

Synnøve Caspari

Det gyldne snitt



Den estetiske dimensjon,
en kilde til helse og
et etisk anliggende



Synnøve Caspari

Forfatteren er Cand. philol. fra Universitetet i Oslo. Hun har grunnfag i pedagogikk, mellomfag i idéhistorie og hovedfag i filosofi. Hun er utdannet sykepleier ved Røde Kors Sykepleieskole i Oslo. Siden 1989 har hun arbeidet ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.
E-mail: Synnove.Caspari@su.hio.no

Pärm: Tove Ahlbäck

Bilden: Michelangelo, 1475 – 1564

‘The creation of Adam’

Sixtinske kapell

Åbo Akademis förlag

Tavastg. 30 C, FIN-20700 ÅBO, Finland

Tel. int. +358-2-215 3292

Fax int. +358-2-215 4490

E-post: forlaget@abo.fi

<http://www.abo.fi/stiftelsen/forlag/>

Distribution: Oy Tibo-Trading Ab

PB 33, FIN-21601 PARGAS, Finland

Tel. int. +358-2-454 9200

Fax int. +358-2-454 9220

E-post: tibo@tibo.net

<http://www.tibo.net>

DET GYLDNE SNITT

Forside: Michelangelo, 1475 – 1564

'The creation of Adam'

Sixtinske kapell

Det gyldne snitt

Den estetiske dimensjon,
en kilde til helse og et etisk anliggende

Synnøve Caspari

ÅBO 2004

ÅBO AKADEMIS FÖRLAG – ÅBO AKADEMI UNIVERSITY PRESS

"A Thing of Beauty
is a Joy forever".
Keats

Abstract.

Synnøve Caspari. 2003. The Golden Section

The Aesthetic Dimension – a source of health.

Supervisors: Professor Katie Eriksson, Associate Professor Dagfinn Nåden
Åbo Akademi University, Dep.of Caring Science, Finland

Within caring science, investigations and explorations have been carried out on the ontology of caring, and many aspects of the field have been the subject of scientific research. The main subject for this study is grounded on the human need for aesthetics. The purpose is to find how the aesthetic dimension is taken into consideration and how the aesthetic surroundings are evaluated and attended to, in the general hospitals in Norway. The theoretical perspective is founded basically on the study of literature from caring science and philosophy. The aim is to develop a disposition for a framework on the aesthetic surroundings in the hospitals, and to develop phenomenological and ontological knowledge and understanding of the aesthetic dimension. The study aspires to attain a deeper understanding of the aesthetic acknowledgment and of the aesthetic needs. The focus is how the aesthetic dimension can promote health and wellbeing, both for patients and for the caring staff, in the general hospitals and why the aesthetic dimension should be obligatory in 'evident care'. The study concentrates on 11 selected categories in the hospital environment, where aesthetics is of importance. The research is implemented on 5 part studies: 1. part is a study of caring science and philosophical theories about aesthetics, as a framework for the investigation. 2. part is a survey of the physical environment, in Norwegian somatic hospitals, with focus on aesthetics. This by analyzing the strategy plans for the hospitals. 3. and 4. part is questionnaires to patients and nurses to get their opinion and evaluation of the aesthetic environment in the hospitals they are connected to, and their opinion on how this influences the health and wellness for both patients and caring staff. 5. part is qualitative interviews with 16 experts, to get their opinion and evaluation of the aesthetic environment in hospitals they are or have been connected to. How would the experts like the aesthetic surroundings to be, and also their opinion on what influence they think aesthetics has on health and wellness.

The main literature of caring science is rooted in K. Erikssons caring theory as well as philosophic literature; mainly I. Kant, Platon and Y. Hirn's theories on aesthetics. Various scientific researchers of aesthetics have also been referred to. The methodological approach is a triangulation with a hermeneutic exploration, where H.G. Gadamer and Ricoeur provides the inspirational foundation.

The findings and conclusions result in the development of new hypothesis for the caring science foundation and suggestions, a disposition for a framework related to future planning of the aesthetic environments in general hospitals. It might be said that a common thread arises/appears in the invariance's (invariables) that are discerned from the analysis and interpretation of the interviews and also important angles shows in the variances that crystallized. Based on the conclusions the study confirms that there is a clear connection between health, wellness and aesthetics in the environment and that it is an ethical obligation for those in the caring professions to be aware of and attend to the aesthetic dimension.

Keywords for searching in databases Medline 1999: Aesthetic, aesthetic surroundings, Aesthetic environment, Aesthetics, Research aesthetic, Hospital aesthetic, Patient Environment.

Further search 2004 in Medline, National Library of Medicine and Cinahl: Patient environment, Health Facility Environment, aesthetic environment.

Abstrakt

Caspari, Synnøve. 2004. Det gyldne snitt

Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa
(230 sider, 17 bilag)

Innen vårdvitenskap er det forsket mye angående vårdens ontologi og substans. Mange områder har vært gjenstand for forskning. Hovedtema for denne avhandling og forskning har som utgangspunkt menneskets behov for estetikk.

Hensikten med forskningen er ut fra et vårdvitenskapelig perspektiv, å finne ut og kartlegge hvordan estetikken generelt er ivaretatt, i omgivelsene på de norske somatiske sykehus. Det teoretiske grunnlag for forskningen er granskning av vårdvitenskapelig og filosofisk teori som angår estetikk. Hovedmål er å utvikle ansatser til en teori for estetikk i omgivelsene på sykehus, å utvikle epistemologisk og ontologisk kunnskap og forståelse for den estetiske dimensjon, samt en dypere forståelse for behovet for estetikk. Fokus er estetikkenes betydning for fremme av helse og velvære, både for pasienter og for de ansatte på sykehus, samt estetikk i en evident vård.

Forskningen består av fem delstudier. 1. delstudie er granskning av vårdvitenskap og filosofisk teori om estetikk. 2. delstudie er en analyse av handlingsplaner fra de norske somatiske sykehus, med fokus på føringer for estetikken i omgivelsene. 3. og 4. delstudie er spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere ved seks somatiske sykehus, med spørsmål om hvordan de vurderer estetikken på de sykehus hvor de er pasienter eller er ansatt. 5. delstudie er kvalitative forskningsintervju av eksperter, deres vurdering av estetikken på sykehus hvor de har vært pasienter eller har/har hatt annen tilknytning til. Hvordan ønsker ekspertene at det estetiske miljø skal være og hva er deres mening angående estetikkenes betydning for helse og velvære?

Materialet for den teoretiske forskning er valgte tekster fra K. Erikssons vårdvitenskapelige teori og fra filosofisk teori av I. Kant, Y. Hirn og Platon som angår estetikk, samt annen forskning og litteratur.

Metodologisk tilnærming er en triangulering med en hermeneutisk eksplorasjon, inspirert av H. G. Gadamer og P. Ricoeur.

Konklusjoner og funn resulterer i utvikling av forslag til nye hypoteser for vårdvitenskapen og ansatser til teori angående fremtidig planlegging av estetiske omgivelser i somatiske sykehus. Ved analyse og tolkning av de kvalitative forskningsintervju, utkrystalliserer det seg invarianser og varianser som viser hva informantene vektlegger.

Konklusjon fra de fem delstudiene er at det er en klar sammenheng mellom helse og velvære og estetikken i omgivelsene, og at det er en etisk forpliktelse for vårderne å ivareta den estetiske dimensjon.

Søkeord: Aesthetic, aesthetic surroundings, aesthetic environment, esthetics, research aesthetic, hospital aesthetic, patient environment, health facility environment, aesthetic environment.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Forforståelse og paradigme	5
1.3	Utredning av begrepet estetikk.....	7
2	HENSIKT, FORSKNINGSSPØRSMÅL, DESIGN OG METODE	12
3	TIDLIGERE FORSKNING	21
3.1	Andre disipliner om estetikk og helse	24
3.2	Resultat av utforskning av litteratur som angår den estetiske dimensjon	27
4	UTREDNING OG BESKRIVELSE AV ESTETISKE KATEGORIER	28
5	DELSTUDIE I – UTFORSKNING AV VÅRDVITENSKAPELIG TEORI	42
5.1	Helsens substans og menneskets verdighet.....	44
5.2	Verdighet i forhold til estetikk og etikk	51
5.3	Estetikk relatert til områder for vård	53
5.4	Resultat fra granskning av vårdvitenskapelig teori som angår estetikk og helse....	65
6	DELSTUDIE I – UTFORSKNING AV FILOSOFISK TEORI	67
6.1	Kant, Hirn og Platon om estetikk	69
6.2	Estetisk erkjennelse og kunstutfoldelse på forskjellige nivå – en utvidet forståelse	95
6.3	Den etiske forpliktelse i forhold til estetikk og menneskets verdighet	99
6.4	Resultat fra utforskning av filosofisk teori og konsekvenser for vårdvitenskapen ..	102
6.5	Diskusjon og konklusjon fra delstudie I.....	103
7	GJENNOMFØRING AV DE EMPIRISKE UNDERSØKELSENE	106
7.1	Delstudie II – handlingsplaner	106
7.2	Delstudie III og IV – spørreskjema til pasienter og sykepleiere	108
7.3	Delstudie V – kvalitative forskningsintervju	115
8	RESULTATER FRA DELSTUDIENE	121
8.1	Delstudie II – innholdsanalyse av handlingsplanene	121
8.2	Delstudie III – analyse av spørreskjemaene til pasienter	130
8.3	Delstudie IV – analyse av spørreskjema til sykepleiere.....	144
8.4	Konklusjon fra spørreskjema undersøkelsene vedrørende estetikk	152
8.5	Delstudie V – analyse og tolkning av kvalitative forskningsintervju	153
8.6	Sammenfattende diskusjon.....	167
9	SAMMENDRAG AV DE FEM DELSTUDIENE	180
10	ANSATSER TIL TEORI OM ESTETIKK I VÅRDVITENSKAP	187
11	AVSLUTTENDE VÅRDVITENSKAPELIG DISKUSJON	198
11.1	Implikasjoner for videre forskning.....	205
11.2	Kritisk granskning.....	206
	EPILOG	210
	SUMMARY	213
	LITTERATUR	221

OVERSIKT OVER ILLUSTRASJONER

Illustrasjon 1 – E. Munch: Solen.....	62
Illustrasjon 2 – Skulptur	211
Illustrasjon 3 – Monet, E.: The Terrace at Sainte Adresse 1866	212

OVERSIKT OVER FIGURER

Figur I – Design for forskningsprosessen	15
Figur II – Estetikk og estetiske kategorier	41
Figur III – Den evidente vårds claritas er sann, god og skjønn.....	58
Figur IV – Kants teori om estetikk.....	90
Figur V– Hirns teori om estetikk	91
Figur VI – Hirn om kunstens utvikling	92
FigurVII – Kategorier brukt i skjema ved analyse av handlingsplanene	108
Figur VIII – Registrert forekomst av kategorier og underområder i handlingsplanene.....	122
Figur IX – Registrert forekomst av kategorier som søylediagram.....	127
Figur X – Oversikt over antall liggedøgn for pasienter som deltok i undersøkelsen.....	136
Figur XI – Invarianser som utkrystalliserte seg i intervjuene	169
Figur XII – Varianser	176
Figur XIII – Utvikling.....	197

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1 – Indekser for pasientenes vurdering av det estetiske miljø	114
Tabell 2 – Indekser for sykepleiernes vurdering av det estetiske miljø	114
Tabell 3 – Pasientdata, gjennomsnittsvurdering av estetikken på sykehusene	130
Tabell 4 – Pasientenes vurdering av estetikken i omgivelsene ved de enkelte sykehus	131
Tabell 5 – Vurdering av pasientrommet i forhold til liggetid på sykehus.....	139
Tabell 6 – Pasientenes vurdering av maleriene/liggetid.....	139
Tabell 7 – Pasientenes vurdering av bad/liggetid.....	140
Tabell 8 – Pasientenes vurdering av estetisk kategori etter aldersgruppe.....	141
Tabell 9 – Pasientvurdering i forhold estetisk kategori/aldersgruppe.....	142
Tabell 10 – Pasientvurdering i forhold estetisk kategori/aldersgruppe.....	142
Tabell 11 – Vurdering av estetikken i omgivelsene i forhold til pasienter/kjønn	143
Tabell 12 – Sykepleiernes vurdering av det estetiske miljø ved alle sykehusene.....	145

Tabell 13 – Sykepleiernes vurdering av estetikken ved de forskjellige sykehus	146
Tabell 14 – Sykepleiernes vurdering av estetikk ut fra kjønn.....	147
Tabell 15 – Sykepleiernes vurdering av estetikk ut fra kjønn.....	147
Tabell 16 – Sykepleiernes vurdering av indeks generell estetikk ut fra aldersgruppe	148

VEDLEGG

Vedlegg I – Brev fra regional komite for medisinsk forskningsetikk.....	232
Vedlegg II – Brev til de norske somatiske sykehus	233
Vedlegg III – Prosjektbeskrivelse – utdrag.....	234
Vedlegg IV – Søknad om gjennomførelse av spørreundersøkelse	235
Vedlegg V – Informasjon om prosjektet	236
Vedlegg VI – Informasjon om prosjektet.....	237
Vedlegg VII – Informasjon til sykepleiere.....	238
Vedlegg VIII – Informasjon til pasienter	245
Vedlegg IX – Brev til eksperter	250
Vedlegg X – Intervjuguide	251
Vedlegg XI – Verdighet	252
Vedlegg XII – Begrepet ”Vård”	253
Vedlegg XIII – Vårdvitenskapens grunnantakelser	254
Vedlegg XIV– Resymé fra et sykehus	255
Vedlegg XV – Sensus communis.....	256
Vedlegg XVI – Deskriptiv analyse av pasienters vurdering	257
Vedlegg XVII – Kvalitative forskningsintervju.....	258
Vedlegg XVIII – Estetikk og menneskets sjel og ånd	263

1 INNLEDNING

Dette kapitlet gir en redegjørelse for bakgrunn for valg av tema, for det forskerparadigme og den forforståelse som er styrende, samt en utredning av begrepet *estetikk*.

Det antas at estetikk har stor betydning for oss alle i det daglige liv, kanskje mye større enn man aner. Menneskets følelse av velvære, av harmoni og balanse virker direkte inn på helsen. I den forbindelse er estetikk en viktig faktor i tilværelsen, enten man er syk eller frisk, gammel eller ung. “Well-designed physical environments tend to foster wellness, whereas poor design environment tends to frustrate people and thereby foster illness” (Dilani, 2000, s. 12).

Intensjonen med avhandlingen er å utforske noen av estetikkenes områder, deres betydning for menneskets velvære, for menneskets væren og for menneskets helse. Jeg ønsker å vise hvor viktig den estetiske dimensjon ved tilværelsen er for mennesket, både sykt og friskt. Forskningen fokuserer på den estetiske dimensjon, kartlegger hvordan estetikken er ivaretatt på norske somatiske sykehus, og hva det kan legges vekt på i fremtiden.

Et minne fra barndommen dukker frem – som speider, ‘meis’, 8-9 år gammel, fra et besøk på bygdas gamle hjem: En smal, mørk, dyster trapp førte opp til 2. etasje. Et rom, en gammel dame, som lå forhutlet i en jernseng borte i det ene hjørnet. Grått pjuskete hår, armer så tynne og visne som trerøtter kavet i luften, et mørkt grått ullteppe med sorte striper dekket henne. Veggene var grågule, en naken lyspære hang i taket, og på nattbordet stod en lampe med en skjærende grønn skjerm som kastet et nifst, kvalmende lys over rommet. Vinduet var delvis dekket av en sort, fillet rullegardin. Det var ‘nakent’ – nakne vegger. Her lå denne kvinnen, dette mennesket, hele dagen, hver dag, til hun ikke var mer. Ropte hun om hjelp? Jeg vet ikke, kanskje var det bare noe jeg hørte. Denne opplevelsen gjorde et uutslettelig inntrykk på meg. Jeg oppfattet det som den største fornedrelse av menneskeverdet og gamle hjem som en forferdelig skjebne.

Når jeg siden, i voksen alder, som sykepleier eller besøkende, kommer inn på et sykehus, i en korridor, et pasientrom, et undersøkelsesrom osv, og da opplever og sanser den samme neglisjering av menneskets behov for skjønnhet, da gir det en følelse av håpløshet. Jeg synes at menneskeverdet fornedres, og da spesielt fordi det er unødvendig. Det er ikke nok å skylde på økonomi og prioriteringer ettersom det er svært mye opp til den enkeltes bevisste forhold

til estetikk. Det kan være likegyldighet, rot og uorden, det kan være valg av farver eller valg av tekstiler for å nevne noen områder, hvor estetikken er viktig. Helsetjenesten og de andre tilbudene som gis pasientene i dag er mangfoldig. I tillegg til den tradisjonelle skolemedisin er det stadig større aksept for alternative behandlingsformer. I den helsefaglige utdanning legges det stor vekt på en holistisk tilnærming, og derved på at behandlingsfokus skal være helhetlig. Mennesket er en helhet, det er legeme, det er ånd, det er sjel. Det kan lignes med en mynt, hvor alle sidene er i en kontinuerlig interaksjon. De tre sidene på mynten omslutter og danner en helhet, samtidig som de avgrenser. Denne helhetlige enhet er inkludert i en ytre helhet, en helhet som omslutter alle grenser. Ingen del kan behandles eller berøres uten at helheten påvirkes. Mennesket er ikke bare en helhet i seg selv, det er også en del av tilværelsens helhet, den store helhet som er selve eksistensen, det værende. Mennesket er en del av alt værende, av altet, av kosmos – det som er.

Mennesket har mange værensformer – den fysiske, den psykiske, den sosiale, den eksistensielle, den etiske, den estetiske, osv. Den fysiske væren er mennesket som biologisk vesen. Det er et unikt individ, ulikt ethvert annet menneske, et minikosmos, hvor hver minste del er en del av helheten, samtidig som det er atskilt og enestående. Den psykiske væren er menneskets indre liv, dialogen med seg selv, en værensform som menneske blant andre mennesker. Den kan være vidt forskjellig fra den person som vises utad, i forholdet til andre mennesker, gjennom den sosiale værensform. Den estetiske væren er menneskets apparisjon, hvordan det viser seg, dette kan være ved stemmebruk, bevegelse, attityder og holdninger. Den estetiske væren angår menneskets reaksjoner på den estetiske dimensjon i tilværelsen. Det vil si at estetikken på alle områder i omgivelsene påvirker fysisk og psykisk, og har betydning for helse og velvære. Mennesket har en estetisk værensform og en væren i det estetiske. Estetikk er en del av den menneskelige virkelighet, både den indre og den ytre virkelighet. Den indre virkelighet refererer til menneskets tanker, til positive og til negative holdninger, til misnøye, misunnelse, og generelt negative verdier som kan karakteriseres som en uestetisk indre virkelighet. En estetisk indre virkelighet vil være det motsatte, preget av positivitet. Den ytre virkelighet omfatter i denne forbindelse omgivelsenes empiriske estetikk. Noen sykehus har en bevisst holdning til estetikk, mens ved andre kan det virke som om det er et ukjent felt.

1.1 Bakgrunn

Organisasjonsanalyser av arbeidsmiljø og omgivelser synes ofte å være dominert av en tradisjonell vitenskapelig vurdering, en logisk rasjonell analyse, som ignorerer den estetiske dimensjon. Estetikk påvirker menneskets følelser. Estetiske opplevelser og omgivelser, følelsen av harmoni og balanse berører mennesket, og samfunnsforskning viser hvor viktig følelsene er for velvære og for helsen (Strati, 1998).

Den estetiske sans trenger ikke omforme sine signaler til ord, den har sitt eget 'språk', den formidler kontinuerlig, til alle sanser, til hver celle i kroppen, til 'sinn og skinn'. Kant sier: "Smaksdommen bestemmer imidlertid objektet – med hensyn til velbehaget og skjønnhetens predikat – uavhengig av begreper" (Kant 1790, § 9, s. 89)¹. Den estetiske påvirkning er ikke nødvendigvis bevisstgjort, den påvirker uavhengig av intellektet. "Det skjønnne er det som behager allment, uten begrep" (ibid., § 9 s. 89). "Skjønnhetserfaringen er altså bevisstheten om et opprinnelig, førebegrepslig harmoniforhold til verden [...]" (ibid., s. 19). Mennesket har hele tiden sansninger og opplevelser av skjønnhet og harmoni som er bevisste, og som bearbeides kognitivt. Men denne bevisstgjøring er ikke nødvendig for at estetikk, eller mangel på samme, skal påvirke individet, positivt eller negativt, og til og med kunne skade. Som sykepleier, pårørende og lærer med ansvar for studenter i praksis, har det forundret meg hvor lite vekt det ofte legges på estetikk ved mange av våre sykehus. Det kan virke som om farver, møbler, gardiner osv. velges helt tilfeldig, for ikke å si bevisstløst. Pasientrommene er ofte malt i en uren grå farve, gråhvite takplater, ubestemmelige farver på dører, på gulv og listverk. Belysning og armatur består av et kaldt neonlys i metallkasser – et lys som blander hvis det skal gi tilstrekkelig arbeidslys og som gir omgivelsene en gusten dyster farve når det dempes. Man ser diverse ledninger i bunter, uttak for nødvendige tilkoblinger og maskiner langs veggene osv. Det samme vil man svært ofte finne i oppholdsrom, korridorer, vaktrom og andre rom på avdelingene. Dette berører både pasientene som skal tilbringe kortere eller lengre tid, kanskje på ryggen i en seng, og personalet som har sitt daglige virke der.

"Mange pasienter må oppholde seg på sykestuen hele dagen. Hva med møblementet, og lar vi utstyr og tøy bli liggende igjen unødvendig etter morgenstellet – på pasientens stue eller oppholdsrom? Og hvordan ser en ryddet stue ut?" spør Alvsvåg (1997, s. 15).

¹ Kants *kritikk der Urteilskraft* henvises til det år den ble utgitt, 1790. Norsk oversettelse ved Hammer i 1995/1995.

I vårdvitenskapens² substans er estetikk et område som angår et potensiale for høying av vården. Substansens kjerne har spiren i seg til vekst og utvikling. Vårdvitenskapens ontologi innbefatter estetikk som et mangesidig fenomen i menneskets livsverden og i vårdandet (utledet fra Eriksson, 1999, s. 19). Estetikk angår mennesket som enhet, og for å kunne imøtekomme kvalitetskravet i vården, så må også den estetiske dimensjon ivaretas. For å få mer kunnskap om estetikken betydning for vården vil tema belyses ved å anvende vårdvitenskapelig og filosofisk litteratur.

I historisk perspektiv kan man se en tråd i hospitaltilbudet, fra helsetemplene og til oldkirkens klostre, med herberger og hospitalanlegg. De første la stor vekt på estetikken, mens i klostervesenet var ikke estetikken tillagt særlig viktighet i sykepleien. I senmiddelalderen kom ridderordenen inn i hospitalene, med sitt militærvesen. Hospitalene ble bygget som militære institusjoner, som festninger, strenge og dystre, og pasienten skulle utvise en absolutt lydighet (Wyller, I. 1969). Det utviklet seg et behov for spesielle bygninger hvor syke mennesker kunne få pleie og kanskje behandling. Allerede på 1200 – 1300 tallet ble det bygget herberger som ble kalt hospitale/hospitium. På 1300 – 1400 tallet var alle hospitalene, klostrene og herbergene kirkelige institusjoner, ledet av geistlige. Hospitaltilbudet økte i det 15., 16., 17. århundre, men den bygningsmessige standard og hygieniske tilstand var ofte svært dårlig. En kommisjon fra 1699 skriver: “Hospitalets bygning finder vi formedelst Alder og Forraadnelse saa brøstfædig og saa slet [.....]” (Wyller, I. 1969). Estetikk var nok ikke det området som ble særlig vektlagt. Sykehusarkitekturen utviklet seg videre og Nightingale var en forkjemper for å få sykehus som imøtekom mange av de områdene for estetikk hun anså som viktige og som også inngår i denne forskningen, for eksempel behovene for lys, for frisk luft eller for skjerming mot ubehagelige lyder (Nightingale, 1859/1984). Henimot slutten av 1800-tallet utviklet det seg en oppjustering innen sykehusbygging, spesielt i Tyskland. “Tyska sjukhus bildade sedan till stor del mönster för utvecklingen i övriga Europa och derved även Sverige” (Dilani, 1998a). Frem til ca. 1910 ble mange sykehus bygget etter Nightingales planløsningsidé med separate enheter, paviljongsykehus, hvor det var store lyse saler, men hvor det blant annet var vanskelig å skjerme den enkelte pasient. Utover 1900 tallet gjorde den såkalte modernismen, ‘art moderne’ seg gjeldende innen mange områder for estetikk. Det kan nevnes musikk, litteratur, brukskunst, design, billedkunst og arkitektur. For

²Begrepet ‘vård’ synes å være mer omfattende og anvendbart i denne avhandlingen enn begrepet ‘sykepleie’, som er profesjonsrettet og derfor avgrenset, mens ‘vård’ inkluderer alle yrker/profesjoner som utøver vård. Se vedlegg XIII.

eksempel ble det fra 1920-årene en endring i arkitekturen til høyere, mer konsentrerte blokkhus. Sykehusene skulle tilfredsstillende funksjonelle krav, være effektive. Representanter for denne retning er blant andre Gropius, Le Corbusier og Bauhaustradisjonen. De har preget arkitektur og design etter den 2. verdenskrig. Sykehus som ble bygget eller rehabilitert etter den 2. verdenskrig, var også i de første årene preget av nøkternhet, landet skulle bygges opp og målet var en funksjonell gjenoppbygging. Biley sier angående 'Hi-tech' treatment: "The design of modern hospitals and the development of highly technological treatment and care resulted in even more profound steps being taken to improve the physical environment. These design changes were effected to protect patients from, among other things, the risk of accident and infection. [...] As a result, the hospitals became uninviting" (Biley, 1993). Det førte på mange måter til en fremmedgjøring, pasientene og vårderne kunne nesten sees på og føle seg som fremmedelementer i miljøet. Det kunne sees som et miljø for en elite, en spesiell gruppe mennesker. Martinsen sier: "Sykehuset, sykeværelset og tingene kan gi skikkelse, form og grenser som kan gi vern, trygghet og verdighet for den syke ved å gi rom for det utgrunnelige. Det kan på den annen side være skammelig, krenkende og invaderende i sin arkitektur, i sitt interiør og med sine ting. [...] Kan man med Foucault si at sykehusene og værelsene kan ha nesten "skammelige arkitektoniske finesser", usvikelige ordninger for å objektgjøre og kontrollere individenes totalitet, som stiller dem nakne og avkledd overfor andres blikk?" (Foucault, 1994 [1975], s. 158, ved Martinsen, 2001).

På 1980-tallet utvikles vårdteorier, for eksempel Planetree-modellen (Lauvsnes, 1995), og andre nye vårdmodeller, som influerer på sykehusplanlegging og organisasjon³. Pasientens (og personalets) behov for estetikk og design blir mer fremtredende ved dagens krav til 'pasienten i sentrum' (Dilani, 1998a).

1.2 Forforståelse og paradigme

Lindström (1992) hevder at eksplisittgjøring av eget forskerparadigme og forforståelse er en nødvendig del av forskningsprosessen, fordi forskerparadigmet representerer den forståelseshorisont som data innsamles, bearbeides og tolkes i forhold til. Lindström (1992, s. 8) og Eriksson (1992, s. 14) hevder at det er av største betydning å sette seg inn i det rådende paradigmet, og se hvordan det er i kongruens med egen tenkning⁴. Paradigme betyr 'et

³ "De nya vårdmodellerna, (for eksempel parvård, gruppvård, vårdlag), påverkade så småningom också uppbyggnaden och planeringen av sjukhusets inre organisation och miljö" (Dilani, 1998a).

⁴ Henvist til og oversatt av Nåden, 1998, s. 18.

mønster' og stammer etymologisk fra det greske begrep 'paradi'gma', forbilde, bøyningmønster (Gyldendals Fremmedordbok, 1965). I vitenskap er paradigme en grunnleggende hypotese som er ansett som sentral og anerkjent. Ut fra Kuhns teori⁵ befinner vitenskapen seg i en preparadigmatisk periode før det oppstår et nytt paradigme som forskningshypotesene faller inn under. Det fremstår da et paradigme som vil dominere forskningen inntil det eventuelt avløses av et nytt paradigme. Eksempler på paradigmer som endret seg og ble dominerende for forskningen er Darwins utviklingslære (1872) og Einsteins relativitetsteori (1915-16). Forskning vil arbeide med hypoteser som bygger på det grunnleggende paradigmet, men når det etter hvert viser seg flere resultater fra forskningen som ikke stemmer med det grunnleggende paradigmet, da kan forskningsparadigmet kullkastes og et nytt paradigme oppstå som stemmer med de nye forskningsresultatene. Kuhn kaller dette en 'vitenskapelig revolusjon'. Et slikt forskningsparadigme kan være så dominerende at de forskere som fortsetter i 'gamle baner' ikke helt blir akseptert i seriøse forskningsmiljøer. Samtidig kan det motsatte skje, at det tar 30 år før et nytt paradigme anerkjennes, de 'gamle' må dø ut.

I et vårdvitenskapelig forskningsarbeid vil forskerens paradigme ofte være forankret i ett av de mange paradigmer som har hatt dominans, og i forskerens forforståelse. Vårdvitenskapen har siden 1980 årene utviklet seg som en autonom vitenskap, en egen disiplin. Her har professor Katie Eriksson og Institutionen för vårdvetenskap i Vasa vært grunnleggende. Vårdvitenskapen er en autonom vitenskap med utgangspunkt i ontologiske grunnantagelser, den bygger på nettopp den respektive vitenskapens ontologi, læren om hva som er det værende, det grunnleggende for denne vitenskap. En grunnantagelse⁶ er at mennesket er et hele. Mennesket er legeme, sjel, ånd, som det også er hjerte og nyre. For å sikre den fysiske side, er mennesket avhengig av andre mennesker, både for å kunne eksistere og for å kunne sikre egen eksistens i kommende generasjoner. Psykisk og åndelig er mennesket avhengig av sosialt samvær med andre mennesker, av andre menneskers krav og utfordringer, av produkter og kreasjoner for å vokse og utvikle selvet. Uten dette kan mennesket stagnere (Jahren Kristoffersen, 1996). Mennesket er åndelig avhengig av andre mennesker som inspirasjon.

⁵ T. Kuhn brukte selv paradigmebegrepet utelukkende om naturvitenskap. Han mente at det bare var innenfor naturvitenskapen at det fantes faste nok rammer og nok enhet til at det kan kalles paradigme. Begrepet er i dag adoptert, kanskje aller mest innen samfunnsvitenskap (Strandhagen, 2000).

⁶ Vedlegg XIII.

Mennesket tillegger seg selv en menneskeverdighet, og forventer at andre mennesker skal respektere denne innerste kjerne av verdighet, selv om alle ytre tegn til verdighet er fraværende. Menneskets verdighet er forbundet med den verdi det enkelte mennesket ansees å ha i seg selv og i forhold til andre mennesker, som betydningsfullt, som uerstattelig, som godt nok slik det er, for bare å nevne noen av synonymene til begrepet verdighet. “Verdi er et særdeles omstridt filosofisk begrep, særlig ut fra etikk og estetikk⁷ (vedlegg XI). Ved å inneha det embete det er å være menneske, så er mennesket verdig. Selv om mennesket gjør vold på sin verdighet, både overfor seg selv og ikke minst andre, så rokkes ikke kjernen. Mennesket har noe i seg som er verdig, en verdig sjel. Plikt overfor andre mennesker er pålagt menneskene gjennom religiøse påbud: Du skal elske din neste som deg selv, ‘den gyldne regel’⁸ (Bibelen) og ICN’s kodeks (International Councils of Nurses, som i 1973 formulerte sin kodeks).

Fortellingen om den barmhjertige samaritan er en historie om det barmhjertige mennesket, et menneske som viser omhu og omsorg for sin neste, for et medmenneske i nød. Historien forteller også noe om mennesket, om menneskets forskjellige iboende sider. Alle har både fariseeren, tolleren og samaritanen i seg, og ofte i en stadig innbyrdes kamp.

Mitt paradigme er at mennesket er en enhet med en medfødt verdighet. Menneskets verdighet berøres av estetikken i tilværelsen, og dette er et område man har forpliktelse i forhold til. Ved å ivareta estetikken vises det også aktelse for verdigheten. Dette er et ontologisk postulat, som beveger seg utover den epistemologiske kunnskap. Forskingen angående den estetiske dimensjon utføres fra et vidt perspektiv, hvor estetikken i empirien også er en speiling av selve det gode, det sanne og det skjønne ut fra en transcendent væren. Estetikk angår det skjønne i tilværelsen og viser seg som estetiske uttrykksformer, på forskjellige nivå. Det er ut fra ovennevnte perspektiv at denne forskningen utføres. Det er også åpenhet for at estetikk kan ha en negativ påvirkning og føre til økt lidelse for pasienter, eller kanskje oppfattes av vurdere som at det stilles høyere krav og forpliktelser i forhold til den vården de gir.

1.3 Utredning av begrepet estetikk

Estetikk er læren eller vitenskapen om det skjønne i det værende, og om det uskjønne som også *kan* vises estetisk. Begrepet ‘estetisk’ forbindes ofte med arkitektur, kunst, maleri,

⁷ Gyldendahls Store Konversasjonsleksikon 1959.

⁸ Matteus 7.12.(Bibelen). Alt hva dere vil at menneskene skal gjøre mot dere, det skal også dere gjøre mot dem.

skulptur, design osv., og da med produkter fra utøvende kunstnere. I denne sammenheng, hvor tema er den menneskelige tilværelse og estetikkens betydning for helsen, vil begrepet 'estetikk' brukes på en atskillig videre og mer helhetlig måte enn det som kanskje umiddelbart er vanlig. Begrepet 'estetikk' er en fornyelse av det greske begrep 'aisthesis'. Med det menes fornemmelse, sans, persepsjon, sansepersepsjon eller følelse, eller oppfatning ved hjelp av sansene. Det er ikke bare det som oppfattes ved synssansen, men det som alle sansene, hver på sitt område, sanser og registrerer som skjønt (eller uskjønt), fullkomment, behagelig, så langt det er mulig. "Å ha tilegnet seg estetisk erfaring eller viten innebærer følgelig å kunne skille i kvalitativ henseende mellom gode og mindre gode kunstneriske uttrykk" (Gundersen og Wikshåland, 1991, s. 15).

Begrepet 'estetikk' ble først brukt av G. Alexander Baumgarten, tysk filosof (1714 - 62), allerede i 1735, men da som betegnelse for "vitenskapen om persepsjonen i sin alminnelighet". I *Aesthetica* fra 1750 utvider han definisjonen av det estetiske til å omfatte den "sanselige erkjennelsens fullkommenhet", noe som åpner for en teori om det skjønnne (Kant, 1790, s. 21). Baumgarten oppfattet det skjønnne som en sansbar fremstilling av det fullkomne. Kunstopplevelse var sanseopplevelser med tillegg av følelser. Estetikk og logikk utgjør til sammen en vitenskap som Baumgarten kalte 'gnoseologi' – kunnskapslære.

Det latinske begrep 'ars' betyr kunst, artefact, art facere, kunstig laget eller gresk 'techne', på norsk, det å kunne gjøre kunst, som kan være en tillært evne. 'Ars ingenum' kalles det medfødte talent. Begrepet 'estetikk' kan forbindes med alle menneskelige aktiviteter, med menneskets eller andre levende veseners uttrykksform. I alminnelighet kan enhver ferdighet som er tilegnet ved øvelse og studium kalles kunst. 'Kunst' brukes videre i svært mange sammenhenger – billedkunst, matkunst, livskunst, sykepleiekunst, vårdkunst, legekunst osv. Her dreier det seg både om tillært kompetanse og medfødt talent. Der hvor det ypperste presteres, er også estetikken ivaretatt, selve utøvelsen og produktet er hevet opp på et nivå utover det faglig dyktige, og det er kunst som uttrykkes i ferdigheten. Estetikk ble tidligere brukt om vitenskap eller refleksjon angående sansepersepsjoner, den vitenskap som fører til stadig større sansemessig erkjennelse. Begrepet 'estetikk' ble også knyttet til de fem skjønnne kunstarter: diktekunst, musikk, billedkunst, skulptur og arkitektur. Opp til renessansen ble 'kunst' betraktet som håndverk og knyttet sammen med håndverkerne og håndverkslaugene. Kunsten besto for en stor del i å 'imitere naturen' og var ikke særlig høyt estimert. På 1400-tallet begynte kunstnerne selv å kjempe for en oppvurdering av kunsten i samfunnet. Blant

andre argumenterte Leonardo da Vinci for kunstens plass blant vitenskapene. I moderne estetikk understrekes det at det som er kunst i kunsten ikke kan læres. Det er her ‘talentet’ kommer inn, eller “Det er en guddommelig kraft som beveger deg”, som Platon sier til Ion (Platon/Wyller, 1958, s. 21). En kunstopplevelse er bevegende, den berører mennesket, noe vekkes og berøres i møte med estetiske manifestasjoner. En berøring fører til bevegelse, og den berørte beveges. I avhandlingen anvendes begrepet ‘sjel’, det er sjelen som berøres, sjelens rørelse, som igjen berører og påvirker hele mennesket.

Estetikk kan være normativ, hvor det forsøkes å angi kjennetegn for skjønt og uskjønt, for egenskaper en ting må ha for å være skjønn, eller deskriptiv estetikk, som ordner og klassifiserer kunst, estetiske gjenstander, i stilarter og i periodetilhørighet. Den forsøker å forklare både tilblivelse og opplevelse av det estetisk verdifulle (Gyldendals store konversasjonsleksikon 1959).

En estetisk opplevelse kan være lystbetont, men den kan også være smertefull og føre til eller forsterke lidelsen. Ikke bare det vakre og skjønne kan vises estetisk. Også det uskjønne, skyggesidene, tilværelsens grusomhet kan vises i all sin gru på en estetisk måte. I malerkunsten kan nevnes verk av Frida Kahlo, hennes lidelse og smerte ved å abortere, ved sin ‘knuste’ kropp og sin sjelelige lidelse. E. Munchs ‘Skrik’⁹ uttrykker på en estetisk måte blant annet menneskets eksistensielle lidelse. Det uskjønne kan også uttrykkes i musikk, poesi eller annen form for estetisk utfoldelse. Estetikken blir en slags kontradiksjon som forsterker formidlingen. Imidlertid sier Løgstrup: “Een slags hæslihed lader sig ikke fremstille kunstnerisk, og det er det ækle. Det består nemlig i, at det ligesom trønger sig på os for at vi skal nyde det, samtidig med at vi med største uvilje sætter os imod den” (Løgstrup, 1966, s. 62). Estetikk kan også innebære krav til harmoni, til samsvar og konformitet mellom delene og helheten. Det estetiske viser klarhet, det lyser opp og sprer lys. Viktige strømninger i dagens estetikkforståelse er for eksempel sosiologisk og psykologisk orientert estetikk, fenomenologisk estetikk og eksistensialistisk estetikk. Ifølge Benedetto Croce (1913) er estetikk en vitenskap som er en anskuelig eller en intuitiv erkjennelse i motsetning til logikkens begrepserkjennelse¹⁰. Aristoteles fremhever estetikkenes rensende effekt på sinn og

⁹ Maleri av E. Munch, (1893), Munch–museet, Oslo.

¹⁰ En vitenskapelig teori kan for eksempel også karakteriseres som skjønn, ut fra visse kriterier. A. Einstein summerte opp tre elementer – enkelhet, klarhet. En god teori griper det som er ‘rotete’ og gjør det krystallklart elegant (Henry, 1995, s. 2, egen oversettelse).

skinn ved katharsis-teorien, (Berg Eriksen, 1985, s. 147)¹¹. Det å kunne leve ut sine følelser, å gråte, le, sørge, være sint, vise aggressivitet osv. gjennom skuespillerne som formidler innholdet i skuespillet, kan virke som en form for renselse med en positiv effekt. “Aristoteles så i musikken et middel til å bli rensset for følelser og lidenskaper som av forskjellige årsaker ikke fikk sitt naturlige utløp” (Ruud, 1990, s. 59). Katharsis-teorien kan også overføres til andre kunstarter.

Som det fremgår, er det vanskelig å gi et entydig svar på hva estetikk egentlig er. Brunius sier:

“Jag kunne till exempel säga att estetik är det vetenskapliga studiet av skönheten i natur och konst...Ty då måste jag vara viss om vad estetik är för slags vetenskap, om vad skönhet är för något, och om vilka egenskaper som skiljer konstföremål från andra föremål” (Brunius, 1961, s. 9)¹².

Selv om det er vanskelig å si hva estetikk er, så er det aktuelt for den videre forskning å presisere på hvilken måte estetikk-begrepet anvendes.

I avhandlingen anvendes *estetikk*:

- Filosofisk, som lære om det estetiske, om det skjønne i kunsten og om det kunstnerlig verdifulle, behovet for estetikk, utvikling av den estetiske sans og problemer forbundet med det kunstnerisk skjønne i sin alminnelighet.
- Om sansning, det som angår sansepersepsjonen, det som behager eller mishager i sansningen og ved sanselige persepsjoner på forskjellige nivå. Estetikk angår alt som har med det sanselige og det følelsesrelaterte å gjøre når det er i overensstemmelse med estetiske krav, smakfullt, pent, betraktende, livsnyttende, harmonisk, det skjønne i det værende, det perfekte og harmoniske, det som er i balanse og samklang. Også det uskjønne kan vises estetisk.

Estetikk og den estetiske dimensjon er hovedtema i avhandlingen. I de empiriske delstudier, II, III, IV og V anvendes *estetikk* primært i forhold til sansepersepsjonen og den kognitive vurdering av estetikken i omgivelsene. Den filosofiske forståelse av *estetikk* er gjennomgående for delstudie I.

¹¹ T. Berg Eriksen, professor i filosofi og idéhistorie, Universitet i Oslo.

¹² T. Brunius. Kunstprofessor ved Uppsala Universitet. Han har blant annet skrevet om Y. Hirns estetikk.

I kapitlene som omhandler en bro mellom vårdvitenskap og filosofi samt avsluttende vårdvitenskapelig diskusjon, er *estetikk* anvendt både som filosofisk begrep og i forhold til sansepersepsjonen.

Fokus rettes mot 11 kategorier (grunnbegrep/hovedområder), hver med underområder (redegjøres for i kapittel 4), som alle har en dimensjon hvor estetikken er viktig og som kan ha stor betydning for helse. Undersøkelsene til Beil–Hildebrand (1992), Ulrich (1984, 85, 91, 02), Wikström (1997), Dilani (1998) og Nightingale (1859/1984) er hovedsakelig grunnlag for en konstruksjon av 11 hovedkategorier som anvendes i den videre forskning.

Begrepet ‘estetikk’ anvendes i avhandlingen i forhold til de kategorier og underområder, som fremkommer i den videre forskning. Det fokuseres på *estetikk* som en empirisk vitenskap som angår sansepersepsjonen og som filosofisk lære, for å få en dypere forståelse for estetikkens/kunstens utvikling, av behovet for estetikk og for utviklingen av den estetiske erkjennelse. En sansepersepsjon ligger til grunn for data som innhentes angående estetikken i omgivelsene ved spørreskjema til pasienter, sykepleiere og kvalitative intervju av eksperter. For å kartlegge hvordan estetikken vurderes å være ivaretatt og for å kunne generere ansatser til en teori for planlegging av det estetiske miljø ved de norske somatiske sykehus anså jeg det fruktbart å anvende en bred forståelse av *estetikk*.

Det er ikke uten videre selvsagt at det fokuseres på estetikken i omgivelsene, ved planlegging, rehabilitering eller i den daglige drift av sykehus. Det redegjøres derfor for hvorfor estetikk er å anse som et behov, som er viktig for helse og trivsel, og hvorfor det kan sies å være en etisk plikt å ivareta denne dimensjon. Denne påstand grunnes på filosofiske og vårdvitenskapelige teorier og forskningsresultater, som er fokus for delstudie I.

2 HENSIKT, FORSKNINGSSPØRSMÅL, DESIGN OG METODE

Dette kapittel inneholder den vitenskapelige hensikt med forskningen, samt forskningsspørsmål. Det utformes et grafisk design, med oversikt over forskningens fremdrift. Det redegjøres videre for forskningens struktur, samt for metode, for den hermeneutiske tilnærming og for den instrumentelle kvantitative forskning.

Vitenskapelig hensikt

Avhandlingens overordnede mål er: å generere ansatser til en teori for hvordan det estetiske miljø i de norske somatiske sykehus kan ivaretas og forbedres, som en sykdomshelbredende, helsefremmende og helsebevarende faktor.

Delmål er:

- Å få en dypere forståelse og kunnskap om estetikkens fenomen, ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv. Delstudie I, V.

- Å kartlegge og å undersøke hvordan estetikken er ivaretatt ved norske somatiske sykehus. Delstudie II, III, IV.

Antagelsen er at det finnes en positiv forbindelse mellom estetikk og helse, men det er også åpenhet for at estetikk kan ha en negativ effekt. Forskningsfeltet er den estetiske dimensjon i omgivelsene på norske somatiske sykehus og estetikkens betydning for helse, sett i et vårdvitenskapelig og i et filosofisk perspektiv. Estetikk utforskes som fenomen ved teori fra vårdvitenskap og filosofi samt ved empirisk forskning.

Dette gir implikasjoner for:

- A/ Fremtidig planlegging og endringer av det fysiske miljø i helseinstitusjoner.
- B/ Pasientens rekonvalesenstid, og derved økonomisk besparing, som er vist ut fra forskningsresultater det henvises til.
- C/ Vårdvitenskapens grunnantagelser (vedlegg XIII), samt utdanning og undervisning. Den økte forståelse for estetikkens betydning er et bidrag til vårdvitenskapens idégrunnlag og til grunnantagelsene. For å fremme denne forståelse er det viktig at estetikk og den estetiske dimensjon blir integrert i undervisning og utdanning av vurdere.

D/ Praktisk anvendelse av filosofisk teori for en helhetlig forståelse av estetikkens betydning i vården.

E/ Kvalitetssikring, turnover, helse og velvære. (Momenter av stor betydning for vårderne).

For å nå hensikten for forskningsarbeidet stilles følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål

1. Hvordan har den estetiske dimensjon betydning for helse og vårdandet ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv? (Delstudie I)
2. Hva kan filosofiske teorier om estetikk bibringe vårdvitenskapen? (Delstudie I)
3. Hvordan vektlegges estetikk i handlingsplaner ved norske somatiske sykehus? (Delstudie II)
4. Hvordan vurderes det estetiske miljø i norske somatiske sykehus av pasienter, sykepleiere og av eksperter? (Delstudie III, IV og V)

Forskningen har 5 delstudier

- | | |
|----------|--|
| I | Analyse av vårdvitenskapelig og filosofisk teori |
| II | Kartlegging av det fysiske miljø ved norske somatiske sykehus med fokus på estetikk, ut fra handlingsplaner |
| III & IV | Vurdering av det estetiske miljø i norske somatiske sykehus og dets betydning for helse, ut fra pasienter og sykepleieres perspektiv |
| V | Eksperters vurdering av det estetiske miljø ved norske somatiske sykehus, og antatt betydning for helse |

Avhandlingens struktur

Design for avhandlingen er fremstilt grafisk i figur I og består av følgende faser, som det redegjøres for videre i avhandlingen:

1. Innledning og bakgrunn for avhandlingen, tydeliggjøring av forskerparadigme og forforståelse. Beskrivelse av begrepet *estetikk*
2. Hensikt/mål, forskningsspørsmål, design og metode
3. Tidligere forskning
4. Utredning og beskrivelse av estetiske kategorier
5. Utforskning av vårdvitenskapelig teori med henblikk på estetikk
6. Utforskning av filosofisk teori med henblikk på estetikk

7. Gjennomføring av empiriske undersøkelser
 - A/ Handlingsplaner/strategiplaner
 - B/ Spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere
 - C/ Kvalitative forskningsintervju med eksperter
8. Resultat fra delstudiene II, III, IV og V
 - A/ Innholdsanalyse av handlingsplaner/strategiplaner
 - B/ Statistisk og deskriptiv analyse av spørreskjema
 - C/ Hermeneutisk analyse og tolkning av intervju
9. Syntese fra delstudiene
10. Ansatser til rammeverk for estetikk i sykehus
11. Avsluttende vårdvitenskapelig diskusjon, implikasjoner for videre forskning, kritisk granskning og epilog

(Figurene i avhandlingen er konstruert av forskeren)

Teoretisk perspektiv

ESTETIKKENS EVIDENS I VÅRDEN

Innledning, bakgrunn, forskerparadigme
Hensikt, forskningsspørsmål, design. Tidligere forskning om estetikk og estetiske kategorier som utforskes

Datasamling ved hermeneutisk analyse av vårdvitenskapelig teori og filosofisk teori til forskningsspørsmål I & II

Teoretisk datamateriale fra delstudie I

Utarbeiding av variabler for analyse av handlingsplaner

Utarbeiding av spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere

Utarbeiding av semi-strukturert intervjuguide til ekspertgruppe

Delstudie I

EMPIRI

Datasamling via:
1. Handlingsplaner
2. Spørreskjemaer
3. Kvalitative forskningsintervjuer

Innholdsanalyse av handlingsplaner fra norske somatiske sykehus

Statistisk og deskriptiv analyse av spørreskjemaer fra pasienter og sykepleiere

Hermeneutisk analyse og tolkning av kvalitative forskningsintervju

Delstudie II
Handlingsplaner

Delstudie III
Spørreskjemaer
Delstudie IV
Spørreskjemaer

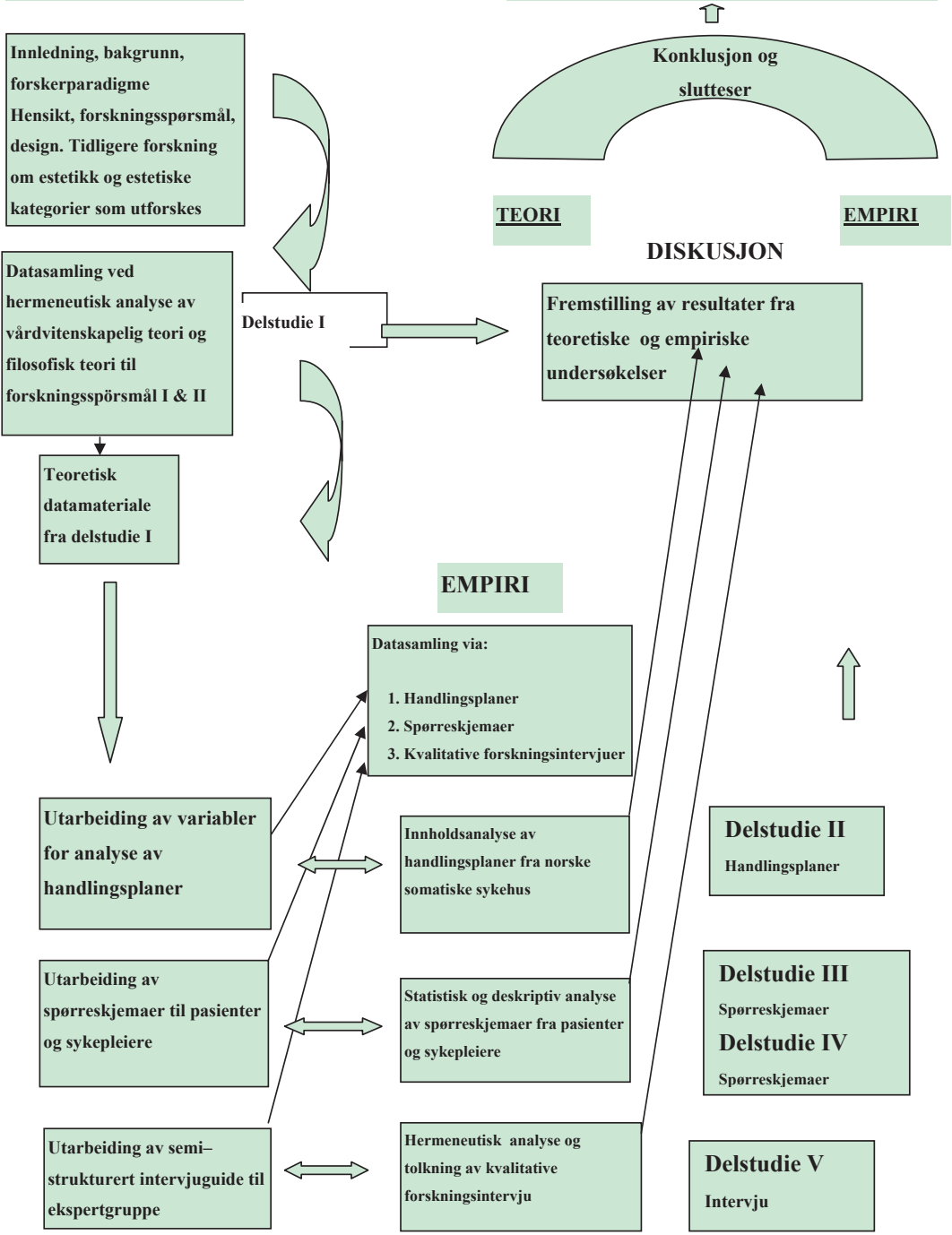
Delstudie V
Intervju

Konklusjon og slutteser

TEORI **EMPIRI**

DISKUSJON

Fremstilling av resultater fra teoretiske og empiriske undersøkelser



Figur I – Design for forskningsprosessen

Metode

Hovedhensikt med forskningen er å utvikle ansatser til en teori for hvordan det estetiske miljø i norske somatiske sykehus kan forbedres og ivaretas. Delmål er ved forskning å undersøke og å kartlegge hvordan estetikken er ivaretatt i sykehusene, samt å utdype forståelse og kunnskap om estetikk som fenomen, ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv. For å nå hensikten anvendes både hermeneutisk tilnærming og instrumentelle kvantitative metoder.

Som helhet er avhandlingen en hermeneutisk eksplorativ studie, inspirert av Gadamer og Ricoeur. Det er gjennomgående en dialektisk bevegelse mellom helhet og del, en tolkning av vårdvitenskapelig og filosofisk teori om estetikk i en overordnet hermeneutisk sammenheng, for å forklare og utvide forståelsen for estetikken betydning i vårdvitenskapen og i vården. Ifølge Gadamers teori om hermeneutikk er forforståelsen den hermeneutiske sirkel, den horisont man er i når forskningen starter og hvor forskningen fører til ny kunnskap, en utvidet forståelse som kan smelte sammen og utvide sirkelen, den helhetlige forståelse. Gadamer kaller det en horisontsammensmeltning¹³ (Gadamer, 1960/1997). Hermeneutikk er en prosess man er i, det vil si en voksende og utvidende forståelsesprosess. Mennesket søker forklaring for å kunne forstå. Det er en sammenheng mellom disse to vinklinger til økt kunnskap. Hermeneutikkens vitenskapstradisjon har 'forståelse' som hovedtema, mens naturvitenskapens mål er å forklare. I avhandlingen forskes det både ved kvantitative og kvalitative metoder. Det er to forskjellige tradisjoner, men de er gjensidig berikende. Ricoeur sier:

“Istället för dessa helt oförenliga alternativ föreslår jag en mer dialektisk uppfattning av den nära samhörigheten mellan förståelse och förklaring [...]. Förståelsen behöver förklaringen så snart det inte längre föreligger en dialogsituasjon i vilken frågor och svar kan bekräfta den tolkning som sker under dialogens gång” (Ricoeur, 1992, s. 73).

Den utvikling av kunnskap og forståelse for et fenomen som finner sted i en aktiv prosess, er hermeneutisk. “Förståelsen börjar ju, som redan påpekats, med att något talar till oss” (Gadamer, 1960/1997, s. 146). Det som skal forståes i en tekst er ikke opphavsmannen til teksten, men selve teksten, ‘tekstens sak’, som står for seg selv frisatt fra forfatteren. Lesere

¹³ Horisonten er en forutsetning for forståelse, for å kunne gå inn i den ‘tekst’ som skal utforskes. Samtidig er horisonten noe man beveger seg i ved at økt delforståelse fører til en utvidet forståelse av helheten. Den hermeneutiske sirkel utvides, den egne horisont smelter sammen med ‘tekstens ’ horisont.

eller tolkere av et verk vil alltid senere være lastet med sin historie og være i sin historiske sammenheng. Akkurat det er jo noe av det fantastiske med et litterært verk eller med et kunstverk, at det blir 'stående' og stadig har nye ting å gi sine lesere, verket er i seg selv levende, gjennom tidene. "Textens mening overskrider alltid, och inte bara tillfälligtvis, upphovsmannen. Därför är förståelse aldrig bara ett reproduktivt utan alltid också ett produktivt förhållningssätt" (Gadamer, 1960/1997, s. 143). Gadamer betegner den hermeneutiske forståelse som en sirkel som utvider seg, men forståelsen kan også betegnes som en hermeneutisk spiral. Den kunnskap og forståelse man har om en tekst eller et tema er avgrenset, som en større eller mindre sirkel. Man forstår stadig mer av helheten ved å tolke delene, og delene forstås utfra helheten, en 'frem og tilbakegang' som fører til stadig ny og utvidet forståelse, enten det er for et maleri, skriftverk eller annen kunst. Den 'sannhet' som søkes er hele tiden bevegelig, den kan utvikles og utvides. Tekstforståelsen er en uendelig prosess, den tar ikke slutt. Livet kan sees som en hermeneutisk sirkel. Mennesket søker hele livet forklaring for bedre å forstå seg selv og verden. Solipsistisk kan man si at ethvert menneske streber etter å forstå *sin* verden, *sin* egen indre verden og den ytre verden det er havnet i.

Når en tekst eller et verk skal fortolkes, vil det alltid være mange hindringer. En leser i år 2000 kan ikke ha de samme forutsetninger til å forstå et verk for eksempel fra antikken, slik det da ble tolket. Men det forhindrer ikke at et verk fra antikken kan tale til og være berikende for nutidens mennesker. Det er ikke mulig å tre ut av tiden, det er ikke mulig å legge av seg den historiske kappe man bærer på, heller ikke den eksistens man er i, men fordommer er også en betingelse og en forutsetning for forståelse. Vi forstår aldri nøytralt, vi har alltid en forforståelse og vår egen horisont. Vår forståelse i dag bygger på en forforståelse som er tuftet på den arv vi har ved overlevering av tidligere tiders forståelse og den kulturelle kapital vi bærer. "Historien finns före mig och föregår min reflektion. Jag tillhör historien innan jag tillhör mig själv" (Ricoeur, 1992, s. 111). Uten de fordommer vi bærer med oss ville vi ikke forstå stort, men fordommene kan også være til hinder for forståelse. All forståelse beror på en sammensmeltning av den egne horisont og tekstens forståelseshorisont. Hvis man har den fordom at det bare er det vakre som kan fremstilles estetisk, da kan fordommen virke hindrende for evnen til å se at ondskap, krig og grusomheter også kan fremstilles på en estetisk måte. Estetikken i fremstillingen kan til og med virke forsterkende på inntrykket. Mye innen estetikken kan ansees som metaforer, som gir en annen innsikt og kanskje en ny

mening. Hermeneutikken i avhandlingen er som en sirkel i vekst og utvikling. Ricoeur fremholder:

“På ett epistemologisk plan skulle jeg vilja påstå: det finns inte två metoder, - en för förklaring och en för förståelse. Strängt taget är det bara förklaringen som är metodisk. Förståelsen är snarare det icke-metodiska momentet som i de tolkande vetenskaperna går samman med förklaringens metodiske moment. Detta moment (förståelsen) föregår, ledsagar, avslutar och inneslutar på så vis förklaringen” (Ricoeur, 1992, s. 96).

I forhold til den estetiske utforming av omgivelsene, av hvordan estetikken kan ivaretas, så påpeker Ricoeur et viktig moment. Den metodiske forklaring bør ledsages av forståelse for hvordan estetikken i omgivelsene kan påvirke brukerne. “At hermeneutikken så å si må utlegge det levende ord og vekke det ordet som er stivnet til skrift til nytt liv, det er dens egentlige oppgave” (Gadamer, 1989/1991, s. 146). ‘Det levende ord’ er i denne sammenheng omgivelsenes estetikk. Hermeneutikkens oppgave er her å fortolke og vekke omgivelsene som kanskje er stivnet, og gi dem nytt liv. En del områder innen den estetiske erfaring kan sies å være ‘hermetisk’ lukket, deres betydning er ikke bevisstgjort, men kan kanskje komme til syne ved hermeneutikkens hjelp.

Det er anvendt metodetriangulering ved kvantitativ forskning i delstudiene II, III og IV. Delstudiene I og V, er hermeneutiske studier, hvor hermeneutiske prinsipper anvendes. Den kvantitative forskning har en instrumentell hensikt ved å påpeke kausale sammenhenger, som nyttiggjøres i avhandlingen ved utarbeidelse av ansatser til teori. Den kvantitative forskning og forklaring gir også en utvidet forståelse for helhetsperspektivet. Forskjellige metoder anvendes for å få data som kan være berikende i forhold til prosjektets hensikt. Etter den teoretiske undersøkelse, delstudie 1, er det fruktbart å anvende en instrumentell, kvantitativ forskning. Tilnærmingen skjer gradvis ved først å undersøke hva som er retningslinjer for det estetiske miljø i norske somatiske sykehus, hva som er nedfelt i handlingsplanene. Det redegjøres for analyse av handlingsplanene senere i avhandlingen. For å få en utvidet forståelse for hvordan estetikken er ivaretatt, foretas det en spørreundersøkelse hvor pasienter og sykepleiere ved seks somatiske sykehus gir sin generelle vurdering av estetikken i omgivelsene. Det spørres ikke om detaljkunnskap eller utfyllende kommentarer i spørreskjemaene, da hensikten på dette forskningsstadiet primært er å få en generell vurdering. Konkrete spørsmål, for eksempel i forhold til hvilken farve det er på veggene i rommet og hvordan den vurderes estetisk, ble det derfor valgt å utelate i spørreskjemaene. Dette ble gjort fordi det ble antatt at verken pasienter eller sykepleiere innehar

spesialkunnskap til å vurdere fargens kvalitet, valør, psykiske/fysiske påvirkning på mennesket ut fra den forskning som finnes, eller vurdere fargen som materielt element i det visuelle.

Resultatene fra analyse av handlingsplaner og spørreskjemaer vil danne grunnlag for den videre forskning som utføres ved kvalitative forskningsintervju av eksperter. Analyse av de kvalitative forskningsintervju foretas i tråd med Kvale (1992a, 1992b) på et selvforståelsesnivå, på common sense nivå, samt et teoretisk fortolknings nivå. Det antas at denne delstudien vil gi en forøket forståelse for hvordan det kan stilles nye spørsmål til datamaterialet som helhet, og som igjen kan føre til en utvidet forståelse for tema.

Forskningen i avhandlingen gir både en hermeneutisk utvidet forståelse for den estetiske dimensjon, den viser kausale sammenhenger mellom estetikk og helse, samt konkrete områder i omgivelsene som vektlegges av informantene, som viktige for det estetiske miljø. Resultat av forskningen gir grunnlag for generering av ansatser til en teori for hvordan det estetiske miljø kan ivaretas som en sykdomshelbredende, helsefremmende og helsebevarende faktor.

Etiske vurderinger

Enhver undersøkelse som skal utføres hvor mennesker er involvert, fordrer en overveielse av eventuelle etiske innvendinger. Det er en etisk plikt å beskytte enhver pasient mot undersøkelser som kan tenkes å forulempe eller skade på noen som helst måte. I denne undersøkelsen er det primært pasienter som blir forespurt om de er villige til å delta i en spørreundersøkelse. I. C. N.s¹⁴ etiske prinsipper er grunnleggende for de forskningsetiske overveielser.

Helsingforsdeklarasjonens (1996)¹⁵ følgende punkter (oversatt og ekstrahert) er viktige: 1) å ikke skade og ikke forårsake lidelse eller illebefinnende hos pasienten, 2) frivillighet i undersøkelsen. Pasienten kan når som helst avbryte kontakten med forskeren, 3) å bevare pasientens tillit og garantere anonymitet, 4) å søke kunnskap, og å føre den videre. Sikkerhet

¹⁴ International Council for Nurses (2000).

¹⁵ World medical association Declaration of Helsinki, 1964/1996.: 1. In the purely scientific application of medical research carried out on a human being, it is the duty of the physician to remain the protector of the life and health of that person on whom biomedical research is being carried out. 2. The subject should be volunteers- either healthy persons or patients from whom the experimental design is not related to the patient's illness. 3. The investigator or the investigating team should discontinue the research if in his/her or their judgement it may, if continued, be harmful to the individual. 4. In research of man, the interest of science and society should never take precedence over considerations related to the wellbeing of the subject (British Medical Journal no. 7070, volume 313, 7 dec.1996).

og integritet må ivaretas for respondentene. Lov (2003:460)¹⁶, som trådte i kraft 1. januar 2004, som sier at all forskning som angår mennesker, skal i følge loven prøves og godkjennes av etisk komité. Det ble sendt søknad til Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk. Komiteen behandlet søknaden august 1999 med følgende kommentar: “Det må innhentes tillatelse fra avdelingsoverlegen ved de respektive avdelinger før prosjektet settes i gang. Forøvrig har komiteen ingen merknader til prosjektet og tilråder at det gjennomføres” (Vedlegg I). Tillatelse ble innhentet fra avdelingsoverlegen ved de avdelinger hvor spørreundersøkelsen ble utført. Spørreskjemaet til både pasienter og sykepleiere er anonyme. Spørreskjemaene inneholdt ingen spørsmål av personlig karakter som skulle tilsi risiko eller noen form for etisk forulempning. Det var selvfølgelig et frivillig valg om de ønsket å delta eller ikke. Dette fremgår også av vedlagte brev til alle deltagerne. Kvalitative forskningsintervju av eksperter er anonyme, men de er ikke anonymisert ved for eksempel endring av personlige data. Informantene ble forespurt muntlig angående muligheten for identifisering, da de er relativt kjente personer. De ga alle uttrykk for at det var uvesentlig. Helsingforsdeklarasjonens krav ble ivaretatt. Deltagerne ble muntlig og skriftlig informert om undersøkelsen og alle deltok på frivillig basis. Informantene kunne når som helst avslutte intervjuet hvis det var ønsket. Informantene samtykket i at intervjuet ble tatt opp på bånd.

Hvordan estetikken er ivaretatt i handlingsplanene til de norske somatiske sykehus, er tidligere ikke undersøkt. Det er ikke funnet forskning som anvender spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere, og heller ikke intervju av eksperter, angående det estetiske miljø i sykehus. De involverte parter, både informantene og sykehusene som deltok, var positive til at undersøkelsen ble gjennomført, også i forhold til publisering. De ytret ønske om å få tilsendt resultatene i avhandlingen.

¹⁶ Vetenskapsrådets riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. (Ersätter Helsingforsdeklarationens forskningsetiska riktlinjer).

3 TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet granskes forskning og litteratur som omhandler den estetiske dimensjon generelt og estetikkenes betydning for helse og velvære spesielt.

Artikkelsøk ble gjennomført i flere databaser 1999 (Medline, Bibsey og Chinal), på engelsk og nordiske språk. Det ble søkt på følgende nøkkelord: Aesthetic Environment, Aesthetics, Health Environment, Research Esthetics, Hospital Aesthetics, Patient Environment. Disse søkeordene ga til sammen 127 henvisninger til vitenskapelige forskningsartikler. Av de 127 syntes det ikke å være mer enn 6 artikler (merket*) som har særlig relevans for denne avhandlingen. Datasøk viste at det er utført forskning på enkelte områder: fra skolemiljø og fra noen sykehus. Blant annet er det gjort en undersøkelse fra et sykehus i Tyskland, med et psykologisk fokus (Beil–Hildebrand, 1992). Det er lite forskning å finne fra undersøkelser på norske somatiske sykehus. Det er heller ikke funnet noen undersøkelser om hvordan estetikken i omgivelsene på norske somatiske sykehus vurderes av pasienter, av sykepleiere eller av eksperter. (Hvordan estetikken er ivaretatt og om estetikk er ansett som viktig). Dette tilsier et behov for en nærmere undersøkelse av hvordan estetikk er ivaretatt i sykehusene og en fokusering på temaet i forhold til den kunnskap som finnes.

De andre henvisningene i dette kapitlet er fra primærlitteratur eller oversettelser av denne. Dette er kilder som ble funnet frem til ved litteratursøk eller henvisninger i annen forskning. Tittel på primærkilde/verk skrives i kursiv, referering til artikler merkes med *. Primærkilder som er oversatt, vil angi forfatter i parentes, med årstall for utgivelse, og navn på oversetter med år for ny utgivelse vil fremgå av litteraturlisten. I noen tilfelle er det naturlig å angi utgivelsesår først, og så skrå strek og ny utgivelse, eventuelt årstall for oversettelsen, for eksempel Gadamer 1960/1997. Artikkene som ble funnet ved første søk i 1999, ledet ved sine litteraturlister og henvisninger til annen forskning og litteratur angående tema. *Biley (1993, s. 20-26) hevder at Nightingale var en av de første som var oppmerksom på omgivelsenes betydning for gjenvinnelse av helse. *Pope viser hvor stor effekt lyd kan ha på mennesket, på pasienter og sykepleiere. Det kan være forskjellige lyder, alt fra musikk og stemmer til ulyder som støy og bråk. “This literature review provides a starting point for new studies that acknowledge the perception of sound as well as the physiological and psychological effects of sound on patients’ well-being” (Pope, 1995). Forskning viser at svært mange naturlyder har en gunstig og harmoniserende virkning. “Men miljön består inte enbart av en visuell del – färg och form – utan i lika stor utsträckning av en ljudmiljö ” (Wikström, 1997, s. 109).

*Beil-Hildebrand har utført en anonymisert undersøkelse om estetikk ved et moderne sykehus i Tyskland. Temaet er det psykologiske aspekt ved sykehusets oppholdsrom, rommenes arkitektur, farger, lys, kunst osv., hvordan det påvirker pasienten og styrker kroppens egen evne til å overvinne sykdom (Beil-Hildebrand, 1992). Hun fant at estetikken i omgivelsene har stor betydning både for pasientene og for vårderne. Hun sier: “Dem Kranken soll ein menschenwürdiger Aufenthalt im Krankenhaus ermöglicht werden; durch Anregungen sollen seine Selbstheilungskräfte gestärkt werden. Bei den Mitarbeitern soll durch eine angenehme Gestaltung der Umgebung bei den pflegenden und heilenden Tätigkeiten die Arbeitsfreude gestärkt werden” (Beil-Hildebrand, 1992, s. 7). *Behrman har undersøkt hvordan forskjellig kunst, blant annet skulptur og bildende kunst, eller mangel på kunst i sykehus kan påvirke pasientenes velvære og pasientens helse. “A very good thing that art does is to bring the community into the hospital. The barrier between illness and health is broken down” (Behrman, 1997, s. 584). *Henry har en kort redaktørartikkel, “Estetikk er kunstens filosofi”, som påpeker hvor viktig estetikk er i sykepleien: Hun henviser til Nigthingale, som tidlig forstod sammenhengen mellom helse og skjønnhet (Henry, 1995, s. 2). *Carper hevder at: “Nursing thus depends on the scientific knowledge of human behaviour in health and in illness, the aesthetic perception of significant human experiences and the personal understanding of the unique individuality of the self” (Carper, 1978, s. 22). I artikkelen fremgår det at sykepleie er mer enn en mekanisk handling, som bare bygger på en vitenskapelig forståelse, det må også være en forståelse for individets særegenheter og behov. Et av individets særegenheter og behov er det estetiske behov, som i vården kan ha en positiv effekt.

Wikström hevder: “Ut fra Maslows (1968) behovsstige har kultur og underholdning en selvskreven plass som et av menneskets grunnleggende behov. Maslow mener således at vakre omgivelser i en del tilfeller kan ha avgjørende betydning for pasientens gjenvinnelse av helse eller lindring av symptomer” (Wikström, 1997, s. 11). “Den estetiska upplevelsen präglas av den estetiska attityden och människans syn på livet och världen [...]. Under olika tidsperioder har estetiken och läran om det sköna värderats på olika sätt. Är det någonting av det den nutida människan saknar? Är det tid för oss människor att stanna upp och åter låta estetiken leva?” (Blomqvist-Suomivuori, 1993, s. 2). Blomqvist-Suomivuori hevder at estetikk er en livsfilosofi, en måte å tolke livet og virkeligheten på. “Det sköna, behagfulla, värdiga, tragiska, komiska och sublimes ger ett vidgatt perspektiv [...] och samtidig förstår

man att det är egentligen alt i livet som kan vara estetisk, om man lär sig att se på rätt sätt” (ibid., s. 68). Watson anser betydningen av rene estetiske omgivelser som et grunnleggende behov, og fremhever hvor viktig også dette behov er ved utøvelse av en holistisk sykepleie. Watson bygger sin ‘caring theory’ på humanvitenskap, kunst og filosofi. Hun er opptatt av både det abstrakte og det konkrete, som nødvendig for en helhetlig vård, og av omgivelsenes estetikk som viktig for mennesket (Watson, 1979; Chinn, Watson, 1994). *Israel har utført en spørreskjemaundersøkelse av hvordan pasienten opplever sykehuset. Undersøkelsen var ved to sykehus i Sverige. Angående estetiske faktorer finner han at 80 % (N 326) uten forbehold ønsker sol i pasientrommet. Tilgang til frisør ønskes av 89 % kvinner, 93 % menn. Han stiller spørsmål om pasientene ønsker å bruke egne klær, nattøy, undertøy, morgenkåpe og dagligklær, og finner et skille mellom kvinner og menn. Kvinnene ønsker eget tøy i større utstrekning enn menn. Angående ønsker for sykehustøy fant han at 31 % nevnte farve og modell, 31 % angående tøyets passform, 12 % nevnte begge deler og 26% hadde flere ulike ønsker (Israel 1962).

Det er utført en undersøkelse ved et norsk sykehus (Bjørnsborg, Håheim et al. 1997), hvor pasienter ble bedt om å si sin mening om kvalitet og service ved sykehuset. For kvalitet er det i undersøkelsen satt 9 kvalitetsmål som vurderes av pasientene. Et av områdene omhandler noen åpne spørsmål angående omgivelsene. Nesten alle kommentarene er negative, og viser at pasientene er misfornøyde med den fysiske estetiske standard ved sykehuset. Svarene indikerer at estetikk er et område som betyr mye for pasientene, og som det er viktig å forske mer på. *Henry stiller følgende spørsmål: “How have we build on the foundation of aesthetic understanding in nursing begun by Nightingale? How have we contributed to people’s health through beauty in person, practice, environment and science?” (Henry, 1995, s. 2). Hun gir ikke noe svar, men implisitt synes det å ligge i spørsmålet at man ikke har bidratt til å bedre eller høynet den estetiske standard.

Nytt datasøk ble foretatt i 2004 i Medline, National Library of Medicine og Cinahl. Dette ga følgende resultater:

1. Medline: *Health Facility Environment*, 2912 kildetreff, + keyword *aesthetics* ga 0 kildetreff. Related articles ga 679 kildetreff, + *aesthetic* ga 9 kildetreff
2. Medline: *Hospital aesthetics* 141 kildetreff + keyword *environment* 7 kildetreff
3. Medline: *Patient Environment* 50 kildetreff + keyword *aesthetics* ga 19 kildetreff
4. Medline: *Hospital aesthetic environment* ga 13 kildetreff

5. Søk i Cinahl på samme keywords ga 0 kildetreff

De forskjellige kildetreff ved søk refererte ofte til samme artikler og det er forsøkt å velge ut for granskning de kildene som synes relevante for denne studien. Litteraturhenvisninger i artikler fra forskning ledet videre til relevant forskning innen andre disipliner.

En artikkel av Gulrajani handler om de fysiske omgivelsene og deres innflytelse på pasienter i akutt-avdelinger. Det stilles spørsmål i artikkelen om vi totalt kan ignorere de estetiske verdier ved humanistiske omgivelser, som man vet vil ha en positiv effekt på brukergruppen. (Gulrajani 1995, egen oversettelse).

Miller et al's (1985/13) forskning fokuserer på preferanser innen interiørdesign ut fra beboere, pårørende og ansattes perspektiv ved to omsorgshjem. Hovedkonklusjon er at når man er oppmerksom på at interiørets design virker inn på livskvaliteten, bør profesjonelle designere konsulteres.

En artikkel av Martineck (2001) omhandler et katolsk misjonssykehus i Nevada. Hospitalet er bygget ut fra Dominikanernes filosofi: "technology mends while compassion heals" (ibid., s. 1). Det legges vekt på en arkitektur som er komfortabel og ikke truende, med fredelige omgivelser, som kan få pasienter og besøkende til å føle seg trygge, og gi en følelse av tidløs skjønnhet. Det er en beskrivelse av en stor hage, designet av Peridian, og som kalles en helbredende hage. Det tilstrebes et holistisk miljø som er pasientfokusert. "Art and color are artfully combined to enrich the facility and lend a sense of timeless beauty" (ibid., s. 2).

3.1 Andre disipliner om estetikk og helse

I avhandlingen er det gjennomgående et vidt perspektiv på hva som hører inn under estetiske omgivelser. Det er derfor gjennomgått litteratur og forskning fra flere disipliner, hvor det kunne hentes nyttig kunnskap og verdifulle resultater angående estetikkenes betydning for helse og velvære.

Undersøkelser foretatt av Dilani¹⁷, blant annet hans doktorgrad *'Design och omsorg i sjukhusplaneringen'* (1998), hvor han 1) belyser utviklingen av sykehusarkitektur i et

¹⁷ Dilani er en av initiativ takerne til IADH, (International Academy for Health and Design) en forening hvor det er medlemmer fra forskjellige disipliner med relasjon til vård, arkitektur, medisin, design, psykologi, kunstvitenskap, sykepleie med flere og hvor fokus er design og estetikkenes betydning og påvirkning på helsen.

historisk perspektiv, 2) analyserer 9 sykepleieavdelinger med fokus på de lokale omgivelsene og 3) analyserer planlegging av RIT 2000 (regional Hospital in Trondheim), gir data og viktige vinklinger til estetikken i sykehus. Sykehuset i Trondheim planlegges med vekt på 'Plaintree' filosofiens ideologi om estetikken betydning for helse og velvære. Dilani konkluderer i sin doktorgradsavhandling: "It is evident that the character of the environment and architectural values play an important part in healthcare work" (Dilani, 1998, s. 275).

På IADH's 2. internasjonale konferanse i Stockholm år 2000 presenterte blant andre Ulrich¹⁸ noen resultater fra sin forskning. Det refereres i avhandlingen til Ulrich og flere av hans undersøkelser som viser at estetikk i omgivelsene har stor effekt på medisinske resultater for pasientene ved de sykehus hvor undersøkelsene er foretatt. Undersøkelser av Ulrich (1984, 2000) viste positive resultater for de pasientene som hadde utsikt fra vinduet i pasientrommet. Forskning fra 1985 og 1991 (Ulrich), viser at natur, grønt, blomster og annet, har en gunstig innflytelse på rekonvalesensen. Artikler om estetikken betydning er gjengitt i *Design and Health* (Dilani 2001 red.), en antologi fra The 2. International Conference on Design and Health. Også andre forskere tilknyttet 'International Academy of Design and Health' (IADH) har foretatt forskning angående estetikken betydning for helsen. Rapp (1999) viser til en undersøkelse som ble utført over en femårsperiode angående estetikk og kultur i vården, i forhold til eldre pasienter. Forskjellige estetiske uttrykksformer og aktiviteter viser positive resultater for helse og for velvære til de eldre pasientene.

Innen psykologien er estetikk et viktig felt, da estetikk kan påvirke menneskets psyke og føre til psykiske reaksjoner, både positive og negative. I avhandlingen er det imidlertid valgt å utdype en filosofisk og vårdvitenskapelig teoretisk forståelse av estetikken betydning for helse. I vestlig tradisjon ser man allerede fra antikkens Hellas at estetikk er et område som er viktig i menneskets liv, i kunst, arkitektur, tale og livsførsel. Helsetemplene, blant annet i Hellas og Tyrkia, ble bygget i utsøkt terreng, høyt og fritt med vakre bygg, hvor det var luftig, god utsikt og solfylt. En helhetlig behandling av pasientene ble ansett som grunnleggende (Lanara, 1981). I litteratur, kunst og arkitektur fremheves ofte det estetiske som noe man kan

Han er forsker ved Karolinska Institutet, Swedish National Institute for Psychosocial Factors and Health. Jeg foretok en reise til det 'gamle' sykehuset i Trondheim for å se på en avdeling hvor Plaintree filosofien var grunnlag for arkitektur og vård. Her ble jeg henvist til Dilanis forskning.

¹⁸Dr. Ulrich er professor ved Texas A & M University College of Architecture, Director, Centre for Health Systems and Design. Han har foretatt vitenskapelige undersøkelser angående omgivelsenes betydning for helse og velvære, for eksempel: Betydning av vindusutsikt for rehabilitering etter operasjoner, betydning av det visuelle i omgivelsene for pasienter osv. (Dilani 2001).

gledes over. Også skjønne mennesker, spesielt menn, med vakre veltrente kropper, ble ettertraktet i antikken. Filosofen Platon gir uttrykk for at det finnes en grunnleggende skjønnhet, det absolutt skjønne – selve ‘Det skjønne’, det som alt annet skjønt viser noe av (Winter, 1977).

Det skjønne kan vise seg på mange områder i tilværelsen. For eksempel er det foretatt vitenskapelige undersøkelser som viser fargenes betydning for velvære. Noen farver fører til opplaghet og glede, og andre til mismot. Gimbel (1995) har skrevet om farvenes innvirkning på helsen. Goethe undersøkte hvordan man sanser farvene og farvenes sammensetning, farvenes estetisk emosjonelle virkning (Bjerke, 1952; v. Goethe 1810). Angående farver anvendes her også Ittens *Kunst der Farbe* som utkom i 1961.

Gadamer er kritisk til Kants teori om estetisk erkjennelse og bidrar ved sin kritikk til en utvidet forståelse. Han skriver i *Die Aktualität des Schönen. The relevance of the beautiful* (1977/02) om intuisjon og imaginasjon, estetikk og lek (tysk Spiel, oversettes til spill, lek, eng. play), estetikk og religiøse erfaringer. I *Wahrheit und Methode* (1960/1989) sier Gadamer blant annet som kritikk av Kant at “han reduserer sensus communis til et subjektivt prinsipp” (ibid., s. 43). Gadamer henviser til og kommenterer Kant’s *Kritik der Urteilskraft*, og sier: “The Critique of aesthetic judgement does not seek to be a philosophy of art – however much art is an object of judgement. The concept of the ‘pure aesthetic judgement of taste’ is a methodological abstraction only obliquely related to the difference between nature and art” (ibid., s. 44). I Gadamers *Das Erbe Europas, Beiträge* (1989/1991) er det Vestens egenart som står i sentrum, men også mennesket som et fortolkende vesen som hele tiden forholder seg til ‘tekst’ som ikke kan fikseres.

Det er valgt å ikke anvende litteratur fra psykologi. Selv om mange reaksjoner på det estetiske miljø kan være sterkt psykisk betinget og kunne gi et interessant perspektiv, så vil det bli for omfattende i denne sammenheng. Sosiologen og filosofen Bourdieu, skrev *Distinksjonen* (1979/2002), en studie av mennesket, hva det er, og hva som former dets væren. Han har tre grunnbegrep i verket: *habitus, felt og kapital*. Habitus er måten kroppen tilpasser seg sitt miljø, feltet er et autonomt mikrokosmos på innsiden av det sosiale makrokosmos, det sjikt eller den klasse man tilhører. Kapital kan gjelde for så vidt både den økonomiske kapital, men viktigst, den intellektuelle kapital, som preger menneskets væren. Den intellektuelle kapital vil være av stor betydning for de estetiske dommer som felles, men i denne avhandlingen

foretas det ikke noen kartlegging av den økonomiske eller den kulturelle kapital informantene innehar. I forhold til den estetiske erkjennelse på de tre første nivå, er det aktuelt å referere til Bourdieu, som er filosof, og som har beriket det samfunnsvitenskapelige felt med sin rike kulturelle kapital. Hans teori om *den kulturelle kapital* øker forståelsen for menneskets forskjellige reaksjoner på estetiske verk og ytringsformer. Med et menneskes habitus forstår man at mennesket preges av det sosiale miljø, av den sosiale struktur det vokser opp i og miljøets *kulturelle kapital*. Ettersom estetikken i somatiske sykehusmiljø skal imøtekomme så mange forskjellige mennesker, uavhengig av sosial tilhørighet, kulturell kapital eller preferanser, så er det ikke fokusert spesielt på å finne divergensene i vurderingen (fra pasienter, sykepleiere og eksperter) relatert til disse faktorene. Ved å utforske behovet for estetik på forskjellige nivå, ansees det å være en måte å imøtekomme alle sjikt i samfunnet.

3.2 Resultat av utforskning av litteratur som angår den estetiske dimensjon

Litteraturgjennomgangen viser at estetiske omgivelser fører til bedre søvn, mindre forbruk av smertestillende, av beroligende medikamenter samt av sovemedisin. Den viser en gunstig effekt på blodtrykket til pasientene og til en kortere rekonvalesens (for eksempel resultat av forskning ved Ulrich, 1984, 1985, 1991; Rapp, 1999; Küller, 1981, 1992, 1993, 1998). For ansatte viser estetiske omgivelser seg å være positive ved mindre forekomst av allergiske plager, forkjølelse, snue, tetthet, hodepine, færre sykedager og generelt høyere trivsel i arbeidet (Fjeld, 1998a).

Granskningen av litteratur gir et bredt grunnlag for den videre forskning angående estetikken i norske somatiske sykehus. Den gir verdifull kunnskap om den estetiske utvikling, om det estetiske behov, og om hvordan estetikken i omgivelsene påvirker psykisk og fysisk. Granskningen har også gitt kunnskap i forhold til de kategoriene, med underkategorier, som granskes i avhandlingen, på hvilken måte de påvirker helse og velvære.

4 UTREDNING OG BESKRIVELSE AV ESTETISKE KATEGORIER

Det fokuseres i avhandlingen på elleve kategorier: *harmoni, mat, kunst, rom, lys, farver, design, lyd, natur, estetikk, kvalitet*. Hver kategori har underområder, eksempelvis har kategorien lys underområdene sol, elektrisk (lys), lamper, armatur. De kategoriene og underområdene som anvendes i avhandlingen, er hentet og valgt selektivt fra funn gjort ved datasøk i 1999. Kategoriene var tungtveiende i forskning og undersøkelser utført av: Ulrich, angående betydning og innvirkning på helsen av blant annet lys, planter, utsikt (1984, 1985, 1991, 2000); Beil-Hildebrand (1992), angående det estetiske miljø på et sykehus i Tyskland, ut fra en psykologisk vinkling, hvor hun undersøkte estetikk i forhold til (egen overs.): *rom, lys, dagslys, kunstig lys, farver, gardiner, blomster og planter, oppholdsrom, kunst, bilder og artotek*; Wikström(1997), som skriver om hva hun anser å være betydningsfullt for pasientens helse; og fra Wikström (ibid.), som fokuserer på estetikk i forhold til *arkitektur, humor, lek, musikk*; Dilani (1998) angående design og omsorg i sykehusplanlegging, samt Bjørnsborg, Håheim m.fl. (1997), angående omgivelsene på et sykehus. I de nevnte undersøkelser ble det funnet henvisninger til andre kilder, som har vært nyttige i den videre forskningen.

De nevnte forskere, bortsett fra Wikström, har ikke i tilstrekkelig grad utredet eller beskrevet kategoriene, deres innhold og betydning for helse og velvære, og derfor anvendes og henvises det til annen forskning i den videre beskrivelse. Det undersøkes også om variablene kvalitet og estetikk er nevnt i handlingsplanene, om begrepet 'estetikk' forekommer som et krav til kvalitet. Kategoriene og underområdene er valgt med henblikk på analyse av handlingsplaner og anvendt ved utarbeidelse av spørreskjemaer. De er til dels overlappende. Dette gjøres for å gi den estetiske vurdering et videre perspektiv og forståelse. I spørreskjemaene blir det spurt om pasientene får tilbud om hjelp til fotpleie, barbering, make up og hårstell. En undersøkelse av Israel (1962), viser at 89 % kvinner ønsker tilgang til frisør, mens 93 % menn har dette ønsket. Fotpleie er ønsket av 62 % kvinner og av 46 % menn, skjønnhetspleie ønskes av 29 % kvinner.

Andre kategorier som det var ønsket å få vite noe om i forhold til estetikk, er *mat, design og lyd*, med underområder som kan synes aktuelle. Valg av kategorier og underområder begrunnes, og det vises til kildehenvisninger i den videre utredning. I analyse av handlingsplanene blir også begrepet 'estetikk' og begrepet 'kvalitet' kategorisert. Dette kan synes overflødig, i og med at temaet er estetikk, men det ble antatt at det kunne være nyttig å registrere hvor mange ganger begrepet 'estetikk' forekom i handlingsplanene. Registrering av

begrepet 'kvalitet' som kategori er nyttig for å finne ut om estetikk er inkludert i en eventuell utredning av planer angående høy kvalitet. Kategoriene vises i den skjematiske utredning av begrepet 'Estetikk', figur II og i figur VII. Kategoriene representerer områder hvor estetikk kan ha en positiv påvirkning. Estetikk kan også i visse sammenhenger ha en negativ påvirkning, hvilket blir beskrevet i avsnittet om lidelse i kapittel 5, hvor vårdvitenskapelig teori utforskes.

Rekkefølgen av kategoriens beskrivelse er tilfeldig, de rangeres ikke, da de alle, hver på sin måte, er viktige for helse, som det fremgår av den forskning de er hentet fra. Struktur for beskrivelsene er en generell utredning, hvor det henvises til undersøkelser og forskning som viser kategoriens betydning. Estetikk anvendes i avhandlingen i forhold til de elleve kategorier med underområder, blant annet som: lære og vitenskap om det skjønne, om det sanseliges fullkommenhet, det perfekte og harmoniske, det kunstnerlig verdifulle, sanselige fremstillinger, det som er i balanse og samklang. Kategoriene representerer forskjellige områder innen den estetiske dimensjon i pasientens og vårderens møte med vården. Harmoni er en hovedkategori som angår den atmosfæren vården preges av.

Harmoni (1)

Harmoni angår balanse, likevekt og samklang mellom delene og helheten. Denne samklang henvender seg både til intellektet og til synssansen. Menneskets naturlige behov for harmoni og balanse – 'det gyldne snitt', 'den guddommelige proporsjon' – har vært kjent fra tidlige tider¹⁹. Det gyldne snitt er en proporsjonstenkning, som kan vises i en geometrisk fremstilling. Et hele som deles opp, synes vakkert når forholdet mellom den lille og den store delen er det samme som mellom den store delen og det hele. Denne harmonien kommer til uttrykk i figur IV og V, hvor Kant og Hirns teorier om estetikk settes inn i en skjematisk fremstilling av Platons linjelignelse (*The Republic*, 1974). Harmoni kan beskrives som likevekt, å samstemme, passe sammen, samstemmighet, vakkert, riktig proporsjon, enighet, samklang, velklang (Gyldendals fremmedordbok, 1965). Det som er harmonisk, er i balanse. En god atmosfære i vården vil virke harmoniserende og påvirke det psykososiale miljøet: "En god

¹⁹En fotnote i *Die reine Elementar-Mathematik* av Ohm, M. (1826), (fra søk Google: golden ratio)sier: "Det gyldne snitt deler et rett linjestykke i to, slik at forholdet mellom hele linjestykket og den største del er lik forholdet mellom den største del og den minste del. Det gyldne snitt har spilt, og spiller, en stor rolle i mange kunstfilosofiske teorier. Tidligere ble det kalt 'Golden ratio, divina proportione, golden number, golden section'. Termen 'golden section' begynte å brukes mellom 1826-1835, men opprinnelse til denne benevnelse er ukjent". Fra Marc-Wogau, (1969 og *Filosofilexikonet* 1988): "Den proporsjonalitet som det gyldne snitt angir, er ofte blitt betraktet som vesentlig for en tings skjønnhet". Mer angående det gyldne snitt senere i avhandlingen.

psykososial arbeidsmiljø kan således vara en förutsetning för en vård av god kvalitet” (Sprirapport 1991, 320, s. 45)²⁰.

Mennesket har behov for harmoni, balanse og likevekt. For eksempel har fargene i seg selv forskjellig tyngde og tekstur, og det samme gjelder for tekstiler, hvilket er med på å prege et roms harmoni. Gestalt/konstruktivismen bygger på lover om menneskets behov for balanse og hvordan øyet eller hjernen trekker imaginære linjer eller figurer (Enclycopædia Britannica, 1998, egen oversettelse).

Harmonien skal også gi rom for det overraskende, den skal ikke åpenbare hele sitt vesen umiddelbart, men ha rom for nye oppdagelser, biter som faller på plass. Lacoste²¹ understreker dette når han sier:

“Denne teori om skjønnhetens harmoni tenker man seg hvile på en fin balanse mellom to former, likevekten mellom mennesket og kosmos, dette fellesskap som på den ene siden består av visdom og rettferdighet. [...] og på den andre siden balansen mellom intellektet og følelsen, mellom det som øyet sanser og tankene forstår” (Lacoste, 1997, s. 20).

Lek

Lek er et av underområdene til den 1. kategorien *harmoni*, og er funnet å være av slik betydning at det beskrives i eget avsnitt. Eriksson sier at: “Leken innebær att öva, pröva, att vidga gränser. I leken konkretiseras tro, hopp och kärlek. Genom leken synliggörs människans innersta längtan, man kan ge uttryck för glädje och smärta, finna ro, uppmuntran och stöd” (Eriksson, 1984, s. 124). Homo ludens betyr det lekende menneske (Huizinga, 1949). Hva er lek og har lek noen betydning for voksne mennesker? Millar (1968, s. 7) hevder at termen ‘lek’ ‘har länge varit en språklig papperskorg för allt beteende som verkar frivilligt men som inte tyks ha något påtagligt biologiskt eller socialt nyttovärde”. Friedrich von Schiller “uppfattade leken som uttryck för överflödande energi och som konstens upphov” (ibid., s. 11). Lek kan være fysisk utfoldelse og aktivitet i konkurranse med andre eller med seg selv. Lek kan være psykisk utfoldelse, mentale aktiviteter, som kan være positivt stimulerende. Lek kan være et overskuddsfenomen og en form for flukt som kan innbefatte både utfordring og konkurranse, humor, fantasi og kreativitet.

²⁰Vad påverkar vårdkvaliteten på vårdavdelningar?: personaltäthet, personalstruktur eller....? Stockholm 1991. 57s. Spri rapport (författarnamn er ikke oppført).

²¹Jean Lacoste: L'IDEE DE BEAU 1986, oversatt v/Astrid Høvik.

“Det gamle ordtaket som sier at en god latter forlenger livet, ser definitivt ut til å være sant, med tanke på å beskytte hjertet” sier Miller²² (1985). Lek kan være et møte i det estetiske, mellom mennesker, en felles opplevelse av ‘det skjønne’, som viser seg i en handling eller i musikk, i et kunstverk, og som gir en opplevelse av en fellesskapets samtidighet, man er delaktig og har en positiv følelse av samhörighet. Lek kan i seg selv ha en rensende virkning, katharsis, ved at ‘noe’ får utløp gjennom leken. En følelse av intensiv glede og lystbetont oppildnethet kan få menneskene til å danse, klappe i hendene, le og trampe eller komme til uttrykk som musikk, sang, lek med farver, linjer eller annet. Mennesket søker og streber etter lykke og glede, det unngår det triste og tunge i tilværelsen. Pasienten kan bevege seg mentalt ut i en annen verden. Denne reise eller form for lek kan stimuleres, for eksempel ved et maleri, et bilde, ved musikk, ved naturlyder eller andre lyder. Mye tyder på at lyd av bølger mot en strand, av måkeskrik og kanskje av åreslag kan oppleves som positivt av en sjømann, en fisker, eller for den saks skyld av hvem som helst som ligger lenket til en seng i et sykerom. Det er sannsynlig at angst og bekymring i forhold til sykdom og behandling kan slippe taket for en stund²³.

Lek kan anvendes både som terapi og som pedagogisk metode. Gadamer sier: “We discover forms of play in the most serious kinds of human activity: in ritual, in the administration of justice, in social behavior in general, where we even speak of roleplaying and so forth.” (Gadamer, 1977/2002, s. 124). Lekens betydning i forhold til kunst er utfordrende, den kan være krevende, men også givende. Gadamer sier at: “The work of art must constantly be reconstructed as a creation. [.....] It demands to be constructed by the viewer to whom it is presented” (ibid., s. 126). ‘Teksten’ skapes på nytt ved mottageren. Dette gir i vårdsammenheng store muligheter for å imøtekomme det kreative behov hos både pasienter og vurdere. Eriksson hevder at “En människa, som inte kan leka eller som inte lärs att leka, fråntas således även möjligheterna att utvecklas mot högre nivå” (Eriksson, 1987a, s. 77).

²²MD. Ass. Professor Miller er leder for senter for hjerteforebyggende medisin, University of Maryland Medical Center. Han fant ved en undersøkelse av hjertesjke pasienter at sannsynligheten for at de ville le av en rekke situasjoner var 40 % lavere enn hos ‘friske’ personer. En slik undersøkelse verken bekrefter eller avkrefter utsagnet, man kan ikke vite om ‘livet forlenges’, men den kan vise at det kan virke oppmuntrende å le.

²³Det kan ansees som en tilretteleggelse av det psykososiale miljø. Det er direkte sammenheng mellom menneskets tanker, opplevelser, følelser og immunforsvaret. Økt følelse av velvære, psykisk og fysisk, kan påvirke pasientens tilstand positivt (Valset i Jahren Kristoffersen, red. 1996).

Mat (2)

Mat er et viktig område som kan ivaretas og vektlegges slik at maten er både estetisk tiltalende og tilfredsstillende ernæringsbehovet. Måltidene er ofte høydepunkter og kjærkomne avbrekk for både pasienter og vurdere. Det kan også være motsatt, at noen gruer seg til måltidene, det kan være de som har problemer med å spise, som ikke tåler maten, som har spisevegring, eller av andre årsaker ikke ønsker mat. De ser da heller ikke frem til måltidene. Ikke alle vil finne den samme mat appetittvekkende eller like spennende, og individuelle tilpasninger er viktig. Med mat menes i denne forskning alt det som angår behovet for ernæring per os. Matens estetikk angår ingredienser og sammensetning, og ikke minst hvordan maten presenteres og serveres. Matens fysiske utseende er viktig: passe stor porsjon, hvordan den er skåret opp, om den er frisk, delikat, passe kokt og pent anrettet på fat eller tallerken. Er det duk på bord eller brett, serviett, egnet bestikk osv.? I et velkomponert måltid brukes matvarenes farveskala bevisst. Ikke bare gir fargene signaler om de næringsstoffene som de forskjellige produktene inneholder, fargene i seg selv påvirker også i noen grad. For eksempel kan 'gul og orange' virke stimulerende for appetitten og oppmuntrende, grønne produkter kan virke styrkende. Velsmakende og appetittvekkende mat kan ansees som en utfordrende kunst, og servering av mat kan være en kunst i seg selv.

Kunst (3)

Kunst er et omfattende begrep, og i denne avhandling fokuseres det på noen utvalgte uttrykksformer²⁴ som underområder. Alle former for kunst *kan* virke stimulerende og givende i vården. Men kunst kan også virke irriterende, opprørende, kanskje øke eller gjøre lidelsene verre for pasienten. En vanlig oppfatning er at all visuell kunst kan være positive innslag for pasienter. En undersøkelse angående bilder og malerier ble gjort på et svensk psykiatrisk sykehus hvor avdelingen var rikt utsmykket med variert kunst, med hensyn til stil og innhold. Den viste at bilder av landskap, blomster og bilder som var dominert av naturskildringer, hadde pasientene en positiv holdning til, mens nonfigurative bilder, kanskje med uklart innhold, faktisk forårsaket fysiske angrep. De gjorde pasientene opprørte og virket forstyrrende (Dilani, 1998, s. 60). Kunst kan bevege hvis den ikke er intetsigende. Forskjellig kunst i omgivelsene er med på å gi atmosfære i vården. For å imøtekomme behovet, er det ved enkelte sykehus opprettet artotek, hvor pasientene kan velge bilder eller annen kunst som de ønsker å ha på pasientrommet, mens de oppholder seg på sykehuset. Noen vil ønske

²⁴Underområdene ble valgt ut fra min subjektive vurdering og opplevelse av at disse områdene er mest sentrale og vanlige å møte som kunstuttrykk på sykehus.

naturalistisk kunst, mens andre kan synes at nonfigurativ kunst er mest spennende, noen ønsker tegninger og andre collager, tepper eller annet. Forskjellige former for kunst kan også ha en sterk negativ effekt, ved for eksempel en brutal avsløring og eksponering av virkeligheten, selv om fremstillingen i seg selv er estetisk.

I et maleri kan for eksempel kunstneren forsøke å fange øyeblikket, å holde tiden fast. Dette øyeblikket av tiden kan gis som opplevelse til en pasient som kanskje er bundet til sengen på et sykehus. Det kan gi tankene flukt, frigjøre fra dagens bekymring og lidelse. Kunst er en form for kommunikasjon, den har eller er sitt eget språk. Det samme kan gjelde for andre former for kunst, det være seg musikk, poesi, litteratur med mer. I vården kan forskjellige former for kunstutøvelse anvendes som terapi eller i aktivitetsoyemed. Kunst kan ha en terapeutisk virkning både ved at andres produkter er tilgjengelige og/eller ved at den egne kreativitet stimuleres. Undersøkelser har vist at bildeterapi, poesiterapi, musikk, dans eller tilsvarende kan ha en positiv virkning (Rapp, 1999, s. 34, 60). Å uttrykke egne opplevelser eller følelser, for eksempel gjennom egne dikt, ved musikk eller på annen måte, kan terapeutisk være svært positivt (Aasgaard, 2002).

Rom (4)

Mennesket befinner seg alltid i et rom. Det kan være livsrommet, byrommet, et rom i hjemmet, på arbeidsplassen, i et offentlig rom, eller i et pasientrom på et sykehus. Rommet har stor betydning for mennesket, rommet rommer alt. Menneskets livsrom er forskjellig, hvert enkelt menneske er i sitt rom, i rommet. Vi er i vårt rom med andre mennesker som er i sine rom. Det kan være i samme rom vi er i, samtidig som vi er i våre egne rom. Vi skaper vårt eget rom og omgir oss med det rom vi er i, det psykiske rom og det fysiske rom. Det psykiske livsrommet er i avhandlingen tenkt hørende inn under harmoni, atmosfære, holdninger og den indre estetikk. "Menneskets indre miljø består av biokjemiske og psykologiske funksjoner/reaksjoner" (Braute, 1996, s. 6). De fysiske arkitektoniske rom har i seg selv en form og en atmosfære. Rommene kan være åpne og imøtekommende, og de kan være lukket og avvisende. Et rom kan være rommelig, det kan være estetisk og det kan være knugende. Våre private fysiske rom skaper vi ved oss selv og sammen med våre nærmeste, de vi lever i rom med. De andre rom vi frekventerer, er formet av andre, og vårt velvære, eller kanskje ubehag ved rommet er noe vi utsettes for. "Men i dypet av vår sjel huserer stadig skrekken for å være innestengt, for å være lokket inn i et stengsel, en felle. Vi ser oss om etter

muligheter for å unnsnippe, og derfor føler vi oss straks noe beklemt hvis vinduene sitter litt høyt oppå veggen” (Brochmann, 1994, s. 36).

Lys (5)

Lys i seg selv kan være estetisk, og lys er vesentlig for det estetiske, ved at lyset synliggjør. Lyset var i antikken, ansett å være vesentlig for behandlingen, noe som også ble tatt i betraktning når det gjaldt bygningenes plassering og deres arkitektur. Lyset og lysmetaforer forbindes ofte med det guddommelige nærvær og manifestasjon. I åpenbaringer og beskrivelser av religiøse opplevelser er det svært ofte i form av lys, et stort lys, som oppleves²⁵. Solen og lyset er en betingelse for liv, men solen kan også drepe, den kan være ubarmhjertig og ødeleggende ved sine stråler²⁶. Lyset er sjelens redskap slik at estetikken i menneskets omgivelser begripes, det estetiske ‘fanges inn’ og formidles til hele mennesket. Uten lys *er* ikke den synlige estetikk. Mørket kan være de onde krefters domene, det kan skjule og utslette. Mørket er området for depresjon og melankoli. Mørket er synlig mot lys. For mye lys og galt lys kan virke stressende, og mennesket trenger også mørke, det gir rytme til vår eksistens. Mørket kan også være positivt. Som lyset kan være ubarmhjertig avslørende, kan mørket være barmhjertig skjulende. Mørket kan gi ro og hvile, det hører jo også natten til.

Også det kunstig frembrakte lys er viktig. For mange kan det virke unødvendig slitsomt å oppholde seg i ‘neonlys’ hele dagen. Kroppen, øynene og/eller hodet kan gi signaler i form av hodepine, tretthet og dårlig nattesøvn. Det finnes forskning som viser lysets betydning og påvirkning på helse, men spørsmålet er om denne kunnskap blir benyttet, og om den er tilgjengelig. Küller & Lindsten (1992) fant at det å arbeide i rom uten naturlig dagslys og/eller adekvat belysning, kan forårsake alvorlige forstyrrelser i det krono-biologiske system. Dette regulerer produksjon av hormoner, med den virkning det får for kroppens forsvarsmekanismer

²⁵ Opp gjennom tidene er det mange som har beskrevet opplevelser med lys, og noen av disse er trukket frem her. Dette er opplevelser som overskrider materiens verden og åpner for den transcendent. Augustin beskriver hvordan han, sammen med sin mor Monnica har en slik opplevelse. De taler med hverandre alene: “Vi gløymde det som er attenfor og tøyde oss mot det som er framandfor [...] steg for steg vandra vi gjennom heile den synlege verda og sjøve himmelen, med sol og måne og stjerner, som lyser ned på jorda, og i ånda steig vi enda hogare [...]. Mens vi talte og tøyde oss mot visdomen, rørte vi i eit bråbel ved han med hjarto våre” (Augustin, 399/1965, s. 224). Mester Eckehart på 1300-tallet beskriver flere transcendent opplevelser hvor lyset er essensielt (Jansen, 1970, s. 52). I et eksempel fra Bibelen sier Jesus: “Jeg er verdens lys” (Bibelen, Joh. 8. 12). Paulus ble omvendt på vei til Damaskus og sier: “Men mens jeg var på vei til Damaskus, og nærmet meg byen, da strålte ved middagstider et sterkt lys fra himmelen om meg” (Bibelen, Ap.gj. kap.9). Moses opplevde Gud som ‘et stort lys’, eller fjellet sto i lys lue, da han på Sinai bjerg fikk lovene på en steintavle (Bibelen, 2. Mosebok).

²⁶ Det finnes levende vesener som lever, kanskje hele sitt liv, i det vi oppfatter som fullstendig mørke. Menneskene er også forskjellige, noen er ømfintlige for lys og noen kan kanskje trives og synes at mørket er positivt.

og vekst. Cold hevder: “Daylight, as an indispensable source of aesthetic experience, well-being and health, has not received sufficient attention from most builders, clients and architects” (Cold, 1998, s. 51). Det samme gjelder for sykehus, hvor vinduer kan være så små at de stenger for utsikten, eller de vender ut mot triste fasader. Arbeidsrommene plasseres ofte eller tidvis i rom uten vindu, uten dagslys, og har i tillegg ofte en grell ubehagelig kunstig belysning. En annen dimensjon ved lys er den trygghetsskapende faktor. Det er lettere å bevege seg i et godt opplyst rom, og psykisk gir det trygghet. Mørke, uopplyste rom og korridorer, eller lignende, kan forårsake følelse av fare, frykt og usikkerhet. “I de store nordiske skoger fastholder bebyggelsen omgivelsenes material- og fargeegenskaper, men den relative mangel på lys gjør at mørket får karakterskapende funksjon. Mørket er her noe mer enn lysets negasjon; det har en kvalitet i seg som skremmer og fengsler” (Nordberg-Schultz, 1992, s. 45).

I bildende kunst er lyset ofte det grunnleggende. Kunstneren forsøker å gripe lyset, holde det fast, gripe øyeblikket og sanseopplevelsen, og feste det til lerret, ta øyeblikket ut av tiden og la det bli tidløst. Lyset får fargene til å lyse. Fargene er lys, uten lys *er* ikke fargene. Lyset er viktig både for *å se*, for eksempel maleriet, og for *hva* man ser. Itten hevder: “Colors are the children of light, and light is their mother. Light, that first phenomenon of the world, reveals to us the spirit and living soul of the world through colors” (Itten, 1961, s. 13)²⁷.

Farve (6)

“Farver er strålekrefter, energier, som virker på oss i positiv eller negativ retning, enten vi er oss det bevisst eller ikke” (Itten, 1987). Farver er uttrykk for liv, en verden uten farver vil synes som en livløs verden. Itten sier videre: “When the individual dies, he blanches. His face and body lose color as the life is extinguished. The dead and soulless matter of the corpse is devoid of chromatic emanation” (Itten 1961, s. 30). Farver kan ha en informativ funksjon, og farver kan ha en symbolsk betydning. “Färgens samband med psykologiska korreler så som sinnesstämningar, affekter, karaktärsdrag och associationer är, och har alltid varit, något påtagligt som vi bör kunna studera...” (Sivik, 1970, s. 6). Ved hjelp av lys, mørke og farver skiller øynene gjenstandene fra hverandre. Av disse tre bygger vi opp den synlige verden (Goethe, 1810, s. 22, fritt gjengitt). Farven er ikke en ytre ting som kan måles og veies, men et

²⁷ Etter et livslangt arbeid og studie av farver utga Johannes Itten i 1961 sin *Kunst der Farbe*, som i dag er kjent over hele verden. Han hadde sin egen skole, bl.a. i Wien 1916 – 1919 og ved Bauhaus i Weimar 1919 – 23, samt i Berlin 1926 – 34.

kommunikasjonsmiddel mellom menneske og natur. Ut fra forskning har man data angående den enkelte farves påvirkning på mennesket, men i hvor stor grad man anvender denne viten i planlegging og ved vedlikehold av arbeidsplasser og pasientfaciliteter på sykehusene, er en annen sak²⁸. Et pasientrom skal være behagelig å oppholde seg i, og i den forbindelse er farvevalget viktig (i underområdene spørres det etter vurdering av farver på vegger, gulv, tak, tekstiler, gardiner og møbler). Det samme gjelder for de andre rommene i vården, både for de som arbeider der og for pasientene. Mørke, dystre farver kan medvirke til en tilsvarende sinnstilstand på samme måte som grelle skjærende farver kan føre til irritabilitet, forhøyet blodtrykk eller en generell utilpasshet. sier at “Colors are forces, radiant energies that effect us positively or negatively, whether we are aware of it or not” (Itten, 1961, s. 16). Farvene i omgivelsene sender energiimpulser til kroppen og påvirker positivt eller negativt. (Itten, 1987, s. 12). Undersøkelser av farvenes virkning på mennesket viser at ”There is more to color than meets the eye” (Cold, 1998, s. 185).²⁹Farver er verdens raskeste kommunikasjonsmiddel, de vekker på en måte urinstinkter. Rødt oppfattes gjennomgående som et ‘stopp’- signal, et faresignal på samme vis som grønt er naturens farve, utefarven, og derfor også brukes på exit-skilt. Farver virker på mennesket, selv om en ikke er det bevisst, selv om farvene ikke sees, ja, selv om man sover. Kroppens organer får ikke hvile i et rom med for sterke stimuli. Forskning har vist at rødt stimulerer blodtrykket, mens blågrønt demper blodtrykket³⁰.

I vården kan farvene tilpasses rommenes funksjon samtidig som det kan skapes en gjennomgående helhet. Resultat fra forskning viser også hvilken betydning og påvirkning lys og farver har: “Light and colors stimulate man’s central nervous system through reticular activation [...] (Küller, 1987)³¹. Rommets farver påvirker både fysisk og psykisk. Design og arkitektur er aktuelle begrep i forhold til rommet og dets innhold.

²⁸ Valg av farver preges også av deres historiske tilblivelse, eksterne strukturer og meninger ‘i tiden’ om hva som er estetisk riktig. Et interiør kan ofte tidfestes ved de farver som er brukt.

²⁹Forskning synes å vise at det er mer den kromatiske styrke på farven og lyshetsgrad som er avgjørende for virkningen på mennesket enn selve farven (Mikellides, 1988, her fra Cold, 1998, s. 185). En preferanseliste fra flere studier viser en ranking på farvene: blå, rød, grønn, fiolett, orange og gul. Barn foretrekker rødt i høyere grad enn andre farver, og de liker også sterkere farver enn voksne. “Introduction of the ‘natural color system’ (NCS) has made it possible to make a survey of the world of colors interpretable, even in a phenomenological perspective” (Cold, 1998, s. 209).

³⁰“Et forsøk med dyr ga samme resultat. En stall for veddeløpshester ble delt i to avdelinger, hvorav den ene delen ble malt blå og den andre rødoransje. I det blå rommet falt hestene hurtig til ro etter veddeløpet, mens de var opphissede og urolige i lang tid i det røde rommet. Dessuten var det ingen fluer i det blå rommet, men mange i det røde” (Itten, 1987/1995, s. 45).

³¹Rikard Küller, professor i psykologi og arkitektur ved Tekniska Högskolan i Lund, Sverige.

Design (7)

Design er form og linjer. Formgivning er oftest anvendt i forhold til industriprodukter, men begrepet brukes også i andre sammenhenger, for eksempel som plan over et arbeid som skal utføres. Ethvert rom og enhver gjenstand har en form, en design, god eller dårlig, kanskje intetsigende. For å bli karakterisert som god design vil det ofte være krav til tingenes linjer og former om at de skal harmonere, passe sammen og ha en samstemthet, både innbyrdes og hver for seg. God design vil som oftest også innebære at det er god kvalitet, godt håndverk og at det er estetisk. Alt menneskeskapt har en form hvor det stilles krav til harmoni og balanse. I naturen finner man denne harmoni og balanse selv i de minste enheter. Brochmann kaller former som er strengt bygget opp, rektangulært, sylindrisk eller med plane glatte flater for 'formale' former³², og impulser fra naturens formverden, for 'organisk'. I noen sammenhenger er det lagt mest vekt på det funksjonelle. Han skiller mellom det tiltalende og det vakre (Brochmann, 1989). I vården kan design være medvirkende til en estetisk atmosfære.

Lyd (8)

De tilsynelatende motsatte begrepene 'lyd' og 'tysthet' forenes i grunnbetydningen 'lytte'. Vår tilværelse er fylt av lyder. Ikke alle lyder oppfattes av øret, men de er der likevel. Lyd oppstår ved molekylære svingninger og forplantninger. Det er store individuelle variasjoner med hensyn til hvor godt eller dårlig et menneske hører. Kommunikasjon er ikke lydavhengig, men språk er en viktig del, og ordene i språket uttrykkes i de fleste tilfeller ved hjelp av lyder. Den lyd eller de lydene som formulerer ordet, kan ofte si mer enn selve det ord eller det begrep som brukes. Det er ikke alle gitt å ha et behagelig taleorgan, og på samme måte som 'hver fugl synger med sitt nebb', så snakker man også med sitt. De fleste kan lære seg tydelig tale, en god diksjon, hvor ordene formuleres og formidles åpent. Stemmenivå kan også moduleres etter behov. En pasient kan 'hoppe' i sengen hvis en skingrende røst ønsker 'god morgen!' På samme måte kan hvisking virke distraherende. Forskning viser at lydnivået på sykehus ofte er atskillig høyere enn anbefalte verdier (Hilton, 1985).

Natur (9)

Naturen kan være fantasieggende og mystisk. Porteous sier at "If Homo Sapiens likes to acquire environmental information, an environment containing elements of mystery will be

³² 'Formale' former er for eksempel geometrisk empireornamentikk, rokokkomønstre som 'organisk' og en tredje form for 'funksjonell' (Brochmann 1989).

especially preferred because it suggests to the viewer the possibility that additional information is discoverable” (Porteous, 1982, s. 61). Porteous påpeker også at estetikere som er opptatt av omgivelsenes estetikk, ofte fokuserer på det visuelle, få forskere har undersøkt ‘*the soundscape, the odourscape or tactilekinaesthetic qualities of environment*’. “Det faktum at nitti present av våre sensoriske persepsjoner er ved synssansen, opphever ikke behovet for å undersøke omgivelsenes estetikk som en helhet” (ibid., s. 63, egen oversettelse). Forskning viser at kontakt med natur og vegetasjon har en positiv virkning på mennesket³³, ved at det fremmer helse og fører til økt velvære (Ulrich, 1984; Fjeld 1998b; Rapp, 1999³⁴). Ulrich sier:

“A positive distraction is an environmental element or situation that increases levels of positive feelings, effectively holds attention or interests, may block or reduce worrisome thoughts, and produces desirable physiological changes such as reduced blood pressure.[.....] in fostering restoration for patients, visitors and healthcare staff” (Ulrich, 1998, s. 55).

Planter har en gunstig effekt på inneluften, de bidrar til O² og fuktighetsnivå, samt antagelig også faktorer som hittil ikke kan måles. Undersøkelser viser at pasienter som har utsikt mot vegetasjon eller grøntareal fra sykesengen, har kortere liggetid på sykehus, færre komplikasjoner, og bruker mindre smertestillende medikamenter. Det er blant annet målt lavere blodtrykk og verdier nærmere normalverdier hos denne pasientgruppen enn hos kontrollgruppen, som ikke hadde utsikt (Fjeld, 1998b, s. 33). En tilsvarende undersøkelse ble gjort av Ulrich (1984) ved et sykehus i Pennsylvania 1984 med samme positive resultat. Han sammenlignet resultater fra en gruppe pasienter som hadde god utsikt til natur, med en annen gruppe pasienter, hvor utsikten deres var en murvegg.

En undersøkelse ved Det Norske Radiumhospital (Fjeld 1998b) evaluerte helse og velvære hos de ansatte som arbeidet i et lokale hvor granskning av røntgenbilder var hovedbeskjeftigelse. De ansatte hadde lenge klaget over dårlig innemiljø, og stort sykefravær var registrert. Det ble installert fullspektret dagslysrør, og 25 kasser med forskjellige planter ble plassert i avdelingens 80 m² store lokaler. Resultatene viste en signifikant nedgang i helseplager i størrelsesorden 25 %. Størst reduksjon var det på følgende områder: tretthet,

³³ Hva natur kan bety for menneskene kommer godt frem i romanen “Det vokser et tre i Brooklyn” (Smith, 1969). Der klarer forfatteren å beskrive hva et tre kan bety for fattige mennesker, som vokser opp og lever i en menneskeskapt ‘steinørken’. Et tre man kunne ‘gjemme seg i’, eller et annet sted et lite tre som spirte, som ble vaktet med omhu, hvordan det ga en estetisk opplevelse og en sinnets fluktmulighet, vekk fra murstensgårdenes fattige hverdag. Planter og grønt gir ro i sinnet, mens blomster skaper glede.

³⁴ Rapp, (1999), Sluttrapport fra et forskningsprogram ved Karolinska Institutet, Huddinge Sjukhus och Stockholm läns Äldrecentrum: ‘Kultur i vården vis a vis vården som kultur’.

med 32 %; tung i hodet, 33 %; hodepine, 45 %; tørr hals, 31 %. I vården er dette viktige funn når et rom planlegges, slik at naturen kan trekkes inn i rommet.

Luft

Ettersom luft er en vesentlig del av atmosfæren i vården og viktig for både pasienter og vurdere, så utredes dette området her, under kategorien *natur*. Nightingale sier angående luft: “Sykepleiens første regel: Hold luften inne like frisk som luften ute!” (Nightingale, 1859/1984, s. 39). I dag kan man ikke alltid følge denne regelen, da luften ute noen ganger er så forurenset at den kan være helseskadelig. Luften vi oppholder oss i, er bærer av forskjellige dufter og lukter, som utsondres fra omgivelsene. Det kan være frisk sjøluft eller landlig angende luft. Hvis man ikke er skjermet spesielt, vil man utsettes for luktene og den påvirkning de kan ha, både på sinn og skinn. Våre sanser reagerer og stemmes ved forskjellige lukter. En lukt beskrives ofte ved det reaksjonsmønster den fremkaller. En duft kan uttrykke alt fra eleganse og luksus, den kan være erotisk, pirrende for smaksorganene, den kan være stimulerende og energigivende. På samme måte finnes det motsatte, kvalmende avskyelige lukter, som er gjennomtrengende, som vekker ubehag. I vården kan luften mange ganger være mettet med fremmede lukter, lukt av desinfeksjonsmidler, behandlingspreparater og annet. De vante, kjære luktene som hører til hjemmet, er lukter som oftest gir trygghet og ro (de kan selvfølgelig også gi negative assosiasjoner). Den luft og de lukter som møter en pasient, kan virke skremmende og forvirrende.

Estetikk (10)

Estetikk er beskrevet i kapittel 1, og utredes av den grunn ikke nærmere her. Det ønskes å finne ut om begrepet, eller noen av underområdene, anvendes eller forekommer i handlingsplanene.

Kvalitet (11)

Intensjonen med denne kategorien er å finne ut om det settes krav til kvalitet i handlingsplanene, hva det innebærer og videre hva som inngår i kvalitet, og om dette er nærmere presisert. Ifølge lov av 1. januar 1994, Sykehusloven §18, (Helsedirektoratet), skal det opprettes et ‘Kvalitetsutvalg’ ved alle sykehus. Det fremgår ikke av loven noen nærmere spesifisering av begrepet ‘kvalitet’, og hva utvalgenes oppgaver skal være, men at ‘kvalitet’ er viktig å fremme, ivareta og forbedre.

Konklusjon angående valg av kategorier

Granskning av de valgte elleve kategorier viser at de er relevante og viktige for det estetiske miljø, for helse og velvære. Mennesket har behov for *harmoni*, balanse og likevekt. *Mat* bør vektlegges slik at maten er både estetisk tiltalende og tilfredsstillende ernæringsbehovet. *Kunst* kan ha en terapeutisk virkning. Velvære, eller muligens ubehag ved *rommets* estetikk, er noe vi (pasienten) utsettes for. *Lys* gjør synlig, det er helsebringende, og det kan gi trygghet. *Farver* virker på mennesket, selv om det ikke er bevisst. I vården kan *design* være medvirkende til å skape en estetisk atmosfære. *Lyd* og lydnivået på sykehus er ofte atskillig høyere enn anbefalte verdier. Pasienter som har utsikt mot *natur*, vegetasjon eller grøntareal fra sykesengen, har kortere liggetid på sykehus og færre komplikasjoner, og bruker mindre smertestillende medikamenter. Kategoriene *estetikk* og *kvalitet* er i avhandlingen grunnleggende i forhold til alle kategoriene med underområder, som er gjenstand for videre utforskning i avhandlingens fem delstudier. Kategoriene med underområder er satt inn og vist i den følgende skjematiske fremstilling av begrepet 'estetikk'.

Utrekning av begrepet ESTETIKK. I ellipsen vises 11 kategorier med underområder som er gjenstand for forskning i avhandlingen.

1. Harmoni – Orden, ryddighet, balanse, hygiene, latter, humor, lek, smil, underholdning
2. Mat – Farve, utseende, servering
3. Kunst – Maleri, skulptur, billedkunst, tepper, dekor, mosaikk, vann
4. Rom – Pasientrom, oppholdsrom, vaktrom, korridor, wc, bas, dusj, lintoymrom, med. rom, skyllerom
5. Lys – Sol, elektrisitet, lamper/armatur
6. Farver – Vegger, tak, gulv, tekstiler, gardiner, møbler
7. Design – Møbler, gardiner
8. Lyd – Støy, sang, musikk, naturlyder, U-lyder
9. Natur – Planter, blomster, trær, utsikt, luft, ventilasjon
10. Estetikk – Vakkert, skjønt, pent, smakfullt, sans, persepsjon, fornemmelse, sanseroplevelse
11. Kvalitet – Komité, kompetanse, utvalg

AESTHETICA – latin
Sansepersepsjon
Fornemmelse
Sans
Følelse

AISTHETIKOS – gresk
Føle
Vitenskap
Læren om det skjønn og normene for dets vurdering

ARS INGENUM – latin
Medfødt talent

ARS – latin = artefact
TECHNÉ – gresk
Kunst å gjøre, det å kunne, tillært kunnen

En fremstilling av hvordan begrepet estetikk anvendes og forstås i avhandlingen som:

FILOSOFISK SOM LÆRE OM DET SKJØNNE, DET SKJØNNE I KUNSTEN, DET KUNSTNERLIG VERDIFULLE

LÆREN OM DET SOM BEHAGER ELLER MISHAGER

LÆREN OM DET SANSELIGES FULLKOMMENHET LÆRE OM SANSELIGE FREMSTILLINGER, SANSEPERSEPSJONEN PÅ FORSKJELLIGE NIVÅ. DEN KUNNSKAP SOM KOMMER GJENNOM SANSENE

DE ELLEVE KATEGORIER MED UNDEROMRÅDER, SOM UTFORSKES ANSEES Å HØRE INN UNDER ESTETIKKEN I OMGIVELSENE

SMAKFULLT, STILIG, VAKKERT, FAGERT, PENT, SKJØNT, BEHAGELIG, DEKORATIVT, TILTALLENDE, PERFEKT, HARMONISK, I BALANSE

OGSÅ DET UESTETISKE KAN FREMSTILLES ESTETISK

Figur II – Estetikk og estetiske kategorier

5 DELSTUDIE I – UTFORSKNING AV VÅRDVITENSKAPELIG TEORI

Tidligere forskning innen vårdvitenskap

I det følgende kapittel granskes vårdvitenskapelig teori som omhandler eller har tilknytning til estetikk med relevans for helse og den estetiske dimensjon i vården. Estetikken betydning for helsen, helsens substans og hva helse er, utforskes. Det problematiseres hvorvidt en evidensbasert vård³⁵ inkluderer ivaretagelse av den estetiske dimensjon, hvor claritas, selve det skjønne i det skjønne, kan vise seg i vården og imøtekomme det åndelige behov. Hva som menes med menneskets sjel, menneskets ånd og et helhetlig menneskesyn, utforskes fra et vårdvitenskapelig perspektiv, samt estetikken innflytelse på disse sider ved mennesket.

Den vårdvitenskapelige teori og det perspektiv som er valgt i avhandlingen, bygger hovedsakelig på forskning og teorier utviklet ved Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. Kriterium for valg av vårdvitenskapelig teori er at den bidrar med viktige synspunkter angående estetikk i vården, eller det kan være teori som er beslektet med og relevant for forskningen, slik at teorien(e) bidrar til større ontologisk og epistemologisk forståelse av tema. Innen vårdvitenskapen er det spesielt Erikssons mange forskningsrapporter og bøker som granskes. Den vårdvitenskap som er utviklet ved Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, er hovedkilde for vårdvitenskapen i avhandlingen. De verk som primært er valgt er: *Hälsans idé* (1984), *Vårdprosessen* (1985), *Vårdandets idé* (1987b), *Pausen* (1987a). I verkene avgrenses vårdvitenskapen som en autonom vitenskap, vårdandets fremheves som en skjønnhetsopplevelse, og menneskets behov for å kjenne, fornemme og ta imot skjønnhet beskrives. Ettersom estetikk ansees som en kilde til helse, er disse verk relevante. *Vårdvetenskap som diciplin, forsknings- och tillämpningsområde* (1988) og *Pro Caritate* (1990) velges fordi de viser hvordan vårdens caritas hører sammen med claritas, med skjønnhet, lyst og glede. *Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod* (1992) viser forbindelsen mellom vårdvitenskap og andre disipliner. *Möten med lidanden* (1993) og *Det lidende menneske* (1994) handler om lidelse som en forutsetning for behovet for vård, men har også et aspekt hvor lyst og nytelse kommer inn, og som i kunstens verden kan vises estetisk. *Mot en caritativ vårdetik* (1995) angår det etiske ansvar som menneskets embete innebærer, og som i avhandlingen inkluderer ansvar for estetikken. *Den mångdimensionella*

³⁵ I avhandlingen er evidensbasert vård den vård som bygger på kunnskap fra kvantitativ forskning, kvalitativ forskning, samt erfaringsbasert kunnskap. Sammen danner det grunnlag for den evidente vård. Det synliggjøres som den ypperste vård, den evidensbaserte vård.

hälsan (Eriksson, red., Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm, Matilainen, 1990, 1992, 1995) anvendes primært i forhold til utredning av 'helse'. I *Den trojanska hästen* (Eriksson, Nordman & Myllymäki, 1999) skrives det om det gode og det skjønne som trer frem som gryning i en evident vård. *Vårdvetenskap som akademisk diciplin* (7/2001), hvor Eriksson blant annet sier at forskning innen estetikkens betydning for helsen viser en økende interesse og aktualitet ut fra vårdvitenskapens evidensbegrep. "Genom vårdvetenskapens evidensbegrepp har vårdandet som konstutövning igjen trätt i förgrunden" (ibid., s. 42). Alle disse verk er verdifulle kilder av betydning for estetikk og helse. Det fremgår blant annet at i et vårdvitenskapelig perspektiv er estetikk en viktig dimensjon i forhold til helsen, og at skjønnhet er næring for sjelen (Eriksson, 1987a).

Grunnantagelsene som er utviklet gjennom flere år (Eriksson, 1988, 1993, 1996, 1997, 1998, 2000, vedlegg XIII), er grunnleggende for vårdvitenskapens teorikjerne. Det helhetlige menneskesyn er viktig for forståelse av estetikkens betydning i en evident vård, og menneskets embete i livet (Eriksson, 1987a; Eriksson, Nordman & Myllymäki, 1999) angår den etiske plikt overfor den annen. Erikssons teori om lidelse gir et bredt perspektiv på lidelsen som fenomen i menneskets liv (Eriksson, 1994; Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm, Matilainen, 1995), likedan den utforskning som er gjort angående helse, helsen som en prosess, et gjørende, et værende og et vordende i livet. Den mangedimensjonelle helsen som en helhet er også et viktig bidrag til å forstå estetikkens betydning for helsen (Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm, Matilainen, 1995). Estetikk er en dimensjon i vårdvitenskapen som primært angår vårdsituasjonen, selve vården som en skjønnhetsopplevelse (Nåden, 1990, 1998; Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm, Matilainen, 1995). I denne avhandlingen er det estetikken og det skjønne i vårdens omgivelser som utforskes. Det teoretiske perspektivet angir retningen for forskningen og har betydning for både gjennomføring og resultat.

Det refereres også til andre forskere i dette kapitlet som bidrar til større forståelse av estetikkens betydning i vården (blant andre Nightingale, 1859/1984, Nåden, 1990, 1998 og Lindström, 1987, 1994). Det ontologiske utgangspunkt om at mennesket er en helhet, at mennesket har en medfødt verdighet, og at mennesket har et embete det skal fylle, både i forhold til seg selv og i forhold til andre mennesker, er aktuelt når estetikkens betydning skal undersøkes.

I og med antagelsen av estetikk som en kilde til helse, er det nødvendig å avklare hva som menes med helse i denne sammenheng.

5.1 Helsens substans og menneskets verdighet

Helse er et komplekst begrep. Er det noe man har eller er det noe man er, eller både òg? Hva menes med 'helse', og hvilke kriterier skal være oppfylt for at et menneske skal sies å ha helse eller til og med god helse? Et menneske med god helse kan forstås å være sterk fysisk og psykisk, være opplagt, frisk, det kan tåle sterke påkjenninger både psykisk og fysisk, har høy vitalitet, er livskraftig, lite syk, kroppen fungerer, er i god form, har ikke sykdom som virker inn på almentilstanden, og har et godt immunforsvar. Ofte vil et menneske som har god helse, føle et psykisk og fysisk velvære. Det kan også ha en generell grunnstemning av glede. Et menneske som har nedsatt helse kan fungere tålelig bra til tross for skrøpeligheter. Mens et menneske med dårlig helse, ofte kan være syk eller lett bli syk, ha liten motstandskraft, ha redusert livskraft, og må helst ta hensyn til seg selv fysisk og psykisk for å fungere i livet. Til tross for manglende robusthet kan personen likevel føle velvære, samt ha en grunnstemning av glede. Det kan også oppleves som god helse når et menneske har mot til å være seg selv, til å vedkjenne seg sitt eget selv og skape vekst i og ut fra de muligheter det har, mot til å aktualisere sitt potensiale.

WHO (1946) definerer helse slik: "Ved helse må forstås at et menneske ikke bare er fri for sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære" (Evang, 1974, s. 34; her fra Jahren Kristoffersen, bd. I, 1996, s 27) Helse er derved knyttet til tre dimensjoner ved tilværelsen hvor det skal nyte fullstendig velvære for å ha helse. Denne definisjon har møtt en del kritiske innvendinger og vært sterkt omdiskutert. For eksempel som det uttrykkes i sitat: "Enkelte hevder at den er uoppnåelig i en ufullkommen verden, og at den dermed er uten verdi. De mener innholdet er så krevende at bare svært få mennesker oppfyller definisjonen [...]" (ibid., s. 27). En noe annen formulering finnes i Medisinsk ordbok (1990): "Helsen kjennetegnes av evnen til å motstå de påkjenninger vi daglig utsettes for, uten å reagere med sykdom eller mangelfull tilpasning [.....] God helse vurderes høyt av de fleste, både som verdi i seg selv og som middel til å oppnå andre goder. Helsen bygger på nedarvede anlegg, men påvirkes sterkt av de miljømessige forhold vi lever under [.....]". I de miljømessige forhold inngår også estetikken.

Ifølge 'Etymologisk ordbok' (1992) er *helse* eller *hilsen*: gunstig varsel, hell, sunnhet, lykke. Det oldnorske heill – fullstendig, ubeskåret, hel, uskadet, frisk, er ensbetydende med 'helse'. På oldpreussisk heter helse kailûstikan – sunnhet, og på gresk *kailon* – det skjønne, edle [.....]. Disse begrep kan synes beslektet. Ifølge etymologien kan 'helse' blant annet innbefatte helhet, sunnhet, lykke og skjønnhet. Dilani hevder:

“Helhet, eller harmoni mellom sinne-kropp-sjæl är en dynamisk process för balans på alla nivåer från den cellbiologiska nivån till transpersonella och andliga nivåerna. Alla de miljömässiga och kliniska faktorer som bidrar till en läkande eller återställande miljö är inriktade på att underlätta patientens väg till helande [.....] till balans” (Dilani, 1998, s. 70).

Dette viser at menneskets helse er antatt å være avhengig av miljøpåvirkninger, og at den helhet mennesket er og lever i, har avgjørende betydning for den enkeltes helse. En holistisk vård er derfor viktig for menneskets rehabilitering. En holistisk vård er naturligvis like viktig når et menneske skal dø.

Menneskenes 'hilsen' på og til hverandre uttrykker ønske om en god helse, om lykke og velvære. Helse er å realisere sitt potensiale, å våge å realisere seg selv, å leve i egentlighet og i en sann eksistens, ikke bare i det uegentlige, som Heidegger kaller det (Heidegger, 1927, s. 104).

“Du skal vära den du är, och därigenom våga skapa din ägen hälsa. I skapandet hämtar människan fram det som hos henne är viktigt, hennes innersta begär. I skapandet finns uttryck för hennes längtan, och människan sträcker i den skapande akten ut sig mot det som hon tror vara vägen till att hon får bli den hon är” (Eriksson, 1987 a, s. 73).

Det kreves mot å være menneske, og det kreves mot å være helse. Dette utsagn kan tolkes slik at estetikk kan imøtekomme noe av menneskets innerste begjær. Menneskets lengten er rettet mot det å forstå og finne veien til å bli seg selv, bli det potensiale det har som mulighet. Estetiske opplevelser har muligheter for å belyse veien, gi mot og kraft til den lidende pasient i vården på samme måte som til vårderen. 'Helse' er et mangedimensjonelt begrep som kan vurderes ut fra mange vinklinger (Eriksson, 1995). Eriksson nevner at man har et medisinsk, sosiologisk, psykologisk, filosofisk, vårdvitenskapelig og teologisk helsebegrep og at helsebegrepet også anvendes i forhold til en fysisk, psykisk og sosial tilstand. Eriksson sier at “hälsa är en tillblivelsesprocess, ett personligt åtagande” (Eriksson et al., 1995, s. 8) og kan forstås som at mennesket gjennom hele livet er i en aktualiseringsprosess av det potensiale

det har 'fått tildelt'. Hvis mennesket stagnerer fysisk, psykisk eller på annen måte, da *er* det ikke lenger helse.

Mennesket som en enhet av kropp, sjel og ånd er helse, men menneskets sjel og ånd kan forlate en kropp som ikke har helse. Sjelen forlater kroppen ved døden, mens ånden, som bevissthet, kan tilsynelatende forlate et menneske mens det fortsatt er i live. Allikevel vet man ikke hva som kanskje kan både påvirke og oppfattes ved andre sanser. Eriksson sier at helse er integrasjon, helse er relativ, helse er sunnhet, friskhet samt en "känsla av välbefinnande. Helse er også tro, hopp och kärlek" (ibid.). Menneskelige relasjoner og fellesskap ansees ha stor betydning for helsen (ibid., s. 49). Helsebegrepet må derfor være mer enn det biologisk statiske og det holistiske, man har også den ontologiske forståelsen av helsebegrepet. "Med det ontologiska hälsobegreppet avsees ett hälsobegrepp som utgår ifrån hälsa som ett görande, ett varande och ett vardande mot en djupare enhet (holiness)" (ibid., s. 11). Å *ha* helse på gjøre-nivået vil si at mennesket lever sunt og forsøker å unngå sykdom eller annet som kan redusere egen helse. Å *være* helse vil si at man forsøker å ivareta de behov man har på forskjellige plan, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, en streben etter et harmonisk liv, både i forhold til eget selv og andre. Å *vorde* helse innebærer en helhetlig tankegang. Mennesket som et potensiale i stadig utvikling, en aktualisering henimot en integrert helhet: "Det er denna enhet som utgör människans egentliga väsen [.....]. De tre olika dimensionerna³⁶ uteslutar inte varandra utan är snarast komplementära" (ibid., s. 14).

Undersøkelser viser at menneskets helse er avhengig av miljøpåvirkninger og den helhet mennesket lever i. "Människans hälsa är en spegling, reflexer över människans livssituation som helhet" (Eriksson, et al. 1995). I forhold til de åndelige behov, det vil si sjelens og åndens behov for næring, er den estetiske dimensjon en viktig faktor som har betydning for helsen. Undersøkelser viser at estetiske omgivelser er helsebevarende og helsefremmende (Ulrich, 1984, 1985, 1991; Behrman, 1997; Pope, 1995).

På gjørenivå kan man bevisst forsøke å ivareta estetikken i omgivelsene. Det kan gis tilbud innen estetiske områder som kan bidra til å fremme helsen.

³⁶Fysisk, psykisk og sosiale dimensjon.

Helse er ut fra denne granskning en biologisk og en eksistensiell tilstand. Man kan ha helse, være helse og vorde helse, være et helt og integrert menneske, fysisk, åndelig og sjelelig.

Estetikens betydning for helsen

Antonovsky har en interessant innfallsvinkel i sin bok 'Hälsans mysterium', hvor han snur på det vanlige spørsmål om hvorfor menneskene blir syke, og spør: "Hur kommer det sig att så många människor, som utsatts för tillvarons påfrestningar, ändå förblir friska?" (Antonovsky, 1991, s. 7). I motsetning til et patogent utgangspunkt velger han et salutogent. Denne vinklingen er også aktuell i avhandlingen, da spesielt i forhold til sykepleierens velvære, hvor et estetisk miljø ansees å være en kilde til å bevare helsen og forbli friske. Det samme gjelder pasientene som skal bevare den helsen de har.

Hovedtesen i Antonovsky's teori er at de menneskene som har en positiv holdning til livet, de som har en indre samstemthet og harmoni, vil være bedre i stand til å takle lidelse og prøvelser. Estetiske omgivelser har en terapeutisk virkning, de stimulerer og øker kroppens egen motstandskraft, kroppens egen evne til å overvinne sykdom.

Eriksson sier at "hälsa er en tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande" (Eriksson, 1984), og ettersom helse, sunnhet og velbefinnende er en positiv tilstand, så tilstrebes dette. Estetiske omgivelser kan befordre følelsen av å befinne seg vel og fremme helsen, mens manglende skjønnhetsopplevelser kan være sykdomfremkallende. Eriksson hevder: "Vi vet även att brist på skönhetsopplevelser kan vara sjukdomsframkallande samt att skönhetsopplevelser kan bidra till hälsa och ökad välbefinnande" (Eriksson, 2001).

For personalet kan et estetisk arbeidsmiljø være en kilde til glede. Estetiske omgivelser er helsebevarende og helsefremmende, det fører til mindre sykefravær, og ikke minst, det kan ha en positiv virkning i forhold til en god personalpolitikk³⁷. Blir estetikken og dens betydning for menneskets helse vektlagt nok i vår streben etter å sikre kvalitet i helsevesenet, samt kvalitet i de ansattes travle hverdag? Blir estetik vektlagt i det hele tatt? En god, fullverdig vård skal ivareta alle dimensjoner ved menneskets behov, dvs. de behov som det er gitt å møte uten å gå på bekostning av vårderens egen integritet. En holistisk, helhetlig, omsorgsfull vård skal så langt det er mulig, omfatte både de fysiske, psykiske, sjelelige og åndelige behov.

³⁷Jfr. undersøkelse ved Det Norske Radiumhospital 1998.

Først da er kvalitetssikring og et helhetlig menneskesyn kommet til uttrykk i vården. Ettersom estetiske omgivelser ansees viktig for menneskets helse, kan ikke kvalitetssikringen være tilfredsstillende hvis ikke også denne dimensjon ivaretas.

Estetikk i vården

Estetikk er et vårdvitenskapelig anliggende, fordi mye tyder på at estetikk er av betydning for helse (som vist ved undersøkelser av Malkin, 1998; Küller, 1981, 1987, 1992; Porteous, 1982). I nyere tid er Nightingale den som først skrev ned og påpekte konkrete anliggender i forhold til omgivelsenes estetikk og disses påvirkning på menneskets helse. Hun var en pionér og har en naturlig plass når det skal forskes på estetikkens betydning. Nightingale sier:

“Nursing is an art, and if it is to be made an art, requires as exclusive a devotion, as hard a preparation, as any painter’s or sculptor’s work; for what is the having to do with dead canvas or cold marble, compared with having to do with the living body – the temple of God’s spirit? It is one of the fine arts; I had almost said, the finest of the Fine Arts!” (Dossey, 1999, s. 1)³⁸.

Hun uttaler seg konkret om forskjellige områder hvor estetikken er viktig, om sunne og friske hus, som hun kaller det, om betydningen av god hygiene, lys, støy osv. :

“Unødvendig støy eller støy som skaper bekymring i tankene, er vondt for pasienten. Det er sjelden lydstyrken, virkningen på øret i seg selv, som later til å påvirke den syke. En pasient tåler vanligvis godt at man setter opp et stillas utenfor huset, men tåler knapt nok at man snakker utenfor døren, ikke engang hvisken. Pasienter med lettere hjernerystelser eller andre hjerneforstyrrelser påvirkes av lyd i seg selv. Støy som kommer og går, eller plutselig og skarp støy, virker her som ellers mye sterkere enn vedvarende støy” (Nightingale, 1859/1984, s. 83)³⁹.

Det samme gjelder for hvisking, påtatt, påtatt medfølelse stemme, støyende antrekk, knitring og rasling. For friske mennesker som bør være aktive, er musikken en glede. For de syke, som ikke kan være aktive, gir musikken glede og fjerner frustrasjonen ved ikke å kunne være i vigør. Instrumenter som lager en vedvarende lyd, er positive, mens piano sammen med instrumenter uten uavbrutt lyd, virker helt motsatt. Variasjon er et middel til helbredelse. Det tar på nervene til en syk person å måtte se på de samme veggene, det samme taket og de samme omgivelsene under et langvarig sykeleie (ibid., s. 95, s. 97). En helhetlig vård må

³⁸ Sitat fra Nightingale – ‘Una and the Lion’, 1868, ved Dossey 1999.

³⁹Notater om sykepleie er samlede utgaver, dvs. inkluderer Nightingales tilføyninger, ev. endringer av 1. utgaven *Notes on Nursing*.

imøtekomme det hele menneske for å være evident⁴⁰ vård. Vårdens og sykepleiens egenart, kunstdimensjonen ved vården, for at den skal være unik og kunne karakteriseres som kunst, har ut fra tolkning av vårdvitenskapelig litteratur og teorier, fire dimensjoner og krav: Kjærlighet til faget innen vård og til utøvelsen av det (Eriksson, 1990). Faglig teoretisk og praktisk kunnen, samt evne til å overføre teori til praksis, er krav til profesjonen. Hovedpersonen, pasienten, er selve kunstverket (Nightingale/Dossey, 1999).

Vårderens faglige kunnen er kunsten i vården. En profesjonell, dyktig vårder, som mestrer sitt fag, som føler kjærlighet til faget, vil ved utøvelse av sitt yrke også vise yrkets kunstdimensjon i praksis. Det kan lignes med en håndverker, en mester i et hvilket som helst fag, som kan være en kunstner ved sin kunnen. Det kan være en estetisk nytelse, selv om det kanskje ikke alltid er bevisst, å betrakte en profesjonell utøver, en som gjør sine grep og bevegelser med sikkerhet, presisjon og omhu, en som viser yrkesstolthet og kjærlighet til oppgaven, stor eller liten, som vet hvordan den skal gjøres, og hvorfor. Et menneske som opplever denne vård vil respondere, 'skinne', og fremtre som et kunstverk. Nåden (1990, 1998) har skrevet om kunstens betydning i sykepleien fra en annen vinkling enn det som er tema for denne avhandlingen, men med et aspekt som kan gi en utdypende forståelse, også i sammenheng med omgivelsenes estetikk. Nåden har en metafor som uttrykker en forståelse av uttalelsen om at pasienten er kunstverket. Han sammenligner med en arkeolog som skal få frem den skjulte gjenstanden:

“Noen ganger når materialet er skjørt, og lett kan bryte sammen, må arkeologen og hjelperen være ytterst forsiktige. Han eller hun må bruke de mykeste penslene til å slipe eller pusse bort det som ligger i veien for at gjenstanden eller mennesket skal kunne stå frem i sin egentlige, og samtidig fornyede form (friskhet, sunnhet, velbefinnende) ” (Nåden, 1998, s. 292).

Eriksson hevder: “Sykepleieren kan utvikle seg til å bli en god kunstutøver. Det kreves at evnen til kreativitet utvikles. Det kreves en følelse av frihet” (Eriksson, 1983, s. 9, egen oversettelse). Kreativiteten kan utvikles ved estetiske utfordringer og ved bevisstgjøring, den frihet som oppleves når utøvelsen springer ut av sikker kunnskap og kunnen som basis.

Vårdens kunst er en mulighet, den kan sammenlignes med poesi. Alle kan lese et dikt, men ikke alle kan gi liv til diktet (Nåden 1990). Når utøvelsen av vården er tilpasset den enkelte

⁴⁰Ut fra min forståelse er det fenomenets (vårdens evidens) skjulte vesen som viser seg distinkt og klart, den skinner frem, den synliggjør seg.

pasient, tilpasset det enkelte menneskets kropp, sjel og ånd, helheten, da er den unik. Unik vård er et møte mellom pasient og vårder, i en vakker gjensidighet, i en enhetlig væren, en gjensidighet og enhetlighet som skaper vekst. Da er det estetisk vård. Vårdens mål er alt som angår det syke menneske. Målet er å gi vård til den syke uavhengig av tilstand og situasjon. Nåden gir en sammenfattende beskrivelse av kunstutøvelse i vården:

“Det er en aktualisering av det menneskelige innhold/de menneskelige verdier i sykepleien, hvor det kommer til uttrykk en gjennomført moralsk holdning og innstilling. Det er virkelig nærværenhet i utøvelsen, hvor en strekker seg for å gå bakenfor det ordinære til å bli fullstendig fordypet i en intens prosess med en annen. Det er å være grunnleggende kommuniserende. Det er å uttrykke seg selv ved å være oppfinnsom, søkende, engasjert og fri. Det er å våge” (Nåden, 1998, s. 56).

Watson sier at: “Art captures, expresses and recreates humanity and life, in all their various and diverse forms. Art is the life’s spirit [.....] the soul seeks beauty” (Chinn, Watson, 1994, s. xv). Estetiske omgivelser, med blant annet valg av farver, design, tekstiler eller forskjellige kunstprodukter, kan være like viktig som lyder, musikk, litteratur, underholdning og annet. Alt som stimulerer menneskets behov for selvaktualisering og kreativitet, skaper vekst⁴¹. Estetikk er en faktor som kan bidra til denne vekst og utvikling, til å fremme livskvalitet, livslyst, humør og helse. Dette bekreftes av Eriksson:

“Vårdandet är till sin natur en skönhetsupplevelse, en estetisk, andlig relation [....] Att uppleva skönhet är hälsobefrämjande och framkallar en känsla av välbefinnande. Vårdestetikens uppgift är att utforska och beskriva vårdandet som en skönhetsupplevelse, en konst. Då man studerar människan ur ett idéhistoriskt perspektiv, finner man att sökandet efter det vackra, sköna, och hela alltid har varit en central drivkraft hos människan” (Eriksson, 1987 a, s. 29).

Til det trengs også stillhet, taushet og tid til ettertanke, tid til å hente seg inn. Vårdens ethos kan ved estetiske omgivelser gi kraft og være stimulerende. Både pausen og stillheten er viktige dimensjoner i den estetiske vård. “I pausen finns den skapande tystnaden, då vi med hela vårt själv lyssnar til vår inneboende kraft, ser meningen i sammanhanget” (ibid., s. 9). Når man ser mennesket som en helhet, og det ansees som en plikt at vården er av høyeste kvalitet, da må alle dimensjonene ved menneskets søken og behov forsøkes ivaretatt. Det innebærer at både vårdens og omgivelsenes estetikk ivaretas, at vårdens ethos møter menneskets krav til respekt for den egne integritet og verdighet. Vården skal ikke invadere,

⁴¹ Enhver realisering av den enkeltes potensiale ansees som en form for vekst.

den skal hjelpe til og løfte frem det iboende. “Värdighet är nära knutet till hälsa och lidande där ett uthärdligt lidande ses som förenligt med hälsa och därmed också som upplevd värdighet. Hälsa som betydelsefull för upplevd värdighet ses utifrån en bild av hälsa som helhet, helighet samt att ha/göra, vara och varda hälsa” (Edlund, 2002 s. 13).

5.2 Verdigheit i forhold til estetikk og etikk

“Människans värdighet innebär att inneha det mänskliga ämbetet, att tjäna i kärlek, att finnas till för den andra” (Eriksson & Lindström, 2000, s. 7). Fra denne tese kan begrepet verdighet⁴² abstraheres, til en tenkt generell kontekst i praksis. Intensjonen er å synliggjøre hva det betyr for det enkelte menneske å bli sett og møtt som et verdig menneske. I denne sammenheng gjelder det både for pasienter og vurdere (men det *er* like aktuelt i enhver menneskelig kontekst). I estetisk sammenheng kan man si at menneskets verdighet krenkes hvis det ikke estimeres til å bli møtt på en estetisk måte. Det kan være krenkende å plasseres i uestetiske omgivelser, hvis likegyldighet er rådende, i stedet for å møte en bevisst holdning til estetikk.

Begrepet ‘verdighet’ har, som det fremgår av analysen i Vedlegg nr. XI, flere semantiske betydninger. Mange begrep indikerer noe av det man forbinder med verdighet, det å være verdig, å være dyrebare, områder som må ivaretas hvis verdighet ikke bare skal være et tomt ord, for eksempel respekt, anerkjennelse, bekreftelse, dignitet, autonomi, tilhørighet, en etisk væren og vorden. Et menneskes verdighet er en bekreftelse på at mennesket har verdi, det har kvalitet, den kvalitet det har ved det å være menneske. Ethvert menneske er unikt, dvs. enestående, det finnes ikke noe annet menneske som er ens, det er uerstattelig og det har sin integritet. Hvert individ er en udelelig enhet og helhet, et helt menneske med sin oppgave i livet, det har en plass det skal fylle – sitt menneskelige embete (Eriksson, 1987 a, 1990).

Et menneske har en medfødt verdighet, en sjelens verdighet, som er ukrenkelig⁴³. Men menneskets verdighet er også betinget av dets væren i forhold til andre mennesker og av andre menneskers gjensidige væren. Ut fra Edlund (2002) kan man se menneskets verdighet på to måter. Hun kaller det ‘den absoluta värdighet’ og ‘den föränderlige värdighet’. Jeg tillegger menneskets sjel den absolutte verdighet, mens den foranderlige verdighet tillegges

⁴² Vedlegg XI om begrepet verdighet og sammenheng med estetikk. Värdighet er en eldre norsk/dansk skrivemåte.

⁴³ “Människans värdighet har sina rötter i en kristen europeisk kulturgemenskap” (Edlund 2002).

menneskets kropp og ånd. Det er tilsynelatende⁴⁴ mulig å frarøve et menneske dets verdighet og integritet, men det er i forhold til den relative, den foranderlige verdighet. Et område hvor mennesket er spesielt utsatt, er når det av en eller annen grunn blir avhengig av hjelp fra andre. Som pasient på sykehus eller institusjon havner mennesket i en situasjon hvor dets verdighet kan pulveriseres og krenkes. Det kan ikke lenger hevde seg selv, kan ikke fylle og kreve sin plass på samme måte som tidligere, det er prisgitt vårderne og vårderens egen verdighet, som kan avspeile seg i en gjensidig respekt eller mangel på sådan. Det er vårderens oppgave, ved en evident vård, å legge forholdene til rette slik at pasienten kan opprettholde sin verdighet i enhver situasjon. Går man inn i et sykehusmiljø med uhildede øyne, så kan det vise seg at mye kan forbedres på det estetiske området, i forhold til hvordan pasienten og/eller vårderen verdsettes og hvorledes verdigheten blir forsøkt ivarettatt.

Et raskt blick inn i hverdagen avslører den virkelighet pasienten kan risikere å gå inn i på mange sykehus og som kan synes å undergrave hans verdighet. Sykehuset i seg selv er ofte en stor og ruvende betongkoloss hvor mennesket/pasienten 'skrumper' idet han⁴⁵ passerer inngangsdøren. Det finner sted en fremmedgjøring, og en følelse av litenhet kan oppleves overfor en ukjent og kanskje skremmende ny verden. Videre blir pasienten 'avkledd', iført sykehustøy og mister den identitet de private klærne gir ham. Pasienten objektiviseres og observeres, liggende i en seng, på et lavere nivå enn vårderen, som han må 'se opp til'. Ofte kan han føle seg både ustelt og uestetisk, utsatt som han er for nærkontakt og mer eller mindre nødvendig blotting. Vårderens egen hygiene sier også mye om på hvilken måte pasienten(e) verdiges. Pasienten tiltales familiært av vilt fremmede mennesker og må tilpasse seg disse rutinepregede og ofte skremmende forhold så godt han kan. Umyndiggjøring og avmakt kan føles av mange. Den enkelte pasient og menneskets integritet blir noen ganger krenket. Han plasseres sammen med tilfeldige andre, eller kanskje i en korridor, hvis han i det hele tatt opplever å få bli pasient, når det blir nødvendig. Det oppleves ikke som en estetisk, vennlig og innbydende atmosfære. Postene virker mange steder 'sterile', nedslitte og halvskitne (jfr. Magnus, 1999)⁴⁶. Det kan være dystre og tilsynelatende tilfeldig valgte farver, nakne vegger, små vinduer, ingen blomster eller grønt, og i det hele tatt lite næring for sjelen. Pasienten føler seg fremmedgjort, slett ikke velkommen, han blir ikke tatt i mot som et verdig menneske og lidelsen forsterkes i stedet for å lindres.

⁴⁴Jfr. Dostojevskij sitat i kapittel 5.3.

⁴⁵ Fordi 'pasient' er et hankjønnord så brukes benevnelsen 'han'.

⁴⁶Magnus beskrivelse av sykehus slik det opplevdes som nedslitt og skittent, under hans kones sykeleie og død.

Dette er et lite og subjektivt utsnitt fra noen av de uverdige tilstander man *kan* finne, og som ikke skulle finnes. Det gjenspeiler noe av det A. Thieriot⁴⁷ reagerte på da hun som pasient opplevde sykehus/helsevesenet som kaldt og inhumant. Det førte til opprettelse av ‘Planetree–modellen’ og dens filosofi fra 1978 (Lauvsnes), og videre til grunnleggende endringer ved sykehus i mange land.

Den 3. tese i grunnantagelsene⁴⁸ lyder: “Människan är igrunnen helig. Människans värdighet innebär att inneha det mänskliga ämbetet, att tjäna i kärlek, att finnas till för den andra”. Verdigheten kan ivaretas ved å strebe henimot det ideelle for estetikk i vården og for en estetisk vård, slik det bør være. Det er ved å være våken, å se det man ser, at det kan være en aktiv prosess for å revidere og forbedre estetikken i vården kontinuerlig. Målet med denne bevisstgjøring og revidering av tiltak er at vården skal høynes, at pasientens verdighet blir ivaretatt hele tiden og på alle områder. Pasienten skal alltid føle at han er verd å vårdes. Hans verdighet bekreftes blant annet i/av estetiske omgivelser. Ved å foreta en abduksjon, kan man sette en plan for hvordan det bør være, en ideell målestokk som viser hvordan det kunne være, en plan som det kan være et mål å arbeide henimot. Forskning og undersøkelser viser klart at pasienter som opplever å bli tatt imot på en estetisk måte og i et estetisk miljø, slik at de føler seg velkomne, føler at deres velvære betyr noe for vårderen. Dette medfører at de får et mindre belastende sykdomsforløp og færre gjeninnleggelser, det er positivt for helsen. Ivaretagelse av den andres verdighet er å anse som en etisk plikt, en plikt som finnes i det embete enhver har i livet.

5.3 Estetikk relatert til områder for vård

Estetikk og menneskets embete

Eriksson sier at mennesket ble tildelt sitt embete da det ble skapt i Guds bilde:

“Det absolut etiska, det yttersta syftet med vårdandets etik, är att bekräfta människans absoluta värdighet. Människans absoluta värdighet innebär hennes rätt att bekräftas som unik människa. Då människan skapades till Guds avbild tilldelades hon det mänskliga ämbetet” (Eriksson, 1995, s. 25).

Begrepet *embete* er et substantiv som kan tolkes og forstås på mange måter. Her nevnes noen som kan kaste lys over begrepsinnholdet, gjengitt fra Norsk synonymordbok (1976):

⁴⁷Jfr. Lauvsnes, 1995, Planetree– modellen.

⁴⁸Eriksson, 2001, de 8 grunnantagelser for vårdvitenskapen, se XIII.

bestilling, stilling, tjeneste, treffe avtale om, arbeide, beskjeftige seg med, foreta seg, fordrive tiden med. Embete kan også være en stilling, en posisjon, verdighet, kall, en funksjon og oppgave. Det er en bestemmelse for ens livsgjerning. Disse synonymer gir en bred forståelse av hva et embete er og hva det innebærer å ha eller være gitt et embete. Et embete er både en byrde, en plikt og et tillitsverv. Mennesket har et eget ansvar for å bære sitt embete frem. Det er betrodd seg selv.

I grunnantagelse 3⁴⁹ sies det at “mennesket er i grunnen hellig. Menneskets verdighet innebærer å inneha det menneskelige embetet, å tjene i kjærlighet, å finnes til for den andre”. (Eriksson & Lindström, 2000, s. 7, egen oversettelse). Utsagnet om at mennesket er hellig, kan tillegges en religiøs dimensjon, og/eller det kan ta et empirisk utgangspunkt i mennesket som en helhet. Både det at mennesket har et forpliktende embete, og det at mennesket ansees som hellig, er av betydning for relasjonen mellom estetikk, menneskets verdighet og menneskets forpliktelse i vårdandet. Vården skal ivareta hele mennesket. Eriksson hevder at: “[.....] det naturlige grunnleggende vårdandet uttrykkes genom att ansa, leka och lära” (Eriksson, 1987), og det sluttet at estetikk kan være et middel til å imøtekomme denne forpliktelse, som en generell forpliktelse i forhold til ens neste.

At mennesket er hellig, er en påstand som det kan være aktuelt å se nærmere på. Det som er hellig, er også å anse som ukrenkelig, det skal ikke vanæres eller vanvyrdes. Ifølge Norsk synonymordbok (1976) betyr *hellig* syndefri, gudommelig, gudfryktig, beatus (lykkelig), sankt, kirkelig, religiøs, sakral, fredlyst, innviet, sakrosankt, tabu, ukrenkelig, dyrebar, ærverdig, høytidelig. Både ‘embete’ og ‘hellig’ er viktige begrep i vårdvitenskapen. Man har plikt overfor nesten, til barmhjertighet og til å bry seg om, til å ense, til caritas, men kanskje ikke til å føle kjærlighet. Mennesket kan vanskelig pålegges en plikt til å føle, hvis det ikke er fritt til å bestemme over hva det skal føle, verken i forhold til selvet eller til andre mennesker. Det avhenger også hva man legger i begrepet kjærlighet. I vården er caritas en grunnpilar. Den beste vård skal gis, og en ‘vårdende vård’ er uavhengig av personlige følelser og meninger. Vården er et menneske–menneske forhold. Det enkelte menneskes absolutte verdighet gir forpliktelsen og ikke den enkeltes personlighet, som egentlig er uaktuell. “Vårdvitenskapen søker sanningen om det vårdende och ansvarar för att denna sanning tillägnas människan. Vårdvetenskap är helt allmänt studiet av det vårdende och människan i

⁴⁹De 8 ontologiske grunnantagelser (Eriksson, 2001 s. 14) Vedlegg XIII.

ulike livssituasjoner, spesielt i avseende till hennes hälsa og lidande” (Eriksson, 2001, s. 1). Det er videre aktuelt å undersøke noe angående estetikk og etikk, hvorvidt det kan sees som en etisk forpliktelse å ivareta den estetiske dimensjon i vården.

I de foregående kapitler fremgår at det er en sammenheng mellom estetikk og etikk. Estetiske omgivelser kan v re en bekreftelse på menneskets verdighet. V rdivitenskapens grunnantagelser bygger på at mennesket har en oppgave i livet, et embete. Det vil si at hvert enkelt menneske blir født med en oppgave, et embete som skal skjøttes og leves, frem til døden. Det er en etisk fordring til mennesket. Plikt til å ivareta estetikken i vården kan sies å være iboende i embetsplikten, og derved en plikt som har betydning for den berørtes helse. Eriksson hevder at “i det vårdandet förenas teori og praxis i en vårdande kultur d r gemenskapen har sin grund i ett  kta ethos som st djer vårdaren i att ha mod och ansvar att f rverkliga en evidensbaserad vård i djupaste mening” (Eriksson, m.fl. 1999, i abstrakt).

Evident  r det som  r sanningslikt, gott og sk nt.

Eriksson m.fl. 1999, motto i ‘Den Trojanska h sten’.

Estetikk og evidensbasert vård

En evidensbasert vård vil si en vård som er holistisk, sann, skjønn og god. En holistisk vård krever estetisk bevissthet, et estetisk miljø og estetisk vård. Menneskets egne ressurser, fysiske og psykiske, kan v re av stor betydning for helse og velvære, noe som også i en pasientsituasjon er viktig for at mennesket skal kunne gjenvinne eller ha en så høy grad av helse som mulig. Det er vårderens oppgave å forsøke å fremme betingelsene, å hjelpe naturen (Nightingale, 1859/1984, s. 32).

En evidensbasert vård er etisk og estetisk. Det kan likevel være forskjellige problemer og hindringer som kommer i veien for vårderens mulighet til å gi en evident vård. Det kan være ansvar for så mange pasienter at det går ut over vården til den enkelte, det kan være økonomiske problemer, eller det kan være manglende kunnskap, for bare å nevne noen. Vårderens egen holdning og bevissthet angående estetikk kan gjenspeile seg i omgivelsene (refererer til de kategoriene/områdene som omhandles i denne forskningen). En sjuskete og likegyldig holdning til estetikken kan vise seg som rot, tilfeldig plasserte ting, skjevthengende bilder, gardiner, overfylte papirkurver, eller det kan v re en generell uharmonisk atmosfære. En estetisk evident vård viser seg fra de enkleste små ting, som det ikke koster å ivareta, og til

de større som det kan kreves spesiell kunnskap om for å implementere. Eriksson sier i forhold til evidensbasert vård og menneskets verdighet:

“Vår utgangspunkt är ett ethos vars kärna utgörs av människans värdighet och caritasmotivet, dvs. kärlek och barmhärtighet. Det är detta ethos som även bör vara vägledande vid bestämning av vårdandets evidens” (Eriksson, 1999, s. 14).
“Evidensbaserat vårdarbete skall stärka patientens autonomi och valmöjligheter i stället för professionens. Patienten skall utgöra en naturlig utgångspunkt för evidensbaserad vård” (ibid., s. 91).

I den aktuelle vårdkontekst er estetikken viktig både på det indre og det ytre plan, det vil si både omgivelsenes estetikk og vårderens estetiske væren. Menneskets verdighet er en kjerne i den ethos som er utgangspunkt for evidensbasert vård.

Vården kan sees som en hermeneutisk sirkel eller spiral, hvor de observasjonene som gjøres av vården til den enkelte pasient viser på hvilken måte, for eksempel verdigheten, blir ivaretatt. Man ser på de forskjellige områdene, observerer det som angår pasienter og vårderes verdighet, trekker slutninger og kommer frem til forskjellige hypoteser i forhold til de empiriske funn. Forslag til forbedring kan iverksettes ut fra hypotesene og resultatene/virkningen vurderes på nytt. De områder som angår pasientens verdighet gjøres så til gjenstand for ny vurdering og eventuelle nye revisjoner. Målet er hele tiden å arbeide for en evidensbasert vård, slik som den ideelt sett kunne være. Ved en abduksjon⁵⁰ kan det foretas ‘et sprang’, en plutselig innsikt i hvordan det burde eller kunne være. Dette forstås som at det kan fremsettes hypoteser, det vil si konkrete forslag til hva som kan endres og gjøres for å få det bedre.

Helheten er vården og delen er, i denne sammenheng, områdene for ivaretagelse av pasientens verdighet. Abduksjonen kan gi en stadig større forståelse for hvordan pasientens verdighet kan ivaretas på best mulig måte. Hensikten er å få til en bevegelse henimot en evident vård hvor ethos gjenspeiles i det ‘Sanne’, det Gode og det ‘Skjønne’, en vård hvor vårderen føler at det nytter. En evident vård krever vårdere som er sanne, ekte og ærlige. Det kreves vårdere som har mot til å møte pasienten og til å sette fokus på pasienten, slik at pasienten opplever å

⁵⁰Henvvisninger fra Eriksson, 1990, “Abduksjon torde vara den metod som i realiteten används vid många fallstudiebaserade undersökningar (Sköldberg, 1991a)”. “Metoden blir härigenom ett slags kombination av de två tidigare nämnda induktiva och deduktiva, men tillför också nya moment”. “Abduktionen utgår från empiriska fakta[....]” (Alvesson, Sköldberg, 1991, s. 44, 45). “Den abduktiva impulsen slår ner som en blix. Det är en akt av insikt, låt vara en i högsta grad felbar insikt[.....] den nya impulsen blixtra fram inför vårt inre syn, är själva tanken att setta samman något som vi aldrig förut hade drömt om att setta samman” (Pierce, 1958, s. 232).

bli sett, møtt og behandlet som et verdig menneske. Vårdere som flykter inn i en ‘bedside–manner’ holdning vil ikke være ekte og sanne vårdere. Vårdens ethos vil da ikke preges av barmhjertighet og empati⁵¹. Det kan arbeides konkret for å få til en evidensbasert vård. I en evident vård vil vårdens ‘claritas’ vise seg, den er estetisk i seg selv, og den inkluderer estetikken i omgivelsene.

*Forskning innebær å avdekke det som skjuler sannheten
og enkelt og uhildet skuer vi den skjønne gestalt!*

Kaila, 1939

Estetikk og claritas

‘Claritas’ er et latinsk begrep. I Pocket Oxford Dictionary (1969) finnes begrepet ‘Clarity’, som oversettes til det engelske uttrykk ‘clearness’, på norsk ‘klarhet’. Andre utledninger av begrepet er ‘Claré’: høyt, tydelig, klart, være klar, lyse, skinne, astra, gloria, bli klar, opplyst; bli tydelig (innlysende), gjøre synlig. Dette er begrepets mange definisjoner gjengitt fra Latinsk ordbok (1968 ved Mørland, H.), som sammen og hver for seg tydeliggjør begrepsinnholdet.

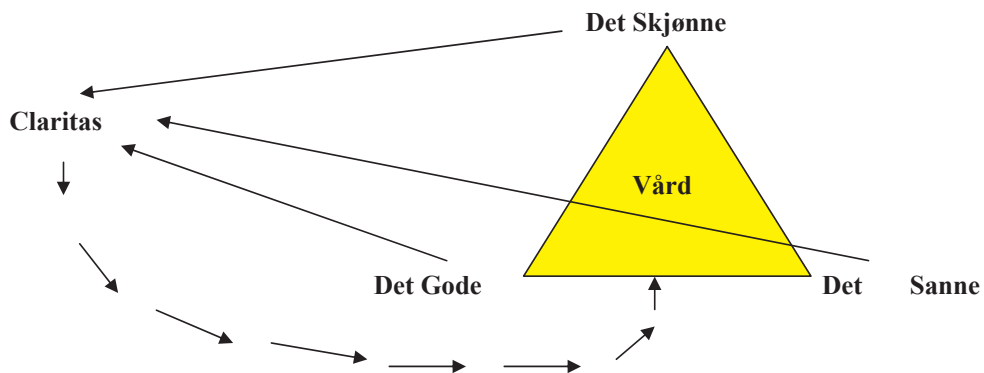
Eriksson hevder at: “Vårdandet är en konkretisering av det sant mänskliga, förmågan till kärlek [.....] En vårdare, en människa som fungerar i kärlek utstrålar även kärlekens kraft och ljus. Jag tror att vi i dag vågar införa både “caritas” och “claritas”, kärlekens och ljusets idé som symbol för det vårdande som vårdvetenskapen skall kämpa för. Claritas representerar skönheten, där individen framträder som en skön gestalt, en harmoni mellan ideal, form och sinnlig gestalt [.....]” (Eriksson, 1987 a, s. 28, 29).

Ut fra min forståelse er claritas et skjønnhetens skinn, en gjenspeiling av noe skjønt, som gjennomskinner, med klarhet og tydelighet. Det er for eksempel en ekte godhet og velvilje som viser seg i vården. Claritas gjør synlig og innlysende. Den ekte og sanne vård skinner igjennom. Claritas viser seg ikke bare i håndens gjerning, den viser seg også i den estetiske atmosfære, harmonien i vården. Den estetiske atmosfære kommer til uttrykk ved omgivelsenes fysiske og psykiske estetikk. Mennesket møter ikke bare handling, handlingen er alltid en del av og i en helhet, en helhet hvor det skjønnes skinn kan reflekteres i det estetiske. Den gode vilje skal vise seg både i ord og gjerning. Sannheten viser seg i det estetiske claritas, estetikkenes ontologi, eller en kan si estetikkenes vesen, ‘Det skjønne’ viser seg i det skjønne,

⁵¹Empati ut fra Travelbee’s definisjon: “.....Det er en prosess der den enkelte er istand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt” (Travelbee, 1971, s. 193, egen overs.).

det kan være i vårdens kjerne når den er evident. En sammenfatning fra Eriksson (1999): “Evidens kan tolkas som det sanningslika, det sköna och det goda. [...]. I det vårdandet förenas teori och praxis i en vårdande kultur, där vårdare får stöd i att ha mod och ansvar för att förverkliga evidensbaserat vårdande och vårdarbete, m.a.o. det sanningslika det sköna och det goda”.

Det gode, som synliggjøres i vården, er også etisk. Det er evident at vård ikke kan være god uten å være etisk, og for å være etisk må den også være sann, som sann og god vård vil være skjønn, dvs. claritas i vården. Dersom den ikke er sann vård, da er den ikke etisk, og heller ikke god. Det gode er også skjønt, det er rent, det er uten baktanker, det er interesseløst i den forstand at det ikke finnes noen subjektive interesser. Det gode er faktisk fristilt i forhold til vårderen, det er autotelisk i den forstand at det har målet i seg selv. Det er sammenfall mellom det gode, det skjønne og det sanne. Det ene kan ikke være uten det andre og det tredje, derfor er det ett. Etisk væren er estetisk og sann.



Figur III – Den evidente vårds claritas er sann, god og skjønn

I en vårdende vård vil estetikk være ‘nærende’ for sjelen. Det svenske ordet ‘ansa’ betyr nära, rena, skydda, ge närhet, ombesørja, oppmuntra, vise intresse og tröst. Både sjel og ånd trenger næring. I en pilotundersøkelse som ble foretatt (Eriksson, 1990, s. 85, 87, fig. III), fremkom det sentrale konkrete handlinger som ble ansett å kunne være næring for sjelen. “Att vara tysta tillsammans, lyssna på musik tillsammans, vara på samma plan, uppleva skönhet tillsammans, konfrontera, vara rak och ärlig, lyfta fram det fina” (ibid., s. 88). Ettersom sjelen og ånden

ansees for viktig i forhold til estetikkenes betydning for helsen og påvirkning av mennesket, så klargjøres det her hva som menes med menneskets sjel og ånd.

Estetikk og menneskets sjel og ånd

Mennesket beskrives i grunnantagelsene som ‘en enhet av kropp, sjel og ånd’, og den åndelige dimensjonen relateres til det etiske, estetiske, religiøse og til gudsrelasjonen (Eriksson, 1987a). Sivonen sier at “I biblisk text betecknar själ det fysiska livets princip, personlighetens inre, intellektuella, känslomässiga och viljemässiga liv”, samt en förbindelselänk mellan kropp och ande. Människan är en själ” (Sivonen, 2000, s. 83).

Estetikk påvirker noe i mennesket, utover det som registreres bevisst og reflektert. I avhandlingen kalles den instans som påvirkes for menneskets sjel. Min forståelse av begrepet ‘sjel’ er at sjelen er den kraft som gjennomstrømmer hele legemet, hele personen, gir liv, integritet og individualitet. Sjelen er selve livskraften som gir mennesket liv, både fysisk og åndelig. I den nonkognitive erkjennelsen av estetikk, den virkning estetikken har på mennesket, kan menneskets sjel sies å være den formidlende instans. Eriksson sier at vårdandet i sin natur er en skjønnhetsopplevelse, en estetisk åndelig relasjon. I et idéhistorisk perspektiv finner man at menneskets søken etter det vakre, det skjønnne og det hele alltid har vært en drivkraft (Eriksson, 1987a).

Man kan si at estetikk er et sjelelig behov, at det er sjelen ved sitt estetiske intellekt, som mottar og registrerer de estetiske signaler fra omgivelsene. En sunn sjel i et sunt legeme – ‘mens sana in corpore sanem’, som det gamle ordtaket sier. Hva forbinder vi med ‘en sunn sjel’? En sunn sjel er i, og er det sunne mennesket. Helheten av sjel, kropp og ånd. Det er menneskets ånd og sjel som har bevart sin integritet, som er helt, ikke korrumpert av omgivelsenes stadige bombardering og flom av depraverende påvirkninger og inntrykk. Det er en sjel og ånd, et sinn⁵² hvor idealene er intakt, hvor ikke tidens skiftende holdninger og verdirelativisme er akseptert og integrert. En sunn sjel vil ha styrke og kraft til å bevare sin integritet. “En integrert växelverkan mellan kropp och själ ger medvetenhet, och en medveten människa har kontakt med sig själv” (Eriksson, 1984, s. 71). Etersom estetikk er næring for ånd og sjel, for de åndelige verdier og behov, og fordi estetikken er av stor betydning og påvirker helsen, så utredes det videre hva som tillegges menneskets ånd. Ånd og sjel er en

⁵² Menneskets sjel og ånd bevisstgjøres i menneskesinnet.

enhet med kroppen, men kan beskrives separat, på samme måte som hjertet kan beskrives separat, selv om mennesket er hjertet. I pilotundersøkelsen til Eriksson (1990), ble det klargjort hva som ansees som næring for menneskets ånd. Det beskrives slik: “att hjälpa pasienten att be, att läsa aftonbön, vårdaren “lyser” i bakgrunden, att vara ensam tillsammans” (ibid., s. 88). Dette kan virke noe snevert. I begrepet ‘åndelig føde’ kan det også forstås at de estetiske verdier er inkludert, blant annet ved estetikken i omgivelsene som kan virke som ‘sjelebot’.

‘Spirare’ er den latinske betegnelse på begrepet ‘ånd’, å åndgjøre, å beånde. Å inspirere er en avledning, en innånding av ånd som begeistrer, som fremmer skaperevnen, som (kanskje) tar i besittelse og skaper gjennom den inspirerte. En ypperlig fremføring av et musikkstykke, et dikt eller lignende kan betegnes som at utøveren var beåndet. Menneskets ‘ånd’ er et begrep som i mange sammenhenger brukes entydig med begrepet sjel, men i avhandlingen skilles det mellom de to sider ved mennesket. Ved døden avsjeles legemet og utånder.

Ånd kan være en side av sjelen. Det tilsier både en enhet og en forskjellighet. For å skille mellom begrepene i denne avhandlingen, er ånd her definert som: “bærer av fornuften, av de funksjoner som kjennetegner menneskets fornuft og bevissthet,” den kognitive og bevisste sansning, bevisstheten om seg selv. I denne sammenheng er fornuften aktiv i forhold til den bevisste vurdering som gjøres angående estetikk.

Monsen sier: “Menneskeånden er den samlende, artikulerte vilje og personlighet i ethvert menneske. Ånden er det i oss som bringer oss ut av våre jeg, forbi jeg’et, ut av rommet, ut av tiden og inn i evigheten” (Monsen, 1992, s. 10). Sivonen (2000, s. 82) finner en sterk synonymitet mellom ånd og sjel, men som begrep har de imidlertid forskjellig og eget betydningsinnhold, med lite eller ingen innbyrdes sammenheng. Mennesket antas å ha åndelige behov. De åndelige behov omfatter menneskets søken etter svar på eksistensielle spørsmål, etter intellektuelle opplevelser, eller søken etter estetiske opplevelser. Behovet for estetikk kan imøtekommes ved at det er tilgang til blant annet litteratur, musikk, kunst, og annet innen de estetiske områder. De områder som beriker, som fremmer kreativitet, som kan skape vekst, følelsesmessig eller intellektuelt, er de områder som imøtekommer de åndelige behov. Menneskets sjel har åndelige behov. Derved er det viktig å være klar over at også ånds-svake (psykisk utviklingshemmede), bevisstløse eller senil demente mennesker har åndelige behov.

En kort konklusjon er at vårdens estetikk påvirker ånd og sjel og derved menneskets helse.

Estetikk og et helhetlig menneskesyn

Vårdvitenskapen erkjenner hvor sammensatt et menneske er, hvor viktig det er å ha et holistisk (helhetlig) menneskesyn i forhold til pasienter og kollegaer.

Det kan stilles spørsmål ved om et holistisk menneskesyn er medfødt, om man finner det hos alle mennesker, eller kanskje bare hos noen. Eller er et holistisk menneskesyn ervervet? Det kan stilles spørsmål ved om det kan pålegges å ha, eller om mennesket kan læres opp til å ha et holistisk menneskesyn. I denne avhandling gjøres det ikke undersøkelser angående disse refleksjoner, de nevnes bare til ettertanke og for å henlede til estetikk i omgivelsene som en side ved en holistisk vård.

Holisme kommer fra det greske ord *holos*, som betyr *hel*. Med *hel* menes det at helheten er bestemmende i forhold til delene. Helheten har sine egne lover, og kan ikke føres tilbake på delene. Helheten er mer enn summen av delene. 'Holistisk' brukes innen psykologi, sosiologi og biologi, det er den metode som anvender helheten som forklaringsprinsipp, i opposisjon til studiet av isolerte trekk, jfr. *gestaltpsykologi* (Aschehoug konversasjonsleksikon, 1982). Eino Kaila, finsk filosof (1890-1958), betegner sin personlighetsteori som holistisk, fordi den tar avstand fra det mekanistiske menneskesyn, bildet av mennesket som en maskin, og fremhever helhetens betydning for personlighetsdannelsen. Mennesket er en helhet som er unik og mangefasettert, ofte karakterisert ved delbenevnelser av fysisk, psykisk, sjelelig, åndelig eller intellektuell art. Kroppens delenheter, hver med sin funksjon, er alle gjensidig avhengige, påvirkelige og i en kontinuerlig interaksjon. Mennesket er en tilsvarende del i det virkningsfelt, den tilværelse det er satt inn i – familie, slekt, nærmiljø, fjernmiljø, land, språk, nasjon osv. Hvert individ er en del av menneskearten, og menneskene som art er et av naturens fenomener. Vi lever i naturen og av naturen, påvirker og påvirkes. Mennesket er *i* dette store kretsløp som alt værende, fra den minste enhet til den uoverskuelige helhet – kosmos, altet som er ett. Hvert enkelt menneske er et ledd eller en del i den store sammenheng, som er unikt og som fyller en plass ingen andre kan fylle.

Et helhetlig menneskesyn viser en virkelighetsforståelse hvor også den eksistensielle, sjelelige og åndelige dimensjon ved mennesket er integrert. Mennesket kan utforskes hermeneutisk ved

å forklare, utforske og øke delforståelsen slik at den epistemologiske, og den helhetlige kunnskap om mennesket berikes. Dette kan for eksempel skje ved å få større kunnskap om fysiske forhold og deres psykiske påvirkninger og utslag – ny kunnskap som fører til en horisontsammensmeltning og en bevisstgjøring om helhetens sammenheng. Eriksson hevder: “Det innebær att vi är medvetna om att allting samverkar eller att det finns ett samband mellan de olika delarna” (Eriksson, 1987 b, s. 62).

Maleriet ‘Solen’ av E. Munch er vist som eksempel på den helhetlige væren i verden. Den altomfattende verden hvor mennesket inkluderes i sol og lys, et utsnitt av uendeligheten i endeligheten.



Illustrasjon 1 – E. Munch: Solen

En dimensjon i menneskets helhetlige væren er lidelse som en del av livet. Lidelse kan være på forskjellige plan, den kan være fysisk, eksistensiell og/eller psykisk. Estetikk kan øke lidelse, den kan forårsake lidelse og estetikk kan lindre lidelse.

Estetikk og lidelse

Eriksson knytter ikke sammen estetikk og lidelse, men hun sier at det finnes kraft og glede i lidelsen (Eriksson, 1994, s. 32). “I den gode lyst findes den ægte livsglæde, meningen og kraften” (ibid., s. 33). Ved å hevde at det finnes lyst, kraft og glede i lidelse, så kan det ansees

som positive estetiske opplevelser også i lidelse. Vi kan vanskelig forstå lidelsens vesen, men vi kan kjenne dens manifestasjon, hvordan den tilkjennegir seg i egen lidelse, og vi har muligheten til å erkjenne at den andre lider.

Mennesket opplever lidelse i mange sammenhenger, og lidelse hører livet til. Også et møte med estetiske situasjoner eller omgivelser kan forårsake lidelse. Et estetisk møte kan være så sterkt at det av noen kan oppleves som smerte, eller det kan føre til reaksjoner som kan forbindes med smerte og ubehag. Man har det såkalte Stendhal⁵³ syndromet, hvor møte med kunstverk kan virke så overveldende at mennesker besvimer, gråter, og til og med trenger psykiatrisk hjelp. Stendhal beskriver hvordan han i Italia i 'Franciscan church of Santa Croce' ble dypt beveget av kunstverkene: "What men! What a stupendous collection! My emotion is so profound that it almost becomes pitiful. The gloomy religiousness of this church, its vault of simple wood, its unfinished facade, all sent powerful messages to my soul. [.....]. Coming out of Santa Croce my heart was beating strongly, what in Berlin is called nerves: the life in me had run out, I walked along afraid I would fall down" (Magherini, 1991, s. 176). En slik opplevelse forårsaker lidelse, men det kan kanskje også være en god og berikende lidelse.

En av vårdvitenskapens grunnantagelser (nr. 5)⁵⁴, slik den formuleres ved Åbo Akademi, er at 'lidelse' er en grunnkategori i vårdandet. Vårdandets viktigste anliggende er å lindre den menneskelige lidelse. Hvis lidelse ikke fantes, så var det heller ikke behov for vård. Lidelse kan sees som en del av menneskets naturlige utvikling, og som noe som hører til livets grunnvilkår (Eriksson, 1994). Estetiske omgivelser kan i mange sammenhenger hjelpe til å lindre eller redusere lidelse, både fysisk og mentalt. Nærvær har stor betydning i forhold til lidelse. "Närvaro handlar om att skapa en känsla av att upplösa avståndet till den andra och kan visa sig som dels virtuell och dels pågående närvaro. Musik, konst och myter är speglade opplevelser och exempel på virtuell närvaro" (Öhlén, 1998, s. 54). Lidelsen kan på samme måte forsterkes ved den neglekt som oppleves ved uestetiske omgivelser. Lidelse er tilegnet mennesket, det har evne til å lide og det har evne til glede, livet kan oppleves positivt hvis mennesket har det forholdsvis bra. Alt liv streber etter liv, men å leve er også å lide. Lidelse er i sitt dypeste vesen å dø⁵⁵. Der livet seirer, har lidelsen vært en kraftkilde til nytt liv.

⁵³ The name 'Stendhal syndrome' has been given to the often overpowering experiences – sometimes accompanied by physical symptoms – (a.o. faintness, trembling, nausea, sweating, euphoria extract from Magherini, 1991, p. 187) that occur in some visitors on holiday in cities of great art (ibid., s. 167).

⁵⁴ Vårdandets grundkategori är lidande (Eriksson & Lindström, 2000, vedlegg XIII).

⁵⁵ "Enhver lidelse er en begynnende død, thi den fratager os noget, hvorpå vi, bevidst eller ubevidst, støtter os":

(Eriksson, 1995). Lidelse utgjør således en viktig substans i alt menneskelig liv. Martinsen, (1993, s. 9) sier at “Lidelse er et dypt og komplekst menneskelig fenomen. Det er allmennmenneskelig, og det er noe vi mennesker ikke kan spares for eller komme utenom” Som motpol til velvære kan en lidelse som blir borte, som oppheves, gjøre opplevelsen av velvære mer bevisst og gjennomstrømmende. Kontraster forsterker ofte hverandre. Eriksson setter ‘lysten’ som motsetning til lidelse, ut fra at lidelse har en positiv og en negativ dimensjon. “Der er i litteraturen mange eksempler på at lidelse giver en uanet livskraft, en kraft som tilsyneladende ikke har anden kilde end selve lidelsen” (Eriksson, 1994, s. 27).

Lidelsen kan aktivere krefter og potensiale i mennesket som ellers kanskje ville ligge i dvale. Lanara (1981) ser på lidelse som en mulighet til personlig vekst, til å realisere det potensiale den enkelte har⁵⁶. Hun mener at lidelse hører til de av livets prøvelser som virker kreativt på mennesket. “Life’s tests are creative tests. They bring character into evidence by bringing it into being”.⁵⁷ Kunstnere kan ha de mest kreative perioder når de er i en lidende fase, det kan være depresjon, sorg eller annen lidelse. Sorg og smerte, for eksempel, kan på mange måter uttrykkes via kunst, det være seg gjennom musikk, litteratur, bildende kunst eller andre kunstformer. Det kan være som kommunikasjon, som uttrykk for følelser eller stemninger, noen ganger uten begrep, hvor kunsten har et vårdende potensiale, også ved for eksempel å vise lidelsen. Lidelse kan ikke beskrives som en abstrakt idé, men må alltid forstås i sammenheng med det lidende mennesket. Kanskje kan alt som har liv lide og føle smerte. Lidelse kan være både fysisk og psykisk. Den menneskelige lidelse har forskjellig innhold, men den er konkret. “Bakan⁵⁸ mener at lidelse, på samme måte som smerte, har et biologisk, psykologisk og et eksistensielt aspekt. Disse aspektene integreres med hverandre, og lidelse kan kun teoretisk reduseres til det enkelte aspekt” (Wiklund, 2000, s. 3, egen oversettelse).

Estetiske omgivelser kan forsterke pasientens viten om at alt dette skal *jeg* snart dø i fra, den skjønne våren oppleves kanskje ikke mer, “Fager er lia, aldri har ho synst meg så fager som no. [.....]. Eg vil ri heim att og ingenstad fara,” sa Gunnar av Hlidarendi i Njåls saga (ca. 1200). Han var lyst fredløs. Han vendte hjem og ble drept. Et menneske som skal dø kan ikke

SAOB / 3 arkivmaterial, Svenska Akademiens Ordboks samlingar. Lund: C.W.K. Gleerups Förlag.

⁵⁶V.Lanara, 1981, s. 125: “Perhaps no piece of literature deals so profoundly with the mystery of suffering as ‘The book of Job’”.

⁵⁷Sitat hos Lanara, 1981, fra McKechne, J. Job: Moral Hero, Egoist, and Mystic. New York George H. Doran Company, 1927 P. 27.

⁵⁸Bakan, (1968). *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering* Chicago, The University of Chicago Press.

velge å snu, kan ikke 'vende heim att', men 'dalen' er kanskje fagrere enn noen gang. Estetiske omgivelser kan medvirke til at kroppens forfall føles enda sterkere. Den fysiske endring som ofte forekommer, kan pasienten oppleve som en stor lidelse, i tillegg til sin sykdom. Selvbildet blir ofte dårlig når det inntreer endringer som avmagring, pløsete hud, hevelser og ødemer, 'sykelig' hudfarve, hår som mistes eller blir tørt og livløst osv. Pasienten opplever kanskje seg selv som 'frastøtende og uren', frykter for at han lukter og vekker avsky. Er omgivelsene for vakre, rene og estetiske, så kan pasienten oppleve seg selv som en disharmoni, en faktor som ødelegger helheten. Det kan oppleves som en sterk opplevelse og en påminnelse om kontrasten til en egen situasjon. En pasient som var meget dårlig kom til et hospits og utbrøt spontant: "Her kan jeg ikke være, det er for vakkert her". En kanskje uventet reaksjon, men forståelig ved ettertanke (fortalt meg av den mottagende sykepleier).

Estetikk formidler noen ganger glede, ro og harmoni, men kan bli malplassert når et menneske opplever at det ikke er mer å glede seg over i livet, det er slutt. Estetiske omgivelser kan føre til sorg over alt som skal forlates og frykt for det ukjente. For et menneske som har tilbrakt sitt liv i fattigdom og uestetiske omgivelser, kan estetiske omgivelser synes som å befinne seg i en annen verden, pasienten vil kanskje ikke føle seg hjemme, og vil samtidig se kontrasten til sitt eget liv og de som har hatt andre livsforhold.

5.4 Resultat fra granskning av vårdvitenskapelig teori som angår estetikk og helse

Utforskning av den vårdvitenskapelige teori viser at estetikk berører mennesket, i denne sammenheng pasienter og vurdere, på en måte som virker direkte inn på hele mennesket. Estetiske omgivelser har en positiv påvirkning på helsen. For en pasient er det en bekreftelse på hans verdighet at han verdiges til estetiske omgivelser, både fysisk og psykisk. En evidensbasert vård ivaretar også det estetiske aspekt i vården. Estetiske opplevelser og inntrykk virker inn på menneskets ånd og sjel, og har derved betydning for dets helse ved interaksjonen mellom kropp, sjel og ånd. Estetiske omgivelser kan både lindre lidelse og virke motsatt, slik at lidelsen forsterkes. Granskningen av vårdvitenskapelig litteratur kan sammenfattes i følgende teser i forhold til forskningsspørsmål 1: Hvordan har den estetiske dimensjon betydning for helse og vårdandet ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv?

1. mennesket har en medfødt⁵⁹ verdighet som kan bekreftes ved at estetikken er ivaretatt i omgivelsene det møter i vården. Menneskets helse påvirkes negativt hvis ikke dets verdighet ivaretas
2. vårdens estetikk påvirker kropp, ånd og sjel – det hele menneske, og derved dets helse
3. evidensbasert vård ivaretar den estetiske dimensjon og fremmer helse
4. claritas viser seg i evident vård

Estetikk påvirker helsen negativt hvis verdigheten krenkes, hvis de åndelige og sjelelige behov ikke imøtekommes.

Etter denne utforskning av vårdvitenskap som angår estetikk og estetiske behov, søkes det videre i filosofiske teorier etter mer kunnskap om estetikk, om det estetiske behov, den estetiske erkjennelse, og hvordan mennesket dømmer om det estetiske og det skjønne.

⁵⁹ Sjelens medfødte verdighet er konstant, den kan ikke krenkes. Kroppens verdighet kan derimot krenkes ved ikke å verdiges. Også menneskets ånd kan krenkes, både dets følelser og dets kognitive væren.

6 DELSTUDIE I – UTFORSKNING AV FILOSOFISK TEORI

Innledning

I dette kapitlet presenteres filosofiske teorier om estetikk og kriterier for hvorfor disse teorier er valgt. I en avhandling om estetikken betydning for helse og velvære, er det fruktbringende å klargjøre den estetiske erkjennelse og den estetiske utvikling hos mennesket. I avhandlingen er valgt den tyske filosofen Immanuel Kant (1724 – 1804) i forhold til den estetiske erkjennelse, den finske filosofen Yrjö Hirn (1870 – 1952) angående menneskets estetiske utvikling, og Platon (427 – 347 f. Kr.) om erosdriften, om menneskets erkjennelsesutvikling og om det skjønne. Heidegger har skrevet om *Kunstværkets oprindelse* (1950), men Hirns teori velges fordi den synes mer dekkende og uttømmende å anvende i forhold til tema i avhandlingen. Både erkjennelsen av estetikk, menneskets utvikling i forhold til estetisk skapen og utvikling av estetiske behov er det viktig å utforske, dette med hensyn til hvordan estetikken i omgivelsene vurderes og ønskes å være, og fordi den estetiske dimensjon påvirker menneskets helse.

For å få en større forståelse for det estetiske behov utforskes teori om kunstfrembringelse, skapen av kunst, kunstens autonomi, og om hvordan bruk av begrep kan være så forskjellig at man i en diskusjon ikke forstår hverandre. Den estetiske begripelse og dommer angående estetikk kan felles på et helt interesseløst plan, men påvirker allikevel sjelen og sansene. Også denne interesseløse form for dom og erkjennelse av estetikken har betydning i forhold til utvirking av ansatser til rammeplan for det estetiske miljø i somatiske sykehus. Platons fremstilling av menneskets erkjennelsesutvikling over fire nivå, er fremstilt skjematisk i linjelignelsen i *The Republic* (1974, s. 310). Denne samme skjematisk fremstilling av linjelignelsen blir anvendt i avhandlingen som ramme for menneskets estetiske utvikling og erkjennelse. Kant og Hirn har forsket og bidratt med skjellsettende teorier om estetikk som er gjensidig utfyllende, og i avhandlingen blir de fremstilt over fire nivå, skjematisk vist i figur IV og V (figur VI viser Hirns teori i en annen design). Utforsking av filosofiske teorier er i forhold til forskningsspørsmål 2: Hva kan filosofiske teorier bibringe vårdvitenskapen? Utforsking av de filosofiske verk fra Hirn, Kant og Platon er i forhold til tema, og verkene granskes derfor samtidig, da det synes å være mest klargjørende i denne sammenheng.

Kriterier for valg av filosofisk litteratur

Av de filosofiske tekster som utforskes hermeneutisk, er en av hovedkildene Kant og hans verk *Kritik der Urteilkraft//Kritikk av dømmekraften* (1790/1995). Denne teori er valgt fordi Kant reflekterer og analyserer ‘det skjønne, det sublimе, geniets skaperkraft’⁶⁰ og evnen til å felle dommer om det estetiske eller det skjønne. Verkets første del omhandler estetikk, menneskets estetiske dømmekraft og en felles estetisk sans (*sensus communis*) angående dommer som felles om det skjønne, ideen om en sans som er *felles* for alle mennesker (Kant, 1790). Nerheim (1991) har foretatt en analyse av konstitusjonsbegrepet i Kants *Kritik der Urteilkraft* i sin doktoravhandling *Estetisk rasjonalitet*. Hun sier: “Estetisk erfaring representerer ut fra denne perspektivering av skjønnhetsbegrepet en <glemt> erfaring, hvor bevisstheten om et tapt fortrolighetsforhold til verden som et hele slår inn i den naturvitenskaplige <kontrollfornuft>”, [...] “Vi blir oss bevisst det gjenstandsopløsende og grensesprengende ved det skjønne som utfordring til å gjenskape enhet i vår fragmenterte verden” (ibid., Forord). Strandhagen (2000) har i sin doktorgradsavhandling, *Frisatthetens estetikk. En vandring med Kant*, foretatt en tolkning av Kants filosofi, av hans tekster som angår estetikk, og har hatt *Kritik der Urteilkraft* som utgangspunkt og inspirasjonskilde. I avhandlingen til Strandhagen utforskes Kants teori om den estetiske erkjennelse, frihet eller frisatthet, som er en betingelse for å felle rene dommer om det estetiske. Strandhagen er med til å gi en utvidet forståelse av Kants teori.

Platon bidrar til den hermeneutiske forståelse av estetikkens betydning for mennesket. Han skriver for eksempel om erosdriften i verket *Symposion*, ‘Drikkegildet i Athen’, hvor det ikke drikkes særlig mye, men hvor deltagerne etter tur holder en tale til Eros’ pris. Eros er den kraft som driver mennesket i dets søken etter skjønnhet og sannhet (Platon/Wyller, 1953). Estetikk er en del av vår livsverden, den utgjør noe vesentlig og den angår det meste ved vår tilværelse. Menneskets behov for estetikk, for skjønnhet, harmoni og likevekt, selve drivkraften og behovet, den higende menneskelige åndskultur er viktig. Platon kaller denne drivkraften for Eros, den dobbeltsidige erosdrift, den forskende og den oppdragende (Platon/Wyller, 1953, s. 12). I *Ion*, en annen av Platons dialoger, vises forskjellen mellom en kunstnerisk og en apollinsk besettelse, kunstneren som formidler. Et sant kunstverk fremstår ved skapen, og skapen vil si at noe går over fra ikke-væren til væren, det formidles gjennom kunstneren (Platon/Wyller, 1958). I *The Republic* (Platon, 1974) blir forskjellige estetiske

⁶⁰ Kants verk (1790) refereres til som *Kritik der Urteilkraft og Kritikk av dømmekraften*, (den norske oversettelse ved E. Hammer, 1995). 1790/1995.

uttrykksformer forkastet på grunn av mulige ugunstige påvirkninger på menneskets sinn og skinn⁶¹. Dialektikken er den kunst Platon setter høyest og selv praktiserer.

Hirns forskning/bøker er klassikere, og viktige kilder til kunnskap angående kunstens opprinnelse, og for vitenskapen om estetikk. I *Konstens Ursprung* (1902) skriver Hirn om kunstens utvikling fra lavere stadier til høyere. Han skriver om behovet for å skape kunst og om kunsten som autonom. I *Det Estetiska Lifvet* (1913) er det estetikken som vitenskap og kunstteori som er tema. I dette verk utredes det skjønne, i ordets egentlige mening, eller det idealistiske, det verdige, det behagelige, det sublime og det komiske. I boken *Konsten och den estetiske betraktelsen* (1937) er det kunstverket og dets tilblivelse og utvikling av estetisk forståelse som er tema: “Vi gå alla, utan att veta det, i skola hos konstnärerna [...]”. Teoriene fra Kant, Hirn og Platon belyser temaområdet og gir økt kunnskap om estetikken betydning i tilværelsen, om menneskets behov for å oppleve, for å skape og for å medskape kunst.

6.1 Kant, Hirn og Platon om estetikk

Kant bidrar til å øke den vårdvitenskapelige forståelse for at estetikk er et etisk anliggende ved teorien om den estetiske erkjennelse. Kant bidrar ikke til større forståelse av det estetiske behov på de tre første nivåer, annet enn ved en rangering av det han kaller vedhengende skjønnhet, og hva som hører inn under dette området. Han gir heller ingen praktiske, konkrete retningslinjer for å utvikle et estetisk miljø, men han bidrar til økt kunnskap om estetikken mangefasetterte sfære.

Hirn har ved teori om menneskets behov for å skape estetiske verk og behovet for estetiske opplevelser, bidratt til større forståelse i vårdvitenskapen for at estetikk er et grunnleggende behov hos mennesket. Han bidrar med kunnskap om kunstens utvikling og menneskets behov for å oppleve og for å skape kunst, for estetiske ytringer. Heller ikke Hirn gir konkrete anbefalinger i forhold til estetikken i omgivelsene, men heller om den påvirkning kunsten har. Hirn, Kant og Platons teorier prioriteres som overordnet og grunnleggende kunnskap om estetikk, i tillegg til vårdvitenskapelig teori.

Etter at Kant hadde skrevet sine to kritikker *Kritik der reinen Vernunft* (1781), som tar for seg forstandens erkjennelsesevne, og *Kritik der praktischen Vernunft* (1788), hvor han undersøker

⁶¹ Platon: *The Republic ca. år 375 B.C.* (oversatt til engelsk v. Lee, 1975).

moralens mulighets-betingelser, skrev han i 1790 *Kritik der Urteilskraft*, som omhandler den tredje erkjennelsesevne, dømmekraften. Verket er en kritikk av den estetiske og teleologiske dømmekraften. Det er den første delen om den estetiske dømmekraft, som her anvendes og som angår vården og vårderen. Dette verk kan ansees som et bindeledd, eller en bro mellom de to foregående kritikker. Han søker her å komme frem til en forening mellom naturnødvendighet og frihet. Det er den estetiske erfaringen som er hovedtema, betingelsene for å kunne felle rasjonelle dommer om det skjønne og det sublime.

Hirn tar i sin forskning utgangspunkt i grunnleggende spørsmål, ut fra et psykologisk, sosiologisk og historisk perspektiv, og utvikler en egen teori om kunsten og skjønnheten. Hirn arbeider 'Von Unten' som T. Brunius sier i sin omtale av Hirn (1937, s. 79). Hirn har en åpen metodisk holdning til tema, og starter med å undersøke den historiske utvikling og den psykologiske kunstteori. Noen av de spørsmål Hirn stiller er: Hvordan oppsto kunsten? Hvordan fungerer kunst i primitive samfunn? Kunstens innflytelse på menneskenes liv? Hvor kommer *kunsten* inn i kunsten? Kunstens betydning i dyreverdenen og hvordan kunsten anvendes i hans samtid, samt menneskets behov for estetikk? Selv om Baumgarten var den som først lanserte begrepet 'estetikk', i 1735 og senere i verket *Aesthetica*, 1750, så har menneskene til alle tider vært opptatt av kunst i forskjellige sammenhenger. Det ble i Hirns samtid (Hirn, 1913, s. 4) stilt spørsmål ved om estetikk i det hele tatt kunne betraktes som en virkelig vitenskap: "Tvärtom kan det ofta iakttagas att denna disciplin betraktas som ett slags bastard mellan vetenskap och konst, och tillföljd häraf ringaktas såväl af konstnärerna som af de stränge vetenskapsmännen" (ibid., s. 4). Man mente det var umulig å komme frem til noen enighet angående 'kunst og skjønnhet', 'de gustibus non disputandum est.' Naturligvis kan smak og behag diskuteres, men derved gis ikke noen rett til å hevde at deres smak er den 'rette'.

Vår evne til å se og forstå kunst, oppdras bevisst og ubevisst gjennom kunstneres verk. Kunsten kultiverer. Hirn sier videre: "Men om man engång genom ett kriterium vill särskilja det estetiska alstrandet och mottagandet från övriga livsyttningar, så kan man väl icke finna någon egenskap som för konsten vore mer väsensbestämmande än den, som kommer till synes i strävandet att lyfta upplevelsena över vardagserfarenhetens förvirring, upp till den sfär, där betraktelsen bjuder sina klara ock rena lustförnimmelser" (ibid., s. 51). I planlegging og i rehabilitering av sykehus, i vården, er det viktig å inneha grunnleggende kunnskap om kunsten som en allmenn menneskelig aktivitet, med opphav i lekdriften. "Konsten fyller en

stor social och biologisk uppgift, och den utvecklas jämsides med kampen för tillvaron” (Hirn, 1902, kap.1). Mennesket har et behov både for å skape eller frembringe kunst, for å oppleve og for å medskape i opplevelsen. Ved å imøtekomme dette behov fremmes helsen ved den stimulans som kan oppleves.

Kunstfrembringelse

Ut fra de forannevnte verk av Hirn og Kant, synes det mulig å utlede en progressiv utvikling, både i forhold til erkjennelses-aspektet, og i forhold til kunstens fremvekst, flere vinklinger i forhold til den kunst som skapes, og til erkjennelsen av samme. Man kan se en utvikling når det gjelder kunstfrembringelse, fra de enkleste former og henimot de mer avanserte og innholdsrike former for kunst – en utvikling videre til den autonome kunst, hvor kunsten, selve det skjønne, viser seg i kunsten. Menneskets erkjennelse av det estetiske gjennomgår stadier, fra det enkleste: “de lägre stadierna av den estetiska utvecklingen” (Hirn, 1937, s. 22), til de mer komplekse, en høyere utvikling eller skoloring av vår estetiske betraktelse. “Vi gå alla, utan att veta av det, i skola hos konstnärerna, och vi tillämpa i vårt eget förhållande till tingen det betraktelsesätt, i vilket vi blivit inövade genom konsten” (ibid., s. 448). Dette tolkes som at erkjennelse av kunst og estetikk generelt er noe som utvikler seg gjennom livet. Ved det kan også forstås at behovet endres fra barn til voksen til eldre. Denne endring i behov kan imøtekommes ved at det estetiske miljø i sykehusene forsøkes tilpasset pasientene og vårderne ut fra alle nivå.

Estetikens ontologi, dens vesen, viser seg i det estetiske og i kunstens forskjellige ytringsformer, som her angis i fire nivå, vist også i figurene IV, V og VI. Den estetiske erkjennelse begynner ut fra denne fremstilling på det 1. nivå. Man har på første nivå kunstneren som kan skape kunstverk⁶² uten å ha noe mål eller noen hensikt utover selve verket, men han kan dog ha som mål å få uttrykt noe med eller i det han skaper. Målet for kunstneren er da ikke eksternt, det er i selve verket han forsøker å realisere et mål. Da er for så vidt ikke kunstneren fri, (målet binder), men han har en autonom frihet. Det kan være ved en lek med farver, ord eller toner, det kan være en mekanisk reproduksjon eller avbildning av forestillinger eller spontane ytringer. Hirn sier:

“Innan det första konstväcket hade skapats, måste såväl konstdriften som konstsinnet ha befunnit sig i ett ytterst utveckladt tillstånd. De estetiska krafven kunna icke ha ägt

⁶² Med kunstverk menes estetiske og kunstnerlige former og verk, skapt av mennesker.

något medvetande om sitt syfte innan de realiserat sig i objektiva värk. Af dessa objektiva värk, å andra sidan, är det endast de allra enklaste formerna, som kunne härledas direkte ur den rena konstdriften” (Hirn, 1902, s. 142).

Hirn nevner dans, lyrisk sang og lekdriften som et direkte uttrykk for en emosjonell drift, som hvis det ikke fant utløp, kunne vise seg farlig for organismen (ibid., s. 142).

Kant skiller mellom håndverk og kunst (1790). Kunsten er fri, mens håndverk er å anse som arbeid, en beskjeftigelse som er nødvendig og formålstjenlig for å tjene penger. Den skjønnhet som ikke er betinget, kaller Kant for fri. Mange fugler (papegøyen, kolibrien, paradisfuglen) og en mengde av havets skalldyr er i seg selv skjønne [.....] således betyr tegninger *à la grecque*, løvverket som rammer eller på tapeter, i seg selv ingenting; de forestiller ingenting – intet objekt under et bestemt begrep – og er frie skjønnheter. Til de frie skjønnheter kan man også regne det som i musikken kalles frie fantasier, [.....] ja faktisk all musikk uten tekst”. Disse utdrag fra Kant er eksempler på estetisk erkjennelse og utøvelse på 1. nivå. Det kan også være kopiering og mekanisk kunst, samt kunst som tilsynelatende ikke har noe formål. Den naturskapte skjønnhet han nevner, har sitt formål i forhold til artsfrender og i naturen, men ikke i forhold til menneskets kunst. De menneskeskapte frie skjønnheter har, ut fra min forståelse, en evne til å behage og til å imøtekomme behov for estetisk utfoldelse, men uforpliktende. Den estetiske erkjennelse og skapen av estetiske ytringsformer, verk, utvikles videre utover det 1. nivå og til det 2. nivå.

På nivå 2 skapes kunstverk hvor kunstneren har planlagt, og/eller ønsker å oppnå noe med kunstverket. Det kan være politiske, religiøse eller samfunnsproblemer han er opptatt av. Det kan være et dikt eller et musikkstykke for å gjøre inntrykk på sin elskede, eller det kan for eksempel være et bestillingsverk. Motiv, hensikt og tema er fastlagt, det skapes i utgangspunktet ikke i frihet.

Hirn sier: “Man föreställer sig sålunda att t.ex. en pantomim eller en dans, som ursprungligen uppförts för att åstadkomma en magisk verkan, snart nog blivit uppskattad, såväl av de åskådande som av de uppträdande, för det nöje den skänkt. På samma sätt måst man antaga att även inom de övriga konstformernas område ett estetiskt moment redan tidigt bemängt sig med de utilistiska strävandena” (Hirn, 1937, s. 26).

Dette kan tolkes som at kunsten på dette nivået har en intensjon, et formål eller en hensikt, men det er glidende overganger. “Lekdriften, tjuvningsdriften och efterhärminingsdriften

kunna, oaktad de icke lära oss någonting om det väsentliga konstkriteriet, likväl ha gett upphof åt värk och yttringar, som uppfylla de särskilda konstformernas tekniska kraf” (Hirn, 1902, s. 143). Erkjennelsen av estetikken er også utvidet til å fange intensjonene med kunsten.

Kant sier om kunsten på nivå 2: “Estetisk kunst behager eller er skjønn [.....]. Kunster som behager søker utelukkende å oppnå nytelse” (Kant, 1790, s. 185). Kunst er menneskeskapt mens det naturskapte skjer med nødvendighet ut fra kausallovne. “Men en mekanisme kreves i alle frie kunster [.....]. Uten denne mekanismen ville *ånden* som i kunsten må være fri og selv inspirere verket, slett ikke ha noen kropp og fordunste fullstendig” (ibid., s. 184) Dette kan forstås som at kunst krever en håndverksmessig kunnen, en mekanisk evne og beherskelse for å kunne utvirke estetiske verk som har et begrep som formål, som skal vise tingens fullkommenhet. Kant kaller dette for *vedhengende skjønnhet* (ibid., s. 100). Både utøvelse av kunstnerisk skapen og erkjennelsen av det estetiske utvikler seg og beskrives her på det 3. nivå. På det 3. nivå finner man de kunstverk som skapes ved dyktig kunnen, det er vakkert håndverk, som er uttrykk for en teknisk dyktighet, men som ikke viser noe spesielt utover formålstjenligheten og dekorasjonsoppgaven. Denne kunst kan læres, det er for så vidt en etterligningskunst, men utøveren vet hva han gjør og hvorfor, og publikum er ofte skolert til å forstå det som formidles. Hirn sier: “Den modärna estetiken har därför alt ännu sina ägna syften..[.....]. Liksom problemen förändrats med förändrade förhollanden, så måste äfven metoderna bringas i öfverensstämmelse med den allmänna vetenskapliga utvecklingen” (Hirn, 1902, s. 5).

Mennesket er i stadig utvikling, det lærer mer og forstår mer (eller forstår på en annen måte), også på det estetiske området. Derfor endres også kravene til estetikken. “Och huru strängt vi än må hålla på principen om att hvarje konstvärk bör ha kommit till endast för dess egen skull, så kunna vi icke fördölja det faktum at en del af alla tiders vackraste kärleksvisor ursprungligen diktats, icke i en full estetisk frihet, som är oafhängig af hvarje ‘främmande’ syfte [.....]” (Hirn, 1902, s. 9). Det kreves faglig dyktighet og kvalitet i forhold til de krav som stilles. Ut fra Kant representerer det 3. nivå, som i nivå 2, det som kalles ‘vedhengende’ skjønnhet (*pulchritudo adherans*). Den vedhengende skjønnhet har et objekt eller et begrep som forbilde. Målet er ved dyktighet og teknisk kunnen å være istand til å skape den vedhengende skjønnhet ut fra et slikt begrep, og gjenstandens fullkommenhet i lys av dette begrep. “Hvis nå smaksdommen med hensyn til en tings skjønnhet gjøres avhengig av et

formål, slik som i fornuftsdommer, og dermed innskrenkes, så er den ikke lenger fri og ren” (Kant, 1790, § 16, s. 101).

Den smaksdom som er fri og ren er i forhold til det 4. nivå. På det 4. nivå er det den ypperste form for kunst og estetikk som erkjennes og skapes. Kant sier i forhold til det 4. nivå: “Det finnes to slags skjønnhet: fri skjønnhet (*pulchritudo vaga*) og den skjønnhet som kun er vedhengende (*pulchritudo adhaerans*). Fri skjønnhet forutsetter ikke noe begrep om hva gjenstanden skal være” (ibid., s. 99). Kant kaller den første for enkelttingenes selvtilltrekkelige skjønnhet, og den andre skjønnhet som faller inn under begrepet om et særlig formål, og er tilskrevet objekter. Kunst ut fra forståelse på det 4. nivå er den autoteliske kunst, den autonome kunst, som gjennom kunstneren sprenger grensene for intensjonen. Det er en kunst som synliggjør seg i kunstverket, og som viser *mer enn og utover* den empiriske virkelighet. Kunstneren kan betraktes som et medium for utførelsen, et redskap eller et geni som skaper av den autonome kunst. Kant sier:

“Skjønn kunst er bare mulig som geniets produkt [...]. Geniet kan ikke selv beskrive eller vitenskapelig påvise hvordan det frembringer sitt produkt, men gir regelen som natur. Av denne grunn er skaperen av et genialt produkt selv uvitende om hvordan han har kommet over sine ideer” (Kant, 1790, s. 187).

Denne kunst er fri og interesseløs. Hirn sier om den autoteliske aktivitet i kunsten:

“Den problematiske konstverksamheten måste bringas i samband med, och om möjligt härledas ur någon annan, allmännare, lättfattligare och bättre känd verksamhet, vilken även den fullföljer sina egna syften, och vilken på grund därav kan förhjälpas oss till en klarare uppfattning om den autoteliska aktiviteten i konsten” (Hirn, 1937, s. 31).

Ved å sette Hirn og Kants teorier inn i linjelignelsens 4. nivå, oppnås god oversikt over teoriene både i henhold til erkjennelse av og til frembringelse av kunst. Overført til praksis, til omgivelsenes estetikk på sykehusene, så kan en skjematisk fremstilling gi verdifull kunnskap om det estetiske behov på forskjellig nivå, og om den estetiske sans som kommer til uttrykk på forskjellige måter. Behovene for estetikk er forskjellige, individavhengige, de kan variere til forskjellig tid, variere ut fra den enkeltes livsforhold, og også i forhold til alder. “Barnet lever på et utpreget mythos–stadium, i en enten-eller tilværelse, i en fabelverden, som er dets eget suverene kongerike, og hvor de voksne bare delvis makter å trenge inn” (Wyller, 1959. s. 106). Den estetiske erkjennelse har sin egenverdi på alle nivå da mennesket ikke er statisk, det har barnet i seg, selv om det er i en stadig utvikling og endring.

På det 4. nivået gjør kunstens autonomi seg gjeldende. Det er på dette nivå en kan snakke om det skjønn i det skjønn, at estetikken claritas viser seg, som nærmest krever å komme frem.

Hirn nevner dans, lyrisk sang og lekdriften som et direkte uttrykk for en emosjonell drift, som hvis det ikke fant utløp kunne vise seg farlig for organismen. Dette kan uttrykkes motsatt, som at hvis den emosjonelle drift, på de forskjellige nivå blir ivaretatt, hvis de forskjellige behov får komme til uttrykk, og det gis mulighet til å oppleve og erkjenne, da vil det være gunstig for organismen, for helsen. For vårdvitenskapen er de filosofiske teorier om behovet for kunstfrembringelse samt behovet for å oppleve kunst på forskjellige nivå, berikende. Det gir et større perspektiv og forståelse ut fra tanken om at estetikken har stor betydning for helsen.

Kunstens autonomi

I den estetiske dimensjon er kunst og estetik et vidt område. Hvis det absolutt skjønn som viser seg eller speiles i det som er skjønt i den empiriske virkelighet, har væren, så er det ut fra min forståelse det som uttrykker seg selv, som autonom kunst. Det er selve det gode, det sanne og det skjønn som viser seg i alt godt, sant og skjønt. Det har med tilværelsens estetik å gjøre, og utredes her nærmere.

Kunst har mange uttrykksformer, og i forbindelse med estetik er kunst ofte det første som nevnes som en viktig og vesentlig side ved estetikken i omgivelsene. Kunst skapes av mennesker, men den gis også til mennesket, i forskjellige former og på forskjellig nivå. Vårdvitenskapen kan bibringes større forståelse for kunstens forskjellige uttrykksformer, for vårdens claritas og for den autonome kunst, ved en granskning av de forskjellige nivå som kunst kommer til uttrykk på. Nivåene er ikke uttrykk for rangering, de viser forskjellige stadier i opplevelse av og måter å dømme angående estetik, som de også beskriver forskjellige nivå for estetiske og kunstneriske uttrykk og uttrykksformer. Med hensyn til estetikken betydning for helse antas det at alle nivå er viktige for både pasienter og vurdere. Det estetiske behov bør ivaretas på alle nivå for å kunne hevde kvalitet i vården. I forhold til teorien om kunstens uavhengighet synes det å være en ganske stor overensstemmelse mellom Hirn og Kant – den autonome kunst som synliggjøres i kunst har målet i seg selv. Denne kunstens uavhengighet, kan forstås som en kunst som skapes for sin egen del, som ikke skal tjene noe annet formål enn det å være kunst. Kunst for kunstens skyld. Men en autonom kunst kan også tolkes som at kunsten i seg selv er autonom, at kunsten meddeler seg ved kunstneren, at for eksempel ‘selve det skjønn’ har en væren som viser seg i kunsten, at

‘musikken kan komme’ til musikeren, eller kunstneren inspireres til å skape: “Geniet kan ikke selv beskrive eller påvise hvordan det frembringer sitt produkt” (Kant, 1790, § 46, s. 187). Eller som Hirn (1937, s. 82) sier: “[...] oändligheten tyckes sänka sig till ändligheten”. Hirn sier videre:

“Dess innebörd, tillämpad på konstalstringen, är den att ett verk vilket tjänar ett yttre, nyttigt ändamål, icke i den mån det betjänar detta ändamål kan betraktas som estetiskt. Uttryckt i positiv form säger denna sats att de estetiska alstren och yttringarna äga sitt eget syfte, och äro oavhängiga av alla för deras väsen “främmande”, d.ä. praktiska eller teoretiska strävanden [...]. Och formulerad i en sammanträngd avfattning uttalar den att de estetiska företeelserna äro, som de tyske filosoferna säga det, “självändamål”, “Selbstzwecke”, och att konstverken äro ett resultat av en autotelisk, d.ä. självmotiverad strävan” (Hirn, 1913, s. 21).

Dette sitat synes å være en direkte henvisning til Kant. De estetiske ytringene har ifølge dette sitt eget mål, kunstverket er et resultat av et eget autotelisk mål. “Läran om självändamålet var en konstens oavhängighetsförklaring” (Hirn, 1913, s. 23), en uavhengighet det antas de fleste kunstnere vil forsvare. Kanskje er det denne kunst, hvor ‘selvendemålet’ viser seg selv i kunstverket, som kan være spesielt berikende for omgivelsene.

Kant hevder at kunsten synliggjør seg gjennom geniet:

“Men ettersom et produkt likevel aldri kan kalles kunst uten en forutgående regel, så må naturen i subjektet (og det harmoniske samspillet mellom dets evner) gi kunsten regelen, dvs. skjønn kunst er bare mulig som geniets produkt. Geniet kan ikke selv beskrive eller påvise hvordan det frembringer sitt produkt, men gir regelen som natur. Av denne grunn er skaperen av et produkt selv uvitende om hvordan han har kommet til sine ideer, og det er ikke i hans makt å konsipere det ut fra behag eller planlegging, eller å informere andre på en slik måte at de settes i stand til å produsere lignende produkter. Således er det sannsynlig at ordet ‘geni’ er avledet fra *genius*, den eiendommelige beskyttende og førende ånden som gis et menneske ved fødselen, og som inngir slike originale ideer” (Kant, 1790, § 46 s. 187, 188).

Geniet er et naturprodukt, med et formål i seg selv, den førende ånd. Naturen tildeler geniet evnen til og den førende ånd leder det til, å skape skjønn kunst. Kunsten kan derved sies å være autonom i forhold til mennesket. “Men, det er likevel verdt å huske på at noe tvangsmessig, eller, som det heter, en mekanisme, kreves i alle frie kunster. Uten denne mekanismen ville *ånden*, som i kunsten må være fri og selv inspirere verket, slett ikke ha

noen kropp, og forfunste fullstendig” (Kant, 1790, § 43, s. 183). Kunstneren må beherske og kunne sitt fag, det er grunnleggende og en betingelse for at det geniale kan skapes, og for å kunne være det mediet som den autonome kunst kan komme til uttrykk gjennom. Kunstneren er da ikke i seg selv autonom, ikke i forhold til produktet, men han er kanskje autonom, det vil si fri til å gjøre eller ikke gjøre. Kant sier om kunst i sin alminnelighet at:

“Kunst adskiller seg fra naturen slik det å gjøre adskiller seg fra det å handle eller virke. Produktet av kunsten adskiller seg fra naturen som verk. Med rette kan bare det kalles kunst som utvirkes i frihet, dvs. gjennom en vilje som legger fornuften til grunn for sine handlinger. Et kunstverk er alltid et menneskeskapt verk“ (Kant, 1790, § 43, s. 182).

Mens Kant hevder at kunsten verken er et vitenskapelig eller et praktisk anliggende, hevder Hirn at hvis man vil komme frem til en avgjørende kunstoppfatning, må man se på kunsten både som autonom, fri og isolert fra menneskelig virksomhet og betingelsene for kunstverkets tilblivelse og dets egenskaper. “Han (Hirn) menade att konstskapandet och konstupplevelsen kunde lyfta sig ur de materiella betingelserna och bli präglade av estetiskt självändamål” (Brunius, 1937, s. 83, 84, ved Hirn, 1937).

Det synes å fremgå en klar forenlighet mellom Kant og Hirn i deres syn på kunstens autonomi, at kunsten har sitt eget mål, og at den autonome kunst må utvirkes i frihet. Den autonome kunst, som viser seg og som kan gi den høyeste opplevelse, er til stede i kunstverk som også kan erkjennes på de andre nivå. På alle nivå kan opplevelsene være positive for helsen, fordi positive opplevelser berører menneskets sjel og ånd. De imøtekommer de åndelige behov og fremmer vekst. Det kan oppstå divergens i forhold til de dommer som felles ved at det egentlig ikke snakkes om det samme. De begrep som anvendes kan ha forskjellig begrepsinnhold, og denne kunnskap kan gi vårdvitenskapen et videre perspektiv på hvor forskjellige kunstopplevelser kan være.

Begrep og allmenngyldighet

Kant tar utgangspunkt i at mennesket har en estetisk sans, og at det feller dommer, dvs. bestemmer hva som er estetisk, skjønt eller uskjønt. Han mener at mennesket har en bevissthet om verden, uavhengig av begrep. “Smaksdommen bestemmer imidlertid objektet – med hensyn til velbehaget og skjønnhetens predikat – uavhengig av begreper” (Kant, 1790, s. 88). “Det skjønt er det som behager allment, uten begrep” (ibid., s. 89). “[.....] Kants intensjon er å avdekke bevisstheten om at den begrepslig fikserbare rasjonalitet har en

subjektiv understrøm, en førebegrepslig intersubjektivt erfarbar meningshorisont som nedfeller seg via den enkeltes livserfaring alene” (Nerheim, 1991, s. 28).

Undersøkelsens anliggende for Kant, er å finne hvilke betingelser mennesket overhodet har, ut fra *den rene fornuft*, for å kunne felle rasjonelle dommer om det skjønne og det sublime. En smaksdom er subjektiv, men ifølge Kant kan denne smaksdommens subjektivitet gjøre krav på allmenngyldighet. “Skjønnheten, som forutsetter formålstjenlighet, lar oss skimte det oversanseliges fremtreden i det sanselige, men som skinn” (ibid., s. 20). Dette kan tolkes som om Kant mener at den virkelige skjønnhet, skjønnhetens ‘Ding an Sich’ viser seg som fenomen ‘Erscheinung’ i den materielle verden, hvor selve det skjønne skimtes.

Den første del av *Kritik der Urteilskraft* er delt inn i en analytisk del, som omhandler det skjønnes analytikk – hvilke kriterier som må være oppfylt for at smaksdommen skal kunne påberope seg allmenngyldighet, og en dialektisk del som omhandler den antinomi som oppstår mellom smaksprinsippene, formulert som følgende tese og antitese:

Tese: “Smaksdommen er ikke basert på begreper, for ellers kunne den disputeres (avgjøres gjennom beviser)”.

Antitese: “Smaksdommen er basert på begreper, for ellers kunne man ikke, uansett innbyrdes forskjeller, strides om den (og kreve andres nødvendige tilslutning)” (Kant, 1790, s. 221). Dette er to selvmotsigende utsagn som synes uforenlige. Ifølge den første tesen “anvendes smaksdommen på sanselighetens gjenstander, men ikke for å bestemme begrep om den for forstanden. Den er nemlig ingen erkjennelsesdom, men kun en privat dom hvorved en anskuelig enkeltforestilling relateres til følelsen av *lyst*. For så vidt som dette er tilfellet, innskrenker dommens gyldighet seg til det bedømmende individ alene. Gjenstanden er *for meg* en gjenstand for *velbehag*; for andre kan det forholde seg annerledes – enhver har sin smak. Likevel innebærer smaksdommen uten tvil et mer omfattende forhold til objektforestillingen (og subjektforestillingen). På dette forholdet baserer vi utvidelsen av smaksdommens gyldighetsområde til det som gjelder enhver, og til grunn for dette må det nødvendigvis ligge et eller annet begrep. Dette begrepet lar seg ikke bestemme gjennom anskuelsen. Det gir ingen erkjennelse og kan derfor ikke brukes som bevis for smaksdommen. “*Det rene fornuftsbegrep om det oversanselige, som ligger til grunn for gjenstanden (så vel som det bedømmende subjektet) betraktet som sanselig objekt, og dermed som fremtredelse, er et slikt begrep*” (Kant, 1790, s. 221, 222, min uthevelse). “Så vel her, som i *Kritikk av den*

praktiske fornuft, tvinger antinomiene oss til å se ut over det sanselige, og til å søke et foreningspunkt for alle våre evner a priori i det oversanselige. Bare slik kan fornuften være i overensstemmelse med seg selv” (ibid., s. 223).

Kant opphever konflikten ved å vise at begrepene ikke har samme betydning/innhold i de to tesene. Disse tesene (antinomiene), er viktige i forhold til Kants påstand om de estetiske dommers allmenngyldighet. De viser også hvordan man kan bruke samme begrep og likevel snakke forbi hverandre, ettersom den estetiske erkjennelse og begripelse er utviklet, på samme eller på forskjellig nivå. For vårdvitenskapen er denne utforskning av hvordan begrepsbruk angående den estetiske opplevelse kan lede til misforståelser, klargjørende. For å kunne generere ansatser til en teori om hvordan det estetiske miljø kan ivaretas som sykdomshelbredende, helsefremmende og helsebevarende faktor i sykehus, så gir granskningen utdypende kunnskap om menneskets forskjellige måter å felle dommer om estetikken på. En videre granskning og utdyping av hvordan den estetiske dimensjon begripes, hvordan den erkjennes og utvikles, gir verdifull kunnskap til vårdvitenskapen og vården.

- Samme begrep brukes om to forskjellige måter å erkjenne eller å oppleve estetikk.

Om den estetiske begripelse

“Konsten opphør aldrig att undervisa, den opphør aldrig att behaga, den upphör aldrig att stimulera, och den förlorar aldrig helt sin magiska värkningskraft [.....]. Det er ändast genom att antaga en oafhändig konstdrift, som man kan förklara konstens väsentliga karaktär” (Hirn, 1902, s. 290).

Hirn skriver om kunstens innvirkning på følelsene, fysiske og psykiske fornemmelser som behag og ubehag, og hvordan slike fornemmelser virker direkte inn på mennesket. Han viser til undersøkelse ved Lehman (1892)⁶³, hvordan lystbetonte sanseintrykk rent fysiologisk, kan virke positivt og det motsatte, at ulystbetonte påvirkninger kan virke negativt (Hirn, 1902, s. 304, henvisning til Lehman, 1892)⁶⁴.

“Fattar man begreppet konst i dess vidsträcktaste betydelse, så er hvarje normal människa, åtminstone under nogon tid af sitt lif, en konstnär – till sitt viljande, om ej sitt kunnande” (Hirn, 1902, s. 25).

⁶³Lehman: Hovedlovene for det menneskelige Følelsesliv. (1892, s. 67 – 72).

⁶⁴ “Enkla lustbetonade sinnesintryck åtföljas af en kärlutvidning och kanhända äfven en ökning af hjärtkontraktionernas omfång i förening med en förhöjning af de frivilliga musklernas, åtminstone andedräktsmusklernas, innervation..... (Hirn, 1902, s. 3).

Hirn sier videre at all kunst henvender seg til et publikum og at det i all kunst er et element av selveksponering. Uten et publikum – ingen kunst (Hirn, 1902, s. 27, kan det tolkes til). Kant sier noe av det samme om mennesket, at hvis det bodde alene på en øde øy, så ville det ikke ha noen grunn til å pynte seg eller gjøre det vakkert rundt seg (Kant, § 41, s. 175). Dette er motstridende til den oppfatning at mennesket har et estetisk behov i seg, for seg selv først og så i forhold til andre. Det å yte noe i forhold til dette behov krever et visst overskudd, i ensomhet kanskje, men det antas at enhver estetisk forbedring vil høyne menneskets velvære, selv på en øde øy. Mange mennesker ‘odler’ eller lager vakre produkt, uten å ha behov for å vise det frem, eller for andres anerkjennelse. Hirn sier videre om kunstens konkrete utspringskilder at “behovet af ‘uttryck för uttryckets egen skull’, eller rättare för dess omedelbart stegrande och befriande följdens skull, kan ha värskad som en estetisk faktor på alla kulturstadier, och sålunda meddelat ett autoteliskt värde äfven åt de lägsta konstyttringarna” (Hirn, 1902, s. 141). Han hevder også at:

“Det är därför begripligt, att filosofer av en intellektualistisk läggning, från Platon ända fram till de tyske Hegelianerna, ha förklarad konsten som en yttring av de teoretiska funktionerna i människans väsen” (Hirn, 1937, s. 31).

Både kunstverket og kunstforståelsen har gjennomgått en utvikling – helt fra det første uutviklede nivå, de første kunstytringer som ble utført med praktiske, beskyttende, forsterkende (eller andre) formål, men som skapte glede og et velbehag i mennesket, til kunst og forståelsen av denne, som noen ganger er formålet i seg selv. Eller det kan være kunst som beveger seg utover formålet.

Den annen part i forhold til kunstverket er betrakteren, den som opplever kunstverket og feller dommer. I denne avhandling er det pasienten og vårderen som er betrakteren og medskaperen til kunstverket, eller generelt til estetikken i omgivelsene. Det vakre håndverk har en viktig oppgave ved sin evne til å skape harmoni, ro og trygghet. All kunst som bevisst formidler noe, kan påvirke positivt eller negativt og kan være et middel til et mål. Målets formål kan være både godt og ondt. Kunsten har et stort potensiale når den anvendes profesjonelt, men den kan på samme måte misbrukes. Den kan ved ignorans virke negativt, og det uten at det var tilsiktet. Den autonome kunst, som viser seg i noen kunstverk, kan virke berikende og skape vekst hos mottageren. Det er en kunst som er uforpliktende, den gir, den er i seg selv skapende og går utover den materielle bundethet som mennesket befinner seg i. Et slikt kunstverk kan og vil ofte gjenspeile kunsten på alle de fire nivåene for kunstfrembringelse og erkjennelse som er beskrevet tidligere i avhandlingen. Kant hevder at:

“Kunst adskilles fra vitenskap og fra håndverk, men det er likevel verdt å huske på at noe tvangsmessig, eller en *mekanisme* kreves i alle frie kunster. Uten den mekanismen ville *ånden*, som i kunsten må være fri og selv inspirere verket, slett ikke ha noen kropp og fordunste fullstendig” (Kant, 1790, § 43).

Kant kaller en kunst som har lystfølelse som umiddelbar hensikt for estetisk. “Estetisk kunst behager eller er skjønn”. Lystfølelsen kan ikke bare stamme fra sansefølelser, den må også stamme fra refleksjonen, da er den estetisk. Det som vurderes som *estetisk* har den reflekterende dømmekraft som rettesnor, mens *skjønn* kunst har sansefølelsen som rettesnor. Kant skiller mellom *det estetiske* og *det skjønne*.

“Skjønn kunst er derimot en forestillingsmåte som i seg selv er formålstjenlig; og selv om den er uten formål fremmer den likevel sjelsevnenes kultur med henblikk på sosial meddelelse. Estetisk kunst, som skjønn kunst, har derfor den reflekterende dømmekraften og ikke sansefølelsen som rettesnor” (ibid., § 44).

Dette tolkes til å angå det Kant kaller ‘vedhengende skjønnhet’.⁶⁵ Skjønnhet kan ikke avgjøres vitenskapelig, gjennom beviser, men vitenskapen danner grunnlag for den skjønne kunst. Kunstneren må kunne, han må ha kunnskap om det han gjør og være skolert. Skjønn kunst må være like fri fra regler som om den var et naturprodukt. Kunstneren har da de tekniske krav så integrert at det sjelelige anlegget kan komme til uttrykk uten å hemmes, han forsøker å få formen til å stemme overens med tanken, uten at friheten i sjelsevnenes spill blir skadelidende. Naturen gir regelen gjennom geniet.

Hirn sier at kunsten, som alle former for menneskelig virksomhet, har vokst frem gjennom ‘kampen for tilværelsen’ (Hirn, 1937, s. 27).

“För allt vad jag förstår kan konstverket vara lika gammalt som människan, och jag vet icke varför man ei kunde säga at det varit förmågan att alstra konstverk, och ointresserad njuta av dem, som gjort människan till människa – men jeg skal avholla mig från alla slags vittsyftande spekulationer över släktets urtidshistoria” (Hirn, 1937, s. 28).

⁶⁵ ”Det finnes to slags skjønnhet: fri skjønnhet og den skjønnhet som kun er vedhengende. Fri skjønnhet forutsetter ikke noe begrep om hva gjenstanden skal være. Vedhengende skjønnhet forutsetter et slikt begrep, samt gjenstandens fullkommenhet i lys av dette begrepet. Den første kalles enkelttingens (selvtilstrekkelige) skjønnhet: den andre blir, som avhengig av et begrep (betinget skjønnhet), tilskrevet objekter som faller inn under begrepet om et særlig formål (Kant, 1790, § 16, s. 99).

Interesseløshet

Estetikkenes påvirkning kan være bevisst og ubevisst på samme måte som den estetiske erkjennelse. I forhold til vårdens estetikk kan det være viktig å klargjøre disse to erkjennelsesmåter fordi det kan vise at pasienter og vurdere påvirkes av estetikken i omgivelsene, selv om det ikke bevisstgjøres. Ut fra Kants teori er en ren estetisk dom uten interesse for objektet som sådan:

“Velbehaget vi forbinder med forestillingen om en gjenstands eksistens, kalles interesse. [...] Den som spør om noe er skjønt ønsker imidlertid ikke å vite om noe avhenger av gjenstandens eksistens, men om hvordan man som rent betraktende (ved anskuelse eller refleksjon) bedømmer den” (Kant, 1790, s. 72).

Det er ønsket å få vite hvordan det bedømmes helt uavhengig av den betraktendes interesse for ‘gjenstanden’ på noen måte, ja, uten i det hele tatt at det er noen interesse for gjenstandens eksistens. En dom om hvorvidt en gjenstand (eller annet aktuelt) er skjønn eller ikke, men hvor det kommer inn personlig interesse for gjenstanden på en eller annen måte, vil ikke være det Kant kaller en ‘ren’ dom. Det kan ikke kalles en ren smaksdom hvis det kommer inn den minste interesse, ja selv tingens eksistens må være likegyldig. Interesseløshet, i forhold til det Kant kaller en ‘ren estetisk smaksdom’, er en sentral påstand i Kants teori om estetikk. “Enhver må medgi at en dom om skjønnhet der selv den minste interesse kommer inn i bildet, vil være svært partisk, og ikke en ren smaksdom” (ibid., s. 73). Det er, som det kommer til uttrykk, et rent desinteressert velbehag som oppleves ved en ren smaksdom, og som han kontrasterer med det velbehag som er forbundet med interesse. Den rene smaksdom avgjør om noe er skjønt eller ikke. Avgjørelsen er ikke en kognitiv erkjennelse eller vurdering, det er en begrepsuavhengig avgjørelse som finner sted. Den er rent kontemplativ, helt indifferent med hensyn til en gjenstands eksistens.

Interesseløsheten i den rene estetiske dommen krever en frigjorthet fra empirien og fra subjektets kognitive erkjennelse. Behaget er en subjektiv fornemmelse, en fornemmelse som ved det angjeldende enten fører til lyst eller ulyst, den følelse som vekkes hos betrakteren. Følelsen av velbehag kommer fra sansenes forestilling, hvor gjenstanden blir betraktet som velbehagets objekt. En følelse av lyst er det som vekker en følelse av velbehag, mennesket føler seg vel og velbehaget berører det hele mennesket, det løftes litt ut av hverdagen. “Forestillingen blir relatert til følelsen vi får når vi har en slik forestilling, ikke til objektet for forestillingen” (Strandhagen, 2000, s. 49).

“Um zu unterscheiden, ob etwas schön sei oder nicht, beziehen wir die Vorstellung nicht durch den Vorstand auf das Object zum Erkenntnisse, sondern durch die Einbildungskraft (vielleicht mit dem Verstande verbunden) auf das Subject und das Gefühl der Lust und Unlust desselben.”⁶⁶ “Følelsen av lyst eller ulyst fungerer altså som evnen til å bedømme hvorvidt noe er skjønt eller ikke” (Nerheim, 1991, s. 94).

Hirn sier om Kants ‘interesseløshets’ kriterium:

“Men i all sin negativitet är det s.k. interesseløshetskriteriet likväl märkligt nog för att kunna tjäna som ‘en största gemensamma nämnare’ vid hyfsandet av de estetiske lärornas innvecklade problemställning. Och detta kriterium har, tack vare sin brist på positive detaljbestämningar, den fördelen att det låter sig tillämpas på alla former av estetiskt alstrande och mottagande på bilder, dikt och dramar, ornamentskompositioner och musik, på njutningen av landskapens och människogestaltens skönhet, och på uppskatningen av alla de estetiska “motiv”, som livet erbjuder oss i sine segrar och nederlag” (Hirn, 1937, s. 13).

Hirn synes å dele Kants oppfatning av at interesseløshet er nødvendig for en ren bedømmelse av skjønnhet. “Vi glømma oss själva och våra personliga intressen, vi känna oss frigjorda från det liv, där strid och mödar råda, och vi forsjunka i det “rena” och “intresselösa” betraktandet” (ibid., s. 50). En dom angående et objekt, som vekker lyst eller ulyst uten at den grunnes i noen interesse, men som kan gjøres til regel for enhver, den kan også være retningsgivende for det estetiske miljø.

Den estetiske smak og dømmekraft på de tre første nivå av erkjennelse er forskjellig. På det 4. nivå (figur IV, V og VI) kan en felles reaksjon eller opplevelse ved et objekt være allmenn og interesseløs, uten at den bevisstgjøres, men være en ren smaksdom. Jeg tolker Kant til at en ren smaksdom bare felles i forhold til det skjønne på det 4. nivå. Det er også på det 4. nivå at det kan gjøres krav til en *sensus communis*⁶⁷, en almen tilslutning til dommen. Denne utredning, ut fra Hirn og Kants teorier, utdyper og gir en grundig forståelse for hvordan det felles dommer om det estetiske og det skjønne. For å ivareta den estetiske dimensjon, og for om mulig å få kunnskap om skjønn kunst, på det 4. nivå spesielt, er denne kunnskap viktig for vårdivitenskapen.

⁶⁶Note 176 (Nerheim, 1991) K.d.U B 3-4, Ak.Vol.V s. 203, Note 177, K.d.U. B.4, Ak. Vol.V. s. 204.

⁶⁷Vedlegg XV.

Interesseløsheten i dommer kan lede til ivaretagelse av skjønne kunstuttrykk på det fjerde nivå ved muligheten man har for gjentagelse. En interesseløs dom som sier at noe er skjønt, gjør krav på en allmenn tilslutning, og den kan ut fra min forståelse, ut fra dommen, gjøres til gjenstand for interesse ved at objektet anvendes. Den estetiske erkjennelse kan være logisk og bevisst. Da relateres den til et objekt. Men den kan også være indirekte ved at erkjennelsen først fører til en følelse av lyst (eller ulyst) og så eventuelt til objektet som fremkalte følelsen. Dette kan forstås som to former for estetisk erkjennelse, eller dommer om det estetiske, hvor begge kanskje er like viktige for menneskets helse. Forskjellen er at ved den logisk rasjonelle erkjennelse av det estetiske, kan objektet, gjøres til gjenstand for en kontinuerlig vurdering og bevisst planlegging. Ved den dom som relateres til subjektet, subjektets følelse av lyst eller ulyst, kan objektet, som var årsak til følelsen, gjøres til gjenstand for gjentatt anvendelse. Dommen reduserer ikke objektets objektive skjønnhet. Den kan gi verdifull kunnskap til utvikling av ansatser til en teori om ivaretagelse av den estetiske dimensjon i sykehus, hvor målet er å fremme helse og velvære ved hjelp av estetikken. I vården er det mange hensyn å ta, mange forskjellige mennesker med forskjellig bakgrunn og kulturell ballast. Interesseløsheten i forhold til dommer viser vei henimot noe felles, en felles sans. Denne form for ren og interesseløs formidling og opplevelse av estetiske kreasjoner beskrives av Platon som en guddoms-beåndet formidling (Platon/Wyller, 1958).

Oppsummering

Ved å skape 'kunst for kunstens skyld', l'art pour le art', vokser mennesket utover den daglige kamp for tilværelsen, de primære behov. Mennesket vorder menneske⁶⁸. I dette kapittelet beskrives ut fra Hirn og Kants teorier, hvordan kunst virker utviklende og stimulerende, samt hvordan både kunstutøvelse og kunstforståelse også utvikler seg med mennesket. Det beskrives hvordan kunst kan virke inn på følelser, fysisk og psykisk, hvordan sanseintrykk, ved kunst, kan virke positivt eller eventuelt negativt fysiologisk på helsen. Hirn mener sogar at evnen til å skape kunst og til å nyte, å oppleve kunst, gjør mennesket til menneske. Dette er en dimensjon ved estetikken som bidrar med økt kunnskap til vårdvitenskapen ved å utdype kunstens formidlende oppgave og ved å vise et mulig skille mellom estetisk og skjønn kunst. Den estetiske kunst dømmes ved refleksjon og den skjønne kunst dømmes ved sansene. Denne kunnskap er av betydning for å utvikle ansatser til en teori om estetikk i sykehus. Det bør tilstrebes en estetikk som er så objektiv som mulig, en estetikk som ikke velges ut fra

⁶⁸ Mange andre skapninger synes å ha en sans for estetikk. De pynter seg selv, sine reder og bo, men det antas at det estetiske har en hensikt for dem, at det ikke er en interesseløs nytelse.

enkelte tilfeldige interesser eller preferanser. Det kan være vanskelig å skape et estetisk miljø hvor estetikken imøtekommer den enkelte, på en positiv måte. Men i den forbindelse kan det videre være viktig å granske hva Kant og Hirn mener om interesseløshet, i forhold til estetiske dommer.

Platon om estetikk

Platon (427–347 f. Kr.) og flere av hans verk bidrar til større forståelse for estetikken betydning. Platon spurte etter det egentlige, etter substansen i det værende. Han beskrev, blant annet ved lignelser, menneskets vei til en stadig høyere erkjennelse. Platon tilfører ny kunnskap til vårdvitenskapen i forhold til estetikk ved hans teori om selve det skjønne, det gode og det sanne. Claritas, som selve det skjønne i det skjønne, det som kan erkjennes på et høyere nivå, og som kan lignes med menneskets streben etter erkjennelse, etter lyset og sjelens streben etter det gode, det sanne og det skjønne, Det Ene, ifølge Platon, det altomfattende guddommelige (Platon/Wyller, 1966). Platons linjelignelse anvendes for å billedgjøre Hirn og Kants filosofi om den estetiske dømmekraft, erkjennelsen av estetikk og menneskets behov både for estetiske opplevelser, og for å uttrykke seg eller skape forskjellige estetiske verk (figur IV, V og VI).

Platon gir i dialogen *'Ion'* et godt illustrerende bilde av hva det er som gjør rapsodene (omvandrende sanger) eller kunstnerne i stand til, som guddoms-beåndede, å formidle Musenes gave til menneskene. Dette bilde kan også brukes for å vise hvordan *'Det skjønne'* formidles og griper menneskets sjel. Platon sier til Ion:

“Det er en guddommelig kraft som beveger deg, - i likhet med kraften i den stenen som Euripides kaller den magnetiske, men som i alminnelighet kalles Herakles-stenen. Med denne stenen er det jo slik, at den ikke bare setter jernringene i bevegelse, men også inngir ringene kraft, slik at de selv formår det samme som stenen, å lede andre ringer; undertiden blir en lang kjede jernbiter og ringer hengt på hverandre. Og denne kraft blir gitt dem fra selve stenen” (Platon/Wyller, 1958, s. 21).

Som Herakles-stenens kraft, kan det Skjønne, det estetiske, berøre menneskets sjel og forplante seg til de tusen små ringer, til hver eneste celle i kroppen. Kraften virker i de fysiske omgivelers atmosfære, fordi alle ringene er ett. Denne metafor kan overføres til vården, til pasient og vårder som påvirkes av musenes gave til menneskene hvis estetikken og/eller det Skjønne er ivaretatt.

I antikken var menneskets behov for skjønnhet og harmoni, for balanse og likevekt anerkjent. ‘Det gyldne snitt’ er et kjent og grunnleggende krav til kunstverket. Platon (427 - 347 f. Kr.) omtaler skjønnhet i flere av sine verk, blant annet i *Ion*, *Symposion* og *The Republic*. Brunius sier om Platon: “Skönhet hos föremålen innebär delaktighet i det verkligt sköna, det högste sköna, det skönas form eller idé. Det högsta sköna är det högsta goda” (Brunius, 1970, s. 17). Platon var skeptisk til kunst generelt⁶⁹. Han mente kunst var en avbildning og imitasjon av den virkelige verden, slik den oppfattes, og derfor bare en avglans som kun gir ‘skinnkunnskap’ (*The Republic*, 1974, s. 305). Kunsten hadde kraft i seg til både å villed og inspirere sjelens og kroppens ‘lavere deler’. Det antas at ørets og sinnets varhet overfor lyder var velkjent i antikken. “Platon ser musikken i stand til å trenge inn i sjelens innerste og frembringe de sterkeste psykiske virkninger” (Ruud, 1990, s. 56). Han (Platon) skriver (*The Republic*, 1974) om musikkens evne til å påvirke menneskesinnet. Den kan for eksempel skape aggresjon og ubalanse, og derfor mente han at noen instrumenter og noen former for musikk måtte forbys (fritt fra *The Republic*, 1974, Book three, s. 398 d). “The influence of environment on growing minds is again emphasized: it is because of this that so rigid a control of the music and poetry to be used in education is required” (ibid., s. 400 c.). Musikk skal ha en formende, oppdragende virkning, både på sinnet og på menneskets karakter⁷⁰. Musikken kan utvikle karakteren, utvikle de dygdene som ble satt høyt: rettferdighet, sindighet, mot, visdom og andre. Filosofen er den som kan stille krav til kunsten, det er han som har det rette begrep om skjønnhet, rettferdighet og godhet.

“I gymnastikken trenes kroppen for sjelens skyld, men musikken oppdrar sjelene direkte. Musikkens oppgave er å holde lidenskapene på plass og hjelpe fornuften frem [...] det skjønn står i det godes tjeneste, eller rettere, det skjønn er først skjønt når det er godt, og det gode er først godt når det er skjønt på samme tid. Kunsten tjener ikke bare det gode som et middel, men bærer selv frem en erkjennelse av det gode når verket er en skjønn gjenstand [...] man skal kunne se det gode i og gjennom kunsten [...] godheten, sannheten og skjønnheten er sammenfallende instanser hos Platon og det innebærer at kunstens innhold er et moralsk, filosofisk og estetisk budskap, enten det er tilsiktet eller ikke” (Berg Eriksen, 1985, s. 98).

⁶⁹ Spesielt i verket *The Republic* og i forbindelse med oppdragelsen.

⁷⁰ “I’m no expert on modes’, said I; but leave me one that will represent appropriately the voice and accent of a brave man on military service or any dangerous undertaking, who faces misfortune, be it injury or death, or any calamity, with the same steadfast endurance. And I want another mode to represent him in the voluntary non-violent occupations of peace time”...(*Republic*, s. 399. b).

Musikkens påvirkning vet man i dag meget om. Forskning (Aldridge, G. 1999; Bruscia, K. (ed) 1998) har vist hvilken positiv rolle musikk kan ha i mange sammenhenger, dens evne til å avlede, til å skape fred og harmoni i sinnet, til å vekke en følelse av velbehag, lyst og glede. Sang og musikk kan nå menneskesinnet på områder hvor ord ikke strekker til. Men også de negative sider, som Platon nevner, er aktuelle. Musikk og sang skal fremme mot, utholdenhet og andre dygder. “We shan’t therefore keep craftsmen to make instruments of many strings or wide range, like harps or zithers [.....] (*The Republic*, 1974, s. 159), Preferring Apollo and his instrument (lyre) to Marsyas⁷¹ and his (flute) (ibid., s. 160). For rhythm and harmony penetrate deeply into the mind and take the most powerful hold on it [.....]” (ibid., s. 163). Dette kan tolkes som at musikk kan virke irriterende på sinnet. Det kan være på grunn av instrumentet i seg selv, det kan være selve melodien eller musikkstykket som spilles, eller noe så konkret som at en disharmoni eller en ufullført tone kan oppleves som en fysisk smerte.

For Platon var skjønnhet ikke først og fremst knyttet til kunst. Selve det skjønneste viste seg i sjelens skjønnhet. Menneskets sjel var det som skulle føres ved sin søken etter selve det skjønneste, det gode og sannheten som det blant annet fremgår i Diotimas tale i *Symposion*: “Videre går veien til sjelens skjønnhet som han må lære å sette høyere enn kroppens....” (Platon/Wyller, 1953, s. 85).

Kunst er ikke nødvendigvis estetisk, sett ut fra de definisjoner som er anvendt i denne sammenheng. Derimot vil ‘det som er estetisk’ også representere og uttrykke en form for kunst. Det estetiske gjenspeiler noe av ‘det skjønneste idé’, det vil si, det har i seg noe av ‘selve det skjønneste’, for å følge Platon. ‘Selve det skjønneste’ er fullkomment og uforanderlig. Tilværelsens og virkelighetens egentlighet er triaden *Det Skjønneste, Det Gode og Det Sanne*, som også er ett, *Det Ene*. Berg Eriksen (1985) sier om det skjønneste, ut fra Platon:

“Samlepunktet er et sentrum og en lyskilde som gjør det sanne sant, det gode godt og det skjønneste skjønt. Skjønnheten er derfor et trekk ved virkeligheten som virkelighet. Alle skjønneste ting har sin grunn i virkelighetens opphav. Den samme instans som er ansvarlig for tingenes skjønnhet og for at tingene kan tenkes, garanterer også deres eksistens. Denne instansen er identisk med selve det skjønneste, målet for menneskets ønsker og streben”.

⁷¹ Marsyas er i gresk mytologi en satyr som sin fløyte innlot seg i en musikalsk veddekamp med Apollons lyrespill. Apollon (gresk gud for sol, lys...) seiret. (Gyldendal store konversasjonsleksikon, 1959).

Den skjønnheten det her er tale om, er åpenbart temmelig forskjellig fra skjønnheten som ytre egenskap. Vi kan tillegge en ting mange forskjellige egenskaper, bl.a. kalle den 'skjønn', som en beskrivelse. Hos Platon dreier imidlertid ikke skjønnheten seg først og fremst om synlige egenskaper. Det ser vi av dialogen *Symposion* (Platon/Wyller, 1953), hvor den 'stygge' Sokrates prises for å ha en 'skjønn' sjel, en indre skjønnhet, (for eksempel i Alkibiades tale i *Symposion*). Platon kjenner selvfølgelig også til den sansemessige skjønnhet, men oppfatter den som en overgang og en vei til virkelighetens kilde, eller omvendt: som gjenskinn av den evige skjønnheten.

For at kunsten i seg selv skal ha noen berettigelse for Platon, da er dens oppgave å lede sinnet henimot større innsikt. Platon kaller dette behov som mennesket har i seg for 'Eros' lengselen og higenen etter sannhet, etter Det Gode, Det Skjønne, Det Sanne (jfr. *Symposion*). Eros er den drivkraft som skaper lengselen i mennesket, den egentlig livgivende drivkraft som fører til menneskets vekst og utvikling gjennom livet. Samtidig forkaster Platon områder innen estetikken, fordi han mener at det kan ha en sterk negativ innvirkning på mennesket (Platon, 1974, s. 157-161)⁷². Eros, i *Symposion*, er kjærlighetsguden som følger skjønnhetens spor frem til dens skjulested, frem til selve 'det skjønne'. Eros er den kraft som trekker menneskets sinn mot det opprinnelige, det grunnleggende i tilværelsen, det evige. Eros driver mennesket i dets jakt på delaktighet i selve det skjønne, det sanne og det gode. Eros kalles drivkraften for menneskets behov for å erkjenne det absolutte, dets streben etter erkjennelse av værens ontologi. Det er den menneskelige fornuft og psyke som skal ledes til kilden og sjelen som skal foredles.

Teoriene til Hirn og Kant om estetikk settes inn i en ramme som bygger på Platons 'Linjelignelse'(Platon, 1974). Linjelignelsens inndeling er konstruert i slektskap med det gyldne snitt, og viser menneskets stadier på erkjennelsens vei. Det gyldne snitt deler et rett linjestykke i to, slik at forholdet mellom hele linjestykket og den største del er lik forholdet mellom den største del og den minste del. Det gyldne snitt har spilt, og spiller, en stor rolle i mange kunstfilosofiske teorier. Granum⁷³ refererer for eksempel til: "den tyske esteten A. Zeising sin teori om det gyldne snitt som 'grunnprinsippet for alle former' – i naturens rike og på kunstens område [...]. Det samme gjelder for den bildende kunst fra assyrere, egyptere, romere og bysantinere til Dürer, Leonardo da Vinci og vår tids kunstnere. Det gyldne snitt er

⁷²The Republic Book three, s. 398 d – s. 400c.

⁷³ Granum, (1976), er utøvende kunstner, undervisningsleder, forfatter.

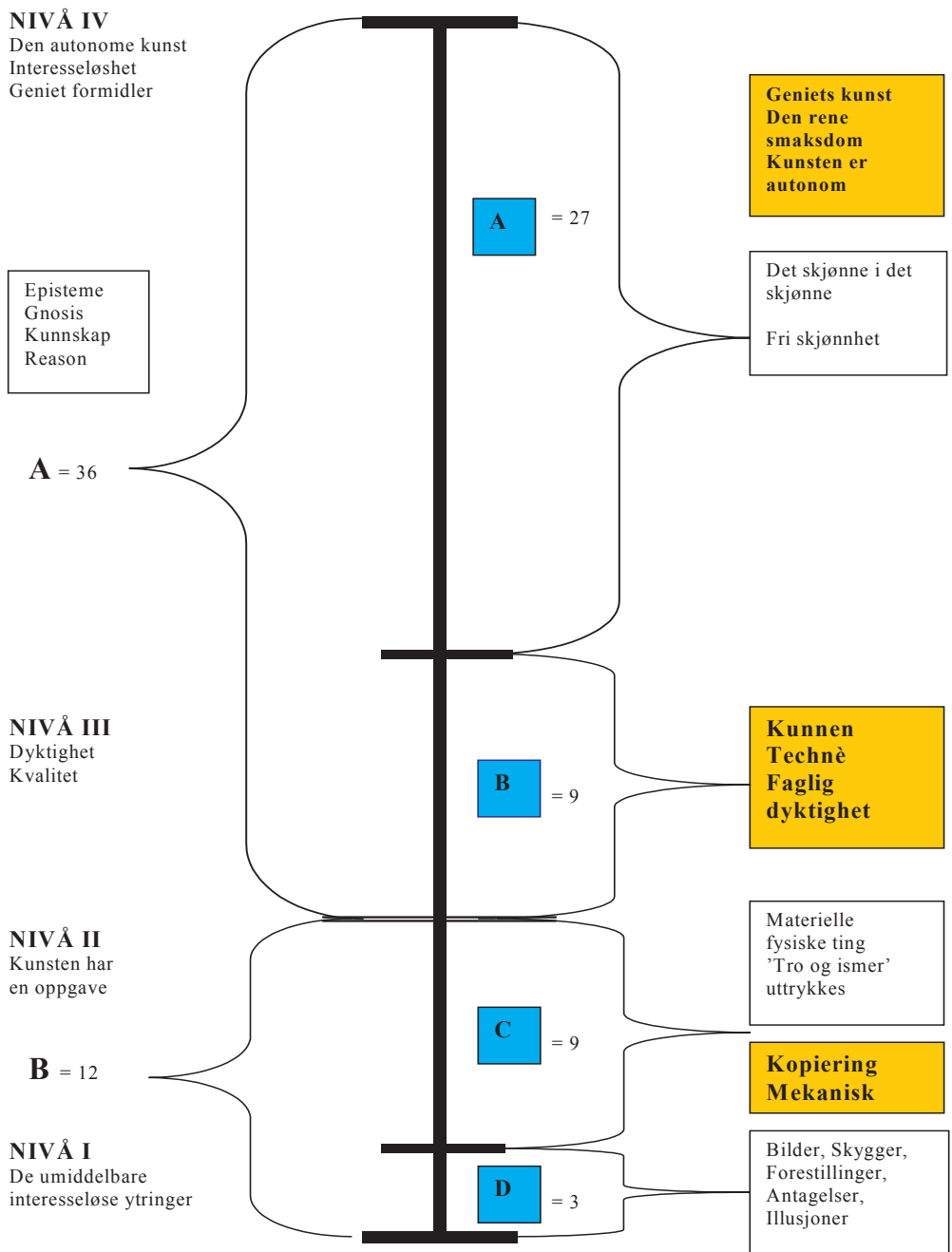
tillagt en betydning som strekker seg fra guddommelig mystikk til absolutt vitenskapelig erkjennelse [.....] i byggverk og i bildende kunst. Alt er konstruert ut fra det gyldne snitts forhold [.....] og lov. Denne er like gammel som mennesket selv” (Granum, 1976).

Oppsummering fra Platons filosofi i forhold til vårdvitenskapen

I vårdandet tilstrebes en evident vård, en vård hvor claritas skinner frem og viser glimt av den virkelige virkelighet,⁷⁴ slik at lidelsen kan lindres, kanskje til og med få mening. Platon gir åndelig føde og bekreftelse til vårdens og vårdvitenskapens anliggende ved:

- Teorien om tilværelsens virkelighet, selve det skjønne, det gode og det sanne
- Selve Det skjønne, som griper og påvirker menneskets sjel og det hele menneske
- Musikkens evne til å påvirke menneskesinnet, positivt og negativt
- Det gode, det sanne og det skjønne som en enhet, formidlet ved kunsten
- Kunstens evne til å lede henimot en større innsikt

⁷⁴“Den verkliga verkligheten, som bär mysteriets outtömliga drag, där existensen och transcendenzen relaterer med varandra och oändlighetens rymd får träda fram, låter sig inte fångas i kategorier eller med ett logos språk [.....] Den verkliga verkligheten öppnar sig sålunda för människan genom tecken, symboler och chiffer [...] (Eriksson, K. & Lindström, U. Å. red. 2003).



Figur IV – Kants teori om estetikk

NIVÅ IV
Den autonome kunst
Interesseløshet

Episteme
Gnosis
Kunnskap
Reason

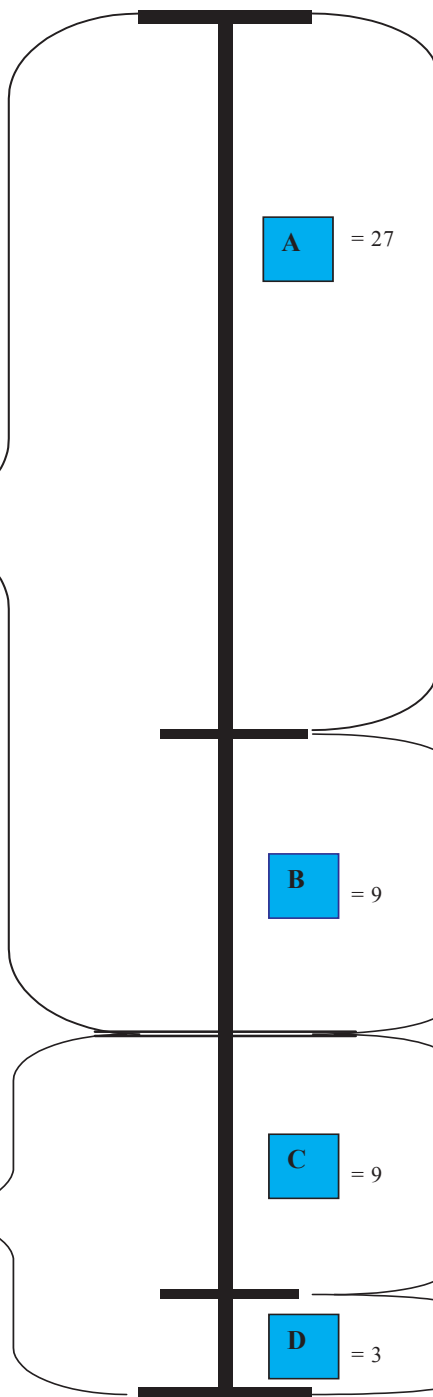
A = 36

NIVÅ III
Dyktighet
Kvalitet

NIVÅ II
Kunsten har
en oppgave

B = 12

NIVÅ I
De umiddelbare
interesseløse ytringer



Kunstens autonomi
Det høyeste nivå for anerkjennelse

Det skjønne i det skjønne
Uendeligheten senker seg i endeligheten

Kunnen Technè Faglig dyktighet

Spontane ytringer
Glede, Sorg, Frykt

Kopiering Mekanisk

Sang, Dans, Dikt

Figur V – Hirns teori om estetikk

HIRN OM KUNSTENS UTVIKLING

NIVÅ IV

Den autonome kunst
Geniet formidler
Interesseløshet

**DET SKJØNNE I
DET SKJØNNE**

Uendeligheten senker
seg til
endeligheten

NIVÅ III

Kunst av høy kvalitet
Tidløs

**DYKTIGHET
KVALITET**

Faglig kunnen

NIVÅ II

Kunsten har en oppgave

**OVERFØRE
KRAFT

INTENSJON**

Mimesis, etterligning

NIVÅ I

De umiddelbare
interesseløse ytringer

**SPONTANE
YTRINGER
Glede, sorg,
osv.**

Dans, sang, dikt,
Avbildninger
Ordlek

Figur VI – Hirn om kunstens utvikling

Forklaring til figurene IV & V

Platons linjelignelse (Platon, 1974, s. 310), illustrerer forståelse og erkjennelse av virkeligheten som en vertikal linje. Linjen er delt i to, en del som det intelligible og en del som det sensible verdensskikt. Det kan drøftes om linjens større del skal plasseres 'oppe' eller 'nede', men linjen er vertikal. "Man skal forestille seg en trukket rett linje, som er delt i to ulike store deler. Lengden av de ulike deler har neppe noen saklig betydning. Det som det kommer an på for Platon, er å danne en proporsjonslov med utgangspunkt i to ulike størrelser" (Wyller, 1970). Linjen består altså av to deler, som igjen deles i to etter et bestemt proporsjonsforhold, i samme forhold innbyrdes som delingen av den hele linje. I Platons linjelignelse er det et brudd mellom linjen A og linjen B, et brudd eller en atskilthet, mellom den intelligible verden A og den lavere, empiriske, sensible del B. De fire ledd er i en proporsjon som skaper et bånd ved sitt forhold til hverandre. "I lignelsen betegner $=$ et bånd, nemlig noe som er det samme så vel mellom A og B som mellom C og D [...], en og samme logos er samtidig til stede i flere og forskjellige elementer" (ibid., s. 37). Den skjematiske fremstilling av linjelignelsen er i slektskap med 'Det gyldne snitt', for linjestykket A = (36) og linjestykke B = (12). Den hele linjen AD er delt i fire deler, hvor $AB:CD = A : B = C : D = A : C = B : D$. ($3 : 9 = 9 : 27 = 12 : 36$. Proporsjonen innbefatter altså et mellomproporsjonalledd <tallet 9>, et poeng vi kjenner fra gresk og antikk kunst-teori, < cfr. Det gyldne snitt> (Wyller, 1981, s. 40). Virkeligheten forstås og erkjennes på forskjellige trinn og ut fra forskjellige perspektiv, ettersom kunnskapsnivået utvides, endres, og her illustrerer det den estetiske erkjennelse og utvikling. Forholdstallene i ovenstående figurer IV og V, fremstår på samme måte som fremstilt i Platons linjelignelse (Platon, 1974, s. 310). Nivåene i figurene IV og V er fremstilt som en utvikling fra første nivå D/I ⁷⁵, til nivå A/IV , som det høyeste. Linjen betegner nivåene for erkjennelse opp og ned, eller for å sitere Wyller: "Under denne synsvinkel vil vi også forstå linjen, fattet som en stige, symbolsk. Den skal ikke, likesom solen, betegne den utsigbare grunn selv, men etappene *opp* og *ned*: altså *himmelstigens* symbol (cfr. 509D3: ouranóu)" (Wyller, 1981, s. 44).

Den estetiske utvikling, erkjennelse og forståelse av det skjønne, av det sanne og det gode, kan forklares som en bevegelse, en utvikling, over de fire nivå eller trinn. Kant og Hirns

⁷⁵communicate universally without appealing to concepts" [(Makkreel, 1990, Imagination and Interpretation in Kant, 1790, s. 123) ved Strandhagen, 2000, s. 90].

Nivå I er i noen fremstillinger satt som det høyeste nivå for erkjennelse. I denne avhandling er nivå I/D det 'laveste og nivå IV/ A det høyeste.

teorier om estetikk, om den estetiske erkjennelse, om estetisk kreativitet og behov for estetikk, er her fremstilt skjematisk i figur IV og V, tilsvarende linjelignelsen i *The Republic*, (1974, s. 310) av Platon. I Platons linjelignelse er nivåene fremstilt som områdene D, C, B, A, hvor området D representerer den enkleste form for erkjennelse, antagelser, forestillinger og illusjoner, nivå II og III viser en utvikling av erkjennelsen og den estetiske skapen på stadig høyere og mer utviklede nivå, henimot området A, nivå IV, som er det høyeste nivå, nivået hvor man har kunnskap, episteme og dyktighet.

Forklaring til figur VI, Hirns teori om kunstens utvikling og uttrykk

Figur VI er en annen måte å vise Hirns teori om kunsten, dens uttrykk og utvikling, den estetiske erkjennelse og kunstutfoldelse over fire nivå. Hirn forsket i mange forskjellige kulturer og samfunn, på kunstens opprinnelse, hva det var som i første instans fikk mennesket til å utforme, til å skape noe som utviklet seg til kunst, og hvorfor. Han fant at de første estetiske uttrykk var spontane kreasjoner ved sterke estetiske eller gledeskapende opplevelser. De kunne uttrykkes ved gledesdans, jublende toner eller etterligninger av opplevelsen – en estetisk påvirkning som fører til et behov for utfoldelse, og som vil være på nivå D/I, i den skjematiske fremstilling. På nivå C/II finner Hirn at menneskene, på en primitiv måte, ut fra våre forestillinger, først utsmykket gjenstander i den hensikt å overføre noe av den kraft som forbildet innehadde til gjenstanden eller til brukeren av den. En løve skåret ut på et våpen kunne kanskje gi våpenet noe av løvens kraft og egenskaper, bilder av jaksener hvor dyr felles og fisk fanges, kunne overføres til selve jakten, som så ble vellykket. Naturen ble ansett for besjelet, den ble forvaltet av guder som kanskje kunne blidgjøres på forskjellig vis. For eksempel hvis det var behov for regn, kunne det ha en god virkning å danse regndanser, det kunne danses for å få en god avling, dans før jakt eller før en krig eller lignende, danser som etter hvert ble rituelle. Bruksgjenstandene ble dekorert i forskjellig øyemed, tilsvarende nivå C/II, hvor dekoren hadde et formål. Man må også anta at selv det mest primitive mennesket registrerte at ved dekorasjonen, så ble også gjenstanden vakrere, nær den 'perfekte' form. Det var naturligvis noen som var svært dyktige på dette området og noen mindre dyktige, og man kan anta at menneskene, da som nå, verdsatte det beste høyest, illustrert ved nivå B/III. Det høyeste nivå for estetisk erkjennelse, nivå A/IV, uttrykker Hirn slik:

“Och det finnes opplevelser, under vilka oändligheten tyckes sänka sig till ändligheten, och då människorna lyfta sin lycka mot höjden, med officiantens⁷⁶ stolthet, med mottagarens ödmjukhet, och med den bävande varsamheten hos den, som vet att han bär i sine händer något stort och dyrbart, som icke får förspillas eller profaneras” (Hirn, 1937, s. 83).

Uendeligheten forstås som en transcendent virkelighet som senker seg ned til den endelige. Det kan forstås som en beskrivelse av opplevelser hvor selve det skjønne viser seg og blir motatt. Mennesket erkjenner estetikken i omgivelsene på de forskjellige nivå, likesom det også utøver estetisk skapen og medskapen eller gjenskapen på de fire nivå.

6.2 Estetisk erkjennelse og kunstutfoldelse på forskjellige nivå – en utvidet forståelse

Den estetiske erkjennelse og kunstutfoldelse forstås ved linjelignelsen, som en eskalerende utvikling over fire trinn/nivå. Linjelignelsen tar utgangspunkt i menneskets væren i verden, i menneskets søken etter kunnskap, sannhet, etter forståelse for livets mysterium, opprinnelse og mening, de åndelige behov, hvor Eros er drivkraften. Linjelignelsen viser utviklingen av den menneskelige erkjennelse og bevisstgjøring som fire nivå, på en stige, D/I, C/II, B/III og A/IV, i forhold til den estetiske erkjennelse og de estetiske uttrykksformer. Det strebes etter erkjennelse av det skjønne, det sanne og det gode. Det skjønne er i det estetiske, i det gode, det sanne og i det som er skjønt.

Relasjonen mellom Platon, Hirn og Kant i denne sammenheng er deres forskjellige skrifter om skjønnhet, estetikk og kunst. Platon gir i sine dialoger uttrykk for at det sanne, det gode og det skjønne er ett, hvilket gjenspeiles i den evidensbaserte vård som god, sann og skjønn. En skjønn evident vård innbefatter estetiske omgivelser. Plikten overfor andre mennesker kan ansees å være et sammenfallende område for Kant og Platon, spesielt når han beskriver Sokrates. Sokrates viste ved sin kjærlighetsgjerning, sitt oppofrende arbeid, den plikt han følte han hadde til å foredle og ‘vekke’ menneskene. Kant går ut fra ‘Det kategoriske imperativ’ i menneskets fornuft. Dette imperativ forplikter enhver overfor den andre og pålegger ansvar for den andres lykke. Det estetiske behov hos mennesket ansees for viktig i forhold til lykke, og for at vården skal være evident. Hirns relasjon til Platon er vist ved å sette hans teori om estetikk inn i den skjematisk fremstilling av linjelignelsen Her vises menneskets vei til stadig høyere erkjennelse av tilværelsen (Platon, 1974), menneskets utvikling av den estetiske

⁷⁶Officiant = forrettende prest.

erkjennelse, samt innen produksjon av kunst og estetiske uttrykksformer, som utvikler seg gjennom tidene og for den enkelte gjennom livet.

Kant skriver at skjønn kunst er bare mulig som geniets produkt (Kant, 1790, s. 187) og Hirn skriver om “*Oändligheten tyckes sänka sig till ändligheten*” (Hirn, 1937, s. 83). Jeg tolker dette til å dreie seg om det skjønne på fjerde nivå.

Nivå D/I angår i forhold til den estetiske erkjennelse, kopiering, mekanisk kunst, spontane uttrykk i form av sang, dans eller lignende. Det er en erkjennelse uten motforestillinger og en direkte godtagen av det man ser og hører, det kan være overtro og fantasier. Egentlig er det bare avbildninger og skygger av virkeligheten, som erkjennes og viser seg på dette trinn ut fra Platons teori. Kunstproduksjon og skapen på nivå D/I, vil komme til uttrykk som en mekanisk avbildning og etterligning av forestillinger og illusjoner, av det man mener å se eller oppleve. På dette nivået vil det i yrkesmessig sammenheng, for eksempel i vården, være den uerfarne som opererer, som hermer og prøver å etterligne det han oppfatter og mener å se, men uten egentlig å forstå hva og hvorfor. Omgivelsenes estetikk vil også her, på dette nivå, komme til uttrykk på en tilfeldig måte. Både nivå C/II og nivå D/I, representerer det synlige, den fysiske verden slik den antas å være, *doxa*.

“Hvis en kunst som er basert på *erkjennelsen* av en mulig gjenstand, kun utfører de handlinger som kreves for å virkeliggjøre gjenstanden, da er den *mekanisk*; men hvis kunsten derimot har lystfølelsen som sin umiddelbare hensikt, så kalles den estetisk. Estetisk kunst behager eller er skjønn. Den behager når dens formål er at lysten skal ledsage forestillingene betraktet som rene fornemmelser; den er skjønn når lysten ledsager forestillingene betraktet som *erkjennelsesmåter*” (Kant, 1790, s. 184).

I forhold til Kants filosofi kan den mekaniske kunst henføres til nivå D/I. Hirn beskriver nivå D/I som det nivå hvor den spontane, umiddelbare kunst og estetiske erkjennelse kommer til uttrykk.

Den kunst som har et konkret *formål*, den som produseres eller skapes ut fra en overbevisning, en *hensikt*, den kalles estetisk (Kant), og er en anvendt smaksdom. Det er kunst som bygger på en form for tro på at kunsten vil påvirke, det kan være en politisk hensikt, en religiøs hensikt, eller hensikten kan være å fremme lyst. Også den kunst som har lystfølelsen som sin umiddelbare hensikt er på dette nivå II/C på linjen. Det er nivået for erkjennelse hvor sansefornemmelsene beskjeftiger seg med de daglige materielle ting, fysiske

ting eller det kan være samfunnsaktuelle saker. Det er en kunst som behager, som gir opphav til et velbehag som er grunnet på et begrep og et særskilt formål. Velbehaget er ikke ut fra en ren estetisk dom, men en praktisk. I § 16 innfører Kant et skille mellom det han kaller fri og det han kaller vedhengende skjønnhet:

“Når smaksdommen beskriver en gjenstand som skjønn under forutsetning av et bestemt begrep, er den ikke ren. Det finnes to slags skjønnhet: fri skjønnhet (*pulchritudo vaga*) og den skjønnhet som kun er vedhengende (*pulchritudo adhaerens*). Fri skjønnhet forutsetter ikke noe begrep om hva gjenstanden skal være. Vedhengende skjønnhet forutsetter et slikt begrep, samt gjenstandens fullkommenhet i lys av dette begrepet. Den første kalles enkelttingenes (selvtilstrekkelige) skjønnhet; den andre blir, som avhengig av et begrep (betinget skjønnhet), tilskrevet objekter som faller inn under begrepet om et særskilt formål” (Kant, 1790, § 16, s. 99).

Den vedhengende skjønnhet har et idealbilde, et begrep om tingens fullkommenhet og hva den skal være, og derved er det ikke en ren og fri smaksdom som felles, men en anvendt smaksdom. “*En ren smaksdom er helt uavhengig av begrepet om fullkommenhet*” (ibid., § 15).

Det forutsettes et begrep om gjenstandens fullkommenhet i det Kant kaller ‘vedhengende skjønnhet’, og den fullkommenhet som tilstrebes på nivå B/III ved utførelse og som søkes slik at erkjennelsen, fornuften og den logiske sans ‘tilfredsstilles’. Skjønnheten er her knyttet til hva tingen skal være, hva den skal forestille, til *idealbildet* av objektet. Denne dom er ikke fri og ren, ut fra de krav Kant stiller til at en dom skal kunne kalles fri. Dommen er her avhengig av begrep i forhold til objektet, til idealbildet av objektet, og derfor kaller Kant denne dom om hvorvidt noe er skjønt eller uskjønt, for vedhengende skjønnhet. Den vedhengende skjønnhet er avhengig av begrep som forutsetning for å avgjøre objektets fullkommenhet.

Kant kaller også denne form for dom for en smaksdom, en anvendt smaksdom. Denne form for smaksdom er ikke underordnet den rene smaksdom, det er bare en annen form for domfellelse, og med et interesseområde. Kant gir et eksempel på slutten av § 16, hvor han viser at distinksjonen mellom fri og vedhengende skjønnhet kan blegge mang en strid mellom smaksdommer om skjønnhet. Begge kan for så vidt ha rett idet de dømmer angående ulike kvaliteter, da den ene holder fast ved den frie og den andre ved den vedhengende skjønnhet. Den første feller en ren, den andre en anvendt smaksdom (Kant, 1790, § 16).

“En anvendt smaksdom, slik Kant beskriver den, grunner seg på et velbehag som forbinder estetisk og intellektuell lyst. Fordi den intellektuelle lysten er med, en slags lyst ved at noe oppfyller sitt formål, vil en anvendt smaksdom være en slags blandet smaksdom, i motsetning til en ren smaksdom som er basert på bare én type lyst” (Strandhagen, 2000, s. 93)

I figur IV og V vil en anvendt smaksdom tilsvare nivå B/III, området for vitenskap, matematiske og logiske slutninger, dianoia (gjennom fornuften), ratio. En dom på dette nivå angående et objekts skjønnhet, vil stille krav til fullkommenhet, til kunnskap og logikk, til kunnen. Den anvendte smaksdom skal ivareta både den estetiske og den intellektuelle lyst. På dette nivået kommer vitenskap, forskning og forskningsresultater hovedsakelig inn. Den teoretiske del fra B/III, blant annet forskningsresultater, hvis mål kan være (sett i denne sammenheng) å høyne for eksempel vården, skal anvendes og føres ned til områdene C/II og D/I, som også skal ivaretas. Ifølge både Kant og Hirn er nivå B/III der hvor den tekniske og faglige dyktighet viser seg.

Nivået A/IV, i linjelignelsen er den tenkelige del, det området hvor dialektikk og samtalekunst er herskende. Det er på dette området den autonome kunst viser seg, geniets kunst, selve det skjønnne i det skjønnne. Det er den transcendent virkelighet som viser seg i det skjønnne. På nivå A/IV er det den interesseløse, fristilte, rene smaksdom felles. Den rene smaksdom, som er uten begrep, vekker i mennesket en følelse av lyst eller ulyst, en følelse av velbehag ved det skjønnne, som setter mennesket fri fra den empiriske verden, virkeligheten blir irrelevant, men samtidig er virkeligheten en forutsetning for dommen.

Når mennesket i sin søken og i sin erkjennelse har nådd nivået for episteme, det vil si nivået for både dianoia og noesis, nivå A/IV (selv på den høyest tenkelige del), vil dets trang til kunnskap og erkjennelse enda ikke være tilfredsstillt. Erkjennelsen har beveget seg utover empirien på dette teoretiske nivå. Erosdriften fører til at mennesket fortsatt vil strebe etter å komme videre ut over nivået A/IV, etter å nå frem til en stadig høyere erkjennelse, som går ut over det tenkelige intelligible området. Wyller kaller det “Å sparke bort stigen” (Wyller 1968)⁷⁷. Kant kaller det ‘syntetisk kunnskap’, apriorisk.⁷⁸ Det er en søken ut i den

⁷⁷Stigen er å ligne med linjen i linjelignelsen. Ved søken etter erkjennelse utover nivå IV, gir stigen ikke lenger støtte, men sparkes bort.

⁷⁸A priori (lat. Fra det foregående eller første) som er uavhengig av erfaringen eller av beviser. Et utsagn er a priori hvis det er allmenngyldig og nødvendig sant. Kant stilte spørsmål om det finnes utsagn som er a priori og samtidig syntetiske, og svarte bekreftende (Marc-Wogau, 1969).

transcendente verden, den metafysiske, som kan være den dialektiske vei til ny kunnskap. Dette er området hvor den autonome kunst kan erkjennes, området hvor selve det skjønne viser seg i det skjønne. Det er området hvor Hirn sier at “uendeligheten senker seg i endeligheten” (Hirn, 1937, s.83), området hvor geniet formidler til menneskene. På dette nivå felles rene smaksdommer, fristilt fra enhver interesse. En ren smaksdom er basert på bare én type lyst. Denne form for lyst kan kalles en fryd, en gjennomstrømmende glede forårsaket av en ren smaksdom som er frisatt fra alle personlige eller andre interesser, den er uten begrep. Selv om den erkjennes av subjektet i form av lyst eller ulyst, så er den egentlig ikke subjektiv.

Kant skiller mellom forskjellige former for velbehag. Man har det velbehag som følger tilfredsstillelsen av et behov, det kan være sanselige og begjærrelaterte, eller det kan være velbehaget ved moralske vurderinger, ved det gode, som han kaller aktelse. Man skal ha aktelse for seg selv og for andre: “Personer er det eneste i verden som fortjener aktelse. Denne aktelse grunner seg på deres evne til moralitet, som er noe de har i kraft av å ha moralloven som sin form” (Storheim, 1980, s. 85).⁷⁹

Den estetiske erkjennelse foregår ikke som et enten eller, den kan foregå på alle nivå, kanskje samtidig, men de høyere nivå vil antagelig være mer givende enn de lavere. For at estetiske omgivelser skal være vårdende, så må det tilstrebes å imøtekomme alle nivå. En vårdende vård er holistisk, i forhold til alle menneskets behov, også det estetiske.

6.3 Den etiske forpliktelse i forhold til estetikk og menneskets verdighet

Dette kapitlet dreier seg om mennesket som et formål i seg selv, som i vårdvitenskapen kalles menneskets embete.

Menneskets ukrenkelighet og menneskets embete er i Kants filosofi formulert i påstanden om at mennesket er et formål i seg selv (Storheim, 1970, s. 41)⁸⁰, men uansett formulering innebærer det at mennesket har en etisk forpliktelse i forhold til seg selv og til hverandre. Kant hevder at mennesket *er* et formål i seg selv, har en hensikt, en oppgave i livet som det er pålagt og som det skal realisere. Mennesket skal realisere seg selv, det potensiale som det har

⁷⁹Kant kaller fornuftsvesener personer i motsetning til vesener som ikke har fornuft og som derfor kalles ting.

⁸⁰ “Mennesket, og ethvert fornuftig vesen overhodet, *eksisterer* som formål i seg selv, *ikke bare som middel* til bruk efter eget forgodtbefinnende for den ene eller den annen vilje; det må i alle sine handlinger, både når det gjelder de som er rettet mot det selv og de som er rettet mot andre fornuftige vesener, til enhver tid *samtidig* betraktes *som formål*” (Storheim, 1970, s. 41).

fått ved å bli menneske, ved å fødes som menneske. Hvert enkelt menneske kan ansees som en lenke i tilværelsens kjetting, hvor alle ledd, hver eneste lenke er viktig og har en oppgave i livet. Denne oppgave benevnes i vårdvitenskapen som et embete, det menneskelige embete som er tildelt hver enkelt. Kant hevder menneskets autonomi og at mennesket er fritt. Mennesket har 'Det kategoriske imperativ' i sin fornuft, som en absolutt plikt i forhold til dets handlen. For å kunne handle i overensstemmelse med 'Det kategoriske imperativ', må mennesket kunne velge sin handling, velge hvorledes det vil handle, i frihet. Ellers har ikke 'det kategoriske imperativ' noen hensikt. Hvis mennesket er underlagt kausallovene, da kan det ikke velge. Altså må det kunne handle i frihet ifølge den lov som det har i sin egen fornuft. Hvor denne lov kommer fra, og på hvilket grunnlag den statueres av Kant, er problematisk. "Stjernehimmelen over meg, moralloven i meg," sies det at det står på gravstenen hans i Königsberg (Kaliningrad). Han kaller bevisstheten om Moralloven et fornuftens faktum. En fornuftens refleksjon over seg selv. "Fornuften er seg bevisst og finner Moralloven som en struktur i seg selv, [...] fornuften har sin struktur a priori, det vil si den er nødvendig og uavhengig av erfaringen. [...] Moralloven må tenkes som eksisterende uavhengig av sanselige betingelser" (Storheim, 1980, s. 106, 111). Det er denne moralloven som sier at andre mennesker aldri skal behandles som et middel, at mennesket har en verdi i seg selv og at det har en moralsk oppgave. Menneskene er fornuftsvesener, som alle har loven og plikten i seg. Storheim sier om Kant:

"Den fremtredende stilling Kant gir autonomiprinsippet viser seg ved at han hevder at det er i kraft av autonomien at mennesket har verdighet. Uten den selvstendighet autonomien gir mennesket, ingen verdighet. Siden det er autonomien som gjør at mennesket kan handle moralsk, ha moralitet, er dette det samme som å si at mennesket har verdighet fordi det er et moralsk vesen" (Storheim, 1980, s. 101).

Mennesket har altså verdighet fordi det er autonomt, fordi det har moralloven i seg, og fordi det er et formål i seg selv. Mennesket kan ta avstand fra sitt værende, fra det liv han har fått og som han ikke realiserer eller forvalter ut fra potensialet, og likevel se det egentlige i seg selv, det som har verdighet. Dostojevskij hevder at: "Ethvert menneske, hvem det enn er og hvor dypt han enn er sunket, krever – selv om det bare er instinktivt, bare ubevisst – respekt for sitt menneskeverd" (Dostojevskij, 1862, s.167). Med det kan forstås at mennesket 'innerst inne', kanskje til tross for selvforakt, likevel ikke mister sin overbevisning om at det har noe i seg av verdi, det Dostojevskij kaller menneskeverd. Jeg kaller det sjelens verdighet.

Det kategoriske imperativ, den lov mennesket har i sin fornuft, tilsier at andre menneskers verdighet er lik med den egne verdighet, i alle sammenhenger. Den innebærer også det etiske krav, plikten i forhold til den annens lykke⁸¹. Den er loven i mennesket som pålegger mennesket den gode vilje i handlingen, plikten til å gjøre det gode. I vårdvitenskapen er den etiske forpliktelse overfor den annen grunnleggende for den naturlige og den evidente vård. Både fra vårdvitenskapen og fra filosofiske teorier kan det slutes at den estetiske dimensjon, som fremmer helsen, kan ansees som en etisk forpliktelse ved å gi en evident vård, ved å respektere menneskets verdighet og ved å oppfylle plikten i forhold til den annens lykke.

Moralloven kan, i likhet med naturloven⁸², egentlig ikke skrives i ord. For Kant er det en approksimasjon når han på forskjellige måter formulerer ‘Det kategoriske imperativ’. Menneskets embete er plikten til å oppfylle moralloven, plikten til alltid å handle slik at det er til det beste for alle mennesker, plikten til å realisere det egne potensiale, som så vil komme andre mennesker til gode, og ikke minst *andres lykke*. Du har plikt overfor andre mennesker, og du har plikt overfor deg selv. Andre menneskers lykke og andre menneskers verdighet er like viktig som den egne. Ved å utvikle deg selv påtar du deg og bærer frem ditt embete som menneske. Man har skyldighet og forpliktelse overfor andre. Andre menneskers lykke er en ubetinget plikt. Det er ikke andre menneskers fullkommenhet, men deres lykke som er formålet. Den egne fullkommenhet som formål er det bare det enkelte menneske som kan sette for seg selv. Plikten er å hjelpe den andre indirekte til å realisere de egne formål.

Kant sier i forhold til Bibelens påbud om å elske sin neste, at kjærlighet er en følelse (pathological love) som ikke kan pålegges, men: “his moral ideal was the greatest possible approximation to complete virtue, to the holy will of God” (Copleston, 1964, vol. 6. part II, s. 110). Ifølge filosofen Kant, har mennesket en etisk plikt til å strebe etter egen fullkommenhet og andres lykke, det er formålet med mennesket. Etisk handlen er estetisk, det gode og den gode vilje viser seg i både væren og handlen. Et menneske er ikke lykkelig i uestetiske omgivelser. Estetikk kan i vården anvendes med det formål å fremme det gode og det estetiske velbehaget. Estetikken har da et formål og er som sådan ikke fri og ren, men et konkordat med fornuften.

⁸¹ ‘lykke’ er et vanskelig begrep å definere, men i daglig tale kan man si at lykke blant annet befordres av positive opplevelser, følelse av personlig vekst og trivsel.

⁸² Naturretstanken, ‘den guddommelige verdensordning’ som for eksempel Antigone (Sofokles) henviser til: ”gitt av gudene fra evig tid”(Sofokles, ca. 460 f.Kr.).

6.4 Resultat fra utforsking av filosofisk teori og konsekvenser for vårdvitenskapen

I forhold til arbeidet med 'den estetiske dimensjon' er både Kant og Hirns teorier om estetikk verdifulle kilder 'man kan øse av' og anvende, både for å få et bredere forståelsesgrunnlag og som dokumentasjon for estetikkenes betydning for helse.

Hirn går metodisk til verks ved å bygge opp en teori om estetikk 'fra grunnen', han har som utgangspunkt et bredt grunnlag ved at han syntetiserer tidligere estetiske teorier, det som er felles slutninger i dem og derfra forsøker han å komme frem til holdbare erkjennelser, mens Kant synes å bygge på sin egen erfaring og teorier ut fra egne tidligere skrifter og egne rasjonelle slutninger. Kants kritikk av den estetiske dømmekraft er en del av hans kritiske filosofi, der han leter etter apriori betingelser for dommer om det estetiske. Hirn mener at kunsten fyller en stor sosial og biologisk oppgave. Den utvikles med menneskets utvikling. Mennesket har behov for å skape kunst, for å oppleve kunst og for å være i en kreativ medskapende prosess ved opplevelse av kunst. Kant utforsker den estetiske dømmekraften, dommer som felles om det skjønne og det estetiske, hvordan begrep som brukes kan ha forskjellig begrepsinnhold, hvilket kan føre til en skinnuenighet. Til tross for ulike tilnærminger, finnes det mange sammenfall i Kant og Hirns vurdering av kunst og det estetiske. Kunstens autonomi og interesseløshet i kunstvurderingen er områder hvor det synes å være en overensstemmelse i teoriene. Når det gjelder dommer, uten begrep, så bruker ikke Hirn den samme tilnærming. Hirn skriver om velbehaget (evt. ubehaget) som følge av en estetisk påvirkning på mennesket, "vad som gör konsten til konst är likväl det att den giver oss en förmimelse av att den fredlösa oron åtminstone för en tid blivit avlöst av en behärskad betraktelse" (Hirn, 1937, s. 48). Kant kaller det følelse av lyst eller ulyst.

Platon har på mange områder en kritisk holdning til estetikkenes betydning, men det han søker er selve det skjønne, det gode og det sanne i tilværelsen. Mennesket skal strebe etter å foredle sin sjel, etter å få dygdene integrert. Mot, rettferdighet, sindighet og visdom er noen av de grunnleggende dygder/egenskaper som er aktuelle i vården, både for pasient og for vårder. Pasienten kan trenge mot i forhold til lidelsen, i forhold til helsen og/eller i forhold til livet og det embete han har fått. Menneskets embete, ut fra et vårdvitenskapelig perspektiv og mennesket som et formål i seg selv, fra et filosofisk perspektiv, begrunner påstanden om at ivaretagelse av estetikken i de somatiske sykehus kan ansees som en etisk plikt i en evident vård.

Kunsten og det estetiske kan avsløre eller vise noe av værens mange forskjellige sider, også en skjult væren i det værende. Den estetiske erkjennelse oppfatter noe av grunnleggende betydning for menneskets 'væren i verden'. Sansene er aktive i denne erkjennelse som syn, lukt, hørsel, smak, taktile følelser osv. Den enkelte celle i kroppen er aktiv. Resultat fra granskning av filosofisk teori kan sammenfattes i følgende teser i forhold til forskningsspørsmål 2: Hva kan filosofiske teorier om estetikk bibringe vårdvitenskapen? Utforskningen av filosofisk teori om estetikk bibringer vårdvitenskapen:

- Et epistemologisk bidrag til vårdvitenskapen om estetikk og estetikkenes betydning for mennesket, og derved også for vården.
- Forståelse for at den estetiske dømmekraft er på to plan, hvilket gir en videre forståelse for forskjellighet i utsagn eller reaksjoner i forhold til dommer angående estetikk.
- Kunnskap om den estetiske erkjennelse, som utvikler seg fra det laveste nivå hvor illusjoner og forestillinger er dominerende, og henimot en erkjennelse av selve det skjønne, et skimt av den virkelige virkelighet.
- Kunnskap og utvidet forståelse av menneskets behov for å oppleve estetikk på forskjellige nivå.
- Kunnskap om menneskets behov for å skape estetiske verk på forskjellige stadier/nivå⁸³.
- Estetikk, som ved plikten i forhold til den annens lykke, er en etisk forpliktelse.
- Økt kunnskap om menneskets verdighet, menneskets sjel, menneskets ånd og menneskets embete.

6.5 Diskusjon og konklusjon fra delstudie I

Analysen av vårdvitenskapen viser at estetikk er et åndelig behov hos mennesket, og at en helhetlig evident vård innebærer at denne dimensjon ivaretas. I utforskning av filosofiske verk er det menneskets behov for å skape og for estetiske opplevelser på forskjellige nivå, som kan oppsummeres som behov. Annen litteratur og forskning belyser det estetiske området, hvordan det påvirker mennesket og er viktig for helsen (Küller, 1981, 1987, 1992; Malkin, 1998; Porteous, 1982). Naturen er grunnleggende for menneskets estetiske påvirkninger og opplevelser (Ulrich, 1984; Rapp 1999). Behovet for estetikk er nedlagt i mennesket og har til

⁸³Menneskets dømmekraft i forhold til kunst og estetikk er på to plan: subjektiv rasjonell og logisk rasjonell (Kant, 1790/1995). Mennesket har et behov både for å uttrykke seg ved estetiske former, behov for å skape og behov for estetiske opplevelser (Hirn, 1937). Kunst underviser, er oppdragende, behager og stimulerer (Hirn, 1902). Estetikk er et etisk anliggende (kapittel 6.14 Storheim, 1980, Copleston, 1964, vol. 6, part II). Den virkelige virkelighet kan vise seg i det skjønne, i det gode og i det sanne (Hirn, 1937, s. 83; Berg Eriksen, 1985, s. 99). Se også note 74.

alle tider gjort seg gjeldende (Hirn, 1909, 1913, 1937). Mennesket er prisgitt estetikken i de omgivelsene hvor de må tilbringe kortere eller lengre tid. Hele mennesket påvirkes av omgivelsene, fysisk, sjelelig og åndelig. Det gis signaler til kroppen. (Eriksson, 1987 a, 1985). Filosofisk litteratur viser at mennesket gjennomgår en utvikling innen den estetiske vurderingsevne, dømmekraft og den estetiske sans. En tilfredsstillelse av de åndelige behov kan bevisstgjøres mentalt, mens sjelens estetiske behov bevisstgjøres uten begrep av den estetiske erkjennelse, som gir positive eller negative signaler til kroppen. Den positive påvirkning er både fysisk og psykisk, den virker inn på hele mennesket og kan blant annet styrke immunforsvaret. Cold sier om bevisste og ubevisste påvirkninger:

“Research indicates, however, that there are interactions, both on a direct, unconscious and on a more cognitive, conscious level, which are important for well-being and health” (Cold, 1998, s. 12). Videre sier Cold:

“A strong impression of the literature is that environmental aesthetics is an integrated part of the man-environment interaction. Whether it is rooted in biology, culture or in individual history, on a conscious or subconscious level, it somehow influences our wellbeing and preferences” (ibid., s. 13).

Estetikken i omgivelsene er en faktor som har betydning for hvordan mennesket påvirkes bevisst eller ubevisst, slik som den også viser hvordan dets verdighet blir ivaretatt og estimert.

Mennesket har ifølge Kant verdighet ved moralloven det har i seg og ved friheten til å velge, til selv å avgjøre hvilke regler som skal gjelde for etiske avgjørelser. Mennesket har også verdighet ved å være et formål i seg selv.

Mennesket er i vårdvitenskapen tillagt verdighet ved det embete det innehar. Vårdvitenskapens ethos er utgangspunkt for vårdens kjerne og etikken er kjernen i ethos.. “Vår utgangspunkt är ett ethos vars kärna utgörs av människans värdighet och caritasmotivet, dvs. kärlek, och barmhärtighet. Det är detta ethos som även bör vara vägledande vid bestämning av vårdandets evidens” (Eriksson, Normann, Myllymäki, 1999, s. 14).

Som konklusjon på delstudie I, analyse av vårdvitenskapelig og filosofisk teori, kan sammenfattes at mennesket har en etisk plikt til å ivareta den estetiske dimensjon. Det vil i denne sammenheng si det estetiske behov på alle nivå i en evidensbasert vård. Delstudie I har ført frem til økt kunnskap angående forskningsspørsmålet: Hvordan har den estetiske dimensjon betydning for helse ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv?

Utforskning av den vårdvitenskaplige teori viser at estetikk berører mennesket, i denne sammenheng pasienter og vurdere, på en måte som virker direkte inn på hele mennesket, fysisk og psykisk. Estetiske omgivelser har en positiv påvirkning på helsen. For en pasient er det en bekreftelse på hans verdighet at han verdiges til estetiske omgivelser, både fysisk og psykisk. En evidensbasert vård ivaretar også det estetiske aspekt i vården. Estetiske opplevelser og inntrykk virker inn på menneskets ånd og sjel, og har derved betydning for dets helse ved den interaksjon sjel og ånd har på hele mennesket. Estetiske omgivelser kan både lindre lidelse og virke motsatt, slik at lidelsen forsterkes. Dette er verdifull og viktig kunnskap. Granskning av filosofiske teorier om den estetiske dimensjon gir ikke direkte ny kunnskap, men mer indirekte kunnskap i forhold til estetikkens betydning for helsen. Filosofiske teorier bidrar med økt kunnskap angående det estetiske behov og estetikkens betydning for mennesket og menneskets åndelige behov, hvilke er viktig for helsen. Filosofien bidrar til økt kunnskap om menneskets verdighet, om menneskets sjel, menneskets ånd og menneskets forpliktelse i forhold til seg selv og i forhold til den andre. Filosofien bidrar med kunnskap om hva som angår menneskets embete. Ut fra en holistisk tankegang er denne kunnskap av stor betydning for vården. Filosofien viser også at mennesket har en etisk forpliktelse i forhold til den andre og den annens lykke. Med lykke følger velvære og en positiv effekt på helsen. Filosofiske teorier bekrefter vårdvitenskapens teori om estetikkens betydning for helse.

Den videre forskning utføres ved empiriske undersøkelser og er i forhold til forskningsspørsmålene 3: Hvordan vektlegges estetikk i handlingsplaner ved norske somatiske sykehus? og forskningsspørsmål 4: Hvordan vurderes det estetiske miljø ved norske somatiske sykehus av pasienter, sykepleiere og eksperter?

7 GJENNOMFØRING AV DE EMPIRISKE UNDERSØKELSENE

Det benyttes ulike metoder for å finne svar på forskningsspørsmålene. I dette kapittel redegjøres det for gjennomføringen av de empiriske studier:

- Metode for innsamling og analyse av handlings-/strategiplaner⁸⁴ fra de norske somatiske sykehus, delstudie II.
- Metode for utarbeidelse, gjennomføring og analyse av spørreundersøkelse til pasienter og sykepleiere, delstudie III og IV.
- Metode for gjennomføring, analyse og tolkning av kvalitative forskningsintervju av eksperter, delstudie V.

Økonomiske disposisjoner, svarfrekvens og hva den enkelte vektlegger kan kvantifiseres, mens utdypende meningsinnhold og opplevelse illustreres kvalitativt. Ved å anvende både kvantitative og kvalitative tilnærminger i form av en triangulering, kan dette gi en større forståelse for tema. “[...] det er rimelig å tro at bruk av flere metoder og tilnærminger i en og samme studie vil kunne øke både innsikten om fenomenet som studeres, og avhandlingens validitet. Nettopp det å få bekreftet funn fra ulike kilder blir understreket som viktig ved triangulering” (Lorensen, 1998, s. 268, 270). Resultatene fra den empiriske forskning gjøres til gjenstand for analyse ut fra et vårdvitenskapelig perspektiv, samt tolkning i forhold til estetiske teorier.

7.1 Delstudie II – handlingsplaner

Metode for innsamling av handlingsplaner

For å finne ut på hvilken måte eller om estetikk er vektlagt i handlingsplanene for sykehusene i Norge ble det høsten 1998 sendt en forespørsel om å få tilsendt handlingsplaner fra de siste to år til alle norske somatiske sykehus. En ny henvendelse til de sykehus det ikke var kommet svar fra ble foretatt sent på høsten 1998.

Det var ønsket å finne ut hva som var nedfelt skriftlig og hvilke retningslinjer som var blitt fulgt i de to siste årene. Det ble i henvendelsen per brev redegjort for hensikt med forskningen og et kort resymé av prosjektbeskrivelsen ble vedlagt. I utgangspunktet ble det formodet at sykehusene hadde skriftlig nedfelt klare retningslinjer for hvilke områder de karakteriserte som hørende inn under de estetiske. Det ble videre antatt at forskjellige benevelser ble brukt

⁸⁴ Omtales videre i avhandlingen som handlingsplaner.

for de aktuelle etterspurte dokumenter, og det ble derfor i henvendelsen spurt etter føringer, handlingsplaner, strategiplaner, mål, visjoner eller annet materiale som omhandler retningslinjer for det estetiske miljø. Brev ble sendt til 102 sykehus som senere viste seg å være slått sammen til 86 somatiske sykehus. Totalt ble det mottatt svar/tilbakemelding fra 74.4 % av de 86 sykehusene. To av sykehusene ga svar ved telefonsamtale og to per brev, uten at det var vedlagt handlingsplaner⁸⁵. For denne avhandlingen, hvor hensikten i første omgang, (delstudie II), er å finne ut hvordan estetikk er vektlagt, anser jeg det tilsendte materialet for å være tilstrekkelig til å gi et representativt bilde av situasjonen.

De mottatte handlingsplanene utgjør det datamaterialet som videre ble gjort til gjenstand for en gjennomgang og analyse for derved å få svar på forskningsspørsmål 3: Hvordan vektlegges estetikk i handlingsplaner ved norske somatiske sykehus?

Metode for analyse og tolkning av handlingsplaner

Ved analyse av den mottatte informasjonen var det ønsket å finne/identifisere begrep som viste handlingsplan og retningslinjer for estetikken ved sykehuset. For å kunne bearbeide funn var det mest hensiktsmessig å telle forekomst av 'estetiske' begrep eller begrep som var beslektet. (Inspirert av Miles and Huberman, 1984: [.....] tactics for generating meaning). Derved ble det rom for å fange opp forekomst i handlingsplanene av 'estetiske begrep' og deretter telle innenfor hver kategori for videre å behandle data statistisk.

For å kunne trekke konklusjoner var det nødvendig å se nærmere på de enkelte begrep og i hvilken sammenheng de ble anvendt. Det tilsendte materialet var ofte ledsaget av brev, gjerne med direkte kommentarer til prosjektet og temaet som sådan. Noen av disse kommentarene er sitert i avhandlingen. Sykehusene nummereres fortløpende (tilfeldig), og alle dokumenter fra det enkelte sykehus får det samme registreringsnummeret. Antall tilsendte dokumenter fra de forskjellige sykehus varierte, men de ble registrert samlet i analysen under det respektive sykehusnummer. Om et begrep blir nevnt 10 ganger i dokumentene fra ett sykehus og 4 ganger fra et annet, så noteres her forekomst 1 fra hvert. Hyppighet av begrepsforekomst innen hvert enkelt dokument er også registrert, men ikke anvendt i denne sammenheng. Til bruk ved analyse av handlingsplanene ble det utarbeidet et skjema bestående av 11

⁸⁵ Det viste seg at den adresselisten som ble fulgt ved utsendelse av forespørsel, var noe foreldet og at endringer hadde funnet sted i form av at noen sykehus var slått sammen til større enheter og derved sorterte deres handlingsplaner og føringer under samme administrasjon. I dag er det 86 somatiske sykehus i Norge hvilket beregningen forholder seg til.

kategorier (hovedområder med underområder som redegjort for i kapittel 4). Disse kategoriene inngår i denne avhandling som hovedområder for begrepet estetikk i vårdens estetiske omgivelser. Kategoriene og underområdene som ble valgt ut til variabler for analysen måtte være representative for tema og samtidig kvantifiserbare. Det ble laget en matrise hvor forekomst av begrepene i kategoriene og i underområdene kunne registreres, figur VII.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 (kategorier)
Harmoni:	Mat:	Kunst:	Rom:	Lys:	Farver:	Design:	Lyd:	Natur:	Estetikk:	Kvalitet:	Z
Orden	Farve	Maleri	Pasient	Sol	Vegger	Møbler	Støy	Planter	Vakkert	Kompetanse	A
Ryddig Het	Utseende	Skulptur	Opphold.	Elektrisk	Tak	Gardiner	Sang	Blomster	Skjønt	Utvalg	B
Balanse	Servering	Bilder	Ytre	Lamper	Gulv		Musikk	Trær	Pent	Kvalitet z	C
Harmoni		Tepper	Korridor	Armatur	Tekstiler		Natur-lyder	Utsikt	Smak-fullt	Fagfolk	D
Hygiene		Dekor	Vaktrom		Gardiner		U-lyd	Luft	Sans	Komitè	E
Latter		Mosaikk	Bad		Møbler			Ventila-sjon	Persep-sjon	Holisme	F
Humor		Vann	Dusj						Fornemme-lse		G
Lek			W.C.						Sanseper-sepsjon		H
Smil											I

FigurVII – Kategorier brukt i skjema ved analyse av handlingsplanene

Funn som ble gjort i handlingsplanene av hovedkategoribegrep ble registrert med det respektive tall. For eksempel registreres ‘farver’ hver gang det forekommer som 6, mens underområdene under farver, registreres med bokstaver som: ‘vegger’ 6 A, tak 6 B, gulv 6 C osv. og tilsvarende for alle kategoriene. Det var da mulig å registrere forekomst i handlingsplanene av de kategorier med underområder som var valgt ut til å undersøkes (figur VI).

7.2 Delstudie III og IV – spørreskjema til pasienter og sykepleiere

Utarbeidelse av spørreskjema

Ettersom det var ønsket å finne ut hvordan estetikken i omgivelsene ble vurdert av pasienter og sykepleiere, ble det nødvendig å utarbeide spørreskjema til begge gruppene. Da det ikke foreligger allerede utarbeidede spørreskjema som kan brukes til å besvare de ønskede problemstillinger, så har en del av denne studien vært å utarbeide disse. På bakgrunn av litteraturgjennomgangen som ble utført innledningsvis, delstudie I, ble begrepet ‘estetisk

miljø' og estetiske omgivelser operasjonalisert. Spørreskjemaene ble utarbeidet med basis i denne operasjonaliseringen. Det ble utarbeidet et strukturert spørreskjema med faste svaralternativer med en rating scale fra 1 - 6 (Likerts skala). Det beregnes ti til femten minutter for å svare på spørsmålene. Videre bearbeiding av skjemaene og testing med hensyn til validitet og reliabilitet ble utført etter at spørreskjemaene var returnert.

Et strukturert spørreskjema, enquête, er en velegnet metode for innsamling av massedata, altså informasjon fra en stor gruppe (Befring 1992, s. 97). Spørreskjemaene utarbeides slik at de dekker de kategorier og underområder som anvendes ved analyse av handlingsplanene i det andre delstudiet. Kruuse hevder at: Formulering av spørsmålene i spørreskjemaet, for å sikre at det svares på det tema man vil undersøke, er avhengig av spørsmålenes formulering, utvetydighet og at det er minst mulig risiko for misforståelser. Spørsmålenes rekkefølge kan være viktig og også trethetsfaktorer kan spille en rolle. "Det er også mulig, at trøthetsfaktorer påvirker den utspurgtes motivasjon og nøyaktighet [...]" (Kruuse, 1990, s. 188). "*For at være sikker på at man får belyst det emne, man vil undersøke, bør man stille så mange spørsmål som mulig*" (Kruuse, 1990, s. 187). Det å stille så mange spørsmål som mulig kan virke uoverkommelig, men det stilles her detaljerte spørsmål innen de forskjellige områder. Spørsmålene er til dels overlappende, men er utformet med forskjellige vinklinger.

Det anvendes kriterier for å bedømme de ord som brukes og rekkefølgen av spørsmålene. I et strukturert spørreskjema med faste svaralternativer skal den intervjuede først få informasjon om forskningen og deretter anledning til å svare anonymt på spørsmålene (Trost, 1994). Kulturell bakgrunn, både kulturell kapital og sosiale forskjeller av økonomisk art, kan være utslagsgivende for vurderingen av det estetiske miljø. En del av pasientgruppen vil videre være preget av det flerkulturelle samfunn vi har i Norge i dag. Pasientenes evaluering vil allikevel uttrykke deres formening om estetikken på sykehusene. Ifølge Bourdieu (1979/2002) er kroppen en huskelapp som tar til seg de maktforhold den gjennomlever, og skriver dem inn i form av smak, holdning, væremåte og mentale skjemaer. En *habitus* formes som røper hvor i sosialstrukturen du hører til; blant de dominerte eller blant de dominerende" (ibid.). Sosialstrukturen kan være en tilhørighet på forskjellige klassenivå ut fra for eksempel økonomiske og/eller akademiske forskjeller. Den kulturelle kapital tilegner mennesket seg fra det sosiale miljø det tilhører og vokser opp i og ved videre skoleing. Det ble valgt å ikke stille spørsmål som kunne vise sosial tilhørighet, yrke eller utdanning. Det ble distribuert så mange som 400 spørreskjemaer til begge gruppene, og det vil derfor sannsynligvis være

representanter fra alle sosiale skikt. Det kunne være av interesse å finne divergensene i vurderingene ut fra de forskjelliges perspektiv, men dette er ikke inkludert i avhandlingen. I denne avhandlingen er hensikten å få en generell vurdering, basert på svar fra pasienter og sykepleiere uavhengig av informasjon om deres tilhørighet i de forskjellige samfunnsskikt.

Utvalg for spørreundersøkelsen

Det ble sendt ut spørreskjemaer til 400 pasienter og 400 sykepleiere, begge grupper fordelt på 7 sykehus.

Inklusjonskriterier for pasienter

- 1) ikke påvirket av medikamenter
- 2) adekvat mental tilstand
- 3) ikke sterkt smertepåvirket

Eksklusjonskriterier for pasienter

- 1) korttidspasienter, dvs. forventet opphold mindre enn 1 dag
- 2) behersker ikke norsk
- 3) sterkt smertepåvirket
- 4) uklar/dement
- 5) medikamentpåvirket

Det var de sykepleierne som sørget for utdeling og innsamling av spørreskjemaene og som avgjorde hvilke pasienter som skulle delta ut fra nevnte inklusjons/eksklusjonskriterier. De pasienter som ble vurdert til å høre inn under noen av eksklusjonskriteriene ble ikke spurt om å delta i spørreundersøkelsen. Heller ikke pasienter som var svært dårlige, slik at det kunne bli en belastning for dem å svare på spørreskjemaet, ble forespurt.

Demografiske og kliniske variabler

Alder ble i spørreskjemaene registrert i grupper. Aldersregistreringen var: under 30 år, mellom 30 og 50 år og over 50 år, den samme registrering for pasienter og for sykepleiere. Kjønn ble registrert ved avkryssing i rubrikk for kvinne/mann i begge spørreskjemaene. Det ble ikke spurt etter utdannelse, etnisk tilhørighet, yrke eller diagnose hos pasientene. Oppholdets varighet ble registrert som antall dager, uker, måneder. Det ble ikke spurt etter annen utdannelse, kulturell bakgrunn eller annen tilhørighet hos sykepleierne.

Gjennomføring av spørreundersøkelse

To store sykehus i Oslo ble forespurt. Da jeg var kjent med flere poster på de to sykehusene, og disse ut fra egen vurdering viste store variasjoner, med hensyn til hvordan estetikken er ivaretatt, så syntes de derfor å være velegnet og representative for undersøkelsen. Brev med orientering og forespørsel ble sendt til sjefssykepleierne ved de respektive sykehus i februar 2000, og positiv respons var forventet. Det var planlagt å sende ut spørreskjemaene i mars 2000, slik at det ville vært mulig å komme i gang med analyse før sommeren. Dessverre viste det seg at behandling av forespørsel ikke ble prioritert, hvilket førte til at svar først forelå i slutten av mars, og da negativt grunnet bemanningssituasjon. Dette forårsaket en ganske stor forsinkelse i arbeidet, da det så måtte søkes om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen ved andre sykehus. Tre store sentralsykehus og fire mindre sykehus ble kontaktet, først ved brev av medio mai 2000, og så via telefon. Det ble vist stor velvillighet og interesse for å gjennomføre undersøkelsen, men da det nærmet seg sommerferien ble det vurdert til mest hensiktsmessig å vente med å sende ut spørreskjemaene til etter ferieavvikling. Det ble holdt møte med de avdelingssykepleiere som skulle være kontaktpersoner, og som påtok seg ansvaret for utdeling og innsamling av spørreskjema. Det ble gitt en orientering om og presentasjon av prosjektet som grunnlag for undersøkelsen, og de kriterier som var nedfelt i forhold til pasientdeltakelse, ble gjennomgått. Det ble ikke presisert noen nedre aldersgrense for deltakelse, men det var ønskelig at pasienten skulle være over 18 år. Hvor mange pasienter som ble ekskludert, vites ikke. Man ble enig om dato for utdeling og frist for innlevering ved hvert sykehus. Alle skjemaer ble delt ut med ferdig adressert konvolutt for retur.

Da undersøkelsen startet var intensjonen at pasientene skulle ha vært innlagt på sykehus i minst 14 dager. Imidlertid er sykehusoppholdet i dag svært kort for de fleste, slik at en nærmest måtte se bort fra dette krav. Det antas at opphold av kort varighet fører til en noe annen vurdering av det estetiske miljø enn et opphold av lengre varighet. Det formodes at en pasient vil legge mer vekt på omgivelsene hvis han må tilbringe noen uker eller måneder på et pasientrom, i forhold til et opphold av kortere varighet.

Pasientene avgjorde selv om de ønsket å svare på spørreskjemaet, og svarene ble behandlet konfidensielt og er anonyme. Ut fra overveielser synes det ikke å være noen etiske forhold

som skulle tilsi at undersøkelsen ikke utføres. Det ble søkt og innhentet tillatelse fra Regional Komite for Medisinsk Forskningsetikk (vedlegg I).

Metode for analyse av spørreskjema

Dette er en psykometrisk undersøkelse, hvor spørreskjemaene behandles statistisk. Spørreskjemaene til pasientene og til sykepleierne blir behandlet ved en deskriptiv analyse av variablene. Det er ønsket å få en sentraltendens, et aritmetisk gjennomsnitt av evalueringen (mean). Dette ved å få data som angår og som gir en generell vurdering av estetikken i miljøet på de sykehusene som deltar i undersøkelsen. Kvantifiserbare rådata kodifiseres, bearbeides og settes inn i en datamatrikse. “Man gör klokt i att skissera hur matrisen ska se ut innan man samlar in information” (Holme, 1991, s. 200).

Spørsmålene i spørreskjemaene til både pasienter og til sykepleiere sorteres i indekser. Det vil si at spørsmål som kan falle inn i samme indeks, settes sammen i analysen. For å kunne vurdere detaljerte item-svar på spørsmålene, så er en detaljanalyse vedlagt som appendiks. I forhold til avhandlingen ønskes det å finne en gjennomsnittlig evaluering, en indikasjon på hvordan det estetiske miljø vurderes. Det settes inn eksempler fra item-resultater, tilfeldig utvalgt, i avhandlingen. Det anvendes en beskrivende statistisk analyse. Spørsmålene samles i indekser for videre statistiske beregninger av svarene og registreres for bearbeiding på SPSS-PC program. I forhold til spørreskjemaene til pasientene så vises indeksene med innhold i følgende tabell 1 og indeksene for sykepleiernes vurdering i tabell 2.

Spørsmålene og analysene for pasientene er samlet i 15 indekser som det fremgår av tabell 1. Indeksene er utarbeidet ut fra teoretisk rasjonale. De spørsmål som kan si noe om samme område er samlet i den respektive indeks. Cronbach's α er gjennomgående høy, hvilket tilsier en høy grad av reliabilitet. (Tabellen viser aritmetrisk gjennomsnitt (M), standardavvik (SD) og alpha (α), antall informanter (N).)

Spørsmålene til sykepleierne er samlet i 9 indekser, som også er utarbeidet etter samme prinsipp som indeksene for pasientvurderingene. Disse er vist i tabell 2. Rating skalaen som anvendes er vanlig å bruke i en psykometrisk undersøkelse, den er internasjonalt anerkjent og anvendt, og var hensiktsmessig for denne forskningen. Intervallene oppgis som en tallskala hvor laveste rangering er 1 og høyeste rangering er 6. For å klargjøre skalaen er følgende begrep/vurderinger benyttet: 1 = svært dårlig, 2 = dårlig, 3 = nokså dårlig, 4 = nokså bra, 5 =

bra og 6 = svært bra. Denne deskriptive forklaringen gis ved første spørsmål, men gjentas med andre begrep for å tilpasse formuleringen i noen av spørsmålene. Disse kan være: svært liten, liten, nokså liten, nokså stor, stor, svært stor eller svært negativt, negativt, litt negativt, litt positivt, positivt, svært positivt. Intervallene i tallskalaen er lik, og for beskrivelse av intervallene er det et valg hvilke begrep som brukes.

Indeks nr.	Indeks navn	Indeksenes innhold
1	Orden	Ryddighet, hygiene
2	Sosialitet	Humor, smil
3	Generell harmoni	Lek, underholdning
4	Mat	Utseende, farver, servering
5	Utsmykking	Malerier, tepper, skulptur, vann
6	Rom	Pas. Korridor, vaktrom, WC, dusj
7	Lysforhold på pasientrom	Sol, elektrisitet, lamper
8	Farver på pasientrom	Vegger, tak, tekstiler, gardiner
9	Design, møbler og gardiner	Form og kvalitet
10	Lyder	Støy, ulyder, musikk, sang, naturlyder
11	Det visuelle	Utsikt, trær, blomster, planter, natur
12	Tilbud om hjelp	Personlig hygiene, vask og stell av hår, fotpleie, negler, barbering, make up
13	Psykisk og fysisk påvirkning	Omgivelsenes påvirkn. Pos. eller negativt
14	Estetikk og valg	Valgmulighet bilder, musikk, lesestoff
15	Luft	Ventilasjon og lukt

Tabell 1 – Indekser for pasientenes vurdering av det estetiske miljø

Indeks nr.	Indeks navn	Indeksenes innhold
1	Generell Estetikk	Kunst, malerier, tekstiler
2	Vurdering av farve	På de forskjellige rom
3	Vurdering av utsikt	Naturlig lys og utsikt
4	Lysforhold	Lamper, elektrisk lys
5	Estetikkenes effekt på pasienten	Psykisk og fysisk
6	Effekt på egen helse	Psykisk og fysisk
7	Vurdering av arkitekturen	Eksteriør og interiør
8	Sosiale effekter på pasient	Planter, blomster, sykehustøy, bilders motiv og størrelse
9	Støy og lyder	Ulyder, bråk, musikk, sang, støy, naturlyder

Tabell 2 – Indekser for sykepleiernes vurdering av det estetiske miljø.

Delstudiene III og IV ble utført for å kunne si noe i forhold til forskningsspørsmål 4: hvordan vurderes det estetiske miljø av pasienter, sykepleiere og eksperter?

På grunn av lav svarprosent fra pasientene ved ett sykehus, er dette tatt ut av det samlede materiale som i utgangspunktet var 400 spørreskjemaer. I den videre beregning og analyse er

det 331 spørreskjema som ble distribuert til pasienter ved 6 forskjellige sykehusenheter, fra medio august/2000 (vedlegg VIII). Innsamling av spørreskjemaene var ferdig i slutten av september 2000. Det ble mottatt 272 besvarte spørreskjemaer fra pasientene, det vil si 82 %. Menn – 35 %, Kvinner – 65 %. Det ble ikke spurt hvorfor pasientene valgte å besvare spørreskjemaet, men ut fra god respons med en svarprosent på 82 antas det at pasientene anså undersøkelsen som relevant. Den høye svar prosent fra 6 sykehus tilskrives interesse fra pasienter og sykepleiere for tema samt innsats fra de sykepleierne som sto for distribuering og innsamling av spørreskjemaene. Spørreskjemaene til pasientene inneholder 59 spørsmål, hvor noen er utdypende spørsmål. Det er også spørsmål om kjønn, alder og liggetid, slik at det i alt skal gis 76 svar/vurderinger.

7.3 Delstudie V – kvalitative forskningsintervju

For å få et fylldigere datamateriale angående vurdering av det estetiske miljø i sykehus ble det videre foretatt kvalitative forskningsintervju av en ekspertgruppe. Denne utgjorde til sammen 16 personer, hvorav 4 også er utdannet som sykepleiere. Ekspert gruppen besto av kunstnere, designere, arkitekter og håndverkere. Disse ble antatt å ha kompetanse til å vurdere det estetiske miljø ved at de selv har vært pasienter eller har hatt nær kontakt med sykehus på annen måte. Ekspertene har forskjellig spesialkompetanse innen estetikk. ‘Ekspert’ kommer fra latin og defineres som person som er særlig kyndig i noe, sakkyndig⁸⁶. Ekspertene som ble intervjuet har en spesialkompetanse, en kyndighet, som det blir redegjort nærmere for i presentasjonen av den enkelte ekspert/informant. Forespørsel ble sendt skriftlig til 20 eksperter, hvorav 4 personer av forskjellige årsaker ikke hadde anledning til å delta i undersøkelsen. Det anvendes hermeneutisk fortolkning av det kvalitative datamaterialet.

Utvalg og inklusjonskriterier for eksperter til kvalitative forskningsintervju

Med ekspert (“informant”) menes det her at vedkommende har sakkyndighet, utdannelse, yrke og interesse innen estetiske områder. De informantene som det ble sendt forespørsel til angående intervju, var i utgangspunktet funnet eller valgt ut ved at de er allment kjente personer, både ved yrke og estetisk engasjement. Det ble videre gjennom intervjufasen henvist til personer som informantene anbefalte, og som de mente hadde erfaringer og kunnskap om estetikk. Alle informantenes besvarelser er blitt analysert, men kun et utvalg er inkludert i avhandlingen. De resterende er satt inn som vedlegg.

⁸⁶Gyldendals fremmedordbok, (1940).

Inklusjonskriterier for informantene

- 1) En utdanning eller et yrke som tilsier en spesiell kompetanse innen estetikk
- 2) Erfaring fra sykehus, som pasient eller med annen nær tilknytning til sykehus

Gjennomføring av kvalitative forskningsintervju

Den kvalitative undersøkelsen foretas ikke i sykehusmiljø, men informantene har tidligere vært pasienter eller har/har hatt tilknytning til sykehus på annen måte. (For eksempel ved at de selv går til kontroll ved sykehus eller har pårørende/nærstående som er pasient.) Den erfaring de har er fra forskjellige sykehus i landet. Fire av ekspertene er sykepleiere hvorav to i sin 'hverdagsverden' er ansatt i administrative stillinger ved sykehus, én er lektor ved en høyskole, og én er heltidsbeskjeftiget som kunstmaler.

Brev ble sendt til en forfatter, to kunstmalere, to skuespillere, en designer, en arkitekt, en kosmetolog, en tidligere direktør for et kunstmuseum, en interiørarkitekt, en farvekonsulent, en byggmester, en kunstner og direktør for sykehus, en sjefskokk ved et sykehus, en blomsterdekoratør, samt fire spesielt utvalgt sykepleiere. En uke etter utsendelse av brev ble personene kontaktet per telefon, både for å få bekreftende svar (eller ikke), og for nærmere avtale. Intervjuenes varighet var fra ½ til 1½ time. Det ble anvendt en semistrukturert intervjuguide (vedlegg X), men etter å ha fortalt noe om prosjektet og svart på spørsmål, så foregikk intervjuene som en dialog, til dels monolog, da informantene var veldig engasjert i tema. Utdypende spørsmål ble stilt ved behov eller samtalen ble penset inn på nye områder. Informanten bestemte hvor intervjuet skulle foretas. Noen av intervjuene ble foretatt i informantens hjem, noen på informantens arbeidssted, og to av intervjuene foregikk på forskers kontor. Etter hvert intervju ble det skrevet dagbok. Det var ingen tekniske vanskeligheter bortsett fra ved ett intervju, hvor båndopptakeren ikke virket. Intervjuguiden ble av den grunn oversendt til informanten og spørsmålene i intervjuguiden ble besvart. Intervjuet ble forøvrig skrevet ned etter hukommelsen samme dag som intervjuet ble foretatt.

Det ble ikke spurt om informantens alder, men den antas være mellom 40 – 65 år. Det kunne nok vært en fordel med en større aldersmessig sammensetning, eventuelt for å få en sammenligning av yngre/eldre menneskers vurdering og reaksjon på omgivelsenes estetikk. Dette kan være interessant i videre forskning. Transkripsjon av intervjuene ble foretatt og lagt inn på diskett for videre bearbeiding og analyse.

Metode for analyse av kvalitative forskningsintervju

Intervjuene resulterte i et stort materiale, med mange refleksjoner og verdifulle betraktninger angående estetikk i sykehusene. Analyse og fortolkningsprosess foregår i faser etter Kvales forslag til analyse av kvalitative intervju: selvforståelse, 'common sense', og teoretisk nivå (Kvale, 1992, 1994a, 1994b, 1997).⁸⁷

“Forskeren har et perspektiv på det som skal undersøkes, og tolker intervjuene på grunnlag av dette perspektivet” (Kvale, 1997, s. 133).

“Ett teoretisk perspektiv är egentligen en föreställning om vilken slags data som är viktiga, dvs. som fångar det centrala hos den företeelse jag undersöker” (Eneroth, 1992, s. 123). Det vil si at oppmerksomheten rettes mot data man anser relevante og er oppmerksom på faren for å overse andre data som kan vise seg viktige.

En kvalitativ undersøkelse med et semi-strukturert intervju kjennetegnes ved at man får en nærhet til informantene (Befring, 1992, s. 89). “De kvalitative metoderna innebär alltså ett försök att överskrida det subjekt-objekt-förhållande som utmärkar naturvetenskapen (Holme, 1991, s. 100). Kvale (1996, s. 70) hevder at: “The qualitative interview is a uniquely sensitive and powerful method for capturing the experiences and lived meanings of the subject’s everyday world”. Her er det ekspertenes mening om den del av deres ‘hverdagsverden’ som sykehus representerer. I et kvalitativt intervju er det rom for å svare på spørsmål fra forskjellige vinklinger, det er også mulig for informanten å stille oppklarende spørsmål hvis noe synes uklart, og gjennom en sensitivitet vil det være anledning til også å registrere nonverbale utsagn. Båndopptaker brukes for å fange opp nyanser. Kvale sier at:

“Analyseprosessen av kvalitative intervju starter allerede i intervjusituasjonen, hvor den som intervjues beskriver sin livsverden, hvor han eller hun i løpet av intervjuet eventuelt ser nye meninger i sine opplevelser, hvor forskeren tolker og sender tolkningen muntlig tilbake til intervjupersonen for bekreftelse eller avkreftelse” (Kvale, 198, s. 180, 181, her fra Nåden, 1998, s. 101).

Analysen begynte med gjennomlesning av transkripsjonen til hvert intervju, samtidig som det lyttes til båndopptak, hvilket gjenskapte situasjon og atmosfære, dette for å få en første forståelse av informantens selvforståelse ved materialet og et helhetsinntrykk. En ny

⁸⁷ Kvale, 1997, (fritt fra kapitlet ‘ulike tolkningstekster’ s. 144), tolkning på ulike nivå: 1. nivå – selvforståelse, kritisk forståelse, basert på sunn fornuft, 2. nivå – common sense, og 3. nivå – en teoretisk forståelse.

gjennomlesning av intervjumaterialet fra transkripsjonen ble sammenfattet som et resymé av teksten, en meningskondensering. Intervjuene ble nå gjengitt i kondensert form og meningsinnhold syntetisert i korte setninger, skrevet i kursiv. Denne fortolkning og analyse ble foretatt av alle intervjuene. Det som ikke er essensielt, digresjoner som ikke angår estetikk samt gjentakelser, utelates. Det er ønsket å få frem informantens selvforståelse og meninger.

I den andre fase fokuseres det på temaområdet i den respektive kontekst, hvor utsagn angående estetikk markeres. Det tilstrebes åpenhet for nye og uventede temaområder. Tolkningen er basert på sunn fornuft, en common sense utvises ved gjennomgang av syntesene fra hvert intervju, for å finne konkrete områder og fenomen, det vil si grunnleggende kjennetegn og områder som vektlegges. Spørsmålene som stilles til teksten retter også lyset mot informanten selv, hva man kan anta at den intervjuede mener å ville si og hva uttalelsen sier om personen. Tolkningen kan nå ta i betraktning data man har om informanten, og det kan fokuseres på fornuftsbaserte antagelser om uttalelsens meningsinnhold. Ettersom det er stort sammenfall mellom områder som vektlegges, så analyseres ikke alle på common sense nivå, dette for å unngå for mange gjentakelser.

Det bygges opp til et helhetsbilde fra ekspertgruppens vurdering av estetikken i sykehusene, og kategorier som vektlegges nedfelles som invarianser og varianser. Intervjuene vil være gjenstand for en samlet analyse på teoretisk nivå, hvor de vurderes primært i forhold til vårdvitenskapelig teori, filosofisk teori og annen forskning. Det relateres også noe til generell kunstteori. Det vil føre frem til en bredere forståelse av den betydning varianser og invarianser har i vårdvitenskapelig, filosofisk og estetisk sammenheng.

Et eksempel på en tolkning kan være en informants første utsagn: “Det var ikke noe kunst der”. På *selvforståelses nivå* tillegges informanten den oppfatning at estetikk i første omgang forbindes med kunst, i forskjellig form. Den intervjuedes selvforståelse av estetikk kan være konkret knyttet til kunstnerlige verk av forskjellig slag.

På *common sense nivå* tolkes det i en bredere ramme enn intervjupersonens egen selvforståelse. Man kan fokusere på uttalelsens innhold eller på personen som står bak den. En allmenn forståelse vil trekke slutningen at det var ikke noe å se på, verken på veggene eller andre steder på sykehuset. Estetikken var ikke ivaretatt fordi det kreves kunstverk i omgivelsene for å kunne bedømme stedet som estetisk. Uttalelsen sier noe om den

intervjuedes vektlegging av kunstverk for at estetikken skal være ivaretatt. Den sier at kunst i forskjellige uttrykksformer er et behov, og tonefallet som utsagnet sies i, vil kanskje si enda mer enn selve ordene. En oppgitt tone kan tolkes til en vurdering som at det ikke var estetisk. En prøvende litt spørrende tone, kan åpne for at selv om det ikke var kunst der, så var det annet i miljøet som var estetisk. En glad tone kan tolkes til at selv om det ikke var kunst der, så var atmosfæren så god at det ikke var noe savn.

“En teoretisk forståelsesramme på tredje nivå, vil gå ut over både intervjupersonens selvforståelsesnivå og utover en tolkning basert på common sense nivå” (Kvale, 1997, s. 145). Utsagnet tolkes her til at det ikke er noen form for kulturell adspredelse, ikke noe å feste blikket på, ikke noe som kan imøtekomme det kulturelle behov på sykehuset. Det er heller ingen form for kunstverk som kan føre til personlig vekst eller hvor kreativiteten kan utfordres. Gadamer mener at et kunstverk rekreeres ved tolkning av betrakteren, at kunstverket gjenskapes og får det innhold og den betydning som tolkeren forstår ved verket (Gadamer, 1977/02). En kreativ opplevelse imøtekommer behovet for vekst, og når intervjuede sier at det ikke var noe kunst der, tolkes det som at estetikken ikke ivaretok dette behov. En tolkning eller gjenskapning av et kunstverk kan også, som Hirn viser, tilfredsstillende noe av “själva konstdriften, konsten som en yttring av de teoretiska funktionerna i människans väsen” (Hirn, 1937, s. 31) Om det ikke fører til en fysisk utfoldelse av konstdriften, behovet for å utøve eller uttrykke seg gjennom skapende kunstnerisk virksomhet, kan det være en psykisk kunstnerisk utfoldelse som kan virke tilfredsstillende.

Tolkning og analyse av intervjuene presenteres med en kort innledning angående informantens bakgrunn. Dernest gjengis synteser og stikkord av informantenes utsagn på et selvforståelsesnivå i kursiv, hvor det fremgår hva informanten vektlegger og hva han ønsker for et estetisk miljø på sykehus. Videre analyse og tolkning av intervjuene er på et common sense nivå. Diskusjon og analyse gjøres samlet av alle intervjuene til slutt (teoretisk nivå), i forhold til de invarianser og varianter som utkrystalliserer seg i intervjuene.

Samlet empirisk forskningsmateriale

1. Handlingsplaner for somatiske sykehus i Norge N = 84, Svar fra 74.4 %
2. Utfylte spørreskjema fra 297 pasienter N = 400 (÷ sykehus 2, N = 331)
3. Utfylte spørreskjema fra 344 sykepleiere N = 400
4. Nedskrevne intervju fra 16 ekspert-informanter

8 RESULTATER FRA DELSTUDIENE

I dette kapitlet presenteres resultater fra delstudiene, II – handlingsplaner, III og IV – spørreundersøkelsene og V – kvalitative forskningsintervju. Hver delstudie er behandlet for seg og følges av en diskusjon og en sammenfatning.

8.1 Delstudie II – innholdsanalyse av handlingsplanene

Delstudie II er en analyse av de mottatte handlingsplaner fra 74,4 % av de forespurte norske somatiske sykehus (64/86), og en registrering av alle begrep tilsvarende de valgte kategorier og underområder, uansett i hvilken sammenheng de forekom. Validitet og reliabilitet drøftes i forhold til delstudie II. Alle dokumenter er gjennomgått, og enhver forekomst av de estetiske kategorier med underområder er registrert slik at de kunne kvantifiseres og sees i den sammenheng de var nevnt. Hensikten var å finne ut hvilken strategi eller hvilke retningslinjer som fantes i handlingsplanene angående de elleve kategorier med underområder, som var valgt som forskningsområder for avhandlingen. Kategoriene beskrives ved eksempler fra forekomst i handlingsplanene. De funn som ble gjort diskuteres, og videre blir analysen av handlingsplanene vurdert ut fra krav til validitet og reliabilitet.

I resultatetfremstillingen i figur VIII viser tallene under matrisen det antall forekomst av kategori/underområde som ble funnet i forhold til antall sykehus. For eksempel så forekommer kategorien ‘harmoni’ med underområder i handlingsplanene fra 12 sykehus, (kategoriene/underområdene kan forekomme gjentatte ganger i handlingsplanene til de 12 sykehus). Det fremgikk ikke av handlingsplanene noe skille med hensyn til estetikk i forhold til pasienter, og hva som kunne være til fordel for vårderne. Analysen av handlingsplanene viser antall funn som ble gjort i forhold til kategoriene eller underområdene:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 (kategorier)	
Harmoni:	Mat:	Kunst	Rom:	Lys:	Farver	Design	Lyd:	Natur:	Este-tikk:	Kvali-tet:	Z	
Orden	Farve	Maleri	Pasient	Sol	Vegger	Møbler	Støy	Planter	Vakkert	Kompe-tanse	A	
Ryddig Het	Utseende	Skulptur	Opphold.	Elektrisk	Tak	Gardiner	Sang	Blomster	Skjønt	Utvalg	B	
Balanse	Serv-ering	Bilder	Ytre	Lamper	Gulv		Musikk	Trær	Pent	Kvalitet	C	
Harmoni		Tepper	Korridor	Armatyr	Tekstiler		Natur-lyder	Utsikt	Smak-fullt	Fagfolk	D	
Hygiene		Dekor	Vaktrom		Gardiner		U-lyd	Luft	Sans	Komitè	E	
Latter		Mosaikk	Bad		Møbler			Ventila-sjon	Persep-sjon	Holisme	F	
Humor		Vann	Dusj						Fornemmelse		G	
Lek			W.C.						Sanseper-sepsjon		H	
Smil											I	
	12	1	4	3	2	7	3	5	10	9	36	

Figur VIII – Registrert forekomst av kategorier og underområder i handlingsplanene

(Tall under figuren angir hvor mange (antall) sykehus som nevner den respektive kategori eller underområde, i handlingsplanene)

Kategori 1: **Harmoni**. Underområder er følgende: orden, ryddighet, hygiene, balanse, latter, humor, lek, smil, underholdning og velvære. Totalt ble det fra tolv av sykehusene registrert forekomst av et eller flere av disse begrepene i dokumentene. De registrerte begrepene anvendes og forekommer i forskjellig sammenheng. I et dokument står det for eksempel: “Miljøet skal være slik at pasienten opplever trygghet, ro, velvære og trivsel”. Konkret hvordan dette skal oppnås er ikke nærmere spesifisert, og heller ikke klargjort ved retningslinjer. I et annet dokument står det: “Personalets trivsel på jobben og kompetanse er det viktigste middelet for å møte pasientens behov [....]”. Det blir ikke nevnt forslag eller plan for hva som skal gjøres for å fremme personalets kompetanse eller trivsel.

Kategori 2: **Mat**. Underområder er følgende: utseende, farver, servering. Mat nevnes i ett dokument, dvs. i et vedlagt brev: “Kjøkkenet er kjent for sin delikate og næringsrike mat

[.....]”. Det ble ikke motatt handlingsplaner som angikk maten spesielt og estetikk i forbindelse med mat nevnes ikke i de tilsendte dokumenter.

Kategori 3: Kunst. Underområder er følgende: maleri, skulptur, bilder, dekor, tepper, mosaikk og vann. Kunst nevnes i dokumenter fra 4 sykehus, maleri i 3, skulptur i 3, bilder i 3, tepper i 0, dekor i 7, mosaikk i 2 og vann i 2. Ettersom det ble mottatt flere dokumenter fra de enkelte sykehus, og begrepene gjentas i forskjellig sammenheng innen disse, registreres forekomst av begrep, for eksempel kunst, i dokumenter fra syv sykehus. Et meget positivt eksempel her er et sykehus, hvor det er engasjert en ‘omsorgsdesigner’, en faglig kvalifisert farge-interiørkonsulent som har utarbeidet en plan for bruk av farver i interiørene, og hvor estetikk vektlegges i høy grad. Et annet sykehus har et avsnitt i et dokument som benevnes ”Mål og verdigrunnlag”, hvor kunstdimensjonen omtales. Her er det imidlertid kunstbegrepet i sykepleien, kunstutøvelsen i møtet mellom sykepleier og pasient, selve sykepleien som en kunstutøvelse som omtales. Dette er en viktig dimensjon, men i denne sammenheng, og i forhold til den konkrete fysiske kategorisering under område 3, så er det ikke aktuelt. Man finner heller ikke noen av underområdene nevnt i de tilsendte handlingsplanene. Ettersom det er sparsom forekomst av nedfelte retningslinjer for ivaretagelse av kunst i handlingsplanene siteres utsagn fra noen vedlagte brev: “Ad. Estetikk–markering ved sykehus [.....], så har vi lite nedskrevet materiale.” En annen kommentar i følgeskriv ved tilsendte dokumenter: “Det er bare å beklage, men vi har lite skriftlig på dette området. Estetikk er viktig på sykehus. Tidligere var det en naturlig del av oppgavene til de ansatte. I vår tid synes det som at denne funksjonen blir mindre vektlagt i de daglige gjøremål. Det hører mer til unntakene enn til regelen at slike ting kommer i fokus”.

Kategori 4: Rom. Underområder er følgende: pasientrom, oppholdsrom, ytre rom, (skyllerom, rent lager, medisinrom, grupperom, korridor, vaktrom og bad (+ W.C., dusj). Rom eller underområder forekommer i handlingsplaner fra tre sykehus. Generelt er det ikke nevnt noe om estetikk som angår rom, det være utforming, størrelse, betydning av farver, design på møbler, tekstiler osv. Bad er det som nevnes i tre sammenhenger: “Driftsteknisk avdeling har i hovedsak vært opptatt med løpende vedlikehold og reparasjon, men har også gjennomført en del større oppgaver som for eksempel nye bad på kirurgisk og medisinsk avdeling, samt annet forefallende arbeid”. Dette tolkes dithen at det har vært utført teknisk vedlikehold, nye bad er installert, men det fremgår ikke noe om hvordan estetikken er planlagt eller utført. Det

fremgår heller ikke noe om hva som har vært retningsgivende ved valg av farver og innredning.

Kategori 5: **Lys**. Underområder er følgende: sol, dagslys, elektrisk eller kunstig lys, armatur, lamper. Bare to sykehus nevner noe i dette henseende. Det ene i forhold til Helse, Miljø, Trygghet (HMS), hvor det sies: “Brotta gjeld i hovudsak dårlig ventilasjon, arbeidsrom utan dagslys og skikkeleg ventilasjon, plassmangel og kummerlege arbeidstilhøve [...], [...] mange av dagens kontorer har lite eller svært sparsomt dagslys [...]”. Det andre sykehuset nevner lysforhold i et brev vedlagt: “Teknisk leder og husøkonom har vært forelagt din henvendelse. Det åpenbarer seg gjennom dette arbeidet at det nok er lite i våre dokumenter som spesifikt omtaler estetiske forhold i sykehuset. Med bevisste medarbeidere har vi klart å oppnå hva vi mener er et trivelig miljø for pasienter, pårørende og personale”. Valg av lysarmatur nevnes videre i forbindelse med nybygg, hvor det engasjeres elektrokonsulent.

Kategori 6: **Farver**. Underområder er følgende: vegger, tak, gulv, tekstiler, gardiner og møbler. Farver forekommer til sammen i handlingsplaner fra syv sykehus. Ved gjennomgang av Handlingsplanene var det bare ett sykehus som hadde en grundig strukturert plan, utarbeidet av en faglig kvalifisert konsulent. Ellers nevnes farver spesielt i handlingsplanene fra et annet sykehus som: “...sykehuset er pusset opp i friske farver”. I handlingsplanene fra et tredje sykehus: “farger skal noen steder virke aktiviserende, andre steder dempe ned og harmonisere. Her som ellers i bygningen bidrar fargene til å skape atmosfære”. Fra fire sykehus er det medfølgende brev som sier noe om retningslinjer i forhold til estetikk. Disse brevene ble det valgt å legge ved som dokument til handlingsplanene. Det fremgår av brevene at det brukes fagfolk til utarbeidelse av farveforslag til interiøret, ved nybygging og ved større ombygninger.

Kategori 7: **Design**. Underområder er følgende: gardiner og møbler. Form og størrelse, det vil si design som angår tingenes utseende, og som viser seg ved forskjellige mønstre, som for eksempel i tekstiler eller i andre materialer, eller det kan være i utforming og funksjonalitet. Design er nevnt i handlingsplaner fra tre sykehus. I handlingsplan fra et av disse sykehus står det: “Det er laget en helhetsplan, eller om man vil; en design manual for interiøret. Noen av de nye møblene spesialdesignes”.

Kategori 8: **Lyd**. Underområder er følgende: støy, sang, musikk, naturlyder, ulyder. Lyd nevnes i handlingsplanene fra fem sykehus. For eksempel står det: “Moderne krav og normer når det gjelder inneklimate, støy og sikkerhet må oppfylles for å unngå unødvendig psykisk og fysisk slitasje hos personale”. Fra et annet sykehus’ handlingsplan: “Ved prøveflyvning av helikopter ble det foretatt støymåling”.

Kategori 9: **Natur**. Underområder er følgende: planter, blomster, trær, utsikt, luft, ventilasjon. I analyse av handlingsplanene ble det funnet at områder fra denne kategori nevnes i ti av handlingsplanene.

Kategori 10: **Estetikk**. Underområder er følgende: vakkert, skjønt, pent, smakfullt, fornemmelse. Områder fra denne kategori nevnes i ni handlingsplaner. Denne kategori ble også anvendt for registrering, da det kunne tenkes at begrepet ‘estetikk’ ville brukes i stedet for/eller i tillegg til de nevnte kategorier med underområder. Selv om alle punktene handler om estetikk var intensjonen med kategori 10 å fange opp eventuelle andre begrep enn de som nevnes som underområder.

Det er i denne gjennomgang vist noen eksempler på resultat/funn av begrep som forekommer i de tilsendte handlingsplanene. Ut fra dette materialet var det gjennomgående sparsomme funn som kan si noe om det estetiske miljø, hvordan det ivaretas eller planlegges i handlingsplanene ved de somatiske sykehusene. Det fremgår svært lite fra denne analyse av handlingsplanene, som redegjør for hvordan hovedområdene er ivaretatt, hvilke krav som stilles, og hvilke føringer man har. Det ble også bekreftet ved medfølgende brev fra noen av sykehusene hvorfra det her siteres: “Ved gjennomgang av materialet ser vi at vi har lite nedfeldt skriftlig om våre tanker og prioriteringer om estetikken ved sykehuset. For å bedre dette ønsker vi blant annet å få tilsendt ditt prosjektarbeid når det er ferdig”. Fra et annet sykehus: “Du er inne på et forsømt område. I vårt sykehus har vi ikke noen overordnet filosofi i forhold til estetikken betydning i sykehuset, men når vi nå står foran en større om/utbygging, vil jeg som direktør påse at dette tema får plass i prosjektet!”

Kategori 11: **Kvalitet**. Underområder er følgende: kompetanse, utvalg/komite, fagfolk, holisme/helhet. Dette området er vektlagt og forekommer i dokumentene fra 36 sykehus. I handlingsplanene nevnes kvalitetsutvikling, kvalitetsforbedring, kvalitetskoordinator, kvalitetsmål, kvalitetsrådgiver, ledelseskvalitet, fagkvalitet, totalkvalitet osv., men ved

nærmere analyse viser det seg at estetikk ikke er inkludert i de kvalitetsområdene som nevnes eller omtales. En kan derfor trekke den slutning at det stilles kvalitetskrav om en høy standard ved de helsetilbud som omfatter pasientene, men det estetiske er ikke innbefattet. For sykepleierne er kvalitetskrav til arbeidsmiljøet like viktig for deres arbeidskapasitet, arbeidsglede og yteevne, deres mulighet til å gi god sykepleie av høy kvalitet. Arbeidsmiljøet er viktig for å redusere stressfaktorer, styrke immunforsvaret, og generelt for trivselfaktoren.

Følgende sitat fra brev som var vedlagt noen av handlingsplanene, bekrefter dette: “Dette var en meget interessant problemstilling og en ‘tankevekker’. Vi snakker mye om dette temaet, men hvor finner vi det nedfelt? – Ønsker deg lykke til med et viktig arbeid. Jeg håper resultatene blir publisert”. Brev fra et psykiatrisk sykehus: “[...] ser til min glede at du tar opp spørsmålet og arbeider med et prosjekt for å kartlegge hvordan estetikk er vektlagt i somatiske sykehus i Norge. Jeg vil innledningsvis peke på at estetikk hos oss nok er mer en holdning og handling enn det er beskrevne regler i handlingsplaner [.....]. Etter hvert som sykehuset har fått høyere estetisk standard er det blitt mindre skade på møbler, pyntegjenstander m.v. på sykehuset [.....]. Deres brev foranlediger at vi snarest vil utforme et punkt om estetiske krav og nedfelle disse under virksomhetens idégrunnlag. Din undersøkelse har hos oss allerede ført til at denne viktige del av vår holdning skal nedfelles i plan og instruksjonsverket for sykehuset [.....]”. Det ble ikke gitt uttrykk for noen negative refleksjoner eller reaksjoner i forhold til forskningen.

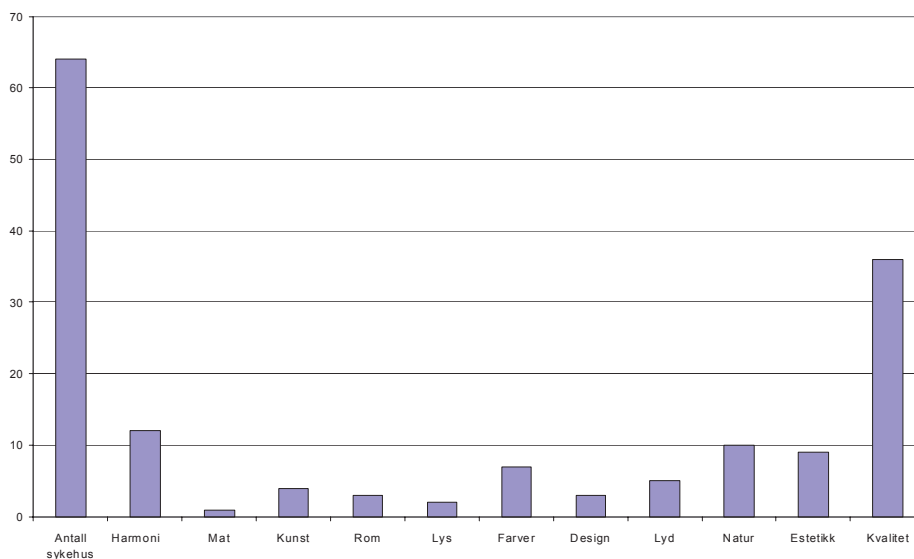
Resultat fra analyse av handlingsplaner

Etter gjennomgang av de tilsendte dokumenter viser resultat fra analyse at det finnes få klare retningslinjer for området estetikk nedfelt i handlingsplanene. Det finnes heller ikke retningslinjer som kan henføres spesielt til vårdernes arbeidsmiljø eller til pasientenes velvære.

Diskusjon av funn i tilsendte handlingsplaner

Det motatte materialet, benevnt ‘handlingsplaner’, ble gjennomgått og enhver forekomst av de begrep som inngår i de kategorier som anvendes i matrisen, ble markert og notert. Materialet gjelder forskningsspørsmål 3: Hvordan vektlegges estetikk i handlingsplaner ved norske somatiske sykehus? Dette ved å få en generell oversikt fra samtlige somatiske sykehus i Norge, som kunne vise om og på hvilken måte estetikk er integrert i handlingsplanene. I matrisen fremkommer registrering av det antall sykehus hvor de valgte begrep forekommer,

vist ved tall, under figur VIII. Figur IX viser som søylediagram de samlede funn som ble gjort i de mottatte handlingsdokumenter fra alle sykehusene. Tallene under matrisen tilsvarer antall sykehus hvor begrepene forekommer i handlingsplanene. Alle begrepene angår estetikk, men i analysen noteres også forekomst av begrepet 'estetikk' generelt. Begrepet 'kvalitet' noteres også, da estetiske omgivelser og miljø i denne avhandlingen ansees som viktig for å kunne hevde kvalitet.



Figur IX – Registrert forekomst av kategorier som søylediagram

Kategorier med underområder med registrert forekomst av begrep i handlingsplaner fra analysen av handlingsplaner for somatiske sykehus i Norge⁸⁸.

Gjengitte sitat fra noen brev som var vedlagt de tilsendte handlingsplaner, støtter denne vurdering. Selv om estetikk ansees som viktig av sykehusene, finnes det lite skriftlig i materialet. Dette gjelder for mange av de norske sykehus, som det fremkommer i analysen, vist i figur VIII, IX, vedlegg II. Ut fra delstudie I fremkommer det blant annet at estetikk er av stor betydning for helsen, for rehabilitering og for menneskets vekst og utvikling. Videre at mennesket har behov for estetikk, både ved skapen og ved opplevelser. Estetikk kan derved sies å være viktig for vården og for vårdvitenskapen. Ettersom en handlingsplan inneholder de føringer og mål som sykehusene forholder seg til angående drift, fornyelse og vedlikehold, så var det forventet å finne retningslinjer angående estetikk. Vårdens estetikk påvirker hele

⁸⁸ Fra de 102 forespurte sykehus (sammenslått til 86 sykehus), ble det mottatt materiale fra 74.4%.

mennesket, fysisk, åndelig og sjelelig, og er av stor betydning for både pasienter og vårdernes helse. Det synes derfor relevant å anse ivaretagelse av de estetiske områdene for en etisk plikt, hvis det skal kunne hevdes kvalitetssikring. En mulig årsak til at estetikk og retningslinjer for ivaretagelse av behovene for estetikk i sykehusenes handlingsplaner er svært mangelfulle, kan være at estetikk blir ansett som en selvfølge, og at det derved ikke er noen grunn til å nevne det eksplisitt i handlingsplanene eller i andre føringer? For å avkrefte eller bekrefte dette spørsmål ble videre forskning nødvendig. Delstudie II bidrar ikke til kunnskap i forhold til det overordnede mål for forskningen, men delstudien er å anse som viktig i forhold til delmålet: å undersøke og kartlegge hvordan estetikken er ivaretatt i norske somatiske sykehus.

Validitet vedrørende undersøkelsen av handlingsplaner

For denne analyse er validiteten avhengig av datas relevans. Sykehusene har ved forespørsel fått en åpen ramme for hvilke dokumenter som skal ligge til grunn for utforskning av sykehusets politikk angående estetikk i vården. Validiteten er avhengig av at undersøkelsen virkelig måler eller utforsker det den har til intensjon å måle og utforske. I en kvalitativ undersøkelse er det viktig at datas relevans er vurdert i forhold til problemstilling og at de er omfattende nok. De kategorier og underområder som er valgt ut til variabler for analysen, er forsøkt gjort representative for tema, med den hensikt at datafunn ved analyse kunne organiseres på en logisk måte, samt kvantifiseres. Validiteten er også avhengig av forskers tolkning av de funn som ble gjort i materialet. Innsamling og analyse av dokumentene er tilstrebet utført så nøyaktig som mulig. Ved konklusjon og drøfting av resultat er det tatt hensyn til svarprosent. De 25,6 % som det ikke ble mottatt materiale fra er en negativ faktor med hensyn til validitet, men en svarprosent på 74.4 antas å gi en god oversikt.

Reliabilitet vedrørende undersøkelse av handlingsplaner

Reliabiliteten omhandler studiens pålitelighet. Reliabilitet angår både innhold, konsistens, stabilitet, og at det er mulig å gjenta undersøkelsen. Sandelowski (1986:33) foreslår å bruke begrepet 'auditability': "A study and its findings are auditable when another researcher can clearly follow the 'decision trail' used by the investigator in the study. In addition, another researcher could arrive at the same or comparable, but not contradictory conclusions given the researcher's data, perspective and situation". Denne forskning er avhengig av svarfrekvens og av at materialet er representativt for somatiske sykehus i Norge. Materialet antas å være reliabelt ut fra at de tilsendte handlingsplaner er de som anvendes pr. dato og en akseptabel svarprosent. Krav til objektivitet og systematikk er viktig for at denne analysen skal være

reliabel. Opptellingssystemet ble foretatt på grunnlag av avhandlingens problemstilling og hadde til hensikt å undersøke tendenser i materialet. Reliabilitet er en funksjon av koders (forskere) pålitelighet, dyktighet, innsikt og erfaring samt klart definerte regler for kodingen (Sund, 1987, s. 39).

8.2 Delstudie III – analyse av spørreskjemaene til pasienter

Delstudie III er en analyse av spørreskjemaer til pasienter ved 6 sykehus. De 23 spørsmålene i spørreskjema til pasienter er samlet i 15 indekser/variabler, konstruert ut fra et teoretisk prinsipp og som vist i tabell 1. Det vises tilfeldig utvalgte eksempler på tabeller fra analyse av spørreskjema. Validitet og reliabilitet i forhold til delstudie tre drøftes og resultatene fra analysen summeres i en konklusjon.

Index nr.		N	Mean	Std. Deviation	@
1	Indeks over orden	270	5,23	0,69	.87
2	Sosialitet	270	4,64	1,03	.76
3	Generell harmoni	267	4,21	0,95	.84
4	Indeks over oppfattels av mat	263	4,90	0,95	.91
5	Indeks over generell vurdering av utsmykking	224	3,04	1,45	.95
6	Inntrykk av de forskjellige rom	264	3,97	1,11	.93
7	Vurdering av pasient/ sykerommet i henhold til lys	254	4,25	1,08	.85
8	Vurdering av pasient/ sykerommet i henhold til farve	250	3,74	1,28	.94
9	Vurdering av form og kvalitet på møbler gardiner og design	253	3,63	1,26	.90
10	Din vurdering av det du hører	248	3,77	1,19	.84
11	Din vurdering av det visuelle	248	4,31	1,26	.91
12	Indeks over hjelp	189	3,57	1,67	.93
13	Indeks over effekt	250	4,34	1,01	.56
14	Indeks over estetikk og valg	223	2,76	1,26	.69
15	Luft, ventilasjon og lukt	253	4,26	1,21	.93

Tabell 3 – Pasientdata, gjennomsnittsvurdering av estetikken på sykehusene

Pasientene fikk spørsmål i forhold til estetikken i omgivelsene på sykehuset, hvor de var innlagt. Pasientene, ved det enkelte sykehus, ble bedt om å vurdere de estetiske kategoriene og underområdene som er gjenstand for granskning i avhandlingen. Dette for å få et gjennomsnittlig resultat fra alle 6 sykehus som var med i undersøkelsen. I tabell tre vises den samlede gjennomsnittsevaluering av estetikken i sykehusene, ut fra pasientenes

vurdering⁸⁹. I tabell fire fremkommer gjennomsnittsvurdering fra det enkelte sykehus. Det er videre gjengitt tilfeldig valgte tabeller som eksempel på eventuelle forskjeller i vurderingen som fremkommer i forhold til pasientenes liggetid på sykehuset, deres alder og i forhold til kjønn⁹⁰. Det viser at orden er det området pasientene er mest fornøyd med. Det de evaluerer dårligst er muligheten til å velge innen estetiske uttrykksformer i omgivelsene. Indeksene viser at estetikken vurderes til dårligere enn bra på alle områdene, og det tolkes til at pasientene generelt ønsker en heving av det estetiske miljø i omgivelsene. Tabell 4 gir en vurdering som er spesifisert for det enkelte sykehus og hvordan gjennomsnittsvurderingen (mean) er. I øverste vannrette linje angis sykehusene som nummer 1 til 7 (sykehus 2 er tatt ut). Loddrett, i venstre kolonne, angis indeksene som vurderes:

Indeks nr.	Sykehus	1	3	4	5	6	7
1	Orden	5.2	5.7	5.3	5.2	5.2	5.0
2	Sosialitet	4.1	5.6	5.3	4.7	4.7	3.9
3	Harmoni	4.3	5.3	4.7	4.0	4.4	3.8
4	Mat	4.7	5.6	5.7	4.8	4.7	4.7
5	Utsmykking	2.7	4.8	3.8	2.7	3.4	2.6
6	Rom	3.8	5.4	4.2	3.9	4.0	3.5
7	Lysforhold pasientrom	4.3	5.5	4.6	4.0	4.4	4.0
8	Farver på pasientrom	3.9	5.2	4.4	3.4	4.0	3.2
9	Design	3.6	5.1	4.6	3.3	3.9	3.1
10	Lyder	4.4	4.4	4.1	3.6	3.8	3.4
11	Det visuelle	4.7	5.2	4.8	4.2	4.4	3.8
12	Tilbud om hjelp	3.5	4.8	4.5	3.4	3.8	2.6
13	Påvirkning	3.7	5.0	5.1	4.3	4.5	3.7
14	Estetikkvalg	2.1	4.1	3.3	2.7	2.8	2.4
15	Luft	4.4	5.3	4.8	4.0	4.2	4.1

Tabell 4 – Pasientenes vurdering av estetikken i omgivelsene ved de enkelte sykehus

⁸⁹De svar som angår estetikken i omgivelsene og hvor verdien er under 4 – nokså bra/nokså dårlig er uthevet med rød skrift. Bortsett fra indeks 1 som angår orden, så er alle vurderingene dårligere enn 5, det vil si lavere enn bra. Grønn skrift angir de svar som angår effekt på eller har betydning for helse, hvor evalueringen er over 4, det vil si nokså stor. Denne färvemarkering gjengis antagelig ikke i boken.

⁹⁰(Alle spørsmålene vurderes ut fra en graderingsbeskrivelse på en skala fra 1 til 6 (Likerts skala): svært liten-1, liten-2, nokså liten-3, nokså stor-4, stor-5, svært stor-6 eller svært dårlig, dårlig, nokså dårlig, nokså bra, bra, svært bra). Sykehus 2 er ekskludert på grunn av manglende data.

Sykehus 1

20 pasienter fikk utdelt spørreskjema og det ble motatt svar fra 16 d.v.s. fra 80 % . Dette var bare fra 1 post ved sykehuset, og resultatet av undersøkelsen blir derved begrenset til den ene posten. Det sier ikke noe helhetlig om sykehuset.

Ut fra oversikten her fremgår det at variabel 1, indeks over orden, hygiene og ryddighet er den som viser høyeste tilfredshets score, gjennomsnitt 5,2, som tilsvarer bra.

Variablene 2, 3, 4, 7, 10, 11, og 15 vurderes som nokså bra – bra.

Variabel 5 gjelder vurdering av den generelle kunst og utsmykking på posten. Her gjennomsnitt 2,7, dårlig – nokså dårlig.

Variabel 6, inntrykk av de forskjellige rom gjennomsnitt 3,8, nokså dårlig – nokså bra.

Variabel 7, vurdering av farver på og i pasient og sykerom, gjennomsnitt 3,9, nokså dårlig – nokså bra.

Variabel 9, vurdering av form og design, kvalitet på møbler og gardiner gjennomsnitt 3,6, nokså dårlig – nokså bra.

Variabel 12 som angår tilbud om hjelp til personlig hygiene, hårvask, make up, barbering, fotpleie, manicure, her er gjennomsnitt 3,5, i liten grad til i noen grad.

Variabel 13, pasientens vurdering av og den effekt de mener omgivelsene har på helsen fysisk og psykisk, samt spørsmål under variabel 12. Gjennomsnitt er her 3,7, som tilsvarer mellom 'i liten grad til i noen grad'.

Variabel 14 angår estetikk og valgmuligheter, valg av kunst, av musikk, av lesestoff, av underholdning, gjennomsnitt er 2,1, som synes være klart lite tilfredsstillende, altså svært liten valgmulighet.

Variabel 15, luftens kvalitet, vurderes gjennomsnitt til 4,4, det vil si mellom nokså bra og bra.

Sykehus 3

Det ble til sykehus 3 sendt ut 30 spørreskjema, og svar ble motatt fra 14, det vil si at man fikk svar fra 54,3 %.

Det ble ikke gitt noen forklaring eller mulig begrunnelse for at relativt få pasienter tok seg tid til å fylle ut skjema.

Gjennomsnitt av svarene er på alle variablene høy, det vil si mellom nokså bra til bra, bra til meget bra. Det kan tyde på at pasientene er godt fornøyd med estetikken i deres omgivelser på sykehuset. Høyeste vurdering på alle spørsmålene er 6, det vil si meget bra. På spørsmål 4, generell harmoni, er laveste rate 4, nokså bra.

Variabel 5, generell vurdering av utsmykking er laveste score, 3, som tilsvarer nokså dårlig.

Variablene 6, 8, 9, 11, 13 og 15 har som laveste vurderings score 4, hvilket tilsvarer nokså bra.

Spørsmålene under variabel 10 som angår lyder, støy, musikk og naturlyder er laveste vurdering 3, hvilket tilsvarer nokså dårlig.

Variabel 12 spør om det tilbys hjelp til pasienten for å ivareta personlig hygiene, stell av hår, negler, føtter og eventuelt barbering. Her er gjennomsnittet 4,8, hvilket tyder på at pasientene synes det er nokså bra til bra.

Variabel 13, som angår pasientens vurdering av hvor viktig det estetiske miljøet er og dets effekt på helse, så vurderer gjennomsnittet effekt til 5, som tilsvarer ganske høy grad.

Variabel 14, som angår pasientens mulighet til å velge musikk, kunst, underholdning, og i hvilken grad tilbudet er tilfredsstillende. Her vurderes det til score 4,1 – nokså bra.

Variabel 15 vurderes til 5,3 – bra.

Sykehus 4

Det ble utlevert 35 spørreskjemaer og innlevert svar på 33 fra pasientene. Det vil si 94,3 % svarte på spørsmålene. Dette er en meget bra respons.

Gjennomsnitt på variablene 1, 2, 4 og 13 er over 5, det vil si en vurdering av omgivelser og miljø fra bra til meget bra.

Gjennomsnitt på variablene 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, og 12 er over 4, det vil si mellom nokså bra og bra.

Variabel 5 viser vurdering av den generelle utsmykning. Resultat av vurderingen er 3,81, hvilket tilsvarer nokså dårlig til nokså bra.

Variabel 14 angår pasientens mulighet til å velge innen underholdning, musikk, kunst osv. Her er gjennomsnittets vurderingen 3,3, hvilket tilsvarer nokså dårlig, i liten grad.

Generelt kan man trekke den konklusjon at den estetiske utsmykning, på forskjellig vis kan høynes, og at pasientene kan ønske seg valgmulighet for både det de ser, hører og opplever av underholdning.

Estetikkens innvirkning og effekt på helse vurderes til 5,17. Dette vil si i ganske høy grad til i svært høy grad.

Sykehus 5

Sykehuset formidlet utdeling av 200 spørreskjemaer til pasienter. Det ble motatt svar fra 119 hvilket tilsvarer 59,5 %. Det vil si en forholdsvis lav svarfrekvens.

Gjennomsnitt på variabelen 1 er over 5, det vil si at en vurdering av omgivelser, orden og hygiene er bra.

Gjennomsnitt på variablene 2, 3, 4, 7, 11, 13 og 15 er 4 eller over 4, det vil da si at vurderingen ligger mellom nokså bra og bra.

Gjennomsnitt på variablene 6, 8, 9, 10, 12 er under 4, hvilket tilsvarer nokså dårlig.

Variabel 14 angår pasientens mulighet til å velge innen underholdning, musikk, kunst, litteratur osv. Her er gjennomsnittets vurderingen 2.7, hvilket tilsvarer nokså dårlig, i liten grad.

Generelt kan man trekke den konklusjon at den estetiske utsmykking, på forskjellig vis kan høynes, og pasientene kan ønske seg valgmulighet og tilbud innenfor både det de ser, hører og opplever av underholdning.

Estetikkens innvirkning og effekt på helse vurderes til 4.3, det vil si i ganske høy grad.

Sykehus 6 og 7

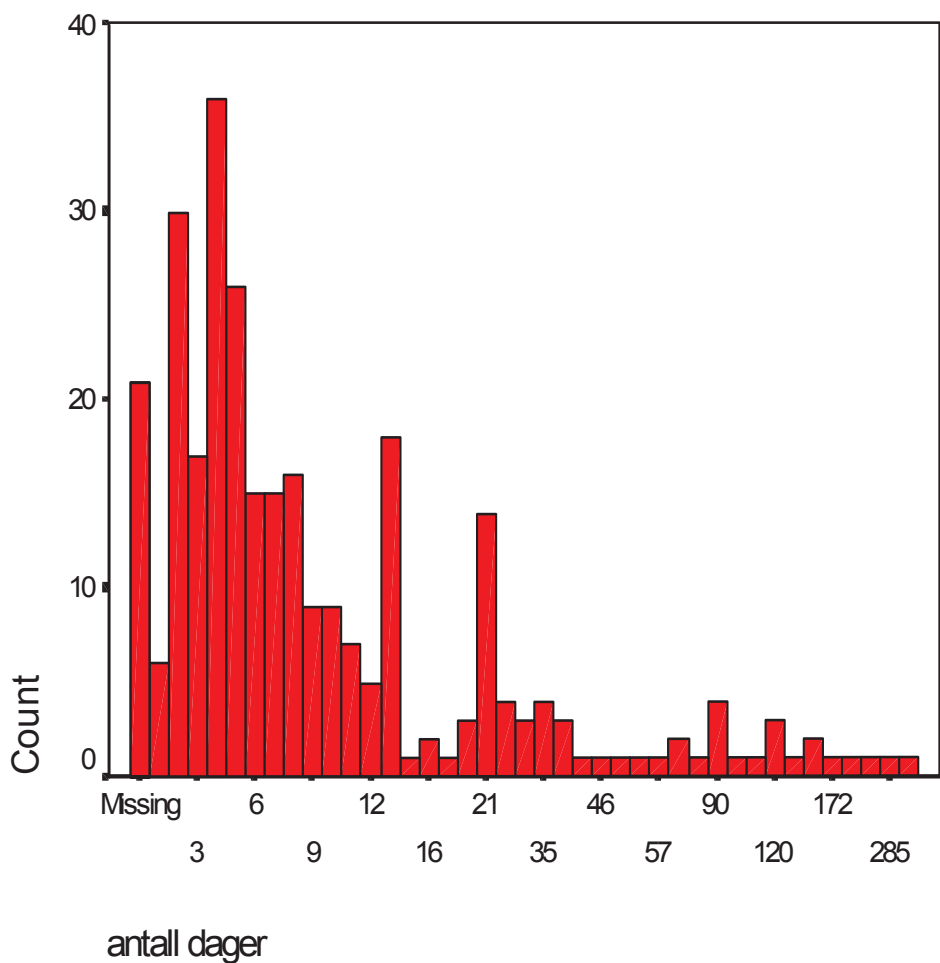
Det ble levert ut 190 spørreskjemaer og motatt svar fra 104 pasienter, det vil si 52 %. Sykehusene 6 og 7 har felles administrasjon og økonomi, og benevnes som samme sykehus. De er imidlertid fysisk to forskjellige bygninger med forskjellig geografisk beliggenhet. Spørreskjemaundersøkelsen ble formidlet via sjefssykepleier til begge enhetene. Vurderingen er noe forskjellig ved de to sykehus, derfor omtales de separat.

Sykehus 6 Resultat fra dette sykehus viser at vurderingen av variabel 1, orden ryddighet og hygiene, er den som pasientene er mest fornøyd med, gjennomsnitt 5.2, det vil si bra. Variablene 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 13, og 15 ligger på 4 og over. Det vil si at de vurderes fra nokså bra til bra. Variabel 5, som angår utsmykning, vurderes til 3.4, det vil si nokså dårlig. Variabel 9 angår design og vurderes til 3.9, hvilket tilsvarer nokså bra. Variabel 10, vurdering av forskjellige lyder, viser vurderingen 3.9, hvilket tilsvarer nokså bra. Tilbud om hjelp, variabel 12, vurderes til 3.8, det vil si nærmere nokså bra. Variabel 14 vurderes til 2.8, det vil si dårlige til nokså dårlige valgmuligheter innen underholdning, musikk, kunst, litteratur osv.

Ved **Sykehus 7** er vurdering av variabel 1 i gjennomsnitt 5.0 – bra, variabel 4 som angår mat, servering og utseende vurderes til 4.7, hvilket tilsvarer nokså bra til bra. Variablene 2, 3, 6, 8,

9, 10, 11, og 13 vurderes alle mellom 3 og 4, som tilsvarer nokså dårlig til nokså bra. Variabel 5, angående generell utsmykking vurderes til 2.6, det vil si dårlig til nokså dårlig. Variabel 7, angående lys vurderes til 4, nokså bra. Variabel 12, tilbud om hjelp til personlig hygiene og stell er også vurdert lavt, til 2.6, i ganske liten grad til i liten grad. Valgmuligheter i forhold til variabel 14 vurderes til 2.4, det vil si svært liten til liten mulighet for å velge innen denne indeks. Variabel 15, angående luftkvalitet, vurderes til 4.1, nokså bra.

Også ved dette sykehus er det mange områder innen den estetiske dimensjon som kan høynes. Det antas at estetikkens betydning øker for pasienten i forhold til den tid, de antall døgn som tilbringes på sykehus (liggetid), og derfor ble det stilt et spørsmål om hvor lenge den enkelte hadde vært innlagt som pasient ved sykehuset. Histogrammet, figur X, viser hvor mange døgn eller hvor lenge pasientene som deltok i undersøkelsen var på sykehus.



Figur X – Oversikt over antall liggedøgn for pasienter som deltok i undersøkelsen

1 til 7 dager – 145 pasienter

8 til 14 dager – 64 pasienter

15 til 42 dager – 38 pasienter

45 dager til 360 dager – 25 pasienter (hvorav 3 pasienter innlagt i 120 dager)

Her gjengis eksempler på vurderinger som finnes i tabellene ved krystabulering, og som viser pasientenes vurdering i forhold til antall liggedøgn på sykehuset.

En krysstabulering med gjennomgang av vurderingen i forhold til den enkelte kategori og antall liggedøgn viser at 1. døgn vurderes for eksempel kategorien *Harmoni* til (4)⁹¹, det vil si nokså bra av 60 %, mens etter 2 døgn er det 29 % som gir samme vurdering (4). Liggetid 10 – 19 døgn gir vurdering (4) av 32,4 % og over 20 døgn gir 45,8 % samme svar (4). Kategorien *Design* viser 1. liggedøgn 60 % (3), nokså dårlig, etter 2 døgn svares det samme av 27,6 %, og etter 10 – 19 døgn er det 17,1 % som svarer (3). Kategorien *Mat* vurderes etter 1 døgn av 66,7 % til (5) bra, det fremkommer så en synkende tendens, etter 6 døgn 52 % som bra, og etter 20 døgn er det 29,1 % som svarer (5) bra. Et gjennomgående trekk synes for mange av kategoriene at etter 1. døgn gis det en lav vurdering, mens det ved flere liggedøgn er større spredning i vurderingene. For eksempel malerier (kategorien *Kunst*) hvor det 1. døgn vurderes til (3) av 60 %, mens etter 20 døgn er det en større fordeling på skalaen, (1) - 17 %, (2) - 17 %, (3) - 19,1 %, (4) - 17 % (5) - 14 % og (6) 14,9 %. Det viser stor spredning i vurderingen etter lengre tids opphold på sykehus enn ut fra det første inntrykket. Det kan også tyde på at maleriene er gjenstand for en nærmere vurdering og refleksjon som er økende med liggetiden. Kategorien *Farve* – på vegger vurderes 1. døgn av 40 % som (5) bra og 40 % som (3) nokså dårlig, etter 20 døgn er tilsvarende 29,6 % som (5) og 18,5 % som (3).

Denne spredning i vurderingene vises gjennomgående i svarene. Det fremkommer en tendens til vurdering etter 1 døgn til svar med hovedvekt innen (3) og (4) på skalaen, mens det ved økende liggetid blir større spredning i svarene. Behov for variasjon kan være en årsak til at det synes å være mer reflektive svar, og at det gjennomgående gis en lavere vurdering etter økende liggetid. Vedrørende farve på gardiner svarer 100 % nokså bra (4) etter 1 døgn, mens etter 20 døgn fordeles (1) - 3,8 %, (2) - 15 %, (3) - 22,6 %, (4) - 22,6 %, (5) - 24,5 %, (6) - 11,3 %. Etter 8 og 9 døgn vurderer 33 % farve på gardinene som svært bra (6). Det viser endring i oppfatning i forhold til antall liggedøgn. Dusj, bad og W.C. (Kategorien *Rom*), vurderes hver for seg av 20 % til (1), svært dårlig og av 40 % til (3), nokså dårlig, dusj vurderes av 40 % til (4) nokså bra, mens vurderingen etter 20 døgn er fordelt på hele skalaen, men med tyngdepunkt på (3) 26 – 27 % og (4) av 24,1 – 32,7 %. I forhold til kategorien *Natur*, blomster og trær, ligger hovedvekten på (4), nokså bra, fra 66 % angående natur og fra 55 % angående trær, samt fra 33% angående blomster. Angående disse tre områdene har 16,7 % svart svært dårlig, etter 1 liggedøgn. Etter 20 liggedøgn er det spredning i svarene over hele skalaen med hovedtendens (4) og (5). Ventilasjon (kategorien *Natur*) er etter 1 liggedøgn av

⁹¹ tall i parantes angir tilsvarende tall på skala i spørreskjemaene, hvor vurderingen er fra 1 til 6.

50 % vurdert til (4) og etter 20 liggedøgn til (4) av 26,4 %. Lukt vurderes av 50 % til (4) etter 1 liggedøgn og av 34 % til (4) etter 20 liggedøgn, hvor også 30,2 % vurderer luktforholdene som (5), bra.

På alle vurderingene vises det gjennomgående en større spredning i svarene med økende antall liggedøgn. Det kan synes å støtte antagelsen om at estetikk har større innflytelse og betydning, at pasienten blir mer bevisst og reflektert, hvis sykehusoppholdet er av lengre varighet. Angående spørsmål om hvordan estetikken i omgivelsene virker inn på den psykiske og fysiske helsen, så er det i høy grad en subjektiv vurdering pasientene gir uttrykk for, men viktig som informasjon. Etter 1 liggedøgn vurderes den psykiske påvirkning på helsen av 50 % av pasientene til (4), nokså stor, og av 50 % av pasientene til (5), stor. I forhold til påvirkning på fysisk helse er svarene etter 1 liggedøgn 66,7 % (4) og 33,3 % (5), det vil si nokså stor til stor påvirkning. Etter 20 liggedøgn mener 39,2 % av pasientene at estetikken i omgivelsene har (5) stor påvirkning på den psykiske helsen, og 49 % at den har stor påvirkning på den fysiske helsen.

I det følgende gjengis et tilfeldig utvalg av krysstabuleringene (tabellene 5 – 7), som eksempler på hvordan pasientenes vurdering av estetikken endret seg i forhold til den tid de tilbrakte på sykehus. Vannrett i øverste linje på tabellene vises skalavurdering som i spørreskjemaene, fra 1 til 6. På venstre side, i den vertikale kolonne vises antall liggedøgn på sykehus fra 1 døgn til 20 liggedøgn.

		Pasientrommet						Total
		1	2	3	4	5	6	
rekodet liggetid	1	16,7%		16,7%	66,7%			100,0%
	2	10,3%	6,9%	17,2%	31,0%	20,7%	13,8%	100,0%
	3		13,3%	20,0%	13,3%	26,7%	26,7%	100,0%
	4	5,7%	8,6%	20,0%	31,4%	25,7%	8,6%	100,0%
	5	3,8%	11,5%	11,5%	19,2%	34,6%	19,2%	100,0%
	6	6,3%	12,5%	18,8%	37,5%	12,5%	12,5%	100,0%
	7	5,9%	5,9%	5,9%	17,6%	52,9%	11,8%	100,0%
	8		5,9%	5,9%	35,3%	29,4%	23,5%	100,0%
	9		12,5%		37,5%	25,0%	25,0%	100,0%
	10-19	7,3%	12,2%	12,2%	31,7%	24,4%	12,2%	100,0%
	20 og høyere	1,9%	13,0%	11,1%	37,0%	24,1%	13,0%	100,0%
Total		4,9%	10,2%	13,3%	31,1%	26,1%	14,4%	100,0%

Tabell 5 – Vurdering av pasientrommet i forhold til liggetid på sykehus

		Maleriene						Total
		1	2	3	4	5	6	
rekodet liggetid	1			60,0%	40,0%			100,0%
	2	20,0%	20,0%	12,0%	24,0%	12,0%	12,0%	100,0%
	3	7,7%	15,4%	15,4%	7,7%	30,8%	23,1%	100,0%
	4	16,1%	12,9%	35,5%	16,1%	16,1%	3,2%	100,0%
	5	23,8%	19,0%	9,5%	33,3%	4,8%	9,5%	100,0%
	6	13,3%	20,0%	13,3%	33,3%	20,0%		100,0%
	7	26,7%	6,7%	13,3%	40,0%	6,7%	6,7%	100,0%
	8	7,7%	15,4%	38,5%	15,4%	7,7%	15,4%	100,0%
	9	14,3%		14,3%	71,4%			100,0%
	10-19	26,7%	13,3%	20,0%	30,0%	10,0%		100,0%
	20 og høyere	17,0%	17,0%	19,1%	17,0%	14,9%	14,9%	100,0%
Total		18,0%	14,9%	20,7%	25,2%	12,6%	8,6%	100,0%

Tabell 6 – Pasientenes vurdering av maleriene/liggetid

		Bad						Total
		1	2	3	4	5	6	
rekodet liggetid	1	20,0%		40,0%	20,0%	20,0%		100,0%
	2	6,9%	6,9%	17,2%	34,5%	13,8%	20,7%	100,0%
	3		6,3%	18,8%	18,8%	31,3%	25,0%	100,0%
	4	3,2%	12,9%	29,0%	29,0%	19,4%	6,5%	100,0%
	5	16,7%	4,2%	16,7%	25,0%	16,7%	20,8%	100,0%
	6	7,1%	7,1%	35,7%	28,6%	14,3%	7,1%	100,0%
	7	6,3%	12,5%	12,5%	25,0%	37,5%	6,3%	100,0%
	8		13,3%	6,7%	46,7%	6,7%	26,7%	100,0%
	9			25,0%	62,5%	12,5%		100,0%
	10-19	11,9%	14,3%	16,7%	31,0%	16,7%	9,5%	100,0%
	20 og høyere	5,8%	13,5%	26,9%	32,7%	11,5%	9,6%	100,0%
Total		7,1%	10,3%	21,4%	31,3%	17,1%	12,7%	100,0%

Tabell 7 – Pasientenes vurdering av bad/liggetid

Pasientenes vurdering av estetikk etter aldersgruppe

I de følgende tabeller vises resultatene av gjennomsnittsvurdering for de forskjellige indeksene og i forhold til aldersgruppe. Den raskeste måten å få en oversikt over om estetikk vurderingen varierer med alder, er å sammenligne gjennomsnittet til undergruppene (eks. over 30 til 50) med totalen, og sammenligne de ulike undergruppene. Som en tommelfingerregel bør forskjellen mellom gjennomsnittene være på om lag ett standardavvik for at sammenhengen er signifikant.

Alder		Orden	Sosialitet	Generell harmoni	Mat	Generell vurdering av utsmykning
Under 30 år	Mean	5,03	4,12	3,74	4,49	2,94
	N	43	43	43	42	38
	Std. Deviation	,708	1,030	,827	,896	1,358
Over 30 til 50	Mean	5,13	4,36	3,92	4,62	2,79
	N	97	97	97	97	87
	Std. Deviation	,652	1,028	,850	1,097	1,324
over 50	Mean	5,25	4,85	4,55	5,09	3,33
	N	151	151	147	144	116
	Std. Deviation	,777	1,083	,971	,952	1,520
Total	Mean	5,18	4,58	4,22	4,84	3,08
	N	291	291	287	283	241
	Std. Deviation	,729	1,094	,972	1,027	1,443

Tabell 8 – Pasientenes vurdering av estetisk kategori etter aldersgruppe

I forhold til orden, viser gjennomsnittsvurdering for de tre aldersgruppene en jevn fordeling rundt (5) bra, ut fra skala. Sosialitet vurderes til (4+), det vil si nokså bra i gruppene. Harmoni, vurderes av de under 30 år, som 3,74, nokså dårlig, de som er over 30 og til 50 år vurderer harmoni til 3,92, og de over 50 år vurderer harmoni, til 4,22, det vil si nokså bra. Mat vurderes til nokså bra til bra i gruppene. Utsmykning vurderes av de under 30 år og de som er mellom 30 og 50 år, til 2,94 og 2,79. Det vil si at utsmykningen vurderes som dårlig, mens de som er over 50 år, vurderer utsmykningen til 3,08, hvilket tilsvarer nokså dårlig.

Alder		Inntrykk av de forskjellige rom	Vurdering av pasient/sykerommet i henhold til lys	Vurdering av pasient/sykerommet i henhold til farve	Vurdering av form og kvalitet på møbler gardiner og design	Din vurdering av det du hører
Under 30 år	Mean	3,76	4,06	3,35	3,24	3,82
	N	42	41	41	41	41
	Std. Deviation	1,03	,89	1,19	1,18	1,19
Over 30 til 50	Mean	3,70	4,01	3,32	3,27	3,51
	N	95	93	94	95	95
	Std. Deviation	1,11	1,10	1,19	1,17	1,13
Over 50	Mean	4,16	4,52	4,17	4,03	4,00
	N	146	140	135	138	134
	Std. Deviation	1,12	1,07	1,22	1,2	1,16
Total	Mean	3,95	4,28	3,75	3,65	3,80
	N	283	274	270	274	270
	Std. Deviation	1,12	1,08	1,27	1,27	1,17

Tabell 9 – Pasientvurdering i forhold estetisk kategori/aldersgruppe

Inntrykk av de forskjellige rom varierer her mellom 3,76 for gruppen under 30 år og gruppen mellom 30 og 50 år, det vil si dårlig. For gruppen over 50 år er vurderingen noe bedre, 4,16, hvilket kommer inn under nokså dårlig. Svarene for kategoriene ligger stort sett mellom 3 og 4, som tilsvarer dårlig til nokså dårlig for de tre aldersgruppene.

Alder		Din vurdering av det visuelle	Tilbud om hjelp	Effekt helse	Estetikk og valg	Luft, ventilasjon og lukt
Under 30 år	Mean	4,25	2,97	4,00	2,84	3,98
	N	40	28	39	37	41
	Std. Deviation	1,25	1,72	,89	1,11	1,25
Over 30 til 50	Mean	4,40	3,57	4,37	2,80	4,22
	N	93	70	93	87	94
	Std. Deviation	1,28	1,87	1,05	1,21	1,01
Over 50	Mean	4,45	3,91	4,53	2,78	4,46
	N	137	112	140	116	138
	Std. Deviation	1,25	1,56	1,07	1,36	1,29
Total	Mean	4,41	3,67	4,40	2,80	4,30
	N	270	210	272	240	273
	Std. Deviation	1,26	1,71	1,05	1,26	1,20

Tabell 10 – Pasientvurdering i forhold estetisk kategori/aldersgruppe

Vurdering av det visuelle er her noe i overkant av (4), nokså bra, i aldersgruppene. Vurdering av tilbud om hjelp er noe forskjellig. I aldersgruppen under 30 år vurderes tilbud om hjelp til 2,97, noe under dårlig. Gruppen 30 til 50 år vurderer hjelptilbud som 3,57, og gruppen over 50 år til 3,67, det vil si noe bedre enn nokså dårlig tilbud om hjelp. Indeks over effekt på helsen vurderes noe bedre enn nokså stor, (4+). Valgmuligheter vurderes til mellom dårlig og nokså dårlig (2+), av alle aldersgruppene. Luft, ventilasjon og lukt vurderes av gruppen under 30 år, til mellom 3,98 og 4,22, av gruppen mellom 30 og 50 år vurderes luft, ventilasjon og lukt til 4,22, og av gruppen over 50 år, er vurderingen 4,3. Det synes ikke å være markante forskjeller i vurderingen i forhold til alder på pasientene.

Kjønn		Orden	Sosialitet	Generell harmoni	Vurdering av mat
Kvinne	Mean	5,22	4,55	4,12	4,86
	N	184	184	181	178
	Std. Deviation	0,69	1,09	1,01	1,05
Mann	Mean	5,08	4,58	4,35	4,79
	N	101	101	101	100
	Std. Deviation	0,77	1,07	0,88	0,96
Total	Mean	5,17	4,56	4,20	4,83
	N	285	285	282	278
	Std. Deviation	0,72	1,08	0,97	1,02

Tabell 11 – Vurdering av estetikken i omgivelsene i forhold til pasienter/kjønn

Det fremgår av analysen at kjønn ikke gir bemerkelsesverdige forskjeller i vurdering av estetikken i omgivelsene. Det er av den grunn bare satt inn én tabell her.

8.3 Delstudie IV – analyse av spørreskjema til sykepleiere

Delstudie IV er en analyse av spørreskjema til sykepleierne ved de seks sykehus som deltok i undersøkelsen. Det er sykepleiere som arbeider ved de samme sykehus, hvor pasienter svarte på spørreskjema angående deres vurdering av estetikken i omgivelsene. Det var av interesse å få sykepleiernes vurdering av det samme miljø, av de samme omgivelsene, for å sammenlikne pasientenes og sykepleiernes vurdering, og videre å få en vurdering av de områdene som var av spesifikk interesse for sykepleierne. Det gjengis tabeller som viser vurderingen som gjennomsnitt fra alle sykehusene samlet og i forhold til det enkelte sykehus. Videre vises det tilfeldig valgte tabeller som viser eventuelle forskjeller som fremkommer ved en krysstabulering av estetikkvurdering ut fra alder og fra kjønn. Validitet og reliabilitet drøftes. Til slutt utledes det en konklusjon fra analysen av spørreskjemaene, til sykepleierne.

Totalt ble det distribuert 429 spørreskjema til sykepleierne ved de sykehusene som deltok i undersøkelsen (vedlegg VII). Det ble motatt 344 besvarte spørreskjemaer fra sykepleierne, det vil si at 80 % svarte på spørsmålene. Undersøkelsen ble møtt med stor interesse fra de ledende sykepleierne som deltok ved orienteringsmøte da avtale skulle inngås. Den høye svarprosent kan tyde på en generell interesse for tema og for at undersøkelsen ble gjennomført. Svar fra sykepleierne ved sykehus 2 er tatt med i gjennomsnittsvurderingen av det estetiske miljø ved alle sykehusene, tabell 12, men de blir ikke med i den videre beregning på grunn av lavt antall svar. Det ble til sykehus 2 tilsammen sendt ut 100 spørreskjemaer. Fra dette sykehus mottok jeg 31 svar, hvilket tilsvarer en svarprosent på 31, hvilket ansees for lavt til å gi et reliabelt materiale til en statistisk beregning⁹². I den videre analyse er N = 298, det vil si at det ble utdelt 329 spørreskjemaer til 6 sykehus og det ble motatt 298 svar, 90 %⁹³. Spørreskjema til sykepleiere inneholder 48 spørsmål som angår det estetiske miljø og 11 spørsmål som angår pasientene, hvorav 3 er åpne spørsmål. I de statistiske tabellene er spørsmålene ordnet i grupper og samlet i 9 variabler/indekser, redegjort for i kapittel 7 og vist i tabell 2. Vurderingen er ut fra samme skala som til pasientene fra 1 til 6. I tabell 12 er sykehus 2 med i vurderingen.

⁹² Ved forespørsel angående lav svar respons ble det oppgitt at sykehuset var under ombygging/oppussing og at personalet derved anså det til å være for travelt og for mye uregelmessighet til at det var hensiktsmessig å delta i undersøkelsen.

⁹³ For de seks sykehus var svarprosenten fra sykepleierne høy, 90 % gjevnt fordelt fra sykehusene. Det er ikke regnet ut svarprosent fra sykepleierne ved de enkelte sykehus.

Indeks nr.	Indeks navn	Mean	N	@
1	Generell estetikk	3,6	372	.82
2	Vurdering av farve	3,7	370	.90
3	Vurdering av utsikt	3,3	373	
4	Lysforhold	4,1	370	.89
5	Estetikkenes effekt på pasienten	4,6	369	.69
6	Effekt på egen helse	4,0	365	
7	Vurdering av arkitektur	3,3	362	.71
8	Sosiale effekter på pasient	5,0	365	.39
9	Støy og lyd nivå	3,8	367	.87

Tabell 12 – Sykepleiernes vurdering av det estetiske miljø ved alle sykehusene

Indeks 1 angår kunst, malerier, tekstiler. Indeks 2 angår fargene på og i de forskjellige rom. Indeks 3 angår naturlig lys og utsikt i/fra de forskjellige rom. Disse tre indekser vurderes til mellom nokså dårlig og nokså bra, 3.3 – 3.7. Indeks 4, angående lysforhold på de forskjellige rom, vurderes til nokså bra, 4.1. Indeks 5 angår estetikkenes påvirkning på pasientens helse som ansees å være litt positiv til positiv, 4.6 på svarskala, og det samme gjelder for påvirkning på egen helse, som det fremgår av indeks 6, hvor estetikken vurderes til å ha litt positiv påvirkning 4. Indeks 7 angår arkitektur og vurderes som nokså dårlig, 3.3. Indeks 8 stiller spørsmål om hva sykepleieren mener om blomster, planter, sykehusstøy, bilders motiv og størrelse, og vurderes til 5, det vil si at sykepleierne mener disse områdene har stor innvirkning på pasientene. Indeks 9 angår støy og den vurderes mellom nokså dårlig og nokså bra, 3.8, hvilket tolkes til at sykepleierne mener støynivået er sjenerende.

Tabell 14 viser aritmetrisk gjennomsnitt (M) for hvordan sykepleierne ved de enkelte sykehus vurderer det estetiske miljø. Her er sykehus 2 utelatt.

<u>Sykehus</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
1 Estetikk	3.5	4.8	3.8	3.5	4.	3.5
2 Farver	4.	4.5	3.6	3.4	4.	3.5
3 Utsikt	3.6	4.1	4.3	3.2	3.2	3.2
4 Lysforhold	4.	4.6	4.2	4.	4.3	4.1
5 Effekt på pasienter	4.8	4.8	4.7	4.6	4.6	4.6
6 Effekt på egen helse	4.3	4.3	4.3	4.1	4.4	4.2
7 Arkitektur	3.7	5.3	4.5	3.1	3.4	3.4
8 Sosiale effekter	4.5	4.	5.1	4.6	4.6	4.8
9 Støy/lyder	4.1	4.3	3.2	3.6	4.	3.9
N=	14	13	19	146	17	116

Tabell 13 – Sykepleiernes vurdering av estetikken ved de forskjellige sykehus

(Som det fremgår av tabellene 12 og 13 er det merket ut med rød skrift de svar som tilsier en vurdering mellom nokså dårlig og nokså bra. Grønn skrift er anvendt for å markere resultater som angår effekt eller påvirkning for helse)⁹⁴. Den påvirkning og effekt sykepleierne mener et estetisk miljø har på pasienters og egen helse, er kun subjektive vurderinger. Fra vurderingen fremkom det at de mente estetikk påvirket helsen som litt positivt til positivt, eller hadde nokså stor til stor effekt på psykisk og fysisk helse. I spørreskjemaet ble det ikke stilt spørsmål til effekt på pasientens/sykepleierens helse med åpenhet for et svar som tilsa at estetikk ikke påvirker i det hele tatt. I den sammenheng kunne det med fordel vært satt inn en grad som tilsvarte ‘påvirker ikke i det hele tatt’ (det nærmeste svar til denne vurdering vil være: I svært liten grad).

Sykepleiernes vurdering av estetikken i omgivelsene viser noen kjønnsrelaterte divergenser på enkelte områder, for eksempel vurdering av utsikt hvor menn vurderer til (mean) 2,67, og

⁹⁴ Dette er gjort for å gjøre lesing av tabellene enklere, men vises ikke i bokutgaven.

kvinner til 3,34. Alle tabellene finnes i det vedlagte statistiske materialet, men noen vises her som eksempler.

Kvinne // mann		Generell estetikk	Vurdering av farve	Vurdering av utsikt	Lysforhold
kvinne	Mean	3,6	3,6	3,3	4,1
	N	296	295	296	295
	Std. Deviation	1,05	,99	1,09	,74
mann	Mean	3,1	3,2	2,6	3,9
	N	17	16	17	17
	Std. Deviation	1,05	,8	1,16	,57
Total	Mean	3,6	3,5	3,3	4,1
	N	313	311	313	312
	Std. Deviation	1,06	,99	1,10	,74

Tabell 14 – Sykepleiernes vurdering av estetikk ut fra kjønn

Estetikkenes effekt på egen helse vurderer menn til 3,79 og kvinner til 4,19. Det kan tyde på at de kvinnelige sykepleierne mener estetikk har noe større innflytelse på den egne helsen enn de mannlige sykepleierne. Arkitektur vurderes til 3,46 av kvinner og til 2,84 av menn. De sykepleierne som er menn gir arkitekturen en lavere vurdering. Forskjellene synes ikke så markante mellom kvinne og mann, men totalt er vurderingen på alle områder mellom nokså dårlig til nokså bra. Det er ikke noen av indeksene som gir 'bra' som vurdering.

Kvinne// mann		Estetikkenes effekt på pasienten	Omgivelseneffekt på egen helse	Vurdering av arkitektur	Sosiale effekter på pasient
kvinne	Mean	4,6	4,1	3,4656	4,6
	N	293	294	291	292
	Std. Deviation	,59	,94	1,05	,79
mann	Mean	4,4	3,7	2,8	4,8
	N	17	17	17	15
	Std. Deviation	,63	,86	,88	,79
Total	Mean	4,6	4,1	3,4	4,6
	N	310	311	308	307
	Std. Deviation	,59	,94	1,05	,79

Tabell 15 – Sykepleiernes vurdering av estetikk ut fra kjønn

Det gjengis her noen eksempler på forskjellighet i vurdering av estetikken i miljøet som kan være aldersbestemt.

Vurdering i forhold til aldersgruppe	Estetikken generelt på posten						Total
	1	2	3	4	5	6	
under 30	1,4%	12,9%	25,7%	30,0%	28,6%	1,4%	100,0%
over 30 under 50	2,6%	10,5%	17,9%	35,3%	28,9%	4,7%	100,0%
over 50		2,2%	15,6%	20,0%	53,3%	8,9%	100,0%

Tabell 16 – Sykepleiernes vurdering av indeks generell estetikk ut fra aldersgruppe

Estetikken generelt vurderes av gruppen under 30 år til hovedtyngden på (4), det vil si nokså bra, 28,6 % på bra og 25,7 % på nokså dårlig. I aldersgruppen mellom 30 og 50 år vurderer 35,3 % estetikken generelt til å være (4), nokså bra. I aldersgruppen over 50 år er det 20 % som vurderer til (4), nokså bra, mens 28,9 % synes den er bra (5). 15,6 % vurderer til (3), nokså dårlig.

Vurdering i forhold til aldersgruppe	1	2	3	4	5	6	Total
Under 30	4,0%	17,3%	24,0%	32,0%	20,0%	2,7%	100,0%
Over 30 under 50	7,5%	14,0%	24,5%	33,5%	19,5%	1,0%	100,0%
Over 50	2,2%	2,2%	15,6%	46,7%	31,1%	2,2%	100,0%
Total	5,9%	13,1%	23,1%	35,0%	21,3%	1,6%	100,0%

Tabell 17 – Sykepleiernes vurdering av indeks maleriene ut fra aldersgruppe

46,7 % over 50 år vurderte maleriene som nokså bra (4), og 15,6 % vurderte dem til nokså dårlig, mens 31,1 % vurderer dem som bra. Generelt gis maleriene en lavere score av dem mellom 30 og 50 år og av gruppen under 30 år.

Vurdering i forhold til aldersgruppe	1	2	3	4	5	6	Total
under 30	5,5%	21,9%	24,7%	30,1%	17,8%		100,0%
over 30 under 50	13,0%	14,5%	24,5%	22,5%	20,0%	5,0%	100,0%
over 50	2,2%	8,9%	15,6%	40,0%	24,4%	8,9%	100,0%
Total	9,7%	15,4%	23,3%	26,7%	20,1%	4,4%	100,0%

Tabell 18 – Sykepleiernes vurdering av indeks farvene ut fra aldersgruppe

Farven på pasientrommene vurderer 21,9 % under 30 år til dårlig (2), og av dem over 50 år er det 8,9 % som vurderer farvene til 2 på skalaen. Over 50 år vurderer 40 % farvene på pasientrommene som nokså bra (4), mens hos de under 30 år er det 30,1 % som gir samme vurdering (4), nokså bra. I mellomalderen 30 – 50 år er det 22,5 % som gir vurdering (4), og i samme gruppe er det 13 % som vurderer farve på pasientrom til svært dårlig (1). I gruppen over 50 år er det 2,2 % som vurderer farven til svært dårlig (1). Det tolkes til at de yngre gruppene er mindre fornøyd enn de over 50 år.

Diskusjon av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene

Resultatene fra spørreundersøkelsen til pasienter og til sykepleierne vil være subjektive vurderinger. Svarene vil avhenge av de forventninger som deltagerne har til estetikken i sykehusene og hva de sammenligner med. Mange personlige forhold vil komme i betraktning i forhold til de individuelle vurderinger. Disse divergenser fremkommer ikke i denne undersøkelsen, som tilstreber en gjennomsnitts vurdering av estetikken i sykehusene, og den betydning den vurderes til å ha for pasienters og sykepleieres helse.

En så stor spørreundersøkelse viser den generelle oppfatning, vurdering og opplevelse pasienter og sykepleiere har av omgivelsenes estetikk, i de sykehus som deltar i undersøkelsen. Hvis man ser på vurderingene fra pasienter og sykepleiere, er variablene og spørsmålene noe forskjellig. Jeg mener at man likevel kan finne sammenfallende tendenser og mønstre. Tabell 1, variabel nr. 13, som viser pasienters subjektive vurdering av estetikkens påvirkning på helse og velvære, fremgår det at estetikk vurderes til å ha en litt positiv til ganske stor positiv effekt, hvis estetikken er ivaretatt. I tabell 15, variabel nr. 5, som angår sykepleierenes vurdering av estetikkens effekt og påvirkning på helsen, psykisk og fysisk, så viser resultatet at det vurderes til å være i nokså stor grad til i stor grad. Sykepleiernes

vurdering av den sosiale effekt et estetisk miljø har for pasientene, tilsvarer litt positiv til positiv effekt. Pasientene ble ikke spurt om den sosiale effekt.

Sykepleiernes vurdering av estetikken på det enkelte sykehus (tabell 16), viser antatt effekt på egen helse ligger mellom nokså stor til stor. Denne vurdering fra pasienter og sykepleiere støttes av den undersøkelse som ble gjort av Beil–Hildebrand i 1992, som viser at estetikken i omgivelsene i høy grad påvirker pasientene. Det samme gjør undersøkelsene til Ulrich (1984, 1985, 1991 og 2001). Man kan også vise til den konkrete effekt som man fant ved Det Norske Radiumhospital (Fjeld, 1998b), som referert tidligere i avhandlingen. Sykepleierne vurderer påvirkning av estetiske omgivelser til å være større på pasienter enn på sykepleiere. Lysforholdene, på alle sykehusene, vurderes av sykepleierne til nokså bra, og det samme vurderes de til av pasientene. Sykepleierne vurderer den generelle estetikken, farver, utsikt, arkitektur og støy til mellom nokså dårlig og nokså bra. Dette vil si at det vurderes generelt til dårligere enn nokså bra. Pasientenes vurdering samsvarer her med sykepleiernes, som også ligger lavere enn nokså bra. Dette tyder på at estetikken generelt kan bedres eller høynes. Fargene kan velges ut fra brukerens behov, og ut fra den kunnskap som finnes om farvers påvirkning. Utsikt er heller ikke ivaretatt på en god måte, det viser hvor viktig vinduenes størrelse og plassering er. Arkitekturen generelt gis også en lav vurdering. Det generelle støynivået vurderes også til å være for høyt, og derved antatt sjenerende. Det fremgår ikke av spørreskjemaene hva som forårsaker støyen, men det antas å være alt fra dører som smeller, aktivitetsstøy, gjenklang i rom til støy fra omgivelsene utenfor sykehuset. Sykehus nr. 3 skiller seg markert positivt ut, som det fremgår av tabellene 4 og 16. Dette gjelder vurdering både av pasienter og av sykepleiere. Estetikken vurderes ved sykehus 3, av både sykepleiere og pasienter, til å ha betydning, i ganske høy grad til i svært høy grad.

Når det gjelder pasientenes valgmuligheter innen musikk, kunst, underholdning og lesestoff, er det gjennomgående dårlig til nokså dårlig. Dette tyder på at pasientene ikke har tilbud fra artotek eller andre tilbud. Sykehus nr. 3 scorer også her høyere med en vurdering på mean = 4,1, hvilket tilsvarer nokså bra. Et visst tilbud på dette området som kan gi variasjon.

Validitet vedrørende spørreskjemaundersøkelsene

Svarene på spørreskjemaene skal kunne kodifiseres og kvantifiseres. Svarene skal ikke fortolkes, og det stilles krav til en presis formulering av spørsmålene og til svarkategoriene. Krav til generaliserbarhet er avhengig av hvor representativt utvalget for spørreskjema-

undersøkelsen er, samt svarfrekvens. “Kravet om generalitet innebærer også at resultatene må ha ‘teoretisk relevans’. Det vil si at en må kunne sette denne spesielle undersøkelsens resultater inn i en større, teoretisk sammenheng” (Sund, 1987, s. 21). Spørsmålene må være representative i forhold til tema og forskningsspørsmål. Begrepsvaliditet ansees for å være uttrykk for at man måler eller får svar på det man ønsker å registrere. Empirisk validitet vil si at selve innsamlingen og behandlingen av data er utført så nøyaktig som mulig.

Utvalget for undersøkelsen er representativt for de somatiske sykehus, og svarfrekvensen er høy. Det stilles mange spørsmål, med en presis formulering, for å dekke det som angår estetikken i sykehusene. Innsamling og analyse av data er utført så nøyaktig som mulig.

Reliabilitet vedrørende spørreskjemaundersøkelse

I analyse av spørreskjemaene er spørsmål innen samme område samlet i indekser. Alpha er gjennomgående meget høy, hvilket viser høy reliabilitet i forhold til spørreskjemaene, både til sykepleierne og pasientene. Dette er positivt i forhold til undersøkelsens reliabilitet.

For en spørreskjemaundersøkelse av denne art er reliabiliteten avhengig av presisjon, objektivitet og koherens. Krav til systematikk oppfylles ved at alle respondenter får de samme spørsmål. Presisjon er avhengig av klart formulerte spørsmål, at spørsmålene dekker det respondenter vil svare, samt nøyaktighet under hele forskningsprosessen. Undersøkelsen kan gjentas slik at man kan kontrollere om resultatene beror på tilfeldigheter, men i denne undersøkelsen vil en retest være i forhold til en annen undersøkelsespopulasjon. Stabilitetsreliabilitet er derfor ikke særlig aktuelt.

Spørreskjemaundersøkelsen, hvor sykepleiere vurderte det estetiske miljøet på de somatiske sykehusene de arbeider på, resulterte i en god oversikt over deres vurdering og mulighet for en sammenligning av hvordan pasientenes vurdering samstemmer med sykepleiernes.

8.4 Konklusjon fra spørreskjemaundersøkelsene vedrørende estetikk

Etter å ha samlet inn og analysert spørreskjemaene, dannet de resultatene som kom frem grunnlag for videre forskning. Det ble antatt at det ikke ville fremkomme særlig mye ny kunnskap ved å foreta intervju av de samme informantgruppene. Det ble derfor valgt å foreta intervju av informanter som var å anse som eksperter.

Konklusjon fra spørreskjemaundersøkelsen (sykepleiere og pasienter) kan sammenfattes i følgende:

- Estetikken generelt i sykehus vurderes å være lavere/dårligere enn nokså bra
- Arkitektur vurderes til nokså dårlig av både pasienter og sykepleiere
- Valgmulighetene vedrørende estetiske stimuli er gjennomgående dårlig til nokså dårlig for pasientene

Subjektiv antagelse og vurdering:

- Estetikk virker i noen til i ganske høy grad inn på helse og velvære ut fra pasientenes vurdering
- Estetikk har nokså stor til stor påvirkning på den fysiske helsen både for pasienter og sykepleiere
- Estetikk har litt positiv til positiv sosial og psykisk effekt på pasientene ut fra sykepleiernes vurdering
- Estetikk har nokså stor påvirkning på sykepleiernes psykiske helse

Delstudiene III og IV gir verdifulle data til delmålet: å kartlegge og å undersøke hvordan estetikken er ivaretatt ved norske somatiske sykehus, samt til den del av forskningsspørsmål 4⁹⁵ som angår pasienter og sykepleiere. Delstudiene III og IV er begrenset til å gi en generell subjektiv vurdering av estetikken i omgivelsene. Det var en generell oversikt over hvordan pasienter og sykepleiere vurderte estetikken ivaretatt ved de norske somatiske sykehus, som var hensikten med denne del av forskningen.

Hensikten er å få utvidet datatilfang, vedrørende ivaretagelse av estetikken i sykehus. Neste fase er kvalitative forskningsintervju av eksperter. Resultatene gir økte muligheter til å generere ansatser til teori for det estetiske miljø.

⁹⁵ Hvordan vurderes det estetiske miljø i norske somatiske sykehus av pasienter, sykepleiere og av eksperter?

8.5 Delstudie V – analyse og tolkning av kvalitative forskningsintervju

Delstudie V er kvalitative forskningsintervju av 16 eksperter. Intervjuene har gjennomgående tre vinklinger som er retningsgivende for struktur i resultatfremstillingen: Hvordan det estetiske miljø på sykehusene ble vurdert, hva som vektlegges og hvordan informantene ønsket det kunne være på sykehus. Intervjuene foregikk i form av samtaler, hvor informanten selv primært førte ordet. Det var informantens egne opplevelser og vurderinger angående estetikken i sykehusene, som en ønsket å få frem. Invarianser og varianser som utkrystalliserte seg og ble vektlagt drøftes på et teoretisk nivå. Delstudie fem avsluttes med en drøfting angående intervjuenes reliabilitet og validitet. Som tidligere nevnt var det ikke noe ønske om anonymisering fra informantenes side. Som forsker har jeg likevel ansvar for anonymisering i størst mulig grad. Intervjuene foregikk enten i informantenes hjem, på deres kontor/arbeidsplass eller på mitt kontor.

Resultat fra de kvalitative forskningsintervju

I det følgende blir det gjengitt resultat fra kvalitative forskningsintervju som eksempler på ekspertenes vurdering av estetikken i sykehus. Da det er stor overenstemmelse i informantenes vurdering, hva de vektlegger og hva de ønsker skulle vært bedre, så velges det å sette intervju 8 – 16 som vedlegg (XVI). Dette gjøres for å unngå unødige gjentakelser.

Tolkning og analyse av de kvalitative intervjuene gjøres ut fra Kvale (Kvale, 1992, 1994a, 1994b, 1997). Det gis først en kort presentasjon av informantene. Dernest gjengis intervjuet ut fra et selvforståelses nivå, hvor utsagn og innhold i intervjuet er konkretisert og gjengitt i kondensert form, en sammenfatning av det informanten selv forstår som meningen i det som sies. Meningsinnhold er syntetisert i korte setninger og skrevet i kursiv. Hvert intervju tolkes videre på et common sense nivå, hvor en bredere forståelsesramme, data om informanten, og allmenkunnskap trekkes inn. Det teoretiske analyse og tolkning ble foretatt samlet for å unngå unødige gjentakelser, og for å få et helhetlig bilde.

Det var ikke estetiske omgivelser (Informant 1)

Informanten er interiørarkitekt, kunstmaler og spesialist på utforming av kirkekunst i form av tekstiler, messehagler og annet. Hun har flere sykehusopphold bak seg, men alle for noen år siden. Hun har også vært pårørende til pasienter fra den nærmeste familie som har vært innlagt ved forskjellige sykehus. Informanten vokste opp i kolonitidens India, hvor hennes far hadde en ledende stilling. Hun tilbrakte som barn mange år i et kloster, hvor hun fikk sin

skolegang. Det var et meget strengt miljø i klosteret og hun mener selv at det har preget henne på en negativ måte, for hele livet. Den enorme fattigdom og klasseforskjell hun opplevde i India gjorde også sterkt inntrykk. Sin utdannelse innen estetiske fag har hun fra København, Zürich og Oslo. Hun har i mange år vært plaget av sterke migreneanfall. Intervjuedes vurdering av estetikk i sykehus kan sammenfattes på følgende måte, tolket på et selvforståelsesnivå:

Det var ikke en estetisk opplevelse. Der var ingen bilder som ga noe, jeg går alltid og kikker på bildene. Noen bilder kan være dystre, andre glade, det er sjelden at det er noe jeg virkelig 'faller' for, men jeg liker jo å se på dem. Farvene på rommene er som oftest lyse og intetsigende, og gardinene er heller ikke så veldig velvalgte når det gjelder farver og mønstre. Belysningen bør være slik at den ikke blander eller skinner i øynene. Taklyset var veldig sjenerende og blendende, det var ingen dekor i taket. Sollys kan være så sterkt og direkte at det sjenerer. Det var ingen underholdning annet enn TV. Det ble heller ikke gitt noe tilbud om stell av negler, føtter, hårvask eller make up. En pasient jeg besøkte var en måned på sykehuset, før hun døde. Hun ble lykkelig da jeg masserte og stelte negler, føtter og hender på henne. Neglene var lange, brukne og skarpe. Ingen av betjeningen tilbød seg å stelle henne, heller ikke å vaske håret hennes.

Jeg følte meg nokså latterlig i sykehustøyet, selv om det skal passe mange så [.....]. Angående lyder så var det svært mye trafikkstøy. Jeg ble vekket av kraftig støy og krasse lyder fra fugler, det startet kl 4. hver morgen. Det var forferdelig, enerverende. Jeg reagerte også veldig på snorking fra medpasienter. På sykehusene var det var en travel atmosfære. Personalet har det travelt, de er søte og hyggelige, men de er ikke 'gjørende'. Hygienen var bra. Medpasientene er meget viktig, at man har det hyggelig, litt humor og at man opplever et fellesskap. Det jeg ville ønsket var lette gardiner som siler sollyset igjennom, utsikt, frisk luft, friskt vann, tilgang til for eksempel diktopplesning, lydbøker. Omgivelsene virker klart inn på både pasientene og de som arbeider der. Et estetisk miljø kan virke provoserende på personalet på den måten at de må passe inn, man må stille opp i forhold til omgivelsene, det kan virke krevende for personalet. Men, det må ikke være påtrengende pent.

Tolkning og analyse på et common sense nivå gir en bredere forståelsesramme. Hennes yrke, utdannelse og oppvekst gir større forståelse for de data som er gjengitt på selvforståelsesnivå. For eksempel i forhold til hennes uttalelse om bilder. Bilder er det første som nevnes.

Intervjuer forstår hennes bruk av begrepet 'bilder' slik at hun mener forskjellige former for bilder, som kan være fotografier, malerier, litografier og annet. Hennes ønske i forhold til bilder tolkes som behov for å kunne oppleve noe vakkert og inspirerende. Videre skal bildene engasjere, ut over det rent visuelle. De skal gi noe. Et bilde har for eksempel mulighet til å gi økt forståelse, det kan åpenbare nye sider ved motivet, det kan inspirere ved å utfordre, provosere, eller det kan for eksempel virke trøstende. Noen bilder er dystre, andre kan være glade. Informanten lengtet ut fra sykehuset, og bildene kunne vært et middel for i hvert fall å bevege seg ut via fantasi og tanker hvis *de ga noe* (jfr. illustrasjon 3). Hun maler selv, og bruker mange metoder i bildene Dette sier kanskje noe om behovet for at bildene skal gi noe. Det kan virke spennende å se hvordan en annen kunstner 'fører penselen' eller lar 'fargene tale'.

Farvene på rommene var intetsigende. En farve som karakteriseres som intetsigende tolkes som at det er en mangel på farvedominans i den farve som er rådende på rommet. Farver er svært viktige for velvære. Farver kan medvirke til å gi en hjemlig følelse. En intetsigende farve vil ikke formidle noe budskap verken som delikat, vennlig, beroligende eller motsatt. "We know perfectly well that it is quite possible to construct with colors [.....] (Gadamer, 1977/02, s. 26).

Informanten legger stor vekt på lysets betydning. Ut fra kunnskap om hennes migreneplager kan det tolkes som medvirkende til at hun er så opptatt av lyset og dets påvirkning. Skarpt og blendende taklys kan være en ekstra påkjenning for en pasient som har hodepine. De sykehus som hun hadde vært pasient på hadde alle sjenerende og blendende taklys. Jeg forstår det som at de svært vanlig brukte metallkassene med neonlys, gir et ubehagelig, blendende og grelt lys. Hun sier at også sollys kan være for voldsomt, det kan være så sterkt og direkte at det sjenerer. Sollys er positivt, men kan være ubehagelig hvis det skinner direkte på pasienten, da kan det med fordel være lette, tynne gardiner som brukes for å bryte solstrålene. Uttalelsene, som angår lysets påvirkning, tolkes å være noe betinget av informantens migreneplager.⁹⁶ Videre antas det også at hennes yrke som interiørarkitekt fører til at hun vurderer lysets muligheter og innvirkning på interiør ut fra den kunnskap og erfaring hun har på området. Det fremgår at det er ønskelig med store vinduer med utsikt, ikke bare utsyn. Et tak hvor det er dekorasjoner eller annet som kan engasjere ønskes.

⁹⁶ Ved anfall av migrene er pasientene ofte våre for sterkt lys.

Intervjuede har en klar erindring angående lyd og de forskjellige lyder som opplevdes. De fleste var sjenerende og irriterende. Støy fra fugler som startet dagen i 4-tiden, hvor de utstøtte krasse lyder, en kraftig støy som vekket henne og førte til dårlig søvn. Ikke alle fugler er behagelige å lytte til, noen kvitrer vakkert, mens andre kan oppleves som om de tretter og skjenner på hverandre. Andre sjenerende lyder var snorking fra medpasienter og likedan trafikkstøy, som varte til 3–4 tiden, for så å bli avløst av de støyende fuglene. Hennes beskrivelse av lyder ga en utvidet forståelse av de forskjellige lydenes påvirkning.

Intervjuede ga uttrykk for at hun følte seg latterlig i sykehusstøyet. Hun er vant til å kle seg med omhu, enten det er dag eller natt. Å måtte iføre seg sykehusets skjorter, truser og morgenkåpe, som nok er funksjonelt, men som ellers kan sies å være blottet for estetikk, opplevdes som en nedvurdering og latterliggjøring. Å gjøre til latter vil si å krenke, og er uetisk. Det er å vise mangel på respekt. I grunnen kan det oppfattes som en form for mobbing. Denne nedvurdering, blir ytterligere forsterket ved manglende tilbud om hjelp til personlig stell av hår, negler og føtter. En tolker dette som uttrykk for at informanten følte seg ustelt, men ville ikke 'plage' betjeningen, da de alltid hadde det travelt. Det kan være uttrykk for en form for lydighet og beskjedenhet, som kan være preget inn fra barndommen. Informanten gir uttrykk for ønsker i forhold til handling, sykepleierne virker travle, men de gjør ikke det pasienten forventer. Travelheten virket noe masete og overfladisk, personellet var ikke gjørende. Det tolkes til at den tilsynelatende travelheten ikke ikke vistes i konkrete handlinger. Det kan også tolkes videre til at det var et ønske om tilbud fra personalet om mer konkret hjelp til å føle seg velstelt, men at informanten kviet seg for å spørre. Informanten opplevde en tilsynelatende travelhet, men det kan også være uttrykk for at personalet ikke var oppmerksom på behovet. Kanskje var grunnen en mangel på kunnskap om betydningen av å føle seg velstelt, av behovet for estetikk på det personlige plan, for pasienten. I en utvidet forståelse ser en at hun opplevde sin verdighet krenket. Travelheten som opplevdes tolkes som at informanten ønsket mer ro og harmoni i det daglige.

Hun har ønsker om hva det kan strebes etter for å imøtekomme behovet for estetikk i omgivelsene, og har forskjellige forslag som kan gi variasjon i pasientens tilværelse. Det skulle være tilbud om for eksempel diktopplesning, tilgang til lydbøker eller/og forskjellige musikk, som kan velges ut fra behov. Dette tolkes som ønske om et tilgjengelig artotek, hvor

det er forskjellige tilbud som pasientene kan velge mellom. I sin helhet ble hverken pleien eller avdelingen opplevd å være estetisk av henne.

Roser kan gjøre det veldig fint (Informant 2)

Informanten er byggmester, bor landlig, og er en ivrig hobbyfisker. Han er svært interessert i naturen, alt som vokser og gror, og i jordbruk som ivaretar den naturlige flora. Den kulturelle kapital er ikke på et akademisk nivå, men han synes å inneha en livsvisdom, en menneskeforståelse og en etisk holdning, som kanskje er preget ved å vokse opp i en solid høvisk familie. Informanten er glad i å være på sjøen, med fiskesnøret i hånden og kaffekoppen ved siden av seg. Han er stolt av sitt yrke som byggmester, bruker ikke store ord, men gleder seg ved at det han skaper eller bygger er godt håndverk, og har høy kvalitet. I inneværende år har han vært pasient ved to sykehus, men innlagt bare ved det ene, som er et relativt nytt sykehus. Ved det andre sykehuset har han daglig fått behandling i 5 uker uten å være innlagt. Han uttaler om det ene sykehuset:

Sykehuset ligger landlig og fint. Masse fin kunst på veggene i korridorene, tepper og materialbilder, også i korridorene, men det er tomt på veggene i pasientrommene. Ingen tilbud om bilder eller annet. Pasientrommene er lyse og fine, men små. Enkle møbler. I restauranten er det en vannfontene som er et fint innslag.

Det andre sykehuset virker dystert, fasaden ser ut som et fengsel, ikke hjemlig i det hele tatt. Det virker trist, belysningen er trist. Det er nedslitt overalt, lister som slenger, takene er bare hvite. Det er mye kunst på veggene i oppholdsrom og korridorer, fine møbler og nydelig kunst der. Kantinen er veldig koselig, flott utsikt og mange planter. Ellers er det en god atmosfære, humor, man kan spøke med personalet og de gir god informasjon. Pasientrommene på begge sykehus var nakne, det var heller ikke noe å se på i taket. Det var ikke noe tilbud om, eller noen form for underholdning, dersom du var sengeliggende. En bukett roser kan gjøre det veldig fint, det kan være positivt. Fint om sykehus ligger landlig. Tror estetikken kan virke inn på helsen hvis du er syk, fordi uestetiske omgivelser kan virke deprimerende.

Tolkningen som gjøres videre på common sense nivå gir en større forståelse av helheten. I forhold til kategorien 'natur', hvor forskjellige utsagn som angår naturen, forekommer flere steder, kan relateres både til informantens bakgrunn og til et personlig forhold til naturen. Det ene sykehuset ligger landlig og fint, omgitt av trær, natur og åpenhet, slik han mener det er

ønskerdig for et sykehus' beliggenhet, og det karakteriseres som imøtekommende og hjemlig. Han sier videre at for eldre mennesker, som må bo på institusjon, må det være fantastisk om de kan sitte og se på virksomheten på en gård, kjenne lukten av nyslått høy, se på dyr som beiter. Det uttrykker noe av tilværelsens estetikk som han er svært bevisst. Det andre sykehuset han var pasient ved ligger inneklemt, dystert og mørkt, arkitekturen minner om et fengsel. Det virker ikke hjemlig i det hele tatt. Det ene sykehuset gir en følelse av åpenhet og imøtekommenhet, og virker hjemlig ved førsteinntrykket. Det andre sykehuset virker lukket og skremmende, allerede utenfra. Begge sykehusene har imidlertid ivaretatt estetikken i oppholdsrom og korridorer, ved at det der er nydelig kunst, mange flotte malerier, grønne planter og blomster. Blomster uttrykkes som 'roser', det tolkes også som et bevisst forhold til betydning av kategorien natur. Det tolkes som at informanten mener at natur er viktig både ute og inne. I oppholdsrommene på begge sykehusene er det enkle og pene møbler. Han sier at estetikken er bedre ivaretatt i de ytre rom enn på pasientrommene, hvor det virker tomt og nakent. Dette gjelder for pasientrommene ved begge sykehus. Veggene er tomme og taket intetsigende – hvitt.

De ytre rom er viktige, de gir et ansikt utad, og for vårderne og besøkende er det en positiv ivaretagelse av estetikken. For mange pasienter er det imidlertid kanskje ikke mulig å få glede av dette. Dette kan være uttrykk for et klart ønske om at tilbud, for eksempel fra et artotek, en mulighet til å få inn farver, kunst og/eller andre tilbud, hadde vært positivt. Den bygningsmessige standard vurderes som svært dårlig ved det ene sykehuset. Dårlig vedlikehold legges kanskje mer merke til av en byggmester enn av andre, men det virker inn på helhetsinntrykket av estetikken. Et rom er ikke estetisk hvis det virker slurvete nedslitt, lister som mangler eller er løse, gulv hvor det er tråkket stier i vinyldekket eller falmete gardiner for å nevne eksempler. På begge sykehus var det en vannfontene, og den beroligende virkning ved å se på og lytte til rennende vann ble fremhevet. For informanten som er glad i å være på sjøen, kan nok vannets lyder ha en ekstra sterk beroligende evne. Lyd av bølgeskvulp, av rennende vann i en bekk eller elv, regn og vind, og lyder fra fugler eller fra dyr er godlynte lyder. Det kan virke som om menneskets sinn er i samklang med disse lydene, og at mennesket føler seg vel ved å lytte til eller ha disse lydene rundt seg. Tolkning av intervjuet gir en utvidet forståelse av hva kategorien natur (9) betyr for pasienter. Det viser også viktigheten av vedlikehold som en del av den helhetlige estetikken i omgivelsene.

Pasienten føler seg ofte veldig liten (Informant 3)

Informanten er arkitekt. Hans far var kunstner, og en bror er kunstmaler. Etter utdanning som arkitekt arbeidet han først 2 — 3 år i Frankrike og i England, for videre karriere i Norge. Han mener selv at årene i utlandet ga ham et bredere kulturelt perspektiv, og han opplevde, eller ble oppmerksom på, at den kulturelle dannelse i Norge var svært mangelfull, i forhold til andre land i Europa. Han er opptatt av behovet for ‘grønne lunger’ i bymiljøet og at arkitektur er en del av miljøet, som må tilpasses omgivelsene og brukerne. Selv har han ikke vært innlagt som pasient, men han går regelmessig, flere ganger i året, til kontroll ved et sykehus. Han har også et nært familiemedlem som hver tredje måned er innlagt som pasient på et sykehus. Han sier om estetikken på sykehusene:

[...] de legger jo veldig liten vekt på hva jeg kaller det estetiske miljø. Sammenhengen er der, alle vet det[.....]. På en måte er det systemet som har lagt premissene, at jeg er et menneske teller ikke så mye i systemet, du kommer inn som en redd pasient, kanskje usikker. Pasienten føler seg veldig ofte liten, en skummel diagnose, du skjønner ingenting av hvordan du skal finne frem i denne maurlua. For eksempel ved ... (et sykehus nevnes), hvor man føler seg sørgelig liten når man kommer inn i hallen.

Arbeidstakerne er i samme situasjon som på andre arbeidsplasser. Mesteparten av estetikken er en påplussing, det er ikke et element i arkitekturen. Man kan se at det er gjort etterpå. Estetikken må integreres helt fra bunnen av, det må bygges opp som et element i arkitekturen. Vi har ingen tradisjon i sykehusarkitektur. Den er skapt i vår tid av betongkolosser. Det heter at vi bygger for pasientene, men vi gjør ikke det. Man skulle tro at man i dag var kommet lenger i en helhetlig tenkning. Vi er på sykehus, og det syns! Se på tidligere bygningskunst, palasser og katedraler – den estetiske utforming er der en del av arkitekturen, det estetiske er integrert, så vakkert. Den estetiske utforming er også en del av interiøret. Hvor stopper kunsten og hvor begynner arkitekturen? De som bygget katedraler tenkte på menneskene som skulle inn i huset, hensikten var å påvirke menneskene som kom inn i rommet. Churchill sa at “først former vi omgivelsene og så former omgivelsene oss”. Vi har ikke estetikk som fag i allmennutdanningen i det hele tatt. Er det da rart at estetikk er noe vi slenger på til slutt? Estetikk bør brukes i forhold til informasjon, for eksempel farver som ‘ledesnor’ til forskjellige avdelinger eller annet, men i en estetisk utforming. Det kan tilstrebes et hjemmehygge miljø, som bryter institusjonsmiljøet. En kan legge inn form, forsøke å treffe en form som folk liker. Pasienten kan føle seg latterliggjort i et high-tech miljø. Farven i taket

er viktig. Det er behov for en form for regelmessighet, et system, en slags klassisk harmoni, 'det gyldne snitt'. Menneskene har alltid forholdt seg til en veldig regelmessig symmetrisk verden, det som bryter symmetrien er ikke vakkert. Vi er egentlig skapt i et slikt bilde, bare se på noe så bittelite som et snekorn. Men bygger du et anlegg hvor du legger litt vekt på at det skal se pent ut, så virker det tilbake på mennesker med en gang. Pasienten er i fokus, det er pasientene sykehusene skal bygges for, primært, men slik er det ikke. Det må tas hensyn i planlegging og utføring at brukeren er redusert – han kan blant annet være preget av angst og usikkerhet. Pasientenes situasjon og egne livsvilkår, deres eget miljø, må være i fokus, det må ikke bygges og planlegges for 'en elite'. Informanten påpeker at estetikk ikke er integrert fra grunnen av, det syns ofte som en påplussing når bygget står ferdig – her må det henges opp et maleri og der en skulptur. "Så er estetikken ivaretatt". Det er misforstått å tillegge estetikkens oppgave som en finish, estetikk er helheten. Behovet for harmoni er nedlagt hos mennesket. Hvis man ser seg rundt i naturen, så ser man at alt er i balanse, det er en harmoni. Det gyldne snitt uttrykker den klassiske harmoni og mennesket er selv skapt i et slikt harmonisk bilde.

Informanten er opptatt av etikk. Det er et etisk anliggende at estetikken blir ivaretatt på pasientens premisser. Han understreker viktigheten av å være bevisst hvem som er brukere av sykehusene, at både sykehuset og vårderne er til for pasienten. Da må ikke estetikken være påtrengende eller tendensiøs, ikke utformet for å tilfredsstille en elite, det vil si noen som har ekstreme ønsker angående estetikken. Han nevner blant annet at et 'high tech miljø' kan føre til at pasienten føler seg latterliggjort, føler som om han er ført inn i en fremmed verden. Sammenlignet med informant 1, gir denne informanten en utvidet og innholdsmessig fyldigere delforståelse av det begge karakteriserer som 'latterliggjøring' av pasienten. Hjemlighet fremtrer som en varians, som ikke er omhandlet i noen av de 11 kategoriene. 'Hjemlighet' er et begrep som sier mye i forhold til hva som ønskes av pasientene. De skal føle seg velkommen i møte med sykehuset. I hjemlighet legger man også begrepet tilhørighet. Mens de er på sykehuset, skal pasientene ha et rom som er "deres", et område hvor de kan føle tilhørighet og trygghet. Pasienten skal ikke føle seg fremmedgjort, eller føle at han ikke passer inn, som tidligere i avhandlingen er beskrevet i kapittelet om lidelse. Estetiske omgivelser er viktig for alle, også viktige for vårderne, men de er i samme kategori som andre arbeidstakere, sier han. Vårderne kan selv arbeide for og gjøre mye til at omgivelsene skal være estetiske, mens pasientene er prisgitt andre. Den helhetlige forståelse av menneskets behov for estetikk og harmoni, det gyldne snitt i tilværelsen, utdypes av informanten ved

verdifulle refleksjoner angående den manglende estetiske skolering, og at estetikken må være en inkludert faktor i helheten, på alle områder.

Man må lukke øynene for å komme jennom tilværelsen (Informant 4 og 5)

Informantene, et ektepar, er begge utøvende og anerkjente kunstmalere. Han sier at han henter inspirasjon fra livet selv og maleriene, grafikken og hans keramiske verk ønsker han skal formidle livsglede. Han har generøst skjenket flere kunstverk til sykehus her i landet, spesielt til de avdelingene hvor han selv har vært pasient. Informanten er meget produktiv og full av skapertrang. Hans kone er også aktiv utøvende og produktiv. De har begge gjentatte ganger vært innlagt på sykehus, og har også en felles sønn som var pasient ved et sykehus i en ganske lang periode. Ettersom begge var til stede ved intervjuet, var svært interessert i tema og ofte kommenterte hverandre, så refereres disse to intervju til dels samlet. Informant 4 mener selv at han ikke lar seg påvirke så sterkt av estetikken i omgivelsene, at han forsøker å fokusere på det positive, mens hun påvirkes så sterkt at hun blir deprimert og uvel. Han sier om de sykehus han var pasient på:

Det var mye tilfeldig innen estetikken, lite kunst der, men et hyggelig miljø og hyggelige mennesker. Det var lyse luftige rom, lette lyse gardiner, mye lys. Lyset ga en behagelig atmosfære, høyt under taket, god luft og store vinduer. Lyset har enormt mye å si. Våknet og så dagslyset komme. Jeg lukker øynene for det som ikke er vakkert, man må nesten det for å komme gjennom tilværelsen. Jeg får overskudd av kontakt med folk – overskudd til å bære det skrekkelige interiøret. Jeg la ikke merke til noe ved design. Ikke noen form for underholdning, bortsett fra T.V., noen aviser og noen reproduksjoner. Jeg tror signalene fra et dårlig estetisk miljø trenger igjennom uansett, de påvirker rett og slett sjelen, som så virker på alt. Jeg tror folk trives best i det vakre, og kommer fortere ut i arbeidslivet igjen. Det vakre virker positivt, det skrekkelige negativt. Positivt med lyd av vann, en sildrende bekk, en fontene kanskje, med rinnende vann, som man kan se faller på stenen, er avkoblende, det gir en følelse av å komme inn i en annen verden. Planter og blomster er positivt. Humor og muntre innslag virker oppløftende. Skulle man være på sykehus over tid, så er det behov for et eget rom, behov for å kunne lukke av.

Informant 5. Hvis man kommer inn et sted hvor det er veldig dårlig standard, veldig stygt, da er det tungt. Et sted jeg var, var det upraktisk og estetisk heslig. Som Øst-Europa i 60 – årene. Man blir deprimert og må lukke øynene. Positivt var en vakker utsikt og tepper som

var myke og gode å gå på. Maten var fet, salt, typisk kantinemat. Et annet sykehus hun var pasient på opplevdes som deprimerende, brunsnusket, høyt under taket, gale proporsjoner på rommet som også var lite. Rommet luktet tobakk. Var du frisk, så ville du knekke sammen etter en uke.

Hun har også vært pasient på et sykehus hvor det var vakkert med utsikt til fjorden, grønt, seilbåter, nydelig! Fikk ro i sjelen. *Store luftige rom, lys og luft har veldig mye å si. Alt var pent, godt håndverk, vennlige, omsorgsfulle sykepleiere, god mat, hvor farve og sammensetning var vektlagt. Det som fremheves av stor betydning er bevisst bruk av farver, og lysets påvirkning. Det å se vinterlyset, eller morgengry – fantastisk. Tilbud om musikk, om opplesning av dikt, det hadde vært fint. Et lite basseng eller fontene hadde vært bra, for da tenker man på noe annet.*

Begge informantene gir uttrykk for at de må lukke øynene fordi det er så mye uestetisk at de ikke orker å se på det, en form for beskyttelse i det daglige, men spesielt i forhold til sykehusene de har vært pasienter på. De mener at en estetikker ofte vil legge merke til det vakre og lukke øynene for det uestetiske eller det intetsigende. Omgivelsene taler sitt språk, men de kan også være tause, intetsigende. Rommets utforming og proporsjoner ble fremhevet som viktig for velvære. Uttalelsen om pasientrommet på et sykehus som lite, smalt og høyt under taket, ga en følelse av å bli klemt sammen, og det ga en 'følelse av å være i en kiste'. Dette oppfattes som en ganske sterk negativ uttalelse om et rom. En kiste forbindes med død. Følelsen av å gå inn i en kiste, eller ligge i en kiste, vil ikke virke særlig oppmuntrende og helsebringende. Informantene bidrar til en enda videre forståelse av lysets betydning. Lyset og lysets påvirkning ble av begge informantene fremhevet som uhyre viktig. De var begge meget bevisst lysets innflytelse på mennesket, og mener at lyset har enormt mye å si. Lys og utsikt, store vinduer som trekker naturen, været og lyset og dagen inn i sykerommet, kan gi variasjon ved å være en kilde til stadig nye opplevelser. Det pulserende liv følger lyset, og pasienten er inkludert når han kan være med i dagens skiftende lys, fra det tidlige morgenlys til nattens mørke. Estetikk i forhold til maten snakker de begge om. Mat og måltidene ansees ofte som kjærkomne avbrekk og høydepunkter. Det er derfor av stor betydning at maten som serveres er estetisk både av utseende og presentasjon og servering. En god atmosfære nevnes av begge ved å fremheve god kontakt med medpasienter og vurdere, samt humor, som kan løfte stemningen. På ett offentlig og ett privat sykehus var det vakkert, på de andre var det et skrekkelig interiør. Det var heslig.

Fra disse intervjuene er lysets betydning det som utdypes ytterligere. Intervjuene gir økt kunnskap om hvordan rommets arkitektur, proporsjoner og utforming kan oppleves. Humor og den positive virkning en god atmosfære har, samt hvordan god kontakt kan løfte stemningen, fremheves også av begge.

Pasientene er grønne nok fra før (Informant 6)

Informanten er utdannet lege, har erfaring fra mange arbeidsområder i ung alder, og er nå også en svært aktiv kunstner, innen mange forskjellige områder, ved siden av sin stilling. Ved intervjuet gir han inntrykk av å være omtentksom, svært sensitiv og åpen. Han er kulturelt interessert, og glad i musikk, opera, litteratur, lyrikk og annet. Han er meget opptatt av og bevisst estetikken, dens betydning for pasientene og også for de pårørende. Han har selv vært pasient noen ganger og sier:

Pasientene trenger hjelp til å komme seg igjennom, og det gjør at farvevalg, bilder og sånn kan dra de ned, eller så kan det dra de opp. Noe kunst er glimrende og passer på samtidsmuseet, men ikke på et sykehus. Jeg bruker bevisst lyse farver for å dra meg opp selv. Hvis du har abstrakte bilder, som kan tolkes som kreficeller, som blodårer og greier, da reagerer pasientene på det. Hvis det er veldig mye bevegelse i et bilde, så er det et problem. Er det samme farve i bildet som på cellegiften, så er det et problem med kvalmen, blant annet. Bilder som oppfattes som positive, kan pasientene sitte og se på, bruke som meditasjon, og det er fint også for de pårørende. Noen kommer faktisk tilbake etter at de er blitt friske, eller det kan være for å bearbeide sorgen etter at pårørende er gått bort. Lyden av vann er positiv, fontenen utenfor sykehuset er en isskulptur om vinteren og sprudlende vann om sommeren. Man kan se årstidenes vekselen i fontenen. Trivselsanlegg er positivt, og artoteket. Estetikk påvirker helse og trivsel, ja, det er jeg sikker på. På sykehuset er det et rom her hvor vi har malt fugler og sånn i taket, for de fleste ligger jo og ser i taket. Vi har også hatt en musikkterapeut her og fikk da laget musikk som folk likte. Musikk som var uten hjørner og kanter. Det er viktig at musikken er slik at de ikke opplever å høre kjente verk, samtidig med at de får cellegift og blir kvalme, for så å oppleve å høre det samme i konserthuset...

Ingen rom er så vakre at det virker negativt, tror jeg. Look good – feel better. Vi har ansatt en kosmetolog. Det ønskes pasientrom som er lyse og vennlige. Rommene skal være kjølige uten å virke kalde, og hvor man kan styre mest mulig selv. Ikke for sterke farver på veggene, men gjerne på bildene. Ikke ‘antroposofiske farver’, ‘suppefarver’, det får jeg kvalmefornemmelser

av. De er intetsigende. Hvis pasienten er dårlig, så slår farven over på huden, de er grønne nok på forhånd. Jeg vil at bildet (maleriene han skaper) skal forandre seg i løpet av dagen, de skal skifte uttrykk med lysendringene. Humor og lek er viktig. Vi har et par konserter hver uke. Det er viktig at estetikk vektlegges. Man må være bevisst form og farver, hvordan estetikken kommer til uttrykk og de mange muligheter.

Informanten er genuint opptatt av å lette pasientenes og de pårørendes hverdag på sykehuset, og gleder seg når det lykkes. Økonomien tillater ikke innkjøp og oppgradering i den grad han ønsker, men han gjør selv en stor innsats for å heve estetikken ved sykehuset.

Det første som nevnes er en aktiv bruk av farvene. Lyse farver for å 'dra seg opp', tolkes slik at lyse farver kan virke på sinnsstemningen, at de kan virke oppmuntrende, slik at man føler seg bedre ved å omgi seg med lyse farver. Farvenes valør utdypes ved å frakjenne de 'antroposofiske' farvene denne egenskap. Denne betegnelse forstås å gjelde farver som er blandet med hvitt, slik at de mister sin karakter, han kaller dem 'suppefarver'. Farver kan fortynnes og blandes slik at de fortsatt beholder sin karakter, men tilsetning av hvitt vil ofte føre til at farven blir 'uren, suppefarvet'. Farvenes direkte påvirkning på pasientens hud kan tolkes både bokstavelig, ved at kvalme ofte fører til en gustenblek, kanskje 'grønn' farve i ansiktet, pasientens hud kan være preget av sykdom, både farve og lød, og/eller i overført betydning, hvor grønn forbindes med en dårlig tilstand. Han tar også opp assosiasjonsaspektet i forbindelse med både farver og musikk. Opplevelse av kvalme eller smerter i omgivelser hvor spesielle farver var dominerende, eller det kunne være musikk (eller annet), som ble relatert til situasjonen og gi sterke reaksjoner, hvor pasienten kunne gjenoppleve den samme vonde situasjonen.⁹⁷ Det er viktig å ha kunnskap om eventuelle assosiasjoner pasientene kan få, og hvordan det kan virke inn på helsen. Blir pasienten dårlig og kvalm på grunn av en farve som han kanskje forbinder med cellegift eller en vond opplevelse, da virker det inn på helsen. Informanten fremhever forskjellige former for kunst som viktig, og også vann som en kilde til helse og velvære.

Musikkterapi kan være nyttig, men det er viktig at musikken tilrettelegges og har en form for nøytralitet, spesielt i situasjoner hvor pasienten har store smerter, er kvalm eller føler annet ubehag. Pasienten skal ikke møte den samme musikk i Konserthuset som han lyttet til under

⁹⁷ Jfr. Pavlovs forsøk med hunder, stimuli-respons effekten.

cellegiftbehandlingen. Artotek er en mulighet til å gi pasientene frihet til å velge, og også til variasjon. Takets muligheter ble her tatt opp. Ved sykehuset var det noen steder malt fugler, himmel, skyer eller annet i taket. For pasienter, som ofte er sengeliggende kan det imøtekomme behov for variasjon og kanskje virke stimulerende. Variasjon som tilbud er ved dette sykehuset også ivaretatt på andre måter, blant annet ved et trivselsanlegg, hvor estetikken er vektlagt både ved den arkitektoniske utforming, ved kunstnerlige dekorasjoner, og ved bruk av musikk. Ut fra min tolkning av informanten, høres det ut som en oase pasientene kan frekventere når de er friske nok til det.

Lyder og lukt var en ekstra belastning (Informant 7)

Informanten er aktiv skuespiller, utdannet i Norge og fast ansatt ved et teater. Han kjenner sine klassikere, er interessert i kunst og litteratur, og gir uttrykk for at estetikk er viktig for ham i det daglige liv. Han er stolt av et vakkert hjem hvor møbler, design og farver er valgt bevisst og med omhu. God plass, luft og lys gir han inntrykk av er viktig for at han skal trives. Han har vært pasient ved både et gammelt og et nytt sykehus. Han har gjennomgått en stor operasjon, og går til jevnlig kontroll. Han sier:

Estetikken på det gamle sykehuset var ikke mye å skryte av. Det var forfall overalt, murpuss som falt av veggene, lyspærer som dingle, kraner som dryppet, gulaktige vegger, grått, lite friskt, fargene var duse, alt datt sammen, men de skulle jo flytte. Veggene virket møkkete og skitne, selv om jeg ikke tror det var skittent. Det var ikke noe godt sted å være. Intervjuer: “Var det ikke noe oppmuntrende der?” Informant: nei, det var noen sånne trykk, men ingen som ga noe. Det var noe poesi hengt opp på dørene i korridoren, de var flotte, litt oppmuntrende og adspredende. I taket var det ingenting. Etter en operasjon har man ikke så mye overskudd [.....]. Jeg har ofte tenkt på det, hos tannlegen for eksempel, hvorfor har ikke tannleger et bilde i taket?

Ingen underholdningstilbud annet enn T.V. Estetikk i forhold til maten, den var helt forferdelig – det er mer morsomt å spise mat som er litt mer estetisk lekker. Estetikk er viktig for menneskets helse. Jeg ikke bare tror det, jeg vet det, for egen del. For meg er det helt selvfølgelig. Jeg tenkte bare på å komme meg ut. Hygienen var helt forferdelig, knuste toaletter, som på en jernbanestasjon i Øst-Europa i 70-årene. De lekket, vann rant ut overalt, knuste fliser, det var ekkelt. Jeg kviet meg for å gå på do der. Det var noe renhold, en gang om dagen, om morgenen. Dusjen var et sorgens kapittel, vinduene trakk, ledninger som hang,

dørhåndtakene slått i stykker, lister man måtte trække over. Og så var det så mye sykdom der, det var så deprimerende. Jeg hadde byttet hjerte og var jo koblet til så mye, jeg var veldig syk selv. Vi lå der, bak hvert vårt skjerm Brett, begge kjønn, bare gardiner imellom. Folk promptet, rapte, kastet opp, gråt og gråt, hele tiden. Lukten var forferdelig, det var nedverdiggende, ekkelt. Fikk ingen tilbud om hjelp til dusj, barbering, hårvask eller lignende. Hadde nok fått om jeg hadde spurt, men hadde ikke lyst til å 'blotte meg'. Design fantes ikke, det så ut som tilfeldig lagervare det som var der, ingen blomster eller planter. Håpet at noen ville si: Vi tar en rød duk i dag. Det var mye støy, fra rullestoler, fra skohæler, knirking, ingen tekstiler som absorberte lyd, bare harde flater og noen kommunefarvede remser av noen gardiner. Gråt og ynking om natten var en ekstrabelastning. Det nye sykehuset synes jeg virker kjedelig. Jeg ville gjerne ha inn farver, savnet noe friskt, noe å hvile blikket på, noe som kunne komme deg i møte, gi noe til sinnet. Savnet blomster og grønt, kunstige blomster er brukbare hvis det ikke er tilrådelig med naturlige. Bilder, noe å velge mellom, også tilbud om musikk kunne vært bra. En hyggelig pleier kan få rommet til å virke hyggelig. Det skaper atmosfære at de stanser og hører på deg. Menneskekontakten er viktig. Jeg synes faktisk det er et krav at de tenker på estetikken når de utformer et sykehus. Estetikken er ikke mye å skryte av.

I dette intervjuet utdypes betydningen av vedlikehold, her karakterisert som forfall, hvilket beskrives detaljert. Forfallet virket sterkt inn på helheten, slik at sykehuset ikke var et godt sted å være. Forfall og nedslitthet virket til at det syntes skittent, selv om det kanskje ikke var det. Hygienien blir ikke bra hvis det er sprekker og riper, avskallet maling og sprukne vasker. Alt dette er gjemmesteder for bakterier. Det var ikke noe som kunne kalles oppmuntrende, som kunne gi en harmonisk og hyggelig atmosfære. Farver var et savn, likedan natur, blomster og grønt. Det var et behov for noe å hvile blikket på, et savn etter noe estetisk som kunne lyse opp litt. Han mener at levende planter og blomster, både som dekorasjon og som en lenke til naturen utenfor, ville ha hjulpet litt på det dystre interiøret. Selv en imitasjon ville vært bedre, for eksempel kunstige blomster, hvis det var av hygieniske grunner at det ikke var noen der. Spesielt fremheves behovet for å få inn farver og natur, selv om den skal være kunstig, på grunn av hygienien.

Vårderne har mulighet til å gi litt variasjon, det er derfor viktig at de har evne til å se hva som kan gjøres. At det skulle lite til for å virke oppmuntrende kommer til uttrykk i ønsket om å skifte duk på bordet, bare for å få inn en farveklatt og den variasjon det kunne gi. Behovet for variasjon vil forsterkes og ha større betydning for en pasient som er på sykehus over lang tid.

Det luktet forferdelig fra de andre pasientene. Det tolkes til at ventilasjonen var svært mangelfull og pasienttettheten stor. Å ligge flere pasienter av begge kjønn på samme rom, ble en stor ekstrabelasting for pasientene. Informanten opplevde det som nedverdiggende, uetisk. Det ble ikke tatt hensyn til den enkeltes integritet, han følte seg invadert av lyder, av lukter, av andre pasienters problemer i en fase etter operasjonen, hvor alle krefter trengtes i forhold til egen tilfriskning.

Støyproblemer var en ekstra påkjenning for ham, primært ved at det ga dårlig nattesøvn. Han opplevde at det var mye støy også om natten, da det ikke var noe som kunne dempe, hverken i form av tekstiler eller for eksempel gulvbelegg. Søvn er av stor betydning for mennesket generelt, men spesielt viktig i en rehabiliteringsfase, hvor god søvn kan virke styrkende og gi overskudd. Den personlige hygien var mangelfull. Det var frastøtende å benytte bad og W.C., og vanskelig for ham å gå dit. Han følte stort behov for å dusje, for å føle seg ren, men ville ikke be om hjelp, da han kviet for å blotte seg. Å blotte seg kan forstås både fysisk og psykisk. Det var ingen som spurte om han trengte hjelp til å stille seg. Det kan skyldes at han 'skjulte seg' bak en litt tøff, munter maske, og derved ble oppfattet som langt kjekkere enn det han egentlig var.

Informanten gir en utvidet forståelse for behovet pasientene har for variasjon. Han utdyper også områdene 'lukt' og 'lyd' på en konkret måte, som gir en større helhetlig forståelse. Det som virker sterkt fremtredende i hans beskrivelse av sykehusoppholdet er luktene.

8.6 Sammenfattende diskusjon

De områdene som ble vektlagt, ble nedfeldt som konklusjon i form av stikkord. Her nevnes et utvalg av de områdene som forekom hyppigst i intervjuene som ønskerverdige: Gode lysforhold, utsikt, store vinduer, kunst som engasjerer og gir noe, et estetisk miljø hvor estetikken er integrert i helheten, en harmonisk atmosfære, klassisk harmoni ut fra det gyldne snitts prinsipper. Fargene generelt bør vektlegges. Taket i sykerommene har store muligheter, det kan dekorerer som en 'Edens have', sa en informant. Design på inventar vektlegges, og det ønskes god skjerming mot støy, både visuell⁹⁸ og auditativ, natt og dag. Informantene ønsker et godt inn klima med frisk luft, og de ønsker tilbud om hjelp til stell av negler, føtter, hår og make up.

⁹⁸ Med visuell støy menes det her synsinntrykk som er sjenerende. I dagligtale kan for eksempel reklameplakater ansees for visuell støy.

Det ble uttrykt ønske om hjemlighet, om en vennlig atmosfære, om humor, om lek og et trivselsanlegg, om god mat og drikke, om et artotek. Det ønskes også store vinduer med utsikt fra alle sengene, en bevisst bruk av farver som kan gjøre glad, som er behagelige og oppmuntrende. Det skal ikke være antroposofiske farver, og ikke dramatiske bilder eller annen kunst, men kunsten skal være lett, lys og ukomplisert. Flotte fargesprakende gardiner, med lyse, lette gardiner i midten, som kan sile sollyset slik at det ikke blir for sterkt. Natur, blomster og grønt ønskes. Det ønskes også sykehustøy som er estetisk og behagelig.

De funn som utkrystalliserte seg som konklusjon fra intervjuene blir nedfeldt i form av invarianser og varianser, vist i figur XI og XII, hvor de i egne avsnitt blir tolket på et teoretisk nivå. Målet med tolkning og analyse av intervju med eksperter, er å få data og svar i forhold til forskningsspørsmål 4: Hvordan vurderes det estetiske miljø av pasienter, sykepleiere og eksperter, ved å få en generell vurdering av de estetiske omgivelser i norske somatiske sykehus, og å finne felles anliggender, samt varianser og invarianser, for utarbeidelse av ansatser til teori for det estetiske miljø i norske somatiske sykehus.

Da det er stor spredning (både geografisk, tidsepoke for bygging av sykehus og i standard) på de sykehusene hvor informantene har vært innlagt som pasienter, eller har / har hatt nær tilknytning, blir også vurderingen forskjellig. En har ved intervjuene ønsket å nå frem til en generell vurdering av estetikken på sykehusene, hvor informantene har / har hatt tilknytning uten å gå nærmere inn på årsak til positiv eller negativ vurdering i det enkelte tilfelle.

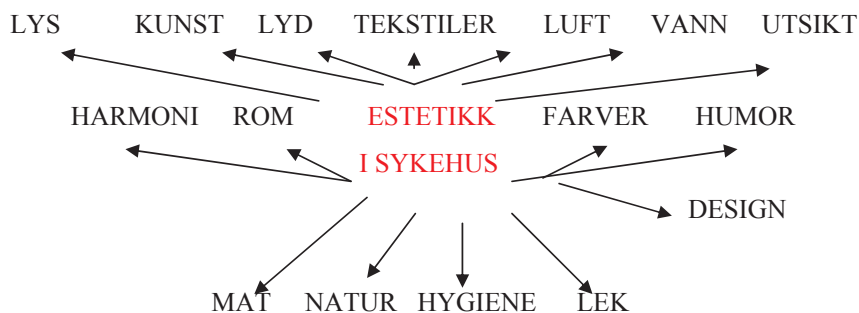
Konklusjon

* *Estetikk er nærmest fraværende på sykehusene* (informant 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16) Informantene 6, 8, og 14 uttalte seg ikke direkte angående hvordan estetikken er på de sykehus de er/har vært tilknyttet til, men de understreket hvor viktig det estetiske miljøet er.

* *Estetikk er svært viktig for helse og trivsel* (informant 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 og 15). Informant 11 sier ikke direkte at estetikk er viktig for helse, velvære og trivsel, men det tolkes til å være implisitt i hele intervjuet. Det samme gjelder for informant 16.

* *Estetikk er mangefasettert*. Denne konklusjon trekkes i forhold til alle de områdene informantene berørte vedrørende det estetiske miljø på de somatiske sykehus.

Invarianser som vektlegges av informantene til å angå estetikken i omgivelsene og deres betydning, sett i lys av teori fra vårdvitenskap og filosofi er gjenstand for neste analysenivå. (Figur XI fremstiller de variansene som var vektlagt av flere informanter som viktige i estetiske omgivelser).



Figur XI – Invarianser som utkrystalliserte seg i intervjuene

Diskusjon av invariansene

De invarianser⁹⁹ som ble vektlagt av informantene vil nå bli diskutert på et teoretisk nivå, i en vårdvitenskapelig og filosofisk referanseramme. Det vises til undersøkelser som bekrefter eller avkrefter den betydning disse variansene har for vården. Resultatene sees i lys av granskning og funn fra delstudie I.

Kunst (kategori 3) og mange av underområdene til kategorien nevnes av informantene (12/16) som viktig. Kunst ble opplevd som et savn på pasientrommene. De fleste stedene var det enten ingenting på veggene, eller det som var opplevdes som svært intetsigende, som masseinnkjøp og som institusjonspreget. Man fant de samme trykk ‘overalt’.

Det som fremheves som mest givende er bildende kunst, spesielt malerier. Både tema, farver og tradisjon vektlegges. Bilder kan virke adspredende, gi mulighet for tankeflukt og stimulere fantasien, det kan gi hvile i seg selv. En bit av verden utenfor bringes inn. “Genom kunsten skapas gemenskap lika väl som en meningsfylld ensamhet” (Wikström, 1997, s. 19). Det bekrefter kunstens evne til å skape felles opplevelser, utfordre kreativitet og gi mulighet for en meningsfylt ensomhet – kunstens mulighet som en berikende og vårdende faktor for pasient

⁹⁹ Med invarianser menes i denne forbindelse områder innen estetikken i omgivelsene, som forekommer og vektlegges i alle intervjuene.

og for vårder. Gadamer sier: “If we really have had a genuine experience of art, than the world has become both brighter and less burdensome” (Gadamer, 1977/02, s. 26). Kunsten viser til en virkelighet som den selv også er med og former. “Contemporary art can no longer reject the claim that the work should not refer solely to itself when it invites us to dwell upon it, but should simultaneously refer to a life-context to which it belongs and which it helps us to shape” (ibid., s. 89). “En estetisk hänförelse (t.ex. opplevelse av kunst, naturen, musikk) är ett uttryck för människans längtan att uppgå som en del i något högre” (Eriksson, 1987 a, s. 77). Dette sitat kan tolkes til at mennesket lengter etter å inngå som en del av noe høyere, og det kan også være at en slik opplevelse føles som å være en del av en høyere virkelighet. Kanskje ‘den virkelige virkelighet’ kan skimtes. (Kunst kan også virke negativt, som omhandlet i avsnitt om lidelse eller som vist ved eksempel i epilogen).

I mange av intervjuene ble det fokusert på lysets (kategori 5) betydning. Behovet for å kunne følge dagen, fra det gryende dagslys, solen som varsler dagens komme, med en svak lysning på himmelens mørke. Store vinduer ønskes, vinduer som gir mye lys og som gir pasienten mulighet til å følge dagen fra tidlig morgen, skiftningene ettersom timene går og til natten igjen melder sin ankomst. Det å kunne se himmelen, skyene, solen, se været, var et ønske informantene fremhevet som vesentlig. Lyset som skifter valør etter årstidene, fra de sarte toner i vinterlyset, vårens pastell og rene farver som modnes utover sommeren, høstens klare blå himmel og glødende farver. Det kunstige lyset og armaturen kan både øke velværet og det kan virke negativt og ødeleggende. Sterkt flomlys fra en neon/metallkasse i taket er sjenerende og blander. Neonlys gjør ofte farver grelle og huden blekgrønn. Ikke så særlig oppmuntrende for en pasient. Lyset og dets virkning på helse ble også sterkt betonet av Nightingale. Hun mente at lys og solskinn hadde en livgivende kraft (Nightingale, 1859/1984). Sollyset kan være sjenerende hvis det er for sterkt og direkte. Ulrichs undersøkelse (1984) støtter betydningen av for eksempel vindu og utsikt i enda større grad enn det informanten uttrykker.

Resultat av undersøkelsen viser at uestetiske omgivelser kan virke deprimerende. Det synes som at påvirkningen av uestetiske omgivelser virker sterkere på syke enn på friske. Sykdom og lidelse vil ofte føre til et svekket immunforsvar og pasienten er mer utsatt for å reagere på ytre påvirkninger. Stressfaktorer i omgivelsene kan virke negativt på immunsystemet. Det bekreftes av undersøkelser, for eksempel av Malkin (1998): “Environmental stressors negatively impact the body’s immune system. Det nevnes: sterke lyder, blendende lys, uro,

dårlig tilgang til dagslys, ikke utsyn til natur og annet, som kan ansees for omgivelsenes stressfaktorer, og som det viser seg svekker immunforsvaret (Malkin, 1998,¹⁰⁰ her fra Dilani, 1998, s. 67). Også en annen undersøkelse av Ulrich bekrefter betydningen av natur for helse og tilfriskning (Ulrich, 1985).

Undersøkelse av barn i klasserom med og uten vinduer bekreftet antagelsen om lysets betydning. De fant endringer både i vekst, produksjon av stresshormoner og sykdomsfrekvens (Küller & Lindsten, 1992; Küller, 1987).

I filosofi er solen og lyset det som gjør ting synlige, og er betingelsen for liv. Platon sammenligner solen med Det Godes idé (Platon, 1974, s. 305). Som solen kaster sitt lys over det synlige, kaster det godes idé sitt lys over det tenkbare. Lyset lyser opp menneskesinnet og gir lys til omgivelsene. "Slik flammene skaper lys, skaper lyset farvene [.....]. Slik som lyden gir det talte ord sin farveglans, slik gir farven en form dens sjelfylte klang" (Itten, 1987, s. 8).

Farver (kategori 6) fremheves. Det ønskes glade, kraftige farver samt mulighet for variasjon for eksempel ved gardiner som skiftes, hvis pasienten skal tilbringe lang tid i det samme rommet. Det å legge på en rød duk i stedet for den blå kan være et eksempel på hvor lite det mange ganger skal til, for å gi litt variasjon i vårdens hverdag. Farver kan brukes symbolsk, ut fra den kunnskap man har om fargers påvirkning og assosiasjonsmønster. Som eksempel nevnes det at for å markere utganger vil det oftest bli brukt grønt, hvilket kan symbolisere naturen utenfor. Rødt brukes som stopp signal, det varsler fare, det er en farve som oppfattes raskt og som tiltrekker oppmerksomhet. Farver er godt egnet som veivisere i sykehuslandskapet. Det kommer ikke frem noen spesifikke farver som ønskes for rommets flater, bare at farvene skal være lyse, vennlige og rene. Forskning angående lys og farver viser at "The results showed that colors and patterns brain's electrical activity [...] the results indicate that the total visual environment has a much deeper influence upon people than has been supposed hitherto" (Küller, 1987)¹⁰¹.

Det nevnes eksempler på farver som har en negativ effekt som sterk rødorange, en uren grønnfarve, antroposofiske, kjedelige suppefarver. Farvepreferanser er betinget av flere

¹⁰⁰ Jane Malkin is president and founder of a San Diego interior architecture firm that specialises on health care facilities. She is recognized internationally for her design of healing environments.

¹⁰¹ Küller, (1987). "Research at the Environmental Psychology Unit at the Lund Institute of Technology is concerned with, amongst others, the study of non-visual effects of lighting and colors".

faktorer som alder, kjønn og bakgrunn. Barn foretrekker ofte sterkere farver enn voksne (Cold, 1998, s. 209). Sterke farver, som rødt og rødorange kan virke opphissende, aktiverende og føre til mental uro og ubehag. Dette bekreftes også av undersøkelser angående farvers påvirkning, for eksempel undersøkelse angående kromoterapi hvor rødt lys viste seg å stimulere hjertevirksomheten og øke muskelspenningen, mens blått hadde en avslappende effekt (Kandinsky, 1911)¹⁰². Farver er en faktor i omgivelsene som kan påvirke immunforsvaret og det uten at pasienten eller vårderen er seg det bevisst (Malkin, 1998, s. 74). Henderson sier: “Through skilful use of colour almost any room can be made attractive.” (Henderson, 1978).

Resultatet viser at rommenes (kategori 4) utforming, arkitektur, linjer, farver og ikke minst vinduene er viktig. Vindu er overgangssonen mellom ute og inne. Rommets proporsjoner må være harmoniske, ikke for høyt til taket i et lite rom, da kan det føles som om man befinner seg i en sjakt, heller ikke for lavt slik at taket ‘kommer i hodet’. Rommene ønskes malt med lyse, rene farver som ikke er for dominerende, men heller ikke intetsigende. For lengre tids opphold ønskes enerom, og det samme hvis man var dårlig eller følte seg svært syk. God ventilasjon er viktig. Pasienten bør for eksempel slippe den plage det kan være å bli utsatt for lukter fra andre pasienter. Lukt av avføring, av oppkast og andre dunster er en ekstra belastning. Er du dårlig selv, vil også inntrykkene forsterkes, pasienten mangler overskudd til å tåle ekstra belastninger. “Hälsa är ett dynamiskt tillstånd av beteende och varande” (Eriksson, 1995, s. 95). For pasienten er det vårderens oppgave å sørge for at luften er helsebringende, at den er frisk og ren, at det er en behagelig temperatur i rommene, at luften er passe fuktig, slik at den har en god virkning på pasientens helse¹⁰³. Frisk luft er et godt utgangspunkt for at maten skal smake.

I et velkomponert måltid (kategori 2) brukes matvarenes farveskala bevisst. Ikke bare gir fargene signaler om de næringsstoffene som de forskjellige produktene inneholder, fargene i seg selv påvirker også i noen grad. For eksempel virker ‘gul–orange’ stimulerende og oppmuntrende, grønne produkter virker styrkende osv. Matens estetikk omfatter både

¹⁰²Om det andliga i konsten, (Kandinsky, 1911), henvisning i Wikström, 1997, s. 151.

¹⁰³Frisk luft kan hjelpe i pasientens streben etter å oppleve velbefinnende og er vårdende i seg selv. For mye karbondioksyd vil få luften til å virke tung og ubehagelig. Luftforurensning kan forekomme blant annet både ved forbrenningsavfall, for eksempel fra industri, røyking og ved støvprodukter, pollen fra løvtrær og gress, som mange reagerer på. Luften kan også være smittebærer. Frisk luft kan også bære med seg inntrykk fra naturen utenfor og virke stimulerende. Før et måltid er det viktig at det luftes på et pasientrom.

utseende og konsistens, det har betydning hvordan den er skåret opp, hvordan den er plassert på tallerken og videre på et brett eller bord. Er bordet ryddig, ligger det en serviett på brettet, er det rent og delikat? For å virke fristende må mengden være tilpasset pasientens appetitt. Maten bør være veltillaget og velsmakende ut fra pasientens behov og serveres – helst som et kunstverk. Man spiser først med øynene, så med luktesansen før det går inn i munnen. Maten er svært viktig for pasientene, måltidene skal helst være høydepunkter. Det er ikke estetisk med servering på et gammelt brett, uten serviett og maten på en slitt tallerken med et 'bekken' over. "I en undersökning ville man finna ut den effekt olika bordsarrangemang kunde ha på patienternas aptit. Man införde blomdekorationer på en del av matborden. Under ytterliga en period införde man ljusdekorationer. Under den tidsperiod blomdekorationer fanns på borden ökade de sociala kontakterna, den tid man tilbringade i matsalen, samt den mängd mat man åt. Man såg en ökning av samma variabler då man introducerade ljusdekorationer" (Rice, Talbott och Stern, 1980,¹⁰⁴). "Hälsa är en tillblivelsesprocess, ett personligt åtagande" (Eriksson, 1995, s. 8), den enkelte har ansvar for seg selv. Men ved sykdom og lidelse kan det være vårderen som må overta ansvaret for ernæringsbehovet og da er det viktig at også matens estetikk ivaretas. En liten blomst på brettet gjør det straks mer innbydende.

Behovet for å trekke naturen inn i form av planter og grønt viser menneskets tilknytning til naturen og behovet for det naturlige. En finner at blomster har stor betydning. Der hvor det av hygieniske grunner ikke er tillatt å ha friske blomster, ble det foreslått å ha kunstige, de bringer ikke livet inn, slik som friske blomster, men de kan være vakre både ved farver og utforming. Undersøkelsen *View through a Window may Influence Recovery from Surgery* (Ulrich, 1984) viste blant annet i forhold til forbruk av smertestillende medikamenter en markant reduksjon, hvor gjennomsnittlig forbruk av sterke analgetika i løpet av 2 – 5 post operative dag, var 2.48¹⁰⁵ for de som så inn i en murvegg og 0.96 (antall medikament doser) for de pasientene som hadde utsikt til trær. Opphold på sykehus var kortere for de som hadde utsikt, 7.96 dager, mens gruppen uten utsikt var innlagt 8.7 dager. "Views of vegetation, and especially water, appear to sustain interest and attention more effectively than urban views of equivalent information rate" (Ulrich, 1984, 1991; Dilani, 1998a; Fjeld, 1998a, b). Som utsikt er positivt for både pasienter og vurdere, så kan andre ting virke både positivt og negativt, for

¹⁰⁴ Henvisning fra Wikström, (1997, s. 123).

¹⁰⁵ Forbruket er oppgitt i antall doser analgetica (Ulrich, 1984). "Records on recovery after cholesectomy of patients in a suburban Pennsylvania hospital between 1972 and 1981". 23 operasjonspasienter hadde rom med utsikt til natur, trær etc. og 23 operasjonspasienter så inn i en murvegg.

eksempel lyder. For en pasient er lydene ofte dominerende, da det kan oppleves en større varhet for lyder og ulyder, mens vårdene kanskje ikke reagerer på samme måte.

Lyder (kategori 8) som kan irritere, rasling, klirring eller smelling av en dør, klakking av sko i korridoren om natten, for en syk kan det bli en stor påkjenning. Trafikkstøy, pasienter som gråter og gir uttrykk for smerter, eller andre lyder kan oppleves forferdelig. Lyder kan være velegnet i behandlingsøyemed. Både sang og musikk kan brukes i forskjellig sammenheng. Sang og musikk kan nå frem til skjulte ressurser, det kan brukes som kommunikasjonsmiddel og det kan brukes som hjelp til smertelindring. Det kan skape skjønnhet i omgivelsene og det kan skape angst og uro.

Spesielt musikk, de forskjellige instrumenters innvirkning på mennesket og forskjellige former for musikk, dette er det viktig å vite noe om. En undersøkelse blant barn med en cancer diagnose, viser at det kan ha en positiv effekt på helsen hvis pasienten opplever at han selv 'dikter' sanger, sanger de kan synge selv og også sammen med andre. "When the five children has been assisted to create and perform their own songs, these elements of music therapy have added new elements of health in their lives [...]" (Aasgaard, 2002, s. 223). Aasgaards undersøkelse av barn med cancer viser blant annet hvor helsefremmende musikkterapi kan være. Han viser samsvaret mellom sang-aktiviteter og helse, som kan være vårdende i seg selv. Vårderen må også utvise mot i mange av vårdens utfordringer. "Through music therapy the children have got a tool to make something they appreciated and were proud of". "The roles I have related to the main themes in the 19 life histories of songs are all ways of performing health"¹⁰⁶ (ibid., s. 220, 222). Aasgaards forskning viser blant annet hvordan musikk og sang kan være en form for kommunikasjon, og hvordan de kan være en kilde til helse.

Informantene ga uttrykk for at tilbud om musikk og muligheten for selv å kunne velge, var et sterkt ønske da de var på sykehus. Musikk ble brukt altfor lite både på postene og venterom. Et eksempel på hvordan musikk kan uttrykke følelser når ordene blir borte finnes hos Robertson (2001): "Steve Wade had a massive stroke, his personality is intact, but he cannot speak, read or write. Miraculously, his musical self remains intact. The hand that can no longer write words, can still write music. He can express his feelings through music"

¹⁰⁶ The study looks specifically at 19 different songs made by/with 5 children in two hospitals (Aasgaard, 2002, s. 90).

(Robertson, 2001, s. 74)¹⁰⁷. Et akvarium viste seg å ha beroligende effekt i et ‘high-stress’ venterom (Ulrich, 2001, s. 49-59), og det samme viste lyd av vann, en rinnende fontene. En sildrende bekk, det å høre regnet, var andre former for lyd som ble fremhevet som positivt. Det gir ro i sinnet og kan befordre en indre harmoni.

Kategorien harmoni (kategori 1), blir fremhevet å være områder som er en nødvendig forutsetning for at omgivelsene skal kunne være estetiske. Alt i naturen er i harmoni og balanse, det er vel dette forhold som speiles i menneskets behov. “I vårdandet som en estetisk akt finns harmoni. Harmonin uttrycks i bl.a. kroppsrorelse och ansiktsuttryck, vilka utgör en spåglung av själen” (Eriksson, 1987a, s. 30). Harmonien speiler også omgivelsene, den atmosfæren som er rådende, vil prege harmonien i omgivelsene.

Utsagnene angående design (kategori 7) var negative for de fleste sykehus. I forhold til design synes det å være et gjennomgående trekk at informantene beskyttet seg ‘ved å lukke øynene’. Under kategorien ‘harmonier’ er humor, smil, latter og lek plassert. Det har med atmosfærens harmoni å gjøre, atmosfæren i vården. Den menneskelige faktor fremheves av informantene som viktig. Det at man kan spøke, selv i alvorlige situasjoner, at vårderne har evne til å smile, til å se mennesket som er skjult i en pasientham, det kan virke oppmuntrende. Det samme gjelder for de eventuelle medpasienter som pasienten tilfeldig kommer sammen med. Humor er med på å skape en god atmosfære. “Humør har med sinnsstemning å gjøre mens humor er et sosialt fenomen, dethandler om social intelligens” (Svebak, 1997)¹⁰⁸. Noen sykehus har såkalte ‘humorrom’ hvor man kan se morsomme filmer, lese humoristiske bøker og annet. Humor preger atmosfæren.

Vårderen kan anvende humor i vården. “Humor kan bidra til å omdefinere situasjoner, men det krever at man har en dyp forståelse av situasjonen, samt at man har et forhold som er preget av tillit og respekt” (Konsmo, 1995, s. 119). Hirn sier: “Se vi icke skönhet och full harmoni öfverallt, så vi i stället stridens storhet i det tragiska, och roa oss, med all ära, åt stridens misärer i det komiska” (Hirn, 1913, s. 137). “Men de (menneskene) gripa sina löjen kvarhelst de finna dem, och de glömma all konvention och all respekt för auktoriteter så snart

¹⁰⁷ Prof. P. Robertson of music and psychiatry at Kingston University. He has developed a new concept of how music and brain function correlate and synthesise.

¹⁰⁸ Sven Svebak, professor i psykologi og medisin, NTNU. Han har publisert flere studier angående betydning av latter og humor for helsen. Refererer også til N. Cousins, (1998) erfaring at morsomme filmer kunne holde ham smertefri i inntil to timer hvis han hadde kraftige latteranfall.

nogon bjuder dem et godt skämt” (Hirn, 1913, s. 226). Smerter, angst og lidelse kan glemmes for en stund. En ‘god skämt’ kan være en form for *lek*. Leken gir frihet til selv å bestemme lekens krav til den lekende, som er en selv. Som tilskuer til lek er man ikke bare observator, man tar del i leken, blir deltager. Ved å sitte og se på bølgenes lek mot stranden blir man på et vis deltager i bevegelsen. I vården kan forskjellig kunst gi mulighet for lek og relasjonen til vårderen kan stimulere evnen til selvoverskridelse. “Genom leken stimuleras kreativiteten och människan tar sats för en vidare utveckling. Genom leken frigörs det skapande som behövs för självöverskridningen, och människan får öva och pröva” (Eriksson, 1987 a, s. 77). Leken virker frigjørende og skaper vekst.

Resultat angående varianser

Figur XII viser de varianser¹⁰⁹ som fremkommer fra analyse og tolkning av intervjuene. Varianser vil si områder som ikke er inkludert i de 11 kategoriene med underområder, som er fokus for avhandlingen, og som i materialet fra intervjuene utkrystalliserer seg. Dette er nye områder som relaterer seg til og er viktige for estetikken i omgivelsene, og som vektlegges av informantene. De nye områdene, variansene, var ikke direkte i fokus i spørreskjemaene eller i analysen av handlingsplanene.



Figur XII – Varianser

Diskusjon av variansene

Variansen *møte*, møtets betydning og estetikken ved møtet, hva pasienten og vårderen møter i vården, og hvordan de møtes, kan prege oppholdet på sykehuset. Et estetisk møte med vården kan være både bekreftende og innbydende. Det vekkes en ‘velkommen’ følelse, man er ventet og kommet vel frem til trygghet og hjemlighet, man blir inkludert. Variansen *hjemlighet* kan forstås som at det er ‘et rom’ man hører hjemme i, et åpent område man føler seg hjemme i, føler seg vel i og fyller. Man eier ikke rommet annet enn der og da. “Eftersom utrymmet, i

¹⁰⁹ Varianser anvendes I avhandlingen som betegnelse på områder som blir vektlagt av informantene, men som ikke var inkludert I de estetiske områdene I utgangspunktet.

vilket mötet äger rum, inte tillhör någon, utan båda, kan ingen kontrollera eller förutsäga vad som kommer att ske i mötet, i stunden av ett ömsesidigt erkännande” (Lindström, 1994, s. 114).

Variansen *lukt* er omhandlet i beskrivelse av underområdet *luft*, kategori (9) i kapittel 2. Disse to områdene, møte og lukt, utkrystalliserte seg som svært betydningsfulle for det estetiske miljø. Variansen *vennlig atmosfære* kan høre inn under kategorien Harmoni (1), og diskuteres ikke nærmere, men en vennlig atmosfære skapes både av pasienter og vurdere.

Hjemlighet kan være en gjensidig bekreftelse, man blir sett der hvor man føler hjemlighet. Et menneske som ikke blir sett, kan mentalt utsette seg selv. I en slik situasjon blir den egne verdigheten ikke bekreftet av omgivelsene, den person det gjelder blir betraktet som ikke værende. En mental død kan være resultatet. Hjemlighet kan vise seg i bygningens arkitektur, hvor bygningen som sådan kan virke tiltalende, den kan virke imøtekommende og gi trygghet. Men bygningen kan også virke ruvende, kanskje truende og fiendtlig og lukket, en dyster koloss med små vinduer. Arkitektur kan både eksternt og internt virke fremmedgjørende. Godt vedlikehold kan heve estetikken. Sykehus som er svært preget av slitasje virker ofte uestetiske, det kan virke skittent når malingen er flasket av og falmet, gulvbelegg som er slitt, lister som er løsnet osv. Helhetsinntrykket kan gi følelsen av at det ikke er et godt sted å være, det gir ingen følelse av hjemlighet og er heller ikke estetisk.

Det lite tiltalende *sykehusstøyet* fremstår som en varians. Blant annet skjortene, buksene og morgenkåpene opplevdes som en latterliggjøring, og det følte nedverdiggende å måtte ha disse plaggene på seg. Latterliggjøring i seg selv kan forbindes med atmosfærens estetikk, men her er det relatert som en estetisk varians i forhold til sykehusstøyet. Latterliggjøring og fremmedgjøring ble også uttalt, i forhold til hvordan en pasient kunne oppleve et high tech miljø. Skolering og kulturell ballast kan være en forutsetning for å sette pris på de forskjellige uttrykksformer man finner, for eksempel i et high tech miljø.

Validitet og reliabilitet av de kvalitative forskningsintervjuene

Validitet er avhengig av datas relevans i forhold til det vi ønsker å undersøke, og at vi måler/undersøker det vi tror og det vi har som formål å undersøke. Teoretisk validitet vil knytte seg til tolkning av de svar og data som fremkommer fra intervjuene. Det er i den forbindelse viktig med spørsmål som ikke er ledende eller tendensiøse. Tilbakelevering av

intervjumanuskripter til den intervjuede ekspertgruppe for gjennomlesning ble gjort, hvis informantene ønsket det, slik at de kunne gi kommentarer og korrigeringer før videre analyse, (det var ikke ønsket fra noen av informantene). Innholdsvaliditet, “face validity”, blir vanligvis etablert gjennom forskerens logiske vurderinger, grunnlagt på faglig kunnskap og kjennskap til datamaterialet” (Sund, 1987, s. 40).

Transkripsjonen fra lydbånd til skriftlig tekst er også utsatt for tolkninger og vurderinger: “Transkripsjoner er ikke kopier eller gjengivelser av en egentlig realitet, de er abstraksjoner, slik topografiske kart er abstraksjoner av det opprinnelige landskap de er hentet fra” (Kvale, 1997, s. 104), men transkripsjonen er en gjengivelse av intervjumaterialet Ord for ord, pauser, eksklamasjoner eller annet som er gjengitt på lydbåndet, skrives ned. Intervjuene ble transkribert av et transkripsjonsfirma, som har lang erfaring. Analyse og tolkning av intervjuene er utført systematisk. Morse (1999, vol.9, 9/5)¹¹⁰ sier om validitet i kvalitativ forskning: “But is qualitative research unsystematic? I would argue that qualitative research is not as prescriptive as quantitative research, and indices for making such decisions as reliability and validity, sample size and so forth have not delineated with statistical procedures to give a precise numerical value. Nevertheless, the systematic procedures for qualitative inquiry are specified, described and used” (ibid., p. 573). Videre sier Morse (ibid.) angående validitet og reliabilitet, at hun er enig med Kvale¹¹¹: “If qualitative research is unreliable and invalid, then it must not be science. If it is not science, then why should it be funded, published, implemented, or taken seriously? Turning our backs on such fundamental concepts has cost us dearly. Think! Reconsider! Undo! (ibid., p. 717).

Reliabilitet. I forhold til de kvalitative intervjuene er reliabiliteten avhengig av at ikke et subjektivt skjønn kommer inn når data skal sorteres og operasjonaliseres (Befring, 1992, s. 80-82). Ettersom fortolkningen starter i intervjufasen, så er det kanskje ikke til å unngå at en viss subjektivitet gjør seg gjeldende. Av den grunn kan det være en fordel at transkribent er en tredje person. Selv om hvert eneste ord, emosjonelle eksklamasjoner og pauser nedfelles, vil det kunne tolkes og oppfattes forskjellig av transkribenten. I denne avhandlingen anser jeg intervju av eksperter som viktig for å kunne kartlegge hvordan det estetiske miljø oppleves og vektlegges. Det er også mulig å gjenta undersøkelsen, eventuelt med andre informanter. De

¹¹⁰J. M. Morse, Editor: Qualitative Health Research, 1999.

¹¹¹Morse (1999, p. 73) sier: “I agree with Kvale (1989). He writes: Qualitative studies have been rejected as subjective, unreliable, and invalid. In particular, when judged against the common criteria for validity, as developed for psychometric tests, the qualitative methods have been dismissed as unscientific”.

kvalitative forskningsintervjuene ansees berikende for forskningen i tillegg til delstudiene II, III og IV. Forskningens reliabilitet er også i høy grad avhengig av forskerens objektivitet, så langt det er mulig. Det er tilstrebet objektivitet og forsøkt å beskrive gjennomføring av delstudie V så utførlig og ærlig som mulig. Det er viktig at man får svar på det man ønsker å få vite noe om. I intervjuene er dette krav imøtekommet ved et bredt perspektiv og ved åpenhet for nye estetiske områder som fremheves.

9 SAMMENDRAG AV DE FEM DELSTUDIENE

Ved å anvende forskjellige metoder i analyse av delstudiene, en triangulering, oppnås det en større forståelse for tema. “[...] det er rimelig å tro at bruk av flere metoder og tilnærminger i en og samme studie vil kunne øke både innsikten om fenomenet som studeres, og avhandlingens validitet. Nettopp det å få bekreftet funn fra ulike kilder blir understreket som viktig ved triangulering” (Lorensen, 1998, s. 268, 270). Resultatet fra analysen av de fem delstudiene gir her en større forståelse for helheten, og den hermeneutiske sirkel utvides. (illustrert ved figur XIII). Delstudiene gir økt kunnskap til den helhetlige forståelse av tema og i forhold til de forskningsspørsmål som stilles.

Den empiriske forskning gir data om hvilke retningslinjer som finnes i handlingsplanene for de norske somatiske sykehus angående estetikken i omgivelsene. Den gir data om hvordan pasienter og sykepleiere vurderer estetikken generelt i omgivelsene på seks forskjellige somatiske sykehus, og ved kvalitative intervju av eksperter oppnås konkretisert detaljkunnskap og vurdering av estetikken i de sykehus hvor ekspertene har vært pasienter eller har annen tilknytning til.

Fra delstudie I angående estetikkens betydning for helse, kan det utledes som konklusjon at den estetiske dimensjon er et viktig område for pasientenes og vårdernes psykiske og fysiske helse. Filosofiske teorier om estetikk bidrar til økt forståelse og kunnskap om den estetiske utvikling og erkjennelse, og for estetikkens betydning i vårdvitenskapen. Ut fra vårdvitenskap og filosofisk teori kan det konkluderes med at det er en etisk forpliktelse i en evident vård å tilstrebe ivaretagelse av estetiske behov på alle nivå. Denne delkunnskap utvider den hermeneutiske sirkel og er grunnleggende for den videre forskning. For å øke den helhetlige forståelse og kunnskap undersøkes det, i delstudie II, hvordan estetikk er vektlagt i handlingsplanene for de norske somatiske sykehus.

Delstudie II viste ved analyse av handlingsplanene at svært lite er nedfeldt skriftlig hva angår retningslinjer for estetikken i omgivelsene ved de norske somatiske sykehus. Resultat av denne analyse gir delkunnskap som fører til en større helhetlig forståelse og mer kunnskap angående tema og forskningsspørsmål, kanskje via negativa, ved at resultatet var så magert.. Delstudie II leder frem til delstudie III og IV, som ved hjelp av spørreskjemaer fremskaffer kunnskap om pasientenes og sykepleiernes vurdering av det estetiske miljø på de somatiske sykehus.

Delstudie III, spørreskjema til pasientene, viste som konklusjon at indeksen *orden* var det området pasientene vurderte høyest og var mest fornøyde med. Dette området vurderes som noe bedre enn 'bra'. Indeksene *sosialitet, mat, lysforhold, det visuelle og luften* vurderes til dårligere enn 'bra', det vil si mellom 'nokså bra' og 'bra'. Dette tolkes til at estetikken på alle områdene innen disse indekser kan forbedres. For indeksene generell *utsmykking*, inntrykk av estetikken i de forskjellige *rom, farver på pasientrommene, design, lyder, hjelp til personlig stell* og *valgmulighet* innen estetiske områder, vurderes alle til dårligere enn, eller under 'nokså bra', på skalaen i delstudie III. Det største potensialet og behovet for å løfte estetikken er innen disse områdene.

Ad delstudie II og III

Delstudie III, som viser pasientenes vurdering av estetikken i omgivelsene, fører til den konklusjon at det er nødvendig å få konkrete føringer, for hvordan estetikken skal ivaretas, inn i handlingsplanene. Ved at kategoriene som innebærer vurdering av for eksempel rommene, fargene, lydene, design osv. vurderes til under 'nokså bra', så fremgår det og tolkes som ønsker om forbedring. Hvis det nedfelles konkrete retningslinjer for ivaretagelse av estetikken i handlingsplanene, da er det å anse som forpliktende, og vil, antas det, føre til en kvalitetsheving.

Delstudie IV, resultat fra spørreskjema til sykepleierne viser at indeksen *lys*, blir karakterisert som 'nokså bra'. Dette betyr at de er relativt godt fornøyd med lyset. Derimot er ingen av spørsmålene angående estetikk i miljøet vurdert til å være '*bra*', det vil si at alle indeksene angående estetikken i omgivelsene vurderes til å ligge på den negative side av 'nokså bra'. Det tolkes til at sykepleierne ikke er fornøyd med hvordan estetikken er ivaretatt i omgivelsene. Vurdering av estetikkens effekt på helsen til sykepleierne og til pasientene, psykisk og fysisk, vurderes som 'nokså stor' til 'stor'. Ved at de ikke er fornøyd med tilstanden slik den er, og ved deres antagelse om estetikkens betydning for helse, både den egne og pasientenes, så konkluderes det med at estetikken bør vektlegges høyere og utbedres.

Delstudie III og IV

Det vises stort sammenfall mellom delstudiene III og IV. Forskjell viser seg i vurdering av lysforhold. Pasientene vurderer lysforholdene til dårligere enn 'bra', mens sykepleierne vurderer lyset til 'nokså bra'. Estetikken for øvrig i omgivelsene vurderes til å være under eller dårligere enn 'bra', det er på denne indeks overensstemmelse mellom vurderingen fra både pasienter og sykepleiere. Denne vurdering forsterker ytterligere behovet for å få nedfelt retningslinjer og føringer for å sikre at estetikken blir vektlagt og ivaretatt i sykehusene.

For å kunne utarbeide ansatser til en teori angående estetikken i omgivelsene, på de norske somatiske sykehus, så gir delstudiene III og IV verdifull delkunnskap, til den helhetlige forståelse.

I delstudie V vurderes estetikken i sykehusene, ut fra intervju av eksperter, gjennomgående til å være svært dårlig. Varianser og invarianser som utkrystalliserte seg i analysen av intervjuene, er det redegjort for. Resultatet viste at informantene vektla og fremhevet som viktige, de kategoriene som var valgt ut for nærmere forskning i avhandlingen. Men, kategoriene ble også fremhevet som områder, hvor estetikken var ivaretatt på en mangelfull måte. Ved sammenligning av svar fra spørreskjemaene og fra intervjuene, fremkommer det divergenser. Angående kategori 1, *harmoni*, med blant annet underkategoriene *orden*, *ryddighet* og *hygiene*, så vurderes den til å være 'bra', av pasientene i spørreundersøkelsen. I noen av intervjuene finner man det motsatte, her ble påpekt at *hygienen* var til dels 'svært dårlig', spesielt på WC og bad.

Sosialitet (indeks 2) er det ganske mange som ikke har svart på i spørreskjemaene. Det kan være at pasientene så spørsmålet som irrelevant eller kanskje de ikke ønsket å svare. Alpha er .76, hvilket ansees som moderat reliabilitet. I intervjuene kommer det desto sterkere frem at nettopp dette er viktig. Noen har positive erfaringer og andre negative. Det fremheves at *humor*, *underholdning*, *smil* og *lek* kan veie opp for andre ulemper ved det å være pasient, og til dels kompensere for uestetiske omgivelser.

Gjennomgående ligger vurderingene angående den generelle estetikken, i spørreskjemaene mellom 'nokså dårlig' til 'nokså bra', mens det i intervjuene var en sterkere negativ vurdering. Estetikk vurderes av informantene som nærmest totalt fraværende. De kvalitative intervjuene angående omgivelsenes betydning, støtter utsagn fra Dilani:

“Numera har forståelsen ökat för vilken avgörande roll miljön i vårdbygningar spelar för kvaliteten i vården, liksom för att den påverkar arbetstillfredsställelsen för personalen. Lokalernas utformning har alltså betydelse för vården. Den påverkar samspelet mellan patient och vårdpersonalet” (Dilani, 1998, s. 122).

Helse og velvære til pasientene og vårderne påvirkes av estetikken i omgivelsene, ifølge delstudie V.

Etter å ha analysert spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere, samt intervju av eksperter, kan det trekkes en slutning angående forskningsspørsmål 4: Hvordan vurderes det estetiske miljø av pasienter, sykepleiere og eksperter? Spørsmålet er svart på detaljert i resultatene fra delstudie III, IV og V, men som en samlet konklusjon fra delstudie III og IV kan det sies at indeksene angående lysforhold, mat og harmoni vurderes av pasienter og sykepleiere til mellom nokså bra/bra, ifølge den oppgitte skala. De andre indeksene ligger på en vurdering mellom nokså dårlig og nokså bra, hvilket utledes som en negativ vurdering.

Sykehus 3 skiller seg markant ut, med en gjennomgående positiv vurdering, både fra pasienter og sykepleiere. Her vurderes alle indeksene til mellom bra og svært bra, bortsett fra den generelle utsmykking, som vurderes som nokså bra – bra, (sykehuset er bygget i begynnelsen forrige århundre). Den generelle utsmykking, det vil si bilder, malerier, osv., som hører inn under indeks 1 i spørreskjema til pasientene og indeks 5 i spørreskjema til sykepleierne, kan bedres, også på dette sykehuset.

I delstudie V fremkom det at estetikk ble ansett som nærmest fraværende, i miljøet på sykehusene. Fra intervjuene utkrystalliserte det seg invarianser og varianser, som ble ansett viktige for estetikken i miljøet på sykehus. Det er resultatene fra spørreskjemaene til pasienter og sykepleiere, samt intervju med eksperter, som gir mest substans og materiale til utarbeidelse av ansatser til teori for hvordan estetikken kan ivaretas, i de norske somatiske sykehus. Dette ettersom resultat fra analyse av handlingsplanene viste at det forekom svært lite angående retningslinjer for estetikken i omgivelsene og miljøet,

Den hermeneutiske sirkel er utvidet, og har gitt resultat som viser kausale sammenhenger mellom estetiske omgivelser og helse, og som videre gir mulighet for å utvikle ansatser til en teori, for det estetiske miljø.

Presisering av resultat fra forskningen i forhold til hensikten

Avhandlingens overordnede hensikt er: å generere ansatser til en teori for hvordan det estetiske miljø i de norske somatiske sykehus kan ivaretas og forbedres, som en sykdomshelbredende, helsefremmende og helsebevarende faktor. Det overordnede mål oppnås ved delstudie V.

Avhandlingen har også to delmål:

Delmål 1 – Å undersøke og kartlegge hvordan estetikken er ivaretatt ved norske somatiske sykehus. Ved delstudiene II, III, IV og V.

I forhold til delmål 1 - å undersøke og kartlegge hvordan estetikken er ivaretatt ved norske somatiske sykehus, så er resultatene fremkommet ved delstudier.

Delstudie II viser at:

- Handlingsplaner for de norske somatiske sykehus inneholder svært få retningslinjer og føringer for det estetiske miljø.

Det er ikke tidligere foretatt analyse av handlingsplaner fra de norske somatiske sykehus med estetikk som fokus.

Delstudiene III og IV viser at:

- Estetikken i omgivelsene på de sykehus som deltok i spørreundersøkelsen, på mange områder ble vurdert negativt av pasienter og sykepleiere.

Det er ikke tidligere foretatt spørreundersøkelse for å få en overordnet generell vurdering av estetikken i sykehus, vurdert av pasienter og sykepleiere.

Delstudie V viser at:

- Estetikk vurderes av informantene som nærmest totalt fraværende.
- Pasientenes og vårdernes helse og trivsel påvirkes av estetikken i omgivelsene.

I forhold til delmål 2 – å få en dypere forståelse og kunnskap om estetikken fenomen, ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv, så har delstudiene, spesielt I og V, gitt verdifull kunnskap.

Delstudie I viser at:

- Estetikk er en etisk forpliktelse
- Estetikk er et mangesidig fenomen

Delstudie I gir:

- Kunnskap om estetikken som fenomen, ut fra et vårdvitenskapelig og fra et filosofisk perspektiv
- Kunnskap om estetikk som et behov, som er viktig for helse og trivsel
- Kunnskap om estetikkens utvikling
- Kunnskap om utviklingen av den estetiske erkjennelse
- Kunnskap om det estetiske behov på forskjellig nivå
- Kunnskap om det estetiske behov for både å skape og for å oppleve
- Kunnskap om ivaretagelse av estetikken som en etisk forpliktelse

Delstudie V, gir i forhold til det overordnede mål: å generere ansatser til teori for hvordan estetikken kan ivaretas og forbedres som en helsefremmende og helsebevarende faktor.

- Det utkrystalliserte seg invarianser og varianser, som konkret er retningsgivende for utarbeiding av ansatser til en teori,
- Delstudie V gir utdypet hermeneutisk forståelse av estetikkens fenomen. Dette ved kunnskap om de estetiske kategoriene, med underområder, som ble utdypet gjennom kvalitative intervju. Informantene ga kategoriene økt meningsinnhold, fra forskjellig perspektiv. De invariansene og variansene som utkrystalliserte seg, høynet forståelsen innen den enkelte kategori, med detaljkunnskap som kan være retningsgivende ved utarbeidelse av ansatser til teori.

Det er ikke funnet at det tidligere er foretatt kvalitative intervju av et ekspertutvalg.

Som helhet er resultatene viktige for videre planlegging og ved endringer/rehabilitering av det estetiske miljø i omgivelsene på sykehus og institusjoner. Der hvor estetikken er ivaretatt viser det seg at pasientens rekonvalesenstid kan bli kortere, og sykefravær for de ansatte reduseres¹¹². Dette indikerer en mulighet for økonomiske innsparinger.

¹¹² Hvert liggedøgn på sykehus er kostbart. Ved sykefravær koster det å sette inn vikarer, eller det blir merbelastning for personalet, som på sikt kan føre til økt sykefravær.

Filosofiske teorier er anvendt i avhandlingen som retningsgivende for praksis. Den etiske forpliktelse, i forhold til estetikken, begrunnes, og filosofien gir forståelse for de estetiske behov. Filosofien bidrar med kunnskap om den estetiske erkjennelse, som er på forskjellig nivå, om behovet for estetiske opplevelser og om behovet for å skape/medskape. Filosofien bidrar med kunnskap, og den gir en helhetlig forståelse, som er nyttig i vården, når estetikken skal ivaretas.

10 ANSATSER TIL TEORI OM ESTETIKK I VÅRDVITENSKAP

En teori kan være en antagelse, en hypotese eller et system av antagelser og utsagn, mer eller mindre omfattende.

Kirkevold sier at: “En teori trekker frem noen aspekter ved virkeligheten, nemlig de forfatteren av teorien mener er de viktigste, på bekostning av andre aspekter. Det er også stor enighet om at en teori er en systematisk beskrivelse eller forklaring av ett eller flere fenomener. En teori er et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner eller erfaringer knyttet til ett eller flere fenomener, for å få en økt forståelse av disse” (Kirkevold 1992).

Angående teorier om vård finnes det ulike nivåer og teorityper. Sykepleiens teoretiske arbeider karakteriseres av Fawcett (1978) på tre abstraksjonsnivåer¹¹³. “Mest generell og abstrakt er, ifølge Fawcett, sykepleiens metaparadigme. Dette består av de fire overordnede begrepene menneske, sykepleie, helse og omgivelser” (Fawcett 1978, fra Kirkevold 1992). Fawcett skiller mellom “Grand-range”, “middle-range” og “narrow-scope” teorier avhengig av hvor mange av metaparadigme-begrepene de omhandler” (ibid.). De ansatser til teori som er utviklet i avhandlingen omhandler et begrenset område og kan karakteriseres til å være på “narrow-scope” nivå i en sykepleieteoretisk referanseramme ved at de beskriver ett område innen vårdvitenskapen.

Eriksson hevder at: “Vårdvitenskapen som disiplin har två övergripande syften. Den skall föra idealiteten in i verkligheten samt föra verkligheten upp i idealiteten. Först då dessa bägge ansatser förenas sker en utveckling av vårdvitenskapen och vårdverkligheten” (Eriksson, 1992, s. 30). Ved å føre estetikken inn i vårdvirkeligheten heves vårdvirkeligheten opp i idealet og henimot en evidensbasert vård. Resultatene fra denne forskningen angående estetikkenes betydning for helse og velvære i somatiske sykehus, bidrar til å utvikle en sammenfatning til ansatser for en teori i vårdvirkeligheten vedrørende estetikk.

En teori gir retningslinjer og ytre grenser for det tema som er gjenstand for forskning. Den kan for eksempel være deskriptiv, normativ eller det kan være en metateori. “Teori er en mångtydig term som har olika betydelse inom natur- och humanvetenskaper, kan t.ex. vara:

¹¹³ 1. Sykepleiens metaparadigme, som inkluderer de fire begrepene, menneske, sykepleie, helse og omgivelser. Neste abstraksjonsnivå er begrepsmessige modeller, de er også abstrakte, men mer konkrete enn metaparadigmet, ved at de definerer de fire begrepene. Sykepleieteorier er ifølge Fawcett det tredje abstraksjonsnivået (Kirkevold, 1992).

oppfatning om et visst område, ett system av generella satser” (Eriksson, 1992). Gadamer sier at: “Moderen theory is a tool of construction by means of which we gather experiences together in a unified way and make it possible to dominate them. We are said to construct a theory” (Gadamer, 1960/89). De ansatser til teori som fremkommer i avhandlingen er å anse som redskap for å ivareta estetikken i omgivelsene på sykehus. Innen estetikk vil enhver vurdering og avgjørelse måtte gjøres i forhold til områdets egenart, tid og sted, og ikke minst brukerne, i denne sammenheng pasienter, vurdere og pårørende. Ansatsene til teori som er utviklet gjennom forskningen i avhandlingen er også normative og på et meta nivå. På detaljnivå, innen den enkelte kategori, finnes det kunnskap og teorier som det er viktig å anvende. Det gis retningslinjer for estetikken i omgivelsene og essensielle komponenter fremheves innen hver kategori.

Ansatser til teori for utbedring og planlegging av estetikk i omgivelsene i et sykehusmiljø kan omfatte:

Harmoni. Det bør være samstemthet i helheten, som representeres av bygningenes arkitektur og beliggenhet, av rommenes utforming, karakter, av linjer og av interiør hvor alt har betydning for at det skal gi et harmonisk preg. Harmoni angår atmosfæren på sykehuset. Et miljø, hvor både vurdere og pasienter trives vil også ha en god, harmonisk atmosfære. Det vil være plass til både humor og lek, som kan være viktige elementer for helse og velvære. Orden, ryddighet og hygiene bør være en selvfølge.

Matens estetikk er en viktig og en krevende oppgave for de som tilbereder den og for vårderen som serverer maten til pasienten. Dietetiker trekkes inn med spesialkunnskap om matens innhold, næringsstoffer og eventuelle dietter. Tilberedning av maten slik at smaksstoffene kommer frem og harmonerer, og at det tas hensyn til lukt, til farver og konsistens, er viktig. Det må tas individuelle hensyn i forhold til størrelse på den porsjon som serveres, samt hvordan maten anrettes på tallerkenen, på brettet og på bordet, for at den skal virke innbydende og appetittvekkende. Estetikken i omgivelsene, hvor maten serveres, kan høyne måltidet. Det må være rent, ryddig og frisk luft.

Kunst har et stort potensiale til fremme av helse og velvære. Men kunst kan også virke negativt. Kunst kan forsterke lidelse. Den kan berøve illusjoner og den kan virkelighetsorientere på en brutal måte. Det er derfor viktig at den kunst som presenteres i

omgivelsene, er rettet henimot brukeren. Både pasienter og vurdere bør gis en mulighet til å oppleve forskjellige former for kunst, ut fra sitt estetiske behov. Det kan være opplevelser innenfor eksempelvis poesi, musikk, billedkunst, skulptur, arkitektur og annet. Kunst aktiverer og imøtekommer det åndelige og det kreative behov. Innen kunst kan det gis mulighet til å imøtekomme det estetiske behov på alle nivå, fra de enkleste uttrykksformer og til de geniale formidlinger av den autonome kunst. Kunst skal imøtekomme behovet for å oppleve, det skapende og det medskapende behov. Et underrområde av kategorien kunst (3) er vann. Vann har mange muligheter for å gi ro og adspredelse. Det kan være i form av vannarrangementer og vannskulpturer, eller det kan være naturlige forekomster. Vann gir alltid variasjon, ved bevegelse, ved skifting i farver eller ved speiling. Dette er en mulig opplevelseskilde. Friskt rent drikkevann bør finnes innen rekkevidde. Det kan i seg selv være en estetisk nytelse.

Rom. Rommet sier noe ved sin karakter, det vises ved formen på rommet, rommets volum, lysforholdene, vinduene, sengen og dens plassering i rommet, fargene på vegger, på gulv og tak, på dører og listverk. Informantene ga ikke uttrykk for at det var behov for, eller at det hadde betydning hvor mange kvadratmeter det var til disposisjon rundt sengeenheten. Men dersom rommet må deles med andre, ønsket de å være skjermet fra påtrengende nærhet. Det vil si de ønsket å bli forskånet fra å delta i andres visitter til alle tider, og de ønsket å bli skjermet mot å være vitne til, høre, se og lukte andres opplevelser av smerter, ubehag og lidelse.

Hva pasienten ser når han ligger i sengen, og om han har utsyn gjennom et vindu med utsikt til lys, luft, natur, eller om han ser opp i et ensformig gråhvitt tak, har betydning for hans velvære.

Arbeidsrommene for vårdere kan vies større oppmerksomhet, slik at de ikke oppleves som trange, muligens uten vindu, og kanskje med dårlig ventilasjon. Det viser da en mangel på estetikk som kan virke inn på det daglige velvære. Rommets arkitektoniske utforming er viktig, at det er harmoni mellom linjene i rommet. Dybde, bredde, høyde må være slik at det gir romlighet og velvære. Et rom må også, for å virke behagelig, harmonisk og estetisk, ha en balanse i proporsjonene mellom horisontale og vertikale linjer. Det gjelder både for rommets arkitektur og for interiøret. Hvordan møblene ser ut, om de er harmonisk plassert i rommet og om de er hensiktsmessige for pasienten, er medvirkende for rommets estetikk. Utsikt og utsyn

gjennom vinduer/glassflater i vegg og tak kan trekke verden utenfor inn i sykerommet. Dette kan gi estetiske opplevelser som er verdifulle for pasienter og vårdere. Det kan imøtekomme behovet for å følge årstidene og døgnetts skiftninger. Vinduene utforming, størrelse og plassering, spesielt i forhold til pasientenes senger, bør vektlegges. Utsikt og utsyn til natur eller trivelige miljøer er viktig¹¹⁴. Inventar og tekstiler bør være tilpasset hverandre, både når det gjelder farver og kvaliteter. Farver og materialer som er anvendt i gulvet spiller en rolle. Trematerialer gir en annen klang enn et vinyldekke. Gulvet er en viktig faktor i forbindelse med lydets forplantning og absorpsjon. Det gjelder i det hele tatt for skjerming mot støy at rommets konstruksjon og lydabsorberende elementer, som tekstiler og isolasjon, er ivarettatt. Et rom vil ikke oppleves behagelig hvis man ved å oppholde seg i det er utsatt for sjenerende støy. Taket er som oftest et helt forsømt område, en uutnyttet del av rommets 6 flater. På noen sykehus vil arkitekturen tillate å ha vindu eller glass som materiale, i taket, og det kan være en enestående mulighet til å trekke naturen inn i sykerommet eller pasientrommet, som en del av naturen. Er bygningen i flere etasjer, kan man med dagens teknikk allikevel skape både ‘himmel og hage’- installasjoner i taket.

*Lys*et er av stor betydning og pasientrommene bør bygges slik at pasientene kan ha utsyn og helst utsikt gjennom vinduene fra alle sengene. I dag er det sengen ved vinduet som er tilgodesett, mens de andre sengene ‘forsvinner’ inn i rommet. Ofte er det aktuelt å sette opp et skjerm Brett eller forheng rundt enheten ved ‘vindussengen’, hvilket medfører at de andre sengeplassene blir uten utsyn og utsikt (en arkitektonisk utfordring). Alle arbeidsrom bør ha dagslys, men hvis det ikke er mulig da må lysinstallasjoner velges med omhu. Det kunstige lyset og armaturen, både design, lysfarge og styrke samt plassering, bør velges slik at det gis mulighet for individuell betjening. Styrke og farge på lyskilden og ikke minst plassering i rommet, må tilpasses og være i forhold til pasienten, behagelig og regulerbart. Solen er den viktigste kilde til alt liv og sollyset den livgivende kraft. Åtti prosent av pasientene ønsket sol på pasientrommet, viser Israels undersøkelse (Israel 1962).

Farvene som anvendes på vegger, tak og gulv bør være samstemte. Det anbefales lyse, rene farver, ikke for dominerende i seg selv, men heller ikke intetsigende. Det bør velges farver som kan være en klangbunn for andre farver i rommene. Farvene må tilpasses rommets funksjon, de må være harmoniske og i samklang med de tilgrensende farver. *Tekstiler* i

¹¹⁴Utsikt til en kirkegård, som en pasient opplevde da han kom inn på pasientrommet etter å ha fått en alvorlig kreftdiagnose, kan være svært deprimerende.

rommene kan gjerne ha kraftige farver og mønstre, og da spesielt hvis det er mulig å skifte dem ut med mellomrom, slik at det gir variasjon, en oppgave som vårdere kan være seg bevisst. Tekstiler på fast inventar må være i harmoni med rommets farver. De skal ikke være for dominerende, for eksempel kalde og avvisende, men lune og innbydende. *Gardiner* bør være lette, luftige og lyse, slik at lyset kan siles gjennom dem hvis det er for sterkt eller for direkte. De skal likevel ivareta lyset. Videre ønskes det muntre, farverike sidegardiner, som kan trekkes for, og som kan skiftes ut med mellomrom for å gi variasjon. Vårderen kan også her ivareta estetikken ved å regulere lysstyrke, ved eventuelt å skifte tekstiler, eller så enkelt som å se til at for eksempel gardinene henger ordentlig.

Design er medvirkende til et harmonisk miljø. De forskjellige enheters design, deres form, funksjonalitet og plassering i rommet er viktig for harmoni og balanse. Design er form. Materialer, form og funksjon virker sammen i en helhet, i omgivelsenes helhet. Materiale som anvendes bør være naturprodukter, med utforming som unngår harde, skarpe kanter. Tekstiler i vennlige, innbydende farver og materiale. Respatex, metall, plast eller kunstlær kan virke kaldt og avvisende.

Natur er viktig både ute og inne. Det bør være utsyn og helst utsikt til naturen gjennom vinduer og tak. Natur i innemiljøet for eksempel planter og blomster, virker positivt og gir liv til inneklimate. Hvis det ikke er forsvarlig med levende friske blomster og planter, kan det benyttes kunstige. *Lyd*: Pasientene er ofte ekstra vare for lyder og bør skjermes mot lyder som kan være sjenerende. En skal være oppmerksom på den påvirkning og effekt lyd og støy kan ha. Det kan med fordel gis tilbud om 'lyder' som kan være positive, alt fra naturlyder til musikk og sang. Stemmer som er behagelige kan virke positivt og oppmuntrende. Det skal ikke være skingrende stemmer og heller ikke kunstige stemmer. *Luftens* kvalitet, hvor god ventilasjon, gjevnlig utluftning og skjerming mot lukter som kan være sjenerende, blir fremhevet som viktig av informantene.

Invariansene som ble vektlagt gir gode retningslinjer for pasientenes behov i forhold til estetikken i omgivelsene på sykehus. De variansene som utkrystalliserte seg kan i seg selv være av stor betydning for hvordan estetikken oppleves og vurderes i sykehus. Ønsket om at sykehuset skal formidle en form for *hjemlighet*, fremstå med en vennlig og harmonisk *atmosfære* kan være retningsgivende og et mål å tilstrebe. Godt *vedlikehold* er viktig for estetikken i omgivelsene. Forfall med løsnat listverk, avskallet maling eller liknende vitner

om likegyldighet og kan gi et uestetisk inntrykk. En bør være oppmerksom på *motets* betydning for pasienten, her i betydningen møte med vården og vårderen. Det bør også tas på alvor at ‘*sykehustøy*’, som pasienter ofte iføres, kan oppleves nedverdiggende og som en latterliggjøring. Både sengetøy og pasientbekledning er et område hvor det synes å være et stort potensiale for endring og forbedring.

En pasients møte med sykehuset preges først av rommet utenfor og rundt sykehuset. Er bygget klemt inn mellom store blokker eller ligger det kanskje høyt og fritt? Hvilke signaler gir sykehusets arkitektur til pasienten? Skal han gå inn i en lukket koloss, tung og mørk med små vinduer spredt på fasaden, et bygg hvor han får følelsen av å bli oppslukt, eller er det en åpen tiltalende bygning som ønsker velkommen, som gir pasienten lyst til å gå inn. Neste inntrykk for pasienten er som oftest i mottagelsen. Hva møter han her og hva møtes videre på veien til pasientrommet? Føler han seg velkommen? Pasienten er hovedpersonen, men det er naturligvis viktig at også pårørende føler seg vel, og at de ansatte trives. Ved nybygging og ved større ombygninger av sykehus blir estetikk tildels ansett som viktig, og det bevilges ofte store beløp til kunst og utsmykking. Det er meget positivt, men for å oppnå et gjennomført estetisk miljø må estetikken være en selvsagt del av planleggingen helt fra starten. Estetikken skal ikke være en påplussning, etter at alle arkitektoniske, funksjonelle og andre krav er planlagt men en naturlig del av helheten. Det er påkrevet at det engasjeres fagfolk, ikke bare fremragende kunstnere, men også mennesker som har kunnskap både i forhold til de enkelte områder, og om brukerne. Det kreves kunnskap om hvordan naturen, hvordan lys og luft, farver og linjer, design, kunst og harmoni påvirker mennesket. Vinduene er en utfordring og det samme gjelder utnyttelse av tak¹¹⁵. Om det ikke er mulig med utsyn via takkonstruksjon for hele sykehuset, så kan det kanskje la seg gjøre å planlegge for en del av pasientrommene, for de som kan tenkes å trenge denne avveksling mest.

Vesaas skriver om “hus som synger, hus som skriker og hus som er tause” (Vesaas, 1961). Det gjelder for huset som hjem, huset man bor i, men det gjelder også offentlige bygg. Ethvert hus har sin egen identitet og karakter.

¹¹⁵ En ekskursjon til forskjellige sykehus i USA (Nordahl et al., 1999), viser noen av de muligheter sykehusene der har anvendt for å imøtekomme pasientens behov for forandring. Det kunne være vindu i taket som ga pasienten fritt utsyn til himmelens skiftning, slik at været og lyset kunne oppleves fra sengen, muligheter til å se en fugl fly forbi eller kanskje slå seg ned. Andre adspredelser var bruk av forskjellige bilder eller utsmykninger i taket eller det kunne også være store vinduer, fra gulv til tak som var gjennomgående ved St. Michael Health Care Center i Texas hvor det var en bevisst anvendelse av estetikk.

Når det gjelder de mange eldre, eksisterende sykehus, som ofte består av flotte bygg, arkitektonisk sett, er det grunn til å anta at det nok kan gjøres mye på det estetiske området hvis det blir vektlagt. Dette gjelder de felles områder som gir mulighet for en *sensus communis* på et overordnet plan. Det er behov for en estetikk som kan ivareta behovet for estetisk erfaring, for estetiske opplevelser og for estetisk kreativitet. Behovet gjelder på alle de fire nivå, som er anskueliggjort og referert til i avhandlingen og i figurene IV, V og VI. Dette kan kalles værensformer eller uttrykksmåter. Det kan være kunst, av forskjellig slag, som muligens kan føre til en ren smaksdom, som kan skape lyst, glede og velbehag hos mottageren, eller det kan være andre estetiske uttrykksformer. Pasientene som trenger vård, vil alltid være svært forskjellige, så også deres lidelse. Det vil da si at deres spesifikke estetiske behov på mange måter er forskjellige, som det også er for vårderne. Det gyldne snitt, med krav til balanse og harmoni, er en overordnet retningslinje. Forskningen viser at det finnes grunnleggende felles invarianser. Eksperter på de forskjellige områdene må engasjeres, de må være utøvende ved planlegging og utføring, for å realisere den estetiske dimensjon på en positiv måte. Like viktig er den estetiske bevissthet hos vårderne. For at de skal være seg sitt ansvar bevisst, må estetikken vektlegges mer eksplisitt i utdannelsen. Analyse av vårdvitenskapelig og filosofisk litteratur viser at estetikk er et etisk anliggende og derved en etisk forpliktelse, i en evidensbasert vård. Forskning, som det henvises til i avhandlingen, viser at estetikken påvirker helse og velvære.

Teorier om estetikk i vårdvitenskap, i filosofi og i vitenskapelige undersøkelser, anvendes i avhandlingen for teoretisk å finne grunnlag for hvordan estetikk er viktig for mennesket, her for pasienter og vårdere. At estetikk er viktig både fysisk og psykisk bekreftes. Forskningen som er utført kan sees som en bro mellom vårdvitenskap og filosofi. Ved å anvende teori fra vårdvitenskapen og teorier fra filosofien som pilarer, vokser det frem en bro mellom disse vitenskaper. En bro er et kommunikasjonsledd, og overbygningen mellom disse to autonome vitenskaper er *ethos*, den grunnleggende etikk fra begge disipliner. En bro er noe som binder sammen, som *forbinder* noe som er separert. Ved å binde for skapes det en forbindelse, den ene knyttes til den andre. Det blir en sammenheng som gjør det mulig å vandre fra den ene til den andre, en gjensidig åpenhet til berikelse og komplettering. Denne åpenhet finner man på

mange områder i vårdvitenskapen¹¹⁶, men ikke eksplisitt i forhold til den estetiske erkjennelse og estetikkens betydning.

I avhandlingen om estetikkens betydning for pasienter og vurdere, trekkes det tråder som danner en bro mellom filosofiens teoretiske uttrykksform om estetikk og den estetiske erkjennelse, til den direkte påvirkning og sammenheng estetikk har i vårdvitenskapen og i vården. Mennesket har sin væren både i det teoretisk eksistensielle området og i empirien, hvor fenomenene viser seg. Det er det samme tema eller område det dreier seg om, men med forskjellige tilnæringsmåter. Det er estetikkens ontologi, læren om estetikk, om det som er estetikkens substans og vesen, 'ontos on', det som er, som her trekkes frem.

Filosofien kan på samme måte som vårdvitenskapen begrunne den etiske forpliktelse som empirien viser i forhold til estetikken. De filosofiske teoriene angår den estetiske erkjennelse, det estetiske behov og estetikkens opprinnelse. De kan kaste lys på estetikkens betydning for helse ved å vise at mennesket alltid har hatt et behov for estetikk, for estetiske ytringer og fremstillinger. Filosofien begrunner den etiske forpliktelse menneskene har overfor hverandre, og derav kan det utledes en plikt til også å ivareta det estetiske behov. Vårdvitenskapens ethos speiles i vårdvitenskapens grunnantagelser¹¹⁷. Dette ethos er den bærende og forenende kabel i broen.

I denne forskningen trekkes det frem viktige moment i forhold til estetikk, estetikkens utvikling og betydning for mennesket, på hvilken måte det skjønne og det estetiske erkjennes, samt den estetiske erkjennelsens utvikling. Dette er viktige bidrag i forhold til vårdvitenskapens antagelse av behov både for å skape og for å oppleve estetikk. Det gode, det skjønne og det sanne er en vesentlig substans i vårdvitenskapen og i en evident vård (Eriksson, 1999, s. 85). Vårdende vård er god, sann, og skjønn, fordi det som er godt er sant, det som er sant er godt, det ekte sanne og det ekte gode er også skjønt. Det skjønne er rent, det er skjønt i seg selv, interesseløst, ikke betinget av noe annet, men i seg selv skjønt.

Menneskets lidelse er vårdens utspring og en holistisk caritativ vård vil møte hele mennesket i en ekte vårdrelasjon. Vårdvitenskapen har ikke noen egentlig teori om estetikk, om den

¹¹⁶I vårdvitenskapen refereres det blant annet til filosofer som Aristoteles, Platon, Plotin og flere. I forhold til hermeneutikk anvendes for eksempel Gadamer og Ricoeur. Vårdvitenskapen som en autonom disiplin har nytte av kunnskap innen både teologisk, filosofisk og/eller andre vitenskaper.

¹¹⁷ Vedlegg XIII.

estetiske erkjennelse eller den estetiske utvikling. Den fastslår estetikkens betydning og det estetiske behov som et åndelig behov, Eriksson (7/2001) hevder at: “Vårdandets estetikk har som oppgitt å utforske og beskrive vårdandet som en skönhetsopplevelse, en kunst”. Det er derfor berikende å kunne la filosofien gi bidrag til en større forståelse på dette området. Filosofien viser på hvilken måte det gode, *ethos*, er en side ved det skjønne, at etisk handling er estetisk og sann (*The Republic*, §5-§7), (jfr. kapittel om *claritas*). Dersom estetikk i omgivelsene forsømmes, er det ikke uttrykk for etisk handling og holdning. Da vises det ikke respekt og verdsetting av mennesket. Men heller en underkjennelse av menneskets verdighet. “Det djupaste etiska motivet i allt vårdande innebär att visa aktning för människans absoluta värdighet och helighet” (ibid., s. 3).

Den klassiske filosofien er skeptisk (*skeptomai*), det vil si den stiller spørsmål til væren, til det værende og til det muligens værende. Kant har forsøkt å komme frem til holdbare logiske muligheter for erkjennelse. I forbindelse med muligheten for å felle dommer om det skjønne og det estetiske, så beskriver han forskjellige måter å dømme på. En ren interesseløs dom er nøytral i forhold til objektet, den fører til en følelse av lyst eller ulyst, og avgjør om noe er skjønt eller uskjønt. Denne dom gjør krav på å være en almen dom, en dom som alle vil være enige om. Objektet som sådan har egentlig ingen interesse. dets eksistens er irrelevant i den forstand at det er det velbehaget som føles, som er avgjørende. Men ettersom det likevel dreier seg om reelt eksisterende objekter i den sansbare verden, som forårsaker følelsen, som er årsak til smaksdommen, kan også objektet gjøres til gjenstand for interesse. Objektet for dommen som forårsaker en lystfølelse, kan bevisst anvendes, for eksempel i vården. Ved sin evne til å skape en følelse av lyst kan objektet gjøres til gjenstand for ‘gjentagelse’ og da ha mulighet for å gi en opplevelse av lyst og av glede til de som er i vården, pasienter og vurdere. Objektet kan være en kilde til vekst og utvikling. “Ansa, leka och lära utgör alla olika aspekter av vårdandet och utgör var och en för sig vägar till hälsa. Genom ansning, lekande och lärande vidgar människan sina gränser” (Eriksson, 1984 s. 124). Estetikk kan ansees som næring for disse områder. Hirns filosofi viser menneskets behov for estetikk på alle nivå, og menneskets utvikling ved estetiske uttrykksformer og erkjennelse.

Den bro som her skapes mellom vårdvitenskap og filosofi kan sies å være gjensidig styrkende. Filosofien henter kunnskap om mennesket som sådan, og kanskje spesielt det lidende menneske, fra vårdvitenskapens viten om selve mennesket, hva det er som helse, som lidelse og som væren. Filosofien henter kunnskap om hvordan estetikk virker og har stor betydning

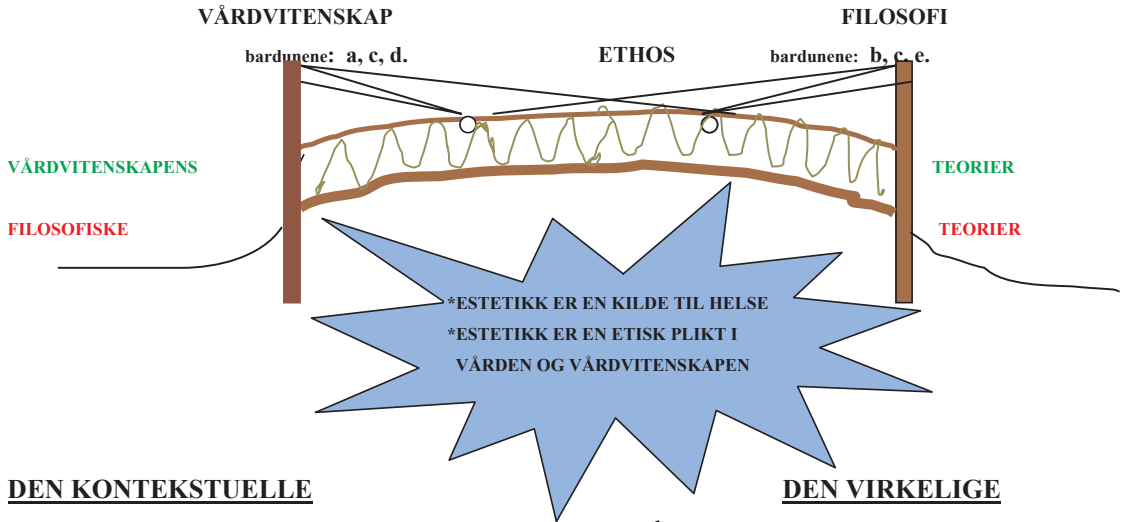
for helse og velvære. Vårdvitenskapens substans styrkes ved filosofiens tankegods, som er berikende ved å belyse estetikkens betydning fra andre perspektiv. Sammen genereres ny kunnskap fra de to vitenskaper som er nyttig for vårdvitenskapen. I broen, figur XIII, som binder sammen vårdvitenskap og filosofi, er den bærende kabel det felles *ethos*, mens bardunene representerer, i forhold til den estetiske dimensjon:

a/ Menneskets embete	↔	Den etiske forpliktelse, vårdvitenskap
b/ Mennesket som et formål i seg selv	↔	Den etiske forpliktelse, filosofi
c/ Menneskets estetiske behov	↔	Vårdvitenskap og filosofi
d/ Vårdvitenskapens formål	↔	Episteme – vekst – lindre lidelse
e/ Filosofiens formål	↔	Episteme – vekst – foredle mennesket
f/ Det sanne, det skjønne, det gode	↔	Vårdvitenskap og filosofi

Broen synliggjøres i figur XIII, hvor den hermeneutiske tilnærming for forskningen starter fra utgangspunktet, fra siktet. Siktet er temaet estetikk i de norske somatiske sykehus. Forskningsspørsmålene er det mål forskningen har som hensikt å finne svar på. Den hermeneutiske utvikling av forskningen vises i figur XIII, som en bevegelse fra den første minste sirkel, hvor forforståelsen er utgangspunktet. Den hermeneutiske sirkel utvides ved 'søkande' i delstudiene, som hver for seg gir en større helhetsforståelse om den estetiske dimensjon og dens betydning for helse og velvære. Den hermeneutiske bevegelse slutføres i konklusjonen at *ethos* i den evidente vård er estetisk, den er sann, god og skjønn. Konklusjonen peker opp mot den kontekstuelle empiriske virkelighet, hvor estetikken kan vise seg, for eksempel i kunst, på forskjellig nivå, og på andre områder hvor estetikken er i overensstemmelse med en *sensus communis*. Invariansene og variansene som fremkom ved tolkning av de kvalitative intervju, gir retningslinjer for områdene som ble vektlagt.

Konklusjonen peker også opp mot den virkelige virkelighet, som kan uttrykkes som estetikkens *claritas*, i den evidente vård. I figuren (XIII) flyter kunnskap fra vårdvitenskap og filosofi sammen under broen. Fra begge disipliner strømmer kunnskap til den virkelige virkelighet og fra den virkelige virkelighet til vårdens kontekstuelle virkelighet. Forskningens hermeneutiske utvikling har ført til en horisontsammensmeltning, en stadig større sirkel med et epistemologisk og ontologisk kunnskapstillfang, angående estetikkens betydning for helse og velvære generelt, for pasienter og vårdere i somatiske sykehus, spesielt.

TEORIANSATSER:



DEN KONTEKSTUELLE VIRKELIGHET

DEN VIRKELIGE VIRKELIGHET

Estetikkens claritas i den evidente vård

Den autonome kunst

Sensus communis – invarianser og variaser

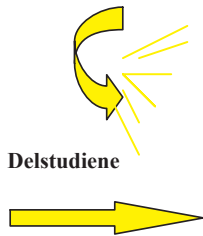
Terapeutisk estetikk

Spontan estetikk

En hermeneutisk utviklet forståelse av estetikkens betydning ut fra et vårdviten - skapelig perspektiv

'SLUTANDET' (konklusjon)

ETHOS I DEN EVIDENTE VÅRD ER ESTETISK: SANN, GOD, SKJØNN



**'S
Ø
K
A
N
D
E
T'**

'SIKTET'

Figur XIII – Utvikling av teoriansatser i estetikk

11 AVSLUTTENDE VÅRDVITENSKAPELIG DISKUSJON

Tema har vært gjenstand for en hermeneutisk utvikling ved utforskning av delforståelser, med utvidelse av kunnskapnivå, og en horisontsammensmeltning med den forforståelse som var utgangspunkt. Forskningen er utført som en frem og tilbakegang mellom helhet og del hvilket har vært berikende i forhold til den helhetlige forståelse. Den egne forforståelse er satt på spill¹¹⁸. Veien har gått via granskning av teori, analyse av handlingsplaner, til stadig mer kunnskap om tema ved spørreundersøkelser til pasienter og sykepleiere, og ved intervju av eksperter. Vårdvitenskap og filosofiske teorier om estetikk har vært det overordnede perspektiv, ‘forskere briller’. Forskningen resulterte i et fylldig materiale med hensyn til status for estetikken i de norske somatiske sykehus. I analyse av handlingsplanene ble det stilt spørsmål til teksten i materialet, angående utvalgte estetiske områder, som ble gjort til gjenstand for forskning. Resultatet fra analysen viste at lite var nedfelt skriftlig, som angikk estetikk i sykehusene. Det var få retningslinjer å finne, angående planer for estetikken, og heller ikke kom det frem hvilke kvalitetskrav som ble stilt. Det var krav til kvalitet i sykehustilbudet, men det fremgikk ikke nærmere spesifisering av hva kravet til kvalitet innebar, heller ikke angående estetisk kvalitet.

Vårdvitenskapen bygger antagelsen om menneskets verdighet ut fra hva det innebærer å inneha det menneskelige embetet. Grunnantagelsen “Människan är i grunden en religiös människa men alla människor har inte bejakat denna dimension” (Eriksson, 2001, s. 14) er en antagelse, ikke en påstand, men antagelsen er likevel grunnleggende for den videre forståelse av vårdvitenskapen og dens ontologi. Estetikken i sykehusene angår menneskets åndelige behov. “Denna tes innebär en precisering av den andliga dimensionen som även innefattar en religiös dimension. Det finns en andlighet som inte nödvändigtvis är religiös utan mera allmänt transcendent. Med andlig avses här människans etiska, estetiska och religiösa behov och begär” (ibid., s. 21).

De etiske behov har mennesket ved moralloven, og de er også forankret i mennesket som krav til, behov for, og en forventning om en allmenn etisk forpliktelse, og til *rettferdighet*. Det forventes en gjensidig rettferdighet hvis man selv er, eller forsøker å være rettferdig. Det forventes rettferdighet fra andre mennesker, fra samfunnet og kanskje også fra Gud (jfr. Job). Rettferdighet og rettsindighet er av de moralske egenskaper som mennesket skal strebe etter å

¹¹⁸ Ved åpenhet i forhold til estetikken positive betydning for helse og trivsel. Det fremkom ved forskningen at estetikk også kan forsterke lidelse.

utvikle, en kardinaldygd¹¹⁹. Estetikk er også ut fra forskers forståelse et behov, både for ånd og sjel, et etisk anliggende for en caritativ vård, og en etisk forpliktelse i forhold til den annens lykke. Man kan si at lykke er et behov som en vårdende vård vil bestrebe seg på å ivareta. Ut fra et idéhistorisk perspektiv kan vårdandet defineres:

“Vårdandet i sin ursprungliga, naturliga och rena form innebär en relation, förmedlande av människokärlek, tro och hopp, att lindra lidande och befrämja liv i syfte att befrämja människans varande och vardande som hel människa. Detta utgör kärnan i allt vårdande och skall finnas med i all vård” (Eriksson, 2001, s. 3).

Forskningen viser at estetikken kan fremme menneskets væren og vorden som helt menneske. En side ved menneskets væren i verden er de eksistensielle spørsmål, de spørsmål som egentlig ikke kan besvares. Det er spørsmål som angår den etiske forpliktelse, som her inkluderer det estetiske behov. Mennesket har et håp og et behov for en religiøs dimensjon, en Gud (grunnantagelse 2). Bitene faller på plass hvis Gud er. Men, selv om kanskje de fleste mennesker har en religiøs dimensjon, er det også mange, både agnostikere og ateister, som helt har forkastet troen på en Gud. Til det kan man likevel si at det er et utrolig faktum *at mennesket er*, at mennesket har væren, og det også i en utrolig *verden*, som *er*. Logisk er det *ikke mer utrolig* at det skulle finnes noe *utover* denne væren i verden, kanskje en Gud som skaper og råder. Noen vil si pragmatisk med Pascal: “Det er bedre å tro og ta feil enn ikke å tro og så ta feil!” (Pascal, 1670).¹²⁰ Grunnlaget for vårdvitenskapens ontologi er ‘caritas’, som kan oversettes med begrepene nestekjærlighet og barmhjertighet. Alle mennesker lever i en sammenheng og eravhengig av andre mennesker. Vi er fra naturens side utstyrt med et sikkert instinkt for å bevare, det vil si å ta vare på egen tilstand. I både menneske og dyreverdenen vernes og elskes avkom av opphav, kanskje ikke alltid av menneskene, men i alle fall i den frie dyreverdenen.

Forestillingen om en ‘Natturrett’ (Lex Naturalis) førte til ideen om alminnelig menneskeverd. Fordi man er menneske, er det naturens orden, antatt som en lov i menneskets fornuft, at man skal være til nytte for andre mennesker. Denne lov er som Antigone sier: “[...] guders evig uskrevne lov, den er ei fra i dag, ei heller fra i går. Den er evig. Ingen vet når den ble gitt”

¹¹⁹ Det anvendes her begrepet, og ikke *dyd*, som jeg tillegger et noe annet begrepsinnhold: renhet, uskyld, pliktoppfyllende, lovlydig, et ubesmittet sinn osv. Dygd er etisk dyktighet og dugelighet, karakterfasthet, rettferdighet osv. i overensstemmelse med det greske åreté.

¹²⁰ B. Pascal. *Tanker* (1670) Dette utsagn blir også kalt ‘Veddemålet’.

(Sofokles)¹²¹. “Vårdandets grundmotiv utgörs av caritasmotivet” (grunnantakelse 6, vedlegg XIII), og forpliktelsen overfor den andre. Denne forpliktelse følger Antigone.

Vårdvitenskapen står i en tradisjon både ved å hevde menneskets hellighet og menneskets embete, ved den lov som *er* fra evighet av. Det menneskelige embetet er ut fra et vårdvitenskapelig perspektiv, å tjene i kjærlighet, å finnes til for den andre, å ha ansvar for den andre. Det menneskelige embete innebærer at menneskene har ansvar for hverandre.

Eriksson hevder (2001, s. 19) at: “Caritasmotivet utgör kärnan i en autonom vårdvetenskap”. Det innebærer caritas overfor andre og overfor en selv. Barmhjertighet, et begrep som gir mange assosiasjoner, rommer både toleranse og tilgivelse, omtanke og sannsynligvis offer. Det betyr at man ‘trykker til sitt bryst’, en gir både beskyttelse og viser medfølelse. Røde Kors valgspårk lyder: ‘Inter arma caritas’, mellom våpnene barmhjertighet’. Jeg stiller meg spørrende til om det i denne sammenheng er pregnant å bruke begrepet nestekjærlighet eller kjærlighet som oversettelse av ‘caritas’. Ut fra min forståelse er kjærlighet en følelse som ikke kan påbys eller pålegges å føle, det er heller en gave. Kanskje er det lettere å utføre en god gjerning, å handle etisk av kjærlighet, hvis det føles en kjærlighet, eller nestekjærlighet, overfor mottager, enn det er å handle av plikt, en plikt overfor den lov som er nedlagt i mennesket. Ansvar for den andre innebærer plikten til en vårdende vård, en evident vård, hvor det gode, sanne og skjønne viser seg i vårdens claritas.

Vårdvitenskapens oppgave, som en autonom vitenskap, er å øke kunnskapen om vården, hva som er evident vård, hvor utgangspunktet er mennesket som et hele.

Denne vårdvitenskapelige forskning angående estetikkens betydning i vårdvitenskapen og vården, kan anvendes ved at den retter fokus mot et område, hvor det kan gjøres mye for å høyne vårdpraksis. “Vårdandet i dess allra djupaste innebörd innebär att hjälpa människan att växa, att utvecklas till den hon är ämnad till att vara” (Eriksson, 1988, s. 1). Estetikken er et område som bidrar til å skape vekst. Vekst vil si utvikling, en tilvekst, en ekspansjon som i denne sammenheng er både fysisk og åndelig, en vekst henimot potensialet. Et menneske utvikler seg åndelig hvis det får utvikle sine evner. Det ‘folder seg ut’ hvis det opplever eller

¹²¹ Sofokles, (497-406 f.Kr.) gresk tragediedikter hvor det estetiske element dominerer. Han anvender en streng og klar komposisjon, balanse mellom dramatiske partier og et ledig kultivert talespråk (Gyldendals store konversationsleksikon 1959).

lærer nye ting, ved å forstå noe som tidligere var uklart. Det kan vokse ved å føle seg verdsatt, og ved å bety noe for andre mennesker. Berikende opplevelser, som estetikken kan formidle, kan være en kilde til vekst. Estetikken kan gi ro og harmoni, skape lyst og glede. Forskning har vist hvor positiv effekten kan være i forhold til helsen (jfr. for eksempel Ulrich, 1984, 1985, 1991). I avhandlingen kommer dette tydeligst frem ved intervju av ekspertene. Det positive som opplevdes der hvor omgivelsene var estetiske, førte til et 'løft' i sinnet. For mennesket er det viktig å føle at det vokser, at det strekker seg, at det tilføres noe nytt, som utvider den mentale sfæren. Estetikk, blant annet ved god design, kan virke utfordrende, stimulere kreativitet og vekke emosjonelle følelser. Veksten kan være mental og/eller den kan være fysisk. En gjennomstrømmende glede ved opplevelsen øker følelsen av velvære. Den estetiske opplevelsen kan virke som sjelebot, sjelens estetiske behov, dens lengten og streben etter det skjønne imøtekommes, det responderes positivt og hele mennesket berøres. På samme måte som mangel på estetiske opplevelser kan være helseskadelig.

“Vi vet även att brist på skönhetsupplevelser kan vara sjukdomsfrämmande.

Forskning kring den estetiska upplevelsen och dens betydelse för hälsa och god vård är en angelägen uppgift i dagens teknologiska värld” (Eriksson, 1988, s. 36).

Denne studien bekrefter til fulle dette utsagn, og 'mange drypp vil etter hvert sette merke', det vil si at estetikken betydning vil komme mer i fokus og forhåpentlig bli stadig bedre ivaretatt som en viktig del i vården. "Forskningen har fått ny aktualitet utgående ifrån vårdvetenskapens evidensbegrepp som det sanningslika, det sköna och det goda" (Eriksson, 2001, s. 42). Den har også fått økt aktualitet i dag ved en stadig mer hektisk, og for mange stressende tilværelse. God design og estetiske omgivelser har vist seg å virke reduserende på stressfaktorer. Estetiske omgivelser, preget av ro og harmoni, gir styrke til å tåle mer, noe som kan være spesielt positivt i vårdsammenheng.

Estetikk kan ansees som en motvekt til det motsatte i dagens verden, det uestetiske, det uetiske og det usanne, som kan virke altoverskyggende og dominerende, hvor det estetiske behov kanskje til og med forsterkes. I en vårdsituasjon er mennesket sårbart, det blir ofte tvunget inn i en mer egentlig værensform, ved livets nærhet. Det kan oppleves som 'å gå ut av tiden', 'historietiden', fordi det kan føles som om tilværelsen består av to verdener. Verden innenfor og 'den virkelige verden' utenfor. Verden utenfor, som er blitt fjern, er en helt annen og helt atskilt fra verden innenfor, på sykehuset, som nå er pasientens verden. Livet går videre, utenfor. Kunst og estetiske uttrykk i forskjellige former, kan bringe samfunnet, verden utenfor, inn i sykehuset (jfr. Behrman, 1997).

Menneskets verdighet er knyttet til dets embete som menneske. Erikson (2001, s. 16) hevder at:

“Människan upplever sin absoluta värdighet då hon kan fullfölja sin uppgift som människa, dvs. kan tjäna och finnas till för en annan människa. Då en människa fråntas ansvar berövas hon samtidigt sin värdighet”.

Hvis verdigheten tas fra et menneske, berøves det også forpliktelsen, det utstøtes fra menneskeheten, dets unikheter og egenverd utsettes. Dette er egentlig en kontradiksjon, da den egentlige medfødte verdighet ikke kan tas fra et menneske, sjelens verdighet. Åndens og kroppens verdighet kan sies å være relativ, den er det mulig å ‘trampe’ på og å undergrave, men verdigheten er allikevel, sjelens verdighet¹²² er, ved det å være menneske. For å gjenta Dostojevski: “Ethvert menneske, hvem det enn er og hvor dypt han enn er sunket, krever – selv om det bare er instinktivt, bare ubevisst – respekt for sitt menneskeverd” (Dostojevskij, 1862, s. 167). Ved å la pasienten møtes av estetiske omgivelser, så vises han verdig, hans menneskeverd bekreftes. Det samme gjelder for vårderen.

Vårdvitenskapens ontologi formuleres som grunnantagelser. Det hevdes, med referanse til Levinas (1988), at etikken kommer foran ontologien, som Eriksson skriver:

“Han menar att en ontologi som inte underordnats etiken närmast är omöjlig, eftersom förståelsen av Varat i allmänhet inte kan ange och behärska det genuina förhållandet till den andra personen, utan det är detta förhållande som måste bestämma förståelsen för varat” (Levinas, 1988; fra Eriksson, 2001, s. 14, note 5).

Om etikken kommer før ontologien, er egentlig et metafysisk spørsmål. Hvis det skjønne, det gode og det sanne har været utover den empiriske, fysiske været, og viser seg i selve det skjønne, som også er godt og sant, eller i selve det gode, som viser seg i det estetiske, i handlen og i været, som også er sann og skjønn, da er ethos før ontos. Da viser etikken seg i ontos, og ontologien, læren om det som er, kommer etterpå. Det betyr ikke at ethos finnes i ontos, men at ethos kanskje streber etter å skinne frem i ontos, i det værende. Praktisk sett kan man si at det er de etiske holdninger som viser seg i og bestemmer det værende. Ethos kan også være fraværende i ontologien, en mangel, noe som ikke er, som ikke har positivt været,

¹²² Jfr. Edlund, (2002). “Ur diskriminationsparadigmet fremtræder tre dimensjoner av værdighet: den absoluta værdigheten, en inre etisk hâllning, en ytre værdighet” (forkortet gjengivelse).

men en negativ værensform. Det er motsetningen til ethos, 'Den sorte sol'¹²³, som er en metafor (en metafor som stammer fra forelesning av Wyller, E.).

Den hermeneutiske analyse av filosofisk teori ble i kapittel 6 avsluttet med noen svar i forhold til forskningsspørsmål 2: Hva kan filosofiske teorier om estetikk bibringe vårdvitenskapen? Svarene kan videre i forhold til vårdvitenskapen presiseres ytterligere ved den økte kunnskap angående:

- Menneskets dømmekraft i forhold til kunst og estetikk på to plan: subjektiv rasjonell og logisk rasjonell
- Mennesket utvikler sin estetiske erkjennelse fra lavere til høyere stadier/nivå
- Mennesket har et behov både for å uttrykke seg ved estetiske former, behov for å skape estetikk og behov for estetiske opplevelser
- Kunst underviser, er oppdragende, behager og stimulerer
- Estetikk som et etisk anliggende

Den virkelige virkelighet kan vise seg i det skjønne, i det gode og i det sanne. Den estetiske dømmekraft er på to plan, hvilket gir en videre forståelse for eventuelle utsagn eller reaksjoner i forhold til estetiske/uestetiske uttrykk. Det kan være den estetiske erkjennelse som kommer til uttrykk, fra det laveste nivå, hvor illusjoner og forestillinger er dominerende, og henimot en erkjennelse av selve det skjønne. Selve det skjønne viser seg på det fjerde nivå, som et skimt av den virkelige virkelighet. Vårdvitenskapen vinner kunnskap ved klargjøring av menneskets behov for estetikk på forskjellige nivå, både for estetiske opplevelser og for den egne skapende utfordring. Estetikks direkte positive effekt på helse og velvære, samt muligheten til å anvende estetiske virkemidler både i undervisning, og som en utviklende faktor, bidrar til å aktualisere estetikks betydning for vårdvitenskapen. Estetikk som en etisk forpliktelse, både i vården og i vårdvitenskapen fremgår både fra vårdvitenskapelige og fra filosofiske teorier.

Et hvert menneske er i en vorden som menneske så lenge det lever, hvis dets ånd er intakt. Mennesket vorder ved å vårde, ved å være til for den andre, men det kan ikke til fulle være til for den andre hvis ikke selvet vorder, vikler seg ut, henimot sitt potensiale. Et ulykkelig

¹²³En teoretisk lampe som gir mørke i stedet for lys, vil formørke en del av sine omgivelser. En tenkt sort sol vil legge hele 'tilværelsen' i mørke, en total mangel på lys, en ikkeværen, en metafor for det ondes domene.

menneske kan vanskelig strebe etter andres lykke, men det er dog mulig at hvis det gjør det, så vil den andres lykke også gi lykke til den ulykkelige.

Opgaven som menneske 'att tjäna och att finnas till för en annan människa', gir mennesket verdighet, det vorder helhetlig som menneske ved å kunne være noe for den andre. Det gir verdighet både til giver og til mottager. "Estetiken får således sin betydelse i vårdverkligheten då vårdaren vuxit in i ett estetiskt förhållningssätt och ser på människan och vårdandet med nya ögon. Estetiken bör bejakas inom var och en – den skall komma inifrån" (Blomqvist-Suomivuori, 1993, s. 69). Dette gjelder både den indre og den ytre estetikk.

Følgende grunnantagelser¹²⁴ fremsettes som konklusjon på avhandlingen og den forskningen som er gjennomført:

1) Den estetiske dimensjon fremmer menneskets holistiske vorden og er en kilde til helse

2) Estetikk er en etisk forpliktelse i vården og i vårdvitenskapen

Estetikk er i noen grad implisitt i undervisning og utdanning, men den fokuseres ikke nok. En undersøkelse ved forskjellige sykepleierhøgskoler, viste at estetikk ikke var nevnt i skolenes undervisningsplaner som eget tema i grunnutdannelsen, med dertil hørende litteratur og undervisning (Schüssler, 1998). Estetikken er et forsømt område, og ikke minst en uutnyttet ressurs i terapi og omsorg. Implementering av nye tanker og holdninger i forhold til estetikken avhenger av bevisstgjøring. Estetikk bør inkluderes som et ledd i undervisning og utdanning av vurdere, og personalet må vende seg til å vurdere og revurdere, og å utfordre kreativiteten. En effektiv form for læring kan være å oppleve situasjonen ved selv å være pasient. De som selv har vært pasienter kan ofte i ettertid si at de har fått en helt annen forståelse av både pasientrollen og av vårderens betydning. Uttrykket 'evidensbasert vård' får da kanskje et klarere innhold.

Det gyldne snitt i vården

Det gyldne snitt uttrykker en fullstendig harmoni, en perfektet og balanse som kan tilstrebes for å ivareta den estetiske dimensjon og kan vise seg i en evident vård. Dette snitt er også kalt et 'Guddommelig snitt', og kan henledes til det snitt som utføres ved et keisersnitt. Det gyldne snitt ansees som vesentlig for en tings skjønnhet, for at den skal være estetisk og harmonisk,

¹²⁴ Til de åtte grunnantagelser, vedlegg XIII, for vårdvitenskapen, utarbeidet ved Åbo Akademi, institutionen för vårdvetenskap.

og det kan gjelde alt fra proporsjonene i en bygning til den minste ting i naturen. Vårdens fysiske fremtreden, estetikken i interiør, i rommets arkitektur, i farver og design, alt i omgivelsene, kan inngå og være vårdende, dersom det er estetisk og holistisk. Det gyldne snitt imøtekommer det åndelige behov både hos pasient og hos vårder. Vårdens *claritas* blir evident hvis det tilstrebes en holistisk vård, en vård hvor estetikken i omgivelsene er ivaretatt. Det sanne, det gode og det skjønne kan tre frem som glimt av svar på de eksistensielle spørsmål mennesket stiller. Det skjønne som viser seg i en evident vård, speiler kanskje noe av selve det skjønne, det gode og det sanne, på og utover det fjerde nivå i den estetiske erkjennelse som tilstrebes (se figur IV & V). Eroslengselen og de åndelige behov gjør at mennesket streber etter kunnskap og opplevelser ut over den endelige verden. Det kan også sies å være menneskets eller sjelens lengten til Gud¹²⁵, og til en eksistensiell dimensjon hvor lidelsen kanskje ikke er. Det skjønne og det estetiske kan vise noe av en annen dimensjon ved tilværelsen. En evident vård søker menneskets beste, den imøtekommer menneskets estetiske behov, dets eroslengsel, og den ivaretar dets verdighet. Den evidente vård møter sjelens og åndens behov, også på det estetiske området. Det er et etisk anliggende som angår menneskets verdighet, det hele menneske vises verdig. Det *andre* menneskets embete vises respekt, og vården fremmer dets u t f o l d e l s e. Vården kan hjelpe og støtte på veien. Det gyldne snitt føres også inn i vården.

11.1 Implikasjoner for videre forskning

Ved to av de sykehus som deltok i spørreundersøkelsen ble estetikken i omgivelsene vurdert som ivaretatt på en god og positiv måte. Det vil være av stor interesse å foreta utdypende forskning, for eksempel ved intervju av pasienter og vårdere, med fokus på hva det er ved de to sykehus som tilsier en høy score? Hva er det som vektlegges og hvorfor? Det kan også være av interesse å få mer kunnskap om de variasjoner som fremkom.

Informantenes alder antas å være mellom 40 – 65. Det kunne nok vært en fordel med informanter i gruppene < 20, 20 – 30 år og eldre enn 65, for en eventuell sammenligning av yngre/eldre menneskers vurdering og reaksjon på omgivelsenes estetikk. Ved bruk av spørreskjema i en eventuell senere forskning kan det være aktuelt å stille spørsmål angående etnisk bakgrunn, sosial tilhørighet og utdanning. I de norske somatiske sykehus finnes i dag også pasienter og sykepleiere med bakgrunn fra andre kulturer. Det er ikke tatt hensyn til

¹²⁵ For eksempel i følge Plotin (204 -270 e. Kr.) grunnlegger av nyplatonismen – *Enneadene* (oversettelse 1991) og Augustin – *Confessiones* (399, oversatt 1965).

dette i spørreskjemaene, verken til pasienter eller til sykepleiere. Det kan prege vurderingen at respondentene ikke tilhører et homogent kulturelt samfunn, men i forhold til den generelle vurdering som fremkom, så ansees det i denne forbindelse å være underordnet. På spørreskjemaene, til pasienter og til sykepleiere, ble det spurt om aldersplassering i grupper: under 30 år, mellom 30 og 50 år, over 50 år.

Det var ønsket å få en generell vurdering av estetikken ved de konkrete spørsmål som ble stilt. Dette ansees oppnådd ved analyse av svar på den anvendte rating skala, og videre ved intervju av en ekspertgruppe. På spørreskjemaene til pasienter og til sykepleiere var det til slutt et spørsmål av kvalitativ karakter: *Er det andre ting du synes er vesentlige for det estetiske miljø?* Disse svar har ikke vært gjenstand for analyse da det er beregnet til en senere analyse, i et eget prosjekt. Resultatene fra dette spørsmålet blir senere publisert i artikkelform.

11.2 Kritisk granskning

Hensikten med den empiriske forskning som er utført, var å få data for utarbeidelse av ansatser til en teori om hvordan estetikken i omgivelsene på norske somatiske sykehus kan ivaretas. Målet var også å få belyst delmålene og å få fylldige svar på de spørsmål som stilles, å få økt kunnskap om estetikken betydning i pasienter og sykepleieres/vårderes daglige tilværelse. Målet var å oppnå en dypere forståelse av estetikken som fenomen, ut fra et vårdvitenskapelig og filosofisk perspektiv. Resultatene bidrar med å rette fokus på det estetiske området. De ulike metoder har vært fruktbare. Fokus har gjennom hele prosessen vært estetikken og estetikken betydning, ut fra de forskningsspørsmål som stilles. Forskningens relevans er blitt forsterket ved de funn som er gjort, og som generell konklusjon kan en si at estetikken dekker et mangfoldig område, hvor det fortsatt er et stort, og mange steder forsømt eller uutnyttet potensiale, for store forbedringer. Det teoretiske perspektiv og forforståelsen er redegjort for i begynnelsen av avhandlingen, men det er gjennom forskningsprosessen tilstrebet åpenhet for nye og andre dimensjoner, for estetikken betydning for helse og trivsel. Det kan kritiseres at verk av Kant, Gadamer og Pascal er anvendt i oversettelse. Det har vært anvendt forskjellige oversettelser, for å sikre pålitelighet. Enhver oversettelse innebærer også en tolkning (Gadamer, 1960/1989), men det kan også være språklig berikende.

I en kritisk granskning er det aktuelt å se nærmere på studiens substans, forskningsspørsmålenes relevans, valg av metode, struktur og gjennomføring av forskningen. Forskningsspørsmålenes bredde tilsa at forskningen krevde data fra forskjellige kontekster.

Den teoretiske del belyste tema ved teorier om estetikk, og den empiriske forskningen ga kunnskap i forhold til vårdens kontekstuelle virkelighet. Delstudiene utgjør hver for seg viktige biter til den helhetlige forståelse og de ulike metodiske tilnærminger har vært fruktbare. Valg av teoretisk perspektiv kan kritiseres ved at andre teorier og et annet utvalg av tekster kanskje kunne gitt andre resultater. Den teoretiske eksplorering av tekstene i delstudie I, ga en grunnleggende og utvidet forståelse for tema, og til den videre forskning. Estetikken i omgivelsene har mange aspekter, det er et kompleks tema, og de innfallsvinklene som det ble valgt å utforske (kategoriene med underområder) kunne vært supplert med andre, slik at det generelle omfanget hadde blitt større. For å få en større dybdeforståelse, kunne forskningen vært konsentrert om færre kategorier, men da ville datatilfanget blitt redusert og begrenset i forhold til hovedmålet som var å utarbeide ansatser til teori for ivaretagelse av det estetiske miljø i sykehusene. Forskningens heuristiske verdi handler om forskningsresultatenes mulighet til å være incitament for at estetikken vektlegges høyere i sykehusene. Avhandlingens utforskning av estetikken betydning for helse og trivsel kan ansees å tilføre ny kunnskap ved den hermeneutiske bevegelse gjennom avhandlingen, mot en utvidet forståelseshorisont.

Resultater fra delstudiene viser at valg av kategorier kunne vært beriket med kategorier som fremkom i de kvalitative intervju, som varianser. Det kan være av interesse for videre forskning.

De utvalgte sitat og analyse av forskningsintervjuene kunne vært ytterligere forkortet, men jeg syntes det var vesentlig å få presentert den enkelte. De forskningsintervjuene som ikke er gjengitt i teksten er satt inn som vedlegg (XVII).

Forskningens validitet avhenger av hvorvidt de metodene som er anvendt gir svar på det det spørres om. Validitet og reliabilitet er behandlet under hver delstudie. Ved å anvende flere metoder, så styrkes validiteten på forskningen, samlet sett (Lorensen, 1998, s. 268, 270). Forskningens heuristiske verdi synliggjøres i resultatet ved at det tilføres en ny forståelseshorisont, både ontologisk, pragmatisk og etisk.

Designet ga en klar ramme for hvordan struktur og progresjon skulle foregå. Det har vært en akkumulerende hermeneutisk prosess, hvor undersøkelser har bygget på hverandre. Den interne logikk vises i sammenheng mellom forskningsspørsmålene, hensikt og perspektiv,

gjennom datainnsamlingen og ved analysen av materialet. Undersøkelsen har vist at ved å anvende både et vårdvitenskapelig og et filosofisk perspektiv, så oppnås det en dypere forståelse for tema. Forståelseshorisontens forankring i teorien har vært retningsgivende for forskningen. Mange av undersøkelsene angående estetikkens påvirkning på helse, er utført i andre land, men ansees like relevante for forhold i Norge. Når da forskning viser hvor stor betydning estetiske omgivelser har, så var det viktig å få kartlagt hvordan tilstanden er ved de norske sykehus. Den empiriske undersøkelsen av handlingsplaner for de norske somatiske sykehus, avslørte at estetikk nesten ikke nevnes. En slik systematisk gjennomgang er ikke tidligere utført, og det viste seg at de forskjellige områder for estetikk i omgivelsene ikke er vektlagt i den grad at det finnes konkrete føringer for dem i dokumentene.

Spørreundersøkelsen ga et stort materiale fra de sykehus som var med i undersøkelsen. Det er heller ikke funnet at tilsvarende spørreundersøkelse tidligere er blitt gjennomført. Det ble valgt å stille generelle overordnede spørsmål og ikke konkretisere. For eksempel ble det ikke spurt om hvilken farve det var på veggene, og heller ikke om pasienten/sykepleieren vurderte denne farve til å være estetisk. Dette ble ikke gjort fordi det ble antatt at verken pasienter eller sykepleiere innehar spesialkunnskap til å vurdere fargens kvalitet, valør, psykiske/fysiske påvirkning ut fra den forskning som finnes, eller å ha spesialkunnskap om farven som materielt element i det visuelle. Dersom forskningen hadde begrenset seg til spørreundersøkelsene, da ville det vært relevant å stille mer detaljerte konkret utdypende spørsmål.

I delstudie V, kunne det vært relevant å anvende Delphimetoden. Den ville gitt mulighet for en større spredning av intervjudeltagere fra forskjellige kanter av Norge. Ettersom den første empiriske undersøkelsen var en analyse av handlingsplaner fra somatiske sykehus i hele Norge, så kunne det kanskje vært en fordel å gå videre med forskningen på landsbasis. Dette ble ikke gjort av praktiske hensyn. Informantenes erfaringer viste seg å stamme fra opplevelser fra sykehus på forskjellige steder i landet. I forhold til semistrukturerte intervju kunne Delphimetoden vært mer stringent angående de spørsmål som skulle stilles. Deltagerne kunne lettere holdt seg til tema, det vil si til de spørsmål som ble stilt skriftlig, og sannsynligvis ikke komme med de digresjoner, fortellinger eller annet, som ofte forekommer ved intervju. Ved å anvende Delphimetoden kunne informantene kanskje enda mer bevisst ha merket seg estetikken ved eventuelle 'besøk' i sykehus i løpet av den tid de deltok i forskningen. Rangeringen ville muligens da være mer bevisst, men den intervjuform som ble

valgt anså nettopp det spontane som viktig materiale. Som ved alle metoder man velger å anvende i forskning vil det være fordeler og ulemper, men ut fra min vurdering var den intervjuform som her ble anvendt fruktbar. Den ga et rikholdig materiale med invarianser og variaser vedrørende det estetiske miljø.

Empiri og teori har samme formål – økt kunnskap om verden og det værende. De empiriske og de teoretiske undersøkelsene konkluderer med bestemte områder innen estetikken, som her fremheves som vesentlige for en estetisk opplevelse, for større velvære og en følelse av velbehag, en aproksimering til en *sensus communis*. I den teoretiske del er det vist hvordan den estetiske erkjennelse beveger seg på flere nivå og hvordan estetikken påvirker mennesket, både bevisst og ubevisst. Den pragmatiske verdi av forskningen vises i det kunnskapstilfang resultatene frembringer for refleksjon og bevisstgjøring i vården, og i forslag til ansatser til en teori om estetikken i omgivelsene på somatiske sykehus.

I forhold til anvendelse av Kants filosofi kunne det vært aktuelt å gå mer i dybden både i forhold til hans teori om estetikk og angående hans forståelse og bruk av begrepet ‘*sensus communis*’. I denne sammenheng synes imidlertid måten en har tillatt seg å tolke Hirn, Platon og Kant på, å ha vært oppklarende angående dømmekraften, utvikling av den estetiske erkjennelse og forståelse for estetikken betydning, både i vårdvitenskap og i vården.

Forskningen har beveget seg på flere plan. De teoretiske plan bidrar med en utdypet forståelse av det estetiske fenomen, av estetikken som en etisk forpliktelse i en evidensbasert vård, forståelse for utviklingen av den estetiske erkjennelse og av behovet for estetiske opplevelser, samt behovet for estetisk skapen og med skapen. Det empiriske plan gir kunnskap om den kontekstuelle virkelighet i vården, ved analyse av handlingsplaner, ved spørreskjema til pasienter og sykepleiere samt kvalitative intervju av eksperter (i de norske somatiske sykehus). Sammen øker dette den helhetlige forståelse.

Etisk handlen er estetisk væren
Estetikk er det skjønn og det sanne i det
værende
(S. Caspari)

EPILOG

Forskningen har vist at den estetiske dimensjon er en etisk forpliktelse og en kilde til helse. De praktiske gjennomføringer vedrørende estetikk må ta utgangspunkt i den forskning som foreligger innen de estetiske kategorier, hvor en trenger spesialkunnskap og fagfolk. Ettersom forskningen viser at estetikk på mange måter er et forsømt område i de norske somatiske sykehus, trekkes den konklusjon at det er et område som kan være gjenstand for endring, og som har et stort potensiale i forhold til helse. Grunnlag for sykehusdrift er pasientene og vårderne. Estetikken må prioriteres ut fra disse brukernes behov, og ikke for en elite hvor behovene kan være svært spesielle, og heller ikke som arkitektoniske paradeverk.

For å sikre at estetikken blir vektlagt, bør det fremgå av handlingsplaner eller på annen måte, hva som skal gjøres og hvordan. Ivaretagelse av estetikken kan ansees som en etisk plikt overfor både pasienter og vårderne. Hvis ikke den estetiske dimensjon er inkludert i kravet til kvalitet, kan dette være uttrykk for at menneskets verdighet underkjennes, helheten blir ikke ivarettatt, og det blir ikke gitt en evident holistisk vård.

Kunst kan ha en sterk negativ effekt på pasienter, som vist ved et par eksempler i avhandlingen. En artikkel 'Kunst uten omtanke' (1999) av Sandberg,¹²⁶ sier noe tankevekkende om nettopp dette: "Mer enn å være resultater av kunstnerisk fordypelse knyttet til en særegen lokal situasjon – sykehuset – fremstår utsmykningen av det nye Rikshospitalet som en slags uforpliktende "kvalitetssikring". Løsningen burde i større grad skille seg ut fra gjengs offentlig utsmykning, og legge mer vekt på kontekstens betydning" (ibid.). Hun nevner blant annet 'de tre gratier', som ønsker velkommen ved inngangen, vakre i seg selv, men som nok kan gi ubehagelige konnotasjoner mellom kvinnenens glatte hoder og strålebehandlingens bivirkninger. Sandberg nevner også det store glassmaleriet i hovedvestibylen, som nærmest tilfører sykehuset en katedralkarakter (fritt gjengitt). Dette er et av de nyeste sykehus i Norge,

¹²⁶ Lotte Sandberg, Cand. Philol, (kunsthistorie). Artikkel i 'Aftenposten' 1999.

og estetikken er på mange måter vektlagt, men brukerens behov er ikke tilstrekkelig ivaretatt, ut fra Sandbergs vurdering.

Et annet eksempel på hvordan kunst kan virke negativt, er fra en pasient som døde av cancer med metastaser. Hun var blitt meget tynn og metastasene til benmargen hadde dannet til dels store kuler og utvekster på kroppen. Hun kunne ikke bevege sine kroppsdeler og utseendet var sterkt forandret. Hun beskrev et synsinntrykk som gjorde sterkt inntrykk hver gang hun ble lagt inn på sykehuset. Ved hovedinngangen er det plassert en skulptur av et sterkt avmagret menneske, med kuler stående ut på unaturlige steder på en deformert kropp. Hun reagerte med angst, tristhet og vemmelse ved dette synet, og det var en påkjenning hver gang hun kom til sykehuset. Det var tydelig gjenkjennelser i denne skulpturen, og hun opplevde det som en ytterligere forsterkning av lidelsene.



Illustrasjon 2 – Skulptur

Estetiske omgivelser kan være bekræftende i forhold til menneskets verdighet, som det fremgår i utredningen av verdighet. Edlund (2002, s. 76) refererer en kvinne som sier at estetikken er viktig i tilværelsen: “Jag vill ha det vackert omkring mig. Det blir nästan som en religiös upplevelse” Pasienten skal føle at hans velbefinnende er viktig, han skal føle seg innbudt og at føle at vården er til for ham, at vården blir et estetisk møte. Estetikk blir derfor en viktig dimensjon i menneskets møte med vården, både som pasient og vårder. Et møte innebærer en forventning som har muligheten i seg. Den estetiske dimensjon i tilværelsen er motvekten til de mørke sider, til menneskets ondskap, til sykdom, død og elendighet. Estetikken med glimt av det skjønne gir håp og styrke på samme måte som det gode og det sanne i tilværelsen. Menneskesinnet kan løftes ut av hverdagens trivialiteter. Et maleri av impresjonisten Monet vises her som et eksempel på billedkunstens mulighet for å bringe inn livet utenfor sykehusmiljøet. Maleriet viser et utsnitt av en dag fylt av ro, av sol og sommer. Det kan sees som et vindu mot verden.



Illustrasjon 3 – Monet, E.: The Terrace at Sainte Adresse 1866

“Vi ha funnit en glädje som växer, som aldrig försvinner i intighet, och som städse bjuder oss hvila, hälsa och lugna andetag” (Hirn, 1913 s. 44).

SUMMARY

The Golden Section

The aesthetic dimension – an ethical obligation

Synnøve Caspari

Keywords: Aesthetic, Aesthetic surroundings, Aesthetic environment, Esthetics, Research aesthetic, Hospital aesthetics, Patient Environment, Health Facility Environment.

Background and aim of the study

Over the last century medical health care has made enormous progressions, in terms of both physical and in psychiatric treatment. The importance of a holistic focus has become more and more evident. For the human being, confronted in life with sickness, death, evil and existential questions, there has always been a need for a counterbalance. This is to a degree found in meeting with and experiencing Goodness, Truth and Beauty. These three ideas each show different sides of the same concept, and in a way are the same concept, as the one can not exist without the others. In health care, the assumption is made that Beauty, represented by aesthetic surroundings, is of vital importance, both to patients and for the caring personnel. Man has a need for beauty and also for the possibility of aesthetic creation. To have aesthetical experiences and to be given aesthetic challenges can stimulate and increase health, reduce suffering and create well-being. This is in a way tautological. As the aesthetic dimension is an important human need, and one has an impression that it is a neglected region in the somatic hospitals, it seemed to be an interesting topic and a important field for a study, both in a philosophical and scientific caring perspective.

The intention of this project was to develop foundations or a framework for aesthetics in hospitals, to increase knowledge about the aesthetical phenomenon from a philosophical and a caring scientific perspective. Further, the intention was to add new aspects by elucidating some of the aesthetic areas; to investigate if aesthetic surroundings have a positive effect on health, in a promoting and protecting way, and whether aesthetic surroundings are a factor that increases the well-being of both patients and caring personnel. The assumption is that there is a connection between health and aesthetics. The aim is to gain a deeper understanding of aesthetic acknowledgement, of the ontology of aesthetics, the aesthetic needs of humans and to find in what degree and way aesthetics are taken into consideration in the Norwegian

general hospitals. A further aim is to enrich knowledge about aesthetics as a source of health, from a caring science perspective and to add new aspects.

Questions at issue

1. In what way, from the view of philosophical and caring science theories, does aesthetics influence on health and wellness?
2. In what way can philosophical theories impart knowledge to caring science?
3. In what degree are aesthetics in the surroundings focused on in the strategy plans of the general hospitals in Norway?
4. How are the aesthetic surroundings in the Norwegian general hospitals evaluated by patients, nurses and by experts?

Theoretical perspective

The perspective of this investigation is the importance of aesthetics in hospitals for health and well-being. The study is anchored in the researcher's paradigm, which is that man is a holistic being, that man has an innate dignity, that man is affected by the aesthetic dimension and also has an ethical obligation concerning each other. This pre-understanding will have a normative function and influence on the perspective of the study. To describe a personal scientific paradigm explicitly might be difficult, but one might say that the paradigm consists of a specific perception of reality, of knowledge, of people and of science that has developed through education and experience.

Caring science is a field of science with many angles, an autonomous science where the ontological ground thesis, developed as basic assumptions (Eriksson, 2000), are suggesting the aim, the search and the goal for caring. Man is striving to attain and to promote health and well-being, and to ease suffering. This is the goal for caring. An evident caring relationship involves a holistic care, that is a care of the entire body, spirit and the soul. The body, the spirit and the soul are man, as the heart, the nerves and feelings are man. It is possible to describe separately, but in fact the one cannot be without the other, it is a whole. Influences, in different ways, will spread like rings in water and affect the whole man whether sick or healthy. The philosophical perspective is mainly founded on the philosophy of Kant, Hirn, Gadamer and Plato. These philosophers have all expressed views and theories on aesthetics, the aesthetic judgment and the need for aesthetics, both as creating and as aesthetic

adventures. The caring science philosophy is mainly based on the tradition of caring science, developed by K. Eriksson, at Åbo Akademy University, Vasa.

Data and participants

Scientific articles and reports have been used for the investigation. Literature on aesthetic theories, both from philosophy and caring sciences has been investigated. Strategy plans from the Norwegian somatic hospitals (1997, 1998) have been analysed. Questionnaires to patients (297) and nurses (344) at 6 general hospitals, and qualitative interviews of 16 experts have been performed.

Design, methodology and methods

The investigation consists of five part studies based on the indicated material.

- Part I Investigation of philosophy and caring science' theories on aesthetics
- Part II A survey of the physical environment in the somatic hospitals, with focus on aesthetic, based on analysis of the respective strategy-plans from the somatic hospitals.
- Part III & IV An evaluation of aesthetics in the environment and the opinion of what influence they judge it might have on the health and wellness of patients and the nurses, deduced from analyse of questionnaires.
- Part V Experts evaluation of aesthetics in the environment of some hospitals (where they have been patients themselves or their relatives/close friends) and the supposed influence on health and well-being, founded on the qualitative research interviews.

The study is based on a triangulation using different methods to elucidate the theme and the questions. It involves a hermeneutic philosophy approach to achieve a deeper and broader understanding of the connection between aesthetics, well-being and health.

In order to make the analysis, a strategy-plan matrix was developed by researcher, consisting of eleven categories or fields, where aesthetics in the environment of the patients and the carer are prominent. (Categories: harmony, food, art, room, light, colours, design, sounds, nature, aesthetic and quality). These fields were based on an extract from the report of the scientific investigations made by Beil-Hildebrand (1992); Wikström (1997); Bjørnsborg, Håheim m.fl.

(1997); Ulrich, (1984, 1985, 1991) and Dilani, (1998, 2000). Each one of the 11 main categories was supplemented by sub-categories, which are classified and can be said to belong to the same area. The same categories/fields were used as a basis for the questionnaires to nurses and patients.

Part I - The results from the theoretical investigation.

Conclusions and results from the caring science theories indicate that aesthetics touches the human being, spirit and soul, in a way which directly influences the whole persons' health and wellness. Caring science's emphasis on aesthetics and reason for the importance of aesthetics may be summarised in the following:

- Man is one, a whole
- Man is born with dignity
- Aesthetics contributes to growth and evolution, improves quality of life, happiness/joy of life and humour, the human health and wellness
- Evident care is ethic and aesthetic. Ethical being is aesthetic and true. Aesthetics is an ethical concern
- The aesthetics of the "caring" influences spirit and soul and thereby human health

The philosophical theories on aesthetics may be summarised in the following theses:

- Human judgement in relation to art and aesthetics develops through stages and is on two levels: subjective rational and logical rational.
- Humans have a need to express themselves by using aesthetical forms, a need to create and a need for aesthetical experiences
- Art teaches, pleases and stimulates
- Aesthetics is an ethical concern
- The real reality can materialise in the beautiful

The theoretical research of theories of aesthetics indicates that aesthetics from the ancient Greeks and up through times has been considered of great importance for human beings. Research in the area shows concrete positive results and influence, both on patients and carers, where aesthetics has been focused on. The need for sleeping and painkilling medication was reduced; a positive influence on blood pressure was experienced, improved psychological conditions, reduced convalescence for those patients that could regain health,

and a higher quality of life for those with chronic or terminal diseases. Similar positive effects were experienced by the caring personnel, mainly as reduced sick leave, fewer problems with allergies, tiredness, colds, headaches and so on. Prosperity was improved causing a more stable work force with fewer turnovers as a consequence.

By utilising Hirn, Platon and Kant's theories on aesthetics and aesthetical judgement, a broader understanding of human need for aesthetics, the need for aesthetical experiences and the need for aesthetic creation, was achieved. Plato provides/gives a deep and thorough explanation of the real beauty (i.e. *The Symposium*). Man, by his attempt to develop his intellect and understanding, may reach an acknowledgement of beauty itself, the good and the truth, the real reality. Aesthetic acknowledgement exists on different levels, it develops in the same way as other intellectual and perceptible acknowledgement. In his work "*The Republic*", Plato uses a metaphor which illustrates the way/path to acknowledgement at higher and higher levels, the line-metaphor. The metaphor may also reflect the evolution of the aesthetical acknowledgement and is used in this thesis as a schematic approach, an illustration of the theories on aesthetics by Kant and Hirn. Hirn has developed/built a theory on evolution of the aesthetic sense and the need for aesthetic creation. The theory of Kant treats the evolution of different levels of aesthetic acknowledgement, aesthetic judgements and one's moral duty in relation to other people's happiness and other people's endeavour to complete their mission on Earth. Both Kant and Hirn have views on beauty in itself as being autonomous.

The theoretical research has resulted in the following theses from part I:

1. Aesthetics is a requirement, a need that is important for health, wellness and prosperity
2. Safeguarding of the aesthetical dimension is an ethical duty

Part II – Analysis of strategy plans in Norwegian somatic hospitals

The second part of the investigation is an analysis of the strategy plans of the Norwegian somatic hospitals. In order to analyse these plans, a matrix was developed in relation to the existence of plans and to search out what was recorded in the strategy plans as aesthetic requirements in the hospital environment. The matrix consists of the eleven main categories and sub-categories. The existences of concepts that belong to the sub-categories are written under the respective main category.

Categories and sub-categories used in the analysis of strategy plans.

Harmony	Food:	Art:	Room:	Light:	Colours:	Design:	Sound:	Nature:	Aesthetic:	Quality:	Z
Order	Colour	Paintings	Patient	Sun	Walls	Furniture	Noise	Plants	Beauty	Competence	A
Tidiness	Looks	Sculpture	Visit	Electricity	Ceiling	Curtains	Songs	Flowers	Beautiful	Choice	B
Balance	Service	Pictures	Exterior	Lamps	Floors		Music	Trees	Nice	Quality	C
Harmony		Carpets	Corridor	Armature	Textiles		Sounds of nature	View	Tasteful	Experts	D
Hygiene		Decoration	"Guard-room"		Curtains		U-sound	Air	Sense	Committee	E
Laughter		Mosaic	Bath-room		Furniture			Ventilation	Perception	Entirety	F
Humour		Water	Shower						Sensation		G
Game			W.C.						Perception of sense		H
Smile											I

Figure VIII: Categories used in the analysis of the strategy plans for Norwegian somatic hospitals.

This research showed that very little focus was given to the aesthetic dimension in the strategy plans. Occurrence of the aesthetic categories and subcategories found in the strategy-plans from 64 hospitals (response 74,4%) was as follows - Harmony: 12, Food: 1, Art: 4, Room: 3, Light: 2, Colours: 7, Design: 3, Sound: 5, Nature: 10, Aesthetics: 9, Quality: 36.

From the analysis of the strategy plans, the following conclusions may be done:

- In general, a very limited occurrence of words and phrases related to aesthetical surroundings in the hospitals were found in the strategy plans.
- Only one of the 86 hospitals had a concrete plan in relation to colours and aesthetics. This hospital is referred to in Part V and in enclosure XVIII

Part III – Analysis of questionnaires distributed to patients

A total of 331 questionnaires were distributed to patients. The patients were located at six different hospitals. 82 % of the patients answered the questionnaires, and the resulting answers were statistically analysed. The answers were registered based on the used scale where 1 is the lowest score and 6 is the highest score, (indices: 1: very bad, 2: bad, 3: relatively bad, 4: relatively good, 5: good, 6: very good). The areas with a score less than 4 in the combined evaluation from the hospitals were: decoration, rooms, colours of the patients rooms, design, sounds, offer of assistance for personal hygiene and choices related to

aesthetic needs. Order and hygiene were rated the highest, with a score better than good. The remaining categories, socialising, harmony, food, lighting, nature (visual) and air were rated less/worse than good. Influence on health and prosperity/wellness was rated, subjectively, to be (somewhere) between large and relatively large.

Part IV – Analysis of questionnaires distributed to nurses

Questionnaires were distributed to nurses working at the same hospitals as the patients, part III. A total of 429 questionnaires were distributed, and 80 % were answered. The analysis indicated a high degree of correlation between the evaluations done by the patients and the nurses.

Conclusions from the questionnaires distributed to nurses may be summarised as follows:

- Aesthetics has a large to very large influence on both patients and nurses health
- Aesthetics has a large to very large social effect on the patients based on the nurses evaluation
- The aesthetics are in general evaluated to be worse than relatively good, which is not good
- Architecture is evaluated as relatively bad
- The possibility of choice is throughout bad or relatively bad

The conclusions made from the patient's and nurses' evaluation of the aesthetics in the surroundings in the hospitals, although with variations between the hospitals, are that the aesthetics are less than good. (Part study III and IV).

Part V - Results from interviews of experts

The panel of experts consisted of 16 persons. They are all educated and active in different fields of the aesthetic areas (architecture, paint artists, designer, actor, chief-cook, master builder, flower-designer, interior decorator, administrative director and active artist, cosmetologist, chromatologist) and four of the experts are in addition to their aesthetic field also registered nurses. All the experts had connection to hospitals in some way, as patients themselves or by someone they were related/close to, or through employment.

One of the interviews differed from the others. That was the interview of the chromatologist/colour artist, who in addition to giving an interview also could refer to a

hospital, where she had been involved in the planning and designing of the colours and interior. This led to an excursion to the hospital and to a conversation with some of the caregivers/nurses and two of the patients at the hospital. Already when analysing the strategy-plans, this hospital was noted as interesting for an excursion, as they had definite plans for the aesthetic environment. The aesthetics got a high rating at this hospital, very laudatory.

The results mounted in these theses:

- Aesthetics are concluded as close to absent in the hospitals
- Aesthetics are very important for health and well-being
- Aesthetics are a source to health and well-being.
- Variation is important

From the interviews invariance's and variances crystallized, valuable as general lines when planning or restoring hospitals and also for the suggestions for the aesthetic area in hospitals.

A bridge between caring science and philosophy appear through the theoretical study, as the two subjects are reciprocal, enriching and confirming the importance of aesthetics.

The main conclusions are that the aesthetic dimension is a source to health and wellness, and that it is an ethical obligation in caring and caring science to accommodate this area. From this investigation discussing the significance of aesthetics in relation to health and wellness in general hospitals, some of the results may be separated out as a framework for what it is important to attend to. Both the invariance's and the variances showed interesting fields and preferences that are important when planning, restoring or upgrading general hospitals. A framework gives guidelines and suggestions; one can say outer boundaries for the subject in this hermeneutic examination. It is a challenge to those having education and competence in the different areas to include the aesthetics in the projects, right from the start. Aesthetics must also be a core subject, both in theory and in training of the professional staff.

Conclusion can be formulated as a basic assumption for the caring science:

- 1) *The aesthetic dimension promotes the holistic becoming of man.***
- 2) *Aesthetics are an ethical obligation in caring and caring science.***

LITTERATUR

Aldridge, G. (1999). Music Therapy with a Breast Cancer Patient. In D. Aldridge (red.) *Music Therapy In Palliative Care. New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie – mellom vitenskap og pasient*. Bergen. Fagbokforlaget.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping. Forlaget Natur och Kultur.

Aristoteles, *Om sjelen, bok I*. Filosofiske tekster. Redigert av A. Stigen (1968). Oslo. Pax Forlag A/S.

Aschehoug og Gyldendals Store Norske Leksikon (1980). Oslo. Kunnskapsforlaget.

Aschehoug konversasjonsleksikon (1982). Oslo. Aschehoug Forlag.

Augustin, (399 eller 400). *Confessiones*. Norsk oversettelse av Å. Farestveit 1965. Oslo. Det Norske Samlaget.

Bakan, D. (1968). *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. Chicago, The Chicago. University of Chicago Press.

Baumgarten, G. A. (1750). *Aesthetica*. Tysk forlag. Felix Meiner Verlag, 1988.

Befring, E. (1992). *Forskningsmetode og Statistikk*. Oslo. Det Norske Samlaget.

Behrman (1997). Art in hospitals: why is it there and what is it for? *Lancet*, 350(9077) pp. 584-5.

Beil-Hildebrand, M. (1992). Architektonische und künstlerische Gestaltung im Pflegebereich. *Deutsche Krankenpflege- Zeitschrift* 12/1992. Page 1 – 8.

Bibelen eller Den hellige skrift. (1953) Det gamle og det nye testamentes kanoniske bøker, Revidert oversettelse av 1930. Oslo. Det Norske Bibelselskaps Forlag Grøndahl & søns boktrykkeri.

Biley, F. (1993). Ward design. Creating a healing patient-environment. London. *Nursing Standard*. Ocktober 20/Volume 8/number 5/1993 s. 31-35.

Bjerke, A. (1952). *En undersøkelse av Goethes Farvelære*. 1810. Oslo. Universitetsforlaget.

Bjørnsborg, E. Håheim, L. m.fl. (1997). "Når sant skal sies". En spørreundersøkelse til pasienter som har vært innlagt ved Ullevål sykehus. 1995/96. Ullevål sykehus februar.

Blomqvist-Suomivuori, L. (1993). Konsten att se med hjärtats öga. *Forskningsrapport nr.21*. Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut.

Bourdieu, P. (1979). *Distinksjonen*. Oversatt av A. Prieur med essay av K. Jacobsen. Etterord oversatt av T. Barth 2002. Bokklubbens kulturbibliotek. Oslo, De norske bokklubbene.

- Braute, E. (1996). *Tid er ikke alt*. Høgskolen i Oslo.
- Brochmann, O. (1989). *Om stygt og pent*. Otta. Cappelens Forlag.
- Brunius, T. (1970). *Elementär estetik*. Stockholm 1970 Utbildningsförlaget..
- Bruscia, K. (1998). *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Carper, B (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in nursing science*. Germantown, MD. 1978, vol: 1 nr:1 s. 13 – 23.
- Caspari, S. (1979). *Mennesket som et formål i seg selv*. Essay. Oslo. Filosofisk Institutt. Universitetet i Oslo.
- Caspari, S. (1981). *De uskrevne lover – Naturrettstanken gjennom tidene*. Essay. Oslo. Filosofisk Institutt. Universitetet i Oslo.
- Chinn, P. L. and Watson, J. red. (1994). *Art and aesthetics in Nursing*. New York National League for Nursing Press.
- Cold, B. (1998). *Aesthetics, Well-being and Health*. Oslo. Norsk Form.
- Copleston, F. J. (1964). *A History of Philosophy*. New York. Image Books. A Division of Doubleday & Company, Inc.Garden City.
- Croce, B. (1913). *Breviario di estetica*. Oversatt norsk A. S. Seeberg. 1966. Oslo Gyldendal Norsk Forlag.
- Darwin, Charles (1872). *The Expression of Emotions in Man and Animals*. London. Julian Friedman Publishers, 1979.
- Descartes, R. (1992). *Meditasjoner over filosofiens grunnlag*. Oversatt av Asbjørn Aarnes. Oslo. H. Aschehoug & Co. I samarbeid med Fondet for Thorleif Dahls Kulturbibliotek og Det Norske Akademi for Sprog og Litteratur.
- Dilani, A. (1998a). *Värdbyggnader som stödjande miljö*. Stockholm. Högskoletryckeriet.
- Dilani, A. (1998). *Design och omsorg i sjukhusplaneringen*. Stockholm. KTH Högskoletryckeriet.
- Dilani, A. (2000). *Hospital Development*. May 2000 no.22. Wilmington Publication. Middelsex. Buxton Press.
- Dilani, A. (2001). Editor. *Design & Health – The Therapeutic Benefits of Design*. Stockholm. Elanders Svenskt Tryck AB.
- Dossey Montgomery, B. (1999). *Florence Nightingale. Mystic, Visionary, Healer*. Pennsylvania. Springhouse.

- Dostojevskij, F. (1862). *I dødens hus*. Oversatt til norsk av I. Digernes. Oslo. 1948. Aschehoug & Co.
- Dostojevskij, F. (1875). *Brødrene Karamazov*. Oversatt til norsk av E. Uhelen. Oslo. 1948. Aschehoug & Co.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo. Åbo Akademis förlag.
- Encyclopædia Britannica, (The new, 1998). Chicago.
- Eneroth, B. (1992). *Hur mäter man "vackert"*. Grundbok i kvalitativ metod. Göteborg. Graphic Systems AB.
- Eriksen, Berg T., K. E. Tranøy, G. Fløystad (1985). *Filosofi og Vitenskap*. Fra antikken til vår egen tid. Oslo. Universitetsforlaget.
- Eriksson, K. (1983). Vården som konst, vetenskap och teknologi – en vårddidaktisk utmaning. *Ammattikasvatuslehti*. No. 6, 8-12.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm. Norstedts Förlag AB.
- Eriksson, K. (1985). *Vårdprosessen*. Stockholm. Almqvist och Wiksell.
- Eriksson, K. (1987 b). *Vårdandets idé*. Stockholm. Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1987 a). *Pausen*. Stockholm. Norstedts Förlag.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdvetenskap som diciplin, forsknings- och tillämpningsområde*. Rapport 1/1988. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate – en lägesbestämning av caritativ vård*. Åbo. Åbo Akademis Tryckeri.
- Eriksson, K. (1992). *Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Vasa. Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Institutionen för vårdvetenskap. Samhälls-och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo. Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (red) (1993). *Möten med lidanden*. Rapport 4. Åbo. Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1994). *Det lidende menneske*. Oversatt dansk J. Frantzen. København. Munksgaard 1995.
- Eriksson, K. (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Institutionen för vårdvetenskap. Samhälls-och vårdvetenskapliga fakultäten. Åbo. Åbo Akademi.

Eriksson, K. red. (1990). *Den mångdimensionella hälsan*. En pilotstudie över uppfattningar bland patienter, skolungdomar och lärare. Vasa Sjukvårdsdistrikt KF. Åbo. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. Bondas-Salonen, T. Herberts, S. Lindholm, L. Matilainen, D. (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Slutrapport, 1995. Vasa sjukvårdsdistrikt SKN. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanske hesten*. Åbo. Institutionen Vasa för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

Eriksson, K. & Lindström U.Å. red. (2000). *Gryning*. En vårdvetenskaplig antologi. Åbo. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

Eriksson, K. (7/2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Åbo. Institutionen Vasa för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. red. (2003). *Gryning II*. Klinisk vårdvetenskap. Åbo. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

Falk, H. Og Torp A. (1992). *Etymologisk ordbok*. Oslo. Bjørn Ringstrøms antikvariat.

Fawcett, J. (1978). The relationship between theory and research: a double helix. *Advances in Nursing Sciences*, 1 (1): 49–62.

Filosofilexikonet (1988). Grøn, A. et al. (2003). *Filosofilexikonet*. Red. P. Lübcke. Oversatt Hartman Jan 1988. Uppsala. Forum.

Fjeld, T. (1998a). Planter i innemiljø - en vei til helse. *Gartneryrket* nr.13 og nr.15 1998.

Fjeld, T. (1998b). *Planter, lys, innemiljø og helse*. Avdeling Røntgen, Det Norske Radiumhospital. Prosjektrapport.

Foucault, M. (1994[1975]). *Overvåkning og straff*. Fredriksberg. Det lille forlag.

Gadamer, H. G. (1989). *Das Erbe Europas, Beiträge. Den Europeiske Arven*. Oversatt til norsk av T. Berg Eriksen. 1991. Oslo. J.W.Cappelens forlag Oslo.

Gadamer, H. G. (1977). *Die Aktualität des Schönen. The relevance of the beautiful and other essays*. Translated by Nicholas Walker 2002. NY. USA. Cambridge University Press.

Gadamer, H. G. (1960). *Wahrheit und Methode*. Oversatt av A. Melberg. 1997 *Sanning och metod*. I utvalg. Gøteborg. Bokforlaget Daidalos.

Gadamer, H.G. (1960). *Truth and Method*. Second, Revised Edition Translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall, 1989. London Sheed & Ward.

Gimbel, T. (1995). *Farger som helbreder*. Oslo. Gyldendal Norske Forlag a/s.

Goethe, J. W. V. (1810). *Farvelære*. Stockholm. Oversatt/studie ved A. Bjerke. 1961.

- Granum, E. (1976). *VI SER PÅ KUNST en nøkkel til kunstopplevelse*. Oslo H. Aschehoug & co.
- Grøn, A. et al. (2003). *Filosofileksikonet*. Red. P. Lübcke. Oversatt Hartman Jan 1988). Uppsala. Forum.
- Gulrajani, RP. (1995). Physical environmental factors affecting patient's stress in the accident and emergency department. *Accident and emergency nursing*. Jan: 3 (1), pp. 22 – 7. Scotland.
- Gundersen, K., Wikshåland S. (1991). EST I. *Grunnlagsproblemer i estetisk forskning*. Oslo. Norges almenvitenskapelige forskningsråd.
- Gyldendals ordbøker (1965). *Fremmedordbok*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Gyldendals store konversasjons leksikon*. (1959). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Oversatt/innføring v/G. Fløistad. Oslo. Pax Forlag.
- Heidegger, M. (1950). *Kunstværkets oprindelse*. Oversatt V. Klostermann. Haslev. Nordisk Bogproduktion A.S. 1996.
- Henderson, V. O Nile, (1978). *Principles and Practice of Nursing*. New York. Macmillan.
- Henry, B. (1995). Art, Aesthetics, Science, Nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. Page 1.
- Hilton, A. B. (1985). Noice in Acute Patient Care Areas. *Nursing & Health*. 1985. 8. 283-291.
- Hirn, Y. (1902). *Konstens ursprung*. Stockholm. Wahlström & Widstrand.
- Hirn, Y. (1913). *Det estetiska live*. Falköping. Gummessons Boktryckeri AB, 1964.
- Hirn, Y. (1937). *Konsten och den estetiska betraktelsen*. Stockholm. Bokförlaget Prisma.
- Holme, I. M. Solvang B.K. (1991). *Forskningsmetodik*. Lund. Studentlitteratur Lund.
- Huizinga, J. (1949). *Homo Ludens, A study of the play - element in culture*. London . Routhledge & Kegan Paul.
- Israel, J. (1962). *Hur patienten opplever sjukhuset*. Under medverkan Gudrun Körberg. Stoskholm. Almqvist & Wiksell.
- Itten, J. (1961). *Kunst der Farbe*. Fra J. Ittens farvelære – Translated by Ernst van Haagen. (1961) 'The Art of Color'. The subjective experience and objective rationale of color. New York USA. John Wiley & Sons INC.
- Itten, J. (1987). *Farvekonsten og dens elementer*. Oversatt av E. M. Jørgensen. Oslo. Forsythia Forlag 1995.
- Jahren Kristoffersen N. red. (1996). *Generell sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget.

Jansen, H. Ludin (1970). *Mester Eckehart*. En presentasjon av en av de store kristne mystikere – hans liv, lære og samtid. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Kaila, E. (1939). *Den mänskliga kunskapen: vad den är och vad den icke är*. Oversatt av G. H. von Wright. Uppsala, 1967. Söderström & Finns Tryckeri.

Kandinsky, W. (1911). *Om det andliga i konsten*. Oversatt Ulf Linde og Sonja Martinson, 1984. Göteborg. Konstakademiens skriftserie nr. 1. Vinga Press AB.

Kant, I. (1790). *Kritik der Urteilskraft*. Kritik av dømmekraften. Oversatt av E. Hammer. Oslo. Pax Forlag A/S Oslo 1995.

Kant, I. (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*; (1788). *Kritik der praktischen Vernunft*. (1797). *Metaphysik der Sitten*. Oversettelse og utvalg ved E. Storheim 1970. Morallo og frihet. Moralfilosofiske skrifter Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Keats, J. (1818). *Endymion*. Oversatt av Geir Uthaug 2003. Oslo Aschehoug.

Kierkegaard, S. (1843). *Frygt og Bæven*. Gyldendahls Tranebøger. Copenhagen 1962. Nordisk Forlag.

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo. Ad Notam Gyldendal A/S.

Konsmo, T. (1995). *en hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie*. Oslo. Tano.

Kruuse, E. (1990). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrensende fag*. København. Dansk psykologisk Forlag.

Kuhn, T. (1992). *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. (Originalens tittel: *The Structure of Scientific Revolutions*. 1962). Oversatt Ö. Björkhem Fackgranskning: S. Welin. Falun Stockholm. Bokförlaget Thales.

Küller, R. (1981). Non-visual effects of light and color. Annotated bibliography. *Document D15, Swedish Council for Building Research*. Stockholm.

Küller, R. (1987). The effects of indoor lighting on wellbeing and the annual rhythm of hormones. Stockholm. *Arbetsmiljöfonden*. 1987, s. 6.

Küller, R. Og Lindsten C. (1992). Health and behavior of children in classrooms with and without windows. *Journal on Environmental Psychology* 12, 305-317.

Küller, R. And Mikellides, B. (1993). Simulated Studies of Color, Arousal, and Comfort Environmental Simulation. Research and Policy Issues. New York. *Plenum Press*, pp. 163-190.

Küller, R. and Laike, T. (1998). *The impact of flicker from fluorescent lighting on well-being, performance and psychological arousal*. Environmental Psychology Unit, School of Architecture, Lund. Institute of Technology.

- Kvale, S. (1992). *Om tolkning af kvalitative forskningsinterviews*. I. Fog, J. Og Kvale S. : Artikler om interviews. Aarhus. Center for kvalitaiv metodeudvikling, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Kvale, S. (1994a). *InterViews*. Lund. Sage Publications.
- Kvale, S. (1994b). *InterViews*. An introduction to Qualitative Research Interviewing. London. Sage Publications.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av T.M. Andressen og J. Rygge. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Lacoste, J. (1997). *Ideen om det skjønne*. Oversatt til norsk av A. Høvik. Forsythia.
- Lanara, V. A. (1981). *Heroism as a Nursing Value*. Athens. Sisterhood Evniki.
- Lauvsnes, M. (1995). *“Planetree” – modellen i Revmatologisk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim*. Trondheim. Januar.
- Lehmann, A. (1892). *Hovedlovene for det menneskelige følelsesliv*. Kjøbenhavn. Henvisning fra Hirn, 1902.
- Lévinas, E. (1988). *Etikk och oändlighet*. Symposion, Stockholm-Lund.
- Lindström, U. Å. (1992). *De psykiska specialsjuksköterskarnas yrkesparadigm*. Akademisk avhandling. Åbo. Åbo Akademis förlag.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden*. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag. Oslo. Universitetsforlaget.
- Løgstrup, K. E. (1966). *Kants æstetik*. Oslo. Nordisk Forlag A/S, Copenhagen 1996.
- Magherini, G. (1991). Do Frescoes Make You Faint? Warning for the Impressionable *Tourist Medical Health Annual*. Copyright by Encyclopaedia Britannica Inc., 1990.
- Magnus, J. (1999). *Veien til Karlsvogna*. Skien. Forum – Aschehoug.
- Makkreel, R. (1990). *Imagination and Interpretation in Kant*. The hermeneutical Import of Critique of Judgment, Chicago og London. The University of Chicago Press.
- Malkin, J. (1998). Creating Healing Environments. *Healthcare Buildings as Supportive Environments*. Redaktør A. Dilani (1998). Stockholm. Royal University of Technology.
- Marc – Wogau, K. (1969). *Filosofisk leksikon*. Til norsk ved Eyvind Dalseth. Stockholm. Fabritius & Sønners Forlag. Bokförlaget Liber.
- Martineck, T. L. (2001). Facility Profile. *Health Facilities Management*. Aug. 2001, Vol. 14 Issue 8, p.16, 2p, 2c.

- Martinsen, K. red. (1993). *Den omtenksomme sykepleier*. Otta. Tano.
- Martinsen, K. (2001). *Skam*. T. Wyller (red.). Oslo. Fagbokforlaget.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York. Van Nostrand Reinhold Company.
- Medisinsk Ordbok 4*. Utgave (1990). Kunnskapsforlaget, H. Aschehoug & Co a/s, Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Mikellides, B. (1988). *Colour and psychological arousal*. Proceedings from 10 th. Conference of IAPS, Vol. II, Delft University Press.
- Millar, S. (1968). *Lekens Psykologi*. Stockholm. Bokförlaget Prisma.
- Miles, M. B.; Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis*. A Sourcebook of New Methods. London. Sage Publications.
- Miller, D.B.; Goldman, L.E.; Woodman S.A. (1985) *Journal of long term administration*, 1985/13 (3), p. 85 -9. New York. United States NLMD ID: 0415026.
- Monsen, N. K. (1992). *Under godhetens synsvinkel*. Oslo. Cappelen Forlag.
- Moore, (1998). *Beauty is ever lasting*. I: Words on beauty. New York. Exley.
- Morse, J. M. (1999). Qalitative Inquiry Is Not Systematic. *Qualitative Health Research*. Vol. 9 No.5, September 1999, p. 573. London. Sage PublicationsLTD.
- Morse, J. M. (1999). Myth #93: Reliability and Validity Are Not Relevant to Qalitative Inquiry. *Qualitative Health Research*. Vol. 9 No.6, November 1999, p. 717. London. Sage PublicationsLTD.
- Mørland, H. (1968). *Latinsk ordbok*. Oslo. Johanssen-Nygaard-Schreiner. J. W. Cappelen Forlag.
- Nerheim, H. (1991). *Estetisk rasjonalitet*. Konstitusjonsbegrepet i Kants "Kritik der Urteilkraft". Oslo. Solum Forlag A/S 1991.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing*. Oversatt til norsk av F. B.Larsen Oslo. Gyldendal Norsk Forlag. 1984.
- Njålssoga*. (1975). Oversatt A. Liestøl. Oslo/Gjøvik Det Norske Samlaget. Den norske Bokklubben 1985.
- Nordahl et al.: *Rapport fra studiereise USA*. 6/2-99–19/2-99. (Prosjekt sykehusutbygging med fokus på estetikk). Akershus Fylkeskommune.
- Nordberg-Schultz, C. (1992). *Mellom jord og himmel. En bok om steder og hus*. Oslo. Pax Forlag A/S.

- Norsk synonymordbok.* (1976). Oslo. Kunnskapsforlaget, Aschehoug-Gyldendal.
- Nåden, D. (1990). *Sykepleiens Kunstdimensjon.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutøvelse.* En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst. Vasa. Department of Caring Science. Åbo Akademi University.
- Ohm, M. (1826). En fotnote i *Die reine Elementar-Matematik* av (fra søk Google: golden ratio).
- Pascal, B. (1670). *Pensées de M. Pascal sur la religion et sur quelques autres sujets.* Oversatt til norsk ved A. J. Lutz, 1946. Oslo. Gyldendal Forlag.
- Platon, (1953). *Drikkegildet i Athen, Symposion.* Oversatt av Wyller E. A. Oslo. Dreyers Forlag.
- Platon, (1958). *Ion.* Oversatt til norsk av E. A. Wyller. Klassikerbibliotek. Oslo. H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).
- Platon, (1966). *Parmenides.* Oversatt til norsk av E. A. Wyller. Oslo. Klassikerbibliotek. H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).
- Platon, (1974). *The Republic.* Translated to English by D. Lee. England. Penguin books, Middelsex.
- Plotinus, (1991). *THE ENNEADS.* Translated by Stephen MacKenna. Abridged with an introduction and notes by John Dillon. Penguin Books. England, Clays Ltd, St. Ives plc.
- Pocket Oxford Dictionary of current English.* (1969). Oxford. The University Press.
- Pope, Spies, D. (1995). Music, Noise, and the Human Voice in the Nurse-Patient Environment. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27/4 s. 291-296. Sigma Theta Tau International.
- Porteous, D. (1982). Approaches to environmental aesthetics. *Journal of environmental psychology*, 2/82 s. 53-66.
- Rapp, B. (1999). *Kultur i vården vis a vis vården som kultur.* Sluttrapport, Stockholm. Stockholm läns museum 1999.
- Rice, C. G., Talbott, J.A., & Stern D. (1980). Effects of environmental agents on social behavior of patients in a hospital diningroom. *Hosp.Communit. Psychiat.* 31. 128 – 130.
- Ricoeur, P. (1992). *Från text till handling.* (T-H.) En antologi om hermeneutik redigerad av Peter Kemp och Bengt Kristiansen. Stockholm/Stehag. Brutus Östlings bokförlag Symposion.
- Robertson, P. (2001) Music and Health. Ed. Alan Dilani. *Design and health – The Therapeutic Benefits of Design.* Stockholm. Elanders Svenskt Tryck AB.

- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Teoretiske perspektiv på musikkterapien. Oslo. Solum Forlag.
- Sandelowski, M.(1986). The Problem of Rigor in Qualitative Research. *Advances in Nursing Science* Vol. 8. No. 3, 27-37.
- Schüssler, B. (1998). *Estetikk i Sykepleien*. Hovedoppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, Oslo. Universitetet i Oslo.
- Sivik, L. (1970). *Om färgers betydelser*. Color Center Stockholm, Sverige.
- Sivonen, K. (2000). *Vården och det andliga*. En bestemmning av begreppet 'andlig' ur et vårdvetenskaplig perspektiv. Åbo. Åbo Akademis förlag.
- Smith, B. (1969). *A Tree grows in Brooklyn*. Oversatt A. Johnsen. Oslo. Forlaget for alle.
- Sofokles. (442 f. Kr.). *Antigone*. Oversatt norsk ved Eirik Vandvik. 1964. I Greske Tragedier. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Sprirapport 320 (1991). *Vad påverkar vårdkvaliteten på vårdavdelningar?: personaltäthet, personalstruktur eller [...] Stockholm*. Borås. Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB.
- Stigen, A. (1968). *Filosofiske tekster*. Utvalg. Oslo. Pax Forlag A/S.
- Storheim, E. (1970). *Morallov og frihet*. Utvalg fra I. Kant. Oslo. Gyldendals Fakler. Norsk Forlag.
- Storheim, E. (1980). *Menneskeverd, frihet og plikt. Hovedlinjer i Kants etikk*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Strandhagen, B. (2000). *Frisatthetens estetikk*. En vandring med Kant. Dr.Art-avhandling. N.T.N.U. Trondheim. Filosofisk Institutt.
- Strati, A. (1998). *Organization and Aesthetics*. London. Sade Publishing House.
- Sund, E. (1987). *Hermeneutikk og innholdsanalyse*. Anvendelse av hermeneutiske prinsipper på innholdsanalyse av intervjuer. Oslo. Pedagogisk forskningsinstitutt Universitetet i Oslo.
- Svebak, S. (1997). Forlenger en god latter livet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 1997/30. Lederartikkel.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia. F.A.Davis Company.
- Trost, J. (1994). *Enkätboken*. Lund. Studentlitteratur.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a Window may influence recovery from surgery. *Science*, 224: 420-421. Newark. Department of Geography. University of Delaware.
- Ulrich, R. S. (1985). Aesthetic and emotional influences of vegetation. A review of the scientific literature. *Byggeforskningsrådet*, D22: 1985. Uppsala. Uppsala University.

- Ulrich, R. S., et al. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11/91 s. 201- 30.
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness. Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care and Interior Design*, 3. (Martinez Cal. USA.).
- Ulrich, R. S. (2001). Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes. Artikkel *Design & Health*, (2001). Dilani A. Red. Stockholm. Svensk Byggtjänst.
- Vesås, T. (1971). *Huset og fuglen*. Tekster og bilete 1919-1969, redigert av Walter Baumgartner. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Watson, J. Nursing (1979). *The philosophy and Science of Caring*. Boston. Little, Brown and Company.
- Wiklund, L. (2000). *Lidandet som kamp och drama*. Åbo Finland. Åbo Akademis Forlag.
- Wikström, B. M. (1997). *Eстетik och omvårdnad*. Lund Sverige. Studentlitteratur.
- Winter, T. og Langholm O. I. (1977). *Eстетikk Fra Platon til våre dager*. Oslo. Tanum-Nordli.
- Wyller, E. A. (1959). *Fra Homer til Heidegger*. Oslo. Johan Grundt Tanum Forlag.
- Wyller E. A. (1968). *Fra tankens og troens møtested*. Oslo. Johan Grundt Tanum Forlag.
- Wyller E. A. (1970). *Der späte Platon*. Tübinger Vorlesungen 1965. Den sene Platon. En studie i Platons henologi. Oversatt av Gaare J. Og Smith J-A. (1984). Oslo. Tanum – Norli as.
- Wyller E. A. (1981). *Enhet og annethet*. En historisk og systematisk studie i HENOLOGI. Oslo. Dreyers forlag.
- Wyller, I. (1969). *Sykepleiens verdenshistorie*. Oslo. Forlaget Land og Kirke.
- Öhlén, J. (1998). Lindra lidande. *Omsorg*, 4/1998. Oslo. Den norske Kreftforening.
- Aasgaard, T. (2002). *Song creations by children with cancer – process and meaning*. Aalborg. Institute of Music and Music Therapy. Aalborg University.

REGIONAL KOMITE FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK

Helseregion II

Cand.philol
Synnøve Caspari
Heggelibakken 1
0375 Oslo

Deres ref.: 12/7 1999

Vår ref.: S-99136

Dato: 06.09.99

Den estetiske dimensjon - en kilde til helse
Prosjektleder: Høyskolelektor Synnøve Caspari, Avd. for sykepleierutdanning, Høyskolen i Oslo

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 26. august 1999 og gjorde slikt vedtak:

"Det må innhentes tillatelse fra avdelingsoverlegen ved de respektive avdelinger før prosjektet settes i gang. For øvrig har komiteen ingen merknader til prosjektet og tilrår at det gjennomføres."

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Komiteen ønsker nå å få tilsendt 10 eksemplarer av søknadskjema og aktuelle vedlegg. (For å spare tid gis denne meldingen til alle som har benyttet det nye søknadskjemaset, også til dem som har sendt inn tilstrekkelig antall eksemplarer).

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
professor dr.med.
leder


Ola P. Hole
avdelingsleder
sekretær

Obs! ny adresse, nytt telefon- og faksnr

Vedlegg II – Brev til de norske somatiske sykehus

Oslo 12/8 1998

Til

Jeg arbeider ved sykepleierutdanningen - Studiested Ullevål.

For tiden holder jeg på med et prosjekt som skal kartlegge hvordan og hvorvidt estetikk er vektlagt i handlingsplaner og føringer ved alle somatiske sykehus i Norge.

Intensjonen er først å utarbeide en generell oversikt på landsbasis for så å foreta en mer konkret undersøkelse og sammenligning av 2 poster hvor estetikk vektlegges i forskjellig grad.

Det vil selvfølgelig være mange forskjellige faktorer som har betydning – økonomi, bygningenes alder ---

Jeg legger ved et kort resymè av prosjekt-beskrivelsen. Det jeg ønsker er å få tilsendt Handlingsplaner/Strategiplaner/Føringer/Retningslinjer/Mål og Visjoner for sykehuset for de siste 2 år . Eventuelt annet materiale som angår estetikken ved sykehuset.

Denne forespørsel blir sendt til alle landets somatiske sykehus.

Jeg imøteser positiv respons og sier på forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari
HIO, avd.for SU.
Studiested Ullevål
P.Bx. 86
0407 Oslo

Vedlegg III – Prosjektbeskrivelse – utdrag.

Oslo 24/11 1998

Til

Jeg henviser til brev av 12/8 1998 hvor det ble sendt en forespørsel til alle landets somatiske sykehus angående estetikk.

Mange institusjoner har svart, men jeg mangler fortsatt en del svar for at svar-prosenten skal være tilfredsstillende.

De retningslinjer sykehusene har for dette område kan være nedfeldt i dokumenter av forskjellig benevnelse og jeg vedla av den grunn en kort redegjørelse for det prosjekt jeg arbeider med. I brevet nevnes Handlings-planer, Strategiplaner, Føringer, Retningslinjer, Mål og visjoner som mulig materiell for informasjon om hvordan estetikk er vektlagt. Et prosjekts reliabilitet og validitet vil ofte være økende i forhold til svar -frekvens .

Jeg imøteser positiv respons og sier på forhånd takk!

Med vennlig hilsen

.....

Vedlegg IV – Søknad om gjennomførelse av spørreundersøkelse

Til sjefssykepleier

Søknad om å få gjennomføre spørreskjemaundersøkelse.

Mitt navn er Synnøve Caspari. Jeg er ansatt ved Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning, studiested Ullevål.

For tiden arbeider jeg med en stor undersøkelse som har til hensikt å finne ut hva det estetiske miljø betyr for pasientene og for sykepleierne som har sitt daglige virke i avdelingene. Undersøkelsen dreier seg om hvordan de opplever estetikken i omgivelsene og hvilken betydning de tror estetikken har for helse og velvære.

Det er utarbeidet to spørreskjemaer, ett for pasientene og ett for sykepleierne. For at undersøkelsen skal bli så valid som mulig er det viktig å nå mange, innen hver gruppe. Jeg har derfor satt som mål 400 pasienter og 400 sykepleiere, (fordelt på 4 sykehus, eller flere) som jeg da håper vil ta seg tid til å besvare spørsmålene i spørreskjemaet. (Regner med at det vil ta ca. 10 minutter å besvare spørsmålene).

Jeg søker således om tillatelse til å utføre hovedundersøkelsen og vil sette stor pris på å få kontakt eller eventuell avtale om et møte så snart som mulig.

Når det gjelder utdeling av spørreskjemaene er det mitt primære ønske at en person på hver post har hovedansvar, eventuelt den det delegeres til.

I den forbindelse møter jeg gjerne opp på et oversykepleier/avdelingsspl. møte for å informere om prosjektet, eventuelt knytte kontakter.

Vedrørende inklusjonskriterier vil jeg gjerne drøfte det med fagpersonalet. Angående 'liggetid' for pasientene anser jeg 4 dager, inkludert innkomst og utreisedag for tilstrekkelig som minimum.

Jeg håper på velvillig behandling av søknad.

På forhånd takk for hjelpen!

Regional komite for medisinsk forskningsetikk tilrår at undersøkelsen gjennomføres.

Faglig veileder er: førsteamanuensis Dagfinn Nåden

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning.

Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari

Høyskolelektor

HIO, SU. Studiested Ullevål . Tlf. 22453844, priv. 22145770

Vedlegg I: Prosjektplan

Vedlegg II: Kopi brev fra ..R.K.F.M. Forskningsetikk

Vedlegg III: Spørreskjema til

INFORMASJON OM PROSJEKTET
”DEN ESTETISKE DIMENSJON
– EN KILDE TIL HELSE?”

Kjære sykepleier!

Dette er en forespørsel om å delta i en undersøkelse som for tiden pågår ved noen norske sykehus. Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge estetikken og dens betydning ved sykehusene. Spørsmålene vil være i forhold til omgivelsene og miljøet, hva det betyr for arbeidsgleden, for trivsel og velvære, for helse og humør, samt hvordan du mener omgivelsene virker inn på pasientenes helse og velvære. Leder for prosjektet er høyskolelektor Synnøve Caspari.

Dersom du sier ja til å delta i undersøkelsen betyr det at du vil bli kontaktet av Synnøve Caspari for å utdype tema nærmere og for eventuelt å avtale en tid som kan passe for en samtale/ et intervju.

Synnøve Caspari har taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Ditt navn blir anonymisert

Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten at du trenger oppgi noen grunn til det.

Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari

FORMULAR TIL SKRIFTLIG SAMTYKKE

Jeg samtykker med dette i å delta i prosjektet:” Den estetiske dimensjon – en kilde til helse?”

Jeg er kjent med hva prosjektet går ut på og at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet.

.....

.....

Dato

Navn

INFORMASJON OM PROSJEKTET

DEN ESTETISKE DIMENSJON - EN KILDE TIL HELSE?

3 - 2 -2000

Kjære pasient!

Dette er en forespørsel om å delta i en undersøkelse som for tiden foregår ved noen norske sykehus. Hensikten med undersøkelsen er å finne ut om omgivelsene betyr noe for pasientene. Hva det er du som pasient legger merke til? Er det noe du savner eller reagerer på, og i hvilken grad mener du at omgivelsene virker inn på din helse, på din følelse av trivsel og velvære?

Høyskolelektor Synnøve Caspari leder prosjektet.

Dersom du svarer ja til å delta i denne undersøkelsen vil du bli kontaktet av Synnøve Caspari for å avtale tid for en samtale/intervju. Det blir da også anledning til å stille spørsmål angående undersøkelsen, dersom du skulle ønske det.

Synnøve Caspari her taushetsplikt. Alle opplysninger og kommentarer vil bli behandlet konfidensielt. Ditt navn vil bli anonymisert.

Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten at du trenger å oppgi noen grunn til det. Om så skjer, vil det selvfølgelig ikke få noen konsekvenser for den pleie og behandling du får her ved sykehuset.

Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari

.....FORMULAR FOR
SKRIFTLIG SAMTYKKE

Jeg samtykker med dette i å delta i prosjektet "Den estetiske dimensjon – En kilde til helse?" Jeg er kjent med hva prosjektet går ut på og at jeg kan trekke meg når som helst.

.....

Navn dato.....

INFORMASJON TIL SYKEPLEIERE SOM SKAL SVARE PÅ SPØRRESKJEMAET I UNDERSØKELSEN:

“DEN ESTETISKE DIMENSJON, EN KILDE TIL HELSE?”

Mitt navn er Synnøve Caspari. Jeg er ansatt ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning, studiested Ullevål. Dette er en større undersøkelse som har til hensikt å finne ut hvordan det estetiske miljø oppleves av pasienter og av de sykepleiere, som har sitt daglige virke i avdelingen. Jeg har gjort en forundersøkelse, hvor jeg har analysert handlingsplaner for de norske somatiske sykehus, for å kartlegge om og på hvilken måte estetikk er vektlagt.

Tenk over hvordan du opplever og trives med omgivelsene, hvordan de virker inn på din trivsel, på din helse og din følelse av velvære?

Jeg vil sette stor pris på om du ‘stopper opp’ litt, tenker over hvordan din arbeidsplass er, og kan avse noen minutter til å svare på spørsmålene. Velg det alternativ som du umiddelbart synes er riktig.

Når du har svart på spørreskjemaet kan du vennligst legge det i den vedlagte svarkonvolutten og sende det til Synnøve Caspari.

Takk for at du vil hjelpe!

Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari

Høgskolelektor

Oslo 1999-12-10

Hio, SU,

Studiested Ullevål

Tlf. 22453844, 22145770.

SPØRRESKJEMA TIL SYKEPLEIERNE ANGÅENDE ESTETIKK VED AVDELINGEN/POSTEN

KJØNN kvinne mann

ALDER **UNDER < 30 ÅR**

30 - 50 ÅR

Spørsmålene er gradert fra 1 til 6. Som vist i spørsmål 1 er tallet:

1 = svært dårlig, 2 = dårlig, 3 = nokså dårlig, 4 = nokså bra, 5 = bra, 6 = svært bra.

Eller det kan angis som: 1 = svært misfornøyd, 2 = misfornøyd, 3 = nokså misfornøyd, 4 = nokså fornøyd, 5 = fornøyd, 6 = svært fornøyd.

Sett ring rundt svarene.

1/ Hvordan vil du generelt vurdere estetikken ved denne posten ?

Svært dårlig | Dårlig | Nokså dårlig | Nokså bra | Bra | Svært bra
1 2 3 4 5 6

2/ Hvordan liker du kunsten på avdelingen generelt ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

3/ Hvordan liker du for eksempel maleriene på avdelingen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

4/ Hva synes du om tekstilene, møblene, gardinene og lignende på avdelingen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

5/ Hva synes du om fargene på pasientrommene ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

6/ Hva synes du om fargene på pasientenes oppholdsrom ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

7/ Hva synes du om fargene på vaktrommet ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

8/ Hva synes du om fargene på eventuelt andre oppholdsrom for sykepleierne ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

9/ Hva synes du om fargene på skyllerommet ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

10/ Hva synes du om fargene på lintøyrommet ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

11/ Hva synes du om fargene på ev. andre arbeidsrom ? (Gulv, vegger, tak, interiør)

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

12/ Hvordan er luften generelt på avdelingen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

13/ Hvordan er utsikten fra sykerommene ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

14/ Hvordan er utsikten fra vaktrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

15/ Hvordan er utsikten fra ev. andre oppholdsrom for sykepleierne ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

16/ Hvordan er utsikten fra skyllerommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

17/ Hvordan er utsikten fra lintøyrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

18/ Hvordan er utsikten fra ev. andre arbeidsrom for sykepleierne ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

19/ Hvordan er lysforholdene på pasientrommene ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

20/ Hvordan er lysforholdene på pasientenes andre oppholdsrom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

21/ Hvordan er lysforholdene på vaktrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

22/ Hvordan er lysforholdene på skyllerom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

23/ Hvordan er lysforholdene på lintøyrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

24/ Hvordan er lysforholdene på ev. andre arbeidsrom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

25/ Hvordan er det kunstige lyset på pasientrommene ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

26/ Hvordan er det kunstige lyset på pasientenes oppholdsrom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

27/ Hvordan er det kunstige lyset på vaktrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

28/ Hvordan er det kunstige lyset på andre oppholdsrom for sykepleierne ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

29/ Hvordan er det kunstige lyset på skyllerommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

30/ Hvordan er det kunstige lyset på lintøyrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

31/ Hvordan er det kunstige lyset på ev. andre arbeidsrom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

32/ Hvordan er du fornøyd med lyd/støynivået på pasientrommene ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

33/ Hvordan er du fornøyd med lyd/støynivået på pasientenes andre oppholdsrom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

34/ Hvordan er du fornøyd med støynivået på vaktrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

35/ Hvordan er du fornøyd med støynivået på ev. andre oppholdsrom for sykepleierne ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

36/ Hvordan er du fornøyd med støynivået på skyllerommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

37/ Hvordan er du fornøyd med støynivået på lintøyrommet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

38/ Hvordan er du fornøyd med støynivået på ev. andre arbeidsrom ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

39/ Hvordan er du fornøyd med blomster/grønne planter på avdelingen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

40/ Hvordan opplever du arbeidsmiljøet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

41/ Hvor fornøyd er du med din daglige arbeidsinnsats ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

42/ (Hvis du i spørsmål 41 har krysset av 1 eller 2) Er det noen av faktorene i spørsmålene 1 - 40 som kan være årsak? Sett ring rundt de 3 spørsmål som kan ha størst betydning.

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40

43/ Hvordan vil du karakterisere din helse ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

44/ Hvordan tror du omgivelsene på avdelingen virker på din fysiske og psykiske helse ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

45/ I hvor stor grad tror du spesielt farver på avdelingen virker inn på din fysiske og psykiske helse ?

Svar: svært liten	liten	nokså liten	nokså stor	stor	svært stor
1	2	3	4	5	6

I spørsmålene 46, 47, 48 tilsvareer tallet 1 = svært lite pent eller svært stygt og så videre til det motsatte 6 = svært pent eller vakkert.

46/ Hva synes du om bygningens indre arkitektur ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

47/ Hva synes du om bygningens ytre arkitektur ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

48/ Hva synes du om bygningens beliggenhet ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Er det andre ting du synes er vesentlige for det estetiske miljø ?

Noen spørsmål i forhold til pasientene.

1 = svært negativt, 2 = negativt, 3 = litt negativt, 4 = litt positivt, 5 = positivt, 6 = svært positivt.

49/ Hvordan virker vakre omgivelser på avdelingen inn på pasienten ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

50/ Hvordan virker musikk i pasientomsorgen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

51/ Hvordan virker humor i pasientomsorgen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

52/ Hvordan virker lek i pasientomsorgen (tankelek, litt 'late som' lek, ordlek og annet-) ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

53/ Hvordan virker det inn på pasientene hvis de er henvist til bare å bruke sykehustøy ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

54/ Hvordan virker blomster og planter inn i pasientomsorgen ?

Svar: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

55/ I hvor stor grad virker f.eks bildenes motiv inn på pasientene ?

Svar: svært liten liten nokså liten nokså stor stor svært stor
 1 2 3 4 5 6

56/ I hvor stor grad har bildenes størrelse innvirkning på pasientene ?

Svar: svært liten liten nokså liten nokså stor stor svært stor
 1 2 3 4 5 6

57/ Er det noe du har tenkt på som kunne virke positivt på det estetiske miljø og velværet for pasientene?-----

58/ Er det noe du har tenkt på som kan virke negativt på pasientene ?-----

59/ Har du forslag til forbedringer av det estetiske miljø ?

TAKK FOR HJELPEN!

VENNLIGST RETURNER SKJEMA I VEDLAGT SVARKONVOLUTT.

**INFORMASJON TIL PASIENTER SOM SKAL SVARE PÅ SPØRRESKJEMAET I
UNDERSØKELSEN:**

“DEN ESTETISKE DIMENSJON, EN KILDE TIL HELSE?”

Kjære pasient!

Mitt navn er Synnøve Caspari. Jeg er ansatt ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning, studiested Ullevål. Dette er en større undersøkelse som har til hensikt å finne ut hvordan det estetiske miljø oppleves av dere pasienter som er innlagt på sykehus, for kortere eller lengere tid.

Tenk over hvordan du opplever og trives med omgivelsene, hvordan du kanskje tror de virker inn på din helse og din følelse av velvære?

Jeg vil sette stor pris på om du 'stopper opp' litt, tenker over hvordan det ser ut rundt deg, og avser noen minutter til å svare på spørsmålene i dette spørreskjemaet. Velg det alternativ som du umiddelbart synes er riktig.

Undersøkelsen er anonym, du skal ikke oppgi navnet ditt.

Når du har svart på spørreskjemaet kan du vennligst legge det i den vedlagte svarkonvolutten og det vil bli sendt til Synnøve Caspari.

Takk for at du vil hjelpe! Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari

Høyskolelektor

Oslo 2000-02-03

Hio, SU,

Studiested Ullevål Tlf. 22453844, 22145770.

SPØRRESKJEMA TIL PASIENTENE ANGÅENDE ESTETIKK
VED AVDELINGEN

NOEN SPØRSMÅL ANGÅENDE OMGIVELSENE PÅ POSTEN/AVDELINGEN/SYKEHUSET

KJØNN kvinne mann

ALDER UNDER < 30 ÅR

30 - 50 ÅR

OVER > 50 ÅR

LIGGETID: HVOR MANGE DAGER, UKER ELLER MÅNEDER HAR DU VÆRT INNLAGT PÅ SYKEHUSET?

ANTALL DAGER -----

ANTALL UKER -----

ANTALL MÅNEDER ----

Det er mange områder som kan komme i betraktning i forhold til estetikk. Jeg setter her opp noen stikkord som kan vurderes og graderes ut fra hva du synes om miljøet her på sykehuset. Sett en ring rundt det du mener passer best. Tallet 1 er det mest negative og 6 det mest positive på skalaen. For eksempel:

Tallet 1 er = svært dårlig, 2 er = dårlig, 3 er = litt dårlig,

4 er = ganske bra, 5 er = bra 6 er = svært bra.

1/ GENERELT OM HVORDAN DU OPPLEVER SYKEHUSMILJØET:

ORDEN ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

RYDDIGHET ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

HYGIENE ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

HUMOR ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

SMIL ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

LEK ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

UNDERHOLDNING ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

SAMTALE ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

PASIENTROMMET ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

HARMONI ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

DESIGN ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

FARVER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

MAT ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

LYDER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

LYSFORHOLD ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

2/ ANGÅENDE MATEN - GENERELT I FORHOLD TIL HVA DU ØNSKER OG LIKER:

MATENS UTSEENDE ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

MATENS FARVER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
SERVERINGEN ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

3/ GENERELT OM UTSMYKNING:

MALERIER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
SKULPTUR ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
BILDER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
TEPPER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
DEKOR ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
MOSAIKKARBEIDER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
VANDEKORASJONER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

4/ INNTRYKK AV DE FORSKJELLIGE ROM:

PASIENTROM ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
OPPHOLDSROM ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
KORRIDOR ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
VAKTROM ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
BAD ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
DUSJ ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
WC ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

5/ DIN VURDERING AV PASIENT/SYKEROMMET:

LYSFORHOLD ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
ELEKTRISK BELYSNING ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
LAMPERS UTSEENDE ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
SOLLYSET ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

FARVE PÅ VEGGER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- . - TAK ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- . - GULV ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- . - TEKSTILER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- . - GARDINER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- . - MØBLER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

6/ DIN VURDERING AV FORM OG KVALITET PÅ:

MØBLER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
GARDINER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
DESIGN ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

I spørsmål 7 og 8 betyr tallene: 1 = svært ubehagelig, 2 = ubehagelig, 3 = litt ubehagelig, 4 = litt behagelig, 5 = behagelig, 6 = svært behagelig

7/ DIN VURDERING AV DET DU HØRER:

STØY ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
SANG ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
MUSIKK ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
NATURLYDER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
ULYDER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

8/ DIN VURDERING AV:

PLANTER ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

BLOMSTER -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
 NATUR -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
 TRÆR -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
 UTSIKT -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
 LUFT -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
 VENTILASJON -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
 LUKT -----1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

SETT KRYSS I DEN RUTEN SOM PASSER:

Jeg trenger hjelp Jeg trenger ikke hjelp

9/ Får du den personlige hjelp du trenger til barbering ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10/ Får du den personl. hjelp du trenger til hårstell (vask, legging, føning) ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11/ Får du den personlige hjelp du trenger til make up ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12/ Får du den personlige hjelp du trenger til stell av negler ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13/ Får du den personlige hjelp du trenger til fotpleie ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14/ I hvilken grad virker de ting det spørres om i spørsmål 9 - 13 inn på din følelse av velvære ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15/ Får du den hjelp du trenger til den daglige hygiene/vask ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16/ Bortsett fra plagene ved din sykdom - i hvilken grad føler du velvære her på sykehuset ?

SVÆRT	GANSKE LITEN	LITEN	NOEN	GANSKE HØY	SVÆRT HØY
LITEN GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD	GRAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17/ I hvilken grad tror du omgivelsene på sykehuset virker positivt eller negativt inn på din psykiske helse ?

SVÆRT NEGATIVT	GANSKE MYE NEGATIVT	LITT NEGATIVT	LITT POSITIVT	GANSKE MYE POSITIVT	SVÆRT POSITIVT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18/ I hvilken grad tror du omgivelsene på sykehuset virker positivt eller negativt inn på din fysiske helse ?

SVÆRT NEGATIVT	GANSKE MYE NEGATIVT	LITT NEGATIVT	LITT POSITIVT	GANSKE MYE POSITIVT	SVÆRT POSITIVT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19/ I hvilken grad har du mulighet for å velge det du ønsker innen bilder ?

Ingen valg mulighet	Svært dårlig valgmulighet	Dårlig mulighet til å velge	Ganske bra valgmulighet	Bra valgmulighet	Svært bra valgmulighet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20/ I hvilken grad har du mulighet for å velge det du ønsker innen musikk ?

Ingen valg mulighet	Svært dårlig valgmulighet	Dårlig mulighet til å velge	Ganske bra valgmulighet	Bra valgmulighet	Svært bra valgmulighet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21/ I hvilken grad har du mulighet for å velge det du ønsker innen lesestoff

Ingen valg mulighet	Svært dårlig valgmulighet	Dårlig mulighet til å velge	Ganske bra valgmulighet	Bra valgmulighet	Svært bra valgmulighet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22/ I hvilken grad er den underholdning som tilbys tilfredsstillende ?

Svært lite tilfreds- Stillende	Lite tilfreds- stillende	Nokså dårlig	Ganske Bra	Bra	Svært bra
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det andre ting eller forhold du har i tankene når det gjelder estetikk på sykehuset ?-----

Har du forslag til forbedringer av det estetiske miljø? -----

TUSEN TAKK FOR HJELPEN!

VENNLIGST RETURNER SKJEMA I VEDLAGT KONVOLUTT.

Vedlegg IX – Brev til eksperter

BREV TIL EKSPERTER

Oslo 21.05.01

Til.....

Jeg tillater meg å kontakte deg fordi du ved ditt yrke har spesielt gode forutsetninger for å uttrykke synspunkter angående estetikkens betydning for menneskene.

Mitt navn er Synnøve Caspari. Jeg er lektor ved høyskolen i Oslo, studiested Ullevål. For tiden er jeg doktorgradsstudent ved Institusjon för Vårdvetenskap, Åbo Akademi, og arbeider med min doktorgradsavhandling – 'Den estetiske dimensjon - en kilde til helse? '. Det er en undersøkelse angående det estetiske miljø ved de norske somatiske sykehus. Jeg ønsker å undersøke om estetikk blir ansett som en viktig faktor i sykehusmiljøet, og da både for pasienter og for de som arbeider der (Sykepleierne).

Jeg har samlet inn og gått igjennom handlingsplanene for sykehusene og skrevet en rapport ut fra de funn jeg gjorde. Handlingsplanene hadde lite nedfelt om estetikk.

Dernest har jeg hatt ute 800 spørreskjemaer til pasienter og sykepleiere, ved 2 store sentralsykehus og 3 mindre. Her stilte jeg helt konkrete spørsmål om hvordan de opplevde det estetiske miljø på sykehuset, hvor de enten arbeidet eller var pasient. Spørreskjemaene holder jeg nå på med å analysere statistisk.

Det er ikke lett å vite om man får fatt på de vurderinger som var intendert. Mennesker reagerer positivt og negativt på omgivelsene, men uten å bevisstgjøre hva de reagerer på og hvorfor.

Derfor denne henvendelse-

Jeg skal nå foreta intervjuer i forhold til estetikk og helse og i den forbindelse ønsker jeg å komme i kontakt med personer som har kompetanse på området. Min forespørsel går til designere, arkitekter, håndverkere og bildende kunstnere. De må enten selv ha vært innlagt på sykehus, hatt pårørende / venner der, eller annen nær kontakt med sykehusmiljø. Jeg vil gjerne stille noen spørsmål og håper at du kan fortelle meg litt om hvordan du reagerte på det estetiske miljøet, Hvilke tanker du gjorde deg osv.

Du vil bli sikret full anonymitet ved behandling av data.

Intervjuet vil antagelig ta ca. ½ - 1 time. Jeg vil møte der hvor det passer best, både mht. tid og sted.

Mine veiledere er:

Førsteamanuensis Dagfinn Nåden, Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning

Professor Katie Eriksson, Institutionen för Vårdvetenskap, Åbo Akademi

Jeg vil sette stor pris på en positiv respons, så fort som mulig.

Min tlf. arbeid 22453844

Tlf sentralbord 22453800

Tlf. privat. 22145770,

Jeg imøteser svar enten skriftlig eller pr.telefon.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Synnøve Caspari

Høgskolen i Oslo

Vedlegg X – Intervjuguide

Avdeling for sykepleierutdanning, Studiested Ullevål.

INTERVJUGUIDE – SEMISTRUKTURERT.

På hvilken måte har du hatt kontakt med sykehus?

Hvordan opplevde du det estetiske miljø ved sykehuset? Kan du si noe om hvilke inntrykk du fikk av bygningen utenfra, av mottagelse/resepsjon og videre på avdelingene, på oppholdsrommene for pasienter og på oppholdsrom for sykepleierne?

Pasientrommet, hvordan var det?

Sett at du selv eller en som står deg nær, skulle ligge 2–3 måneder i sengen på det pasientrommet du hadde, hvordan tror du det ville oppleves? Hvordan ville du ha ønsket det? Tror du at estetikk har betydning for menneskets helse?

På hvilken måte?

Tror du at estetikk kan virke positivt på et lidende menneske?

Kan du nevne noen områder som du mener er viktige og hvorfor?

På hvilken måte?

På hvilken måte tror du estetiske omgivelser virker på de som har sitt daglige arbeid der? Eller uestetiske -

Reagerte du positivt eller negativt på noe spesielt angående estetikken, i de omgivelsene du frekventerte på sykehuset?

Gjorde du deg noen tanker om hvordan omgivelsene kan virke inn på menneskene – på pasientene og på de som arbeider der?

Kan du tenke deg situasjoner hvor et estetisk miljø kan virke negativt på en pasient, kanskje til og med øke lidelsen?

Kan det tenkes at et estetisk miljø kan virke negativt på en sykepleier?

På hvilken måte?

Hvis du skulle tilbringe noen måneder på et sykehus, hvordan skulle du ønske at omgivelsene og tilbudene var? (Du får god medisinsk behandling)

Hva ville du legge vekt på? (Ikke tenk økonomi-)

Vedlegg XI – Verdighet

VERDIGHET

Begrepet verdighet - en enkel utredning ved synonymer og etymologisk:

Beskaffenhets, bonitet, gehalt, godhet, kvalitet, kvantitet, lengde, størrelse, sum, valens, betydning, Fortjeneste, nytte, virkning, kjøpekraft, kurs, notering, pålydende, valuta, valør, verd, kostbarhet, pretiosa, verdisak, banko, verdipost

VERDI
FULL

Dyr, dyrebar, gedigen, kostbar, kostelig, uerstattelig, umistelig, berikende, betydelig, beetydningsfull, fortjenstfull, givende, god, positiv, uvurderlig, vektig, vesentlig.

VERDIG

Fortjent, god nok, habil, kvalifisert, passende, representativ, som det sømmer seg, alvorlig, atstadig, avmålt, behersket, betydningsfull, fornem, gravitetisk, høytidelig, opphøyet, rolig, stolt, ærverdig, verdige - behage

VERDIG
HET

Alvor, anstand, fatning, grandezza, høyhet, pondus, ro, salvelse, selvbeherskelse, tyngde, autoritet, posisjon, rang, status, stilling, tittel, ære, fortjeneste.

UVERDIG

Dårlig, forkastelig, forsmadelig, gemen, ussel, utilbørlig, ikke berettiget, ikke kvalifisert, ikke verdig.

(5 definisjoner fra Norsk synonymordbok, 1976)

VURDERE

Bestemme verdien av, vøre, ænse, vyrda sv. Vörda “agte og ære”, vurde, oldn. Virda “agte værd eller værdig, agte, ænse, ”= got. Wairthon “vurdere”, ags. Gewierthan, “vurdere, sætte pris på”, mnt. Werden “vurdere”, mht. wirden”skatte, ære”, af adj. Værd.

VANVYRDE
VANÆRE

Skam, fornede, håne, krenke, nedverdige, prostituere, bringe skam over, skjende, vanhellige, ydmyke, vanærende: fornærmelig, forsmadelig, injurierende, skammelig, skjendig, sårende.

BEGREPET – 'VÅRD'

I avhandlingen brukes gjennomgående begrepet *vård* og *vårder* (fornorsket), bortsett fra i forbindelse med undersøkelse blant sykepleiere som arbeider på norske sykehus.

Forsker synes at begrepet *vård* er et innholdsrikt og dekkende begrep i forhold til det aktuelle tema og område. *Vård* inkluderer alle som *vårder*. Termen er gjennomgående i sitater på svensk.

I svensk – norsk ordbok er

Vård - pleie, forvaring, varetekt, stell.

Ha *vård om* – ha i sin varetekt, ta seg av

Ta *vård om* – ta seg av, pleie

Vårda – pleie, stelle, ta seg av. *Vårda sig om* – skjøtte, være omhyggelig med

Vårdad – velstelt, proper, soignert

Vårdandet – substantiv

Vårde, vårdende - verb

Vårdande = *vårdende*

Vårdvitenskapen er den kliniske *vårdvitenskap* og den systematiske *vårdvitenskap* som omhandler *vårdvitenskapens* ontologi og epistemologi, det som er grunnleggende for *vård*.

Vårdvetenskapens grundantaganden

- 1. Människan är i grunden enheten kropp, själ och ande.**
- 2. Människan är i grunden en religiös människa, men alla människor har inte bejakat denna dimension.**
- 3. Människan är i grunden helig. Människans värdighet innebär att inneha det mänskliga ämbetet, att tjäna i kärlek, att finnas till för den andra.**
- 4. Hälsa innebär en rörelse i vardande, i varande och i görande mot enhet och helighet, hvilket är förenligt med lidande.**
- 5. Vårdandets grundkategori är lidande.**
- 6. Vårdandets grundmotiv utgörs av caritasmotivet.**
- 7. Vårdandet är i barmhärtighet, kärlek, tro och hopp lindra lidande. Det naturliga grundläggande vårdandet uttrycks genom att ansa, leka och lära.**
- 8. Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos d.v.s. en caritativ etik.**

(Eriksson, 1988; reviderade, Eriksson m.fl. september 1993,; mars 1996; september 1997; augusti 1998; augusti 2000)

Resymé fra et sykehus (en avdeling), hvor estetikken ble ansett å være godt ivaretatt

Allerede ved analyse av handlingsplanene ble dette sykehus notert som interessant for en ekskursjon. I handlingsplanene fra sykehuset, fremgikk det konkrete planer for estetikken i omgivelsene. Dette sykehus (det gjaldt kun *to* avdelinger ved sykehuset, men det planlegges en omfattende gjennomføring etter hvert) hadde engasjert en farvekonsulent, som sammen med arkitektene, har inkludert estetikken i planleggingen, helt fra starten. Det opplevdes meget positivt av både de ansatte, av pasienter og av besøkende. Det hadde lyktes å bygge en avdeling hvor det var skapt et miljø som ikke var institusjonspreget, og pasientene opplevde sykehuset som hjemlig. Det var en helhet over farver, tekstiler og utforming som virket imøtekommende og avslappende. Bemerkninger fra noen var blant annet at skuldrene sank på plass, når man kom inn døren. De ansatte var også meget fornøyd, de foretrakk å ta ulempen med lang reisetid/vei fremfor å skifte arbeidsplass. Sykefraværet var lavt og det samme gjaldt turnover blandt arbeidstagerne.

Ettersom estetikken ved denne avdelingen ble fremhevet som svært vellykket, er det naturlig å se noe nærmere på hva som var vektlagt, og hvordan avdelingen hadde kommet frem til en så god utforming av det estetiske miljø. Farvevalget bygget til dels på Goethes farvelære, spesielt angående farvenes sammenheng. En farve står aldri alene, og det er sammenhengen med andre farver som gir hver enkelt farve den valør og den kvalitet som igjen virker inn på mennesket og omgivelsene. Det var tatt i betraktning hvilken virkning den enkelte farveenergi har, og på hvilke organer, ut fra farveteorier og forskning. Både pasienter og de ansatte var i fokus, og det hadde lyktes å komme frem til en helhetlig utforming, arkitektonisk, i interiøret og i farvesettingen. Pasienter og ansatte ga uttrykk for at omgivelsene økte deres følelse av helse og velvære, at det virket harmonisk, og at de opplevde en god atmosfære ved avdelingen. Det var her tatt hensyn til farvenes påvirkning, bevisst og ubevisst, på hele kroppen. Farvene var også brukt som veiledning, men i en estetisk utforming. Lyssetting var planlagt i forhold til bruker. Pasientene kunne dempe belysningen etter behov. Plassering av lyspunkter var valgt slik at de ikke var sjenerende, men samtidig kunne de reguleres til kraftig lyssetting når det var nødvendig. Sykehusets beliggenhet var landlig, med utsikt til skog og ellers vakkert landskap fra vinduene. Det var rikelig med grønne planter og blomster i miljøet. Kunst for øvrig var malerier, dvs. forskjellig bildende kunst, som var valgt både for å stimulere fantasi, for å gi avslapning og kanskje en estetisk opplevelse. Variasjon var vektlagt.

Sensus communis

Kant har i verket *Kritik der Urteilkraft* (1790), en drøfting og analyse av estetiske dommer. Analysen viser utover den subjektive smaksdom, hvor den estetiske dømmekraft er uavhengig av en kognitiv forståelse. Det er en teori om dommer angående estetikk som er almenne, interesseløse og førebegrepslige. Kants teori om estetikk tolkes til at det ikke bare er en kunstforståelse av det enkelte bilde, skulptur eller annen kunstgjenstand han skriver om, det er selve tilværelsens estetikk, ved naturen og de nære ting. Kant atskiller smaksdommen strengt fra den teoretiske erkjennelsesdom, fordi dens forhold til anskuelsen ikke går veien om den kognitive intensjonalitet. Gadamer kritiserer Kant og sier at: “[...] he denies taste any significance as knowledge. He reduces *sensus communis* to a subjective principle” (Gadamer 1960/1989).

Kant bruker begrepet “smaksdom” på to forskjellige måter, “i en snevrere og i en videre forstand (Nerheim, 1991, s. 16). De subjektive smaksyttringer, som også kan angå vanlig common sense, er sansesmak, angående hva vi liker eller ikke liker. Den andre måten å forstå hva Kant mener med en ren smaksdom, som han hevder er allmenn, er at mennesket har en felles sans, en *sensus communis*, hvor en smaksdom felles uavhengig av begrep eller kognitive slutninger. Det kan forstås som at alle mennesker har den samme sans i innbildningskraften, og at den kommer til uttrykk som en følelse av lyst/ulyst ved innbildningskraftens frie spill, i forhold til forstanden og dommer om det skjønne. Løgstrup (1966/1996, s. 21), sier: “Spillet mellom indbildningskraft og forstand, som det sette eller hørte fremkalder, og som udgør skønheden, er frit uden at være vilkårligt eller individuelt Derved er ikke dommen subjektiv, men kan kreve allmenn tilslutning”. Kant hevder: “Nødvendigheten av den allmenne tilslutning som tenkes i en smaksdom er en subjektiv nødvendighet, som forestilles som objektiv under forutsetning av en felles sans” (Kant, 1790, § 22, s. 111). Kant sier at det som uten begrep erkjennes som gjenstand for et nødvendig velbehag, er skjønt. Dette velbehag er det som påvirker mennesket fysisk, som kan føre til en følelse av lyst¹²⁷ (eller ulyst), og som videre kan virke fremmende på helsen. Ut fra Kants filosofi har en *sensus communis*, en felles sans, ikke sammenheng med en felles sans ut fra fornuften og heller ikke som en felles forstand. Han (1790, § 40, s. 160/173-174, note 28) sier videre:

“[...] og jeg sier at smaken med større rett kan kalles *sensus communis* enn den sunne forstand, og at den estetiske dømmekraften, snarere enn den intellektuelle, kan bære navnet *fellessans* [...] forutsatt at man er villig til å bruke ordet ‘sans’ om en virkning av den blotte refleksjonen på sinnet, *for da forstår man ved ‘sans’ følelsen av lyst*. Man kunne til og med definere smaken som evnen til bedømmelse av det som, uten begrepslig formidling, gjør vår følelse ved en gitt forestilling *allment meddelbar*”. “Man kunne betegne smaken som *sensus communis aestheticus*, og den fellesmenneskelige forstand som *sensus communis logicus*”.

Makkreel tillegger en slik *fellessans* eller *sensus communis*, som en felles menneskelig evne som muliggjør en ikke-begrepslig menneskelig kommunikasjon, en sentral rolle i *Kritik der Urteilkraft* (Makkreel, 1990, s. 123)¹²⁸. Dette kan bekrefte avhandlingens utgangspunkt om estetikkenes påvirkning på og i mennesket, reaksjoner som er uavhengig av begrep, og at en ren estetisk dom er likegyldig til og uinteressert i objektets eksistens. Vurderingen er i seg selv desinteressert i objektet som sådan, *selv om det i videre sammenheng kan føre til en interesse*. Ettersom objektet for den estetiske dom er reelt, og er et uttrykk for noe av estetikken i omgivelsene, så kan følelsen som vekkes av lyst eller ulyst være av utvidet interesse i vårdsammenheng. Bevisst og ubevisst felles det dommer, hele tiden, på forskjellige nivå, og følelser av lyst/ulyst påvirker mennesket, uten at det nødvendigvis forbindes med noen interesse for hva som forårsaker denne følelse. Interesseløshet i forhold til en ren bedømmelse av kunst synes å være en betingelse. Her er det også overensstemmelse mellom Hirn og Kants teorier. Det angår et livsområde, hvor estetikken er fristilt fra hverdagen, fra en fornuftens vurdering, fra praktiske eller formålsmessige hensikter. Det gjelder utøvelse av den rene estetiske dom, den “absoluta konsten, som är oberoande av allt samband med livskampen” (ibid., s. 54). Det kan kalles et fristed i vården.

¹²⁷Noen synonymer til lyst er: fryd, gammen, glede, jubel, lykksalighet, vellyst, iver, liv. (Norsk synonymordbok, 1976).

¹²⁸Makkreel, 1990, tillegger en slik *fellessans* eller *sensus communis* som en fellesmenneskelig evne som muliggjør en ikke-begrepslig menneskelig kommunikasjon, en sentral rolle i kritikk av dømmekraften. “[.....].

Vedlegg XVI – Deskriptiv analyse av pasienters vurdering,

Gjennomsnitt (Mean), fra alle sykehusene. Fra tabell 3:

Index 1 i analysen angår orden, som også inkluderer ryddighet og hygiene. En felles gjennomsnitt indeks for alle sykehus (mean) er 5,23. Det tilsvarer noe bedre enn 'bra'. Svarenes spredning er fra 3 - *nokså dårlig, til 6 - svært bra*. Spredning på de andre variablene er fra 1 til 6 i den felles vurdering fra alle sykehusene. Alpha er .87 som ansees for høy reliabilitet, N = 270

Index 2 angår sosialitet som inkluderer humor, smil, lek, underholdning, samtale – mean er 4,64 – det ligger mellom *nokså bra og bra*. Alpha er .76, dvs. *moderat reliabilite*, N = 270

Index 3 Generell harmoni er mean 4,21 – som tilsvarer *nokså bra*. Alpha er .84, dvs. høy reliabilitet, N = 267

Index 4 angår mat, utseende, farver, servering, mean er 4,90, det vil si mellom *nokså bra og tilnærmet bra*. Alpha er .91 dvs. høy reliabilitet, N= 263

Index 5 angår generell vurdering av utsmykning, malerier, skulptur, bilder, tepper, dekor, mosaikkarbeider, vanndekorasjoner – mean er 3,04. Dette er et stort område som pasientene vurderer som *nokså dårlig*. Alpha er .95, meget høy reliabilitet, N = 224

Index 6 handler om inntrykk av de forskjellige rom, pasientrom, oppholdsrom, korridor vaktrom, bad, dusj, w.c., her er mean 3,97. Det vil da si – nær til *nokså bra*. Alpha er .93, dvs. meget høy reliabilitet, N = 264

Index 7 er vurdering av lysforhold, elektrisk belysning, lampers utseende, sollys, mean 4,25, det vil si – *nokså bra*. Alpha er .85, dvs. høy reliabilitet, N = 254

Index 8 spør etter pasientens vurdering av pasientrommet med hensyn til farver på vegger, tak, gulv, tekstiler, gardiner, møbler. Mean er 3,74 – altså mellom *nokså dårlig og nokså bra*. Alpha er .94, dvs. meget høy reliabilitet, N = 250

Index 9 angår form og kvalitet på møbler, gardiner, design. Mean er 3,63, d.v.s. mellom *nokså dårlig og nokså bra*. Alpha er .90, dvs. høy reliabilitet, N = 253

Index 10 angår lyd av forskjellig art, støy, sang, musikk, naturlyder, ulyder. Mean er 3,77, dvs. mellom *nokså dårlig og nokså bra*. Alpha er .84, dvs. høy reliabilitet, N = 148

Index 11 angår det visuelle som utsikt, trær, planter, blomster, natur. Mean er 4,31, dvs. *nokså bra, men ikke bra*. Alpha er .91, dvs. høy reliabilitet, N = 248

Index 12 omhandler spørsmål som angår hjelp, hvis det trengs. Det er spørsmål om de får tilbud om hjelp til personlig hygiene, til vask og stell av hår, til stell av negler, til fotpleie, til barbering eller til make up. Mean er 3,57, dvs. *i liten grad til i noen grad*. Alpha er .93, dvs. meget høy reliabilitet, N = 189

Index 13 Indeks over effekt av omgivelsenes påvirkning på helsen, positivt eller negativt, samt følelsen av velvære. Mean er 4,34, det vil si at pasientene mener omgivelsene virker inn på helse og velvære mellom verdiene - *i noen grad og i ganske høy grad*. Alpha er .56, dvs. en lav reliabilitet, N = 250

Index 14 Indeks over estetikk og mulighet for å velge bilder, musikk, lesestoff, underholdning. Mean er 2,76, dvs. *svært liten valgmulighet – liten mulighet til å velge, nokså lite tilfredsstillende*. Alpha er .69, dvs. en moderat reliabilitet. N = 223

Index 15 angår luft, ventilasjon, lukter. Mean er 4,26, det vil si *nokså behagelig*. Alpha er .93, dvs. meget høy reliabilitet, N er 253

Vedlegg XVII – Kvalitative forskningsintervju

Det er øynene og nesene du spiser med først. (Informant 8.)

Informanten er sjefskokk ved et sykehus. Han har arbeidet som kokk i mange år, også ved forskjellige andre sykehus. Informanten er meget opptatt av ansvaret for den mat pasientene får, og ikke minst at de spiser den. I flere år har han arbeide med foredrag og kursvirksomhet, om hva og hvordan mat skal tilberedes og hvordan den skal serveres. Informanten uttaler seg ikke om estetikk på andre områder enn i forhold til maten, men der er han til gjengjeld meget bevisst hvor viktig estetikken er. Ettersom det var estetikk i relasjon til mat og servering det var ønsket å få uttalelser om, så ble ikke andre tema brakt på banen. Informanten sier:

Det nytter ikke hvis det ikke går inn i munnen. Som syk er du opptatt av og påvirkes av fargekombinasjoner. Vi vet at en del fargekombinasjoner kan virke kvalmende, gult og grønt for eksempel for noen. Brunt kan minne om avføring. Det må ikke brukes kunstige farver. Farver må brukes slik at maten ikke blir servert som en grå masse. Det er øynene og lukten du spiser med først. Viktig med god luft. For de ansatte er det av stor betydning å ha en god kantine, de må være fornøyd hvis de skal trives og derved kunne yte. Estetikk har meget stor betydning i forhold til maten

Informanten har lang erfaring og stor kunnskap angående matens betydning, både for pasienter og for de ansatte. Førsteklasses råvarer er utgangspunkt for et godt måltid, og det er viktig å ha kunnskap om hvordan farver kan påvirke matlysten, når de spiller sammen i en helhet på tallerkenen. Maten er viktig for at pasienten skal oppnå bedre helse. Ekstra viktig for svært syke pasienter er det at maten er tilpasset den enkelte, at de får noe de liker og ikke minst matens utseende og presentasjon. En liten bit kan friste, mens en stor bit kan virke motbydelig. Det kan ødelegge appetitten for en pasient som ikke har lyst på mat, hvis det blir servert en stor generøs porsjon, passende for en skrubbsulten ungdom. Han understreker betydning av frisk luft, for at maten skal smake og på grunn av hygienien. Pasienten må få anledning til å vaske seg, før det skal spises. Han legger vekt på at det må være rent og ryddig i omgivelsene, slik at ikke bare maten er delikat, men at også stedet hvor den plasseres er tiltalende. Et overfylt nattbord med urinflasken i hyllen under, er verken hygienisk eller estetisk.

Det var mye støy, som å bo i en masete storby. (Informant 9.)

Informanten er ansatt som kosmetolog ved et stort sykehus. Vedkommende holder kurs for pasienter og pårørende, samt for de ansatte, om hva utseendet betyr for mennesket. Spesielt som pasient er det positivt å lære om hva som kan gjøres og hvordan. Hun har laget en video, "Color me beautiful", om temaet. Selv er hun vegetarianer og svært bevisst på kostens betydning for velvære, trivsel og for utseendet. Hun virket levende interessert i tema i forhold til den betydning estetikken har for pasienter, og estetikkens betydning på sykehus generelt. Selv har hun vært pasient på et stort sykehus og var henvist til å holde sengen, over lang tid. Ved spørsmål angående hva hun syntes om estetikken i omgivelsene på sykehuset, svarte hun:

Det synes jeg var helt forferdelig. Det var tørr luft, ikke noe å se på i taket, gardinene var det knapt farve på, slitne, gamle møbler, leftover – preg av loppemarked, design var et fremmedord. Fikk ingen tilbud om stell av hverken føtter, negler, hår eller make up, bona blir jo så stygge, det er veldig uestetisk. Det er mulig at jeg hadde fått hjelp hvis jeg hadde spurt. Det verste var badene, det var ekkelt, det ble ikke holdt rent 'mellom slagene'. Det var mye støy, som å bo i en masete storby, besøkende ut og inn. Det var også mye støy fra ambulansene. Jeg fikk ingen tilbud om underholdning eller musikk. Maten var trist, fet kantinemat, men jeg fikk mye frukt og grønt.

Alt virket gammelt og slitt, kanskje mer enn nødvendig, på grunn av lav kvalitet i utgangspunktet. Møbler og utstyr av god design og kvalitet kan ofte bli vakrere ved bruk gjennom år. Det var ikke noe som kunne fremheves som estetisk. Heller ikke hygienen var god, det nevnes bad og W.C. som spesielt ille. Hvis en pasient kvier seg for å benytte for eksempel W.C. fordi det er uhygienisk og uestetisk, da kan det forårsake obstipasjon og det kan øke faren for infeksjoner. Informanten mener at behovet for variasjon er viktig for alle, men spesielt for en pasient som er bundet til sengen.

Jeg ønsket å tone ned institusjonspreget. (Informant 10)

Informanten er fargekonsulent, utdannet ved kurs i inn og utland og til dels autodidakt. Hun er levende opptatt av farver og deres innflytelse på mennesket. Hennes yrke er å arbeide med planlegging av interiør, samt med terapeutisk bruk av farver og interiør. Hun holder også kurs og veileder om farvenes betydning og påvirkning, samt engasjeres som konsulent ved planlegging både i skoler, sykehus og andre arbeidsmiljø. Jeg ble presentert, på sykehuset, og vist rundt i en avdeling hvor hun hadde stått for fargevalg, i samråd med arkitekter og

interiørarkitekter. Resultatet var et gjennomført miljø, med vekt på estetikk. Både ansatte og pasienter kom med meget positive utsagn. Hun sier:

Jeg ønsket å tone ned institusjonspreget, ha gode farver som bindes sammen hele veien. Dette er en fødeavdeling og derfor vektlegges feminine energier, for eksempel fersken-orange og grønt. Det estetiske har veldig mye å si. Blått er en kommunikasjonsfarge som er brukt på kontorene og i rom for personalet, mens grønt gir balanse og ro i sinnet. De ulike farver påvirker ulike deler av kroppen, ja de påvirker menneskets sjel, det hormonelle systemet, energipunktene. Noen stimulerer til bevegelse og aktivitet, mens andre til ro og hvile. Farver og innredning skal være en del av omsorgen for pasientene og bidra til et godt arbeidsmiljø for de ansatte. Omgivelsene påvirker helsen. Ved å ha det vakkert sender man også signaler til folk om at de betyr noe. I første omgang tar man fargene inn via synssansen og så går det kodete meldinger til hypofysen, som så igjen sender meldinger ut til blant annet det endokrine kjertelsystem i kroppen. Farveenergier tar vi også inn via huden. Rødt stimulerer for eksempel blodsirkulasjonen, det kan måles, så selv om du sover, så får ikke kroppen den samme hvile hvis for eksempel blodsirkulasjonen stimuleres av en rød farge. Farver er verdens raskeste kommunikasjonsmiddel. En for intens farge kan virke negativt, en feil farge kan også 'gjøre ugagn'. Generelt sier hun at estetikk er et forsømt område ved mange sykehus.

Et viktig område som kommer sterkt frem i dette intervjuet, er ønsket om å tone ned institusjonspreget. Dette tolkes som ønske om å skape et hjemlig miljø, et miljø hvor pasienter og ansatte kan føle seg hjemme og velkomne når de går gjennom døren. For å skape et hjemlig miljø er det brukt farver som taler til mennesket, som virker beroligende i de områder hvor det er ønskelig, og som kan virke oppvakkende andre steder. Fargene er valgt også for å gi et delikat, litt luksuriøst preg, for eksempel på bad og W.C. Ved å gi litt luksusfølelse kan kanskje pasienten føle seg verdsatt, at han/hun er verdig å skape vakre omgivelser for. Den arkitektoniske utforming legger vekt på at pasientrommene skal være private for pasienten. Hver inngang er formet som en privatinnngang, til en boenhet. Når døren lukkes føler pasienten seg hjemme. Informanten legger vekt på at estetikk er et etisk anliggende, ved at det hjelper til å ivareta pasientens integritet og verdighet. Pasientens autonomi er en etisk plikt for vårderen. Ved å la pasienten få anledning til å bestemme selv, velge kunst til rommet, og velge behagelig belysning, kan det heve kvaliteten på vården slik at den er vårdende. Pasientene skal føle seg velkomne, og estetikken er viktig i den forbindelse. Informanten mener at en farvekonsulent bør komme inn i planleggingsfasen, både ved nybygging og rehabilitering, av sykehus. Et estetisk miljø sender signaler om at pasienten betyr noe, derfor er det et etisk anliggende.

Sykehus skulle jo være hygienens høyborg. (Informant 11)

Informanten er utdannet sykepleier og har også utdannelse innen hotellfag. I forhold til helsetjenesten synes hun det er mye å hente i en servicenæring som hotellbransjen. Hun har holdt mange kurs både innen helsesektoren og i hotell/restaurant bransjen, hvor estetikk har vært tema. Estetikken betydning vektlegges sterkt i løpet av samtalen/intervjuet, og det samme gjelder hygienens, som burde være en selvfølge på sykehus. Hun gir uttrykk for at det er på tide oppmerksomheten blir rettet mot estetiske anliggender, og fremhever hvor viktig det er å få estetikk inn i utdannelsen av helsepersonell. Hun har også selv vært pasient. Hun sier:

Jeg ville synes det var grusomt om jeg måtte vært pasient på sykehuset, i for eksempel en måned. Rommet jeg hadde var lite, det var preget av kalde farver, ikke pene gardiner og de hang heller ikke ordentlig oppe, det var sjusk. Selv om jeg var ung, så virket sengene kalde og avvisende, lite tilgjengelige. På veggene var det noen bilder, men ikke noen som ga meg noe. Jeg er glad i kunst, plakater koster ikke stort. Ingen form for underholdning, ikke telefon, ikke T.V. på rommet. Det var ikke noe grønt der, ingenting. Tenk å gå i det miljøet. Middag ble servert klokken 12, jeg har aldri spist middag klokken 12. Alt virket kaldt og fremmedgjort. Vennlighet og imøtekommenhet betyr mye. Pasientene kan ofte føle seg bortkomne, desorienterte, hvor er skiltene? Hvem kan jeg spørre? En liten historie: Noen hadde hatt barnet sitt på sykehus. De fortalte at de satt i en korridor, på røntgenavdelingen og ventet. De ventet en halv dag. Det passerte hvitkledde mennesker hele tiden, men hver gang de passerte så så de rett frem for seg eller de leste i noe, i det de gikk forbi. Foreldrene følte seg fullstendig neglisjert. Dette var profesjonelle mennesker som valgte å ikke se. Den eneste som så var rengjøringshjelpen. Det betyr mye å bli sett.

Jeg er veldig opptatt av estetikk knyttet til mat, hvordan vi presenterer måltidet. Da jeg var elev, var det den mest velutdannede som la maten opp til pasientene, det vil si avdelingssykepleier. I dag er det langt borte [...] forsømt. Det er viktig hvordan man fremstår i klesdrakten, håret, hender, negler, smykker. Sykepleieren sender ut signaler både til pasienter og pårørende. Noen ser ut som om de skal på nattklubb og ikke på jobb. Sykehus skulle jo være hygienens høyborg. Det er viktig hvordan vi møter folk. Utforming av lokaler, romutforming, farver, kunst, vennlighet og imøtekommenhet, at du blir sett, dette betyr mye. Selv i nye sykehus ser korridorene rett og slett sjuskete ut, med alt som står der. Man har tatt med seg gamle vaner. Min tannlege har lyssetting i taket, som han skifter med mellomrom, Edens have, himmel, i taket, tenk hva det kunne gjøre. Synes det er

fantastisk bra at du gjør en studie på dette. Musikk kan være positivt. Hun fremhever også lekens viktighet. Jeg fikk ikke noe tilbud om hjelp til hårvask, make up eller manicure, verken stell av negler eller føtter. Vi har nå 'oppbevaringsgenerasjonen' inne som pasienter. Fremtidens pasienter blir kunder, med krav til service.

I tolkningen av dette intervju er det mange områder som berøres. Det estetiske møte med sykehuset trer frem som ett område. – å bli sett, møtt og å føle seg ventet. Det tolkes som ganske skremmende når det gis uttrykk for at den eneste som så, den eneste som smilte, var rengjøringshjelpen. At vårderen har den tekniske kompetanse som kreves, blir ansett som en selvfølge, men for at vården skal være vårdende, ha kraft i seg, kreves langt mer. En varians som fremtrer er vektlegging av sykepleiernes apparisjon. Når det sies at noen ser ut som om de skal på nattklubb, tolkes det til at en estetisk fremtreden kan være forskjellig alt etter sammenheng, tid og sted, og må tilpasses omstendighetene. Lekens betydning fremheves, spesielt for pasientene, men også for vårderne som ved lek har et annet kommunikasjonsmiddel til rådighet, en terapeutisk mulighet. Lek kan være verdifullt for vårderen som i en vårdende¹²⁹ vård går utover det görande nivå, og fremmer helse. Lek kan både for pasienter og for vårderne være kreativt og vårdende, være en kilde til en helhetsfølelse og gi vekst.

Design er å virkeliggjøre menneskelige behov. (Informant 12)

Informanten er grafisk designer som ved sitt yrke i høy grad har preget Norge. Den grafiske utdannelse har han fra Norge, Danmark og fra England. Han er svært allsidig estetisk interessert, for eksempel i litteratur, kunst, musikk, opera og design. Informanten har utformet logoer og design for svært mange bedrifter og foretak, kjent i inn og utland og har mottatt flere priser for god design. På grunn av en sykdom går han nå regelmessig til kontroll ved et sykehus, og tilbringer hver gang noen timer der. Han sier:

Eстетikk er et område som er til de grader forsømt, det kreves talent for å skape et miljø hvor man finner det stikk motsatte av estetikk. Fargene er intetsigende. Ingenting til adspredelse. Lampene og møblene er rasket sammen, ikke noe å se på i taket. Nerdrum, (norsk kunstmaler), sier at et stygt rom skaper stygge tanker. Design er å virkeliggjøre menneskelige behov i et uttrykk hvor materialer, form og funksjon utgjør en åpenbar sammenheng og helhet, som beriker våre daglige gjøremål. Derfor er design å betrakte som en konstant søken etter avklaring og utdypelse av menneskelige behov, i leveform og bomønster. God design kan bety bedre kvalitet i en stadig mer likegyldig vare- og tingverden. Anvender vi flere ressurser for å nå slike mål, vil livets forskjellige gjøremål bli mer inspirerende, og vi kan etterleve våre behov for form og funksjon med mening og dybde i. Form og farge virker sterkt inn på menneskene, man vet mye blant annet om fargenes virkning. Lilla kan for eksempel, i noen nyanser, virke sterkt nedbrytende, deprimert. Gult er en glad farge. God design gir en god følelse. I Norge har vi et eget forhold til rom, et rom kan virke negativt. Lys og luft er viktig og også planter, blomster og grønt. Der hvor estetikken er forfeilet kan det virke negativt inn på pasientenes helse. Uestetiske omgivelser kan gjøre deg nedtrykt, mens estetiske omgivelser kan gi deg energi over tid og mer optimisme. Estetikk har avgjort betydning for vår helse og trivsel. Estetikk er i stor grad forsømt. Det kreves talent for å skape et miljø hvor man finner det stikk motsatte av estetikk.

Intervjuede fremhever design og betydningen av form og farge. Uttalelsene om estetikk i sykehus er preget av hans blikk som designer, men også ut fra hans vurdering som pasient. Det er som pasient han plasseres i rom hvor design synes å være et ukjent begrep. Han savner både behagelige farger og noe som kan virke, kanskje inspirerende og utfordrende i miljøet. Foreslår selv malerier, for eksempel i form av kopier eller plakater, av kunstnere som kan gi litt liv og variasjon til miljøet. På et sykehus bør ikke kunsten være for utfordrende, ikke for dramatisk, slik at det kan virke opprørende, men samtidig engasjere og gi noe. Det fremgår at be repet design egentlig ikke kan brukes i omtalen av estetikken på sykehuset, da det er en gjennomgående mangel, nærmest en talentfull mangel på design.

Tenk å ligge der i det rødorange, forferdelig. (Informant 13)

Informanten har arbeidet som sykepleier i flere år, er nå lektor ved en sykepleiehøgskole. Hun er også kunstmaler. Informanten har selv vært pasient, og har også hatt nær pårørende som var pasient i lang tid ved et sykehus, og tilbrakte da mange timer og dager ved sykesengen. Hun opplevde mangelen på estetikk sterkt og sier:

Jeg ble jo sittende der, hun var bevisstløs. Veggene var rødorange, veldig skarp farge og de var nakne, det var utrolig. Ikke noe sted å feste blikket, ingen plass til hvile og avslapning. Det var veldig ubehagelig. Jeg tenkte

¹²⁹ “ Med det ontologiska hälsobegreppet avses ett hälsobegrepp som utgår ifrån hälsa som ett görande, ett varande och ett vardande mot en djupare enhet (holiness) Görande, varande och vardande skall uppfattas som olika dimensioner och inte som klart avgränsade tillstånd”. (Eriksson 1995 s. 11). På norsk oversetter jeg dette med gjørenivå, å gjøre, værenivå, å være og vordende nivå, å bli. På engelsk to do, to be and to become.

med meg selv – hvordan har pasientene det her, jeg kunne jo reise meg og gå. Tenk å ligge der i det rødorange, forferdelig. Korridoren hadde et fint vindu i enden, med utsikt over sjøen og naturen, og en nisje, med små stoler. Når du arbeider et slikt sted, så slutter du å se, du blir blind. Kanskje verst for de pårørende. Studentene opplever luktene som fremmede og skremmende. Det var nakent, mørkt, trist. Lite bilder og malerier. Badene var nesten som gravkamre, ikke vindu, mørkt og skremmende. Det er viktig å bruke kunnskap. Farver oppfattes ofte subjektivt, men det er viktig å ta utgangspunkt i farvenes egenskaper, man vet mye om hvordan de virker. Natur og farver gir energi, det gir jo glede, og disse tingene er med på å hjelpe deg i rehabiliteringen, til å komme deg ovenpå. Personalet er ofte glemt. Lyse behagelige farver virker positivt, det å kunne velge malerier, et artotek, musikk som er tilpasset er bra. Det bør trekkes inn terapeuter som er skolert, som har rede på det. Slike ting kan roe til 'flukt', til adspredelse. Vakre gardiner, det er bedre med pene gardiner som flagrer i trekken fra vinduene, enn stygge.

Det som fremtrer som spesielt i dette intervju er hvordan farver kan misbrukes. Opplevelsen av et sterkt rødorange pasientrom, viste tanker om hvor forferdelig det må være å ligge i et slikt 'farvebad', hele døgnet. Selv om pasienten var bevisstløs, så virker farvene likevel på mennesket. Farvene sender signaler som påvirker psykisk og fysisk. Utsagnet om at vårderen blir blind etter hvert, tolkes som at han 'ikke ser det han ser'. Det kan være en form for beskyttelse, og det kan også skyldes en form for likegyldighet. En likegyldighet som kanskje blir sterkere med tiden, ved at man slutter å se. Hun trekker frem luktene på et sykehus i forhold til sykepleiestudentene. Sykehusmiljøet er nytt og fremmed for mange av dem. Alle de forskjellige lukter som møtes kan virke skremmende, men de kan kanskje også virke spennende og utfordrende.

Vi må ikke bli 'døve på øynene'. (Informant 14)

Informanten er blomsterdekoratør. Han har en blomsterforretning og påtar seg store og små oppdrag for arrangement av blomster og dekorasjoner. Han holder foredrag om blomster og planters betydning for livskvalitet og trivsel, i media og i bedrifter. Informanten er meget opptatt av estetikken i omgivelsene og i tilværelsen. Fra sin barndom og sitt hjem har han et grunnleggende forhold til estetikk som uttrykk for renhet, ordentlighet og flid. Estetikk er å ta vare på og hegne om det vakre. Estetikk er det ekte og ukunstlede i tilværelsen, og i omgang med mennesker. Estetikk handler ikke om økonomi, men om evnen til å handle og være estetisk. Det ble ikke spurt i løpet av intervjuet om informanten hadde opplevd selv å være pasient, men han hadde hatt nær pårørende på sykehus i ganske lang tid. Som blomsterdekoratør har han også mange oppdrag, blant annet på sykehus, til pasienter og ved begravelser. Dette er sider ved livet hvor estetikk har stor betydning. Informanten sier:

Estetikk går så dypt i mennesket, jeg tror ikke de vet hva de snakker om hvis de sier at det ikke betyr noe. Estetikk er fag, det betyr noe for alle, du kjenner inni deg at det er riktig, riktig på stedet, riktig til anledningen. Estetikk er noe som skal falle naturlig inn, det påvirker, vi må ikke bli 'døve på øynene'. Et musikkstykke kan beholde sin skjønnhet i århundrer, jeg vil være blomstenes Arve Tellefsen. (norsk verdenskjent fiolinist.) Jeg liker ordentligheten, skikkeligheten, det er estetikk. Flid er et nydelig ord. Det skal være kvalitet, noe varig. Se all den visuelle støyen. Tenk på de som har lært å se en soloppgang, å se en fiol--. Blomster skulle være det billigste av alt, det er medisin, det gir energi, det er som en blodoverføring. Blomster er like bra som 'Valium'. Jeg er så lei av å se stygge ting, av at estetikken ikke får den plass den krever, sneiper på gata, snusen, en ulekker greie. Se de nye grønne skuddene om våren eller de lilla stammene i mars.

Informanten tolkes som å uttrykke betydningen av at estetikk inngår i oppdragelsen, i større grad. Han ser det som en stor verdi for de som læres til å se (fra barndommen av), og til å ivareta tilværelsens estetikk. Han fremhever dagliglivets estetikk. Det er ikke de dyre ting som teller mest, når det gjelder estetikk. Jeg oppfatter det som at han legger stor vekt på den kvalitet som viser seg ved at det vises respekt for tingene, de holdes i age. En nypusset vase med blomster i, et bord som poleres og ivaretas, et skinnende rent gulv, det er estetisk vakkert. I forbindelse med estetikk nevner informanten 'flid' som et vakkert ord. Den kvalitet og ordentlighet han snakker, om uttrykker en flid. Et av synonymordene til flid er 'møye'¹³⁰. Å gjøre seg møye er å gjøre seg for, å forsøke å gjøre det beste en kan, å anstrenge seg. Ved å gjøre seg møye, tolkes hans utsagn til å mene at da er det estetiske ivaretatt, så godt det lar seg gjøre. I forhold til visuell støy så forekommer estetiske overtramp, som en utsettes for i det daglige. Han påpeker hvor viktig det er at man er oppmerksom, ikke blir døve på øynene, at en skjærer sansene, slik at man ikke blir likegyldig. Han understreker viktigheten av å viderebringe blomstenes skjønnhet til menneskene, på samme måte som fiolinisten gir tonene og musikken til dem. En enkelt blomst kan noen ganger gi uttrykk for noe mer enn en kjempebukett, samt være mer estetisk

¹³⁰ Norsk synonymordbok.

Kunst rører ved hjertet. (Informant 15)

Informanten er utdannet sykepleier. Hun startet arbeidet på sykehus som rengjøringshjelp, tok videre utdanning til hjelpepleier for så etter en periode å utdanne seg som sykepleier, hvilket hun har praktisert som i flere år. Informanten har i tillegg utdanning innen drama, dans og piano. Hun har holdt konserter, og opptre i mindre fora, innen skuespill og dans. Hun er opptatt av blant annet bruk av musikk og lyrikk i terapeutisk øyemed, likedan estetikkens betydning både i pasient og i personalsammenheng. Har vært/er aktiv i komiteer for planlegging av estetikk i sykehus. Hun har selv vært pasient og opplevd sykehuset fra sengen, som hun sier:

Kan ikke snakke om estetikk der på det sykehuset. Trist med hvite vegger, personale i hvite frakker, man følte seg som et nummer i et system. Ikke noe kunst på veggene som engasjerte. Et stort takflomlys. Det ble ikke tatt hensyn til pasienten. Det var altfor høyt under taket. Det nye sykehuset synes jeg er en estetisk flott bygning, vakkert interiør, smakfulle gardiner og farver som er tilpasset og matcher stoler og annet. Man finner en helhet. Det er mye vakkert å feste blikket på og dette kan også være et samtaleemne. Kunst kan provosere og det synes jeg er bra, det viser at man er et levende menneske, det beveger, det rører ved hjertet. Men, det er ikke tatt nok hensyn til de ansatte, de er der 24 timer i døgnet. Det er dårlig inneklima, støy fra helikopter, høy temperatur, dårlig ventilasjon, noen kontorer uten vindu, eksoslukt. Personal kantinen er bedrøvelig, der etterlyser man farver, et annet interiør, det er støyende, ikke hyggelig, ikke estetisk vakkert. Estetikk virker inn på hele kroppen, på immunforsvaret. Formålet med estetikk er å skape glede, å oppleve noe vakkert er godt, godt for sjelen, det berører, ikke sant? Lyset er viktig, glade farver, matens estetikk. Det er viktig med grønne planter, benker og stoler i havene, som også de ansatte kan benytte. Kunst og estetikk kan brukes som et middel, det kan forebygge sykdom og utbrenthet. Det er forskjellig hvor bevisst man er, men jeg tror for eksempel farver påvirker både bevisst og ubevisst. Etikk og estetikk henger nøye sammen. Rammen rundt pasienten, verdighet helt til den siste tiden, det skal ofte så lite til. Estetikk skal skape glede.

Informanten nevner kunstens evne til å provosere, til å berøre, bevege. Ved at man berøres skjer det også noe i mennesket. Hun sier at kunsten kan røre ved hjertet, det tolkes som overensstemmende med det jeg kaller at sjelen berøres og påvirker helheten. Informanten tar opp kunstens muligheter som kommunikasjons-tema, vårder og pasient kan møtes i felles opplevelse av kunst. Et møte kan finne sted i den form for lek som utspiller seg ved den kreative fase i forhold til kunst. Kunst kan være et middel i terapien.

Jeg tenker sykepleie som en kjærlighetsgjerning. (Informant 16)

Informanten er sykepleier med spesialutdanning innen psykiatri, tidligere høyskolelektor, arbeider nå og utdanner seg som kunstmaler. Hun er opptatt av estetikkens mulighet innen sykehusmiljø, både i terapi og generelt som en trivselsfaktor, det er en gjensidig påvirkning. Informanten mener at det kan legges atskillig større vekt på estetikk i utdannelsen av helsepersonell og at planlegging av sykehus, både nye og eldre (ved rehabilitering), kan ta estetiske behov langt mer seriøst. Hun har vært pårørende til pasienter, men har ikke selv vært pasient, unntatt ved fødsler. Hun har tenkt mye på hva det er man som sykepleier egentlig legger i moralske krav knyttet til estetikken, i miljøet, og sier:

Enhver handling kan bedømmes ut fra det gode, det skjønne og det sanne. Jeg tenker sykepleie som en kjærlighetsgjerning. Pasientens verdighet, mye går på å se det estetiske i situasjonen. Tidligere hadde sykehusene gode tomter med vakkert utsyn, de beste arkitektene, det var arkitektoniske perler. De har utviklet seg til å bli stygge og uoversiktelige [.....]. De gamle byggene er nydelige, de har lys og luft. Tenk på sanatoriene i de sveitsiske alpene, tenk på de vakre glassmaleriene av Chagall, det er til å bli frisk av. Det blir kjøpt inn utrolig mye dårlig kunst. Kunsten bør oppdateres, ikke bare gamle reproduksjoner av 100 år gamle bilder. Enhver pasient burde ha krav på utsyn til himmelen og naturen, kunne følge med årstidene og været. Det tror jeg fremmer helsen. Det finnes mange tekniske løsninger for hvordan man kan stimulere pasientene, slik at de slipper å ligge og se opp i et hvitt tak. Helse er jo liv, altså er estetikk liv. Akkurat som for maleren så er det lyset. Når sykdommen kommer, så blir helsen inneklemt, men verden skal da være liten, ikke for mye stimuleringer. Etter hvert som pasienten blir friskere så betyr miljøet mer og mer. Lys, luft, friskt, kaldt vann, renhet, nøytrale og rolige farver. Ønskene svinger med aldersdimensjonen. Det kan bli kulturkollisjon. Trygghet, og en grad av intimitet. Det kan virke galt å ha forstyrrende ting, gamle sykepleiere lærte at gardinen skal henge rett. Sensitiviteten øker med lidelse. Estetikk er at det er ordentlig, rimelig rent. Nærhet og avstand slik at man ikke blir invadert. Tilgang til musikk, humor. Det er på en måte i det hverdagslige estetikken viser seg. Hvis man skal kjøpe kunst til et sykehus, da skal man kjøpe det beste. Aldersdimensjonen er av betydning for ønsker innen estetikk i omgivelsene. Det kan bli en kulturkollisjon, yngre mennesker og eldre, kan ha forskjellig behov. Estetikk er ordentlighet, estetikk var mer inkludert i undervisning og oppdragelse tidligere.

Estetikk og menneskets sjel og ånd fra et generelt filosofisk perspektiv

Ånd og sjel er ikke empiriske, ostensive størrelser som kan lokaliseres eller identifiseres, men er likevel noe man forholder seg til. Kanskje kan vi si at det er *selve mennesket*? Noen filosofer¹³¹ hevder at menneskets ånd er delaktig i eller gjenspeiler en 'verdensånd'. Menneskets psyke, dets sjel, dets intellekt, hele mennesket slik det viser seg, som en enhet, er i stadig endring, innenfra ved vekst og fornyelse, ved forbrenning og forfall. Det foregår en kontinuerlig utvikling og energiaktivitet. Utenfra påvirkes denne endring ved fortløpende innflytelse fra miljøet, naturens egen syklus og vekst, en kan kalle det 'altets' metabolisme og utvikling. I denne helhet er estetikk et område som fører til endring i mennesket. Jeg refererer filosofen Heraklit¹³² som tillegges utsagnet: "Du kan ikke stige ned i den samme elv, med den samme legg, to ganger". Med det kan forstås at hele mennesket er i en endringsprosess hele livet, det påvirkes og preges kontinuerlig av sine omgivelser. Det søker hele tiden 'næring' for sine behov, også de estetiske. Storheim sier:

"Ideen om menneskets sjel som en enhetlig substans har først og fremst den funksjon å vise mennesket med sin metafysiske lengsel *muligheten* av en annen virkelighet enn den som fremtrer som en kombinasjon av sanseinntrykk og sanselighets- og forstandsformer" (Storheim, 1980, s. 21).

Aristoteles sier at "sjelen er den første virkelighet ved et naturlig legeme som har liv som mulighet for liv" (Stigen, 1968, s. 64). "Sjelen er først og fremst det vi lever, tenker og sanser i kraft av [...], legemet er ikke en sjels virkelighet, men sjelen er et bestemt legemes virkelighet" (ibid., s. 70). At mennesket har en sjel er egentlig et postulat, kanskje et ontologisk postulat, men sjelens ontologi er, som det fremgår, mangefasettert. Sjelens udødelighet og viljens frihet kan sees som nødvendige postulater for å kunne hevde menneskets verdighet.

Den estetikk som registreres i omgivelsene reageres det på, bevisst og/eller ubevisst. Som Helen Keller sa: "De beste og vakreste ting i verden kan ikke sees, ikke engang berøres. De må kjennes med hjertet" (fra Moore, 1998, sitater). En kan vel også si – med sjelen. Dette utsagn om at de beste og vakreste ting i verden kjennes med hjertet/sjelen, kan uavhengig av ord og begrep, ut fra min forståelse og tolkning, være i overensstemmelse med det Kant kaller en ren estetisk dom. (jfr. kapittel 7). Alle menneskets sanser er i aktivitet, og så lenge mennesket lever vil sansene påvirkes. Bevisst eller ubevisst, direkte og indirekte fanger menneskets sjel signalene som sendes. Sjelen berøres og berører, og en følelse av lyst eller ulyst vekkes. Kant kaller det sjelsevnenes (innbildingskraftens og forstandens) livlige spill, idet de opplives gjennom gjensidig samstemthet (Kant, 1790, § 9). I avhandlingen har dette betydning i forhold til antagelsen at det er menneskets sjel som påvirkes av estetikken i vården, at det virker inn på hele mennesket, selv uten å begrepsfestes. Menneskets ånd forholder seg og reflekterer bevisst til omgivelsene, og derved også til estetikken som påvirker både åndelig og sjelelig. I filosofisk sammenheng refereres Kierkegaard (1843, s. 127), angående hva ånd er: "Mennesket er Aand. Men hvad er Aand? Aand er selvet. Men hvad er Selvet? Selvet er et Forhold, der forholder sig til sig selv, eller er det i Forholdet, at Forholdet forholder sig til sig selv". Det kan tolkes til at Kierkegaard anser bevisstheten som det værende, selvet, bevisstheten som kan reflektere over seg selv, nærmest i overensstemmelse med Descartes (1596-1650): "Cogito, ergo sum" (1641)¹³³. Jeg tenker, altså *er* jeg og Kierkegaard: Jeg/mennesket *er* ånd som kan forholde seg til seg selv.

¹³¹Plotin fra *Enneadene* – de individuelle sjelene inngår i verdenssjelen. Også Panteistene, på forskjellige måter, Spinoza, Hegel m. Flere. (fra Marc-Wogau, 1969).

¹³² Heraklit filosof fra Milet, ca. 3 – 4 årh. f. Kr. (fra Marc-Wogau, 1969).

¹³³ Dette er en popularisering fra Descartes 1. meditasjon. Den er ikke i overensstemmelse med teksten i meditasjonene.

”På sykehuset var det estetisk heslig. Man blir deprimert og må lukke øynene”. Sitat fra en informant.

Forskningens hensikt er å utvikle ansatser til en teori for hvordan det estetiske miljø i norske somatiske sykehus kan ivaretas og forbedres. Mennesket har behov for både estetiske opplevelser og for å frembringe estetiske verk. Estetikken er en viktig faktor i tilværelsen og ikke minst hvis man er pasient.

Avhandlingen består av fem delstudier. Den første delstudien er en teoretisk analyse av vårdvitenskapelig og filosofisk litteratur. Her utvikles det en dypere forståelse for estetikken betydning for helse og velvære, for den estetiske erkjennelse, og for det estetiske behov. Delstudie to er en analyse av handlingsplaner fra de norske somatiske sykehus, for å finne ut i hvilken grad det er nedfelt retningslinjer angående ivaretagelse av estetikken i miljøet. Delstudie tre og fire viser resultatene fra en spørreundersøkelse, hvor pasienter og sykepleiere vurderer estetikken på sykehusene. Delstudie fem omhandler kvalitative forskningsintervju av seksten eksperter, deres vurdering av estetikken på de sykehus hvor de har vært pasienter eller har annen tilknytning. Forskningen konkluderer med at:

1. Den estetiske dimensjon fremmer menneskets holistiske vorden og er en kilde til helse.
2. Estetikk er en etisk forpliktelse i vården og i vårdvitenskapen.

Åbo Akademis förlag
ISBN 951-765-208-9

