger henviser pasienter direkte til røntgen og CT på Kysthospitalet.

Avdelingen har 2 rom med utstyr til vanlige røntgenundersøkelser, 1 rom med computertomografi (CT) og 1 mobilt røntgenapparat.

I 2018 ble det utført 10.155 vanlige røntgenundersøkelser og 2237 CT-undersøkelser.



Radiografene Margaret Iversen og Sindre Zachariassen i munter samtale.

Foto: Magnus Vabø

Avdelingen fikk CT i 1998 og ble digitalisert i 2003. Dette endret arbeidshverdagen for de ansatte i svært stor grad. Hele avdelingen har i tillegg blitt modernisert og lokalene er oppgradert. I det elektroniske systemet ligger rekvisisjoner, timebøker og alle ulike bilder. Digitale bilder har ført til reduserte stråledoser for pasientene.

Alle gamle røntgenbilder har blitt tatt vare på, og bilder for pasienter som er under behandling er digitalisert. I arkivet ligger det blant annet over 100 år gamle røntgenbilder av glass. Tidligere ble bilder tatt på andre sykehus, som var relevante for pasientens utredning på Kysthospitalet, sendt til sykehuset per post, noe som var tidkrevende. Teleradiologi gjør at bildene nå lett kan gjøres tilgjengelige for andre sykehus.

Avdelingen deltar i forskningsprosjekt ved Ortopedisk klinikk ved å ta røntgen- og CT-bilder som trengs til forskningen.

Radiografstudenter har praksis ved avdelingen.

### **Teknisk avdeling**

Teknisk avdeling har siden 2002 vært en del av Drift/teknisk divisjon i Helse Bergen.

Teknisk avdeling har ansvar for drift og vedlikehold av bygninger, tekniske anlegg og parkanlegget, og reparasjon av sykehusets utstyr og inventar.

Det har også vært store endringer og utvikling på de tekniske anleggene de senere årene, og økt fokus på miljø og energieffektivisering. Dette bidrar til at avdelingen hele tiden må tilegne seg ny kunnskap.

Det meste av Kysthospitalet er fra 2012 vernet. Dette stiller store krav til gjennomføring av vedlikehold og oppgraderinger.

Avdelingen har ansatte som har ulik utdanning/bakgrunn innen drift og vedlikehold.



Linda Straumsnes på verkstedet i teknisk avdeling.

Foto: Kysthospitalet

## Å VÆRE PASIENT PÅ KYSTHOSPITALET

Pasientbehandling og informasjon har gjennomgått en betydelig omlegging de siste 25 årene. På en helt annen måte enn tidligere blir pasientene tatt vare på og fulgt opp, fra den første konsultasjonen til etterbehandling. Ved Kysthospitalet jobbet man med å organisere tjenestene etter pasientenes behov, og satte pasienten i sentrum faktisk før dette ble en helsepolitisk sak. De ulike yrkesgruppers tjenester skal ikke bare koordineres, men de skal sammen utgjøre en naturlig og helhetlig behandling.

Siden 2008 har det blitt gjennomført en rekke prosjekter på Kysthospitalet etter prinsippet «pasientfokusert redesign» som innebærer at man jobber tverrfaglig, og både medarbeidere og ledere deltar i arbeidsgruppene. Hovedmålet er at alle yrkesgrupper innpasser sine arbeidsoppgaver etter pasientenes behov, og at man unngår unødvendig venting og dobbeltarbeid. For de store pasientgruppene som er rygg-, hofte-, og knepasienter, er det dannet tverrfaglige faggrupper fra 2016, som har laget gode pasientforløp med likhet og sammenheng pasientbehandlingen.

Telefonlinjene ble åpnet full dag for pasienthenvendelser til alle avdelinger allerede i 2008. Det ble videre jobbet mye med felles pasientinformasjon fra alle yrkesgrupper, og det ble laget både generelle og fagspesifikke informasjonsbrosjyrer, og noen ble også oversatt til engelsk og polsk. Disse utgjør også basis for informasjonsmøtene for pasienter og pårørende som holdes hver dag med vekslende tema.

Kysthospitalet hadde fra 2010 et utvalg for uønskede hendelser der ledergruppen i separate møter behandlet saker som omhandlet pasientbehandling og arbeidsmiljø for

ansatte. I 2015 ble dette utvalget omorganisert til et kvalitetsutvalg som har medlemmer fra alle de kliniske avdelingene på sykehuset. Det er ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud. Kvalitetsutvalget har månedlig gjennomgang av pasientrelaterte avviksmeldinger, saker fra Norsk Pasientskadeerstatning, meldinger og klager fra pasienter, samt tilbakemeldinger i forbindelse med tilsyn og revisjoner. Utvalget skal ha fokus på trender innen system- og rutinesvikt, farlige forhold, nesten-uhell, frekvente uønskede hendelser og klager. Kvalitetsutvalget skal kontinuerlig jobbe med plan for, og bruk av, elektronisk kvalitetshåndbok ved sykehuset, og utvalget skal følge med på planer for opplæring og kompetanseutvikling ved sykehuset.

Det drives stadig forbedringsarbeid ved sykehusets ulike avdelinger for å bedre forholdene for pasientene. Større og mindre prosjekter pågår til enhver tid enten på en avdeling eller i samarbeid mellom flere. Engasjement og motivasjon er størst ved prosjekter som drives tverrfaglig. Tverrfaglig samarbeid gir også det beste utbyttet for pasientene. Flere medarbeidere har også gjennomført forbedringsutdanning i regi av Helse Vest.



## PasOpp-undersøkelsen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte høsten 2015 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus. Hensikten med undersøkelsen var å fremskaffe informasjon om pasientenes erfaringer med sykehusene. Resultatet skulle brukes til faglig kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring, støtte til forbrukervalg og samfunnmessig legitimering og kontroll.

Spørreskjemaet inneholdt i alt 53 spørsmål om erfaringer med sykehuset når det gjelder strukturer, prosesser, pasientsikkerhet og ventetid før oppholdet. Til slutt i skjemaet var det et åpent spørsmål der pasienten ble bedt om å foreslå forbedringer basert på sine erfaringer.

I alt 23.460 pasienter deltok i utgangspunktet i undersøkelsen. 12.884 svarte på spørreskjemaet. Når det gjelder Kysthospitalet svarte 263 på undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 83.

Tabell 3 viser resultatene på ni pasienterfaringsindikatorer, i tillegg til en totalvurdering av pasienterfaringer ved sykehuset basert på alle de ni pasienterfaringsindikatorerne. Formålet med totalvurderingen av pasienterfaringer er at pasienter og befolkning skal få resultatene presentert på en enkel og forståelig måte. Totalvurderingen varierer fra 1 til 5, der 1 er dårligst og 5 er best, og uttrykker hvordan sykehuset skårer sammenlignet med andre sykehus i landet når det gjelder pasienterfaringer. Tabellen gjengir også det nasjonale gjennomsnittet og hvordan sykehuset sammenlignes med dette. Resultatene presenteres på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best. Tabellen viser også om vurderingen av sykehuset har endret seg over tid. Kolonnene til høyre viser endring fra foregående år og fra 2011.

**Tabell 3:** Resultater på indikatorerne for Kysthospitalet i Hagevik. Skala 0–100 der 100 er best.

Totalvurdering av pasienterfaringer ved sykehuset: 4 av 5						
Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landssnitt 2015	Bedre/dårligere enn landssnitt <sup>1</sup>	Endringer	
					2014–2015	2011–2015
Pleiepersonalet	251	83	77	+***	↔	↑
Legene	251	81	76	+***	↔	↑
Informasjon	248	79	73	+***	↔	↔
Organisering	262	76	68	+***	↔	↑
Pårørende	196	83	77		↔	↔
Standard	262	78	73	+**	↔	↑
Utskriving	233	62	58		↔	↔
Samhandling	133	69	64		↔	↔
Ventetid	237	66	65		↑	↔

<sup>1</sup> +/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet p<0,1: \* p<0,05: \*\* p<0,01: \*\*\*

Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetid er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter, testet mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå p<0,01, og ikke justert for pasientsammensetning. Blanke felter under sammenligning med landsgjennomsnittet indikerer at sykehuset ikke skiller seg signifikant fra dette. Blanke felter under endringer betyr at det ikke finnes sammenlignbare data.

Spm nr	Spørsmål	Antall svar	Gjennomsnitt	Ikke i det hele tatt/ i liten grad	I noen grad	I stor grad/ i svært stor grad	Endring fra 2014
49	Var pleien og behandlingen du fikk på sykehuset, alt i alt, tilfredsstillende?	255	4,7	0	3	97	↔
50	Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på sykehuset?	251	4,4	3	8	89	↔



Sjukehussjef Kari Indrekvam slår av en prat med nyopererte Elisabeth Haugland. Bak står medisinstudent Arne Eilertsen og spesialfysioterapeut Vegard Pihl Moen (t.h.).

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnes, Os & Fusaposten

Kysthospitalet i Hagevik kom meget godt ut av denne undersøkelsen. Sykehuset ligger over landsgjennomsnittet på alle indikatorer, og gjorde det signifikant bedre enn landsgjennomsnittet på fem indikatorer: pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering og standard.

Resultatene underbygges av samtaler med pasienter. Åsa Liljekrans Husebø har vært pasient på Kysthospitalet ved tre anledninger. Hun har fått skiftet begge knærne og en hoft. Hun kan ikke få fullrost personalet for behandlingen. Både mottak, informasjon, inngrepene og oppfølgingen har vært meget tilfredsstillende.

Følgende tilbakemelding kom fra en annen pasient:

I slutten av mars fekk eg sett inn totalprotese i høgre kne på Kysthospitalet i Hagevik. Et opphald så fullt av kvalitet og omtanke at eg knapt kan finne superlativ. Som eg seier til alle mine kolleger i næringslivet, skal du lære service og fagleg standard i kombinasjon, er det berre å ta turen til Kysthospitalet. No har eg vore i høgjellet på jakt i tre dagar. Snøen har gjort at det er langt mellom rypene. Men det gjer eigentlig ikkje noko. Kneet har verka like godt som før, endå her går vi i tungt og vanskeleg terreng 7–10 timar dagleg. Eg er full av takksemd og så glad for at slike profesjonelle og omsorgsfulle ekspertar som dykk finst. Hald fram det gode arbeidet. Hjå meg har de iallfall fått ein evig ambassadør.

Beste helsing Tor Arne Fanghol

Også tidligere ansatte er fulle av lovord om Kysthospitalet. Klinikksjef Lars Oddvar Arnestad karakteriserer hospitalet som «*en fantastisk institusjon med meget flinke folk, høyt faglig nivå og godt arbeidsmiljø*». I tillegg sier han at det var et hyggelig sted å være, med en god tone mellom de ansatte og mellom ansatte og pasienter. Beliggenheten med bygningene og parken helt enestående.

## Min tid på Kysthospitalet

Lars Oddvar Arnestad, direktør for Ortopedisk klinikk 2003–2014

Fra jeg begynte som klinikkdirektør, planla jeg hver torsdag på Kysthospitalet. Det var en god ordning. Trivelig å være her, hyggelige folk.

Kysthospitalet var ved helsereformen en egen institusjon, med egen ledelse og drift. Så gikk vi over i en «klinikk-modell», der vi hadde en driftsorganisasjon med lokale ledere for vaskeri/kjøkken/renhold samt operasjons-/anestesi-/oppvåkningsavdeling, mens resten av den medisinske virksomheten ble ledet fra Haukeland universitetssjukehus av klinikkoverlege og klinikkoversykepleier.

Dette var en modell vi prøvde ut en periode uten særlig suksess:

- *Vi fikk ikke den forventede effekten av samhandling mellom fagmiljøene på Ortopedisk avdeling på Haukeland og Kysthospitalet*
- *Kysthospitalet var blitt «noen sengeposter og en operasjonsvirksomhet», og forsvant på en måte som egen institusjon.*

Etter knappe to år med prøving og feiling med «klinikk-modellen», kom jeg og avdelingsoverlege Ole Dankert Lunde fram til at vi måtte gjøre noe med organiseringen. Siden Ole Dankert begynte å trekke på årene, ville jeg for å reetablere sykehuset som en egen institusjon i klinikken ha en ny enhetlig leder for Kysthospitalet. Jeg spurte Ole Dankert om han hadde en kronprins. Han svarte «Nei. Men jeg har en kronprinsesse». Da så jeg hvem som burde være sjef på Kysthospitalet, og Kari Indrekvam ble ansatt som sjukehusjef høsten 2004.

Vi hadde to anestesilegestillinger. En ansatt i 100 %, og så leide vi inn to som delte den andre stillingen. Etter kort tid valgte vi å innlede et samarbeid med Kirurgisk Serviceklinikk (KSK) på Haukeland der de fikk ansvar for å levere anestesileger. Endringen skyldtes mest at det var vanskelig å få inn vikarer ved sykdom, at leieavtalen var kostbar, og at det ga oss en bedre beredskap. Etterhvert ble dette fordelt på mange anestesileger som roterer mellom Haukeland og Kysthospitalet. Anestesilegene var det første vi lot gå ut fra sykehuset, men det har i alle år vært et stort press mot klinikken om å trekke ut flere avdelinger, spesielt kjøkken og vaskeri.

Leder for Driftsseksjonen gjorde en god jobb med å beregne kostnader for de ulike løsningene, og viste at det billigste og beste var å beholde både kjøkkenet og vaskeriet. Bare transporten fram og tilbake til Haukeland ville gjort det ulønnsomt. Vi ville også mistet den kvaliteten og miljøfaktoren som ligger i lokalprodusert, fersk mat.

På radiologisk avdeling (røntgen) hadde vi egne radiografer, men hadde problemer med radiologtjenesten i lange perioder. Det var et visst press fra foretaksledelsen om å samle medisinske støttetjenester i faglinikker, og i november 2003 ble Radiologisk



Lars Oddvar Arnestad

avdeling Kysthospitalet underlagt Radiologisk avdeling på Haukeland. Så blei det snakk om Fysioterapiavdelingen og Laboratoriet, men dette var først i 2010–11. Laboratoriet blei overført til Laboratorieklinikken i 2015, men Fysioterapiavdelingen ble værende under Kysthospitalet.

For Laboratoriet var det etter hvert kommet veldig mange krav til sertifiseringer og kvalitetssystemer som ville krevd uforholdsmessig mye tid for en liten enhet, men som er lettere med støtte fra en stor fagklinikk.

Det er flott – og noe av styrken til Kysthospitalet – at avdelinger som organisatorisk er flyttet til andre enheter, fortsatt føler seg som en del av sykehuset, og at ansatte føler lojalitet til huset, pasientene og virksomheten. Det mener jeg er med på å sikre kvaliteten. Men flyttingen kan teoretisk bli et problem hvis moderavdelingen til de enhetene som ikke lenger organisatorisk er under Kysthospitalet, har andre prioriteringer enn sykehuset.

Helt siden 50-tallet, har det jevnlig vært forslag om å legge ned Kysthospitalet, men dette har ikke vært et problem i min tid. Jeg har aldri følt en reell fare for at sykehuset skulle bli lagt ned. Kysthospitalet leverte i min tid økonomisk «overskudd» hvert år, noe som også gjorde det vanskelig å argumentere for nedlegging. Når de nye operasjonsstuene ble bygget i 2008, følte jeg meg helt sikker på at Kysthospitalet ville bestå. En kostbar og viktig utbygging som ga de mest moderne, største og beste operasjonsstuene i hele Helse Bergen.

I 2008 ble operasjons-  
avdelingen bygget ut  
med nye operasjons-  
stuer.

Foto: Kysthospitalet





Samarbeidet med forsvaret i 2008, der de stilte med feltsykehus i hagen når nye operasjonsstuer ble bygget, er enestående. Kontainerne som feltsykehuset består av hadde vært brukt i Irak før de kom til oss. Vi opererte flere norske pasienter i feltsykehuset enn forsvaret noen gang har gjort. Det gjorde også at vi kunne ha tilnærmet full drift under byggingen. Jeg har truffet igjen mange av de fra forsvaret som var her, og de synes det var kjekt og veldig lærerikt. Forsvaret kjørte det som en øvelse så det var en vinn-vinn situasjon.

En annen ting jeg er glad for, er ombyggingen av mottaket. Egentlig var det ikke bare et ombyggingsprosjekt, men et utviklingsprosjekt. Det jeg aldri har forsonet meg med er at vi ikke fikk gjort noe med Oppvåkningsavdelingen eller MR (Magnettomograf), så det er godt å høre at Oppvåkningsavdelingen vil bli oppgradert i 2020, og at MR står på investeringsbudsjettet til Helse Bergen i 2023–24.

I en periode var det vanskelig å rekruttere LIS-leger, ikke bare til Kysthospitalet, men til ortopedi generelt. Sykehuset har også i flere perioder hatt mangel på spesialsykepleiere. Å få sykepleiere til sengeposten har aldri vært et problem. Sykehuset har også hatt en helt annen kontinuitet blant pleierne enn det som er vanlig på ortopediske avdelinger, som er kjent for å ha en ganske stor «gjennomtrekk».

Samhandlingen mellom Ortopedisk avdeling på Haukeland og Kysthospitalet synes jeg vi fikk godt til på noen områder. Spesielt med rygglegene som jobber delvis på Haukeland og delvis på Kysthospitalet. Siden de to enhetene utfører litt ulike operasjoner, gjør det at ortopedene får erfaring med alle typer ryggoperasjoner og har god trening når det kommer inn en øyeblikkelig hjelp pasient på Haukeland som krever kirurgi som gjøres på Kysthospitalet og ikke på Haukeland.

For proteser og implantater tror jeg anbud som har begrenset antall varianter har vært en god ting. Det har redusert behovet for operasjonsutstyr som ofte er spesifikt for protese-/implantattype. I tillegg har leder for Forsyning gjort en kjempejobb med å fornye logistikken og redusere lagre. Det har spart klinikken for store kostnader.

For meg tror jeg det har vært bra at vi har klart å ha en del faglig-sosiale samlinger for hele klinikken. Sjøl om vi måtte ta ganske store egenandeler, var det veldig god oppslutning. Nyttig for meg å treffe og snakke med alle ansatte, og jeg tror også at det var nyttig for ansatte fra ulike lokasjoner å bli bedre kjent med hverandre.

Sykehuset hadde lenge hatt undervisning for de fleste studentgrupper som når de er ferdigutdanna kan velge å jobbe med ortopedi, men det var lite forskning når jeg begynte. Dette endret seg mye etter at Kari Indrekvam ble sjukehussjef og seinere avdelingsoverlege.

Jeg mener det er viktig å hente inspirasjon utenfra, og det har Kysthospitalet gjort helt fra Herman G. Gade sin tid.

*Lars Oddvar Arnestad*

# Kysthospitalet i Hagevik

Anno 2018

## SPESIALSJUKEHUS FOR ORTOPEDISK KIRURGI

Ved Kysthospitalet blir pasientar med muskel- og skjelettlidingar vurdert og behandla. Dette er pasientar som ikkje treng akutt hjelp, men kan kome til elektiv ortopedisk kirurgi. Mange av pasientane har fått livskvaliteten merkbar redusert pga. smerter og nedsett funksjon. Våre største pasientgrupper er pasientar som har behov for proteser i hofte eller kne på grunn av artrose, og pasientar med degenerative ryggledingar med behov for ulike former for kirurgisk behandling. Ved Kysthospitalet blir det også gjort ulike innrep i dei fleste andre ledd.

## DETTE GJORDE VI I 2017

- Vurderte 4857 tilvisingar.
- Tok imot 10072 til konsultasjonar på poliklinikken
- Utførte 12 565 røntgenundersøkingar
- Analyserte 39 730 laboratorieprøver

- Gjennomførte totalt 1730 operasjonar
- 506 pasientar fekk hofteprotese
- 317 kneproteseroperasjonar
- 433 ryggoperasjonar
- 474 andre operasjonar som fot, skulder og ulike kikkholoperasjonar.

## FØREBUING TIL OPERASJON

Pasientar som skal til operativ behandling deltek på ein «operasjonsklaringsdag» eit par veker før det planlagde inngrepet. Her får pasientane snakke med kirurg og anestesilege. Det er og eit felles informasjonsmøte for pasientar og pårørande. Her blir det gitt informasjon om sjukdom/skade, og kva behandling ein kan forvente å få gjennom forløpet. Det blir også utført aktuelle undersøkingar og førebuingar til operasjonen.



Foto: Pasient blir tatt imot

## INNLEGGING

Pasientane møter på ein mottaksseksjon for klargjering til operasjon. Vi legg vekt på at alle skal føle seg godt tatt vare på før operasjonen. I samråd med pasienten blir operasjonen gjennomført i bedøving/ anestesi tilpassa inngrepet art og pasientens ønske. Operasjonseininga er sist bygd om i 2016, så operasjonsstovene er store og godt utstyrte.

## OPPTRENING ETTER OPERASJONEN

Personale på våre sengepostar har høg kompetanse i ortopedi og bidrar til at pasientane får nødvendig oppfølging og omsorg. Etter operasjonen er det viktig å komme raskt på beina. Både fysioterapeutar og pleiepersonale syter for trygg og god opptrening. Kysthospitalet har eiga fysioterapiavdeling som har ansvar for opptrening etter kirurgiske inngrep. Fysioterapeutane har polikliniske kontrollar av ein del pasientar etter operasjonane.



Foto: Legeundersøking



Foto: Blodprøvetaking



Foto: Radiologisk undersøking



Foto: Sjukepleiarar på sengepost



Foto: Fysioterapeutar

## ORGANISERING OG RESSURAR

Kysthospitalet i Hagevik har sidan 2002 vore ein del av Ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus. Kysthospitalet har fire operasjonsstover, ei oppvakingsavdeling med ni senger og ein sengepost med 28 senger. Poliklinikken har fem rom for legeundersøking og to rom for fysioterapi og sjukepleie. Her er laboratorium og røntgenavdeling med to skjelettlaboratorium og CT.



Foto: Operasjonsstove

Ved sjukehuset er helsepersonell organisert i tverrfaglege team. Vi har tolv overlegestillingar for spesialistar i ortopedi og seks for legar i spesialisering. Her er sjukepleiarar og spesial-sjukepleiarar innan anestesi, operasjon og intensiv. Her er også hjelpepleiarar/helsefagarbeidarar, fysioterapeutar, radiografar, bioingenørar, sekretærar, reinhaldarar, kokkar, teknisk personale og gartnar. Sjukehuset har eige kjøken, vaskeri og reinhaldsavdeling. Alle tilsette er med og bidreg til god pasientbehandling. Hovudmålet vårt er å tilpasse arbeidsoppgåvene etter pasientane sine behov.

## UTDANNING AV HELSEPERSONELL

Sjukehuset er ein utdanningsinstitusjon for studantar innan sjukepleie, fysioterapi, radiografi, medisin og helsefag. Anestesi- og operasjonsavdelinga har spesialsjukepleiarar i praksis og i bindingstid. Ein av grunnane til at studentane trivst her, er at del her får god oversikt over faget og får delta aktivt under god rettleiing.

## FAG OG FORSKING

Tverrfaglege faggrupper blir leia av fagansvarleg overlege. Dei har ansvar for at behandlinga av våre store pasientgrupper, som rygg-hofte- og knepasientar, er oppdatert og nedfelt i våre pasientforløp.

Forskning er ein viktig del av oppdraget til sjukehuset. Fleire tilsette held på med mastergrad eller doktorgradsarbeid (PhD-grad), og vi bidreg til stadig utvikling av faget.

## FRAMTIDA

Aukande levealder i befolkninga og høgare krav til funksjonsnivå og aktivitet, vil auke etterspurnaden av ortopediske tenester. Kysthospitalet vil i framtida tilpasse si verksemd i tråd med behova til befolkninga, og vi vil jobbe for å ligge i fremste linje når det gjeld tilbod av høg fagleg kvalitet og trygg leik for våre pasientar.

*Kysthospitalet i Hagevik skåtar høgt på brukersundersøkingar av pasienttilfredsheit og har eit godt omdøme.*

Plakat laget i anledning 125-årsjubileet i 2018.

### ***Et fredet anlegg***

Kysthospitalet i Hagevik er et fredet sykehusanlegg av høy kulturhistorisk verdi. Forvaltningsplanen fra 2013 slår fast at vernet:

skal sikre gjenværende deler av bygningenes opprinnelige arkitektur og uteområder. Både den visuelle og den funksjonelle sammenhengen med vernet deler av sykehusanlegget skal opprettholdes. Vernet skal sikre bygninger, park/hageanlegg, terrasser, bassenger, promenader, stier, gangveier og deres innbyrdes sammenheng.

Fredningsvedtaket omfatter i alt 11 bygg: hovedbygg, naust, verksted/lagerbygg, kraftstasjon med kum, trafo, turhytte samt parkanlegg/uteområder i sin helhet. Fem av bygningene er i verneklasse 1: Hovedbygningen, hytten, kraftstasjonen, lager/verkstedbygningen og naustet. I tillegg kommer uteområdene. Det betyr at det er forbudt å gjennomføre tiltak ut over vanlig vedlikehold uten tillatelse fra kulturminnemyndighetene.

Vakkert beliggende i lune Hovlandsvik med blomstrende hager omkring, minner hospitalet mest om et eventyrslott.

Foto: Øystein Fykse





Skoghytten ble overtatt i 1933. Den er definert i verneklasse 1, fredning.

Foto: Øystein Fykse

Naustet sett fra sør. Båtbygget er en viktig del av det sammensatte bygningsmiljøet på Kysthospitalet. Her var opplagshus for sykehusets båter, og bygget er godt bevart med høy grad av autenticitet. Bygget er et viktig historiefortellende element som vitner om betydningen av friluftaktiviteter i sykehusets behandling av skrofuløse.

Foto: Øystein Fykse



Verneplanen slår videre fast at Kysthospitalet i Hagevik er et viktig arkitektur- og helsehistorisk eksempel på tidlig spesialsykehus for barn med skrofuløs tuberkulose. Beliggenheten mot sjøen er særegen for tidligere tiders behandling av skrofulose. Sykehuset er som helhet et karakteristisk og viktig eksempel på sykehusarkitektur bestemt av medisinske behandlingsformer og tilstand i folkehelsen på slutten av 1800-tallet og tidlig i det 20. århundre. Store deler av kompleksets differensierte bygningsmasse er bevart med verksted, naust og egen kraftstasjon. Til tross for senere endringer og nybygget fra 1972, er anleggets hovedtrekk bevart og har stor historiefortellende verdi. Park og uteområdet var vesentlige elementer i den medisinske behandling og er bevart med svært høy kvalitet og omfatter blant annet sjøbasseng og turhytte. Utendørsarealene utgjør et helt sentralt element i forståelsen av sykehusanlegget og de medisinhistoriske behandlingsformene. Kysthospitalet i Hagevik er et helhetlig bevart tuberkulosesykehus med svært godt bevart park- og uteområde.

Der er foretatt noen endringer og påbygninger de siste 25 årene. I 1996 fikk hovedbygningen fra 1972 en ny 3. etasje og nytt tak. I 2006 ble rom i 1. etasje bygget om til pasientmottaket, og to år etter ble operasjonsavdelingen bygget ut. Da kom det

Flyfoto av anlegget tatt i 2005. De to byggene på høyden bak sykehuset, ble oppført i 1959 og 1961 for å gi hybler og leiligheter til ansatte. I dag brukes de av ansatte, studenter, pasienter og pårørende.

Foto: Kysthospitalet



to nye operasjonsstuer, mens to av de gamle ble tatt ut av bruk. I 2016 ble de to andre operasjonsstuene oppgradert. En ny pasientheis mellom oppvåkingsavdelingen og sengepost ble tatt i bruk i 2013.

Verneplanen fastslår at slike oppgraderinger er uproblematisk. De er nødvendige på grunn av sykehusets særskilte rolle i helsevesenet: spesialisert ortopedisk virksomhet.

### **Kraftstasjonen**

Kysthospitalet fikk sin første kraftstasjon i 1908. Dette gjorde det mulig med lysbehandling (i tillegg til sollys) og å ta røntgenbilder. Denne stasjonen leverte bare 80 volt og ble erstattet av eksisterende i 1919. Det ble samtidig lagt ny rørgate (den fra 1908 var lagd i tre – i 1919 ble det brukt stål). Kraftstasjonen kan levere 50 kW og var i bruk til 2008, da den ble stengt pga. for dårlig rørgate. Det er et ønske om å ta den i bruk igjen.

Det er også kommentert i sluttrapporten fra ekstern miljørevisjon:

Avslutningsvis vil vi bemerke at det ligger et større, ubrukt «grønt potensiale» ved sykehuset, og det er kraftstasjonen som ikke er i bruk. Mer miljøvennlig energi rett utenfor stuedøra skal en lete lenge etter.



Kraftstasjonen var i bruk til 2008, da den ble stengt pga. for dårlig rørgate.

Foto: Magnus Vabø



Turbinhallen som ny. Både hallen og deler av maskineriet er fortsatt i opprinnelig stand. Bygningen har samme materialbruk og formspråk som sørfløyen på sykehuset og inngår som et viktig element i det differensierte bygningsmiljøet på Kysthospitalet.

Foto: Kysthospitalet

### **Veien videre**

Selv om det gjennom historien gjentatte ganger har hersket usikkerhet om Kysthospitalets skjebne, synes det som om det nå hersker ro omkring sykehusets framtid. Alt tyder på at sykehuset er trygt innpasset i virksomheten til Helse Bergen og Helse Vest.

Strategiplanen slår da også fast at Kysthospitalet skal være førstevalg i vest for pasienter og leger ved henvisning til vurdering/behandling innenfor fagområdet elektiv ortopedisk kirurgi og at hospitalet skal tilby behandling, pleie og oppfølging av høy faglig kvalitet. Videre understrekes det at pasientinformasjon og pasientsikkerhet settes i høysetet og at hospitalet skal drive utstrakt kompetanseoppbygging innen elektiv ortopedisk kirurgi med vekt på forskning, pasientsikkerhetsarbeid, forbedringsarbeid og utdanning.

Planer for videre utbygging av anlegget foreligger. Blant annet trengs oppgradering av arealet til Oppvåkningsavdelingen, og det er også planer om et tilbygg der leger, sykepleiere, fysioterapeuter, laboratoriet og røntgen kan samles i samme poliklinikkfløy.

I tillegg er det planer om MR-maskin, noe som vil gi bedre tilbud både med hensyn til utredning og behandling for pasientene.

Verneplanen forutsetter at eksisterende utbyggingsplaner ikke kommer i konflikt med fredningsbestemmelsene:

Både blant ansatte – og i nærmiljøet – synes bevisstheten om det fredete anlegget å være tydelig til stede. Dermed burde det ligge godt til rette for at anlegget blir godt tatt vare på, til glede for fremtidige generasjoner.

Anlegget er omkranset av blomstrende rhododendron.

Foto: Kysthospitalet



### **Avslutning**

Kysthospitalet i Hagevik framstår i dag som et veldrevet og effektivt spesialsykehus som har funnet sin plass innenfor rammene av Helse Bergen. Sykehuset har høy kompetanse innen sine fagfelt, har et godt arbeidsmiljø og får til stadighet positive tilbakemeldinger fra pasienter. Kysthospitalet ligger i naturskjønne omgivelser, har en rekke vernede bygninger og en interessant historie.



## Jubileumsåret

2018 ble et minnerikt år for Kysthospitalet og alle ansatte. 24. august, på dagen 125 år etter den offisielle åpningen, feiret sykehuset sitt 125-års jubileum. Dagen startet med høytidelig flaggheising kl. 08.00 til trompetfanfare i parken utenfor sykehuset. Os mannskor bidrog med flott sang og det ble lagt ned krans ved statuen over overlege Herman G. Gade. Sjukehussjefen hilste jubelanten og plantet et «hjertetre» som symbol for hva Kysthospitalet står for både for personalet og pasienter.

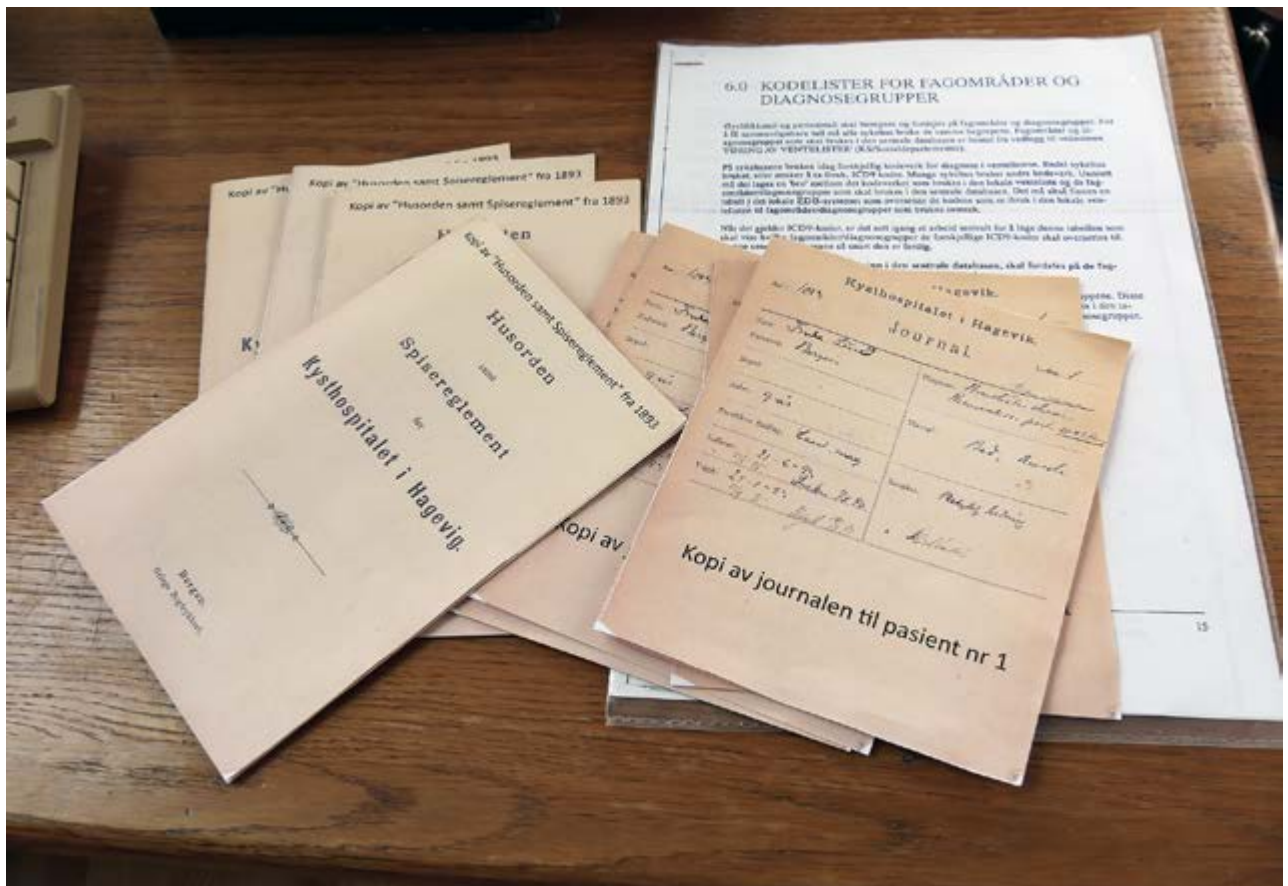
Sjøen var stille og utpå viken seilte to oselvere med bunadskledde roere. Det skapte en flott ramme rundt markeringen.

Deretter var det servering av lunsj til fremmøtte før turen gikk videre til Os sin storstue Oseana. Her var det åpent jubileumsseminar med faglige og kulturelle innslag, strålende ledet av konferansier Eirik Søfteland. Høydepunktet var kanskje da hele Norges Wenche Myhre entret scenen med et flott show.

Om kvelden var det festmiddag for ansatte og inviterte gjester med taler og god underholdning.

Fra jubileums-  
utstillingen i Oseana.

Foto: Kysthospitalet



17. mai 2018

Samling foran fanen.

Foto: Kysthospitalet



Over 70 ansatte i gamle og nye uniformer marsjerte i prosesjonen i Os. Foto: Kysthospitalet

Jubileet ble feiret gjennom hele året.

Kysthospitalet deltok i 17. mai-toget i Os under ny fane. Fanen er laget av ansatte, Elisabeth Juell Andersen og Tore Nøss. Et fantastisk arbeid som vil være et symbol for sykehuset også i framtiden. Deltakelsen i 17. mai-toget skapte stor oppmerksomhet om sykehuset. Over 70 deltakere marsjerte i nye og gamle uniformer med stolthet og glede. Aldri har vel nasjonalfølelsen vært sterkere.



Elisabeth Juell Andersen og Tore Nøss hadde ansvaret for Kysthospitalets nye fane. Her sammen med sjukehussjef/avdelingsoverlege Kari Indrekvam.

Foto: Kysthospitalet

## Wenche Myhre takker for god behandling ved Kysthospitalet i Hagevik

Etter mange års halting og plager i et travelt turnéliv, følte jeg at jeg hadde landet i en oase på Kysthospitalet. Det var flott behandling, og jeg ble svært godt ivaretatt med mye kjærlighet, smil og varme. Jeg følte jeg kom ut med mye kraft både i bein, hodet og hjertet!

Jeg går ikke lenger ned i spagaten, men jeg er i full vigør og i farten døgnet rundt – både på scenen og sammen med barnebarna.

*Wenche Myhre*



Fra feiringen av sykehuset sitt 125-årsjubileum 24. august 2018



Jubileumsdagen startet med flaggheising i parken utenfor sykehuset. Sjukehusjefen hilste jubilanten og plantet et «hjertetre» som symbol på hva Kysthospitalet står for både for personalet og pasienter.



Glade vinnere fra den første utgaven av «Kystmesterskapet» ble hyllet på jubileumsdagen.



Det ble lagt ned krans ved bysten av overlege Herman G. Gade. I bakgrunnen Os mannskor.



I viken foran sykehuset var det oselvere med bunadskledd ansatte og familie.



Her poserer fra venstre Mona H. Lyssand, Elisabeth Sverre Wik, Solveig Heie Antonsson og Elisabeth Juell Andersen foran bysten ikledd diakonisseuniformer.

Alle foto: Kysthospitalet



Wenche Myhre takket hoftekirurg Roel Bierling for at han opererte henne for ti år siden.

Faksimile Os & Fusaposten 28. august 2018



Eirik Strønen Søfteland var konferansier på Kysthospitalets jubileumsseminar i anledning 125-årsjubileet.



– Vi er ein samansveisa gjeng som arbeider veldig godt ilag, sa sjukehusjef Kari Indrekvam i sin åpningshilsen.



Kari Vestnes, Kari Indrekvam og Bente Attestog var hjertelig til stede under feiringen.



Egil Gade Greve delte barndomsminner om morfar Herman Gade med konferansier Eirik Søfteland.



Wenche Myhre var den store overraskelsen under jubileumsfeiringen.

Foto: Kysthospitalet



Eivind Hansen, administrerende direktør ved Haukeland universitetssjukehus var full av lovord om jubilarnten.



Ordfører Marie Bruarøy kunne fortelle at hun alt som 6-åring var pasient ved Kysthospitalet.

Foto: Kjetil Vasby Bruarøy, Midtsiden.no



Jubileumsdagen ble avsluttet med festmiddag for ansatte og inviterte gjester, med taler og god underholdning. Foto: Kysthospitalet

På våren ble alle 9. klasser i Os invitert til undervisning i hjerte- og lungeredning, både teori og praksis. De fikk også en innføring i sykehusets historie og hvordan det er å arbeide på et sykehus.

I juni arrangeres Os-dagene i sentrum. I 2018 var Kysthospitalet representert med egen stand med informasjon om sykehuset. Personalet i operasjonsenheten og leger debuterte på catwalken som mannekenger for motebutikker i sentrum.

Det ble lagt ned mye arbeid i en historisk utstilling med gammelt medisinsk utstyr og annet «*fra loft og kjeller*». Denne ble presentert for publikum i Oseana jubileumsdagen. Utstillingen er i dag tilgjengelig på ulike steder i sykehuset.

For å synliggjøre Kysthospitalets historie og dagens aktivitet, ble det laget ulike postere/plakater med informasjon og bilder.

For første gang ble «Kystmesterskapet» arrangert i sykehusparken. Ansatte deltok i kreative aktiviteter som «*kasting av hofteprotese*», «*balansering av hoftekuler*» etc. og et rebusløp i skogsstien. Vinnerlaget ble hyllet på jubileumsdagen.





I anledning jubileet ga Kysthospitalet kurs i hjerte- og lungeredning for niendeklassinger i Os. Her er det elever fra 9D ved Nore Neset ungdomsskole som er i aksjon. Kursholder Hege Haugen demonstrerer bruk av hjerte- og lungeredningsmaskin.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnæs, Os & Fusaposten



Nora Kvinge Austevoll (t.v.) og Kine Ullensvang Moland blir instruert av anestesisykepleier Sarah Louise Gabrielsen.

Foto: Anne Marie Aarøen Vangsnæs, Os & Fusaposten

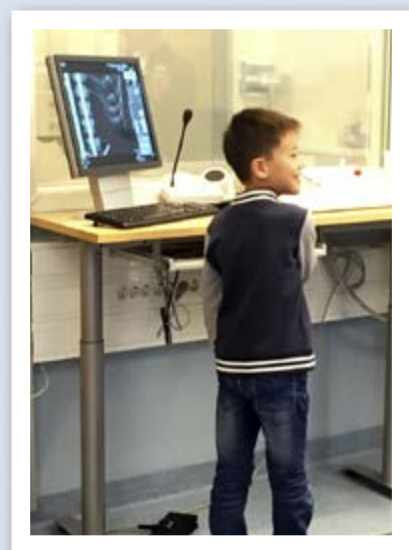
«Åpen dag» ved Kysthospitalet ble arrangert lørdag 22. september 2018. Mange nyttet muligheten til å se hva som foregår på sykehuset.

Laboratoriet



Oppvåkningsavdelingen

Røntgenavdelingen



Kysthospitalet ble hedret søndag 26. august i Os kyrkje med en høytidelig jubileums-gudstjeneste. Ansatte bidrog under gudstjenesten og offergaven var til Helse Bergens prosjekt i Malawi.

Markeringen av jubileumsåret ble avsluttet en lørdag i september med «Åpen dag» for publikum. Frammøtet var godt og publikum fikk blant annet oppleve deltakelse på operasjonsstuen, oppvåkningsavdelingen, røntgen, fysioterapi og sengepost. Den historiske utstillingen med en egen video var satt opp i auditoriet. Kjøkkenet serverte deilig kake og kaffe i kantinen.

Ansatte ved Kysthospitalet er stolte og glade i den flotte arbeidsplassen. Jubileumsåret skapte et unikt og forsterket samhold og engasjement hos alle ansatte.

Operasjonsstuen



Anestesisforberedelse



Sengepost



**UNDER KNIVEN:** Eric Kgomotso (med mønstret munnbind) er en av sykehusets ryggkirurger og skal rense opp i ryggkanalen til Gunn Strømmen.

## Bare en av fire vonde rygger blir operert. Nå er turen kommet til Gunn.

**KARI PEDERSEN**  
kari.pedersen@bt.no  
foto **MARITA AAREKOL**

**FOR 100 ÅR SIDEN** lå tuberkuløse barn årevis til kuring på Kysthospitalet. Gunn Strømmen rusler ned til operasjon på egne ben – og reiser hjem samme uke.

– Jeg har bli-ny-dag, spøker Gunn Strømmen mens fingrene går i strikkesøyet.

«FASTER» står det med store bokstaver på skiltet over sengen hennes. Om bare en times tid er ventetiden over for Strømmen. I mellomtiden må hun klare seg uten mat mens hun strikker seg nytt pannebånd.

56-åringen fra Måløy skal gå på egne ben ned til operasjonsavdelingen. Der vil kirurg Eric Kgomotso rense opp i ryggkanalen hennes. Forkalkning og slitasje har satt nervene i klem. Det er flere år siden hun måtte gi seg som hjelpepleier.

Nå er Strømmen leder på en skolefritidsordning og 60 prosent ufør. Målet er å bli så bra i ryggen at hun kan fortsette

i jobben – og helst jobbe enda litt mer.

– Jeg er slettet ikke klar for å gi opp arbeidslivet, sier hun bestemt.

«**DEN HVITE PESTEN**» ble den kalt. Den smittsomme tuberkulosen spredde seg som en sann mare i Norge mot slutten av 1800-tallet. Rundt år 1900 døde over 6000 mennesker årlig av tuberkulose, skriver historiker Egil Ertesvaag i boken som ble gitt ut til 100-årsjubileet for Kysthospitalet i Hagevik.

Tuberkulose tok flere liv den gang enn kreft gjør i dag, hvis vi tar hensyn til folketallet.

Kysthospitalet, som ligger nydelig til ved sjøen i Os, ble bygget for å ta imot tuberkuløse, og da særlig barn med sykdommen i bein, ledd og lymfeknuter, såkalt skrofulose. Medisiner fantes ikke, så pasientene ble kuret med «passende diet, stadigt ophold i frisk luft samt regelmæssige varme søbad».

Noen ble liggende i årevis.

Ertesvaag forteller om åtte år gamle Arthur som døde i 1905 etter 1772 dager på Kysthospitalet. I 1912 lå pasientene i gjennomsnitt ett år på kur.

Den siste tuberkulosepasienten gikk ut døren i 1972. Da var Kysthospitalet for lengst omgjort til et spesialisert sykehus for ortopedisk kirurgi og er en del av Helse Bergen.

**I DISSE DAGER** markerer Kysthospitalet 125 år og kan skilte med tilfredse pasienter. 97 prosent er i stor grad eller svært stor grad fornøyd med pleien og behandlingen. Det gode ryktet sprer seg, og folk kommer reisende fra hele landet for å fikse rygger eller skifte ut slitte hofter og knær.

Langt fra alle ender på operasjonsbordet, understreker sykehussjef Kari Indrekvam.

– Av dem som blir henvist her med dårlig rygg, får ca. en fjerdedel tilbud om operasjon. Tre av fire får råd om først å prøve opptrening.



**SISTE SJEKK:** Anestesisykepleier Solveig Antonsson tar imot Gunn Strømmen mens hjelpepleier Janicke Storum hjelper henne med påkleddingen.

#### FAKTA



Livet på Haukeland

- Haukeland universitetssykehus er byens største arbeidsplass med om lag 12.000 ansatte.
- I løpet av et år er det 900.000 pasientmøter. 2500 helsearbeidere får utdanningen sin på Haukeland.
- Livet på sykehuset rommer både dramatisk, sorg og glede. Men også mye hverdagsliv. I en serie artikler presenterer vi noe av dette.

#### Kysthospitalet i Hagevik

- Etablert som tuberkulose-sykehus i 1893. I dag er Kysthospitalet spesialsykehus for planlagte ortopediske operasjoner. Arbeidsplass for ca 200 mennesker.
- Sykehuset ble drevet av en selveiende stiftelse fram til 1975, da det ble overlatt til Hordaland fylkeskommune. Siden sykehusreformen i 2002 har Kysthospitalet vært en del av Ortopedisk klinikk i Helse Bergen.
- I 2017 ble det gjennomført 1663 operasjoner på Kysthospitalet, mens sykehuset mottok 4857 henvisninger. Ca en tredel av pasientene er bosatt utenfor Helse Bergens område.
- Fredag 24. august inviterer Kysthospitalet til gratis jubileumseminar og historisk utstilling på Oseana. Lørdag 22. september arrangerer sykehuset åpen dag.



**LUNSJ I PARKEN:** Kysthospitalet ligger i et parkanlegg ved sjøen. Denne gjengen nyter lunsjen ute i solen da sjefen stikker innom. Fra venstre: Gunn Odil Moberg, Ingrid Underhaug, Janne Haugland, sykehussjef Kari Indrekvam, Kristine Hagen Natvik og Turid Rognsvåg



**PÅ BEINA:** Nyopererte Laila Stormark er ute og prøvegår sin nye hofte med fysioterapeut Janne Haugland ved sin side.

Litt over halvparten av pasientene med vonde hofter og knær får nye kunstige ledd. De andre må vente og trene.

– Hvor mye smerter pasienten har avgjør om vi opererer eller ikke, sier Indrekvam.

– Hvorfor ikke bare skifte ut det slitte leddet først som sist? – Kunstige ledd har begrenset levetid og inngrepet er så omfattende at det er en fordel om det nye leddet kan vare livet ut.

En hofteprotese varer vanligvis opptil 20 år.

– Kan en sprek 60-åring få nye hofter og fortsatt gå i fjellet og løpe?

– Gå i fjellet, ja, men kanskje med en lettere sekk enn tidligere. Løping vil jeg i tilfelle anbefale i terreng heller enn på asfalt. Det minsker risikoen for at protesen løser tidlig, sier Indrekvam.

**TIDEN ER INNE** for Gunn Strømmen. Sammen med hjelpepleier Janicke Storum står hun i heisen på vei ned, mens sommer-

fuglene romsterer i magen. Hun som var så optimist, kjenner på nervøsiteten.

– Jeg er litt redd, ja, innrømmer hun. – Tenk om det ikke går bra.

Strømmen har to ganger tidligere tatt turen til Hagevik. I juni ble hun undersøkt på poliklinikken og fikk tilbud om operasjon. Så kom hun for felles operasjonsklarering en dag i juli. På klaringsdager blir en hel gruppe pasienter med lidelse i samme ledd kalt inn samtidig. Så går spesialistene gjennom papirene deres og sjekker at alle nødvendige undersøkelser er gjort.

Pasienter og pårørende får dessuten et felles orienteringsmøte med alle yrkesgrupper de vil møte på sykehuset.

– En klaringsdag er det rygger, neste gang hofter eller knær. På den måten sikrer vi at alle får samme informasjon. Dessuten, ved å klarer i god tid på forhånd, slipper vi å avlyse i tolvte time fordi vi oppdager

mangler i forundersøkelsen, sier Indrekvam.

Sykehussjefen trekker også frem som en styrke, at hele staben fra laboratorium til overleger er inndelt i faggrupper. Rygg-legen samarbeider med rygg-sykepleier, rygg-fysioterapeut og ryggspesialister på røntgen og laboratorium.

– **NÅ VET JEG** at det ikke er så mye å kvi seg til, sier Laila Stormark og smiler fornøyd.

Etter flere år med store smerter, er venstre hofte skiftet ut.

– Først ville de ikke operere meg, fordi jeg ikke klarte å slutte å røyke, sier hun.

Røykingen gir dårligere benheling og større risiko for komplikasjoner, forklarer sykehussjef Indrekvam.

I januar stummet Stormark sin siste sigarett. Dagen før fikk hun fernet den nedslitte hoften.

Nå har hun allerede vært ute og gått sammen med fysioterapeut Janne Haugland.

Nå er Haugland tilbake på sengeposten for å trene den nyopererte. Med faste hender bøyer og strekker hun venstre foten til 69-åringen.

– Samtidig sjekker jeg at bevegeligheten og følsomheten er som den skal være. At ikke nerver er skadet i inngrepet, forklarer fysioterapeuten.

Hjemme på Bjelkarøy utenfor Hjeltestad venter seks uker på krykker. Og forhåpentlig en tilværelse med litt flere spaserturer og litt mindre tid over datamaskinen. Hofteslitastien har redusert rekkevidden betraktelig.

Høyrehofte må kanskje skiftes den også.

Men neste gang vil ikke Storum kvi seg så mye.

*PS: Operasjonen til ryggpasient Gunn Strømmen var vellykket og hun reiste hjem til Måløy tre dager etter inngrepet.*

6



# Skogstien og Parken

En dendrologisk beskrivelse av hageanlegget ved Kysthospitalet

Av Per H. Salvesen

En solblank morgen bør man ta turen utover langs kaien og stranda fra parkeringsplassen i Hovlandsvik, forbi Tangen og mot badeplassen. Lav sol speiler seg i sjøen fra øst. Havblenket sender skarpt lys innover i skogen og framhever grove stammer av furu og eik. Innimellom står bjørk, rogn, hassel og søtkirsebær, slik de sikkert har gjort fra langt tilbake. Kristtornbuskene, som står hist og her, har nok også kommet hit uten menneskets hjelp, selv om det finnes eksemplarer av arten som åpenbart er plantet rundt husene ved hospitalet og i bebyggelsen i Hagavikfjæra. Allerede fra veien ser en at dette likevel ikke er noen vanlig skog. Eksotiske treslag strekker seg høyt til værs i den bratte skråningen.

En vei tar av innunder trekronene, hvor det åpner seg et stort rom. Det rasler i gammelt lauv, og lyden av fallende blad kan såvidt høres gjennom fuglekvitter og tsjik-tsjik! fra ekorn som krafser opp- og nedetter treleggene. Her står flere store bøketrær. Bladenes mørke, rødlige farge avslører at de har blodbøk-gener i seg. Rette stammer av edelgran reiser seg høyt over lauvtrærne. Langt der oppe kan en dra kjensel på det regelmessige baret og de opprette konglene. Langs veien står også flere sypresser av anselige dimensjoner. De er rake og slanke, og fargen på det sirlige, myke baret veksler fra gulgrønt til lyst blålig grønt fra ett tre til det neste. Konglene likner fotballer i miniatyr, og avslører at de hører til slekten *Chamaecyparis*. Sannsynligvis dreier det seg om 'Triomphe de Boskoop' og andre sorter av **lawsonsyress** (*Chamaecyparis lawsoniana*), som var svært populære og ble mye brukt i parker over hele Nordvest-Europa for noen mannsalder siden, men som blir for store i moderne hager. En kjent lukt av fuktig skogbunn blander seg med aromaen fra fremmede treslag. Det dufter som av epler eller ananas, og ved nærmere ettersøking kan en finne flere eksemplarer av **kjempetuja** (*Thuja plicata*). Tuja-slekten har i motsetning til sypressene avlange kongler som åpner seg i den ene enden.

Møtet med de storvokste parktrærne gir et sjarmerende og befriende uryddig inntrykk. Dette er ingen vanlig frisert park, her råder ikke skogbrukets krav om avkastning i massevirke og det er lite som minner om det moderne anleggsgartneriets monotoni.

**Per Harald Salvesen**, f. 1951, er cand. real. fra Universitetet i Oslo. Han er 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen og arbeider med trevekster i Arboretet på Milde.





Strandpromenaden i dag. Langs muren ses stubbene etter kanadapoplene, som ble hugget for noen år siden.

Foto: Magnus Vabø

Trærne har fått stå i fred og vokse til, og endel arter har satt frø og er i ferd med å spre seg. Noen vil kanskje kalle Skogstien overgrodd og ustelt, men slik skogen nå står, forteller den noe om hvordan skog på Vestlandet kan komme til å se ut om noen tiår.

### ***Dendrologiske severdigheter***

Parken, som opprinnelig dekket 30–40 da, ble anlagt under ledelse av Kysthospitalets direktør og overlege fram til 1946, Herman G. Gade. Han var svært engasjert i anleggenes utforming og botaniske innhold, og må for en stor del ha bekostet plantningene av egen lomme. Det finnes en liten godbit av en filmstubb i farger,<sup>1</sup> som antakelig er tatt opp i 1938, hvor Gade spaserer opp fra badeplassen på Hovlandsneset, ulastelig antrukket i sort dress, bowlerhatt og stakk. Det er tidlig vår, og han slår av en prat med gartneren som setter opp kantstein langs Skogstien. Slik gikk han ofte og fulgte med i alt som skjedde i anlegget. Han saumfor terrenget med blikket, og stoppet ofte for å stelle og beskjære en plante – eller veksle et ord med en medarbeider eller en pasient. Men nåde den som ble knepet i å brette kvister eller grave opp planter uten lov. Skiltene med formaningen «*Lat busker og trær stå i fred*» var alvorlig ment!<sup>15</sup>

Samlingen av sjeldne trær og busker har hatt ry for sine mange severdigheter blant fagfolk både i Norge og i utlandet. Professor Rolf Nordhagen var her ved flere anledninger i sin tid som styrer ved Botanisk museum i Bergen,<sup>2</sup> professor Oddvin



Reisæter ved Norges Landbrukshøgskole var her gjentatte ganger<sup>3</sup>, og atskillige delegasjoner av botanikere eller dendrologer (spesialister i trevekster) har besøkt Hagevik opp gjennom årene. Da den svenske Foreningen for dendrologi och parkvård arrangerte ekskursjon til Vestlandet i 1949,<sup>4</sup> var parken i Hagevik således et naturlig stoppested, og det var med god grunn at dr. scient. Knut Nedkvitne og professor Per Wendelbo inkluderte parken i sin oversikt over plantete bartrær i Bergensregionen.<sup>5</sup>

Den usedvanlig lune beliggenheten innerst i Hovlandsvika ble i sin tid valgt for å gi de beste forhold for pasienter med tuberkulose.<sup>6,7</sup> Her finnes også noe nær det gunstigste vekstklima for vintergrønne trær og busker en kan oppdrive i Norge. Særlig gir nærheten til Atlanterhavet en svært mild vinter, og lang, om enn relativt kjølig vekstsesong. Berggrunnen er ikke spesielt gunstig, og utenom dyrket mark er jordsmonnet jevnt over ikke særlig tykt. I den bratte, østvendte skråningen i åsen hvor Skogstien går, er tilførselen av frisk fuktighet og plantenæring med sigevannet likevel både jevn og rikelig, og her er gode vekstforhold. Flere steder finnes kjempeindivider – etter norske forhold – av **lawsonsypress** (*Chamaecyparis lawsoniana*). Arten stammer opprinnelig fra et ganske begrenset område i fjellene i det vestlige USA, hvor den kan



Havblenket avslører grove stammer av furu og eik der Skogstien tar av fra Strandpromenaden på Hovlandsneset.

Per Harald Salvesen



Vinterkaprifol (*Lonicera henryi*) brer seg i skogen.

Per Harald Salvesen



Skermtreet (*Sciadopitys verticillata*) trives utmerket i Hagaviks milde klima. Her ved Skogstien.



Rhododendron praevernum i Skogstien. Den blomstrer først av alle, i mars–april.

Begge foto: Per Harald Salvesen, 1. mai 2010

oppnå høyder på 50 m og mer. I kultur blir den sjelden over 15–20 m, men de største trærne ved Kysthospitalet når godt over 20 m, er rettstammete og fortsatt i god vekst. Ja, et tostammet tre i skogen ved badeplassen på Hovlandsneset måler hele 26,5 m. Ved rota er det 3,15 m i stammeomfang, mens de to stammene måler 1,70 og 1,83 i brysthøyde. **Kjempetuja** (*Thuja plicata*) finnes naturlig i et noe større område langs vestkysten av Nord-Amerika, fra Alaska til California, og kan der strekke seg hele 70 meter i været. Hos oss har den tydeligvis ofte problemer med høydeveksten, og danner gjerne store kratt av sidestammer eller greiner som skyter ut nederst på stammen. Et tre med fem-delt stamme nedenfor direktørboligen er likevel imponerende, det måler 5,08 m i omfang ved rota og høyden er 31 m.

Edelgran rager likevel høyest i Hagevik. Både **nobelgran** (*Abies procera*) og **kjempeedelgran** (*A. grandis*) strekker seg over 30 m, og **nordmannsgran** (*A. nordmanniana*) følger ikke langt etter. Litt uventet når et eksemplar av *Abies × insignis*, en krysning mellom spansk edelgran (*A. pinsapo*) og nordmannsgran, enda høyere. Innenfor badeplassen på Hovlandsneset står et tre som måler 32 m. Det kan ha vært plantet like før 1920, men neppe så tidlig som 1910, slik det har vært antydning.<sup>5</sup> En **koloradogran** (*A. concolor*) litt lenger opp fra sjøen er det høyeste treet som er målt i Skogstien, med 33,5 m.

Flere riktig eksotiske innslag finnes også i Hagavik. Først må nevnes **spansk edelgran**, som opptreer naturlig i et lite fjellområde i Sør-Spania. En form med blålig

bar står i Skogstien, og selv om den vokser langsomt og ikke ser helt trivelig ut, er den et særsyn med trinne skudd hvor nålene spriker i alle retninger. En annen middelhavsgjest er blå atlas-seder (*Cedrus atlantica* 'Glauc'), lett kjennelig på de lysende blåhvite barnålene som sitter mange sammen i tette kortskudd. Et malerisk eksemplar i parken ovenfor sykehuset har lenge vært en attraksjon, men inniblant hemlokk i Skogstien står enda ett, og det har strukket seg nesten 25 m til værs. En art som kan likne noe, men tilhører en helt annen slekt, er **fjellhemlokk** (*Tsuga mertensiana*). Vakre eksemplarer står bl.a. på Utsikten ytterst på Hovlandsneset. Det blågrå, tette baret og de store konglene skiller den fra øvrige arter av hemlokk. Overlege Gade hadde sans for denne smalvokste arten, og mente den var ideell til hekk.<sup>8</sup> Av bartrær med blålig bar må vi også ta med **fjelldouglas** (*Pseudotsuga menziesii* var. *glauca*). Trivelige eksemplarer av denne formen av douglasgran er lett synlige i skråningen opp fra parkeringsplassen på kaien. De setter rikelig med kongler, som er så karakteristiske at det ikke byr på problemer å bestemme trærne.

Tidligere var en av parkens attraksjoner og overlege Gades stolthet et eksemplar av **mammuttreet** (*Sequoiadendron giganteum*). Det sto i parken ovenfor sykehuset, ikke langt fra atlasederen. På omvisninger med besøkende eller pressefolk, var en stopp her obligatorisk. Ja, han gjorde det etterhvert til en daglig rutine å stanse ved sederen og mammuttreet på vei hjem fra arbeidet.<sup>9</sup> Og mammuttreet er virkelig verd en smule ettertanke. Det kan oppnå en alder på 3000 år. I dag finnes bare noen få isolerte naturlige forekomster av arten i Sierra Nevada i California. De må regnes som relikter, dvs. de siste gjenlevende rester, av skoger som dekket store deler av Nord-Amerika før istidene og tilbake i tertiær tid. De største eksemplarene når høyder på mer enn 100 m og stammeomfang på opp mot 30 m, hvilket gir stokker på mer enn 1400 kubikk-meter trevirke! I Norge er arten ikke helt hardfør, og treet i parken bak Kysthospitalet frøs ned for noen år siden.<sup>9,15</sup> Heldigvis har et annet eksemplar overlevd i Skogstien. Ganske bortgjemt og lunt mellom hemlokk har det strukket seg over 25 m. Dermed er det blant de høyeste mammuttrær som er kjent i vårt land. Parken ved Kysthospitalet inneholder også interessante innslag fra det fjerne Østen. **Viftelønn** (*Acer palmatum*) fra Japan regnes for lite herdig hos oss, men trives godt selv i skyggen av de store bartrærne. Til samme elementet hører **japanpieris** (*Pieris japonica*) og **vinterkaprifol** (*Lonicera henryi*). Begge er vintergrønne med smale blad, og trives godt inne i skogen. **Japanpieris** kommer som navnet sier fra Japan og tilhører lyngfamilien. Den danner små nette trær eller kratt med glinsende blad. **Vinterkaprifol** er derimot en vest-kinesisk slektning av vår hjemlige vivendel, og er en frodig slyngende busk som brer seg kraftig i skogbunnen og oppetter trestammene. Et stort eksemplar dekker muren på den nedre solterrassen ved hospitalets sydøstre fløy. En ganske spesiell godbit i Skogstien er **skjermtreet** (*Sciadopitys verticillata*). Dette eiendommelige lille bartreet, som er naturlig utbredt i Japan, likner ikke noe annet med sine lange, trinne nåler som sitter i kranser i spissen av lubne skudd. Dets nærmeste slektninger døde da også ut for millioner av år siden, og skjermtreet må regnes blant de «levende fossiler».

Det er et vakkert tre som trives godt på Vestlandet, men er tross dette ikke ofte å se i hager og parker.

Blant severdighetene kan vi ikke unnlate å ta med den mest kjente av dem alle: **rododendron**. De frodige, blomstrende krattene har framfor noe gjort parken i Hagevik til et valfartsted. Ved festspilltider i mai–juni er fargespillet på det vakreste, i alle sjatteringer fra porselensaktig hvitt med lyst lilla skjær, over rosa og rent rødt til karmosinrødt, purpur og fiolett. Når de ble plantet, vet vi sånn omtrent, men det finnes ingen oversikt over sortementet. Til åpningen av det nye tilbygget på sykehuset 21. juni 1927 ble det i hvertfall anskaffet et stort utvalg. 'Stavanger Aftenblad' påkostet seg i den forbindelse noen rosende ord til gartneren for å ha satt ut ikke mindre enn 2000 rododendron-planter. Slike rause masseplantinger ble tydeligvis foretatt flere ganger, og overlege Gade sa gjerne at det fantes 47 forskjellige slag rododendron ved Kysthospitalet.<sup>8</sup> Antakelig er mer enn 30 av dem der fortsatt, men det er nesten umulig å finne tilbake til navnene på alle. Foredling av rododendron hadde i 1920–30-årene allerede pågått i et hundreår. Utrolig mange sorter var frambrakt ved krysning og utvalg, og som så mye annet i hagesammenheng, begynte det i Storbritannia. Utgangspunktet var tre nærbeslektete arter: de amerikanske *Rh. catawbiense* og *Rh. maximum* og den europeiske *Rh. ponticum*. Disse ga opphav til flere hardføre, litt 'stivbeinte' kultivarer som liknet hverandre og hadde blomsterfarger fra svakt rosa til fiolett. Variasjonen var begrenset, selv om det oppstod former med doble blomster som 'Fastuosum Flore Plenum'. Et vakkert eksemplar av denne kan sees ovenfor solterrassene bak sykehuset. Da den staselige himalayiske *Rh. arboreum* ble innført, fikk man et større register i blomsterform og -farge, samt tettere, rundere blomsterstander.

Denne arten er svært variabel så vel i blomsterfarge (fra hvit til blodrød), som i bladform og hardførhet, noe som gjenspeiles i de kultivarene den har gitt opphav til. Det finnes helt hvite typer og de med røde blomster – men man slet lenge med å få disse rent røde, uten blåskjær, i hybridene med *Rh. catawbiense*. Store blomster var også ettertraktet, men ikke lett å få til før arter i *Rh. decorum*-gruppen ble tilgjengelige. Svært mange rododendronarter har dessuten en ganeflekk i svelget av kronrøret, oftest purpurfarget, sjeldnere gulgrønn. Den tjener som veiviser for insekter på jakt etter pollen eller nektar. For hageentusiaster er den prikken over i-en, som gir blomsten særlig karakter.

Blant rhododendronene ved Kysthospitalet finnes alle disse elementene representert. En drar kjensel på *Rh. catawbiense* i svært mange av buskene, blant dem mange tidligere populære sorter med blomster i alle sjatteringer fra fiolett og mørkerødt over rubinrødt, purpur, lilla og rosa til nesten rent hvitt. Særlig av de mer eller mindre rent røde finnes et ganske rikt utvalg. Mange er 'klassikere' fra siste halvdel av 1800-tallet, men sortementet inneholder også former som i 1920- og 30-årene må ha vært spennende nyheter.

En annen art som lar seg gjenkjenne, og som uvegerlig blir med i alle samlinger av rododendron, er *Rh. ponticum*. Den kjennes på små, lysende rosa til lilla blomster med dypt innskårne kronefliker. Den er herdig og lett å rotslå, og ble gjerne brukt som podegrunnlag for mer sarte kultivarer. Nå har podestammen for lengst tatt over mange steder, og mange busker har to ulike typer blomster, slik en kan se det på Utsikten, der ugjennomtrengelige kratt av *Rh. ponticum* formelig «eser» utover knausene.



I Skogstien står en merkelig, skranglete *Rhododendron*-busk med uvanlig store, mørkegrønne blad og med knallrøde knopper i april. Ettersom de åpnes til store, nikkende klokker, blekner fargen på blomstene. Det har ikke lyktes oss å bestemme den, og vi kaller den bare «Dyret i Hagavik».

Foto: Per Harald Salvesen 26. april 2012

For den som liker å se etter vårtegn har Hageviks rhododendron-kratt noe spesielt å by på. Allerede i begynnelsen av mars kan en finne de første om ikke frosten har fart for ille med knoppene. Da blomstrer nemlig den sjeldne *Rh. praevernium* (navnet betyr «før våren») med vakkert rosa klokker som har en stor, mørkerød ganeflekk. Den kommer opprinnelig fra fjellene i Sørvest-Kina, hvor den vokser i skog fra 1600–2500 moh. En ukes tid senere blomstrer en eksotisk utseende *Rhododendron*, med store, skadagensrøde knopper som går over i karmosinrødt, og blekner ettersom de 15–20 store klokkene i hvert hode springer ut. Den gir med sine mørkegrønne, opptil 25cm lange blad og åpne, treformete vekst en opplevelse helt utenom det vanlige. Den har mye til felles med *Rh. arboreum*, *Rh. barbatum* og *Rh. thompsonii*, som alle finnes i Himalaya og har knallrøde blomster. I endel trekk likner den dessuten arter i *Rh. grande*-gruppen. Av hageformer med slike trekk finnes ikke mange å velge blant, vi tror det er en krysning mellom noen av disse. Til tross for at flere eksperter har forsøkt, har det ikke lyktes å bestemme den. Vi har litt spøkefullt kalt den «Dyret i Hagavik». Det er en aldri så liten sensasjon at den har overlevd og blomstrer så langt nord. Når vårsola noen uker senere virkelig begynner å få tak, kan en finne *Rh. rex* i blomst, og etter enda noen uker den nærstående *Rh. fictolacteum*. Begge finnes utbredt i fjellene i Sørvest-Kina mellom 3000 og 4500 moh. Med sin grove, treformete vekst og opptil 25–35 cm lange, hårete blad og lys gule eller hvite blomster som virker små i forhold til bladene, gir de også et ganske spesielt inntrykk.

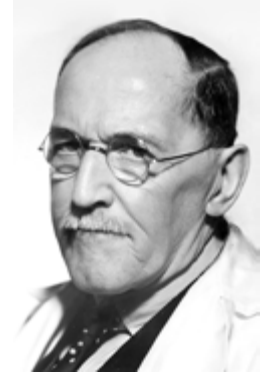
## Kulturbakgrunn og motiver

Plantesamlingen og naturparken i Hagavik er langt på vei Herman G. Gades verk. Det fortelles at han hadde tre hovedinteresser:<sup>10</sup> aktivisering av pasienter, filmfotografi og vakker natur. Dr. St. Tschudi Madsen, sønn av dr. med Sigvard Chr. Madsen, som satt i Kysthospitalets styre i en årrekke, beskriver ham slik: «Han var en kunstner-natur med kunstnerens øye, øre og hånd, dertil en henført naturelsker. Det ypperste uttrykk for disse egenskaper blomstrer og lever i det vidunderlige parkanlegg som omgir hospitalet.»<sup>11</sup> Gade brukte sjelden sterke ord om sin egen innsats, og protesterte om en omtalte plantningene som parkanlegg: «*Det er bare naturen som vi har jenket litt på. Vi har tatt ut det stygge og satt inn noe vakkert i stedet.*»<sup>12</sup> At han var oppsatt på å skape en vakker ramme om Kysthospitalet er åpenbart, og han hadde opplagt en genuin interesse for hagekultur og botanikk – særlig må han ha vært fascinert av mulighetene for å dyrke sjeldne og fremmede planter. Når Gade selv ga uttrykk for ideen bak parken og plantningene, begrunnet han det imidlertid ofte i behovet for å gi det beste og mest mulig helhetlige behandlingstilbud. Det gunstige lokalklimaet tilla han stor vekt, og var derfor sterkt imot den uttynning av skogen som Skogvesenets tømmerhogst bidro til før Nedre Hovland gård ble overdratt til Kysthospitalet i 1918:

Kysthospitalet med  
parken sett fra øst.

Foto: Øystein Fykse





Det fortelles at Gade hadde tre hovedinteresser: aktivisering av pasienter, film/fotografi og vakker natur. Foto: Christian Bøbak

Blodbøk med rødlige blad i Skogstien, mai 2001. Foto: Kysthospitalet

Kysthospitalets usedvanlig gunstige beliggenhet beror nemlig for en vesentlig del på den livd, som skogen har ydet mot nord- og østenvind. En yderligere uttynning av skogene her vil på det føleligste forringe de gunstige klimatiske forhold som betinger hospitalets skikkethet for sit formål. Allerede den nu foretagne hugst har i kjendelig grad gjort nord- og østenvinden følbar.<sup>13</sup>

Sol, sjø og naturopplevelser var viktige elementer i et kuropphold ved Kysthospitalet, og hensynet til dette går igjen i alle deler av anleggene. Dette kommer klart fram i et portrett kringkastingen tegnet av Kysthospitalets direktør 19. mai 1939:



Store bartrær strekker seg i været over åsen langs Skogstien.

Foto: Øystein Fykse

Der er neppe tvil om at overlæge Gade hadde rett da han sa at blomster og farver, og de vakre naturomgivelser liver opp i sinnet, og utfyller den behandling som et hospital kan gi. Pasientene kan oppholde seg derute i lang tid, ofte måneder, ja årevis, og i lange tider er de bundet til sykesengen. Da gjelder det at man kan utfylle den kirurgiske og den medisinske behandling ved å plassere dem i omgivelser, som umiddelbart tilfredsstiller deres behov for en psykisk impuls. De må få en opphjelp av sitt livsmot, en støtte for sin velvære-følelse. Og derfor har overlægen lagt an på å få omgivelsene så tiltalende som mulig. På en sjelden måte har det lyktes å forene skog og mark og naturblomster med en hage som rummer de vakreste kulturplanter, uten at en merker noen overgang. Her kan barna tumle seg sommersdag på stranden og i badeviken, og her kan de oppegående voksne finne atspredende og ikke for tunge turer.<sup>2</sup>

Når vi vet at Gade gjerne egenhendig fungerte som byggekomite og for en stor del sto for gjennomføring av planene,<sup>6,11,14</sup> blir det tydelig i utforming av spaserveier, sjøbad, solterrasser og bygninger at han også hadde sans for praktiske løsninger. Hvorfra fikk han så sin interesse for natur og hagekultur? – På sett og vis var det neppe til å unngå, han ble nærmest født til det. Blant velhavende borgerfamilier i Bergen var det i 2. halvdel av 1800-tallet både en motesak og en æressak å holde store, parkaktige hager. Hagen behøvde ikke være særlig velfrisert, men skulle gjerne være desto mer rikholdig på eksotiske, sjeldne og ofte mer merkverdige enn vakre planter. Den engelske landskaphagestilen var på mote, og hagen omkring barndomshjemmet i Kalfarveien 37 skal ha vært blant byens mer frodige av slaget.<sup>9</sup>



Samtidig var det en sterk bevegelse i byens borgerskap for å plante trær, reise skog og anlegge parker – gjerne med allmenhetens sunnhet og velvære som overordnet mål. Oppfordringen «*Ænn om vi klædde Fjælllet?*» fra Bjørnstjerne Bjørnson (Arne, Bergen 1858) uttrykker nok levende tanker i tiden. Den skulle snart bli omsatt i handling. Bergens Skov- og Træplantningsselskab ble stiftet i 1868, to år før lille Herman så dagens lys, og planting pågikk både på Løvstakksiden og langs fjellsiden under Fløyen mens han vokste opp på Kalfaret.<sup>16</sup> På Åstveit i Åsane var Rasmus Meyer i 1870-årene i full gang med å anlegge sin legendariske park. I 1882 ble Nygårdsparken påbegynt med Nygårds Parkselskab som eiere, og etpar år senere ble parken på Moldegård opparbeidet for kjøpmann J.A. Mowinkels regning.<sup>5</sup> Overlege Herman G. Gades far, forretningsmann og senere konsul Fredrik G. Gade (1833–1905) var selv en eksponent for denne bevegelsen. I løpet av årene 1858–77 bygget han seg opp en større formue på den manufakturforretningen som han overtok etter faren, og senere solgte for å kaste seg inn i politikken og byens utvikling. En del av formuen brukte han til å kjøpe Øvre Fantoft gård, hvor han fikk anlagt en vakker park med beplantninger og spaserveier til almenhetens beste. Her restaurerte han også en stavkirke fra 1200-tallet kjøpt inn fra Fortun i Sogn.<sup>17</sup> Parken med Fantoft stavkirke er som kjent senere blitt en av Bergens store turistattraksjoner. Parallellene til sønnens park i Hagavik er slående.

Herman G. Gades interesse for botanikk og hageanlegg ble neppe svekket med tiden. Etter eksamen artium i 1888 i Bergen, studerte han medisin ved Det kgl. Frederiks Universitet i Oslo, og bodde dels hos sin onkel, konsul Gerhard Gade (1834–1909) på Frogner gård.<sup>9</sup> Godset på Frogner hadde en standsmessig hage og park, en av de absolutt mest kjente i Oslo: Frognerparken. Både under og etter studietiden reiste Gade mye. Han må ha pleiet nær kontakt med kolleger og institusjoner på kontinentet, og skal nærmest årlig ha vært utenlands.<sup>7,17</sup> En språkmektig mann var han, og foruten til Sverige og Danmark, gikk reisene etter det som fortelles gjerne til Tyskland, Nederland, Belgia, Frankrike, Østerrike og Italia. Han studerte både i Berlin og Munchen, bl.a. lærte han røntgenologi hos selveste dr. Röntgen.<sup>9</sup> Senere besøkte han barnehospitaler og medisinske institusjoner i studieøyemed. Reisene i utlandet, som han for en stor del må ha bekostet selv, kan etter det vi kjenner til, beskrives som litt gammeldagse, ganske komfortable ekspedisjoner. Han hadde en ganske betydelig personlig formue, og la ikke opp reisene bare med tanke på medisinske studier, men tok seg tid til å bese både museer og andre severdigheter.<sup>9,18</sup> Etersom Gade ikke førte dagbok eller skrev brev fra sine reiser – han hadde øyensynlig aversjon mot penn og papir<sup>11,14</sup> – vet vi lite eksakt om hvor han var og hva han foretok seg, men vi må regne med at han har vært innoom både botaniske hager og store parker. Det er også fristende å anta at han hadde kontakt med leverandører av eksotiske planter til Europas mange interesserte samlere. Endel av reisene til kontinentet skal etter det som fortelles ha vært foretatt med et av familiens lystfartøyer. Vi vet at Fredrik G. Gade d.e. hadde et større dampdrevet fartøy bygget etter seilskipslest omkring århundreskiftet.<sup>18</sup> Også overlegens eldre bror Fredrik G. Gade d.y. eide ulike mindre lystfartøyer, og overlegen hadde en tid selv båt liggende for bøye i Hovlandsvik.<sup>19</sup> Muligheten er derfor tilstede for at planter ble tatt hjem på egen kjø, slik Rasmus Meyer gjorde noen år tidligere fra Skotland til samlingene på Åstveit.<sup>20</sup>

På den annen side tyder opplysningene vi har fra tiden etter 1920 på at mye ble bestilt og levert gjennom gartnere som drev med spesialimport av planter.<sup>15,21</sup> Olav O. Askvik (f. 1915) var tidligere maskinsjef ved Kysthospitalet. Som gutt var han ofte med som hjelpesmann ved 'Kysten', både i gårdsdriften og senere i parken når det skulle plantes og rakes lauv. Han husker at det ble levert et større parti planter på rot til hospitalet med lastebil fra Eides planteskole ved Steinsvik (også kalt Søråsmyr planteskole). Dette må ha vært etter 1930, for inntil da gikk transporten til og fra Hagevik gjerne med dampskip.<sup>23</sup> Slike masseplantinger ble gjerne foretatt i forbindelse med storbesøk, og innehaveren av firmaet, som i dette tilfelle må ha vært anleggsgartner Olav Eide, kom selv utover med 2–3 mann. Sammen med overlege Gade gikk han omkring i terrenget og bestemte hvor det skulle plantes. Hospitalets gartner, Sverre Landås, som opprinnelig var ansatt i det samme gartnerfirmaet, kom så etter med hjelperne og plantet. Olav Eide drev fra omkring 1920 egen import av rododendron og andre vintergrønne lignoser fra leverandører i bl.a. Nederland.<sup>21</sup> Han var på Kysthospitalet med planter ved flere anledninger, og hadde kontakt med overlege Gade gjennom en årrekke.<sup>22</sup> Mye tyder på at andre gartnerfirma også leverte planter til Kysthospitalet. Noe ble antakelig levert av Sigvart Natland, som drev Natland Gartneri. På det meste hadde han 50–60 mann i arbeid, og hadde en god del å gjøre på Kysthospitalet.<sup>24</sup> Sammen med Lars Nygård på Grimstadneset var han regnet for størst i Bergensregionen på spesialimport av busker og trær på 1920- og 1930-tallet.<sup>24,25</sup>

Strandpromenaden på  
Hovlandsnes.

Foto: Øystein Fykse





Parken foran hospitalet omkring 1930. Legg merke til mannen som er i ferd med å beskjære treet i forgrunnen.

Foto: Bymuseet i Bergen

### **Anlegget tar form og landskapet endres**

Utviklingen av parken og endringene i landskapet omkring Hagevik kan følges på fotografier, som dels må være tatt av overlege Gade selv. En får inntrykk av at det skjedde lite før på 1920-tallet, bortsett fra med husene og arealene umiddelbart utenfor dem. Vi har endel holdepunkter i samme retning fra Kysthospitalets årsberetninger og driftsregnskaper, som forteller om eiendomsforhold og forbruk av midler i anleggene. Dessuten gikk høydepunkter i virksomheten ikke upåaktet hen i bergenspressen. Særlig er store begivenheter som utvidelsene av hospitalet i 1927 og overlege Gades jubileer behørig omtalt. Det eksisterer også levende film fra 1930-årene, hvor både omgivelser og arbeidene i parken er foreviget.

I årsberetningen for 1898 er Kysthospitalet avbildet med den idylliske utsikten mot sjøen som bakgrunn. Vi ser et skogkledt Hovlandsnes og en speilblank Hovlandsvik. En fredelig, nesten søvnig stemning springer mot oss denne morgenen for omkring 120 år siden: gardinene i vinduene på baksiden er ikke trukket helt opp, og det ryker stille fra en av skorsteinene. To sjøhus ligger ute på Tangen, men strandpromenaden utover neset er ennå ikke anlagt. I bakgrunnen er den umiskjennelige silhuetten av en blandingskog av lauvtrær og furu tydelig nok. Skogen er ganske storvokst og frodig, men mange bjørkestammer er tydelig synlige, som om det nylig var hogd ganske mye. Vi vet at det i disse årene ble investert i «*oparbeidelse av frugt og kjøkkenhave, ligesom endel planerings og udbedring av spadserveiene*»,<sup>26</sup> og på fotografier ser vi en liten park mot sjøen og en hage på baksiden. I 1901 unntok staten Hovlandsgårdene fra ordningen med overdragelse til bygslingsmennene, fordi styret på Kysthospitalet hadde henstilt om å få disponere grunnen til utvidelse og utvikling av hospitalet.<sup>13</sup> Alt tyder likevel på at bare arealer i umiddelbar nærhet av hospitalet på denne tida har vært opparbeidet og beplantet.



Idyll i Skogstien, mai 2002. *Rhododendron* 'Pink Pearl' i rosa flankert av røde 'Mrs. P. den Ouden'.

Foto: Kysthospitalet

I årsberetningen for 1907 er Kysthospitalet avbildet slik det framsto etter den første utvidelsen i 1907–08.<sup>43</sup> Bildet er tatt fra åsen på Hovlandsneset. Det er vår, og der fotografen står, er det en åpen lauvskog. I forbindelse med byggearbeidene ble det fylt ut masser i sjøen foran sykehusbygningene, og i 1913 sto utvidelsene mot sjøen ferdige med en helt ny parkmessig beplantning og god plass for de unge pasientenes lek. En hadde også fylt ut et bekkeløp bak sykehuset og plantet «*gran og buskfuru*», og det var satt opp et solid ståltrådgjerde omkring husene for å holde beitende krøtter ute av hagen.<sup>27</sup> Mot nordvest gikk gjerdet omtrent langs nåværende vei fra kraftstasjonen til bunnen av Hovlandsvik. Skogen i åsen bak sykehuset så fram til 1917 ganske glissen ut med enkelte store lauvtrær; det var en hagemarkskog med ganske sterkt beite omkring Kysthospitalet.<sup>28, 29, 30</sup>

1918 ble så Nedre Hovland gård overtatt av Kysthospitalet, og først nå ble det mulig for hospitalet å utnytte området vest for Hovlandsvika.<sup>6, 13</sup> Det fremgår også at det i en årrekke hadde eksistert planer om en utvidelse av hospitalet på flatene på åsryggen mot vest. Det var for disse

planene kjøpmann Thorolv Kjerland samlet inn den svimlende sum av kr 700.000,– blant det gode borgerskap i Bergen i 1916–17. Utvidelse denne veien viste seg å bli vanskelig, og man tok fatt på planer for en utvidelse mot øst. Imens hadde Gade en historisk sjanse for å sette i gang utviklingen av strandområdene langs Hovlandsvika og plante i stor stil. Man hadde rentene av innsamlete midler, man hadde fått overdratt de nødvendige rettigheter til grunnen, og man hadde et formål: å tilrettelegge for sol- og sjøbad og andre uteaktiviteter, foruten å reetablere en lunende skog.

### **Skogstien og sjøbadene**

Årsberetningen for 1919–1920 gir et overblikk over Kysthospitalet i Hagevik fra Tangen ute på Hovlandsneset.<sup>44</sup> Åsene omkring hospitalet domineres av furuskog, mens det ellers er en ganske åpen bjørkeskog. Ved husene ser vi at plantningene på flaten som ble fylt ut mot sjøen i forbindelse med utvidelsen i 1907–08 er vokst til. Det er anlagt vei fra hospitalet utover Hovlandsneset og det er satt opp et naust innunder skråningen. Neste årsberetning forteller mye det samme.<sup>45</sup> Badehuset er flyttet ytterst på neset, og strandpromenaden går helt ut, men alleen med lindetrær er ennå ikke plantet. Skogen bakom er fortsatt glissen med mye bjørk og enkelte furuer. På denne tiden begynner betegnelsen «*Hagen, park*» å figurere som utgiftspost i driftsregnskapene til Kysthospitalet.<sup>31</sup>

I 1924 sto den nye strandpromenaden med brygge og sjøbad på Hovlandsnes ferdig, og Kysthospitalet blir gjenstand for flere presseoppslag om de storstilte utvidelsesplanene. Førstesidene forteller den 21. november 1924 om pressens besøk på Hagevik dagen før, hvor overlege Gade og forvalter Lars O. Askvik viste om på eiendommen. I regnvær ble pressen geleidet utover åsryggen på Hovlandsnes til Utsikten. Deretter:

ned gjennom den bratte lien går veien til stranden utenfor hospitalet. Her er der og – skal lages små koselige solplasser hvor barnene i godt veir om sommeren kan ligge og ta solbad.<sup>32</sup>

Her «...er det plantet og pyntet, der er bygget strandvei og opført kai, anlagt badested og lagt veier.»<sup>33</sup> Det slås fast at

Vestlandet har fått en ny «Gadepark», ikke så finslikket som den overlegens far i sin tid kultiverte på Fantoft, men en naturpark i ordets beste forstand, innplantet med de vakreste prydvækster, som man ikke skulle tro kunne trives i vildmarken.<sup>34</sup>

Her må anlegget av Skogstien allerede ha vært godt igang og plantningene ved badeplassen må ha begynt å vise igjen.

Ved innvielsen av den nye hospitalbygningen i 1927 var Skogstien på det nærmeste ferdig opparbeidet,<sup>15</sup> og til det store legebesøket i 1930 var de fleste detaljer på plass.<sup>35</sup> Anleggene framsto slik vi fortsatt kan se dem idag. Alt var riktignok nyanlagt og velstelt,

Sjøbadet på  
Hovlandsnes.

Foto: Øystein Fykse



murene var hvitkalkete og veien belagt med en gråsvart grus hentet fra kisgruvene på Stord.<sup>15</sup> En hadde til og med investert i en liten lastebil, som ved siden av varetransport også ble brukt til å frakte pasienter og gjester som var dårlige til beins.<sup>1</sup> En av de kvinnelige tuberkulose-spesialistene som deltok på legekongressen i 1930, var selv lammet i beina, og fikk kjøre opp i Skogstien for å nyte utsikten.<sup>9,15</sup> Blomster var plantet i alle kriker og kroker, og sjeldne busker og trær var i ferd med å vokse seg store. Et fotografi fra våren 1930 viser gutter i lek på bryggen ved naustet. I skråningen bakom sees tydelig små planter av edelgran, som kan være omlag 10 år gamle. En større del av skråningen er synlig på en film fra det store legemøtet senere samme år, og her går det tydelig fram at den opprinnelige bjørkeskogen er ryddet for å gi plass til de unge bartrærne. Slyngveien fra sjøen opp mot Utsikten har nok vært lagt om flere ganger, og så sent som mot slutten av 1930-årene ble det foretatt utbedring av veien, badebassenget og soleplasser ytterst på Hovlandsneset.<sup>19</sup>

### **Parken og solterrassene**

Før den nye fløyen ble påbegynt i 1924 var skråningen av Klubben øst for sykehuset dekket av en lysåpen bjørkeskog. Noen «*Gadepark*» kan vi på det tidspunkt ikke se spor av her, bortsett fra langs hovedveien og ved husene. Situasjonen endret seg imidlertid raskt, og før ferdigstillelsen av det nye betongbygget ble betydelige anstrengelser gjort for å opparbeide arealene omkring.<sup>36</sup> Ved kraftstasjonen og likhuset ble det satt ut nye busker og trær, mens det i skogen bakom ble plantet fremmede bartrær og bøk, omtrent som i Skogstien.



Anlegget sett fra luften. Antakelig fra en serie skråfoto Widerøes Flyveselskap tok i årene 1935–39, de tidligste vi vet om fra Norge.

Foto: Widerøes Flyveselskap



Hagen på sjøsiden av hospitalet var vakkert opparbeidet med sirlige hekker, flaggstang og blomstrende trær og busker.

Foto: Bymuseet i Bergen



Bepantning med busker foran hospitalet omkring 1930. En blomstrende, hvit syrin nærmest fotografen.

Foto: Bymuseet i Bergen



Utsikten fra hospitalets 2. etasje mot Hovlandsvik med nauset og strandpromenaden, fotografert i mai 2006. Ytterst på Hovlandsneset ses kanadapoplene som måtte hugges da de brøt opp muren mot sjøen

Foto: Kysthospitalet



Hagen foran hospitalet i dag. Hekken med alperips er beholdt, og det er plantet inn nye trær av blomstrende kirsebær.

Foto: Øystein Fykse





På sørøstsiden av den nye fløyen ble det bygget terrasser utenfor 2. og 3. etasje, hvor pasientene raskt kunne bringes ut til solbad i godvær. Omkring terrassene ble det anlagt fjellhager med busker og vakre blomster, og ovenfor fikk man istand en park i engelsk landskapsstil.<sup>1,35</sup> Parken har bevart sitt romantiske preg, på tross av at mange av buskene idag er blitt høye trær. Omkring plenen løper spaserveier, med murer og sitteplasser langsetter. Vintergrønne busker: sypress, tuja, vokstuja, blåeiner og ulike sorter rododendron omkranser det hele, og sentralt står et eksemplar av blå atlasseder. Spaserveiene gjennom parken forbinder området øvrige bygninger (betjeningsbolig, direktørbolig osv.) med hospitalets avdelinger, dels via solterrassene og dels over gangbroen som Gade gjerne brukte til og fra arbeidet.<sup>9</sup> Hele solsiden av Klubben er dermed omgjort til en praktisk innrettet og stor «uteavdeling».<sup>6, 37</sup>

Parken på sjøsiden av sykehuset er et mer formelt anlegg med symmetriske felter og grusganger mot nordvest, og en steinsatt liten dam med en bord av rododendron i veloverveid asymmetri foran den nye fløyen mot sørøst. Den sto ferdig ved utvidelsen av hospitalet i 1927.<sup>38</sup> Arealene ned mot Hovlandsvik ble opparbeidet på nytt, med ny mur og kai mot sjøen, og såvidt vi vet er ikke noe av de tidligere beplantninger bevart. Også her er kombinasjonen av det vakre og det praktiske iøynefallende, og i en plantegning av hospitalet fra denne tiden er grusgangene benevnt «*Liggeplass*».<sup>35</sup> Overlege Herman G. Gades byste kunne neppe fått en mer passende plassering enn her

Fra en av utkikksplassene på Klubben.

Foto: Øystein Fykse

blant roser og blomstrende kirsebærtrær med utsyn over Hovlandsvik. Parkens kanskje største botaniske sjeldenhet og attraksjon er en usedvanlig livskraftig bestand av ildkarse (*Tropaeolum speciosum*), som gir den storvokste og litt tunge hekken av *Rhododendron catawbiense* en flammende brannrød blomstring på ettersommeren. Ildkarsen er en slektning av den velkjente blomkarsen, men er flerårig, og desidert blant de mer vanskelige å få til å trives. Ved Kysthospitalet har den funnet seg et passende tilholdssted under skjørtene på rododendron-buskene, og har holdt seg i flere tiår. Den setter rikelig med frø, og det er nok mange som har samlet lommene fulle, men gad vite om noen har lykket med å få dem til å spire? De mer parkmessige beplantningene foretatt etter ca. 1925 er antakelig for en stor del Sverre Landås verk. Som Kysthospitalets første fast ansatte gartner var han her i en tiårsperiode fra slutten av 1920-årene.<sup>15</sup> Senere overtok Asbjørn Lunde og var her fram til tidlig på 50-tallet. Da hadde han overtatt slektsgården på Lunde, og drev Halhjem gartneri på Søre Neset sammen med broren.<sup>39</sup> Det finnes fotos av gartneren eller en av hans hjelpere i arbeid på oversiden av sykehusbygningen våren 1934, mens han er i ferd med å trampe til jorda før planting og såing av plen, med store brett bundet som truger på føttene. Samme motiv er foreviget i levende film, og avslører en overbevisende teknikk. Både Landås og Lunde hadde god greie på planter, og parken ble holdt som det rene mønsteranlegg. Mange av plantene var merket med navneskilt og bedene ble holdt i god stand.<sup>8, 9, 15</sup> I årene etter 1925 ble det øyensynlig satsset på blomstrende busker og stauder i større grad enn tidligere. Særlig var det et vell av roser langs veier og murer, men det er få igjen av dem nå. Den vakre og ikke helt vanlige **mongolrosen** (*Rosa moyesii* var. *fargesii*) har overlevd i tett kratt i skråningen



Flammeazalea, en populær rododendron med sin skarpe blomsterfarge.

Foto: Kysthospitalet



Utsikt over Hovlandsvik en vakker forsommerdag.

Foto: Øystein Fykse



Gammeldagse, fylte tulipaner formelig tyter opp i bedet omkring dammen i hagen foran hospitalet. Skal tro hvor lenge de har stått her?

Foto: Øystein Fykse



Gullregn og rododendron blomstrer gjerne samtidig i Hagevik. Fargene står godt til hverandre.

Foto: Kysthospitalet

like ved betjeningsboligen. Et eksemplar av en bedøvende sterkt duftende rose (*Rosa odorata?*) med lyse, svakt rosa og fylte blomster har greid å holde seg like ved naustet i Hovlandsvik. Den slynger seg 3–4 m opp i en rododendron-busk og et furutre.

Siden omkring 1940 er lite nytt plantet ved Hagavik<sup>8,21</sup> men samlingene og anleggene ble godt vedlikeholdt til langt opp mot 1960.<sup>5</sup> Etikettene og skiltene med «*Lat busker og trær stå i fred*» er imidlertid nå forsvunnet. Endel planter har måttet vike for nybygg og andre er lagt under asfalt. Ikke så rent få har bukket under av mistrivsel i et klima de ikke var tilpasset, og stormene har tatt sitt – ikke minst sist vinter. Men forbausende mye står slik det sto da parken var på sitt beste like før utbruddet av 2. verdenskrig. I et kart fra denne tiden er Skogstien tegnet slik den fortsatt ligger, med 'uferdige' avstikkere opp i åsen på Hovlandsneset.<sup>40</sup> Gjennom årene har anleggene ikke bare gitt atspredelse og sjelebot for pasienter og spaserende, det har også vært vanlig å hente stiklinger av rododendron og andre planter ved Kysthospitalet.<sup>41</sup> Flere større hageeiendommer i Bergen kan dermed takke overlege Gade og parken i Hagavik for noe av blomsterprakten.

### Hva om nye 100 år?

Dersom skogen får lov å stelle seg selv, vil den om hundre nye år være ganske forandret. De stedeagne treslag vil ha tatt tilbake mye av terrenget, og det vil neppe finnes mange igjen av de plantete treslagene som ikke evner å frøsa seg. Men enkelte fremmede arter trives og formerer seg så godt at de vil bli vanskelige å holde tilbake. **Vestamerikansk hemlokk** (*Tsuga heterophylla*) er en av dem. Den sprer seg svært raskt, greier seg med utrolig lite lys og spirer i store mengder, tilsynelatende like godt i åpen lauvskog som under barkroner. Ikke er den kresen på jordsmonnet heller, og ser ut til å trives utmerket på ganske sur og mager jord. Den slår opp i hogstflater minst like raskt som lauvkrattet og danner tette, ganske monotone bestand. Dermed har den alt som behøves for å kunne bli en virkelig landeplage. Det samme kan iakttas overalt hvor den er plantet. Om vestamerikansk hemlokkopptrer aggressivt, er det lite å frykte fra dens slektning **fjellhemlokk** (*Tsuga mertensiana*). På tross av at den setter rikelig med frø, er det bare funnet ungtrær et par ganger.

**Balsamgran** (*Abies balsamea*) er imidlertid en art vi må regne med. Den er riktignok ikke særlig aggressiv, og krever endel lys. Dessuten er den ganske kortlivet og blir sjelden særlig høy, men den setter til gjengjeld kongler tidligere enn de fleste av sine slektninger og sprer seg svært lett. Ungplanter av denne velduftende arten sees derfor ganske hyppig. **Nobelgran** (*Abies procera*) og **nordmannsgran** (*Abies nordmanniana*) sår seg også godt, og ikke så få småplanter av **vanlig edelgran** (*Abies alba*) er i ferd med å vokse seg

Sammen med gyvel, som kommer opp hist og her fra frø, setter rododendron farge på parken øst for hospitalet.

Foto: Kysthospitalet



store. De øvrige edelgran-artene ser imidlertid ikke ut til å spre seg. **Sitkagran** (*Picea sitchensis*) er den av granartene som sprer seg lettest, og ser ut for å kunne etablere en sterk 2. generasjon i Hagevik. Også av **vanlig gran** (*P. abies*) kan en finne småplanter, men på bakgrunn av hvor hyppig den plantes, går frøforyngelsen ganske tregt. Dette gjelder i ennå større grad de mange furuartene som er plantet ved Hagevik. Sannsynligvis kommer ingen av dem til å etablere seg som 2. generasjon. I Hagavik ser en ellers ganske ofte småplanter av kristtorn og barlind. Kristtornene er tydeligvis av den viltvoksende typen, mens barlindene ser ut for å være **hybridbarlind** (*Taxus ×baccata*), en hybrid mellom japanbarlind (*T. cuspidata*) og vanlig barlind (*T. baccata*). Hvor frøene kommer fra, er en liten gåte, ettersom det så langt bare er funnet hannplanter av hybridbarlind. For å komplettere bildet av «framtidsskogen» i Hagavik, må vi ta med at småplanter av både **lawsonsyppress** (*Chamaecyparis lawsoniana*) og **kjempetuja** (*Thuja plicata*) er ganske vanlige å finne, spesielt på lune plasser og bedre jord.

Skal en dømme etter formeringsevnen er det uten tvil **platanlønnen** (*Acer pseudo-platanus*) som har de beste framtidsutsiktene blant lauvtrærne. Den er nå langt på vei naturalisert omkring Kysthospitalet liksom i lavereliggende strøk over det meste av Vestlandet ellers, og ser ut til å være svært tilpasningsdyktig i ulike typer lauvskog. Også av **bøk** (*Fagus sylvatica*) er svært mange småplanter på vei opp i Hagavik. Selv om oppslag av bøk gjerne ryddes vekk, er det sannsynlig at den vil fortsette å spre seg på Vestlandet. Ved Kysthospitalet vil dessuten **hestekastanjen** (*Aesculus hippocastanum*) kunne holde seg. Den setter rikelig med spiredyktige frø, men på tross av at de fleste spirer, har den vansker med å etablere seg. Den viktigste årsaken ser ut til å være at små snegler, som finnes i store mengder i skogbunnen, spiser opp kimrøttene så snart frøene spirer.



Fra Hovlandsneset.

Foto: Øystein Fykse

## Arter av lignoser registrert ved Kysthospitalet 1991–1993

Samlingen av lignoser er tidligere beskrevet av Reisæter & Nitzelius<sup>3</sup> (forkortet R&N) og Nedkvitne & Wendelbo<sup>5</sup> (forkortet N&W). Ved Det norske arboret finnes dessuten notater fra registreringer foretatt for Nordisk Arboretutvalg i 1975.<sup>42</sup>

### Bartrær (nakenfrøete)

*Abies alba* Miller, **vanlig edelgran**. N&W nevner «et par store eksemplarer». Disse er ikke gjenfunnet, men et 20-tall mindre planter på opp til 2–3 m finnes i Skogstiskråningen like ovenfor naustet i Hovlandsvik. De må være avkom av de store eksemplarene som fantes her tidligere.

*Abies balsamea* (L.) Miller, **balsamgran**, finnes som småtrær mange steder i Skogstien og på åsryggen ovenfor hospitalet. Et større, eldre tre står opp mot Skoghytten. Trærne ser trivelige ut og har god (sterk) duft. Ofte har de tallrike ca. 5 cm høye kongler og sår seg lett. N&W nevner trær plantet omkring 1929 med høyder opp til 12 m. De fleste av disse er borte nå.

*Abies concolor* (Gord. et Glend.) Lindl. ex Hildebr., **koloradogran**. Et stort tre ved badeplassen på Hovlandsnes er hele 33,5 m høyt og måler 2,38 m i omfang i brysthøyde. Det er friskt og i god vekst, og kan sikkert bli endel høyere. Et lite eksemplar er også notert lenger oppe i skogen samme sted (avkom?). N&W omtaler flere trær plantet i siste halvdel av 1920-årene (opp til 14 m høye). De fleste av dem er gått ut.

*Abies grandis* (Dougl. ex D. Don) Lindl., **kjempe-edelgran**, er ganske vanlig ved Kysthospitalet. Flere store, vakre trær står langs Skogstien og innenfor badeplassen på Hovlandsnes. Et kjempetre i nordenden der stien kommer ned på jordet måler  $o_{1,3} = 2,73$  m,  $h = 31,5$  m. Det er tallet ca. 55 årringer 60 cm over bakken, og treet er sannsynligvis plantet like etter 1930. Småplanter er ikke funnet. N&W skriver: «I Hagavik står den 14 m høy og er meget trivelig.»

*Abies × insignis* Carr. (= *A. pinsapo* × *nordmanniana*). Det står noen få trær i Skogstien og ett på Klubben, som antakelig hører til denne krysningen mellom spansk edelgran og nordmannsgran. Ved første sjekk kan baret minne om spansk edelgran, da skuddene ofte har ± allsidig stilte nåler. Men nålene mangler spalteåpninger på oversida, de er tydelig av ulik lengde og har en tendens til å være bøyd opp. Harpikskanalene i nålene ligger dessuten mediant. To trær, blålige i toppen og grønnere nedover, står bak naustet i Hovlandsvik. De er ikke helt trivelige, men er blitt 23 og 24,5 m høye. På et foto fra 1930 er de ca. 1 m og neppe mer enn 10 år, og kan være plantet omkring 1925. Et tre ved badeplassen, målt til  $o_{1,3} = 2,00$  m,  $h = 32,0$  m kan være eldre. Det er ikke helt friskt, og stammen har en lang sprekk. Veden er tildels løs og vasstrukken, men det ble tallet ca. 67 årringer 1 m over bakken. Antakelig ble det plantet omkring 1920. Treet setter rikelig med kongler, men småplanter er ikke funnet. N&W beskriver 40–50 år gamle trær med høyder opp til 11 m, plantet omkring 1910–20. Eksemplarene var innbyrdes noe ulike, men ikke mer enn det vil være naturlig for en hybrid, og enkelte av dem så noe utrivelige ut. Ett tre SØ for sykehuset var i 1975 15,75 m høyt, med omfang på 1,64 m og vitaliteten ble oppgitt som dårlig/middels.<sup>46</sup>

*Abies nordmanniana* (Steven) Spach, **nordmannsgran**, er et av de vakreste bartrærne i Hagavik. Det står flere fine eksemplarer i god vekst i Skogstien. Et stort tre opp for Tangen målte  $o_{1,3} = 1,75$  m,  $h = 28,0$  m. I den gamle hagen nedenfor direktørboligen og ved nedkjørselen står også et par store trær. Hist og her sees enkelte små eksemplarer som må være avkom. Det største eksemplaret var i 1959 15 m høyt og plantet omkring 1910.<sup>5</sup> Et tre i skråningen øst for sykehuset ble i 1975 målt til  $h: 17,25$  m,  $o: 1,27$  m.<sup>46</sup> Det var da i god stand og hadde pen form, men er nå gått ut.

*Abies pinsapo* Boiss., **spansk edelgran**. Det står noen få eksemplarer langs Skogstien mellom trappen og høyeste punkt, med trinne, blålige skudd. De vokser seint og ser ikke friske ut, men har overlevd. Største høyde er 13 m. N&W angir høyder på 6 m. Trærne hadde også den gang mange skudd som var ødelagt av frost og sykdom, og så ikke helt trivelige ut.

*Abies procera* Rehder, **nobelgran**. Velvokste og vakre eksemplarer finnes flere steder. I Skogstien er et eksemplar målt til  $o_{1,3} = 2,65$  m,  $h = 31,0$  m og et annet til  $o_{1,3} = 1,75$  m,  $h = 28,0$  m. Dessuten står pene trær like ved trappen i N-enden av Skogstien, i den gamle hagen nedenfor direktørboligen og ved den øvre terrassen ovenfor sykehuset. Nobelgran sprer seg, og småplanter sees svært vanlig. Ett tre målte i 1975  $h: 17,25$  m,  $o: 2,37$  m. Det vokste i asfalt på parkeringsplassen og tilstanden var dårlig.<sup>46</sup> Det er ikke gjenfunnet.

*Abies recurvata* Masters, **sigd-edelgran**. Et ungt tre står bak sykehuset, like ved brua til parken. Det ser ikke ut for å være plantet, og arten er ikke tidligere påvist i Hagavik.

*Abies sibirica* Ledeb., **sibir-edelgran**. Iflg. N&W fantes ca. 30 år gamle trær med høyder på opp til 6 m i Hagavik. Noe som kan likne er bare gjenfunnet et par ganger, som stubbeskudd fra trær som nylig er hogd.

*Araucaria araucana* (Molina) Koch, **skjellkranstre, apeskrekke**. Et relativt ungt eksemplar står ved Skoghytten ovenfor parken øst for sykehuset.

*Cedrus atlantica* (Endl.) Manetti ex Carriere 'Glaucua', **blå atlas-seder**. Treet på oversiden av sykehuset er stadig i god stand, og har den brede kroneformen som er karakteristisk for atlas-seder. Det omtales av overlege H.G. Gade selv som en seder fra Atlasfjellene i intervju med «Dagen» (3. august 1946). Det ble antakelig plantet like før 1930. Det står også et stort tre i tett skog like nedenfor trappen i nordenden av Skogstien. Det er høyt og slankt (omkring 25 m). N&W omtaler flere små og en 8 m høy plante. Reisæter har tatt et foto av treet i parken ovenfor sykehuset 27. mai 1968, og i 1975 oppgis målene 12,5 m høyde og 1,49 m omkrets.<sup>46</sup>

*Chamaecyparis lawsoniana* (Murray) Parlatore, **lawsonsyppress, vanlig syppress**, finnes svært vanlig i hele anlegget. Her er mange store, vakre trær, og det vises stor variasjon i farge på bar og i vekstform. De fleste er grålig blågrønne og ofte lyse av farge, men mange er mørkere, og enkelte er gulanløpne. De første ble antakelig plantet i Skogstien og på Hovlandsneset omkring 1920, og noe seinere ovenfor sykehuset langs gangveiene. Flere storvokste eksemplarer er målt: et tostammet tre innenfor badeplassen er 3,15 i omfang ved rota, og 26,5 m høyt. De to stammene er 1,70 og 1,83 m i omfang i brysthøyde. Lenger oppe i Skogstien står flere. Her er målt:  $o_{1,3} / h: 1,04/23,0, 1,04/22,5$  og  $1,30/21,0$ . I hagen nedenfor direktørboligen står også to store trær. I 1975 ble et tre i vestskråning ved betjeningsboligen målt til 14,75 m i høyde og 1,26 m i omfang.<sup>46</sup> Småplanter er ikke sjelden å finne, og unge eksemplarer sees flere steder. Antakelig er 'Triomphe de Boskoop' den vanligste av de blågrønne formene, den beskrives som kraftig voksende med grågrønt til sølvaktig vokselagt bar. Dette stemmer med svært mye av materialet i Hagavik. Mellom hospitalet og betjeningsboligen og i Skogstien er det også plantet mørkere blågrønne, søyleformete typer, som kan høre til andre kultivarer, f.eks. 'Glaucua', 'Glaucua Elegans' og 'Alumii' (alle kan nå over 15 m høyde). Like S for trappen i N-enden av Skogstien står en form som muligens er 'Intertexta'. Former med lange, trådformete og sylindriske smågreiner som kan høre til 'Filiformis' finnes også hist og her. 'Triomphe de Boskoop' ble notert av R&N. N&W nevner også en blå, rasktvoksende form som da var ca. 40 år gammel (plantet ca. 1920) og hadde nådd en høyde av 16 m. I 1975 ble et tre i vestskråning ved betjeningsboligen målt til 14,75 m i høyde og 1,26 m i omfang. N&W nevner selvsådde småplanter. De samler forøvrig mesteparten av materialet under var. *glaucua*, men nevner også var. *filiformis*.

Et stort tre med gulgrønt bar i skogen innenfor badeplassen hører antakelig til 'Lutea' etter høyden å dømme. I et bed ved solterrassene sørøst for hospitalet står et mindre individ av nyere opprinnelse, som kan være en annen kultivar. N&W nevner gule former under var. *lutea*.

*Chamaecyparis nootkatensis* (D. Don) Spach., **nutkasypress**. Et tre i mindre bra tilstand står ved trappen i nordenden av Skogstien. Arten notert av R&N og N&W.

*Chamaecyparis obtusa* (Siebold & Zuccarini) Endlicher, **solsypress**. Et enkelt, sterilt eksemplar er funnet i parken ovenfor sykehuset.



- Chamaecyparis pisifera* (Siebold & Zuccarini) Endlicher 'Plumosa', **hjærsypress**. Et vakkert eksemplar står ved Skogstien, ovenfor svingen opp fra sjøen i sør. Ellers finnes den flere steder, ofte ikke helt vital/trivelig. Et dårlig eksemplar av 'Plumosa Aurea' har overlevd bak sykehuset. Bare den gule formen ble notert av R&N og N&W.
- Cryptomeria japonica* (L. f.) D. Don, **japanseder**. Ett mindre, tostammet tre finnes lengst sør i Skogstien, like opp fra badeplassen på Hovlandsneset. Nevnt av N&W.
- Juniperus squamata* Lambert 'Meyeri', **blåeiner**. I parken opp mot betjeningsboligen like bak hospitalet står et større, gammelt eksemplar. Mindre planter finnes bl.a. i bed mellom solterrassene. N&W oppgir at eksemplaret i parken var 3 m høyt og ble plantet ca. 1930.
- Picea abies* (L.) Karst., **gran**, er vanlig som plantet i Hagavik og i skogene omkring. Den sprer seg også med frø, og unglanter sees hist og her. Det ble plantet gran i skråningene mot bekkeleiet bak sykehuset, etter at dette ble overbygget.<sup>27</sup> Arten nevnes av N&W.
- Picea engelmanni* Parry ex Engelm., **engelmansgran**. To trær i dårlig forfatning har holdt stand ved terrassen ytterst på Klubben. N&W nevner arten.
- Picea orientalis* (L.) Link, **orientgran**. Ett lite tre funnet like S for naustet på Hovlandsnes.
- Picea pungens* Engelm., **blågran**. Ett dårlig tre er funnet ytterst på Klubben. N&W nevner flere eksemplarer av varieteten *glauca*.
- Picea sitchensis* (Bong.) Carriere, **sitkagran**, står flere steder i Skogstien, og finnes et par steder på Hovlandsneset og i skråningen nedenfor betjeningsboligen. Arten er plantet mye ellers i distriktet, og det sees småplanter og unge trær mange steder. Ved nedkjørselen i Hagaviksbakken sees kraftig frøforyngelse av den etter hogst. Det største treet ved betjeningsboligen målte i 1975 21,75 m høyde og 2,10 m i omfang.<sup>46</sup>
- Pinus banksiana* Lambert, **banksfuru**, er notert ved Skoghytten ovenfor sykehuset.
- Pinus contorta* Dougl. var. *contorta*, **vrifuru**, er funnet i skogkanten ved strandpromenaden like Ø for badeplassen på Hovlandsneset. Var. *latifolia* Engelm. er funnet opp fra badeplassen på Hovlandsneset og N for Kysthospitalet ved en gjengrodd sti. Flere eksemplarer av var. *latifolia* med alder ca. 30 år og høyder opp til 9 m ble notert av N&W. De hadde den gang pen stammeform og korte greiner.
- Pinus mugo* Turra, **buskfuru**, er notert hist og her. Det ble plantet buskfuru i skråningene over bekkeleiet bak sykehuset, etter at dette ble overbygget (Årsrapport 1913–14). Små flerstammete trær (var. *rotundata* (Link.) Hoopers) finnes hist og her, f.eks. langs strandpromenaden på Hovlandsneset. N&W omtaler 5 m høye eksemplarer. Ved nedkjørselen bak sykehuset er plantet lave buskfuruer (var. *mughus* (Scop.) Zenari).
- ssp. *uncinata* (Ramond) Domin (= *P. mugo* var. *rostrata* Hoopes), **bergfuru**, er funnet i skogen ved badeplassen på Hovlandsneset. N&W omtaler et 9 m høyt eksemplar.
- Pinus nigra* Arnold. var. *austriaca* (Hoess) Asch. & Graebn., **østerriksk svartfuru**. Flere trær står blant gran i Skogstien. De er høye og spinkle med mye død kvist, som følge av skygge fra granene. N&W nevner den.
- Pinus parviflora* Siebold & Zuccarini, **penselfuru**, er notert i skyggefull skog i Skogstien.
- Pinus strobus* L., **weymouthfuru**. Det står ihvertfall ett tre ved strandpromenaden der veien tar av inn i skogen. Bestemmelsen må regnes for sikker: både ytre morfologi og bladanatomi stemmer. Kongler ikke funnet.
- Pseudotsuga menziesii* (Mirb.) Franco var. *menziesii*, **douglasgran**, er bare funnet et par steder: ved Skoghytten står et lite tre og like S for trappen i Skogstien et annet. N&W regner var. *menziesii* som den vanligste formen på Vestlandet, og nevner flere unge trær i Hagavik med høyder opp til 9 m.

- var. *glauca* (Beissn.) Franco, **fjelldouglas**. Denne varieteten er den vanligste i Hagavik idag. Flere trær er godt synlige i lia NV for kaien. Mange er i relativt god vekst, og det står enkelte ganske små planter oppetter skråningen, som ser ut til å kunne være frøspredd. N&W nevner også denne fra Hagavik, men som mindre trivelig.

*Sciadopitys verticillata* (Thunberg) Siebold & Zuccarini, **skjermtre**. I den høyeste delen av Skogstien står et tre med todelt stamme. N&W oppgir høyden til 5 m. Det måler nå 9,75 m i høyde og 0,7 m i omfang.

*Sequoiadendron giganteum* (Lindley) Buchholz, **mammuttre**. I nordre del av Skogstien står ett tre. Det er trivelig og i bra vekst, uten synlige skader i barken, slik en ofte ser. Stammen er oppkvistet langt opp, sannsynligvis fordi treet står i skyggen av hemlokk. Høyde målt til 25,0 m og omfang til 1,30 m i brysthøyde. Tidligere har et annet tre stått i parken på østsiden av sykehuset («Dagen» 3. august 1946). Det var i 1959 ca. 30 år gammelt og målte 5,5 m<sup>3</sup>. Det vokste seint, men var trivelig. Treet frøs senere ned og døde.

*Taxus baccata* L., **barlind**, er mye brukt og finnes i ulike utgaver flere steder, både i Skogstien og omkring hospitalet. N for betjeningsboligen står flere trær av 'villtypen'. En liten, krypende dvergbusk ('Repandens?') står i fjellhagen mellom solterrassene. Større, treformete eksemplarer av 'Dovastonian' (= *Taxus baccata* L. var. *dovastonian* Laws.) finnes ved betjeningsboligen, innenfor badeplassen på Hovlandsnes og et par steder i Skogstien. Denne formen nevnes av N&W.

- 'Fastigiata' (= *T. baccata* var. *stricta* (Lindley) Loud.), søylebarlind, kjennes på opprette greiner med lange nåler som er allsidig stilte og tilbakebøyde. Foran hovedbygningen mot sjøen står flere praktfulle, storvokste eksemplarer plantet ca. 1926. Det står også små busker i skyggen under lawsonsyppressene ved badeplassen på Hovlandsneset og andre steder. Både R&N og N&W nevner denne formen.

*Taxus cuspidata* Siebold & Zuccarini, **japanbarlind**. Mindre, litt uryddige busker finnes bl.a. på Utsikten ovenfor badeplassen på Hovlandsnes (♀-individ), i skogen ved badeplassen, ved betjeningsboligen og i bed ved solterrassene.

*Taxus × media* Rehder (= *T. baccata* × *cuspidata*), **hybridbarlind**. En vakker form med mange opprette stammer, bred, søyleformet vekst og korte, horisontalt utstående smågreiner er den vanligste av de plantete barlindene ved Kysthospitalet. Den kjennes bl.a. på at bladene sitter i to regelmessige rekker langs sideskuddene, og hvert blad er buet nedover, slik at skuddene minner om edelgran. Store busker sees i Skogstien flere steder og ved Betjeningsboligen. Merkelig nok er det funnet tallrike småplanter spredt i skogen av denne sorten, som må være spredt med frø. – Men de store buskene ser alle ut til å være hanner.

*Thuja occidentalis* L., **vanlig tuja, østamerikansk tuja**. Arten er vanlig som små trær i anleggene, i skogen og i skrinne lyngmark, f.eks. på Utsikten. Større trær er registrert ved badeplassen på Hovlandsnes og i Skogstien. N&W referer til ca. 30 år gamle eksemplarer i Hagavik, som var 6 m høye. Et eksemplar i svingene opp fra badeplassen på Hovlandsnes kan muligens føres til 'Cristata' og småvokste trær med vridd stamme under bøkene og syppressene ved badeplassen på Hovlandsnes hører til 'Spiralis'. N&W omtaler en spiralis-form på 4,5 m.

*Thuja plicata* D. Don, **kjempetuja**. Flere store trær står i skogen ved badeplassen på Hovlandsneset, langs Skogstien og oppe på høyden bak sykehuset. Enkelte av dem når godt over 20 m i høyde. Store, flerstammete trær i parken ovenfor hospitalet er 22,0 og 22,5 m høye. Nedenfor direktørboligen står en 5-stammert kjempe med stammediameter 5,08 m ved rot og høyde 31,0 m. Trærne er gjerne brune av kongler og setter rikelig med frø. Det er funnet atskillige småplanter som må være frøavkom. N&W nevner et tre på 10 m, som trivelig og i god vekst. Det største treet i parken ovenfor hospitalet målte i 1975 18,25 m i høyde og 1,03 m i omfang.<sup>46</sup>

*Thujopsis dolabrata* Siebold & Zuccarini, **vokstuja**, står flere steder i Skogstien og i parken ovenfor sykehuset. Det er årviss frøsetting på treet i parken. Det hadde i 1975 ca. 15 stammer, hvorav den høyeste målte 7–8 m med omkrets 0,38 m.<sup>46</sup> Tilstanden var da god.

*Tsuga canadensis* (L.) Carriere, **kanadahemlokk**. Ett lite tre står i Skogstien under Utsikten, like nedenfor *Sciadopitys*. N&W beskriver et 3m høyt eksemplar.

*Tsuga heterophylla* (Raf.) Sargent, **vestamerikansk hemlokk**, er svært vanlig omkring Kysthospitalet. Den er enormt livskraftig og danner tette bestand flere steder i Skogstien. Den er selvsådd mange steder, og har gitt kraftig oppslag av småplanter etter hogst, bl.a. i Hagaviksbakken nord for hospitalet. I en bestand N for betjeningsboligen målte det høyeste treet i 1975 21,75 m høyde og 1,11 m omkrets.<sup>46</sup>

*Tsuga mertensiana* (Bong.) Carriere, **fjell-hemlokk**, står på Utsikten ut mot pynten i sør, flere steder på åsryggen innover langs Skogstien og i skogen N for sykehuset. Trærne er vakre, vitale og i god stand, uten skader. En småplante (ca. 5 m) i skråningen ovenfor Skogstien kan være avkom av trærne på Utsikten. N&W beskriver pene eksemplarer med høyder på 9m og alder ca. 30 år. I 1975 oppgis høyde 14,75 m og omkrets 1,07 m for et tre ved vegen (stien) mellom sykehuset og betjeningsboligen. Alder den gang var ca. 46 år (dvs. plantet ca. 1930). Et annet tre ved stupet N for sykehuset ble målt til 9,85 m høyde og 0,92m omkrets. Tilstanden på dette treet angis som middels.<sup>46</sup>

## Tofrøbladete, vintergrønne

*Berberis cf. atrocarpa* Schneid. Små busker i parken ovenfor sykehuset.

*Berberis cf. pruinosa* Franch. Små busker i bedene mellom solterrassene.

*Berberis × stenophylla* Lindl., **nåleberberis**. En busk med noe vinterskade står ved Skoghytten. Nevnt av R&N.

*Berberis verruculosa* Hemsl. & Wils., **vorteberberis**, finnes i parken ovenfor sykehuset.

*Buxus sempervirens* L., **buksbom**. Større busker notert ved likhuset bak sykehuset, i parken ovenfor sykehuset og ved Skoghytten.

*Cotoneaster dielsianus* Pritz., **dielsmispel**. Ved badeplassen på Hovlandsnes og ved nedkjørselen i Hagaviksbakken.

*Cotoneaster salicifolius* Franch., **pilemispel**, **viermispel**. I Skogstien på Hovlandsnes og i Hagaviksbakken. Notert av R&N.

*Cotoneaster simonsii* Bak. finnes i parken på sjøsiden av sykehuset. Notert av R&N.

*Erica carnea* L., **vårlyng**, er registrert ved Skoghytten.

*Hedera helix* L., **bergflette**, **eføy**. Et stort, blomstrende eksemplar vokser oppetter berget ved strandpromenaden på Hovlandsnes. I Skogstien og i skråningen av Klubben ut mot sjøen klatrer en storbladet hageform. Den brer seg også i skogbunnen flere steder, f.eks. i Skogstien og i hagen ved direktørboligen. Arten notert av R&N.

*Hydrangea petiolaris* Siebold & Zuccarini., **klatrehortensia**. Et stort eksemplar klatrer i knauser og på mur omkring steinbenken ved trappen i Skogstien. Notert av R&N.

*Ilex aquifolium* L., **kristtorn**, **beinved**. Forekommer spredt som spontan, men også dyrket. I parken ved solterrassene finnes en form med tornløse blad. Her står også en form med gulhvitt bladkant, antakelig 'Argenteo-marginata'. Arten notert av R&N.

*Ligustrum vulgare* L., **liguster**, finnes i parken foran sykehuset og i hekk ved den gamle vegen mot nord opp til Skogstien.

*Lonicera henryi* Hemsl., **vinterkaprifol**. «Vinterkaprifol» foreslås som norsk navn for denne arten, med referanse til dens klatrende og slyngende habitus og vintergrønne blad. Den er eneste *Lonicera*-art av denne typen som har noen utbredelse i hager og parker langs kysten. I hagen nedenfor direktørboligen og flere steder langs Skogstien klarer den oppetter trær og berg, og brer seg utover i skogbunnen. Enkelte steder er den i ferd med å kvele trær den slynger seg opp i. Et stort, velutviklet og blomstrende eksemplar dekker også muren foran den nedre solterrassen. Notert av R&N.

*Lonicera pileata* Oliv., **ligusterleddved**. Notert mellom solterrassene SØ for sykehuset.

*Pieris japonica* (Thunb.) D. Don, **japanpieris**, står i Skogstien ved trappen og i bakken opp fra badeplassen i sør. Notert av R&N.

*Prunus lauroceraceus* L., **laurbærhegg**. I parken ved solterrassene på Klubben.

*Rhododendron catawbiense* Michx. De fleste av de vintergrønne rododendron ved Hagavik er foredlede sorter utvalgt etter krysninger mellom *Rh. catawbiense* og andre arter. De aller fleste blomstrer relativt seint, fra slutten av mai til første halvdel av juni. Enkelte sorter er imidlertid ganske tidlige, både rent røde ('Armistice Day' eller 'C. B. van Nes') og mer ordinære, fiolette typer. De storvokste krattene gir inntrykk av å være gamle, mange (muligens flertallet) er antakelig plantet mellom 1925 og 1935. Det har tydeligvis vært opparbeidet små «oaser» med rododendron-bed ved svinger i veiene, trappeavsatser mm. Rododendron er således konsentrert til svingen i Skogstien opp fra badeplassen på Hovlandsnes (svært mange ulike sorter her), Utsikten på Hovlandsnes, ved trappen i Skogstien, i parken foran sykehuset, i parken ovenfor sykehuset og dessuten i et overgrodd buskas i skråningen bak sykehuset. Det står også en større mengde rododendron ved alleen opp til direktørboligen. R&N nevner flere sorter: 'Doncaster', 'Pink Pearl', 'Caractacus' «m.fl.». Navnsettingen av plantene i Hagavik er i dag vanskelig. Etter å ha konferert med professor P. M. Jørgensen (Botanisk institutt) er følgende påvist med stor sikkerhet: 'Catawbiense Album' (eller 'Album Novum'), 'Catawbiense Grandiflorum', 'Catherine van Tol', 'Doncaster' (eller en meget nærstående type), 'Dr. V. H. Rütgers', 'Fastuosum Flore Plenum', 'Gomer Waterer', 'Mrs. C. S. Sargent', 'Mrs. P. den Ouden' og 'Nova Zembla'. Etter opplysninger om vareutvalget på 1930-tallet,<sup>21</sup> finnes også temmelig sikkert: 'Caractacus', 'Dr. H. C. Dresselhuys', 'Edward S. Rand', 'Kate Waterer', 'Lee's Dark Purple', 'Pink Pearl', 'Professor F. Bettex' og 'Van der Hoop'. De fleste er gamle 'Schlagere' utviklet av familien Waterer og andre i siste halvdel av det 19. århundre. Men det ser også ut for å finnes et utvalg av sorter som først kom til i begynnelsen av 1920-årene, markedsført av firmaet H. den Ouden & Sons i Nederland. 'Dr. V. H. Rütgers' er i alle fall ganske sikkert påvist, og det samme gjelder 'Catherine van Tol' som kom fra firmaet van Tol først like etter 1930. Disse må ha vært spennende nyheter den gang de ble plantet i Hagavik.

*Rhododendron* «Dyret i Hagavik». Et ca. 5 m. høyt eksemplar med to stammer, lange, slanke greiner og åpen vekst står i bakken opp fra badeplassen på Hovlandsnes. Den er et særsyn, med kjøttfulle, store og skarlagensrøde blomsterknopper, opptil 20 i hvert hode, som blir karmosinrøde når de åpnes, og deretter blekner. Kronen er klokkeformet og nikkende, med (5–)7 lapper, 12–14 pollenbærere og håret fruktknute (hvite hår og med rødlig kjertelhår). Det eksotiske preget understrekes av store, lansettformete og mørkegrønne blad (opptil 24 × 7,5 cm) med et tynt lag av ullhår på undersiden. Kronen er noe lysere i senter, med mørkfargete nektarposser. Blomstringen starter svært tidlig, gjerne i mars, like etter *Rh. praevernum* (se nedenfor). Denne merkelige, skranglete *Rhododendron*-busken har voldt adskillig hodebry å bestemme, og fortsatt er det et åpent spørsmål hva den skal hete.<sup>47</sup> Jan Rune Hesjedal foreslo i «Lapprosen»<sup>48</sup> at det kunne være den sjeldne og lite kjente arten *Rhododendron kyawi*, men de fleste mener «Dyret» ikke kan være denne arten, og det er foreslått at den kan være en krysning med den blodrøde *Rh. barbatum* fra Himalaya. Men spørsmålet er altså ikke avgjort.<sup>49</sup> Det er nå tatt stiklinger og podekvist av busken i Skogstien, slik at det finnes planter som «backup» både i Arboretet på Milde og hos Rhodo-entusiaster med god plass i hagen. Frøavkom etter selvpollinering gir enhetlige planter med skarpt røde blomster, rødere enn morplantens.

*Rhododendron* 'Cunningham's White' (*caucasicum* × *ponticum*, f. *album*) er blant de tidligste av de «vanlige» rhododendronene, og er mye brukt ved Hagevik. Hvite blomster med gule flekker i ganen på kronen dannes i store mengder, og lyser opp de litt tunge krattene, f.eks. ved kraftstasjonen, i skråningen ved naustet og ved direktørboligen.

*Rhododendron* 'Jacksonii' (*arboreum* × *caucasicum*) har mye rødt og rosa i blomstene, men blir etterhvert ganske hvite, selv om rødfargen holder seg lenge på utsiden av kronen og på griffelen. På avstand likner den 'Cunningham's White', men den blomstrer enda litt tidligere. Det står en busk bak sykehuset, ved likhuset.

*Rhododendron* 'Loderi' (*fortunei* × *griffithianum*). En høyvokst, nesten treformet rhodendron i svingen opp fra badeplassen på Hovlandsnes med store, grasiøse og duftende blomster må høre til klonen 'Diamond', som er utvalgt blant avkom av denne kryssningen. I knopp er blomstene sterkt rosa, men de blekner raskt til et nesten porselensaktig hvitt.

*Rhododendron ponticum* L. er vanlig flere steder i anlegget, som store busker og kratt som brer seg utover. Den ser ut til å ha vært mye brukt som podegrunnlag. Fiolette (ofte noe blålige) eller rosa blomster med en stor, lysende oransje-gul svelgflekk. Rett traktformet krone med dypt innskårne og smale lober. Beger nesten manglende.

*Rhododendron praevernium* Hutch. En storvokst busk av denne ganske sjeldne arten står i Skogstien under Utsikten. Blomstringen faller svært tidlig, i februar – mars. Bladene er store (ca. 20 × 7 cm), bredest mot spissen og helt snau med en smal, kileformet grunn. Blomstene er lyst rosa med en stor og kraftig, mørkt purpurfarget flekk, 5–7 kronlapper og 12–15 pollenbærere.

*Rhododendron rex* Levl. Et treformet eksemplar står i bakken opp fra badeplassen på Hovlandsnes. Blad brede og opptil 35 cm lange med tykt grått ullhåret underside. Blomstene dannes rikelig og ganske tidlig, de er lysegule med røde tegninger innvendig i nektarposene.

- ssp. *fictolacteum* (Balf. f.) Chamberl. Et større, treformet eksemplar med kraftig brunfiltete blad, finnes i bakken opp fra badeplassen på Hovlandsnes sammen med *Rh. rex*. Blomstringen er rikelig, men seinere enn *Rh. rex*. Blomsterfargen er hvit med mørke, rødfiolette tegninger i bunnen innvendig.

*Rhododendron* 'Scarlet Wonder' ('Essex Scarlet' × *forrestii* 'Repens'). Et par busker i alpebedet mellom solterrassene hører antakelig til denne nå så populære, rødblomstrete sorten.

## Tofrøbladete, lauvfellende

*Acer palmatum* Thunb., **viftelønn**. Et lite tre med en svak rødfarging av bladene står i bakken opp fra badeplassen på Hovlandsnes, og i Skogstien står flere, f.eks. ved trappen nord for høyeste punkt på veien. Arten notert av R&N.

*Acer pseudoplatanus* L., **platanlønn**, forvilles over det meste av Hagavik. Storvokst og stedvis skogdannende.

*Aesculus hippocastaneum* L., **hestekastanje**. Plantet i allé, f.eks. langs veien opp til overlegeboligen fra sør. Høystammete trær danner skogholt sammen med bok og platanlønn i skråningen ovenfor parkeringsplassen i Hovlandsvik. Hestekastanjen setter spiredyktige frø, og frøforynger seg tydeligvis enkelte år. Mesteparten av frøene ødelegges imidlertid av snegler, som spiser kimroten idet den spirer.

*Berberis thunbergii* DC., **høstberberis**. Hekk i parken på sjøsiden av sykehuset, dessuten ved nedkjørselen i Hagaviksbakken og i parken ovenfor terrassene.

*Berberis vulgaris* L., **vanlig berberis**, er plantet noen steder, f.eks. ved solterrassene og foran sykehuset.

*Chaenomeles speciosa* (Sweet) Nak., **stor ildkvede**. Foran sykehuset ved flaggstangen.

*Clematis montanani* DC. var. *rubens* Ktze, **bergranke**, **bergklematis**. En slyngende busk med nikkende, lyse, noe rosa-anløpne blomster klatrer på det lille huset i parken foran hospitalet.

*Cotoneaster* 'Nan Shan' (= *C. adpressus* Bois. var. *praecox* (Vilm.) Bois. & Bernhault), **klengemispel**. Ved hvileplassen i standpromenaden på Hovlandsnes og i fjellhage ved solterrassene.

*Cotoneaster bullatus* Bois., **bulkemispel**. Større, rikt bærende planter notert i parken foran sykehuset og ved nedkjørselen til Kysthospitalet. Forvilles tydeligvis lett, og småplanter sees flere steder.

*Cotoneaster horizontalis* Decne., **krypmispel**, står i parken ovenfor sykehuset. Her sto fortsatt ett av de få gjenværende merkeskilt. Den finnes også langs bergveggen i Skogstien på Hovlandsnes.

- Crataegus monogyna* Jacq., **vanlig hagtorn**. Et tre i parken ovenfor solterrassene og et stort tre ved kraftstasjonen bak hospitalet. Bladform og visse andre trekk tyder på at de er hybrider med parkhagtorn (*C. laevigata* (Pair.) DC.), slik mange former i hagebruket er.
- Cytisus scoparius* (L.) Lk., **gyvel**, forvilles flere steder langs strandpromenaden i Hovland svik ut mot Tangen. Notert av R&N.
- Deutzia scabra* Thunb. (= *D. crenata* Sieb. & Zucc.), **stjernetopp**. En busk i parken ovenfor solterrassene.
- Euonymus europaea* L., **spolebusk**, finnes ved nedkjørselen i Hagaviksbakken og i parken ved solterrassene.
- Fagus sylvatica* L., **bøk**. En større skogdannende bestand bak sykehuset og flere større trær utover Hovlandsnes må være plantet. Bøk frøforynger seg godt, og småplanter sees hyppig i skogen.
- var. *atropunicea* West., **blodbøk**. Flere store trær i skogen innenfor badeplassen på Hovlandsnes. Notert av R&N.
- Laburnum alpinum* Bercht. & Prsl., **alpegullregn**. Frøsettende eksemplarer sees flere steder i anleggene, et stort eksemplar i parken foran sykehuset. Den sprer seg også, bl.a. på Tangen. Notert av R&N.
- Lonicera xylosteum* L., **leddved**. Notert i skogen innenfor badeplassen på Hovlandsneset og på Klubben. Er muligens ikke alltid opprinnelig plantet.
- Malus cf. pumila* Mill. f. *pendula* (Zab.) Schneid. Et podet tre med grasiøst, buete greiner har overlevd like ved trappen i Skogstiens N-ende. Bladform og -behåring stemmer med *M. pumila*, men planten er trolig en hybrid.
- Malus cf. floribunda* Sieb., **roseeple**. Et lite tre ved solterrassene. Bestemmelsen er usikker, og blomstrende skudd er ikke studert. Muligens samme tre som R&N nevner.
- Physocarpus opulifolius* (L.) Maxim., **blærespirea**. Etpar busker i parken foran sykehuset.
- Populus ×canadensis* Moench. 'Robusta', **goliatpoppel**. Et stort tre står ved den gamle veien langs jordet mot nord, like ved oljetanken.
- 'Serotina'. Flere trær er plantet langs muren ut mot sjøen på Tangen.
- Prunus cerasifera* Ehrh. 'Atropurpurea', **kirsebærplomme, blodplomme**. Et tre i parken foran sykehuset.
- Prunus incisa* Thunb. Et par små trær som blomstrer på bar kvist tidlig om våren i skråningen ved solterrassene. Blomstene sitter gjerne 2–3 sammen, og har smale kronblad som er litt innskåret i spissen. Kryssninger med andre arter er vanligere i hagebruket enn ren *P. incisa*, og de relativt store blomstene på ett av trærne i Hagavik tyder på hybrid opprinnelse. Et knudrete lite tre i dårlig vekst blomstrer tidligst (i mars) med små (1–1,5 cm tverrmål) hvite blomster som går over i blekt rosa. Noe senere blomstrer en form med lysere bark og større, nesten rent hvite blomster. Hos denne formen stikker griffelen ut av blomsterknoppene før de åpnes.
- Prunus serrulata* Lindl. 'Kanzan', **japankirsebær**, med store klaser av rosa, halvfylte blomster. Det sto opprinnelig 6 trær i parken foran sykehuset omkring bysten av overlege Gade av 'Kanzan' podet på grunnstammer av søtkirsebær (*Prunus avium* L.). Nå er ett av trærne forsvunnet, og grunnstammen har tatt over i to. Det er likevel et vakkert syn når de to sortene blomstrer samtidig.
- Prunus spinosa* L., **slåpetorn**, er plantet som hekk langs gamleveien mellom naustet og oljetanken. Også notert på Klubben S for sykehuset.
- Rhododendron japonicum* (Gray) Suringar × *molle* (Bl.) G. Don., **Flammeazalea**. I parken ved solterrassene står også en liknende azalea. Disse fargesterke rododendronene ble svært populære på slutten av 1800-tallet.
- Ribes alpinum* L., **alperips**. Enkelte busker står hist og her nedenfor veien i Skogstien. Dessuten er den brukt som klippet hekk omkring deler av parken foran sykehuset.
- Rosa moyesii* Hemsl. & Wils. var. *fargesii* Rolfe, **mandarinrose**. En større busk har overlevd i tett kratt i skråningen bak sykehuset, like ved betjeningsboligen.

*Rosa* aff. *odorata* Sweet. En slyngende, sterkt duftende rose med lyse, svakt rosa og fylte blomster har greid seg like ved naustet innerst i Hovlandsvika. Den klatrer i en rododendron-busk og et lite furutre, ca. 3–4 m høy.

*Rubus odoratus* L., **rosebær**. Store busker i skråningen ved solterrassene.

*Sambucus nigra* L., **svarthyll**. Ved direktørboligen, nær innkjørselen fra hovedveien.

*Spiraea betulifolia* Pall., **bjørkespirea**. Ved strandpromenaden på Hovlandsnes.

*Spiraea douglasii* Hook. Ved strandpromenaden på Hovlandsnes.

*Spiraea ×vanhouttei* (Briot) Zab., **ghentspirea**, er funnet et par steder i Skogstien.

*Syringa vulgaris* L., **vanlig syrin**. I parken foran sykehuset.

*Tilia ×vulgaris* Hayne (=T. ×*europaea* L.), **parklind**, er brukt i alleen langs strandpromenaden i Hovlandsvik og langs Hovlandsbekken bak sykehuset.

*Weigela* 'Purpurea', **klukkebusk**. En busk med mørkerøde, ensfargete blomster i parken foran sykehuset.

*Weigela florida* (Sieb. & Zucc.) A. DC. 'Variegata', **roseklukkebusk**. En busk med 2-fargete, lyserøde og røde blomster i hagen ved direktørboligen.

### Arter som ikke er gjenfunnet

Endel av de artene og formene som nevnes av bl.a. Reisæter & Nitzelius (1952) og Nedkvitne & Wendelbo (1959) er ikke gjenfunnet. De fleste er sannsynligvis gått ut, et par er ved nærmere undersøkelser ombestemt til nærstående arter, men enkelte kan være oversett:

*Abies lasiocarpa* (Hook.) Nutt., **fjell-edelgran**. Flere eksemplarer med høyder på opp til 8 m ble registrert av N&W (plantet før 1925). – *Cedrus deodara* (Roxb.) Loud., **himalaya-seder**. Registrert av R&N. Et belegg i herbariet (Bg, leg. P. Wendelbo) ser ut for å ha hatt klimaproblemer, og greinspissene er døde. – *Cryptomeria japonica* (L. f.) D. Don. var. *elegans*. – *Ginkgo biloba* L. **tempeltre**. Et lite, «forkumret» eksemplar nevnes av N&W. – *Juniperus chinensis* L., **kinaeiner**. Ikke omtalt i litteraturen, men belegg i Bergensherbariet (Hb Bg). – *Picea jezoensis* (Sieb. & Zucc.) Carriere, **jezogran, ajangran**. N&W omtaler et ca. 30 år gammelt 13 m høyt tre. – *Pinus cembra* L., **sembrafuru**. Det materialet som er funnet er bestemt til *P. strobus*, bl.a. på basis av bladanatomi. Registrert av R&N. Wendelbo har bestemt et eksemplar til *P. cembra* (P.W. det. 1118/56) under tvil, og noterer i protokollen: «Ser ut til å ha tettere behåring enn 1120/56, som da må være *P. strobus*. Men jeg er ikke overbevist om forskjellen.» – *Thuja orientalis* L., **orienttuja**. N&W omtaler arten som et av de aller vanligst plantete treslag her i landet, og noterte: «Den er herdig, men vokser sent her på Vestlandet, i Hagavik har 30 år gamle eksemplarer høyder opp til 6 m.» Wendelbos belegg er ombestemt til *T. plicata*. – *Tsuga diversifolia* (Maxim.) Mast., **nordjapansk hemlokk**. Nevnt i protokoll av P. Wendelbo (det. 1107/56). – *Tsuga sieboldii* Carr., **sørjapansk hemlokk**. N&W nevner et 2 m høyt, klippet eksemplar. – *Actinidia kolomicta* (Rupr.) Maxim., **rød kattebusk**. – *Berberis* cf. *aggregata* Schneid. var. *pratti* (Schneid.) Schneid., **perleberberis**. – *Berberis wilsonae* Hemsl. & Wils. – *Davidia vilmoriniana* Dode, **duetre, lommetørklette**. – *Euonymus alata* (Thunb.) Sieb., **vingespolebusk**. – *Euonymus sachalinensis* (Fr. Schmidt) Maxim., **sakhalin-spolebusk**. – *Hydrangea sargentiana* Rehd., **sargenthortensia**. – + *Laburnocytisus adamii* (Poit.) Schneid., **adamsgullregn**. – *Malus ×purpurea* (Barbier) Rehd. var. *eleyi* (Bean) Rehd. – *Prunus avium* L. 'Plena', **søtkirsebær** med hvite, fylte blomster. O. Reisæter, foto 27. mai 1968 foran hospitalet. – *Salix alba* L. 'Tristis', **hengepil, sørgepil** – *Salix caprea* L. 'Pendula', **hengeselje**. O. Reisæter, foto 1956. – *Spiraea sargentiana* Rehd. – *Viburnum farreri* Steam., **marskorsved**. – *Viburnum plicatum* Thunb., **japankorsved**. – *Viburnum rhytidophyllum* Hemsl., **vinterkorsved**. – *Zelkova serrata* (Thunb.) Mak., **keaki**.

---

Publisert første gang  
i 1993.

---

---

# 7

---



Slik minnes mange  
Kysthospitalet

Foto: Bymuseet i Bergen



# Verandagut

Av Oddbjørn Rolf Hustad

Den 10. april 1947 reiste far med meg frå Fylkessjukehuset i Molde. Eg var vel 10 år gamal og skulle ut på ei langferd, som mor ikkje venta meg levande att frå. Men det visste eg ikkje då, kan berre hugse kor liten eg kjende meg og kor vondt det gjorde i høgje hofta då far bar meg varsamt om bord i den gamle snøggruta, *Kong Haakon*. Og eg hugsar den trange og skitne lugaren og den rusta jarnsida, som køyene var festa til i to høgder. Der lukta røyk og sveitte og ølrap, og eg var sjøsjuk og elendig over Stadhavet, og redd for det ukjende som venta meg så langt, langt borte frå heimen.

Jau, eitt lyst og mest skinande minne har eg frå turen. I Ålesund kom det om bord ein slektning, og han hadde med seg ei lita skulderveske full av sjokolade. For meg var denne sjokoladeveska noko reint kosteleg, berre to år etter andre verdskrigen.

I Bergen vart far og eg henta tidleg neste morgon i sjukebil og køyrde til Hagavik. Bilen imponerte meg, for ein slik fin og stillegående bil hadde eg ikkje sett før. – Og så mjukt han tok holer og humpar! For ei stund var den vonde natta gløymt, og dei borande tankane på det framande sjukehuset borte. Men så seig eit mørkt alvor over meg, og angsten prikka i kroppen.

Ambulansekarane frå Bergen Brannvesen bar meg inn på sjukebåra og til daglegstua mellom C-posten og Verandaen, der eg vart lagt over i ei sjukeseng. Ei smilande og venleg dame kom og helste på oss, på meg først, hugsar eg, og ønskte oss velkomne til Kysten. Ho snakka så daglegdags og blidt og smilte heile tida, det var nett so eg var komen til kjentfolk. Og det er dette milde, varme og blide eg hugsar frå første møtet med doktor Gunvor Brinchmann-Hansen, «*Fruen*», som ho vart kalla.

Eg vart trilla inn på «*Storverandaen*», der det låg 8–10 andre gutar, og dei ropa «*hei*» på meg og var sikkert spente på nykomlingen. Eg kjende meg forvirra og bortkomen, men eg hadde sjokolade og var litt stolt over å kunne by fram noko av alt dette gode. Då møtte eg for første gong «*verandaanda*», som eg sjøl snart skulle bli ein del av. På ein blunk var veska tom. Det var som å kaste slo til måsen. Sjøl låg eg att med ein liten bit, som ikkje ville ned på grunn av ein stor, verkande klump i halsen. Det sprengde på av redde og vonde tårer, men ikkje ei tåre fekk korne fram. Ingen skulle sjå meg gråte!

Her skulle eg vere like sterk som dei hine! Det skjøna eg alt første dagen på Kysten utan å vite noko om dei prøvingane som venta meg. Ingenting visste eg om sjukdomen, ingenting om det å vere «*tubist*», ingenting om at eg skulle vere «*verandagut*» i 18 månader. Men nevane hadde eg knytta under dyna. Eg skulle ikkje gje meg!



**Oddbjørn Rolf Hustad**  
(1936–2015) ble født i Bud i Romsdal og var utdannet lærer. Han var lærer, skolekonsulent, kulturkonsulent samt rektor i folkehøgskolen.

Neste dag måtte far ta snøggruta heim att, far som eg var så glad i, far som var sjølve det trygge og gode. Men heller ikkje då fekk eg gråte, for eg var storeguten som snart skulle bli frisk att. I tankane såg eg han gå ut porten og oppetter bakkane til bussen. Det skulle gå meir enn eit år før han og mor kom på besøk. Sjøl var eg innskriven på Kysten, Kysthospitalet som skulle korne til å prege resten av livet mitt, på godt og vondt. Men den 11. april 1947 var eg berre siste journalnummer blant dei mange tusen born og unge som fekk livet merkt av den skræmelege folkesjukdomen tuberkulose. «*Tub*» hadde mest same skræmelege klangen den gongen som HIV har i dag, og framtidsvona var ikkje stort betre.

Verandaposten, eller berre Verandaen, var namnet på avdelinga eg kom til. Der låg det om lag 20 gutar i alderen 6–16 år. Avdelinga var delt i to, Småverandaen for dei mellom 6 og 10–11 år, og Storverandaen for dei eldre. Namnet kom rett og slett av at fremste delen av dei to store romma var ein veranda med store vindauge og glastak. Skiljevæggen i denne verandadelen gjekk berre eit par meter opp, så der var det populært for dei sprekaste å klatre over når «*nissane*» ikkje såg det. («*Nissane*» var utnamnet vi bruka på diakonissene, som var våre sjukepleiarar.)

46 år er gått sidan eg vart innlemma i verandagjengen. Innlemma, ja, men ikkje oppteken. Det tok si tid, og den tida var hard. Sjokoladeveska var berre første prøva, ein måte å setje den nye guten på plass. Og eg var plassert, både i eigenleg forstand og i overført tyding, nedst i sengerekka. Men eg hadde bestått opptaksprøva, for eg hadde korkje grine eller sladra. Neste prøva var å lære verandaspråket.

- Ka som feilte meg?
- Ilt i hofen.
- Så du har hofitetub, coxit? E du blitt punktert?
- Punktert?
- Ja, du har vel apsess?
- Apssess, ka e det?
- Du e bra dum, sa Jens, dum i hove. Se her!

Jens bretta til sides dyna og reiv av ein bandasje på magen.

– Se her. Eg har tub i ryggen, spondilitt. Og da renner det puss fram i magen, så Brinken må punktere meg anhver uke og dra ut styggheten. Ellers råtner eg innvendig, forstår du.

Nei, eg skjøna ikkje, og alle orda og omgrepa gjorde meg forvirra og redd.

– Ja, du får sikkert strekk, og så må du ligge i gipsskål, heldt Jens fram. – Og går det håll på deg, så må du ha lys. Håper ikkje du får daukjøtt i såret, men det går fint å brenne det ut?

- Daukjøtt, brenne?
- Ja, med lapolisstift, vel! Kan du ingenting?

Nei, eg kunne ingenting. Men eg var lærenem, og verandagutane kunne sitt fag, så snart sat eg inne med dei nødvendige kunnskapar i verandamedisin. Coxit og spondylit, abcess og punktering, daukjøtt og lysbehandling, strekk og gipsskål var kvardagsspråk på Verandaen.

Så måtte eg fortast mogleg leggje av den «rare og stygge» romsdalsdialekta. Her gjekk det ikkje an å seie «i efrå Bu», eller endå verre: «de e fole ka de klør ponni gipsa». For då gjekk ekkøet over heile Verandaen: «i e fole ponni gipsa, fole ponni gipsa.» Så om hoftesmertene kunne vere vonde den første tida, og heimlengten sår, så var herminga etter dialekta mi verre. Men eg har godt språkøyre, så etter nokre veker kunne eg snakke den godkjende «bergensdialekta» like bra som dei andre innflyttarane. For på Verandaen låg det gutar frå Jæren i sør og til Nordmøre i nord, endå dei fleste kom frå Bergen og distrikta omkring.

Nissane måtte ha lagt merke til at eg vart noko plaga, og at eg kanskje var for ung og svak til Storverandaen, så eg vart flytta inn på Småverandaen. Og der fekk eg vindaugsplass!

Jau, diakonissesystrene kjende gutane sine og hadde varm omsorg for den einskilde. Når eg ser meg tilbake, må eg spørje: Korleis skulle det ha gått med oss utan dei?

Det gjekk ikkje mange dagane etter innlegginga før Jens sin spådom om strekk og gipsskål gjekk i oppfylling. Å bli lagt i strekk vil seie at jarnlodd vart festa til ein spesialbandasje omkring beinet (bandasjen gjekk frå ankelen og til midt på låret), slik at ledflatene i hoftelena vart strekte litt frå kvarandre. På den måten vart ein spart for dei smertene som gnissing mellom dei skadde ledflatene medførte.

Gipsskåla vart laga ved at begge beina frå anklane og opp til ribbeina vart gipsa med beina i ei bestemt sprikande stilling (altså med beina abduerte). Når gipsen tørka, vart han klipt opp langs bein og kropp så ein fekk ein over og underdel. Denne underdelen, eller skåla, som vi kalla han, var fæl å liggje i første veka. Og første natta i gipsskål greidde eg å snu meg rundt på magen og vakna lemster og elendig. Men når kroppen vande seg til, var ho mest behageleg å ligge i. For ho støtta fullkomleg ryggen, bekken og lår, og hoftelena fekk ro. Sidan begge hoftene mine var sjuke, måtte eg altså liggje i «heil gipsskål».

Ein tanke ved denne behandlingsmåten var at den sjuke leden måtte gjerast stiv, både for å unngå smerter, for å sikre leden ro til tilheling og hindre ny oppblussing. Den gongen fanst ikkje medisin (iallfall ikkje i Noreg) mot tuberkulose. Kroppen måtte, om mogleg, lege seg sjøl, og det galdt å gje kroppen best moglege vilkår i sjukdomskampen.

Med strekk og gips, og med eit brukande «fagspråk», var eg godkjent som verandagut og kunne gå inn i dagleglivet på Verandaen. Og det hadde sine ritual og rutinar, som gjorde at dagane gjekk trygt og godt – og fort. Det begynte med «tempen» om morgonen, han var viktig. «Uten temp blir dere ikke friske.» Berre dei eldste og mest durkdrivne slo



Diakonisse med en liten pasient.

Foto: Kysthospitalet

tempen opp til passe høgd. Vi andre målte og målte, morgon og ettermiddag, månad etter månad til erfaring lærte oss når vi burde kontrollere og når vi kunne lage «*fin temp*».

Så var det morgonvask, «*oppe og nede*», om vi var vakne nok, eller vart kontrollerte. «*Ren må den være som skal bli frisk.*»

Frokosten smaka ikkje første månadene, for matlysta var dårleg. Men mat var også viktig, – om ein skulle bli frisk att. Og eg togg og svelgde det eg kunne. Men eg hugsar ei gulrot som aldri tok ende. Eg gnog og togg, men ned ville ho ikkje. Ho berre voks i munnen. Likevel togg eg og togg eg så det gjorde vondt i halsen og kjakane. For eg visste om han som var blitt stengd inne på skylleromet i fleire timar fordi han ikkje greidde grauten han hadde fått. Og om han som ikkje orka fleskebitane i lapskausen og la dei til sides på tallerkenen, men vart tvangsmata til han spydde. Fram på formiddagen fekk eg spytte gulrota ut.

Etter frukost var det bekkensjau, og sjau og ståk var det med alle oss gutane, og dopreiket som følgde med. «*Strek*» var også viktig for helsa, så vi trykte det vi kunne, 20 gutar i kor. Godt at Verandaen hadde store luffevindauge!

Høgdepunktet på formiddagen var legevisitten, særleg «*storvisitten*» ein dag i veka, for då gjekk både overlegen og oversøster. – Kanskje er det noko nytt i dag? Men nytt var det sjeldan. Vi var til røntgenkontroll kvar tredje månad, så når overlegen sa: «*Dette ser bra ut*», så visste vi det var tre månader til neste gong. Tanken eg hadde i førstninga om å skulle reise heim att etter nokre veker, fekk kort levetid.

Prøve av blodsenkninga tok vi elles ein gong i månaden, og med våre verandakunnskapar i medisin, visste vi nokså godt korleis sjukdomen utvikla seg. «*Gå mann, nå e senkningen kâmmen under hundre. Om itt år kan eg rese hem.*»

Den store legevisitten var alltid ei oppleving. Legar og systrer kom inn i slutta tropp. Overlegen først med oversøster to steg attom. Så reservelege, assistentlege og kandidat. Etter legane kom avdelingssystemer, så dei andre systrene etter tenestetid, og til slutt ein «*niss-unge*» eller to (systemelevar som var ute i praksis). Reine feudalsystemet. Og vi gutane lærde litt om rangordning og standsskilnad. Eit liknande rangsystem var det jo også som rådde blant oss verandagutane utan at vi tenkte så mykje over det. Det var berre slik. Til dømes var han eg har kalla Jens, sjef i fleire månader til han bokstaveleg tala vart slegen ut i ein batalje, og sigerherren tok over.

Overlegen, Thrap-Meyer, hadde vi stor respekt for, det var han som bestemte over liv og lagnad, over «*oppepil*» og «*liggepil*», over heimreis og gipsing, men eg var aldri redd han. Han var veldig god med balansekunster, og mest kvar gong han kom på visitt, så balanserte han ein stol på haka. Og så var han så god til å plystre. «*Trappen*» plystra når han

Sengene sto trangt, som perler på en snor.

Foto: Kysthospitalet





undersøkte oss, plystra så fine triller og melodiar at eg gløymde smerte og frykt. Og Otto Henrik Brinchmann-Hansen, som var reservelege og sidan tok over etter Trappen, var mest som ein god onkel for oss.

Men oversøster var vi redde.

Når legevisitten var over og ingen vonde beskjedar var komne, kunne vi puste ut, lese, skrive, diskutere og finne på nye, gale strekar mot systrene eller kvarandre. Eg las kolossalt med bøker, du kor dei trøyttet tida! Kysten hadde bibliotek, og vi lånte bøker av kvarandre. Bøker var dei beste gåver til oss, bøker og blad. Men kortspel var forbode, det var rekna som ukristeleg. Og dersom ein gut fekk sendande ein kortstokk, så vart stokken kverrsett til ein vart utskriven.

Brev var noko av det kjekkaste eg visste, både å få brev og å skrive. Far var flink til å skrive brev, god til å fortelje om slikt som hende heime. Og for meg som var så langt heimafrå og ikkje kunne få besøk, var breva særskjærkomne.

Og så hadde vi skole på Kysten. Skolestua var i andre høgda og i same romet som biblioteket. Vi som var sengeliggande, vart køyrde dit i sengene våre. Skoletimane var ei god avveksling, ikkje minst køyreturen fram og tilbake med Anton som «sjåfør». (Han var ei boblande oppkome av godt humør og gjorde også «verketurar» til skifte-stua mindre vonde.) Men elles må eg vedgå at interessa for skolefaga ikkje var så stor. Ein karaktersetel frå november 1948 fortel at «frøken» (Elin Dahl) ga gode karakterar

Solbad ved Kyst-  
hospitalet.

Foto: Kysthospitalet



Verandagutter med  
åpne vinduer.

Atelier KK, Billedsamlingen UBB

i både norsk, historie og rekning, men nedsett i orden og oppførsel, – det fortel vel sitt. Elles er det klart at «*kysta-skolen*» var viktig for den lange skoletida vi elles miste. Etter middag skulle vi sove ein heil time, – det var også viktig. Då passa systrene på at det var musestille på Verandaen. Til naud kunne vi få lov å lese, men helst skulle alle sove, – om vi skulle bli friske att.

Ettermiddagen og kvelden var rolegaste tida. Eg hadde lekser å gjere, brev å skrive, ei bok å lese. Men det var også tida for pute- og vasskrig. Mest spanande var det når gutar vart så sinte at dei måtte gjere opp med ein real slåsskamp. Då skauv ein sengene saman, eller oppegåande gutar hjelpte til med å flytte på sengene, så ein kom til med slag og spark. Ein slik sengekamp kunne mest minne om eit sjøslag, for den eine senga drog den andre med seg, og puter og vassglas fauk gjennom lufta. Ein gong tok ein hissigpropp og klaska eit bekken i hovudet på motstandaren, men den andre svara med ein solid solar plexus så han svima av og lege måtte hentast. Men oftast vart eit slikt sengeslag brått og effektivt stansa ved at ei eller fleire av nissane kom til og fekk sengene på geledd att og roa gemytta. Så fylgde forhøyr, men grunnen og opphavsmannen til striden vart sjeldan funnen. Solidariteten mellom oss var sterk, og «*nåde den som sladrer!*» Straffa var skjenn og formaning, om ikkje oversøster på eitt eller anna vis hadde fått høyre om «*slaget*». Men i så fall rykte søster Ingrid ut til vårt forsvar.

«Nei, ingen av guttene mine har gjort noe galt, bare et par som har kranglet litt, men det gjør jo alle gutter. Ikke sant, gutter, at dere er greie?»

Søster Ingrid var som ei mor for alle verandagutane. Henne elska vi.

Og så hadde vi arbeidsterapi. Arbeidsterapeutar kom innom og hjelpte oss i gong med ymse småarbeid vi kunne gjere i sengene: strikking, hekling, brodering, peddig- og skinnarbeid. Det galdt sjølsagt å halde oss opptekne med noko vi kunne lære av, og som kunne gjere sjukehuslivet så normalt som mogleg.

Til og med speidararbeid var det på kysten. Ein speidarleiar kom frå byen og heldt speidarmøte i leikarstua kvar veke. Både jentene (på K-posten) og gutane danna speidartropp og patruljar (Ekornpatruljen og Ørnepatruljen), og vi fekk skjorte, skjjerf og hue som speidarane «ute».

Så var kveldsstunda der med song, bibellesing og bøn. «*Himmelske Fader*» var fast kveldssong. Først i vaksen alder har eg forstått dette med «*alt liv som yrer heilt ned til mauren i mold*». Men melodien og stemninga, roa og høgtida når ei av systrene las frå Barnebibelen og ba med oss barnebøna «*Kjære Jesus, la meg få være en av dine små*» og Fader Vår, ga meg ein underleg fred og tryggleik. Velsigninga «*Velsign oss, Gud Fader, velsign oss, Guds Sønn, velsign oss, Gud Hellig Ånd*», fylgde med inn i nattesvevnen. Ein dag merka eg at høgre låret var blitt så ømt og hove, helt oppe ved leden. – Jo, jo, sa Brinken, – her må vi nok punktere og få ut styggedommen. Utpå formiddagen vart eg køyrd på skiftestua, der søster Ella vaska over abcessen med ein bomullsdott med jod på. Så kom Brinken og sette ei sprøyte med bedøving. – Det gjorde litt vondt, sa eg. – Vi skal nok få materien ut, svara Brinken og kom med ei skræmeleg stor sprøyte. Fremst stod ei svær holnål, og eg kjende meg liten og redd under det sterke lyset. Men Brinken og søster Ella prata kvardagsleg og roleg, og nåla gjekk inn, som stakk han i smør. Særleg vondt gjorde det heller ikkje. Men det var stygt det han drog ut og sprøytt i eit pussbekken som søster Ella heldt fram, grønt og gult med blod i.

– Ja, denne var sannelig moden, sa Brinken.

Straks eg kom køyrande inn døra på Verandaen, lydte det som i kor: – Fikk de nåke ut?

– Åttifem milliliter.

– Gå mann! Skrek du?

– Nei.

– Gå mann! Dra deg hem!

Det var som å bli forfremma.

Det vart mange punkteringar, og ein dag gjekk det hol på ein annan abcess like ved hoftekulen. Dette var ikkje bra, det forstod eg både av legane og systrene, endå dei sa lite. Men eg slapp å punktere fleire gonger, og glad var eg for det.

Månadene hadde gått, og eg vart flytta attende til Storverandaen. Kanskje fordi systrene ville samle dei med sårabcess der, kanskje fordi eit par av dei største gutane var reiste heim. Eg fekk eine vindaugssenga, og eg kjende meg ovanpå endå tubben herja i kroppen. På ein måte gav det status, dette, å ha høg senkning og ein skikkeleg sårabcess. Og månadene på Småverandaen hadde eg utvikla ei av mine sterke sider, og som også

En stor gruppe pasienter ved Hagevik led av tuberkulose i ryggspylen. Her en pasient med støttebandasje. Foto fra tiden omkring 1. verdenskrig.

Foto: Kysthospitalet



gav status: å bruke kjeften. Men under middagskvila, og i kveldstimane, når alt var stilt, då brann heimlengten i meg. Heimlengt og frykt. Ei smertefull kjensle av å vere send bort og overlaten til meg sjøl, langt, langt heimafrå. Og kanskje ville eg døy her. Og snart var det jul.

Juleførebuingane og forventningane som vart skapte, dreiv både lengt og frykt bort, iallfall på dagtid. For det var så mykje som skulle gjerast, så mange julebrev og kort å skrive. Og ei mengd julepost kom og skapte større stemning for kvar dag som gjekk. Og spaning, for alle pakkene som kom desse siste vekene før jul, vart gøymde på «*hemmelig sted*» til julekvelden. Dei oppegåande prøvde å spionere og finne ut kven som fekk pakke, og korleis pakka såg ut. Men «*nissane våre*» var ikkje lette å lure.

Verandajuletreet var det finaste av alle på heile Kysten. Pynten var strålende. Men finast og mest fantastisk var julekrybba kring juletrefooten. Maskinisten og andre hadde laga Betlehem og stallen, Josef og Maria og Jesus-barnet og dei tre vise menn. Og eg kan sjå for meg ein gut med stor gibbus. Ein villstyring og tøffing kunne han vere. Men timesvis låg han på magen og såg på dette vidunder av ei julekrybbe.

Best minnest eg alle nissane med sekker av pakker, og ståket og rotet då alle pakkene skulle opnast i sengene. Det var eit ståk og ein sjau utan like. Og julenissane som vart

vanlege «*nissar*» att, tok seg god tid og var alle stader for å hjelpe med papir og pakkeband, og dele gledene og overraskingane. Og trøyste når julekaka var blitt mygla og epla rotne under reis og lagring. Eller ta seg særleg av dei gutane som ikkje fekk pakker. Systrer og betjening hadde kjøpt og laga pakker til desse, så dei også fekk jul. Ja, einskilde hadde aldri fått så mange pakker før. Det var også slike på Verandaen.

Kysthospitalet var i det heile særst flink til å feire høgtider og festdagar, til avveksling og glede for både store og små. Og festdagen framfor nokon annan var 17. mai. Tidleg om morgonen gjekk ein flokk systrer, avdelingshjelparar og oppegåande pasientar omkring og vekte alle legane. Særleg var det moro å vekke overlegen. Systrene var stivpynta med stive kragar og mansjettar. Sidan samla dei seg kring flaggstonga og heiste flagget medan dei song *Fagert er landet*.

Vi gutane vart også pynta med det finaste vi hadde, ofte klede som hadde lege nedpakka sidan førre 17. mai. Flagg fekk vi, og stor 17. maisløyfe.

I 11-tida kom hornmusikken og spela i parken. Overlegen heldt tale frå altanen utanfor kontoret sitt (kven skulle tru at 20 år seinare fekk eg halde tale for dagen frå same altanen?), og alle som kunne, gjekk tog gjennom hagegangane og på køyrevegen kring parken. Etterpå vart vi som måtte liggje, trilla i tog i sengene våre gjennom etasjekorridorane, og vi skreik og ropa hurra.





Om ettermiddagen kom det barn frå grannelaget og ungane til legar og tilsette og hadde leik i parken utanfor Verandaen med allslags konkurransar: sekkeløp, kappspringing med egg og potet på ei skei i handa, og vi mest kraup ut av sengene og over vindaugskarmane og heia.

Det hende somme fekk feber etter ein slik festdag.

Så skjedde det som Jens hadde føresagt, at det gjekk «*daukjøtt*» i abcessåret. Såret var jo heile tida fullt av puss, og då kunne det heller ikkje gro. Men mengda av puss minka etter kvart, og søster Ingrid sa at det var teikn på at no gjekk det betre med meg. Lapisstiften var ikkje så fæl som Jens hadde sagt, og dag for dag, veke for veke, vart såret reinsa. Det såg til slutt ut som eit lite krater med ein «*daukjøtklump*» i midten. Frampå våren i 1948 kunne søster Ingrid «*brenne av rota*» på daukjøtklumpen, og heile såret var reint. Ein stor dag!

Heile tida medan eg hadde dette abcessåret, hadde eg fått «*lys*» hos søster Marie. «*Lys*» var namnet vi bruka om behandlingsavdelinga med store lamper som laga ultrafiolett lys ved hjelp av lysbogen som glødde mellom to kolstiftar. Og lyset var så skarpt at vi måtte ligge med ei slags mørke «*sveisebriller*». Føremålet med denne lysbehandlinga var å drepe sårbakteriane, – brunfargen fekk vi attpå. At somme av oss på «*lys*» også begynte å ane skilnaden på gut og jente, var ei anna og spanande side ved lyskuren. Brune vart vi på Verandaen, for så sant sola skein om sommaren, vart dei store verandavindaugo slegne opp, og vi vart plasserte saman i senger heilt attmed dei opne glasa.

Unge pasienter får lysbehandling. Bildet er fra 1927.

Foto: Atelier KK, Kysthospitalet

Men det store med sommaren var båtturane, i robåtar og skøyter. Kysten hadde mellom anna fått overta eit par-tre store livbåtar frå «*Bergenske*» sine Amerika-båtar. Og dei var så breie at ein kunne sitje to om breidda og ro, 5–6 på kvar side. Og med ei av systrene som «*kaptein*» drog vi på fine turar til Storholmen, Søsterholmen eller Småholmen. Ja, heilt til Blindasundet rodde somme i godvær, for der kunne ein vasse og fange småkrabbar. Men det hende at «*kapteinen*» måtte henge sitt kvite forkle på ei åre og veifte etter hjelp når vinden bar for sterkt imot. Då var bussjåføren, Hagevik og snekka hans god å ha, han kom fleire gonger ut og taua dei naudstadde til lands att. For dei som måtte halde senga, vart det stundom leigd ei skøyte. Og alle som det var råd å bere ut, vart borne om bord og lagde utover på dekket. Litt av eit syn!

Du kor godt det gjorde å kome ut i frisk sjøluft under open himmel etter meir enn eitt år i senga.

Vi gutane var elles ikkje så optekne av sjukdom, som ein kan tru. Sjukdomen var på ein måte ein del av vårt vanlege liv, ein slags normaltilstand. Sjukdom var det å få influensa og feber, eller kusma. Eller når «*tubben*» gjekk galne vegen og gjorde ende på einkvan. I mi verandatid kan eg hugse berre ein gut som døydde. Han var liten og såg sjukleg ut heile tida. Han hadde av ein eller annan grunn mista det meste av håret, og såg også av den grunn elendig ut. Han hadde rygg tub. Ein dag vart han flytta til eit mindre rom ved sidan av Storverandaen. Systrene sa ikkje kvifor, men det trongst heller ikkje. Vi

Kraftverket (nærmest) og likhuset lå i bakken bak sykehuset.

Foto: Kysthospitalet



visste at det var dødsromet og at frå det romet vart ein berre borte. Men søster Ingrid hadde raudkanta auge i mange dagar. Ho hadde mista ein av gutane sine.

Eit heller merkeleg, ja, mest grotesk utslag av haldninga til døden, var det då nokre av dei eldste gutane fann ut at dei måtte sjå korleis det var i likhuset, som stod oppi bakken like ved det gamle kraftverket. Vi hadde jo ein slags skrekkfylt respekt av det huset, for vi visste at dit vart alle dei døde førde inn. Men samstundes kvilde det noko mystisk og spanande over det, og i ein sein kveldstid vart det inngått sterke veddemål om nokon torde å gå dit. To gutar melde seg, og med «*vaktpostar*» sette ut på fleire stader lista dei seg av garde. Det var grytidlig, medan det var på det stillaste, og dei kom seg inn ved å knuse og krype gjennom eit kjellarvindaug. Avtalen var at når dei kom inn i det øvre romet, skulle dei slå av og på lyset og veifte med armane for å vise at dei hadde greidd vågestykket. I det same lyset vart slått på og ei veiftande hand kom opp i det kvitmåla vindauget, kom Askvik (maskinist og vaktmeister) gåande til arbeid. Han bråstoppa, rista på hovudet og gjekk vidare. Vaktene venta det verste, men ingenting hende, og gutane låg fint i sengene då nattsyster kom med «*tempen*». Heile dagen gjekk i ulideleg spanning, og dei to–tre neste dagane med. Men hendinga vart aldri spurd. Skal tru kva Askvik tenkte den morgonen då det spøkte i likhuset?

Det var elles utruleg kva vi kunne finne på av galskap og rampestrekar. Seint ein kveld var det ein gluping som fann på at vi skulle skræme nattsyster ved å lage hurlomhei på Småverandaen. I veggen mellom Småverandaen og Storverandaen var det eit hol som leidningen til juletreet gjekk gjennom. Dermed kom ideen: – Vi fører eit tau gjennom holet, og så bind vi snorer til pissepottene på nattborda til «*ungane*», og når nattsyster kjem på første nattrunden, så dreg vi i tauet.

Litt før midnatt kom nattsyster listande, og dermed drog «*glupingen*» i tauet. Det gjekk eit ras av pottar i golvet, somme halvfulle, og nattsyster hylte høgt.

Hendinga vart sjølsagt rapportert, og den gongen kom ikkje søster Ingrid til unnsetnad. Det vart litt av eit sirkus for å finne dei skuldige, men vi heldt alle tett. Det heile enda med harde trugsmål om liggepil og opphald på skylleromet dersom noko liknande hende ein gong til.

På vårparten kom morfar og besøkte meg. Det var ei stor oppleving. Om sommaren kom far og mor. Ei både sår og ustyrlig glede sprengde på då eg vart køyrd ut på gjestestua, der dei stod og venta på meg. Noko brydde og med blanke auge, dei og. Dei var hos meg fleire dagar og budde i eit hus oppi Hagavikbakken. Dette var truleg første ferieturen deira, og godt var det då at det gjekk så fint framover med meg. Då vi skildest for 14 månader sidan, var vona om å sjå meg att heller lita.

Den store, etterlengta dagen kom i august: eg fekk «*oppepil*». Gipsskåla kunne kastast og strekken takast av. I staden fekk eg heil gips på høgre sida frå ankelen og opp til ribbeina. («*Tubben*» i venstre hofta hadde roa seg etter ei halvårs tid.) Og så kom den merkelege stunda då eit par systre bikka meg fram og ut or senga, mest som ein annan stokk. Eg stod rett opp og ned for første gong på nærare to år. Ei svimlande stund i dobbel forstand. Ei av systrene rekte meg eit par trekrykker, og trygt støtta av systrene kunne eg sjå romet og dei andre gutane frå opprett stilling. Rart og stort!

Så begynte det mødesame slitet med å skulle gå sjøl med krykker. Først stå på beina, så eit par steg støtta av ei syster på kvar side. Eit kvarter og ein halvtime meir for kvar dag. Det var liksom ikkje krefter korkje i armar eller bein, men ein veldig iver etter å kome vidare. Nye gårekordar vart sette kvar dag endå det verke under armene av krykkene. Etter tre veker hoppa eg fritt omkring i gangane, heilt frå Verandaen og til mottakinga.

Eg gløymer aldri første stunda under open himmel. Eg hadde vore innestengd så lenge med verandataket som eit lok over tilværet. Himmelen var så høg, så høg, lufta i parken så sterk, og alle avstandar så veldige for vesle, skjelvande meg. Eg stod ei heil stund og berre saug inn alle inntrykka før eg hoppa av garde til næraste benken. Der snudde eg meg og såg opp på Verandaen, der armar vinka til meg frå gutane som no hadde vindaugsplass. Ute! Kan nokon forstå korleis det opplevdest som ikkje har prøvd det sjøl? I november 1948 fekk eg reise heim etter at eg hadde fått ny gips, som gjekk berre ned til kneet. Far kom og henta meg, ein glad far. Eg hugsar ikkje heimturen. Hugsar berre at eg vreid meg rundt i baksetet på drosja og vinka til Verandaen vart borte.

### **På F-posten**

Åra 1950–52 hadde eg eit par opphald på Reknes Sanatorium i Molde. I 1953 begynte eg på Orkdal off. landsgymnas, og alt såg lyst ut. Til og med sykle kunne eg, med venstre-foten i bøyle så eg kunne trakke og dra rundt, og med høgrebenein på ein smielaga fotkvilar.

Så skjedde det sommaren 1956. «*Gohofta*» liksom låste seg fast, og eg greidde så vidt kroke meg til sjukehuset i Molde, der Jon Rø var overlege, og eg vart straks lagt inn. Eg gløymer ikkje neste dagen då han gjekk visitten. Han sette seg rett ned på sengekanten, denne store og noko røselege, men hjartevarme karen, og såg meg rett i augo. «*Vi må sende deg til Kysthospitalet igjen, Oddbjørn. Ho er ikkje fin, hofta di. Men dei får deg nok bra att, det har skjedd mykje innan medisinen sidan du var der sist.*» Då spratt tårene i augo mine. Eg var som lama og kjende det som alt ramla saman omkring meg. Alle draumar og voner om helse og utdanning var med eitt slag knuste, slik kjendest det.

Alt skjedde fort, eg var liksom kraftlaus og utan vilje, og i løpet av få dagar låg eg i ei seng på rom G på F-posten.

No var det slik på Kysten at der nytta det ikkje å sture. Ynking og klaging var forbode. Medynk fanst ikkje. Ein måtte snarast mogleg ut av sjølmedliding og bli med på den moroa ein kunne finne på. Og «*moro*» vart det, for ei dansk sjukepleiar hadde send med meg ei flaske god drikke til båtreisa, saft trudde eg. «*Den gode drik*» viste seg å vere sterk brennevinslikør (ho hadde vel syntest synd i den gråtande ungdomen). Då dette vart kjent, vart det stor fest på G ei av dei første nettene, og sorg og suter grundig drukna. Brinchmann-Hansen var overlege med «*Fruen*» som assistent, nett som i gamle dagar. Eg kjende meg tryggare berre ved det. Jean Madsen var reservelege, ein framifrå fagmann og triveleg kar, som vi alle sette stor pris på.

► Ingenting er så dystert som en tom korridor. Foto: Kysthospitalet



Og medisinen hadde gjort framsteg. På Kysten hadde dei med stort hell gjennomført ei behandling ved å setje streptomycin rett inn i den sjuke leden. Dette bestemte Brinken seg for å prøve på meg også, for det var så viktig å ta vare på venstreleden best mogleg sidan den høgre var stiv. Første tida fekk eg ei sprøyte i veka, sidan ei kvar fjortande dag. Madsen var ekspert til å finne ledspalta ved første stikk. Han «*skjød fra hoften*», som han sa. I tillegg fekk eg PAS og eit av dei andre tuberkolostatika som var komne i bruk, og alt etter eit par månader var hofta i god betring.

Som elles på eit langtidssjukehus, der dei psykiske pårøyningane kan vere vel så harde som dei fysiske, galdt det å halde pasientane i aktivitet. Sjøl vi som låg til sengs, dreiv difor med allsidig arbeidsterapi. Dei med rygg tub snudde seg og låg på skråpute med ei finerplate framom seg, og dei laga mangt og mykje i skinnarbeid, ofte med sirleg prega teikningar og mønster. Vi som måtte ligge på rygg, dreiv helst med ymse sy- og broderiarbeid, eller hekla og strikka. Sjøl sydde eg for hand ei fin røykejakke om hausten. Artigast var det å sy store teddybamsar i lodne lammeskinn, og dei var ei svært populær salsvare, så vi heldt oss sjølve med lomme pengar. Skinn delane vart tilskorne på arbeidsstua, og vi sydde dei saman med skinn-nål og sterk tråd. Vi fekk ei pappeske med fin treull opp i senga, og med trepinnar stappa vi treulla i skinn og forma trinne, gode bamsekroppar. Sengestuene minte lite om sjukehus når vi arbeidde som verst, – kanskje det var noko av meininga.

Eg hugsar ein ungkar i 40-åra, som hadde drive fiske som yrke. Han rista på hovudet då ei av arbeidsterapeutane ville lære han å brodere. Men han gjekk i gang og kom etter kvart til å sy dei vakraste broderi. Då eg var innom til kontroll året etter, låg han og sydde holfall på ein tre meter lang middagsduk.



Badeliv ved hospitalet  
i 1930. Foto: Kysthospitalet



De minste barna måtte nøye seg med bading i bassengene.

Foto: Bymuseet i Bergen

Og så skreiv eg brev, stundom fleire for dagen. Brevva var samtalan og diskusjonane med vener og gymnaskameratar, og utløyising for tankar og kjensler det elles ikkje var rom for. Brevva var pusteventilar.

Vi var ikkje alle like ihuga og optimistiske. Karen i nabosenga gjorde ikkje stort anna enn å stire hol i taket og så mismot til alle tider. Eg hugsar særleg ein vinterkveld med snø i parken og måneskin over fjorden. Ole og eg låg og drøymde og snakka om kor fint det hadde vore å gå tur med ei vakker jente ein slik kveld. Då kom det frå nabosenga: «*Det er for kaldt for tubistar å vere ute i kveld.*» Ja, det var gjerne det. Eg høyrde kor Ole sukka, og vi breidde dyna over hovudet.

Eit par hendingar som fortel litt om sinnstilstanden blant oss, må eg ta med. Det låg ein kar på romet, han kunne vere i 50-åra, og ryggstubben hadde spreidd seg i kroppen. Han vart flytta på einerom, og ein dag forstod vi at det gjekk mot slutten for han. Det høvde seg berre slik at den dagen hadde nokre av oss kjøpt inn til ertesuppe, som vi hadde planlagt å lage på skylleromet når nattsyster hadde gått kveldsrunden. Og ertesuppe måtte vi ha.

«*Kokkane*» smatt ut og inn på skylleromet for å passe suppa utan at nattevakta oppdaga kva som gjekk føre seg, samstundes som legar og systre kjempa for å berge sengekameraten. Suppa smaka godt, men han med rygggtæring «*strauk i veg*». Ikkje noko å gjere med det.

Frampå våren 1957 heldt ei ungjente på å vaske vindauge i 3. høgda. Ho miste taket i glaskarmen og styrta rett i døden. Då vart det meir enn stilt på G. Vi berre låg og sat, sorgfulle og fortvila, og det gjekk fleire dagar før vi kom oss til hektene att. At ein av oss «*gjekk vest*», det rekna vi som naturleg. Men at ei frisk og sunn ungjente omkom, det var frykteleg.

Noko av det eg aldri gløymer frå siste opphaldet på Kysten, var undervisningstimane med frøken Elise Hambro. Ho var syster til Carl J. Hambro, odelstingspresidenten, og den første kvinnelege rektor i Noreg (den gong det å vere rektor betydde noko). No var ho pensjonert for fleire år sidan og «engasjert» som lærar i språkfag for systre som ville lære meir engelsk, og for pasientar som trong vidare utdanning. Dette var eit særst godt tilbod til meg, som hadde berre eitt år att til artium då eg vart sjuk.

Aldri har nokon lært meg slik kva skikkeleg kunnskap er, som frøken Hambro. Etter at eg hadde prøvelese fransk for henne, sa ho mildt men bestemt: «*Jeg tror vi begynner i begynnerboken, jeg, Hustad.*» Og i begynnarboka tok vi til. Mest på same måten var det i engelsk. Eg fortalde henne at eg gjekk på norrønlina, og der lærde vi berre moderne engelsk og skreiv fristil. Ja, vel, det var greitt. Så fekk eg skrive ein liten stil for henne. Maken til raude strekar og overskrivingar har eg ikkje sett korkje før eller sidan. Men frøken Hambro og eg kom godt overeins. Ho visste sikkert kor «*ille det stod til i norsk skole*», og eg forstod fort at ho kunne meir enn lektorar flest. Som gamal «*latinar*» var ho ikkje berre kunnskapsrik, men «*dannet*», og «*det er noget man ikke foragter.*» Dessutan hadde eg god tid, – nett då.

Eit par år seinare møtte eg frøken Hambro i korridoren på F-posten, og eg fortalde henne stolt at eg var begynt som lærar på ein realskole. Ho såg på meg med milde auge og sa: «*Ja, ja, Hustad.*» Ho trong ikkje seie meir, eg forstod henne, men eg var stolt og glad likevel.

Det største og beste som hende meg på F-posten, var at eg vart ein kristen, og at eg møtte kona mi der. Heilt frå eg låg på Verandaen og lærte kveldsbøner, hadde eg tenkt på Gud og mi haldning til Jesus. Og eg hadde gruvla mykje på kristentrua under sanatorieopphalda og dei første gymnasåra, men det var mest trass og uvilje som viste seg på «*overflata*». Heile hausten og vinteren på Kysten hadde eg slite mykje med tankar om tvil og tru. Og frametter våren vart det klårt for meg at om eg ville vere ærleg imot meg sjøl, måtte eg seie ja til Jesu kall. Det skjedde utan noko oppstyr. Nokså roleg bestemte eg meg ein dag at no fekk Gud styre med livet mitt, – om han var til. Og så fortalde eg det til systrene og romkameratane. Det var framleis «*nissar og niss-ungar*» som var systre og systerelevar, og dei uttrykte stor glede. Romkameratane tok det svært så roleg, det var ikkje vanleg å vise kjensler. Sjøl var eg også roleg, men eg kjende på ei djup glede og ein fred som stadfesta at valet var rett.

Kona mi var avdelingsassistent den gongen, og det var eigenleg «*forbode*» med noko nærare hopehav mellom pleiar og pasient. Men Kysten hadde mange krokur, og dei fine skogsstiane hjelpte ikkje berre mot tæring, men var vegar til liv og kjærleik.

Det var ein fysioterapeut som ba meg skrive ned minna mine om tida på Kysthospitalet i Hagevik (etter at overlege Elbjørn Ronglan ved fylkessjukehuset i Elverum hadde sett inn ny led i begge hoftene). For ledtuberkulose er blitt historie, og yngre legar og fysioterapeutar veit lite og ingenting om livet på dei gamle kysthospitala (ifølgje Rikstrygdeverket er vi utdøydde for lenge sidan). Men skrivearbeidet, som skulle vere ei god tidtrøyte i rekonvalesenttida, vart ein smerteleg prosess. Tjukke lag av undertrykt frykt, tabu og mindreverd måtte skrapast bort for å få verandaguten fram att. Stundom er han framleis redd at ei vond overmakt skal slå ned på han, men då lyder framleis søster Ingrid's stemme: *Det er ingenting som feiler guttene mine.*



# Sommer ved sjøen

Av Ole Gjerstad

Det var ikke alle som var like syke.

Jeg hadde gått det meste av våren med smerter i siden og med feberanfall.

«*Sting på leveren*», sa familielegen. Ikke noe å gjøre med det. Pirquet-prøven om vinteren hadde vært negativ, og i 1957 var TB-en på raskt tilbaketog, så det var en slem overraskelse da min mor likevel dro meg med på Helserådet og dr. Eilertsen bekreftet hennes mistanke. Han satt på et mørkt kontor med røntgenbildene foran seg. «*Det blir som en feriekoloni*», lovet han «*du blir ikke engang sengeliggende*».

Men på Hagevik bestemte de selv hva som var nødvendig. Jeg ankom med morgenbussen fra byen, akkurat i tide til middag. Hele gutteavdelingen satt langs to lange bord og ba for maten: «*Og du som metter liten fugl ...*» Jeg ble satt ned midt på en lang benk, foran en solid porsjon nubbesild og kålrabistappe, samt en stor bolle med melkesuppe. Geleaktige sagogryn fløt rundt kanten. På begge sider satt de andre og drakk store glass med surmelk. Det ble raskt gjort meg klart at når det gjaldt maten var det ingen nåde. Alt måtte spises. Ingen dikkedering. Min første time på Hagevik var også den verste.

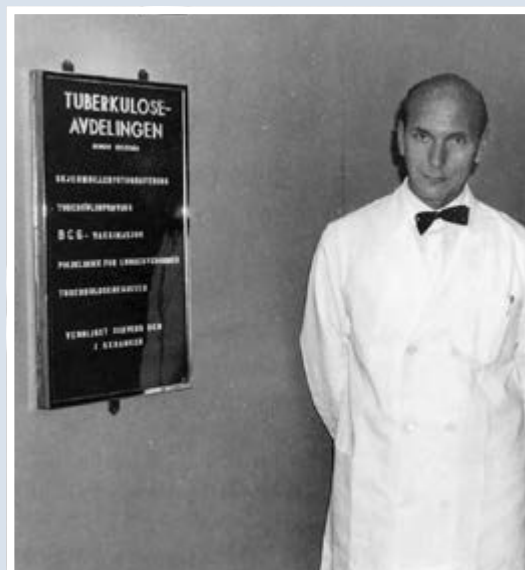


**Ole Gjerstad**, født 1948 i Bergen, er journalist og bor nå i Montreal, Canada.

**Dr. Eilert Eilertsen** (1918–2014) ble 1. august 1954 ansatt som leder for turberkuloseavdelingen ved Bergen Helseråd. To år senere, i 1956, påtok han seg også oppgaven som spesiallege i tuberkulose ved Kysthospitalet. Denne bistillingen viste seg i mange år fremover å være av stor betydning for tuberkulosearbeidet både i Bergen og på store deler av Vestlandet forøvrig. Tuberkuloseavdelingen ved Helserådet engasjerte seg stadig også i et bredt sosialt opplegg, til dels i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Eilertsen engasjerte seg på en rekke områder i samfunnet. Blant annet var han Bergens ordfører i perioden oktober 1973 til januar 1984.

Ved helserådets lungeavdeling i 1961. Foto: Privat



Jeg var ni år og gikk i tredje klasse, altså omtrent midt i puljen på gutteavdelingen. Jeg fikk en seng nesten ytterst på den store verandaen, på den siden som vendte inn mot hagen og hovedfløyen. Sengenaboene var to andre nykomlinger, Karl fra Stavangertrakten og Egil fra Kronstad. Vi hadde alle «godtatt» å bli lagt inn av legen som hadde lovet oss nesten ubegrenset frihet, så vi følte oss bittert forrådt da vi ble underlagt verandaens vanlige regime: Alle ble sengeliggende minst den første måneden; fra middag til klokken to var det sovepause for alle; ingen løping, ingen anstrengende leker, ingen bading selv når sommervarmen kom for fullt. Og tre ganger for dagen måtte vi ta PAS'en vår - medisinen som kom i små, bitre oransjegule sylindermete biter. En spiseskje morgen, middag og kveld betød at den ekle smaken aldri forlot ganen.

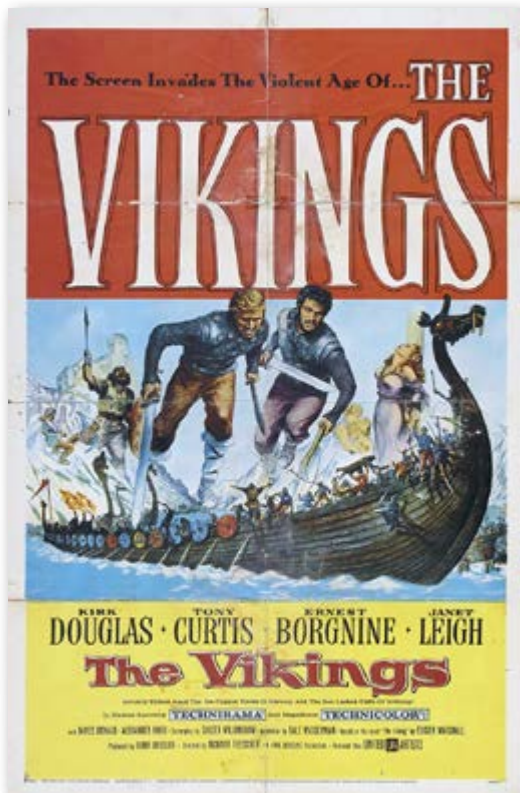
Likevel forsto vi raskt at vi var blant de heldige. Inne på lilleverandaen, og i senger plassert langs den ytre glassveggen lå de som hadde TB'en andre steder enn i lungene. Noen lå i gipskasser som var formet etter puklene på ryggen. De var med på å lese og spille kort og kinasjakk. Men når de ble rullet ned korridoren mot operasjonsfløyen, eller for å ta ryggmargsprøve, senket det seg en vagt truende følelse over oss andre. Da slukte vi PAS'en og hvilte så hardt vi kunne etter middag, bestemt på aldri mer å vike fra bedringens smale vei.

Da rhododendronen kom i blomst var jeg allerede blitt oppgående. Hagen slo ut i hvitt og rosa og gartneren hadde så mye å gjøre at jeg fikk lov til kjøre trillebåren. Det var den våren man avduket bysten av overlege Gade, og hele morgenen kom det viktige

besøkende i grupper på inspeksjon på verandaen. Vi oppgående ble stilt i rekker bak VIP'ene og de andre fikk orkesterplass fra kanten av verandaen hvor pressefotografene også slo seg ned. En ung kvinnelig journalist vandret diskret omkring i våre rekker, og den normalt godlynte og blide søster Ingrid – hønemora vår – var ikke seg sjøl før reportasjen kom ut i BT, og det viste seg at avdelingen var fylt til siste seng av fornøyde små pasienter.

Men til og med Gade kunne ikke stille opp mot Kirk Douglas. Fruktrærne var fremdeles i blomst da innspillingen av «The Vikings» tok til ute på fjorden. Nybygde, tjærebeiste vikingskip ble slept ut fra verftet på Askvik, og skjeggete statister kom tøffende i snekker som la til ved sykehusbryggen. Kirk Douglas sjøl ankom i stor svart bil og ble geleidet direkte ombord i en sjalupp med kurs for slagformasjonen ute på fjorden. Vi, de friskeste, rodde sykehusets store livbåt ut mot det vi regnet var kanten av slaget. Det var en fæl hoiing og skriking da langskipene gle forbi hverandre; det meste av støyen kom fra høyttalere på motorbåter som lå og duppet bak prammen hvor kameraene sto plassert. Men det må ha vært mer enn ett kamera, for plutselig fikk livbåten vår en trosse ombord, og vi ble slept tilbake til bryggen med vennlig, men bestemt oppfordring om å holde oss unna bølgene til vikingene var ferdige med sitt.

Slik ble Vikingene presentert for det internasjonale kinopublikum. Som en kuriositet kan det nevnes at Kirk Douglas' sønn, Michael, var med sin far på opptakene, 13 år gammel.





Tre av Hollywoods største stjerner lander i Bergen 18. juni 1957. Kirk Douglas, Tony Curtis og Ernest Borgnine.

Foto: Bergens Tidende



**Vikingene** (originaltittel: *The Vikings*) var en amerikansk action- og eventyrfilm fra 1958, regissert av Richard Fleischer. De ledende rollene ble spilt av Kirk Douglas, Tony Curtis, Janet Leigh og Ernest Borgnine. Filmen var basert på en roman av Edison Marshall, som igjen hentet inspirasjon fra Ragnar Lodbroks saga.

Filmen var en romantiserende og dramatisk Hollywood-skildring av vikinger og vikingtiden. Den ble delvis spilt inn i Hagavik sommeren 1957.

Det største av vikingskipene som ble brukt under innspillingen, det som ble kalt «Ormen Lange», ble senere seilt fra Bergen og til New York som del av premieren til filmen. Dette skipet ble bygd i furu, noe som gjorde skipet svakt. Det fikk derfor skader både under innspillingen og under den senere seilasen over Nord-Atlanteren.



Kirk Douglas, Ernest Borgnine, Janet Leigh og Tony Curtis på et reklamebilde for filmen «The Vikings».

Foto: United Artists

Sjøbad var en viktig del av behandlingen.

Foto: Bymuseet i Bergen



Blir kroppen bedre skal jo sjelen holde følge. Tidlig på sommeren fikk vi besøk av en speiderleder. Han delte oss inn i tre ulvungepatruljer. Vi hadde patruljemøter rundt sengene til de som ikke kunne stå opp, men i fravær av regelmessig formelt lederskap, ble det meste av speideraktiviteten vår konsentrert om å drive krig, patrulje mot patrulje. Jeg var i Bjørnepatruljen, som okkuperte den høyeste av tre koller som lå i innmarken vest for sykehusets gårdsbruk. Vi bygget barhytter og palisader og fant en gammel saueskalle som vi reiste over inngangen hvor ingen kunne passere uten dagens stikkord. Men kanskje ble det for krigersk ... Da Bjørnepatruljen lurte en rivaliserende patruljefører til noe nær en drukningsdød i grisemøkk bak låven, ble det erklært sommerferie for ulvungeaktivitetene, og jeg vet ikke om de tok seg opp igjen til høsten.

Kysthospital, sykehus, sanatorium – mine fire–fem måneder på Hagevik ble som et feriekoloniopphold å regne. Den fæle PAS'en hadde sin virkning, og da skoleåret igjen sto for døren ble jeg raskt skrevet ut. «Ikke engang en skygge på lungen», sa overlegen. Men ett eller annet sted i lungene lå det igjen en liten innkapslet basill, som ventet 30 år før den slo ut med full kraft. Men da var Hagevik gått over til annet bruk, jeg var på den andre siden av kloden, og nye medisiner smaker ikke på langt nær så beskt som de oransjegule PAS-bitene.

---

Publisert første gang  
i 1993.

---



Dette ser ut til å være  
rene skjære idyllen.

Foto: Bymuseet i Bergen



## NOTER

**1. Kysthospitalet planlegges og bygges**

- 1 BT 25.8.1893
- 2 BT 25.8.93, Bg.Aft. 25.8.93
- 3 Bg.Aft. 25.8.93
- 4 Bg. Aft. 25.8.93Jfr. Gade: 50-årsb.
- 5 Den følgende oversikt over tuberkulosen og tuberkulose-arbeidet i Norge bygger blant annet på det omfattende utredningsarbeidet som Klaus Hanssen og Michael Holmboe utførte i forbindelse med sitt forslag til tuberkuloselov i 1894. Materialet finnes i Ot.prp. 10/1898. Ellers er det mye stoff å hente i tidsskriftene Norsk Magazin for Lægevidenskaben og Medicinsk Revue. Jfr. også Erik Falkum, Øivind Larsen: Helseomsorgens vilkår. Linjer i medisinsk sosialhistorie. U-forlaget 1981. Øyvind Sæbø: Tuberkulose-loven av 8.5.1900 og dens forutsetninger. H.oppg. i historie UiB 1982.
- 6 Ot.prp. 190/1898Jfr. dr. Andvords statistikk kommentert hos Falkum/Larsen og Sæbø
- 7 Jfr. Sæbø sm.st.
- 8 Norsk Mag. Læg. 1884
- 9 Sigvard Madsen i BT 26.2. 1890
- 10 Bg. Aft. 10.5.89.
- 11 Sm.st.
- 12 Vi tenker ikke her på rene rekonvalesenthjem, som det fantes flere av på denne tiden. I en annonse i BT 20. mai 1889 meddeles det at «Kystsanatoriet Helsebod» er åpnet for sesongen. Det passer best for «Syge, lidende af Nervesvækkelse, Blodmangel, Blegsot og Kjørtelsyge, samt for Rekonvalescenter» heter det i annonsen, som også opplyser om at sanatoriet åpnet året før. Sanatoriet, som vi nok må anta var et rent privat foretagende, lå på Geitanger.
- 13 Biogr. Leksikon.
- 14 Gade: 50-årsb.
- 15 Gade: 50-årsb.
- 16 Sm.st.
- 17 Biogr. Leksikon.
- 18 Gade: 50-årsb.
- 19 Sm.st.
- 20 Forh. prot. Hag. 1.
- 21 Sm.st.
- 22 BT 26.2.1890
- 23 Forh.prot. Hag. 1.
- 24 Sm.st.
- 25 Gade: 50-årsb.
- 26 Sm.st.
- 27 Sm.st.
- 28 I denne form er statuttene hentet fra Gade: 50-årsb. De er tydeligvis en lett korrigeret avskrift av de opprinnelige.
- 29 Madsen i innvielsestalen Bg. Aft. 25.8.93

**2. Hospitalet i drift 1893–1927**

- 1 Årsberetning 1893.
- 2 Sm.st.
- 3 Sm.st.
- 4 Årsberetningene 1894–1900.
- 5 Jfr. Gade: 50-årsberetning.
- 6 Brev fra Styret til Indredepartementet juni 1896 Hag.
- 7 Styreprotokoll Sykdomshistorie fra Årsberetning 1905.
- 8 Sm.st.
- 9 Årsberetning 1907.
- 10 Årsberetning 1911.
- 11 Sm.st.
- 12 Gade: 50-årsberetning
- 13 Årsberetning 1895
- 14 Årsberetning 1900
- 15 BT, Arbeidet og Dagen 17.8.1946
- 16 Arbeidet 17.8.46
- 17 Gade: 50-årsberetning
- 18 Arbeidet 17.8.46
- 19 Gade: 50-årsberetning
- 20 Bl.a. Årsberetning 1894
- 21 Styrets forh. protokoll 1894
- 22 Styrets forh. protokoll og Årsberetninger 1894–95
- 23 Styrets forh. prot.
- 24 Styrets forh.prot. 1893–94
- 25 Årsberetning 1905
- 26 Årsberetning 1894
- 27 Årsberetning 1910
- 28 Arbeidet 17.8.46
- 29 Årsberetning 1895
- 30 Årsberetning 1904
- 31 Årsberetning 1913–14
- 32 Medicinsk Revue 1/1919
- 33 Årsberetning 1928
- 34 Jeg viser her særlig til Kari Martinsen: Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram. Aschehoug 1984.
- 35 Uttalelsen stammer fra pastor Julius Bruun, stifteren av Diakonisseanstalten, her sitert etter Martinsen s. 81.
- 36 Styrets forh. prot. 1900.
- 37 Styrets forh. prot. en rekke steder 1900.
- 38 Sm. st.
- 39 Sm.st.
- 40 Styrets forh. prot.
- 41 Styrets forh. prot.
- 42 Styrets forh. prot.
- 43 Sm.st. 1910–1920
- 44 Årsberetninger
- 45 Sm.st.
- 46 Sm.st. samt styrets forh.prot.
- 47 Styrets forh.prot.
- 48 Sm.st.
- 49 Se blant annet brev fra styret til Sosial departementet av 26.11 1917

- 50 Årsberetningene
- 51 Styrets forh.prot.
- 52 Sm.st.
- 53 Gade: 50-årsberetning
- 54 Styrets forh.prot.
- 55 Sm.st.
- 56 Sm.st.
- 57 Gade: 50-årsberetning
- 58 Sm.st.
- 59 Styremøte 14.3.1929 Forh. prot.

### 3. Kysthospitalet fra 1927 til 1970

- 1 Sm.st.
- 2 Sm.st.
- 3 Sm.st.
- 4 Jfr. Anne Lise Seip: Sosialhjelpstaten blir til. Norsk Sosialpolitikk 1740–1920. Oslo 1984 s.217ff.
- 5 Årsberetninger, Gade: 50-årsberetning
- 6 Forh.prot. styret 1935
- 7 Gade: 50-årsberetning
- 8 Tall etc. fra Årsberetninger og Forh.prot. Styret
- 9 Jfr. Gade: 50-årsberetning
- 10 Forh.prot. styret
- 11 Forh.prot. styret 1943
- 12 Forh.prot. styret
- 13 BT.
- 14 Forh.prot. styret m/brevveksling 1947–50
- 15 Forh.prot. styret møte 7.2.50
- 16 Sm.st. 22.11.1950
- 17 Sm.st. 15.2.1951
- 18 Brevet fra Thrapp-Meyer referert i styremøte 16.3.53 og 20.3.53
- 19 Forh.prot. styret 15.2.1951
- 20 Sm.st. 15.5.51
- 21 Skriv av 13.6.53 Jfr. Forh.prot. styret
- 22 Sm.st.
- 23 Forh.prot. styret 21.1.54
- 24 Eilert Eilertsen: Notat 4.5.93 til forfatteren
- 25 Eilert Eilertsen: Notat 4.5.93
- 26 Skriv fra Eilert Eilertsen til styret, ref.jnr.

### 4. Kysthospitalet i velferdssamfunnet

- 1 For en beskrivelse av utviklingen, se Stein Kuhnle/ Liv Solheim: Velferdsstaten – vekst og omstilling. Tano 1985.
- 2 <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/utgiftene-oket-sakte-men-sikkert>
- 3 <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat>
- 4 <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers/aar>
- 5 Jfr. Halvorsen sm.st. med litt referanser Kuhnle/Solheim sm.st s. 112ff.
- 6 Jfr. diskusjonen i St.meld. 41/1987–88. Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.
- 7 <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-organisasjoner-fond-og-programmer/Verdens-helseorganisasjon-WHO>

- 8 Opplysningene om sykehusvesenet i Norge er i hovedsak hentet fra Ot.Prp. nr. 36/1967–68: Innstilling fra Sykehusordningskomiteen. Denne komiteen, som var nedsatt i 1957, leverte to innstillinger, en om psykiatriske institusjoner i 1959 og en om sykehusene generelt i 1963. Innstilling 2 danner grunnlag for Ot.prp. 36/1967–68 og for Sykehusloven av 1969.
- 9 Sm.st.
- 10 Ot.prp. 36/1967–68
- 11 BBH 3 286ff.
- 12 Sm.st.
- 13 Sm.st.
- 14 Svein Age Knudsen (red.): De fattige Christie Lemmer. Historien til Stiftelsen St. Jørgens hospital. Bergen 1991.
- 15 BBH 4 s. 81 8ff.
- 16 BBH 4 s. 791
- 17 Sm.st. s.792
- 18 Sm.st.
- 19 St.prp. nr. 80/1956 Om det økonomiske og organisatoriske samarbeid mellom staten, Bergen kommune og Hordaland fylke angående utbygging og drift av Haukeland sykehuskompleks i Bergen.
- 20 Sm.st.
- 21 Sm.st.
- 22 Årsberetninger div. år. Forh.prot. styret bl.a. 1957.
- 23 Ot.prp. 36/1967–68 Innstilling fra Sykehusordningskomiteen.
- 24 Her sitert fra Forh.prot.styret 13.11.62.
- 25 Fra Forh.prot.styret 1 3.1.62
- 26 Innst. fra Sykehusordningskomiteen.
- 27 Forh.prot. styret 16.12.65.
- 28 Forh.prot. styret 6.4.65.
- 29 Sm.st. 1 8.4.87.
- 30 Forh.prot. styret 24.6.69.
- 31 Sm.st. 10.11.69.
- 32 Sm.st. 11.6.70.
- 33 Sm.st. 14.12.70.
- 34 Helseplan for Hordaland. Godkjent ved kongeleg res. 13.1.78.
- 35 Sm.st.
- 36 Sm.st.
- 37 Fylkesutvalssak 254/81 Hordaland fylkeskommune.
- 38 Innst. fra programmeringsgruppa sm.st.
- 39 Sm.st.
- 40 Sm.st. Jfr. Forh.prot. styret 24.1.81
- 41 Sm.st.
- 42 Sm.st.
- 43 Karl Egil Johansen: På sjølvstyr i 150 år. Hordaland fylkeskommune 1837–1987 Bergen 1987 s.
- 44 Jfr. Fylkestingssak 95/88 (Fylkesutvalssak 458/88)
- 45 Sm.st.
- 46 Begge utvalgsrapportene finnes som vedlegg til Fylkestingssak 95/1988.
- 47 Sm.st./Jfr. Fylkestingssak /82
- 48 Sm.st. Vedlegg 5
- 49 Sm.st.
- 50 Sm.st.



**Skogstien og parken**

- 1 Levende film tatt opp ca. 1930–38. 16mm Kodak S/H og farger. Bergen medisinske samlinger.
- 2 Dagens Intervju. Overlege Gade og arkitekt Jens Munthe Bull om planene for utvidelse av Hagevik kysthospital, ved NRKs medarbeider Tvedt Knudsen 19. mai 1939. Hordaland fylkesarkiv.
- 3 Lysbilder fra Hagavik forsommer 1956 og 27. mai 1968 oppbevart i lysbildearkivet ved Institutt for hagebruk, Norges Landbrukshøgskole, Ås.
- 4 Reisæter, O. & Nitzelius, T. 1952. Dendrologernas Norgefærd 11–14 juni 1949. – Lustgården. Årsskr. 1950–195 1:1 12–126.
- 5 Nedkvitne, K. & Wendelboe, P. 1959. Bartrær i noen parker i og ved Bergen. – Tidskr. skogbr. 67: 89–99
- 6 Gade, H. G. 1927. Foredrag holdt i anledning nybyggets offisielle åpning den 27de juni 1927. Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1926–27. Hordaland fylkesarkiv.
- 7 Sermerkte vestlendingar. Overlækjar Herman G. Gade og Hagevik Kysthospital. Utskrift av nekrologen, ved Daniel Grindevoll, kringkastings torsdag 26/11–1953. Hordaland fylkesarkiv.
- 8 Meddelt av dr. Sigv. Tschudi Madsen.
- 9 «Meddelt av dir. Egil Gade Greve, dattersønn av overlege Hermann G. Gade.
- 10 Meddelt av rektor ved Universitetet i Bergen, Ole Didrik Lærum.
- 11 Madsen, St. Tschudi, 1953. Herman Gerhard Gade in memoriam – Nordisk Medicin 17. VI. 1953, s. 591.
- 12 Intervju med H. G. Gade, 'Dagen' 3/8-1946.
- 13 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1918–19. Hordaland fylkesarkiv.
- 14 En epoke i Hageviks Kysthospitals historie. Tale av formann i Kysthospitalets styre, finansrådmann Einar Olsen, ved avskjedsfesten for overlege Gade i august 1946.
- 15 Meddelt av Olav O. Askvik, tidl. maskinsjef ved Kysthospitalet.
- 16 Irgens, R. 1968. – Bergens skog- og træplantningsselskap gjennom hundre år 1868–1968. Jubileumsskrift, Bergen.
- 17 Norsk biografisk leksikon.
- 18 Meddelt av professor dr. philos. Herman G. Gade, overlege Herman G. Gades sønnesønn.
- 19 Fotografier i Gamle Bergen Museums bildesamling.
- 20 Meddelt av prof. dr. philos. Knut Fægri
- 21 Meddelt av Sigurd Kvalvågnes, nåværende bestyrer ved Eides planteskole.
- 22 Meddelt av Haldis Eide Kvinge, datter av Olav Eide.
- 23 Askvik, L. o. 1935. Kysthospitalet i Hagevik. – Norsk Sykehistidende 8, August 1935, s. 235–236.
- 24 Meddelt av Tor Natland, sønn av Sigvart Natland.
- 25 Meddelt av Endre Nygård, sønn av Lars Nygård.
- 26 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1899. Hordaland fylkesarkiv.
- 27 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1913–14. Hordaland fylkesarkiv.
- 28 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1910. Hordaland fylkesarkiv.
- 29 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1911. Hordaland fylkesarkiv.
- 30 Bergens Aftenblad, 16. november 1917.
- 31 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagevik for 1921–22 og 1922–23. Hordaland fylkesarkiv.
- 32 Arbeideren, 21. november 1924.
- 33 Bergens Aftenblad, 21. november 1924.
- 34 Bergens Tidende, 21. november 1924.
- 35 Gade, Herman G. 1930. Kysthospitalet i Hagevik. Bergen 24 s.
- 36 Årsberetningen for Kysthospitalet i Hagevik for 1924–25. Hordaland fylkesarkiv.
- 37 Bergens Aftenblad, 16. mars 1940.
- 38 Stavanger Aftenblad, 22. juni 1927.
- 39 Meddelt av datter av Asbjørn Lunde, Halljem Gartneri.
- 40 Plankart over Kysthospitalets eiendom med gangveier og parkanlegg inntegnet. Kysthospitalets arkiv, datert 21/11-1946.
- 41 Meddelt av Sigurd Botnedal, tidligere gartner ved Arboretet på Milde.
- 42 Årsberetningen for Kysthospitalet i Hagevik for 1898. Hordaland fylkesarkiv.
- 43 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagavik for 1907. Hordaland fylkesarkiv.
- 44 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagavik for 1919–20. Hordaland fylkesarkiv.
- 45 Årsberetning for Kysthospitalet i Hagavik for 1920–21. Hordaland fylkesarkiv.
- 46 Josted, S.E. 1975 – Foreløpig rapport om registrering av innførte (fremmede) treslag og andre verdifulle trær på Vestlandet for Nordisk arboretutvalg 1975. 29 s. + registreringsskjema Askøy-Ullensvang. Upublisert stensil, Aboretet på Milde.
- 47 Morvik, H. 2013. – Rhodo Vest på vårtur til Hagavik og Lepsoy. – Lapprosen nr. 3-2013, s. 19.
- 48 Hesjedal, J.R. 2019. – DYRET – en ukjent, uvanlig og omdiskutert rhododendron i parken ved Kysthospitalet i Hagavik. – Lapprosen nr. 1-2019, s. 14–15.
- 49 Jørgensen, P.M. 2019. – Hva er Rhododendron kyawii? – Lapprosen nr. 3-2019, s. 17.

## KILDER

### *Kysthospitalets arkiv, Hordaland fylkesarkiv*

Styrets forhandlingsprotokoller  
Regnskaper  
Korrespondanse  
Diverse årsberetninger og brosjyrer  
Herman G. Gade: Utrykt 50-årsberetning for Kysthospitalet  
Intervju med Åsa Liljekrans Husebø (pasient).  
Intervju med tidligere kliniksjeff Lars Oddvar Arnestad.  
Brev fra Tor Arne Fanghol

### *Andre utrykte kilder*

Eilert Eilertsen: Kysthospitalet i Hagevik 95 år ms.  
Eilert Eilertsen: Notat til forf. 4.5.93  
Daniel Grindevoll: Særmerkte vestlendingar. Overlækjar Herman G. Gade og Hagevik Kysthospital. NRK 26.11.53

### *Trykte kilder*

Hordaland fylkeskommune:

- Helseplan for Hordaland 1978
- Trykte referater fra fylkesutval og fylkesting 1976–1993

Helse Bergen:

- Strategiplan 2017–2022. Kysthospitalet i Hagevik. Ortopedisk klinikk.
- Teknisk avdeling: Kysthospitalet i Hagevik. Kompleks 9900114. Landsverneplan for helsesektoren 2013

Helse Vest:

- Historia- helsereformen 2002. 03.02. 2017

UIB 26.09.2016: Ny doktorgrad. Kneproteser – øvelse gjør mester. (Mona Badawy)

UIB 2018: Ny doktorgrad. Kirurgisk behandling av trang ryggmargskanal. (Erland Hermansen)

NOU 1977: 22 Finansiering av helseinstitusjoner

NOU 1981: 25

NOU 1982: 10

NOU 1987: 25 Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering (Eilertsen-utvalget)

Ot.prp. 36/1967–68 Innstilling fra Sykehusordningskomiteen St.meld. 9/ 1974–75

St. meld. 41 / 1987–88 Helsepolitikken mot år 2000 St. prp. 80/1956

PasOpp-rapport 2016: 194. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse.  
Kysthospitalet i Hagevik. Folkehelseinstituttet 2016

Arbeidet

Bergens Aftenblad

Bergens Tidende Dagen

Norsk Magazin for Lægevidenskaben

Medicinsk Revue

Os- og Fusaposten. Diverse artikler.

Tidsskrift for den Norske Lægeforening

Midtsiden.no

Store medisiske leksikon: <https://sml.snl.no>

## LITTERATUR

## Biografisk Leksikon

Øyvind Bolstad: *Den røde begonia*. Gyldendal 1947. «... du skal ditt dyreste miste.» Utstillingskatalog Hist.museum 1985.

Egil Ertresvaag: *Et bysamfunn i utvikling: Bergen bys historie bd. 3*. Bergen 1982.

*Eventyret som ble til virkelighet. Et femtiårsjubileum*. Martine Hansens hospital 1936–1986. Oslo 1986.

Anders Bjarne Fossen/Tore Grønlie: *Byen sprenger grensene. Bergen bys historie bd. 4*. Bergen 1985.

Erik Falkum/Øivind Larsen: *Helseomsorgens vilkår. Linjer i medisinsk sosialhistorie*. Oslo 1981.

Jan Grund: *Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling?* Tano 1991.

Knut Halvorsen: *Innføring i sosialpolitikk*. Tano 1990.

Karl Egil Johansen: *På sjølvstyr i 150 år. Hordaland fylkeskommune 1837–1987*. Bergen 1987.

Svein Age Knudsen (red): *De fattige Christie Lemmer. Historien til stiftelsen St. Jørgen*. Bergen 1991.

Stein Kuhnle/Liv Solheim: *Velferdsstaten – vekst og omstilling*. Tano 1985.

Fridtjov Lund-Johansen: *Luster Sanatorium 1902–1958*. Bergen 1958.

Kari Martinsen: *Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram*. Asch. 1984.

Anne Lise Seip: *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo 1984.

Øyvind Sæbø: *Tuberkuloseloven av 8.5.1900 og dens forutsetninger*. Hovedoppgave i historie. UIB 1982.

Nils Tveit: *Os. Eir utsyn over Osbygd fra gamall tid til no*. Bergen 1960.

Første del av denne boken er basert på «Kysthospitalet i Hagevik gjennom 100 år», utgitt av Centraltrykkeriet, Bergen i 1993. Redaktør: Egil Ertresvaag.





## Ledergruppen ved Kysthospitalet i Hagevik

november 2019

*Fra venstre:*

Sjukehussjef/avdelingsoverlege .....	Kari Indrekvam
Avdelingssykepleier sengepost .....	Lisbeth Hjertholm Rød
Seksjonsleder drift .....	Atle Olsen
Overlege .....	Mona Badawy
Sjefsfysioterapeut .....	Turid Rognsvåg
Seksjonsleder ortoservice .....	Bente Merete Attestog
Sekretær .....	Marianne Røttingen
Rådgiver .....	Tor Egil Sørås
Avdelingsleder mottaksseksjonen .....	Kari Vestnes

## ANSATTE VED KYSTHOSPITALET I 2018

Aase Waage Askvik Olsen	Eli Therese Bøe Johnsen	Hege Aarland
Aina Langeland	Elin Beate Farestveit Dale	Hege Haugen
Alette Helga Tønjum	Elin Cecilie Kryvi Strandenes	Heidi Njåstad Bondevik
Alf Egil Sævdal	Elisabeth Juell Andersen	Helene Bjørkhaug
Anders Dalsgård	Elisabeth Mortensen	Helge Asbjørnsen
Ane Jørgine Frøyen	Elisabeth Sverre Wik	Hilde Cathrin Mo
Anette Velsvik	Elisabeth Valle Espetvedt	Hildegunn Hansen
Anita Aarnes Lyssand	Ellen Bertelsen Sælen	Hildegunn Heidal Haugland
Anne Birgitta Moberg	Ellen Haugland	Hildegunn Ingjerd Synnevåg
Anne Charlotte Berntsen	Else Bjørndal	Inghild Håkonsund Austevoll
Anne Jorunn Øyjordsbakken	Else Myhre Sylta	Ingrid Nicole Wiland Vange
Anne Kari Kathenes Støle	Eric Loratang Kgomotso	Ingrid Sæther Heggland
Anne Marie Smedsvik	Eva Saltskår Jentoft	Ingrid Underhaug
Anne-Lise Gundersen	Evelyn Hansen	Ingvild Nesje Vedå
Annlaug Drange Steinsland	Finn Christian Wammer	Invid Engeseth Mjånes
Arild Larsen	Fred-Arlid Ravnskog	Irene Wathne Kvernes
Arlin Løver	Fredrik Væring Svenskerud	Ivan Bråthen Buljovic
Atle Olsen	Frode Christoffer Ebbesvik	Ivar Magne Austevoll
Aud Kleiven	Frode Gurvin Rekeland	Ivy Tumarao Reistad
Beate Bjørtuft	Frode Hopen Mortensen	Jaafar Ghariabi Al-Rabae
Bente Merete Attestog	Gard Ellefseth	Janicke Storum
Berit Haarstad Gjøvåg	Geraldine Jacond Derit Haarstad	Janne Hanøy Walle
Bjarte Askeland	Gina Elise Ørn Toskedal	Janne Haugland Harketstad
Bjarte Storum	Gjermund Berget Galleberg	Janne Marthinussen
Björg Matre	Grethe Flaterås Roald	Jeanette Helene Bjørnevik
Björg Rød Vaktdal	Grethe Olaug Haldorsen	Jenny Petersen
Bjørn Liljestrand Husebø	Gro Anita Storum Nybøe	Jorunn Sørland
Camilla Gjesdal	Gro Lundtoft Fjeldstad	Jone Segadal
Caroline Forstrønen	Gro Vabø	Jorid Fedje
Charlotte Arntzen	Gunn Odil Hirth Moberg	Jorunn Eide
Christine Beate Øien Strømme	Gunn-Marit Vågen	Jorunn Hodneland
Dadash Baran	Gunnvor Marie Sæle Kongsvik	Karen Margrethe Drageide
Diana Petterson	Guri Ranum Ekås	Kari Fløysand Hjørnevik
Einar Andreas Kaarstein	Hanne Hagen Helgesen	Kari Hellevang Røttingen
Eirik Øksenberg Hellebø	Hans Nesheim	Kari Henriksen
Eirin Aasen	Hans Torvanger	Kari Indrekvam
Eivind Halsøy	Harald Nagelgaard Omenås	Kari Merete Vestnes

Kari-Anne Sandvik Midtlied	Marianne Grytås Vik Røttingen	Rushdi Mousa Mohammed
Kathrine Haugen Buvik	Marianne Olsvold	Sandra Klever
Kavery Radhakrishnan	Marit Riis	Sarah Louise Gabrielsen
Kjersti Nordheim	Marit Tandberg	Sevda Ivanova Korucheva
Knut Ove Herland	Marta-Kristine Ognøy	Sigrid Kristin Kvalvaag
Kotakkathu Geevarughese Varughese	Martin Flesland	Silje Jakobsen
Kristin Gjerde	Martine Hopland Frotjold	Sindre Zachariassen
Kristin Mathiesen	Menike Haugland	Siri Hatlem
Kristin Røsseland Hop	Merethe Haugen	Siri Lothe
Kristin Stubhaug Grant	Mette Garmann	Sissel Asbjørg Carlsen
Kristin Vonka Vik	Mia Louise Halsvik Mowinckel-Nilsen	Sissel Gandrudbakken
Kristine Fagertun	Mina Kristiansen	Siv Øvrebotten Lie
Kristine Hagen Natvik	Miriam Leknessund Berge	Solveig Brekke
Kristine Halvorsen Moberg	Mona Badawy	Solveig Heie Antonsson
Kristine Opheim Lindemann	Mona Haugsbakk Lyssand	Solveig Tveiten Scheie
Lage Rolf Ivar Aarseth	Mona Parelius	Sveinung Aase
Laila Ersvær Kloven	Mona Rosvold Frotveit	Sølvi Irene Bjørndal
Laila Flø	Mona Vigdis Våge Skorpen	Tina Albrechtsen
Lars Jørgen Rygh	Monica Bahus	Tor Egil Sørås
Lene Kartveit Børnes	Monica Totland Bakke	Torbjørn Aasen
Lillian Arefjord Brattebø	Nina Jargren	Tore Dag Næss
Lillian Espeland	Oddny Anita Haugstad Heggeland	Tore Wien
Linda Hjertholm Lindborg	Oddny Torunn Dahl	Torild Aadland
Linda Straumsnes	Oddveig Østervold	Trude Lunde Sørstrønen
Line Polden	Payman Jalal Hama	Trude Storum Nøstdal
Linn Kristin Helland Lothe	Peder Svenkerud Thoen	Turid Hagevik Heggeland
Linn Tonje Stølås	Per Aga	Turid Rognsvåg
Lisbeth Halvorsen Moberg	Ragnhild Sognnes Haugland	Umon Wongphaet
Lisbeth Hjertholm Rød	Randi Bonnier	Unni Erdal
Liv Eli Tveit	Randi Tyse	Vegard Pihl Moen
Liv Marit Haukeland	Randi Vik	Vibeke Follesøy Myksvoll
Liv Torhild Monsen Askeland	Reidun Måkestad	Vivian Flataker
Magnus Valland	Rina Berit Strendo Engesæth	Wenche Torgersen Nyborg
Mailyn Haugland	Roel Bierling	Yvonne Nagelsen-Balland
Margaret Iversen	Rune Birketvedt	Ørjan Stensletten
Mari Fasting By	Rune Lyssand	Øygunn Bøe
		Åshild Feste Mo

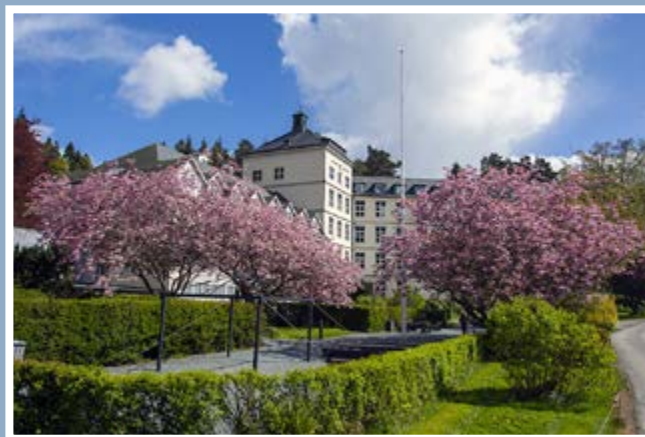
Egil Ertresvaag

Jo Gjerstad

Kari Indrekvam

Tor Egil Sørås

## KYSTHOSPITALET I HAGEVIK 1893–2018



Kysthospitalet i Hagevik ligger vakkert til i Os utenfor Bergen. Sykehuset er nå 125 år og det er tid for et historisk tilbakeblikk.

Kysthospitalet ble oppført for pasienter med tuberkulose i kjertler, bein og ledd, og huset på det meste over 200 pasienter. Når den medisinske behandlingen for tuberkulose kom midt i forrige århundre, og tuberkulosepasientene ble færre, ble det en naturlig overgang å behandle pasienter med andre muskelskjelettlidelser. Sykehuset har utviklet seg til et spesialsykehus innen moderne ortopedisk kirurgi, og er i dag, som del av Ortopedisk klinikk i Helse Bergen, hovedansvarlig for den elektive ortopediske kirurgien i foretaket.

Fra starten i 1893 med en enkel trebygning, kom etter hvert flere bygg til, og rundt sykehuset ligger en unik park og uteområde anlagt i begynnelsen av forrige århundre. Et eget kapittel er viet dette hageanlegget. Kysthospitalet i Hagevik er et fredet sykehusanlegg av høy kulturhistorisk verdi. Vernet skal sikre både bygninger og uteområder. Sykehuset er et godt eksempel på sykehusarkitektur bestemt av medisinske behandlingsformer og tilstanden i folkehelsen på slutten av 1800-tallet og tidlig på 1900-tallet. Store deler av bygningsmassen og park- og uteområdet er godt bevart.

Tidligere tuberkulosepasienter har skrevet om sine minner fra tiden på Kysthospitalet. Disse historiene står i kontrast til opplevelsene til de pasientene som er på Kysthospitalet i dag. Dagens pasienter vurderes og opereres hovedsakelig for degenerative lidelser («slitasje»). Antallet mennesker med slike plager øker etter som befolkningen blir stadig eldre. Sykehuset kan vise til gode behandlingsresultater, og skårer høyt i pasienttilfredshetsundersøkelser.

Kysthospitalet i Hagevik er et særegent hospital – og de mange bildene i boken er med på å fortelle historien.

‘Som eg seier til alle mine kolleger i næringslivet; skal du lære service og fagleg standard i kombinasjon, er det berre å ta turen til Kysthospitalet ... Eg er full av takksemnd og så glad for at slike profesjonelle og omsorgsfulle ekspertar som dykk finst. Hald fram det gode arbeidet. Hjå meg har de iallfall fått ein evig ambassadør.’

Tidligere pasient ved  
Kysthospitalet i Hagevik

BODONI FORLAG

ISBN 978-82-8403-046-3



9 788284 030463

www.bodoni.no