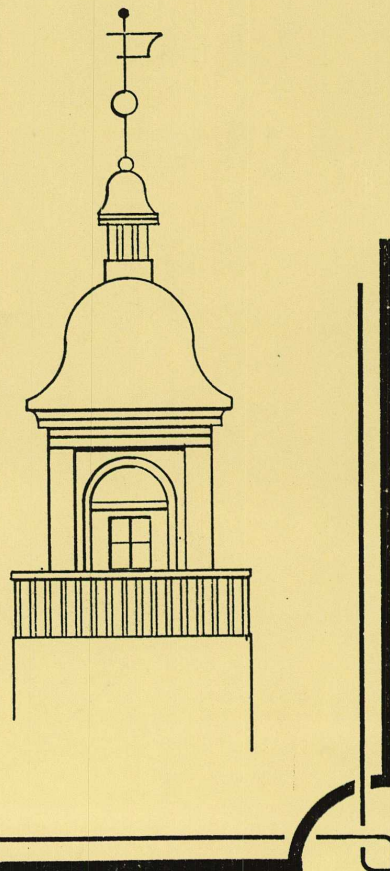


VENSMOEN

TUBERKULOSEMUSEUM OG DOKUMENTASJONSSENTER



SIVILARKITEKT LENE LANDSEM
LANDSEM-MJØEN ARKITEKTER MNAL

FORORD

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra forprosjekt-gruppa for Vensmoen Tuberkulosemuseum og dokumentasjonssenter. Arbeidet er gjort mulig ved hjelp av midler fra Norsk Kulturråd.

Rapporten er delt i 5 hovedkapitler, først en innledning som forteller litt om bakgrunnen. Så følger et kapittel om tuberkulosens historie, for å gi en forståelse av omfanget og det problemet tuberkulosen var. Kapittel 3 tar for seg sanatorietanken, både i Norge og i utlandet, og sammenligner statssanatoriene i Norge på arkitektonisk grunnlag. 4. kapittel forteller om Vensmoen, dets bakgrunn og historie, og utvikling fram til i dag. I kapittel 5 drøftes idéen om tuberkulosemuseum, der utviklingsmuligheter skisseres.

Det har desverre ikke vært anledning til å besøke de øvrige statssanatoriene, bortsett fra Ringvoll. Analysene baserer seg derfor kun på tegninger og skriftlig materiale, i tillegg til muntlige opplysninger.

All henvisningstekst i margin viser til den litteratur, skrifter og muntlige kilder opplysningene er hentet fra. Litteraturen er tatt inn i listen bakerst. Fotnotene har opplysninger som ikke direkte har sammenheng med teksten, men som kan være viktige for å forstå sammenhenger. Opplysninger om arkitektene er hentet fra Norsk Kunstnerleksikon.

HOVEDFASADE OG PLAN 1. ETASJE VENSMOEN ER
SATT INN UNDER VEDLEGG.

Tårnmotivet er valgt som illustrasjon på forsiden, fordi tårnet er karakteristisk for Tuberkulosesanatoriene. Illustrasjonen er tårnet på Vensmoen.

Trondheim 10.01.1991
Sivilarkitekt MNAL
Lene Landsem

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	
1.1. HVORFOR RAPPORT.....	1
1.2. PROSJEKTGRUPPE, ORGANISERING.....	1
2. TUBERKULOSEN	
2.1. UTVIKLING AV SYKDOMMEN.....	3
2.2. UTBREDELSE I NORGE.....	3
2.3. UTVIKLINGA AV HELSETJENESTEN.....	5
2.4. TUBERKULOSELOVEN AV 8/5 1900.....	7
2.5. BEHANDLING.....	7
2.6. SANATORIER, HELSEHEIMER.....	9
3. STATSSANATORIERNE	
3.1. VEDTAK OM UTBYGGING.....	11
3.2. IDEER OG FORBILDER FOR LØSNINGER.....	13
3.3. PÅVIRKNING FRA UTLANDET.....	13
3.3.1. Bygningen.....	14
3.3.2. Oppholdsrom.....	14
3.3.3. Liggehallene.....	15
3.3.4. Vegger, tak og gulv.....	16
3.3.5. Varme, vann, belysning.....	16
3.4. PARALLELLER I SVERIGE.....	17
3.5. NORSKE STATSSANATORIER.....	19
3.5.1. Reknes sanatorium i Molde.....	19
3.5.2. Luster sanatorium i Sogn.....	21
3.5.3. Glitre sanatorium i Hakadal.....	23
3.5.4. Landeskogen sanatorium i Setesdal.....	25
3.5.5. Ringvål sanatorium ved Trondheim.....	27
3.6. VENSMOEN I FORHOLD TIL DE ANDRE SANATORIERNE.....	30
3.6.1. bygning.....	30
3.6.3. situasjonsplan.....	31
3.6.2. planløsning.....	32
4. VENSMOEN	
4.1. VEDTAK OM UTBYGGING.....	35
4.2. BEGRUNNELSE FOR PLASSERING.....	35
4.3. LOKALE VEDTAK, INITIATIV.....	41
4.4. PROSJEKT, GJENNOMFØRING, ROMPROGRAM.....	43
4.5. UTVIKLING AV ANLEGGET.....	44
4.6. HISTORIER OG TRADISJONER FRA SANATORIETIDEN.....	47
4.7. UTVIKLING.....	49
4.7.1. bruk etter sanatorietida.....	49
4.7.2. bruk i dag - framtidsplaner.....	52
5. TUBERKULOSEMUSEUM	
5.1. TUBERKULOSEN, VÅR NÆRE FORTID.....	53
5.2. HVORFOR VENSMOEN?.....	54
5.3. UTVIKLINGSMULIGHETER.....	55
5.3.1. utstillingsdel.....	55
5.3.2. dokumentasjonscenter.....	56
5.3.3. magasin.....	57
5.4. ORGANISASJONSFORMER.....	58
5.4.1. organisering.....	58
5.4.2. forslag til vedtekter.....	58
6. OPPSUMMERING	
6.1. LØSNINGER INNENFOR VENSMOEN.....	61
7. LITTERATURLISTE.....	65
8. VEDLEGG.....	67

1. INNLEDNING

1.1. HVORFOR RAPPORT

Vensmoen har en lang historie som tuberkulosesanatorium, fra 1916 til 1965, da det ble sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede. Denne skal fra årsskiftet 1990-91 legges ned, og i den forbindelse er det tatt initiativ til et videre arbeid for å få til et tuberkulosemuseum på Vensmoen. Første møte i forbindelse med etablering av museum på Vensmoen ble holdt 21. november 1989. Hovedintensjonen med forprosjektet er å utarbeide alternative modeller på hvordan en slik samling av helsehistoriske gjenstander også kan fungere som et opplevelses/aktivitetstilbud som kan opprettholde og/eller skape ny virksomhet ved Vensmoen. Bygningene står stort sett slik de ble bygd.

1.2. PROSJEKTGRUPPE, ORGANISERING

Det ble i november 1989 nedsatt en prosjektgruppe for å jobbe med saken. Denne gruppen består av:

Edvard Forselv	Fylkeskonservator i Nordland
Dag Skogheim	forfatter, tidl. pasient Vensmoen
Klaus Rambøl	tidl. reservelege Vensmoen
Elin Corneil	sivilarkitekt, professor NTH
Arild Ellefsen	kultursjef i Saltdal
Inger Noren	arbeidstakerorg., Vensmoen
Arne Arnesen	prosjektleder, Vensmoen
Unni Sletteng	prosjektmedarbeider, Vensmoen

Morten Olsen, prosjektleder Saltdal kommunes næringsetat har vært med på møtene og bidratt til å skaffe økonomisk mulighet for å holde prosjektarbeidet igang.

Sivilarkitekt Lene Landsem utfører det praktiske arbeidet med forprosjektet.

På møte i prosjektgruppa den 21.11.1989 ble det vedtatt å søke Norsk Kulturråd om støtte til utarbeidelse av et forprosjekt. Denne søknaden fikk positivt svar i juni 1990, og det konkrete arbeidet med forprosjektet kom da igang. Unni Sletteng og Arne Arnesen har gjennom hele perioden arbeidet med registreringsarbeid, både av bilder og gjenstander, og opprettet kontakter med tidligere tuberkulose-institusjoner over hele landet. Dag Skogheim har foretatt intervjuer over store deler av Nord-Norge. Både registrerings- og intervju-arbeidet vil fortsette.

Det er i perioden holdt 4 møter der hele prosjektgruppa har vært tilstede. Det er i tillegg også avholdt flere møter med deler av gruppa.

2. TUBERKULOSEN

2. TUBERKULOSEN

KAPITTELET OMHANDLER TUBERKULOSEN SOM SYKDOM, OG DENS INNVIRKNING I NORGE. TUBERKULOSELOVEN AV 1900 OG UTVIKLINGA AV BEHANDLINGSFORMER BLIR OGSÅ DISKUTERT SOM BAKGRUNN FOR BYGGING AV SANATORIER.

2.1. UTVIKLING AV SYKDOMMEN

Øverland, 1932)

Tuberkulosen har vært kjent siden 4000 år f. Kr. . 400 år f.Kr. forteller Hippokrates at tæring var den sykdommen som tok flest liv. Allerede på den tiden var det oppfatninger om at sykdommen var smittsom, dette synet var vanlig helt fram til midten på 1700-tallet. I mellom- og nord-Europa utviklet det seg en endring i synet på årsaken til sykdommen. Øverland mener dette kan ha sammenheng med oppblomstringen av sykdommen. *"det synes som om den store utbredelsen har sløvet sinnene, og smitteteorien blev oppgitt. Man tog sygdommen som en av denne verdens uundgåelige onder, som man stod helt maktesløs overfor."*

Ikke før på 1800-tallet ble den et stort problem i Norge. Før den tid var spedalskhet den sykdommen som i første rekke isolerte folk og var mest fryktet. Fra omtrent 1850 og utover spredte tuberkulosen seg voldsomt, og stadig flere ble berørt. De statistikker og rapporter som finnes ser ut til å vise en spredning som starter sør- og vest i landet, og brer seg nordover i løpet av de nærmeste 20-30 år. Tuberkulosen tok livet av mange, og det er spesielt ungdom som rammes. I 1882 oppdager Koch tuberkelbasillen, og det blir for første gang konstatert at tuberkulose er smittsom.

2.2. UTBREDELSE I NORGE

I rapporten "Velferdsekspanasjon og organisasjonsendring" skriver Per Arne Hestetun om tuberkulosen's utbredelse i Norge at det er umulig å tidfeste når tuberkulosen kom til landet. Først fra begynnelsen på 1800-tallet kom det ut medisinalrapporter, og statistisk materiale finnes ikke før 1870. Tuberkulosen er første gang nevnt i medisinalstatistikk for Kristiania i 1826.

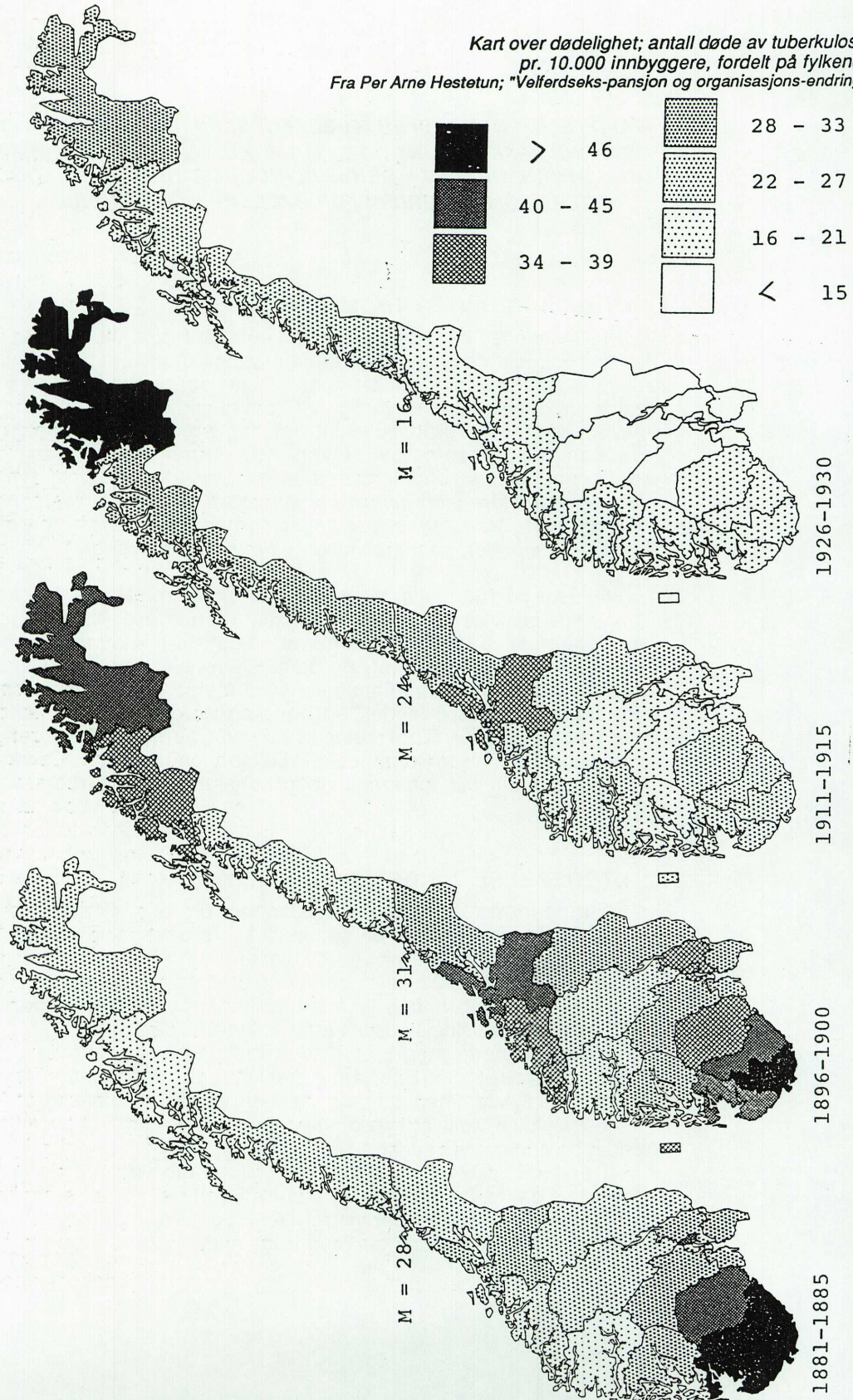
Tallet på døde steg kraftig fram mot 1900, da dødeligheten nådde sitt maksimum. Etter århundreskiftet går dødeligheten jevnt nedover, til sykdommen idag nærmest er ute av sykdomsbildet.

Statistikken viser at sykdommen ikke var like utbredt over hele landet på samme tidspunkt.

I perioden 1881-85 var det relativt liten utbredelse i de indre delene av østlandet og langs kysten fra Sogn og Fjordane og opp til Finnmark. Det var de sørligste fylkene som var hardest rammet, Aust- og Vest Agder sammen med Rogaland.

"Velferdsekspanasjon og organisasjonsendring" Per Arne Hestetun, side 53 ff)

Kart over dødelighet; antall døde av tuberkulose pr. 10.000 innbyggere, fordelt på fylkene.
 Fra Per Arne Hestetun; "Velferdseks-pansjon og organisasjons-ending"



Perioden 1896-1900 viser et økende gjennomsnitt for landet som helhet, fra 28 til 31 døde pr. 10.000 innbyggere. Rogaland, Telemark og Aust- og Vest-Agder har nedgang, mye tyder på at disse fylkene hadde et maksimum lenge før århundreskiftet. Resten av landet har hatt en kraftig økning, spesielt Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Troms og Finnmark.

Perioden 1911-1915 viser en jevn nedgang i dødeligheten for hele landet. Landsgjennomsnittet har gått ned fra 31 til 24. Nordland og Finnmark er fremdeles hardest rammet.

I perioden 1926-1930 har landsgjennomsnittet gått ned til 16 døde pr. 10.000. Dødeligheten er størst i de nordligste fylkene, særlig Finnmark har fremdeles høy dødsrate. Etter 1930 viskes de regionale skillene ut, selv om de nordligste fylkene helt fram til slutten av 1940-årene har en vesentlig større mortalitet enn resten av landet.

Rundt århundreskiftet var tuberkulosen en sykdom som hovedsaklig rammet barn, ungdom og voksne opp til 40 år. Størst dødelighet er det i årsklassen 20-29 år for begge kjønn, men dødsrata var også høy for barn opptil 9 år. De samfunnsøkonomiske konsekvensene av tuberkulosen som ungdomssykdom stod i fokus rundt århundreskiftet. Etter 2. verdenskrig ser vi en endring i det relative mortalitetsbildet. Fra å være en ungdomssykdom ved århundreskiftet har tuberkulosen nå blitt en "gubbe-sykdom".

2.3. UTVIKLINGA AV HELSETJENESTEN

Det var ingen spesielle behandlingsmetoder for tuberkulose. Det var ikke påvist at sykdommen var smittsom, selv om det f.eks. i Sverige fantes teorier om at den skyldes "forskämd luft". I Sverige utviklet sykehusvesenet seg voldsomt på 1800-tallet. Oscar II skjenket i 1897 i anledning sine 25-år som konge et jubileumsfond til det svenske folk. Dette fondet hadde grunnlag i en nasjonalinnsamling, og skulle benyttes til utbygging av sanatorier for tuberkuløse. Derfor har sanatoriene i Sverige stort sett navnet "jubileums-sanatorier". I Norge ble det først og fremst fra private og frivillige organisasjoner tatt initiativ til utbygging av behandlingstilstander for tuberkuløse. Norske Kvinners Sanitetsforening, Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Røde Kors gikk inn i dette arbeidet, sammen med endel mindre organisasjoner. Allerede i 1899 kom tuberkulosekampen på Sanitetsforeningens program, og var det viktigste arbeidsområdet fram til 1950-åra.

Sanitetsforeningen i Kristiania åpnet i 1903 landets første tuberkulosehjem "Haugen" på Grorud med 22 senger. Deretter åpnet Røros Sanitetsforening i 1905 og Meldal sanitetsforening i 1908 sine pleiehjem. Den norske legeförening stod bak Nasjonalforeningen som ble dannet i 1910. Det var i de første årene endel konkurranse mellom de ulike organisasjonene om hvem som skulle drive tuberkulosehjelp. Uenighet både politisk og mellom kjønnene gjorde seg gjeldende.

I 1912 vedtok Stortinget å opprette et pengelotteri, der overskuddet skulle gå til allmennyttige formål, halvparten til tuberkulosearbeidet. Sanitetsforeningen og Nasjonalforeningen

Anders Aman: "Om den offentliga vården"; sanatoriet

Velferdsekspansjon og organisasjonsendring" Per Arne Hestetun, side 53 ff)

50-års beretning for Norske Kvinners Sanitetsforening

disponerte disse midlene. Etter at Røde Kors rundt 1920 kom med i tuberkulose arbeidet fikk også de endel av midlene. Fram til 1934 hadde organisasjonene 7-8 millioner på deling, noe som først og fremst gikk til bygging av institusjoner for barn. Også "vinmonopol-pengene", fra avgifter på omsetning av alkohol gikk fra 1929 til kampen mot tuberkulosen. Fra 1932 skulle vinmonopol-pengene gå til bundne utgifter, og fra 1934 gikk overskuddet fra pengelotteriet til statskassen. Disse vedtakene rammet tuberkulose-arbeidet hardt.

Skolehygiene.

Skjema 3.

Til

's legemsbygning og helse er ikke tilfredsstillende.

Det er nødvendig at hjemmet etterkommer følgende regler:

1. At eleven er i seng senest kl.
2. Må spares for lekser og annet arbeide etter kl. 8 aften, den første time etter middag og på helligdagene.
3. Må opholde sig mest mulig i fri luft.
4. Bør pusse tennene morgen og aften.
5. Bør ha havresuppe om morgenen, nysilt melk hver dag, havregrøt, *Spis godt til frokost!*
6. Må ikke bruke tobakk, ikke få kaffe og ikke slikkerier (ødelegger appetitten på kraftig mat, ødelegger maven, da denne ikke får tid til ro mellom måltidene, ødelegger tennene).
7. Bad eller full kroppsvask ikke sjeldnere enn én gang om uken.
8. Bør ha en spiseskje tran 3 ganger daglig fra september til mars.
9. Anmerkning.

Datum:

Lægens navn:

"Skolehygiene, skjema 3"

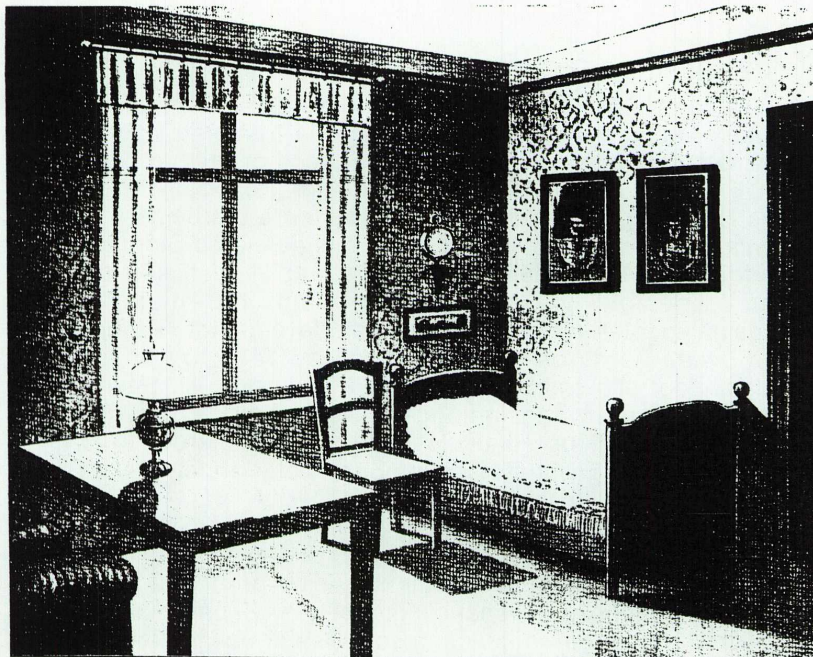
2.4. TUBERKULOSELOVEN AV 8/5 1900

Fra ca. 1890 ble det fra flere hold hevdet behov for en egen tuberkuloselovgivning. Flere lovforslag ble fremmet, debatten ble kanalisert gjennom den norske lægeforening etter at denne ble stiftet i 1885. I 1894 ble medisinaldirektør Holmboe og overlege Klaus Hansen gitt i oppdrag av regjeringen å utarbeide et forslag til lovverk. Dette ble fremlagt i 1895, og regjering og Storting brukte 5 år før loven ble endelig vedtatt. Det var store diskusjoner om loven, spesielt var paragrafen som ga mulighet for tvangsinnleggelse av tuberkulosesmittede omstridt. Tuberkuloseloven bygde delvis på spedalskeloven av 1885, og påla legene meldeplikt for alle smittetilfeller de fikk kjennskap til. Smittefarlige pasienter kunne tvangsinnlegges. Dette krevde utbygging av behandlingstilbud, og Klaus Hansen foreslo allerede i 1897 at staten skulle bygge ut statssanatorier i hele landet. Reknes ved Molde var et "forsøkssanatorium", det var et tidligere spedalskesykehus som i 1897 gjenåpnet som tuberkulose-sanatorium. (se kap. 3.5.1)

Det var i Stortinget også stor diskusjon om hvem som skulle dekke kostnadene ved behandling. Det var tvil om lovteksten, da en var redd for at en formulering som tilsa at ubemidlede skulle få sitt opphold dekket av det offentlige ville gi behandlingen et fattigstempel. Samtidig var det ikke enighet om hvorvidt "bemidlede" selv skulle dekke sin behandling. Folk med bedre økonomi hadde mulighet til å få behandling i hjemmet, og ville ikke i samme grad kunne bli underlagt tvangsinnleggelse. Loven ble tilslutt vedtatt med mulighet for tvangsinnleggelse, dersom pasienten ikke fulgt de gitte retningslinjer for behandling i hjemmet.

2.5. BEHANDLING

Behandlingen gikk i første rekke ut på hvile, frisk luft og næringsrik mat. Før tuberkelbasillen ble oppdaget i 1882, var ikke tuberkulose klart definert som en smittsom sykdom, men var tildels godtatt som en farsott som man ikke kunne gjøre noe med. Den første tiden hadde man ikke andre hjelpemidler til diagnose av lungetuberkulose enn kliniske observasjoner av allmentilstand; feber, hoste, oppspytt og tuberkulinprøver. Det var også antatt at sykdommen var arvelig betinget, dette kom av at ofte store deler av familier ble angrepet. Da en ble oppmerksom på smittsomheten, ble renslighet påkrevet, og det ble innført strengere regler når det gjaldt spyting på gulvet. Det ble utarbeidet brosjyrer og plakater for skolene, og etterhvert som de frivillige organisasjoner kom med i arbeidet ble opplysningsarbeid en viktig del av kampen mot tuberkulosen. I begynnelsen av 1900-tallet var kuropphold på sanatorier det eneste som kunne tilbys av behandling. Smittebærere ble i den grad det var mulig isolert. "Håpløse" tilfeller, med så langt framskreden tuberkulose at det ikke var stort håp, fikk ikke mulighet til sanatoriebehandling, men fikk plass på lokale helseheime og pleiehjem. Disse ble derfor betraktet som "dødens forgård", og var fryktet i lokalmiljøet, og også av pasientene.



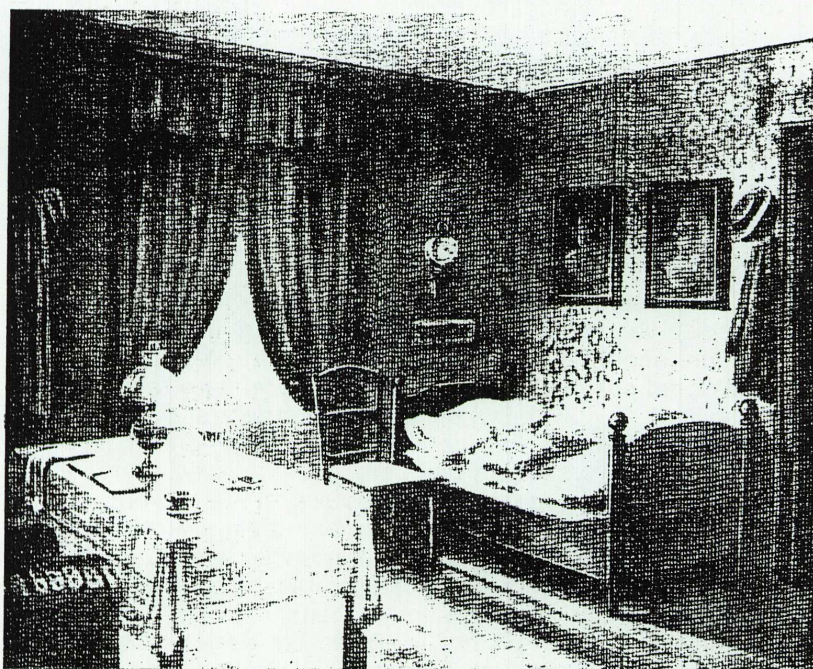
ET LYST, SUNDT VÆRELSE

Illustrasjoner fra en skoleplakat. Eksempler på "sunne" og "usunne" soverom.

Plakaten har også gode råd :

"brug aldrig andres lommetørklæde",
 "vask hænderne før du spiser", "spis godt, før du gaar paa skolen",
 "bruk ikke fælles kop eller spisegreier",
 "puds tænderne" og
 "'tidlig i seng".

Plakaten er utgitt av Den Norske Nationalforeningen mot tuberkulosen. Utlånt fra Rindal Bygdemuseum.



ET MØRKT, USUNDT VÆRELSE

På sanatoriene ble pasientene behandlet med de metoder som var kjent. I første rekke var det et regelmessig liv, næringsrik mat og opphold i friluft. Regelmessighet og ro var viktig, og ga også pasienten gode vaner for det videre liv.

Behandlingen kan inndeles i tre epoker; den første, den kurmessig-dietiske la hovedvekt på et strikt gjennomført kurregime med sengeleie, først inne, senere i de karakteristiske kurhallene. Etterhvert ble hvilekuren avløst av mosjon i form av nøye avmålte spaserturer og "arbeidskurer".

*"Reknes Sanatorium" av
O.K.Thomassen, 100-års
jubileumsberetning fra
Møre- og Romsdal
Legeforening.*

Neste epoke er dominert av kollapsesterapien. Dersom lungene var angrepet, kunne en pasient bli behandlet med "blåsemetoden", pneumothoraks, som ble innført av italieneren Forlanini i 1890-årene. Det går ut på at det blir blåst luft inn i hulrom i brystkassen for å få den syke delen av lungen til å klappe sammen. Det ble gjort for at den betente delen av lungen skulle få ro til å gro. Behandlingen medførte ofte komplikasjoner som vann i lungene. Omtrent samtidig innførtes thorakoplastikken; pasientene måtte gjennomgå "storoperasjon", der flere ribbein ble fjernet for å få lungene til å klappe sammen. En videre utvikling var reseksjonen, hvor en hel lunge, en lungelapp eller deler av denne ble skåret bort.

Kollapsbehandlingen går så over i den medikamentelle behandlings-fase. Først rundt 1940 kom antibiotika og medikamentell behandling av tuberkulosen, men allerede før det var antall tilfeller og dødsfall gått sterkt tilbake. Økt renslighet og bedre opplysning om smitte var hovedårsakene.

2.6. SANATORIER, HELSEHEIMER

Sanatoriene var bygd ut fra helt bestemte teorier og prinsipper for helbredelse. Planløsning, og plassering av bygningene var avgjørende. Helsevesenet hadde i løpet av 1800-tallet gjennomgått en voldsom utvikling. Det ble lagt større vekt på hygiene enn tidligere. Sanatoriene hadde sine forbilder fra lenger sør i Europa. I Tyskland og mellom-Europa var plassering i skog-områder, gjerne høyt og fritt, unna plagsom trafikk, fabrikkkrøyk og støy det ideelle. Ro var en viktig del av behandlingen.

Helseheimene var lokalt utbygde institusjoner som tok seg av de "uhelbredelige" tilfellene. Dette var ofte mindre bygninger med plass til 10-20 pasienter. Endel ble bygd av kommunene, men her spilte de frivillige organisasjoner en viktig rolle.

Årsberetningene fra de forskjellige statssanatoriene viser at kurpengene midt på 20-tallet i ca 1/3 av tilfellene var betalt av pasientene, kretssykekassen ca 30 %.

3. STATSSANATORIENE

3. STATSSANATORIENE

KAPITTELET TAR FOR SEG UTVIKLINGA AV SANATORIETANKEN, PÅVIRKNINGER FRA UTLANDET, OG UTBYGGINGA AV STATSSANATORIENE I NORGE. DET AVSLUTTER MED EN SAMMENLIGNING AV VENSMOEN OG DE ANDRE STATSSANATORIENE

3.1. VEDTAK OM UTBYGGING

Antituberculosis work in Norway, Oslo 1930

I en oversikt over tuberkulosearbeidet i Norge fra 1930 står det: *"De offentlige myndigheter konkluderte tidlig med at byggingen av sanatorier for tuberkulose-pasienter måtte bli tatt hånd om av Staten. Studier av utenlandske Sanatorier førte til den oppfatning at en løsning der institusjoner for behandling var atskilt fra pleieinstitusjoner ville være det beste for våre forhold."*

Klaus Hansen (se kap. 2.4) foreslo allerede i 1897 at Staten skulle bygge ut sanatorier, og dette ble begrunnet utifra den mulighet for tvangsinnleggelse som tuberkuloseloven ga. Det er ikke fattet noe generelt vedtak som forplikter utbygging av statssanatorier, men vedtak ble gjort i hvert enkelt tilfelle. Reknes ble som nevnt ombygd til sanatorium allerede i 1897, da delvis ved offentlige midler. Også utbygging av behandlingsinstitusjoner i privat regi var ofte støttet av staten. I 1896 ble det besluttet at midlene fra St.Jørgens-stiftelsen skulle gå til bygging av et Sanatorium for Vestlandet.

Antituberculosis work in Norway, Oslo 1930

På slutten av forrige århundre var det i land hvor tuberkulosearbeidet var kommet lengst, en sterk reaksjon mot sanatoriebehandlingen. Denne motstanden nådde også Norge, så myndighetene fant det ikke riktig å gå videre i utbyggingen av statssanatorier. Noen private sanatorier ble likevel bygd.

Med tiden forvant motstanden mot sanatoriene, og kravet for offentlige sanatorier ble sterkere enn noensinne. Stortinget besluttet da en utbygging av 4 statssanatorier i forskjellige deler av landet. Landeskogen og Vensmoen åpnet i 1916, og Glitre i 1926. Ringvål kom etter i 1933.

Antituberculosis work in Norway, Oslo 1930

Et oversiktskart over tuberkuloseinstitusjoner fra 1929 (se neste side) viser 5 statssanatorier; Vensmoen, Reknes, Luster, Landeskogen og Glitre, og 4 kysthospital fordelt over hele landet. De fem statssanatoriene hadde tilsammen ca. 750 pasienter, hvorav 60 barn. Pris pr. dag var kr. 2,- for voksne og kr. 1,50 for barn. Den faktiske kostnad var 5,- kr. pr. dag, og differansen ble dekket av det offentlige.

I tillegg til statssanatoriene og kysthospitalene fantes det 3 private sanatorier i Akershus, 4 i Hedmark/Oppland og 1 i Trondheim. Ringvål Sanatorium ved Trondheim var ennå ikke bygd. Helseheimer og friluftskoler for barn fantes over hele landet. Kysthospitalene var i utgangspunktet beregnet for barn med skrofulose, eller pasienter med kirurgiske former for tuberkulose. Havluft skulle være bra for tuberkulose i bein og ledd.

Kart som viser
 tuberkulose-
 institusjoner i
 Norge i 1929.
 Fra "Antituberculosis
 work in Norway"

ANTITUBERCULOSIS INSTITUTIONS
 IN OPERATION IN NORWAY
 1929



3.2. IDEER OG FORBILDER FOR LØSNINGER

Forbildene for sanatoriene kom fra utlandet, det var spesielt i mellom-Europa at sanatorietanken ble framhevet.

Anders Åman: "Om den offentliga vården"; sanatoriet

Den tyske legen Hermann Bremer utviklet ved sin kuranstalt i Görberssdorf i Sudeten en luftkur, der botemiddelet mot lunge-tuberkulose var ren og frisk luft. Til å begynne med satt pasientene i hvilestoler og på benker som var utplassert i terrenget. Liggehallene og det strenge dagsprogrammet ble lansert av Ludwig Dettweiler ved Falkensteinsanatoriet i Taunus. Sanatorieterapien ble utviklet på grunnlag av erfaringene fra disse anstaltene. Forestillingen om at lungetuberkulose ble bedre helbredet i høyden ble aldri bevist, men den ble likevel en del av den behandlings-idéen som spredte seg over hele Europa. De første private sanatoriene ga mer inntrykk av å være et bedre turisthotell enn en institusjon.

3.3. PÅVIRKNING FRA UTLANDET

"Handbuch der Architektur" som kom ut i Tyskland rundt århundreskiftet, hadde beskrivelser av alle typer bygg, med eksempler på planløsninger og fasader. Det er her også eksempler på sanatorier, der det blir lagt stor vekt på plassering i terreng og i forhold til solretning. Denne serien med håndbøker, som tilsammen kom ut med 65 bind,¹ var utbredt blant arkitekter i Norge, og mye brukt som grunnlag for løsninger. Håndboka skriver om sanatorier:

"Handbuch der Architectur", vierter teil: "Entwerfen, anlage und enrichtung der gebäude" 2.heft: "Verschiedene Heil- und Pflgeanstalten."

"Klimaet har stor innvirkning på behandlingen av tuberkulose, men den regelmessige behandlingen i sanatoriene er av så stor betydning at noe ugunstigere klimatiske forhold får mindre vekt. "

Om valg av tomt skriver håndboka:

"Problemet i tuberkulosebehandlingen er å velge riktig plassering for bygget, og bygge hensiktsmessig innrettede behandlingshjem, også i nordlige strøk, som har en fordel i forhold til de mangelfulle hygieniske forhold i Syden." Det er viktig å finne steder som har egnet klima gjennom alle årstider, "også i det høye nord mangler det ikke på steder, som gjennom sin beskyttede, vindstille beliggenhet unngår den verste vinterkulde, og kan gi de syke den reneste luft. "

Håndboka påpeker viktigheten av klimaet, at bygget må plasseres beskyttet for kald nord- og østlig vind, og la sola slippe til. Det er også viktig å plassere bygget slik at det oppnås naturlig drenering av terrenget, at grunnen er tørr og at det fins rikelig med rent drikkevann. Renheten på lufta er viktig, plassering i nærhet av virksomheter, fabrikker og steder med mye trafikk må unngås. Samtidig bør det taes hensyn til "bekvem tilgjengelighet ", og nærhet til jernbane. Omgivelsene bør være skogrik, stor bestand av barskog foretrekkes. Utsikt til et "vennlig landskap" vil ha en "gunstig virkning på stemningen blant de syke. "

1) "Handbuch der Architektur" begynte å utgis i 1881, under ledelse av arkitekt Josef Durm i Karlsruhe. Hoveddelen av verket er studier av ulike bygningsoppgaver, f.eks. ett bind med sykehus, ett med fengsler, osv. Funksjonsstudier tar stor plass, med eksempler på løsninger.

Om størrelsen på anstalten sier håndboka at " et antall under 80 senger vil gi uforholdsmessige store kostnader pr pasient, mens et antall over 200 senger vil gjøre det vanskelig å gjennomføre den svært viktige individuelle behandling." Rundt 100 senger kan under "vanlige forhold ansees som en norm. "

Den "tyske sentralkomit  for innredning av behandlingsinstitusjoner for lungesyke" har gitt endel allmene retningslinjer for bygging av av "statssanatorier" - eller "Volksheilst tten":

3.3.1. Bygningen

- *"Bygget skal plasseres slik at det gir mest mulig beskyttelse for vind".* Håndboka utdypes dette ved å anbefale å plassere hovedbygget mot syd, med vinklet eller buet front og liggehallene i fortsettelsen som beskyttende fløyer.

- *"Det må taes hensyn til videre utbyggingsmuligheter "*

- *"Pasientene kan plasseres i en stor hovedbygning, eller i flere enkeltbygg". "Mer enn to etasjer over 1. etasje er uhensiktsmessig".*

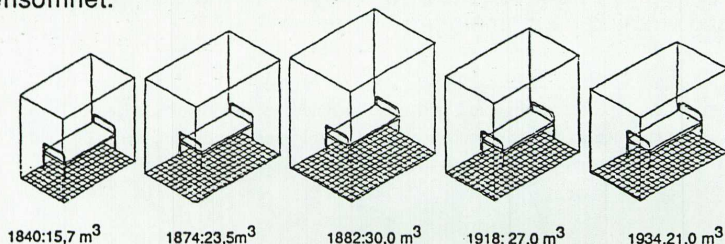
For å tilfredstille de hygieniske krav kan bare "massivbau" godkjennes. Selv om det i skogrike områder er brukt fagverkskonstruksjoner, kan dette ikke anbefales.

- *"Også ved mindre anlegg skal minst en lege bo i anstalten. Fra kontor og bolig for lege, søster og personale skal det hvis mulig være oversikt over anstalten."* Håndboka skriver at det for gifte overleger vanligvis ble bygd villaer ved hovedankomsten til anstalten. Boligen for assistentlegen ble vanligvis plassert innenfor pleieanstalten.

- Så følger flere retningslinjer for k kken, vaskerom og boliger for ansatte. Dersom anstalten har egen besetning, må fjøset plasseres i god avstand fra sanatoriet. For gifte ansatte bør det bygges familieboliger i avstand fra anstalten.

3.3.2. Oppholdsrom

- *"Oppholdsrom for pasientene må være på solsida." "Soverommene skal benyttes som dette, og ikke innredes som oppholdsrom. Hver seng må ha minst 30 må luftrom. For ti av hundre pasienter bør det finnes enkeltrom. Ved flere enn 4 senger på rommet bør en midlertidig avdeling med skjermvegger kunne ordnes. Mellom hver andre seng må det være et mellomrom på 1 meter."* Håndboka påpeker at ettersom soveromma kun benyttes til å sove i, og vinduene mer eller mindre bestandig er åpne for gjennomlufting, vil det være tilstrekkelig med 25 må pr. seng i flersengsrom. Ved en takhøyde på 3,0 meter og dybde på 5 0 meter vil et enkeltrom på 2,5 meters bredde gi 37,5 må, ved 3,33 meters bredde gir det 50 må luft, som kan tillate to senger. 6 senger i rommet er ansett som maksimum. Det kan være en fordel med flere i samme rom, da de kan støtte hverandre, unngå isolasjon og ensomhet.

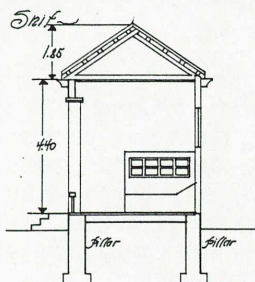


Skisse som viser utviklingen av luftkuben pr. pasient i Sverige. Fra Anders Aman "Om den offentlige v rden"

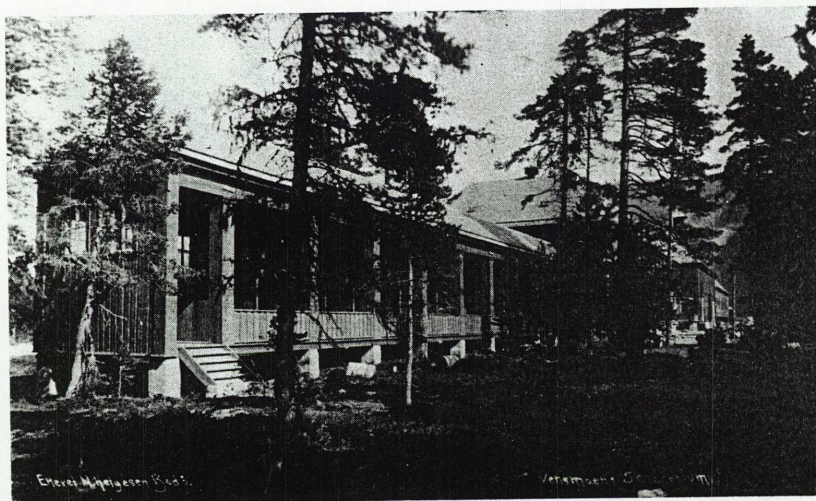
3.3.3. Liggehallene.

• "Liggehaller kan være store eller små, åpen mot syd, solrike, med beskyttelsesmulighet mot vind, regn og solvarme, med rekke av liggestoler med plass for bord i mellom." "Liggehallen må stå med begge langsidene fri, være konstruert i tre, og ha vindu på baksiden". Håndboka sier: "Liggehallene skal ligge i bekvem forbindelse med sykehuset, det er hensiktsmessig å utføre disse som langstrakte, selvstendige bygg, som bare i kortendene ligger inn mot høyere bygg." "Høyden på hallen må ikke være under 3,0 meter under taket, og dybden omtrent 3,0 meter, ved den vanlige anordning med én rekke stoler."

Snitt-tegning som viser målene på liggehallene, Vensmoen.



En av liggehallene på Vensmoen, fotografert rundt 1920



"For å gi god belysning til hodeenden på liggestolen, skal bakveggen på liggehallen ha vinduer, som om sommeren kan åpnes og gi en behagelig lufting. Det må også sørges for tilstrekkelig belysning på kveldstid." Det anbefales at liggehallene bygges av tre, men bakveggen kan også oppføres i mur. Det legges vekt på at takteking ikke blir for varm i sola. Rullesjalusier er det beste skydd mot sol og vind. Hallene skal ha hel brystning, og gulvet skal dekket med flisbelegg, f. eks. terazzo.

KONSTRUKSJON

3.3.4. Vegger, tak og gulv

• *"Vegger, tak og gulv skal ha glatt overflate og være lett vaskbare."* Håndboka anbefaler her endel overflater og materialer som kan anvendes. Alle hjørner bør avrundes, og utspring unngås for å få en mest mulig helhetlig flate. Veggene, opp til ca. 1,7 meter bør males med oljefarge, mens det på øvre del av vegger og tak bør benyttes kalk- eller limfarge som kan fornyes uten for store kostnader. Papirtapeter er utelukket. Ved vinduer og dører bør profileringen innskrenkes, og oljefarger med lakk benyttes. Bare i spesielle tilfeller er dobbeltvindu nødvendig.

3.3.5. Varme, vann, belysning

• *"Sentralvarme uten støvutvikling, elektrisk belysning, hensiktsmessig fordeling av uttak for godt drikkevann"*. Her beskrives oppvarming ved sentralvarme og radiatorer, ventilasjon ved elektrisk drevne vifter. Forvarming av friskluft er ikke nødvendig, da vinduene i soveromma selv ikke om vinteren er lukket. "Når det gjelder kunstig belysning er de lokale forhold avgjørende, og ikke minst kostnadene." Elektrisk belysning er å foretrekke, men det er også det dyreste på denne tiden.

Vannforbruket må regnes til ca. 300 liter vann pr. person daglig. Toalettene skal, hvis mulig, ha vannspyling. Det viser seg ofte at lokalbefolkningen er redd vann fra tuberkuloseanstaltene, selv om det i Tyskland har vist seg at utbredelsen av tuberkulose går ned i nærheten av sanatoriene. Dette først og fremst fordi sanatoriene går foran med et godt eksempel når det gjelder renslighet.



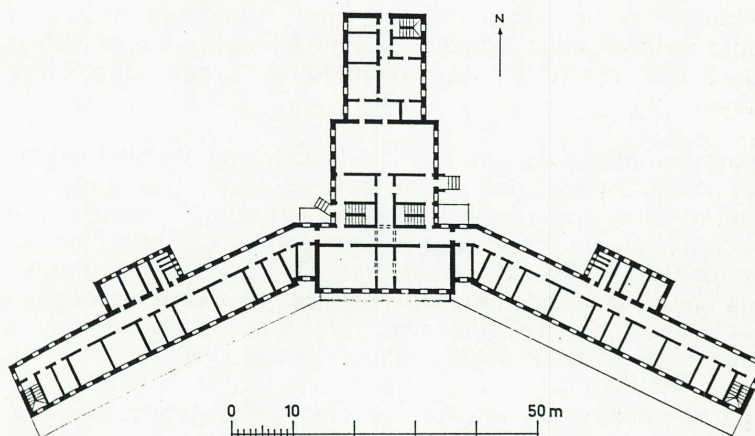
*Kuring på Vensmoen.
Fra liggehallen mellom
økonomibygningen og
pasientavdelingen.
Bakvegg ibetong.*

3.4. PARALLELLER I SVERIGE

I Sverige snakket man først om "folkesanatorier" etter tysk mønster, men de første selvstendige tuberkulosesanatoriene for ubemidlede kom til å bli kalt jubileumssanatorier (se kap. 2,3) Det første "jubileums-sanatoriet" som ble tatt i bruk var Hålahults sanatorium i Kilsbergen, et par mil nord for Örebro. Sanatoriet var tegnet av Axel Kumlien², bygningene stod ferdig og ble tatt i bruk i 1901. Planen er disponert etter det vanlige sidekorridorsystem, med sykeavdelingene plassert i vinkel i forhold til hovedbygget.

Anders Åman: "Om den offentliga vården"; sanatoriet

planløsning av Hålahults sanatorium, 1901., underetasjen. tegnet av Axel Kumlien. Fra "Om den offentliga vården"; sanatoriet, av Anders Åman



²⁾ Axel Kumlien var født i 1833 ved Skara, og ble utdannet i Gøteborg og Braunschweig. Startet egen praksis i 1872, ble "arkitekt for hospitalsbyggeriet" i 1874, fra 1877 arkitekt i Medicinalstyrelsen. Han fikk stor innflytelse på utformingen av de offentlige pleieinstitusjonene i Sverige rundt århundreskiftet, han tegnet 36 institusjoner med nærmere 8800 plasser. Av institusjonsplasser som kom til mellom 1880 og 1910 hadde Kumlien tegnet rundt halvparten av bygningene. Kumlien døde i 1913.

Sekssengsrom er det største, i motsetning til de tidligere store sykesaler. Liggehallene ligger i markplan nedenfor sykeavdelingene, med direkte trappeforbindelse. Karakteristisk for et gjennomtenkt sanatorium er at hovedfasaden mangler entréer. Den skjermete sørsiden var forbeholdt pasientenes liggekur, som ikke måtte forstyrres av støv og støy fra ankommende hesteskysser. Hålahult ble et forbilde i Sverige, bare på to områder skiller et vanlig "läns-sanatorium" seg ut; bygningskroppene ligger på linje, og liggehallene er ytterfløyer, gjerne i flere etasjer med direkte utgang fra avdelingene.

I 1904 fikk Sverige sin "Svenska nationalföreningen mot tuberkulos". Nationalföreningen bygde "dispensärier", som gjennom forebyggende arbeid skulle redde dem som ennå var friske. Endel større industrivirksomheter bygde sine egne sanatorier.

Läns-sanatoriene ble ofte bygd på landsbygda, og ble traktens største hus, iblant også den største arbeidsplassen. Stedet var ofte ensomt og stille, en sørhelling med høy furuskog. Tomten hadde aldri den høyde over havet som forbildene i Europa, men i forhold til omgivelsene fikk de fleste sanatoriene en dramatisk beliggenhet. Det mest utpregede ved utseendet var den lengden bygget fikk på grunn av liggehallene, noe som ble forsterket av at bygningen som oftest ikke hadde mer enn tre etasjer.

Planen skulle være symmetrisk, med like pleieavdelinger på begge sider av en midtbygning, praktisk motivert på grunn av den deling mellom kjønnene som var påkrevet. Byggingen av sanatorier pågikk fra ca. 1900 til rundt 1950, med størst kapasitet i 1944. Deretter ble bygningene overført til pleie av reumatikere, langtidssyke og psykisk utviklingshemmede.

Om utviklinga av sykehusbygging i Sverige skriver Åman at den fra ca. 1900 og fram mot 1920 til tross for en del nytenkning stort sett bygde på idealer fra 1800-tallet, da sykehusbyggingen hadde hatt sitt store gjennombrudd. Sidekorridoren hadde vært et kvalitetskrav fra midt på 1860-tallet da den erstattet midtkorridoren. Lasarettet i Kristianstad, prosjektert i 1860 og tatt i bruk i 1864, var det første i Sverige med gjennomgående sidekorridor. Sykerommene får dermed gjennomlys, gjennom vinduer mot korridoren. Sidekorridoren forekommer for siste gang i Akademiska sjukhuset i Uppsala, fra 1924, da midtkorridoren igjen blir idealet. De senere nybygg får høyere bygninger, midtkorridor og kompliserte planløsninger.

3.5. NORSKE STATSSANATORIER

3.5.1. Reknes sanatorium i Molde

3.5.1.1. KORT HISTORIKK

Reknes ble opprettet som letrosarium i 1713, for behandling av spedalske. I 1794 ble hospitalet utvidet til også å omfatte skjørbuk og radesyke, som hadde fått stor utbredelse. Grunnlaget for byggingen var en gave fra sunnmørsprosten Knut Mann og frue. Hospitalet for Spedalske ble drevet som "en mild stiftelse", uten særlig tilskudd fra det offentlige. I 1860 vedtok Stortinget å overta og utvide Hospitalet. Det ble da bygget en ny bygning, og navnet ble forandret til Reknæs Pleiestiftelse for Spedalske. De gamle bygningene ble revet.

Edvard Kaurin ble ansatt som forstander og lege i 1881. Kaurin fulgte med i utviklingen av medisinske problemer, og da spedalskheten viste en rask tilbakegang, innså Kaurin at han selv og anstalten kunne gjøre bedre nytte for seg i kampen mot den raskt voksende tuberkulosen. I 1894 besluttet Stortinget at Pleiestiftelsen for Spedalske skulle nedlegges og omdannes til et sanatorium for fattige tæringssyke. Etter en ombygning ble i 1897 hospitalet gjenåpnet som Reknæs Tæringshospital. Navnet ble etter kort tid forandret til Reknæs Sanatorium for Tuberkuløse. Barnesanatoriet ble innviet i 1918, og hadde plass til 25 barn.

"Reknes Sanatorium" av O.K.Thomassen, 100-års jubileumsberetning fra Møre- og Romsdal Legeforening.

Reknes Sanatorium, Molde. Bilde fra "Anti-tuberculosis work in Norway", 1929



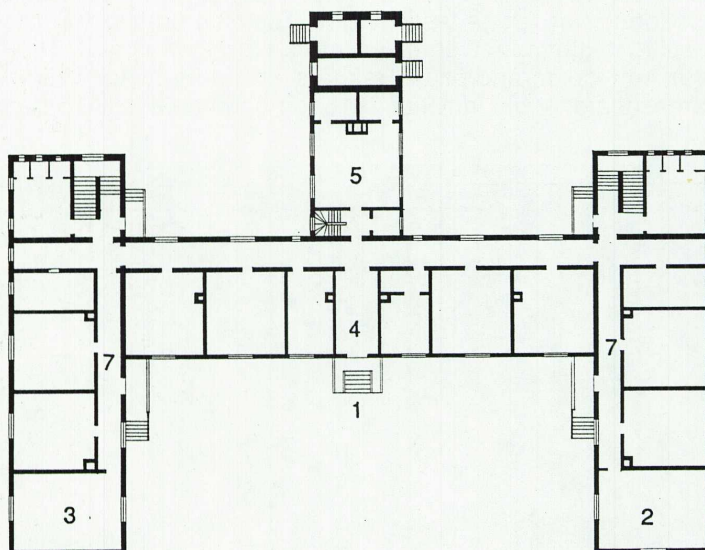
Opplysninger fra overlege Ottar Ødegård, Molde

Den 28. april 1940 brant sanatoriebygningen ned. Arkivene med protokoller, journaler og årsberetninger gikk også tapt. Sanatoriedriften foregikk deretter midlertidig i en trebygning bygd av den tyske krigsmakt. Da det ble bygget nytt fylkessjukehus i Molde ble Reknes nedlagt og tuberkulosepasientene overflyttet til den nye lungeavdelingen i 1960.

3.5.1.2. PLANLØSNING

Nybygget som ble oppført rundt 1860 var tegnet av arkitektene von Hanno³ og Schirmer.⁴ Det var en trebygning med to nord-sydgående fløyer med en forbindelsesfløy. Denne bygningen har lite til felles med de senere bygde statssanatoriene, men så var den da heller ikke oppført for samme formål. Oppmålingstegningen fra 1924 viser en plan som har andre forbilder enn statssanatoriene, selv om prinsippet med sidekorridor også her er fulgt. I Sverige (se kap. 3.4) ble sidekorridoren innført som prinsipp for bedret hygiene rundt 1860, så en kan her ha med å gjøre et tidlig eksempel på de nye idealer inne helsevesenet.

Middelbelegget på Reknes var fram til 1918 65 pasienter. Etter åpningen av barnesanatoriet og innføringen av begrepet "ambulerende pasienter" steg middelbelegget, og var i 1939 148.



Plan 1. etg. 1:500
Reknes Sanatorium.
Etter oppmålings-
tegning fra 1924.
SBED

- 1 HOVEDINNGANG
- 2 SPISESAL
- 3 FORSAMLINGSROM
- 4 ADM./LEGE
- 5 KJØKKEN
- 6 PLEIERSKE
- 7 PASIENTAVDELING

3) Arkitekt Andreas Friedrich Wilhelm von Hanno, født i Hamburg 1826, død i Kristiania 1882. Utdannet i Tyskland. Kom til Christiania i 1850, kompaniskap med Schirmer 1853-1862

4) Arkitekt Heinrich Ernst Schirmer, født i Leipzig 1814, død i Giessen i 1887. Utdannet i Tyskland. I 1838 ansatt for å tegne innredning og utsmykning av Det Kongl. Slott i Christiania. Arbeidet med restaureringen av Trondheim Domkirke (1841-71). Stod sentralt i planleggingen av fengselsanlegg og sykehus, tegnet bl.a. Gaustad sykehus (1847-55), Rikshospitalet (1874-83), 20-30 fengselsbygninger, og også ca. 20 kirkebygg.

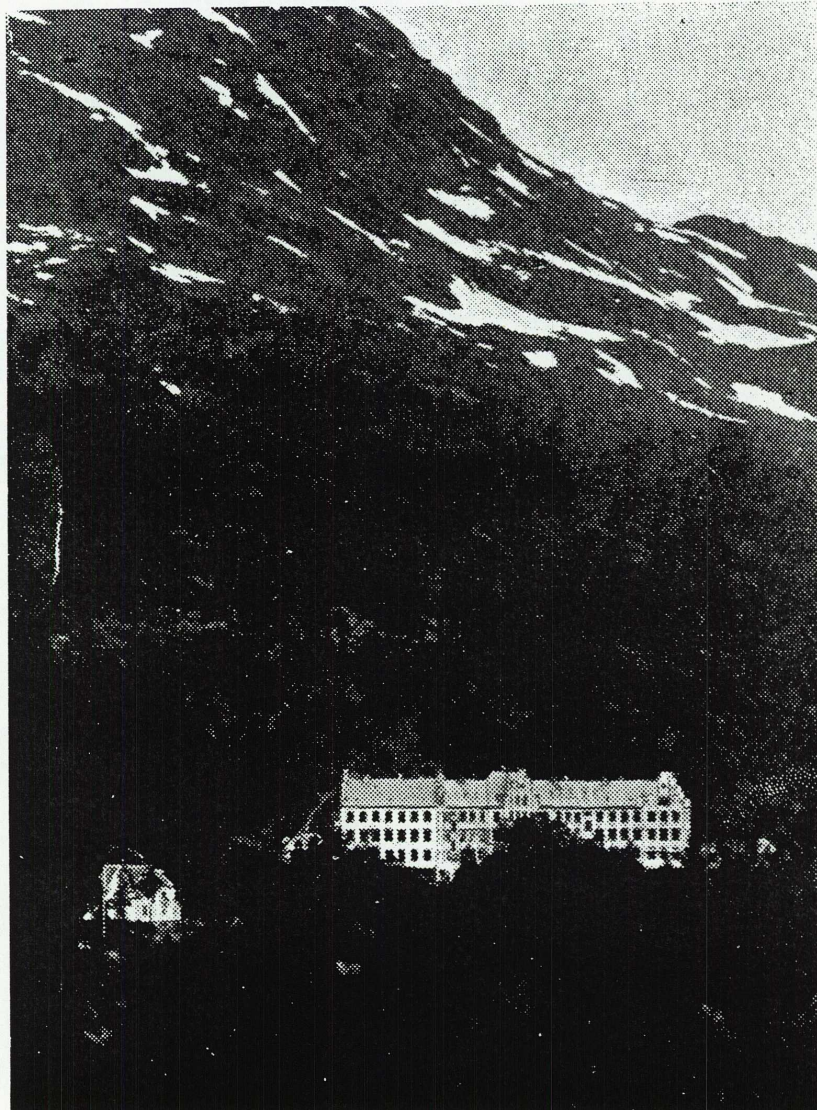
3.5.2. Luster sanatorium i Sogn

3.5.2.1. KORT HISTORIKK

*"Lyster sanatorium 25 års jubileum"
jubileumsberetning ved
direktør N. Lunde.*

Lyster sanatorium ble åpnet 2. november 1902. Overlege Klaus Hansen stod i spissen for å få til et sanatorium på vestlandet. Allerede på den norske lægeforenings møte i 1891 luftet han tanken om oppførelse av et sanatorium for St. Jørgens hospitals midler. Stortinget ga sin tilslutning til planen i 1892 og 94. I 1896 ble det endelig besluttet at St. Jørgens hospital for spedalske skulle gå over til et hospital for fattige tæringssyke i Bergens stift. En arbeidskomité bestående av medisinaldirektør Holmboe, apoteker Lothe, stadsingeniør Daae, diakonisse Elen Iversen og overlege Klaus Hansen ble nedsatt av kirkedepartementet. I 1897 foretok komitéen en befaringsreise på Vestlandet. Det ble dengang lagt vekt på "en viss subalpin beliggenhet" (se også kap. 3.4)

*Bilde av Luster
Sanatorium, fra
"Antituberculosis work
in Norway", 1929
Viser den dramatiske
plasseringen Sanatoriet
har.*



Sanatoriet var opprinnelig bygd for 96 pasienter, antallet var i 1924 økt til 120. Fram til 1917 måtte Lyster Sanatorium ta imot pasienter fra hele landet, da Reknes Sanatorium var det eneste tilbud i tillegg. Ettersom statssanatoriene ble utbygd, gikk Lyster over til å være sanatorium kun for pasienter fra Bergen stift. Behandlingstiden gikk også opp fra 3 til 4 måneder. 75 % av pasientene var i alderen 15 - 30 år de første 25 årene sanatoriet var i virksomhet.

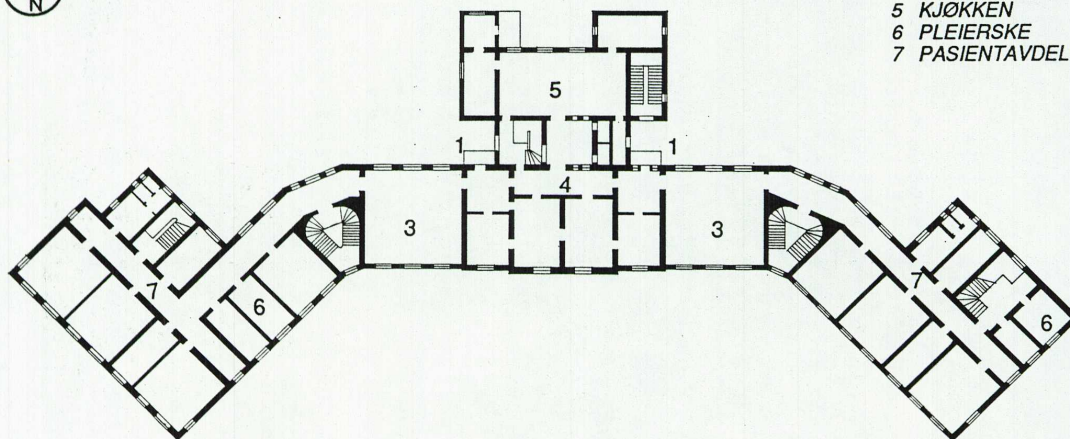
Sanatoriet var eid av St. Jørgens stiftelse, men ble i likhet med de øvrige statssanatoriene drevet for offentlige midler. Driftsbudsjettet ble hvert år bevilget av Stortinget. Sanatoriet har de siden 60-tallet vært psykiatrisk pleiehjem, men er nå under avvikling.

Alt arkivmateriale finnes idag hos byarkivaren i Bergen.

3.5.2.2. PLANLØSNING

Bygget er oppført i mur med pussete fasader, og har tre etasjer over sokkel. Planløsningen er i store trekk lik de øvrige statssanatoriene, med økonomibygning sentralt plassert midt på bygningskroppen. Også legekontorer, undersøkelsesrom og felles oppholdsrom er plassert sentralt. Pasientavdelingene ligger som fløyer i vinkel mot økonomiavdelingen. Pleierskens rom er plassert ved sykerommene.

*Plan 1. etg. 1:500
Etter tegninger fra
byarkivaren i Bergen.*



- 1 HOVEDINNGANG
- 2 SPISESAL
- 3 FORSAMLINGSROM
- 4 ADM./LEGE
- 5 KJØKKEN
- 6 PLEIERSKE
- 7 PASIENTAVDELING

3.5.3. Glitre sanatorium i Hakadal

3.5.3.1. KORT HISTORIKK

Glitre Sanatorium ble bygd i 1923, og hadde plass for ca. 160 pasienter. På grunn av stor pågang var belegget ofte oppe i 175 pasienter. Arkitekt var Thune-Larsen ved medicinalavdelingens byggekontor. Thune Larsen var senere også med på prosjekteringen av Ringvål Sanatorium.

Arealet er på ca. 700 mål, med opplagte stier for "spaserkurer". Innenfor området ligger også et vann, som fremdeles forsyner institusjonen og omkringliggende områder med drikkevann. Glitre-navnet går igjen i flere sammenhenger i området. Situasjonsplanen har mange felles trekk med de andre statssanatoriene, kurhallene ligger i en u-form bort fra selve hovedbygningen. Hallene står fremdeles, og er i bruk som garasjer. Også overlegebolig, søsterhjem og andre funksjonær-boliger finnes på området.

Glitre eies idag av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, LHL, og drives som Glitreklinikk as. Klinikken tar imot lungesyke fra hele landet, mellom dem også de tuberkulose tilfellene som finnes. Det er idag bare en av de fire avdelingene som er i bruk. Belegget er på ca. 28 pasienter med en liggetid fra 10 dager til 4 uker. Det foreligger planer om en opptrapping av virksomheten.

*Glitre Sanatorium,
fasade mot sør-øst.
fra "Antituberculosis
work in Norway", 1929*



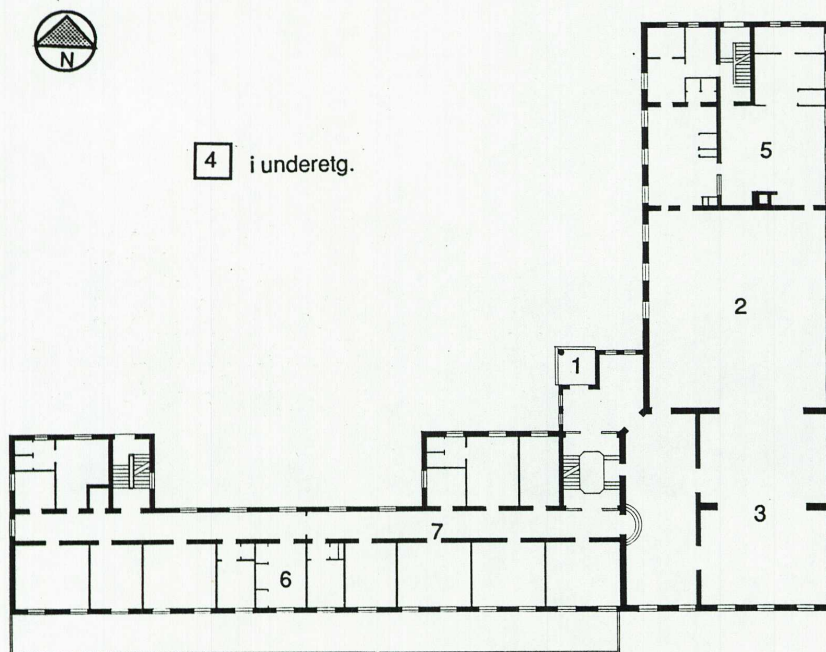
3.5.3.2. PLANLØSNING

Bygget er oppført i murstein, med pussete fasader. Det har fire etasjer og sokkel. I tillegg et tårn der det var operasjonsstue.

Planløsningen av Glitre sanatorium er noe avvikende i forhold til de andre statssanatoriene, da bygningen er oppført i vinkelform, og ikke får den samme langstrakte form som de andre. Formen tilsvarer "halvparten" av de øvrige statssanatoriene. På Glitre danner økonomiavdelingen den ene vinkelen, mens pasientavdelingen utgjør den andre. Med en videre utbygging av en pasientavdeling på andre siden av økonomibygningen, ville Glitre hatt en planløsning svært lik de andre statssanatoriene. Kjøkkenet utgjør den bakerste del av økonomiavdelingen, spisesal og forsamlingsal den sentrale. Værelse for pleierske ligger blant soverommene for pasienter. Sidekorridor med pasientrom mot sør. Inngangen ligger på nordsida, "baksida".

Plan 1. etg. 1:500
Etter tegninger
fra SBED

- 1 HOVEDINNGANG
- 2 SPIESAL
- 3 FORSAMLINGSROM
- 4 ADM./LEGE
- 5 KJØKKEN
- 6 PLEIERSKE
- 7 PASIENTAVDELING



3.5.4. Landeskogen sanatorium i Setesdal

3.5.4.1. KORT HISTORIKK

Byggearbeidene ved Landeskogen Sanatorium ble påbegynt i 1912, og bygget stod ferdig i 1916. Det ble tatt i bruk i oktober samme år. Det var plass til 130 pasienter.

Ved årsskiftet 1961/62 gikk Landeskogen over til å være sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede. Sanatoriepasientene ble flyttet til Lungeavdelingen ved Agder Sentralsykehus. Alle arkiver som har med pasientene å gjøre ble også flyttet over. Øvrige arkiver finnes fortsatt på Landeskogen.

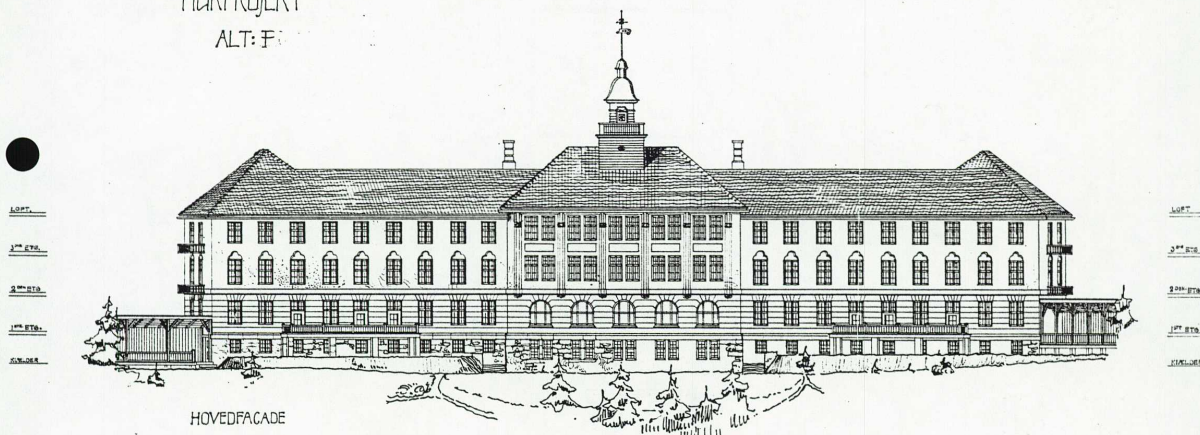
HVPU-institusjonen skal i første halvdel av 1991 nedlegges, og det er uvisst hva som vil skje med Landeskogen etter det.

Opplysninger fra Reidar Lindland, Bygglandsfjord, tidligere ansatt ved Landeskogen

◦ TUBERKULOSESANATORIUM I KRISTIANSSANDS STIFT ◦

MURPROJEKT

ALT: FRIKOST



Hovedfasade
Landeskogen,
tegnet 1912
av Kr. Biong.

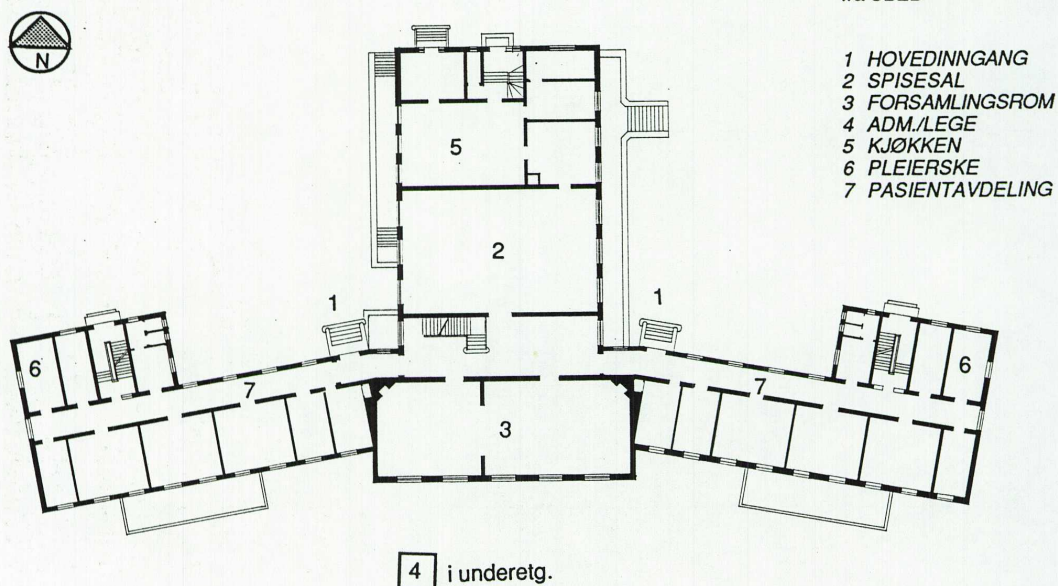
3.5.4.2. PLANLØSNING

Sanatoriebygningen i Landeskogen har helt klare forbilder fra Sverige. Huset er tegnet i 1912 av arkitekt Kr. Biong.⁵ Løsningen har store likheter med Hålahult sanatorium i Sverige. (se kap. 3.4) Hålahult ble et forbilde for sanatoriebyggingen i Sverige, og det er tydelig at arkitekten her har hentet inspirasjon fra lignende bygg i Sverige. Det er bare størrelsen som er avvikende fra planen for Hålahult Sanatorium. Økonomibygningen ligger sentralt plassert, med avdelinger på hver side. Bygget er oppført i mur, med pussete fasader. Sokkeletasjen var i huggen stein, og inneholdt administrasjon, legekontorer, røntgenrom og arbeidsrom for pasienter. Liggehallene i tre var plassert i fortsettelsen av avdelingene.

Landeskogen hadde en eiendom på rundt 500 mål, der det var opparbeidet kurstier og parkanlegg. Innenfor området fantes overlegebolig, reservelegebolig, forvalterbolig, funksjonærbolig med 4 leiligheter, og hybelbygg for sykepleiere.

Opplysninger fra Reidar Lindland, Bygglandsfjord, tidligere ansatt ved Landeskogen

*Plantegning 1. etg
Mål 1:500
Landeskogen
Sanatorium
Liggehallene lå i fortsettelsen på begge avdelingene.
Etter tegninger fra SBED*



5) Arkitekt Kristian Hjalmar Biong, f.1870 i Ullensaker, død 1959. Utdannet ved den kongelige Tegneskole under Hensrik Nissen og Hermann Schirmer. Arbeidet noen år i England. Benyttet seg av uttrykksmidler fra engelsk nyklassisisme, engelsk romantikk til funksjonalismen. Mest kjent for sitt utkast til kongevilla på Holmenkollen.

3.5.5. Ringvål sanatorium ved Trondheim

3.5.5.1. KORT HISTORIKK

Ringvål Sanatorium stod ferdig i 1933, og var tegnet av Statens bygningsinspektør Fr. Crawford-Jensen,⁶ medarbeidere var arkitekt C. Thune Larsen og arkitekt Otto Hald.

Eiendommen består av to tidligere gårdsbruk, Ringvoll og Sundsbakken, på tilsammen 1403 mål. Disse ble innkjøpt i 1919, men stortingsbeviling til oppførelse av sanatorium ble ikke gitt før 22. mai 1930. Hovedarbeidet med bygningen ble oppstartet våren 1933, men endel grunnarbeid var utført som nødsarbeid i 1932. Anlegget kostet i alt 2.400.000 kroner.

Ringvål ble i 1965 overtatt som psykiatrisk sykehus, og fungerer i dag som psykiatrisk aldershjem. Det er uklart hva som vil skje med anlegget i framtida, da det er planlagt nedleggelse av det psykiatriske sykehjemmet i 1991.

Arkivmaterialet finnes ennå på institusjonen.

Særtrykk fra Byggekunst nr. 6, 1935

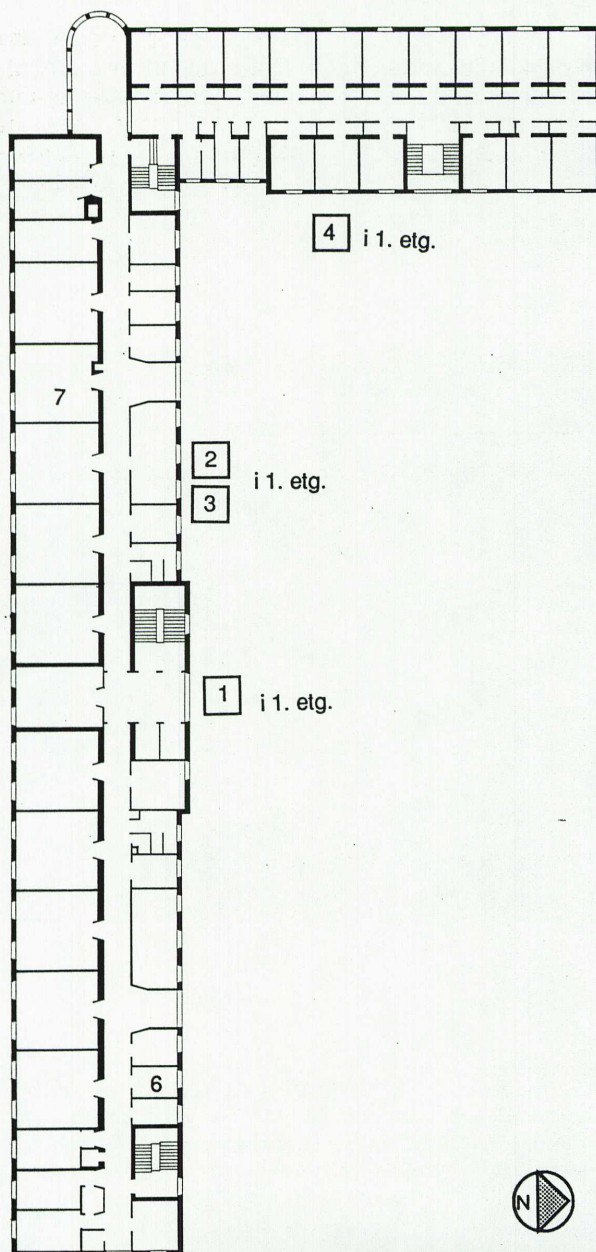
Hovedfasade Ringvoll, med liggehaller i 5. etg. Prospektkort



6) Arkitekt Hans Fredrik Crawford-Jensen (1882-1947) Utdannet ved SHKS og i Leipzig. Arbeidet i 1902-10 i Tyskland, hadde eget kontor i Leipzig 1910-17. I 1918 ansatt som arkitekt ved Statens Bygningsdirektorat, ble i 1925 Statens Bygningsinspektør, og fra 1937 var han Riksarkitekt. De større arbeidene fra 1930-årene er funksjonalistiske. Ansvarlig for en rekke større statlige bygg.

3.5.5.2. PLANLØSNING

Ringvål ble bygget endel senere enn de andre stats-sanatoriene, og bærer preg av en helt annen arkitektonisk påvirkning. Det er i første rekke fasadene som gir uttrykk for funksjonalismen. Den vesentligste forskjellen planmessig er at alle funksjonene er samlet innenfor en bygningskropp. Kurhallene er her plassert i femte etasje. Inngangen er sentralt plassert, midt på bygningen. Legekontorer og administrasjonsfunksjoner lå i den vinkelen mot vest. Alle pasientrommene er sydvendt. Ringvål er bygd etter det nyere prinsippet med midtkorridor, i motsetning til



*Planløsning generell.
etg. 1:500
Etter "Byggekunst nr.6,
1935"*

- 1 HOVEDINNGANG
- 2 SPISESAL i 1. etg.
- 3 FORAMLINGSROM
- 4 ADM./LEGE
- 5 KJØKKEN ligger i en egen bygning mot øst
- 6 PLEIERSKE
- 7 PASIENTAVDELING

de andre stats-sanatoriene som har sidekorridor. (se også kap. 3.4) Felles oppholdsrom og spisesal er plassert i 1. etg. mot syd, mens endel økonomifunksjoner som kjøkken og vaskerom er plassert i en egen fløy lengs mot øst.

Sanatoriet er bygget for 150 pasienter, men kunne ta 162. Pasientene var fordelt på 4 sykeposter med ca. 40 pasienter hver. Sykerommene er vesentlig beregnet for 3 og 6 pasienter, men det finnes også noen 1 og 2 -sengs rom. For 3 og 6 sengs-rommene er det beregnet 6,3m³ og ca. 20 m² pr. pasient.

Yttervegger og innvendige bærevegger er oppført i teglstein, innvendige lettvegger av lett teglstein. Kjellermurer og fundamenter er av betong. Fløybygningen som inneholder bakeri, garasje osv. er oppført i tre.

Situasjonsplanen har også en utforming tilsvarende de eldre sanatoriene, med et parkanlegg hvor spaserkurene var opplagt. Overlegen hadde sin bolig i umiddelbar nærhet, men like utenfor området. Reservelegebolig og assistentboliger står plassert ovenfor parken. Det er senere bygd søsterhjem bortenfor hovedbygningen, etter at administrasjonen tok over den delen av hovedbygningen som tidligere var søsterboliger.

3.6. VENSMOEN I FORHOLD TIL DE ANDRE SANATORIENE

3.6.1. bygning

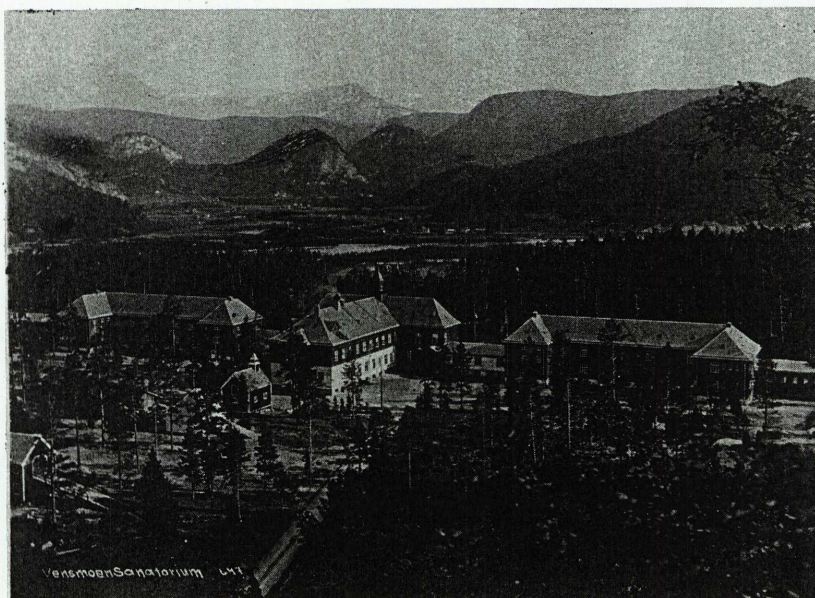
De norske statssanatoriene var bygd i forskjellige stilepoker, og til forskjellige tider. Reknes og Luster rundt århundreskiftet, Landeskogen og Vensmoen rundt 1915, Glitre i 1923 og Ringvål i 1933. Sanatoriene har tydelig preg av den tid de er bygd. Reknes er ikke direkte sammenlignbart, da det opprinnelig var bygd som spedalske-sykehus i 1860, og bare ombygd til tuberkulosesanatorium i 1897. Alle statssanatoriene har en monumental framtoning, noe som var typisk for den tids stats-byggeri. Plasseringen av Sanatoriene, som var med på å understreke deres monumentalitet, var ikke bare stedsavhengig, men baserte seg på de medisinske teorier og behandlingsmetoder som fantes.

Alle statssanatoriene er plassert i øst-vest retning, med "hovedfasade", pasientrom og liggehaller mot syd. Hovedinngang er på motsatt side, mot nord, skjermet fra pasientarealene.

Vensmoen er i motsetning til de andre statssanatoriene stort sett bygd i treverk. Reknes er også bygd i tre, men har en annen forhistorie. På Vensmoen er bare første etasje i økonomi-bygningen, og korridorene gjennom de mellomliggende liggehallerne som er i murverk. Liggehallerne er, som også foreskrevet i tyske forskrifter utført i treverk (*se kap. 3.3.3*). Fasadene er et typisk eksempel på en brytningstid, en blanding med barokk påvirkning, med innslag av nyklassisisme og jugend.

Det er sagt at det som skiller tuberkulosesanatoriene fra et sykehus, er at sanatoriene har tårn. Dette kan sees på de tidligste statssanatoriene, både Luster, Landeskogen og Vensmoen har tydelige tårn. Glitre har et mer "borgpreget" tårn, mens Ringvål helt mangler tårnmotivet.

Vensmoen
Tuberkulosesanatorium
ca. 1920



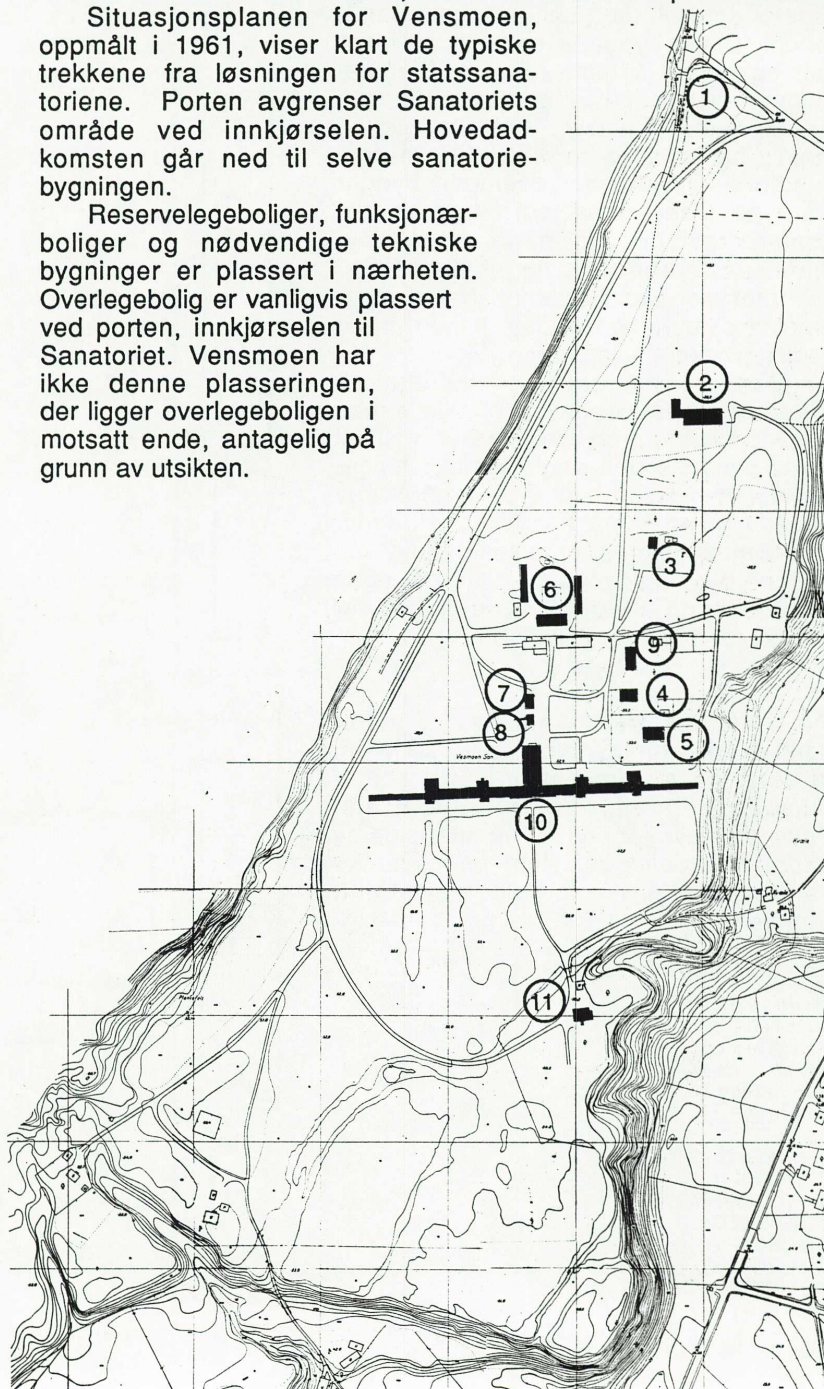
3.6.3. situasjonsplan

Alle statssanatoriene har en isolert beliggenhet, avsondret fra omgivelsene. Hovedbygningene er plassert i forhold til lyset. Hovedinngangen er skjermet fra pasientrommene, selv om dette medfører at inngangen blir liggende på motsatt side av hovedfasaden. Denne løsningen har også sammenheng med sanatoriens plassering, ofte høyt og fritt med utsyn over bygda. Hovedfasaden var da den som vistes, mens adkomsten var på "baksida".

Situasjonsplanen for Vensmoen, oppmålt i 1961, viser klart de typiske trekkene fra løsningen for statssanatoriene. Porten avgrensar Sanatoriets område ved innkjørselen. Hovedadkomsten går ned til selve sanatoriebygningen.

Reservelegeboliger, funksjonær-boliger og nødvendige tekniske bygninger er plassert i nærheten. Overlegebolig er vanligvis plassert ved porten, innkjørselen til Sanatoriet. Vensmoen har ikke denne plasseringen, der ligger overlegeboligen i motsatt ende, antagelig på grunn av utsikten.

- 1) Vensmoporten
- 2) Barnesanatoriet/
senere Søsterhjem
- 3) Maskinistbolig
- 4) Drengestua/
- 5) Reservelegebolig
- 6) Gårdsanlegg
- 7) Ishuset
- 8) Stabbur
- 9) Snekkerverksted
- 10) Sanatoriet
- 11) Overlegebolig



3.6.2. planløsning

Alle statssanatoriene følger de hovedprinsipper som dras opp i "Handbuch der Architektur". (se kap. 3.3) Både situasjonsplan, planløsning og bygningsform har mange felles hovedtrekk, selv om det er store individuelle forskjeller.

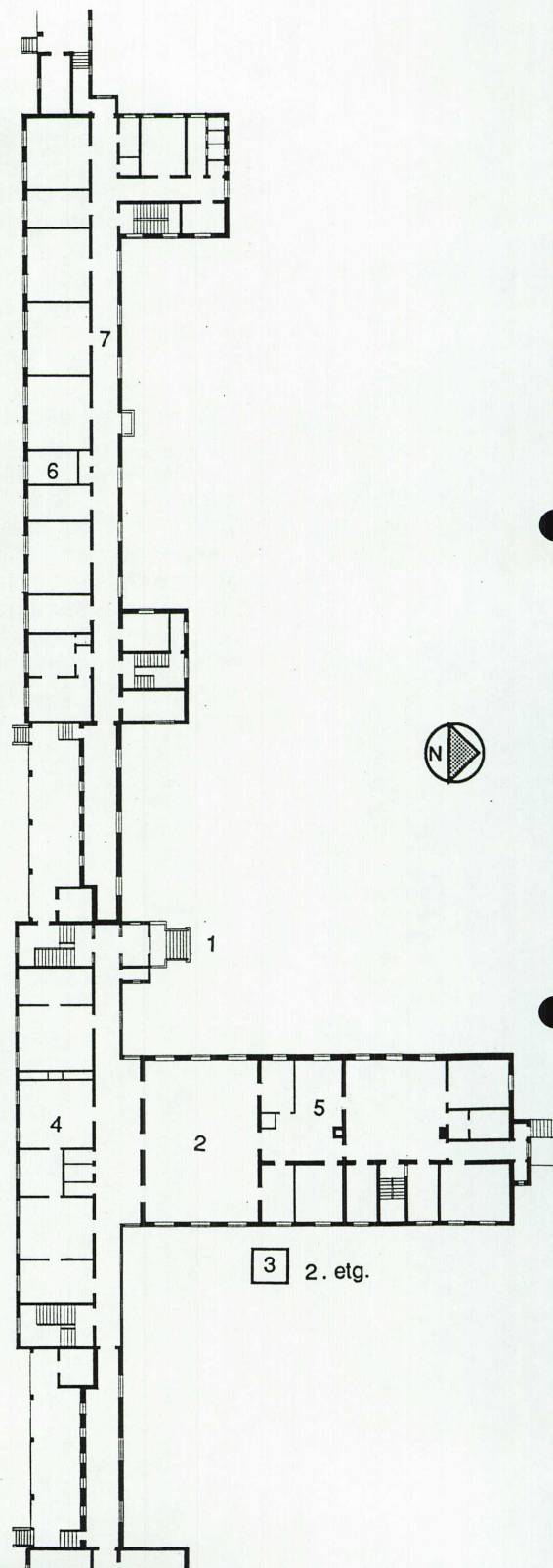
Vensmoen har planmessig mange likheter spesielt med Landesbogen Sanatorium. Disse byggene er da også planlagt og bygd i samme tidsrom. Planløsningen har tydelige likheter med Hålahult Sanatorium i Sverige. Det ble bygd i 1901, og dannet forbilde for mange sanatorier i Sverige. Løsningen bygger igjen på tyske prinsipper, med sentral administrasjons- og økonomibygning, mens pasientrom og liggehaller ligger skjermet mot syd. Hovedfasade og plan-tegning over hele 1. etasje finnes under vedlegg bakerst i rapporten.

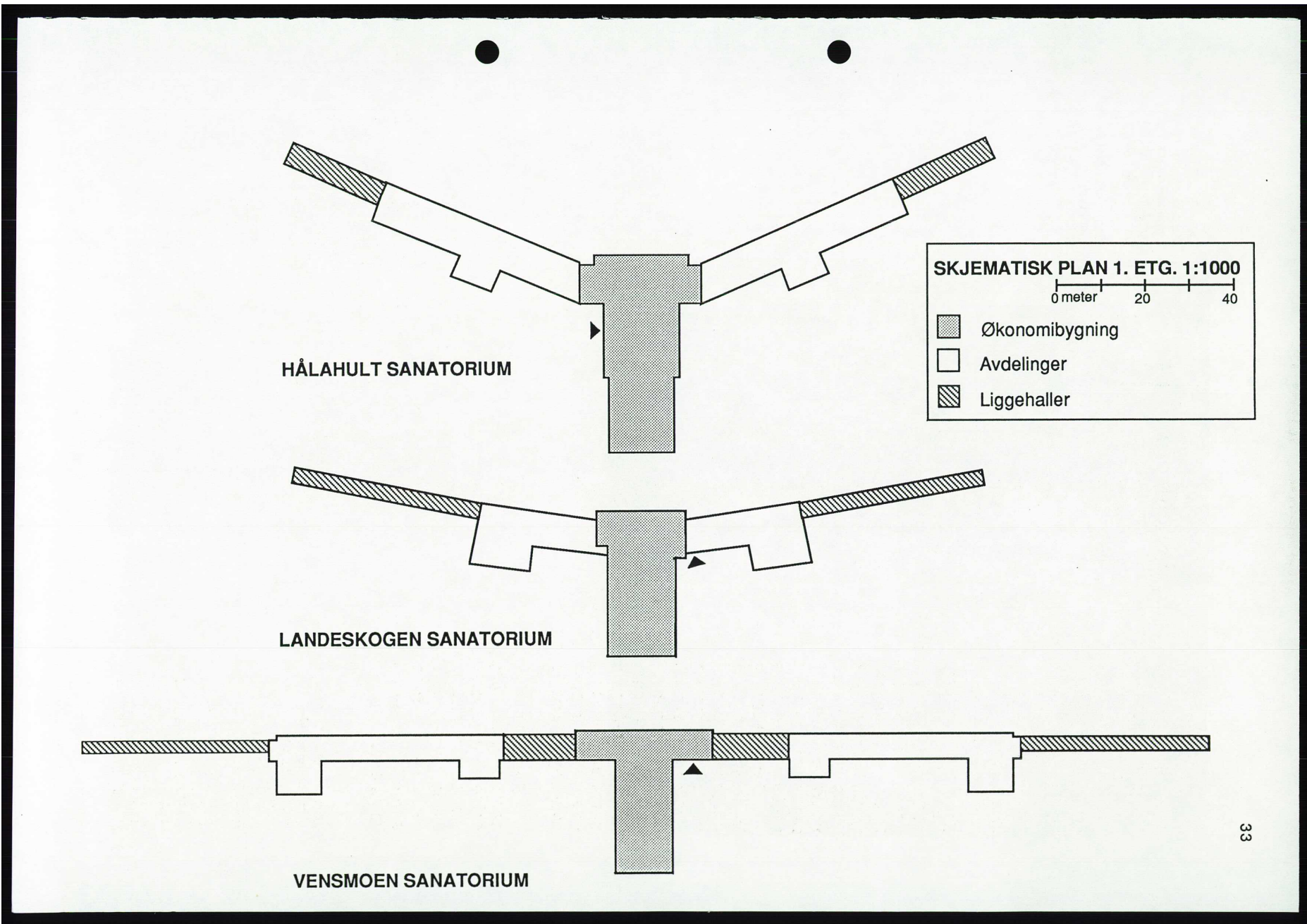
Den vesentligste forskjellen på Vensmoen er at fløyene er parallelle med hovedbygningen, og ikke plassert i vinkel som i Landesbogen (og Hålahult). Liggehallerne er plassert som en fortsettelse av hovedbygningen på begge sanatoriene. Økonomifunksjoner er plassert sentralt, midt på bygningskroppen, dette har også sammenheng med at avdelingene er strengt delt mellom kvinne- og mann-avdeling. (se også kap 3.4)

Generelle trekk kan sies å være: sentral økonomibygning med kjøkken, spisesal og forsamlingsrom. Legekantor plassert sentralt, ofte i underetasje. Pasientavdelinger i fløyer på hver side av økonomi-avdelingen. Rom for pleierske sentralt plassert i forhold til pasientrommene.

Utsnitt av plan 1. etg.
Vensmoen, 1:500
Hele 1. etg. og
hovedfasade finnes
som vedlegg bak i
rapporten

- 1 HOVEDINNGANG
- 2 SPISESAL
- 3 FORSAMLINGSROM
- 4 ADM./LEGE
- 5 KJØKKEN
- 6 PLEIERSKE
- 7 PASIENTAVDELING





34



*Oversiktsbilde
Vensmoen, ca. 1920.
Liggehallene mellom
hovedbygningen og
pasientavdelingene er i
en etasje.
Barnesanatoriet lengst
mot nord.*

4. VENSMOEN

4. VENSMOEN

TAR FOR SEG VENSMOENS HISTORIE, FRA VEDTAK OM UTBYGGING BLE FATTET, DISKUSJON OM PLASSERING, PROSJEKT, UTVIKLING OG SITUASJONEN I DAG

4.1. VEDTAK OM UTBYGGING

I 1900 kom det fra Tromsø Amslegeförening et ønske til departementet (Justis- og tolldept.) om at det ble foretatt undersøkelser for å finne et passende sted for tuberkulosesanatorium for Nord-Norge, men først i 1909 ble spørsmålet om tuberkulosesanatorium på ny tatt opp til behandling. For Nord-Norges vedkommende ble det av departementet den 29. juli 1910 oppnevnt en komité som skulle finne det best egnete sted for et Nordnorsk tuberkulosesanatorium. En rekke steder ble undersøkt, før Stortinget den 28. juni 1912 besluttet at Statens Tuberkulosesenter for Hålogaland skulle bygges i Saltdal herred i Nordland fylke.

*"Vensmoen Sanatorium
1916-1966"*

4.2. BEGRUNNELSE FOR PLASSERING

"Den departementale komité" bestod av formann overlege Albert Tillisch ved Grefsen Folkesanatorium, distriktslege i Steigen, N. Christoffersen, og praktiserende lege i Narvik H. B. Sandberg. Som byggeteknisk medlem ble utnevnt arkitekt Schytte-Berg i Trondheim.

Distriktslege Christoffersen skriver i sine "bemerkninger" angående valg av sted for tuberkulosesanatorium: *"Hovedvegten maa da nødvendigvis bli at lægge paa opholdet; paa kuren, desto mere jo længer denne kan utstrækkes"*

*"BEMERKNINGER
angående valget av sted for
et SANATORIUM for
Tromsø stift" Av medlem av
den departementale komité
1911 distriktslege N.
Christoffersen*

Christoffersen håper at nå som interessen for tuberkulosearbeidet er vakt, vil forståelsen vokse hurtig. Problemet med behandling i Nord-Norge vil uansett plassering være nødvendige reiser. Tromsø stift vil når tuberkulosesanatoriet starter driften være godt rustet i kampen mot tuberkulosen, i og med at det allerede vil være en rekke tuberkulose-hjem i virksomhet. *"Men saa er ogsaa denne kamp vanskeligere hernord end andre steder - takket være det barske klima, lang vinter, trange boligforhold, delvis stor fattigdom, de lange avstander til læge osv. "*

Christoffersen forteller om sine erfaringer med klimaet i Tromsø stift:

"Sure kolde sommere med vind, tildels ukevis storm fra sydvest og vest med stadig regn, eller isnende nordvestlige til vestlige vinde med stadig skydække. Temp. omkring +8°C i Nordland, 4 - 5 °C i Finmarken, man fyrer i ovnen daglig. En enkelt eller noen enkelte dage med solskin, som man da mindes hele aaret efterpaa."

Høst: "som regel sydvestlige vinde med regn, dog flere høststuer med stille, klart veir."

Vinter: "Stormende som regel med "sklatte" (slud) eller regn, eller ifald nordvestlige eller nordlige vinde snefok med sneen sammenføket i skavler (fonner), avblaast, snebart, hvor landskapet er aapent ut mot veiret. Temp. i Nordland svinger med vindretningen fra +3-4 °C til +5-6. Ukevis varende storme. Længere nord istedet for Nordlands regn svære snemasser."

Vår: "Lang, kold, barfrost med gjennomisnende nordøstlig vind, en kold sol staar og gjør litet mon. Ingen vaar før sydvesten kommer med regn. "

Christoffersen legger vekt på at han har sine observasjoner fra kyststrøk, og at det er havets nærhet som preger klimaet. I nærheten av dampskipsleden vil man *"neppe finde nogen plads, hvor man ikke risikerer, selv om sommeren, i ukevis at foretrække at holde sig inden døre"*. Hvis han ikke hadde andre klimatiske kår å by sine tæringssyke pasienter, ville Christoffersen heller anbefale pasientene å dra sørover.

Men så går han over til å beskrive naturen lenger inne i "vore deilige fjorde", der vegetasjonen viser veg; med rankere bjørker og en og annen furu, tilsist mektige granskoger i Saltdalen, Målselv, Alten og Syd-Varanger. Dette forteller oss, sier Christoffersen, at:

"her er havets indflydelse knækket - her maa der herske rolige vindforhold, - man finder ikke træerne vakrere og større i skogbygderne paa østlandet. "

" her er luften ikke saa fugtig, ..."

"her er luften praktisk talt bacillefri (fjeld og hav i sydvest, vest, og nordvest, høifjeld i øst og syd)"

"her er somrene varmere end ute ved kysten"

"her er vinteren virkelig vinter, ikke den blanding av kulde og væte som langs leden."

Selv om temperaturen her er lavere om vinteren, er det mer behagelig enn ute ved fjorden. Christoffersen konkluderer med at et sanatorium må ligge inne i landet, skal en kur la seg gjennomføre.

Med hensyn til mørketiden siterer Christoffersen doktor Smith, som mener mørketiden har innflytelse på befolkningens utseende og arbeidskraft, blekhet og tretthet preger menneskene. *"den psykisk deprimerende indflydelse og den uheldige fysikalske virkning av mørketiden økes utvilsomt, hvor der til mørket kommer stueliv, indendørsliv i ukevis paa grund av uveir."* Christoffersen påpeker at det innenfor området er store forskjeller, fra Saltdalen som ikke egentlig har mørketid, til Hammerfest hvor solen er borte fra 21. november til 22. januar. Det er viktig for pasienter som har kur fra november til februar at de blir minst mulig påvirket av mørketiden. Derfor må tuberkulosesanatoriet ligge så langt sør som mulig, da det vil være spesielt uheldig for Nordlands befolkning å måtte tilbringe kuroppholdet på steder *" hvor de kan risikere en for dem uvant og anæmiserende, svækkende mørketid."*

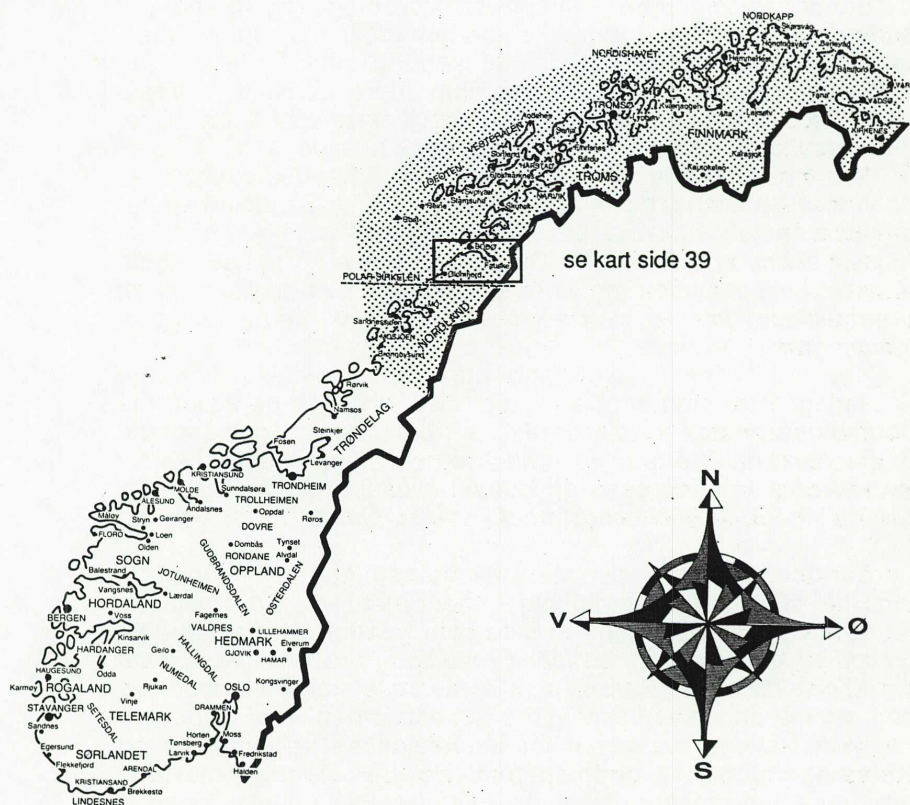
Når det gjelder reisen innflytelse på de pasienter som skal behandles på sanatoriet, framhever Christoffersen at i Nordland er

det 44.000 flere innbyggere enn i de to nordligste fylker tilsammen. Av tilsammen 283.400 innbyggere regner Christoffersen med at det kun er ca. 46.000 som har direkte nytte av hurtigruta. De øvrige må i tillegg benytte lokalskip. Uansett hvor tuberkulosesanatoriet legges vil en stor del av pasientene få en lang og ubehagelig reise.

Konklusjonen er: "*..jeg maa foreslaa sanatoriet lagt inde i landet, væk fra havklimaet, at det for nordlandspatienternes skyld ikke maa utsættes for længer værende mørketid, og at det er umulig at ordne beliggenheten saadan, at ikke store dele av patientantallet utsættes for en sjøreises uheldige indflydelse.*" Christoffersen understreker "*....nødvendigheten av at faa et fuldt ut tidsmessig sanatorium.*"

Christoffersen mener at et hensiktsmessig tuberkulosesanatorium bør være så stort at det kan ha arbeid for 2-3 leger, og at stiftet trenger 100 senger. Dersom sanatoriet legges lenger nord, vil det ikke behøves mer enn 50 senger. Tall innberettet til Stortinget i april 1911 forteller om et antall sanatoriepasienter på 200 fra Nordland, 61 fra Troms og 45 fra Finnmark.

Norgeskart med avmerket opplandet for et tuberkulose-sanatorium for hele Nord-Norge



Christoffersen understreker stadig viktigheten av at tuberkulosesanatoriet legges i Nordland, både på grunn av folkemengden og behandlingsmulighetene, selv om dette vil vekke motstand i de nordligste fylker. Dokumentet er underskrevet "Steigen lægeembede den 26de august 1911, Ærbødigst N. Christoffersen"

Også lege H.B. Sandberg har gitt sin innstilling til komiteén. Han innleder med å fortelle at han på forhånd var overbevist om at tuberkulosesanatoriet måtte ligge ved et hurtigruteanløp. Underveis har han funnet at dette ikke lar seg gjøre, og må sette de ulike stedenes fordeler opp mot hverandre for å gjøre seg opp en mening. Også Sandberg er opptatt av mørketidens innflytelse på menneskets psykiske og fysiske helse. Han mener likevel at man i "lystiden" har så mange fordeler at dette vil veie opp for noen av ulempene i mørketiden. Det bør ved bygging av tuberkulosesanatoriet tas hensyn til lyset, Sandberg påpeker *"fri tilgang for lyset"* i rom som kan oppvarmes, *"Istedet for nu fri tilgang for luften under utestængelse av lyset, som tilfældet er i sanatorienes lave, overdækkede ofte halvt nedgravede liggehaller."* Sandberg mener også at anvendelse av kunstig lys kan ha positiv innvirkning, det er derfor viktig at sanatoriet har adgang til vannkraft.

"Komiteen til at utpeke plads for et statssanatorium for Tromsø stift. Svar paa de av formanden til medl. stillede spørsmaal" av lege H. B. Sandberg

Sandberg diskuterer klimaets betydning, og mener at innlandsklimaet er å foretrekke for behandling av lungetuberkulose, selv om også kystklimaet kan ha sine fordeler. Han framhever spesielt jevnere temperatur, friere horisont, livligere utsikt og det at de fleste av pasientene vil være vant til havklima. Men disse fordelene oppveies av de mange ulempene.

Ved innlandsklima må det taes hensyn til høyden over havet, tuberkulosesanatoriet må ikke plasseres for høyt. Sandberg siterer en tysk autoritet *"at indikationerne for benyttelsen av de klimatiske faktorer endnu er ret usikre."* Det at pasientene trives i sanatoriet er viktig, beliggenheten må være så tiltalende som mulig. *"Kravet paa naaleskov har her sin praktiske berettigelse, den luner og er frisk og grøn hele aaret"*

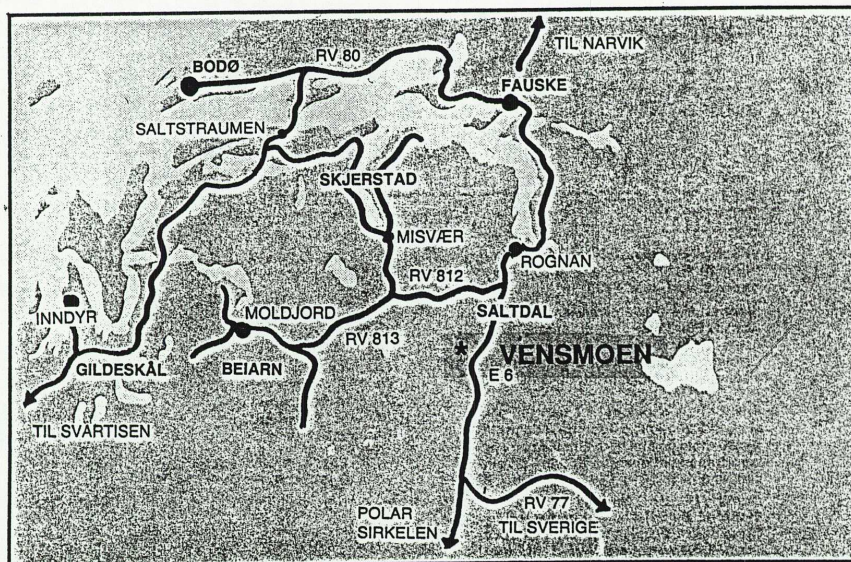
Naturforholdene i Nordland gjør det vanskelig å velge plassering. Skal man inn fra kysten, men ikke opp på fjellet, må tuberkulosesanatoriet plasseres i en dal. Sandberg mener de nordlandske daler ofte er for trange og de omgrensede fjell for høye. Andre krav er også gjeldende: *"central beliggenhet, let adkomst, gode provianteringsforhold, vand og kraft."*

Sandberg mener de største motsetningen blir mellom hensynet til gunstige naturforhold og hensynet til lett adkomst. Det har ikke vært mulig å finne et sted som kan forene disse krava. *"Salt dalen kan neppe kalles ideelt - særlig er adkomsten uheldig."* Det er likevel ingen plasser som er bedre egnet, så Salt dalens ulemper må oppveies ved å gjøre adkomsten enklere. Sandberg har gjort Nationalforeningen for tuberkulosens bekjempelse og Stiftstubb.komiteén oppmerksom på de elendige forhold pasientene har ombord i lokal- og kystruter. Han påpeker også at det må sørges for tilfredsstillende ventelokaler i Bodø, der pasientene kan hvile ut mens de venter på videre skyss. Sandberg

foreslår at innleggelsesteknikken omlegges, slik at nye sykdomstilfeller først legges inn på pleiehjem i nærheten, og så sendes videre til sanatoriet. Dette krever en større utbygging av lokale pleiehjem.

Innstillingene fra de to legene i "Den departementale komité" argumenterer med at tuberkulosesanatoriet må legges sør i amtet, i Nordland. Både befolkningsgrunnlaget og behandlingssmulighetene er avgjørende. Mindre påvirkning fra mørketiden er et viktig poeng. Det må ligge inne i landet, unna det ugunstige og ustabile kystklima, men ikke for høyt over havet. Nåleskog er gunstig, og adgang til vann og vannkraft av betydning. Saltdalen nevnes som alternativ, da dette er en gunstig plassering sett ut fra behandlingssynspunkt. Problemet var adkomsten, men dette mener legene kan løses. Som en senere har sett, har andre framkomstmidler og jernbanen eliminert dette problemet.

Områdekart Salten.
Vensmoen er avmerket.



4.3. LOKALE VEDTAK, INITIATIV

Etter at "Den departementale komité" hadde inngitt sin innstilling, vedtok Stortinget 28.juni 1912 at et tuberkulose-sanatorium for Hålogaland skulle bygges i Saltdal herred i Nordland fylke. Denne statlige beslutningen ble hilst med glede av Saltdal kommune. I Saltdal var det tre steder som var aktuelle; Høgbakken på Rognan, Evensgård og Mølntrømoen.

Mølntrømoen ble valgt, og Stortinget bevilget penger til innkjøp. Arealet var på 367 mål. Av dette var 22 mål en gave fra gårdene omkring, og 13 mål en gave fra Saltdal kommune. Mølntrømoen ble betalt med kr. 30.800,-. Eierne var fra Kvæle og Røklund. Skjøtet ble undertegnet 13. august 1913 og tinglyst 15. desember 1913.

Den 24.januar 1913 var det foretatt utskiftingsrett på gården Kvæle, g.nr.19 i Saltdalens herred *"ifølge forlangende av 13. januar 1913 fra formanden i byggekomiteén for tuberkulose-sanatoriet for Tromsø stift herr Godtfred Olsen, Saltdalen at foretage skylddeling i anledning udskillelse af det areal der er tiltenkt som byggetomt m.v. til dette anlæg fra de respektive hovedbrukere af gaarden Kvæle og Røklund i Saltdalen."*

Utskiftingsprotokollen viser at det arealet som avdeles til tuberkulosesanatoriets tomt omfatter parseller fra alle bruksnummer under de to gårdene Kvæle og Røklund. Begge gårdene har i sin helhet vært under utskiftningsbehandling, og i tillegg til avståelse av tomt, måtte grunneierne også avgi endel rettigheter til sanatoriet. Tuberkulosesanatoriet hadde stor innvirkning på de lokale forhold, selv før det ble bygd.

De rettigheter tuberkulosesanatoriet hadde på omkringliggende eiendommer var:

- rett til uten erstatning å anlegge og benytte gangstier i det omkringliggende skogsterreng og utmark.
- Oppdemningsrett på Mølnmotjernene, og rett til å benytte Mølnbekken i den utstrekning det er ønskelig for Sanatoriet.



*Utsikt fra Sanatoriet mot Røklund. ca. 1930
Fru Schram, kona til overlegen.*

"Vensmoen Sanatorium 1916-1966"

"Udskrift af nordre Salten Utskiftingsprotokol forsåvidt efterstående betrefter."

- Sanatoriet har rett på fri grunn til å føre vannledninger den enkleste veg.
- Rett til å sikre vannbasseng mot forurensninger.
- Rett til å føre, samt utbedre, fornye og reparere de nødvendige avløpsledninger over Kvæle's eiendom. Dersom arbeidet forvolder skade på åker og eng, erstattes skaden etter skjønn. Dette gjelder også kraftledninger fra Kvandalsfossen eller Dragefossen dersom staten bestemmer seg for utbygging.
- Rett til fritt stein- og sandtak til damanlegg ved Møltjernene.

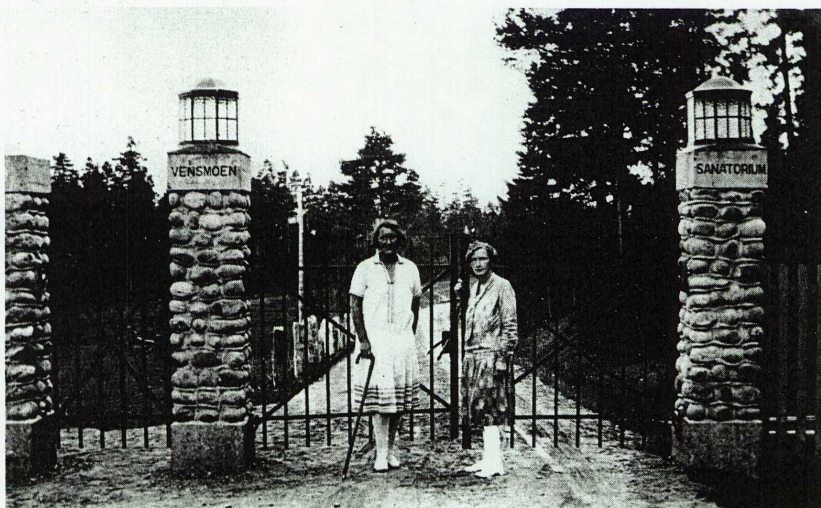
Men også oppsitterne hadde krav mot Sanatoriet;

- rett til å transportere strøveved over Sanatoriets eiendom, rett til å anlegge løpestreng og benytte for transport fra lia ovenfor Sanatoriet. Røklund har rett til 3, og Kvæle 2 løpestrenger, disse må ikke kunne ut nærmere Sanatoriets bygninger enn 100 meter. Bruken av disse eventuelle løpestrengene er sterkt begrenset i avtalen. Gårdene hadde også veirett til Møllehusene og til fedrift til fjellet.

- Oppsitterne på gården Kvæle forpliktet seg til på sine eiendommer ikke å anlegge noen bedrift som kunne sjenere Sanatoriet.

Avslutningsvis bevitner utskiftningsretten at "*det nye brug har faaet en for fredning og benyttelse hensiktsmessig form, og at intet nyt fellesskab ved denne deling er oppstaaet.*"

Omkostningene ved skylddelingen, som gikk over tre dager, kr. 141,90 som betales av byggekomitéens formann.



"Vensmoporten" ved hovedinnkjørselen fra ca. 1925

4.4. PROSJEKT, GJENNOMFØRING, ROMPROGRAM

Byggekomiteén bestod av lensmann Godtfred Olsen som var formann, fabrikkøier Kristen O.Russånes og gårdbruker H. Braseth Leivseth.

Det første byggemøte ble holdt på lensmannskontoret på Rognan 22. januar 1913.

Det første spadetaket ble tatt våren 1913.

Sanatoriet var tegnet av arkitekt Hagbarth Martin Schytte-Berg,⁷ etter planer av overlege Albert Tillisch.

Et forslag til romprogram for et sanatorium for 120 pasienter, foreslår en inndeling i fire poster, 2 poster á 30 plasser for mannfolk, og tilsvarende for kvinner. En post i sykeavdelingen bør ha:

3 sykeværelser for 6 senger	18 senger
2 sykeværelser for 4 senger	8 senger
1 sykeværelser for 2 senger	2 senger
1 sykeværelser for 1 senger	2 senger
	sum 30 senger

I tillegg rom for postsøster, depot for lintøy, tekjækken, toalettrom, desinfeksjonsrom, bøtteskap, garderobe, skopusserom, kurtøyrom og hvilerom for delvis oppegående pasienter. Alle sykerom forsynes med veggfaste klesskap. I tillegg skal det være solveranda med plass for 15 senger. Alle postene i sykeavdelingen er foreslått like.

Kjelleretasjen under sykeavdelingen skal inneholde vestibyle, overlegekontor, øvrige legekantor, laboratorium og røntgenrom, badrom, desinfeksjonsrom og endel tekniske rom.

Kjelleretasjen under økonomibygningen skal ha kjøkken, oppvaskrom, lagerrom og rom for betjening

1. etasje i økonomibygningen bør ha bibliotek, forsamlingsal, spisesal, anretningsrom, oversøsters leilighet.

2. etasje; funksjonærmesse, lysbad, dusj- og avkleddningsrom, assistentlegeleilighet.

3. etasje økonomibygning og sykeavdeling bør inneholde boligrom for ansatte.

Liggehallene skal ha direkte utgang fra sykeavdelingene, 55 plasser for menn og 55 for kvinner. De legges i sydsydøst og sydsydvestlig retning for å lette oversikten, og gies en svak bøyning. Kan evt. bygges i to etasjer av plasshensyn og "disiplinære grunne".

Maskinhus med vaskerom, brenselrom og badeavdeling for betjening, strykerom, systue, og i 2. etasje leiligheter for sjåfør og teknisk personale.

I tillegg kommer likhus, garasje, stabbur, overlegebolig, reservelegebolig, forvalterbolig og maskinistbolig.

7) Schytte-Berg var født i Buksnes i Lofoten 25.juli 1860, og var sønn av distriktslege Arnoldus Schytte-Berg. Schytte-Berg studerte i Tyskland og hadde også senere flere studiereiser dit. Han hadde først praksis i Skien etter brannen der i 1886, deretter i Ålesund etter bybrannen i 1904, og fra 1907 i Kristiania. Han har tegnet flere større bygg både i Skien, Ålesund, Trondheim og Oslo. I Trondheim er hovedverket Statsarkivet.

"Vensmoen Sanatorium
1916-1966"

"Forslag til Program for
bygning av et
Folkesanatorium med rum
for 120 pasienter, hvorav 60
mannlig og 60 kvinnelig"

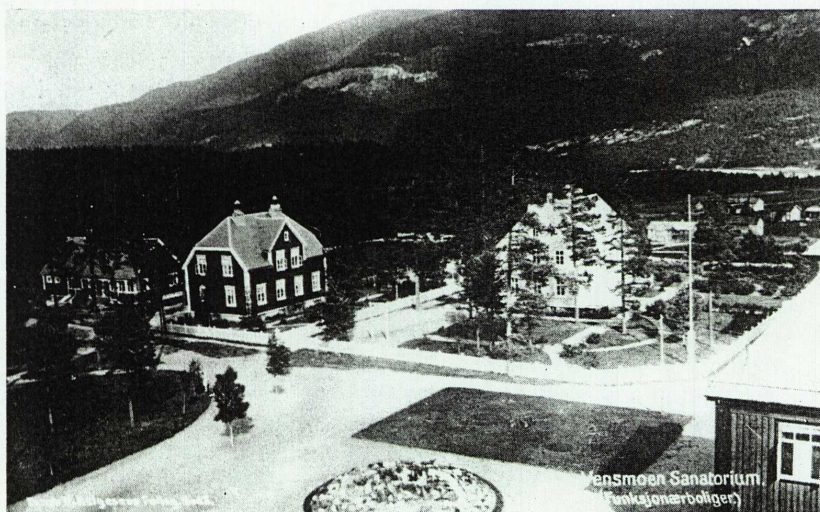
4.5. UTVIKLING AV ANLEGGET

Sanatoriets første direktør og overlege var Hans Blom Sandberg, som også hadde vært i "den departementale komité" som hadde foreslått tomt. Sandberg ble på den tid ansett som Nordlands første tuberkulosemann, og hadde utført et stort arbeide for å få et eget sanatorium for Nord-Norge. Han var med på byggearbeidet, og kjente sanatoriet ut og inn, men desverre døde han av lungebetennelse i januar 1916, før Vensmoen var åpnet.

Vensmoen ble tatt i bruk 7. november 1916. 1. august 1917 var det høytidelig åpning, men allerede fra mars 1917 var sanatoriet fullt belagt.

Vensmoen bestod opprinnelig av selve sanatoriebygningen (se kap. 3.6) , som sammen med stall, vognskjul med låve, grisehus, smie, ishus og verkstedbygning dannede et tun. Rundt tunet lå kombinert reservelege og forvalterbolig, drengestue og maskinistbolig. Brannhuset lå midt på en av plenene som omkranset bygningene. Overlegeboligen lå litt for seg selv, lenger ut i parken.

"Vensmoen sanatorium
1916 - 1966"



Vensmoen, ca. 1925.
fotografert av
Helgesen.
Hovedbygningen
nederst i høyre hjørne.
Fra venstre snekker-
verkstedet, drengestua
og reservelegeboligen.

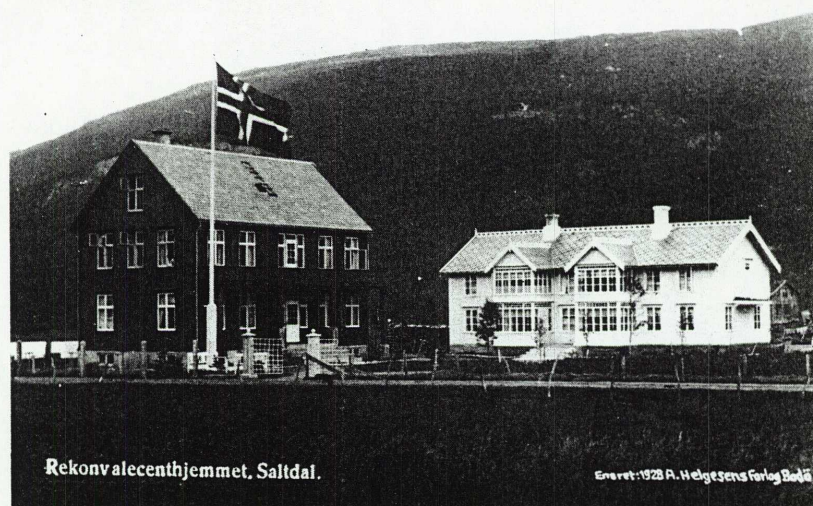
1. august 1927 åpnet barnesanatoriet, som var bygd for 35 lungetuberkuløse barn. Den Norske Nasjonalforening mot tuberkulose stod bak byggingen, den første bevilgningen var gitt i 1923. Nasjonalforeningen ga barnesanatoriet til staten, som tok over driften. Dette sanatorium stod plassert nærmere hovedinnkjørselen enn selve Sanatoriet. Det brant ned i 1940.

Spebarn i kur ved barnesanatoriet.



I 1928 ble det bygd et rekonvalesent- og arbeidshjem på Kvæle, like nedenfor det "platået" selve Sanatoriet ligger på. Det hadde plass til 12 tuberkuløse som hadde gjennomgått sanatoriekuren. Hjemmet var bygd ved hjelp av bidrag fra Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen, og skulle hjelpe pasientene gradvis tilbake til arbeid.

Rekonvalesent-hjemmet, fotografert av Helgesen ca. 1928



Rekonvalesent-hjemmet, Saltal.

Ens ret: 1928 A. Helgesens Forlag Boks.

Holmen Barnehjem ble bygd i 1932, på Røkland, også det nedenfor selve Vensmoen. Det var en gave fra Norske Livsforsikringsselskap og Nasjonalforeningen mot tuberkulose. Barnehjemmet ble bygd for tuberkulose-truede barn.

På grunnmuren til det tidligere barne-sanatoriet ble det i 1955 bygd en kombinert lege- og søsterbolig.

I 1955 ble det gitt tillatelse til et omfattende restaureringsarbeid som pågikk fram til 1965. De små kurhallene mellom økonomibygningen og pasient-avdelingene ble omgjort til kontorer for oversøster, forvalter, kasserer og leger. Det ble også bygd på en 2.etasje, som inneholdt oppholdsrom og røykerom for pasienter. Sykerommene ble fullstendig oppusset, og det ble lagt inn varmt og kaldt vann på alle rom. Forsamlingsaal, spisesal, og kjøkken med siderom gjennomgikk sotre forandringer. Liggehallene ble revet det siste året Vensmoen fungerte som tuberkulose-sanatorium.



Forsamlingsalen på Vensmoen, fotografert ca. 1925 av Hølgesen. De opprinnelige møblene er på plass. Noen av disse møblene finnes ennå på Vensmoen.

I oktober 1966 opphørte Vensmoen som tuberkulose-sanatorium, og pasientene ble flyttet til lungeavdelingen ved Nordland Sentralsykehus.

4.6. HISTORIER OG TRADISJONER FRA SANATORIETIDEN

Den 20. januar hvert år feiret alle på Sanatoriet at sola kom tilbake. Solfesten markerte at det gikk mot vår og lysere dager.

Også 17.mai var en av de store dagene. Tidlig om morgenen ble man vekket av den tradisjonelle salutten. Deretter dannet pasienter og endel av sykepleierne skramleorkester, og gjorde sitt til at man ikke fikk sove. I det tradisjonelle toget gikk hver eneste en som kunne krype og gå, enten de var pasient eller ansatt. Etter toget ble det servert eggedosis.

*"Vensmoen sanatorium
1916 - 1966"*



*17.-mai tog på 20-tallet.
Fasade mot parken med
den åpne liggehallen
mellom pasient-
avdelingen og
hovedbygget.*

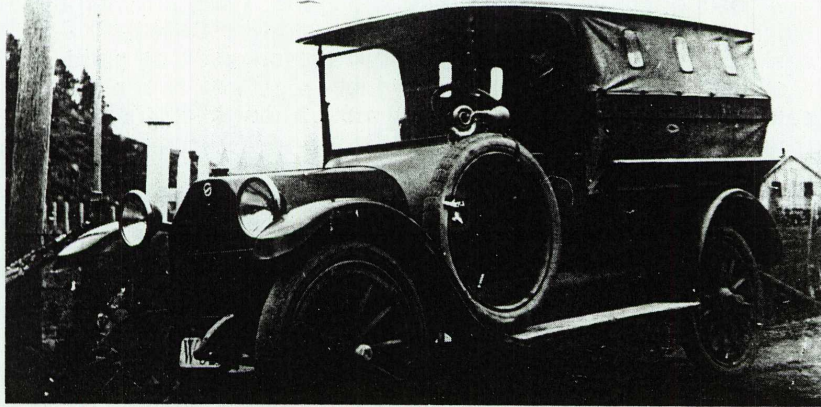
I 1912 behandlet formannskapet spørsmålet om bidrag til opparbeidelse av hovedvei fra Rognagn til Møltrømoen. Amtmanden og medicinaldirektøren var tilstede og redegjorde for saken. Formannskapet besluttet å foreslå "at herredsstyret bevilger til ekstraordinær oparbeidelse av hovedveien kr. 2000.00 ---to tusinde kroner --- "

Vensmoen skaffet seg i 1915 en bil for å frakte pasientene fra kaia på Rognan og opp til Sanatoriet. Herredsstyremøtet i Saltdal behandlet den 11. juni som sak 90/1915 en forespørsel fra overlegen på Vensmoen om tillatelse til å "befare veien mellom Rognan og Vensmoen sanatorium med sin anskaffede automobil." Et skriv fra amtsingeniøren ble referert, der "paapekes at der fastsættes bestemte kjøretider saaledes at enhver blir vidende om naar man kan passere den paagjældende veistrækning uten at møte automobilen". Herredsstyret besluttet enstemmig: "Forsaavidt veien Rognan-Junkerdalen klassifiseres som hovedvei andrager herredsstyret om at sanatoriets motorkjørsel indskrænkes til 2 høist 3 ganger i døgnet efter konference med vedkommende myndigheter om tiderne." Dersom automobilkjørselen skulle forårsake økt veivedlikehold, forutsettes det at dette dekkes av det offentlige.

*Kommunestyreprotokoll,
1915*

48

Vensmoens første bil



Vensmoens første buss



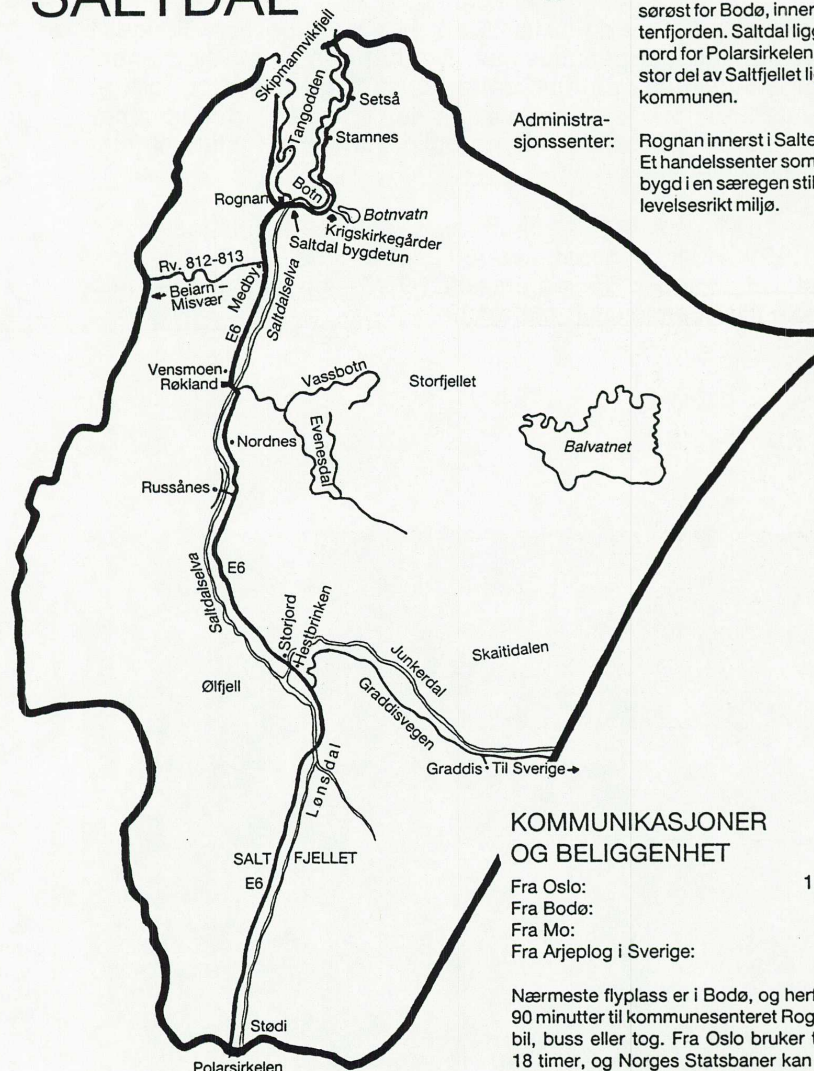
4.7. UTVIKLING

4.7.1. bruk etter sanatorietida

Vensmoen var den største arbeidsplass i Saltdal kommune, og innehar også derfor en viktig plass i miljøet. Da Sanatoriet startet i 1917 var det ca.30 faste stillinger, og det økte utover. Det ble i løpet av Sanatoriets 50-årige historie behandlet 19596 pasienter.

Saltdal kommune, presentert i en brosjyre utgitt av kommunen i 1987.

SALTDAL



Areal: 2213 km²
 Folkemengde: 5.200
 Beliggenhet: Innlandskommune 100 km sørøst for Bodø, innerst i Saltenfjorden. Saltdal ligger like nord for Polarsirkelen, og en stor del av Saltfjellet ligger i kommunen.
 Administrasjonssenter: Rognan innerst i Saltenfjorden. Et handelssenter som er nybygd i en særegen stil i et opplevelsesrikt miljø.

KOMMUNIKASJONER OG BELIGGENHET

Fra Oslo:	1.250 km
Fra Bodø:	100 km
Fra Mo:	150 km
Fra Arjeplog i Sverige:	200 km

Nærmeste flyplass er i Bodø, og herfra er det 90 minutter til kommunesenteret Rognan med bil, buss eller tog. Fra Oslo bruker toget ca. 18 timer, og Norges Statsbaner kan tilby nye og komfortable vogner på Nordlandsbanen som har sitt endepunkt i Bodø.

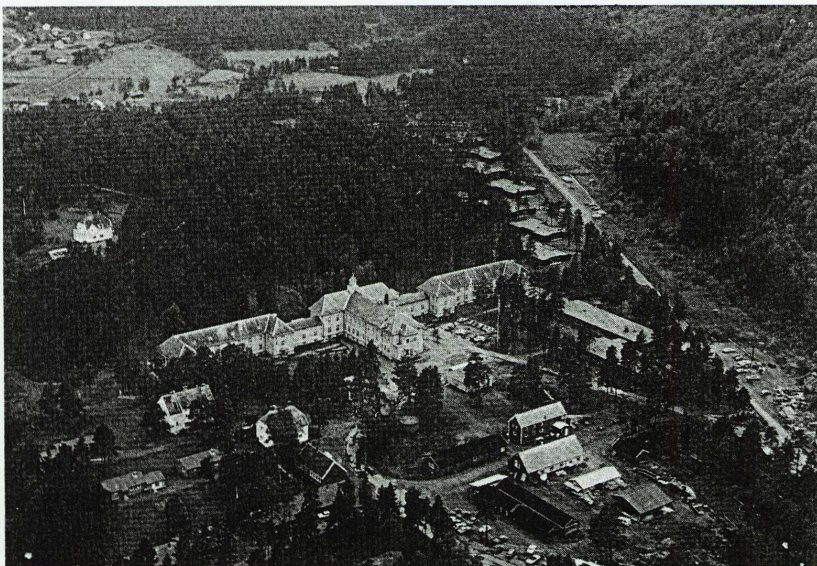
50

En god del av befolkningen fikk med Vensmoen å gjøre. Det var en stor arbeidsplass i den tidens målestokk. Vensmoen brakte også mange fagfolk til kommunen, så som leger og sykepleiere. Mange fikk arbeid på verksted, kjøkken, og andre funksjoner. Også utenom selve Vensmoen fikk institusjonen innvirkning på arbeidslivet; gårdbrukerne leverte kjøtt og melk, og skogeierne ved.

I løpet av en uke etter at tuberkulose-pasientene var flyttet ut i oktober 1966, ble Vensmoen tatt i bruk som sentral-institusjon for psykisk utviklingshemmede. Den 10. oktober 1966 ankom 38 pasienter med buss. Det var da 54 ansatte på Vensmoen, og kommunen var redd nedgang i skatteinntangen som følge av omlegginga. På det meste hadde Vensmoen Sentralinstitusjon 238 pasienter og 295 hele stillinger, tilsvarende ca 420 ansatte, så frykten for nedgang var ubegrunnet.

Det har i løpet av de siste 25 åra blitt bygd boligpaviljonger i deler av det tidligere parkanlegget. Det har også vært gjort endel omlegging av vegene på området og også bygd nye bygg, slik at den gamle Sanatorie-bygningen ikke vises så godt når du kommer inn på området. Det er også bygd boliger mellom søsterhjemmet og hovedbygningen.

1.1. 1991 er også epoken som sentral-institusjon over. Pr. 1.2.1992 vil antall ansatte være ca. 150 fordelt på 85 stillinger. Pasienttallet er nede i 85 ved årsskiftet 90/91, og skal trappes ned til det ikke blir noen igjen 1. mars 1992



Oversiktsbilde fra Vensmoen, med boligpaviljonger i parken mot sør, øverst i bildet, verkstedhaller ved hovedbygningen og nye boliger til venstre i bildet.

4.7.2. bruk i dag - framtidsplaner

Framtida for Vensmoen er ennå ikke helt klarlagt. Det foreligger planer om dannelse av Vensmoen Rehabiliterings- og Næringspark. Det skal dannes et eierselskap, aksjeselskap, med eiendomsrett over bygningene på Vensmoen. Det skal også dannes et driverselskap, som skal leie ut lokalene og kunne tilby endel felles tjenester. For eksempel administrative tjenester, rengjøring, vaktmestertjeneste osv. kan leies eller kjøpes.

Allerede i dag er en rekke aktiviteter igangsatt. Flere av de funksjoner som tidligere hørte til under institusjonen, er idag helt eller delvis overtatt av private. Bakeri, vaskeri, systue er igang, et regnskapsbyrå, gartneri, cateringvirksomhet, foredling av vilt, hestesenter, produksjon av trevarer som dører og taktro. Virksomhetene er allerede mange og varierte.

Det er også innledet samarbeid med stat, fylke og kommune, og flere tiltak innenfor helse er etablert. En ortopedi-tjeneste er igang, og rehabilitering for trafikkskadde. Spesialtiltak for psykisk utviklingshemmede, slag-rehabilitering, transport for funksjonshemmede, aktivitetssenter for funksjonshemmede, kommunal barnehage-avdeling. Innenfor helsetiltak satser en på å få beholde de ressurs- og fagpersoner som har hatt tilknytning til Vensmoen. Kommunen skal legge et avdelingskontor av kulturetaten til Vensmoen.

Hovedhuset vil i framtida hovedsaklig benyttes til kontor/administrasjon, vaskeri og kjøkken funksjonene beholdes. 1. etg. i avdeling B skal brukes til sykehjemsvirksomhet. De nyere paviljongene blir tatt i bruk i forbindelse med de forskjellige helse-tilbudene som settes i gang, i en av disse er også den kommunale barnehagen plassert.

Det er viktig at hele anlegget blir sett under ett, for å styre den videre utviklinga framover.

5. TUBERKULOSEMUSEUM

5. TUBERKULOSEMUSEUM

5.1. TUBERKULOSEN, VÅR NÆRE FORTID

Det ser nå ut til at driften ved flere av statsanatoriene er under avvikling. Gjenværende materiell, møbler, gjenstander og arkiver må flyttes ut. Det er derfor viktig å få tatt vare på tuberkulosehistorien så snart som mulig. Tuberkulosen er en viktig og vesentlig del av vår nære historie, og et vellykket eksempel på at hele samfunnet tar ansvar i kampen mot en "folkesykdom".

Tuberkulosebehandlingen har i Norge en forholdsvis kort historie. Sykdommen hadde en voldsom utvikling i siste halvdel av 1900-tallet, med en topp i dødeligheten rundt århundreskiftet. (se kap. 2) Først i år 1900 fikk Norge en egen tuberkuloselov, og et organisert arbeid mot tuberkulosen ble satt igang. Den økte kjennskap til sykdommen, nye behandlingsmetoder og tilslutt virksomme medisiner gjorde arbeidet vellykket. Opp mot 1960 var antallet sykdomstilfeller gått drastisk ned, og tuberkulosen kunne nærmest anses som ute av sykdombildet i Norge. Det var over hele landet bygd opp behandlingstilstander for tuberkulose, (se kap. 2,6) 6 statssanatorier på landsbasis, og lokale helseheimmer. Disse institusjonene gikk i løpet av 1960-årene over til å bli behandlingstilstander for andre grupper, en utvikling lik den som har vært i Sverige. (se kap. 3.4). Noen av statsanatoriene ble sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede, andre ble psykiatriske sykehus.

Tuberkulosen rammet de fleste familier, og har satt dype spor. Det er derfor viktig å få dokumentert kampen, smerten, sorgen, den sosiale isolasjon, og engasjementet. De yngre generasjoner som ikke har opplevd tuberkulosen og dens dramatiske påvirkning må kunne få muligheten til å sette seg inn i denne delen av historien. Eldre vil kunne finne gjenkjennelse, og også kunne gå nærmere inn på en viktig del av sin fortid.

Det er viktig å få dokumentert alle sider av tuberkulosen, både gjennom opplevelse av f.eks. behandlingssituasjon, kuring i liggehaller, sovesalen osv. Ikke bare behandling, men også sosiale forhold bør taes opp. Også skriftlig og muntlig overføring av informasjon, fakta og historier må inngå. Bildedokumentasjon, litteratur og kunstneriske bidrag er viktige.

5.2. HVORFOR VENSMOEN ?

Som drøftet i kapittel 3.6 framstår Vensmoen som et typisk eksempel på den tids offentlige byggeri. Samtidig er Vensmoen med sin utforming og arkitektur spesiell i forhold til de andre stats-sanatoriene. Vensmoen er i hovedsak en trebygning, og det opprinnelige eksteriør er beholdt. Institusjonen har en plassering som er typisk, i en barskog med utsikt over bygda og fjellet. Samtidig er området avsondret fra omgivelsene, i og med at sanatoriets areal utgjøres av et platå som ligger over dalbunnen.

Vensmoen er sentralt plassert i landet, og i forhold til kommunikasjonslinjer, i og med at både jernbane og E6 passerer like i nærheten.

Vensmoen Tuberkulosemuseum og dokumentasjonssenter er tiltenkt å være en viktig faktor i mangfoldet som planlegges innenfor de eksisterende bygninger og arealer. Besøkende som kommer til museet vil kunne benytte andre fasiliteter på området, som for eksempel kafé, bakeriutsalg, idrettsanlegg, husflidsutsalg, hestesenter. Det finnes også mulighet for overnatting.

Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter vil kunne benytte seg av de tjenester som Næringsparken tilbyr. (se kap. 4.7.2) Nødvendige tjenester som sentralbord, regnskap, vaktmester, renhold vil kunne leies av Næringsparken. Drift av Tuberkulosemuseet vil derfor i utgangspunktet ikke være avhengig av annet enn en daglig leder som kan stå for driften .



Fra hovedvegen inn på området, mot nord. Fotografert 1990.

Det er viktig at hele området sees i sammenheng, og at utviklingen vidres styres til beste for alle interessenter på Vensmoen.

5.3. UTVIKLINGSMULIGHETER

Et museums viktigste oppgaver vil være:

- Innsamling
- Bevaring
- Forskning
- Formidling

*Museumsplan for Nordland
1989-93,*

Et landsdekkende museum som Tuberkulosemuseet vil måtte omfatte alle disse oppgavene. Innsamling og bevaring av både gjenstander, skriftlig og muntlig materiale er delvis allerede i gang. Mye materiale er registrert og kan hentes. Bevaring av materialet krever forsvarlig istandsetting, vedlikehold og oppbevaringsforhold.

Forskningmateriale skal være enkelt tilgjengelig gjennom det dokumentasjonsenter som bygges opp. Formidling av materialet skjer gjennom utstillinger, publikasjoner, tilgang til magasiner, forskjellige arrangementer.

5.3.1. utstillingsdel

Et museum som skal ha som hovedoppgave å formidle tuberkulose-historien må ta for seg alle aspekter ved sykdommen, både fra menneskelig, medisinsk, sosialt og samfunnsmessig perspektiv. Det er viktig å få en utstillingsdel som enkelt og lettforståelig formidler historien til mennesker som aldri selv har opplevd denne dramatiske del av fortiden. Ulike utstillingsteknikker kan kombineres, for å gi best mulig forståelse av temaet.

En basisutstilling basert på gjenoppbygging/rekonstruksjon av interiører, vil danne grunnlaget. Denne kan kombineres med utfyllende utstillinger som benytter ulike utstillings-teknikker.

En kan tenke seg at museums/utstillingsdelen bygges opp som en "vandring" for publikum, der en går fra rekonstruerte miljøer, gjennom utdypende gjenstands-/plansjeutstillinger; f.eks. om pasientbehandling i tilknytning til et rekonstruert soverom. Videre gjennom flere rekonstruerte rom/kompletterende utstillinger. Dette kombineres med tema-utstillinger, gjenopplevelse av situasjoner ved hjelp av audiovisuelle teknikker, tilgang til historisk materiale ved datateknikk.

Et berikende tillegg vil være tema-utstillinger som tar for seg tuberkulosen litt på siden av selve sykdommen og behandlingen. Her kan f.eks. bildende kunst, litteratur, musikk være tema, der tuberkulosen enten er tema for verket, eller at kunstner er berørt av tuberkulosen på en eller annen måte.

5.3.1.1. GJENSTANDSMATERIALE

Det finnes på Vensmoen endel av det materiell og utstyr som ble brukt under sanatorietiden. Under arbeid med forprosjektet er det gjort henvendelser til alle statssanatoriene, og rundt 60 tidligere helseheimmer, behandlingstilstander og enkeltpersoner. Det finnes ennå noe materiell og gjenstander rundt på de forskjellige institusjonene. For tiden ser det ut til at flere institusjoner er under avvikling eller skal gå over til annen bruk. Det er derfor svært viktig å få tatt vare på det eksisterende materiale snarest, før det forsvinner.

Gjenstandsmateriale vil være en viktig del av rekonstruksjonen av f.eks. legekontor, behandlingsrom, røntgenrom og sovesaler. I tillegg kan gjenstander brukes i en temautstilling, eller i andre former for fortellende utstillinger. Det er også viktig å få tatt vare på gjenstander som ikke nødvendigvis stilles ut, det må i forbindelse med museet opprettes et magasin som kan ta vare på interessant materiale.

5.3.1.2. INNSAMLINGER - REGISTRERINGER

Arbeidet med innsamling av opplysninger har pågått gjennom hele 1990. Det er registrert gjenstandsmateriale som kan overtas av et tuberkulose-museum.

Det er også i gang en intervjuundersøkelse av tidligere tuberkulose-pasienter, pleiepersonale og andre som har tilknytning til tuberkulose-historie på noe vis. Forfatter Dag Skogheim, som også er med i forprosjektgruppa har fått midler til denne innsamlingen

5.3.2. dokumentasjonssenter

5.3.2.1. GJENSTANDSSAMLING

En gjenstandssamling vil kreve magasinplass for det materiale som ikke brukes i utstilling. Også registrering av materiale som finnes andre steder vil være en viktig del av samlingen.

5.3.2.2. BIBLIOTEK

En bibliotek-funksjon vil kunne basere seg på en database, med tilknytning til større, sentrale databaser. Her må registreres all kjent litteratur om emnet tuberkulose. Det kan også inneholde et tradisjonelt bibliotek med faglitteratur, skjønnlitteratur som omhandler tuberkulose, og også annen litteratur som har tilknytning, f.eks. pasient-bibliotek fra tuberkuloseinstitusjoner.

Det er under forprosjektfasen registrert både pasient-bibliotek og medisinsk tuberkulose-bibliotek som det kan være mulighet for å overta. Det haster med å få tatt vare på dette materialet.

Innenfor bibliotek-funksjonen må også statistisk materiale behandles. Medisinske statistikker og undersøkelser må være tilgjengelig, og kunne brukes både av studenter, forskere, og "den vanlige publikummer". Det er viktig at bakgrunnsmateriale er enkelt tilgjengelig for alle interesserte. Biblioteket må også inneholde intervjuer, foto, journaler, film, billedkunst og minnebøker /

dagbøker. I databasen vil det også legges inn analysert stoff/artikler fra bøker, aviser og tidsskrifter, og oversikt over materiale som ikke finnes på Vensmoen.

Det er opprettet kontakt med Nordland Fylkesbibliotek, der arbeidsdeling og ansvarsfordeling når det gjelder et museumsbibliotek er diskutert

5.3.2.3. ARKIVMATERIALE

De opplysninger som er skaffet til veie gjennom kontakt med de andre institusjonene, viser at arkivene har hatt en nokså tilfeldig skjebne rundt omkring. (se også kap. 3.5). Et dokumentasjonssenter må ha oversikt over hvor de forskjellige arkiver befinner seg, og også ta vare på arkiver hvis mulig. Dette vil kreve et brannsikkert magasin.

5.3.3. magasin

Innenfor de foregående kapitler er det dukket opp behov for magasinplass. Dette kan gjelde både gjenstands- og arkivmateriale. Her er kravet om brannsikring viktig. Det må diskuteres om et magasin skal være tilgjengelig for publikum, for forskere, eller kun skal være et lager. Den beste løsning vil være et magasin som er tilgjengelig for spesielt interesserte som gjerne vil utdype den kunnskap som formidles gjennom utstillingen.

Under hele hovedbygningen på Vensmoen er det kjeller i betong. Her kan det enkelt lages brannsikre magasiner, som bør kunne dekke behovet for lang tid framover.

5.4. ORGANISASJONSFORMER

5.4.1. organisering

I Nordland fylke er det idag to hovedtyper museer, region museer og lokalmuseer. I tillegg finnes det to spesialmuseer; Sulitjelma Gruvemuseum og Nordland Røde Kors Krigsminnemuseum. Lokalmuseene skal belyse den kulturhistoriske utviklingen innen sitt lokale område, som oftest en kommune. Spesialmuseene tar for seg spesielle tema. Regionmuseene har ansvar for hele regionen, i sær med tanke på veiledningsutstillings- og pedagogisk virksomhet.

*Museumsplan for
Nordland, 1989-93*

Statens Museumsråd deler museene i tre kategorier; nasjonale museer, fylkesmuseer og lokale museer. Nordland har 6 regionmuseer, som er "desentraliserte" fylkesmuseum, og 16 lokalmuseer innenfor tilskuddsordningen for halvoffentlige museer.

Nordland fylke har innenfor tilskuddsordningen for halv-offentlige museer i dag en refusjonsandel fra Staten på 75%. Fylket dekker 12,5 % og kommunene de resterende 12,5 % av driftsutgiftene ved museene. Tilskuddsordningen er under omlegging, og tilskuddene fra fylket har ikke hatt noen reell økning de siste årene. Museer som ikke allerede omfattes av ordningen kan ikke regne med å komme inn i løpet av planperioden (1989-93).

Lokalmuseet Saltdal bygdetun ble etablert i 1974, og er kommunalt eid. Bygdetunet er med i tilskuddsordningen, og har ansatt vaktmester og håndverker.

Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter er tenkt å skulle være landssdekkende, og bør kunne defineres som et "nasjonalt museum". Et samarbeid med Saltdal Bygdetun kan være aktuelt, spesielt når det gjelder opplegg for turister og besøkende grupper.

Forprosjektgruppa har kommet fram til at Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter bør organiseres som en stiftelse. En har da en "juridisk person" å forholde seg til, og et godt grunnlag for å søke om å komme inn under tilskuddsordninga.

5.4.2. forslag til vedtekter

FORMÅL

- §1 Stiftelsen "Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter" er en privat stiftelse, og opprettet for å etablere og drive et tuberkulosemuseum og dokumentasjonssenter ved Vensmoen i Saltdal kommune.

Stiftelsen skal gjøre avtale om å få disposisjonsrett eller eventuelt overdratt deler av Vensmoen Tuberkulosesanatorium til bruk som Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter.

Grunnkapitalen er innsamlet materiale og dokumentasjon.

Stiftelsens formål er gjennom museal drift å ta vare på gjenstander og materiell fra sanatorie-tiden. Videre samle inn og ta vare på utstyr, gjenstander, litteratur, arkivalia, dokumentasjon og tradisjonsstoff knyttet til tuberkulosehistorien i Norge. Materialet skal samles i et dokumentasjonssenter, som skal danne grunnlag for opplysning, forskning og seminarer.

Det er en forutsetning at stiftelsens framtidige virksomhet skal være i samsvar med regelverket for gjeldende tilskuddsordninger.

- §2 Museet skal ha en rimelig museumsteknisk standard, med katalog og dokumentasjon av samlingene. Det skal fungere som en kunnskapsbank innenfor sitt emneområde, og stilles til rådighet for forskning og formidling på alle nivå.
- §3 Museet og dokumentasjonssenteret skal være tilgjengelig for alle. Åpningstidene skal kunngjøres. Museet skal så langt råd er bistå skoler og utdanningsinstitusjoner med informasjon og veiledning. Museet kan etter styrevedtak stille gjenstander og annet materiale til rådighet for museumsutstillinger.

ORGANISASJON/ STYRETS ARBEID

- §4 Stiftelsen skal ha et styre som består av en representant fra hver av stifterne, fra kommune og fylkeskommune. Styremedlemmene velges for en fireårsperiode. Ved første oppnevning velges halvparten av styremedlemmene for 2 år og resten for 4 år slik at skiftet blir hvert andre år. Første gang skjer dette ved loddtrekning.

De kommunale og fylkeskommunale medlemmene skal følge valgperiodene for kommune- og fylketsting-valget. Det skal oppnevnes vararepresentanter for alle medlemmene. Deres funksjonstid skal følge styremedlemmenes.

Styret velger formann for en periode på to år. Styremedlemmene kan gjenvelges. Inntil museet har fått daglig leder/fagmann er styrets formann den som har den daglige ledelsen av museet.

Fram til endelig etablering av museet/dokumentasjonssenteret vil det være ønskelig at et interimstyre fungerer som styre for stiftelsen.

- §5 Styret skal påse at stiftelsens virksomhet er i samsvar med formålet.

Styret er tilsettingsorgan, og har anledning til å delegere ansvar og oppgaver til ansatte gjennom stillingsinstrukser som styret vedtar.

60

Styret har anledning til å oppnevne nemnder og utvalg for å løse spesielle oppgaver som er bestemt av styret i mandat, instruks eller retningslinjer.

Stiftelsens grunnkapital skal forvaltes slik at den reelle verdien ikke reduseres. Stiftelsen kan ikke selge eiendeler uten styrevedtak med 2/3 flertall.

- §6 Årsmelding og regnskap for foregående år skal hvert år legges fram på styremøte før 1. april.

Regnskapet skal revideres av statsautorisert eller offentlig revisor dersom ikke revisjonen blir utført av kommunal eller fylkeskommunal revisor.

Formannen kaller inn til dette møtet med minst fire ukers varsel. På samme møte skal eventuelle valg avvikles.

Styremøter utover dette skal kalles inn med minst en ukes varsel. Dersom et av styremedlemmene krever det, skal styret innkalles. Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av medlemmene er tilstede. Ved stemmelikhet har formannen eller møtelederen dobbeltstemme.

Museets leder er saksbehandler og sekretær for styret.

ØKONOMI

- §7 Stiftelsen skal finansieres med tilskudd fra stat, fylke, kommune, venneforening og eventuelt andre.

OMORGANISERING

- §8 Rett til omorganisering av stiftelsen ligger hos fylkeskommunen, jfr. §37 i "Lov av 23. mai 1980 nr.11 om stiftelser m.m."

Fylkeskommunen kan vedta endringer i vedtekter i samsvar med forutsetninger i §35 og 36 i lov om stiftelser. Fylkeskommunen kan også etter samme avgjørelsesregler vedta oppløsning av stiftelsen. Før fylkeskommunen gjør vedtak om omorganisering skal stiftelsens styre uttale seg.

Dersom stiftelsen blir oppløst, skal alt som stiftelsen eier tilfalle Nordland Fylkeskommune, som kan overføre eiendelene til en annen offentlig eller halvoffentlig institusjon der det fortsatt kan tjene museums- eller kulturformål.

REVISJON AV VEDTEKTENE

Vedtektene skal revideres etter 3 års prøvedrift av museet/ dokumentasjonssenteret.

6. OPPSUMMERING

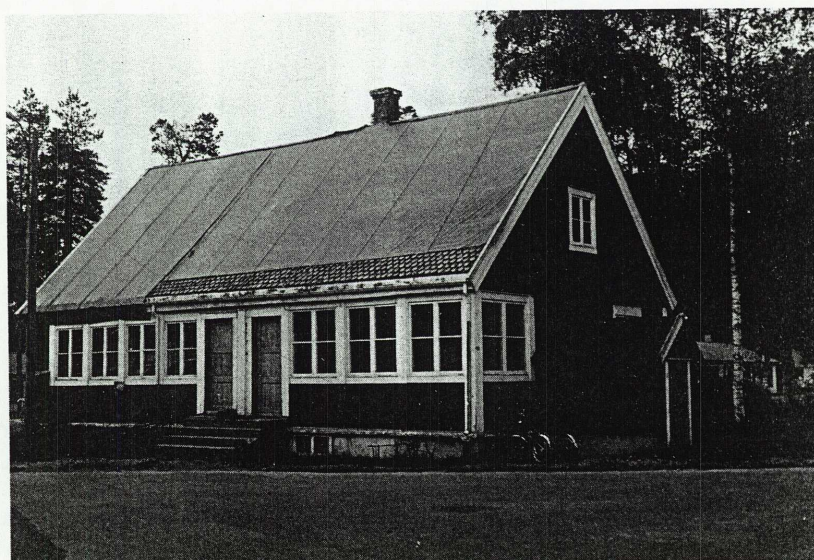
6. OPPSUMMERING

6.1. LØSNINGER INNENFOR VENSMOEN

Vensmoen har bygninger som kan romme alle de funksjoner som et tuberkulosemuseum bør inneholde. Eksteriørmessig står hovedbygningen slik den ble bygd. Det er innvendig foretatt noe ombygging, men planløsningen er i hovedsak beholdt. En museumsløsning vil kreve en rekonstruksjon av noen rom, såsom legekontor, røntgenrom, sovesal. En liggehall, eller deler av en bør også rekonstrueres. En museumsdel bør få egen inngang, slik at publikum enkelt skal kunne orientere seg.

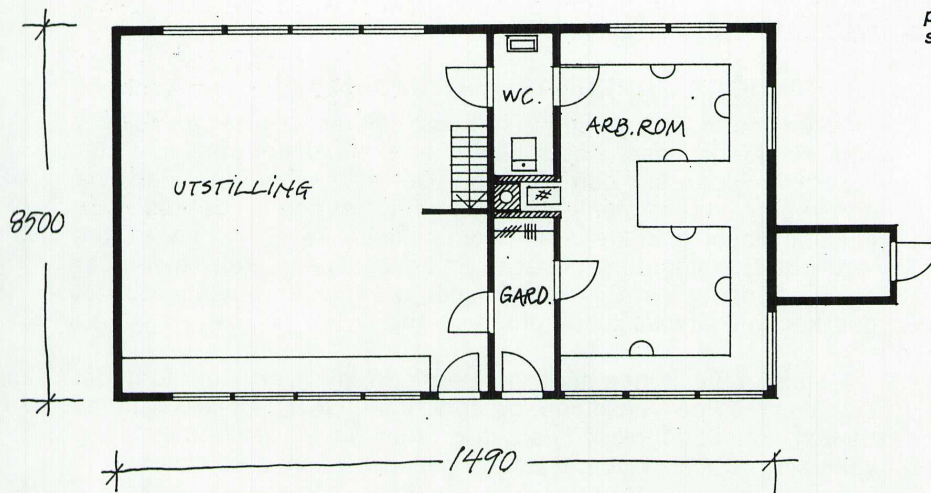
Museet vil kunne tilpasse seg den nye struktur som det arbeides med på Vensmoen, og en vil kunne dra gjensidig nytte av de funksjoner som plasseres der. Et museum vil berike miljøet, og virke som et trekkplaster. Det bør også inngå som en del av samlet turistsatsing i området. Det er viktig å se hele området i sammenheng, at museet inngår som en naturlig del av Vensmoen. Utviklingen bør styres slik at museet og næringsparken fungerer sammen og ikke ødelegger for hverandre.

FASE 1: Mens det arbeides med endelig løsning for plassering av tuberkulose-museet, kan det gamle snekkerverkstedet istandsettes og benyttes både som magasin for innsamlede gjenstander, som kontorplass for engasjert arbeidskraft, og også til midlertidige utstillinger. Dette vil være med på å gjøre museet kjent blant folk, både i nærmiljøet, og blant turister. Interesserte vil ha en plass å henvende seg, og det vil være viktig å få vist fram hva det arbeides med underveis i prosessen.



*Snekkerverkstedet
fotografert i 1990*

62



Skissemessig
planløsning av
snekkerverkstedet

Snekkerverkstedet må etterisoleres og taket isoleres og tekkes på nytt. Etterisolering av vegger bør gjøres innvendig, for å bevare fasadens utseende. Det bør også legges inn toalett dersom det skal bli permante arbeidsplasser her. Planskissen har et forslag til arbeidsplasser og utstillingsareale i 1. etasjen, mens 2. etasjen benyttes til midlertidig lagerplass. Magasinplass for mer permanent lagring må innredes i kjelleretasjen i hovedbygningen så snart som mulig.

Etableringskostnader:

- fase 1: Istandsetting av snekkerverkstedet
 Innsamling av gjenstander
 Registrering/konservering
 Dokumentasjon
 Drift av midlertidig museum
- fase 2: Rekonstruksjon av liggehall
 Tilbakeføring av deler av sanatoriet
 Utstillingsarbeid
 Dokumentasjon

Driftskostnader:

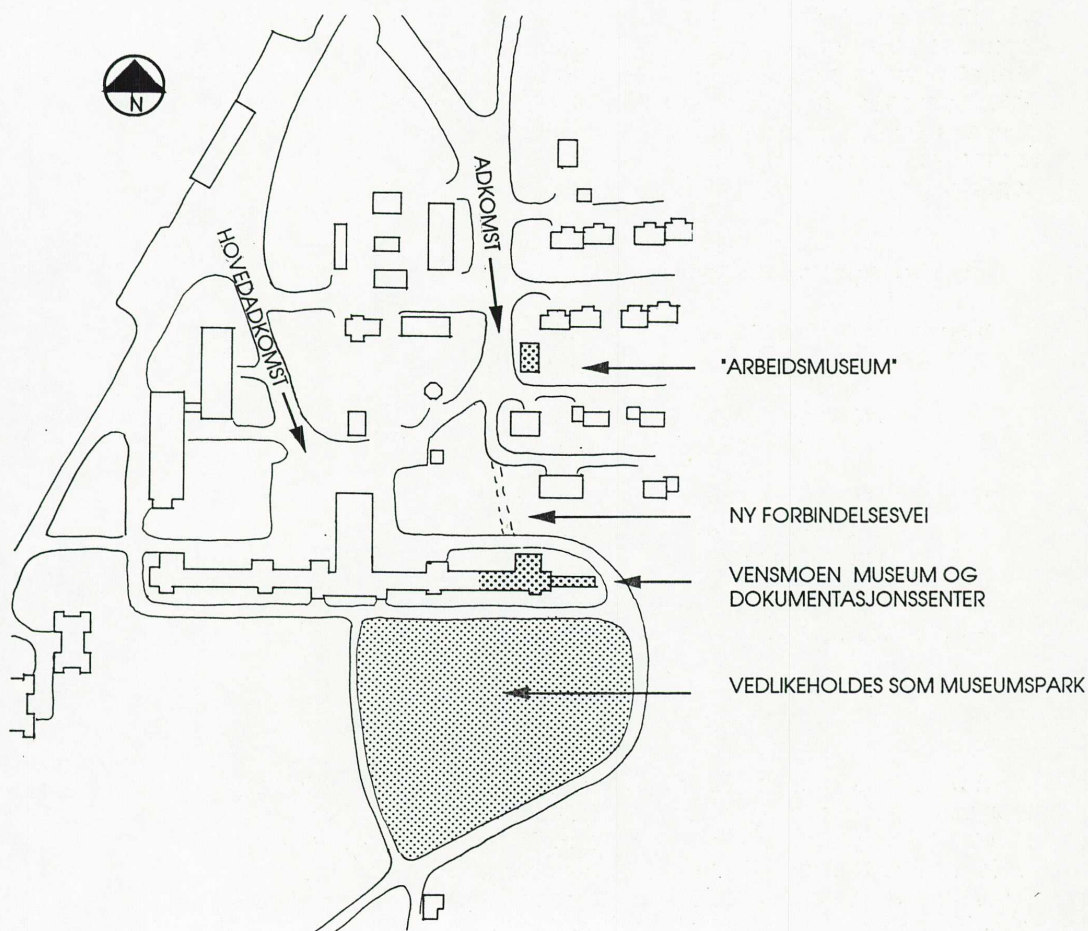
- Drift; lys, varme, telefon osv.
 Personale

Etableringskostnadene vil avhenge av utstillingsarealet og hvor store deler av bygningen som skal tilbakeføres. Erfaringstall fra utstillingsarbeid viser at en fullstendig utstilling vil koste fra 7.000-10.000 kr / m². Dette inkluderer da også bygningsmessige tilpasninger. Rekonstruksjon av liggehall og tilbakeføring av innredning vil ha en m²-pris på rundt det halve av dette.

FASE 2: Deler av hovedbygningen taes i bruk som Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter. Den beste løsningen vil være å bruke østenden, da det her er best mulighet for rekonstruksjon av liggehall, og også bedre forbindelse med parkanlegget. Deler av parken bør vedlikeholdes i sammenheng med museet, og gangstier opparbeides igjen. Museet må få egen inngang, som klart annonserer seg mot adkomstene.

Museumsplanene vil kreve videre planlegging både av utstillinger, rekonstruksjon, innsamling og dokumentasjon, og store ressurser til selve gjennomføringen.

Kart som viser løsning med Vensmoen tuberkulose-museum og dokumentasjons-senter i østenden av hovedbygningen, forbindelse mellom "arbeidsmuseum" i snekkerverkstedet og endelig museum.



7. LITTERATURLISTE

8. VEDLEGG

- LISTE OVER KONTAKTER
- TUBERKULOSELOVEN AV 8/5-1900
- PLAN OG FASADETEGNING AV HOVEDBYGNINGEN
VENSMOEN TUBERKULOSESANATORIUM

7. LITTERATURLISTE

- ByggekunstRingvoll sanatorium, 23.juni 1935
byggekunst nr. 6 1935
 Corneil, Elin...Landsdekkende museum for fiskeindustri på Melbu
 Evensmo, Randi.....Peter, en kjærlighetshistorie, Oslo 1987
 Gade, Herman G.....Kysthospitalet i Hagevik, Bergen 1930
 Gjessing, T.....Beretning om Lyster sanatorium 1935, 1936 og 1937
 Gjestrum, John Aage.....Økomusumsboka, Norsk ICOM, 1988
 "Handbuch der arkitektur"5. kap. Lungenheilstätten
Stuttgart 1903
 Hestetun, Per Arne..Velferdsekspansjon og organisasjonsendring
Hovedoppgave i sammenlignende politikk, Bergen 1985
 Historisk museum....."- du skal dit dyreste miste"
Ustillingskatalog, Bergen 1985
 Holter, E.T.....Årsberetninger for Landeskogen sanatorium
1923, 1931, 1933, 1934, 1935, 1939
 Lunde, N.....Beretning om Lyster sanatorium 1927
 Lunde, N.....Lyster sanatorium 25 års jubileum 127
 Martinussen, Atle Ove.....Salhus Tricotagefabrik
Plan for etablering av norsk trikotasjemuseum, Bergen 1989
 Museumshandboka.....1980
 Museumsplan for Nordland 1989-93.....1988
 Norske Kvinners Sanitetsforening..Beretning ved 50-års jubileet
 Olsen, Anne Marie Lyng.....Furulund tuberkulosehjem
Artikkel i Arven, Sannisdal Historielag 1988
 Rekdal, Bjarne.....Romsdal Helseheim
Romsdal Sogelags årsskrift 1976
 Schram, Thomas.....Arbeidsbehandling og forsorg for tub.
rekonvalesenter
Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen, Oslo 1933
 Schram, Thomas.....Tub.arbeidet i Nordland fylke
Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen, Bodø 1933
 Skogheim, Dag.....Tæring, Oslo 1988
 Sletteng, Unni.....Vensmoen Sanatorium 1916 - 1966
 Smith, L.B.....Beretning om Lyster sanatorium 1930 og 1932
 Sæbø, Øyvind.....Tub.loven av 8/5 1900 og dens forutsetninger
Hovedfagsoppgave i historie, Bergen 1982
 Thomassen, O.K.....Reknes Sanatorium
Fra 100-års jubileumsbok, Møre og Romsdal legeförening
 Ukjent forfatter.....Vardåsen sanatorium
Fra "beretningen om Oslo Kommune for årene 1912-1947"
 Ustvedt, Hans Jacob.....Tuberkulosen i historisk perspektiv
Tidsskrift for den norske lægeförening, nr.17/18-1975
 Varmedal, Kr.....Tatt avsides; Harstad Tidendes trykkeri
 Øverland, Birger.....Om tuberkulosen
Den norske nationalforeningen mot tuberkulosen, Oslo 1932
 Åman, Anders.....Om den offentliga vården
Svensk Arkitekturmuseum 1976
 Åman, AndersPrinciper för sjukhusplanering
Sju uppsatser i svensk arkitekturhistoria

Abrahamsen, Ruth	9800	Vadsø
Aker San. forening barnekoloni	3478	Nærnes
Aker Sykehus		Oslo3
Akershus (fylkeslegen)	0401	Oslo4
Aust Agder, (fylkeslegen)	4800	Arendal
Bardal, Henry	0862	Oslo 8
Barnesanatoriet, Molde	6400	Molde
Bjørkeli psyk. sjukeheim	5700	Voss
Bonstra, Elcon (komm.lege 1)	6980	Askvold
Braathen, Reidun	4600	Kristiansand
Brembo, Rolf	0872	Oslo 8
Brokkenhaug Anne Karin	0131	Oslo 1
Buskerud (fylkeslegen)	3000	Drammen
Christiansen, Øystein M. (komm.lege)	6700	Måløy
Distriktshøyskolen i Bodø	8000	Bodø
Eggen, Ivar NSS	8000	Bodø
Eilertsen, Eilert	5630	Strandebarm
Finnmark (fylkeslegen)	9800	Vadsø
Follebu Røde Kors sykehus	2620	Follebu
Follo Helseheim	1430	Ås
Frimanslund, Dankert	5030	Landsås
Furukollen sanatorium	4800	Arendal
Gardarheim Pleiehjem	1903	Gan
Glitre sanatorium	1486	Glitre
Gloppen sjukehus	6860	Sandane
Granheim/Kornhaug sanatorier	2620	Follebu
Grefsen sykehjem	0409	Oslo4
Grøn, Johan	1347	Hosle
Hadsel alders- og sykehjem	8490	Melbu
Hals, Håkon	7600	Levanger
Hammerfest sjukehus	9600	Hammerfest
Hansen, Lars	8300	Svolvær
Haukeland sykehus	5000	Bergen
Haukås tuberkulosehjem	6340	Sjøholt
Hedemark (fylkeslegen)	2300	Hamar
Helland, Harald (komm.lege 1)	6860	Sandane
Hordaland (fylkeslegen)	5000	Bergen
Hunstad, Olaf	8015	Hunstad
Høgli sykehus	1850	Mysen
Høverstad, Helene		Oslo 3
Innherred helseheim	7650	Verdal
Jahr, Ragnvald	2400	Elverum
Jansnes psyk. sjukeheim	9540	Talvik
Kirkenes sykehus	9900	Kirkenes
Klæbu off. pleiehjem	7670	Klæbu
Kysthospitalet i Hagevik	5220	Hagevik
Laksevåg helseheim	5030	Laksevåg

Larvik sykehus		Larvik
Lindås sjukeheim	5150	Lindås
Luster sjukeheim	5000	Bergen
Lyngbø sykeheim	5034	Ytre Laksevåg
Lægeforeningm Kr. Kristiansen	1324	Lysaker
Lærdal Fylkessjukehus	5890	Lærdal
Lærum, Ole Didrik (Haukeland s.hus)	5000	Bergen
Lødrup, Henrik	3600	Kongsberg
Martina Hansen hospital	1300	Sandvika
Mesnali sykehus	2610	Mesnali
Myrseth, Ole Asbjørn	8440	Bitterstad
Møre og Romsdal (fylkeslegen)	6400	Molde
Namdal helseheim	7800	Namsos
Nasjonale foreningen for folkehelsen	0258	Oslo 2
Nesseby tbc hjem Nyborg	9800	Vadsø
Nitteberg, Bjørn	9300	Finnsnes
Nord-Trøndelag (fylkeslegen)	7700	Steinkjer
Nordkapp kommune	9750	Honningsvåg
Nordland (fylkeslegen)	8000	Bodø
Nordlandsarkivet	8000	Bodø
Olaviken psyk. sjukeheim	5306	Erdal
Oppland (fylkeslegen)	2600	Lillehammer
Oslo san. for. sanatorium		Oslo 4
Peters, Anton	5500	Haugesund
Reknes sanatorium	6400	Molde
Rindal, Nils		Oslo 3
Ringvål sykehjem	7080	Heimdal
Rogaland (fylkeslegen)	4000	Stavanger
Romsdal helseheim	6390	Vestnes
Rove tuberkulosesykehus Botne	3080	Holmestrand
Røde Kors sanatorium	4230	Sand i Ryfylke
Sager, Sigvart	6501	Kristiansund
Sand Bakken, Knut	4400	Sandefjord
Sangen psyk. sykehus	2300	Hamar
Sogn og Fjordane (fylkeslegen)	5840	Hermansverk
St.Jørgen i Bergen, Rådhuset	5000	Bergen
Stange sykehus	2310	Stange
Stavanger san.for. attføringsskole	4000	Stavanger
Steinerskolen/Hvilhaug tbc hjem	9000	Tromsø
Stenvaag, Øivind	2380	Brumundal
Stormarken, Erling	2870	Dokka
Syse, Knut (komm.lege 1)	5900	Høyanger
Sætersdal, Lyder	2571	Dokka
Sør-Trøndelag (fylkeslegen)	7000	Trondheim
Sørvaranger kommune	9900	Kirkenes
Tana kommune	9845	Tana
Telemark (fylkeslegen)	3700	Skien
Thomassen, O.K.	6400	Molde
Tolga-Os sykehus	2540	Tolga
Troms (fylkeslegen)	9000	Tromsø
Trysil sykehus	2420	Trysil

Ullern helseheim	0376	Oslo 3
Ullevål Museum		Oslo
Universitetet i Tromsø	9000	Tromsø
Unjorgga-Nesseby kommune	9820	Varangerbotn
Vadsø kommune	9800	Vadsø
Vardø kommune	9950	Vardø
Vardåsen sanatorium	0475	Oslo 4
Varmedal, Kristian	0485	Oslo 4
Vefsn sanatorium	8650	Mosjøen
Vest-Agder (fylkeslegen)	4600	Kristiansand
Vest-Agder sentralsykehus (Holten)	4600	Kristiansand
Vestfold (fylkeslegen)	3100	Tønsberg
Volda tbc heim	6100	Volda
Vonheim helseheim	6630	Tingvoll
Vågan helseheim	8310	Kabelvåg
Østfold (fylkeslegen)	1500	Moss
Åfjord helseheim	7170	Å i Åfjord
Åkeberg barnehjem	0650	Oslo 6

Nr. 10.

L O V

angaaende saerlige foranstaltninger mod tuberkulose sygdomme.

§ 1.

Under denne lovs bestemmelser indgaar alle sygdomme af tuberkulose oprindelse, forsaavidt de er forbundne med afsondringer, der kan antages at medføre fare for sygdommens udbredelse.

§ 2.

Enhver læge har, første gang han faar under behandling noget tilfælde af saadan sygdom, at give meddelelse derom til sundhedskommissionens ordfører. Det samme gjælder de tilfælde, som han allerede har under behandling ved lovens ikrafttræden.

§ 3.

Afgaar den syge ved døden, skal den, hvem det efter den almindelige lovgivning paahviler at gjøre anmeldelse om dødsfaldet, anmelde dette for den behandlende læge, som derpaa underretter sundhedskommissionens ordfører. Var den syge ikke under lægebehandling, sker anmeldelsen direkte til sundhedskommissionens ordfører.

Ved almindelig forskrift i henhold til lov af 16de mai 1860 § 4, jfr. § 11, kan det bestemmes, at meddelelse til sundhedskommissionens ordfører ogsaa skal ske, naar en syg forandrer bopæl, og hvem saadan meddelelsespligt skal paahvile.

Inden hvilken frist de i denne og foregaaende paragraf omhandlede meddelelser skal finde sted, fastsættes af sundhedskommissionen.

§ 4.

Er den syge under behandling af læge, har denne at give anvisning paa, hvad der ifølge loven og forøvrigt bør iagttages for at hindre sygdommens udbredelse, og paa den maade, som det enkelte tilfældes art eller forholdene forøvrigt gjør paakrævet, at føre indseende med, at hans anvisninger i denne henseende efterkommes.

Ser lægen sig ikke i stand til at bevirke de nødvendige hygieniske foranstaltninger iverksatte paa forsvarlig maade, har han at anmelde dette for sundhedskommissionens ordfører med redegjørelse for de tilstedeværende mangler.

Lægen er paa forespørsel af sundhedskommissionens ordfører forpligtet til at meddele de fornødne oplysninger om de ethvert tilfælde vedrørende hygieniske forhold.

§ 5.

Hvor den syge ikke behandles af læge, har sundhedskommissionens ordfører enten selv eller ved en anden dertil antagen læge at føre det hygieniske tilsyn i den udstrækning, som det enkelte tilfældes art og forholdene forøvrigt gjør paakrævet.

Paa samme maade har han at overtage det hygieniske tilsyn, hvor den behandlende læges anvisninger ikke efterfølges.

De bestemmelser, som i henhold til denne paragraf fattes af sundhedskommissionens ordfører, kan fordres behandlet af sundhedskommissionen.

§ 6.

Finder sundhedskommissionens ordfører, at den syges forhold eller forholdene i hans bolig giver særlig grund til fare for sygdommens overførelse til andre, har han at forelægge sagen for sundhedskommissionen, som fatter bestemmelse om, hvilke forholdsregler der skal træffes.

Dersom den syge eller hans omgivelser undlader at følge de af sundhedskommissionen givne forskrifter, og det som følge deraf viser sig umuligt at skaffe den syge en tilmodarbejdelse af sygdommens udbredelse nødvendig pleie, kan sundhedskommissionen beslutte hans indlæggelse paa sygehus. Dog maa adskillelse af egtefolk ikke finde sted, naar de ønsker at være forenede.

§ 7.

Naar en syg er afgaaet ved døden eller forandrer bopæl, skal der i den udstrækning, som efter omstændighederne ansees fornøden, foretages renselse af de rum, hvori den syge har opholdt sig, saavel som af hans efterladte gang- og sengklæder.

Vedkommende rum maa ikke overlades nogen til beboelse, før saadan renselse er foretagen.

§ 8.

Gang- og sengklæder, der er benyttede af en syg, maa ikke overlades andre til eieendom eller brug, for de er rensede paa saadan maade, som efter omstændighederne ansees fornøden.

De nærmere regler om den i denne og foregaaende paragraf omhandlede renselse fastsættes af sundhedskommissionen.

§ 9.

Personer, der lider af saadan sygdom som i denne lov omhandlet, maa ikke af fattigvæsenet bortsættes i privat forpleining uden sundhedskommissionens tilladelse. Fattige,

lidende af saadan sygdom, maa ikke lægges i lægd.

Uden sundhedskommissionens tilladelse maa ingen af fattigvæsenet bortsættes til nogen, inden hvis husstand saadan sygdom forekommer.

§ 10.

Personer, der lider af saadan sygdom som i denne lov omhandlet, kan, naar det viser sig umuligt paa anden maade at fjerne fare for sygdommens udbredelse, af sundhedskommissionen forbydes at deltage i tilberedelse af levnetsmidler bestemte til salg saavel som at have umiddelbar befattning med levnetsmidlers udsalg.

Kvinder, lidende af saadan sygdom, kan af sundhedskommissionen forbydes at tage tjeneste som ammer eller barnepiger.

Sundhedskommissionen kan forbyde, at melk afhændes fra steder, hvor personer, der lider af saadan sygdom som i denne lov omhandlet, deltager i røgt og stel af kjørene eller i mælkens behandling, naar særlig fare for smittes udbredelse gennem melken kan antages at være forhaanden.

§ 11.

Kongen eller den, han dertil bemyndiger, kan til forebyggelse af de i nærværende lov omhandlede sygdommes udbredelse, efterat sundhedskommissionernes udtalelser er indhentede, fastsætte almindelige bestemmelser for:

- a. verksteder, fabrikker, kontorer, butikker og andre lukkede rum, hvori andre end de til husstanden hørende personer samtidig og stadig har arbejde;
- b. hoteller, sanatorier og private boliger; hvis indehavere gjør sig en nærværingsvei af at modtage fremmede i logis;
- c. forsamlingslokaler, saasom kirker, skoler, rets- og auktionslokaler, teatre, dansehuse, konsert- og foreningslokaler og lignende;
- d. andre slags fællesrum, for hvis vedkommende særlige forhold gjør sig gjældende, saasom fængsler, sindsygeasyler og andre

Nr. 10 Lov angaaende særegne foranstaltninger mod tuberkulose sygdomme.

sygehuse, skibskahytter og lugarer, jernbanevogne, kaserner, rorboder og lignende.

§ 12.

Kongen eller den, han dertil bemyndiger, udfærdiger de nærmere regler om anmeldelses- og meddelelsespligtens ordning og om, hvilke indberetninger og meddelelser sundhedskommissionernes ordførere og de behandlende læger skal afgive.

De fornødne almindelige anvisninger til lovens gennemførelse gives af medicinalstyrelsen, der ogsaa har at yde sundhedskommissionerne og lægerne bistand og raad med hensyn til de forholdsregler, som i forekommende tilfælde bør tages.

§ 13.

Sundhedskommissionernes ordførere og de af dem antagne læger har paa reiser, som foranlediges ved denne lov, almindelig skyds- og kostholdsgodtgjørelse. Skydsgodtgjørelsen udredes af statskassen, kostholdsgodtgjørelsen af vedkommende amts- eller bykasse.

Udgifterne ved ubemidlede indlæggelse paa sygehus og forpleining udenfor hjemmet i henhold til § 6 udredes ligeledes af vedkommende amts- eller bykasse, dog saaledes, at statskassen godtgjør $\frac{1}{10}$ deraf. Ved beslutning af amtstinget kan indtil en halvpert af amtets udgifter overføres paa det herred, hvor den syge hører hjemme.

De nødvendige desinfektionsmidler bekostes af vedkommende amts- og bykasse. Dog har sanatorie-eiere og andre, der for betaling modtager syge, selv at bære udgifterne herved.

§ 14.

Overtrædelser af denne lov eller de i medhold af samme givne bestemmelser straffes med bøder fra 2 kroner og paatales som politisager.

§ 15.

Denne lov træder i kraft den 1ste januar 1901.

