



## **Kvite frakkar og kvite rom**

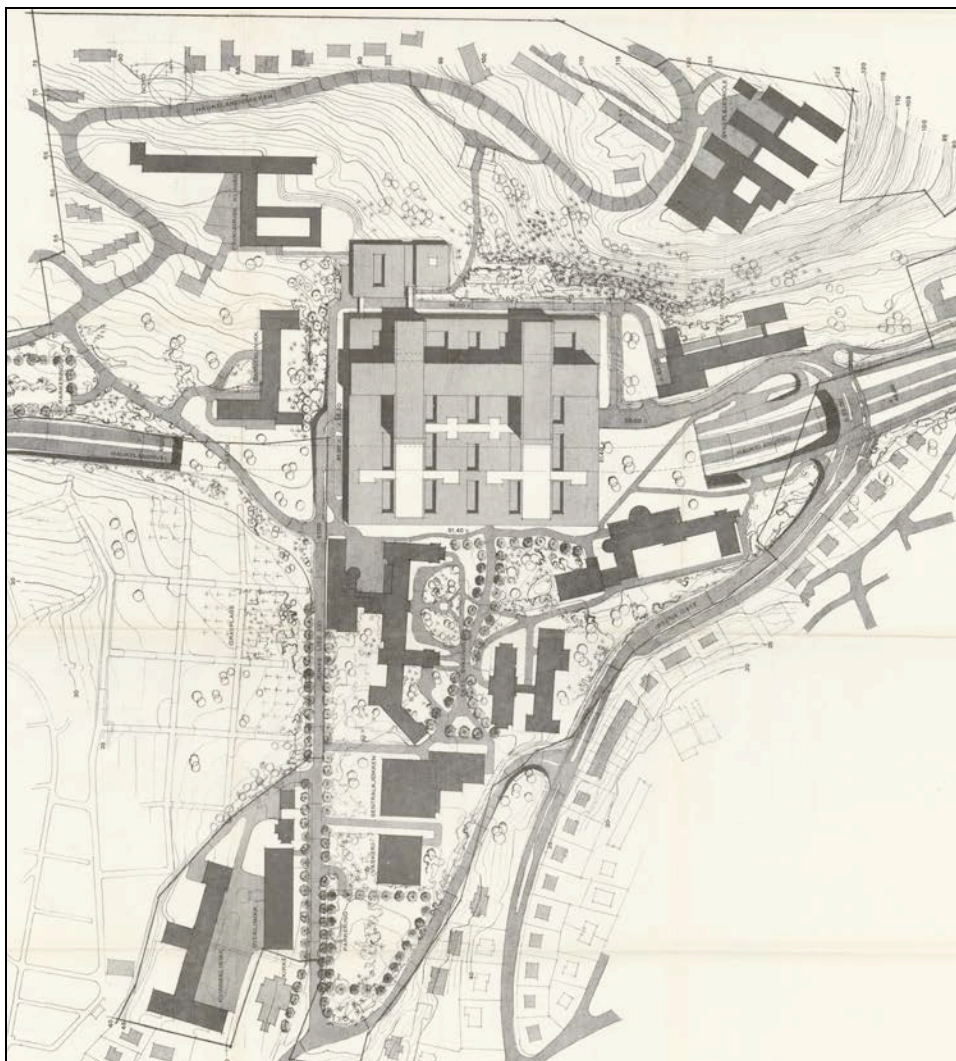
Eit kvalitativt studie av kreftpasientar sine erfaringar av natur og arkitektur i sjukehusmiljø



## **Ingunn Eikeland**

Masteroppgåve  
Masterprogram i helsefag  
Studieretning for sykepleievitenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

Vår 2012



Topografien, Sentralbokka sett i fugleperspektiv. Illustrasjon frå 1968.  
BBA-2050.03a Haukeland sykehus. Byggerådet.

*Eit snikkararbeid i ord tileigna pappa*

## **Forord**

---

For det fyste vil eg takka avdelingane på Haukeland Universitetssjukehus som har hjelpt til med å finne informantar til prosjektet. Takk også til Haukeland Universitetssjukehus for å koma meg i møte i samband med prosjektet. Takk til både prosjektkontoret, teknisk avdeling, kommunikasjons-avdeling og prosjektleiar for Parkbygget, for hjelp og svar på ulike spørsmål.

Så vil eg takka veileidar Eva Gjengedal for deltaking, hjelp og råd underveis i prosessen. Takk også til medstudentane mine ved Seksjon for Sjukepleievitskap for samtalar, oppmuntring og støtte underveis i prosjektet.

Og ein særleg takk til familien min, som har hjelpt meg på mange måtar underveis i prosessen. Takk for barnepass, husrom og mat. Tusen takk til Ingeborg, Sigve og Arne som har halde ut med meg i lang tid, i ein til tider både vanskeleg og inspirerande skrive og læringsprosess.

## Innhald

---

|  |             |
|--|-------------|
| <b>FORORD</b> .....  | <b>IV</b>   |
| <b>INNHALD</b> .....   | <b>V</b>    |
| <b>SAMANDRAG</b> .....   | <b>VIII</b> |
| <b>1 INNLEIING OG BAKGRUNN</b> .....   | <b>1</b>    |
| 1.1 NOKRE MOMENT I KRING TEMATIKKEN .....  | 3           |
| 1.2 TREKK AV INSTITUSJONS- OG ARKITEKTURHISTORIE.....  | 4           |
| 1.3. PERIODEN FRAM MOT EIT NYBYGG .....  | 6           |
| 1.4 RIKSHOSPITALET (2000), ST. OLAVS HOSPITAL (2001- 2014), A-HUS (2008) OG NYE ØSTFOLD SYKEHUS (2011-2014), HUMANISME ELLER ØKONOMISK RASJONALITET? ..... | 8           |
| <b>2 PRESENTASJON AV SJUKEHUSET</b> .....  | <b>10</b>   |
| 2.1. BERGEN KOMMUNALE SYKEHUS (1754), STARTEN PÅ DEN MODERNE SJUKEHUSVESENET I NOREG .....   | 10          |
| 2.2 PAVILJONGSJUKEHUSET PÅ HAUKELAND.....  | 12          |
| 2.3. OM SENTRALBLOKKA .....  | 12          |
| 2.3.1. <i>Strukturen som ein heilskap</i> .....  | 12          |
| 2.3.2 <i>Om fasade, vindauge og takterrassen</i> .....   | 14          |
| 2.3.3 <i>Om eit kyrkjerom og om fargar</i> .....   | 15          |
| 2.3.4 <i>Basisblokka</i> .....   | 17          |
| 2.3.5 <i>Sengekorsa</i> .....  | 18          |
| 2.4 OM PARKBYGGET .....  | 19          |
| <b>3 TEORI</b> .....   | <b>20</b>   |
| 3.1 KVA ER ARKITEKTUR? .....   | 21          |
| 3.2 TO FASAR I ARKITEKTURHISTORIA .....  | 22          |
| 3.2.1 <i>Den tredje revolusjon, sjukehus for massane</i> .....   | 22          |
| 3.2.2 <i>Den fjerde revolusjon; å istandsetje pasienten</i> .....  | 24          |
| 3.2.3 <i>Å gje sjukehuset tilbake til folket</i> .....   | 25          |
| 3.3 NORBERG-SCHULTZ SIN TEORI OM STADEN .....  | 25          |
| 3.4 TEMATISERINGAR .....   | 28          |
| 3.4.1 <i>Sengepostområdet</i> .....  | 29          |
| 3.4.2 <i>Om hageanlegg</i> .....   | 30          |
| 3.4.3 <i>Om lys</i> .....  | 32          |
| 3.4.4 <i>Arkitektkonkurransen i 1960, høghuset og den monumentale sjukehusarkitekturen</i> .....   | 33          |
| 3.4.5 <i>Om funksjonsanalysen</i> .....  | 35          |
| 3.4.6 <i>Betongmarkiser, betongaltanar og høghuset lagt til alle fire verdshjørne</i> .....  | 38          |
| 3.4.7 <i>Om Hvidovre, eit lågtliggjande anlegg</i> .....   | 39          |
| 3.5 ARKITEKTUR SOM FORM- EI TILNÆRMING .....   | 40          |
| 3.5.1 <i>Form som eit kunstuttrykk</i> .....   | 40          |
| 3.5.2 <i>Form som funksjon</i> .....   | 42          |
| 3.5.3 <i>Form som eit organiseringsprinsipp</i> .....  | 42          |
| 3.5.4 <i>Form som dialog med landskapet rundt</i> .....  | 43          |
| 3.5.5 <i>Sjukehuset som institusjon, ein levande organisme</i> .....   | 44          |
| 3.6 TIDLEGARE FORSKING .....   | 45          |
| 3.6.1 <i>Om kunnskapstilfanget</i> .....   | 46          |
| 3.6.2 <i>Fem studiar om kreftpasientar</i> .....   | 47          |
| 3.6.3 <i>Natur som lækjande eller som ein helseeffekt</i> .....  | 47          |
| 3.6.4 <i>Studier av pasientbehov, av det fysiske innemiljøet i sjukehus</i> .....  | 50          |
| 3.6.5 <i>Om estetikk og biletkunst</i> .....   | 51          |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.6.6 Oppsummering .....  | 51        |
| 3.7 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....  | 52        |
| 3.7.1 Ut frå denne hensikta er følgjande problemstilling formulert .....                          | 52        |
| <b>4 METODOLOGI OG METODE.....</b>  | <b>52</b> |
| 4.1 HERMENEUTISK FENOMENOLOGISK TRADISJON .....   | 52        |
| 4.2 KVALITATIVE FORSKINGSINTERVJU .....   | 54        |
| 4.3 PRESENTASJON AV FORSKINGSFELTET .....   | 55        |
| 4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUA .....  | 57        |
| 4.4.1 Adgang og førebuing .....   | 57        |
| 4.4.2 Utval .....   | 58        |
| 4.4.3 Datainnsamling .....  | 59        |
| 4.4.4 Analyse av datamaterialet .....   | 59        |
| 4.4.5 Ethiske og kvalitetsmessige overveingar .....   | 60        |
| 4.4.6 Validering .....  | 61        |
| <b>5 FORSKINGSFUNN .....</b>  | <b>62</b> |
| 5.1 DET PRIMÆRE ER Å BLI FRISK IGJEN .....  | 62        |
| 5.1.1 Behandling er viktigare enn form, sentralblokk er grei nok .....                            | 62        |
| 5.1.2 Sjukehuset er ein mellomstasjon .....   | 64        |
| 5.1.3 Ufrivillig innetid, isolasjon som ein del av kreftbehandlinga .....                         | 64        |
| 5.1.4 Rom og romforhold betyr lite når ein svært dårlig, men likevel litt av og til .....         | 65        |
| 5.2 Å FÅ VERN OG EIT PRIVATLIV I EINMANNSRUM .....  | 66        |
| 5.2.1 Einerom som luksus .....  | 66        |
| 5.2.2 Einmannsrom er å ha privatliv og ein mykje større fridom .....                              | 67        |
| 5.2.3 Firemannsrom, ei avprivatisert sone og eit ikkje-rom .....                                  | 68        |
| 5.3. UTSIKT GJEV TRIVSEL, OG HINDRAR EI INNESTENGT KJENSLE .....                                  | 70        |
| 5.3.1 "Skitne" vindauge skapar reaksjonar og gjev mørkare rom .....                               | 70        |
| 5.3.2 Betongmarkiser og austvendte rom, graden av utsikt og lys gjev gode eller dårlige rom ..... | 71        |
| 5.3.3 Utsikt er å kome nær nok .....  | 74        |
| 5.3.4 Utsikt til aktivitet og til veret er både viktig og uviktig .....                           | 75        |
| 5.4 STIMULERING ER EI MANGELVARE NÅR VEGGANE ER KVITE OG BILETE ER FRÅVERANDE .....               | 75        |
| 5.4.1 Kvite rom gjev eit sterilt inntrykk .....   | 75        |
| 5.4.2 Bilete er middel til å oppleve .....  | 77        |
| 5.5 FYSISKE FORM ER VENLEG ELLER UVENLEG ARKITEKTUR .....   | 79        |
| 5.5.1 Venleg arkitektur, møteplassane er kvaliteten i kvardagen .....                             | 79        |
| 5.5.2 Uvenleg arkitektur, hovedinngangen er ein parkeringsplass .....                             | 80        |
| 5.5.3 Sentralblokk, det firkanta og grå bygget .....  | 81        |
| 5.5.4 Parkbygget, det høge og smale bygget .....  | 83        |
| 5.5.5 Luft er også viktig .....   | 84        |
| 5.5.6 Manglande reinleik i rommet får deg til å føla deg sjukare .....                            | 84        |
| 5.5.7 Det vakre er ikkje sjukehuset som fysisk form .....   | 85        |
| 5.6. NATUREN ER MOTVEKT TIL ISOLASJONEN INNE .....  | 85        |
| 5.6.1 Parken som mosjon, trivsel, avslapping og ro .....  | 85        |
| 5.6.2 Naturen er både tilgjengeleg og utilgjengeleg .....   | 87        |
| 5.6.3 Parken og dei gamle bygga i hagen høyrer saman .....  | 88        |
| 5.7 OPPSUMMERING .....  | 88        |
| <b>6 DRØFTING .....</b>   | <b>89</b> |
| 6.1 UTSIKT GJEV TRIVSEL OG HINDRAR EI INNESTENGT KJENSLE .....                                    | 90        |
| 6.1.1 Om utsikt og vindauge .....   | 90        |
| 6.1.2 Om austleg plasserte rom .....  | 91        |
| 6.1.3 Om lys og utsikt .....  | 93        |
| 6.1.4 Utsikt er å kome nær nok .....  | 94        |
| 6.2 NATUREN ER MOTVEKT TIL ISOLASJONEN INNE .....   | 96        |
| 6.2.1 Natur som helsegevinst, og som eit lækjande miljø .....                                     | 97        |
| 6.3 FYSISK FORM ER VENLEG ELLER UVENLEG ARKITEKTUR .....  | 98        |

|   |            |
|---|------------|
| 6.3.1 Om storleik og landskapsinnpassning .....   | 99         |
| 6.3.2 Sentralblokk, Parkbygget og Gamle Hovedbygg som form, verkskvalitet og estetikk ..... | 101        |
| 6.3.3 Om venleg eller uvenleg arkitektur .....  | 103        |
| 6.4 Å FÅ VERN OG EIT PRIVATLIV I EINMANNSRUM .....  | 105        |
| 6.5 STIMULERING ER EI MANGELVARE NÅR VEGGANE ER KVITE OG BILETE ER FRÅVERANDE .....         | 107        |
| 6.5.1 Kvitfarge er kjedeleg og sterilt .....  | 107        |
| 6.5.2 Bilete - eit middel til å oppleve .....   | 108        |
| 6.5.3 Om stimulering .....  | 108        |
| 6.6 DET PRIMÆRE ER Å BLI FRISK.....   | 109        |
| 6.7 KONKLUSJON .....  | 110        |
| 6.8 METODISKE STYRKER OG SVAKHEITER .....   | 112        |
| <b>7 AVSLUTNING .....</b>   | <b>114</b> |
| 7.1 KLINISKE IMPLIKASJONAR .....  | 114        |
| 7.2 FORSLAG TIL FRAMTIDIG FORSKING .....  | 115        |
| <b>LITTERATUR.....</b>  | <b>117</b> |
| <b>VEDLEGG .....</b>  | <b>122</b> |
| I - KONKURRANSEUTKASTA TIL HAUKELAND SYKEHUS, 1960 .....                                    | 122        |
| II - NSD GODKJENNING.....   | 125        |
| III - NSD GODKJENNING 2.....  | 126        |
| IV - SAMTYKKESKJEMA.....  | 127        |
| V - INTERVJUGUIDE .....   | 129        |
| VI - BILETMATERIALE .....   | 130        |

## **SAMANDRAG**

---

*Bakgrunn:* To bygg i Helse Bergen HF, Sentralblokka (1983) og Parkbygget (2008) gir konteksten i studiet. Sentralblokka står for ein arkitektur som sikrar rasjonelle driftsøkonomiske hensyn, der funksjonsanalyser blei brukt. Romma blei laga for arbeidet som skulle finne stad i desse. Parkbygget står for ein pasientfokusert arkitektur, der pasientbehova var styrande for formprinsippa og der romma skal understøtte pasientbehov.

*Målet med studiet* er å auka kunnskapen om kva som ligg av pasientomsorg i omgrepa natur og arkitektur i eit sjukehusmiljø. Studiet er og eit bidrag inn i ein større debatt om kva prinsipp som bør vere styrande for formprinsippa i eit sjukehusmiljø.

*Materiale og metode:* Åtte kreftpasientar i alderen 34-67 år deltok i eit djupneintervju. Alle blei intervjuja på sjukehuset. Intervjua blei analysert ved hjelp av Max Van Manen sin fenomenologisk-hermeneutiske metode. Teoritilfanget bestod blant anna av historiske tekstar og Norberg-Schultz sin arkitekturteori.

*Kunnskapsbidrag:* Studien gav ei større forståing for kva utsikt, lys, form, farge, bilete og natur kan tilby av pasientomsorg i sjukehus. Studiet gjev både ein variasjon og viser fellestrekk ved pasienterfaringane. Mørke rom, og rom med liten utsiktskvalitet, får negativ omtale. Tomteforhold og arkitektavgjersler langt tilbake i tid påverkar pasientane og idag. Parkbygget har ”nær-nok” kvalitetar til natur, men blir oppfatta som sterilt fargemessig. Materialet viste også at behandlingfunksjonen sjukehuset har, er overordna fysisk form.

*Nøkkelord:* Natur, humanisme, utsikt, lys, stimulering, pasientrommet, mørke, funksjonsanalyser, landskapsinnpassing, kunst, sengeposten



## 1 Innleiing og bakgrunn

---

Prosjektet har som mål å få kunnskap om kva pasientomsorg det er som ligg i erfaringa av arkitektur og natur for kreftpasientar som er innlagde i sjukehus. Erfaringane deira av å vere pasient i Sentralblokka og i Parkbygget ved Haukeland Universitetssykehus er undersøkt med kvalitativ metodikk. Fokuset er på pasientperspektivet i undersøkinga. Den kvalitative undersøkinga er gjort med bakgrunn i eit historisk og eit tematisk perspektiv på kva sjukehusarkitektur er. Dette dannar bakgrunnen for å vise kva som er, og kva som bør vere styrande for form i ein sjukehussetting. Denne tematikken fortset så i det kvalitative prosjektet, der informantane med å fortelje om erfaringa rundt arkitektur og natur, også svarar på spørsmålet om kva som skal vere styrande for form i eit pasientperspektiv. Max Van Manen sin fenomenologiske og hermeneutiske metode er brukt for å analysere forskingsmaterialet.

I 2009 fekk 27 520 menneske kreft i Noreg. Blant desse var 54% menn og 46 % kvinner. Dei vanlegaste krefttypene er prostata, brystkreft, tjukkarm og lungekreft. Desse krefttypene står for omtrent halvparten av krefttilfella i Noreg. I slutten av 2009 var nær 200 000 nordmenn i live etter å ha fått minst ein kreftdiagnose.<sup>1</sup>

Ser ein på dagens sjukehusvesen, går utviklinga mot stadig kortare pasientopphald på sjukehus. Det er auke i poliklinisk verksemd og akutt verksemd, i tillegg til reduksjonen i talet på liggjedøgn per pasient.<sup>2</sup> I 1990 var gjennomsnittleg liggjetid på sjukehus 7,2 dagar mens det i 2004 var på 5,2.<sup>3</sup> Fokuset på dagbehandling og dagkirurgi er og ein aukande tendens i norsk sjukehusvesen. Kortare liggetid kan bidra til at fokuset på patofysiologi og medisinsk behandling blir ytterlegare skjerpa. Det kan og bidra til at det blir eit mindre fokus på dei fysiske forholda ved eit sjukehusbygg. Som regionssjukehus dekkjer sjukehuset behova til eit innbyggartal på over ein millon menneske per 1. april 2009.

Sentralblokka blir prioritert som eit fokuseringspunkt i innleiings og teoridelen, fordi det er eit av dei største sjukehusbygga i Noreg, der ein stor del av den kliniske

---

<sup>1</sup> Rapporten "Cancer in Norway 2009", utgjeve av Kreftregisteret.

<sup>2</sup> I følge Store Norske Leksikon (2006, bind 14, s. 97) har talet på polikliniske konsultasjonar auka med over 25 % over ein ti-års periode fram til 2003. Talet på innlagde pasientar har auka tilsvarande med 25 %. Samtidig er den gjennomsnittlege liggjetida på sjukehus tydeleg redusert.

<sup>3</sup> I 1980 var det ved somatiske sjukehus i Noreg totalt over 22 000 sengeplassar, mens det i 2005 var på rundt 17 000. Andre europeiske land har den same utviklingstrenda som i Noreg (Store Norske Leksikon, 2006, bind 14, s. 97).

verksemda i Helse Bergen HF<sup>4</sup>, finn stad. Parkbygget i Helse Bergen får mindre merksemd her. I det kvalitative forskingsprosjektet er derimot bygga vekta likt.

I innleiinga vil eg gjera greie for dei bygga som er i fokus for dette arbeidet. Her vil ein og ta opp den historiske utviklinga av sjukehusarkitekturen, samt problematisere nemninga pasientfokusert arkitektur i nye sjukehusbygg i Noreg i dag. I teoridelen vil ein så ta opp ulike sider ved sjukehusarkitektur som form. Her blir Norberg-Schultz brukt som teoritilfang. Deretter blir aktuelle forskingsprosjekter omtalt. I forskingsprosjektet har ein vektlagt å gje ”tjukke” skildringar av opplevingane og erfaringane til kreftpasientar. Avslutningsvis blir teori og pasienterfaringar drøfta saman.

Framstillinga under handlar om ein relativ kort tidsperiode nær oss i tid, i eit tidspenn på 50 år, frå 1960 talet og fram til 2011. Historiske tilbakeblikk kan lære oss noko om tida vi sjølv lever i, men kan også vise oss ”ting” som vi har ”gløymt” underveis. Sjølv om perioden som blir undersøkt er relativ kort, representerer den likevel spenningar og forskjellar i tankesett og ideologi arkitektonisk. Sjukehusarkitektur er av Verberder (1986) skildra berre som ein ”container for teknologi.” Kva ligg i tematikken arkitektur og natur?

Sentralblokka vart oppført frå 1972 til 1983 av det danske arkitektfirmaet Krohn& Hartvig Rasmussen, men med Gunnar Krohn som utførande arkitekt. Parkbygget er eit mindre bygg som blei oppført frå 2005-2008, med Rambøll som arkitektfirma og Ingse Andersen som utførande arkitekt.

I perioden Sentralblokka vart bygd, vart bygga representantar både for velferdsstaten, og for ein sosial rettferdstankegong på den eine sida, og for ein ny æra av vitskapleg framgang på den andre sida (Wagenaar, 2006). Bygget blir eit arkitektonisk uttrykk for å lage ein fleksibel struktur, tilpassa medisinsk teknologiske endringar og medisinsk utvikling. Utrykket blir ein ”tårn og kake modell” med ein eller to etasjars lågtliggjande anlegg for behandling og poliklinikk tenester, og så sengepostane som eit tårn oppå denne igjen. Her er det den medisinske logikken, ilag med tankar om effektivitet og ei rasjonell drift, med ei høg grad av spesialisering og sentralisering av funksjonar styrande for det arkitektoniske uttrykket. Perioden uttrykker også tida då pasienten forsvinn heilt, og blir berre ein medisinsk diagnose. Brekke (1992) karakteriserer

---

<sup>4</sup> Haukeland Sykehus skifta navn til Haukeland Universitetssjukehus i 1946, og namnet blei så i 2002, med innføringa av dei regionale helseforetaka bytta ut med Helse Bergen HF. Namnet Helse Bergen HF deler dei med 10 andre institusjonar som også ligg under same styre. Haukeland Universitetssykehus er pr. dags dato ikkje eksisterande. Styret i Helse Bergen HF ynskjer no å byta tilbake igjen til Haukeland Universitetssykehus HF (BT 27/ 8-11).

Sentralblokka som teknologisk funksjonalisme, til forskjell frå ein humanistisk orientert funksjonalisme. Her vil ein imidlertid argumentere for at Sentralblokka sin arkitektoniske karakter ligg i eit funksjonsorientert prinsipp. Sentralblokka er skildra som "eit så komplisert bygg."<sup>5</sup> Når form møter eit slikt komplisert bygg, kva blei resultatet? Blir kunstdimensjonen ein del av tenkinga rundt arkitektur i eit slikt kompliserte bygg?

Parkbygget frå 2008 ber i seg eit arkitektonisk ynskje om å prioritere pasientperspektivet, i den utforminga det har fått. Dette viser seg ved at dei fleste av romma har utsikt mot natur. Begge sengene på tomannsromma har vindaugsutsikt. Det er også lagt vekt på å skape gode fellesareal. Ingse Andersen seier og at eit hovudtema i formgjevinga av huset var ein fokusering på å få dagslys inn til alle delane av bygget.

Dilani (1997) hevdar at ein sjukepleiefilosofi som vektlegg eit pasientperspektiv, må fokusere på dei fysiske omgjevnadene. Han meiner at korleis ein pasient erfarer til dømes lys, natur, kunst eller farge påverkar i kva grad han kan kjenne seg vel. Han hevdar også at det fysiske miljøet spelar inn på og påverkar kommunikasjonen, og handlingane mellom pleiar og pasient, særleg på ein sengepost. Ein kan også hevde at sengepostområdet er eit svært viktig pasientområdet i sjukehuset, utifrå dei rammene som dette er for pasienten når han er inneliggjande i sjukehus. I oppgåva har ein også lagt vekt på å presentere sengepostområdet som stad og form, utan dermed å gjere dette til eit hovudfokus i oppgåva. Eg er sjukepleiar, og arbeider til vanleg på ein sengepost, slik at dette er eit viktig område utifrå mitt perspektiv. Dette temaområdet vil bli nærare undersøkt i innleiing og teoridelen. Hovudfokuset i oppgåva er likevel å sjå på sjukehusarkitektur, på eit overordna plan der sengeposten blir ein del av denne.

Peter Heimann, overlege på kirurgisk avdeling på Haukeland sykehus skreiv ein lengre artikkel i Tidsskrift for Den Norske lægeforening i 1975 om utbygginga av Sentralblokka. Han avsluttar artikkelen slik: "Personlig arbeider jeg ut fra overbevisningen om at dette kommer til å bli et meget godt og effektivt sykehus, uten luksus, men med en standard som garanterer effektiv utnyttelse samt trivsel." (Heimann, 1975, s. 1285).

### 1.1 Nokre moment ikring tematikken

---

Når det gjeld bruken av historiske kjelder frå Bergen Byarkiv og bruken av dette i framstillinga av Sentralblokka i innleiinga og i teoridelen, er dette gjort med få trekk av

---

<sup>5</sup> Bergen Byarkiv, 2050/3a, EØ 13. Sak s. Nr.112/69, Første etappe av hovedutbygningen-4B- forslag til oppnevning av faglig representasjon, brukerutvalg.

kritisk tolking, etter historiefeltet sine retningslinjer (Kjenstadli, 1997). Bidraget blir difor berre eit perspektiv med eit blikk frå 2011 på ein periode i Haukeland sykehus si historie.

Det kan til tider vere vanskeleg å skilje bygget frå den verksemda som held til inni bygget. Det har vore eit problemområde i oppgåveskrivinga, å velje ut kva ein skal ta med av institusjonshistorie, samtidig som fokuset er på arkitektur. Bygg og verksemd er tett knytt saman. I innleiinga, vil ein difor starte med nokre punkter som omhandlar både institusjonshistorie og arkitekturhistorie side om side. Dette for å få fram nokre markante trekk i utviklinga, både institusjons og arkitektonisk. Til slutt her omtalar ein perioden fram til byggestart for Sentralblokka i 1972.

Når vektlegginga er lagt på utviklinga av det moderne sjukehuset slik det utvikla seg i Bergen, er det etter ein tankegong om at det kan framstillast som eit eksempel, som også kan sjåast inn i ein større internasjonal samanheng, og konkretisere denne. Dette gjeld både for bygga ved Bergen Kommunale sykehus på Engen (1754), Paviljongsjukehuset på Haukeland (1912) Sentralblokka (1983) og Parkbygget (2008). Under punktet for Sentralblokka vil ein ta opp strukturen, om fasade, vindauge og takterrassen. Eit punkt vil omhandle kyrkjerommet og fargebruken. Til slutt vil ein sjå på området for basisblokka og for sengekorsa.

Etterpå vil ein vektleggje enkelte trekk ved den internasjonale sjukehusarkitekturen etter hovudstrukturen slik Wagenaar (2006) set den fram, i tidsspennet frå rundt 1930 og fram til i dag.

## 1.2 Trekk av institusjons- og arkitekturhistorie

I Noreg på 1800-talet var det somatiske sjukehuset i periferien av interessefeltet til medisinfaget og den nasjonale helseadministrasjonen. Som eit døme på dette seier Carstens (2006, s. 86) at sjukehusvesenet knapt blei diskutert på dei nasjonale legemøta ved Den Norske Lægeforening frå starten i 1886 og fram til 1905. Sjukehusvesenet hadde ein perifer rolle i helseomsorga heilt fram til rundt 1930 talet i Noreg (Sollied, 1931).

I 1889 hadde landet 49 faste sjukehus.<sup>6</sup> Sengetalet var og fordobla på tjue år, der veksten i sjukehusbygg kjem i løpet av ein trettiårs- periode (Seip, 1984, s.241). Før århundreskiftet var det amta som var den store sjukehusbyggjaren. I 1899 var det 29 amt-sjukehus i landet. I 1909 var talet imidlertid redusert til 17. I 1919 stod Staten som ansvarleg for Rikshospitalet, tre spedalskesjukehus, tre militærsjukehus, fire fiskehospitaler og fire tuberkulosesanatorier (Seip, 1984). Når vi så er komen til 1945 var det i Noreg 400 større eller mindre sjukehus (Carstens, 2006).

Når paviljongsjukehusa vart bygd, var sjukehusa enno ein sosial institusjon for fattige, gamle og for sjuke, heller enn for alle lag i samfunnet. I paviljongfasen, men og tidlegare var sjukehus viktige offentlege bygg med ein representasjonsrolle (Wagenaar, 2006, s. 29).

Ved starten på det moderne sjukehusvesenet i Noreg, viser Carstens (2006) at *Trondheims Borgerlige Sygehus*, oppført i 1805, var bygd over ein midtkammersplan. Huset hadde same grunnplan som byborgarane sine bustadhus i Trondheim frå rundt 1750. Sjukehuset hadde ein svalgang i andre etasje, som leda inn til kvart enkelt rom. Sjukehuset hadde såleis ikkje arkitektoniske trekk frå institusjonsarkitekturen, men frå ein lokal, stadeigen tradisjonell bustadarkitektur (Carstens, 2006).<sup>7</sup> Spedalskehospitalet på Reknes (1713), utanfor Molde, var også bygd i ein stadeigen, regional byggeskikk, i følgje Strand (1997), i Carstens (2006).

Det låg likevel til rette i sjukesalen som rom, eit forenkla disiplinerande og overvakande prinsipp. Florence Nightingale sin ”Nightingale ward” har vore i utstrakt bruk i blant



Noregs fyrste Rikshospital, med 100 sengeplasser, flytta i 1826 inn i Christiania militære hospital (oppført 1806-1807) på Hammersborg, i Empiriekvartalet i Oslo. Bygningen blei demontert i 1962, og seinare oppført på nytt på Grev Wedels plass 1 i Oslo. Bygningen var ein stor to-etasjes trebygning med L-form. Den låg vegg i vegg med regjeringsbygget. Bilete er tatt like før den blei demontert i 1962. Foto: Copyright Oslo Bymuseum.

<sup>6</sup> Provisoriske fiskesjukehus eller sinnsjukehus er ikkje talt med.

<sup>7</sup> Carstens, s. 204, 216-218

anna USA og England, heilt fram til rundt 1970- talet. Litt av prinsippet for sjukesalen, var at den skulle gjere disiplin og overvaking enkelt (Thompson & Golding, 1975). På Haukeland sykehus var sjukesalar med 16 personar den vanlege norma heilt fram til 1970- talet (Janssen, 2000).

Frå Bergen Kommunale sjukehus på Engen vart oppført, til Paviljongsjukehuset på Haukeland vart bygd skjedde det eit markant skifte i byggeskikk og i materialbruk, særleg i dei største byane i Noreg. Ein går i dette tidsrommet frå ein regional byggetradisjon med tre som byggemateriale, til ein internasjonal stil med mur som byggemateriale (Nordhagen, 1975). Murleigegårdar i tre til fire etasjar starta ein å oppføra i bysentrum i Bergen rundt 1880. Før dette hadde ein i nokre tiår gjeve fasaden ut mot gata ein murforblending (Ibid), slik også Bergen Kommunale sykehus fekk det. Haukeland Sykehus<sup>8</sup> blir så utforma i historismen sitt formspråk med visse detaljutformingar i jugendstil. Stilen er kjenneteikna av ein rik ornamentikk, der ein er inspirert av naturen sin leikne og organiske former (Janssen, 2001). *Når så Paviljongsjukehuset på Haukeland vart oppført, var det i ein internasjonal stil, med mur som byggemateriale. Det er også oppført i eit strengt symmetrisk formuttrykk, ulikt den regionale trehusarkitekturen i området.* I følgje Archen (1983) førte historismen til eit brot med tidlegare arkitekturpraksis. Tidlegare var stiloverleveringa automatisk overlevert, men med historismen sitt inntog fekk arkitektane heile spekteret av tidlegare stilepokar til sitt rådvelde. Ein trengde ikkje lenger å lage bygg i ”tidens smak”. *Ei regionvis formoverlevering blei no broten, slik også Nordhagen poengterer i avsnittet over.*

### 1.3. Perioden fram mot eit nybygg

Allereie i 1938 hadde Halfdan Følling teikna ein plan for ein utbygging av Haukeland Sykehus. Denne utbygginga vart av ulike grunnar aldri sett i gang. I 1946 fekk Haukeland sykehus status som Universitetsklinikk, som det andre sjukehuset i Noreg. I frå vedtaket om eit medisinsk fakultet kom i Stortinget i 1946, var det frå byrjinga av klart at ei omfattande utbygging måtte skje for å skapa ein fullverdig universitetsklinikk (Grønlie, 1995).<sup>9</sup>

Ein av grunnane til den lange “graviditeten” for nybygget, hadde med uavklarte forhold rundt eigarforma og organisasjonsforma til Haukeland Sjukehus å gjere. I 1956 ble det

---

<sup>8</sup> Vindaugo på anlegget på Haukeland sykehus er karakteristiske jugendvindaug. Dei følgjer skjemaet for jugendvindaug, med ei firedeling av kvart vindaug, i tillegg til eit smårutete parti øverst (Janssen, 2000).

<sup>9</sup> Grønlie, 1985, .s. s. 793.

inngått ein avtale mellom Staten, Bergen Kommune og Hordaland Fylke som i fellesskap etablerte eit frittstående interessentskap som eigde sjukehuset i saman. Dei blei aldri seg imellom einige om detaljane rundt korleis driftsutgiftsfordelingane skulle vere. Utbygginga av sjukehuset starta då fylket overtok eigarskapet i 1972. Bergen Kommune hadde blitt innlemma i Hordaland fylke året før, og sjukehuslova kom i 1969. Lova gav ein einskapleg overbygning for det heile, samtidig som at staten fekk ansvaret for finansiering (Carstens, 2006, s.88). Fylket stod no ansvarleg for sjukehusa i Noreg.

På tross av at nybygget blei utsett, så kan perioden etter krigen likevel sjåast som ein samanhengande utbyggingsperiode for sjukehuset. Barneklubben vart bygd, Kvinneklubben og Lille epidemibygnings vart påbygd, Poliobygget (1952), Lungebygget (1957), Psykiatrisk klinikk(1967), Kjøkkenbygning(1966) og diverse personalbustader blei reist. Sjukepleieskule med internat (1970) og ein Barnepsykiatrisk eining (1977) vart også bygd i slutten av perioden. Diverse ombyggingar og påbyggingar skjedde og på Gamle Hovedbygning på 1970-talet for å imøtekome eit skrikande behov for plass, mens ein venta på at nybygget skulle reisa seg.

I perioden rundt 1960 var det ein stor mangel på sjukepleiarar, samtidig som lønskostnadane steig til  $\frac{3}{4}$  av driftsbudsjettet (Dilani, 1997, Martinsen, 1989). Driftsutgiftene til løn til personalet på sjukehus i Noreg, stod for rundt 40 % i 1946, mens det var auka til 60% i 1970 (Martinsen, 1989). Fokuset på korleis ein kunne halde driftsutgiftene nede, vart ein avgjerande faktor når ein planla sjukehus (Dilani, 1997). Sjukepleiarmangelen var knytt til fleire forhold, auka etterspurnaden etter denne typen arbeidskraft i sjukehusa, saman med kortare arbeidsdagar, og mange ikkje yrkesaktive sjukepleiarar, gjorde tilstanden permanent i 1960-åra (Martinsen, 1989).<sup>10</sup> For å kunne møte både sjukepleiemangelen, og redusere driftsutgiftene, fekk helsevesenet nye impulsar frå industrien. Enkelte gjeremål blei sentralisert og mekanisert. Nokre aktivitetar kunne også la seg standardisere og masseprodusere (Dilani, 1997). Transportband-tankegongen blei leiande for å bryta ned den enkelte arbeidsoperasjon i sine ulike oppgåver, der ein arbeidstakar berre utførte ein type arbeidsoppgåver (Ibid). Dilani (1997) seier at innan sjukehusarkitektur så var funksjonsanalysen styrande i byggeprosessen etter den andre verdskrigen. Arbeidet i sjukehusa skulle baserast på funksjon. Funksjon og måltilpassing blei også verktøyet for ei standardisering og ei rasjonalisering av byggeprosessen. Egner (2000) meiner at funksjonsanalyser og krav

---

<sup>10</sup> I 1964 var andelen av ikkje- yrkesaktive sjukepleiarar oppe i 50 % (Martinsen, 1989, s. 212).

om eit effektivt arealbruk var ein tankegong som sprang ut av funksjonalismen på 1930 talet. Han seier:

”Man tok avstand fra fortiden før 1930 og trodde at man visste hvordan det ideelle sykehus skulle være, og at dette var gyldig for all fremtid. Rom og korridorer ble dimensjonert etter tidens mål på sykehussenger (219x90 cm) og skreddersydd for den virksomheten som skulle finne sted i rommet” (s.235).

Kunstutsmykkings utvalet skildrar Sentralblokka til å vere meir eit samfunn, enn eit bygg:

Bygget er stort,- etter vår daglege målestokk så uvanlig stort at det må vurderast særskilt [...] 125 dekar golvflate [...] Allment kjenner folk sjukehuset som ein institusjon- ved sidan av andre samfunnsinstitusjonar. *Likevel, sentralblokka på Haukeland kan betre skildrast som eit samfunn, tilhøva i bygningskomplekset er byliknande* (Brekke, 1992 s. 71, mi kursivering).

Når det gjeld storleiken av oppgåva med å byggje Sentralblokka, skriv ordføraren i Bergen, Ole Myrvold blant anna dette i ei helsing i anledning Bergen Røde Kors Sykepleierskole sitt 75 års jubileum: ”samtidig med at den største helseoppgåve denne landsdelen noen gang har tatt på seg, er ved å løses - byggingen av det nye Haukeland sykehus” (Myrvold, 1975 s. 3).

Prislappen for det nye sjukehusbygget auka også, ettersom bygginga ikkje kom i gong. I 1951 hadde utbygginga med 920 senger vore kalkulert til 33 millionar, i 1970 med eit sengetal på rundt 720 var prislappen på ½ milliard. Sluttrekninga for utbygginga kom så på meir enn to milliardar kroner. Fyrst i 1983, vart “Norges største og mest kompliserte bygg innviet” (Grønlie, 1985, s. 798). Bygget tok elleve år å byggje, frå 1972 – 1983.

Allereie i 1966 kjem arkitektfirmaet med ein kalkyle over byggetida, der dei reknar med to år til sprengingsarbeidet, tre år på oppføringa av råhuset, og tre år på innreiing og montering av dei ulike avdelingane, i alt 8 år til saman.<sup>11</sup> Bygget var det største i Noreg når det blei oppført, og er enno i dag det største bygget i Hordaland.<sup>12</sup>

#### 1.4 Rikshospitalet(2000),<sup>13</sup> St. Olavs Hospital (2001- 2014), A-hus (2008) og Nye Østfold sykehus (2011-2014), humanisme eller økonomisk rasjonalitet?

Rikshospitalet er teikna av Medplan AS, og av arkitektane Svein H. Bergersen og Arvid Ottar. Sjukehuset kosta 5,7 milliardar norske kroner, hadde 520 senger, og ei grunnflate på 135 000 kvadratmeter (Ottar, 1997). Medplan AS vant arkitektkonkurransen om nye

<sup>11</sup> Bergen Byarkiv, 2050/3a, Eø 10, udbygging av Haukeland Sykehus, Skitseprosjekt for centralkomplekset utført på grunnlag af sumprogram af 1965, Krohn & Hartvig Rasmussen, s. 12.

<sup>12</sup> Samtale med Salar Salih, Teknisk Avdeling, Haukeland Universitetssykehus 24/10-2011

<sup>13</sup> Eit norsk dømme på revolusjon fire etter Wagenar (2006). Rikshositalet viser kiljet mellom pasientareal og fellesareal. Og ei oppdeling i horisontale flater heller enn i vertikalitet.



Rikshospital i 1991. Bygget har tekniske mellometasjar i kvar andre etasje i behandlingsområdet, med i alt 35 000 m<sup>2</sup> (Enger, 2000, s.241).

Rikshospitalet sine arkitektur følgjer tankegangen til grunnleggjaren av Medplan arkitekt Bo Castenfors. Han er arkitekten bak Norrköping sjukehus (1968-88) der paviljongsjukehuset igjen blir brukt som ein modell. Her erstatta låge bygg ein stor skala. Norrköping sjukehus blei modellen bak Rikshospitalet. Bo Castenfors stod for arkitektur som del av ein heilskapstankegong rundt pasienten. Han ville vekk frå karakteristikkar der menneska blir sett berre utifrå eit funksjonsperspektiv.

Menneskekroppen er meir enn ei maskin som treng reparasjon. Han seier:

The building should reflect our increased awareness of human beings as living creatures- not as machines which can be repaired. It is not medical technique but humanitarianism which shall define the architectural outlines. In health care, medical technique must exist as a servant and not as the master (Ottar, 1997, s. 128).

Bo Casterfors meinte at omgjevnadene burde få karakter gjennom å fokusera på detaljane Ottar (1997). Dette gjev fokus på form og farge, lys og skugge, utsikt frå pasientvindaugo, men og korleis bygget framtrer når ein ser det frå utsida.

Når det gjeld fargar, har Rikshospitalet brukte Goethe sin fargeskala i Nye Rikshospital. Omgjevnader laga av menneske, for menneske (Ottar, 1997, s. 128). A-hus og Nye Østfoldsykehus er tradisjonelt utforma etter ein modell liknande Rikshospitalet. Sengefløyene skyt ut som fingrar til den eine sida av bygget, mens behandlingssfunksjonen er lagt til bygget si motsette side. Både A- hus, St. Olavs Hospital og Nye Østfoldssykehus på Kalnes fastslår eit pasientfokus. Bygga har fått sin utforming som ein delvis vertikal, lågtliggjande struktur, basert på at bygget skal ha ein menneskeleg målestokk.

St. Olavs Hospital har på den andre sida ein struktur som skil seg ut i frå andre sjukehusbygg i Noreg. St. Olavs Hospital er eit døme på eit sjukehus som er ein del av ein urban struktur, som ein bydel i byen. Her er arkitekturprinsippet som det einaste i sitt slag i Noreg, kvartalsvise bygg rundt indre gardsrom.

Arkitektkonkurransen vart vunnen i 1997, der konseptet var oppdeling i kvartalsvise senter, som "passe store hus". Ragnhild Akselsen, sjefsarkitekt ved St. Olavs Hospital seier at dei andre innkomne bidraga, hadde logikken sin frå sjukehusdrifta i forslaga sine. Ho viser i denne artikkelen til sine egne erfaringar av kor lite næringsrike sjukehusomgjevnader kan vere for pasientar og pårørande. Ho seier: "Et sykehus trenger ikke være en lukket kultur i en lukket form, men utformes som et åpnere sted integrert i samfunnet" (Ødegåden, 2005).

Med det nye St. Olavs Hospital ynskjer ein også å uttrykke eit humanistisk perspektiv, med pasienten i sentrum. Arkitekturen, som kvartalsvise, sjølvforsynte sentre er difor eit uttrykk for at helsepersonell skal koma til pasienten, heller enn pasienten til helsepersonellet. Sjukehuset står for eit oppløyst prosjekt, som slik sikrar fleksibilitet, fellesarealer, betre orientering, naturleg lys og ventilasjon (Smith, 2009, s. 34).

Smith (2009) set spørsmålsteikn ved om hovudtanken i sjukehusplanlegging, ei rasjonell disponering av den kliniske verksemda, er det viktigaste temaet i sjukehusplanlegging. Han ser til Trondheim som eit døme på ein sjukehus-arkitektur som nærmar seg ein vanleg bystruktur, og tilpassar seg ein plassering nær bysenteret. Han seier: ”Dette stiller spørsmål ved om det er vel så viktig i formgivingen å lage gode offentlige bygninger og rom for alle, som å fokusere ensidig på den interne funksjonelle organiseringen av sykehuset”.

*Er pasientperspektivet likevel berre eit ferniss, for dagens sjukehusarkitektur? Eller er den til stades som ei formande vilje?*

Ved A-Hus er det vektlagt ei optimalisering av drifta, korte interne avstander og ei vektlegging på funksjonalitet (C. F. Møller, 2009). Angående funksjonalitet seier arkitektane for A-Hus: ”De høye kostnadene ved sykehusdrift gjør også sitt til at optimal effektivitet i dagens bruk er et vesentlig tema i prosjekteringen” (C.F. Møller, 2009).

Om dei har tenkt humane bygg, meiner Smith (2009, s. 34) at anlegget på A-Hus verkar høgare og mindre gjennomsliktig og dermed mindre forståeleg for dei besøkjande, enn det St. Olavs Hospital er. Det blir ei øy for seg sjølv, skilt frå det omliggjande landskapet.

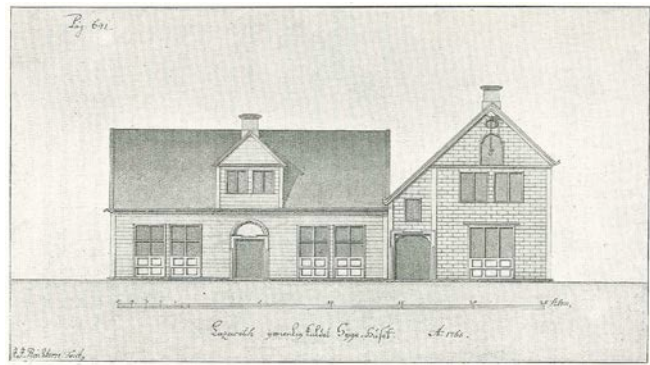
Når det gjeld det nye Østfoldsjukehuset, er oppdragsgjevar sine føringar for prosjektet *som eit fyrste punkt*, at ein skal: ”Etablere et driftseffektivt sykehus med gode funksjonsløsninger, slik at bygget understøtter de mål og forutsetninger som er satt for driften” (Grimsby, 2011). Spørsmålet blir om pasientfokuset i arkitekturen likevel må vike for andre byggeomsyn, deriblant målet om eit driftseffektivt sjukehus.

## **2 Presentasjon av sjukehuset**

### **2.1. Bergen Kommunale Sykehus (1754), starten på den moderne sjukehusvesenet i Noreg**

---

Bergen Kommunale Sykehus vart oppretta i eit tidlegare tobakkspinnari i 1754, på initiativ frå stadsfysikus Johan Gottfried Erichsen (1713-1768). Grøn (1936) definerer *Bergen Kommunale*



*Sykehus* til å vere det fyrste moderne sjukehuset i Noreg. I den fyrste tida låg pasienttalet på frå rundt seks til 30 pasientar kvart år (Meyer, 1904, s.479).

Groll's tobakkspinnari, overtatt av Bergen kommunale sykehus i 1754. Bygningane er dokumentert av arkitekt Reichborn i 1768. Den vesle murbygningen til høgre er den fyrste "dårekisten" i Norge, oppført i 1762. (Meyer, 1904, s.481)

I 1779 blei den gamle bygningen reve, og ein ny bygning i to etasjar reist, betalt "på byens bekostning" (Madsen, 1931, s.65). Huset var over to etasjar, med åtte rom i andre etasje, og med plass til sju pasientar i kvart rom, fire rom for kvinner, og fire for menn (Ibid, s. 65). Trebygningen frå 1779, vart også seinare murforblenda på fasaden ut mot gata, og bygget blei kalla "empiriebygningen" på folkemunne.

I 1869 blei sengetalet utvida til 71 senger, men ein hadde tidvis eit pasienttal på 120. Anlegget vart i 1877 utvida med to fløybygningar, ny kjøkkenbygning, nytt bad og nytt kapell. Sjukehuset fekk også samtidig ei ny tidsmessig operasjonsstove. Bygga vart reist berre med mur som byggemateriale. Sengetalet gjekk no opp til 120 (Pihl, s.20).



Bergen Kommunale sykehus frå 1890 åra. (foto: i Madsen og Sollied, 1931)

Frå 1. januar 1898 blei Marie Joys (1872- 1944) tilsett som oversjukepleiar på kirurgisk avdeling. Ho kom då frå Victoriahaus i Berlin, der ho også hadde vore oversøster, og der ho hadde fått si sjukepleiarutdanning.

Marie Joys skildrar anlegget ved Bergen Kommunale sykehus i ei biografisk skildring *Erindringer* som kom ut i 1948. Ho seier:

Det var et meningsløst slit og strev for søstrene på det gamle sykehus, men søstrene var freidige og kjekke, og heldigvis var sykehuset ikke så stort, så alt ble mer intimt. I dette vårt lille samfunn ydet hver eneste av oss sitt ytterste for at det skulle gå godt og for at pasientene skulle trivest hjå

oss - da lokalitetene var elendige måtte stellet være desto mer prima, det forstod vi jo (Joys, 1948, s. 55, min kursivering).

## 2.2 Paviljongsjukehuset på Haukeland

---

Victor Nordan (1826-1933) med arkitektpraksis i Kristiania, fekk oppdraget i 1901 med å laga skisser til eit nytt sjukehusanlegg på Haukeland gard, då i Årstad kommune (Janssen, 2000). Nordan blei etterkvart mest kjent som sjukehusarkitekt, han har teikna ei rekke norske sjukehus. I følgje Anker (2000) er byggverka hans prega av ein viss nøysemd i uttrykket, men samtidig med ein høg kvalitet i materialval og utføring. Nordan kom med ferdige byggjeteikningar etter paviljongprinsippet til Haukeland sykehus i 1905 (Jansson,2000).

Sjølv om smittemåtane no var forstått, og ein miasmatisk smittetankegong<sup>14</sup> avvist, bygde ein framleis utover på byrjinga av 1900-talet sjukehus etter paviljongprinsippet. Paviljongsjukehuset var bygd over eit prinsipp for å hindre miasmatisk smittespreiing. Anlegget var planlagd med 500 senger, men med 250 senger i fyrste byggetrinn. Utbygginga starta i 1908 og bygga vart ferdigstilt i 1911. Pasientane kom så frå Bergen Kommunale Sykehus i byrjinga av januar i 1912 (Janssen, 2000). Marie Joys skildrar nybygget Kirurgisk Hovedbygning slik:

Særlig sjenerende på dette store nye høyloftede sykehuset var den veldige resonansen, særlig gjennom korridorene. Det var også et slikt vindtak i alle dørene at hvor forsiktig vi var, så var det nesten umulig å lukke dem uten at det gjenlød gjennom hele korridoren, og når nattevaktene arbeidet ute på skyllerom og kjøkken og var så uheldig å slippe en gjenstand ned på gulvet, så lød det som et skrall ikke bare gjennom hele korridoren, men også på alle sidestueene (Joys, 1948, s.85).

Bot mot den kraftige trekkvinden, blei å setje inn dobbelte dører til sidestovene, og i korridoren blei det sett inn lydlause svingdører. Den ”svære resonansen” gav seg og etter ei tid (Joys, 1948).

## 2.3. Om Sentralblokka

---

### 2.3.1. Strukturen som ein heilskap

---

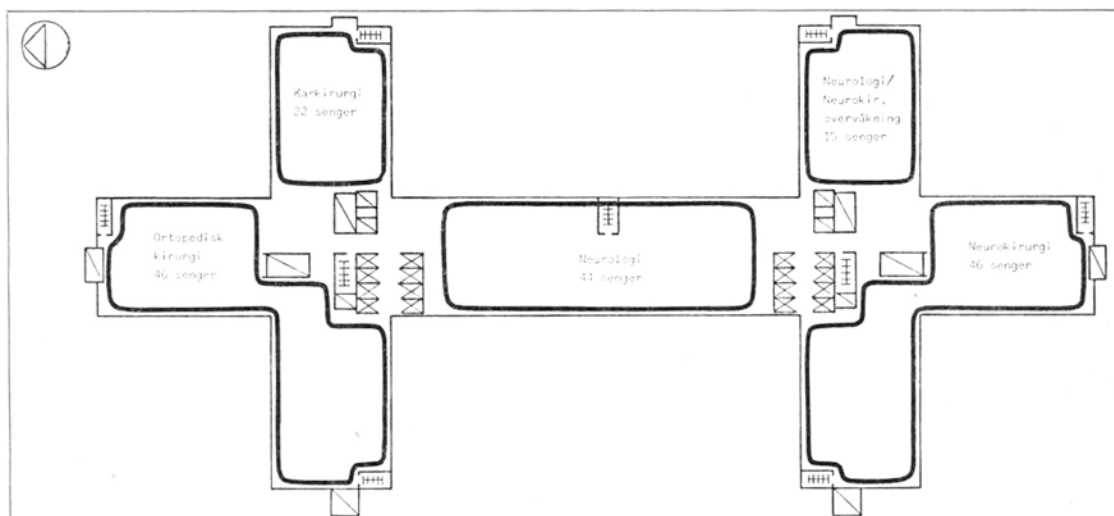
Gunnar Krohn (1914-2005) var utførande arkitekt for Sentralblokka, han var ein dansk modernistisk arkitekt. Saman med Eigil Hartvig Rasmussen grunnla han arkitektfirmaet Krohn & Hartvig Rasmussen i 1948. I 1988 skifta firmaet namn til KHR arkitekter.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Utifrå teorien om miasmene var plasseringa av eit sjukehus viktig på 1800 talet. Plassen måtte ikkje vere fuktig. Miasmatisk smitte spredde seg gjennom lufta. Miasmene som spontan generasjon, noko som kunne oppstå av seg sjølv, av livlaust materiale, er eit tankesett som kan førast tilbake heilt til Aristoteles si tid (Carstens, 2006, s. 44).

<sup>15</sup> [http://da.wikipedia.org/wiki/Gunnar\\_Krohn](http://da.wikipedia.org/wiki/Gunnar_Krohn)

Bygget har eit bruttoareal på 125 000 m<sup>2</sup>, eit nettoareal på 50 000 m<sup>2</sup>,<sup>16</sup> og eit volum på 600 000 m<sup>3</sup> (Heimann, 1975).



Illustrasjonen viser sengekorsa slik dei i er forslått inndelt i ulike sengepostar med 173 senger i fjerde etasje (Heimann, 1975, s. 1281).

Basisblokka går over fire etasjar, der etasje ein og to<sup>17</sup> har ei grunnflate på 23 000 m<sup>2</sup>, og utgjør ein tilnærma firkant på ca. 150m x 160 m. 16 lysgardar går frå tredje etasje i området rundt takterassen, og ned til basisblokka si første og andre etasje.<sup>18</sup> Dei gjev dagslys til dei indre delane av basisblokka. Oppå basisblokka i ein dobbelt korsforma bygning, trekt inn mot aust over basisblokka, ligg bygningskropp nummer to, høghuset, i dobbel korsform over seks etasjar, med fire etasjar som er ”sengekorsa”, der sengepostane er.

Trafikkforholda ved Sentralblokka er løyst ved hjelp av to store heisområder sør og nord i bygget. Kvar av desse områda har fire heiser for personaltrafikk, og fire heiser for sengetransport. I tillegg er det sentralt i bygget ei rulletrapp, som går i alt over fem etasjar, frå U1 og til tredje etasje.

I komposisjonen til råbygget for Sentralblokka er det eit fast kvadratisk hovudkonstruksjonsnett på 7,20 m. I følgje Hartvig Rasmussen er denne ”hovedfagdelingen” i hovudsak bestemt av høghuset og sjukepostane.

“Hovedfagdelingen er for største delen bestemt af høihuset med sykeposterne, som stiller de største krav til en enkel, klar og økonomiske konstruktion. Derfor har det været naturligt her i første række at lade de største rum: sygestuerne være bestemmende for hovedfagene, sådan at en 4-sengsstue får en facadelængde på 7,02 fra midte til midte af skillerum ...” (Bergen byarkiv, 2050/3a, Eb5, Til styret for I/S Haukeland sykehus, Bergen, 3/7-1961).

<sup>16</sup> Nettoarealet står som summen av dei innvendige areala i alle funksjonsrom, det blir såleis det medisinske netto- nytte arealet. C. F. Møller, 2010).

<sup>17</sup> Eigentleg etasje tre og fire

<sup>18</sup> Lysgårdene er oppdelt i tre storleikar, med 3 små, 12 mellomstore og 4 store lysgårdar. Her er dei minste på 17m x 6,2 meter, dei mellomste på 19,4 m x 6,2 m, og dei største på 15,9 m x 13,4 m.

Eit ope søylehus<sup>19</sup> sikrar også ynskje om å ha mest mogeleg fleksibilitet i råhuset (Krohn, 1985 s. 351).

Parkeringsdekket var planlagt med 600 biler i 1968, samtidig som det frå Bergen Kommune si side førelåg krav om 700 parkeringsplasser i tilknytning til anlegget.<sup>20</sup> Arkitektane hadde i tillegg planlagt ein parkeringsplass for 200 biler på eit område liggjande øst på tomta.<sup>21</sup> Det store tomtearealet blei også grunngeve med at det ville gje plass til framtidig parkering.<sup>22</sup> For å lage ein parkeringsetasje som ein del av sjukehusbygget, ”lafta” arkitektane opp bygget ved hjelp av søylene i konstruksjonsnettlet (Krohn, 1985, s.351). Slik sett er konstruksjonsnettlet, og råhuset også konstruert med tanke på å løfte bygget opp, og slik gje føresetnader for eit parkeringsanlegg på sjukehuset.

### 2.3.2 Om fasade, vindaug og takterrassen

---

Sentralblokka, kan på eit svært generelt grunnlag kallast eit bygg med moderne funksjonalistisk karakter. Byggematerialet er i betong, av prefabrikkerte fasadeelement i naturbetong.<sup>23</sup> På gateplan har fasaden mørk sjøstein av naturbetong. Over denne, i resten av bygget er fasaden i naturbetong av lyse, mindre steinar av sandstein. Sandsteinen er utsprengte steinar frå tomta (Bettum, 1985, s. 361).

Sandsteinen, som er kvitfarga, gjer at resten av komplekset får ein lys grå fargetone. I basisblokka er vindaugsfelta trekt inn i forhold til bygningskroppen, og dannar to rettgåande linjer horisontalt i denne. Materialutførselen kan imidlertid ikkje måle seg i kvalitet med naturbetongen i Bergen Rådhus (1974).<sup>24</sup> og synest heller ikkje å vere av same kvalitet som i Historisk Filosofisk Institutt, HF- bygget, ved UiB (1968).<sup>25</sup>

I sengekorsa blir fasaden over og under vindaugo broten av kraftige betongmarkiser og betongaltanar. Taket, som den femte fasade ville vere synleg lengre oppe i terrenget, også på vei opp til fjellet Ulrikken. Teknisk-etasjar er difor ikkje synlege på taket, men dannar berre små forhøgningar på nivå med takhagen, og er ifølgje Krohn (1985) utforma slik at det skal bli ein homogen del av sjølve huset. Synlege tekniske

---

<sup>19</sup> Søylene i konstruksjonsnettlet er 0,7 m x 0,7 m i storleik (F.C.Møller, 2011).

<sup>20</sup> Bergen Byarkiv, 2050/3a, E01, Forslag 4 dateret 5.11.1968, til utbygning af I/S Haukeland sykehus-hovedblok. Krohn & Hartvig Rasmussen, 15.11.1968, s. 5.

<sup>21</sup> Fotnote som over, men s. 2.

<sup>22</sup> Bergen Byarkiv 2050/3a, E0 10. Utbygning af Haukeland Sykehus, ved Krohn & Hartvig Rasmussen, okt. 1966, s. 4.

<sup>23</sup> Naturbetong: Småstein blir då ståande som prydelement i veggflata. Teknikken for å få dette til vart utvikla av Erlend Viksjø, og steinane som blei brukte var elvegrus.

<sup>24</sup> Av arkitekt Erling Viksjø.

<sup>25</sup> Av arkitekt Sverre Lie/ Peter Helland- Hansen.

installasjonar på taket vil heller ikkje fungere i ”det bergenske regnfulle klima” (Ibid, s.351).

Alle vindaugo i sengekorsa er skjemma av avleiring frå fasadeplatene, slik at vindaugo ser i dag ut som om dei er skitne. Dette ”belegget” på vindaugo, gjer utsikta ”utydeleg”. I ein telefonsamtale med driftsteknisk sjef, (feb. 2011) seier han at vindaugo i Sentralblokka vart sett inn i bygget i 1980-1981. Vindaugo var så fine frå innflyttinga i 1982 til i alle fall i 1986. Når ein så kjem til 1997, var vindaugo i stor grad blitt utsatt for avleiring frå betongen i fasadeplatene, og som hadde etsa seg inn i vindaugo. Når ein så vasker på dette, blir det i følge driftsteknisk sjef verre. Problemet med avleiring har vore eit pågåande problem. Problemet er størst i sengekorsene, altså i sengepostområdet, og berre i liten grad i basisblokka.

Arkitektane hadde tenkt å bruke taket på basisblokka til ein ”takhage.” Om denne seier dei:

”...har vi tænkt os taget over basisblokken udformet som en taghave med beskyttende opholdspladser for pasienter. Dette mener vi er meget nødvendigt for at give sygehuset et menneskeligt milieu. Som hovedblokken nu er udformet, vil den eksisterende park som rekreationsareal ligge temmelig fjernt fra hovedblokkens sengeetager, derfor mener vi, at det er overordentlig vigtigt at skabe et supplement af rekreativ art, og vi mener, at dette vil kunne udformes helt tilfredsstillende ved de omtalte gårdhaver på taget.” (Bergen Byarkiv 2050/3a, Eø 1. Forslag 4. datert 5.11.1968, ved Krohn & Hartvig Rasmussen, s.3).

Takhagen meiner dei er viktige som eit moment til å gje rekreasjon og er eit element som gjev sjukehuset eit menneskeleg miljø. Dei meiner og at desse elementa fungerer tilfredsstillande med berre takhagen. Bettum (1985, s. 361) skildrar takhagen: “Her er opparbeidet en oppholdshage på 4000 m<sup>2</sup>, med frodig vegetasjon, bassenger med sprudlende vann, en glassoverdekket pergola og fleksibel møblering med lette stoler” I dag er vannbassenget vekke, og hagemøbleringa er berre ”fleksibel møblering” med lause plaststolar og bord.

Av ukjent grunn har det aldri kome på plass eit integrert hagemøblement. Dette gjer at terrassen ikkje heilt kan brukast slik som den var tenkt. Prosjekteringa av hagen starta allereie i 1970, og takterrassen var ferdig rundt 1981. Bettum seier: ”Det er i hele anlegget satset på frodig plantebruk, med et variert og fargerikt inntrykk gjennom hele året. Dette blir satt spesielt stor pris på i et sykehusmiljø”(1985, s 361).

### 2.3.3 Om eit kyrkjerom og om fargar

I romprogrammet av 1959/60 var det ikkje planlagt eit eige kyrkjerom på sjukehuset. ”For øvrig vises til at byggerådet har besluttet å gjøre merksam på i konkurranseprogrammet at det ved utformingen av auditorier blir tatt sikte på å gjøre

disse brukbar for kirkelige handlinger for sykehuset, andakter m.v.”<sup>26</sup> I alle fall to skriv frå sjukehuspresten Kristian Dysthe, eit i september 1964, og eit i mars 1965 er sendt til planutvalet, der han ber om mogleiken til å få eit eige andaktsrom. Han seier:

Jeg mener det er av så stor betydning for mange pasienter å ha et andaktsrom hvor de kan søke stillhet og få samlet sitt sinn. Et slikt rom ville også dekke et behov når det gjelder nattverd ved sykehuset, ikke bare for de oppegående pasienter, men også de sengeliggende som ofte i slike tilfeller må kjøres inn på badet. I denne forbindelse vil jeg gjerne få nevne at det ved flere av våre nye sykehus er bygget vakre kirkerom, som for eksempel ved Sentralsykehuset, Lørenskog og Voss sjukehus. Jeg er klar over at det ved en Universitetsklinikk er et veldig rombehov, ikke bare for sykeavdelingene, men også for administrasjonen og forskningen, men jeg tror at et permanent kirkerom vil være av så stor verdi for mange pasienter, at det bør komme med ved den endelige utforming av det nye sykehusanlegg (Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, Eb5, Kristian Dysthe, 26. sept. 1964).

Haukeland Sykehus blei utforma til slutt med eit eige andaktsrom og gudstenesterom, kva tid dette vart bestemt er usikkert. Andaktsrommet har fått plass i tredje etasje, mot nord, i nærleiken av nokre av studentlokala.

Fargebruken i Sentralblokka er ikkje gjennomført etter eit nøye planlagt skjema. Han er meir tilfeldig utført i følgje kunsthistorikar Brekke (1992, s.55, s. 94-95). Avdelingane fekk velje mellom dørfarge i fem ulike fargar, i blått, rødt, oransje, gult og grønt, der dette også skulle gje avdelingsvis identitet. Fargesymbolikken som ein avdelingsidentitet vart imidlertid ikkje gjennomført systematisk (s. 95). Ved eit konkret gjennomsyn, er det ikkje funne nokon oransje dører. Nokre av dei raude dørene er imidlertid meir ”brun” i fargen. Kanskje desse opphavleg var oransje. I hovudsak er det raude dører, samt nokre grøne plassert nord i kvar etasje, blått på dørene i midtpartiet, og gule og grøne dører sør i kvar etasje.

Taka i sengeavdelingane har fått ein mintgrøn farge, for å gje avdelingane ein himmel, eller eit tak over hovudet, i følgje arkitekt Krohn (s. 95). Inngangspartiet til sengepostane, er malt i ein sterkare nyanse av fargen i avdelinga, for så å lysne nedover i korridoren. Dette systemet, med ein fargebruk frå sterk til stadig svakare, skulle lette pasientane si orientering i sengepostområdet (Brekke, 1996, s. 95). Denne nyansen er sannsynlegvis vekke i dag, dei fleste sengepostane har sikkert seinare “forna” og malt på nytt veggane i korridor- området sitt.

Fargestipene i Sentralblokka, frå underetasje til åttande etasje i sengepostområdet, er ein følgje av at det var litt pengar til overs når bygget var reist. Krohn kallar fargestripene for “fargekondisjonering”, og fargestripene skulle ha både ein dekorativ og ein orienterande funksjon (Brekke, 1996, s. 95). I følgje henne fungerer dei dårleg som

---

<sup>26</sup> Bergen Byarkiv, 2050/3a, Forberedelse av arkitektkonkurranse-utarbeidelse av romprogram, ved byggerådet, 13.aug. 1958.



orienteringspunkt før ein er godt kjent i huset, verken i farge, eller i mønster finn ein indre logikk (Brekke, 1996, s. 55). På firemannsromma, samt i enkelte mindre pasientrom er det også ei fargestripe på vegggen til høgre når ein kjem inn i rommet.

#### 2.3.4 Basisblokka

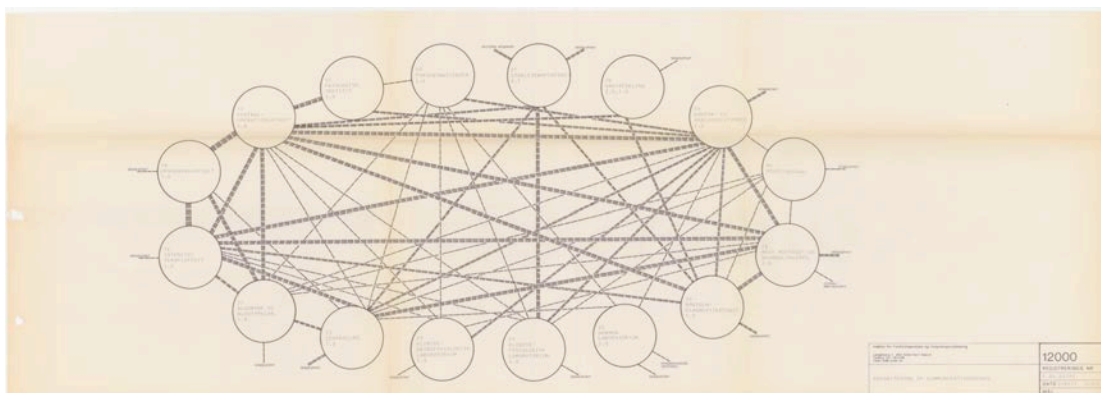
Det drejer sig først og fremmest om de rene behandlingsafdelinger, undersøgelsesrum, poliklinikker og laboratorier samt modtagelsesafdelingen. Disse afdelinger udgør til sammen ca. 22.000 m<sup>2</sup>, hvilket må siges at være den maximale samlede gulvflade, som kan placeres dels over Haukelandsveien dels på en del af den gamle grund og dels på et areal, som må tilvejebringes ved bortsprøning af en del af fjeldet mod øst (Bergen Byarkiv 2050/3a, Eø 10. Udbygning af Haukeland Sykehus, ved Krohn & Hartvig Rasmussen, okt. 1966).

Eksteriør rammer for bygget er bestemt av romplanen til behandlings-avsnittet.

Funksjonen inni bygget bestemte det ytre arealet.

Arkitektfirmaet Krohn og Hartvig Rasmussen samanliknar organisasjonsstrukturen i basisblokka sin fyrste og andre etasje med industrien. Orda industri og produksjonsavdelingar, blir brukt for å understreke basisblokka sin fordel, at det gjev ein fleksibel og samarbeidsvennleg struktur. ”Ved at indrette behandlingsafdelingerne på store sammen-hængende gulvarealer opnår man den samme flexibilitet og samarbejdsmlighed, som industrien opnår ved at lægge deres produktionsafdelinger i store 1.etages sammenhængende bygninger”.<sup>27</sup> Behandlings og poliklinikkareala er plassert over to etasjar, med dei minst lyskrevjande avdelingane i fyrste etasje, blant anna operasjons og røntgenavdelinga. Poliklinikkar og undervisningslokaler er så plassert øverst av desse (Krohn, 1985).

Det var ifølgje arkitektane også særskilt viktig at det tas omsyn til transportvegglengdene. Tiltak for at desse skulle bli kortast mogeleg blei å plassere sengepostavdelingar som høyrde saman med eit behandlingsområde i tilknytning til det same heisanlegget.<sup>28</sup>



Illustrasjonen viser interne kommunikasjonslinjer i basisblokka basert på funksjonsanalyse. BBA-2050.03a Haukeland sykehus. Byggerådet.

<sup>27</sup> Same fotnote som over, (s. 1).

<sup>28</sup> Referanse som i fotnote 19, (s. 4).

Basisblokk, som ein firkant har i sin innvendige oppbygning ein komplisert struktur, noko den medisinske utviklinga med spesialavdelingar kravde (Heimann, 1975).

### 2.3.5 Sengekorsa

---

Fire av etasjane i høghuset inneheld sjukepostane. Desse er også kalla sengekorsa. I oktober 1966, viser arkitektane at spørsmålet om kor stor ein sengepost skal vere, blir tatt opp til vurdering. Dei visar til ei undersøking frå Kolding i Danmark som konkluderer med at sengepostar på 20-22 pasientar er det mest fordelaktige.<sup>29</sup> I 1975 har ein vidareført dette, der ein vanleg struktur var 46 senger fordelt på to poster, eller altså 23 senger på kvar post (Heimann, 1975).

Å inndele sengeavdelingane i passe storleik, handlar mest om å leggje tilhøva til rette slik at pasientane fekk omhyggelig pleie, men også om å fristille og avlaste sjukepleiepersonalet. Å imøtekomme behova for personalmangel blei eit viktig punkt i organiseringa av sengepostane.<sup>30</sup> Ein del av det sjukepleiarane gjorde før, er arbeid som no blir sentralisert til andre personalgrupper, til dømes i forhold til produktsterilisering og sentralforsyning.

Krav om kortast mogleg transportveglengde blei også styrande for korleis sengeposten blir utforma. Prinsippa rundt transport er skildra av arkitektfirmaet allereie i konkurranseutkastet Stepsaver, altså ”skritt- sparar.” I sitatet under handlar det om det driftsøkonomiske i at sjukepleiarane sparar gå lengder. Slik sparar ein også personalutgifter. Det handlar om å skape føresetnader for effektiv og rasjonell drift av sengeavsnitta. Forholdet til transportveglengder blei avgjerande, både for kor utstyret blei plassert, og for kor dei ulike romma burde plassert i ein avdeling, for at transportveglengden blir kortast mogeleg.

Ved en rationell planlægning af f.eks. et sengeafsnitt på traditionel vis er det meget afgørende, hvori afsnittet de forskellige birum (skyllerum, køkken, depoter, vagtrum, bad, undersøgelse m.v.) placeres i forhold til de respektive sengerum. Det er endvidere meget afgørende, i hvilken rækkefølge sengerummene arrangeres tagende hensyn til de store og små sengerum. Ved undersøgelser indenfor dette område er der udarbejdet beregningsmetoder, efter hvilke man kan beregne den samlede transportvejlængde inden for sengeafsnittet for personalet i løbet af en arbejdsdag. Disse beregninger vil resultere i en dimensionering af personaleantallet og dermed være medbestemmende i driftsøkonomien (Engedal, 1965).

Dette betyr at eit irrasjonelt tilrettelagt avsnitt vil krevje meir personale enn ei rasjonelt tilrettelagt avdeling. Samtidig seier dei at ”eit nybyggeri” er ein eingongsutgift, medan personalauke knyta til eit irrasjonelt avsnitt, er ei tilbakevendande utgift.

---

<sup>29</sup> Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, *Udbygning af Haukeland sykehus*, okt. 1966, Krohn & Hartvig Rasmussen., s. 7

<sup>30</sup> Referanse som over, s. 6.

Dei meiner at einmannsromma må kome i ei ”klynge” på midten i anlegget, av di det var her trafikken inn og ut var størst. For å utvide sengetalet kan dette så supplerast med ein og tomannsrom i kvar ende av korridorane.<sup>31</sup>

I gongen mellom sengepostane blei daglegstovene lagde. Når bygget stod ferdig var daglegstovene todelte, med ein glasvegg, der arealet bak glasveggen var avsett til røykjarar (Brekke, 1992, s. 117). Mange av dagligstovene er i dag vekke, og bruken av arealet er omgjort til andre formål, deriblant til pasientkantiner.

Av skisse-forslaget til Krohn & Hartvig Rasmussen frå 1965, ser ein at dei føreslo også å leggje sengeavdelingane i to-etasjes einingar oppå basisblokka, med kontor i ein tredje etasje. Det skulle også her vere ein terrassehage på taket til behandlingsavdelingane. Både for å humanisere sjukehusmiljøet, og gje form ein meir menneskeleg skala.<sup>32</sup>

#### 2.4 Om Parkbygget

Parkbygget er teikna av arkitektfirmaet Rambøll, av Ingse Andersen. Det er plassert i sjukehusparken, og det har difor fått namnet Parkbygget. Bygget var ferdig i 2008, har eit areal på 6550 m<sup>2</sup> over fire etasjar, og kosta til saman 249 millionar kroner (Helse Bergen, 2011, s. 15). Bygget inneheld PET/CT senter,<sup>33</sup> (det andre i Noreg,) ny nukleærmedisinsk seksjon, kreft dagavdeling og poliklinikk, kontor samt sengepost i øvste etasje. Bygget er plassert over eit eksisterande bygg (1993) for stråleterapi i sjukehusparken. Bygget var ikkje planlagd med ein sengepost øvst, dette vart bestemt hausten 2005 då bygget var ferdig planlagd (Sak 86/05). Dette la føringar for korleis det var mogeleg å utforme posten. Sengeavdelinga er difor utforma rundt ein lang og nesten rett sjukehuskorridor. Denne posten har 22 senger, fordelt på 5 tomannsrom og 12 einmannsrom. Ni av einmannsromma er isolat.

Kontorlokala, dagsenteret, poliklinikken og sengeposten var før spreidd rundt i fleire ulike bygg. Kreftavdelinga blei såleis meir samla enn den hadde vore tidlegare.

---

<sup>31</sup> Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, *Udbygning af Haukeland sykehus*, okt. 1966, Krohn & Hartvig Rasmussen. s. 6.

<sup>32</sup> Lik fotnote som over.

<sup>33</sup> PET/ CT- undersøking er ei undersøking av kroppens metabolisme, funksjonert isaman med ei anatomisk CT- framstilling. Ein PET- undersøking blir gjort for å skaffe mest mogeleg diagnostisk informasjon, til spesielle diagnosegrupper, og er særleg viktig i kreftdiagnostikk. Undersøkinga med PET skjer ved hjelp av at radioaktive isotoper, eit druesukker, blir injisert inn i kroppen til pasienten før undersøkinga. Pet-CT, blir så eit kart av pasienten, som viser intensitetsfordelinga av opptatt aktivt druesukker (<http://www.helse-bergen.no/pasient/undersokelser/Sider/pet-ct-undersokelser.aspx>).

Organisering av dagbehandling og poliklinikk blei endra, ved at desse to einingane vart slått saman til ei eining. Dette førte også til betre funksjonalitet og logistikk ved denne eininga (Hafslund og Snilstveit, 2004, s. 23).

Prinsippa bak Parkbygget handlar for det fyrste om god pasientomsorg, å ivareta pasienten sine behov. Dernest handlar det om god logistikk. Og for det tredje handlar det om eigne områder for pasientar, for pasient og helsepersonell, og for personalet åleine.

Atriet er eit glasoverdekt område mellom det nye Parkbygget og veggen til Sentralblokka. Det er utforma som eit stort ope rom. Dette venteområdet er tenkt som eit område som ivaretar pasienten. Her kan ventetida oppfattast som meningsfull. Pasientane får forståinga av at dei ikkje er gløymd. Dette arealet skal ikkje vere eit gjennomgangsareal for helsepersonell. Tanken er at dette rommet skal:

[...] omgjøres til et område som ivaretar pasient, pårørende og helst også personalets behov for et “åpent rom”- et rom som med sin utforming og funksjonalitet skaper trygghet og visshet om at “alt handler om mennesker.” Mennesker skal fungere og handle sammen, og dette “åpne rom”tenkes slik at denne samhandlingen blir bedre (Forprosjektrapport, 2004, s. 13).

Når det gjeld logistikken, er prioriteringa todelt. Det fyrste er at ein skal skilje gåande og sengeliggjande pasientar. For å skilje gåande og pasientar i seng, er det laga to heisområder, eit sør for, og eit nord for atriet. Inngangen sør for atriet er reservert pasientar i seng, varer, tenester og personalet. Den noverande hovudinngangen er mot nord, og mot Sentralblokka. Dette området er tenkt for gåande. Ein og planlagt utifrå at ein vil få ein framtidig hovudinngang mot sør, der det på nabotomta er avsett tomt til eit framtidig kreftbygg.

*Areala er oppdelt i pasientområder, personalområder og fellesområder for pasient og helsepersonell. Dei ulike områdene er bygd opp som ulike “øyer” eller “torg”, for samhandling eller som avskjerma områder berre for ei av gruppene.*

For pasientane tenkjer dei eit område som er laga for å gje eit godt samspel mellom dei og helsepersonellet. Romma skal likevel ha ein stor grad av fleksibilitet:

Mellom disse områdene tenker vi oss at pasienten skal finne et område som er bygget opp for å gi trygghet og optimal, funksjonell undersøkelse eller behandling. Her skal vi ha et godt samspill mellom våre pasienter og alle de faggruppene som skal møte pasient og pårørende. Undersøkelses- og Behandlingsrommene tenkes bygget opp rundt felles løsninger, slik at rommene får stor fleksibilitet (Forprosjektrapport, 2004, s. 13).

### **3 Teori**

---

Her ser ein på arkitekturfeltet fyrst, der ein spør kva arkitektur er. Her får Norberg – Schultz stå for teoritilfanget. Sidan får ein ei tredelt inndeling. For det fyrste ei

oppdeling av tematikken i ulike temaområder For det andre så ser ein på form, i forhold til ulike tilnærmingar til denne. For det tredje så blir forskingstilfanget ikring tematikken lagt fram.

### 3.1 Kva er arkitektur?

---

*Arkitektur.nå*, eit arkitekturpolitisk dokument, som blei utgjeve av Kultur og Kyrkjedepartementet i 2009, startar med å definere arkitektur svært vidt, for sidan å definerer ordet arkitektur på fire ulike måtar. Svært vidt er arkitektur alle menneskeskapte omgjevnader. ”Det favner både bygninger og anlegg, uterom og landskap. Det handler om enkeltbygg og bygninger i samspill, om helheten i byer, tettsteder og landskap” (s. 7). Meir snevert vert arkitektur for det fyrste skildra som ein kunstart, og som eit kunstverk. Det er vidare ein del av ei næring og ein profesjon. Det er for det tredje ein fagdisiplin og ein akademisk disiplin, og for det fjerde er det ei generell nemning for omgjevnadene våre sett som fysisk form (Ibid, s. 8).

Som ein kunstart, og som eit kunstverk blir arkitektur forstått som ein verksproduksjon, der nemninga arkitekturverk og arkitekturpraksis er kvalitet. Det som er bygd blir kalla arkitektur utifrå sine arkitektoniske kvaliteter. Dette betyr at ikkje alle bygg kan få arkitektur omgrepet knytt til seg (Ibid, s. 8). I tillegg nemner dei her at arkitekturomgrepet er utvida på 1900- talet til og å omfatta heile bygningsmiljø, kulturlandskap og teknisk infrastruktur som viser verks kvalitet.

Som punkt fire vektlegg dei arkitektur som fysisk form. Her blir omgjevnad forstått som fysiske strukturar, dei blir opplevd visuelt som fysisk form og tolka som eit fysisk uttrykk. Ein stad eller ein by blir analysert med utgangspunkt i arkitektfaget, der byen blir lest som fysisk form (Ibid, s.9).

Vidare seier dei om det bygde som verksproduksjon at:

Arkitektur bygges for å tilfredsstillere samfunnsmessige behov, den har redskapskarakter og derfor er nytte og funksjon viktige aspekter ved arkitekturverket. Arkitektur har en offentlig karakter, er en del av stedlige sammenhenger, oppleves av alle og kan ikke, som andre kunstarter velges bort (Ibid, s.8-9).

Som ein akademisk og fagleg disiplin har nærleiken faget har til ingeniørvitskapane, lagt grunnlaget for dei spenningane som er i faget mellom kunst, vitskap og handverk, noko som fortsatt pregar faget (Ibid).

I forlenginga av dette, vil ein bruke Norberg- Shultz sin arkitekturteori, som i ein særleg grad knyter arkitektur til å vere ein del av eit landskap, og som djupast sett til å handle om menneskeleg identifikasjon og samstemthet med omverda.

## 3.2 To fasar i arkitekturhistoria

---

Wagenaar (2006) definerer sjukehusarkitektur inn i fire fasar, som fire revolusjonar i tidsspennet frå rundt 1800 og fram til i dag. Her blir berre revolusjon tre og fire gjort greie for. Den tredje revolusjon er kalla sjukehus for massane. Sentralblokka er eit døme på denne fasen. Den fjerde revolusjon, er kalla ”å istandsetje pasienten”. Parkbygget er døme på denne fasen. Wagenaar (2006) håpar så på at ein femte revolusjon, som er å gje sjukehuset tilbake til folket.

### 3.2.1 Den tredje revolusjon, sjukehus for massane

---

Etter den andre verdskrigen var velferdssamfunnet både i Europa og Amerika i oppbyggingsfasen. Sjukehusbygg blei igjen ein sosial institusjon, for massane. Dei blei no eit monument over velferdsstaten, i følgje Wagenaar (2006, s. 35). Men også for ein ny æra av vitenskapleg framgang og sosial rettferd. Han meiner at revolusjonær modernisme, med den internasjonale stilen i front, forandra sjukehusarkitekturen etter 1950. Den internasjonale stilen, funksjonalismen, var eit avantgarde-fenomen før krigen, og blir no eit verktøy i å skape ein sosial velferdorientert kapitalisme i dei vesteuropeiske demokratia (Wagenaar, 2006, s. 35). Nybygga blir omforma i modernismen sitt formspråk. Med sine referansar frå 1920 om lys, luft og rom introduserer den internasjonale stilen på nytt ein referanse til naturen, med ei romlig tomteplassing med sørvendt fasade mot parkar eller hagar (Ibid, s. 35).

Sverige og Sveits la grunnen for eit modernistisk formspråk, i land som hadde unngått den andre verdskrigen. I Stockholm blir Søndersjukhuset bygd i 1944, av H. Cederstrøm. Bygga er framleis utforma som ein megastruktur. Både skyskrapar-hospitalet, med Hospital Beaujon (1933-35) og Søndersjukehuset (1944) var organiserte med både behandlingsareal, kontor og sjukesalar i same etasje. ”Greinene” som i desse bygga skyt ut representerte området for sjukesalen.

Den internasjonale stilen kuliminerte i ein serie med ulike typar bygg, som i si form kan etterliknast ulike bokstavar, til dømes i H, K- og T- type. Karl Grevstad med høgblokka på St. Olavs Hospital var eit norsk døme på eit T-forma bygg. Carstens (2002, s.7) kallar det eit kompakt bygg, der ein la vekt på gode løysingar for den interne trafikken. Allereie i 1937 hadde Gustaf Birch-Lindgren ”tjuvstarta” den modernistiske trenden, med oppføringa av Kalmar Generelle Sykehus i ein T- forma stil. I dette sjukehuset er behandlings<sup>34</sup> og sengeavdelingane skilt i to heilt separate einingar. Dei møtes berre i eit samankoplande trafikksenter med trapper og heisar (Birch-Lindgren, 1938, s. 120).

---

<sup>34</sup> På svensk blir behandlingsavdelingane kalla ”behandlingsflygel”.

Bruken av den Internasjonale Stilen var i hovudsak ein europeisk tendens (Wagenaar, 2006, s 37). Problemet med høghusa var å tilpasse desse eit fleksibelt formspråk, tilpassa ei dynamisk teknologisk utvikling.

Ei nytenking rundt form byrja i USA i veteransjukehusa som blei bygde på 1950- og 1960-talet. I Tyskland gav dei denne modellen namnet ”Breitfuss”. Tankegangen var at det er lettare å gjere endringar og bygge nytt, i ein låg ein- eller to-etasje bygning, enn i eit høghus. Løysinga vart ein kombinasjon av å spreie ut behandlingsarealet i ein flat, lågtliggjande del på ein eller to etasjar, der sengepostane blei plassert oppå denne igjen i ein høg struktur. Endringar kunne då skje, utan å påverke sengeområdet samtidig (Ibid).

Teknologimotiverte endringar av bygningskroppen skjer hovudsakleg i behandlings og polikliniske området, difor fekk desse ein lågtliggjande plassering. Det fyrste bygget i Europa etter dette prinsippet var Nelson sitt L'hôpital mémorial France États-Unis de Saint-Lô i 1956. I Nederland er eit godt eksempel på denne typen Rotterdam Sint-Fransiscus Gasthuis, ferdigbygd i 1975, av arkitekten Hendriks Campman Tennekes. Bygg frå 1950-60 talet hadde ofte ein isolert plassering, og rasjonaliseringa av designen gjorde at bygningen blei strippa for alt overflødig (Ibid, s. 37). Svært mange sjukehusbygg blei bygd i denne perioden i Europa og USA. På den eine sida stod dei for det ypparste av medisin og teknologi, og som eit døme på velferdsstaten, på den andre sida av ein public management tankegong, med effektivisering og sentralisering av funksjonar (Ibid). Pasienten blei behandla som diagnose, ikkje person, i eit domene av medisinske spesialistar. Wagenaar (2006) meiner at i denne situasjonen forsvann pasienten praktisk talt. Dilani uttrykker dette liknande når han seier at bygga arkitektonisk reflekterte ei utvikling av helsetenestene i retning mot teknokratisering og avpersonifisering (Dilani, 1997). Han seier vidare at han meiner at denne byggjestilen blei ein døme på ein industriell effektivitetstankegang, og som ein ”helsefabrikk”, med næringsbyggkarakter.

Dette byggjeprinsippet er meir folkeleg kalla for tårn og kake modellen (Egner, 2000). Dilani (1997) kallar det også for “blokk” modellen. I Noreg er Sentralblokka på Haukeland Sykehus døme på denne stilen. Andre døme er Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane i Førde (1979)<sup>35</sup>. Lillehammer fylkessykehus (1975),<sup>36</sup> Drammen sykehus (1979)<sup>37</sup> og sentralsjukehuset i Rogaland (1982).<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Atelier 4, og med utøvande arkitekt Arne Pettersen

<sup>36</sup> Arkitekt Arne Pettersen,

<sup>37</sup> Arkitekt R.A. Nilsen og A. Grenager

<sup>38</sup> Arkitekt O. R. Brunvathne, Ø. Grimsgaard, T. Kaada og L. Nes.

### 3.2.2 Den fjerde revolusjon; å istandsetje pasienten

---

I denne fasen får ein humanistiske bygg, som skulle harmonere pasient og medisinske behov. Ein motkultur såg på det moderne samfunnet som den fremste kjelda til umyndiggjering. Dei meinte at menneska sitt personlege liv var fullstendig styrt av byråkratiske, statlege eller finansielle prosessar. Det moderne samfunnet vart kritisert for å vere ei autoritær maskin og det moderne sjukehuset som eit "fort" (Wagenaar, 2006, s. 38). I denne situasjonen argumenterte ein for filosofisk at samfunnet måtte byggjast opp nedanfrå og opp. Byrjinga må skje ved individet, og å gje kvar enkelt ein viss grad av kontroll over dei institusjonane som påverka livet til den enkelte (Ibid, 2006). I ein sjukehussetting, i staden for å dele opp pasienten i ulike medisinske diagnosar, kuliminerte denne perioden med tanken om ei organisering av sjukehusetene, rundt den individuelle pasienten som respekterte hennar, eller hans individualitet (Wagenaar, 2006, s. 38).

Arkitektonisk blei det eit ynskje om å sameine to domener: Eit hus bygd rundt den individuelle pasienten sine behov, og behova til medisinsk utstyr og personale. Der desse tankane fekk fotfeste, blei uttrykket anonymt. Nokre av desse vart integrert i byen, men der desse ikkje kunne kjennast att som individuelle bygg. Tendensen til å gjere sjukehusbygga og til ein fleksibel struktur, førte ytterligare til ein nøytralt og ikkje-ekspressiv arkitektur (Wagenaar, 2006).

Sjølv om prosessen skulle verne individet, blei uttrykket, som ein kombinasjon også av den medisinske funksjonen, svært anonyme, nøytrale bygg, utan arkitektonisk uttrykk i følgje Wagenaar (2006). Også det at bygga må vere fleksible gjorde uttrykket meir nøytralt. Uttrykket skulle heller ikkje vise funksjonen til verken poliklinikkane eller sengeavdelingane. Eit interessant eksempel på dette er ifølgje Wagenaar (2006) det nederlandske Sint Elisabeth Hospital i Tilburg, av arkitekten Roelofs Nijst Lucas, som stod ferdig i 1982. Han seier at ein også i denne perioden prøvde å løyse problemet med å oppføre lågtliggjande bygg, som strevde svært hardt for ikkje å bli monument for medisinsk personale og for den byråkratiske velferdsstaten.

Arkitekturen etter dette grunnla eit klart skilje mellom "den medisinske maskina" og delane av verksemda som skulle handtere pasientflyt og besøkjande. På 1980 og 1990 talet blei resultatet av dette uttrykt i store hallar, store korridorar, gater fylt med butikkar, og til og med restaurantar. Eit døme på dette er The University Medical Center of Groeningen (UMCG), frå 1997. Bygget etterliknar byen, med å introdusere overdekkte gater, ein stor hall, og mange butikkar og restaurantar. Lokalisert nær byen sitt historiske senter, er det også delaktig i byen sitt urbane liv (Wagenaar, 2006).



Samtidig representerer denne perioden eit skilje i organisasjonskultur på sjukehuset, der ein organiseringsmodell tar over, som innimellom resulterte i at det sosiale vann over den medisinske modellen for å administrere helseomsorg.

### 3.2.3 Å gje sjukehuset tilbake til folket

---

Wagenaar håpar på at fortsetjinga av historia, vil handle om at bygga igjen får tilbake sin status som eit av dei mest verdifulle og viktige elementa i bystrukturen, forstaden, og i meir grisgrendte strøk. Der bygga blir tilbakeført til folket. Han ser for seg ein oppløysing av arkitekturen som spesifikke, einsamt liggjande, medisinske fort. Han håpar at arkitektane kan forsterka grepet på strukturen, og gjere bygga til mindre komplekse, mindre spesialiserte strukturar, for berre spesialistar innan sjukehusarkitektur.

Om paviljongsystemet, høgblokka, og situasjonen nærast oss i tid, uttrykker Schaefer i få og pessimistiske ordelag: "The healing building stripped the patient of her privacy and individuality, the healing machine of her body. Now she got stripped also of her spatial frame of reference, of place" (Schaefer, 2006, s. 202).

### 3.3 Norberg-Schultz sin teori om staden

---

Christian Norberg-Schultz sine bøker, *Mellom jord og himmel. En bok om steder og hus* (1978) og *Stedskunst* (1996) dannar bakgrunnen for hans teori om staden slik den blir framstilt her. Norberg Schultz hevdar at ein via fenomenologisk vei kan oppleve arkitekturen som kvalitetar, som ikkje målbare storleikar som står i eit forhold til menneska si livsverd.

Arkitekturen vert slik knytt til dagliglivet, men ikkje etter ein tankegong om at form må følgje funksjon. I staden vektlegg han arkitekturen som ei "omfattande ramme som lar livet "finne sted" i sin motsetningsfylte kompleksitet" (1996, s. 18). Arkitektur blir slik "brukskunst", som tenar dagliglivet (s. 19). Han hevdar samtidig at arkitektur på ein grunnleggjande måte også handlar om menneska sine eksistensielle vilkår i verda. I sin teori er han påverka særleg av Martin Heidegger si tenking. "Arkitekturen si meining er å knyta forbindelseslinjer mellom vår indre og ytre verd" (Norberg-Schulz , 1978, s. 92).

Landskapet er ein del av menneska si livsverd. Hans poeng er nettopp at menneska må finne sitt fotfeste i staden, (locus, stad) der livet "finn", "tar" eller "har" stad. Natur og menneskeverk blir slik ein samverkande heilskap, som han omtalar som *genius loci*. I tidlegare tider gav staden menneska sin identitet, men etter den andre verdskrigen er stads tap blitt vanleg. Før var staden ein tett eining, som fremma identifikasjon. "Grensen mellom by og land var klar, byen lå der som en samlet "ting" i landskapet, og opplevelsen av å komme frem til den var sterk og utvetydig. I etterkrigstiden har de gamle byene gjennomgått en oppløsningsprosess som har ødelagt dette tradisjonelle forholdet. [...] Gater og plasser finnes ikke lenger. I stedetfor spres bebyggelsen

utover, ofte uten fattbar orden, slik at det i grunnen blir meningsløst å snakke om en by. Samtidig spises landskapet opp av de spredte bygningene, og virker ikke lenger som en sammenhengende bakgrunn for definerte bosetninger.” (1978, s. 17-18).

Omgjevnader og arkitektur må ha ein fatteleg orden, elles blir resultatet menneskeleg framandgjerung (Norberg-Schultz, 1978, 1996). I tillegg til dette gjer bruken av masseframstilte ferdighus at staden tapar sin eigenart. Menneska taper glede av å oppleve noko som er annleis, og vi opplever eit stadstap. Norberg-Schulz meiner at stad og identitet er nært samanknytt. Når staden ikkje lenger har ein klar identitet, får menneska i mindre grad mogleik til å utvikla ein personleg identitet, med rotløyse og framandgjerung som resultat (1996, s 23). Framandgjerung har fyrst og fremst å gjere med at menneska mistar sitt psykiske fotfeste i tilværet (1978, s. 19). Å kunne orientere seg på staden, og å kunne identifisere ein stad, vil sei å utforska staden sin romstruktur og staden sin karakter (1978, s.31). Norberg-Schulz viser også til Heidegger, og til føredraget han ”Bauen, Wohnen, Denken” der han viser at ordet ”å bu” har eit språkleg slektskap med ”er.” Å bu, og å vere er dermed ”det same” (Lauvland, 2006, s. 79).

Når Norberg-Schultz snakkar om at staden sin identitet blir menneska sin identitet, hevdar han at denne evna til å ”lese” ein stad er hjå mange tapt i vårt samfunn. Mange arkitektar har heller ikkje lært å lese landskapet som eit romleg og karaktermessig forhold (Norberg-Schulz, 1978, s. 109). Norberg-Schultz hevdar at det er gjennom staden sitt forhold til jord, himmel og synsrand at karakteren og romstrukturen til ein stad blir fastsatt. Jorda handlar om rytmar, om horisontaler i landskapet, om topografi og vegetasjon, mens vertikalar representerer spenningar. For at menneske skal finne fotfeste i tilværet, må dei opna seg for omverda si eigenart, for den genius loci som dei lever i (1978, s.31). Genius loci er eit latinsk omgrep, som tyder staden si ånd, eller staden sitt vesen, eller sin poesi. Opphavet ligg i gamle førestillingar om staden som ein levande og verkande realitet (1978, s.31). Genius loci står for dei kvalitetane staden har som ein heilskap, eller den atmosfæren ein stad har.

Genius loci er ein kvalitet ved staden som er uforandra gjennom tida. Denne kvaliteten er det vår plikt å ta vare på. Samtidig er denne oppgåva aldri avslutta, og er ein prosess som aldri tar slutt. Det er ein prosess med mogleikar, heller enn faste reglar. ”Vi kunne også si at det er vår oppgåve å la stedet ”finne seg selv” i historien. Hver epoke avslører noen av stedets kvaliteter, mens andre forblir skjult” (Norberg-Schultz, 1996, s. 38).

Han hevdar vidare at menneska sin forståing av stad er allmennmenneskeleg. Grunnlaget i dette ligg i ein felles førforståing som er ein del av menneska sin måte å vere i verda på. Det er ein grunnstruktur i tilværet. Denne grunnstrukturen gjev og

menneske del i eit større menneskeleg fellesskap, av di denne grunnstrukturen er felles for alle. Grunnstrukturen er uavhengig av tid og stad og er knytt saman med menneske sitt behov for identifikasjon, minne og orientering (Norberg-Schultz 1996).

Menneska som grunnleggjande orientert i forhold til rommet, gjev seg vidare uttrykk i ein analyse der den individuelle staden blir tolka. Ein individuell stad står alltid i eit romleg forhold til jord, himmel og synsrand. Ein konkret analyse vil gje oss ei forståing av den individuelle staden. Denne evna til analyse er av mange moderne menneske, og blant dei fleste arkitektar tapt. Mange menneske lever utan å ha denne forståinga av staden sin innverknad på menneskelivet. Dette må lærast på nytt hjå det moderne menneske (Norberg-Schultz, 1978). Når den konkrete analysen og staden sitt *genius loci* blir tolka inn i bygget, blir arkitektur kunst. Norberg-Schultz definerer arkitektur til på ein særleg måte å vise ”verdens romlighet” (Lauvland, 2006, s. 120). Kva som er arkitekturen sitt endegyldige fundament, er imidlertid ikkje fastlagt (Ibid, s. 46).

Norberg-Schultz legg vekta på at kunstdimensjonen ved arkitektur handlar om den tryggleiken og fellesskapskjensla bygget gjev brukarane når bygget ivaretek og tolkar staden sitt *genius loci* rett. Kunstaspektet ved arkitekturen synleggjer for menneska heilskapen i tilværet, ved at arkitekturen står i ein samanheng med omgjevnadene, og synleggjer og tolkar staden sitt *genius loci*. Denne tolkingsprosessen vil vere ein aldri avslutta prosess. Kunstaspektet har difor både ei statisk og ei dynamisk side ved seg.

Funksjonelle analyser definerer i dag ofte dei ulike bygningstypene. Utgangspunktet er då den bruken huset har. Resultatet av dette blir berre ei overflatisk forståing av bygningen sitt vesen (Norberg-Schultz, 1978, s. 82). Desse analysane garanterer heller ikkje nokon familielikskap mellom bygg som høyrer til same stad og kultur. Ved i staden å spørje etter kva eit bygg skal samle, kan ein oppnå verkeleg forståing for kva bygget vil vere (Ibid.). Norberg-Schultz viser til at Le Corbusier la og meir i det å bu enn at det skulle tilfredsstillte menneske sine fysiske behov. Han sa: ”Det er synd på mennesker som bor i uverdige hus, fordi det ødelegger deres helse og deres moral” (1978, s. 113) og la vekt på at nye bustader skulle gjere det mogeleg for menneska å utvikle sin eksistens på ein organiske måte” (Ibid). Funksjonalismen hadde gode intensjonar ved tankane om å gje ”hus til folket”. Men når denne stilen fekk ei internasjonal utforming, så slutta ein imidlertid å ta omsyn til staden sin *genius loci*.

Norberg – Schultz nærmar seg definisjon på arkitektur slik den er framstilt i Store Norske Leksikon, bind 1:

Byggekunst, utforming av ting, byggverk og anlegg i landskapet, sett enkeltvis eller samlet, med den betyding at de *forskjellige miljøers praktiske og åndelige behov derved er tilfredsstillet og*

*samordnet på en overbevisende måte, alt sett på bakgrunn av tilgjengelige ressurser og rådende tekniske ferdigheter. Alt fysisk menneskeverk kan således få rang av arkitektur (s. 469, mi kursivering).*

Offentlege hus med ein offentleg funksjon skal visualisere meiningar som er felles for ei større gruppe eller for samfunnet som heilskap (1978, s.69-70). Her trer individuelle trekk tilbake, og visse generaliseringar blir sett i verk. Staden sin genius med sine mest stabile trekk blir tolka i bygd form. Desse refererer samtidig til allmennmenneskelege livsformer (Ibid). Offentlege bygg skal altså gje oss i følgje Norberg-Schultz fotfeste i fellesskapet, ved å konkretisera denne sin typiske livssituasjon. Dei offentlege bygga kan stå fram med større sjølvbevissthet enn dei individuelle husa, og blir slik meiningsbærande landemerker i landsskapet (1978, s.70). Arkitekturteoretikaren Giedion etterlyser også bygg som er demokratisk monument (Dirckinck-Holmfeld, 2007, s. 108).

Gestaltpsykologien spelar ein rolle hjå Norberg-Schultz (1978, 1996).

Gestaltpsykologien gjev visse organiserande prinsipp for korleis vi set saman sanseintrykka vi får. Dette er ifølgje gestaltpsykologien grunna i at sanseintrykka blir organisert utifrå heilskapen, heller enn som ein sum av enkle elementære einingar.<sup>39</sup>

I følgje Lauvland (2007, s. 47) har teorien om staden vore kritisert for både å vere ”tilbakeskuande” og for å vere ”romantisk.” Kritikken av teorien innan arkitektur, og kunsthistoriefeltet har og ofte vore vitskapsteoretisk grunngeve, i følgje henne. Bengtsson (1998) i Larsen (2009) hevdar at Norberg-Schultz overdriv staden sin allmennmenneskelege og ontologiske tyding. Menneska sin eksistensielle identitet er slik han ser det ikkje avhengig av om ein har ei konkret stadstilknytning, men knyter seg til sosialt fellesskap og til religiøse og politiske forhold. Han tvilar og på om det finst identitetslause stader.

### 3.4 Tematiseringar

---

Under dette punktet ser ein på sengeposten som stad, om natur og om lys. Tema om arkitektkonkurransen i 1960, funksjonsanalysen, og om markiser og høghuset langt til alle fire verdshjørne, handlar spesifikt om Sentralblokka på Haukeland universitetssykehus. Så kjem eit punkt om Hvidovre Sykehus. Etter dette får ein ei ”innsirkling” av kva det er som kan liggje i omgrepet form. I denne oppgåva er form sett som eit kunstuttrykk, som funksjon, som eit organisasjonsprinsipp og som

---

<sup>39</sup> Psykologisk skuleretning som blei grunnlagd i Tyskland av Max Wertheimer, Wolfgang Köhler og Kurt Koffka i 1912 ([www.snl.no/gestaltpsykologi](http://www.snl.no/gestaltpsykologi)). Gestaltpsykologien sine “lovar” for visuell organisasjon. Ein figur sine formmessige eigenskapar, blir danna utifrå nærleik (elementar dannar ein figur om dei er grupperte tett ved einannan). Om dei ligg på rekke (kontinuitet, eller om dei utgjer ein heilskap (sluttethet). Norberg-Schultz (1978).

landskapsdialog. Til slutt ser ein på sjukehuset som eit levande organisme, og kva dette får å seie for forma.

### 3.4.1 Sengepostområdet

---

Grimnes (1922) skildrar korleis ein i paviljongsjukehusa i Oslo, på Ullevål sykehus og ved Rikshospitalet sitt nye anlegg frå 1883, delte opp salane på 1920- talet i mindre einingar ved hjelp av “spanske veggar”, slik at talet på pasientar i kvart “rom” vart på rundt fire. Dette var med bakgrunn i at: ”De syke blir ikke saa genert av alle de andre pasienter i den store sal” (s. 151).

Ein kjent sjukehusarkitekt, Karl Grevstad (1900-1975) uttalte i Byggekunst nr. 7-8/1948

Det er ikke vesentlig forskjell på utformingen av sykepostene for de forskjellige spesialavdelinger. Det er rasjonelt å plassere disse enhetene over hverandre i egne sykefløyer. Sykefløyene bør antagelig orienteres med lengderetning øst/vest slik at sykerommene blir liggende mot syd. Det er vel sannsynlig at en vil komme frem til en noenlunde fast standard for utformingen av sykepostene, slik at utviklingen ikke vil medføre nevneverdige forandringer av sykefløyene (I Egner, 2000, s.235).

Akkurat når det gjaldt sengepostane har utviklinga i følgje Egner vist at Grevstad tok feil når det gjaldt *ei endeleg fast ufråvikeleg utforminga av sjukepostane*. Sjukepostane i 1920 og 1930 åra var organisert med 30 senger, og alle pasientane på ein post måtte dela eit eller to toalett i korridorområdet. I tillegg var det vanleg med berre ein dusj i kvar etasje. I dag går vi i ein retning der nye sjukehus berre har einmannsrom, og der eige bad i tilknytning til rommet er sjølvsagt.

Når det gjeld pasientromma, har Rikshospitalet og A-Hus ein blanding av ein og tomannsrom, mens på det nye sjukehuset på Kalnes; nye Østfoldsykehus, og i St. Olavs Hospital er berre einmannsrom. Prioriteringa av einmannsrom grunngjev Ragnhild Aslaksen, sjefsarkitekt for nye RiT, St. Olavs Hospital med at det gjev pasientane ein større grad av kontroll og blir ein positiv avgrensing. ”Ja, det kan skapes gode, tydelige omgivelser, gjenkjennelige steder med lesbare fysiske grenser, hvor en pasient kan føle seg trygg.” Ho seier vidare at

De veggene arkitektene ikke tegner inn, må pasientene selv etablere omkring seg, og det er veldig anstrengende å holde fotet med sin egen psyke. Men viss vi arkitekter er flinke til å bygge de veggene som skjerner pasientenes privatliv, kan pasientene slappe av og bruke kreftene på å bli frisk, så enkelt er prinsippet (Aslaksen. I Ødegården, 2005).

Når det gjeld det oljeindustrien kallar “samsoving”, der to personer delar lugar på ein oljeplattform, er dette i hovudsak avvikla sidan 2008/2009. Grunngjevinga for dette er i

krava til restitusjon og kvile. Dette kravet<sup>40</sup> vert så utdjupa i at dette kan best oppnåast ved at ”alt personell får sove uforstyrra og normalt alene”.

Sentralblokka<sup>41</sup> skal også i ein generasjon til fungere som hovudsenteret for verksemda på Haukeland sykehus, og lokala skal vere prioritert til klinisk verksemd.<sup>42</sup> Dette tyder at Sentralblokka i eit pasientperspektiv og får ein svært viktig framtidig funksjon å spele som areal og fysiske rom.

|                                 | Parkbygget                 | Sentralblokka       |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Bruttoareal                     | 1600 m <sup>2</sup>        | 600 m <sup>2</sup>  |
| Nettoareal sengepostar          | Ca. 460 m <sup>2</sup>     | (?)                 |
| Korridorlengde                  | 73 m                       | 30 – 33,5 m         |
| Nettoareal einmannsrom          | 17 – 22,6 m <sup>2</sup>   | 10,3 m <sup>2</sup> |
| Nettoareal tomannsrom           | 29,6 – 33,9 m <sup>2</sup> | 18,6 m <sup>2</sup> |
| Nettoareal firemannsrom         | 36 m <sup>2</sup>          |                     |
| Takhøgde                        | 3 m                        | 2.70 m              |
| Korridorbreidde på det smalaste | 2,5 m                      | 2,5 m               |

#### 3.4.2 Om hageanlegg

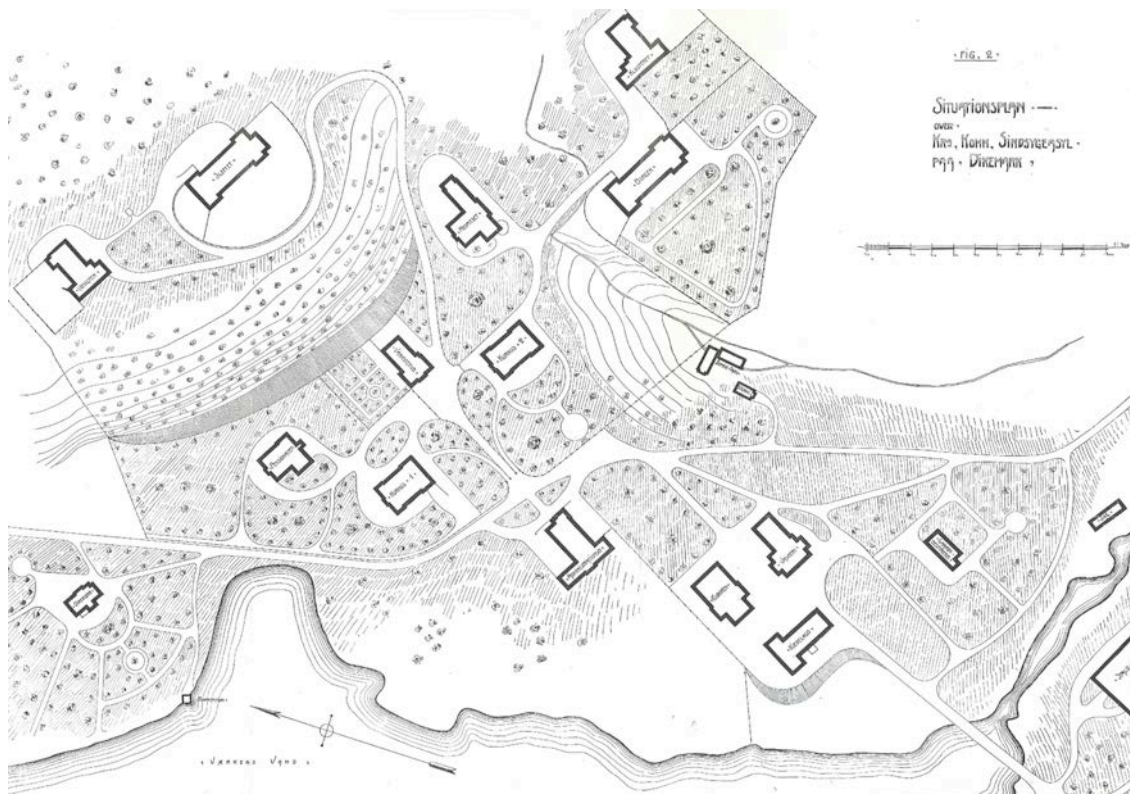
Florence Nightingale er kjent for å vektlegge *pasientperspektivet* (Elstad, 1984). Ho blei ein livslang forkjempar for paviljongmåten å byggje sjukehus på. Paviljongsjukehuset hadde sjukesalar i paviljongar i passe avstand til kvarandre. Dette motverka utdunsting og smittespreiing frå ein sjukesal til ein annan. Dei sjuke vart også organisert i ulike salar, i forhold til sjukdomsårsak. Utdunsting vart også hindra av planter og trer i eit hageanlegg mellom bygga.

<sup>40</sup> Krava til restitusjon og kvile, er å finna på Petroleumstilsynet sine nettsider, om aktivitetsforskrifta i paragraf 33, “ Kravet om nødvendig restitusjon og hvile som nevnt i fjerde ledd, innebærer blant annet at alt personell får sove uforstyrret og normalt alene, jf. Også paragraf 19, (mi kursivering, opplysningar mottatt av Arild Bråten, pr. e-post den 23. sept, 2011).

[http://www.ptil.no/aktivitetsforskriften/category379.html#\\_Toc249166134](http://www.ptil.no/aktivitetsforskriften/category379.html#_Toc249166134)

<sup>41</sup> Helse Bergen er eigar av store arealmasser Totalt er dei eigarar av fysiske bygningsmasser med eit bruttoareal på nesten 400 000 m<sup>2</sup>, og eit nettoareal på 348 584 m<sup>2</sup>.

<sup>42</sup> Arealplan for Helse Bergen, 2009-2020, oppdatert pr 2010.



Kristiania kommunale sidsygeasyl paa Dikemark i Asker stod ferdig i 1908. Her med ein illustrasjon av hageanlegget (Nordan, 1908).

Problemet med fortetting, slik at hageanlegget “skrumpar inn” og blir lite, er ein generell trend i utviklinga av sjukehusområda i etterkrigstida. Det er også trenden med å byggja ut bygningskomplekset over tid, slik at arkitektur-uttrykket spriker i ulike retningar. Dette er ikkje berre eit fenomen ved Haukeland Sykehus, men ved mange norske sjukehus i dag. Ved utredninga om eit nytt kreftbygg, såg ein i 2006 på området sørvest for Sentralblokka. Konklusjonen for området er skildra under.

Innenfor planområdet består all bebyggelse av bygninger knyttet til Haukeland Sykehus, og har et tydelig institusjonspreg. Sykehuset er bygd ut over tid, og bebyggelsen er sammensatt av bygninger av ulik størrelse og arkitektonisk uttrykk. De første bygningene stod ferdige på begynnelsen av 1900-tallet og er planlagt etter datidens rådende filosofi innen sykehusarkitektur, som enkeltbygg/paviljonger beliggende i et grønt parkområde. Nyere bygg har i ettertid “spist” av de grønne parkområdene. Området fremstår i dag som noe sammensatt og ustrukturert. Opprinnelige akser og naturlige forbindelseslinjer er delvis brutt opp, slik at området kan oppleves som et konglomerat som tidvis er vanskelig å orientere seg i (Helse Bergen, 2006).

Beathe C. Rønning og Tone Hansen seier om det det nye A-hus til forskjell frå det gamle:

Til forskjell fra det nye Universitetssykehuset i Akershus er det gamle et konglomerat av løsninger som har kommet til etter hvert som behandlingsformer har endret seg og nye behov har oppstått. Det gamle sykehuset var en labyrint, et kaos du trenger eksperthjelp for å navigere rundt i. Det nye sykehuset fremstår derimot som et samlende, gjennomkoreografert bygg, der en hovedakse, glassgata, fungerer som byggets ryggrad. Herfra forgreiner de ulike avdelingene seg, hver med ansvar for ulike kroppsdelar. Det er ryddig og greit å orientere seg. Estetikken er ikke lenger overlatt til tilfeldighetene (Rønning og Hansen, 2008, s. 174-175).

I dei nye sjukehusanlegga i dag er ein opptatt av å gje pasientane, også grøntareal i tilknytning til anlegga. Akselsen seier at det nye Rikshospitalet i Trondheim vil få eit grøntareal på 25 prosent av grunnflata på det nye sjukehuset (I Ødegården, 2005).

Rikshospital har sengepostane i låge bygningskroppar, over tre etasjar, med ein vertikal struktur der sengepostane vender mot parkanlegget, for gje pasientane utsikt til natur.

### 3.4.3 Om lys

---

I "Notes on Hospital" frå 1857 /1863 set Florence Nightingale fram fire "vital conditions" for helsegjevande sjukehusbygg. I tillegg til lys, er dette også ventilasjon, disiplin og å kunne tilby overvaking (Nightingale, 1863/1975, s. 25). Å få lys inn til senga grunnleggjer ho tidleg i boka med at det hjelper ein å bli fortare frisk. Ho seier:

Dark barrack-rooms, and barrack-rooms with a nothern aspects, will furnish a larger amount of sickness than light and sunny rooms. Among kindred effects of light I may mention, from experience, as quite perceptible in promoting recovery, the being able to see out of a window, instead of looking against a dead wall; the bright colours of flowers; the being able to read in bed by the light of a window close to the bed-head. It is generally said that the effect is upon the mind. Perhaps so; but it is no less so upon the body on that account (Nightingale, 1863, s. 19).

Eit mangfald av vindauge, såg ho på som viktig av tre grunnar. For å gje lys, ventilasjon, og for å gjere pasienten i stand til å lese i senga (Nightingale, 1863, s. 68). Når det gjeld lys, seier ho at eitkvart sjukehus bør gje "a provision of abundant light" i ein kvar del av eit sjukehus, der dei sjuke er plassert (Ibid, s. 92).

Når det gjeld vindaugo i sjukesalen, gav ho eksakte mål for vindaugo si plassering opp frå golvet, og kor langt opp mot taket dei skulle gå. Lyset burde spreia seg ut på minst to til tre fot av golvarealet (Thompson & Golding 1975).<sup>43</sup> Vindaugo skulle også utgjere ein tredjedel av yttervegg- arealet. Det skulle vere eit vindauge for kvar andre seng, og vindauge på begge sidene av sjukesalen. Ho gav også direksjon om lengderetninga av sjukesalane. Dette var på bakgrunn av kor ein ville få sol i størst mogeleg grad inn i rommet løpet av dagen. Aksen til sjukesalen burde difor vere så nær nord- sør som mogeleg (Ibid).

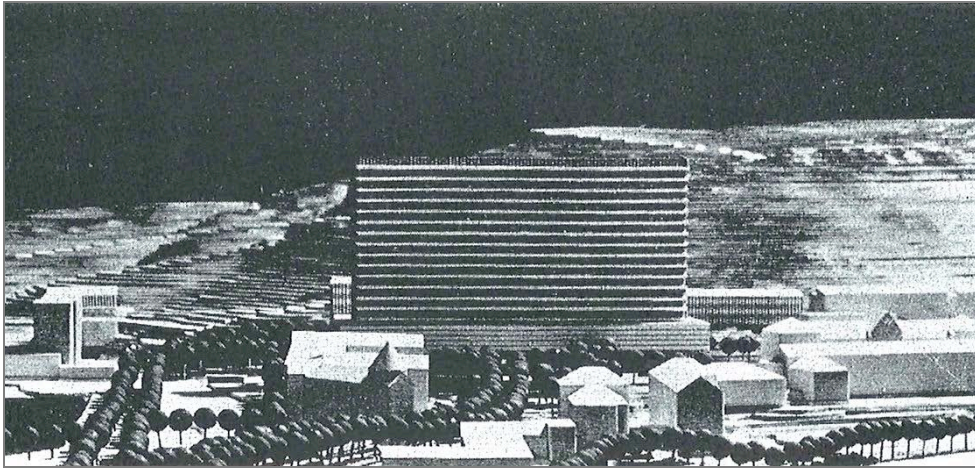
---

<sup>43</sup> Side 160.



### 3.4.4 Arkitektkonkurransen i 1960, høghuset og den monumentale sjukehusarkitekturen

---



Bygget som fekk 1. premie i konkurransen om nytt sjukehusbygg ved Haukeland Sjukehus, var, som sagt tidlegare forslaget ”Stepsaver” ved arkitektane Gunnar Krohn og E. Hartvig Rasmussen frå København.

Styret for Interessentskapet Haukeland Sykehus innbaud til ein nordisk arkitektkonkurransen i juli 1959, og fekk inn 40 forslag til fristen året etter.

Konkurransen førte til premiering av tre forslag, og i tillegg innkjøp av ytterligare to forslag.

”Hovedkomplekset består av en lavere bred basisdel som inneholder de avdelinger som har med publikum å gjøre – som vestibuler, administrasjonskontorer og poliklinikker – og dessuten undersøkelses- og behandlingsavdelinger, samt laboratorier og garderober for personalet. Over basisbygningen reiser den 13 etasjer høye vestvendte sengeblokk seg. Hovedblokkens totalhøyde er 19 etasjer” (Haukeland sykehus, 1960)

I følgje juryen gav basisdelen ein konsentrasjon i drifta, og god løysing på problema med trafikk i komplekset. I tillegg hadde forslaget føreslått gode løysingar i forhold til å gje dagslys inn til dei lokalane som ligg lengst inne i behandlingskomplekset.

Arkitektkonkurransen i 1959 avslørte fleire store problemområder med tomta. For det fyrste gjekk det ei trafikkåre gjennom tomteanlegget, Haukelandsveien. For det andre var tomteområdet lite i utgangspunktet for eit så stort nybygg. For det tredje hadde tomta mot aust ein avgrensing i ein sterkt stigande fjellskråning, som gjorde tomta vanskeleg tilgjengeleg slik juryen såg det utan ei omfattande utsprenging av fjellet (Ibid, s.8).

Det var og eit vilkår at sjukehuset skulle vere i drift igjennom heile byggeperioden. For å kunne dette måtte eksisterande bygningsmasse brukast i anleggstida. Byggekomiteen meinte imidlertid at ein ville ha fått det mest rasjonelle sjukehusanlegget, om ein såg vekk ifrå det gamle anlegget, og i staden for kunne ha planlagt eit heilt nytt anlegg (Ibid s.20).

Ved plassering *vest på tomta* var tomteforholda enklare enn mot øst, og kostnadane dermed minst ved utbygging her. Det ville og gje ein maksimal konsentrasjon av bygningsmassen, med korte avstandar mellom bygga. Dei bygga i arkitektkonkurransen som er plassert her, greier imidlertid ikkje å bruke dette arealet tilfredsstillande.

Konsentrasjonen av byggemasse blir for tett. Dei meiner og at ”for å skape et trivelig anlegg er det av stor betydning at den nåværende vakre park kan bevares” (Ibid, s.8).

Ved plassering på *austsida av tomta*, vil drifta av sjukehuset kunne fortsette i den eldre bygningsmassen. I tillegg vil den gamle sjukehusparken bli verna. Dei peikar så på tre forhold av negativ art ved ei slik plassering. For det fyrste vil det kupertede området vanskeleggjer eit anlegg av ein slik storleik. For det andre vil det å pressa bygningsmassen for tett opp til fjellet ikkje vere heldig estetisk sett. Og for det tredje så vil ei omfattande utsprenging verke inn på lys og utsiktsforhold. Om anlegget skulle plasserast på begge sider av Haukelandsveien, ville dette gje eit uheldig langstrakt desentralisert anlegg.

*Det som skil det vinnande utkastet frå dei andre, var fyrst og fremst at dei lar riksvegen, Haukelandsveien gå i tunnel under bygget.* Ved å plassere anlegget over Haukelandsveien blir minussidene ved ei rein aust eller vest-plassering redusert i stor grad. ”Den nye hovedblokk ligger da sentralt i sykehusområdet og dette vil få en jevnere og mer harmonisk utnyttelse” (Ibid s. 8). Det fører og til at problemet med trafikkstøy blir eliminert. Det nye bygget blir integrert i sjukehusmiljøet med dei gamle bygga, og den gamle verdifulle parken vert tatt vare på (Ibid, s. 6). På austsida av hovudblokka var det planlagd ulike lokalitetar for studentar, med kantine, lesesalar, sjukepleieskule og elevbustader. Plasseringa av dei mindre lokalitetane aust for basisblokka meiner dei gjer at overgangen mellom fjellet og hovudkomplekset fungerer godt. Det store komplekset som ytre form står slik dei ser det fram både med ein arkitektonisk holdning og karakter (Haukeland sykehus, Bergen, 1960 s. 7).

Juryen kommenterer at dei fleste forslaga baserar seg på ein samling av alle sjukehuset sine avdelingar i eit stort kompleks, noko som dei meiner gjev rasjonelle fordelar når det gjeld drift. Samtidig påpeikar dei så problema ein slikt kompleks kan gjev:

”...fører en slik konsentrasjon til bygningsmasser av så store dimensjoner, at det ikke er lett å gi dem en utforming som harmonerer med by- og landskapsbilledet. Sykehusets dominerende beliggenhet øker vanskelighetene. Ennå viktigere er det at bygninger av den størrelse det her er tale om kan virke knugende og ikke lett lar seg forlike med de krav man må stille til trivligheten i et sykehusmiljø. I de store bygningskropper er det også fare for at det kan bli utrivelige arbeidsforhold ved større mørke kjerner. Mange av konkurrentene viser at de er oppmerksomme på disse momenter” (Ibid, s.8).

Dei avslutter likevel med å sei at: ”Oppgaven har tydeligvis stillet så store krav til arkitektene i sykehusmessig henseende at kun et par utkast viser at forfatteren makter å gi utkastet også en tilfredsstillende arkitektonisk utforming” (Ibid, s.8).

#### 3.4.5 Om funksjonsanalysen

---

Når det gjeld Haukeland sykehus er det ingen tvil om at funksjonsanalyse vart brukt som ”verktøy” og ”ideologi” i planarbeidet til sjukehuset, både av arkitektane og av brukarutvalet. Funksjonsanalysen var tatt i bruk i arbeidet med bygget før 1970, men då var det Statens bygge- og eiendomsdirektorat som betalte for det (Heimann, 1975, s. 1277). Arkitektfirmaet finansierte så arbeidet med funksjonsanalysen. Gunnar Krohn meiner at dei på bakgrunn av funksjonsanalysen, kunne framskrive bygget for dei tekniske nyvinningane som ein ville få i byggetida, slik at det var ”up to date” ved ferdigstillingen (Krohn, 1985, s. 359). I eit brev frå Krohn og Hartvig Rasmussen, ved arkitekt Lohfert, gjer dei greie for tankegangen bak funksjonsanalysen:

Systematisk funktionsanalyse kan dermed defineres som en prosjekteringsmetodik, som gennem en systematisk analyse af hospitalets funktionsproblemer danner forudsætninger for en beslutningsprocedyre, som muliggør en effektiv og rationel hospitalsprojektering. Systematisk funktionsanalyse kan endvidere defineres som det arbejde, som består af en abstrakt analyse af en funktion, samt en konkret planlægning og beskrivelse av denne (Bergen Byarkiv, 2050/3a-Eø 13 – Systematisk funktionsanalyse som grundlag for hospitalsprojektering, ved P. Lohfert s. 2).

Systemet skal gje grunnlaget for ein klar beslutningsprosedyre og til ein effektiv og rasjonell projekteringsprosess. Han seier vidare at:

Hospitalernes voksende opgave i samfundet og *hospitalindustriens økonomiske størrelsesorden i det hele*, taler for at anvende den moderne research metode ved udarbejdelse af projekteringsgrundlag til de nye hospitalsprojekter. Herved opnås der samtidig, at *der foreligger instruksjoner i form av brugsvejledninger, som klarlægger, hvordan hospitalet skal drives i det daglige arbejde* (Ibid, s.3, mi kursivering).

Her er sjukehus blitt til hospitalindustri. Bakgrunnen for analysen er industrien, her under namnet ”industrial engineering and management”. Metoden gjev ifølgje Lohfert hjelp til å planlegge og gjennomføre kompliserte prosjekt. Formålet var å gjere prosjektet så effektivt, økonomisk og rasjonelt som mogeleg.<sup>44</sup>

Peter Heimann ynskte at dei konkrete bruksretteingane<sup>45</sup> skulle bli laga for Haukeland sykehus. Då for å garantere at sjukehuset vil bli brukt slik planleggjarane hadde tenkt, og ut ifrå dei intensjonane som brukarutvalet arbeidde etter (Heimann, 1975, s. 1279). Dette vart imidlertid ikkje gjennomført. Ved at ikkje funksjonelle bruksretteingar er laga med informasjon om korleis sjukehuset skal brukast, seier han: ”Man kommer

---

<sup>44</sup> Bergen Byarkiv, 2050/3a-Eø 13 –Systematisk funktionsanalyse som grundlag for hospitalsprojektering, ved P. Lohfert, s. 2.

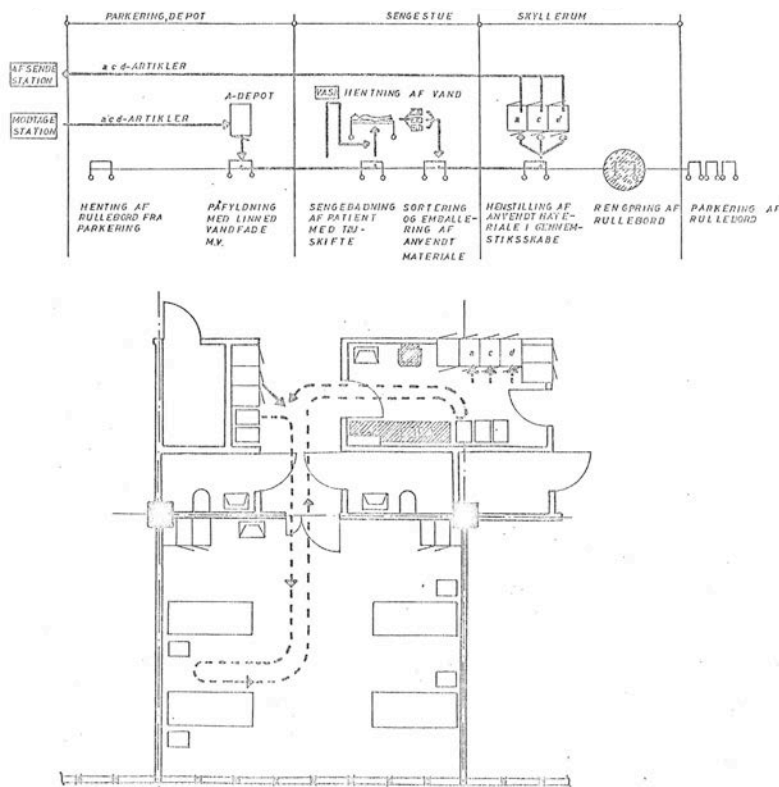
<sup>45</sup> Dette er nivå fire i funksjonsanalysen.

nemlig til å få store problemer når personale skal overføres fra det gamle sykehuset, der arbeidet drives av helt andre prinsipper enn i det nye sykehuset, som er bygd opp omkring et helt annet funksjonelt tenkesett” (Heimann, 1975, s. 1278). Han peikar på at ei ny organisering i eit nytt bygg, har sine utfordringar, fordi ein ny organisasjonstankegong pregar det nye byggets prosjekteringsprosess.

Heimann skildrar nivåa i funksjonsanalysen, som byrjar med ei abstrakte funksjonsskisse. Dette nivået har i følge Heimann ikkje fungert, han seier:

Til tross for at vi arbeider ved et universitetssykehus, der man skulle tro at personalet var trent i abstrakt, teoretisk tenking, har brukerne hatt vanskeligheter med en slik analyse og nesten utelukkende innskrenket seg til diskusjon om kvadratmetre og gamle romprogrammer (Heimann, s. 1279).

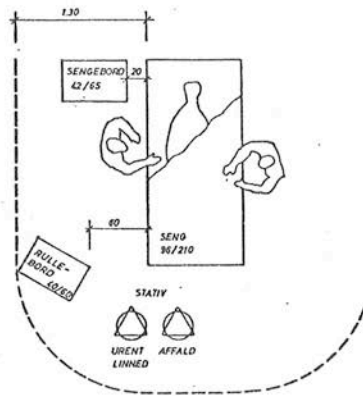
Funksjonsanalyse av sentralforsyninga ved Haukeland sykehus er utgjeve i ei eige bok på 29 sider. I underetasjen anbefalte ein å opprette ein sentral eining når det gjaldt forsyningssystemet, i staden for ein desentralisert system.



Som eit døme frå funksjonsanalysen av sentralforsyninga viser ein her illustrasjonen over rullebordets sirkulasjonsforløp, uttrykt ved pasientstell i seng. BBA-2050.03a Haukeland sykehus. Byggerådet.

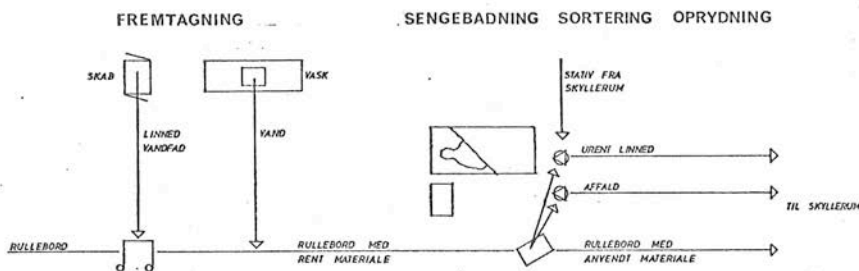
Formålet med illustrasjonen var å visualisere måten materialet sirkulerte på under ein særskild prosedyre. Transportveglengde og dei ulike prosessane i prosedyren blir synleggjort. Romma blir tilretteleggjarar for effektiv drift, og for at dei ulike prosedyrane kan utførast på ein driftsøkonomisk måte.

I FUNKTIONSSKISSE  
SENGBADNING

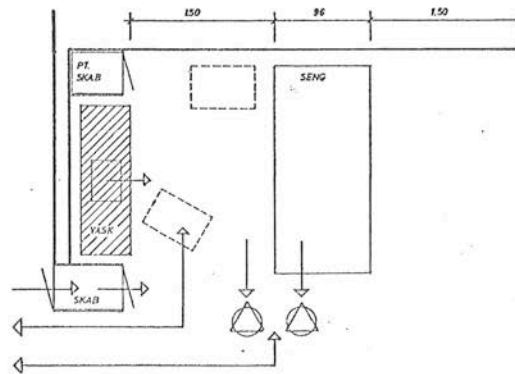


8

II FUNKTIONSANALYSE  
SENGBADNING



III PLANLØSNING



Rommets storleik blei fastsett ved ein analyse av dei funksjonane som skulle utførast i rommet. I prinsippsskisser viser ein også at det utstyr som trengst får plass i rommet (Heimann, 1975, s. 1278). BBA-2050.03a Haukeland sykehus. Byggerådet.

Kva rolle funksjonsanalysen praktisk har spelt for organiseringa og utforminga av sjukehuset, når det kjem til arbeidet brukarutvalet gjorde, er ein tematikk som opnar for vidare utforsking. Dette kan ikkje gjerast her. Sett utifrå Heimann sin artikkel, ser det likevel ut til å ha spelt ein stor rolle, men berre i form at ei målinnpassa utforming, og slik er den delvis blitt ufullstendig (Heimann, s. 1277). Funksjonsanalysen sitt abstrakte nivå, og utarbeidinga av funksjonelle bruksrettleingar manglar. Det synest klart at både brukarutvalet og arkitektane hadde funksjonsanalysen som eit uttalt grunnlag for

arbeidet med å formgje sjukehuset. *Det vil igjen sei at det var rasjonelle driftsomsyn som var førande for teiknearbeidet arkitektfirmaet gjorde med Haukeland Sykehus, der fokuset var på å tilretteleggje bygningsmessig for arbeidet helsepersonellet skulle utføre i romma.*

#### 3.4.6 Betongmarkiser, betongaltanar og høghuset lagt til alle fire verdshjørne

Gunnar Krohn skildrar bygget i Byggekunst (1985), der solavskjerminga og bygging av betongmarkiser heng saman med at Bergen ligg så langt nord, slik at det i sommarhalvåret vil vere lyst store delar av døgnet. Pasientane vil då blir utsatt for store mengda sol om sommaren.

I sommer halvåret er solen på himelen i Bergen til kl. 11 om aftenen, og dukker op igjen kl. ca. 1.00. En pasient, som ligger måske 10 dage på sykehuset netop i sommerhalvåret, i et rum uden anden solbeskyttelse end en gardin eller en persienne, som personalet skal betjene, vil føle et sådant sygeophold som en "straf" (s. 351).

Tiltaka for å motverke dette var to ting. Det fyrste tiltaket var å få brukarutvala med på å leggja sengeareala til alle verdshjørna, også mot nord. Slik kunne ein gå frå sengeareala utforma som eit høghus på 16 etasjar, til sengeavdelingar over 4. etasjar.

Det andre tiltaket var den utvendige bygningsfaste solskjeminga. Den gav samtidig blending for overbelysning på 1/7 av golvarealet, som loven krav til vindaugsarealet. Det tredje tiltaket var å gje fasaden eit altansystem.<sup>46</sup>

Argumentasjonen for altanar var også at ein kunne oppretthalda ein enklare konstruksjonen av råhuset. Kvadratnettet i bygget er, som tidlegare sagt på 7,2 x 7,2 meter, og ved å halda på søylesystemet i eit kvadratnett, gav dette sengepostane større djupne enn det ein trong i sengeavsnittet i følgje arkitektane. Sengehuset vart trekt inn og gjort mindre. Dette stadfester også Møller (2011).

Reint praktisk kunne så det overskytande arealet ein får difor brukast til altanar, i følgje arkitektane. Løysinga med altansystemet ville gje tre fordeler: For det fyrste vil det gje eit påtrengt supplement til utandørsareala i forbindelse med sengeromma. For det andre vil det gje solavskjerming for sengeromma. Og for det tredje vil det gje ein enklare vindaugekonstruksjon, av di heile vindaugefronten kan gjerast fast, samt at vindaugspussing kan gjerast frå altanane.<sup>47</sup>

Betongaltanar og betongmarkiser blir argumentert for med praktiske forhold, det lettar vindaugskonstruksjonen, vindaugo kan lettare vaskast, og det overskytande arealet blir brukt.

<sup>46</sup> Bergen Byarkiv 2050/3a, Eø 1. Forslag 4. datert 5.11.1968, ved Krohn & Hartvig Rasmussen.

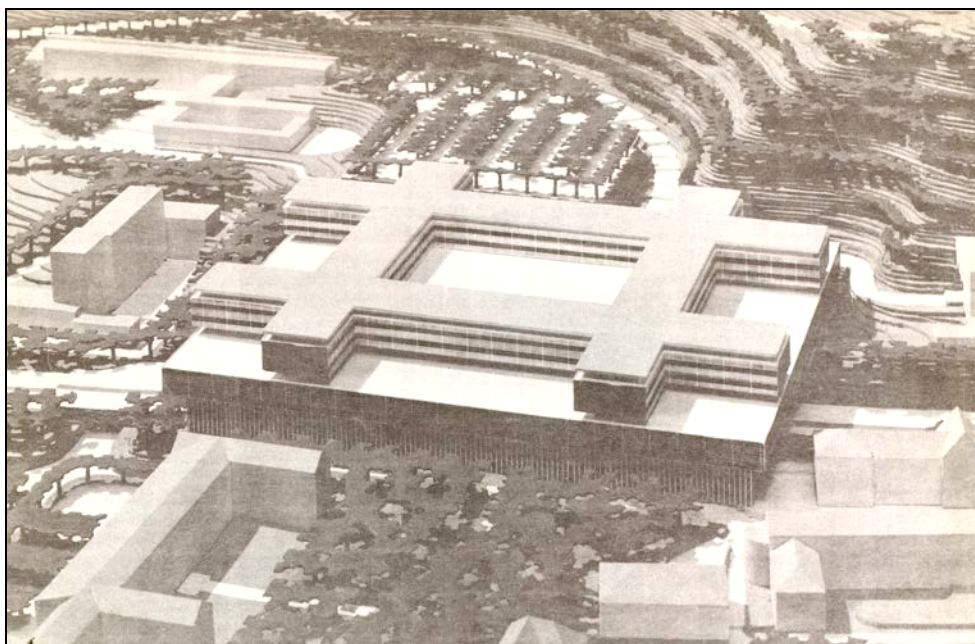
<sup>47</sup> Bergen Byarkiv 2050/3a, Eø 1. Forslag 4. datert 5.11.1968, ved Krohn & Hartvig Rasmussen.

Fasaden med faste betongmarkiser og betongaltanar gjer at heile bygget får eit ”fort” liknande preg. Altanane kan heller ikkje brukast av pasientane som utandørsareal, då altanane berre kan nåast ved å kripe gjennom vindauga frå pasientromma. Altanane slik dei er i bruk i dag, fungerer berre som ”fasadepynt.”

### 3.4.7 Om Hvidovre, eit lågtliggjande anlegg

---

Om det hadde vore mogeleg, i forhold til tomteforhold, ville dei lagt heile behandlingsavdelinga på Haukeland sykehus i ein einetasjes struktur.<sup>48</sup>



Arkitektane viser med ei skisse i 1965 korleis dei tenkte seg sengepostane over basisblokka utforma som eit lågare anlegg i staden for i ei høgblokk. Kjelde: Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, *Udbygning af Haukeland sykehus*, okt. 1966, Krohn & Hartvig Rasmussen. s.4. BBA-2050.03a Haukeland sykehus. Byggerådet.

Arkitektane oppførte frå 1976 kommunesjukehuset Hvidovre utanfor København. Samtidig med at dette sjukehuset er under planlegging, er også bygningsstrukturen til Sentralblokka i støypeskeia. Hvidovre kommunesjukehus var planlagt med 288 senger.<sup>49</sup> Skildringa deira som er vedlagt utgreiinga om utbygning av Haukeland Sykehus frå oktober 1966, ”*Københavns kommunes hospital i Hvidovre. Beskrivelse af det 1. præmierede konkurraenceprojekt*” går over 10 sider, og utan at det er opplyst kvar dette er publisert i fyrste hand. Dei hevdar at et slikt mindre anlegg, som spreiar seg arealmessig utover heller enn i høgda er å føretrekke. Fordelane med eit mindre anlegg er at det bidrar til å humaniserer sjukehusmiljøet, låge pasientpaviljongar vil også gje pasientane ein større nærleik til plante og dyrelivet utanfor.<sup>50</sup>”Ved en opdeling

---

<sup>48</sup> Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, *Udbygning af Haukeland sykehus*, okt. 1966, Krohn & Hartvig Rasmussen. s. 2.

<sup>49</sup> Same fotnote som over, men under teksten: *Københavns kommunes hospital i Hvidovre*, s. 203

<sup>50</sup> Som fotnote 48, s. 8.

af totalanlægget i ”småsygehuse” skulle det være muligt at komme bort fra de store sykehuses ”myrtuepræg”, og genskabe en del af den intimitet og hygge, som kendes fra mange små sygehusanlæg eller større pavillonsygehuse”.<sup>51</sup>

Arkitektane meiner og at bygget også i større grad kunne tilpassast ein låg omkringliggjande bebyggelse.<sup>52</sup> Behandlingsavdelingane fekk dagslys, og naturleg ventilasjon. Mens dei meir djuptliggjande behandlingsområda fekk lys frå små glasoverdekte atrier. Dirckinck-Holmfeld (2007, s. 106) meiner likevel at strukturen er “umåtelig” i sin utstrekning

### 3.5 Arkitektur som form- ei tilnærming

---

Ramm Østergaard (2011) deler arkitekturfeltet inn i tre likeverdige områder, som tre sirkular der kvar av desse er integrert i dei andre: Det er teknikk, funksjon og form. Her vil ein imidlertid dele tematikken opp litt annleis. Form blir sett som kunst, som funksjon, eit organiseringsprinsipp, og som dialog med landskapet rundt. I tillegg vil sjukehuset, som institusjon, bli omtala som ein levande organisme i eit siste punkt, av di dette påverkar forma i sterk grad. Ein vil også presentere Sentralblokka som bygg i forhold til tematikken under.

#### 3.5.1 Form som eit kunstuttrykk

---

Arkitektfirmaet Krohn og Hartvig Rasmussen, uttalte seg i 1965 om i kva grad “Gamle Hovedbygning” burde byggjast om til å inneha moderne sengeposter. I den forbindelse uttalar dei seg om korleis dei tenkjer om form, og korleis ein før tenkte på form som eit uttrykk. Dei skildrar Gamle Hovedbygning slik:

Bygningen er en murstensbygning med betonetageadskillelser. Den overvejende del er opført i 1912. Ved planlægningen af denne bygning *har ydre arkitektoniske forhold* vært afgjørende for husets form, hvilket har bevirket, at en del rum er ”opfundet” for at gjøre det mulig at forsyne huset med karnapper, frontispicer og andre arkitektoniske bygningsdele, som datidens arkitekter arbejdede med (Bergen Byarkiv, 2050/ 3a. Romprogrammet frå 1964 ”Innstilling om Utbygging av Haukeland sykehus” (1965) s.22, mi kursivering).

Sitatet kan tolkast som at arkitektane derimot arbeidar i eit formspråk der indre forhold, og den bruken huset skal ha, er det avgjerande for kva form huset får.

I forhold til om bygget har arkitektonisk verdi, er det i Landsvernplan for helsesektoren, og i høringsutkastet for Sentralblokka ikkje føreslått vern eller bevaring av eksteriøret til bygget. To hus er føreslått verna av landsvernplanen for helsesektoren, det er det vesle H- bygget, oppført i 1912 for særskilte isoleringspasientar, og Sentralkjøkken/

---

<sup>51</sup> Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, *Udbygning af Haukeland sykehus*, okt. 1966, Krohn & Hartvig Rasmussen. s. 8.

<sup>52</sup> Same fotnote som over, men under teksten: Københavns kommunes hospital i Hvidovre, s. 212.



kantine frå 1966.<sup>53</sup> Paviljongsjukehuset<sup>54</sup> på tomte, utanom vesle epidemibygning<sup>55</sup> er verna i klasse 2, med vern av eksteriøret.

Sentralkjøkken/kantine blir omtala som eit bygg med viktige tidstypiske formtrekk, med ein høg kvalitet i formgjevinga og i materialvalet, både eksteriør, og interiørmessig.<sup>56</sup>

Det som Høringsutkastet for Landsvernplan for helsesektoren imidlertid har freda på Sentralblokka er hovudauditoriet. Både storleiken, detaljane, og kvaliteten i materialbruken her meiner dei vitnar om den vektlegginga ein har lagt på sjukehuset som ein utdannings og forskingsinstitusjon. *Byggningsmessig er dette eit signal om den rolla sjukehuset har som ein utdannings og forskingsinstitusjon. Dei seier:*

Romkomplekset er svært godt bevart med svært tidstypisk interiør fra oppførelsestiden. *Størrelsen og detaljeringen vitner om den rollen sykehuset har som utdannings- og forskningsinstitusjon. Kvaliteten i materialer og utførelse er også et uttrykk for den betydning som er tillagt undervisningsvirksomheten i et sykehusbygg som for øvrig er gjennomgående preget av industriell utforming av materialer og bygningselementer (Ibid, s. 1, mi utheving).*

Dei meiner at Sentralblokka eksteriørmessig er prega av ein industriell utforming i både materialar og bygningselement.

Berre eit sjukehusbygg i Noreg har fått den mest høgthengjande norske arkitekturprisen Houens fond minnepris. Denne prisen fekk Stord sjukehus i 1975. Arkitektane for Stord sjukehus var Anna og Jostein Molden. Grunngevinga for tildelinga var:

Anleggets store bygningsmasser og strenge funksjonskrav er behersket av en formende vilje, og det har lyktes å innpasse anlegget i naturen, skape et rikt og variert miljø og arkitektur av høy kvalitet. Ubehandlet betong er anleggets hovedmateriale formet med en respekt for de krav en rasjonell produksjon stiller. En sterk humanisme har likevel maktet å avtvinge betongen en frisk og godmodig varme (Grimelund, 1976, s. 29).

Forholdet mellom sjukehuset som kunstnarisk form, og som "eit hus" for teknikken, er ein diskusjon som har pågått lenge. Dette viser sitata under, som er frå 1922, og 1932.

Hvad arkitekten skal passe paa ved anlægget av en pleieavdeling er at rummene blir saaledes anlagt, at arbeidet for betjeningen blir lettest mulig. At støi fra trapper, heiser og arbejdsrum ikke genererer de syke. Man bør gjøre hvad gjøres kan for at der kan bli hyggelig og godt at være, saa pasienter og betjening kan trives. Man skal ikke glemme den oplivende virkning som selv i et sykehus kan opnaaes ved en kunstnerisk anvendelse av form og farge. Endelig bør det betones at avdelingen er den enhet, hvorav det hele sykehusanlæg bygger sig op, den viktigste del hvorom alle de andre dele av anlægget slutter sig (Grimnes:151-153, Byggekunst 1922, årgang 4).

---

<sup>53</sup> Oppført av arkitektfirmaet Krohn & Hartvig Rasmussen, med S.Christiansen som utførande arkitekt.

<sup>54</sup> Gamle hovedbygning, Vaskeri og Kjøkkenbygning, i dag administrasjonsbygget, Gamle Gade, og Store epidemibygning/ i dag kalla Gamle medisin B.

<sup>55</sup> Rive somaren 2010, påbygd på 1960 talet, og sidan omtala på folkemunne som "hudbygget".

<sup>56</sup> Landsvernplan for helsesektoren, Høringsutkast, bygning 9901225 310104 - Sentralkjøkken/kantine. Terminal vest, Kompleks 9900113 Haukeland universitetssykehus, s. 1.

I dette innlegget legg Grimnes vekt på faktorar som har med trivsel å gjere, at det skal vera hyggelig og at det blir ein plass som ein kjenner seg vel. Kunstnarisk bruk av form og farge blir sett på å gje positive verknader, i form av at det ”liver opp” pasientane.

På den andre sida har vi eit sitat frå professor Johan Holst som i ein artikkel ”Om de forskjellige arter av sykehus og deres oppgaver” i Byggekunst frå 1932 der han seier:

Det de trenger er et sykehus innrettet på enkleste vis, men utstyrt med et teknisk apparat, som tillater det å ta i bruk de maktmidler i kampen som den moderne medisin stiller til vår rådighet. Det er derfor vel og bra, og selvfølgelig, at man sørger for å gi et sykehus smukk fasade, vakker tomt, lyse, vennlige, luftige sykeværelser etc. Men viktigere enn dette er at sykehuset planlegges, anbringes og innrettes slik, at det på hensiktsmessig måte kan tjene de medisinsk- tekniske formål som er dets raison d’etre (Byggekunst, 14. årgang, 1932, s. 61).

Her er det sjukehuset sin funksjon som å tena eit medisinsk teknisk rasjonelt formål som er det viktigaste, og som må ha forrang framfor smukk fasade og ei vakker tomt. Den oppgåva som eit sjukehus har og skal utføre, behandling, utredning og pleie, kan det sameinast og innretta etter både tekniske og rasjonelle medisinske prinsipp og etter ein kunstnarisk bruk av form og farge?

### 3.5.2 Form som funksjon

---

Form som funksjon er omtalt både under avsnittet om funksjonsanalysen, og blir også kommentert under punktet, kva er arkitektur og i teoridelen som omhandlar Norberg – Schulz sin teori. Punktet blir difor ikkje vidare kommentert her.

Når det gjeld møtepunkta mellom form og funksjon har Øystein Almås uttalt: ”Det unike i et byggverk springer ut av funksjonen. Oppgaven er aldri den samme. Stedet er alltid nytt.” (Almaas, 1996, s. 28).

### 3.5.3 Form som eit organiseringsprinsipp

---

Wagenaar (2006) hevdar at ei stor monoblokk kompliserer den innvendige logistikken. Bygga blir på grunn av sin storleik, vanskelege ”puslespel.” *Når det gjeld både Sentralblokka og Parkbygget, så har organiseringa av trafikkforholda, vore eit viktige prinsipp i formgjevinga av bygga.* Birch-Lindgren (1938) hevdar at logistikk er grunnleggande i moderne sjukehusplanlegging når utviklinga går mot at pasienten, i mykje større grad enn tidlegare, blir kjørt rundt til røntgen, undersøkingar og operasjon. Pasienten ligg ikkje primært på sjukesalen lenger, slik som tidlegare. Eit intimt samarbeid mellom dei ulike spesialavdelingane, både i medisinske og administrative forhold, gjev også ein auka trafikk, ifølgje Birch-Lindgren.

Helse Bergen har sett av plass til eit kreftbygg på tomta der Hudbygget før stod. Her skal ein samla all ikkje kirurgisk kreftbehandling i eit bygg. I arealplanen seier dei:

Et framtidig kreftbygg er langt mer enn et bygg, det er i større grad snakk om endring i organisasjon og arbeidsform... Utredning og behandling av kreft blir over tid stadig mer komplisert og tverrfaglig. Den enkelte pasient kan ikke lenger taes hånd om av en enkelt avdeling. Dette kan ikke løses ved at man sender den enkelte pasient fra avdeling til avdeling mens ukene går. Den enkelte pasient må møte et sykehus der diagnostikk, behandling og pleie fra dag en er samordnet og tilpasset den enkelte pasients krefttype og øvrige behov... Man må skape et stort felles fagmiljø på tvers av avdelinger, profesjoner og spesialiteter. En viktig faktor for å lykkes, er at de bygningsmessige forhold legges til rette. Kreftbygget er derfor noe langt mer enn en utbygging for å møte et arealbehov: *Bygget vil være et redskap for å bygge det felles fagmiljø for kreft som må til for at pasientene skal møte et fullt ut samordnet og sømløst tilbud* (Helse Bergen 2010, s.66, i kursiv, mi utheving).

Sitatet over viser at *organisasjonsendringar vanskeleg kan gjennomførast, utan at dei fysiske forutsetningane er lagt til rette for dette*. Organiseringa i sengetun, kan vere eit moderne døme, på kva eit nytt bygg, også gjev av ny organisering av verksemda. *Dømet under viser og at fysisk form er eit kraftfullt verkemiddel for å organisere verksemda etter eit organiseringsprinsipp*.

St. Olavs hospital har i det nye sjukehuset omorganisert sengepostane, i ein sengetun-modell. Denne modellen er så også brukt i A-Hus, og vil bli brukt i det nye Østfold sjukehus på Kalnes. Eit sengetun er ein organisering av helsepersonellet sine arbeidsstasjonar i klynger rundt 6-8 pasientar. Då kan personell, og materiell samlast i sentrum av ei klynge. St. Olav har 8 pasientar i ei klynge, mens A-hus har 5-7 senger i kvar klynge (Smith, 2009, s. 35). Arbeidsstasjonen til helsepersonellet er utforma som ein "hotell-resepsjon", der helsepersonellet sit og arbeidar ope ute i sjukehuskorridoren. Organiseringa i sengetun på dei nye sjukehusa i Noreg, er eit døme på at arkitektur skapar liten debatt, og når det handlar om store endringar i arbeidssituasjonen til helsepersonellet. På Parkbygget har ein imidlertid organisert romma på ein annan måte. Dei seier:

For at personalet skal kunne fungere godt, må arbeidsforholdene legges til rette på en fornuftig måte. På arbeidsplassen tenker vi oss områder som mer eksklusivt er forbeholdt personalet. Dette er områder hvor en kan arbeide mer "uforstyrret" av pasienter eller pårørende, hvor en har et friområde og hvor en kan snakke fritt uten tanke på taushetsbrudd. Det vil videre kunne skjermes pasienter for unødvendig støy og øke sikkerhetsaspektet (Forprosjektrapport, 2004, s. 13).

#### 3.5.4 Form som dialog med landskapet rundt

I artikkelen i byggekunst i 1985 seier Gunnar Krohn at dei vanskelege ytre forutsetningane gjorde målsetjinga deira blei vanskeleg: "At bygge huse for mennesker, og ikke monumenter for arkitekter." Som sagt tidlegare vart store masser av fjellet mot aust sprengt vekk for å gje plass til bygget, i alt ca. 500 000 m<sup>3</sup> (Heimann, 1975, s. 1274). I alt vart det sprengt 60 meter ned i fjellet (Krohn, 1985, s. 351).

Tomtetilpassinga mot sør, har gjeve fjellskjeringar på opptil 20 meters høgde her. Desse er forsøkt mildna med ein terrassevis oppbygging i 6 meters bredde, der ein i terrassane

har planta grøne planter (Bettum, 1985, s.361). Midlane for å få ein landskapsinnpassing, er ifølgje Gunnar Krohn (1985, s. 351) både bruken av naturbetong i fasaden, og bruken av grøne planter i fjellskjæringane. Han seier imidlertid: ”I dag er dette kjempehuset ikke mer dominerende end de øvrige huse i landskabet. Den store basisblokk er helt skjult av trær og huse” (Ibid). Dette er likevel ei sanning med store modifikasjonar. Både fordi tomta ligg på ein ”utkiksplass,” men og fordi huset er svært stort i forhold til bygga rundt. I forhold til småhus er bygget eit ”kjæmpehus.” Bygget harmonerer derfor i svært liten grad med landskapet rundt. På bakgrunn av dette kallar Brekke (1992) Sentralblokka for ”eit medisinsk fort.” Tomteplasseringa gjev derimot fordelar i forhold til korte avstandar mellom bygga, ei bynær plassering, og tilgang til gode kommunikasjonslinjer for pasientane som kjem med buss, bil og tog frå sentrum (Heimann, 1975).

I konkurranseutkastet til nytt sjukehus på Voss, seier juryen om samanhengen mellom sjukehuset og husa rundt at:

Et distriktssykehus av denne kategori vil på mange måter bli et av de viktigste ledd i bebyggelsen på stedet. Før eller siden vil de fleste innbyggere ha vært en tur innom bygningen, og for distriktene omkring vil sykehuset alltid bære alvorets preg. Det er derfor om å gjøre at anlegget glir så naturlig som mulig inn i stedets miljø. Det bør ikke gis dimensjoner som kan virke unødig dominerende. I sin orientering og sin utforming bør det legges vekt på trivsel- så vel for pasienter som for personalet (Arkitektkonkurranse nr. 27, s. 2).

Juryen karakteriserer landskapet ned mot sentrum, som låge sentrumsbygg over to til tre etasjar, og området rundt sjukehusomtata er karakterisert av “spredte småhus”.

Sjukehuset ville og få ein imponerande utsikt mot Vossevangen, Vangsvatnet og dei ”mektige fjellrekker omkring” (Sykehus på Voss, 1956, s. 2). Her, i dette prosjektet, var landskapsinnpassing eit vesentleg moment, i vurderinga av dei ulike konkurranse forslaga til nytt sjukehus. Det prosjektet som vant, var og bygget som la vekt på ein lågtliggjande struktur i form, tilpassa landskapet rundt.<sup>57</sup>

Nordlandssykehuset i Bodø, av Karl Grevstad, står som eit eksempel på sjukehusbygg, som har ein dominerande posisjon i forhold til den omliggjande bygga.

### 3.5.5 Sjukehuset som institusjon, ein levande organisme

Arkitekt Gustav Birch-Lindgren karakteriserte allereie i 1938 sjukehus som *ein levande organisme*. Han seier: ”Ett av de allra vanligaste - och dyrbaraste - felen vid planerandet av sjukhusanläggningar har alltid varit, och är det tyvärr ofta fortfarande, att möjligheterna av framtida utvecklingsbehov underskattats eller helt ingorerats”(Lindgren, 1938, s. 122). Sidan seier han vidare: ”Sjukhuset äro som levande

<sup>57</sup> Av arkitekt MNAL Knut Peter Motzfeldt

organismer. De måste tillåtas att växa och utvidga sig på det för varje tid lämpligaste sättet. Stillastående betyder tillbakagång och försämrad sjukvård” (Ibid, s. 123).

Enger (2000, s. 247) brukar ordet levande byorganisme om det same. Sjukehusa kan ikkje sjåast på som ein statisk organisasjon, og som eit ”hus.” Utviklinga innan medisinsk teknologi og behandling har ofte gjort sjukehusbygg forelda allereie som nybygg. Han seier at sjukehusbygg frå 1950 og 1960-talet med smal bygningskropp og låge brutto etasjehøgder (3.20-3.25m) har vore vanskeleg å endra ved ombygging. Dette gjeld både til funksjonsendringar og til ein høgare teknisk standard enn bygg frå tida 1910-1920, som er romslegare i standardmåla sine (Ibid, s. 236).

Som eit døme på sjukehus som ein levande organisme, kan ein sjå på “ Gamle Hovedbygning sidan starten i 1912. Allereie i 1923 vart det bygd ein austfløy. Eit bygg for radiologisk avdeling vart oppført nord for bygget i 1924. Dette bygget fekk festsal, noko ein sakna, eit bibliotek og ein fekk fleire kontor. Bygningen var på godt og vondt staden der hovudvekta av behandlingstilbodet på Haukeland sykehus utspant seg i eit tidsrom frå 1912 - 1983, noko som i Noreg i sjukehus-samanheng er ei bragd. I tillegg er det framleis i bruk for blant anna nevrologisk avdeling, som er ei langtidsavdeling. Bygget har per 2011 vore i kontinuerleg drift i 99 år. Samtidig ser ein også at sjukehusbygg har avgrensa levetid. På Haukelandskomplekset er psykiatrisk klinikk som blei oppført i 1967 reve sommaren 2011 for å gje plass til fyrste del av det nye barne- og ungdomssenteret. Barneklubben, ferdigstilt i 1950, er planlagt reve før byggetrinn 2 skal starte, rundt 2014/15. Det gjev ei levetid på rundt 44 år for Psykiatrisk klinikk, og rundt 60 år for Barneklubben. Ombygging og utviding på grunn av endra medisinske behandlingssmåtar og indre organisering av verksemda gjer at arkitektur, i ein sjukehussamanheng aldri blir statisk og stillestående. Difor er ein i dag opptatt av å skapa sjukehus-bygningskompleks, der ein fleksibel struktur, er eit hovudpunkt arkitektonisk.

Fleksibilitet i bygningsmassen får ein også i graden av tekniske mellometasjar. Tekniske mellometasjar har berre føringar for til dømes ventilasjon, strøm og vatn og avløp. Det er lagt stor vekt på at konstruksjonsmåten for Sentralblokk ivaretek plassbehov og utføringsveier for dei mange kompliserte tekniske installasjonane (Krohn,1985).

### 3.6 Tidlegare forskning

Her gjer ein fyrst greie for kvar ein har funne forskingsartiklane. Det er ikkje gjort mykje forskning på kreftpasientar sine opplevingar av det fysiske miljøet i sjukehus, men

dei få studiane som finst er presentert i punkt to. Deretter deler ein temaområdet lys, vindauge og natur inn i om det har ein helseeffekt, eller om det blir sett som eit lækjande miljø. Til slutt tar ein så for seg forskning ikring pasientbehov, og forskning på estetikk og biletkunst. Denne delen munnar så til slutt ut i ein formulering av hensikt og problemstillinga i oppgåva.

### 3.6.1 Om kunnskapstilfanget

---

Fem systematiske samanfatningar er blitt brukt for å finne fram tematisk. Ulrich, Xiaobo, Zimring, Joseph & Choudhary (2004a) og Ulrich, Xiaobo, Zimring, Joseph & Choudhary (2004b).<sup>58</sup> Dijkstra, Pieterse & Pruyn (2006)<sup>59</sup>, Kunnskapssenteret (2007)<sup>60</sup> og Van Den Berg (2005).<sup>61</sup> Kunnskapssenteret sin oversikt har ingen artiklar knytt til kreftpasientar, og tematikken som er skissert over, slik at det var ingen forskingsartiklar som kunne brukast i dette prosjektet. I tillegg til desse systematiske oversiktene er det også gjort søk på sjukehusarkitektur i sentrale databaser, utan at ein har funne studiar om dette.

Ulrich (2004 a og b) si samanfatting har ifølgje britane Rowlands og Noble (2008) fleire manglar. Mange av studiane var utført i privat sektor og i USA. Dette inneberer store forskjellar i forhold til korleis helse er gjeve i USA og England. Også økonomiske aspekt og kulturelle forskjellar er store imellom desse landa. Nokre studiar viser same effekt i forhold til natur på visuell kontakt, mens når det gjeld einarom har ikkje palliative pasientar same kreditering som det føretrekte designet i Ulrich et al. si samanfatning. Dei peikar og på at berre 24 studiar talar om effekten på miljøet i forhold til pasientens rapporterte livskvalitet. I Dijkstra et al. (2006) er arkitektmessige forhold utforminga av romma på sengeposten sett i forhold til grad av privatliv og i forhold til graden av utsikt ein får frå vindauga. Lysforhold blir sett som miljøfaktorar, som forhold ved omgjevnadane.

---

<sup>58</sup> Ulrich et al. (2004 a) og Ulrich et al. (2004 b) fann i sitt samandrag over 600 artiklar om rolla til det fysiske miljøet i sjukehus. Dette får dei til å innføre termen evidens basert design, som ein del av evidensbasert medisin. Når det kjem til underemne, viser det seg at mange emner er mangelfullt undersøkt forskingsmessig. Deriblant dei temaene som her vil bli undersøkt.

<sup>59</sup> Dijkstra et al. (2006) såg på det fysiske miljøet i ulike helsesettingar som eit lækjande miljø målt i psykologisk effekt. Ho fann berre 30 artiklar om emnet. Ho hadde strenge kriterier for å inkludere studier

<sup>60</sup> Arkitektur for livskvalitet og helse (Kunnskapssenteret 2007) tok for seg helseeffekter av design og arkitektur. Dei fann 10 systematiske oversikter og 65 enkeltstudier innan kvantitativt design som målte helseutfall utifrå design og arkitektur. Studier som målte subjektive pasientutfall på helse var ikkje teke med som inklusjonskriterier i denne oversikten.

<sup>61</sup> Van den Berg (2005) samanfatar 97 evidens baserte artiklar for betydning av natur, dagslys, frisk luft og stillhet som lækjande omgjevnader generellt i helsesektoren. Mange av dei inkluderte artiklane i oversikta omhandlar forskning gjort i andre miljø enn på sjukehus.

### 3.6.2 Fem studiar om kreftpasientar

---

Tre av studiane i samandraget til Ulrich et al (2004 a og b) forholder seg til kreftpasientar. To studier er gjort av Schneider et al. i 2003 og 2004<sup>62</sup> (Ulrich 2004b) der brystkreftpasientar får virtuell distraksjon, med høyre- og synsstimuli under kjemoterapiinfusjon. Den virtuelle distraksjonen er testa ut som virtuell gang enten som undervatnsscener eller som ein gang gjennom eit kunstmuseum. Signifikante nivå av mindre angst blei målt i den fyrste studiet, mens studie to målte betring av symptom stress og grad av fatigue ved virtuell distrasjon. Cimprich & Ronis (2003)<sup>63</sup> sin studie undersøkte kvantitativt grad av mestring i forhold til ein nyleg diagnostisert brystkreftdiagnose, når pasientane vart utsett for naturinstrykk eller ikkje. Dette vart målt i forhold til grad av kognitiv funksjon og grad av merksemd. Hypotesen i studiet var at naturen som intervensjon kan bidra til at ein betre kan håndtere tap og samanbrot av kvardagen vart stadfesta. Intervensjonsgruppa hadde signifikante mindre nivå av kognitiv og merksam trøttleik enn kontrollgruppa.

I tillegg har Schneider, Kisby & Flint (2010) sett på effekten av virtuell realitet på tidsoppfattelse hjå pasientar som fekk kjemoterapi. Dette var ein samanfatning av tre tidlegare studier.<sup>64</sup> Studiet viste ein diagnostisk forskjell, der bryst- og tjukktarmkreftpasientar hadde ei forkorta tidsoppfatting under virtuell realitet stimulering, mens lungepasientar ikkje hadde utbytte av slik stimulering. Hjå brystkreftpasientar var denne effekten størst.

English, Wilson & Keller-Olaman (2008) er ein kvalitativ studie av 14 kvinner i rehabiliteringsfasen etter ein brystkreftdiagnose. Studiet viste at natur var ein av fire forhold som var ein lækjande terapi for kvinnene i rehabiliteringa etter kreftbehandling.

### 3.6.3 Natur som lækjande eller som ein helseeffekt

---

Når det gjeld miljøet som lækjande eller til å ha ein helseeffekt, så seier Dijkstra et al. (2006) at helsedesign har vendt seg mot å vektlegge lækjande omgjevnader som også påverkar helse og livskvaliteten til pasientane. Van den Berg definerer eit lækjande miljø som omgjevnader som styrkjer ein person sine indre krefter (Van den Berg, 2005). Mens lækjande omgjevnader er av Zborowsky & Kreitzer (2008) definert utifrå det anglo-saksiske ordet “haelen” som betyr ”å gjere heil”. Dette kan forståast som harmoni

---

<sup>62</sup> Henholdsvis 16 og 20 brystkreftpasientar.

<sup>63</sup> Cimprich & Ronis (2003). Intervensjonsgruppa blei utsatt for naturinstrykk som var sjølvvalde, men som hadde ein varighet på 120 minutt kvar veke.

<sup>64</sup> 137 pasientar totalt, med tre diagnosegrupper, brystkreft (91), tykktarmkreft (18) og lungekreft (28) med ”cross-over design” der kvar pasient er sin eigen kontroll. Randomisert utvalg. Brystkreftpasientar og tjukktarm pasientar hadde ei forkorta tidsoppleving, mens for lungepasientar var tida lite forkorta.

av ånd, kropp og sjel. Andeleg aspekt ved pasientbehandlninga er på frammarsj, ved at heile menneske blir tenkt med i eit "lækjande miljø".

Van den Berg (2005) viser at forskning på friske personar gjev menneske tilbake eit positivt mentalt tanke sett ved å sjå natur etter at dei er påført stress. Forsking på utsikt til natur, viser ifølgje henne at det gjev menneske betre konsentrasjon, lågare nivå av aggresjon og generell betring av livskvalitet. Dette til forskjell frå utsikt til eit urbant miljø. Forsking rundt natur er av Van den Berg (2005) og Ulrich et al. (2004b) konkludert med som tydeleg. Pasientar har effekt i forhold til blant anna redusert stress og smertenivå. Dei meiner og at bilete av natur har helseeffekt (Ulrich 1999, Ulrich, Simons & Miles, 2003), i Ulrich et al. (2004 b). Forsking på lys kan ikkje gje sikre konklusjonar i følgje Van den Berg (2005).

Dijkstra et al. (2006) seier derimot at forskinga på lys og vindauge kan konkluderast til å gje helseeffektar, mens dei meiner at det ikkje kan konkluderast om helseeffektar av natur. Dei hevdar og at effekten av stimuli i miljøet ser ut til å vere avhengig av pasientpopulasjonen. Forskingsfeltet er altså ikkje einige i kva konklusjonar materialet kan gje om utsikt, natur og lys forskingsmessig.

Utsikt, lys og natur er av fleire sett på som ein helsegevinst. Ulrich (1984)<sup>65</sup> i (Ulrich et al., 2004 b) sin studie om utsikt frå vindauge er særleg kjent, og er vist til i ein mengde samanhengar ikring denne tematikken. Studiet viste at graden av utsikt pasientane hadde til natur, eller ein murvegg frå sjukesenga,<sup>66</sup> gav seg fysiske, helsemessige utslag til fordel for utsikt til natur. Resultata viste både ein smertestillande effekt, reduserte stress og gav ei kortare rekonvalesenstid. Pasientane var og meir nøgd med pleia og opphaldet generelt.

Walch et. al. (2005)<sup>67</sup> derimot fann ikkje signifikant effekt av sin studie blant ryggopererte postoperative pasientar, der ein såg på kor mykje smertestillande medisin dei brukte, etter kor mykje sollys det var i pasientrommet.<sup>68</sup> Det blei imidlertid målt signifikante nivå av mindre stress blant pasientane i rom med mykje lys.<sup>69</sup> Både studiet

---

<sup>65</sup> 46 pasientar som hadde hatt cholecystomi, galleoperasjon.

<sup>66</sup> Van der Berg (2005) problematiserar imidlertid det forholdet at dataene vart samla inn under eit tidsrom på 6 år, slik at mange andre forhold enn på utsikten frå vindaugo kan spela inn på resultatet, til dømes endra operasjonsmåtar og endra pasient og personalforhold.

<sup>67</sup> 89 postoperative pasientar i ei randomisert kontrollert studie. Den smertestillande effekten i solrike rom vart målt til 22 %, og kostnadsbesparelser i medisinbruk til 21 %

<sup>68</sup> Berre blant yngre pasientar, som også var dei som brukte mest medisin var det ein signifikant forskjell dag ein etter operasjon, til fordel for rom med gode lysforhold.

<sup>69</sup> Studiet kan og ha målt effekt av utsikt, istaden for lys, ifølgje Van Berg (2005). Romma på den mørke sida i undersøkinga hadde vindauge rett ut mot ein motstående betongvegg. Romma på den lyse sida var vestvendte rom som gir kveldssol, og mindre lys enn øst og sørvendte rom. Studiet målte 73, 537 lux på dei lyse romma, mens skygesida vart målt til 50, 410 lux.



til Walch (2005) og studiet til Ulrich (1984) tyder på at lys og vindaugsforhold kan ha ein stor økonomisk sparande effekt med tidlegare utskriving frå sjukehus, og mindre forbruk av medikamentar som ein følge av desse forholda, slik reduserar det og arbeidsbyrda for helsepersonellet.

Wilson (1972)<sup>70</sup> og Keep (1980)<sup>71</sup> i Ulrich et al. (2004b) sine studier omhandlar intensivavdelinga, om dei har vindaug eller ikkje i avdelinga. Funna viser at pasientar i vindaugslause einingar blant anna er dobbelt så mykje utsette for delir og hallusinasjonar enn pasientane som får behandling i rom med vindaug.

Verberder (1986)<sup>72</sup> såg på utsikt frå vindaug på sjukehus. Studien viste at utsikt mot andre bygg, eller eit monotont utsyn ikkje blei sett pris på, mens utsikt som omfatta urbant liv, eller natur vart føretrukke. Studien konkluderte med at vindaug representerte ein meningsfull kontakt med verda utanforbi, og slik bidrog til delaktighet i livet utanfor. I Verberder & Reuman (1987)<sup>73</sup> uttrykte pasientane i større grad å bli påverka negativt av mangel på vindaug og utsikt enn det helsepersonell blei.

Studiar både i USA, Canada og frå England viser at dei fleste friske respondentar føretrekk å arbeide og bu i bygg som er opplyst av dagslys. Dagslys har heile spekteret av fargar i seg i forhold til kunstig lys (Van den Berg, 2005).

Beuchemin & Hays (1998) var ein studie av 628 rekonvalenspasientar etter hjerteinfarkt. Dei fann ein generell høgare dødsfrekvens i mørke rom uavhengig av kjønn (12 % versus 7%). Men berre kvinner hadde kortare rekonvalesens i lyse rom, på 1,1 dag.

Beuchemin & Hays (1996) utførde ein studie av 174 psykiatriske pasientar som var deprimerte, som viste ei kortare liggjetid, i gjennomsnitt på 2,6 dagar, i rom med gode soltilhøve. Kontrollert for kjønn hadde menn meir effekt av opphald i lyse rom enn kvinner.

Natur tenkt som eit lækjande miljø er vist i fleire studier. Sherman, Varni, Ulrich & Malcarne (2005) og Whitehouse et. al. (2001) er to studier av hageanlegg i tilknytning

---

<sup>70</sup> Wilson (1972) omhandla ein studie av 100 pasientar som hadde gjennomgått cholecystectomi, hysterektomi eller abdominal operasjon. Han viste at talet på pasientar som fekk delir var meir enn dobbelt så høg på den vindaugslause avdelinga som der det var vindaug. Han konkluderte med at effekten av sensorisk deprivasjon gav delir, og anbefalte sterkt intensivavdelingar å ha vindaug knytta til einingane sine.

<sup>71</sup> Keep (1980) i Ulrich (2004 b) viste i ein studie av 150 postoperative pasientar, at pasientane i den vindaugslause intensive avdelinga hadde eit mindre tydelig minne om lengden på oppholdet og var mindre orienterte om tid. Insidens av hallusinasjonar og forvirringar rapportert av pasientar var meir enn dobbelt så høg på avdelinga utan vindaugo.

<sup>72</sup> 125 helsepersonell og 125 pasientar i sjukehus.

<sup>73</sup> Ein studie av 137 sjukehuspersonale og 100 inneliggjande pasientar. Helsepersonell reagerte på å arbeide i rom utan vindaug, med ein lågare grad av tilfredshet.

til barnesjukehus. Begge studiene viser at natur er ein stad for personleg restitusjon og minsking av stress. Restitusjon vart sett på i forhold til angst, sinne, uro, trøttleik og smerte. Eit fellestrekk med begge studiene var at svært få av barna som var innlagt kjente til, eller brukte hagen.<sup>74</sup> Studien til Cimprich & Ronis (2003) og English, Wilson & Keller-Olaman (2008) høyrer også inn under dette punktet, mens Sherman, Varni, Ulrich & Malcarne, (2005) og Whitehouse et. al. 2001 kan høyre inn under natur som både ein helsegevinst og som eit lækjande miljø.

#### 3.6.4 Studier av pasientbehov, av det fysiske innemiljøet i sjukehus

Douglas & Douglas (2005) sin studie viste at pasienten er opptatt av å ha privatliv og av å ha kontroll over enkelte aspekt ved kvardagen som pasient. Det gjev ei kjensle av normalitet til dømes å kunne regulere lys, tv og å kunne hente kaffi og te sjølv. Normalitet uttrykt i form av servicetilbud som kiosk og kantiner, som ein ”friplass” var og viktig Dei konkluderer med at pasientane ynskjer seg eit heimleg miljø på sjukehuset.

Ulike undersøkingar i Ulrich (2004 a,b) viser at einmannsrom er å føretrekkje framfor tomannsrom. Når pasientar har einmannsrom er argumentasjonen forskingsmessig blant anna at antallet nosokomidale sjukehusinfeksjonar er lågare. Pasientane samtalar i større grad ikring personlege forhold knytt til sjukdomen med helsepersonell, ein får mindre grad av støy og familien kan enklare vere på besøk på sjukehuset. Berre studien til Press Ganey (2003) omhandlar imidlertid tematikken privatliv, i forhold til ein eller tomannsrom. Denne viser at pasientane er meir tilfredse, og får ein større grad av eit privatliv i einmannsrom, enn i tomannsrom (Ulrich, 2004a). Barlas et al (2001)<sup>75</sup> viser at å ha solide veggar, heller enn gardiner som romskiller, gir eit betre privatliv.

Ei kvalitativ undersøkjing av palliative kreftpasientar med implikasjonar for sengepost utforming er funne. Rowland og Noble (2008) fann at helsepersonell var det viktigaste miljøfaktoren for dei palliative kreftpasientane som blei intervjuet. Etter dette kom effektar på omgjevnadene på sinnsstemning. Dei føretrakk at det var reint, utsikt ut av bygget, lys og eit luftig miljø. Sengeavdelinga burde i tillegg vere venleg og bidra til sosial interaksjon og til at ein innbyrdes kunne hjelpe og støtte kvar andre. Einmannsrom vart berre foretrukke når dei var svært sjuke.

---

<sup>74</sup> I studien til Sherman et al. (2005) var berre 4 % av brukarane av hagen barn innlagd på sjukehuset. Av personalet brukte 76 % hagen som ei ferdselsåre, mens 24 % brukte hagen til å ta arbeidspausen i.

<sup>75</sup> Kontrollert klinisk studie av 100 pasientar i eit akuttmottak på eit universitetssjukehus.

### 3.6.5 Om estetikk og biletkunst

---

Estetikk på sjukehus er utforska av Caspari, Eriksson og Nåden (2006) og Caspari, Nåden og Eriksson (2007). Dette er studier som er utført i Noreg. I begge studiene blir det konkludert med at estetikk er eit neglisjert felt i sjukehus. Forfattarane meiner at god estetisk utforming er ein del av det å gje pasientbehandling av høg kvalitet.

I 2006 såg dei på 64 sjukehus i Noreg sine konkrete retningslinjer om estetikk i strategiplanane til desse sjukehusa. Det viste seg at svært få hadde nedfelt eigne punkt om kunst, lys og natur i strategidokumenta sine.<sup>76</sup> Dei same forfattarane såg så på pasienterfaringar av estiske omgjevnader i seks sjukehus i 2007. På to av sjukehusa var pasientane gjennomgåande meir fornøgde med dei estetiske forholda, enn ved dei fire andre sjukehuset i undersøkinga. Dette kan, i følgje forfattarane tyde på at det er forskjellar mellom estetisk kvalitet på ulike sjukehus i Noreg i dag. I tillegg viste studiet at estetiske forhold fekk meir å sei, dess lengre pasientane var innlagde i sjukehus.

Ulrich og Gilpin (2003) i Ulrich et al. (2004b) har samanfatta forskning på visuell kunst. Dei fann cirka 20 forskingsprosjekt om tematikken. Dei meiner at ein kan konkludere med at visuell kunst har ein stress- og smertelindrande effekt. Kunstuttrykka handla då om vatn, naturlege landskap og figurativ kunst med positive uttrykk. Abstrakte maleri eller kjenslemessig utfordrande bilete kunne derimot gje negative reaksjonar, med auka grad av stress og lågare grad av meistring i forhold til helse.

### 3.6.6 Oppsummering

---

Gjennomgangen viser at romlege forhold er lite undersøkt blant pasientpopulasjonar i sjukehus. Dette blir etterlyst av både Van den Berg (2005) og Dijkstra et al. (2006). Naturen sin effekt på ulike pasientpopulasjonar er også lite undersøkt. Her trengs det meir forskning. Både lys, utsikt frå vindaug og utsikt til natur har ingen referansepunkter til kreftpasientar i sjukehus. Cimprich & Ronis (2003) si studie, og English, Wilson & Keller-Olaman (2008) sin studie om natur var gjort blant kreftpasientar utanfor sjukehusmiljøet. Korleis sjukehusarkitekturen påverkar kreftpasientar er også fråverande som eit forskingsfelt. Det same er ei større avklaring av kva eit lækjande eller eit helsefremmande miljø er for kreftpasientar innlagt i sjukehus

---

<sup>76</sup> Kunst er nemd i fire dokument, lys i to dokument, fargar i sju dokument, design er nemd i tre dokument og lyd i fem dokument. Natur førekjem i ti dokument, mens ordet estetikk blei funne i ni dokument.

### 3.7 Hensikt og problemstilling

---

Hensikta med studien er å skildre kreftpasientar sine erfaringar med dei fysiske omgjevnadene ved to bygg ved Helse Bergen HF og vidare sei noko om kva oppleving av pasientomsorg og av helse som ligg i denne tematikken. Målsetjinga med dette er å sjå på arkitektur som form og forholdet mellom arkitektur og natur i eit pasientperspektiv.

#### 3.7.1 Ut frå denne hensikta er følgjande problemstilling formulert

---

Korleis erfarer kreftpasientar ved eit større universitetssjukehus arkitektur og natur? Kva opplever kreftpasientane at arkitektur og natur betyr for dei?

## 4 Metodologi og metode

---

Målet med studien var å få ei djupare forståing av kva arkitektur og natur betyr for kreftpasientar som er innlagde i sjukehus. Pasientperspektivet vart valgt i denne studien, der ein søkte mot djupneskildringar av livsverda ikring fenomena som knytta seg opp til natur og arkitektur i eit sjukehusmiljø. Kvalitativ metode kan difor kaste lys over forskingsspørsmåla. Ein søker mot ei større forståing av dei subjektive meningsaspekta pasientane legg i det fysiske miljøet. Den vitenskaplege analysen vil også skje i lys av det teoretiske rammeverket som eit tolkingkriterium (Kristoffersen, 1998).

### 4.1 Hermeneutisk fenomenologisk tradisjon

---

Den kvalitative forskningstradisjonen har sitt utgangspunkt i både ein hermeneutisk og ein fenomenologisk tradisjon. Til forskjell frå dei målbare vitenskapane er kvalitativ forskning utifrå menneske sin trang til å forstå ånd. Difor er kvalitative forskningstradisjon knytta til forskingsspørsmål om kvalitetar, og om forhold som ikkje er målbare.

Zahavi (2007) meiner at livsverda er fortrent av vitenskapen, sjølv om den utgjør vitenskapen sitt historiske og systematiske meningsfundament. Ved å bruke kvalitativ metode kan ein fange det den naturvitenskaplege tradisjonen ikkje kan seie noko om.

No kan den naturvitenskaplege måten vere eit godt bidrag i forhold til å undersøkje både forhold ved natur og arkitektur. Når kvalitativ metode likevel er brukt, er det for å koma tett inn på dei personlege skildringane pasientane gjev av desse fenomena. Den fenomenologiske undersøkinga går frå det faktuelle til det essensielle. Det essensielle er ikkje målet, men eit middel til å forstå og setje ord på menneskeleg eksistens (Zahavi, 2007). Arkitektur og natur, lys og luft kan og undersøkjast i forhold til dei

meningsaspekt desse gjev kreftpasientane. Det blir då ei undersøking av ikkje målbare tilhøve, noko som krev ei kvalitativ tilnærming.

Forskingsspørsmåla ein ynskjer svar på krev tolking. Ei blanding av ein hermeneutisk og ein fenomenologisk tilnærming som grunnlag for kvalitativ forskning, er brukt av blant anna Van Manen (2001), og dannar utgangspunktet for denne oppgåva.

Det er viktig å kunne skille mellom fenomenologi og hermeneutikk som filosofisk tradisjon, og som vitenskapsteori på den eine sida, og til at det er kvalitativ metodisk framgangsmåte på den andre sida. Som metode er det ein konkret, systematisk framgangsmåte for å undersøkje eit gitt tema. Det er eit sett med redskapar, for praktisk å undersøkje ein sak. I ein filosofisk tradisjon er de ein måte å tenkje på.

Fenomenologisk metode er skildrande, og deskriptiv, mens hermeneutisk metode er fortolkande. Det vil igjen sei å skildre menneskelege erfaringar slik informantane sjølv skildrar dei (Hall& Brinchmann, 2009) på den eine sida, å la fenomena snakka for seg sjølv, og på den andre sida handlar det også om tolking og om forståing.

Hermeneutikk dreidde seg i utgangspunktet om tolking av religiøse tekstar. Den tyske filosofen Schleiermacher (1768-1834) utviklar så teorien til også å omhandle eit grunnlag for å forstå den menneskelege dialogen (Kristoffersen, 1998, s. 33). I filosofi er hermeneutikk eit samlingsomgrep innan ein rekke ulike retningar som innehar teorier om språk, kommunikasjon og teksttolkning (Kristoffersen, 1998).

Heidegger ser livsverda som grunnleggjande relatert til den historiske, kulturelle og sosiale konteksten som menneske er ein del av. Vi er og avhengige av våre relasjonar med andre menneske (Gjengedal, 1994). Martin Heidegger stod for ein kritikk av det moderne vestlege samfunnet sitt opplysningsprosjekt. Han hevdar at opplysningstanken sitt prosjekt om korleis vi kan løyse samfunnsmessige og vitenskaplege problem har grunnlaget sitt i ei teknologisk forståing som gjer menneska framande for seg sjølve (Holm-Hansen, 2007). Han tar for seg menneska sine eksistensielle vilkår, som grunnast i verden sjølv, verden si sanning eller hending. Han viser via sine fenomenologiske analyser korleis verda ikkje er ein totalitet av alt som eksisterar, men at den er ein forståelseshorisont, eller ei livsverd som ligg til grunn for korleis dei enkelte ting viser seg for oss (Holm-Hansen, 2007).

Horisontsamansmelting kallar Gadamer (1900-2002) situasjonen når ein får ein horisontutviding i møte med andre menneske. For at dette i det heile tatt skal skje, må ein vere villig til å korrigera fordommene sine, det vil sei å setje desse på prøve. Vi har alle med oss ein ”ryggsekk”, ein horisont av føresetnader, som er den einskilde sin

personlege historie, kultur, sosiale tilhøyrse, utdanning og praktiske erfaringar som vi ber med oss i alle livssituasjonar (Gjengedal, 1997, s. 155). Ho seier vidare, utifrå Gadamer si tenkning (1997, s. 156) at ein imidlertid aldri kan forlate sin førforståelse, og at ein slik ikkje heller kan forstå eit menneske fullt ut. Det handlar om å ha ei open haldning, som også krev at ein reflekterer over, og er klar over eigen førforståelse. Gjengedal (1997) viser til Gadamer i verket hans Truth og Method (1989) der Gadamer skildrar fordommene som enten positive eller negative. Negative dommar hindrar forståelse og horisontsamansmeltning. Negative dommar er rigide, og uforanderlige, som lett gjev misforståingar, mens dei positive er det mogeleg å korrigere, og difor dannar desse eit grunnlag for forståing. Forståinga krev ei slags gjenoppleving, altså at vi koblar oss til eigne opplevingar, for å kunne møte den andre sine erfaringar og opplevingar. Fordommene blir mogleiksbetingelsene for å forstå.

#### 4.2 Kvalitative forskingsintervju

---

Kvale & Brinkmann (2009) karakteriserar det kvalitative forskingsintervjuet som ein samtale. Målet med samtalen er å klargjere temaer i deltakarane sine liverfaringar (Kristoffersen, 1998). Fenomenologisk filosofisk tradisjon har livsverda som ein grunnleggjande basis for menneskelivet. Det er her livet “finn stad”. Livsverda er og for ein stor del “tatt for gitt”, det er ei førvitskapleg erfaringsverd. Fenomenologisk refleksjon står i opposisjon til forskinga sitt tradisjonelle tredjeperspektiv, ein insisterar på det subjektive fyrste person perspektivet.

Det er den kvalitative intervjuforma som kan fanga dei subjektive forholda i livsverda, også det som ein ser på som så sjølvstøtt at det ikkje er uttalt. Ein fenomenologisk vitskap vektlegg subjektet som undersøkelsesområde. Kroppen som ein del av subjektet gjev perspektivet som ein gjenstand framtrer igjennom (Zahavi, 2007, s. 17). Subjektet som eit kroppsfenomen, er vektlagt hjå den seine Husserl, men også hjå Merlau Ponty (Zahavi, 2007).

Samtalen har også karakter av samhandling. Kristoffersen (1998, s.25) karakteriserar utifrå Skjevheim (1976) både deltakarane og forskeren som subjekt som i dialog utforskar temaet for dialogen som er objektet. Målet for dialogen er å klargjere temaer i deltakaren si livsverd, dvs. å fange djupare meiningar av eit fenomen i deltakarane si livsverd. Om det kvalitative intervjuet seier Kvale & Brinkmann (2009): *”Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål”* (2009, s. 21). Det kvalitative

forskingsintervjuet er ei undersøkjing av menneska sine erfaringar og opplevingar av dagliglivet. Daglelivet er i fenomenologisk tradisjon omtala som livsverda. Holm Hansen (2007) skildrar slik Heidegger si forståing av livsverda, han seier:

Heidegger viser i sine fenomenologiske analyser at verden ikke er totaliteten av alt som eksisterer, men en forståelseshorisonnt eller livsverden som ligger til grunn for hvordan de enkelte tingene fremtrer for oss. Verden er ikke noe mennesket er seg bevisst, verden er det mennesket lever i på en total og oppslukende måte gjennom faktisk å erfare seg selv og verden i ett. ”Verden verdener”, sier Heidegger i 1919, og innleder en lang rekke forsøk på å utforme et språk med røtter i de faktisk levde livserfaringer (s. 15).

Holm Hansen (2007) seier Heidegger her vender seg mot det konkrete livet. Heidegger tok opp, og vidareførar tankane om ei livsverd, etter Husserl (1859-1938) sine tankar.

Livsverdenintervjuet blei gjennomført som eit djupneintervju, der nokre førebudde tema var til hjelp i intervjusituasjonen. Om det viste seg at intervjuet tok uventa retningar, forandra det strukturen i intervjuet, der forskaren forlot intervjuguiden for å kunne følgje denne retninga vidare.

Forskingsintervjuet er likevel ein samtale med visse modifikasjonar. Samtalen dreiar seg berre om spesifikke tema, og det er intervjuaren som er den som stiller spørsmål, mens informantene er den som svarer på desse. Dialogen er difor i stor grad einveisretta. Forskaren styrer slik samtalen. Kvale og Brinkmann (2009) poengterer at intervjuet som form inneber eit asymmetrisk maktforhold. Det er forskaren som bestemmer kva samtalen skal innehalde. Forskaren er heller ingen terapeut. Ein viktig føresetnad i intervjusituasjonen var at forskaren hadde ei positiv og empatisk haldning til det informantane fortalte, utan å opptre i ein terapeut rolle.

Openheit er ifølgje Kvigne, Gjengedal og Kirkevold (2002) eit førande prinsipp for heile forskingsprosessen, og ein føresetnad for samtalen med informantane. Openheit blant intervjudeltakarane til å fortelje. Og openheit frå forskaren til å sjå og forstå kva som skjer i situasjonen. Som forskare har ein i dette prosjektet søkt mot ei open empatisk haldning.

#### 4.3 Presentasjon av forskingsfeltet

---

Onkologisk avdeling vart så oppretta i september 1972, i form av ein kreftpoliklinikk. Radiofysisk avdeling flytta inn i nybygget i 1979, i underetasjen, og kreftavdelinga med to sengepostar i 1981, to år før nybygget stod ferdig.

Idag tilbyr sjukehuset spesialisert kreftbehandling, og er vestlandet si regionale kreftavdeling, med regionsfunksjon for Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Sjukehuset har ansvar for dei fleste formene for avansert- ikkje kirurgisk

kreftbehandling i regionen. Pasientane får behandling i form av cellegift og hormonterapi, strålebehandling, strålekniv, og undersøkingar med PET/ CT. Behandlinga skal i størst mogeleg grad individuelt tilpassast den enkelte pasienten. Kreftrretta behandling tar i dei fleste pasienttilfellene frå rundt tre månader, til eit halvt år ved nyoppdaga kreft. I dag er kreftpasientane spredt rundt om i Sentralblokka, i ulike avdelinger i tillegg til ein eigen Kreftavdeling. Kor mange sengeplassar Haukeland sykehus har per dags dato for kreftpasientar har eg ikkje greidd å finne ut av. Avdeling for Kreftbehandling og Medisinsk fysikk har imidlertid 57 sengeplasser per dags dato, fordelt på tre sengepostar, i tillegg til ein dag og poliklinikk.

Parkbygget har ikkje hatt kunstnarleg utforming. Fem pasientsenger, eit 2-mannsrom og tre 1-mannsrom, har utsikt rett mot veggen til Sentralblokka. Sentralt plassert i område er kantina, med eige kokk berre for denne posten, og med eit pasient- fellesareal i rommet ved sidan av. Begge desse romma vender mot sjukehusparken. Utanfor kantineområdet er det og ein liten altan. Det er og eit venteområde i inngangspartiet, ein resepsjon, eit lite samtalerom (utan vindauge), eit pårørende rom med seng, og eit stort fysioterapirom i tillegg til dei vanlege romma på ein sengepost. Helsepersonellet er avsett med to grupperom, to pauserom, eit dokumentasjons rom, to kontor, og eit stort legekontor.

Atriet ligg i tilknytning til hovedinngangen til Parkbygget. I Atriet er det i inngangspartiet ein resepsjon, der tanken i utgangspunktet var å gjere denne til ein velkomstvert. Den har idag ein meir vanleg resepsjonskarakter, der pasientane til stråling, poliklinikk og dagbehandling kan få veiledning og informasjon. Atriet har tv, eit piano og eit leikeområde for barn. Det er også pensjonistar frå "Odd Fellow" her som tilbyr kaffi og rundstykker til dei som ventar.

I Sentralblokka er sengepostane eit meir "kaotisk" område. Sidan det er trangt, må ein del utstyr stå på gongen. Ein normalpost har eit lite tv- rom i tillegg til eventuelt å ha tv i gangen, i enden av korridoren der også det ofte står ein sofa. Enkelte postar er gått saman om ein matsal- løysing på gongen mellom fleire avsnitt. Då går ein ut av posten for å ete. På enkelte sengepostar er kjøkkenområdet enno ein del av korridoren i ein sengepost. Aller pasientrom har dusj og toalett. På tomanns, og firemannsromma er desse svært små, og i liten grad tilpassa pasientar med handicap.



## 4.4 Gjennomføring av intervju

---

### 4.4.1 Adgang og førebuing

---

Søknad til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vart sendt før jul i 2010, men i henhold til den nye Helseforskningslova meinte REK at søknaden ikkje trengte å gå gjennom dei. Helseforskningslova trådte i kraft den fyrste juli i 2009, og med grunnlag i kapittel 1, paragraf 4, vart prosjektet sendt vidare til behandling hjå NSD. REK meinte at prosjektet ikkje kom innunder denne definisjonen av forskning som omhandlar paragraf 4, i kapittel 1 og at prosjektet av den grunn ikkje trengte å behandlast av dei. Paragraf 4 definerar verkeområdet til helseforskningslova, og seier at denne omfattar: ”*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*” (Helseforskningsloven). Spørsmål om arkitektur og natur i forhold til eit sjukehusmiljø blei ikkje direkte oppfatta til å vere relatert til, eller å gje ny kunnskap om helse og sjukdom. Prosjektet er vel også i stor grad retta mot kor stor plass arkitektur og natur har i informantane sine liv på sjukehus, slik at prosjektet berre indirekte eventuelt seier noko om helse og sjukdomsforhold.

Hjå NSD vart så prosjektet endeleg godkjent i slutten av mars 2011. Sjølve søkeprosedyren tok lang tid i dette prosjektet, over tre månader til saman. Søknader til dei ulike avdelingane om å få adgang til å gjennomføre prosjektet kunne heller ikkje igongsetjast før den endelege godkjenninga av prosjektet var eit faktum.

Etter dette vart søknad om gjennomføringa av prosjektet godkjent i to ulike seksjonar på Haukeland Universitetssykehus, som involverte tre ulike avdelingar. Det viste seg at å involvere så mange partar i prosjektet gjorde at arbeidsbyrda med utsending av dokumenter, og å halda kontakt med dei mange partane, vart eit omfattande arbeid, og tok mykje tid frå mi side.

I den eine seksjonen var eg og informerte på personalmøtet i avdelinga. Her blei det på tross av omfattande kontakt med enhetsleder og ass. avdelingssjukepleiar berre mogleg å rekruttere ein pasient. Dei hadde problem med eit av inklusjonskriteria, som krevde at pasienten måtte ha ein behandlingshistorie på tre månader før eit intervju kunne finne stad. Fleire pasientar motsa seg også å delta, og av dei pasientane som var innanfor inklusjonskriteria var det fleire unge pasientar med sjukdomstilbakefall som ikkje var sett på som aktuelle. Dialogen mellom meg og avdelinga var under heile prosessen god. I den andre seksjonen var eg og informerte på personalmøter i to ulike avdelingar. Her viste det seg at det å finne informantar tok lang tid, til tross for at eg var godt kjent i desse avdelingane frå tidlegare, og på tross av at personalet ved begge avdelingane viste

velvilje i forhold til prosjektet. Det å finne deltakarar til eit forskingsprosjekt kom i tillegg til alle dei vanlege arbeidsoppgåvene i avdelingane, og vart av den grunn eit meirarbeid. Den eine avdelinga hadde også eit stort arbeidspress i prosjektperioden. Her også måtte eit personleg oppfyljingsarbeid gjerast frå forskars side, også sjølv om eg hadde hatt eit langvarig arbeidsforhold i avdelinga.

#### 4.4.2 Utval

Prosjektplanen la til grunn eit ynskje om jamn fordeling kjønnsmessig, med fire deltakarar frå kvart kjønn. Praktisk vart dette vanskelig, og informantane blei flest menn, fem menn og tre kvinner.

Inklusjonskriterier:

- Pasientane skal ha vore i eit behandlingssløp for kreftbehandling i minst tre månader før ein intervjusituasjon.
- Pasienten skal ha vore innlagt minst fire dagar i avdelinga før eit intervju kan finne stad, eller vere godt kjent i avdelinga frå tidlegare.

Eksklusjonskriterier:

- Pasientar som har tilstander som inneber ein kognitiv svikt, eller som har nedsett evne til verbalt å uttrykkje seg.
- Pasientgrupper som er i ein palliativ situasjon.

Eit av kriteria var at pasientar i ein palliativ situasjon ikkje skulle inkluderast. Ein informant som nok var i ein palliativ situasjon er likevel inkludert i studien. Informanten var kognitiv adekvat, og hadde fått førespurnad om deltaking, og takka ja til dette. Dette momentet var heller ikkje tatt med i informasjonsskrivet til pasientane. Intervjuet vart difor gjennomført. Informanten hadde ekstra surstofftilgang under intervjuet, men gjekk til og frå rommet sitt med ei hand å støtte seg til, utan surstofftilgang

|  |
|--|
| <b>Deltakarane sin gjennomsnittsalder: 54 år</b> |
| Variasjon: 34- 67 år.                            |
| Kvinner: 3                                       |
| Menn: 5  |
| Meir enn 3. års høgskuleutdanning: 5             |
| Mindre enn 3. års høgskuleutdanning: 3           |
| Intervjulengde i gjennomsnitt: 45 min.           |
| Variasjon: 26- 75 min.                           |

|   |
|---|
| <b>Informantane si sjukdomsdebut, Frå 14 år- 4 månader sidan: 3</b> |
| Sjukdomsdebut i 2010: 4   |
| Sjukdomsdebut i 2011: 1   |
| Informantar med 1. gongs sjukdom: 4                                 |
| Informantar med residiv: 1  |
| Informantar med spredning: 5  |

To av intervjua fann stad med pasientar som var innlagt i Parkbygget, mens dei seks andre fann stad med pasientar som var innlagt i Sentralblokka. Seks av informantane hadde hatt erfaringar med å vere pasient på Parkbygget, mens sju av informantane hadde hatt erfaringar med å vere inneliggjande i Sentralblokka.

Alle intervjua fann stad på sjukehuset. I informasjonsskrivet var det sagt at intervjuet ville vare i opptil ein time. Då for å redusere momenter av stress som intervju-situasjonen kan vere med informantar i ein sårbar situasjon. Eit intervju varte likevel lenger enn dette.

#### 4.4.3 Datainnsamling

---

Intervjua fann stad våren 2011. Intensjonene var å transkribere kvart intervju før neste intervju fann stad, men dette vart vanskeleg å gjennomføre, fordi transkriberingsarbeidet tok lang tid.

Informasjonsskrivet (Vedlegg IV) vart delt ut til kvar deltakar, og kvar informant samtykka muntleg før intervjuet fann stad. I nokre tilfeller lagde den eine sjukepleiaren avtalen om tidspunkt for intervjuet, og for rundt halvparten av informantane, tok forskar kontakt for å avtale tid og stad. Kvart intervju blei tatt opp på lydband og transkribert nøyaktig ord for ord av forfattaren. I etterkant av intervjua, med to unntak blei tankar ikring konteksten i intervjusituasjonen, intuitiv forståing, og tematikken som var kome opp skreve ned i korte ordelag. Transkripsjonen kom ialt på 170 A4-sider.

Det skriftleg materialet frå utbyggingsperioden til Sentralblokka, frå 1958 – 1972 vart innhenta i Bergen Byarkiv. I tillegg hadde eg samtale med prosjektleiar for brukergruppene, og for forprosjektet om Parkbygget, og om utbygginga av dette bygget.

#### 4.4.4 Analyse av datamaterialet

---

Van Manen sin hermeneutiske fenomenologiske metode er brukt i analysen av datamaterialet, for å undersøkje meiningsaspekta i materialet. Analyseprosessen startar allerie i datainnsamlingsfasen. Forskaren vil leite etter erfaringsstrukturane i materialet, ved hjelp av tematisk inndeling og ved språkleg transformasjon av materiale til skriven tekst.

Strukturar og tema som karakteriserar erfaringane med det fysiske miljøet vil vere reiskapar til å avdekke meining (Van Manen, 1990). Meining har alltid mange lag, den er multidimensjonal. Analysen skal i følgje van Manen (1990) ikkje redusere fenomenet i klart inndelte tema for å avdekke eit mysterium, men heller til å la mysteriet koma rikare og nærare oss. Analytisk skjer dette gjennom ei tematisk søking etter meining.

Tematisk inndeling skjer både i inndeling i overordna tema, men og i underpunkt under desse igjen. Tematisk inndeling er ein måte å fokusere på, og på sitt beste ein form for forenkling. Det hjelper ein å fange fenomenet ein prøver å forstå (Van Manen, 1990). Den tematiske konstruksjonen skjer gjennom tre tilgangar, ein holistisk, ein selektiv, og ei detaljert linje for linje gjennomlesing av materialet. Gjennom ein holistisk, heilskapleg gjennomlesing av heile transkripsjonen og alle feltnotatane ser ein på opplevinga som ein heilskap. Den selektive lesinga av avsnitt i teksten, inneber mange gjennomlesingar. Tilslutt les ein teksten frå setning til setning, eller kvart setningsklynge for seg. Tema blir søkt etter gjennom alle desse tre tilgangane, og nedskrivne undervegs i prosessen. Ulike tema blir så samanlikna i forhold til likskap. For så å finne undertema går ein tilbake igjen til teksten for å finne kvar deltakar si skildring i datamaterialet. Undertema gjev djup og ein rikare skildring av oppleving (Trybulski, 2005). Ein språkleg transformasjon summerar til slutt opplevinga. Van Manen understrekar at forskaren ved å skrive oppnår ein større objektiv posisjon til forskingsmaterialet (Van Manen, 1990).

Metodologisk er det både ein deskriptiv skildrande (fenomenologisk) og ein fortolkande (hermeneutisk) metode. Husserl sine tankar om "epoche", tilsidesetjinga av eigen førforståelse i møte med eit fenomen ser van Manen på som umogeleg. Van Manen (1990) meiner at forskaren si allmenne, subjektive og teoretiske forståing av fenomenet som skal undersøkjast, ikkje kan tilsidesetjast. Det må heller klart uttrykkast og bevisstgjeras hjå den enkelte forskaren. Forskaren er etter ein hermeneutisk tankegang ein viktig del av sjølve forskingsprosessen.

Prosjektet er altså ikkje å redusere fenomenet i klart inndelte konsept for å "fange mysteriet", men heller å la mysteriet koma rikare og nærare oss. Analytisk skjer dette gjennom ei tematisk søking etter mening.

#### 4.4.5 Etske og kvalitetsmessige overveingar

I følge Kvale og Brinkmann (2009) skal personlige data som kan identifisera deltakaren anonymiserast ved publisering. Ein har som deltakar i eit forskingsprosjekt rett til at privatlivet ikkje vert offentleggjort. Forskaren skal sørgje for å verne deltakarane sitt privatliv. I forhold til kvalitativ forskning kan dette vere problematisk for å kunne gi gode og tjukke skildringar som kan bli offentleggjort i ein artikkel. Ein har i kvalitativ forskning ein problematikk i forhold til gjenkjenning, når rapporten blir offentleggjort (Kvale & Brinkmann, 2009).

Lydbandopptak og intervjunotat vil bli oppbevart i låst skap der berre eg som forskar har nøkkel. Tekstfiler vart anonymisert umiddelbart ved transkribering, og vart verna på datamaskinen med eigen kode. Lydbandopptak og intervjunotat vil bli makulert og sletta når studiet er ferdig, og seinast innan 31.12.2012. Å sikra anonymisering av pasientmaterialet blir viktig i dette studiet.

Er risikoen for forsøkspersonane minimal eller stor ved deltaking i prosjektet? Kva som er eit rimeleg forhold mellom risiko for skade og nytte er ikkje formalisert i følgje Ruyter, Førde og Solbakk (2000). Forhold ikring nytte og risiko er det viktig å reflektere over gjennom heile forskingsprosessen. Men omsynet til den einskilde i prosjektet skal alltid gå framføre samfunnet og dette prosjektet sine interesser. Omsynet til kreftpasientane, der både deira mentale og fysiske helse kan vere endra på grunn av sjukdom må vere førande i heile intervjuet. Intervjuet kan vere krevjande for informantane å gjennomføre. Intervjusituasjonen er difor vektlagt som ein samlale, der ei empatisk og open haldning er vektlagt frå forskars side.

#### 4.4.6 Validering

---

Ordet "validitet" står for sanninga, gyldigheita og styrken til eit forskingsprosjekt (Kvale & Brinkmann, 2009). Intern validitet handlar om i kva grad tolkingsproduktet faktisk reflekterer dei fenomena som ein ynskjer å vite noko om. Ekstern validitet handlar om korleis ein kan slutte frå det eine, til det allmenne. Det vil sei i kva grad, og på kva måte forskingsfunna kan overførast, og takast i bruk i andre liknande settingar.

Forskaren har i ein kvalitativ tradisjon ein viktig plass i heile forskingsprosessen, og deltar aktivt i heile dette løpet. Særleg i intervjusituasjonen og i tolkinga av datamaterialet påverkar forskaren forskingsmaterialet i stor grad. Eit krav om objektivitet er her ikkje tenkt som berre ei sann, objektiv meining. Hermeneutiske og postmoderne formar for forståing tillater derimot eit legitimt tolkingsmangfald (Kvale & Brinkmann, 2009). Vitskap på materiale med ulike tolkingsmogleikar, gjer at forskaren kan følgje ulike retningar i materialet, ulike forskarar kan difor gje ulike svar. Kristoffersen (1998, s. 62) seier:

Forståelse er i motsetning til forklaring i en naturvitenskaplig sammenheng ikke basert på manipulasjon og kontroll, men på deltagelse og åpenhet. Forståelse er basert på erfaring og dermed ikke på en fast metodologi. Hensikten er ikke å forstå korrekt, og dermed framføre normer for valide fortolkninger, det er snarere en streben etter en dyp og ekte forståelse som driver den hermeneutiske forskningsprosessen (i Palmer, 1969, s. 62).

Strengt validitetskrav er i utgangspunktet ei empirisk analytiske fagnemning som ikkje passar i lag med ei tolking der innsikt og kreativitet blir verdsatt (Polit & Beck, 2008).

Undersøkinga av livsverda utforma i eit skriftleg produkt får i følge Bengtsson (2006) prøven sin i bruken av dette. Då etter i kor stor grad materialet vekker gjenkjenning hjå andre. Denne punktet er også lagt vekt på i Polit & Beck (2008).

## 5 Forskingsfunn

---

Materialet vart delt opp i seks hovedpunkter. Desse kan så delast inn igjen i forhold til: Om det fysiske miljøet sitt forhold til behandlingssfunksjonen til sjukehuset omhandlar punkt ein. Det fysiske miljøet inne, omhandlar så punkt 2-4. Det fysiske miljøet som form, omhandlar punkt 5. Og det fysiske miljøet ute som natur omhandlar punkt 6. Alle namn er fiktive.

### 5.1 Det primære er å bli frisk igjen

---

#### 5.1.1 Behandling er viktigare enn form, sentralblokk er grei nok

---

Han kunne sikkert vært utformet mere spennende. Men her er det jo snakk om penger, og hva vi skal bruke pengene til. Og hva er det viktigste her, er det å få menneskene frisk, eller å la øyet hvile på noe, så han er vel grei nok. -Ingrid.

Ingrid, Marianne og Kari poengterar at det er behandlinga som er det viktigaste ved opphaldet. Det å få riktig behandling slik at ein blir frisk igjen. Dette er det primære ved eit sjukehusopphald. Det er kvaliteten på behandlingssopplegget som er det primære, og dette er viktigare enn kva fysisk miljø ein blir tilbudt.

I sitatet over blir behandling og arkitektur sett opp i mot kvarandre, som om dei representerar to motsetnader. Sidan det handlar om pengar blir arkitektur opplevd som ein motsetnad til behandling. Det blir som om arkitektur tar økonomiske ressursar som heller burde vore brukt til behandling. I staden for å tenkje at arkitektur spelar på lag med, og ”hjelper” behandlingssfunksjonene med den oppgåva den har, så blir arkitekturen sett som ein kontrast, og konkurrent til denne.

Når Marianne får spørsmål om korleis bygget ser ut på utsida, så skildrar ho det som grått. Det er grått og kjedelig, men dette blir akseptert utifrå kva forventningane ein har til kva eit sjukehus skal vere.

Det er liksom grått og kjedelig, men samtidig så er det no sykehus, du forventer ikke at det skal være noe voldsomt. Det er viktigere at de bruker pengene på behandling og pasienter, enn at de bruker det på utsmykninger og sånt syns jeg da.

Marianne har små forventningar til kva eit sjukehus kan tilby og vere, anna enn å gje behandling. Samtidig blir det konstantert at det er behandlingssfunksjonen som sjukehuset har, som er viktig. Sjukehus som stad er her i særleg sterk grad knytta til

behandlingsfunksjonen, og berre til denne. Forventinga om kva eit sjukehus kan tilby av fysiske miljø er liten, fordi det er eit sjukehus. Dette gjeld også i forhold til utsikt og til forma på bygget. Som eit døme kan ein ta forholdet mellom blomar og behandling, slik Marianne ser det. Marianne syns at det hadde vore koselig å hatt blomar ved inngangspartiet, når ein kjem frå parkeringsdekket. Då som ein måte å bli møtt og tatt imot på. Men ho forventar ikkje dette på eit sjukehus, fordi det er eit sjukhus.

Ho seier vidare, om takterrassen, som har mest grønne planter, og ikkje blomster:

Det er vel noe med at det skal stelles og holdes, og idag er det økonomi som styrer, og det er klart at skal noen gå rundt og stelle blomster, så ville det koste mye mye mer enn grønne planter som bare trenger litt av og til. Så det er greit nok med det, men det hadde vært finere og koseligere med blomster selvfølgelig, litt mer farge.

Forventningen til at sjukehuset også kan vere kvalitet, som eit grønt miljø er svært liten. Argumentasjonen er den same som ovanfor. Behandling og drift er dei grunnleggjande momenta på eit sjukehus, og må prioriterast. Når ho så får spørsmålet om ho synest at dei burde ha prioritert blomster, så svarar ho svært kontant nei på det. Ho grunnngjer eit nei med at når økonomien er så dårleg som den er, så synst ho at det er viktigare at økonomien går til dei ansatte og til pasientane, og til vanlig drift enn til blomar.

Mot slutten av intervjuet stadfestar ho likevel eit ynskje om blomar ved innkomstarealet, ved parkeringsanlegget, fordi det er ein måte å bli tatt imot på, som ville vere kjekkare enn slik det er idag. Ho seier også samtidig at dette sikkert hadde vore vanskeleg å få til, sidan området er ein mørk plass med lite lys.

Arne tenkjer på sjukehuset meir som ein fabrikk. Sjukehuset blir meir ein ”behandlingsfabrikk” enn ein stad der ein skal opphalda seg og bu. *”Eg tenker på det som ein stor fabrikk eg i grunnen. Ja, mest sånn som samlebånd [...] nei, det er vel, folk kjem og går heile veien, folk er gjerne berre inne ein dag, og så kjem det nokon nye.”* Han tenkjer industri og samlebånd når han tenkjer på Haukeland sykehus. Sjukehuset får slik eit sterkt preg av behandling, der bufunksjonen blir mindre viktig fordi opphalda er av kortvarige.

Johannes har opplevd at tida mellom ei stadfesting av at det var kreft han hadde, og til riktig diagnose vart stilt tok svært lang tid, omtrent eit halvt år til saman. Han skildrar sjukehuset som eit ”ventehus”, der ingen ville eiga kreften hans. Sjukehuset sin behandlingsfunksjon fungerer i dette tilfellet ikkje optimalt, iallefall ikkje utifrå eit hans perspektiv. Det har også ført til at sjukdomen har blitt meir alvorleg, enn den i utgangspunktet var. Desse forholda kan ikkje så kompenseras med eit godt butilbod. Han seier og seinare i intervjuet at sjølve ordet sjukehus kanskje er feil, for han som

pasient, er her for å bli frisk. Her er vi tilbake til det primære med eit sjukehusopphald igjen, å bli frisk. Kari seier: *”Men primært er jo det, når du kommer inn på sykehuset, det er å få den rette behandlingen, slik at du blir frisk igjen, sant? Det er jo det primære.”*

### 5.1.2 Sjukehuset er ein mellomstasjon

---

Eg visste at det var midlertidig, og følte meg relativ frisk, så då har det ikkje betydd så mykje. Men viss opphaldet var langvarig, og det hadde vore lettare å bevegde seg ut, så hadde det sikkert betydd meir med omgivelsene, enn det har betydd no om vinteren -Ove

Det fysiske miljøet blir akseptert, slik det er, sidan opphalda er av midlertidig karakter. Marianne kallar sjukehuset fleire gonger for ein mellomstasjon. Bygget som fysisk dimensjon, blir godtatt slik det er, fordi det handlar om kortare periodar av livet hennar. Ho seier: *”Så for meg er det en trygg plass, det er liksom en slik mellomstasjon. Det er ikke hjemme, men likevel er det en mellomstasjon, der du blir ivaretatt.”* Når ho får spørsmål om det er nokre kvalitetar med bygget som ho set pris på, så har ho ikkje reflektert over dette, fordi opphaldet har eit midlertidig preg. Korte innleggelser pregar også rytmen ved behandlingsopplegget til Marianne. Sjukehuset som ein mellomstasjon gjer at også utsiktsforhold og romforhold blir akseptert, og godtatt utan at ho meiner at dette påverkar opphaldet hennar i negativ retning. Ho seier:

Det er en mellomstasjon, som du er på, jeg ville nok ikke kjøpt dette rommet viss jeg var på jakt etter en leilighet [...] For det hadde vært for mørkt å bo i, viss jeg skulle bo her, og kjøpe det, men på en måte, å være på sykehuset, så synest jeg det er mye mindre viktig, fordi at det er bare en stund.

Sjølv om behandlingsslengda for nokon er lengre og går over fleire dagar, får likevel opphalda karakter av å vere midlertidige.

### 5.1.3 Ufrivillig innetid, isolasjon som ein del av kreftbehandlinga

---

Men det eg sakna med det, det var jo mulighet til å gå ut altså, men det var ikkje så lett så lenge eg hadde det apparatet der. Eg kunne jo teoretisk sett tatt det med meg ned i kiosken og andre plassar, men eg hadde ikkje lyst til å dra med meg det apparatet. -Ove

Sjølv om ikkje utsikt er viktig for han, så saknar han det å få frisk luft, og å kunne bevege seg ute. Men dette avgrensar seg også av ver og føreforhold. Han trur at han ville gått meir ut om det hadde vore ei anna årstid. Ellers er opphalda for fleire av kreftpasientane, i tillegg til Ove, også for Johannes og Arne skildra som ei form for ufrivillig innetid. Arne, Ove og Johannes som har kurar med cellegiftbehandlinga som går kontinuerleg over fem dagar, gjer at mogleiken til å kome seg ut med stativ er liten. Difor blir det eit ufrivillig opphold inne. Arne liker ikkje dette, å ikkje kunne gå ut når han får kur. Han skulle gjerne ha gått ut. Han seier: *”Ja, det savnar eg når eg er her*



*inne, for eg kan ikkje gå nokon plass med stativet her, så det blir jo ei veka utan å komma seg ut.*” Han mistrivst med å berre vere inne. Aktiviteten under kur avgrensar seg til å gå i gangane på sjukehuset. Han seier: *”For det eg oppholder meg for det meste, enten på rommet, eller går i gangane og trør litt. Eg er rastlaus av meg, så det er godt å koma seg opp litt.*” Men om han hadde hatt mogleik til det, så hadde han gått ut. Han synst også at det å bli isolert på rommet, på grunn av låge blodverdiar er tøft. I den perioden verdiane er låge, er ein isolert inne på rommet, utan lov til å gå ut i avdelinga. Det gjev han ein innestengt kjensle, sjølv om det gjerne berre er for ein to dagars periodar om gongen. Denne type isolering er for Arne og Magne ei påkjenning i seg sjølv, og noko som gjev ei innestengt kjensle.

Når det så kjem til Magne, som har hatt eit opphald av lang varighet, får hans skildringar av sjukehuset som isolasjon, og av det å vere inne eit svært skarpt preg. Dette rettar seg mot korleis han har opplevd det fysiske miljøet på sjukehuset. Han avslutta med å sei at når det gjeld bygg og utforminger er det ikkje mykje å skryta av, men at det likevel er mykje som det går an å leve med. Men utan at han kjenner behov for å sei at det er så veldig bra eller fantastisk. Forhold ved det fysiske bygget er av svært viktig, og påverkar han sterkt. For Magne er tidsaspektet, med langvarig isolasjon inne på sjukehuset moglegvis eit forhold som forsterkar krava til det fysiske innemiljøet på sjukehuset. Graden av isolasjon og ufrivillig innetid som kreftbehandling fører med seg, samtidig som ein er oppegåande kan også vere eit moment som er med på å skjerpe krava til kvaliteten på det fysiske innemiljøet.

#### 5.1.4 Rom og romforhold betyr lite når ein svært dårlig, men likevel litt av og til

Når eg ligg her med feber, så har eg ikkje inntrykk av at eg bryr meg om nokon ting, ikkje sant. Det betyr ingen verdens ting, verken kor du er, eller kva du gjer, du får det ikkje med deg likavel. - Johannes.

Kva han treng som pasient i eit fysisk innemiljø handlar om kor sjuk han er. Kari seier som Johannes at romkvalitetar har lite å sei viss ein er dårlig. Ho konkluderar slik:

Viss en skal ligge en stund, og er noenlunde klar i hodet, så er det litt kjekt også å kunne se ut, å se noe. Det er alltid kjekt. Men er du dårlig, så er du berre glad at du får ligge i sengen, det har ikke så mye å bety. Da er det mer at du får den pleien du trenger, og medisiner, og at ingenting på det området svikter, det blir det som blir det viktigste.

Både Kari, Johannes, Magne og Ingrid graderar kva dei treng av stimuli utifrå gradar av å vere dårlig. Når ein er svært dårlig, betyr stimuli og romkvalitetar lite eller ingenting. Det som betyr noko då, er å få liggja i ei seng. Kari seier:

Altså første gangen jeg var der borte, så var jeg ganske dårlig, og da var det i grunnen det samme hvor jeg låg henne, bare jeg fikk ligge i en seng. Men når du da begynner å gå oppe, og sitter i en

stol, så er det litt kjekt også å se ut, å se biler og folk, og hele Bergensdalen [...] og så såg jeg ned i parken, trærne og de som gikk der nede.

Å få godt stell, noko meir enn dette treng ein ikkje. Likevel poengterar både Kari og Marianne at når ein er istand til det så kjem ein seg ut av senga. Dagen før intervjuet, hadde ho lagt i senga med feber. Dagen etterpå står ho tidleg opp, dusjar og gjer seg klar til å reise heim. Ho seier: *”Neida, jeg synest det å være med i det pulserende livet er ok. Det var som jeg sa idag tidlig at, nei, jeg hadde feber i går, i dag har jeg ikke feber, no vil jeg stå opp.”*

Arne får spørsmål om han treng stimulering når han er skikkeleg sjuk. Han meiner då at det er ro han vil ha. *”Då ligg du berre i sengja, så då har det ingenting å sei korleis det ser ut rundt deg, du bryr deg ikkje så mykje uansett.”* Men når han i forlengelsen av dette får spørsmål om han kunne, sjølv om han er dårleg, få hengt opp eit bilete på rommet, så synst han likevel at det hadde vore kjekt. Han brukar sjølv ordet storarta om det. Dette grunngjer han med: *”Ja, for å ha noko å fokusera på, det er viktig det og sjølv om du ligg i senga og er ringe, så kan det hjelpa litt.”*

Marianne meiner at ein god utsiktskvalitet er viktig når ein er sengeliggjande. Ho meiner at når ein ikkje kan gå ut av senga, så vil utsiktskvaliteten ha meir å sei, enn om ein er oppegåande. Ho er ikkje heilt sikker, men ho trur likevel at det ville betydd meir for henne om ho ikkje kunne gå ut av senga. Normalt pleier ho å greie å karre seg ut av senga, men ho seier:

Ja, viss du ikke har mulighet for å gå ut av sengen, då er det nok mye bedre at der er litt, iallefall at du låg på andre siden, at det ikke ble så tett som det er her, på en måte, med fjellet og sånn, at du hadde litt lengre, litt mere luft og utsikt.

Marianne har denne gongen eit rom som vender mot sør, og dermed mot fjellet. Ingrid meiner også at utsiktskvaliteten har noko å sei, men dette gjeld uansett om ein er dårlig eller ikkje. Intervjuet fann stad på eit rom i som vende mot sjukehusparken. I sitatet samanliknar ho utsiktskvaliteten her, med ei tidlegare erfaring på eit rom der ho berre hadde utsyn til ein vegg. Ho seier:

Viss du sier dårlig, så er det jo etter gradene, og hvordan du selv oppfattar det, hvor dårlig du er. Og du kan si, uansett viss du kan kaste et blick ut, så gjør det deg jo bedre å se ut på dette, enn å se på den vegggen da. Viss du skal legge vekt på det, men viss ikke du har noe valg, så vil du bare ta det du får.

## 5.2 Å få vern og eit privatliv i einmannsrom

---

### 5.2.1 Einerom som luksus

---

Så jeg synest jo det er veldig luksus når jeg får enerom, for jeg føler meg jo ikke så syk. -Marianne

Normalt ligg Marianne på tomannsrom under opphaldet på sjukehus. Ove tenkjer også at einmannsromma er for dei pasientane som er sjukaste. Han seier: *”Men eg går ut utifrå at dei dårlegaste ligg på einerom altså.”* Han pleier å bu på firemannsrom når han er inne og får cellegiftbehandling. Han har behov for lett tilgang til eit toalett under kuren, noko som kan vere problematisk innimellom når det er så mange på rommet. På grunn av dette, men også uavhengig av tilgangen til toalett, føretrekk han einmanns eller tomannsrom på Parkbygget, istadenfor Sentralblokka og firemannsrom.

Marianne meiner at eineromma er særleg kjekke å ha når ein får besøk. Ho slepp då å ha kjensla av å vere til plage for medpasientar om dei treng ro, når ein sjølv har besøk.

Dette synest ho også er eit luksus- forhold med einerom.

Når du har mann og barn, og visst du da har tomannsrom, så er det mye verre å få besøk, fordi at det er ikke noen plass å gjøre av seg sant. Gangen er ofte full, og skal du sitte på rommet, så har du følelsen av at du sitter oppi de andre, og gjerne plager de visst de har lyst på ro, så sånn er det jo veldig luksus med enerom.

Sidan einmannsrom ikkje er noko som ein automatisk får tilgang til, og det er få einmannsrom i avdelinga, skildrar Kari seg sjølv som heldig som fekk tilgang til eit einmannsrom. Ho var glad for å få einmannsrom, til tross for at grunnen til at ho fekk det, var at ho måtte isolerast med låge blodverdiar. For Kari betydde det å ha fjernsyn for seg sjølv, og å kunne bestemme alt åleine.

### 5.2.2 Einmannsrom er å ha privatliv og ein mykje større fridom

Men når du då byrjar å friskna til igjen, vil du gjerne ha litt, det du manglar er å kunne vere, å ha eit privat øyeblikk, ikkje sant, at du kan gå på rommet ditt og setja deg, ja, du manglar rett og slett den tida for deg sjølv. -Johannes.

Ein informant illustrerer dette forholdet med døme frå oljeindustrien og frå oljeplattformane. Her var denne problematikken mykje debattert. Det handla om korleis ein kunne tilretteleggja best mogeleg for at to arbeidarar som låg på same rom kunne få størst grad av privatliv. Tomannslugarar, men med fri samtidig, gav ikkje noko grad av privatliv. Det beste var om ein mann frå dagskiftet og ein mann frå nattskiftet delte same rom. Men sidan det var fleire dagarbeidarar enn nattarbeidarar ombord var dette ikkje lett å få til. Informanten seier: *“Det er jo det dei krangler om og etter som eg har fått med meg. At dei skal ha lugaren åleine, for seg sjølv.”*

Den same informanten seier og at ein i Parkbygget hadde hatt mogleik til å gjere desse romma berre til einerom. *”Du har jo mogleik til det, iallefall nedi Parkbygget, der kunne du faktisk, på ein veldig enkel måte, lagd einmannsrom, eigentlig.”* Ingrid ligg på tomannsrom då ho vart intervjuet. Ho ville også gjerne berre hatt einerom i avdelinga. Ho argumenterer for einerom utifrå graden av privatliv det gjev, og graden av fridom.

Ein kan snakke i telefon når ein ynskjer det, og det er lettare å ta imot besøk. Ho legg også vekt på at på eit einerom kan ein få ro når ein treng det. På eit tomannsrom meiner ho at ein ikkje kan forvente å få kvile, når ein sjølv treng det sidan ein er to på rommet. Ho synest ikkje avskjerminga på tomannsrommet er god nok, og ville gjerne hatt noko fastare, og stødigare enn *"nokre gardiner som flaksar rundt."* Både når ein skal stelle seg sjølv, og når ein får besøk. I sitatet under kallar ho gardinene for *"denne duken."* På spørsmål om einerom er viktig for henne, seier ho:

Ja, jeg synst det gir meg en mye mer privat følelse, og som sagt når vi prater i munnen på hverandre, det sitter besøkende på begge sider av denne her duken, det er nesten sånn at vi snakker i munnen på hverandre. Så, jeg synest ikke det er noe kjekt. Men herlighet, jeg har lagt på firemannsrom, og det gikk bra, så det. Men nå snakker vi bare om hva jeg ønsker meg her oppe. Hva realiteten er, det er jo noe annet. Og man aksepterer jo realitetene når man er nødt til det.

Sjølv om ho er svært glad i utsikta frå Parkbygget, ville ho ha valgt eit rom utan utsikt, viss det var det einaste alternativet for å få tilgang eit einmannsrom. For Ingrid handlar det om å få privatliv. Men og om å få fridom i kvardagen, og å få ro når ein treng dette. For Johannes handlar det om å få privatliv, å få tid for seg sjølv.

Marianne påpeikar at med mange einerom på Parkbygget, så krev dette meir av romma utanfor. At ein er flink til å bevega seg ut frå rommet.

Det synest jeg krever litt av, de rommene utenfor, eller gangen utenfor, for at enerom, da er det gjerne lett for at du blir sittende mye alene. Og det er gjerne ikke alltid så positivt viss du ikke er av den typen som går litt rundt, sånn at det kan gjerne oppleves som litt tungt og viss du har ukesbehandlinger, og blir sittende aleine. Det må jo bli veldig ensomt, så da er det gjerne bedre med tomannsrom.

Knut vektlegg at rommet ikkje er nok, og at ein treng andre rom og møteplassar, i tillegg til rommet. Han meiner også at ein er nok på rommet, og at ein treng anna påverknig enn det ein får her. Han seier: *"Kjempeviktig å komme ut fra et firkantet rom, og inn i et rom som har en annen form, innredning og møblement. Det gir noe.* Dette blir nærmare tatt opp under punktet om møteplassar.

### 5.2.3. Firemannsrom, ei avprivatisert sone og eit ikkje-rom

Ja, altså desse firemannsromma, har jo opplevd å ha seng i den inste delen sant. Og fire på rommet og gardiner rundt. Altså, du føler deg jo temmelig innestengt når du ligg inne i ein sånn krok og ikkje har tilgong til vindauge i det heile. Det må eg sei tar på den psykiske helsa, viss du må liggja nokre dagar sånn. Du er kanskje dårleg sjølv, og har fullt av folk rundt deg som er dårlege. Så eg er i det heile tatt nokså kritisk etter dette opphaldet til standaren, når det gjeld firemannsrom. Eg trur eg kan sei at folk som sit i fengsel har betre forhold enn ein som må vere her i fleire månader med alvorleg sjukdom. -Magne

Magne er den av pasientane som har hatt det lengste opphaldet samanhengande på sjukehuset. I sitatet over snakkar han på den eine sida om kva påkjenning det er for han å liggje i ei seng utan å ha eit vindauge som han kan sjå ut av. På den andre sida snakkar han om den påkjenninga det er å møte sjukdomstilstanden til andre, samtidig som han

sjølv er alvorleg sjuk. Totalt sett gjev opphalda på firemannsrom ei kjensle av ein så dårlig standard, at han kan samanlikne det med eit fengselsopphald. Men eg spør han ikkje om han kan forklare meir om kva som ligg i denne uttalelsen, utanom at det har med standaren han blir møtt med som pasient og sjuk. Uttalelsen kan uansett tolkast i negativ retning, der det fysiske miljøet har bidratt negativt til hans oppleving av å vere pasient. Han seier også direkte at det å bu innerst i rommet gjev ei innestengt kjensle, som tar på psykisk. Dette seier han seinare i intervjuet, når det gjeld møte med dei skitne vindaugo. Knut har også opplevd å bu inst i eit firemannsrom. For han er lyset særst viktig, og å bu inst i rommet vil også sei å få mindre lys inn til der han låg. Dette gav han ei innestengt kjensle, og han likte seg ikkje. Knut og Magne opplever begge det som ubehagelig, eller som traumatisk å bu slik i firemannsrommet.

Den yngste av deltakarane, Arne meiner imidlertid at det er greitt å bu på firemannsrom. Det går heilt greitt, også å bu inst i rommet utan vindaugo. Han søv også godt om nettene på firemannsrom. Han har ein positiv innstilling til dette, samtidig som det er noko som han skal "greie." Dette handlar for han om at opphaldet har midlertidig karakter, og difor går det greitt å bu fire i saman. Han seier:

Men det går fint å liggje fire i saman, bryr ikkje meg noko særleg, det går greitt det [...] Jada, for ei veker tid så gjer ikkje det noko, folk reiser jo på sånn backpacking turar og ligg på sovesal, så skal no klare dette.

Han er likevel glad for å få einmannsrom, når han og har vore innlagt mellom kurane på eit anna sjukehus. Han får då gjere som han sjølv vil, og kan slappe litt meir av, han slepp å tenkje på kva andre føretrekk, noko som gjev meir fridom. Marianne opplever det å bu på tomannsrom som ubehageleg om medpasienten er veldig sjuk. Ellers så synst ho det kan vere koselig å bu på eit tomannsrom. På eit firemannsrom blir det også ein del uro, og det kan vere vanskeleg av den grunn å få sova. Ein må også, som nemt før ta del i andre sine sjukdomstilstander. Magne seier:

Altså når du er på eit firemannsrom og folk rundt deg kastar opp, eller desse pumpene går, og alarmen på dei går midt på natta og slikt, det blir ein god del uro, med folk som har tilsvarande behandling som eg har hatt då [...] Det positive med fleirmannsrom er jo at ein kan jo snakke med folk når ein føler seg istand til det. Men ein er jo gjerne i ein fase der ein ikkje føler seg så opplagt til å snakke så mykje.

Berre Johannes, skildrar at han har fått nye "kjensfolk" av å bu på firemannsrom.

Likevel synest han at det er rikelig greitt med å bu på tomannsrom. Han skildrar dei same opplevingane som det Magne har. Firemannsrommet er eit surrealistisk rom, der det er vanskeleg å få ro. Han seier: *"Eg huskar fyrste gongen eg låg oppe i [...] Alle sov med slikt tikk-takk greie unntatt meg, nokon pusta med sånnt oksygen boble greie, sant. Då var det sånn, du må jo ha noko å sova på."* I tillegg har han opplevd å trø i urin frå

andre, med bare føter på eit firemannsrom, noko som var særst ubehageleg. Han har også opplevd at dei andre på rommet var så sjuke, at ingen trefte doskåla når dei skulle tisse. Det gjorde rommet til eit ”grisehus” som han kalla det, og på den andre sida noko som fekk han til å kjenne seg som heilt frisk. Han ser på firemannsrom i 2011 som ei gamaldags ordning, som irriterandes, og noko han likar svært lite. Dette meiner han også på tross av at han har blitt kjent med nye folk ved kvart opphald her. Han hadde greidd seg godt med tomannsrom. Han meiner at rommet har alt å sei for korleis du trivest. Han vil og gjerne og ha plassen ved vindauga på firemannsromma. Både fordi det gjev utsikt, men det er også beste plassen. Her er det mest ”tomlerom” rundt senga, og plassen med mest ro Her er det ingen som går forbi senga di heile tida, slik som ved sengene næraste toalettet.

Magne og Ove synst at det å ta imot besøk når ein bur på to, eller firemannsrom, også handlar om å ikkje plaga dei andre på rommet. Ove føretrekk difor å gå ut frå rommet og til eit fellesareal når han fekk besøk. Magne seier: *”Ja, det er no blant anna det å ha besøk som ikkje treng vere redd for å snakka, og du kan sjå på fjernsyn eller ein film ilag utan å vere redd for å forstyrre naboen.”*

Firemannsrom blir slik ein forringelse av kvaliteten på opphaldet. Det representerar også eit innsyn i andre sin sjukdomstilstand, noko som blir skildra berre som ei negativ oppleving. Romma representerar også tap av utsikt, som gjev ei innestengt kjensle. I tillegg er pasientane opptatt av å ta hensyn til dei andre pasientane på rommet, og ikkje å vere til bry eller plage for nokon. Dette er særleg problematisk når ein mottar besøk. Det å bu på firemannsrom blir også skildra som ei grei oppleving av Arne, Ove, Kari og Marianne, men då handlar det om opphald over kortare periodar.

### 5.3. Utsikt gjev trivsel, og hindrar ei innestengt kjensle

#### 5.3.1 ”Skitne” vindauge skapar reaksjonar og gjev mørkare rom

Ja, det er veldig skitne vindauge. Det er det fyrste ein legg merke til [...] Ja, for eg prøve jo å nytta utsikten. Men det er ikkje så lett, ser ikkje ut. -Johannes.

Han fortset med at ein ser ut, men at det ser veldig ”nedsabla” ut. Det gjev inntrykk av at tingene her ikkje er bra. I overført tyding vil det og sei at heller ikkje kvaliteten av behandlingsopplegget er bra, og at her legg dei lite vekt på reinleik generellt. Informantane trur at det er manglande og dårlig reingjering som gjer vindaugo så skitne. Av dei fem informantane som var opptatte av skiten på vindaugene, visste berre ein, Arne at det er betongen som har etsa inn i, og øydelagt vindaugo. Mens dei andre kallar vindaugo for skitne, kallar han dei for øydelagte. Arne synest det er “litt plagsomt.”

Utsiktskvaliteten blir forringa. Dette kan igjen gje ei kjensle av ”å bli stengt inne” i større eller mindre grad. Den skitne ”filmen” på vindaugo gjer også at det slepp inn mindre lys i romma, med mørkare rom som eit resultat av dette. Johannes kommenterar utsikta frå eit vestvendt rom: *”Du ser iallefall ut. Du kan se veret. Men det er veldig skitne vinduer. Men det har jo eg fokusert på at dei kunne jo ha vaska desse vindaugen då.”* Alle har latt seg irritere, og viser indignasjon på vegne av korleis vindaugo ser ut. Fleire trur at det er ein måte sjukehuset sparar pengar på. Det blir lagt merke til, og kommentert. For Magne går det på humøret laus med slike vindaugo. Det er noko som går inn på han, og påverkar han negativt. Han seier: *”Spesielt når sola skin so merkar ein kor skjete det er ja.”* Vindaugo er tilgrodd, og ein informant nemner eksakt rommet der det er særskilte mørke ”skitne” vindaugo på avdelinga. Denne informanten toler den utsiktskvaliteten vindaugo gjev, men veit likevel i kva rom vindaugo ser verst ut. Dette har underteikna skjekka etterpå, og det stemmer at vindaugo i romma informanten nemner er særskild ille tilredt.

### 5.3.2 Betongmarkiser og austvendte rom, graden av utsikt og lys gjev gode eller dårlige rom

---

Nei no når eg havna på denne sida her så, huff, skyggesiden, rett inn i ein fjellvegg her, sant, ser vi ingenting. -Johannes.

Johannes viser tydeleg i sitatet over at det å ligge på rom mot aust, likar han lite. Indirekte seier han at han synst det er dystert. Den austvendte utsikta påverkar han negativt, og uttalelsen har nærmast eit kroppsleg preg, som ein form for mistrivsel. Han kallar det å vere på skuggesida, noko som gjer rommet mørkare. Utsiktskvaliteten er og påverka av at han ser rett inn i ein fjellvegg, noko som han skildrar som det same som ikkje å sjå nokon ting. Han seier etterpå:

Altså det var tomannsrom, og det likar eg jo, og så var det ein kjekk kar som låg der, så vi hadde det jo veldig skøy vi då. Men akkurat rommet, sånn med utsikten, og med skiten på vindaugene, faktisk ikkje sol eller nokon ting. Nei, måtte jo gå ut vindauge for å sjå kva ver det var, sant. Nei.

Mens mot vest ser han iallefall ut og det er lysare, på tross av at vindaugo også er skitne her.

Intervjua med Johannes, Kari, Marianne og Arne fann stad på rom som vender mot aust og mot fjellet. Fire av informantane, i tillegg til Ove hadde også budd på rom som vendte mot aust. Kari lot seg ikkje påverke av det, fordi opphaldet hadde ein midlertidig karakter.

Når Marianne får spørsmål om utsiktskvaliteten med rommet mot aust, så seier ho:

Ja, den er nå nokså tragisk da, men det er jo bare en periode du skal være her så, det er ikke noe som liksom går innpå meg, men det er klart at, sjøutsikt hadde nå vært bedre, viss du skulle kunne

drømme. [...] Men det er ikke noe som liksom plager meg at du ser rett inn i fjellet, og en røyk som kommer opp, det gjør ingenting, og det er nå litt trer, veldig fint, og litt himmel og viss du bare bøyer deg nå langt nok ned.

Kari skildrar utsiktsforholda her som ingen utsikt. Ho seier: *”Men her er det jo ikke noen utsikt kan du si”* Ho skildrar og seinare denne utsikten meir nyansert. I tillegg til å sjå inn i fjellveggen, ser ein også litt av bygget mot aust, røyken som kjem opp, samt og nokre trer, og også Ulriksbanen. Utsikta betydde imidlertid ikkje noko for henne, avdi det å få ein rom kompanierte for den ikkje-utsikta ho fekk.

Magne skildrar utsiktsforholda som vesentleg forskjellege om ein er på austsida eller om romma vender mot vest. Rommet blir kvalitetsforskjellege etter himmelretningen dei er vendt mot. Han synst det er kjekkaste å vere på vestsida. Han synst og at betongmarkisene verkar dystre. Desse verkar endå dysterare på han, om rommet vender mot aust. Han seier: *”Ja desse her murkonstruksjonane som går ned sant, dei virkar og litt sånn dystre. Og det merka eg kanskje endå meir når eg låg på austsida.”* Mangelen av utsikt mot aust blir forsterka av at betongmarkisene skuggar for himmelen. Marianne seier dette om betongmarkisen: *”Ja, det synst eg er forferdelig mørkt og tungt då, men, det har nok en misjon. Men det er jo klart, det hadde vært mye lysere inn på rommet viss den der murkladonsen hadde vært vekke.”* Ho grunnjev svaret sitt om kvifor det er mørkt nærare litt seinare:

Jo, fordi at det skygger for himmelen rett og slett, [...] på en måte stenger ute himmelen, og himmelen gir jo mye lys da. Selv idag når det regner, så blir det jo mye mer lyst likevel, viss det ikke hadde vært mur, men himmel der.

I Parkbygget vender enkelte rom inn mot Sentralblokka., ein ser berre rett over til dennes ytter- vegg. Parkbygget har difor enkelte rom med ikkje- utsikt, austvendte rom mot Sentralblokka: Ingrid får spørsmål om korleis lyset er, når ho har utsikt som vender rett mot Sentralblokka. Ho seier:

Ja, kan nå si, det blir jo ikke samme lyset, og luftigheten. Du er jo på en måte innesperrret mellom en husvegg og himmelen. Men det er jo ikke mye du ser av himmelen, du må jo bort til vinduet og stå og kikke, så.

Ingrid har hatt eit opphald på eit ein rom i Parkbygget som vender mot murveggen til Sentralblokka i 14 dagar, utan at ho kommenterar dette som ei dårlig oppleving. Ho innstilte seg derimot på at slik var det, og på at dette skulle ho greie, slik at ho har ikkje noko vondt å sei om dette heller. Dette seier ho på tross av at ho gjennom intervjuet gjev uttrykk for at utsikta mot vest i Parkbygget betyr svært mykje for henne. Ho er opptatt av at ein må ta det ein får med rommet, og tilpasse seg etter dette. Det ein ikkje har kan ein ikkje halde på å tenkje på. I tillegg kan eit rom med utsikt også vise seg til dømes å liggje slik til at det blir for mykje sol inne på rommet.



Marianne har også berre lagt på Parkbygget på eit rom som vender inn mot Sentralblokka. Ho hadde ingen oppleving av utsikt, men ho skildrar likevel rommet som veldig lyst i forhold til romma i Sentralblokka. Likevel føretrekk ho den "mørke" Sentralblokka, blant anna fordi at staden er "heime" for henne. Generellt, når ein greiar å koma seg opp av senga, så meiner Marianne at andre opplevingar er viktigare, enn akkurat opplevingar som knyttar seg til utsikta.

Når det gjeld Knut, som er intervjuet på Parkbygget, spelar lyset ein stor rolle og er viktig for han. Han grunnar det med at tøffe gjentatte behandlingrundar har gjeve seg utslag psykisk, som angst. For å motverke dette er lyset svært viktig for han. Han reagerer på mørke rom. Han seier: *"Så lyset er veldig viktig for meg. Også nattestid, det å ha lyset i horisonten å feste blikket på, det betyr noe, det gir en trygghet."* Romma blir gode eller dårlige utifrå den tilgangen dei gjev til utsikt og lys. Lys har karakter av å vere noko som han treng for å ha det bra, og gode romkvalitetar handlar om at rommet får inn nok dagslys. Han skildrar inngangspartien med eit venteareal på sengeposten i Parkbygget, som mørk, og som ugjestmild, noko som han ikkje likar, men så fortset han med: *"Så kommer du inn da mot kantinen, så åpner det seg ikke sant, og så føler du deg velkommen, føler deg glad og oppløftet."* Lyse rom blir for han venlege rom.

Vindauge for Arne handlar og om å motverke kjensle av å vere innestengt under små og lengre periodar med isolasjon på rommet. Han seier: *"Ja, då kan du opna, det er herligt, kunne stappa hovudet ut glaset og kikka litt, for du føle deg jo innestengt når du ikkje får gå ut av rommet og sånn."* Som nemd seinare under møteplassar, gjev fellesrommet på avdelinga på Sentralblokka han også ei innestengt kjensle, avdi det berre har eit lite vindu.

Ove er den einaste av informantane som gjev uttrykk for at utsikt ikkje har betydd noko for han under opphaldet. Han har alltid budd innerst i rommet på eit firemannsrom på grunn av den praktiske nærleiken til toalettet. Av den grunn har han hatt liten utsikt. Under eit opphald på Parkbygget har han hatt vestvendt utsikt, men dette var midt på vinteren og det vart fort mørkt, så utsikta fekk difor lite å sei for han. Men på eit generellt grunnlag uttrykker han seg svært klart om at utsiktsforholda for han ikkje betyr noko. Han svarar avkrefande, og svært kontant nei når han får spørsmål om utsikt er viktig for han. Han seier: *"Ja altså, prøva å koma igjennom altså, utan å få plag med det, eg har jo stort sett høyrte på radio, eller lest, eller hatt besøk."* Lesing, radio og å få besøk har vore hans middel til å kome igjennom behandlingløpet.

### 5.3.3 Utsikt er å kome nær nok

---

Ja, no bor jeg med vinduet, men du ser ikke så veldig mye, du ser jo litt langt borte kan du si. -Kari

Knut forklarar utsiktskvaliteten, at det handlar om å kome nært nok inn på det ein ser på. Utsikta frå sengeetasjene i Sentralblokka blir fjern, samanlikna med utsikta frå Parkbygget. Som Kari seier, så blir utsikta frå Sentralblokka meir å sjå ting frå langt vekke. Særleg gjeld dette frå vestsida av sengeetasjane. Knut seier:

Utsikten fra Sentralblokken blir i grunnen litt for fjern, litt for statisk, litt for mye fotografi. Altså her er en mye nærmere. Viss du ser på den kastanjen der, trærne, de store trærne som alltid er i forandring, enten den vokser eller hva, bevegelse, vind. Det gjør at det er fasinende og veldig beroligende å sitte å se på [...] Det har også med høyden på vinduene å gjøre, på hvilken måte du greier å se dette på. Der har ikke Sentralblokken den samme kvaliteten som kreftbygget har. -Knut

Både nærleiken til naturen, og storleiken på vindaugo har noko å sei for utsiktskvaliteten, ifølgje Knut. Sentralblokka tilbyr for fjern utsikt til natur, ein kjem ikkje nær nok vegetasjon og plantelivet. I tillegg harmonerer storleiken på Parkbygget, med storleiken på trea utanfor. Han seier om utsikta frå Parkbygget:

Her er en jo veldig heldig med utsikten på grunn av den bitte lille parkbiten som vi har, og så de store trærne. Høyden på de store trærne i forhold til høyden på byggene her er viktig. Jeg tror utsikten hadde vært av en helt annen kvalitet viss det hadde vært en lav vegetasjon i forhold til dette store bygget [...] Vegetasjonen kommer så tett innpå en, du får en nærhet til det.

Denne effekten av utsikt skildrar også Ingrid. Det gir henne også noko å sjå på, som gjer henne godt. For henne er det dei store trea i hagen som gjev utsiktskvalitet. Ho seier at dei store trea når dei blomstrar, er dei eit syn for gudar. Ho er særleg glad i store trer og meiner at ingenting er så fint som det. Ho seier: *”Jeg synst det er fantastisk, jeg elsker trær. Store flotte trær, er vel ikke noe som er så fint som det.”*

Kari har og erfart gjennom fleire opphald i Parkbygget, at ho kan følgje med på naturen sin gong frå pasientrommet. Ho fulgte med på om trea vaks, ho såg at naturen utvikla seg og at det gjekk mot vår. Samtidig synst ho at nokon burde vore og beskjært trea, slik at dei ikkje vaks så vilt, og blei så altfor store. Johannes meiner å huske at dei fleste romma i Parkbygget var på ”framsida,” mot sjukehusparken, det synst han var veldig bra.

Utsikt skapar her trivsel, og utsikt blir eit middel til å oppleve. Det blir opplevingar med positivt forteikn. Utsikt blir her også å få stimulering, og å bli tilført noko godt. Ingrid seier om utsikta: *”Den er fantastisk, så det er jo, viss man skal tenke på det, gå rundt og se, så er det jo utrolig å gå rundt i hele bygget og se på utsikten rundt omkring, det er jo fint hvilken vei du ser.”* Både for Ingrid og Knut på Parkbygget, og særleg for Johannes og Magne på Sentralblokka er utsiktskvalitet noko som er viktig. Dårlig utsiktskvalitet mot aust i Sentralblokka vert imidlertid omtala i andre ordelag enn det ein ser når det

gjeld utsikt til natur frå Parkbygget. I Sentralblokkå får skildringane eit negativt forteikn, som mørke rom, rett inn i fjellveggen, og som ingen utsikt. Her får ein ikkje skildringar av at dette er noko godt, eller kjekt, eller at det er ei god oppleving, slik det er skildra i avsnittet over.

#### 5.3.4 Utsikt til aktivitet og til veret er både viktig og uviktig

---

Det var en fantastisk solnedgang i går, fordi at det var delvis skyet, og eit parti over fjellet som var helt klart, og så gikk det over i det helt røde, og, det var helt fantastisk og sitte å se på. Bringer tankene dine andre steder og gjør at du blir rolig. -Knut

Veret gjev variasjon i kva ein kan sjå frå vindauga. Å sjå på veret og følgja med dette frå vindaugsruta er noko som fasinerar både Knut, Johannes og Magne. Knut seier: ”*Ja, været er fasinerende. For ti minutter siden pisket det på rutene, slik at hele ruten var dekket. Været er alltid skiftende. Det er spesielt.*” Å ha utsikt til aktivitet betyr imidlertid lite for Magne, og Knut, mens Kari og Ingrid har eit forholdt til aktivitet. Kari likar å sjå ned på bilar og på folk som går, og Ingrid skildrar aktivitet som: ”*Ja, det er jo klart, du ser jo at livet går sin gang og folk er på farta og, ellers ville det jo være et dødt samfunn viss det ikke skulle gå folk her.*” Aktivitet gjev både noko å sjå på, men ber og bod om at livet går sin vante gong utanfor sjukehuset.

#### 5.4 Stimulering er ei mangelvare når veggane er kvite og bilete er fråverande

---

##### 5.4.1 Kvite rom gjev eit sterilt inntrykk

---

Så det er nok det ein gjerne assosierer med sjukehus, dei kvite frakkane og kvite rom. -Magne

Magne lagar koplingar mellom den kvite veggfargen og dei kvite behandlingsfrakkane. Den kvite sterile fargen gjev assosiasjonar til behandlingssfunksjonen på sjukehuset. Når kvitfargen i romma blir kobla mot legefakken, kan farge bli kobla til sjukdomen og til behandlingssforløpet ein har. Det kan hendet at andre fargar hjelpe ein til å få ”pausar” og avkobling frå den situasjonen ein er i.

Under isoleringa har Magne hengt opp egne fotografier på rommet som ein kontrast til kvitfargen på veggen. Når det gjeld fargebruken generellt så synest han at det godt kunne ha vore litt andre fargar på veggene, men han har ingen konkrete tankar om dette anna enn at han er positiv til det. Han seier: ”*Nei, innvendige, meir festlege fargar, har ikke tenkt så veldig mye på det, om eg hadde ønskt rosemaling i taket eller noko sånt.*” Han er likevel open for fargebruk, som ein måte å bli stimulert på.

Når det gjeld Ingrid og Arne, så synst dei begge at kvitfarge er kjedelig. Arne seier om fargebruken på firemannsrommet som han ligg på: ”*Det er så kjedelig, det synst eg.*”

*Kjedelige fargar, dei kunne spruta på litt meir maling synst eg eller bilete på veggane.*” Dette meiner han fordi: *”Veit ikkje, for trivselen sin del, det blir liksom for sterilt synst eg”* Sterilt, handlar for han om at veggane er utan bilete og at dei er kvite ”på alle kantar.” Sitatet under viser at han synst dette er trist, og kombinasjonen av kvite veggjar og øydelagte vinduer blir sterk. Kombinasjonen av desse gjer forholda endå tristare innvendig. Han seier: *“Nei altså eg tenke berre at det er jo fritt for bilder og sånt noko synst eg på det rommet, det er berre dei kvite veggane på alle kanter og ødelagte vinduer.”* Han har opplevd artotek- ordningen på eit anna sjukehus, og det synst han var litt kjekt. På Haukeland sykehus har han ikkje fått med seg denne ordningen.

Ingrid meiner og at kvitfargen på Parkbygget er litt steril, men også kjedelig. Visst ein derimot hadde fått bilete på veggane, kunne kvitfargen ha kome til sin rett. Slik som det er no blir kvitfargen ”litt bleik.” Sjølv fine romforhold blir avgrensa, og kjem ikkje til sin rett på grunn av fargen. Ho seier:

Synst det er nå litt spennende med takhøyden. For den er jo litt ekstra høy, og vindusplasseringen er jo veldig spennende, så det er jo gjort noe, selv om fargen kanskje overdøver mye av det, så er det jo gjort litt sånn forsøk på å gjøre det ikke for kjedelig.

Her blir det fysiske miljøet, romforhold tenkt som ein stimulerings-faktor, men der denne blir avgrensa av fargebruken i rommet.

Steril er tenkt i forhold til at fargen er kvit, men også det at flaten er fri for bilete. Rom både på Sentralblokka og på Parkbygget blir opplevd å vere for sterile. Parkbygget fekk likevel fleire kommentarar på at bygget blir oppfatta som sterilt innvendig. Til tross for flotte fellesareal og særleg fin utsikt synest også Johannes at romma blir altfor sterile her. Han synst at det var godt å koma opp på Sentralblokka etter opphald i Parkbygget. Det er noko med atmosfæren som er forskjellig, og betre slik han ser det der. For han blir det han kallar atmosfære viktigare enn romforholda, sjølv når utsikta her var fantastisk. Han klargjer heller ikkje i intervjuet kva han legg i ordet atmosfære, og eg spør heller ikkje om dette. Han moderererar dette seinare med at han hadde hatt vanskeleg for å velga, då måtte han heller ha trekt lodd. Han seier:

Parkbygget, det var faktisk ein opplevelse. Komma seg ned der, flotte moderne rom, skikkelege fellesarealer, skikkeleg kantine. Du kunne sitje og ete der på skikkeleg vis, og flott utsikt ned i parken. Rommene var alt for sterile, egentlig. Det var store rom [...] men veldig sterilt og det var veldig godt å koma opp igjen hit [...] men atmosfæren her er mykje betre, av ein eller annan merkelig grunn.”

Marianne vil også helst vere i Sentralblokka. Ho seier:

Det var jo veldig moderne, og veldig stort rom, det rommet som jeg hadde, det var enerom og det var stort. Og det kjentes litt kaldt ut egentlig der nede synest jeg. Det er jo veldig sterilt, og så er det veldig hvitt, og så er det veldig nytt, og glatt og fint altså. Og så er jeg jo vant til denne avdelingen, og den er jo litt gammel og slitt, men det er på en måte, dette er hjemme.

Parkbygget vert skildra som veldig lyst, mens Sentralblokka er skildra som mørk. Når det gjeld heimekoselig, så synst ho likevel at det er meir heimekoselig i Sentralblokka, sjølv om det her er gamalt, slitt og mørkt. Ho kallar avdelinga for sliten, og at den sikkert kunne vore betre pusst opp. Likevel meiner ho at dette ikkje er noko som gjer opphaldet hennar dårlegare, eller at ho kjenner seg mindre ivaretatt av den grunn. Men om ho hadde budd her, så ville ho ha malt overflatene. At det kjennes kaldt i Parkbygget har å gjere med fargen. Ho seier:

Men det var jo et annet bygg, og så synst jeg det var kaldere der nede. Sånn fargemessig synst jeg det var kaldere og litt mere sterilt liksom. Men det kan nå være at jeg trivst med litt rot, men jeg føler vel litt at denne avdelingen her er litt mer rotete enn steril da, og det synst jeg er veldig koselig.”

Med sterilt så tenkjer ho på glatte flater, kvit farge, og på mykje lys, men då som mykje kvitt lys. Steril vert som kvitfarge skildra som ein kald farge. Ho vil heller ha eit heimekoselig preg med litt rot, enn at avdelinga blir for kvit og steril. Når det gjeld Kari, så ser ho at det er kvitt og sterilt i Parkbygget, men ho reagerar ikkje noko særleg på det, ho set derimot pris på dei moderne fargane opphaldsrommet i Parkbygget har.

Knut derimot er svært glad for å få vere på Parkbygget enn i Sentralblokka der han eigentleg skulle ha vore innlagt. Han reagerar ikkje på fargen i avdelinga, det som er viktig for han er form heller enn farge.

#### 5.4.2 Bilete er middel til å oppleve

---

Noe som kunne stimulere deg inne, altså når du skulle rusle litt i gangene, for å begynne å få litt mosjon for beina, greit å ha noe for hodet også. Ingrid.

Ingrid er overraska over at det er lite kunst i Parkbygget. Ho meiner at bilete gjev meir liv til ei avdeling. Det å gå tur i gangen og kose seg med å sjå på bilete er noko som ho synst er flott. Ho seier: *”Viss du finner et bilde med litt sånn finurlige ting på så gir det i hvert fall føde for hodet. Pluss at noen er jo bare vakre og fine.”* Ho er særleg glad i grafiske trykk, og synst det er synd at det er så lite bilete på Parkbygget. Fråveret av bilete gjer også som sagt tidlegare at kvitfargen på romma også blir meir ”kjedelig.” Ho har imidlertid erfart å ha tre små bilete hengjande på eit pasientrom som ho hadde på Parkbygget, noko som ”gjorde susen” synst ho. Tre friske bilete som alle kommenterte som var innom. Til tross for at Ingrid er svært interessert i bilete, ville ho om ho måtte velje, valgt utsikt framfor bilete. Ho meiner at utsikt gjev meir luft og lys og slik eit betre rom.

Marianne meiner at det er positivt at det heng noko på veggane. Ho seier: *”Jo, fordi at det blir ikkje såne glatte flater, og det blir litt mindre sterilt, og litt mer hjemmepreg*

*over det når det henger noe på veggene liksom.*” På rommet hennar heng det eit fargerikt bilete, som er ganske mørkt i fargane. Men med nokre skarpe fargar og mange detaljar. Om bilete seier ho:

Nei, det er nå greitt nok, jeg hadde nok ikke valgt det selv, men det er fargerikt, og så er det litt sånn, du blir sittende å se litt på det, og det er jo på en måte positivt i seg selv. Når jeg sitter og strikker, så vandrer nå blikket, og da er det gjerne, da havner det bortpå der, og så, kanskje det var en fjær, å ja, jeg trodde det var et blad, det blir litt sånn, så det er egentlig positivt.

Dette bilete skildrar ho som stimulerande. På den andre sida har ho også eit bilete på rommet som ho skildrar som rolig. Ho seier: *”At en vokner til det med stimuli, og så sovner du til det som er rolig kanskje.”* Men for henne er dette likevel ikkje viktig, ho les istaden til ho sovnar. Kari er også særleg glad i bilete. For henne er det eit forfriskande moment, og ein interesse som ho har. Ho ser etter, og legg merke til bileta rundt seg. Ho lar seg engasjere av fargebruk, og om bileta passar i rommet det er plassert i. Ho har og opplevd at avdelinga og kantineområdet i Parkbygget vart fint pynta til påske. Dette synst ho var kreativt gjort, og fint. Dette gav henne noko å sjå på, og ho omtalar det som kjekt. Ho har og opplevd at bilete i poliklinikken, og i Parkbygget kan provosere og framkalle reaksjonar på grunn av fargeval eller på grunn av motivet. Eit bilete framkalte hjå henne assosiasjonar om sjukdom og død, mens ho var innlagt på Parkbygget. Bilete viste to svarte fuglar, som flaug innover i eit naturlandskap. Ho var då isolert på rommet, på grunn av infeksjon. Ho hadde lyst til å gå og snu bilete inn mot veggen. Ho meiner at reaksjonane bilete gav skuldast sjukdoms-tilstanden ho var i i kombinasjon med motivet bilete hadde. Ho synst det var ein ubehageleg og eit rart bilete. Ho likte det ikkje. Ho seier:

Men de fuglene, kanskje assosierte jeg det med noe annet altså, fugler, og fløy, og sykdom og død, jeg vet ikke, kanskje det har vært et eller annet der, kanskje jeg synst det var litt voldsomt, et eller annet ubevisst altså.

Bilete vert skildra som ein måte å bli stimulert på, og som estetikk av Johannes, Ingrid og Kari. Bileta blir og kommentert i positive ordelag. Arne kallar det for trivsel. Men dei kan også provosere, slik Kari gjev uttrykk for. Bilete er likevel noko som har ein positiv karakter for henne. I tillegg hindrar bilete at veggane får ein sterilt preg. Bilete skaper også ein meir heimekoselig stemning, noko som er viktig for Marianne. Johannes seier om kunsten i Sentralblokka: *”Det er veldig bra, mykje kunst som heng rundt omkring. Særleg nedi tunnellane og rundt omkring. Det er fint.”* Bilete, slik Johannes skildrar det, blir ein positiv storleik i det fysiske miljøet på sjukehuset. Mens Knut ikkje likar kunstutsmykninga, slik den er på Sentralblokka.

## 5.5 Fysiske form er venleg eller uvenleg arkitektur

---

### 5.5.1 Venleg arkitektur, møteplassane er kvaliteten i kvardagen

---

Det å greie å stå opp om morgenen, å gå ut og ta seg frukost selv, sitte i et annet rom, se mennesker, [...] det å kunne gå inn i dagligstuen, kanskje slå av en liten prat med noen som sitter der. Det gjør at dagen får en helt annen start, en helt annen kvalitet. Så rommet er absolutt ikke nok. - Knut

Han meiner at dagligstova i Parkbygget er viktig, og at den har gode kvalitetar.

Fellesareala tilbyr andre pasientopplevingar enn det ein kan få på rommet. Når han får spørsmål om det er noko han savnar i Parkbygget, så savnar han eit bibliotek. Han vil slik ha miljø-stimuli som pasient, tiltak knytta opp til det fysiske miljøet. Arne savnar og fellesarealer i Sentralblokka. Han meiner at opphaldsrommet som er i avdelinga, gjev ei innestengt kjensle, sidan det berre har eit lite vindu. Han ville gjerne hatt eit større rom, med eit par sofaer i, ”*der du kan ta deg ein kopp kaffi og slappa av.*” Han savnar og eit større fellesareal når han har besøk.

Møteplassane, opphaldsrom, venterom, fellesareal, salong og sittegrupper er orda som er brukt av informantane for å skildre denne typen rom i Sentralblokka. Fire av informantane som er blitt intervjuva i Sentralblokka tar opp mangelen av både venteplassar og fellesareal som eit tema. Kari seier:

Og så er det fint om alle folk kan sette seg ned, for å si det slik. For det er jo mange som har pårørende med seg, sånn at du ikke sitter sånn opp i folk. Forige gang jeg kom inn, så visste jeg at jeg ikke hadde så godt immunforsvar, så jeg kunne ikke sitte der da, jeg måtte sette meg ut i buffeen. For jeg kunne ikkje sitte så tett på folk.

Marianne har opplevd å måtte gå inn på pasientrom ved innkomst for å hente seg ein stol, fordi det er fullt overalt. Dette kjennest ubehagelig, og er eigentleg unødvendig synst ho. Å sjølv måtte gå på lånejakt etter stolar. Dette gjev ikkje akkurat ei kjensle av å bli godt mottatt. I tillegg så kan ein bli sitjande i mange timar og vente for å bli skreven inn av lege. Opphaldsrommet blir ofte brukt til pasientsamtalar, og då avgrensar venteplassen seg til gongen, til sofaen, og nokre stolar i enden av korridoren.

Om sofaen seier Knut: ”*Og denne her sofaen i enden av korridoren, den gir ikke mye.*” Han ser då dette i forhold til dei utsiktskvalitetane som romma mot vest i Parkbygget gjev. Stimulering i form av synsinntrykk av natur, lys og å kunne sjå veret, er noko som ikkje sofaen tilbyr. Knut meiner at møteplassane både skal gje plass for ro og for kontakt, og at dette er kvalitet i kvardagen. Dette, kvaliteten i kvardagen meiner han at dei har gløymd på Sentralblokka.

For mange år sidan var han som pasient på ei avdeling i Sentralblokka, der det var ei tv-stove på gongen. Her kunne du sjå på tv, eller sitje med ei god bok. Han seier: ”*Men det*

*var det eneste stedet jeg opplever at man liksom har lagt til rette for det behovet hjå pasientene. Man har tenkt veldig mye drift, når man planlagte det bygget.*” Drift, og ikkje kvaliteten i kvardagen til pasientane meiner han har vore det styrande prinsippet når Sentralblokka vart oppført.

Knut og Arne snakkar begge om atriets i det nye Parkbygget, som ein plass der ein kjenner seg velkommen. For det fyrste så meiner Knut at samanbygget, arkitektonisk med glastaket mellom Sentralblokka og Parkbygget er flott. Han seier deretter:

Atriet nede er vel noe av det fineste som sykehuset har. Uansett hvilken avdeling jeg skal på, viss jeg må sitte og vente en stund, så søker jeg til atriets. Der har de lyktes med dette her at du kan søke kontakt, du kan søke ro.

Arne har tilbrakt ein del tid i atriets, for å vente på behandling. Han seier: *”Det er fint. Det synest eg var flott. Lyst og åpent. Så, det er ein stor fordel når du kjem til behandling, at du føler deg velkommen, at du ikkje skal sitja i ein trang korridor og venta på behandlinga.”* Med dette utsagnet opnar Arne for å sjå arkitekturen, og romkvalitetar som ein velkomst, som venleg arkitektur. Slik skildrar også Knut behandlingsarealet for cellegift på poliklinikken i Parkbygget. Han seier:

Det er delt opp på en annen måte, der er små øyer, der er små stuer der du kan sitte og vente. Det er mulighet for en kopp kaffe [...] men den er utformet slik at du trivest, at du føler deg velkommen.

### 5.5.2 Uvenleg arkitektur, hovedinngangen er ein parkeringsplass

Altså man har jo ikke tenkt noen utforming som gjør at du føler deg velkommen der. Det er en veldig uvenlig bilbasert adkomst. Kald og mørk. Så den biten av sentralblokken liker jeg ikke i det hele tatt [...] Du får en litt sånn dårlig følelse i kroppen av å se noe så stygt og så lite gjennomtenkt som jeg opplever det. Det samme gjelder jo da trappen opp fra parken som er grei nok til du kommer inn. Og så kommer du rett inn på et parkeringsdekk. Så skal du gå igjennom det og inn i foajeen der borte. Nei. Det tiltaler meg ikke i det hele tatt, det er en uvenlig måte å ta imot pasientene på. - Knut.

Formuleringa om parkeringsdekket er uttrykt i negative ordelag. Den blir oppfatta som mørk, uvennlig og kald, og som ein uvennleg måte å bli mottatt som pasient. Magne lar seg også sterkt påverke av den måten inngongspartiet er utforma på. Han seier:

Og du kjem inn her sant, med bilen kjem du innunder her, og det blir mørkt og sånn, og parkeringa og alt dette her. Det gjer jo litt sånn stemning [...] nei, foajeen, der er det jo meir lyst sant, og då er det ikkje fullt så dystert når du kjem inn der då synst eg.

Magne skildrar også parkeringsdekket som dystert og mørkt.

Kari er opptatt av at sjukehuset bør ha ein representativ hovedinngang. Ho kjem til sjukehuset via Jonas Lies vei, og går inn vest for Sentralblokka, som også er hovedinngongen til sjukehuset. Ho seier:

Og så må en gå over et gangfelt, og så ligger det da en betongklosse så folk ikke skal kjøre med biler eller noe sånt. Og så går du opp, og der står det hovedinngang. Jeg synest ikke det er noen



representativ hovedinngang for Haukeland sykehus, for å si det rett ut. For det første er det jo den smale gangen med den betongklossen, det er ikke noen stil over det [...] Og så kommer du opp på en liten plass, der sitter det mange og røyker, den er ikkje akkurat sånn estetisk vakker.

Og så stønnar ho, når ho forklarar at trappa leier opp til ein parkeringsplass. Men ho seier:

De har nå gjort det de har kunnet, det er noen fliser i farger der du går, men det er gjerne ikke så mye annet en kan gjøre der. Og det er jo veldig praktisk å ha biler stående her ved inngangen.

Istadenfor å ta trappa opp mot parkeringsdekket, kan ho også gå inn langs ein lang korridor (på folkemunne kallar for ”marmorgangen”/ eller tjenesteinngangen) for så å ta rulletrapp opp til foajeen. Foajeen synest ho er knugande, sidan det her er lågt under taket. Det har ikkje noko med golv og veggjar å gjere, men med høgda til taket å gjere. Ho har også hatt litt problemar innimellom med å finne rett utgang ut frå foajeen igjen når ho skal heim. Ein annan ting som ho vektlegg, er at trappa opp til parkeringsdekket alltid er skitten. Nokon burde i følgje henne spyle den trappa, fordi den er så skitten, noko som ser stygt ut. På tv har ho sett inngangspartiet til det nye Rikshospitalet, dette karakteriserar ho som luftigt og fint. Når det gjeld Haukeland sykehus så meiner ho at inngangen kunne ha vore meir stilful, hatt betre reinhold og at ein kunne kanskje ha pynta litt meir med blomar, for å gjere den meir representativ.

Mens Marianne meiner at parkeringsdekket må vere slik det er, at det er praktisk og nyttig. Ho seier: *“Nei, for idag er en jo avhengig av biler, du må jo parkere bilen et eller annet sted [...] Ja, det er nyttig, det må bare være sånn.”*

### 5.5.3 Sentralblokk, det firkanta og grå bygget

Det er jo stort og dystert og massivt heile bygget då. [...] Du ser det nede frå byen viss du kjem frå den kanten, og det kan jo lett symbolisere, altså viss du er sjuk og du er engstelig, og du har fått ein diagnose og så nærmar du deg denne her massive bygningen. Det lettar ikkje akkurat humøret.  
- Magne.

Bygget understøttar sjukdomskjensla, og forsterkar denne for Magne. Bygget kan, med sin storleik virka truande, og bli eit symbol på sjukdom og død.

Arne tenkjer også på bygget som stort, men då i ein positiv retning, som eit orienteringspunkt, som gjer det lett å finne fram til det. Ein ser det heilt frå byen, og det er lett å ”spotta” det. Om det utvendige bygget meiner han at fargen likevel gjer heile bygget litt trist. Han seier:

Trist, føler deg trist når du skal inn her, og desto gladare når du fer her ifrå. Men det er no berre det fasademessige, det har ikkje noko å sei for det psykiske og fysiske det sånn sett, det er bare det at det går litt inn på deg at det er litt trist frå utsida.

Marianne tenkjer på sjukehuset meir som ein trygg plass, heller enn som form. Ho karakteriserar bygget likevel som grått og kjedelig frå utsida. Knut meiner at bygget ikkje ser så stort ut som det eigentleg er.

Ingrid seier: ”Legger jo merke til at det er en firkantet kloss, men den har jo blant annet en fin hage oppe med kantinen, det er jo fine ting å finne der også.” Bygget har ifølgje henne også kvalitetar, til tross for den firkanta forma. Ein kvalitet med bygget er takhagen i tredje etasje.

Kari seier: ”Nei, jeg synest ikke egentlig den er noe estetisk vakker der den ligger, men så er det jo det, jeg husker jo den prosessen som foregikk, skal vi presse det inn her, eller skal vi flytte sykehuset ut av byen? Og så valgte de, og da måtte de jo få det konsentrert på en eller annen måte, slik at de fikk plass.” Tomteforholda gjorde at formen måtte konsentrerast, ei lite tomt og eit stort bygg skulle passe saman i ein slags harmoni. Knut meiner at det er veldig viktig kor vi både lokaliserar og orienterar sjukehusbygg. Han seier: ”Ja, vi trenger himmel, og vi trenger å være veldig bevisst på, både hvor vi lokaliserer sykehusene, men også på hvordan vi orienterer de.” Kari seier og at slike betongbygg kan bli litt endra, og litt ”gamaldags” med åra. Ho meiner også at det var mange slike betongbygg som blei bygd rundt 1970- talet, og at det var slik dei bygde då, med betong og med ferdigelementer. Ho er heilt sikker på at ho syntest bygget var fint den gongen det var ferdig. Mens ho er idag meir usikker, og ser det meir som eit gamaldags bygg, som ikkje akkurat er estetisk vakkert. Knut meiner at arkitektane tenkte spesielt på funksjonalitet og lys under bygginga av Sentralblokka. ”De tenkte mye funksjonalitet, og de tenkte også mye på lys til størstedelen av rommet, og akkurat det synest jeg jo de har lyktes ganske godt i, med disse slusene nedigjennom da.” Her snakkar han om lyssjaktene som gjev lys inn til dei indre delane av bygget. Han fortset med å snakka om funksjonaliteten til bygget. Han seier:

Formen virker veldig funksjonell for et sykehus. Og det synest jeg preger hele Sentralblokken, altså kravet til funksjonalitet [...] Funksjonaliteten har hatt veldig høy prioritet. Og så har man glemt disse viktige bitene som gir en kvalitet i dagen for pasientene. Den har man glemt.

Møteplassane og dei stille romma er gløymt. Han nemner også at han synst gangane i Sentralblokka er eit travel og trangt område. Høgda i firemannsromma i Sentralblokka kjennes også lågare ut, og difor også meir trykkande enn i Parkbygget. Om høgda seier han:

Nei den er litt mer trykkende enn her. Men det har jo sammenheng med både at vi er fire der, veldig mye bruk av skillegardiner, og der det er lavere under taket der er mindre lys, så det er en veldig stor forskjell.

#### 5.5.4 Parkbygget, det høge og smale bygget

---

Nei, det er jo et høyt smalt bygg, så vidt jeg får inntrykk av det. Så plassert, liksom fallt ned innimellom to andre hus, ja her var litt plass, her stapper vi inn et lite bygg. Men, de har nå brukt plassen veldig fornuftig, så det spiller ikke så stor rolle da synest jeg. Det er jo en fantastisk bruk av dette bygget. -Ingrid.

Frå inngangspartiet ser ein ikkje mykje av Parkbygget, ein må gå ut og mot sjukehusparken skal ein få auge på forma til bygget. Ingrid meiner at det er eit høgt smalt bygg, som er plassert i eit allereie tett utbygd område. Etterpå seier ho imidlertid at ho synst ikkje det gjer noko at bygga er plassert tett, ho seier: *”Det var no litt forferdelig viss det skulle ligge ute i ødemarken”* Plasseringa av bygget blir likevel ei positiv oppleving for henne. Dette fordi ho set stor pris på utsikta som dette huset gjev henne. Ho seier: *”Det er jo fint lagt opp her, med dei fantastiske store trærne, når noen av dei blomstrer, det er jo et syn for guder. Du ser det jo her på denne siden og, det er jo flott, med fjellene som omkranser.”* Ho er også særleg glad i gamle bygg. Slik sett har Parkbygget ein god plassering for henne, både i forhold til utsikta til trea, og fordi det gjev henne utsyn til dei gamle bygga ellers rundt Parkbygget.

Knut seier om formen på Parkbygget: *Så jeg synest jo at proposjonene, høyde, bredde er veldig god”*. Han er glad for å vere i Parkbygget, istadenfor i Sentralblokka. Dette har både med bygget og med personalet å gjere. Men det har mykje med bygget å gjere. Bygget er vellykka, men det manglar likevel noko. Han meiner at slike bygg blir lett veldig monotone, og han meiner at det er ein utfordring for arkitekten i å skapa variasjon. Det blir store klossar. Slik blir også Parkbygget i for stor grad for monotont, og blir for mykje ein stor klosse. Dette til tross for gode proposjonar av høgde i forhold til bredde på bygget. Parkbygget, sett i forhold til gamle hovedbygning representerer eit tap av variasjon, og av kvalitet når det gjeld materialbruk. Om gamle hovedbygning seier han:

Når man ser på formen, på høyden i forhold til bredden, ser på detaljene, med bruk av stein og mur, så har vi jo tapt noe enormt i kvalitet med disse moderne byggene. Det er så fasinerande å se på gamle hovedbygg, og å se på de utrolige detaljene der.

Dette bygget meiner han er ei oppleving å sjå på, kvar dag. Han meiner også at nokon av formene i bygget, går igjen i den vesle parkbiten framforbi huset. Derimot meiner han at dei andre bygga i området, ikkje har dei same kvalitetane over seg. Han er glad at trea skjular desse. Om desse seier han: *”Det er ikke noe å hvile øynene på, det er ikke noe å glede seg over.”*

Når han får spørsmål om han vil kalla Parkbygget for arkitektur, arkitektur då tenkt som eit kunstuttrykk, svarar han avkrefande på dette. Han meiner at det heller er ingeniørkunst, enn arkitektur. Mens når det gjeld Gamle Hovedbygning vil han kalla

dette arkitektur, og fantastisk dyktig håndverk. Materialval og kombinasjonene av desse synst han er veldig flott. Han seier: *”En fryd å se på det hver dag. Bortsett fra inngangspartiet, som er altså så fælt.”* Inngangspartiet er kome til seinare, og passar ikkje til resten av bygget slik han ser det. Her har ein ikkje brukt arkitekt, men han ser det som ein ”ingeniørløysing” som ikkje er tilpassa og harmonerer med proposisjonane, og forma på bygget ellers.

Innvendig, i pasientrommet ville han gjerne hatt punktbelysning på rommet. Slik som det er no kjem alt lyset frå ulike punkter i taket. Det blir då enten svært lyst eller ganske mørkt i rommet. Han ville gjerne hatt punktbelysning over ein stol, slik at ikkje lyset alltid vart så kvitt. Kari synest at korridoren i Parkbygget var veldig luftige. Samtidig var det meir fredeleg her, med færre pasientar som går i gangane.

#### 5.5.5 Luft er også viktig

---

Må jo vere litt luft, så det ikkje blir for innestengt, sjølv om dei har jo bra ventilasjonsanlegg [...] Ja, at du ikkje blir så tett i systemet, rett og slett, det trur eg er viktig. For det kan no bli ein del slim og drit og sånn i systemet som eg må hoste opp, og det blir ikkje så bra visst det er så tett, tett luft. Arne

For Arne handlar det om å få nok frisk luft inn. Samtidig som det heller ikkje må bli for mykje luft, eller gjennomtrekk slik at han blir sjuk igjen. Han treng den friske lufta for å kunne puste skikkeleg. Særleg ei tid, då han sleit med å få puste, var det særleg viktig for han å få frisk luft inn i rommet. Å få frisk luft inn er også viktig for Ingrid. Ho seier: *”Så eg lurar meg til å ha vinduet åpent om natten, eg spør ikkje, berre liksom har ein liten glipe.”*

Knut meiner at lufteanlegget på Sentralblokka gjev ei kjensle av trekk, mens han meiner at lufteanlegget i Parkbygget er mykje betre. Både Magne, Marianne og Knut synest at dei frys lettare etter omgangane med cellegiftbehandling. Dei er difor mindre mottakelege for frisk kald luft av den grunn. Magne dekkar lufteanlegget på Sentralblokka til med pledd.

#### 5.5.6 Manglande reinleik i rommet får deg til å føla deg sjukare

---

Men det var fælt altså. Gardinene var flekkete. Det såg ut som brune raude flekker sant. Og kven slakta dei her inne sist? Det var sånne tankar ein gjorde seg der oppe. Men eg ser jo her nede og, at det er flekkar på desse gardinene og, det ser ikkje fint ut når det er sånn. Det ser ikkje reint ut. Og man får infeksjonar, man får det eine, man får det andre ikkje sant. Det er sikkert ikkje noko i veien med det, [...] Det er sikkert vaska, og det er sterilisert og alt mulig, men det ser ikkje fint ut. Det får ein pasient til å føla seg sjukare, eller bekymra [...] Og det er ikkje bra. Du er jo her for å bli frisk. - Informant.

Ein av informantane har opplevd skitne avdelingar fleire plassar på sjukehuset. Særleg i forhold til urin og flekkete gardiner. Dette går inn på han, og han kallar avdelingane

både for ”grisehus” og ”slaktehus.” Som kreftpasient er ein ekstra utsett for å få infeksjonar, og ein prøver å unngå desse. Når ein opplever manglande reinleik, er det naturleg å bli bekymra for eigen helse. Ein ynskjer ikkje å bli sjuk. Ein ynskjer heller ikkje å bli meir utsett for å bli det. Det handlar og om uverdige pasient forhold. Pasienten omtalar forholda særleg på ein avdeling med ein form for vemmelse. Som pasient får ein i avdelingar som ser, og oppleves skitne lett tankar om å bli gjeven liten verdi som menneske.

### 5.5.7 Det vakre er ikkje sjukehuset som fysisk form

---

Nei, kan ikkje sei det. Nei det blir for drøyt. Eg er ikkje så glad i å vere på sjukehuset eg. -Arne

Når Arne får spørsmål om det er noko som han synest er vakkert med sjukehuset, eller med parken, svarar han avkreftande på dette. Sjukehuset som stad er ikkje ein plass ein eigentleg ynsker å vere. Noko vakkert med Haukeland sykehus, er ein ny tanke og for Marianne. Ho seier: ”*Nei, jeg forbinder ikke Haukeland med vakker, jeg gjør ikke det. Jeg forbinder Haukeland med: Effektiv, behandling og travelt.*” Men ho har derimot sett noko som ho synest er stygt, og det er sementkassane som er utplassert langs hovedinngangen, som ein kan kaste sneipar i. Dei synest ho er stygge. Knut må tenkja seg litt om, avdi han meiner at vakkert er eit ord som krev noko. Men så nemner han gråsteinsmuren rundt Parkbygget, den synest han er flott, nærast som ein liten skulptur. I hagen synst han at skulpturen av dei gamle menneska og dei store trea er vakre. Om desse tre gjenstandane kan han bruka ordet vakker. Han synst og at ein del av skulpturane i foajeen er fine, mens han ikkje likar kunstutsmykningen i Sentralblokka. For Ingrid kan ho bruker ordet vakkert om blomar og om kunsten i Sentralblokka. Ho seier: ”*Ja, spesielt i Sentralblokken, har eg sett masse vakre bilder, når eg har gått forbi, og har god tid.*” Blomane ute i sjukehusparken brukar ho også ordet vakre om.

## 5.6. Naturen er motvekt til isolasjonen inne

---

### 5.6.1 Parken som mosjon, trivsel, avslapping og ro

---

Det er viktig for trivselen, at der er litt vokster rundt deg, at det ikkje berre blir grusgangar og asfalt. Kan setja deg ned på ein benk og slappa av ein halvtime og kikke litt på, spesielt om sommaren, litt fuglaliv og litt insektsliv, det hjelper på humøret. -Arne

Han gjentar dette seinare i intervjuet, at å ha eit lite parkområde har med trivselen å gjere, og at det hjelper på humøret. Det gjev og avkobling. Ein kan også ved å gå ut og setja seg på ein benk, få tid til å reflekter og tenkje litt. Han meiner at ein på det grøne graset berre kan setje seg ned, og berre la tida gå, eller så kan ein sitje her og lese ei

bok. Johannes seier noko av det same, at hagen får eit moment av trivsel over seg, sjølv om han ikkje seier det eksplisitt. Han seier:

Då går eg mest nedi parken. Der er det veldig fint. Spesielt no. Eg var der i går og [...] Når det er stelt sånn som det er no, og når blomane er fine, så er det liksom [...] sikkert litt sentimental av meg for tiden, så gjer det faktisk lite granne å kunne gå og tusla der nede, blant nokre gamle bygningar, du er jo nesten på historisk grunn, med hensyn til gamle hovedbygning og dei tingene der, det er veldig fint.

Parken, med dei gamle bygga tilfører han noko, sjølv om han ikkje seier kva dette noko er. For Knut er uteområdet, parken og takterrassen eit område for inspirasjon, å få ideer, eller berre å kunne sitje i ro og prate. Det blir difor viktig at det er benkar i parken. Ein kan og sjå på plantene og samansetningen av desse, på farge, form og høgde. Parken blir eit område for opplevingar og for å få avkobling. Parkbiten blir likevel litt liten.

Arne seier: *"Det er vel det bygningsmessige, at dei må få mest mulig ut av eigendomane, areala sine, det går vel litt på bekostning av hagearelet og."*

Parken blir for liten når Arne og Johannes skal ut å gå. Johannes har då ein gong vore og gått nede på kyrkjegården som ligg nord for Parkbygget, men det fristar ikkje til gjentaking. Arne har gått mykje rundt heile sjukehusbygget, for å få litt trim og for å slappa av.

Knut meiner at om ein ikkje hadde hatt takterrassen og parken, så hadde dette gjort at ein hadde blitt sitjande i større grad på rommet. Han seier: *"Nei det hadde jo medført at du hadde blitt sittende på rommet i mye større grad. Og der er man nok altså."*

Uterområdet sin funksjon blir i tillegg til å gje trivsel, ro og avkobling, også å gje eit pusterom frå rommet. Han seier også at ein som helsepersonell, bør stimulere pasientane til å gå ut. Tidlegare under eit langt sjukehusopphald blei han anbefalt av fysioterapeutane å trene seg opp ved å gå i trappene inne på sjukehuset. Dette hjalp, men han seier: *"Det var jo ingen opplevelse i det. Så et sånnt lite parkområde, ville jo vært mye, mye bedre."* Uterommet ligg der som eit potensielt opptreningsareal. Knut seier om uteområdet:

Det er litt synd at en bruker så mye til parkering. Du skal ikke ligge mange dager i en seng her før du er fysisk helt svekket. Så det å ha et sted hvor du kan, det er ikke mange minuttene du trenger å gå hver dag, femten, tyve minutter. Det gjør at du kommer deg mye, mye raskere på beina igjen når du kommer ut. Du trenger ikke så lang tid på å bygge deg opp igjen, viss du greier å vedlikeholde lite granne.

Å halda oppe eit vedlikeholds nivå mosjonsmessig meiner han er bra, når ein er istand til det under sjukehusopphaldet. Dette kan den vesle parkbiten hjelpe ein med.

Takterrassen i tredje etasje, er også tatt i bruk av pasientane. Arne synst at takterrassen er fin. Når han er her, går han heilt bort til kanten, og kikker utover byen, noko han

synst er fint. Han synest at buskane her er fine som dei er, og saknar ikkje blomar. Knut meiner at takterrassen kunne ha vore utforma meir spennande, ein større grad av variasjon i høgda på plantene hadde gjeve ein større grad av kvalitet.

Marianne har vore er både om sommaren og vinteren. Ho kallar det å vere der som veldig koselig. Ho synest at det hadde vore finare her med fleire blomar reint fargemessig, så bør sjukehuset likevel ikkje prioritere dette. Ho kjenner ellers til eit grønt område rundt barneklubben, men veit ikkje kor parken er, og har ellers ikkje hatt noko parkfølelse knytt til området rundt sjukehuset. Johannes synst det er ubehageleg med eit røykeskur rett utanfor det eine inngangs, og utgangspartiet til takterrassen. Det likar han ikkje.

Når Arne får spørsmål om det er noko han savnar med parken, så seier han at han savnar fleire benker. Slik det er no, er dei fleste benkane plassert rundt røykeskura i sjukehusparken. Og på takterrassen kunne det gjerne ha vore benkar, i staden for lause plaststolar. Parkarealet kunne også ha vore større, med meir grønt gras som det gjekk an til å ”slenga seg ned på.”Knut savnar vatn som er i rørsle. Han seier: *”Nei vann i bevegelse, det er jo liv. Det er fasinende å sitte å se på, og lyden gjør noe med deg.”*

#### 5.6.2 Naturen er både tilgjengeleg og utilgjengeleg

---

Men det eg saknar med det var jo muligheten til å gå ut altså, men det var ikkje så lett så lenge eg hadde det apparatet der. -Ove.

På grunn av cellegiftkuren blir som nemd tidlegare behandlingstida på sjukehuset ufrivillig innetid for Arne, Ove og Johannes. I tillegg avgrensar og utetida seg på grunn av årstida. Arne mistrivst med å vere inne, men toler det, sidan det er berre for ei tid. I tida før intervjuet, er det også berre Arne og Johannes som har gått ein del i det siste i parken. Både Knut, Ingrid og Kari har grunna behandlingsopplegget denne gongen ikkje vore ute. Sjølve sjukdomstilstanden og behandlingsopplegget avgrensar det å kunne kome seg ut. Naturen blir berre tilgjengeleg gjennom utsikt til denne. Ingrid seier også korleis det er:

Nei, ikke så mye når du ligger inne her og har et program, så blir det ikke gått så mye ute i i hagen. Og så er det det at når du begynner å bli så frisk at du har lyst til å gå i hagen, så blir du jo som oftest utskrevet.

Ho har likevel fulgt med på alle årstidene sin gong, men då gjennom å ha utsikt ut til parken.

Kari har ikkje vore noko ute denne gongen fordi ho er forkjøla. Men også fordi ho går så dårleg, som er ein biverknad av cellegiftbehandlingen ho har fått. Ho har tidlegare berre gått gjennom parken på veg til og frå hotellet. Magne kunne tenkt seg å gå ut no

når veret har vore fint, og når det har vore sol ute. Han har imidlertid vore isolert lenge inne på rommet. Han seier:

Ja, det er dei to siste kurane, altså to tredjedelar kan du sei av opphaldet [...] Så det er no ei stor påkjenning i seg sjølv, altså mens du er isolert, med så lave verdiar så skal du no vere inne i alle tilfelle, men sjølv no når eg går opp i verdiar, så skal eg ikkje bevega meg utanfor.

Lysta er der, men han har ikkje lov, verken til å gå ut eller å gå inne i gongane sidan han er isolert. Han har vore isolert, når han har vore sjuk med mykje feber, men og no, når han kjenner seg friskare. Han har heller ikkje vore mykje ute på sjukehusområdet, det har vore rett i bilen, og heim når han blir utskreve eller har hatt permisjon. Han seier likevel om det å bevega seg ute:

Ja, eg har no for det meste vore så dårlig at eg ikkje har kjent noko slikt volsomt behov for å gå utanfor bygget her då. Kanskje no, i den siste, altså dei siste dagane i denne kuren der eg har vore feberfri og når det har vore sol, så kunne eg nok tenkt meg det, det har nok noko med årstida å gjere og [...] På dei varme dagane i forige veke så kunne eg nok tenkt meg å kunne ta meg ein tur ut.

### 5.6.3 Parken og dei gamle bygga i hagen høyrer saman

---

Så liker jeg sånne gamle bygninger og, ja med de gamle store trærne, det er jo litt unikt sant, når vi er i stand til å gå oppe og se det, nei det er flott. -Ingrid

Ingrid likar også dei gamle bygga rundt Parkbygget. Ho har og fulgt med på oppussinga av det raude Administrasjonsbygget, og ho synest at det blei svært fint når det var ferdig. Dei gamle bygga gjev henne noko å sjå på, som har eit positivt forteikn.

For Knut blir dei gamle bygga noko som gjer parkområdet rikare, særleg gjeld dette bygget ”Gamle Hovedbygning”. Det gamle bygget er noko han kan kvile augene på, og noko som han kan glede seg over kvar dag.

Johannes likar også dei gamle bygga. For han representerar dei ein fortid, og det å stå i parken utanfor gamle hovedbygning blir nesten som å stå på historisk grunn. Ove derimot ville ha reve dei gamle bygga, og bygd opp nye. Dette utifrå tankegangen om at dei ikkje følgjer med i tida lenger. Men så seier han etterpå, at dei har vel ein misjon og, men han meiner likevel at dei ikkje passar inn i resten av bygningsstrukturen på sjukehuset. Han synest og at det er litt tett med hus rundt sjukehusparken, men at parkbiten i midten gjer at det blir ein opning, som hjelper ein å orientere seg i området rundt parken.

## 5.7 Oppsummering

---

På den eine sida viser undersøkinga at det fysiske miljøet kjem i andre rekke, og betyr lite. Behandlingsfunksjonen sjukehuset har, er det som betyr noko. Pasientane er her for å bli friske.



På den andre sida viser undersøkinga at kreftpasientar søkjer, og treng stimulering, og at det fysiske miljøet angår dei og blir til god eller dårleg pasientomsorg. Fysisk form blir omtala i ordelag som venleg eller uvenleg arkitektur.

Verken Parkbygget, eller Sentralblokka blir imidlertid “vinnarar” sett i eit pasientperspektiv. På Parkbygget, og også delvis i Sentralblokka har ein gløymt at form også står i eit forhold til farge og til biletkunst. Ein får skildringar av veggane som sterile og kjedelege flater. Mørke rom i Sentralblokka, som samtidig har lite utsiktskvalitet blir skildra med negative forteikn, mens utsikt og lyskvaliteten i Parkbygget blir omtala i positive ordelag. Utsiktsforhold, og særleg lysforhold ser ut til for enkelte av informantane å dreia seg om meir grunnleggjande forhold enn trivsel, og måten dei snakkar på får eit kroppsleg og mentalt preg over seg. Naturen og parkområdet ilag med dei gamle bygga i området blir sett på som ei eining som høyrer saman. Dei gamle bygga blir skildra som overveiande eit estetisk objekt, som tilfører dei noko godt. Naturen har ein rolle å spela som avkobling, mosjon og som rekreasjon, men er ikkje tilgjengeleg for alle på grunn av sjukdomstilstand og behandlingssopplegg. Undersøkinga viser og at halvparten av informantane ynskjer seg berre einmannsrom, og på Parkbygget. Nesten alle av pasientane er opptatt av, og indignert over det dei trur er skitne vindaugsruter i sengepostområdet.

## 6 Drøfting

---

I problemformuleringa er tematikken arkitektur og natur i eit pasientperspektiv i ein sjukehussetting. Målsetjinga var å skildre kreftpasientar sine erfaringar i lys av om det kan vere pasientomsorg eller helse knytt til tematikken. Forskingsfunna er relatert tematisk til problemstillinga og svarer på denne.

Når det gjeld diskusjonen om funna, så har ein delt denne inn i seks delar, etter hovudpunktene i funndelen, men der desse ikkje kjem i same rekkefølge som her. Utsikt og lysforhold blir drøfta fyrst, så natur, og form som uvenleg eller venleg arkitektur. Deretter diskuterar ein forhold ved ein og firemannsrommet, så om bilete og fargebruk, og til slutt om forholdet mellom behandling og fysisk form. Forskingsfunn og teori vert drøfta der dei tematisk høyrer heime. Då med unnatak av forskning ikring natur, lys og utsikt, som vert drøfta under tematikken natur. Tematikken ikring utsikt og lys, er gjeve det største omfanget i drøftingsdelen.

## 6.1 Utsikt gjev trivsel og hindrar ei innestengt kjensle

I denne delen er utsikt tematisert utifrå både tomte- og formprinsipp for Sentralblokka, og forhold ved utsikt som ein kvalitet av å kome nær nok. Det blir argumentert for at lys og utsikt er viktig i pasientomsorg. Her blir det og vist at betongaltaner og betongmarkiser, himmelretningene sengepostane vart vendt mot, og tomteforhold verkar inn på lys og utsiktsforhold, slik informantane skildrar dette. Forskingsresultater ikring natur, utsikt og lys blir diskutert saman under avsnittet om natur.

### 6.1.1 Om utsikt og vindauge

Materialet viser at utsikt hindrar ei kjensle av å vere ”innestengt”. Sjukehuspphaldet er ufrivillig innetid for fleire av informantane, noko som kan vere med å forsterke krava til utsiktsforholda. *Utsikta i sengepostområda blir imidlertid avgrensa av at vindaugo ”ser skitne ut”*. Alle informantane med unntak av ein i Sentralblokka reagerar på det dei trur er skitne vindaugo. Dette gjer også rommet mørkare. Vindaugo har ein utvendig film, som forringar utsiktskvaliteten. Det som informantane trur er dårleg reinhald, blir i overført tyding også til eit dårlig behandlingstilbod.

Reinleik i det fysiske miljøet er også tatt opp som eit tema. Blodflekkar på gardinene, og uhygieniske toalett er forhold som gjev opphav til bekymring og uro. Ein blir uroleg for eigen helse, og for om ein kan bli smitta og sjuk som ein konsekvens av desse forholda. Manglande reinleik får ein til å føla seg sjukare, og meir bekymra for å bli det, mens ein er her for å bli frisk.

Berre ein informant veit at vindaugo ikkje er skitne, men øydelagde. Helse Bergen har no forplikta seg til å skifte ut vindaugene i sengepostområdet gradvis, i etapper.<sup>77</sup> I følgje samtalen med teknisk sjef har avleiringa på vindaugene vore eit tydeleg fenomen sidan 1997. *At ikkje dette problemet blei tatt tak i når det oppstod, kan vere eit døme på den vektlegginga sjukehuset har på behandlingssfunksjonen sin, i forhold til den vektlegginga dei gjev bufunksjonen sin. Og eit viktig døme på at utsikt ikkje er eit prioritert område, når det kjem til sjukehusdrift.*

Vindauge gjev eit utsyn både til ”lydane av liv, ” og det gjev dagslys og frisk luft. Vindauge gjev også kunnskap om årstidene, og om kva tid på dagen det er. Utsikt er eit informativt forhold, eit ute-inne forhold, som gjev ei involvering i verda utanfor. I ein sjukehussetting føretrekk pasientane utsikt til eit urbant liv og utsikt til natur (Verberder, 1986). Wilson (1972) i Ulrich et al. (2004b) viser at vindaugslause einingar

---

<sup>77</sup> Lovnadene er framsett i eit innslag i Dagsnytt, den 28. okt. 2010/2011, av utbyggingssjef Askjell Utaaker.

i ein intensiv avdeling gav sensorisk deprivasjon. Når det gjeld vindaug og utsikt som pasientomsorg, så viser Wilson (1972), Keep (1980), og Verberder (1998) at vindaug og utsiktsforhold er viktige som pasientomsorg. *Utsikt til urbant liv var imidlertid berre viktig for to av informantane. Utsikt er i materialet skildra som utsikts nærleik til natur, av å kunne følgje med på veret, og vindaug gjev lys til rommet. Fenomenet utsikt blir overordna både trivsel og å hindre ei innestengt kjensle.*

*Samtidig er ikkje materialet eintydig, Ein informant budde fjorten dagar på eit rom i Parkbygget berre med mur som utsikt. Ho toler det, til tross for at ho skildrar det som ”å vere innesperret mellom en husvegg og himmelen”. Ho toler det, sjølv om ho skildrar utsikt som svært viktig for henne. Ho ville også ha budd her, mot mur som utsikt, om valget var mellom einmannsrom her, eller tomannsrom med utsikt.*

Arkitektane har vektlagt i Sentralblokka at pasientane får sjå ut av vindaug frå senga. Både vindaugsstorleiken og avstanden frå golvet og opp til vindaugskanten er tilpassa dette.

#### 6.1.2 Om austleg plasserte rom

---

I forskingsmaterialet blir utsikts- og lysforhold omtala i negative ordlag i Sentralblokka, når det gjeld austleg plasserte rom. Nokon av deltakarane karakteriserar romma her som ”ikkje-rom.” Mangelen på utsikts- og lysforholda denne veien blir av desse skildra på ein måte som får eit kroppsleg og mentalt preg for fleire av informantane, og får eit anna preg enn gradar av trivsel eller mistrivsel. Mangelen på lys i parkeringsområdet blir også av fleire av informantane omtala i eit ”kroppsleg språk”. Florence Nightingale meiner at lys og utsikt både har ein kroppsleg og ein mental effekt (1868/1975, s. 19). *Materialet i denne undersøkjinga understøttar synspunktene til Florence Nightingale om at lys og utsikt er svært viktig pasientomsorg, der lys og utsikt også har ein kroppsleg effekt.* Fleire av informantane har opplevd å kjenne seg innestengt som ein følgje av mørke rom, mangelen av utsikt, for få vindaug og ufrivilleg innetid. *Når det kjem til skildringane av mørke rom, blir desse for fleire av informantane eit forhold av mental diskomfort, som også får eit kroppsleg preg.*

Når det gjeld ein fenomenologisk forståing så vektlegg ein subjektet som tematikk for den kvalitative undersøkinga. Subjektet er også eit kroppsfenomen, dette er vektlagt hjå den seine Husserl, men også hjå Merleau Ponty (Zahavi, 2007). Konturene av kroppen som ein forståelsesstruktur for subjektet, og subjektet som kropp, anar ein konturene av i dette materialet, når det kjem til forhold knytt til mørke. Hjerneforskning viser også at hjernen verkar saman med det nervøse, endokrine og immunsystemet i ein konstant

interaktiv prosess. Fysiske og mentale prosessar påverkar såleis kvarandre i ein aldri slutta prosess (Zborowsky & Kreitzer, 2008).

I sentralblokkane blir romma mørkare på grunn av betongaltanane og betongmarkisene utanfor vindaugo. Arkitektane sin formgjeving av ”fast utvendig solafskjærming” fører til mørke rom mot aust. Ein informant skildrar dei som å ”skygge for, stenge ute himmelen.” Betong blir erstatta av himmel. Resultatet av dette blir eit tilført mørke, i staden for lys. *Effekten av murkonstruksjonane blir større på auststida enn på vestsida.* Effekten av mørke rom er ikkje like stor på alle, og får ikkje hjå alle eit kroppsleg preg. Fleire informantar toler det, kanskje fordi dei har eit opphald av kort varighet. Ein informant som såg på einmannsrom mot aust som dystre rom, ville likevel om valet stod mellom firemannsrom og einmannsrom mot aust, ha vald det siste.

Når det gjalt tomteforholda ved Haukeland, så viser arkivmateriale at forholda som juryen i arkitektkonkurransen i 1960 vektla av negativ art i forhold til ei austleg tomteplassering av nybygget, også i dag blir forhold som påverkar informantane negativt. *Juryen påpeikte at ei omfattande utsprengning ville verke inn på lys og utsiktsforhold.* I tillegg meinte dei at eit kupert område ville vanskeleggjere eit slikt stort anlegg, og ville heller ikkje vere heldig estetisk sett. Ei plassering over Haukelandsveien ville imidlertid redusere dei negative følgjene av ei rein aust eller vestleg orientering. *Materialet viste at lys og utsiktsforholda mot aust også påverkar informantane i dag, og blir i liten grad pasientomsorg.*

*Utsiktskvaliteten* blir heller ikkje sett pris på i Sentralblokkane mot aust. Dette til tross for at utsikten denne veien er meir nær, enn den er på vestsida i bygget. Utsikta mot aust får karakter av å vere ”nokså tragisk då” og som ”så tett”, og som ”ingen utsikt”.

Informantane meiner at utsikta har nokre kvalitetar, i form at at ein ser trer, Ulriksbanen, ”og litt himmel om du berre bøyer deg no langt nok ned.” Tomteforholda påverkar også her utsiktskvaliteten. Opparbeidinga av grøne felter i terrasser i fjellskårene representerar tydeleg ikkje nok kvalitet som utsikt, til å bli viktig for dei.

Ein informant meiner at ein må vere bevisst på både kor ein lokaliserer sjukehusa, men og på korleis ein orienterar desse. Ein annan seier at diskusjonen om tomteforholda handla om i kva grad ein skulle ”presse sykehuset inn” på ein liten tomt, eller om ein skulle flytte sjukehuset ut av byen. Når dei så valgte Haukelandstomta, måtte forma konsentrerast. Om sjukehuset hadde vore plassert ”uti ødemarken” meiner ein informant at dette hadde ”vore forferdelig”

### 6.1.3 Om lys og utsikt

---

Personane i undersøkinga relaterer utsikt i stor grad til korleis dei opplever den frå pasientrommet. Utsikt som ein romkvalitet her blir difor viktig. Ein nemner også lyskvaliteten i området for kantina i Parkbygget. Inngangspartiet er eit område utan vindaug, men så opnar det seg mot kantina, det blir lyst, noko som gjer han glad. Lyse rom blir for han venlege rom. For han er lys svært viktig, og romma blir gode eller dårlige rom, utifrå tilgangen dei gjev til lys. Eit viktig arkitektonisk prinsipp i Parkbygget var å få lys inn i alle delane til bygget.

*Når det gjeld lys, så meiner Florence Nightingale at det er grunnlagt som eit vitenskapleg faktum, at lys har ein helse-effekt på pasientane. Lyse rom vil ifølgje henne "promote recovery" (1863 s. 19, s. 68). Seinare i *Notes on Hospitals* vektlegg ho "the multiplicity of" vindaug i sjukesalen med at det er eit av fem "vital conditions" for eit godt sjukehusbygg. Særleg i sjukesalen er det: "a point of the first importance" (s. 86).*

*Materialet overraska ved at ikkje sol vart vektlagt som eit tema. Sol vart av fleire informantar sett på som problematisk i form av at det blir for varmt i rommet, samtidig som dei ikkje var så opptatte av sol i det heile tatt. Lys blir eit viktigare tema, enn sol i materialet. Men sol blir likevel sett pris på av nokre av informantane. Om våren karakteriserar ein informant det som "veldig kjekt" å få sol inn, mens sola derimot på sommaren kan gjere at rommet blir "veldig varmt."*

Caspari, Eriksson og Nåden (2006) viser at tematikken kunst, estetikk, fargar, design, lys og natur nærast er fråværande som ein tematikk i 64 norske sjukehus sine strategidokument. Når det så kjem til lys og natur, er lys berre nemt i to dokumenter, mens natur førekjem i ti dokument. *Tematisk er desse emna altså i svært liten grad inkludert som eit mandat, eller som fokuseringspunkter for sjukehusdrifta.*

Materialet viser utsikt til også å vere eit kroppsleg og mentalt forhold, men utsikt gjev også stimulering. *Spørsmålet er også om vindaug sin hovudfunksjon er å gje lys inn, heller enn til å gje utsiktskvalitet, og korleis forholdet er internt mellom desse.*

Materialet er likevel ikkje eintydig i forhold til viktigheten av lys og utsikt. For ein informant betydde utsikt lite. Han søkte likevel stimulering under opphaldet. Han ville imidlertid på grunn av lys, og romkvalitetane Parkbygget tilbyr, heller hatt opphald her nede om han hadde fått velge. Ein informant meiner også, at om ein er oppegående, så kan ein oppleve andre ting enn akkurat utsikta. Fleire informantar toler også å liggje innerst i henholdsvis eit tomannsrom og eit firemannsrom utan å gje det negativ omtale. Fleire føretrekk den "mørke" Sentralblokka, heller enn det lyse Parkbygget.

Å kjenne seg heime ein plass, som samtidig framtrer som meir ”rotete” enn som steril farge og biletmessig, blei viktigast for denne informanten. For ein annan informant blir utsiktskvaliteten i Parkbygget døyvd av sterile kvite veggar. For han blir det han kallar ”atmosfæren i Sentralblokka” viktigare enn dei kvalitetane i fellesareal, utsikt og kantine som Parkbygget tilbyr.

Ein informant meiner at romma er kvalitetsforskjellege etter himmelretningen dei er vendt mot, både i forhold til lys og utsiktsforhold. Arkitektane sine val om å leggje høguset i ein dobbel korsform, som eit ”sengehus med sengestuer til alle 4 verdshjørner”, var i lag med fast utvendig solavskjerming *tiltak for å motverke at sengeromma fekk for mykje sol inn om sommaren. At arkitektane ikkje forstod ver og-solforholda i Bergen betre enn dette, er uforståeleg.*

Når det gjeld himmelretning, blei det også akseptert å leggje sengepostar mot nord (Krohn, 1985, s. 359). Ein fast ufråvikeleg norm for korleis sjukehus skal orienterast i forhold til himmelretning, finst ikkje. Karl Grevstad meinte at sjukefløyane burde orienterast i lengderetningen øst/vest, slik at sjukeromma blir liggjande mot sør, der romma får morgonsol (Grevstad 1948, i Enger, 2000, s. 235). Florence Nightingale meinte imidlertid at sjukepostane burde orienterast i lengderetningen nord/sør, for å gje rommet størst mogleg grad av sol (Thompson & Golding, 1975, s. 160). Dei fleste av informantane sette mest pris på vestvendt utsikt, med kveldssol.

I konkurranseprosjektet til Krohn & Hartvig Rasmussen frå 1960 er heile høyblokka orientert slik at sengepostane fekk vestvendt utsikt. Dei andre premierte forslaga hadde lagt sengepostområdet enten mot sør,<sup>78</sup> eller mot både sør og vest,<sup>79</sup> mens forslag fem har sør og nordvendte sengepostar. Forslag to og tre hadde samtidig lagt kontorarealet mot nord i sengepostområdet

#### [6.1.4 Utsikt er å kome nær nok](#)

---

Utsikta blir skildra som trivsel, og utsikt blir eit middel til å oppleve. Utsikt vest frå Parkbygget er å bli tilført noko godt Parkbygget sin fordel er at bygget blei sett inn i ein allereie 100- års eksisterande gamal park, med nokre store trer tilknytta denne. Dei store trea, harmonerar i storleik med høgda på Parkbygget, og med pasientutsikta frå 4. etasje. Dette gjer at ein får ein heilt anna nærleik til trea. Trea kjem nær nok. Ein informant ser naturen sin gang i fleire omgangar når ho er innlagt på Parkbygget. Det fører til eit engasjement, og ho lurar på om ikkje nokon skal klippe desse trea litt. Informanten har

---

<sup>78</sup> Forslag to og fire.

<sup>79</sup> Forslag tre.

ein heilt anna positivt engasjement når ho skildrar utsikta frå Parkbygget, enn frå Sentralblokka. Ein anna informant skildrar nærleiken til trea frå Parkbygget. Trea blir omtala som vakre, der ho skildrar blomstringa av hestekastanjen som ”et syn for guder”.

Når det gjeld Parkbygget sin ”nær nok” kategori, så blir utsiktskvaliteten i Sentralblokka til ”litt langt borte utsikt”. Utsikta frå Sentralblokka frå vest gjev ein utsiktskvalitet som blir litt for fjern, ”litt langt borte”. Utsikt er difor å kome nær nok. Denne ”nær nok” kategorien har Parkbygget. Skildringane knytt til utsikta vest i Parkbygget er berre i positive ordelag. Sjølv om nokre i alle fall ser lyset og veret frå vestsida av Sentralblokka, blir utsikta her statisk, fjern, og for mykje fotografi.

I Sentralblokka er sengepostane lagt i ei høyløkk oppå basisblokka, etter ein Breitfuss tankegang. Med Breitfuss modellen, organiserar ein behandling og sengeavdelingane som fysisk to skilte delar. Behandlingsavdelingen var forma som langstrakte, ofte ein etasjes bygg, mens sengepostane representerer høghuset. Sidan kommunen sa nei til bygging av høghus, og på grunn av at sengepostområdet vart lagt til alle fire verdshjørner, blei høgden betydeleg redusert i sengeblokka. *Sengepostane blir i etasje 4.- 7. over bakkenivå. I konkurranseutkastet var sengeblokka imidlertid plassert som etasje 7.- til 19 i bygget. Høghuset vart lågare, men utsiktskvaliteten blir likevel ikkje ”nær nok” i Sentralblokka. Sett i eit pasientperspektiv, utifrå materialet i denne undersøkinga, burde formgjevingsprinsippet for Breitfuss vore snudd opp-ned.*

Utforminga av Københavns kommune hospital i Hvidovre er på eit vis det motsette av strukturen til Sentralblokka. Sengeposter er lagt i låge blokker oppå sin respektive behandlingsdel, men ikkje høgare enn at sengepostane er i god kontakt med landskap, plante og dyrelivet utanfor. Behandlingsavdelingane er i dette sjukehuset langstrakte ein-etasjes bygg. Utsiktskvaliteten blir her oppretthalden som ein form for nærkatetori. Samtidig så ser ein av skisse-forslaget til Krohn & Hartvig Rasmussen frå 1965, at dei føreslo også å leggje sengeavdelingane i to-etasjes einingar oppå basisblokka, med kontor i ein tredje etasje. Det skulle også her vere ein terrassehage ytterst på taket til behandlingsavdelingane. *Dette skulle hjelpe til med å humanisere sjukehusmiljøet, samtidig som form blir i ein meir menneskeleg skala. Arkitektane seier og at i mindre sjukehus, eller i større paviljonssjukehus er det mogeleg å skape intime og hyggelege avsnitt, mens store anlegg får eit meir ”maurtuepreg”.*<sup>80</sup>

Arkitektane ved nye Rikshospital, stadfestar også eit perspektiv av ”omgjenvader laga av menneske, for menneske” (Ottar, 1997, s. 128). Eit horisontalt byggeprinsipp,

---

<sup>80</sup> Bergen Byarkiv, 2050/ 3a, *Udbygning af Haukeland sykehus*, okt. 1966, Krohn & Hartvig Rasmussen, s. 7.

grunnlagt i tankegangen om at sjukehusbygg skal ha ein menneskeleg skala. Idealet deira låg i Bo Casterfors sine formgjevingsprinsipp for Norrköping sjukehus (1966-1988). Her trer paviljonsjukehuset fram igjen, og blir pånytt det føretrakne formprinsippet også i Noreg. *Nye Rikshospital blir eit døme der både utsiktskvalitet og utsiktsnærleik er tatt hensyn til.* Sengepostområdet er forma som ”fingrar,” som skyt ut frå ein base, i ein tre etasjes struktur. ”Fingrane” vender mot eit parkanlegg, for å gje pasientane utsikt til natur.

*Sjølv om materialet ikkje er eintydig, kan ein likevel konkludere med at: Lys og utsikt<sup>81</sup> er viktig kvalitetar ved eit sjukehusbygg. Undersøkinga viser at tomteforhold, lokalisering og korleis ein orienterer huset, er viktig i eit pasientperspektiv.*

## 6.2 Naturen er motvekt til isolasjonen inne

Naturen, parkområdet utanfor gamle Hovedbygning blir i undersøkinga skildra som eit område for trivsel og for rekreasjon. I tillegg skildrar dei området til å vere ein stad for å få mosjon. *Vektlegginga natur får stadfestar også at rommet ikkje er nok.*

Her blir ein tilført andre inntrykk, ”litt fuglaliv og litt innsektsliv,” hjelper på humøret. Ein informant meiner og at det tilfører noko, utan at han seier kva dette er. Parken og takterrassen blir eit område for å få opplevingar og av avkobling. Hagen ligg der og som eit potensielt opptreningsareal, der ein opplever noko samtidig som at ein kan få røre på beina.

Samtidig som naturen står som ein motsetnad til isolasjonen inne, så er den ikkje tilgjengeleg som ein røyndom for alle. Sjølv om fleire har brukt takhagen, så er det berre to av informantane som har brukt hagene aktivt i perioden før intervjuet. Fleire informantar ville gjerne ha brukt hagen og gått ute, men stativet og at det har vore vinter har gjort dette vanskeleg. Parken er både tilgjengeleg og utilgjengeleg, på grunn av sjukdomstilstanden og behandlingssopplegget til den enkelte. Ein informant kjenner heller ikkje til eit parkområde knytta til sjukehuset. Naturen må då opplevast som utsikt. *Utsikt hindrar ei innestengt kjensle, når ein ikkje får lov til å gå ut.* Parkområdet saman med Gamle Hovedbygning blir sett på som ein heilskap av fleire av informantane.

Fleire informantar meiner at det er viktig med benkar, for at hagen skal kunne brukast som ei avkoblingssone. Ein plass der ein kan snakka i saman, og der ein kan ta inn inntrykk. Informantane savnar benker både i takterrasse- området, og elles i sjukehusparken. Ein informant savnar meir grønt gras ”som det går an å slenga seg ned

---

<sup>81</sup> Utsikt tilbyr her utsikt til natur i ein nærkategori.



på.” Ein annan savnar vatn i rørsle. Ein informant ser fortentninga i parkområdet, men den vesle parkbiten i midten, lagar ein opning som hjelper ein å orientere seg i området. At det har skjedd ein bygningsmessig fortetning, stadfestar også Asplak-Viak (Helse Bergen, 2006). Området blir eit døme på ei ustrukturert utbygging over tid.

*I materialet er det berre dei gamle paviljonbygga som blir nemd av informantane. Dei nyare bygga blir ikkje nemd, med unnatak av ein informant, som nemner eit av dei i negative ordelag. Dette blir eit bygg, som ikkje augene kan kvile på, og som det ikkje går an å glede seg over. Han er glad at trea skjuler dette bygget, som han kan sjå frå vindauga sitt.*

*Krohn & Hartvig Rasmussen meiner at takterrassen, er eit viktig bidrag til å laga eit menneskeleg miljø på sjukehuset. Takhagen gir eit supplement av rekreativ art.<sup>82</sup> I følge Bettum (1985) blei takhagen utforma i eit variert og frodig uttrykk. Den ”fleksible møbleringa” var imidlertid lause plaststolar og bord. At ikkje noko fastare hagemøblement er kome på plass, kan og indikere at det er eit større fokus på behandling, enn på miljøet i sjukehussettinga. Juryen for arkitektkonkurransen i 1960 såg på vernet av den gamle sjukehusparken som vesentleg under den komande utbygginga. Dette fordi parken var eit viktig moment for å skape eit trivelig anlegg (Haukeland sykehus, Bergen, 1960, s. 8). I dag er denne delen av parken freda av Landsvernplan for Helsesektoren.*

### 6.2.1 Natur som helsegevinst, og som eit lækjande miljø

Dijkstra, Pieterse & Pruyn (2006) meiner at ein kan konkludere i forhold til forskning på lys og vindaug, at det gjev ein helseeffekt. Mens Ulrich et al. (2004 b) og Van den Berg (2005) meiner at resultata om natur og utsikt er tydelege. Natur og utsikt får ein reell stress og smertestillande effekt, som også gjer at pasienten kjem seg raskare. Tekniske forhold ikring studiet til Ulrich (1984) kan imidlertid diskuteras, sidan studiet pågjekk over ein periode på seks år.

Spørsmålet til Van den Berg (2005) og Ulrich et al. (2004 b) er korvidt det er natur, eller om det er lys som fremmer desse helseeffektane. Walch et al. (2005) sin studie ikring lys fekk imidlertid ikkje signifikante resultater på same måten som Ulrich (1984) i sin studie om utsiktskvalitet. Men tendensen viser dei same resultata av lys, som av

---

<sup>82</sup> Bergen Byarkiv 2050/3a, Eø 1. Forslag 4. datert 5.11.1968, ved Krohn & Hartvig Rasmussen, s. 3

utsikt til natur, når det gjeld helsegevinst. Den forkortande effekten av lys på lengda av sjukehusopphaldet er særleg vist i studiet til Beuchemin & Hays (1996)<sup>83</sup> ikring lys.

*Kan også natur, utsikts, lys og vindaugsforhold i seg sjølv også gje driftsøkonomiske fordelar? Er arbeidsbelastninga personalet har, avhengig av dei lys og utsiktsforhold pasientane blir tilbuddt?* Spørsmålet er om pasientane brukar mindre smertestillande, er mindre engstelege, og blir fortare utskrevne om dei bur i rom som har mykje dagslys og har god utsiktskvalitet. Verberder (1986) viste og at vindauge, utsikts og lysforhold påverkar graden av trivselen til sjukehuspersonalet på jobb.

Naturen som eit lækjande miljø er påpeikt i fleire studier. Når det kjem til natur tenkt som eit lækjande miljø, viser studier av hageanlegg på barnesjukehus at natur er ein stad for personleg restitusjon og minsking av stress. Men samtidig at svært få av dei innlagte barna brukte hageanlegga (Sherman, Varni, Ulrich & Macarney, 2005, Whitehouse et al. 2001). Desse studiene hadde imidlertid ein mangel av strengt design.

*Både Cimprich & Ronis (2003), og studien til English, Wilson & Keller- Olaman (2008) kan sjåast på som døme på at natur kan tilføre eit lækjande miljø.* Det vil og sei at menneske sine indre krefter blir styrkt, som eit resultat av naturinntrykk. Naturen som lækjande krefter blir ikkje eit framtrødande moment i undersøkinga. Det handlar meir om restitusjon, enn om lækjing. Samtidig finst momenter av naturen som eit lækjande miljø i undersøkinga. I form av at ”det gjev noko”, det blir trivsel, og at det ”hjelper på humøret.” Og det er eit område der ein kan ”slappe av,” og få andre inntrykk enn inne.

Paviljongsystemet si vektlegging av hageanlegga, er på bakgrunn av eit hygienisk siktemål. Hageanlegget ilag med busker og trer, motverka miasmatiske smittespreiing mellom paviljongane. Intensjonen rundt hageanlegg var difor ikkje fyrst å tilføre pasientane eit trivselsmoment, men var tiltak for å hindre smittespreiing. Hagen hadde såleis eit hygienisk siktemål.

### 6.3 Fysisk form er venleg eller uvenleg arkitektur

Dette avsnittet har fått ei tredelt inndeling. For det fyrste tar ein opp tematikken; Om storleik. *Ein informant skildrar storleiken som uvenleg, men materialet overraska i at storleik ikkje var meir framtrødande som ein eigen tematikk.* Deretter omtaler ein korleis Sentralblokka, Parkbygget og Gamle Hovedbygg framtrer i materialet som form,

---

<sup>83</sup> Studien frå 1996 viser at mannlege deprimerede psykiatriske pasientar var i gjennomsnitt 6,8 dagar tidlegare utskreve om dei låg i lyse pasientrom, til forskjell frå mørke rom. Mens studien frå 1998 viste at rekonvalensfase etter hjerteinfarkt, så hadde kvinnene ein høgare rekonvalens i lyse rom, men berre på 1,1 dag.

verkskvalitet og estetikk. For det tredje tar ein så opp tematikken fysisk form som vennleg eller uvenleg arkitektur.

### 6.3.1 Om storleik og landskapsinnpassing

---

At ikkje storleiken på bygget kom opp som eit eige tema i mykje større grad enn det det gjorde, overraska i materialet. Berre tre informantar tar dette opp, to med positivt, og ein med negativt forteikn. I positiv forstand handlar det om at bygget blir eit orienteringspunkt. Sentralblokka kan ein sjå og orientere seg etter heilt frå sentrum av Bergen, både på grunn av storleiken, og på grunn av at tomta ligg dominerande til på ein utsiktsplass i landskapet. I tillegg får sjukehuset, som ein svært stor behandlingsstruktur ein industri og samlebånd assosiasjon for han. Sjukehuset blir ein behandlingsfabrikk. Ein informant meiner også at bygget ikkje ser så stort ut som det eigentleg er. *Berre for ein informant blir bygget sin storleik til noko truande.* Eit stort dystert fysisk uttrykk som varslar sjukdom og død. Han opplever her arkitektur slik *Arkitektur.nå* skildrar det: Arkitektur blir opplevd visuelt som fysisk form, og tolka som eit fysisk uttrykk. Det fysiske uttrykket blir så til eit ideologisk, mentalt bilete (2009, s. 9).

*Arkitektkonkurransen, og bygga som vart premierte illustrerer etterkrigstida sin vektlegging på sjukehusarkitektur som ein stor monostruktur.* Heile sjukehuset er samla i eit stort kompleks. Juryen for arkitektkonkurransen kommenterar dette, og meiner at eit slik samling gjev rasjonelle driftsmessige fordelar. Problematiske sider er at det ikkje er lett å harmonere komplekset med det omliggjande by og landskapsbilete. I tillegg har tomtearealet ein dominerande plassering, som viser igjen i bybiletet. Dei meiner at eit så stort bygg kan og virke knugande, og blir mindre trivelege som eit sjukehusmiljø. I tillegg ser dei på farene med dårlege arbeidsforhold på grunn av dei mange mørke kjernene (Norske arkitektkonkuranser nr. 66, 1960).

Juryen for konkurranseprosjektet for det nye sjukehuset på Voss, la vekt på ”huset” som ein del av landskapet, der form er i dialog med landskapet rundt. Sjukehusbygget på Voss vart her vekta som eit av dei viktigaste ”ledda” i bebyggelsen på staden, samtidig som det blir sagt at bygget blir ein bærar av ”alvoretts preg.” Alvoretts preg måtte i følgje juryen mildnast, ved at bygget glei så naturleg som mogeleg inn i miljøet og landskapet på staden. Ein dominerande byggmessig posisjon, vil framheva bygget som ein bærar av alvoret (Sykehus på Voss, 1956). Juryen premierte også bygget som vektla ein låg struktur, som nummer ein i konkurransen. *I materialet er det berre ein informant som trekk fram Sentralblokka som knugande, og som ein bærar av alvoret.* Ein annan

informant er imidlertid også inne på det same, når han ikkje kan knytta ordet vakker til sjukehusområdet, avdi sjukehus eigentleg ikkje er ein plass som han ynsker å vere.

Når det gjeld Sentralblokka si harmonisering med det omliggjande landskapet, så harmonerer bygget i svært liten grad med landskapet rundt. Landskapet er sprengt vekk, 500 000 m<sup>3</sup> med stein, og med eit ”tomtekrater” 60 meter ned i fjellet som resultat. Fjellskårene etter utsprengningen er på rundt 20 meters høgde i området mot aust. Dette området, mot aust, er så forsøkt mildna med ei terassevis oppbygging med grønne planter (Bettum, 1985, s. 361, Krohn, 1985, s. 359). Fasadene med naturbetong var tenkt som eit moment som skal innpasse huset i landskapet. Det same var den terassevise oppbygginga med grønne planter mot aust. Krohn (1985, s. 351) kallar Sentralblokka for ”kjempehuset,” og meinte at huset ikkje var dominerande i landskapsbilete, men at det derimot var skjult av trer og andre hus. Til tross for Gunnar Krohn sitt utsagn, så er ”Kjempehuset” svært dominerande i landskapet. Storleiken er berre i svært beskjeden grad ”skjult av trer og hus.” Sentralblokka får slik eit ”alvorets preg” som dermed heller ikkje er forsøkt mildna.

Storleik fører også til eit logistikk-problem, og blir store, uhåndterlege puslespell, i følgje Wagenaar (2006). Teoritifanget ikring basisblokka viser at Sentralblokka er eit uttrykk for dette.

For Norberg-Schultzer staden svært viktig for eit byggverk. Staden sin *genius loci* må få ei tolking inn i bygd form. Når landskapen såleis blir ”tatt med inn” i ein byggeprosess, og står som ei vidareføring, eller ei tolking av staden sin ”*genius loci*” blir arkitektur til kunst. Staden er grunnleggjande for menneskeleg identitet, i følgje Norberg-Schultz. Når bygd form fortolkar, og omformar litt av staden si ”ånd” eller ”staden sitt vesen,” kan også menneska finne kvile i huset. Natur og ”menneskeverk” blir slik ein samverkande heilskap. Huset vil då også vere ei meir omfattande ramme for livet. Når menneske misser sitt forhold til staden, blir resultatet framandgjerig. Når staden ikkje blir tolka i bygd form, og bygga spredt ut over landskapet, får ein identitetslause stader. Kva som er arkitekturen sitt fundament, er imidlertid ikkje fastlagt (Lauvland, 2006). Ein meir grunnleggjande diskusjon om arkitektur som form, og som kunst, kan også vere på sin plass arkitektonisk i ein sjukehussetting. Som teoribakgrunn er Norberg-Schultzvalgt, nettopp på grunn av korleis han tolkar arkitektur som form og som kunst. Birch-Lindgren (1938, s. 119-12) konkluderer også med at moderne sjukehusbyggeri kan sjåast på som ”ei løysing av trafikk-problemet i komplekset.” Brekke (1992) skildrar og Sentralblokka som ”labyrinten.” *Forskingsmaterialet, overraska også i at*

*trafikkforholda i bygget, og om orientering, ikkje kom fram som eit viktig punkt i undersøkinga.*

*Luft som ein tematikk er heller ikkje vektlagt i materialet som eit stort tema.* For ein informant handlar luft om at det ikkje skal bli for ”innestengt” på rommet.

Lufteanlegget i Sentralblokka skapar og ei trekk-kjensle i rommet. Fleire av informantar er mindre mottakelege for kulde, etter behandlingsrunder med cellegift. Men tematikken blir ikkje gjeven eit stort omfang.

### 6.3.2 Sentralblokka, Parkbygget og Gamle Hovedbygg som form, verkskvalitet og estetikk

---

*Sentralblokka som form blir skildra som ”ein firkanta klosse,” og som det grå og kjedelege bygget.* Ein informant seier om fargen, at det likevel går litt inn på han at det ser trist ut frå utsida. Ein annan kompenserar det at bygget er “ein firkanta klosse,” med at det er ein fin hage i tredje etasje. Ei meiner også at bygget er litt “gamaldags”, som no ikkje lenger er estetisk vakker. Mens når bygget var nytt i betong og som modular liknande andre nybygg, syntest ho nok at det var fint.

Krohn (1985) seier at intensjonen deira var ” At bygge huse for mennesker, og ikke monumenter for arkitekter,” sjølv om vanskelege tomteforhold gjorde dette vanskeleg (1985, s. 359). Hus som eit kunstuttrykk, blir her sett opp imot det å ”byggje hus for mennesker.” *Arkitektane stadfestar og at dei arbeidde i eit formspråk der indre forhold, og bruken huset hadde skulle vere avgjerande for forma.* Arkitektane stadfestar ei tru på form som “indre form” med eit funksjons perspektiv, heller enn form som “ytre form”, og som ”ytre estetikk”. Sentralblokka som verkproduksjon, kan derimot synast som beskjeden. Sjølv om ein informant nemner to kvalitetsaspekter, lysgjevinga til dei indre delane av basisblokka, og at forma virkar funksjonell for eit sjukehus.

Bygget har ikkje blitt omfatta av fredning eller verneomgrep knytt til eksteriøret av Høringsutkastet til Landsvernplan for Helsesektoren. *Dette kan tolkast som at bygget har liten verkskvalitet.* Dei konkluderar også med at bygget både i materialbruk, og som eit formgjevingsprinsipp<sup>84</sup> har eit industrielt preg. Hovudauditoriet viser imidlertid i form og materialkvalitet at dette området er byggmessig prioritert. Høringstkastet til Landsvernplan for Helsesektoren tolkar dette som *ei vektlegging på huset som ein utdannings og forskingsinstitusjon.*

---

<sup>84</sup> Landsvernplan for helsesektoren – høringsutkast, kompleks 9900113, Haukeland sykehus, bygning 9901202 310130- Sentralblokken, s. 1

*Parkbygget blir skildra som det høge og smale bygget.* Det er på ein måte ”stappa inn” der ein fann ein ledig plass, men ein informant synst likevel at plasseringa er fantastisk, med utsikt til sjukehusparken, trea, dei gamle husa, og til fjella rundt. Ein annan informant meiner at proposisjonane til bygget er gode, høgda i proposisjon til bredde. Likevel kan han ikkje kalle bygget for arkitektur.<sup>85</sup> Bygget er vellykka, men det blir for monotomt, og ein stor ”klosse” som manglar variasjon. Bygget manglar og kvaliteten i materialval som ein finn i Gamle Hovedbygning. Han meiner derimot at Gamle Hovedbygning kan få arkitekturomgrepet knytta til seg. Paviljonssjukehuset på Haukeland, og då særleg Gamle Hovedbygning, men og Store Epidemibygning blir framheva som flotte bygg av fleire av informantane. Desse bygga tilfører dei noko ”godt,” og blir noko som dei kan glede seg over, og noko augene kan kvile på. *Dette forholdet overraska, at Paviljonssjukehuset og i dag spelar ein viktig rolle for pasientane som eit estetisk objekt.* Om Gamle Hovedbygning ikkje hadde eksistert, hadde såleis eit viktig estetisk og historisk element i området forsvunne. Berre ein informant meiner at gamle hovedbygning ikkje ”heng med i tida,” slik at bygget burde ha vore reve.

Vakker er heller ikkje eit ord som lett blir brukt av pasientane om den fysiske utforminga av bygga. Ein informant tenkjer ikkje på sjukehuset utifrå ein vakker-tankegong, men tenkjer behandling, effektivitet og travelhet når ho tenkjer på Haukeland sykehus. Vakkert er eit ord som ”ikkje passar inn.” Ordet vakker er likevel brukt av nokon av informantar om blomane og trea i sjukehusparken, kunstutsmykkinga i Sentralblokka, nokre av skulpturane i vestibylen, og om skifermuren rundt Parkbygget. *Vakker uttrykker å bli tilført noko godt.*

Når det gjeld premieringa av Stord sjukehus med Houens Fonds minnepris, er tildelinga grunngeve i den formande viljen arkitekturen viser, som blant anna ”avtvinger betongen en frisk og godmodig varme.” Form blir her til ”sterk humanisme” (Grimelund, 1976). Grimnes (1922) meiner også at ei kunstnerisk bruk av form og farge har ein opplivande verknad. I ein viss grad er arkitektur då som kunst ei form for stimulering. I kva grad sjukehusarkitektur også skal vere arkitektur som eit kunstuttrykk, bør kunne diskuterast. Bygga skal huse både den ”medisinske maskina” og vere ”pasientfokusert.” Denne dikotomien er berre arkitektonisk skjematisk løyst, formmessig i dei nyaste sjukehusbygga i Noreg.

---

<sup>85</sup> Arkitektur er her tenkt som eit kunstuttrykk.

### 6.3.3 Om venleg eller uvenleg arkitektur

---

Når informantane vektlegg arkitekturen som venleg eller som uvenleg, så handlar det om i kva grad arkitekturen tilfredsstillar behova deira. I undersøkinga handlar dette om behov for å bli ynskt velkomen, for lys. At ro og kontakt behov er tilfredsstilt i form av møteplassar og fellesareal. Fleire informantar skildrar atriets som lyst og åpent. Dei opplever dette området som ein måte å bli tatt godt imot på. Her slepp å sitje i ein trong korridor og vente på behandling.

Parkeringsdekket er imidlertid av fleire skildra som uvenleg arkitektur. Området blir kalla dystert og mørkt. Parkeringsdekket blir ein kaldt, mørkt og uvenleg måte å ta imot pasientane på. Skildringane kan tolkast som å gje eit kroppsleg ubehag.

Ein informant meiner at parkeringsdekket må vere slik det er, det er praktisk og nyttig. Men fleire ville gjerne hatt blommar ved dørene inn til vestibyle-området. For at ein skal kjenna seg velkomen, og bli tatt imot når ein kjem inn på sjukehuset. Sjølv om ein på den andre sida ikkje bør prioritere dette, fordi sjukehuset har lite pengar til drift. Ein informant er opptatt av mottaksarealet, og hovedinngangsarealet, sjølv om ho ikkje kallar det for venleg eller uvenleg arkitektur. Ho meiner at sjukehuset burde hatt ein meir representativ hovudinngang, det er no for lite stil over det. Ho sukkar over at inkomsten er via eit parkeringsdekk. Veien inn til hovudinngangen burde og ha vore betre skilta. Trappeoppgangen frå parken, er alltid skitten. Takhøgda i vestibyle-området gjev også ei "trykkande kjensle." Inngangspartiet til Rikshospitalet, som ho har sett på tv, meiner ho derimot er luftig og fint.

I Parkbygget nevnes inndelinga i pasienttorg i dagbehandlingsområdet som venleg arkitektur. Samankoblinga mellom organisering og ei formande vilje blei her til god arkitektur. Organisasjonsmodellen for parkbygget, med eigne områder for pasientar, pasient og helsepersonell, og for helsepersonellet åleine gav såleis ein brukarvenleg og pasientvenleg arkitektur. Atriets blir også framheva som venleg arkitektur.

Materialet viser såleis at når eit pasientfokus får samvirke med form, kan arkitekturen bli venleg. Samtidig seier det noko om at arkitektur må møte, og tilfredsstillar menneskelege behov. *Materialet peikar og mot at arkitektur har ein komponent av å vere ein velkomst, ein måte å bli tatt godt imot på.*

Møteplassane, som innbyr til både kontakt og til ro, gjev ein betre kvardagskvalitet. Samtidig stadfestar han at pasientrommet ikkje er nok. Han vektlegg at det er viktig å bli tilbuddt andre stimuli, anna form, andre inntrykk enn det ein får på rommet, for at dagen skal få ein kvalitet. Mange ord er brukt i undersøkinga av informantane for å

skildre denne mangelen i Sentralblokka. Møteplassane, opphaldsrom, venterom, fellesareal, salong, sittegruppe er ord som er brukt. Særleg savnar informantane fellesarealer i avdelinga når dei har besøk. Ein informant savnar eit større rom, med eit par sofaer i, der det går an å ta seg ein kopp kaffi, og slappa av. Ventearealet er ofte fullt. Dette arealet består av ein sofa med nokre tilhøyrande stolar i enden av korridoren. Ein informant meiner at sofaen her ikkje tilfører mykje, når det gjeld opplevelse av fysisk form. Medisinsk byggekunst, ved Sentralblokka er eit døme på at drift, og ikkje eit pasientfokus var styrande for det arkitektoniske uttrykket bygget fekk, både eksteriør og interiørmessig. Romma blei rasjonelle avsnitt tilpassa funksjonsbehov, og organisert etter korleis helsepersonell kunne spara gå lengder. *Kva følgjer får då det bygningsmessige fokuset på rasjonelle avsnitt, på pasientane i dag?* Materialet viser at vektlegginga i Sentralblokka på funksjonalitet, gjer at informantane har eit stort utilfredsstilt behov for møteplassar og fellesareal. *Kvaliteten i kvardagen til pasientane, er gløymt i formgjevingsprosessen for bygget.*

Arkitektur som funksjonshensyn, kan også vere ein følgje av ein generell modernistiske prosess. Medisinske spesialisering, og eit moderne patologisk sjukdomssyn, har fremja eit syn på menneske som ein del, heller enn som ein heilskap. Mennesket blir såleis ein diagnose, meir enn ein person og eit individ. At menneske forsvinn, og blir til ein del, ein diagnose i etterkrigstidas sjukehusvesen er også stadfesta av Wagenaar (2006) og Dilani (1997).

Norberg-Schultz (1978, 1995) meiner også at arkitektur, og huset må vere ei meir omfattande ramme for livet, enn at det berre omhandlar funksjonshensyn. Arkitektur handlar om meining, og har eit kvalitativt preg. Arkitekturen skaper då linjer mellom "vår indre og ytre verd" (Norberg-Schultz, 1978, s.92). Når arkitektur blir definert slik Store Norske Leksikon gjer det, handlar det om at bygd form møter, og samordnar brukarane sine "praktiske og åndelege" behov. Menneske blir her sett som ein heilskap, meir enn ein del, og bygget skal romme og favne mykje meir enn funksjon og praktisk bruk.

Norberg-Schultz meiner og at offentlege bygg skal vise menneska at dei er ein del av eit fellesskap, og at bygga skal stå fram som "meningsbærande landemerke" (Norberg-Schultz, 1978). Meining er noko anna enn funksjon. Sjukehusbygg må difor framstå som noko meir enn å vere ein "container for funksjon og teknikk" (Verderber, 1986).

På den andre sida så stadfester *Arkitektur.nå* (2009, s. 8-9) at arkitektur har reidskapskarakter, slik at nytte funksjonen bygget har er viktige aspekt med sjøve huset



som arkitektur. Øyvind Almås seier og at det unike ved eit bygg, spring ut av den funksjonen bygget har (Almås, 1996). Form bør eller skal også sei noko om den funksjonen bygget innehar.

#### 6.4 Å få vern og eit privatliv i einmannsrom

---

Denne delen blir omtala som ei eining, der skildringar til både firemannsrommet og einmannsrommet blir gjeve og romforhold drøfta.

Sjølv om pasientrommet ikkje er nok, er det likevel eit viktig rom. *Firemannsromma blir særleg skildra som problematiske rom.* Dette rommet gav svært redusert pasientomsorg, og trivsel knytta til det å vere pasient og sjuk. Tomannsrom kunne og vere eit ubehageleg rom om medpasienten var svært sjuk. Mens for tre andre av informantane blir dette konseptet godtatt, utan noko nærare negative skildringar knytt til det. Informantar som ikkje såg på ordninga med firemannsrom som problematisk, skildrar likevel det å få opphald i eit einmannsrom som luksus. For ein av desse blir likevel firemannsrommet noko som han ”skal greie,” og er greit utifrå at opphaldet er av kortare varighet. Samtidig tenkjer fleire av informantane at einmannsromma er eit rom for dei som er sjukast. To av informantane ville også gjerne hatt berre einmannsrom på Parkbygget.

Materialet skildrar opplevingar der firemannsrommet blir eit traumatisk rom. At firemannsrommet blir ”ei avprivatisert sone”, og ”eit ikkje rom”, handlar på den eine sida om mangelen av lys og utsikt om ein er plassert innerst mot veggen i rommet. Ein informant opplever det traumatisk å liggje innerst i eit firemannsrom, der alle brukar gardiner framfor sengene. Her får han ikkje tilgang til vindauge eller utsikt frå senga. Dette oppleves som svært psykisk belastande, og gjev ei innestengt kjensle. For det andre blir firemannsrommet også eit surrealistisk rom, som hindrar at ein får ro om nettene. For det tredje er det også eit rom der ein møter andre sine sjukdomstilstander. Fire, og tomannsromma blir også vanskelege rom når ein får besøk. Når ein får besøk på rommet, tenkjer informantane på dette som ein situasjon der ein lett er ”til bry” for medpasientane sine.

Ein informant hevdar imidlertid at rommet har alt å sei for korleis ein trivst under eit sjukehusopphald. Det han manglar er å kunne ha ”private øyeblikk.” *Einmannsrommet blir såleis å få vern, og eit privatliv. Det blir eit rom der du kan få ro når ein treng det, og ein ”mykje større” fridom. Rommet gir fridom i forhold til å ta imot besøk, utan å måtte ta hensyn til medpasienten.* Allereie på 1920 talet vart det sjukesalen på Ullevål sykehus inndelt i mindre einingar, fordi som Grimnes seier: ”De syke blir ikke saa

genert av alle de andre pasienter i den store sal” (1922, s. 151). Florence Nightingale vektla at det skulle vere ”rikeleg nok” rom rundt pasientsengene, både på grunn av hygieniske forhold, men også for at kvar skulle ha ein plass for seg sjølv. Dette er også eit ”essential condition” for om eit sjukehus er helsebringande (Nightingale, 1863, s. 25). Arkitektane gjorde imidlertid sengepostområdet mindre, ved å prioritere betongaltanar og betongmarkisene.

Når det gjeld oljeindustrien si omstrukturering av romma frå to til einmannslugarar ute på platformane, så grunngeve dei dette i eit prinsipp om ”nok ro og kvile.” *Materialet viste at firemannsrommet kan vere eit svært forstyrrende rom når det gjeld ro om natta.*

Når det kjem til pasientbehov, så slår Douglas & Douglas (2005) fast at pasientane var opptatt av å ha privatliv, og ein eigen ”privat plass” rundt senga. Barlas et al (2001) viser at å ha solide veggar, heller enn gardiner som romskiller, gav eit betre privatliv.

Ulrich (2004 b) konkluderte via ulike studier at pasientane ynskjer einmannrom som ein mal. Berre ein studie (Press Ganey, 2003) i Ulrich (2004 b) omhandlar imidlertid tematikken privatliv, i forhold til ein eller tomannsrom. Denne viser at pasientane er meir tilfredse, og får ein større grad av eit privatliv i einmannsrom. Motsetningar til dette er å finne i Rowland & Noble (2008) når det gjalt palliative pasientar. Palliative pasientar ynskte berre einrom når dei var svært sjuke. Når det kom til miljøet, var det for palliative pasientar helsepersonell som var den viktigaste miljøfaktoren. Etter dette kom fysiske forhold ved omgjevnadene, at det var reint, i tillegg til utsikt, lys og eit luftig miljø. I motsetning til dette igjen, er materialet i denne studien, der også palliative pasientar ynskjer einrom som ein fyrsteprioritet. At det å ha einrom vart sett på som luksus, kan og vere eit resultat av at det generelt er få einrom per sengepost i Sentralblokka. I gjennomsnitt av 23 sengepostar var det per 14. des. 2010, i alt 3,8 einmannsrom på kvar sengepost (Møller, 2011).

Ragnhild Aslaksen, sjefsarkitekt for nye RiT, St. Olavs Hospital grunngeve einmannsrommet med at det gjev pasientane ein større grad av kontroll og blir ein positiv, trygg avgrensning. Fysiske veggar skjermar pasienten, og gjev privatliv (Ødegården, 2005). Mens Rikshospitalet og A-Hus både har ein og tomannsrom, så er likevel trenden mot einmannsrom tydeleg. Både St. Olavs Hospital, og Nye Østfoldsykehus (2011-2014) er planlagt med pasientrom utforma berre som einmannsrom. *Materialet i denne undersøkinga viser også at informantane uttrykker ein størst mogeleg pasienttilfredshet med einmannsrommet som mal.*

## 6.5 Stimulering er ei mangelvare når veggane er kvite og bilete er fråverande

---

Dette avsnittet vert også diskutert som to einingar. Det viser seg at både farge, men og bilete er viktige bidrag i det fysiske miljøet. På Parkbygget har ein gløymt at form også står i forhold til farge. Dette viser igjen hjå informantane, der rommet ikkje blir verdsatt på grunn av mangelen det har på fargesetting.

### 6.5.1 Kvitfarge er kjedeleg og sterilt

---

Materialet i denne studien viser at pasientane ser på bruken av kvite veggjar utan bilete på veggen, som sterile, kjedelige og kalde flater. Ein informant skildrar eit rom sine kvalitetar på Parkbygget, både utifrå at takhøgda og vindaugsstorleiken gjev kvalitet til rommet. Både høgda til taket, og vindauga ser ho på som ”forsøk på å gjere det ikkje for kjedelig” Fine romforhold blir avgrensa av manglande fargebruk Både veggane på Parkbygget, men og veggane i Sentralblokka vert skildra som sterile kvite flater. Når kvite flater i tillegg også er fri for bilete, skildrar informantane flatene som sterile. For ein informant gjer dei kvite flatene i Parkbygget, at bygget får eit ”kaldt” preg. Det blir mindre koselege rom. Sentralblokka har eit meir ”heimkoselig” preg. Sterile flater handlar også om mindre trivelege rom. Fargebruk og bilete har også med graden av trivsel å gjere. Ein informant samanstill kvite veggjar, med øydelagte vindauge, romma blir lite trivelege rom. Ein informant har hengt opp egne fotografi på veggane i eit rom, for å motverke den kvite veggfargen. Han samanstillar ”kvite veggjar” med ”kvite frakkar,” der kvitt hentyder til behandlingssfunksjonen sjukehuset har. Fleire informantar er også opne for sterke fargar. Ein informant nemner meir for spøk, at han kunne tenkt seg rosemaling i taket. Ein informant seier at ho likar dei ”moderne” fargane ho tross alt har sett i Parkbygget.

Farge i Sentralblokka er i liten grad brukt som eit aktivt verkemiddel i formgjevingsprosessen, og har berre fungert som ”fargestriper”. Desse fargestripene skulle ha både eit orienterande og dekorerande siktemål. I tillegg har ein også brukt farge på dører og taket i høghuset. Dørane inn til dei ulike sengepostane fekk fargar i rødt, gult, blått og grønt. I hovudsak er raude dører, samt nokre grøne plassert nord i kvar etasje, blått på dørene i midtpartiet, og gule og grøne dører sør i kvar etasje. Alle sengeetasjene har mintgrønt tak. Brekke (1992) meiner at fargesettinga i Sentralblokka ikkje skjedd som ein del av ein heilskapstankegong ikring form. Ein informant kallar også fargesettinga i sentralblokka som ”kjedeleg”. *Når det gjeld Parkbygget har ein gløymt at form også står i eit forhold til farge.* Her er veggane i korridoren og i

pasientromma gjennomgåande kvite. Bygget har heller ikkje hatt kunstnarleg utsmykning.

### 6.5.2 Bilete - eit middel til å oppleve

---

Ein informant har opplevd at bilete kan provosere henne, både i fargebruken og i motivet. Informantane set tydeleg pris på biletkunsten, også på kunsten i Sentralblokka. Særleg to informantar er glad i bilete. Bilete i korridorane er noko som kan gje føde for hovudet, samtidig som ein får trim for beina. Bilete vert sett på som eit middel til å oppleve, og blir ein form for stimulering. Bilete er også estetikk og eit kunstuttrykk. Ein informant meiner at når han har vore skikkeleg sjuk, betyr romforhold lite. Han ville likavel sett pris på å få hengt opp eit bilete, fordi det "gjev noko å fokusere på" som også er viktig, når ein ligg i senga og er dårleg.

Schneider et al. (2003) og (2004) viser at virtuell distraksjon fører til at kjemoterapiinfusjonen for brystkreftpasientar blir oppfatta som mindre belastande enn utan virtuell distraksjon. Schneider (2010) viste her at viruell distraksjon som eit middel under kjemoterapi-behandling også har momenter av at "tida føles som å ha gått fortare." Undersøkinga viste også at undergrupper av kreftpasientar reagerer ulikt på slik stimulering.

Kunstutsmykkingsutvalet for Haukeland Sykehus plasserte biletkunsten og dei ulike verka i liten grad inne på sengepostområda. Det meste av kunsten heng ute i korridorane, og elles i fellesareala rundt i bygget (Brekke, 1992).

Ulrich og Gilpin (2003) i Ulrich et al. (2004) meiner at visuell kunst, tematisk omhandlar naturintrykk, og figurativ kunst med positive uttrykk har ein smertestillande og stresslindrande effekt. Mens abstrakte maleri, og kjenslemessige utfordrande bilete gav motsett effekt, med auka stress, og lågare grad av mestring i forhold til helse.

Kunstutsmykkinga i Sentralblokka er imidlertid også i stor grad prega av nonfigurative bilete (Brekke, 1992) Om pasientar har ei mindre grad av mestring knytt til nonfigurativ kunst kan imidlertid diskuteras, på tross av funna til Ulrich & Gilpin (2003). *Materialet viser at tre av informantane sette stor pris på kunsten slik dei fann denne i Sentralblokka. Figurative bilete kan derimot verke provoserande.*

### 6.5.3 Om stimulering

---

Materialet viser også at tematikken som ein heilskap har elementer av å tilby pasientane ei form for stimulering. Eit anna ord for stimulering er inntrykk. Sagt på spissen, så treng menneske inntrykk for å leve. Rom utan sanseintrykk, blir brukt i tortur. Igjen

sagt på spissen, så ”finnst menneske ikkje” om det ikkje er i dialog med noko. Når mangelen av inntrykk ved hjelp av farge og biletebruk på sjukehuset berre får karakter av å vere ”kjedelig”, blir denne mangelen lite alvorleg, og ”til å leve med”. Å tilby stimulerande einingar i sjukehuset blir likevel viktig.

Florence Nightingale sine tankar om både lys, utsikt, natur, farge og form kan og sjåast på som tematisk å tilby pasientane stimulering. Florence Nightingale skildrar natur til å ha eit stimulerande siktemål (Nightingale, 1997, s. 99). Også få dagslys ved hovudenden av senga for å kunne lese, slik Florence Nightingale fleire plassar poengterar, blir ei form for stimulering. Ottar (1997) følgjer også Bo Casper i ein tankegang om at omgjevnadene må få ein karakter gjennom ei fokusering på detaljane. Omgjevnadene må slik tilby stimulering. Ottar (1997) ser på form, farge, lys og skugge, utsikt, og ytre form som verkemidlene til å få dette til.

## 6.6 Det primære er å bli frisk

Denne delen blir diskutert som ein heilskap, under eitt. Materialet uttrykte ei spenning mellom dei fysiske omgjevnadene som rom, og sjukehuset sin behandlingssfunksjon. Det fysiske miljøet blir både viktig og uviktig. Arkitekturen blir av fleire av informantane sett på som noko som “tar penger frå” behandlingssfunksjonen til sjukehuset. Er forholdet heller at natur, utsikt og lys istaden hjelper behandlingssfunksjonen, ved at menneska blir fortare friske?

Forventningane til dei fysiske rom var små, fordi det var eit sjukehus. Det vil sei at sjukehus i utgangspunktet ikkje blir tenkt som romlege forhold. Sjukehus som stad blir ikkje miljø, men behandling. Sjukehuset som ein mellomstasjon, gjev rom, form, lys og utsikt mindre vekt. Difor set ein små krav og har større toleranse over manglande kvalitetar med miljøet. I tillegg viser materialet ein tendens mot at miljøet har mindre vekt når ein er alvorleg sjuk. Når ein er alvorleg sjuk var det å få ei seng det som betydde noko, og at det som har med pleie og behandling fungerer slik det skal. Samtidig viser materialet også at utsiktskvalitet og stimulering er ekstra viktig, når ein er sengeliggjande. Innandørspreget ved eindel av behandlingssopplegget til kreftpasientar kan og vere med å skjerpe kravet til kvaliteten av innemiljøet, men også til utsikts og lyskvaliteten i romma.

*Det finst ein spenning mellom sjukehus som eit fysisk uttrykk, ein plass der ein ”bur” og til sjukehus sin funksjon som er behandling.* Grimnes (1922, s. 151-153) definerte sengesal-området til å vere det viktigaste området i eit sjukehus, som ”den viktigste del hvorom alle de andre dele av anlægget slutter sig”. Difor blir det viktig for han å lage

hyggelege avsnitt, for både personalet og pasientane Sitatet frå Johan Holst, representerar sjukehuset som stad, ifrå eit behandlingssynspunkt, nok som gjer dei mindre viktige. Det som er det viktigaste, er å ta i bruk ”dei maktmiddel som medisinen stiller til vår rådighet” (Holst, 1932, s. 61). Materialet viser såleis breidda i erfaringane, der svara ikkje er eintydige.

Dilani (1997, s. 77) meiner at ein sjukepleiefilosofi som vektlegg eit pasientperspektiv, må fokusere på dei fysiske omgjevnadene. Bo Casterfors (i Ottar, 1997) meiner også at eit humanistisk perspektiv, ikkje teknikk skal vere styrande. Medisinsk tekniske forhold må vere ein tjenaar, heller enn herre over forma. Grimnes (1922) poengterar og at det er viktig at arkitekten planlegg eit sengeavsnitt slik at det gjer arbeidet for personalet lettast mogeleg. Det er klart at rasjonelle planlagte sengepostar og behandlingsavdelingar lettar arbeidsbyrda, og blir eit gode i ein arbeidsdag på sjukehuset for helsepersonellet. Det er også viktig. Men samtidig viser dette tilbake til eit formgjevingsprinsipp utifrå hensynet til det medisinske personalet.

Grimnes sitt utsagn er eit uttrykk for at ei organisering av rasjonelle avsnitt berre er “halve sanninga” når det gjeld kva som er viktig å leggje til rette for formmessig. Det å laga hyggelege avsnitt, slik at ein fremmer trivsel blir eit svært viktig siktemål med fysisk form.

## 6.7 Konklusjon

---

Materialet viser at dei ulike delane i formingsprosessen er internt avhengig av kvarandre. Form samvirkar med farge. Utsikt samverkar med lys. Utsikt treng natur. Form treng bilete. Fine romforhold ”forsvinn” når pasientrommet ikkje er fargelagt. Kvitt fargen blir oppfatta som steril, og kan assosierast med den behandlingssfunksjonen sjukehuset har. Utsikt blir prisgitt utifrå kva den kan tilby av kvalitet, nærleik og lys. Utsikt til natur blir sett som essensielt. Utsikt, og lysforhold gir psykisk og kroppsleg velvære.

Pasientrommet må tilby kvalitetar i form av ro og privatliv. Natur har ein funksjon å spele i eit sjukehusmiljø, men få av informantane brukte hagen aktivt. Abstrakt kunst blir verdsatt, mens figurkvalitet kan provosere. Intrykket intervjuar gav er at pasientane – også kreftpasientar – søker mot stimulering i det fysiske miljøet, også i sjukehus.

Materialet viste også at formprinsippa til arkitektane Krohn & Hartvig Rasmussen påverkar pasientane. Til tross for det som er sagt om behandlingssfunksjonen sin overordna funksjon, viser materialet at form blir til god eller dårleg pasientomsorg.

Arkitektane gav vindaugo ein raus storleik, og plasserte desse lågt, slik at pasientane kan sjå ut av vindauga. Men informantane lar seg negativt påverke av at ”høghuset lagt til alle verdshjørner”. Sengepostar vart vendt mot aust, sjølv om det var lite sol og lysinnfall på denne sida. Betongaltaner og betongmarkiser hindrar lysinnfall. Å ”lafte” bygget opp og bruke dette arealet til parkeringsområde og som mottaksareal blir godtatt, men også sett på som ein uvenleg måte å bli tatt imot på.

Sjukehuset vektlegg sin behandlingssjunksjon meir enn miljø. Betongbelegget på vindaugo har eksistert lenge, i alle fall sidan 1997, utan at noko er gjort. Føretaket har imidlertid sagt at vindaugo vil bli skifta ut i etapper i åra som kjem. For det andre så er møblementet på takterrassen berre plaststolar og bord. For det tredje er hovedinngangsarealet lite vektlagt som tilkomst og velkomstareal. Trappa frå hovudinngangen og opp til parkeringsanlegget er også alltid skitten.

Kvaliteten til Sentralblokka sine materialer og form finn ein innvendig i bygget, i hovedauditoriet. Dette viser sjukehuset som ein utdannings- og forskingsinstitusjon, heller enn som ei pasientorientert verksemd. Sentralblokka som bygg reflekterer eit bedriftøkonomiske siktemål, heller enn ei formande vilje med eit pasientretta fokus.

Teoritilgangen viser at Sentralblokka kan karakteriserast som eit resultat av interne organiserings og funksjonsprinsipp. Utslaget dette har fått er i mangelen på kvalitetar i kvardagen, der fellesromma manglar. Materialet peikar også i ein retning som viser at pasientrommet er viktig, men at det ikkje er nok. Ein informant framhevar at drift, og ikkje pasienttrivsel i kvardagen, har vore styrande for forma i Sentralblokka. Han seier: “Funksjonaliteten har hatt veldig høy prioritet. Og så har man glemt disse viktige bitene som gir en kvalitet i dagen for pasientene. Den har man glemt.”

I Parkbygget viser føretaket også ei vektlegging på det fysiske miljøet etter eit pasientretta prinsipp. Materialet viser at den utsikta Parkbygget har blir sett pris på. I eit pasientperspektiv var det positivt at bygget blei sett inn i i eit allereie opparbeida hageanlegg. Noko manglar også med dette bygget, farge og kunstutrykk. *Materialet er imidlertid ikkje eintydig i forhold til kva bygg som ”blir til” pasientomsorg. Ingen av bygga bli såleis ein klar vinnar i eit pasientperspektiv. Når det gjeld utsiktskvalitet og nærleik, og i forhold til lys, vinn imidlertid Parkbygget.* Parkbygget er også det einaste bygget der nokre aspekter ved bygget blir skildra som venleg. Sentralblokka blir derimot arkitektonisk skildra som uvenleg arkitektur ved fleire tilhøve.

Om bygga derimot er bygd for pasientar, personell og for samfunnet, korleis gjev dette gje seg uttrykk i formgjevingsprinsippa for sjukehusbygg i dag? Er fokuset berre i

praksis på å tilretteleggje for rasjonelle avsnitt? Og når det gjeld tematikken natur, blir det i dag ”plass” til naturen, når sjukehusanlegga ligg i eit svært ”byggningsfortetta” område?

Har sjukehusarkitektur også ein rolle å spele som form, eller skal det som eit framtidig prinsipp berre vere ein ”containerfunksjon” for teknikk eller funksjon? Om bygga skal vere meir enn tilrettelagte rasjonelle avsnitt, og ikkje berre ha ein containerfunksjon, så viser forskingsmaterialet at: *-Arkitektur, blir venleg når den tilrettelegg for at pasientbehov blir dekkja*. Arkitektur som venleg arkitektur har også elementer av å vere ein velkomst, som ein god måte å bli mødt på.

Bør sjukehus heller utformast som gode offentlege bygg som er for alle, heller enn å ein-sidedig fokusere på ei intern funksjonell organisering? Fokuset for arkitekturen ved A-Hus er svært likt det arkitektoniske fokuset arkitektane ved Sentralblokka hadde. Ved A-Hus er det vektlagt ei optimalisering av drifta, korte interne avstander og ei vektlegging på funksjonalitet (Møller, 2009).

Norberg-Schultz (1978) meiner at offentlege bygg skal vere meiningsbærande landemerker. Og at offentlege bygg skal vise at bygga er til for det menneskelege fellesskapet. Arkitekturteoretikaren Giedion ettelyser også bygg som demokratiske monument (Dirckinck-Holmfeld, 2007, s. 108). Kan sjukehusarkitektur framstå som demokratiske monument i dag? Eit spørsmål er også om arkitektur som kunst, og som verksproduksjon i eit sjukehusarkitektonisk perspektiv, også kan bli pasientomsorg i praksis. Deriblant ved å tilby stimulering og i det å vere eit estetisk moment. Kan også Norberg-Schultz sine tankar om genius loci samverke til at form, tolkar landskapet på ein meir altomfattande måte? Kan arkitekturteorien vere til inspirasjon i ein sjukehusformprosess?

## 6.8 Metodiske styrker og svakheiter

---

Forskningsprosjektet er utført på eit sjukehus, som eg også arbeidar på. Som sjukepleiar her ferdast ein i eit miljø, også av ureflektert kunnskap og ferdigheitar. Sidan ein arbeidar her til vanleg, i eit miljø av ”inkorporerte” tankar og førestellingar, kan ein også gå glipp av enkelte momenter med tematikken. Dette fordi ein har eit ”innanfrå” perspektiv, til forskjell frå å sjå frå eit ”utanfrå” perspektiv. Eg har arbeidd på sengepost med kreftpasientar i nesten ti år, slik at det kan vere forhold ikring deira livsverd, som eg er ”vant med” og difor reflekterer i for liten grad over.

Eg har også arbeidd på sjukehuset med kreftpasientar mellom intervjufasen og før analysearbeidet er ferdig. Tematikk ikring natur og arkitektur som kom opp i denne tida,



kan også ha påverka analysen av datamaterialet, slik at enkelte område er blitt meir eller mindre vekta av den grunn.

I arbeidet med materialet har det vore viktig å ha eit gjennomtenkt forhold til om ein har vore for nær eller for fjern på informantane, i intervjufasen og i tolkingsprosessen etterpå. I intervju- og transkripsjonsfasen opplevde eg å kome ”svært nær” informantane i prosjektet. Dette gjalt særleg for transkripsjonsfasen, der stemma til informantane blei opplevd nærast som ein måte av å læra dei å kjenne på. I analysefasen blei imidlertid informantane i mykje større grad ”vekke”. Eg opplevde denne fasen som ein avstandsfasen til desse. Når eg så skulle skildre materialet i rapporten, kom informantane igjen til syns, og vart igjen tydelege og nære. Sjølv prosessen blei opplevd som av ein timeglas form.

Teoritifanget til bygga vart innhenta i fasen mellom intervju, og før tolkningsprosessen av desse var ferdig. Dette kan også ha påverka tolkinga av utsegnene til informantane. Både at enkelte utsagn har fått meir vekt, eller at andre er blitt mindre vektlagt av den grunn. På den andre sida kan dette også ha gjort at spørsmåla til informantane har blitt mindre djuptpløyande, og gjennomtenkte enn dei ellers kunne ha vore.

Å la saken tale for seg sjølv, det å gje deskriptive skildringar av erfaringane til informantane, har i dette materialet vore viktig. Sjølv om ein har hatt både eit fenomenologisk og eit hermeneutisk utgangspunkt har det vore viktig å ikkje finne underforståtte meiningar i det informantane seier. Ein har difor ikkje ynskt å ”psykologisere” det informantane har sagt.

Mæland & Jacobsen (2011) hevdar at det er viktig å reflektere over vitskapsteoretiske og filosofiske perspektiv i forskning, og særleg der individa er i ein sårbar situasjon. Dette meiner dei utifrå at det er særst viktig å vere bevisst på kommunikasjonen og interaksjonen som skjer i ein intervjukontekst mellom forskar og informant. Konsmo (1995) i Mæland & Jacobsen 2011 hevdar at vitskapsfilosofien som ligg til grunn for teorien også er avgjerande for korleis ein skildrar kunnskap, menneske og sjukepleie.

Vitskapsperspektiva har imidlertid blitt lite vekta i dette studiet. Informantane i prosjektet var i ein sårbar situasjon, men tematikken blir imidlertid ikkje sett på som sårbare tema.

Eg som person er opptatt av farge, form og biletkunst. Intern validitet handlar om i kva grad tolkingsproduktet reflekterer materialet, og dei skildringane som informantane har gjeve. Ei selektert forståing, gjev ei skeiv fortolking (Kvåle & Brinkmann, 2009).

Områda som har fått eit fokus i den skriftlege framstillinga, treng såleis ikkje å reflektere materialet rett, avdi for berre delar av erfaringane ikring det fysiske miljøet blir tillagt vekt. Enkelte viktige trekk ved erfaringane ikring natur og arkitektur kjem såleis ikkje kjem fram.

## **7 Avslutning**

---

Avslutningsvis blir det redegjort for to forhold, kliniske implikasjonar, og for kva som kan vere spanande fokuseringspunkter for framtidig forskning på denne tematikken.

### **7.1 Kliniske implikasjonar**

---

Når det både i Sentralblokk er vindaugslause einingar, innerst i firemanns- og tomannsrom, og i Parkbygget ”utsiktslause” ein- og tomannsrom, så er det viktig at helsepersonell er merksame på dette. Slik at desse plassene blir rullert så pasientane ikkje har langvarige opphald her. Helsepersonell kan også i større grad motivere pasientane til å gå ut, og bruke hageanlegga. Når det gjeld stimuleringsiltak, i forhold til farge, form og biletbuk, treng ein i liten grad vere redd for ”overstimulering” i eit pasientperspektiv. Pasientane toler både form og fargar, også sterkare fargar. Biletkunst og skulptur kan også i større grad enn i dag, implimenterast i sengepostarealet.

#### **Oppsummert**

- Natur har stor sprengkraft i seg til å vere eit område for restitusjon, kvile, ro og for mosjon. Imidlertid kan natur som eit fysisk område ute også vere ikkje tilgjengeleg i eit pasientperspektiv.
- Lys og utsiktsforhold må medreknast i eit pasientfokusert sjukehus.
- Det må tilretteleggjast for kvaliteten i kvardagen til pasientane, fordi rommet ikkje er nok i eit pasientperspektiv.
- Vektlegge stimulerande sengepostområder, der også farge og kunst får innpass.
- Pasientrommet må vere eit område som gjev fridom, ro og privatliv.

#### **Forslag til retningslinjer for form**

- Arkitektur som venleg form: Vektlegge pasientbehov og pasientområder utanfor rommet, og unngå mørke einingar med lite naturlig lys.

- Å ta inn over seg kva ei humanisering av sjukehusmiljøet betyr, ved å vektlegge natur, som utsikt og som eit fysisk hageområde.
- Form som er underlagt utsiktskvalitet, utsiktsnærleik og lysforhold for sengepostområdet
- Ei vektlegging på å lage stimulerande omgjevnader, der form, farge og biletebruk får samverke i ein heilskap.
- Å ha einmannsrom som norm for framtidige sengepostar.

## 7.2 Forslag til framtidig forskning

---

Ei meir grunnleggjande kvalitativ utforsking av kva stimulerings kategorien inneheld og kva det betyr i ein pasientkvardag kunne vore nyttig. Det same hadde også ein kvantitativ utforsking av vektlegging pasientane gjev dei ulike kategoriane natur, form, farge, utsikt, lys og kunst i eit stimuleringsperspektiv.

Kjønnsperspektivet, er det forskjell på menn og kvinner, forhold til tematikken, særleg ikring utsikt og lys?

Informantane i dette prosjektet var kreftpasientar. Det kan hende at når diagnosen er så alvorleg, får det fysiske miljøet mindre fokus av den grunn. Spørsmålet er om deira fokus i så stor grad er retta mot behandlingfunksjonen sjukehuset har, at det fysiske miljøet då blir mindre viktig. Ei vidare utforsking av tematikken på andre sjukdomsgrupper med mindre alvorlege diagnoser, kan difor vidare fastsette posisjonen til det fysiske miljøet i sjukehus. Og i form av ei kvantitativ tilnærming, der ein undersøker tematikken i ulike pasientpopulasjonar i sjukehus, men der også kreftpasientar blir inkludert.

Ei meir djuptdykkande utforsking kvalitativt av kva rommet er og betyr for pasientar som er inneliggjande i sjukehus. Då også med ei vektlegging av forholda natur, lys og utsikt. Samt ei vidare utforsking av forholdet mellom ein og tomannsrom, og i kva grad ein eller tomannsrom blir føretrukke i ulike pasientpopulasjonar i Noreg i dag. Dette forholdet eignar seg og godt for eit kvantitativt design.

Ei vidare problematisering og fokus på sjukehusarkitekturen, både historisk, og reint arkitekturfagleg hadde også vore særst interessant. Også å inkludere sjukehuset- med form som tematikk til andre faggrupper enn dette, til dømes for kunsthistorie- og sosiologi faget kunne vore særst nyttig.

I tillegg er det eit savn at forholdet mellom naturen som lækjande, og naturen som ein fysisk helsegevinst ikkje i større grad er utforska i ein sjukehussetting.

## Litteratur

---

- Achen, H. v. (1983). Norske arkitekturoppfattelser 1820-1914. Historismens arkitekturteori i Norge. I *Kunst og Kultur*, 1983(4), 198-217.
- Anker, N. (2000). Dikemark - et selvforsynt samfunn i miniatyr. I Balto (Red.). *Årbok 2000 Fortidsminneforeningen. Norsk sykehusarkitektur*. Oslo: Fortidsminneforeningen.
- Arkitektur. (2005). I Henriksen, P. (Red.) Store norske leksikon. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Beauchemin, K. M. & P. Hays. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders*, 40, 49-51.
- Bengtson, J. (2006). *En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning*. I Bengtsson, J. (red): Å forske i sykdoms og pleierfaringer - Livsverdensfenomenologiske bidrag. (s. 13-58). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Bettum, O. (1985). Haukeland sykehus, Utomhusanlegg. I *Byggekunst*, 1985(6), 361.
- Birch-Lindgren, G. (1938). Vårt sjukhusbyggande och dess aktuella problem. I *Byggekunst Norske arkitekters tidsskrift for arkitektur og anvendt kunst*, 2, 116-127.
- Brekke, N. C. (1992). *Offentlig utsmykning: en sammenligning av kunstnerisk utsmykning ved to sykehus*. Hovedoppgave i kunsthistorie. Universitetet i Bergen
- Brekke, N. G., Nordhagen, P. J., Lexau, S. S. (2008): *Norsk arkitekturhistorie. Frå steinalder og bronsealder til det 21. hundreåret*. Oslo: Samlaget.
- Carstens, S. (2006). *Lokal sykehusutvikling i en vitenskapelig brytningstid: Trondhjems Borgelige Sykehus, senere Trondhjems Kommunale Sykehus 1805-1902*. Doktoravhandling ved NTNU, 2006:114. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Caspari, S., Eriksson, K. & Nåden, D. (2006). The aesthetic dimension in hospitals - An investigation into strategic plans. *Internasjonal journal of nursing studies*, 43, 851-859.
- Caspari, S., Nåden, D. & Eriksson, K. (2007). Why not ask the patient? An evaluation of the aesthetic surroundings in hospitals by the patients. *Quality management in health care*, 16(3), 280-292.
- Cimprich, B. & Ronis, D. (2003). An enviromental intervention to restore attention in women with newly diagnoses breast cancer. *Cancer nursing*, 26(4), 284-292.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 56(2), 166-181.
- Dilani, A. (1997). Issues for human centered design for healthcare buildings. I Erik[s]moen, K. (Red.). *Proceedings / Human Centered Design for Health Care Buildings, international conference and workshop, 28-30 August 1997, Trondheim, Norway*. (s. 73-81). Trondheim: SINTEF Unimed.
- Dirckinck-Holmfeld, K. (2007). Rigets hospitaler. I Heslet, L., Dirckinck-Holmfeld, K. *Sansernes hospital*. København: Arkitektens Forlag.

- Douglas, C. H. & Douglas, M. H. (2005). Patient-centered improvements in health-care built environments: Perspectives and design indicators. *Health expectations*, 8, 264-276.
- Egner, B. (2000). Sykehusene i går og i dag. I Balto (Red.). *Årbok 2000 Fortidsminneforeningen. Norsk sykehusarkitektur.* (s. 231-250). Oslo: Fortidsminneforeningen.
- Engedal, K. (1965). Innstilling om Utbygging av Haukeland sykehus. Fra Planutvalget oppnevnt av Styret for I/S Haukeland sykehus 28. august 1964. Bergen.
- English, J., Wilson, K. & Keller- Olanan, S. (2008). Health, healing and recovery: Therapeutic landscapes and the everyday lives of breast cancer survivors. *Sosial Science & Medicine*, 67, 68-78.
- Forprosjektrapport. (2004) Nytt Rokeringsbygg med dagenhet og pet-senter over stråleterapibunkerne ved Haukeland universitetssykehus. Forslag fra prosjekteringsgruppe Rokeringsbygg nedsatt august 2004. Bergen: Avdeling for Kreftbehandling og medisinsk fysikk. Radiologisk avdeling. Desember 2004
- Fyrand, O. (2000). Det dere har gjort mot en av mine minste ... I Balto (Red.). *Årbok 2000 Fortidsminneforeningen. Norsk sykehusarkitektur.* (s. 29-44). Oslo: Fortidsminneforeningen.
- Gjengedal, E. (1997). Kriser i helsevesenet: utfordringer for helsearbeideren. I Alvsvåg, H., Andersen, N., Gjengedal, E. & Råheim, M. (Red.). *Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer*, (s. 147-168). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Grimelund, J. J. (1976) A. C. Houens Fond. I *Byggekunst*, 58(1), 26-32.
- Grimnes, N. W. (1922). Om sykehuser. I *Byggekunst. Norske arkitekters tidsskrift for arkitektur og anvendt kunst*. 4de aargang, s. 145-161.
- Grimsby, A. G. (2011). Nytt Østfoldsykehus. Henta 5. januar 2011, frå <http://nsh.no/script/view.asp?id=305>.
- Grøn, F. (1936). Sykepleie, leprosier, hospitaler, radesykehus. Sinnssykepleie, dollhus, jordmødre og jordmorvesen. I Reichborn-Kjennerud, Grøn, F, Kobro, I. *Medisinens historie i Norge*. Oslo: Grøndahl.
- Haukeland sykehus, Bergen. (1960). I Meinstad, A. (Red.). *Norske arkitektkonkurranser* 66, 2-20.
- Heiman, P. (1975). Haukelandprosjektet. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 95, 1273-1286.
- Helse Bergen (2006). *Forslag til planprogram for reguleringsplan med konsekvensutredning; Haukeland Universitetssykehus – reguleringsplan for nytt kreftbygg, helikopterlandingsplass og p-anlegg*. Henta 10. oktober 2010 frå [http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK\\_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2006090618-1.pdf](http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak%5C0%5CVEDLEGG%5C2006090618-1.pdf).
- Helse Bergen (2010). *Arealplan for Helse Bergen, 2009-2020*. Henta 10. oktober 2010 frå [http://www.helse-bergen.no/omoss/styret/Documents/2010/2010-08-26/Styresak 56-10 Vedlegg Arealplan for Helse Bergen 2009-2020.pdf](http://www.helse-bergen.no/omoss/styret/Documents/2010/2010-08-26/Styresak%2056-10%20Vedlegg%20Arealplan%20for%20Helse%20Bergen%202009-2020.pdf).
- Helse Bergen (2011). *Årsmelding 2010 for Helse Bergen HF*. Henta 10. oktober 2010 frå [http://www.helse-bergen.no/omoss/rapporter/Documents/Aarsmelding 2010 for Helse Bergen HF.pdf](http://www.helse-bergen.no/omoss/rapporter/Documents/Aarsmelding%202010%20for%20Helse%20Bergen%20HF.pdf)
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Lasta ned 1. september 2010, frå <http://www.lovdato.no/all/hl-20080620-044.html>
- Holm-Hansen, L. (2007). Innledende essay. I Heidegger, M. *Væren og tid*. Oslo: Bokklubben.

- Janssen, C. W. (2001). Haukeland i 1960 og i år 2000. I Janssen, C. W. (Red.), *Haukeland Sykehus en medisinsk hjørnestein siden 1912*. Bergen: Eide forlag.
- Joys, M. (1948). *Erindringer*. Oslo: Cammermeyer
- Kjeldstadli, K. (1997). Å analysere skriftlige kilder. I Fossåskåret, E., Fuglestad, O. & Aase, T, H. *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data* (s.207-233). Oslo: Universitetsforlaget A/S.
- Kompleks 9900113 Haukeland universitetssykehus. (Udatert). Henta 10. oktober frå [http://www.lvph.no/pdf\\_vedtak/303\\_Haukeland\\_univ-sykehus\\_1.pdf](http://www.lvph.no/pdf_vedtak/303_Haukeland_univ-sykehus_1.pdf)
- Kreftregisteret (2010). Cancer in Norway 2009. Henta 10. januar 2012 frå <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Krefttallene-for-20091/>
- Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Krohn, Gunnar (2012). Gunnar Krohn. Henta den 20.januar, frå [http://da.wikipedia.org/wiki/Gunnar\\_Krohn](http://da.wikipedia.org/wiki/Gunnar_Krohn)
- Krohn, G. (1985). Haukeland sykehus, Sentralblokken. I *Byggekunst, 1985*(6), 356-360.
- Kultur- og kirke departementet (2009). *arkitektur.nå. Norsk arkitekturpolitikk*. Henta 10. januar 2011 frå [http://www.regjeringen.no/upload/KKD/Kultur/Rapporter%20og%20utredninger/KKD\\_Arkitektur.naa\\_web\\_justert\\_pdf-utgave\\_sept09.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KKD/Kultur/Rapporter%20og%20utredninger/KKD_Arkitektur.naa_web_justert_pdf-utgave_sept09.pdf).
- Kunnskapssenteret/Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2008). *Arkitektur og design for livskvalitet og helse. En kartlegging av foreliggende forskning. Rapport fra kunnskapssenteret Nr.20-2007*. Henta 10. august 2010, frå <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/1128.cms>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag A/S.
- Kvigne, K., Gjengedal, E. & Kirkevold, M. (2002). Gaining access to the life-world of women suffering from stroke: methodological issues in empirical phenomenological studies. *Journal of advanced nursing, 40*(1), 61-68.
- Laache, S. (1911). *Norsk medicin i hundrede aar*. Kristiania: Trykt i Steen'ske Bogtrykkeri.
- Larsen, I.B. (2009). *"Det sitter i veggene". Materialitet og mennesker i distriktspsykiatriske sentra*. Doctoral Dissertation, Universitetet i Bergen.
- Lauvland, G. (2007). *Verk og vilkår: Christian Norberg-Schulz' stedsteori i et arkitekturfilosofisk perspektiv*. Oslo: Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo.
- Madsen, S.T. (1931). Medisinske anstalter og institusjoner m.m. i Bergen. I Madsen, S.T., Sollied, O. (Red.) *Medisinsk liv i Bergen. Festskrift i anledning av 100 års jubileet for Det Medicinske selskap i Bergen*. Bergen: Selskabet.
- Manen, M. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York press.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historis-filosofiske essays*. Oslo: Tano A/S.
- Meyer, H. (1904). Samlinger til den Berømmelige og Navnkundige Norske Handel Stad Bergens Beskrivelse. Bergen. Bergens historiske forening.
- Myrvold, O. (1975). Ordføreren i Bergen. I Bergen Røde Kors sykepleierskole. *75 år i sykepleiens tjeneste*. Bergen.
- Møller, C. F. (2009). Pasienten i sentrum. *Arkitektur 91*(6), 21-29.
- Møller, C. F. (2011). *Helse Bergen - Haukeland Universitetssykehus, Modernisering av Sentralblokkens sengeetasjer*. Upublisert manuskript.

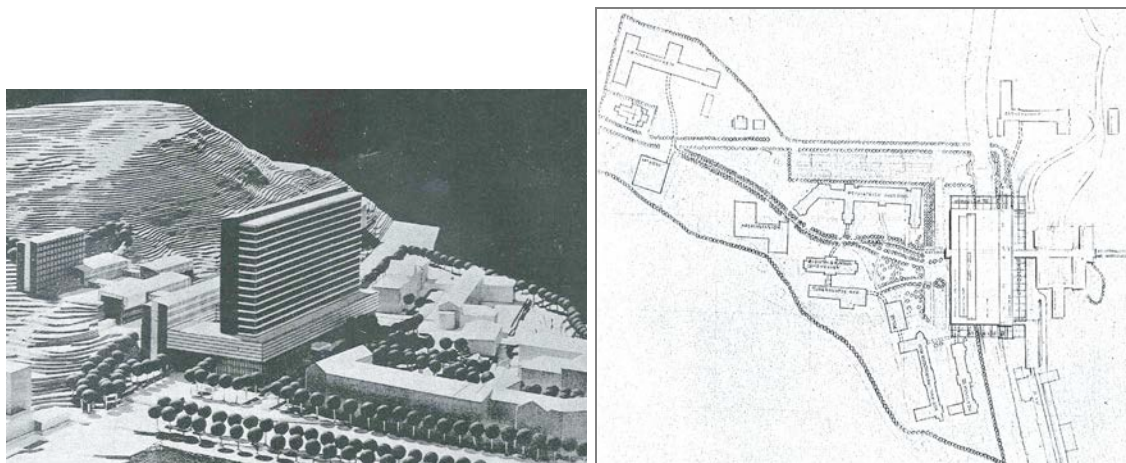
- Mæland, K.M. & Jacobsen, F.F. (2011). *Fenomenologiske vinklinger i forskning - Vitenskapsteoretisk blikk på møtet mellom forsker og informant*. Henta 1.september 2011, frå <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art08>.
- Nordan, V. (1907). *Udkast til sygehusanlæg paa Haukeland*. Bergen.
- Nordan, V. (1908). *Kristiania kommunale sindsygeasyl*. Kristiania: J. Chr. Gundersens bogtrykkeri.
- Norberg-Schultz, C. (1978). *Mellom jord og himmel. En bok om steder og hus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norberg-Schultz, C. (1996). *Stedskunst*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nordhagen, P. J. (1975). *Trebyen faller*. Oslo: Dreyers forlag.
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green.
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal norsk forlag A/S.
- Ottar, A. (1997). Similarities in design philosophy and implementation of human centred design for two new state university hospitals. I Erik[s]moen, K. (Red.). *Proceedings / Human Centered Design for Health Care Buildings, international conference and workshop, 28-30 August 1997, Trondheim, Norway*. (s. 127-133). Trondheim: SINTEF Unimed.
- Pihl, T. (2001) Bergen kommunale Sygehus 1754-1912. I Jansen, C. W. (Red.), *Haukeland Sykehus en medisinsk hjørnestein siden 1912*. Bergen: Eide forlag.
- Pollit, F. D. & Beck, T. C. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruyter, K., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2000). *Medisinske etikk - en problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, B. C. & Hansen, T. (2008). Forskyvninger av logistikk og hygge. I: Paasche, M., Dahl, G., Hovind, A.B. (red.), *Mer enn det du ser - om kunst og arkitektur i Akershus Universitetssykehus*. (s. 166-179). Akershus Universitetssykehus.
- Seip, A. (1984) *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920*. Oslo: Gyldendal.
- Shaefer, M. (2006). Building Hospitals - Hospital Buildings. I Wagenaar, C. (Red.). *The architecture of Hospitals*. (s. 202-251). Rotterdam: NAI Publishers
- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S. & Malcarne, V. L. (2006). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. I Wagenaar, C. (Red.) *The Architecture of Hospitals*. (s. 331-343) Rotterdam: NAI Publishers.
- Smith, M. (2009). Akershus universitetssykehus - et annet perspektiv. *Arkitektur* 91(6), 31-37.
- Sollied, O. (1931). Bergens Lægeforening 1831-1880. I Madsen, S.T., Sollied, O. (Red.) *Medisinsk liv i Bergen. Festskrift i anledning av 100 års jubileet for Det Medicinske selskap i Bergen*. Bergen: Selskabet.
- Sykehus. (2006). I Henriksen, P. (Red.) *Store norske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Sykehus på Voss. (1956). I *Konkurransen*. Nr. 27. Oslo: Norske arkitekters landsforbund.
- Thompson, J. D. & Godin, G. (1975) *The Hospital: A Social and Architectural History*. New Haven: Yale University Press.
- Trybulski, J. (2005). The long-term phenomena of womens postabortion experiences. *Western Journal of Nursing research*, 27(5), 559-578.



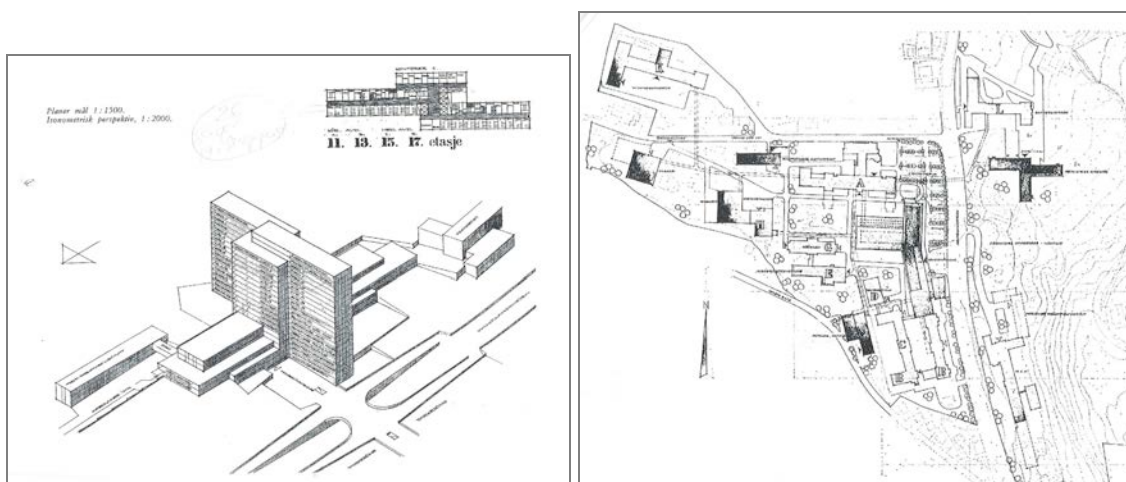
- Ulrich, R., Xiaobo, X., Zimring, C., Joseph, A. & Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the Hospital of the 21 st. Century: A once-in-a-lifetime opportunity. Abstracts table supplement. *The center for health design*. Henta 11. september 2010, frå [http://www.healthdesign.org/research/reports/physical\\_envIRON.php](http://www.healthdesign.org/research/reports/physical_envIRON.php).
- Van den Berg, A. E. (2005). *Health impacts of healing environments. A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*. Henta 10. november 2010, frå <http://www.agnesvandenberg.nl/healingenvironments.pdf>.
- Verderber, S. (2006). Hospital Futures - Humanism Versus the Machine. I Wagenaar, C. (Red.). *The architecture of Hospitals*. (s. 76-87). Rotterdam: NAI Publishers
- Wagenaar, C. (2006). The architecture of Hospitals. I Wagenaar, C. (Red.). *The architecture of Hospitals*. (s. 10-19). Rotterdam: NAI Publishers
- Walch, J. M. et al. (2005). The Effect of Sunlight on Postoperative Analgesic Medication Use: A Prospective Study of Patients Undergoing Spinal Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67, 156-163.
- Zborowsky, T. & Kreitzer, M. J. (2008). Creating Optimal Healing Environments in a Health Care Setting. *Minnesota Medicine*. Henta 12. september 2010, frå <http://www.minnesotamedicine.com/PastIssues/PastIssues2008/March2008/ClinicalZborowskyMarch2008/tabid/2489/Default.aspx>
- Ødegården, O. (2005). Arkitekten foran. *Arkitektnytt.no*. Henta 12. september 2010, frå <http://www.arkitektnytt.no/arkitekten-foran>.
- Østergaard, M. R. (2011). Samhandling, et skråblikk. Henta 5. januar 2011, frå <http://nsh.no/script/view.asp?id=305>.

## Vedlegg

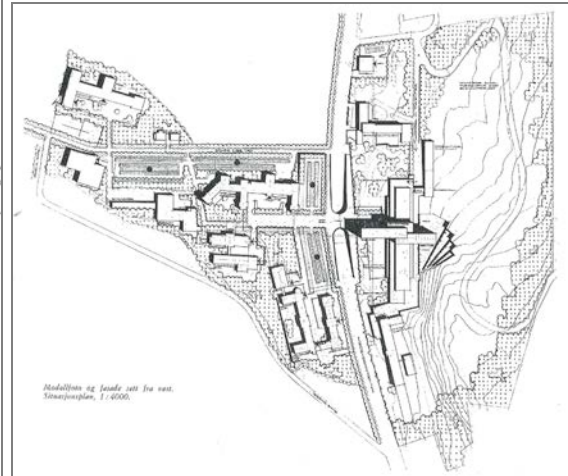
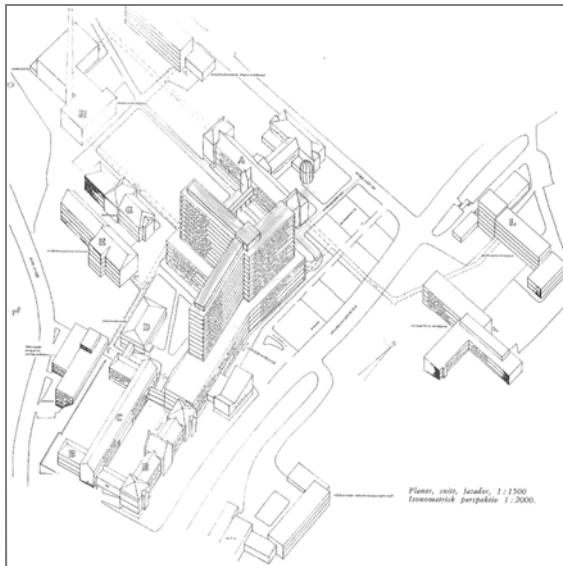
### I - Konkurranseskisse til Haukeland Sykehus, 1960



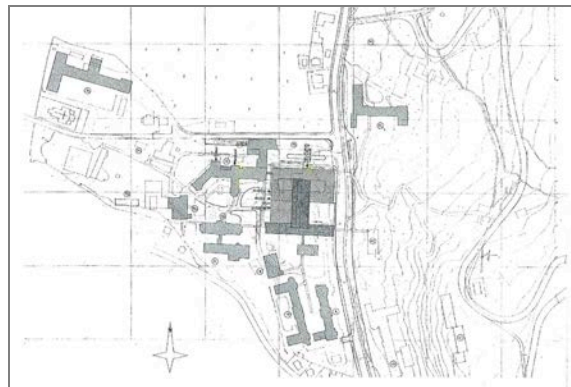
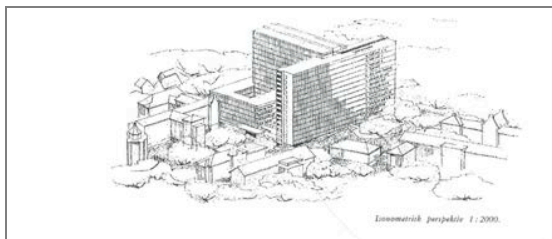
Førsteplass fekk STEPSAVER ved arkitektane Gunnar Krohn og E. Hartvig Rasmussen frå København. Om utkastet seier juryen: "Grepet om den kompliserte oppgave hører til konkurransens dristigste. Forfatteren hugger med sin hovedide gjennom atskillige vanskeligheter, og i sitt forslag synes han å være nådd til et resultat, som tross de betenkeligheter som naturlig må melde seg ved en ukonvensjonell løsning, allikevel forekommer realitetsbetonet." (Haukeland sykehus, Bergen. (1960). s.7)



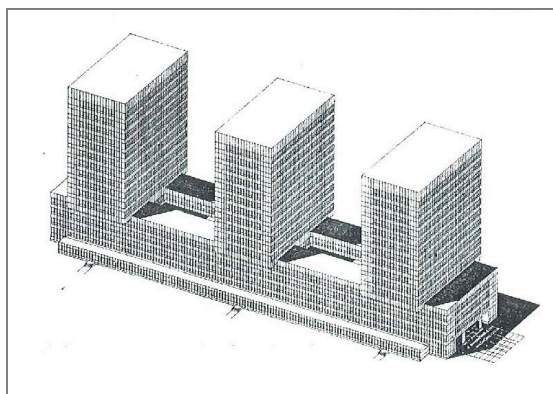
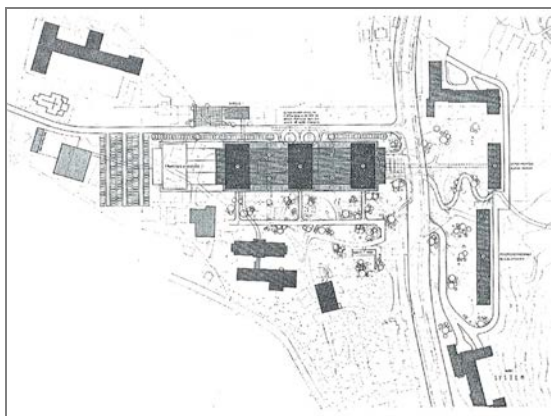
Andreclass blei gjeve til forslaget CYKLUS ved arkitekten MAA Jørgen Maglebye, med medarbeiderane MAA Børge Høgsted, Niels Erik Gottlieb og Erik Brabrant, frå København. Juryen seier om utkastet: "Utkastets arkitektoniske holdning karakteriseres ved den skulpturelle djerpe og sikre fordelingen av bygningskroppene." (Ibid, s. 19)



Tredjeplass gikk til forslaget FLEKSIBILITET. Arkitektar var SAR Ingrid Uddenberg og MAA Bendt Hjelm –Jensen frå Stockholm, der juryen seier: ”Bygningskroppen virker kompakt. Forholdet mellom fundamentbygningen og høyblokken er uformidlet. Sammenstøtet mellom bygning B og nybygget er brutalt.” (Ibid, s. 14)



Om THIROS, av arkitekt MNAL Ole Bull, Oslo seier juryen: ”Den høye T-formede bygning vil virke noe tung fra hvilken side den enn sees og vil dermed ruve i bybildet. Utkastets verdi ligger fortrinsvis på det sykehus tekniske området.” (Ibid, s. 17)



Om SYSTEM, av arkitekt MNAL Karl Grevstad, Trondheim seier juryen: "Blokk- utformingen gir et knugende inntrykk av de store bygningsmasser også i bybilledet. Arkitektonisk bærer utkastet et uniformt og maskinelt preg uten livgivende differensiering."(Ibid, s. 19)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Eva Gjengedal  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 BERGEN

Vår dato: 16.03.2011

Vår ref: 26310 / 4 / TNS

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.02.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 15.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26310

*Ei utforskning av arkitektur, natur og helse. Korleis erfarer kreftpasientar ved eit større universitetssjukehus arkitektur og uterom? Ei undersøking av arkitektur som kunstuttrykke, samt uterommet tenkt som lys, natur og luft*

*Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student*

*Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder  
Eva Gjengedal  
Ingunn Eikeland*

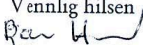
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.


Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 28.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

  
Tone Njølstad Slotsvik

Kontaktperson: Tone Njølstad Slotsvik tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Ingunn Eikeland, Straumeveien 47, 5152 BØNES

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [martin-arne.andersen@uit.no](mailto:martin-arne.andersen@uit.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 26310

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan kreftpasienter ved et større universitetssykehus erfarer arkitektur og uterom.

Prosjektet har blitt vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Nord (REK Nord) til ikke å falle inn under helseforskningsloven (jf. brev fra REK Nord datert 12.01.2011).

Utvalget består av åtte pasienter som får behandling for kreft. Utvalget rekrutteres av ansatte ved sykehuset.

Det samles inn opplysninger gjennom personlige intervjuer. Lydopptak fra intervjuene behandles på pc.

Det blir registrert navn og kontaktopplysninger til deltakerne. Disse kobles til det øvrige datamaterialet via en koblingsnøkkel. Koblingsnøkkelen oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet.

Det vil behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven §2 nr 8 bokstav c.

Utvalget får skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet. Personvernombudet finner at det reviderte informasjonsskrivet (mottatt 15.03.2011) er godt utformet. Det innhentes skriftlig samtykke til deltakelse.

Senest ved prosjektslutt 31.12.2011 skal datamaterialet anonymiseres ved at lydopptak og det skriftlige datamaterialet slettes..

Førespurnad om å delta i intervju i samband med ei masteroppgåve

***“Ei utforsking av arkitektur, natur og helse. Korleis erfarar kreftpasientar ved eit større universitetssjukehus arkitektur og uterom? Arkitektur som kunstuttrykk og uterommet tenkt som lys, natur og luft.”***

Eg er masterstudent ved sjukepleievitskap ved Universitetet i Bergen, og held no på med den avsluttande masteroppgåva. Temaet for oppgåva er sjukehusarkitektur, der eg skal undersøkje kva erfaringar du som pasient har i forhold til sjukehusarkitektur, uterom og helse. Formålet er å sjå om det er nokre samanhengar mellom arkitektur som kunst, og arkitektur og natur i forhold til helse og heilskapleg pasientomsorg.

For å finne ut av dette, ynskjer eg å intervjuje 8 vaksne kreftpasientar som er innlagt i sjukehus for å få aktiv kreftretta behandling. Kriterier for å delta er at du er i eit behandlingssløp for sjukdomen som har vart i tre månader, og at du og tidlegare enn denne gongen har fått kreftretta behandling ved det same sjukehuset. Spørsmåla vil handle om det fysiske bygget, utsikt, materialbruk og om naturen og uteområdet rundt sjukehuset. Eg vil og spørja deg om korleis du opplever å bli ivaretatt på sjukehuset under behandlinga du får. I tillegg vil eg spørja deg om diagnosen din, og om kor lenge du har vore sjuk.

Eg vil bruka båndopptakar, og ta notater når vi snakkar saman. Intervjuet vil ta omtrent ein time, og vi blir saman enige om tidspunkt og stad for intervjuet.

Dersom du ynskjer å vere med på intervjuet, er det fint om du underteiknar den vedlagte samtykkeerklæringa, og leverar denne til ein som arbeidar på avdelinga der du er innlagt. Når denne er underteikna, vil eg ta kontakt med deg for å avtale tid og stad for intervjuet. Eg vil ikkje kjenne identiteten din før du har skreve under på samtykkeskjemaet.

Deltaking i prosjektet er frivillig, og du kan når som helst trekkja deg frå prosjektet. Om du trekk deg frå prosjektet, vil ikkje dette få fyljer for pasientbehandlinga du får generelt på sjukehuset. Ingen andre enn eg og veiledaren min vil ha tilgong til dei personidentifiserbare opplysningane om deg. Opplysningane vil bli behandla strengt konfidensielt, og blir anonymisert, slik at ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne deg igjen i den ferdige oppgåva. Opplysningane om deg vil bli lagra forsvarleg, og

båndopptak og notat gjort i intervjuet vil bli sletta etter prosjektslutt, men seinast innan 31.12.2011.

Det at undersøkinga finn stad på Haukeland Universitetssjukehus vil imidlertid ikkje bli anonymisert. Dette fordi dei arkitektoniske forholda spelar ein så stor rolle i dette prosjektet, der skildringa av staden er viktig.

Om det er noko du lurar på, kan du ringja meg på telefon 95 03 27 76, eller på e-post [iei004@student.uib.no](mailto:iei004@student.uib.no). Om du ynskjer å få tilsendt resultatet av prosjektet kan du ta kontakt med meg på e-post eller på telefon. Om du har spørsmål kan du og kontakta veiledaren min ved institutt for samfunnsmedisinske fag, Eva Gjengedal, på telefon 55 58 61 56.

Studien er behandla og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S.

Med venleg helsing  
Ingunn Eikeland  
Straumeveiene 47  
5152 Bergen.

Samtykkeerklæring:

Eg har mottatt informasjon om studien av sjukehusarkitektur og er villig til å stille på intervju.

Signatur ..... Telefonnummer .....



## INTERVJUGUIDE

- Korleis opplever du å bli ivaretatt på avdelingen du er innlagt i?
- Har du vore innlagt før på same sjukehus ?
- Har du erfaringar frå å vere pasient på andre sjukehus ?

### Om romma

- Kan du skildre rommet du ligg på?
- Er rommet ditt lite eller stort synes du?
- Har du små eller store vindauger på rommet ditt?
- Kan du skildre utsikten frå vindauget ditt?
- Er du fornøgd med utsikten frå vindauga?
- Har du morgonlys eller kveldslys på rommet ditt?

Er sollys viktig for deg som pasient?

Korleis er lufta og mogleiken for å få frisk luft inn i rommet ?

### Om bygget

- Kan du skildre sjølve bygget ?
- Likar du materialene som er brukt innvendig/utvendig?
- Bygget utvendig, legg du merke til bygget slik det ser ut?
- Likar du sjukehusbygget utsjånadsmessig
- Noko du savnar ved bygget?
- Har du tankar knytt til overflate (tekstur) og fargebruk?
- Formen på bygget, kva assosiasjonar gjev det deg?
- Korleis opplever du å finne fram?
- Hjelper bygget deg å finne fram ved hjelp av utforming, fargar, utsikt eller anna?
- Har du erfart noko ved bygget som du synest er vakkert?
- Kvalitetar med bygget som du set pris på ?

### Inntrykk av uteområdet, lys, natur og luft

- Kva erfaringar har du av uteområdet?
- Er hagen/ natur viktig for deg?
- Kva med hagen/natur er eventuelt viktig?
- Kan du bruke skildring vakker om naturen rundt sjukehuset?  
Noko du savnar ved uteområdet?

Avrunde: Vi har snakka om uteområdet, rommet og sjølve bygget, og på korleis dette verkar inn på sjukehusopphaldet, på ein positiv eller negativ måte synest du?



Bilete 1: Gamle Hovedbygg, og delvis hovedinngangen til Sentralblokka



Bilete 2: Gangarealet opp til hovedinngangen



Bilete 3: Takterrassen, med sengekorsa.



Bilete 4: Parken utanfor Gamle Hovedbygning



Bilete 5: Utsikt frå eit einmannsrom på Parkbygget som vender til mur.



Bilete 6: Utsikt frå eit einmannsrom på Parkbygget som vender ut mot natur.



Bilete 7-8: Etsing inn i vindaugsflata, sett frå rom mot aust i Sentralblokka.



Bilete 9: Fargestriper i underetasjen.