



Prezentujemy skróconą wersję wykładu autorskiego profesora Stephena Verderbera, wygłoszonego we Wrocławiu, w maju 2004 roku podczas międzynarodowej konferencji „Szpitale — architektura, technologia, ekonomia”.

Stephen Verderber

WPROWADZENIE

Od połowy dziewiętnastego wieku dyscyplina architektury ewoluowała od modelu, w którym szczególny nacisk kładziono na praktykę *stricte* zawodową do modelu o dużo szerszym kontekście. Proces ten miał związek z dążeniem architektury do większej przydatności społecznej, a jednocześnie był próbą autonomizacji zawodu

w stosunku do innych profesji. Ostatecznie wynioskowano, że zarówno przydatność społeczna architektury, jak i jej autonomia dają większą rangę i prestiż współdziałając ze sobą, niż kiedy istnieją obok siebie. Zdano sobie również sprawę z tego, że generowanie i sankcjonowanie nowej wiedzy, wypływającej z badań prowadzonych w dziedzinie architektury, zapewni

postęp w realizacji tego celu. Takie podejście zostało z powodzeniem zaadaptowane na gruncie medycyny i prawa ponad sto lat temu. W wyniku czego nauki te zyskały na społecznym znaczeniu i świadomości. W ciągu ostatnich dekad dyscyplina architektury ewoluowała bardzo powoli konstruując swą sferę teoretyczną w sposób raczej chaotyczny i przypadkowy¹.

Architektura dla zdrowia

RYS HISTORYCZNY

Starożytność. Od najdawniejszych czasów jaskinia funkcjonowała jako miejsce odosobnienia, w którym opiekowano się i leczono chorych i umierających. W najstarszych osadach neolitycznych miejsca takie znajdowały się poza osadą — praktykowano separację chorych od społeczności. Mimo to opiekę nad chorymi w większości przypadków sprawowała najbliższa rodzina w warunkach domowych.

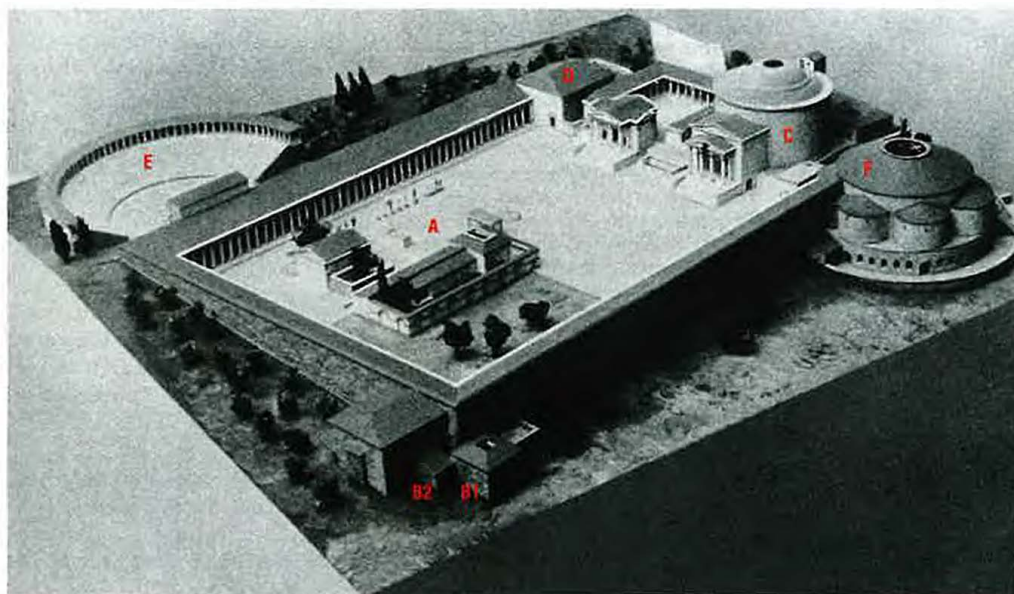
Później, w starożytnej Grecji, naturalne otoczenie było głównym komponentem Asklejonu w Pergamonie. W typowym leczeniu kładziono nacisk na zależny od natury proces terapeutyczny, którego głównymi składnikami były: woda, powietrze i roślinność w swym wzmacniającym i odbudowującym charakterze. Najstarsze szpitale, które okazały się mieć przemożny wpływ na późniejszą architekturę szpitali europejskich budowane były na Bliskim

Wschodzie, w Iraku, Iranie, Egipcie i Turcji². W Europie rozwijały się „domy chorych” i „domy zmarłych” jako przechowalnie dla ubogich, szalonych i śmiertelnie chorych. W budynkach tych dominował model segregacji i dyskryminacji.

Ośrodki lecznicze Japonii czy Dalekiego Wschodu od samego początku były zróżnicowane na świeckie i sakralne. Chińskie lecznice znajdowały się w domach mieszkalnych, gdzie, w strukturze wielopokoleniowej, młodszy członkowie rodziny opiekowali się starszymi. W Imperium Rzymskim zakładano szpitale wojskowe w odpowiedzi na potrzebę leczenia i wysyłania żołnierzy na wojnę.

Średniowiecze. Wraz z upadkiem Rzymu w Europie nastąpił chaos. Śmiertelne zarazy, takie jak dżuma, ogarnęły całe społeczności, w przeciągu kilku dni zabijając nawet 90% ludności. Utrata znaczenia świeckich państw spowodowała rosnącą aktywność Kościoła Katolickiego w pełnieniu misji leczenia chorych od III aż do XIV wieku. Podstawowym zabiegiem stosowanym w tym okresie było leczenie rozmaitych chorób i dolegliwości poprzez upuszczanie krwi.

Stopniowo, wraz z wyjątkowym naciskiem, jaki Kościół Katolicki kładł na wiarę jako źródło odkupienia i zbawienia, ale również wyzdrowienia (które zdarzało się rzadko); nastąpiło odejście od pojmowania natury jako składnika terapii. Taka sytuacja w zachodnich instytucjach zdrowotnych będzie trwała aż do powstania



Asklejon, Pergamon: A — „sala śniących”, B1/B2 — toalety, C — świątynia, D — pokój władcy, E — amfiteatr, F — sala kuracji

Ponimo, że nie istnieją precyzyjne globalne statystyki, osiągnięcia badawcze w tej dziedzinie pozostają znikome w porównaniu z ogromnymi środkami inwestowanymi corocznie na całym świecie w celu poprawienia poziomu opieki zdrowotnej. *De facto* autentyczny wkład w nową wiedzę o architekturze, w stosunku do jej pozytywistycznych podstaw, zatrzymał się w stadium początkowym.

Teoria architektury rozwijała się stopniowo — od tradycyjnej zależności od historycznego precedensu do etapu, w którym znaczącą rolę odgrywała krytyczna analiza i użycie, do pewnego stopnia, naukowych metod. John T. Lang podkreśla, że aktywność dyscypliny architektury pozostaje podzielona i ogromnie rozmyta jako rezultat ciągłego, często przypadkowego zapożyczania z innych, pokrewnych nauk społecznych, humanistycznych oraz inżynierskich. Lang nawiązuje do ciągłego, chronicznego dylematu dotyczącego braku syntezy pomiędzy głównymi nurtami aktywności

badawczej, które konstytuują dyscyplinę architektury². Synteza w kontekście obecnej dyskusji definiowana jest jako konieczność ponownego przeanalizowania spuścizny prekursorów, która pomoże zrozumieć obecną sytuację, wykorzystać ją w przydatny sposób oraz wytyczyć drogę dla przyszłych działań.

Krytycy, którzy zwracają uwagę na fakt, iż badania w architekturze zbyt rzadko łączą w sobie dane z przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, dokładnie określają powody, dla których wiedza architektoniczna jako podstawa tej dyscypliny rozwija się tak powoli. Niezbędnym warunkiem badawczym jeśli chodzi o perspektywę historyczną czy współczesną jest paradygmatyczny dyskurs, przekrojowo ujmujący czas i przestrzeń, nie skupiający się tylko na przeszłości, teraźniejszości czy przyszłości. Usamodzielniająca się dyscyplina architektury może z kolei wykorzystać tę ustaloną wiedzę poprzez wyznaczenie sobie nadrzędnego celu polegającego na wyciszczeniu

podzielonych, niekompletnych treści budujących znaczenie dyscypliny, bez ograniczania jej autonomii. Dylemat związany z niezdolnością połączenia tych treści ma niefortunne konsekwencje dla architektury, zawodowej praktyki oraz, z całym szacunkiem dla nowych prądów pedagogicznych, dla edukacji przyszłych architektów. W związku z tym dyskurs, który próbuje spleść przeszłość, teraźniejszość i przyszłość musi zaistnieć na jak najszerszym tle.

Mając na uwadze powyższe uwarunkowania i śledząc poszczególne historyczne etapy rozwoju architektury ośrodków zdrowia, można sformułować zarys prognostyczny teorii i praktyki architektonicznej w tej dziedzinie na rok 2050 (autor oparł się m.in. na przełomowej pracy Johna Thompsona i Grace Golden „Szpital: społeczna i architektoniczna historia”³, w której opisano główne osiągnięcia począwszy od antycznej Grecji aż do połowy XX wieku oraz na pracy Verberbera i Fine’a⁴).

2050: międzynarodowa perspektywa

uzdrowisk pod koniec XIX wieku. Terapeutyczne właściwości natury były natomiast w dalszym ciągu wykorzystywane w krajach Dalekiego Wschodu. Szpitale w Kairze i Bagdadzie uważane były za bardziej nowoczesne niż te w północnej i środkowej Europie — zarówno jeśli chodzi o stopień zaawansowania poziomu leczenia, jak i dostosowanie rozwiązań architektonicznych do specyfiki klimatu.

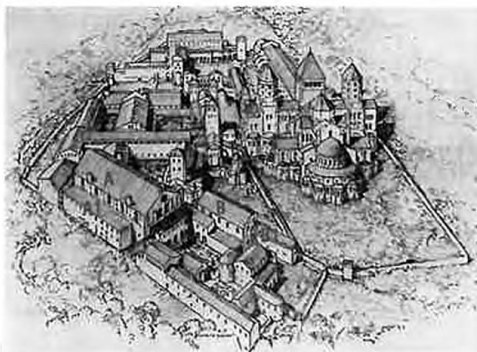
W miastach i wioskach średniowiecznej Europy stosunek do odmicińców, oszpeconych, niepełnosprawnych i społecznie niepożądanych jednostek regulowały specjalne dekrety skazujące na pobyt w miejscach odosobnienia. W dużych miastach większość takich miejsc podupadła, zamieniając się w rudery dla wyrzutków społecznych. Lekarze i administratorzy szpitalni zyskali pewną autonomię zawodową oraz wpływ na jakość leczenia, polepszając tym samym swój status społeczny. Budowano wówczas fortyfikacje chroniące klasztorne ośrodki medyczne. W kompleksach takich działały niezliczone struktury świeckie, wspomagające funkcjonowanie Kościoła.

W IX wieku, na terenie dzisiejszej Szwajcarii, zbudowano klasztorny szpital St. Gallen, we Francji w 1157 roku powstało opactwo Cluny, prócz tego zakładano tuziny, jeśli nie setki nowych szpitali, w których proces leczenia opierał się na uczestnictwie pacjentów w mszy świętej każdego dnia. Łóżka umieszczone na obrzymiej, otwartej sali, znajdowały się jak najbliżej ołtarza.

Renesans. Rozkwit renesansu we Włoszech XV i XVI wieku rozbudził zainteresowanie antykiem oraz wpłynął na idealizację wartości kulturalnych ucieleśnionych w klasycznej myśli. Rozwinęły się nowe metody leczenia, usprawniające kontrolę nad pacjentami chorymi umysłowo, jak choćby w szpitalu Bethlehem (Bodlam) w Londynie (XVII w.). Jest on przykładem neoklasycznego stylu w architekturze ośrodków zdrowia. Jego majestatyczna

ogromne, zaniedbane, pogrążone w zarazie oddziały. W szpitalu pałacowym w Wurtzbergu w Niemczech (1576–1585) i w podobnych wzniesionych w tym samym okresie we Włoszech, Wielkiej Brytanii i Francji kaplica znacznie straciła na znaczeniu i wielkości, rezygnowano również z centralnego jej umiejscowienia.

Filozofia rozwiniętej, „zaawansowanej” opieki nad chorymi psychicznie przejawiała się we wprowadzeniu do użytku kaftanów



opactwo Cluny, Francja, 1157 r.: A — izba chorych Piotra Sędziwego, A1/B1 — izby chorych, B — izba chorych św. Hugh

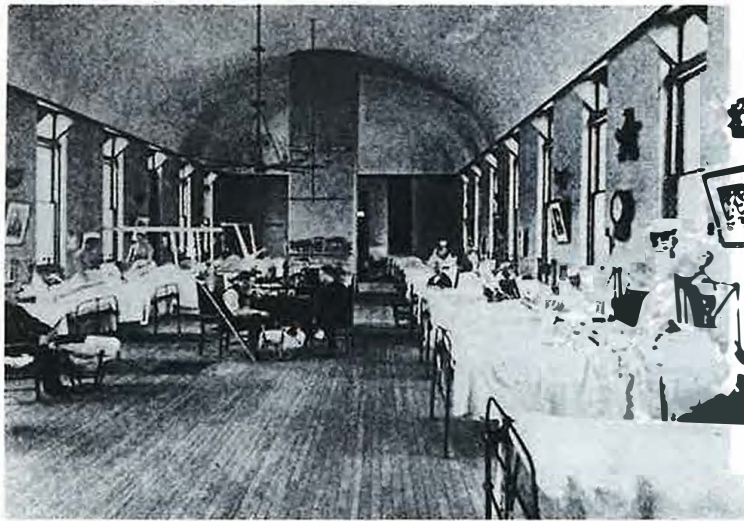
fasada ukazywała się światu w całej okazałości, podczas gdy wewnątrz warunki nadal były gorzej niż złe. Prywatny pokój, który pojawił się po raz pierwszy w szpitalach klasztornych, przeznaczony był dla osób wpływowych, z wyższych sfer. Równocześnie klasy niższe skazane były na



szpital w Bedlam, Londyn, XVII w.

bezpieczeństwa, po raz pierwszy zastosowanych w XVIII wieku w szpitalu św. Tomasza w Londynie. W zachodniej kulturze kontakt chorego z naturą w dużej mierze stracił na znaczeniu. Dziedzince dominujące w pałacowych szpitalach renesansu zmniejszyły się i w końcu

Marquand Pavilion — szpital
Bellevue, Nowy Jork, 1893 r.



zupelnie znikly ze szpitali powstajacych w zaludnionych ośrodkach miejskich. Na podstawie pism Jeremy'ego Benthama, jednego z czołowych ekspertów w dziedzinie ośrodków zdrowia, powstał wówczas prototypowy szpital — Panopticon w Glasgow (1801–10). Był on najbardziej znaczącą budowlą tego typu, udogodnienia dla pacjentów-pensjonariuszy były w nim jednak niewielkie. W tym samym czasie Ecole des Beaux Arts w Paryżu, powołana przez rząd francuski, promowała neoklasycyzm — styl, który aż do początku XX wieku zdominował Europę i międzynarodowe prądy architektoniczne, również w budownictwie szpitalnym.

Działalność Florence Nightingale. W XVIII i XIX wieku na obszarze kolonii brytyjskich wprowadzono innowacje w funkcjonowaniu szpitali. Presja polityczna spowodowała wzrost znaczenia szpitali wojskowych, od których zależało powodzenie wojen kolonialnych. Angielska pielęgniarka Florence Nightingale została wysłana na front wojny krymskiej do Turcji pod koniec 1855 roku w celu zreformowania podupadających, prowizorycznych szpitali koszarowych. Szpital wojskowy w Scutari, będący przekształconą bazą wojskową, charakteryzował się niespodziewanie wysoką umieralnością.

Ponad jedenaście z czterestu tysięcy żołnierzy zostało umieszczonych w izbach chorych lub uznanych za zbyt chorych, aby walczyć. Sytuacja ta doprowadziła do skandalu, którego efektem była dymisja angielskiego parlamentu.

W tym samym czasie inżynier o nazwisku Brunel zaprojektował i wybudował nowy szpital wojskowy w Renkioi w Turcji (1855), niesłychanie podobny do, szeroko już znanego, oddziału siostry Nightingale. Budynek wzniesiono z prefabrykatów, a każda z sal mieściła pięćdziesięciu pacjentów. Szpital składał się z paru rzędów jednopiętrowych, drewnianych sal usytuowanych wzdłuż korytarza komunikacyjnego.

Misja Florence Nightingale w Scutari zakończyła się sukcesem, który przyniósł jej ogromne uznanie. Po wojnie wydała dwie bardzo wpływowe książki: „Notes on Hospitals” (1858) i „Notes on Nursing” (1859). Jedną z wielu innowacji, które wprowadziła, było umożliwienie cyrkulacji świeżego powietrza wewnątrz jasnego, pogodnego, otwartego oddziału mieszczącego nie więcej niż trzydziestu pacjentów (jak to miało miejsce w szpitalu Santa Cruz w Barcelonie z 1910 roku). Szpital ten w swej funkcjonalności i ekspresji był bardzo

modernistyczny, szczególnie ze względu na wnętrze — pozbawione dekoracji. Z zewnątrz wiele szpitali pozostawało jednak w dalszym ciągu spowitych neoklasycyistyczną szatą.

Pisma Florence Nightingale ustaliły pewien standard, do którego wszystkie szpitale odnosiły się bardziej lub mniej, aż do roku 1945.

W północnej Ameryce, podczas wojen prowadzonych z Indianami w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XIX wieku, armia Stanów Zjednoczonych konstruowała szpitale-namioty, lecząc w nich rannych żołnierzy. Obiekty te wykorzystywały udogodnienia wprowadzone podczas wojny secesyjnej (1861–65).

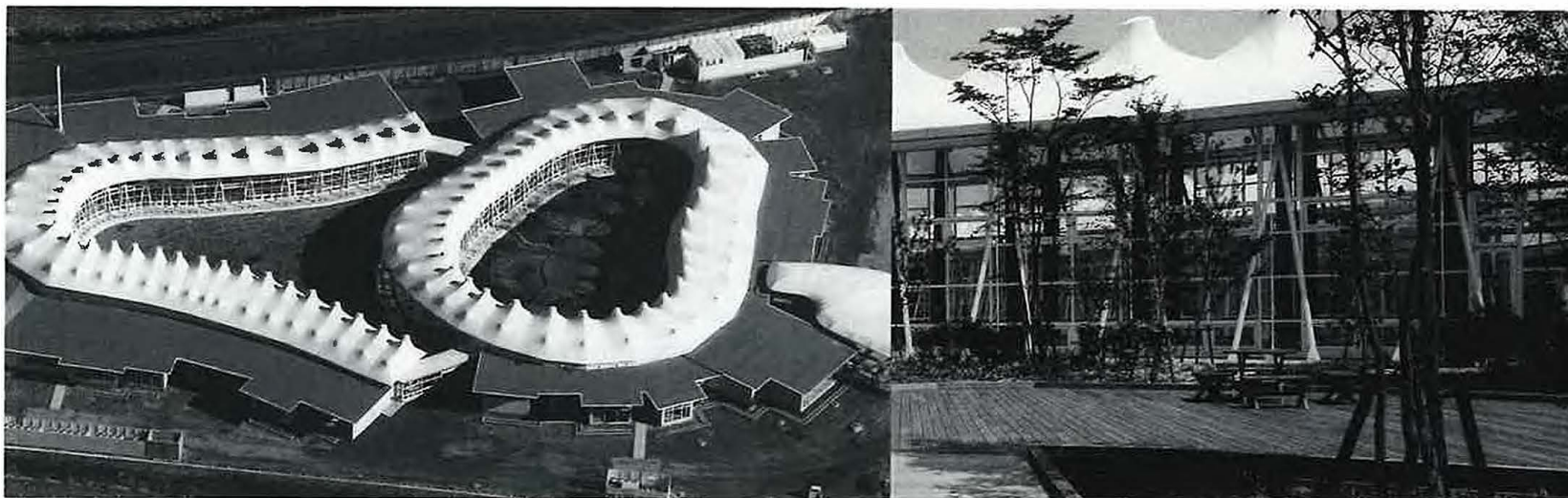
W szpitalach-wieżowcach, które powstały przed II wojną światową po raz pierwszy zastosowano systemy klimatyzacyjne, adaptując model Nightingale. Pojawiły się wyspecjalizowane oddziały (radiologia) dostosowywane do nowych wymogów architektonicznych. Szpitale budowano w dużych, załoczonych centrach miejskich, a ich gwałtowna ekspansja wiązała się z podążaniem za nowymi technologiami medycznymi, wyrażając w ten sposób ideę „duże jest lepsze”. Lokalne szpitale budowane były na rozrastających się przedmieściach, wśród sieci nowo powstających dróg, oddalając się w ten sposób od starych ośrodków miejskich. Posiadanie własnego samochodu umożliwiło pacjentom podróżowanie na dłuższych dystansach w celach leczniczych, co dało początek zupełnie nowemu typowi szpitala.

Era modernistycznego megaszpitala. Ogromne, utopijne megaszpitale końca XX wieku stanowiły apoteozę wspólnej wiary w moc powojennej medycyny i architektury. W roku 1946 rozpoczął się wyścig w konstruowaniu coraz większych i coraz bardziej nowoczesnych szpitali i centrów badań. Ośrodki medyczne przekształcano w kolosy. W latach sześćdziesiątych nowo otwierane szpitale były już na samym początku określane przez krytyków mianem przestarzałych. Ciągłe renowacje, ulcpszenia i przedwczesne starzenie się obiektów w obliczu nowych osiągnięć w medycynie i technologiach budowania wpłynęły na powstanie nowego sposobu myślenia — architektura, postrzegana jako dziedzina posiadająca nieograniczoną moc miała za zadanie przewidzieć nadchodzące zmiany i uczynić szpital niewrażliwym na zewnętrzne determinanty. W projektowaniu szpitala promowano „nieskończoną” wewnętrzną uniwersalność i elastyczność, osiąganą np. poprzez projektowanie pięter z salami szpitalnymi układanych na przemian z piętrami zaplecza technicznego.

Jeden z największych megaszpitali — McMaster's Medical Center w Hamilton w kanadyjskiej prowincji Ontario, otwarty w 1972 roku był odpowiedzią na problem zanikającej powierzchni użytkowej szpitala. Wiele szpitali w krajach rozwiniętych, które w 1980 roku dysponowały 800–1 000 łóżek, w 2000 roku obsługiwały o kilkaset pacjentów mniej.

centrum medyczne
McMaster's, Hamilton, USA,
1972 r.





widok z otu ptaka i dziedziniec Centrum Zdrowia Publicznego, Narita, Tokio, 2002 r.

WIZJE NA ROK 2050 wirtualny krajobraz ochrony zdrowia a architektura

Pod koniec XX wieku otwarty został nowy rozdział w sposobie architektonicznego kształtowania ośrodków zdrowia, głównie za sprawą upowszechnienia Internetu. Osiągnięcia techniczne znacznie wpłynęły na wiedzę i praktykę medyczną prowadząc do umocnienia się pozycji pacjenta.

Następca obecnego szpitala będzie przede wszystkim pełnił rolę opiekuna nad ludźmi najbardziej chorymi. Taka sytuacja już teraz ma miejsce — w oczekiwaniu na nadchodzący boom domowej, wirtualnej opieki zdrowotnej formowane są internetowe medyczne banki danych i przychodnie. Dom będzie musiał zostać zreorganizowany tak, aby przyjąć funkcję wirtualnej „kliniki”. Holograficzne „sesje konsultacyjne” z lekarzem odbywać się będą w kuchni czy w salonie. Istnieje możliwość, na razie teoretyczna, że pacjent będzie miał dostęp do porady lekarskiej zawsze i wszędzie.

Powiązanie elementów realnych i wirtualnych krajobrazu może wspomóc proces terapeutyczny. Krajobrazy tego typu można w pełni kontrolować i monitorować, kreując pożądany efekt, jak choćby w Lied Jungle — ogrodzie zoologicznym Henry’ego Doorly’ego w Omaha w stanie Nebraska⁶. Krytyk kultury Umberto Eco pisze o hiperrzeczywistości — imitacji, która w zamierzeniu ma być lepsza od oryginału. Sztuczne lasy deszczowe w ogrodzie w Omaha oferują zwiedzającym skondensowaną wersję podróży po świecie, w której mogą poznać tylko najbardziej pouczające i interesujące cechy naturalnego środowiska.

Zakłada się, że tego typu doświadczenia będą zintegrowane z planowaniem i projektowaniem szpitali i ośrodków zdrowia. Efekty terapeutycznej stymulacji sztucznym krajobrazem wzmocnią proces leczenia, zwłaszcza że naturalne środowisko będzie wówczas bardzo zanieczyszczone. To, co pozostanie będzie tylko nikłą namiastką rzeczywistości, a symulacja,

niestety, stanie się częściej regułą niż wyjątkiem⁷.

W Centrum Medycyny i Zdrowia w Arizonie tradycyjne ściany i korytarze zastąpiono półprzezroczystymi, podświetlanymi panelami ściennymi, prezentującymi paletę kolorów w panoramicznym ciągu od zmiernych do świtu⁸. W roku 2050 szpitale w zwartych, zabudowanych rejonach urbanistycznych będą w stanie wyciszyć wszelkie niepożądane stymulanty zaburzające terapię (smog, hałas uliczny itd.) Aktywne symulacje wspomagane będą przez bierne czynniki, np. murale ścienne (technika stosowana obecnie w wielu instytucjach) czy przez wyrafinowane oświetlenie. Jednym z przykładów wprowadzenia takiej techniki jest „Pokój zdrowia” (The Wellness Room), w którym ściany i sufit opatrzone są aluminiowymi lampami w drewnianych ramach z umieszczonymi w nich artystycznymi fotografiami. Podświetlanie użyte jest w celu aktywacji naturalnych widoków i stworzenia nastrojowej atmosfery, kontrolowanej przez pacjenta⁹. W połowie XXI wieku takie techniki z pewnością okażą się już przestarzałe. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że architekci spełniają ważną rolę w kreowaniu wybiegających w przyszłość projektów wirtualnych aplikacji przyrodniczych.

na wzór „CO₂”

Przedsmakiem tego, w jakim kierunku zwróci się w przyszłości budownictwo obiektów opieki medycznej może być japońskie centrum „CO₂” w Narita niedaleko Tokio zaprojektowane przez M. Kazuhiro.

Obiekt ucieleśnia podejście organiczne w projektowaniu. Dzisiaj myślimy o środowisku naturalnym jako o najlepszym źródle kontaktu chorych z naturą. Organiczny wzór zawarty w nazwie ośrodka stał się inspiracją dla formy budynku, której składnikami konstrukcyjnymi są prawdziwe drzewa. Podtrzymują one wykonaną z białej tkaniny membranę dachu, poniżej której, wokół pary dziedzińców o kształtach narzuconych przez nieregularną krzywiznę struktury, rozmieszczone są pokoje.

Tym sposobem przyroda została wprowadzona do budynków w celu jej ochrony, jak na ironię, przed „destrukcją” i zachowania jej piękna dla przyszłych pokoleń.

Przed rokiem 2050 w bogatych społeczeństwach pojawi się pacjent-ekspert mogący bez problemu korzystać z najnowszych technologii. Zarysuje się ostry kontrast między tymi, którzy korzystając z ogromu dostępnych informacji jako pacjenci (określani „konsumentami”), będą w o wiele lepszej sytuacji niż przedstawiciele biednych społeczeństw — jeszcze bardziej świadomi swego trudnego położenia, braku perspektyw i bezsilności. Przeszkoda w uzyskaniu politycznej równowagi między uprzywilejowanymi i nicuprzywilejowanymi społeczeństwami będzie nadal miała związek z „cyfrowym podziałem” — dostępem do Internetu lub jego brakiem (analogicznie do okresu średniowiecza, kiedy luksus prywatności pacjenta z dala od „pickielnego” otwartego oddziału pociągał za sobą duże koszty).

środowisko i społeczeństwo

Szpitale produkują olbrzymie ilości toksycznych odpadów, a planowane są i budowane z niewielkim szacunkiem dla utrzymania równowagi w środowisku¹⁰. Do 2050 roku wszystkie

wnętrze Centrum Zdrowia Publicznego, Narita, Tokio, 2002 r.



instytucje służby zdrowia będą zobligowane do wprowadzenia zasady „zerowych odpadów”. Szpitalne spalarnie będą przeżytkiem i zostaną zlikwidowane. Projektowanie i budowanie będzie zreorganizowane w myśl reguł wprowadzonych przez Florence Nightingale w XIX i na początku XX wieku.

Nadrzędną potrzebą wydaje się być ograniczenie nadmiernej konsumpcji wśród najbardziej zasobnych warstw społeczeństwa — „tak długo jak 20% najbogatszych ludzi będzie konsumować 86% dóbr, stały rozwój nigdy nie zostanie osiągnięty”¹¹. Segregacja odpadów stanowiąca główny problem pozostaje ciągle ignorowana przez władze ze względu na brak zakorzenienia takich praktyk we współczesnej kulturze¹². W wielu miejscach na świecie taka kulturalna obojętność będzie nadal utrudniać postęp (w Indiach istnieje ponad 5 000 małych, prywatnych szpitali i klinik, a wzrost populacji pomnożył tego typu obiekty. Kraj ten produkuje trzy miliony ton medycznych odpadów rocznie i cyfra ta wzrasta o 8% każdego roku). Architekci uzbrojeni w rezultaty badań takich przypadków, współpracując z lekarzami, mogą przewodniczyć w wysiłkach reedukacyjnych¹³.

Artykuł Stev’ca O’Connora „Szpitale dla zdrowszej planety”¹⁴ nakreślił optymalne obecnie działania zmierzające do tworzenia „inteligentnych” szpitali. Badania architektoniczne w tym temacie muszą zidentyfikować sposoby, dzięki którym obiekty służby zdrowia będą mogły zintegrować się z ekoparkami w miastach i ich sąsiedztwie. Udoskonalone zarządzanie odpadami z perspektywy przygotowania placu budowy i dalszej konstrukcji opartej na „zdrowych” materiałach będzie regulowane prawnie. Nowa strategia będzie również wymagała wykorzystania wszystkich materiałów pochodzących ze zburzonych wcześniej budynków. Budynki zostaną zaprojektowane tak, aby łatwo można je było zdemontować, a przedsiębiorcy budowlani będą uczestniczyć w wymianie starych i nowych odpadów budowlanych, decydując o ich wykorzystaniu.

Funkcjonalna dekonstrukcja pojawiła się w Stanach Zjednoczonych w 1983 roku wraz z nadejściem federalnej polityki ograniczenia kosztów opieki zdrowotnej. Obecnie stosuje się takie metody w innych wysoko rozwiniętych krajach. Olbrzymie szpitale stały się zbyt kosztowne w utrzymaniu, dlatego zostały zmuszone do redefiniowania swej misji, zakresu usług i roli pełnionej w społecznościach miejskich. Rozwinęła się opieka ambulatoryjna, skutkiem czego było ograniczenie zapotrzebowania na łóżka w oddziałach szpitalnych. Proces ten zachodzi również w innych krajach — Wielkiej Brytanii czy Japonii, gdzie niechętnie zaakceptowano zdegradowaną pozycję scentralizowanego szpitala. Funkcjonalnie zdekonstruowany szpital będzie wymagał badań architektonicznych nad jego przyszłą funkcją, obliczaniem społecznym i indywidualnym postrzeganiem jego

roli, czy wreszcie trwałością w dobie zanikania bogactw naturalnych. Głęboko zakorzeniony jest już ruch w kierunku powstania mniejszych, opiekuńczo-kwaterunkowych ośrodków.

Równoległe, międzynarodowy ruch hospicyjny z opieką paliatywną postuluje odrzucenie hiperinstytucjonalności megaszpitali. Powstają małe centra, tzw. Ośrodki Krytycznej Opieki. Starsze i mniej funkcjonalne architektonicznie instytucje będą zbyt kosztowne w eksploatacji, a w związku z ograniczaniem kosztów powrócą oddziały o małej powierzchni. Nadal będą jednak potrzebne duże szpitale akademickie łączone ze szkołami medycznymi¹⁵. Zostaną przeprowadzone badania nad wprowadzeniem najbardziej efektywnych i ekonomicznych opcji utrzymania wysokich standardów w obiektach opieki medycznej. Przestarzałe szpitale, których byt z powodu jakości opieki i ze względów ekonomicznych będzie nieuzasadniony, zostaną zburzone lub zaadaptowane do nowych potrzeb (np. stworzenie mieszkań dla społecznie upośledzonych).

interdyscyplinarność

Współpraca oznacza konieczność dzielenia się problemami i ich kolektywnego rozwiązywania. Kolaborować będą ze sobą instytucje zarządzające światowymi bogactwami naturalnymi, optyczne obrazowanie i holografia, genetyka i biomedyczna inżynieria, teoretycy chaosu, nanotechnolodzy, agencje zdrowia publicznego, eksperci polityki społecznej, gerontolodzy i przedstawiciele innych nauk społecznych. Architektoniczne i ekologiczne projektowanie stanie się niezbędnym, jeśli chodzi o scenariusze planowania, interwencji i rozpoznawania najbardziej efektywnych, demokratycznych i społecznie uzasadnionych działań.

W związku z rozprzestrzenianiem się HIV/AIDS oraz wybuchem nieprzewidywanych epidemii w nadchodzących dekadach, nowo powstałe grupy pacjentów walczących o swoje prawa zmuszone będą przyjąć taktykę ekstremistyczną. Na fali antyglobalizmu radykalne ugrupowania posuną się nawet do aktów wandalizmu, palenia szpitali i klinik, podczas gdy inne będą posługiwać się subtelniejszymi sposobami na rozwiązanie konfliktów w państwowym systemie służby zdrowia. Chociaż większość sporów będzie zakorzeniona w polityce zdrowotnej rządów na całym świecie, architektonicznie dysfunkcyjne szpitale staną się symbolicznym celem, podobnie jak w przypadku budynku World Trade Center w Nowym Jorku, który padł ofiarą ataku terrorystycznego. Równowaga w partnerstwie między dawcą i odbiorcą będzie z definicji wyraźnie demokratyczna, zgodnie z założeniem, że ludzie nie są w stanie sami o siebie zadbać, jeśli nie mają wpływu na swój los. Koncerny decydować będą o życiu i śmierci ludzi w epoce (nie daj Boże) ludzkiego klonowania.

Naukowcy zajmujący się rozwojem społecznym od dawna mają świadomość, że aby

zaangażować się w pracę z poszkodowanymi grupami społecznymi, muszą zająć się przede wszystkim problemem braku równowagi pomiędzy nimi a organami rządzącymi¹⁶. Mimo to nadal będzie się pogłębiać cyfrowy podział jako główna polityczna i praktyczna bariera w rozpowszechnianiu informacji i wiedzy medycznej.

architektura nanotechnologii

Rzeczony rozwój nauk biomedycznych da początek ruchowi „niestarzenia się”. Już teraz prowadzi się debaty na ten temat¹⁷. W eseju „O stawianiu się postczłowiekiem” Max More opisuje naukę ekstrofii jako następstwa postępującego rozwoju w neuropsychologii, neurochemii i genetyce. Utrzymuje, że zmieniając strukturę genetyczną naszego gatunku w celu poprawienia błędów natury, zrobiliśmy pierwszy krok w kierunku wynalezienia leku na raka. Obecnie aby modyfikować fizjologię, poprawiać koncentrację i spowolnić starzenie się mózgu mamy do dyspozycji prozac, piracetam, hydergina i deprecynyl. Badania nad mocniejszymi środkami będą się rozwijać wraz z dostępem do nowych narzędzi biologii molekularnej, komputerowego projektowania molekularnego i mózgowego obrazowania. Maszyny monitorujące zdrowie staną się bardziej organiczne, samoulepszające się i inteligentne.

Jak dużo czasu minie, zanim zostaną nam zaimplantowane nanokomputery? „Weszliśmy na drogę przemiany samych pierwiastków w dziwnej batalii o wieczność”¹⁸.

Molekularna nanotechnologia będzie mogła sprawować totalną kontrolę nad strukturą materii, pozwalając nam budować wszystko z atomów, nawet zrekonstruować ciało. Niektórzy futurości wierzą, że będzie można położyć kres starzeniu się czy nieoczekiwanej śmierci¹⁹. Badacze inteligencji maszyn, robotyki i kognitywisty przewidują bardziej radykalne rozwiązania. Możemy być zdolni nawet do „zainstalowania” w sobie naszego psychologicznego wizcrunku, wspomnień, reakcji emocjonalnych i wartości, podobnie jak obecnie postępuje się z oprogramowaniem, tyle że operacje będą zachodzić w naszym syntetycznym mózgu. Dzięki tej technice procesy poznawcze zachodzące w ludzkim mózgu będą przebiegać tysiące razy szybciej (taki jest świat przedstawiony w futurystycznym filmie Stevena Spielberga „A.I.”, 2000). Łatwiej osiągalne będzie wynalezienie leku regenerującego rdzeń kręgowy²⁰ i połączenie robotyki z projektowaniem środowiska²¹ oraz wprowadzenie osobistych robotów jako opiekunów w domach opieki (próby pilotażowe tego typu odbywają się obecnie w Japonii)²².

quo vadis architekturo?

Projektantom obiektów zdrowotnych nie wystarczy już konsultacje z personelem i zarządem instytucji. Dystans między użytkownikiem, znajdującym się zazwyczaj u dołu drabiny

podejmowania decyzji a kierownictwem instytucji będzie musiał się zmniejszyć, a relacje nawet odwrócić.

Na przestrzeni dziejów architekci zazwyczaj pracowali w odosobnieniu²³. Wiele propozycji projektowych nie zostało zrealizowanych czy stało się przedmiotem manifestów polemicznych²⁴. Inwestorzy nie wyłaniali najlepszych projektantów na drodze konkursu. Jeśli architektura ma odzyskać swe społeczne znaczenie, które, według krytyków, ulega znacznemu osłabieniu, taki model nie będzie wystarczał w roku 2050. Konieczna jest dyskusja z przedstawicielami różnych środowisk, uwzględniająca zachowanie równowagi bio-ekologicznego systemu.

W ciągu następnych lat architektura obiektów służby zdrowia będzie musiała odpowiedzieć na szereg nowych wyzwań. Po pierwsze zostanie wdrożona nowa wiedza o transprogramizmie obiektów, wykorzystująca ich uniwersalność i wielość zastosowań w sytuacji ogromnego zagęszczenia urbanistycznego krajobrazu. Zachód może się wiele nauczyć od Japończyków, którzy doprowadzili do perfekcji projekty „wieloprogramowych” budynków w bardzo ciasnych, zabudowanych przestrzeniach miejskich. Takie obiekty w odpowiedzi na zmieniające się oczekiwania klientów i ich długofalowe aspiracje będą musiały być przystosowane do wszelkich kombinacji i permutacji. Po drugie — muszą rozwinąć się nowe formy transakcji między osobą i środowiskiem w kontekście służby zdrowia (metoda przenoszenia i asymilacji natury do obiektów ochrony zdrowia nie została jeszcze zbadana, poza udowodnionym już, zbawiennym wpływem na pacjenta „widoków” ze szpitalnego okna). Trzeba więc włożyć wiele pracy w opisanie zarówno zależności osoba-natura, jak i sztucznych reprezentacji krajobrazu z punktu widzenia ludzkich zmysłów.

Po trzecie — zaawansowane technologie pozwolą człowiekowi osiągnąć poziom wyższej interaktywności z otoczeniem, a inżynieria bioniczna i robotyczna oraz antropomorfizm będą miały ogromny wpływ na podejmowanie decyzji projektowych mających na uwadze czynnik ludzki. Nowe materiały, systemy montażowe, systemy tektoniczne i anatomiczno-operacyjne będą miały podobny, przemożny wpływ na tektoniczny składnik tego równania. Po czwarte — dalsze badania muszą łączyć wszystkie te elementy w architektonicznej, ponadczasowej, trwałej jakości. Do elementów tych będą się zaliczać: miejsce, hierarchia, odpowiednia skala, materiał, harmonia z kontekstem, potrzeba ograniczania nadmiernego komercjalizmu w architekturze i olbrzymiego, ponadczasowego wpływu społeczeństwa²⁵.

PODSUMOWANIE

Począwszy od epokowych wydarzeń 11 września 2001 roku, kończąc na braku dostępu do możliwości szczepienia dzieci w Etiopii, globalne problemy mnożą się w zaskakującym

tempie. Kwestie geopolityczne i te dotyczące populacji wymagają znacznie większej uwagi. Światowa populacja rośnie z 6,1 miliarda, o dziewięć tysięcy osób na godzinę. Do roku 2050 na naszej planecie będzie żyło między 9 a 9,5 miliarda osób²⁶.

Społeczności, w których spustoszenie sieje HIV/AIDS, malaria, gruźlica, wirusy, takie jak: Ebola w Afryce i nowe odmiany żółtej febry, będą wymagały architektonicznej interwencji. Dodatkowy problem dla architektury generuje osiedlanie się społeczeństw w miejscach zagrożonych trzęsieniem ziemi i huraganami.

Powyzsze przedstawienie problemu w tak szerokim kontekście nic miało na celu zamianifestowania jakiegokolwiek podejścia, zarysowuje tylko kilka z wielu sytuacji, jakie obecnie mają miejsce lub są do przewidzenia w najbliższej przyszłości. Przedwczesne odrzucenie i brak akceptacji dla najnowszej wiedzy płynącej z badań jest, niestety, powszechnym zjawiskiem wśród głównego nurtu architektury. Robinson pisze: „Dziś nie wystarczy zwykła kompetencja, musi być ona wspomagana jasno zdefiniowaną, widoczną, zazwyczaj opisaną lingwistycznie wiedzą. Bez spełnienia tych warunków architektura wypada niekorzystnie na tle innych nauk i zostaje zakwestionowany jej status jako profesji. Wcześniej w pełni ufano architektowi w sprawach dotyczących budownictwa, dziś natomiast musi on dostarczyć dowodów potwierdzających słuszność swoich decyzji projektowych. Częściej od przyjmowania chłonnej i elastycznej postawy architekci będą musieli generować aktywną dyskusję”²⁷.

Niewątpliwie wszelkie futurystyczne perspektywy niosą za sobą ryzyko dydaktyzmu, natomiast próby spojrzenia na przeszłość jako sposób badania teraźniejszości i przyszłości mogą być przez niektórych potraktowane sceptycznie. Miejmy jednak nadzieję, że przedstawiona koncepcja i jej podobne posłużą jako stymulacja nowych, bardziej zakrojonych inicjatyw. Sektor prywatny i publiczny muszą współpracować we wspieraniu i sponsorowaniu takich przedsięwzięć. Przyszłość dyskursu w dziedzinie architektury i profesjonalnej praktyki zasługuje na szczególną uwagę. Nadszedł czas na uświadomienie sobie znaczenia badań w architekturze dla zdrowia i tego, co mają do zaoferowania społeczeństwom na całym świecie.

Stephen VERDERBER

tłum.: Magdalena Gniewek
Fot.: © R-2ARCH

Wykład publikowany był w brytyjskiej „Journal of Architecture” (volume 8, numer 3, sierpień 2003).

Śródtytuły zostały wprowadzone przez redakcję.

Stephen Verderber — profesor w Szkole Architektury w Tulane University; profesor na Wydziale Zarządzania Systemem Opieki Zdrowotnej w Szkole Zdrowia Publicznego i Medycyny Tropikalnej przy Tulane University (Nowy Orlean, Los Angeles, USA); prowadzi własną praktykę projektową; w swoich badaniach szczególnie dużo uwagi poświęca teorii architektury w kontekście społecznym oraz medycznym.

Bibliografia:

1. Robinson R.W. „The Form and Structure of Architectural Knowledge: From Practice to Discipline” [w] Robinson J.W., Piotrowski A. (eds.), „The Discipline of Architecture”, University of Minnesota Press, Minneapolis i Londyn 2001
2. Lang J.T. „Creating Architectural Theory: The Role of the Behavioral Sciences in Environmental Design”, Van Nostrand Reinhold, Nowy Jork 1987
3. John Thompson, Grace Golden „The Hospital: Social and Architectural History”, 1975
4. Verderber S., Fine D.J. „Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation”, Yale University Press, New Haven i Londyn 2000
5. Montague J. „Hospitals in the Muslim Near East: A Historical Overview” [w] Bradfer F. „Architecture Hospitaliere”, Part I, „Islamic Hospitals”, Center for Research in Architecture, Catholic University of America, Waszyngton 1982
6. Vterrain „Artificial Terrain Tools and Software Packages”, 2001, <http://www.vterrain.org> July 2002
7. Bentley P.J. „Digital Biology: How Nature is Transforming Our Technology and Our Lives”, Simon and Shuster, Nowy Jork 2002
8. Calmenson D.W. „Participatory Healing” ISdesignet Magazine, 1999, March, <http://www.wisdesignet.com/magazine>, July 2002
9. Wellnessllc „The Wellness Room”, 2002, <http://www.wellnessllc.com> August 2002
10. Ashton J. „From Sickness Treatment... to Sustainable Development” Green Futures, 2002, Issue 34, May/June
11. Thurgood M. „Waste Future—2020 Visions—and a Zero Waste World?” Green Futures, Issue 35, July/August, 2002
12. Editorial „Managing Biomedical Waste” Express Healthcare Management, Issue 16, 31 April 2001
13. Connor S. „Hospitals for a Healthier Planet” Green Futures, 2002, Issue 34, May/June
14. patrz przypis 13.
15. patrz przypis 4.
16. Tuxworth B. „Sit Still While I Empower You...” Green Futures, Issue 35, July/August, 2002
17. Kramer S. „The Continuance of Existence”, CA: Creations in Consciousness, Santa Barbara 2001; Kramer S. „Agelessness” Self Help Magazine, August 1997
18. More M. „On Becoming Posthuman”, 2001 <http://www.maxmore.com>, July 2002
19. Uldrich J. „Eleven Reasons Why Nanotechnology Will Arrive Sooner than Expected” Futures Research Quarterly, Vol. 18(1), 2002
20. Vikhanski L. „In Search of the Lost Cord: Solving the Mystery of Spinal Cord Regeneration”, Joseph Henry Press, Waszyngton 2001
21. Mulhall D. „Our Molecular Future: How Nanotechnology, Robotics, Genetics, and Artificial Intelligence will Transform Our World”, Prometheus Books, Nowy Jork 2002
22. Stewart A. „A Silver Lining?”, Japan Inc., 29:3, pp. 6-8, 2002
23. Allgood L. „Architects Have Been Shopping Their Visions for 2,500 Years”, Emory Report, 1997, Vol. 50, Number 8
24. Toy M., Jencks J., eds. „Millennium Architecture” John Wiley and Sons, Nowy Jork 2000
25. Salinger N. „The Architectural Contributions of H.R.H. Charles, The Prince of Wales”, 2002, <http://www.math.uisa.edu>, July 2002
26. World Health Organization „District Health Facilities: Guidelines for Development and Operations” World Health Organization, Genewa 1998; World Health Organization „Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report”, World Health Organization, Genewa 2000
27. patrz przypis 1.

Kliniki *Community Care*

OUACHITA PARISH COMMUNITY
HEALTHCARE CENTER
West Monroe, Louisiana, USA

INWESTOR: Ouachita Parish, Louisiana Department
of Health and Hospitals, Office of Public Health

PROJEKT: R-2ARCH

WSPÓŁPRACA: Hugh Parker Architects

GENERALNY WYKONAWCA: Smith Construction Co.

POWIERZCHNIA
— działki: 4 akry
— całkowita: 1 160 m²

KALENDARIUM
— projekt: 1998
— realizacja: styczeń 1999

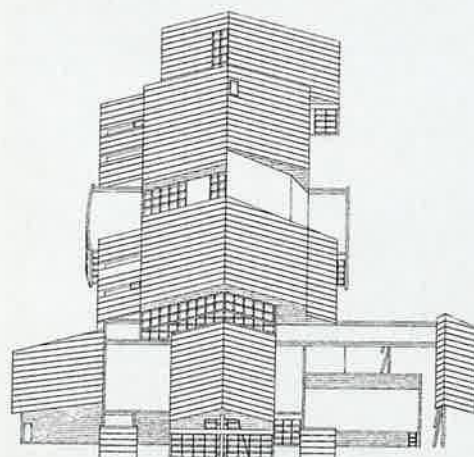
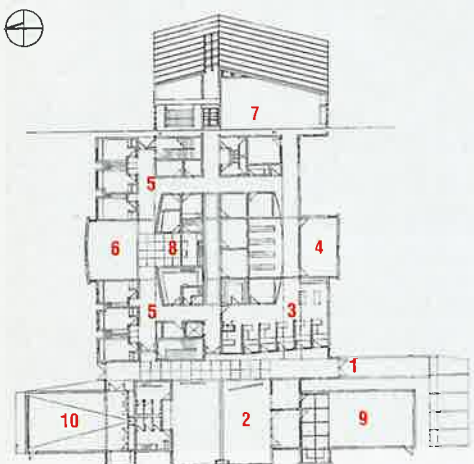
KOSZT: 1,4 mln USD

R-2ARCH

Biuro architektoniczne działające na terenie Los Angeles i Nowego Orleanu, założone w 1986 roku, jest interdyscyplinarną firmą projektową specjalizującą się w projektowaniu budownictwa mieszkaniowego, obiektów dla szkolnictwa, a także architektury dla służby zdrowia. Metody pracy biura opierają się na badaniu tematu poprzez zdefiniowanie problemu i przyjęcie perspektywy rekonceptualistycznej. Zespoły projektowe pracują pod kierownictwem Stephena Verderbera (Nowy Orlean), Bena Refuerzo i Johna Davisa (Los Angeles).

poniżej

— rzut 1. poziomu: 1. wejście, 2. recepcja, 3. biura ewidencji pacjentów, 4. administracja, 5. pokoje przyjęć, 6. poczekalnia, 7. pokoje pielęgniarek, 8. kuchnia (żywieniowe programy edukacyjne), 9. plac zabaw, 10. pokój wielofunkcyjny aksonometria



Prezentujemy dwa ostatnie projekty kalifornijskiego biura R-2ARCH z dziedziny architektury obiektów medycznych: przychodnię w West Monroe (1999) oraz proponowany projekt przychodni w Rayville (2004) — obie placówki zaplanowane są dla stanu Luizjana jako kliniki oferujące pomoc osobom, których nie stać na ubezpieczenie medyczne, tzw. *community care clinics*. W obydwu obiektach znajdziemy pomieszczenia typowe dla przychodni, a także specjalistyczne, służące realizacji programów edukacyjnych z dziedziny planowania rodziny, zdrowia matki i dziecka, zagadnień środowiskowo-sanitarnych i immunologicznych, gruźlicy i chorób wenerycznych.



UDANA ADAPTACJA

Spółeczna przychodnia parafii Ouachita, West Monroe

Lokalna rada parafialna zleciła rozplanowanie i zaprojektowanie obiektu o powierzchni 1 160 m², w miejscu istniejącego budynku z lat pięćdziesiątych w stylu *art deco*, zlokalizowanego przy głównej ulicy miasteczka. Ewolucja formy budynku doprowadziła do powstania dwóch równoległych pasów funkcjonalnych, obejmujących: główną poczekalnię i przyległe pomieszczenie wielofunkcyjne z zewnętrznym placem zabaw dla dzieci; zasadniczą oś komunikacji recepcyjnej przechodzącą przez całą długość obiektu zdefiniowaną przez mieszczące się u jej poszczególnych końców *porte cochere* i parking; mieszkania dla administracji placówki oraz części obiektu przeznaczone dla programów środowiskowo-zdrowotnych na drugiej kondygnacji; część środkową mieszczącą biura ewidencji pacjentów, programy edukacyjne z zakresu racjonalnego żywienia oraz poczekalnie pomocnicze i wreszcie samą przychodnię.

Przychodnia obejmuje sześć „domków” — gabinetów, w których przyjmowani są pacjenci (projekt podkreśla przy tym odrębność każdego z nich jako osobnej choć niewielkiej jednostki). Zrealizowana placówka zatrudnia 28–30 osób i przyjmuje ponad 1,2 tys. pacjentów miesięcznie. Budynek oparty na planie w kształcie litery „T” daje się powiększyć do konfiguracji w kształcie litery „H”. Naturalne światło doprowadzone jest do głównych części obiektu przez świetliki oraz okna nad zewnętrznymi otworami drzwiowymi. Na zewnątrz język architektury i paleta zastosowanych materiałów nawiązują jakością do struktury zabudowy mieszkaniowej i przemysłowej.

Jako że na ogół ponad 60% wszystkich użytkowników tego typu przychodni w USA stanowią dzieci, szczególny nacisk położono na doświadczenie dziecka-pacjenta. Właśnie z myślą o dzieciach opracowano projekty wnętrz (w szczególności gabinetów), które miały w placówce medycznej stworzyć

przyjazne środowisko — swoisty „dom zdrowia”. Podobne odczucia budzi także zewnętrzny wygląd obiektu. Gabinety lekarskie zaprojektowano zatem pod względem skali i bryły jako „budynki wewnątrz budynku”.

Po roku eksploatacji poddano obiekt ocenie użytkowników. Odpowiedzi ankietowanych wskazywały na docenienie przyjaznego wyglądu zewnętrznego, wyobraźni architektonicznej, udanych relacji personelu z pacjentami, braku miejsc uciążliwie hałaśliwych wewnątrz budowli, ciekawych rozwiązań przestrzeni przeznaczonej dla dzieci, projektu kuchni wykorzystywanej w edukacji żywieniowej, kolorystyki wnętrz, naturalnego oświetlenia i komunikacji wewnętrznej. Ponadto za pozytywne udogodnienia uznano zapewnienie powierzchni magazynowej i dużą elastyczność wnętrz.



– raport z USA



RICHLAND PARISH COMMUNITY HEALTHCARE CENTER

Rayville, Louisiana, USA

INWESTOR: Richland Parish, Louisiana Department of Health and Hospitals, Office of Public Health

PROJEKT: R-2ARCH

GENERALNY WYKONAWCA: Lewis Construction

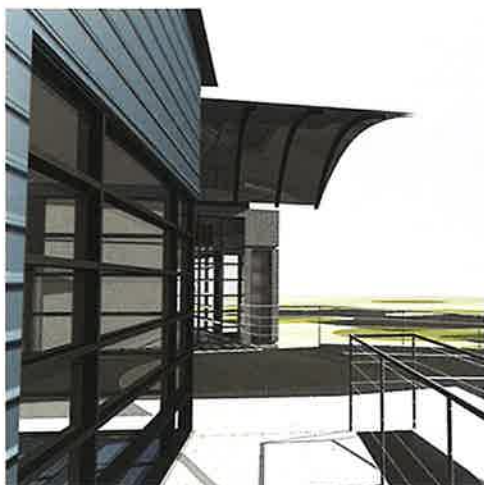
POWIERZCHNIA

— działki: 5 akrów
— całkowita: 1 102,5 m²

KALENDARIUM

— projekt: 2003
— realizacja (planowana): 2006

KOSZT: 1,5 mln USD



W SYSTEMIE MODUŁOWYM

Społeczny ośrodek opieki zdrowotnej parafii Richland, Rayville

Jednostka opieki zdrowotnej w miasteczku Rayville od dziesiątków lat mieściła się w przestarzałym obiekcie. Zajmowała część budynku wzniesionego z prefabrykowanych elementów metalowych. Od niemal dziesięciu lat jej pracownicy musieli dodatkowo znosić fetor wydobywający się z zepsutego ścieku przepływającego pod przychodnią. W połączeniu z brakiem okien, w wilgotnym klimacie amerykańskiego Południa w gorące dni było to bardzo uciążliwe. Geneza formy projektowanego obiektu wywodzi się z historii regionu jego lokalizacji. W rejonie Rayville podział gruntów na plantacje wzdłuż rzeki Mississippi doprowadził pod koniec XVIII w. do powstania parceli w kształcie kawałków tortu. Każda parcela stanowiła odrębną plantację należącą do zamożnej, posiadającej niewolników rodziny. Opracowano mapę regionu, w górę rzeki od Nowego Orleanu do Baton Rouge, w celu odwzorowania właśnie takiego układu — opartego na francuskim kolonialnym systemie wielopoziomowego podziału gruntów. Mapa i topografia terenu z „wijącą się” deltą rzeki Mississippi były inspiracją dla zoomorficznej, węzowatej formy obiektu. Właśnie to one odwzorowane zostały w postaci serii połączonych ze sobą, ram konstrukcyjnych. W odpowiedzi na taki układ, budynek zaprojektowano z modułowych komponentów dowożonych na plac budowy ciężarówkami lub koleją. Budowla mieści edukacyjny program środowiskowo-zdrowotny, przychodnię obejmującą sześć gabinetów określonych jako transprogramowe oraz część administracyjną. Łączna powierzchnia wynosi 943 m². Układy instalacji elektrycznych i mechanicznych kryje płaszczyzna platformy stanowiąca podłogę zasadniczej kondygnacji, zbudowana z prefabrykowanych płyt, podniesioną i opartą na półmetrowej długości „nogach”. Obiekt i jego otoczenie charakteryzują:

Decentralizacja. Dojście i dojazd do budynku mieszczą się w środkowej jego części, co pozwala na bezpośredni dostęp, bądź też do części mieszczącej program edukacyjny z jednej strony, bądź też do przychodni.

Elastyczność. Obiekt można powiększać konfigurując jego plan, w zależności od układu działki, a także dostosować go do warunków lokalizacji (wiejskiej, małomiasteczkowej czy miejskiej). Modułarne „strąki” mogą narastać harmonijkowo wzdłuż lub wszerz założenia. Rozplanowanie części przeznaczonej na program środowiskowo-zdrowotny i właściwej przychodni pozwala na realizację różnych opcji rozmieszczenia powierzchni parkingowych, wewnętrznych dróg dojazdowych i ciągów pieszych na działce.

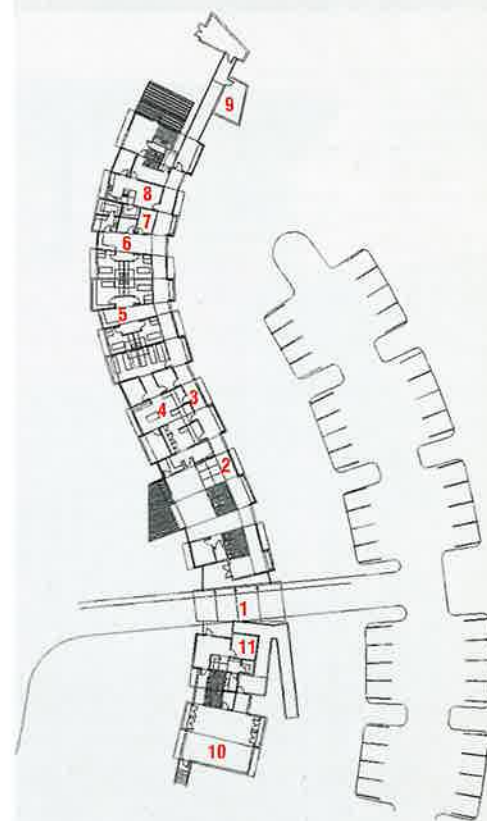
Ekologia działki. Wąska linearna konfiguracja planu umożliwia zachowanie maksymalnej ilości przestrzeni otwartych i naturalnej zieleni zastanej na działce.

Modularyzacja. Szereg modułowych członów, konstrukcyjnie od siebie niezależnych, połączony jest stalowymi przewodami rurowymi.

Parterowy budynek charakteryzuje się przede wszystkim „ludzką” skalą. Wzdłuż jednego łączącego całość traktu komunikacyjnego znajduje się sześć „kieszeni” w postaci okien z siedziskami. W całym założeniu osiągnięto wysoki stopień transparentności. Powierzchnię gabinetów lekarskich można powiększać, a wszystkie ściany wewnętrzne można demontować i przenosić według potrzeb. Gabinety lekarskie dzięki mechanicznie przesuwającym ekranom oraz elastycznej aparaturze elektromechanicznej, można łączyć w większe sale seminaryjne. Wielofunkcyjna sala przeznaczona do celów edukacyjnych mieści się w skrzydle środowiskowo-zdrowotnym. Wspólny pokój i kuchnię dla personelu przewidziano w tylnej części budynku, tzw. ogonie, z przyległym tarasem.

Źródło: Jerzy JURUŚ (na podst. opisu autorskiego)

Fot.: © R-2 ARCH



rzut parteru

1. wejście, 2. recepcja, 3. biura ewidencji pacjentów, 4. administracja, 5. pokoje przyjęć, 6. poczekalnia, 7. pokoje pielęgniarek, 8. kuchnia (żywieniowe programy edukacyjne), 9. plac zabaw, 10. pokój wielofunkcyjny, 11. pom. programu środowiskowo-zdrowotnego