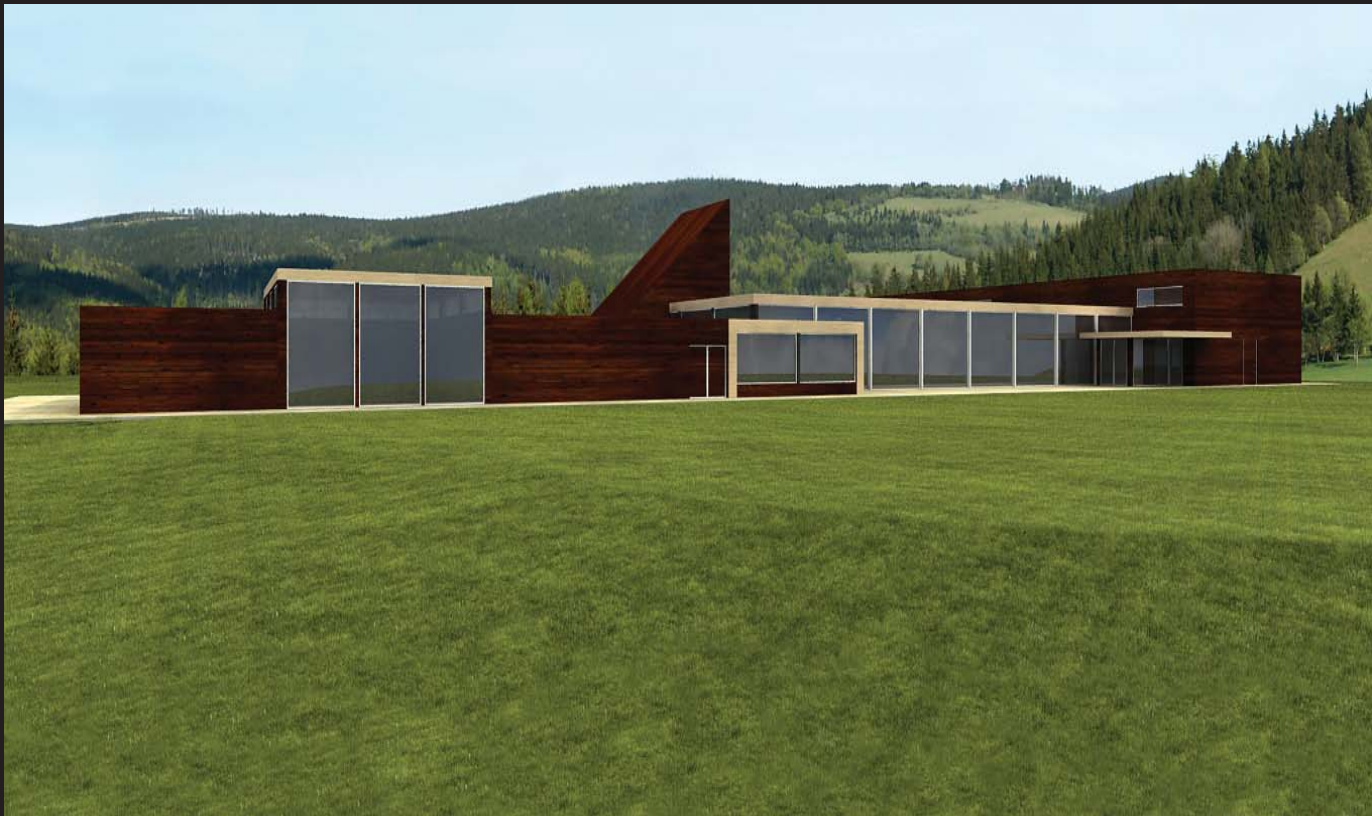




R
U
S
F
R
I



aod // 4. semester master // gr.7 // 2009

M
E
D

Blå Kors





2

synopsis

Dette prosjektet omhandler designet av et nytt behandlingssenter for rusmisbrukere.

Prosjektet "rustfri med Blå Kors" vil fokusere på pasientenes behov under avvenning, og hvordan arkitekturen kan understøtte den prosess disse mennesker går igjennom. Det vil fokuseres på integrert design og hvordan lyset tas inn i bygningen.

tittelblad

Prosjekttittel // rustfri med Blå Kors

tema // arkitektonisk form, integrert design

prosjektperiode // 01.02.09 - 14.06.09

veileder // arkitektur // Lars Brorson Fich

veileder teknisk // Poul Henning Krikegaard

Eivind Endresen



3

Forord

Denne rapporten er utarbeidet av Stud. Cand. Eivind Endresen ved Institutt for Arkitektur & Design. Aalborg Universitet. 2009.

Rapporten er delt opp i 3 hovedavsnitt. Et analyseavsnitt som kartlegger Blå kors sitt arbeid, Prosessavsnitt som dokumenterer prosessen bak prosjektet og til sist, presentasjon av ferdig bygning.

Bilag vil ligge på vedlagt cd. Målsatte tegninger vil komme i egen tegningsmappe.





4

Innhold

002 // synopsis
002 // tittelblad
003 // forord
004 // innhold
005 // innledning
006 // beskrivelse av Blå Kors
007 // Loland behandlingssenter
008 // pasientene i fokus
010 // ukeprogram for pasientene
011 // aktiviteter
012 // turer og fritidsprogram
014 // tomten / grunden
020 // naboer
021 // skygger på tomten
022 // makrolima
024 // romlig organisering
028 // lys
029 // problemformulering
030 // prosess
031 // arkitekturpsykologi
032 // nye tomtegrenser
033 // boliggrupper
036 // skitsering
038 // konsept
039 // landskap
040 // integrert design
045 // lys i bygningen
050 // energiberegning
051 // u-verdi
052 // lydkrav
053 // Japansk tilnærming
054 // presentasjon
078 // konklusjon
079 // kildehenvisning





5

Innledning

Det skal designe et nytt behandlingssenter på Lolland som ligger 25 km utenfor Kristiansand. Det har foregått behandling av rusmisbrukere på Lolland fra 1949. Virksomheten eies og driftes av Blå Kors.

Det nye behandlingssenteret skal være en trygg arena for mennesker som ønsker å komme seg ut av rusen og starte et nytt liv.

Prosjektet vil arbeide med hvordan behandlingssenteret kan unngå å fremstå som en institusjon, og heller gi en "hjemme følelse" for pasientene.

Det følgende programmet er utarbeidet som grunnlag for prosjektet der programmet inneholder retningslinjer og ideer for hvordan prosjektet kan bli.

Grunden / tomten ligger idyllisk til i landlige omgivelser. Det er et fredelig sted med naturen som nærmeste nabo.

Om Blå Kors

Blå Kors er opprinnelig en sveitsisk avholdsorganisasjon som ble opprettet på et kristent grunnlag i Geneve i 1877 av presten Louis Lucien Rochat (1849-1917).

I 1906 ble Blå Kors etablert av sokneprest Ole Theodor Moe. Moe arbeidet i 1906 som prest i Kristiania Indremisjon (senere Oslo Indremisjon, i dag Kirkens Bymisjon i Oslo). Inspirert av blåkorsarbeidet som allerede var etablert i Tyskland og Danmark, innkalte han 2. mars 1906 til et møte hvor han sammen med 10 andre interesserte stiftet den første blåkorsforeningen i Norge.

Fagmiljø

Blå Kors har fagmiljø som er tilpasset den aktuelle målgruppen ved de forskjellige virksomhetene. De ulike behov hos brukerne søkes dekket i nært samarbeid med relevante private og offentlige instanser. Ved alle Blå Kors' virksomheter markeres den kristne verdiforankringen.

Blå Kors utgjør et landsomfattende nettverk som bidrar til å hjelpe rusbrukere og deres pårørende til et bedre liv. Behovet for ulike typer støtte og oppfølging er stort hos mange etter at et behandlingssopplegg er gjennomført, og tilbudene varierer fra sosiale treffpunkt i rusfrie miljøer til ulike typer praktisk drahjelp. Aktuelle tilbud kan for eksempel være bo- og arbeidsforberedende trening eller opplæringstilbud gjennom egne videregående skoler.

Frivillige nettverk

Mange av medlemmene i Blå Kors er engasjert i forskjellige typer frivillig arbeid. Familier med rusproblemer får på ulike måter hjelp, for eksempel gjennom tiltak av typen «Barnas Satsjon» og ferietilbud for foreldre og barn fra hjem med rusproblemer. Ved hjelp av frivillige drives også kontaktsentre og kafeer som fanger opp dem som faller utenfor det offentlige hjelpeapparat. Lokale Blå Kors-foreninger finnes på ulike steder i landet. Gjennom et nettverk av frivillige og ved ulike tiltak både innenfor og utenfor virksomhetene, bidrar Blå Kors til at de som ønsker det kan delta i et sosialt fellesskap basert på kristen tro og kameratskap. Våre medlemmer bidrar også økonomisk til Blå Kors sitt arbeid. Gjennom større prosjekt som «Rusmidler – Oppvekst – Kirke» (ROK) arbeider Blå Kors for å forebygge rusproblemer ved å redusere forbruket av rusmidler i Norge.

Blå Kors Norge støtter og samarbeider med en rekke andre Blå Kors-organisasjoner i Afrika, Asia og Sør-Amerika gjennom Blå Kors Internasjonale Forbund (IFBC). IFBC har sitt hovedkontor i Sveits.



7 Loland behandlingssenter



Bilde viser eksisterende bygning / behandlingssenter som skal rives og erstattes av et nytt moderne behandlingssenter



Bygningen er et behandlingssenter for klinikkavdeling 2. byggeår 2007

Generelt

I 1949 ble Lolandsheimen i Øvrebø ved Kristiansand etablert og gitt offentlig godkjenning som kursted. Lolandsheimen består av tre behandlingssenter, hybelhus og er eier av Øvrebø Videregående Skole.

Loland behandlingssenter er for mennesker med rusrelaterte problemer. Behandlingstilbudet holder et høyt faglig nivå og bygger på fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.

Mennesker det gis behandling til

Det gis behandling til mennesker med alvorlige rusproblemer i aldersgruppen 18 til 35 år. I noen tilfeller tas det imot gravide pasienter, med tilbud om oppfølging etter fødsel. Pasienter med ADHD problematikk tas også imot. Metadonbehandling fåregår på klinikken for enkelte av pasientene.

Lolandsheimen fornyes

Behandlingen av rusmisbrukere har i flere år foregått i eldre og slitte lokaler som ikke oppfyller dagens krav. Det investeres nå i nye, moderne bygg.

Misbruk

Ved lengere tids misbruk blir trangen til stoffet så sterkt, at stoffinntakelsen ikke kan kontrolleres. Det skal stadig større mengder til for å oppnå rusopplevelse og det å skaffe stoffet får derfor en altdominerende rolle i dagligdagen. Rusmisbruk får ofte uheldige psykologiske, sosiale (og til tider somatiske) følgevirkninger (Rosenberg, 2008, p. 248). Særlig angst- og depressive lidelser er psykiske lidelser som følger eller blir utløst av langvarig misbruk. Noen rusmidler kan dessuten forårsake bl.a. paranoide psykoser, kognitive forstyrrelser og panikkanfall (Øfsti & Linderøth, web1).

Rusmisbrukere har en betydelig overdødelighet, som hos menn er 2-5 ganger - og kvinner 6-8 ganger større, enn den ellers forventede dødelighet (Rosenberg, 2008, p. 254). Den høye dødeligheten skyldes først og fremmest levercirrose, selvmord og ulykker (ibid.).

Plutselig nedsettelse av rusinntak vil resultere i abstinensstilstander. Absitinenssymptomer (som for pasienten vil oppleves som ytterst ubehagelig), kommer bl.a. til uttrykk som: indre uro, rastløshet, søvnproblemer og autonom hyperaktivitet (fx svette og hjertebank) (ibid. p. 251).

Kompliserende behandlingsfaktorer

Det er bred enighet om, at misbrukende adfærd må ses som et komplisert samspill mellom individuelle og miljømessige faktorer. Som eksempel på de genetiske faktorer kan nevnes, at sønner av alkoholikere har 3-4 ganger større risiko for å bli alkoholiserede enn sønner av ikke-alkoholikere (Rosenberg, 2008, p.257). Av miljømessige faktorer peker sosiologisk forskning på geografi, sosial klasse og erhverv (ibid., p. 250). En ytterligere kompliserende faktor for rusbehandling er, at studier fra bl.a. Europa og USA viser, at psykiske lidelser og ruslidelser ofte opptrer samtidig; *"Disse viser entydig at om en pasient har en rusmisbrukslidelse, er det en meget stor sannsynlighet for at vedkommende samtidig har en eller flere psykiske lidelser – alvorlige personlighetsforstyrrelser inkludert."* (Øfsti & Linderøth, web1). Andre studier viser ytterligere at en gruppe rusmisbrukere hadde (i tillegg til rusdiagnosen) et gjennomsnitt på 3-4 psykiatriske diagnoser (ibid.). Denne kombinasjonen av rusproblem og psykisk lidelse betegnes "komorbiditet rus/psykiatri" eller "dobbeldiagnoseproblematikk" (ibid.). Dobbeldiagnoseproblematikken har en gjensidig negativ påvirkning både på sykdomsutvikling og forløp – og på behandlingseffekten. Disse omstendigheter fører bl.a. til større risiko for tilbakefall med hyppigere reinnleggelser, økt dødelighet og selvmordsrisiko (ibid.).



Pasientene i fokus

Behandling på Lolandsheimen

Det er bred enighet om, at det må anlegges et helhetssyn på det enkelte menneske ved behandling av avhengighetsproblematikk er (Rosenberg, 2008, p. 260).

Dette er i tråd med Lolandsheimens behandlingstilbud, som bygger på pasientenes fysiske, psykiske, sosiale og ikke minst åndelige behov. I behandlingsprogrammet på Loland vektlegges det å gi pasientene *"... en større forståelse av egne behov, og skape bevissthet om hvordan den enkelte kan dekke sine behov på en hensiktsmessig måte uten rus."* (Blå Kors, web2). Dette viser de mere langsiktete mål, som skal medvirke til, at pasienten kan leve et aktivt og meningsfullt liv etter behandlingen. Det primære mål ved behandling av misbruk sies nettopp å være gjenetablering av pasientens sosiale nettverk og funksjons-evne (Rosenberg, 2008, p.260).

Behandlingsperioden på Lolandsheimen varierer fra 3 til 24 måneder, hvor det mest vanlige er 12 måneders behandling. De første 14 dagene er en "kontraktperiode" mellom pasienten og de ansatte på klinikken, hvor det er fokus på psykisk og fysisk stabilisering. Hensigten med denne periode er også, at pasienten skal bestemme seg for om han/hun vil godta behandlingstvilkårene og det utarbeides en behandlingsplan. De etterfølgende 3 måneder består i å kartlegge pasientens rushistorie, og eventuelle familiære problemer.

Når det fx dreier seg om dobbeldiagnoseproblematikk så viser mange studier at en integrert behandlingsform gir best effekt. Der vil samme behandlingsteam, gi det totale behandlingstilbud både for rusproblematikk og psykiske lidelser samtidig (Øfsti & Linderøth, web1). Alt i alt kan det finnes en betydelig mengde argumentasjon for, at behandlingen av rusmisbrukere (og evt. sinnslidende) er et sammensatt og komplisert område, med behov for en tverrfaglig kompetanse og tilgang (Rosenberg, 2008, p.263).

Av tverrfaglig personale som bl.a. tar seg av individualsamtaler/terapi på Lolandsheimen kan nevnes: pasientkoordinator, sosialkonsulent, psykolog, terapeut og psykiater. Medisinsk behandling foregår etter vurdering av lege og overlege. Det tilbys dessuten fysioterapeutisk behandling, fysisk trening og miljøterapi (Blå Kors, web3). Dette er i tråd med politiske røster fra Helsedepartementet i Norge, som i 2002/03 beskrev følgende krav til tiltak som skal yte tverrfaglig spesialisert rusbehandling: *"Det skal ha personell med kompetanse innen medisin og psykologi/psykiatri som kan stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling."* (Helsedepartementet if. Web 4).

Behandlingen på Lolandsheimen foregår både individuelt og i grupper med en 50/50 fordeling. Forløpet evalueres hver måned i en tverrfaglig gruppe med pasienten til stede. Struktur, rutiner og god kontakt med samarbeidspartnere rundt pasienten vektlegges i behandlingen, så pasientene får faste og trygge rammer å forholde seg til. I dette inngår blant annet å følge sin ukeplan, overholde alminnelige husregler og avlegge urinprøver (Blå Kors, web3).

For disse pasienter er eller har døden vært veldig nær, hvorfor mange søker etter noe åndelig å tro på. Blå Kors er en kristen organisasjon som derfor har et åndelig tilbud til pasientene. Dette er et frivillig tilbud, men mange av pasientene velger å benytte seg av det. De åndelige tilbud kan for mange pasienter gi styrke til et liv uten rus. Flertallet av pasientene har ingen eller avbrutt utdanning. Loland behandlingssenter har derfor et tett samarbeid med Øvrebo Videregående Skole, som er nærmeste nabo og som også eies av Blå Kors.



10 Ukeprogram for pasientene

Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
kl. 07.30	frokost	frokost	frokost	frokost	frokost
kl. 08.00	medesin utdeling	medesin utdeling	medesin utdeling	medesin utdeling	medesin utdeling
kl. 08.30					
kl. 09.00					
kl. 09.30	trening	planleggingsmøte miljøterapi	undervisning	planleggingsmøte miljøterapi	trening
kl. 10.00					
kl. 10.30			andakt 15 min		
kl. 11.00	lønsj	lønsj	lønsj	lønsj	lønsj
kl. 11.30	medesin utdeling	medesin utdeling	medesin utdeling	medesin utdeling	medesin utdeling
kl. 12.00	romvask	miljøterapi	gruppe	miljøterapi	basis
kl. 12.30			individuell samtaler		oppsummering
kl. 13.00					
kl. 13.30					
kl. 14.00		oppsummering			
kl. 14.30	middag	middag	middag	middag	middag
kl. 15.00					
kl. 15.30					
kl. 16.00					
kl. 16.30	fellessamling	fellessamling	fellessamling		butikk
kl. 17.00	butikk	hobby	butikk		
kl. 17.30				NA/AA 1745	
kl. 18.00					
kl. 18.30					
kl. 19.00	pasientmøte	NA-møte 1745			
kl. 19.30					
kl. 20.00	kveldsmat	kveldsmat	kveldsmat	kveldsmat	kveldsmat
kl. 20.30					

Pasientene ved Loland behandlingssenter aktiveres fra morgen til kveld. Det er viktig for pasientene å lære seg en normal døgnrytme, slik at de kan forberedes til en jobbsituasjon. Det er ønskelig at pasientene tilbringer minst mulig tid på sine private rom, og heller deltar i sosiale aktiviteter. Etter middagen blir pasientene aktivisert av miljøarbeiderene til ulike aktiviteter som strekker seg ut over kvelden.



11 Aktiviteter

Loland Behandlingssenter har en egen bygning som huser gymsal, fitnes, sauna og TV - stue. Dette er en fin arena for sosialt samvær og glemme suget etter rus. Miljøarbeiderene organiserer forskjellig idrett og deltar i aktivitetene.

Pasientene har tett program hele dagen frem til middag klokken 15.15. 16.30 er det fellessamling hvor miljøarbeiderene aktiviserer pasientene. Fritidsaktivitetene er frivillig, men de aller fleste ønsker å delta.





12 Ture og fritidsprogram



Det holdes 5 turer i året. Turenes hovedhensikt er å gi pasientene ny erfaring i et nytt miljø, slik at den enkelte kan oppleve nye sider meg seg selv, både kvaliteter og svakheter.

Når rusen er borte er det viktig å finne noe annet å fylle hverdagen med. Turprogrammet kan være med å gi pasientene interesser å bygge videre på.



Ture og fritidsprogram

Turenes målsetting:

- Den enkelte får en mulighet til å utfordre seg selv og oppdage nye sider ved seg selv i et miljø som er annerledes enn man til daglig ferdes i.
- Man trenes i å takle utfordringer på en hensiktsmessig måte, ikke bare til det beste for seg selv, men også for de øvrige turdeltakerne. Man må ta ansvar for fellesskapet og vise hensyn til hverandre.
- Turene skal gi mulighet for å oppdage verdien, gleden og nødvendigheten av det å samarbeide med hverandre. Man skal kunne oppleve trygghet i det ukjente.
- Turene skal ikke bare gi utfordringer, men også gi store rom og mulighet for å kjenne glede ved å leve i naturen. Ut av dette vil deltakerne få respekt for naturen og dens gaver til oss mennesker, samt gi grunnlag for fremtidige interesseområder.





14 Grunden / Loland





15
Grunden / Loland



Grunden / Loland

Alle bygningene på bilde er eid av Blå Kors Eiendom.



Hybelhus for etterbehandling / botrening av pasienter etter fullført behandling på behandlingssenteret.



Øvrebø Videregående Skole.

- tømrerefag
- mekanikerlinje
- omsorgs fag
- renholders fag



Eksisterende behandlingssenter for rusmissbrukere.



Eksisterende behandlingssenter som ikke tilfredstiller dagens krav, og derfor skal rives og erstattes med et nytt bygg.







18
Grunden / Loland





19
Grunden / Loland





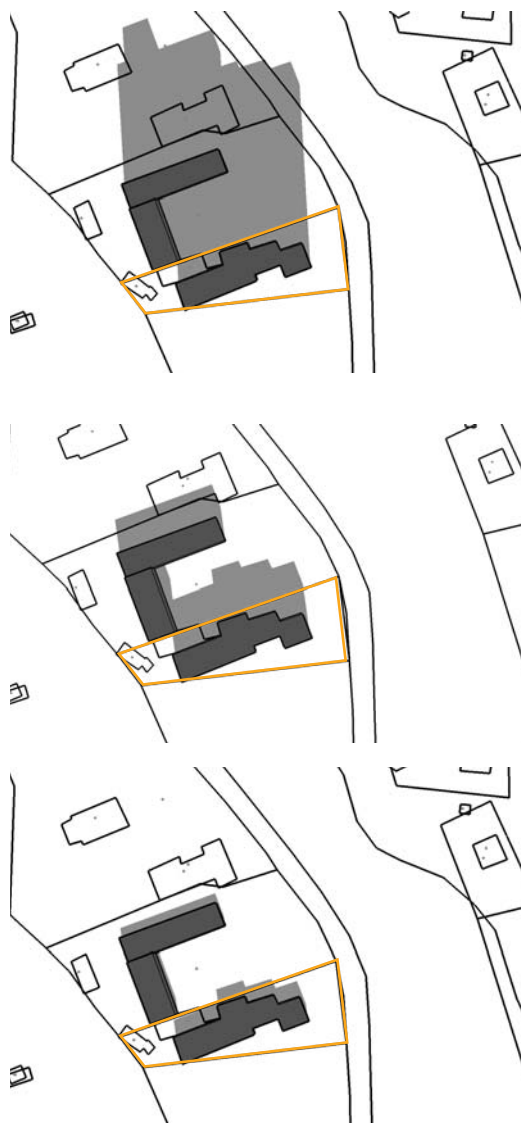
20
Naboer



Skygger på grunden

De omkringliggende bygningene vil ikke skygge for det nye behandlingssenteret. Det nye behandlingssenteret vil derimot skygge for de omkringliggende bygningene i vinterhavåret. Inngangen til behandlingssenteret er i dag på nordsiden, det kan være aktuelt å flytte hovedinngangen til sydsiden pga gunstigere solforhold.

Tegningene viser skygger der vil oppstå klokken 12:00



Desember

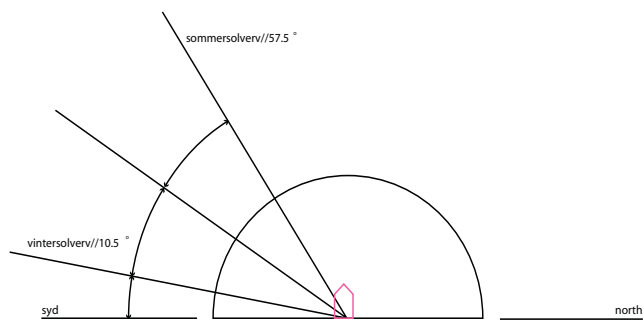
Solen er meget lav og gårstunet vil ikke ha sollys med dagens løsning.

Mars / September

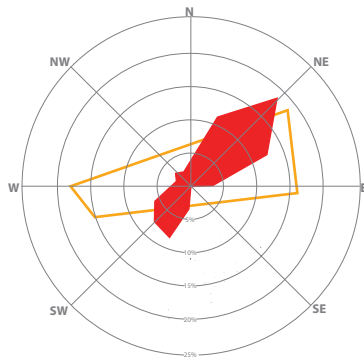
Bygningene vil ikke skygge for hverandre men det vil være minimalt med sol i gårstunet.

Juli

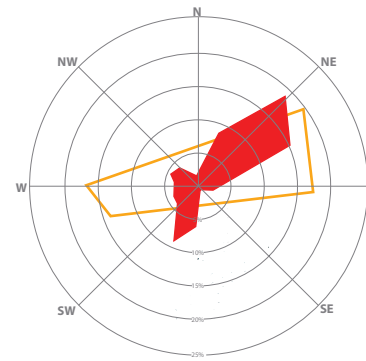
Solen står høyt på himmelen, og gårstunet har rikelig med sol.



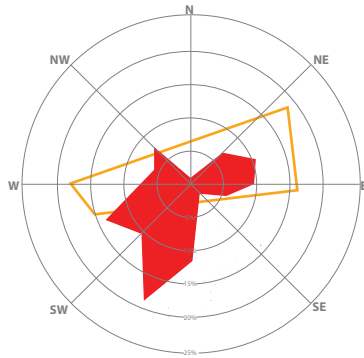
23 Makroklima



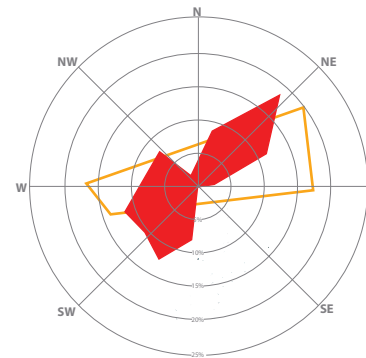
desember



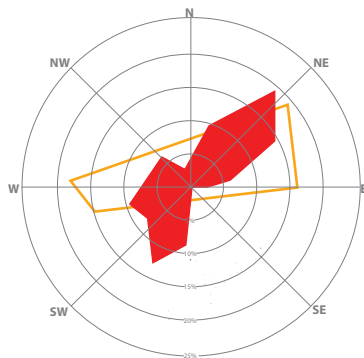
Mars



juli



september



årlig

Vindforhold

Diagrammene viser gjennomsnittlige antall dager med forskjellige vindforhol for Kjevik i perioden 1971 - 2000.

Målestasjonen ligger ved kysten og vil derfor avvike fra forholdene på Loland. Det vil være mindre vind på Loland enn det diagrammene viser.

Pasientrom

Pasientromene skal lages i to bofellesskap i tilknytning til de rom der er nevnt nedenfor. Bofellesskapene kan lages på en flate eller over to etasjer.

20 pasientrom 25m²

2 stuer med kjøkken 75m²

2 uteareal 16m²

2 lager 25m²

2 vaskerom 25m²

2 bøttekott 10m²

Stuer og sosiale arenaer

Resepsjonsområdet bør utformes slik at det danner en uformell sosial arena. Det er også ønske om peis for å skape hygge. Resepsjonen skal plasseres slik at personen som har vakt har kontroll på hvem som kommer og går. Besøksrommene bør ha glassvindu ut til resepsjonsområdet for overvåkning av besøket.

resepsjon 10m²

resepsjonsområde, hall 80m²

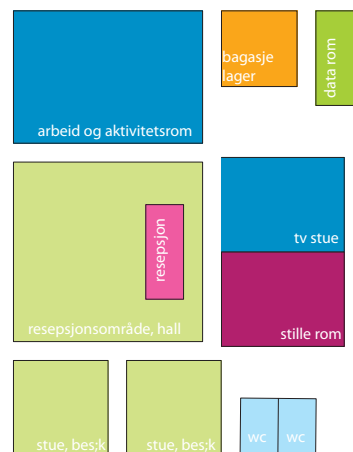
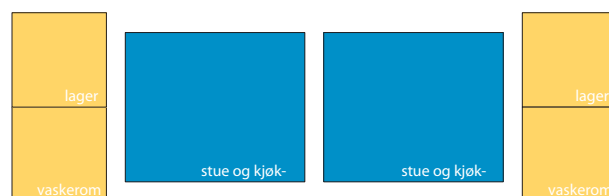
datarom 12m²

2 stue // besøksrom 25m²

stille rom 32m²

tv stue 32m²

arbeid og aktivitetsrom 70m²



**Lege og sykepleier**

medesinrom	4m ²
urinrom med enveisglass	4m ²
sykepleierkontor	16 ²
utdelingsrom, medisiner	25m ²
lager til medisiner	12m ²
undersøkelsesrom // legekontor	25m ²
legesekritær med arkivrom	25m ²
fysioterapeut	25m ²
legekontor	25m ²

Spisesal og kjøkken

spisesal	100m ²
hovedkjøkken	35m ²

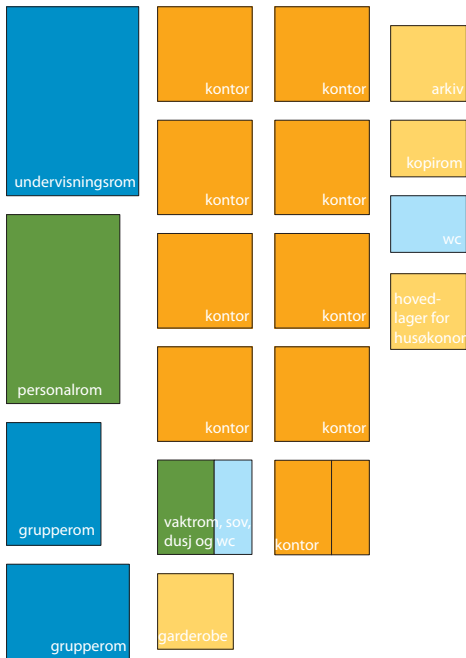


Administrasjon // kontorer

2 psykolog // terapeut	25m ²
2 miljøarbeider	25m ²
direktør	25m ²
inntakssekritær	25m ²
25m ² husøkonom + øk. kons	25m ²
koordinator / sosialkonsulent	25m ²
arkiv	16m ²
kopirom	12m ²
2 personaltoalett	6m ²
hovedlager for husøkonom	16m ²
tøylager	25m ²
vaktrom, sov, med dusj og wc	25m ²
garderobe og wc	16m ²
personalrom	60m ²
undrevisningsrom	70m ²
grupperom	30m ²

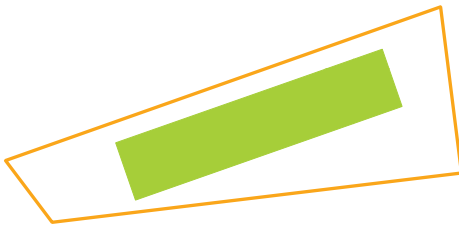
Total m²

Summeres alle rommene blir det et samled brutto arealet 1382m² for hele bygningen.

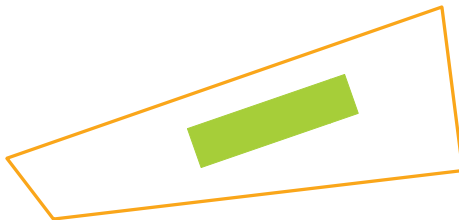




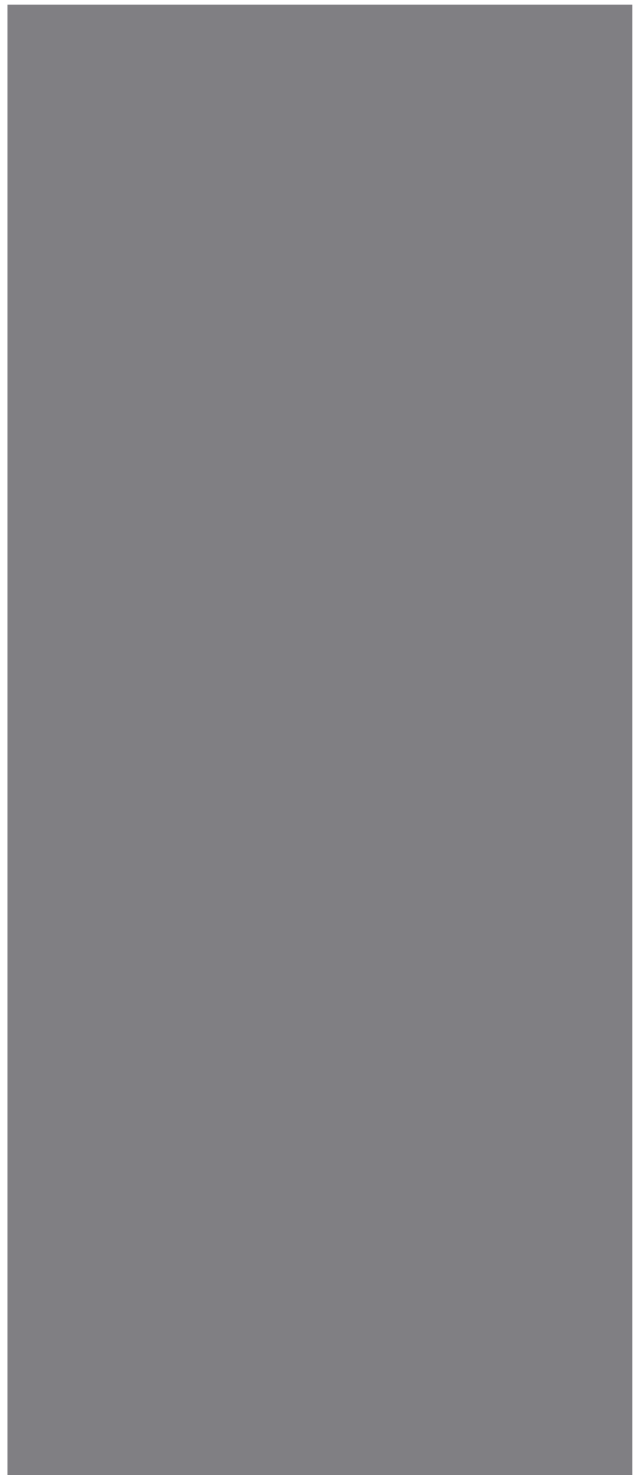
Bebyggelse på en flate



Bebyggelse over to etasjer



Bebyggelse over tre etasjer





God belysning

Lys er nødvendig for at synssansen vår skal fungere. Ulike synsoppgaver setter ulike krav til belysningen, og behovet for lys vil således variere avhengig om en skal arbeide eller hvile og koble av. Høyt lysnivå alene er ikke tilstrekkelig for å få god belysning, lyset må også bl.a. gi god fargegjengivelse, ikke gi sjenerende blinding, og bidra til et godt estetisk inntrykk. Det vi ser, er kontraster skapt av nivåforskjeller og fargeforskjeller som oppstår når noe belyses. Uten skygger og kontraster er det vanskelig å se formen på gjenstandene. Hvis belysningen er slik plassert og dimensjonert at det blir en ensartet belysning over hele rommet, vil rommet gjerne virke ensformig og utrivelig. Variert belysning gjør rommet mer levende, f.eks. med en lampett på hver side av pianoet, en liten lampe på et mindre bord, en større lampe over spisebordet, en leselampe bak lenestolen osv.



Problemformulering

Hvordan kan designet av behandlingssenteret understøtte den prosess disse mennesker går igjennom, med tanke på faste rammer, aksept, trygghet og tilhørighet?

Hvordan kan designet av behandlingssenteret unngå å bære preg av å være en institusjon og heller gi fornemmelsen av individuelle boenheter?





Prosess



Den arkitektoniske og praktiske utformingen av institusjonen som her valgt gir optimale rammer for å møte politikernes krav til rusbehandlingen i Norge, særlig med tanke på den psykososiale behandlingen.

Visjonen for designet av det nye behandlingssenteret er at det skal understøtte den prosess som rusmisbrukerne går i gjennom under behandlingen. Det er derfor viktig å få en grundig forståelse av hvordan designet av bygningen påvirker pasientene.

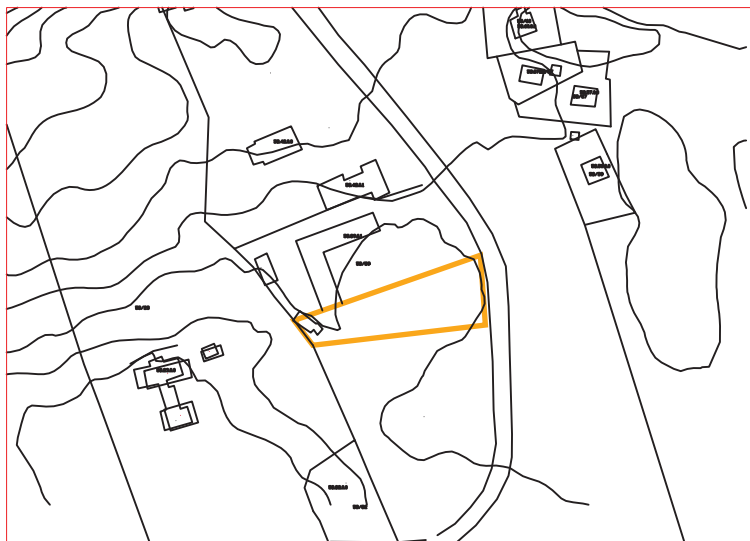
At arkitekturen kan ha en betydning for et behandlingsforløp er bl.a. vist av det klassiske studie fra science fra 80-tallet som viste at pasienter som fikk et rom

med utsikt på sykehuset etter en operasjon, kom seg mye fortere enn de som fikk rom uten utsikt; *"Views of vegetation, (...) appear to sustain interest and attention more effectively than urban views of equivalent information rate (...). Because most natural views apparently elicit positive feelings, reduce fear in stressed subjects, hold interest, and may block or reduce stressful thoughts, they might also foster restoration from anxiety or stress (...)."* (Ulrich, 1984, p.420).

Undersøkelsen beviser hvor viktig utsikt fra pasientrommene er for pasientenes velvære, trivsel og evnen til å bli frisk. Det gjøres derfor til et krav at alle pasientrommene skal ha utsikt ut til naturen.

I en annen klassisk undersøkelse fra 1954 fant Maslow og Mintz fram til, at vi får et mer positivt inntrykk av andre mennesker i et rom vi synes er pent (Skjæveland, 2007). Undersøkelsen gikk ut på at forsøkspersoner som befant seg i "stygge", "middels" eller "pene" rom når de fikk fremvist et ansiktsfotografi. Heretter skulle de bedømme hvor glade og energiske personene på bildene var. Konklusjonen ble altså at det kan ses en sammenheng mellom folks humør og vurdering av rommet de oppholder seg i - lyse, vennlige, åpne, ryddige, estetisk gjennomtenkte og godt vedlikeholdte steder øker velværet. Senere kom det et oppfølgingsstudie som viste motsatt effekt, nemlig at de forsøkspersoner som gjennomførte eksperimentene i det "stygge" rommet opplevde negative følger som tretthet, irritasjon og hodepine (ibid.).

Et vanlig problem i forbindelse med rusbehandling er, at det er veldig høy drop-out og det er følgende et økende fokus på tiltak, som kan heve denne terskel (kunnskabssenteret, web5.). Dette bidrar ytterligere til argumentasjonen om et design som setter estetikk, hjemlige omgivelser, velvære og trivsel i fokus. Dette kan forhåpentlig kan være med til å friste pasientene til å bli lengre, og dermed ville det være et effektivt tiltak som vil kunne medføre økt effekt av behandlingen.



Byggegrenser for eksisterende bygg

Blå Kors eiendom ønsker en bygning over en til to etg. Den oppmålte byggegrunden vanskelig-
gjør mitt krav om utsikt til alle rom, siden utsikten
hovedsaklig er til syd og øst.

Blå Kors eiendom eier også grunden som grenser
til tomte / byggegrunden, det bestemmes derfor
å utvide byggegrunden for det nye behandlings-
senteret.



Byggegrenser for nytt behandlingssenter

De nye byggelinjene følger landskapet meget
naturlig (se illustrasjon).

Grupper / bofellesskap

Behandlingssenteret skal deles opp i bofellesskap. Blå Kors Eiendom foreslo 2 bofellesskap fordelt på 20 pasienter, altså 10 personer per bofellesskap.

Hva er det optimale antall personer i en gruppe? Det later til å være en god grunn til først kort å se "gruppen" som et fenomen. En gruppe blir fort et mikrosamfunn, hvor de opplever å få feedback på sin atferd og dermed lærer hvordan en kan forholde seg til hverandre (sosialt arbeid med grupper, web6). Dette kan spesielt tenkes å være relevant for rusmisbrukere som ofte kommer med opplevelser av isolasjon og sosial utstøtelse. Ved å ta hensyn til optimale gruppeforhold/størrelser på Lolandsheimen, kan en understøtte den enkelte pasient behandling, da pasienter i en gruppe kontekst vil kunne støtte og oppmuntre hverandre under forløpet.

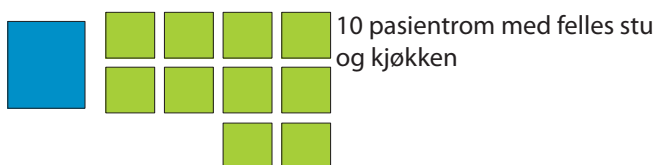
Når det er tale om terapeutiske grupper der en ønsker fri deltakelse av alle, bør denne ikke bestå av flere enn 8 medlemmer. Dette er fordi, at jo større gruppen er, jo større sannsynlighet er det for at det vil oppstå en gruppeleder. Motsatt vil gruppemedlemmer føle seg mere verdifulle og frie, jo mindre gruppen er (ibid.). Selv om det her er tale om terapeutiske grupper, sies det generelt at små grupper a' 4 til 6 personer "... muliggjør god og tett kommunikasjon, og hvert enkelt gruppemedlem får utfolde seg mer og får større innflytelse på gruppeavgjørelser." (Sosialt arbeid med grupper, web6).). Følgende sitat kommer fra en professor i management Katherine J. Klein (selvom avsnittet er tatt fra en business-setting, kan det imidlertid også generaliseres til andre settinger.):

"When you have two people, is that a team or a dyad? With three, you suddenly have the opportunity to have power battles, two to one. There is some notion that three is dramatically different from two, and there is some sense that even numbers may be different from odd numbers, for the same reason. My intuition is that by the time you are over eight or nine people, it is cumbersome and you will have a team that breaks down into sub-teams. Depending on the group's task that could be a good thing or that could not be right. There is a sense that as a team gets larger, there is a tendency for social loafing, where someone gets to slide, to hide." (Klein, 2006, if. Web7)

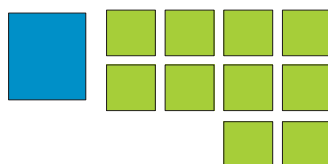
Grupper / bofellesskap



Bofellesskap med 20 personer er en meget dårlig løsning. Det åpner for intrigere og undergrupper.



Bofellesskap med 10 pasienter er også i overkant av det som anbefales. Er gruppen større enn 8 personer er det stor sansynlighet for at det vil oppstå en leder, og det er heller ikke positivt i en russetting med så mange personligheter.



I en gruppe der en ønsker fri deltakelse av alle, uten lederskap, bør denne bestå av færre enn 8 personer. Nevnte undersøkelser viser at den absolutt optimale gruppen er på 6 personer.

De fleste pasientene har som studien om komorbiditet viser, flere psykiske tilleggslidelser som for eksempel angst og depresjon (over 90% faktisk). Spesielt ved angstlidelser er små trygge settings viktig.

Jeg velger derfor å lage 3 bofellesskap, der det blir 2 grupper på 7 pasienter og en gruppe på 6 pasienter

**Oppdeling i kjønnsspesifikke grupper**

Når det snakkes om rusbehandling, behandles feltet tradisjonelt kjønnsløst. Dette har dog fått kritiske røster til å melde seg, bl.a. psykolog og klinikkssjef ved Bergensklinikkene, Kari Lossius (informasjonssenter for kjønnsforskning, web8). Hun argumenterer for at det ikke har vært fokus på at kvinnelige og mannlige pasienter kan ha ulike behov. For en kvinne kan det å ha et rusproblem komme i konflikt med hennes ideal om å være en kvinne, hvorfor det kan være betydningsfullt å skjerme kvinnene fra unødvendig stigmatisering. Kvinner har, ifølge Lossius (ibid.), også ofte forventninger om at det er et røft miljø på behandlings-sentrene, hvilket kan forhindre dem i å ta kontakt. Når kvinnene endelig oppsøker hjelp har mange alvorlige psykiske og fysiske lidelser. Man kommer ikke bort fra faktumet at kvinner og menn som regel oppfører seg forskjellig i grupper og som Lossius har erfart, så er det forskjell på kommunika-sjonen i kvinnegrupper (ibid.).

Det er noen få undersøkelser fra USA og Norge som bl.a. viser at når man tilrettelegger for kvinner blir de lengre i behandling. På en klinikk i Bergen er all behandling kjønns-spesifikk; Både på avrusning, ved innleggelse og i poliklinikken er gruppene kjønnsdelt. Erfaringen er at de har lavere drop-out enn før. Det kan være flere grunner til dette. Mange av de problemstillinger disse kvinnene kommer med er relatert til menn. Ifølge Lossius er 60 prosent av kvinnene som er i behandling, traumatiserte etter vold og seksuelle overgrep, hvilket er av stor betydning hvis de skal bo og oppholde seg på samme arealer som menn (ibid.). En annen faktor er det sosiale – mange av kvinnene har manglet relasjoner til andre kvinner. Og ikke minst kan kjønns-spesifikk behandling hjelpe med å holde fokus på behandlingen og unngå de seksuelle spill som kan følge med blandede grupper (ibid.).

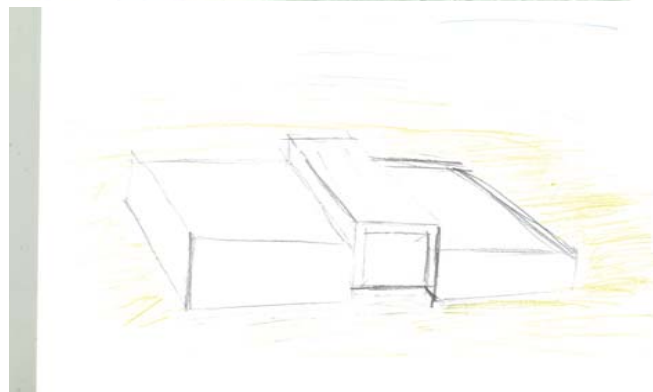
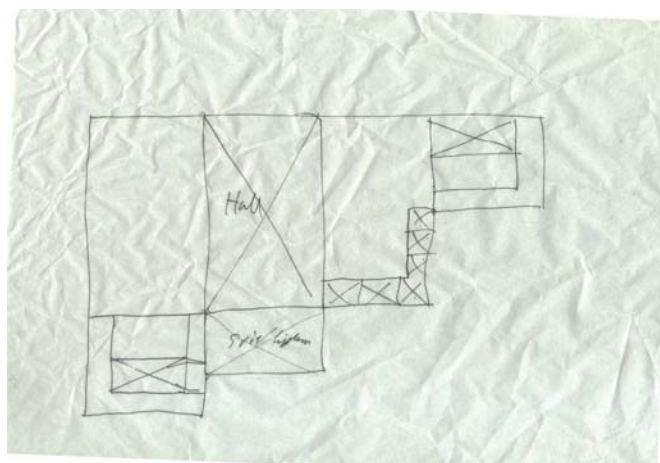


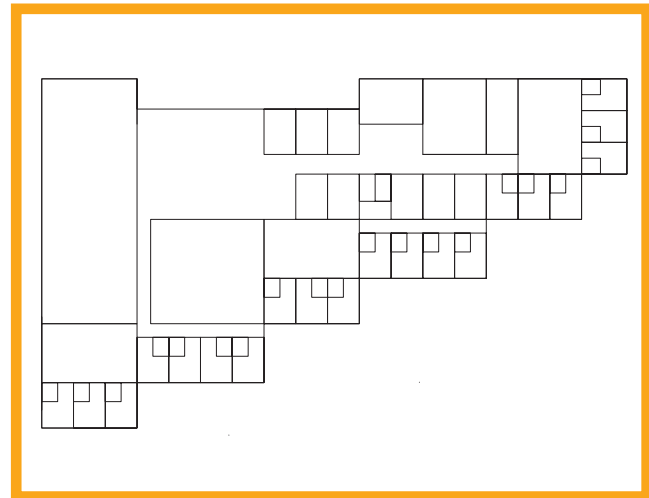
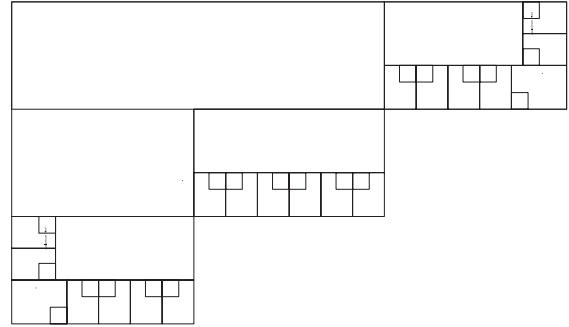
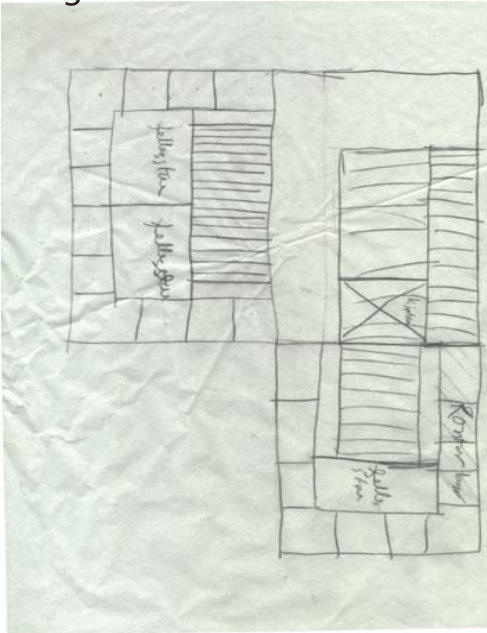
Skitsering

Visjonen for layout et av bygningen er å gi utsikt til alle pasientrommene, der det legges opp til tre bofellesskap. Bofellesskap skal fremstå som individuelle "bokser" i fasaden, en kan her trekke en metafor til en by.

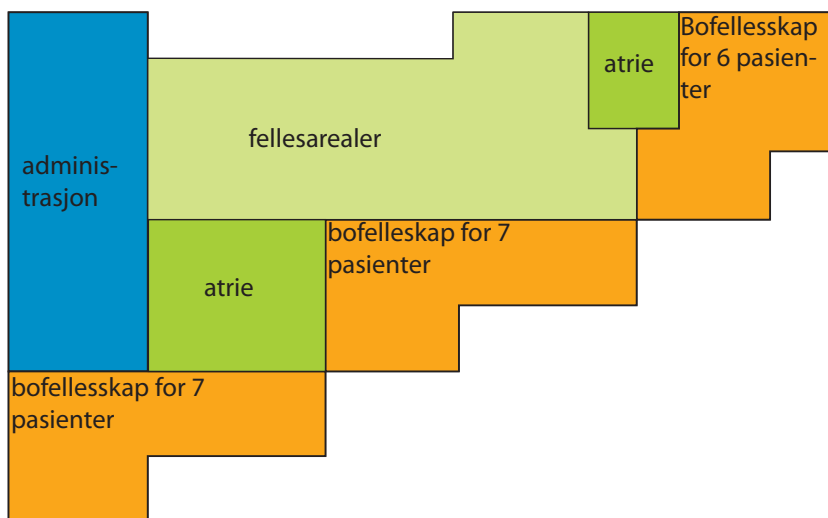
Bygningen ligger på en topp, og det har her vært utfordrende å oppfylle kriteriene for utsikt, gruppeoppdeling, samt hvordan bygningen forholder seg til landskapet.

Det ønskes å utfordre designet av bygningen så den ikke skal fremstå som en institusjon, men likevel oppfylle kravene som stilles for å drive effektiv behandling.

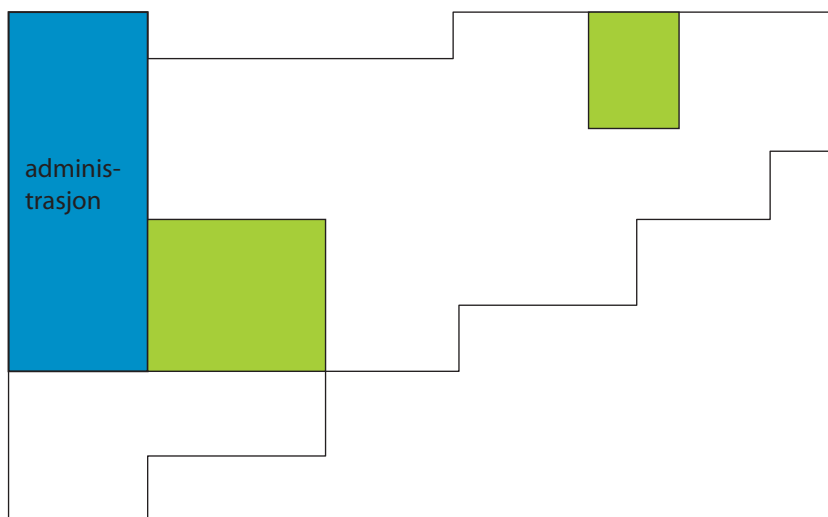




38 Konsept



stueplan



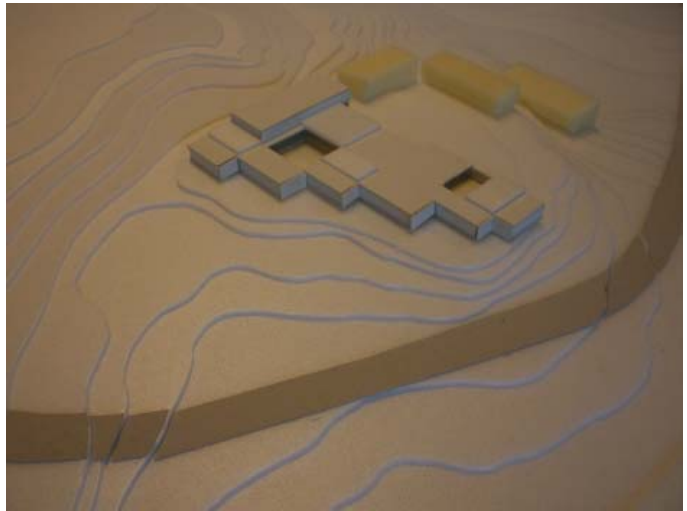
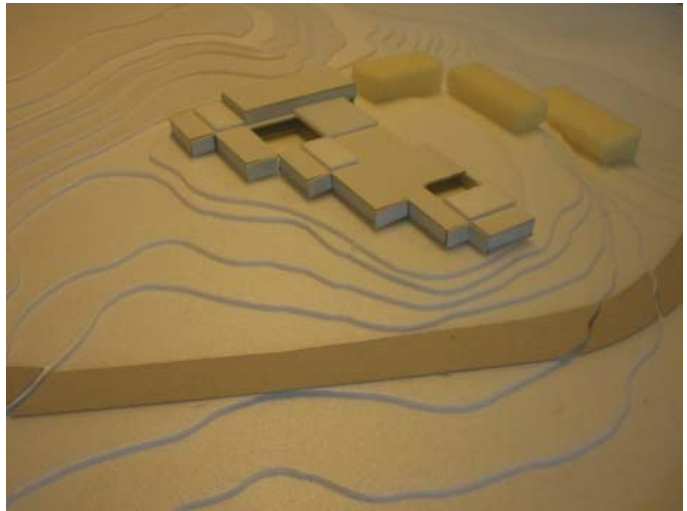
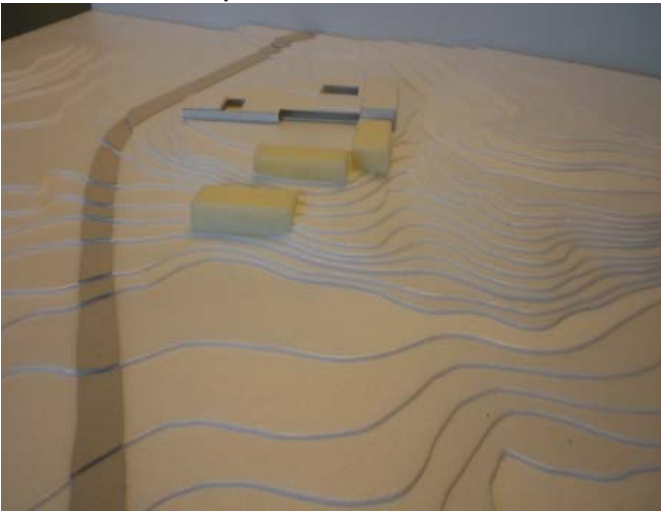
1. sal

Konseptet består i en bygning på en flate med unntak av adminisrasjonsdelen som går over to plan. På sydsiden følger bygningen terrenget på en harmonisk måte. Innhukket på nordsiden er ment som "kontakt" til det eksisterende behandlingssenteret som ligger på nordsiden av gårstunet.

Pasientrommene er fordelt på 3 bofellesskap. Bofellesskap består av 6 og 7 pasienter med felles stue med kjøkken. Det vil være adkomst til atrium fra bofellesskap. Adminisrasjonsdelen hvor det foregår behandling av pasientene er atskilt fra bo sonen, slik at når pasientene er ferding med behandlingen for dagen, får en følelse av "fri" / avkobling.



39 Landskapet

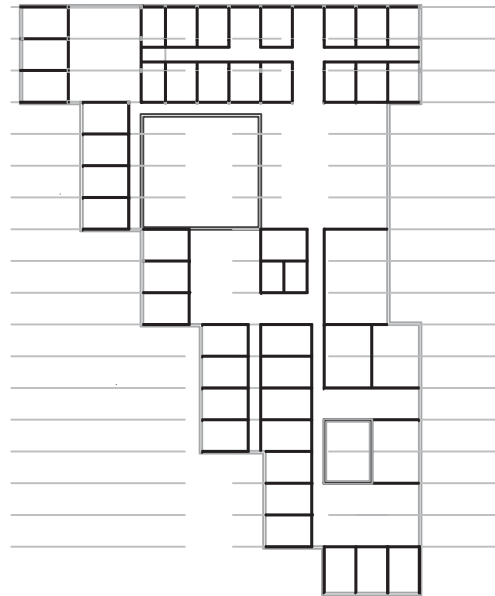


Byggegrunden ligger på en naturlig høyde i landskapet. Bygningen følger platået på en harmonisk måte. På syd og østsiden er det flott utsikt ut over landskapet, mens "bakgården" / tunet blir en mer beskyttet og intimt område. Det skapes en visuell kontakt til det eksisterende behandlingssenteret fra tunet.





Pasientene som legges inn på behandlingssenteret er mennesker som har "falt" utenfor samfunnet. Rusen har tatt kontroll over livet deres. I tillegg har flertallet flere psykiske lidelser i tillegg til rusmisbruket. Det er derfor viktig at behandlingssenteret blir en arena for ro og orden. Designet av bygningen kan være med å understøtte ro, orden og struktur ved integrert design. Det er derfor satt opp et modulsystem på 4,2 meter som er gjennomgående i hele bygningen. Synlige limtredragere vil ligge på modulsystemet og danne grunnlage for oppdelingen av de forskjellige rommene.





41 Integrert design



Bildene viser hvordan konstruksjonen blir en del av designet, altså integrert design.





42

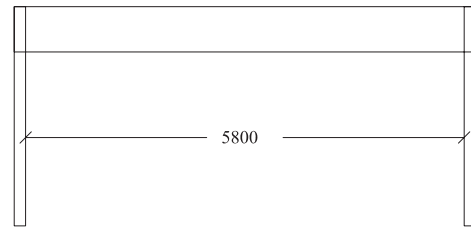
Konstruksjon

Limtredragerene er regnet ut ved hjelp av: Sintef Byggforsk kunnskapsystemer.

Prinsippet går ut på å beregne egenlast * lastfaktor + nyttelast * lastfaktor * lastbredde.

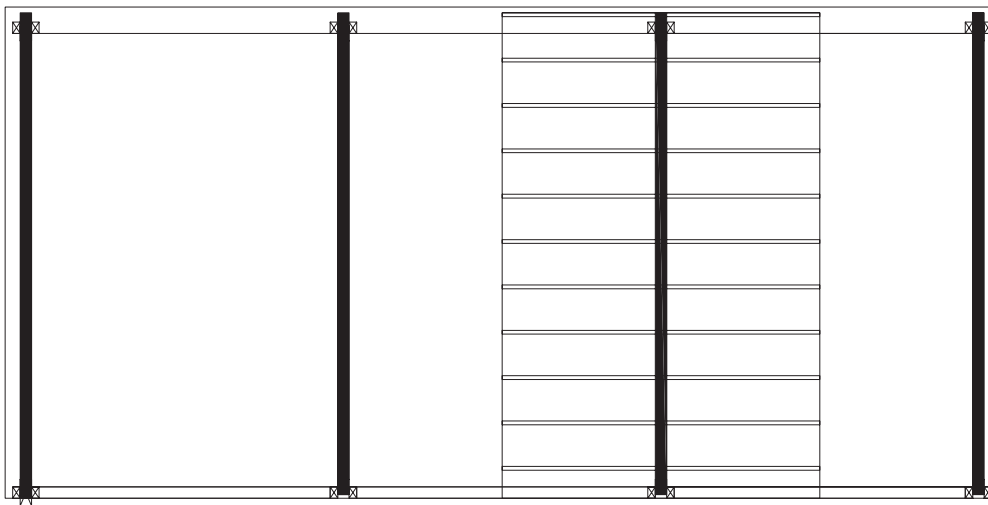
Når lastene er sumert og multiplisert med lastfeltet vet vi hvor mange kN bjelken blir utsatt for per meter. Tabellen bestemmer da dimensjonen på drageren.

Dimensjonering av drager over pasientrommene



M 1:100

Snittet viser hvordan drager og bjelker forholder seg mellom pasientrommene.



M 1:100

Tegningen viser 3 pasientrom i plan. Bæresystemet bestemmer oppdelingen av rommene. Lastene som drageren blir utsatt for er jevnt fordelt, og lastfeltet er markert



43 Konstruksjon

Membrantekning med asfalt underlagsbelegg,
klebeasfalt og asfalt, dekkmasse

0,40kNm²

Steinull, tunge plater 100mm

0.18kNm²

Steinull, standard lett bygningskvalitet

0.06 kNm²

Trebjelkelagskonstruksjon

0.5 kNm²

Gran/furu, fasthetsklasse til og med T 30 (C 30)

Innvendig kledning

0.1 kNm²

Totalt

1.24kNm²

Nyttelast/ snølast

2.5kNm²

Egenlast x lamda+ nyttelast x lamda

$$=1.24 \times 1.2 + 2.5 \times 1.5$$

=

5.24kNm²

x bredden på lastfeltet

$$=5.24 \times 4.2$$

22kNm²

Dimensjon mm x mm	Spennvidde (m)																	
	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5	6,0	6,5	7,0	7,5	8,0	8,5	9,0	9,5	10,0	
100 x 200	22,6	11,6	6,7	4,2	2,8	2,0	1,4	1,1	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	
100 x 280	41,7	31,8	18,4	11,6	7,8	5,5	4,0	3,0	2,3	1,8	1,4	1,2	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	
100 x 400	59,5	47,6	39,7	33,8	22,6	15,9	11,6	8,7	6,7	5,3	4,2	3,4	2,8	2,4	2,0	1,7	1,4	
100 x 480	71,4	57,1	47,6	40,8	35,7	27,5	20,0	15,1	11,6	9,1	7,3	5,9	4,9	4,1	3,4	2,9	2,5	
120 x 200	27,2	13,9	8,1	5,1	3,4	2,4	1,7	1,3	1,0	0,8	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	
120 x 280	50,0	38,2	22,1	13,9	9,3	6,5	4,8	3,6	2,8	2,2	1,7	1,4	1,2	1,0	0,8	0,7	0,6	
120 x 400	71,4	57,1	47,6	40,6	27,2	19,1	13,9	10,5	8,1	6,3	5,1	4,1	3,4	2,8	2,4	2,0	1,7	
120 x 520	92,8	74,3	61,9	53,0	46,4	41,3	30,6	23,0	17,7	13,9	11,1	9,1	7,5	6,2	5,2	4,5	3,8	
120 x 600	107,1	85,7	71,4	61,2	53,6	47,6	42,8	35,3	27,2	21,4	17,1	13,9	11,5	9,6	8,1	6,8	5,9	
140 x 200	31,7	16,2	9,4	5,9	4,0	2,8	2,0	1,5	1,2	0,9	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	
140 x 280	58,3	44,5	25,8	16,2	10,9	7,6	5,6	4,2	3,2	2,5	2,0	1,6	1,4	1,1	1,0	0,8	0,7	
140 x 400	83,3	66,6	55,5	47,3	31,7	22,3	16,2	12,2	9,4	7,4	5,9	4,8	4,0	3,3	2,8	2,4	2,0	
140 x 520	108,3	86,6	72,2	61,9	54,1	48,1	35,7	26,8	20,6	16,2	13,0	10,6	8,7	7,3	6,1	5,2	4,5	

Tabellen viser da en drager på 120 x 600mm er tilstrekkelig.

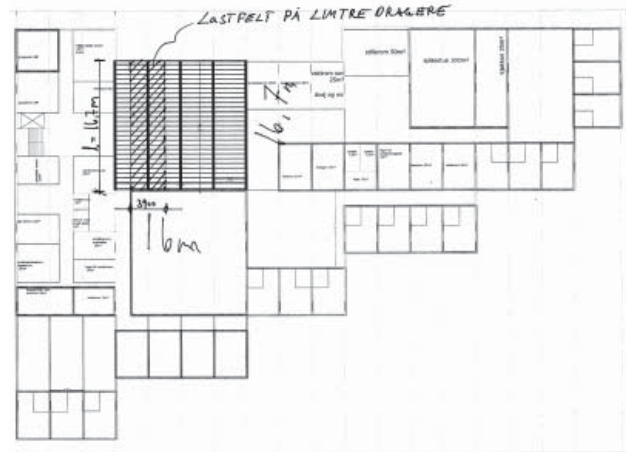
Nødvendig oppleggsareal blir $22 \times 5.54 : 2 = 61$ kN

Figur 24b viser at det blir nødvendig med 20 000mm² opplegg

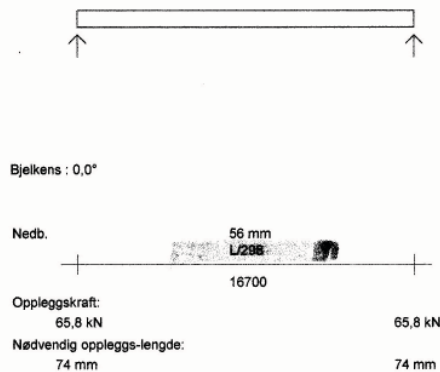
Dvs at en søyle på 180 x 120mm vil være tilstrekkelig.

44 Konstruksjon

For det største rommet i bygget blir det et fritt spenn på 16.7m. Dimensjoneringstabellene til Sintef Byggforsk Kunnskapssystem har ikke så store dimensjoner. Det er derfor benyttet et dimensjoneringsprogram "Tre Dim" for å bestemme dimensjonen for de lengste dragerene.



215 x 810 LIMTRE
L = 16,70 meter



SNITTKREFTER:	KAPASITET.	OPPTREDENDE.	UTNYTTELSE.
Moment :	559,6 kNm	274,8 kNm	49,1 %
Skjærkraft :	230,3 kN	65,8 kN	28,6 %

BEREGNINGSREGLER:
NS 3470-1 5. utg -NS 3470-2 1. utg - NS 3472 2. utg - NS 3491 1. utg - NS 3490 2. utg

TRE-DIM Versjon 8.0 BJELKE TRE-KONSTRUKSJONS DIMENSJONERING

- er programmert av Ingeniør Ingvar Skarvang

Materialfaktor: 1,21
Pålitlighetsklasse: 1
Lastvarighetsklasse: A
Klimaklasse: 2
Kategori: A

Nyttelast etg.skille 2,00 kN/m²
Egenlast etg.skille 0,60 kN/m²

JEVNT FORDELT LAST PÅ DRAGER:

NYTTELAST : 4,000 kN/m
EGENLAST : 2,070 kN/m
BRUDDLAST : 7,884 kN/m

TRE-DIM BJELKEBEREGNING
Dato : 01.05.2009 Tid: 20:43:38

Limtre Dragere under Bjelkelag
Spennvidde l= 16,7m

Registrert bruker : E.E

Programmet viser at en limtre drager på 215 x 810mm er tilstrekkelig

45 Lys

Ulike synsoppgaver setter ulike krav til belysningen, og behovet for lys vil således variere avhengig om en skal arbeide eller hvile og koble av. Høyt lysnivå alene er ikke tilstrekkelig for å få god belysning, lyset må også bl.a. gi god fargegjengivelse, ikke gi sjenerende blending, og bidra til et godt estetisk inntrykk.

Det vi ser, er kontraster skapt av nivåforskjeller og fargeforskjeller som oppstår når noe belyses. Uten skygger og kontraster er det vanskelig å se formen på gjenstandene. Hvis belysningen er slik plassert og dimensjonert at det blir en ensartet belysning over hele rommet, vil rommet gjerne virke ensformig og utrivelig. Variert belysning gjør rommet mer levende

sintef byggforsk kunnskapssystem

Fellesrom

Det er ønskelig at fellesrommene skal skille seg ut fra de andre rommene, både fra utsiden av bygget og fra innsiden. Det avprøves derfor å løfte taket på fellesrommene slik at det muliggjør vinduer i den øvre del av vegg. Jeg har her latt meg inspirere av Sverre Fehn som var veldig flink til å få konstruksjonen og lyset til å smelte sammen med designet.



Villa Schreiner av Sverre Fehn



Villa Schreiner av Sverre Fehn



Villa Schreiner av Sverre Fehn

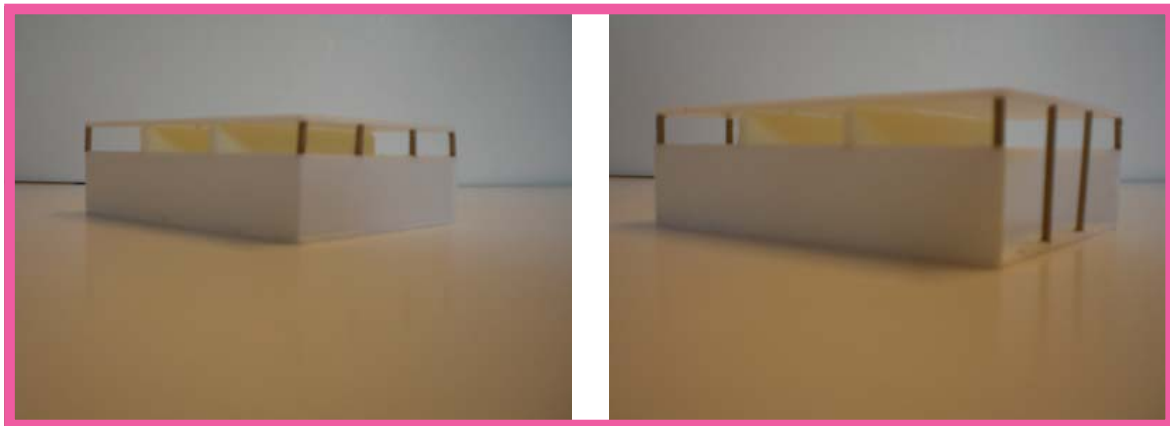
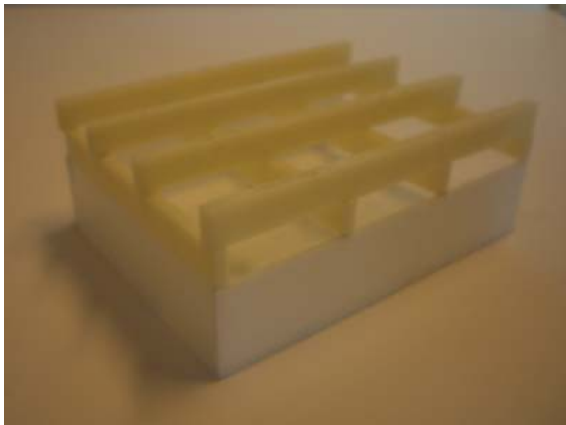
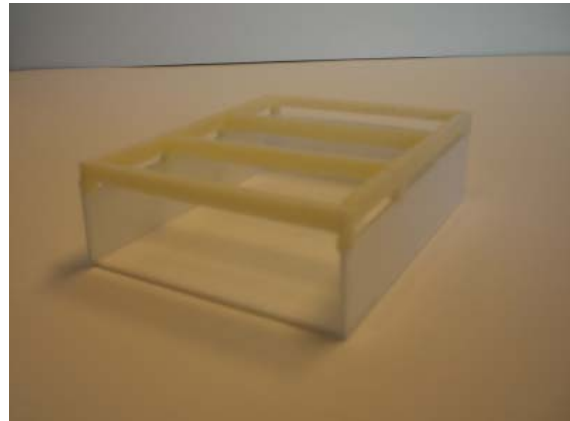


1964 Dysthe Sverre Fehn



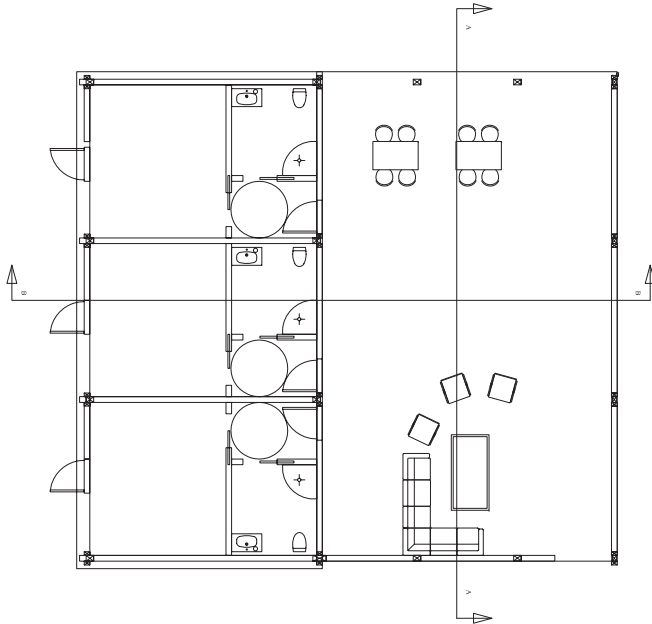
46 Lys

Flere prinsipper ble testet ut. Målet var å trekke inn lys fra minst 3 vegger. Det endte opp med et prinsipp hvor to hoveddragere på 150 x 1000mm ligger på modulmål i midten av rommet, og to mindre dragere på 150 x 300 som plasseres i bjelkelag ut mot det fri.



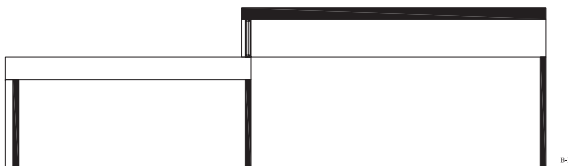
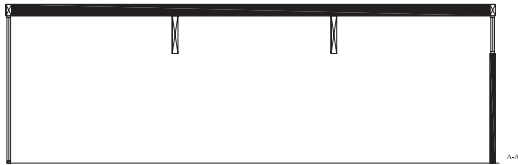


47 Lys



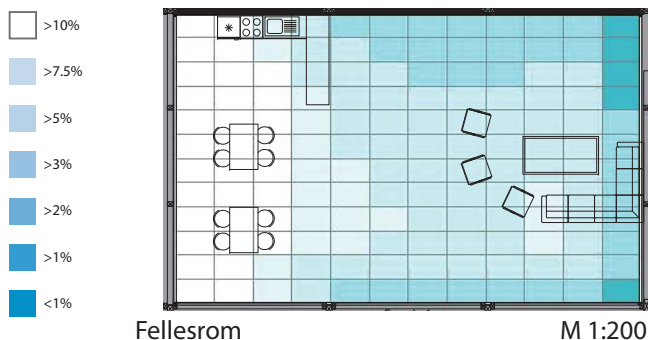
Størrelsen på drageren over fellesrommet bestemmer hvor sort vindu som vil bli plassert i toppen av veggene til tak. Det velges derfor å overdimensjonere drageren for å få tilstrekkelig med lys inn i rommet. Over, på tvers av dragerene blir det bjelkelag på c/c 600 mm. Det vil også komme bjelkelag over pasientrommene, men her legges bjelkelaget mellom dragerene.

Dragerene på 150 x 1000 mm for fellesrommet legges direkte oppå drageren for pasientrommene. Høydeforskjellen mellom rommene blir naturlig og konstruksjonen lett leselig.

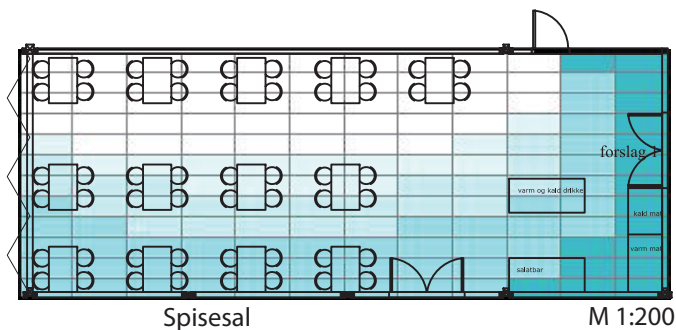


48 Lys

Det er gjort beregninger i Dial Europe for å undersøke lysforholdene i de forskjellige romene. Dagslysfaktoren i de forskjellige rommene oppfyller det oppsatte krav.

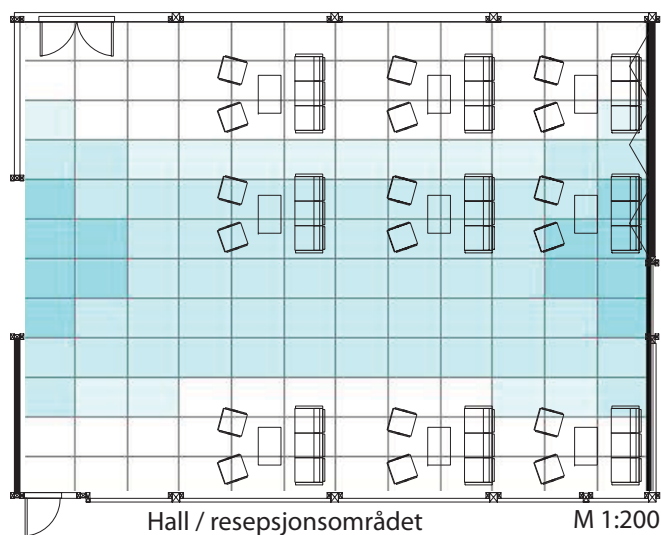


Fellesrommet for boliggruppen ligger vegg i vegg med administrasjonsdelen og får derfor "kun" lys fra tre sider. Fasaden mot vest har en glassflate som dekker hele vegg. Øst og syd veggene får en vundusflate fra taket og ned en meter. Fellesrommet har kjøkken for mindre tilstelning og vil også virke som TV stue. Fellesrommet er hovedsakelig for de 7 pasientene som tilhører bofellesskap



Spisesalen har en rektangulær form som tillater stort vindusareal. Nordveggen får en glassfasade som trekker lys inn i rommet. Sydveggen som grenser til koridoren, får vindu i toppsjiktet for å lyse opp gangen.

Den rektangulære formen er en god modell for spisesalen, siden flertallet ønsker å sitte nær vinduet når de spiser.



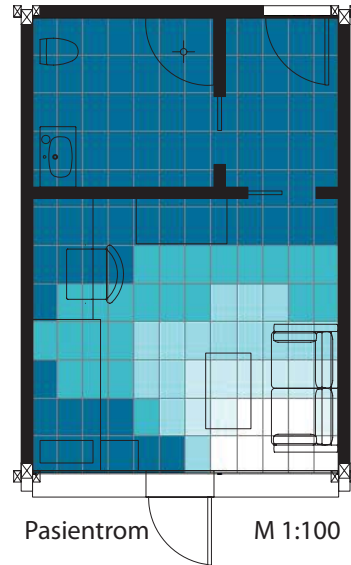
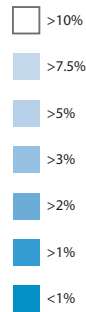
Hall, resepsjonsområdet. Det er her hovedinngangen er, og det første man møter når en entrer bygningen. Rommet blir gjennomlyst ved at nord og sydveggen har en glassfasade. Dette er det største rommet i bygget, og det er lagt tilrette for flerbruksmuligheter. Det vil bli mulig å åpen deler av fasaden til atrium på en varm sommerdag, og vegg til spisesalen kan åpnes ved større tilstelninger.

Rommet vil også virke som en møteplass for pasienter på tvers av bofellesskapene.

Dybden på rommet er redusert fra 16.7m til 12.6 m for å bedre lysforholdet.



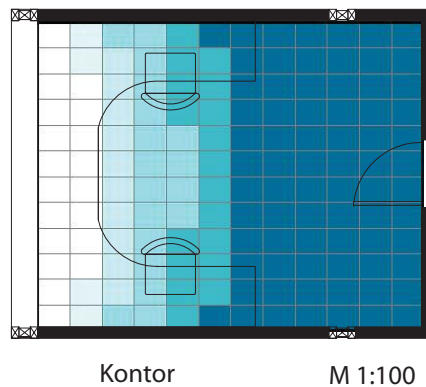
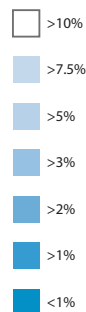
49 Lys



Pasientrommene får et vindu på 1.5m i sydfasaden som går fra gulv til tak. Vinduet er plassert slik at den flukter med "ytterdøra", dette for å trekke lyset inn i entreen. Resterende del av sydveggen vil kun få vindu i toppen av veggen (0.5m).

Begrunnelsen for valgt løsning er å dele rommet opp i to soner, en med utsyn / innsyn og en mer lukket, privat sone.

Pasientene har også adkomst direkte ut til detfri fra rommene.



De fleste kontorene har fasade til vest. Vinduet vil få en brystning på 0.9m. Høyden er 1.4m og horisontalt fyller det hele veggen.





50

Energiberegning

Det er valgt å beregne energiforbruke for hele bygningen under ett. Det er gjort i Month Average Calculation. Programmet beregner varmetap gjennom de forskjellige bygningsdelene og tilført energi i form av solvarme gjennom vinduene. Programmet tar også stilling til hvorvidt bygningen er i stand til å holde på varmen i form av valgte matrialer. Tunge matrialer som betong holder bedre på varmen enn tre.

Det mest interessante er hvilken innvirkning de store vindusflatene har på energiberegningen. Beregningen viser at bygningen er innenfor lavenergiklasse 2, og ingen energi til nedkjøling.

Resultat

Energy consumption for heating pr m ² floor area, kWh/m ² år	43.7
Energy consumption for cooling pr m ² floor area, kWh/m ² år	0.0
Total energy consumption pr m ² floor area, kWh/m ² år	43.7

Til sammenlikning

Energy frame, dwellings	70.5 kWh/m ² år
Low energy class 2	50.4 kWh/m ² år
Low Energy class 1	35.3 kWh/m ² år



51 U - verdi

Det norske regelverke krever at U-verdien for de følgende bygningsdelene ikke overstiger:

U-verdi yttervegg: 0,18 W/m²K

U-verdi tak: 0,13 W/m²K

U-verdi gulv på grunn og mot det fri: 0,15 W/m²K

U-verdien er beregnet ut fra tabeller i Sintef byggforsk kunnskapssystem.

Yttervegg

Den valgte konstruksjon for yttervegg blir en stendervegg med 200mm + 50 mm isolasjon, med Isolasjonens varmekonduktivitet, λ W/(mK) 0,037. Valgte løsning tilfredstiller regelverkets krav til U - verdi på 0.18/m²K

Tak

Takkonstruksjonen krever en isolasjonstykkelse på 300 mm med Isolasjonens varmekonduktivitet, λ W/(mK) 0,037. flatt tak isolert med 300 mm isolasjon svarer til en U-verdi på 0.13 W/m²K

Stenderdimensjon, d mm	Isolasjonens varmekonduktivitet, λ W/(mK)			
	0,034	0,037	0,040	0,043
36 x 73	0,47	0,50	0,52	0,55
48 x 73	0,50	0,52	0,54	0,57
36 x 98	0,37	0,39	0,41	0,43
48 x 98	0,39	0,41	0,43	0,45
36 x 123	0,31	0,33	0,34	0,36
48 x 123	0,32	0,34	0,36	0,37
36 x 148	0,26	0,28	0,29	0,31
48 x 148	0,28	0,29	0,31	0,32
36 x 173	0,23	0,24	0,26	0,27
48 x 173	0,24	0,26	0,27	0,28
36 x 198	0,20	0,22	0,23	0,24
48 x 198	0,22	0,23	0,24	0,25
36 x 223	0,19	0,20	0,21	0,22
48 x 223	0,20	0,21	0,22	0,23
36 x (148 + 98)	0,17	0,18	0,19	0,20
48 x (148 + 98)	0,18	0,19	0,20	0,21
36 x (148 + 148)	0,14	0,15	0,16	0,17
48 x (148 + 148)	0,15	0,16	0,17	0,18

52 Lydkrav

Det er viktig med god lydisoleringen mellom de forskjellige rommene slik at aktivitet i det ene rommet ikke er til sjanse for andre rom.

Regelverket stiller krav til lydisolasjon mellom de forskjellige rommene. Tabellen nedenfor er hentet fra Sintef Byggforsk Kunnskapssystem. Behandlingssenteret går inn under kategori: Sykehus og pleieanstalter. Det velges: Minste verdi for R'w 52db.

Valgt løsning for innervegger er hentet fra Danogips. Det er en lettvegg bestående av 95mm U-profil, isolert med glassuld og med to lag 12.5mm gips på begge sider. Denne veggtypen svarer til R'w 52db.

Den totale veggtykkelsen blir på 145mm. Limtredrageren over pasientrommene ble beregnet til 120 x 600 mm. Det er ønskelig at limtredrageren har lik, eller større bredde enn lettveggen som møter drageren. Det velges derfor å øke bredden på drageren fra 120 mm til 150 mm.

Bygningskategori	Rombeskrivelse/situasjon	Minste verdi for R'w dB
Boliger	Mellom boenheter innbyrdes og mellom boenheter og fellesarealer/felles gang/trapperom o.l.	55
	Mellom boenheter og nærings- og servicevirksomhet, fellesgarasje o.l.	60
Skoler	Mellom to klasserom og mellom klasserom og fellesarealer/fellesrom samt mellom samtalerom/personalrom og felles gang uten dørforbindelse	48
	Mellom klasserom og fellesgang/korridor med dørforbindelse	34
Spesialrom i skoler og andre bygninger til undervisning	Mellom musikkrom, formingsrom, rom for kroppsøving o.l. og andre klasserom/fellesarealer	60
	Mellom spesialrom som nevnt ovenfor og fellesgang/korridor med dørforbindelse	50
Barnehager og fritidshjem	Mellom rom for søvn og hvile/samtalerom/personalrom og andre fellesrom/arealer uten dørforbindelse	48
	Mellom rom som foran og andre fellesrom/arealer med dørforbindelse	34
Sykehus og pleieanstalter	I sykehus mellom sengerom samt mellom sengerom og fellesarealer/fellesrom/trapperom o.l. uten dørforbindelse	48
	I pleieanstalter mellom senge- eller beboerrom samt mellom senge- eller beboerrom og fellesarealer/fellesrom/trapperom o.l. uten dørforbindelse	52
Overnattingssteder	Mellom gjesterom innbyrdes, samt mellom gjesterom og fellesarealer/fellesrom/trapperom o.l.	52
	Mellom gjesterom og rom for nærings- og servicevirksomhet, garasjer o.l.	60
Kontorer	Mellom kontorer innbyrdes samt mellom kontorer og fellesarealer/felles gang/korridor uten dørforbindelse	(37) ¹⁾

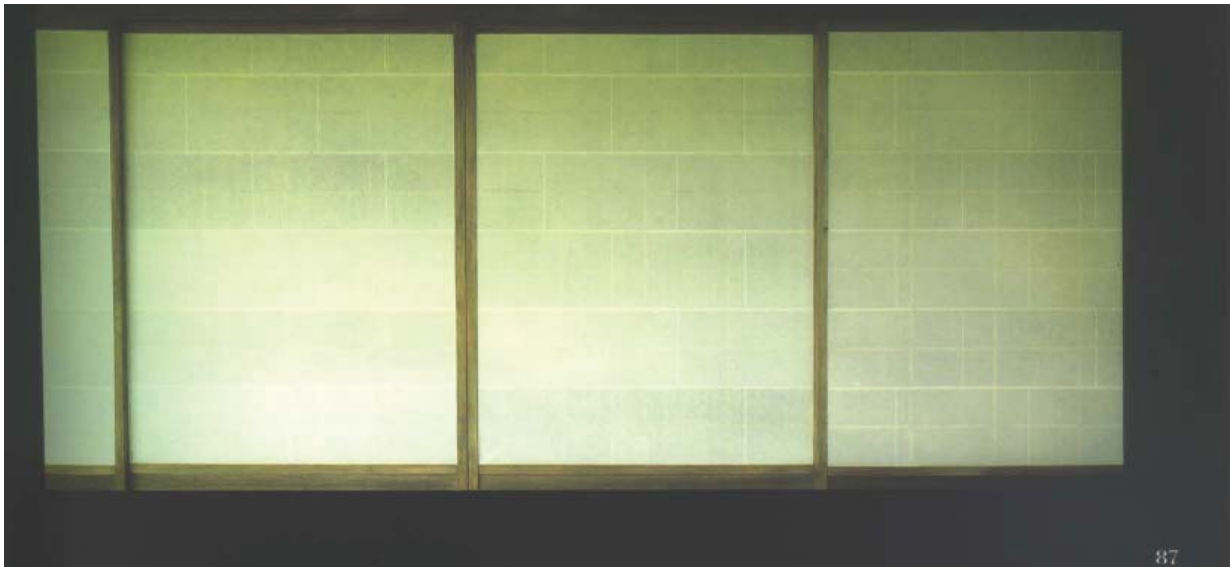


53

Japansk tilnærming

Designet av bygningen er inspirert av Japansk arkitektur der en trekonstruksjon med stolper og bjelker blir utfyllt med lettvegger av tynne plater. Konstruksjonen er satt i system, åpen, med en klarhet for det bærende systemet. Det utstråler en ro og trygghet som kan være fordelaktig for mennesker som vil ut av rusen.

Det kan også trekkes paralleller til det Japanske ved at hagen blir intimt forbundet med bygningen i form av atrium.



87



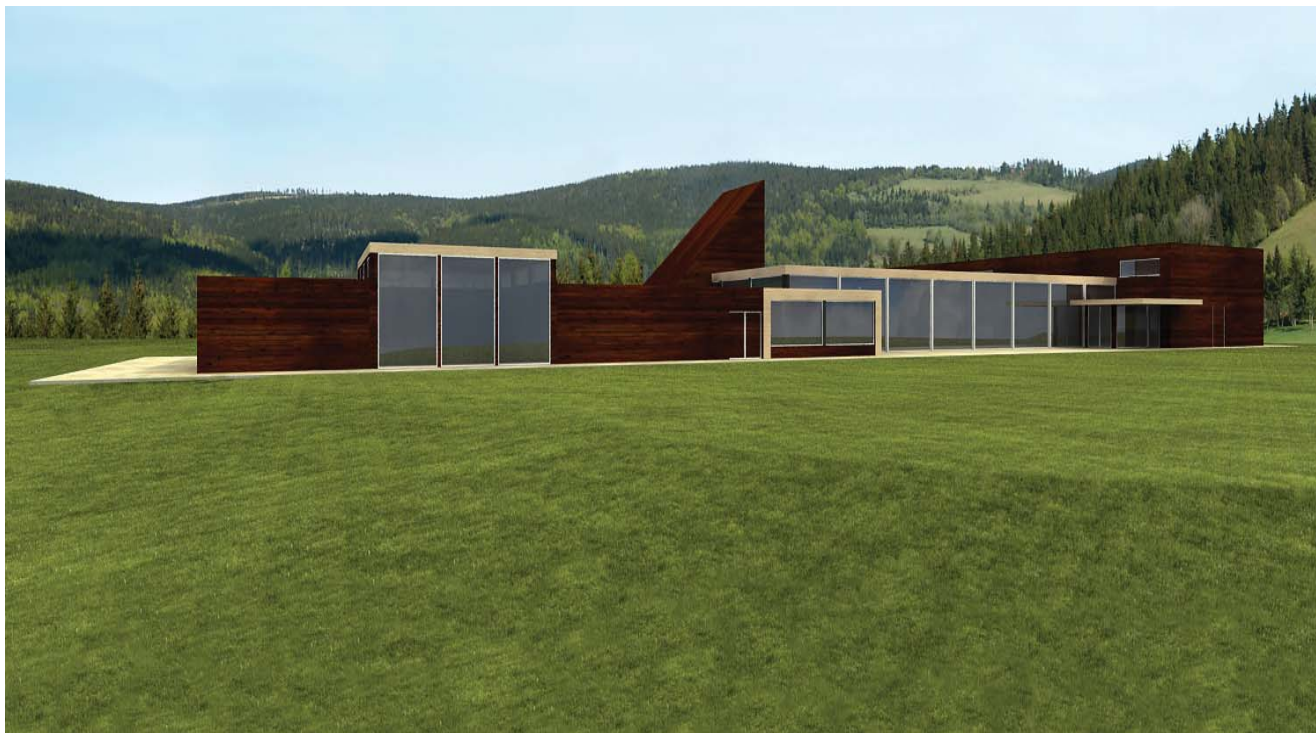


Presentasjon





55
Nord





56
Syd Vest





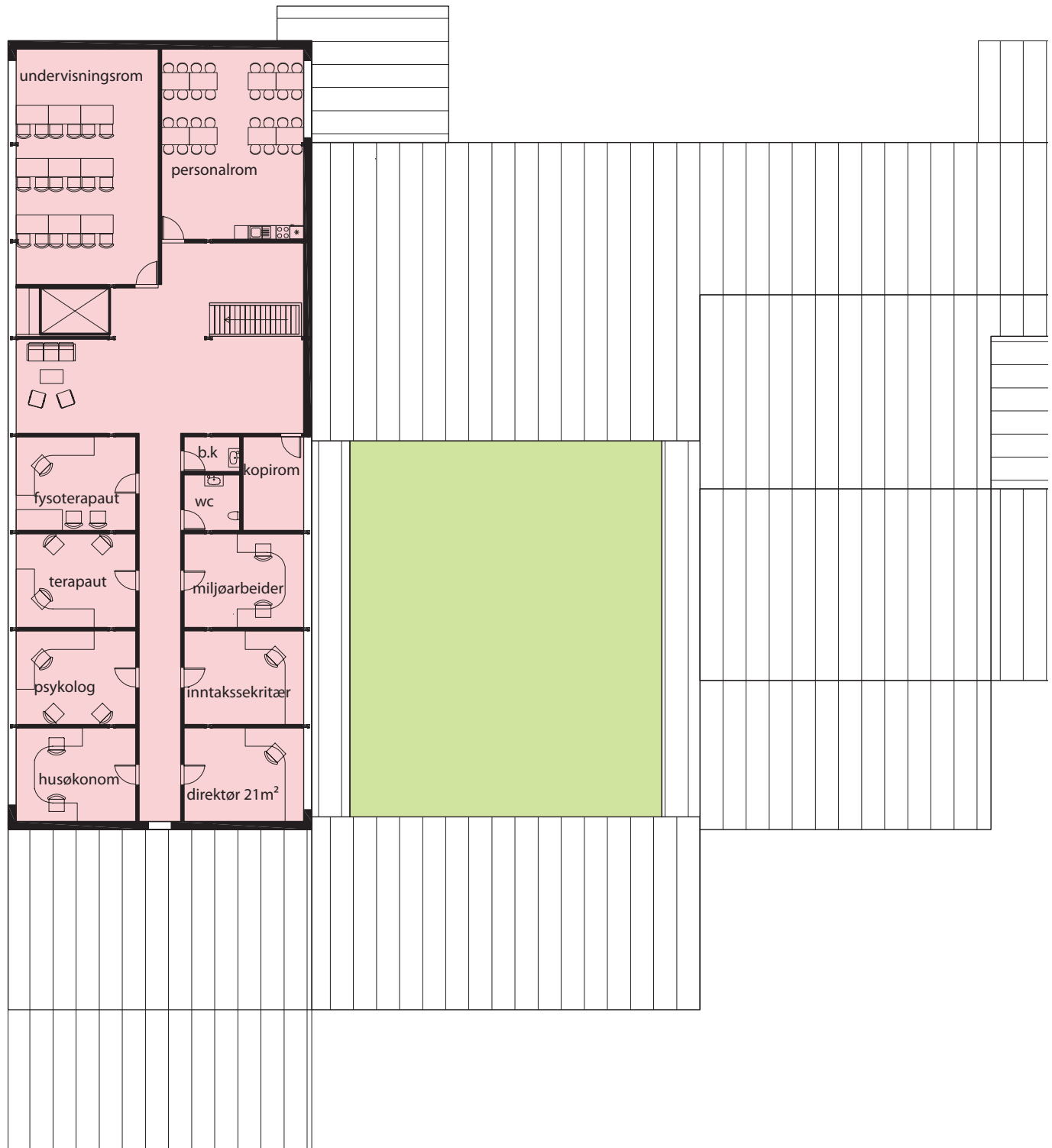


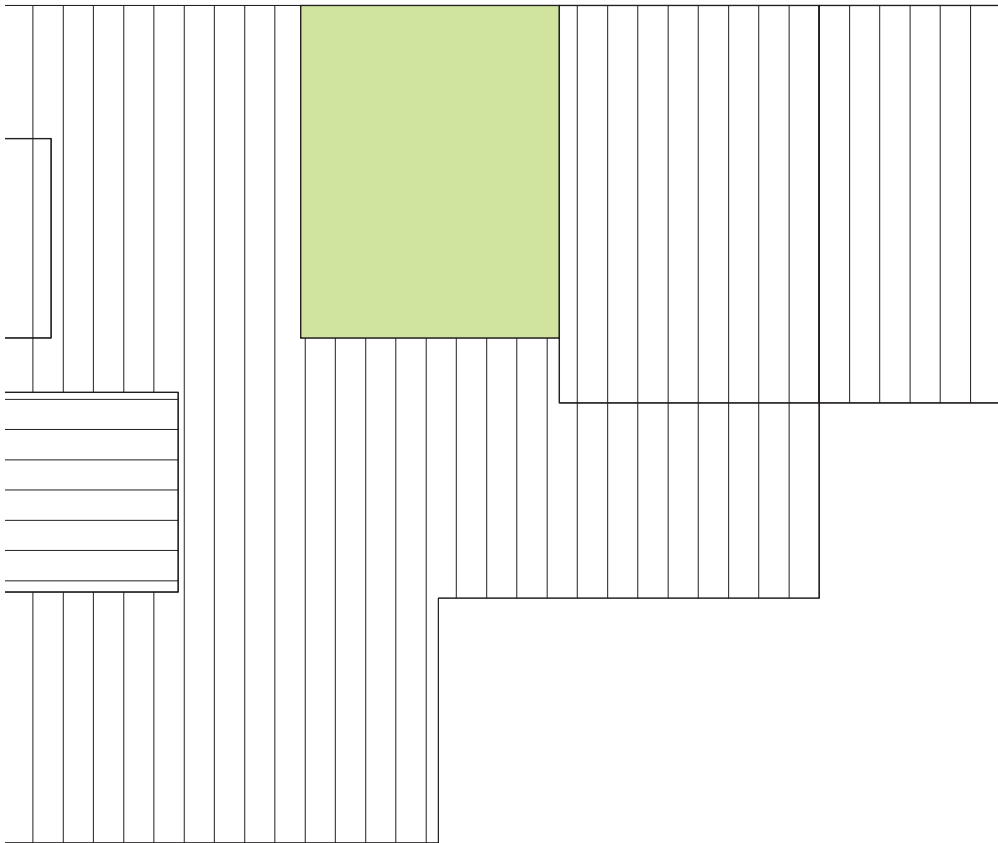




60

1. Sal 1:250

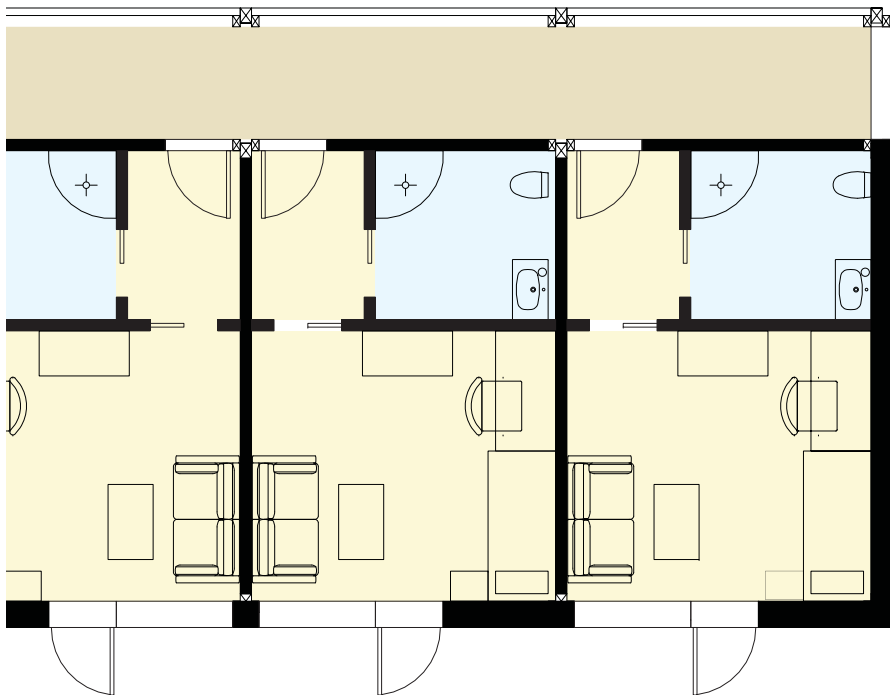






62
Bofelleskap for 7 pasienter





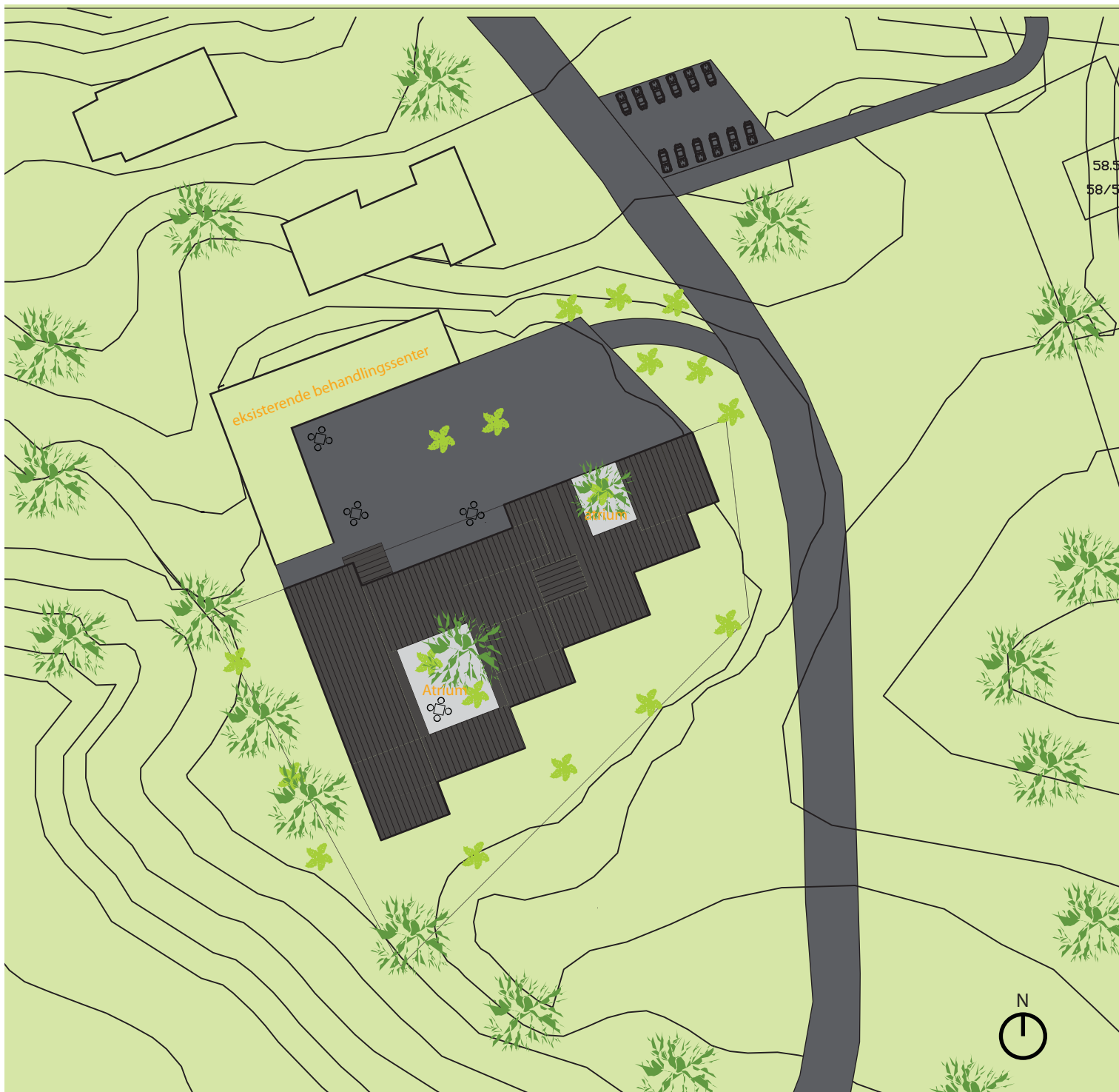
Det er tre bofellesskap i bygningen. Vist ovenfor er bofellesskap vest i bygget. Hver pasient har eget rom med dusj og wc. Oppholdsrommet i pasientrommet er oppdelt i to soner, en åpen ut mot det fri i form av en stor glassfasade, og en mer lukket og privat. Det store vinduet i fasaden står parallelt med inngangsdøren for å lyse opp entreen. Det er atkomst ut til det fri fra alle pasientrommene. Pasientene går igjennom fellesrommet for å komme inn til sitt private rom. Fellesrommet benyttes

primært av de pasientene som tilhører bofellesskap et. På grunn av at gruppen ikke er så stor vil pasientene hurtig lære og kjenne hverandre og bli en "familie"

Det er ønskelig at pasientene skal få en følelse av å være hjemme når de oppholder seg i bo felleskapet. Her kan de lage mat når det passer dem, ha sosialt samvær med de andre i bofellesskapet eller trekke seg tilbake på pasientrommet hvor det er helt privat.



64
Situasjonsplan 1:1000



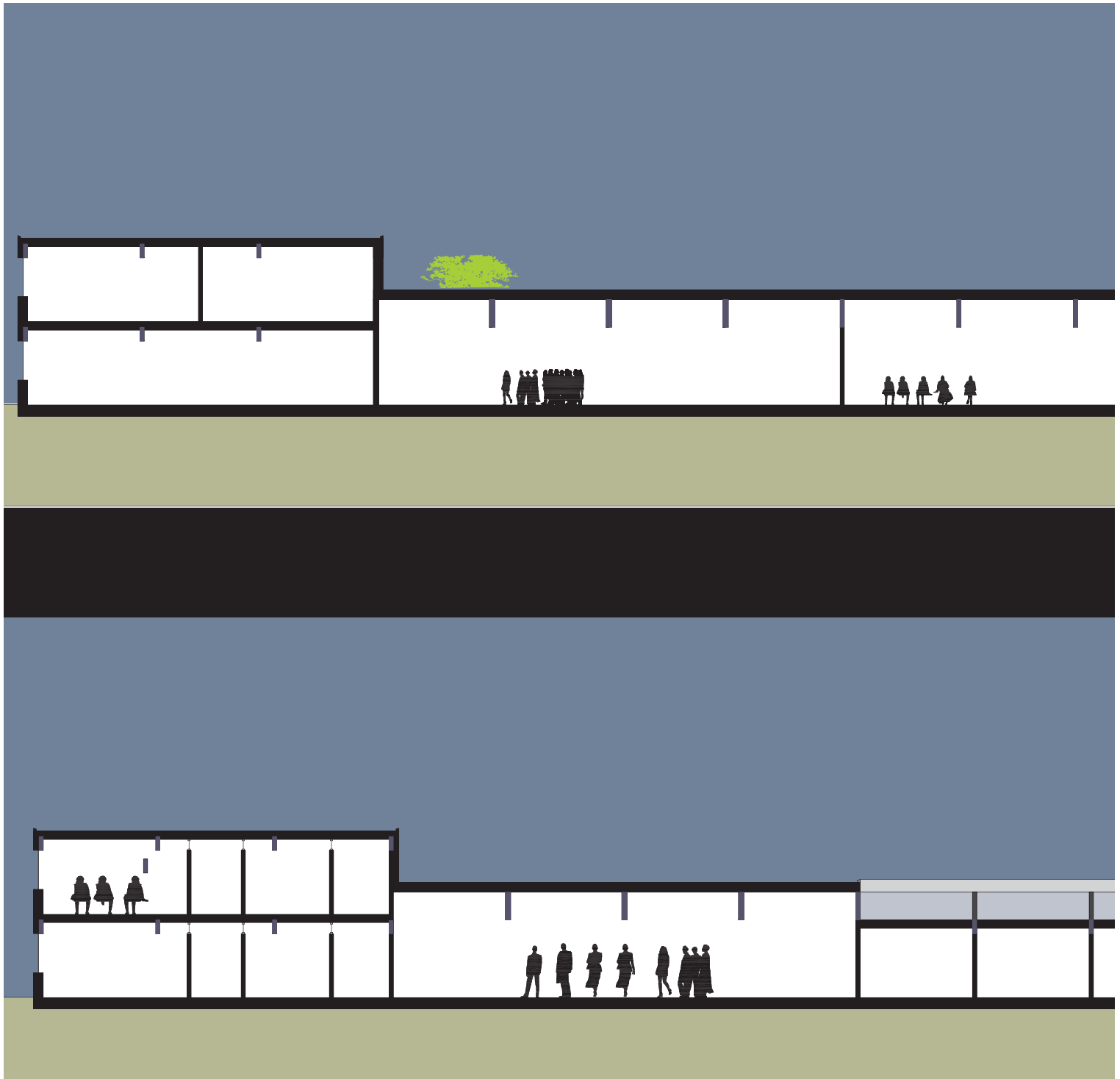


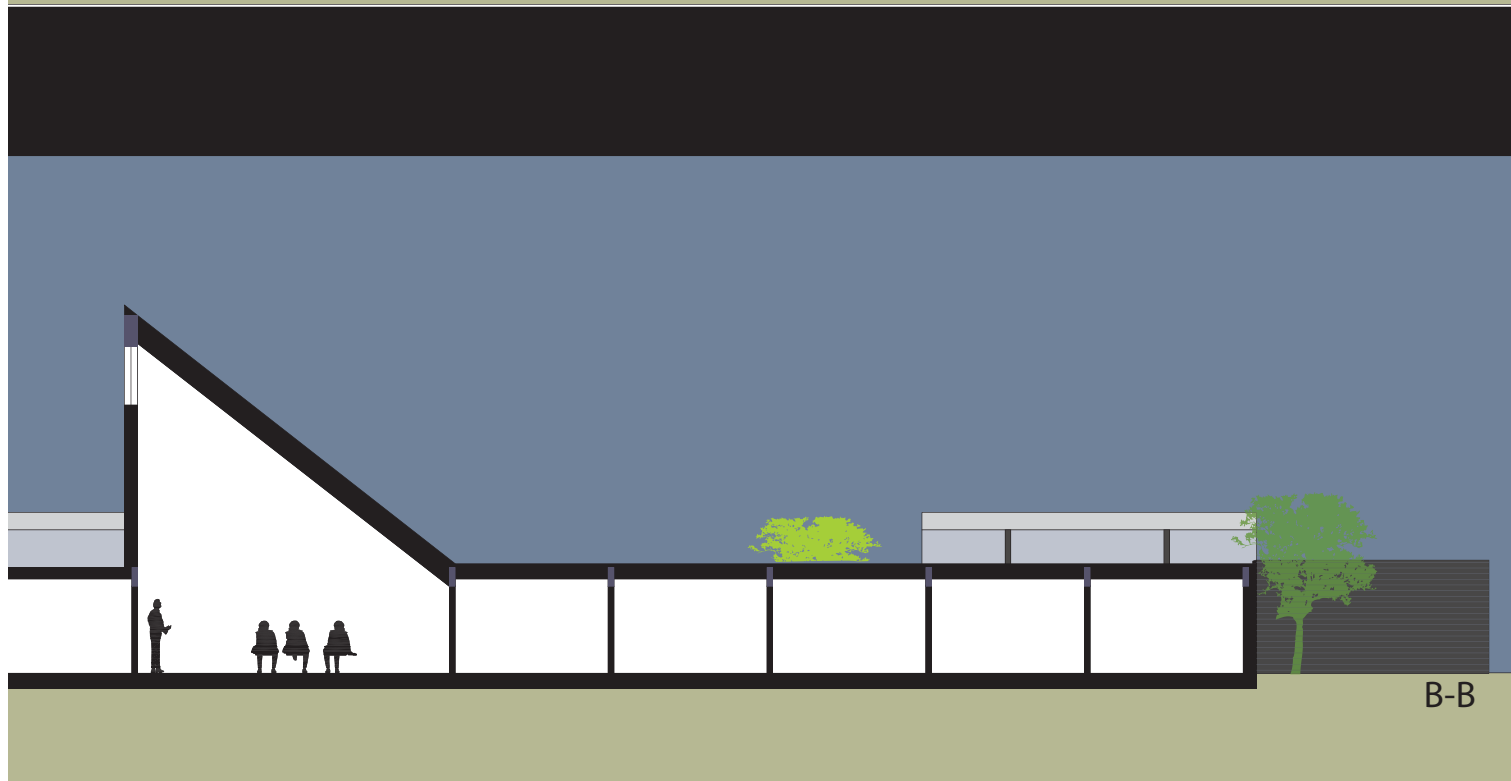
65
Snittindikator 1:500





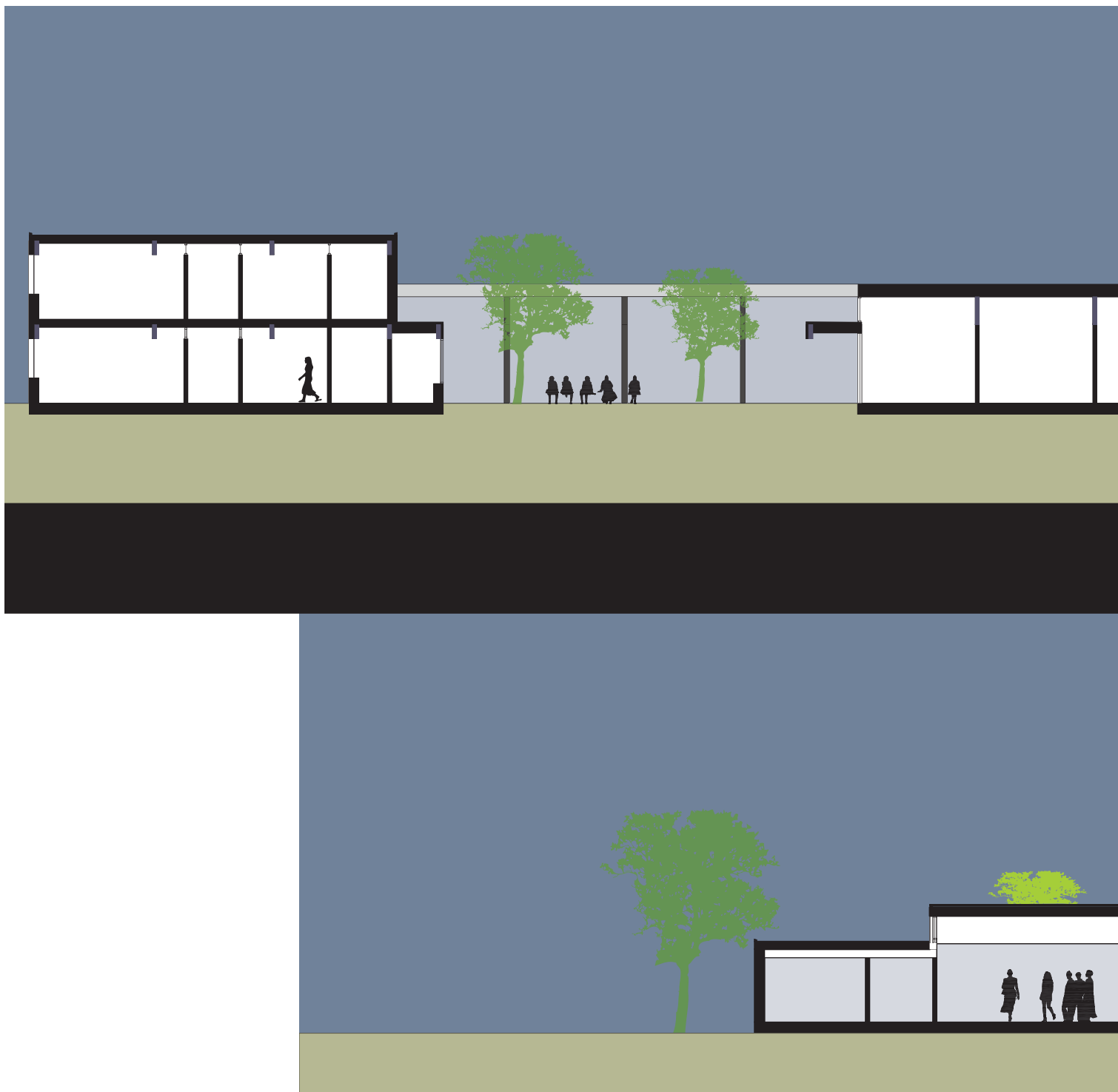
66
Snitt1:200

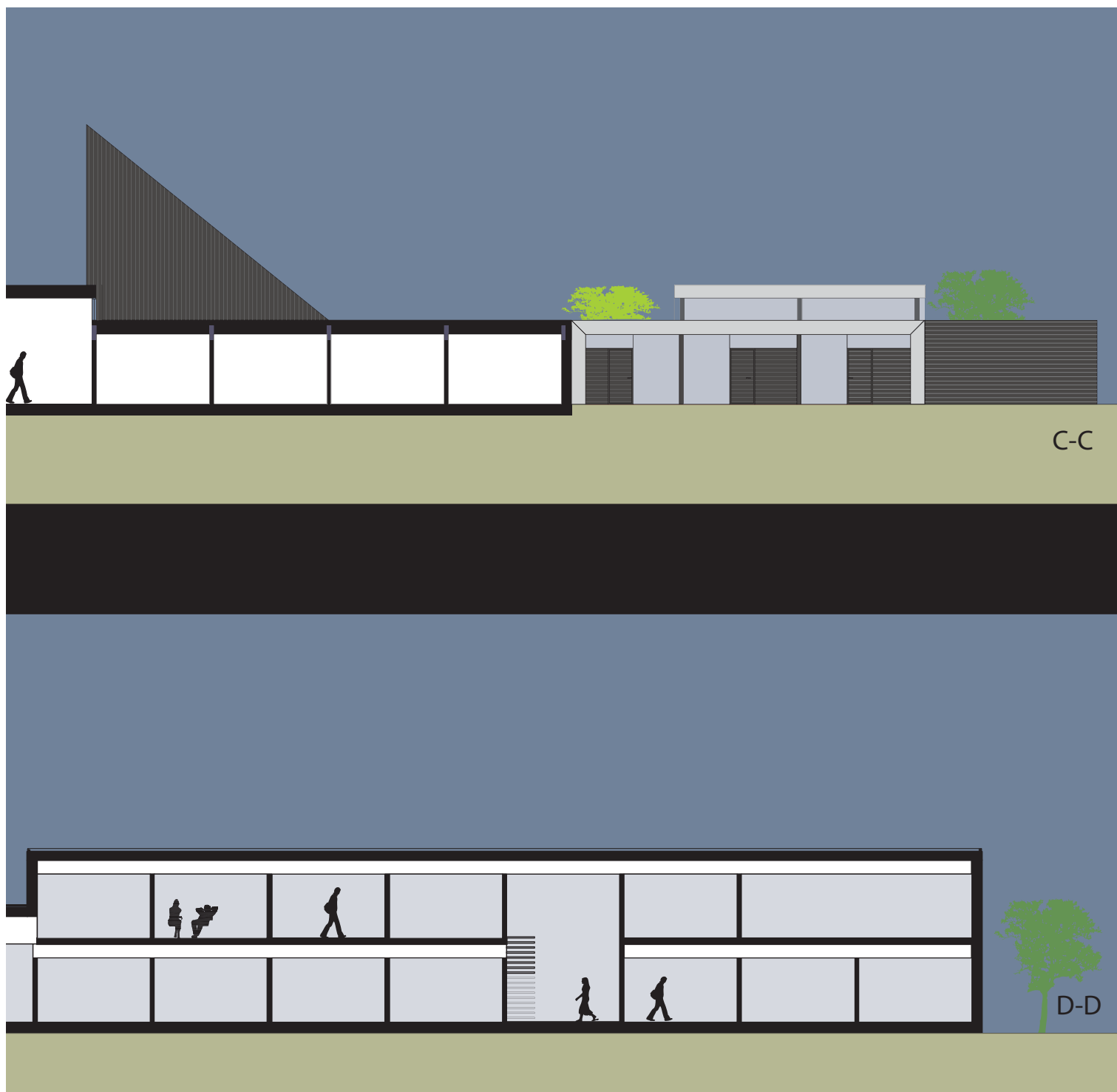






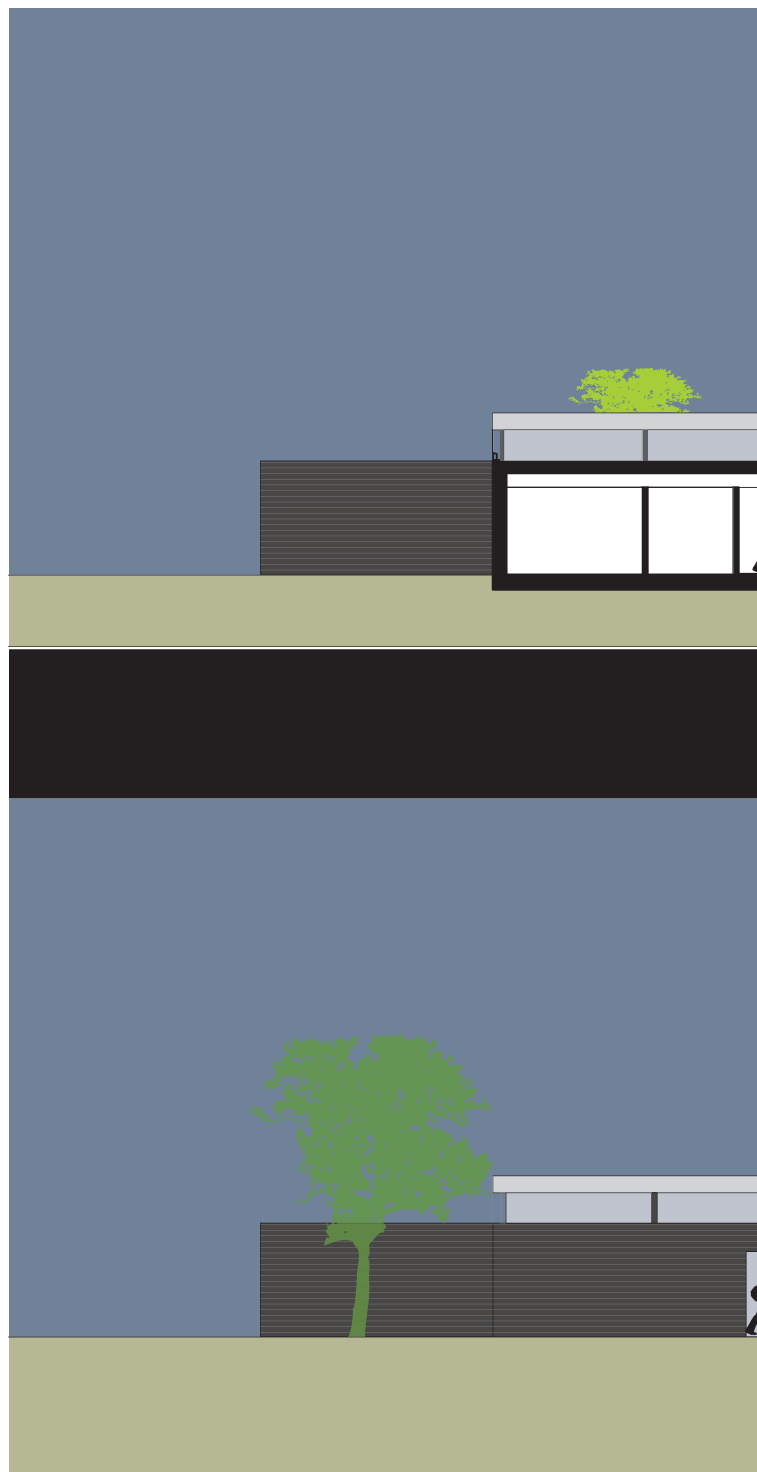
68
Snitt1:200

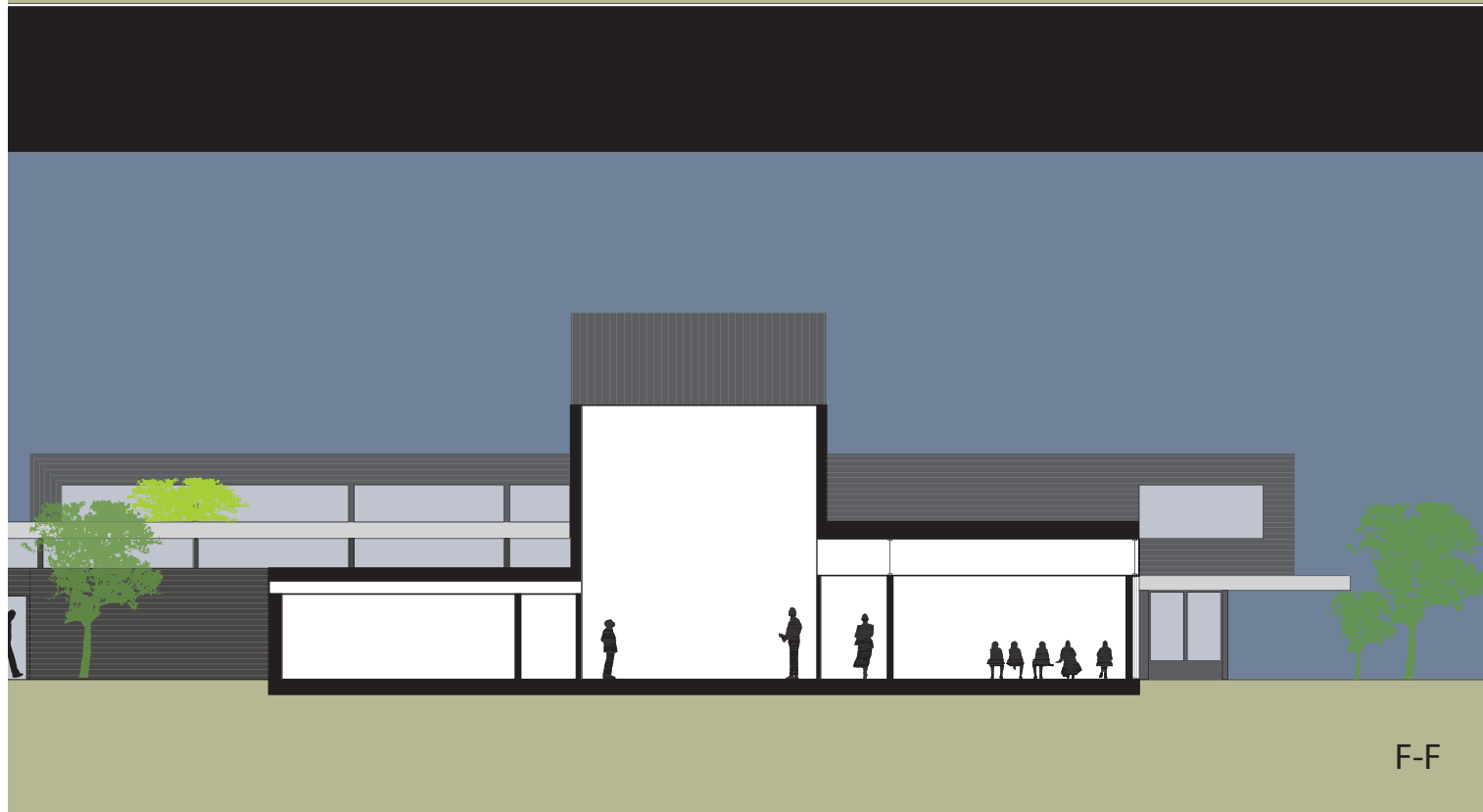






70
Snitt1:200

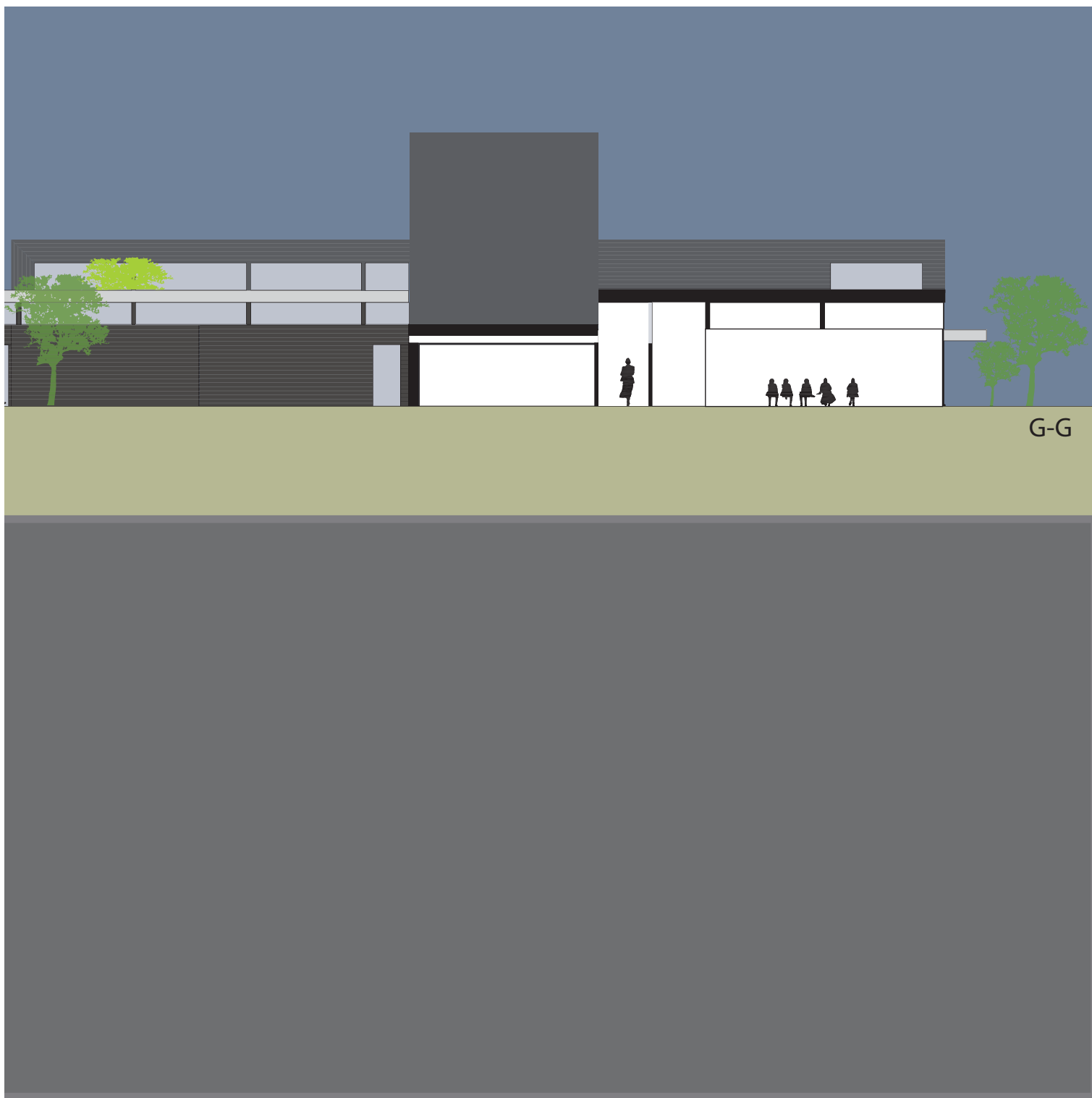






72
Snitt1:200



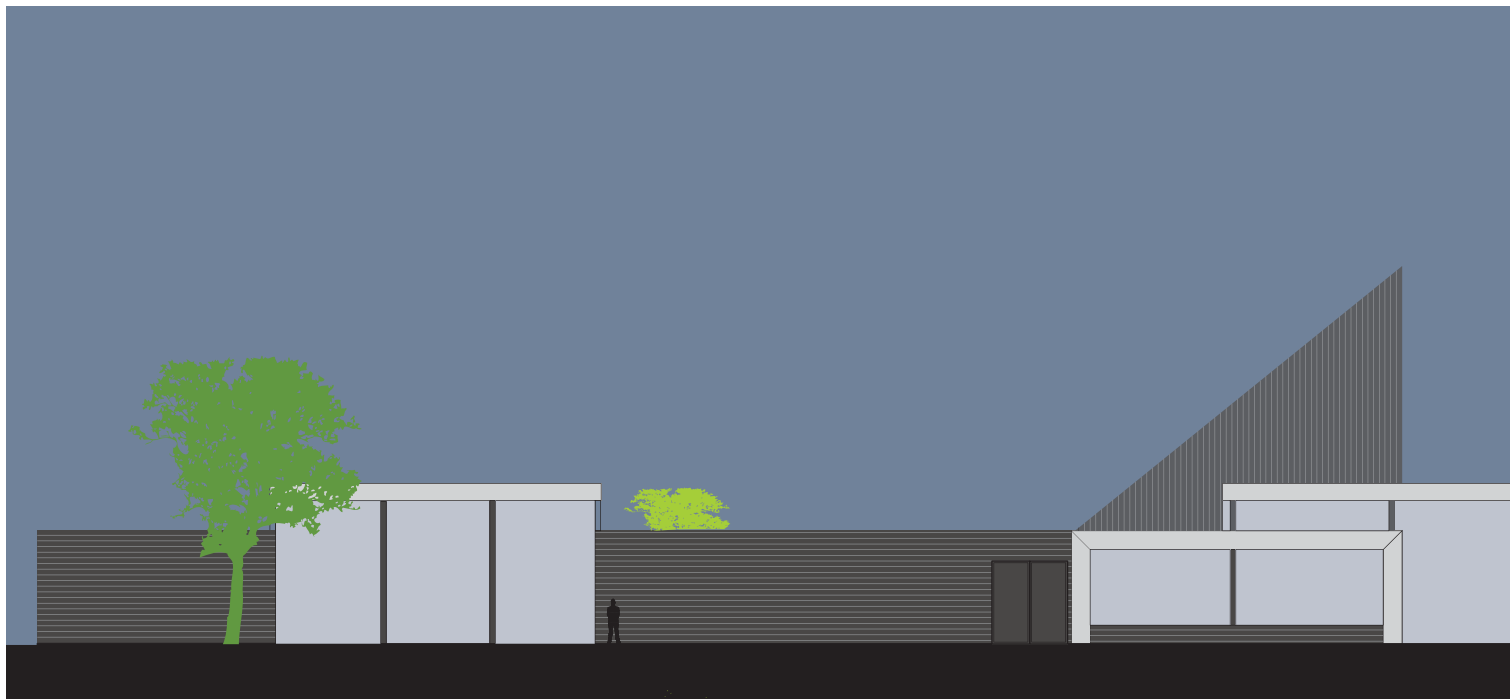


G-G





74
Snitt1:200





Syd

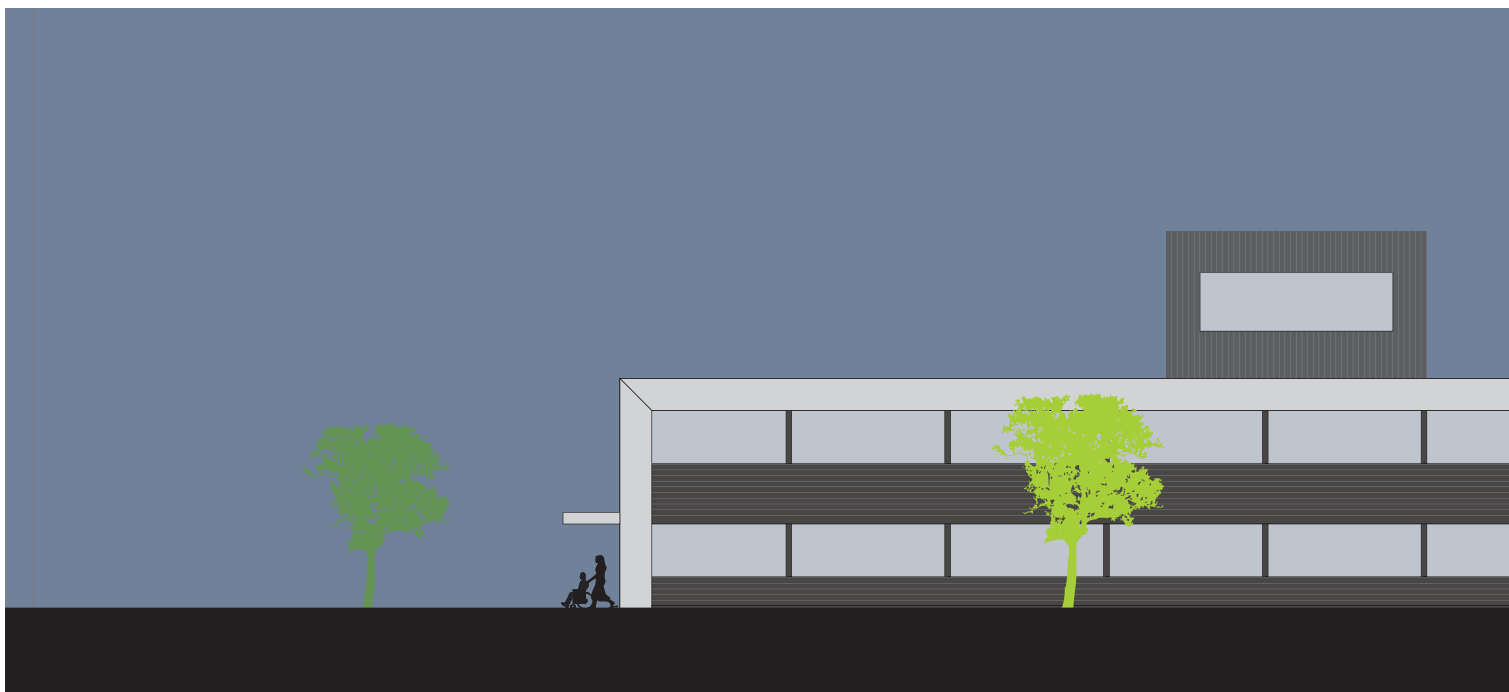
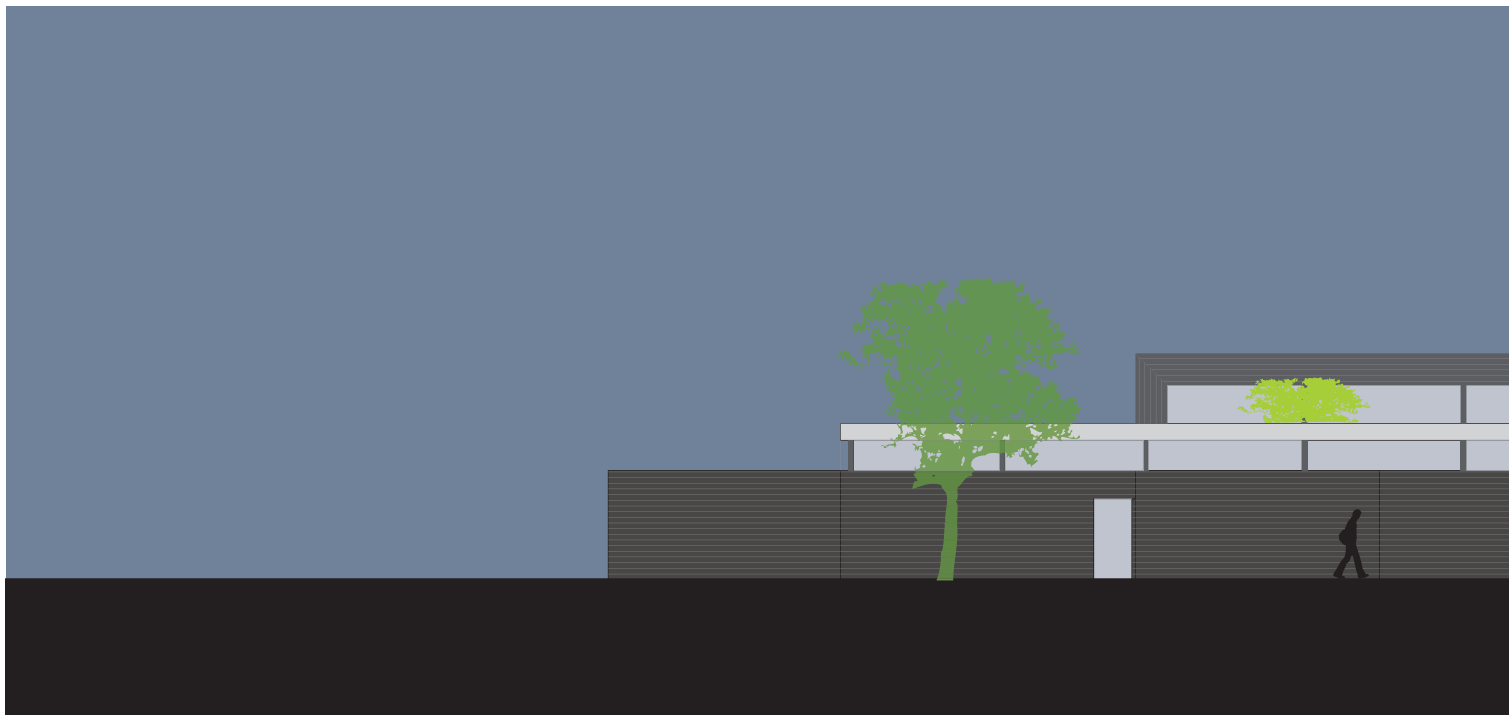


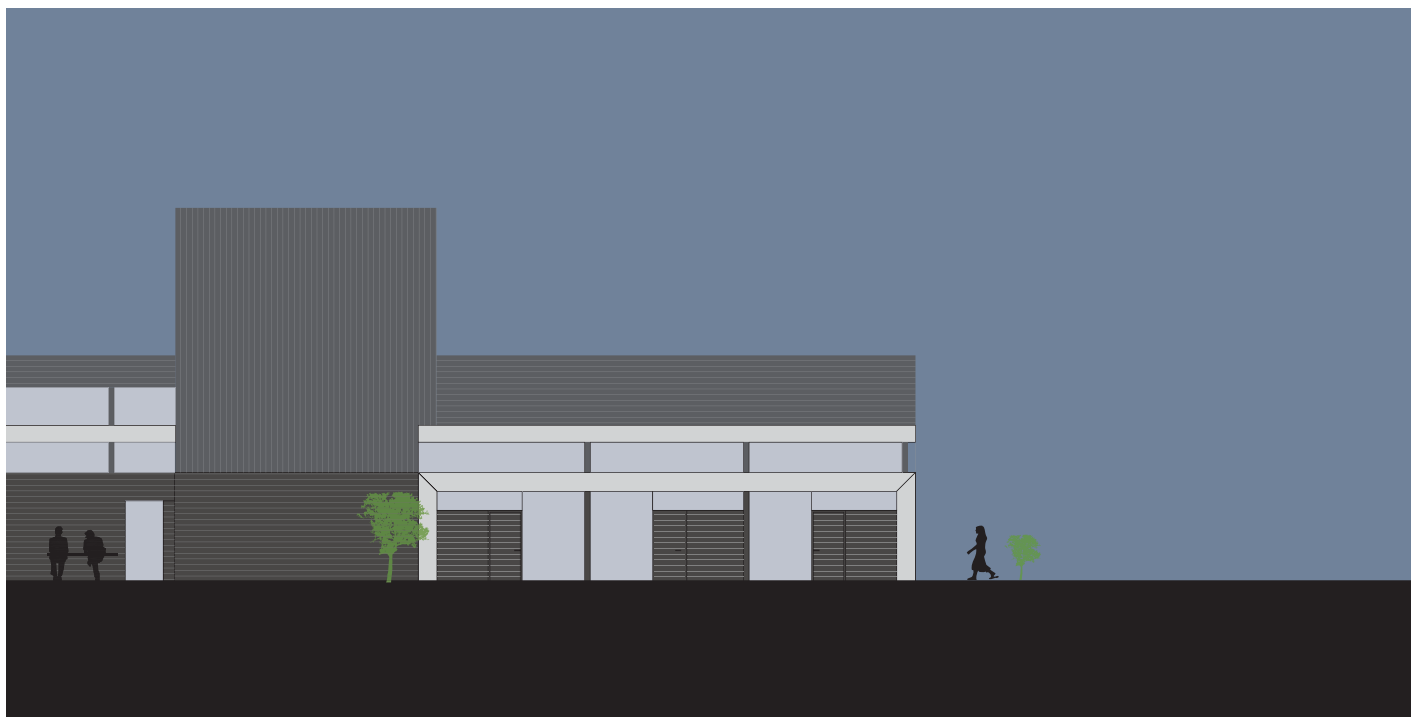
Nord





76
Snitt1:200





Øst



Vest





Konklusjon

Det er et økende fokus på rusomsårg fra politisk hold i Norge. Skal rusmisbrukerene lykkes med å komme tilbake til samfunnet kreves det av de som starter behandling, fullfører behandlingsopplegget. Det viser seg dessverre at mange som blir tildelt plass på ulike rehabiliteringssenteret avbryter behandlingen før den er fullført. Det er derfor ekstremt viktig at pasientene trives når de er på et rehabiliteringssenter.

Arkitekturpsykologien ble opprettet etter at det blei påvist at humør og trivsel påvirkes av omgivelsene våre. Arkitekturen kan påvirke trivselen til pasientene på behandlingssenteret. I en artikkel i tidsskrifte Science på tidlig 80 tallet ble det gjort undersøkelser på hvor lang tid det tok for pasienter å komme seg etter en operasjon, og det viste seg at de pasientene som hadde rom med utsikt ble fortere friske enn dem som kun hadde vindu til bakgården.

I utformingen av nye Loland behandlingssenter er det prioritert vindu med utsikt fra alle pasientrommene. Det har vært fokus på trivsel for pasientene og følelsen av frihet samt en "hjemme følelse" Pasientrommene er delt opp i 3 grupper på 6 og 7 pasienter. Hvert bofellesskap har egen stue med kjøkken. De har også tilgang til atrium for en sikker og lun uteplass. Pasientene har dessuten tilgang til det grønne arealet på sydsiden av bygget direkte fra sine private rom.

Pasientene trenger også faste rammer og struktur. Arkitekturen i bygget signaliserer klare linjer i form av en åpen og ærlig konstruksjon, "det e'r det du ser". Konstruksjonen er satt i et modulsystem som er gjennomgående i hele bygningen. Det er variasjoner men ingenting bryter strukturen.

Det kan trekkes paralleller til Japansk arkitektur, der en har en åpen ramme / trekonstruksjon med tynne lettvegger mellom. En slik konstruksjon symboliserer en ro / fred.

Fellesrommene har høyere takhøyde enn pasientrommene. Limtredragerene blir plassert direkte på toppen av drageren for pasientrommene. Spennet er større i de store rommene, derfor blir også drageren høyere. Høyden på drageren (1m) blir størrelsen på vinduet i toppen av veggen.

De forskjellige rommene og funksjonene blir lett gjenkjennelige fra innsiden og utsiden av bygget.

Det er et rom som bryter med alle de andre. Det er det åndelige rommet hvor pasientene kan gå for å ha stilletid. Rommet har et bratt skrott tak. Der lyset hentes inn av et vindu rett under møne.

Det re tilrettelagt for universell utforming.

Rosenberg, R. (2002) "Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser forårsaget af alkohol og andre psykoaktive stoffer" i Hemmingsen, R., Parnas, J. Gjerris, A., Kragh-Sørensen, P. & Reisby, N. I Klinisk Psykiatri (2. udgave) (pp.247-281). København: Munksgaard.

sintef byggforsk

kunnskapssystemer

"360.301 belysning i bolig"

Skjæveland, O.(2007) "Arkitekturpsykologi: Et nytt arbeidsfelt for psykologer" Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 8, 2007, (pp.978-979)

Ulrich, R.S. (1984) "View Through a Window May Influence Recovery from Surgery" i Science. Vol 224.

Web1. Øfsti, E. & Linderøth, L. (2002) "Rusmisbruk og psykiske lidelser" Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: http://norge.lundbeck.com/Norway/02_Helsepersonell/temahefter/Manus_Rus_Psykiatri_nr_2_redigert%20januar_2002.pdf

Web2. Blå Kors' hjemmeside. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: <http://www.borgestadklinikken.no/sider/tekst.asp?side=19&meny=loland>

Web3. Blå Kors' hjemmeside. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: <http://www.borgestadklinikken.no/sider/tekst.asp?side=70&valgtmenypunkt=77>

Web4. Sosialdepartementet (2002-2003). Ot.prp. nr. 3 - Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=13147&a=2

Web5. "Tiltak for å forhindre frafall innen rusbehandling" Kunnskapssenteret. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Prosjekter/3877.cms>

Web6. "Sosialt arbeid med grupper" Temahefte Høst 2001. Utarbeidet av sosionomstudenter ved Høgskulen i Volda. Tilrettelagt og redigert av Tore Andestad. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: <http://home.online.no/~andestad/Gruppehefte2.htm>

Web7. "Is Your Team Too Big? Too Small? What's the Right Number?" Published: June 14, 2006 in Knowledge@Wharton. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: <http://knowledge.wharton.upenn.edu/article.cfm?articleid=1501>

Web8. Langsether, H. (2008) "Vil ha kjønnsdelt behandling" Artikkel i Informasjonssenter for kjønnsforskning d. 01.07.2008. Hentet ned d. 26. mai 2009 fra: <http://kilden.forskningsradet.no/c17251/artikkel/vis.html?tid=53719>

Personlig samtale med: Andreas Loge, Direktør for Loland Behandlingscenter