

ŚRODOWISKA TERAPEUTYCZNE – NOWE PODEJŚCIE DO PROBLEMATYKI
PRZESTRZENI OBIEKTÓW SŁUŻBY ZDROWIA.

arch. Piotr Szafranowicz

Grupa Projektowa ZOOM s.c., Gdańsk, 2005
e-mail: gpzoom@gpzoom.com.pl

1. WSTĘP

Od ponad dwudziestu lat na świecie następują zmiany w sposobie podejścia projektantów, menadżerów i naukowców do obiektów służby zdrowia: przychodni, szpitali, klinik. Nowe budynki projektowane i realizowane są w sposób często nie przypominający obrazu szpitala jaki wszyscy dobrze znamy z autopsji.

Można przyjąć, że na szerszą skalę ruch ten został zapoczątkowany około roku 1984 kiedy to amerykański architekt i psycholog środowiskowy – Roger Ulrich zauważył w trakcie prowadzonych badań, że pacjenci przebywający w pokojach, których okna posiadają widok na zieleń zdają się szybciej wracać do zdrowia niż pacjenci w salach z oknami wychodzącymi na ceglana ścianę (Ulrich, Zimring, 2004). Do podobnych wniosków w swoich badaniach dotyczących wpływu środowiska szpitalnego na stan zdrowia pacjentów, doszedł także w latach 1980-tych inny amerykański naukowiec – Craig Zimring (Ulrich, Zimring, 2004; McCarthy M., 2004).

Studia dotyczące wpływu środowiska fizycznego na człowieka prowadzone były już od wieków. Psychologia środowiskowa jako dyscyplina naukowa znana jest od lat 70. XX w.¹ (Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004). Badania prowadzone w jej ramach przekładają się na architektoniczne przekształcenia przestrzeni i organizacyjne modyfikacje sposobu funkcjonowania obiektów służby zdrowia. Tego typu podejście badawczo - projektowe określane jest w języku angielskim na kilka różnych sposobów:

- *evidence-based design,*
- *evidence-informed design,*
- *research-based design,*
- *therapeutic design,*
- *supportive design.*

¹ Psychologia środowiskowa pojawiła się na przełomie lat 70.i 80 ubiegłego wieku w USA, a wkrótce potem w Europie.

Bez względu na przyjętą terminologię, badacze, na tym stale rozwijającym się polu nauki, nieustannie dostarczają nowych dowodów naukowych, które stają się argumentami do wprowadzania istotnych zmian w kształtowaniu obiektów służby zdrowia, a przez to ich odbioru i odczuwania przez użytkowników oraz sposobu funkcjonowania. Podstawę tych badań stanowi hipoteza, że zmiany sposobu projektowania przestrzeni i organizacji funkcjonowania środowiska obiektów służby zdrowia mogą w znaczący sposób wpłynąć na:

- redukcję odczuwanych przez pacjentów napięć nerwowych, stresu,
- poprawę medycznych wyników procesów terapeutycznych,
- podniesienie efektywności procesu opieki nad chorym,
- redukcję odczuwanych przez personel napięć nerwowych, zmęczenia i stresu,
- redukcję kosztów opieki medycznej (Ulrich, Zimring, 2004).

„Podobnie jak medycyna, która wciąż coraz bardziej przybliża się do *‘medycyny opartej na dowodach’*, tzn. takiej, która opiera podejmowane wybory terapeutyczne na wynikach badań naukowych, na zasady projektowania obiektów służby zdrowia coraz większy wpływ mają wyniki skrupulatnie prowadzonych badań dotyczących wpływu środowiska fizycznego szpitali na pacjentów i personel, i w ten sposób coraz bardziej przybliża się ono do *‘projektowania opartego na dowodach’*” (Ulrich, Zimring, 2004). Zaprojektowane z wykorzystaniem dostarczonych przez badaczy dowodów obiekty usług zdrowia stają się miejscami, w których pacjent wraca do zdrowia nie tylko dzięki zastosowaniu wiedzy i technologii medycznych, ale także dzięki oddziaływaniu czynników wynikających z odpowiednio ukształtowanego i zorganizowanego otoczenia. W literaturze przestrzenie te określane są jako środowiska terapeutyczne (*ang. therapeutic environments*), czy środowiska / krajobrazy uzdrawiające (*ang. healing environments / landscapes*) (Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, Francis, 2004)

2. ZMIANY FILOZOFII

Środowiska terapeutyczne są nie tylko bezpośrednim przejawem nowej filozofii w podejściu projektowym do obiektów szpitalnych, ale także przejawem nowego podejścia do pacjenta, a tym samym do roli i znaczenia opieki zdrowotnej w społeczeństwie oraz roli i znaczenia obiektów usług zdrowia w przestrzeni zurbanizowanej.

Zasadnicze różnice pomiędzy modernistycznym i terapeutycznym podejściem do obiektów służby zdrowia dotyczą takich zagadnień jak: znaczenie i pozycja pacjenta w

przestrzeni obiektów opieki zdrowotnej, sposób organizacji i wystrój wnętrz, forma architektoniczna zabudowy, związki ze społeczeństwem i przestrzenią otaczającą (Tab. 1).

Tab. 1 - Różnice pomiędzy modernistycznym i terapeutycznym podejściem do obiektów służby zdrowia

Podejście modernistyczne	Podejście terapeutyczne
○ izolacja chorych	○ otwartość, hotel ?
○ przedmiotowość pacjenta	○ podmiotowość pacjenta
○ szpital jako maszyna do leczenia	○ szpital jako miejsce pobytu ludzi
○ sterylne środowisko	○ terapeutyczne środowisko
○ urbanistyczna izolacja przestrzenna	○ budynek publiczny

Źródło: opracowanie własne

2.1. Podejście modernistyczne

Od najdawniejszych czasów szpitale budowane były jako miejsca przeznaczone do izolacji osób chorych od pozostałej, zdrowej części społeczeństwa. Konieczność zapewnienia bezpieczeństwa społecznego oraz stopień rozwoju wiedzy i technologii medycznej wymuszały konieczność izolacji osób, których choroba takie zagrożenie mogła stanowić. Cele te widoczne są także w sposobie lokalizacji i organizacji szpitali modernistycznych. Modernistyczne zespoły szpitalne były terenami wyciętymi z przestrzeni miejskiej, często otoczonymi murem i zamkniętymi bramami, o mocno ograniczonej dostępności.

Sam budynek szpitalny zgodnie z modernistyczną doktryną, miał stanowić maszynę do leczenia chorych. Takiej doktrynie podporządkowany był zarówno sposób organizacji przestrzeni wewnętrznej jak i funkcjonowania obiektu. Wielkość pomieszczeń, ich rozmieszczenie, a nawet wystrój wnętrz, dostosowane były do wykonywania praktyki medycznej przez profesjonalistów – zgodnie z założeniem, że pacjenta leczą lekarze, a nie pobyt w szpitalu. Mniejsze znaczenie posiadało przystosowanie przestrzeni szpitalnej do potrzeb przebywających w niej ludzi. Ową „mechaniczność” szpitala podkreślały także wyraźnie widoczne, nawet w salach chorych, urządzenia i sprzęty medyczne.

Szpitalne były miejscami zaprojektowanymi i przystosowanymi raczej do walki z chorobą niż miejscami, w których leczy się człowieka. Podmiotem dla funkcjonowania szpitala modernistycznego była choroba (Blundell Jones, 2002). Pacjent, natomiast, został

uprzedmiotowiony do roli „nosiciela” tej choroby. Szczególny nacisk kładziony był więc na zapewnienie maksymalnej funkcjonalności przestrzeni szpitalnej pod względem technologii medycznej, a nie na zapewnienie odpowiednich warunków dla pobytu pacjentów w szpitalu. Przestrzeń szpitalna nie była przystosowana do zaspokojenia potrzeb i poszanowania wartości przebywających w niej ludzi. Wieloosobowe sale, brak stref prywatnych, wiszące na poręczach łóżek karty chorobowe nie zapewniały odpowiedniego stopnia prywatności czy indywidualnej godności każdego pacjenta. Podporządkowana funkcjonalnie technologii medycznej przestrzeń obiektów szpitalnych stała się labiryntem, po którym ciężko było się poruszać niewtajemniczonym, co jednocześnie przekładało się na kompleksowy sposób organizacji życia szpitalnego, które regulowane było szeregiem procedur, harmonogramów, zakazów i innych ograniczeń.

Modernistyczne wartości i sposób podejścia do obiektów służby zdrowia znakomicie odzwierciedlała forma architektoniczna budynków oraz wystrój ich wnętrz. Asceza i abstrakcyjność prostopadłościennych brył miały być synonimem zdrowia, higieny, technologii i nowoczesności (Blundell Jones, 2002). Podobne odczucia wywoływać miały zastosowane we wnętrzach sterylne wyglądające materiały i ograniczona do bieli, zieleni i błękitu ich kolorystyka.

Inną cechą charakterystyczną modernistycznych szpitali była ich urbanistyczna izolacja przestrzenna (Chand, 2002). Izolacja ta przejawiała się zarówno w sposobie lokalizacji budynków jak i w urbanistycznych relacjach funkcjonalnych. Nowe obiekty szpitalne powstawały najczęściej z dala od centrum, na skraju miast lub wręcz poza nimi. Te które ulokowano wewnątrz tkanki miejskiej były izolowane za pomocą murów i innych tego typu barier. Pod względem funkcjonalnym szpitale stanowiły enklawy niejako wyrwane z organizmu żyjącego miasta. Były budynkami publicznymi, które funkcje publicznych *de facto* nie wykonywały.

2.2. Podejście terapeutyczne

Nowoczesny szpital postrzegany jest raczej jako miejsce czasowego pobytu pacjenta, niż jego czasowego wyłączenia ze społeczności. Raczej jako hotel niż miejsce, na pobyt w którym jesteśmy skazani kiedy jesteśmy chorzy. Stąd przy projektowaniu nowych obiektów służby zdrowia nacisk kładziony jest na stworzenie warunków funkcjonalnych i przestrzennych, które pozwolą na maksymalne ich zbliżenie do „normalnego”, pozaszpitalnego świata. Oznacza to większą otwartość zarówno na wszystkich użytkowników

obiektów usług zdrowia tj. pacjentów, personelu, rodzin, odwiedzających, jak i na inne funkcje, które towarzyszyć mogą usługom zdrowia.

Terapeutyczne podejście w projektowaniu obiektów służby zdrowia polega na przyjęciu potrzeb i wartości pacjenta (człowieka) jako punktu wyjścia do kształtowania ich środowiska. Pacjent staje się podmiotem, centrum zarówno idei projektowej jak i funkcjonowania szpitala. Zmianie ulega bowiem filozofia świadczeń medycznych – szpital przestaje być miejscem, którego przestrzeń służy opiece nad pacjentem (*ang. „looking after the sick”*) jako „nosicielem” choroby, staje się natomiast środowiskiem, w którym wykorzystuje się wszelkie czynniki, aby pacjenta leczyć (*ang. „treating the sick”*) (Chand, 2002). Nie oznacza to oczywiście, że w powstających zgodnie z tą doktryną obiektach pomija się wymagania dotyczące bezpieczeństwa i funkcjonalności medycznej przestrzeni szpitalnej. Postęp naukowy i technologiczny pozwala na przyjęcie jako punktu wyjścia potrzeb i wartości pacjenta bez uszczerbku dla roli szpitala jako miejsca praktykowania medycyny.

Wykorzystując prowadzone przez naukowców badania dotyczące wpływu środowiska szpitalnego i sposobu jego organizacji na człowieka, architektki kształtują przestrzeń obiektów służby zdrowia w sposób umożliwiający maksymalizację terapeutycznych wpływów i efektów wynikających z pobytu pacjenta w posiadającym specjalne cechy otoczeniu. Szczególną uwagę zwraca się więc raczej na to jak budynek ma być odczuwany, niż jak ma funkcjonować.

Przestrzeń nowoczesnego szpitala powinna być przyjazna dla wszystkich jego użytkowników. Dla personelu medycznego jest to miejsce pracy. Zapewnienie właściwych – realizujących potrzeby pracowników, warunków (środowiskowych i organizacyjnych) dla spełniania ich zawodowych obowiązków, podnosi satysfakcję z wykonywanej pracy. Przekłada się to na wyższą jakość świadczonych usług, obniżenie ilości błędów i pomyłek medycznych, a w konsekwencji na większą satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki szpitalnej. Satysfakcja pacjentów z kolei jest czynnikiem, który w istotnym stopniu wpływa na kształtowanie pozycji społecznej zawodów medycznych.

Takie czynniki jak otwarcie przestrzeni obiektów służby zdrowia dla szerszego spektrum użytkowników oraz odejście od standaryzacji formy architektonicznej w kierunku harmonijnego wpisywania zabudowy w otoczenie oznaczają także, że budynki te stają się aktywnymi elementami zarówno struktury funkcjonalno-przestrzennej jak i krajobrazu miasta / dzielnicy. Dla lokalnej społeczności stanowią one istotne elementy wpływające na jakość ich życia, kształtujące wartości obywatelskie, poczucie tożsamości oraz czynnie współtworzące społeczno – kulturowy krajobraz miejsca zamieszkania.

Zamiany w sposobie teoretycznego podejścia do obiektów służby zdrowia znajdują swe odzwierciedlenie w rzeczywistych modyfikacjach dotyczących środowiska tych obiektów, ich roli oraz znaczenia społecznego. Modyfikacje te następują w dwóch zasadniczych kontekstach:

- 1) wewnętrznym – dotyczącym zmian sposobu aranżacji i organizacji przestrzeni wewnętrznej oraz sposobu funkcjonowania budynków służby zdrowia,
- 2) zewnętrznym – dotyczącym zmian w relacjach pomiędzy obiektami i zespołami opieki zdrowotnej a przestrzenią, krajobrazem otaczającym i społeczeństwem.

3. UZDRAWIAJĄCE ŚRODOWISKO – KONTEKST WEWNĘTRZNY

Podstawą dla modyfikacji wewnętrznej przestrzeni obiektów służby zdrowia jest twierdzenie, że na stan zdrowia pacjenta oraz tempo jego powrotu do zdrowia ma wpływ nie tylko efektywność przeprowadzanych procedur medycznych ale także środowisko, w którym on przebywa. Stąd terapeutyczny sposób kształtowania przestrzeni współczesnych szpitali, oprócz oczywistych czynników związanych ogólnym standardem inwestycji (tj. m.in. efektywnością użytkową, efektywnością ekonomiczną i kwestiami związanymi z bezpieczeństwem), skupia się na równoważnym zapewnieniu:

- odpowiednich, pro-terapeutycznych, warunków pobytu pacjenta,
- odpowiednich warunków dla realizacji procedur medycznych.

3.1. Warunki pobytu pacjenta

Pobyt w szpitalu wiąże się zawsze z napięciami nerwowymi, stresem i to zarówno pacjenta jak i jego bliskich. Badania dotyczące wpływu środowiska szpitalnego na zdrowie człowieka dowodzą, że redukcja odczuwanego przez pacjentów stresu przekłada się m.in. na takie efekty kliniczne jak: przyspieszenie powrotu do zdrowia, a tym samym skrócenie wymaganego okresu hospitalizacji, zmniejszenie ilości komplikacji (np. pooperacyjnych), łagodzenie odczuwanego bólu z czym związane jest zmniejszenie ilości i częstotliwości podawanych leków przeciwbólowych (Lawson, 2002). Podstawowe działania związane z kształtowaniem środowiska terapeutycznego polegają więc na eliminacji lub możliwie dużym

ograniczeniu wpływu istniejących cech otoczenia, które powodują stres oraz wprowadzeniu nowych elementów wspomagających redukcję odczuwanych przez przebywających w tym środowisku ludzi napięć nerwowych. Zasadnicze modyfikacje środowiska szpitalnego, które zmierzają do zapewnienia pro-terapeutycznych warunków pobytu pacjenta w szpitalu zarówno od strony architektonicznej jak i organizacyjnej, polegają na:

- podniesieniu komfortu pobytu pacjenta w szpitalu,
- zapewnieniu odpowiedniego stopnia ochrony prywatności,
- zmniejszeniu wpływu czynników powodujących poczucie izolacji od świata zewnętrznego, czyli otwarcie sposobu funkcjonowania szpitala na zwiększony udział rodziny i osób bliskich w opiece nad chorym.

Komfort

Szpital jest jednym z miejsc, w których człowiek spędza tylko (a może aż) część swojego życia. Podobnie jak w hotelu lub pensjonacie. Specjalne warunki higieniczno, sanitarne i organizacyjne jakie zobligowane jest spełniać środowisko obiektów służby zdrowia nie muszą oznaczać, że nie może być ono komfortowe. Wychodząc z założenia, że to pacjent jest podmiotem istnienia i funkcjonowania obiektów służby zdrowia, w środowiskach terapeutycznych wszystkich pacjentów traktuje się jak VIP-ów. Od strony architektonicznej oznacza to w szczególności takie kształtowanie układu i wystroju wnętrza, które zmierza do stworzenia odzwierciedlającego ducha czasów ciepłego, bezpiecznego, przyjaznego człowiekowi otoczenia. Sale szpitalne powinny przypominać raczej domowy pokój lub prywatny apartament niż sterylną celę. Pojawia się w nich przypominające dom umeblowanie, na podłogach dywany, a na pomalowanych na „domowe” kolory ścianach umieszcza się odpowiednio dobrane obrazy – wszystkie elementy są starannie dobrane tak, aby we właściwy, pożądany sposób wpływały na psychikę przebywających w tej przestrzeni osób. Natomiast wszelka aparatura i sprzęt medyczny w możliwie maksymalnym stopniu zostają ukryte. Uwzględniając wyniki przeprowadzonych badań szczególną uwagę przykładą się także do tego, aby pokoje posiadały ciekawe, dynamiczne widoki z okien².

Innymi, niezwykle istotnymi środowiskowymi czynnikami wpływającymi na samopoczucie pacjenta są posiadany stopień kontroli nad otoczeniem oraz poziom hałasu. W każdym środowisku posiadanie pewnej kontroli nad nim redukuje napięcia nerwowe. Nawet jeśli mamy niewielkie możliwości wyboru to istnienie jakiejś innej opcji zawsze sprawia, że

² Z badań prowadzonych przez R. Ulricha w szpitalach amerykańskich wynika, że najbardziej pożądanymi są pokoje z widokiem na ogród lub inne tereny zieleni (Ulrich, Zimring, 2004; Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004), podczas gdy badania prowadzone na Uniwersytecie w Sheffield w Wielkiej Brytanii wskazują, że najistotniejsze znaczenie ma dynamika widoku z okna, np. widok toczącego się życia (Lawson, 2002).

czujemy się lepiej, swobodniej (Bell, Greene, Fisher, Baum, 2004). W środowiskach terapeutycznych przywiązuje się więc dużą wagę do zapewnienia pacjentowi kontroli nad: stopniem prywatności (czy pacjent może być sam jeśli tego chce), oświetleniem, temperaturą, cyklem jego codziennego życia w szpitalu (np. nad czasem podawania oraz menu posiłków).

Poziom natężenia hałasu w danym środowisku znacząco wpływa na samopoczucie przebywających w nim ludzi. Powoduje m.in.: podniesienie ciśnienia krwi, przyspieszenie oddechu i pracy serca, zaburzenia snu (Ulrich, Zimring, 2004). Studium przeprowadzone w prestiżowym centrum medycznym *Midwestern* wskazało, że poziom hałasu mierzony przy łóżku położonym w sali sąsiadującej z pokojem pielęgniarstwa podczas zmiany obsługi o godzinie 7 rano osiągał 113 dB (odpowiednik młota pneumatycznego). Hałas powodowany przez maszynę rentgenowską to 92 dB (odpowiednik hałasu ciężarówki przejeżdżającej z prędkością 50 mil/ godz.). Średni hałas tła w szpitalu sięgał 65 – 90 dB przy zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) 35 dB (McCarthy, 2004). Działania zmierzające do zapewnienia odpowiednich warunków akustycznych w środowiskach szpitalnych obejmują neutralizację oddziaływania uciążliwości hałasowych powodowanych m.in. przez: systemy przywoławcze i alarmowe, piszczące, metalicznie, głośno zamykające się drzwi, głośne rozmowy i inne odgłosy wynikające z funkcjonowania szpitala (Ulrich, Zimring, 2004).

Pro-terapeutyczne sposoby kształtowania przestrzeni stosuje się nie tylko do sal i pokoi pacjentów, ale także do poczekalni, korytarzy i innych przestrzeni ogólnodostępnych. W tym przypadku obejmują one oprócz łagodzącego stres wystroju wnętrz i odpowiedniej kolorystyki także działania mające na celu uzyskanie poczucia otwartości i przestrzenności (np. przez maksymalne wykorzystanie naturalnego oświetlenia) oraz wyższego ich standardu (np. przez wyposażenie w wyższej jakości umeblowanie miejscach ogólnie dostępnych)

Specjalne zabiegi architektoniczne wykorzystuje się również na oddziałach dziecięcych. Mają one na celu ograniczenie odczuwanego przez najmłodszych pacjentów strachu i stresu związanego z pobytem z dala od domu i rodziców. Działania te obejmują nie tylko zapewnienie specjalnych pokoi zabaw i miejsc spotkań z rodzicami, ale także kompleksowe modyfikacje dotyczące aranżacji wnętrz i organizacji funkcjonowania oddziału czy szpitala. Doskonałym przykładem stanowią tu może *Starship Children's Hospital* w Auckland w Nowej Zelandii, który urządzony został jak zabawkowy statek kosmiczny (Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, Francis, 2004).

Aranżując wnętrza obiektów służby zdrowia w sposób terapeutyczny bardzo często wprowadza się także elementy wystroju, które pozytywnie rozpraszają uwagę tzn. pozwalają odciągnąć myśli człowieka od problemów związanych ze stanem zdrowia (Ulrich, Zimring, 2004). Należą do nich m.in. wodospady, fontanny, zieleń, akwaria, dźwięki przepływającej

wody. Niezwykle ważne stają się również urządzone i wyposażone w odpowiednie meble ogrodowe łatwo dostępne, bezpieczne przestrzenie na świeżym powietrzu – ogrody i parki, w których można spacerować i odpoczywać wśród zieleni. W nowoczesnych szpitalach coraz częściej docenia się także wpływ muzyki i dzieł sztuki na psychikę człowieka. W niektórych z nich, jak np. *St. Bartholomew's Hospital* w Londynie sztuka staje się niejako motywem przewodnim aranżacji wnętrza całego szpitala, a w nowej części zespołu *The Royal London*, która wkrótce ma być realizowana, planowane są sale i miejsca przeznaczone do przedstawień teatralnych i spektakli kinowych. Muzyka towarzyszy pacjentom w jadalniach, poczekalniach, a nawet salach zabiegowych (tam gdzie nie jest niezbędna szybka i wyraźna komunikacja pomiędzy obsługą).

Innymi elementami kształtowania środowiska terapeutycznego są modyfikacje sposobu organizacji i ogólnego funkcjonowania obiektów służby zdrowia oraz sposobu w jaki pacjent spędza czas w szpitalu. Zmiany te dotyczą szerokiego spektrum składników struktury funkcjonalno-przestrzennej zaczynając od takich jak oddzielenie funkcji pogotowia ratunkowego od innych, „zwykłych” funkcji szpitalnych (ograniczenie kontaktu pacjentów z napiętą atmosferą, hałasem i natężonym ruchem personelu zawsze związanymi z sytuacjami kryzysowymi), poprzez odpowiedni układ pomieszczeń minimalizujący kontakt z procedurami medycznymi związanymi z innymi pacjentami (np. taka organizacja przestrzeni, w której przewożenie pacjentów odbywa się tylko wtedy gdy jest to niezbędne), zapewnienie zróżnicowanych i bardziej przypominających domowe posiłków (w niektóre szpitale, jak np. *Saint John's Health Center* w Santa Monica w Kalifornii posiadają specjalne sale kuchenne, w których rodziny mogą gotować bliskim domowe posiłki), aż po szerokie udostępnienie pacjentom zaawansowanych technologii informatycznych (np. zapewnienie we wszystkich pokojach szpitalnych, za pomocą specjalnych ekranów ciekłokrystalicznych, dostępu do internetu, filmoteki i gier wideo, biblioteki itp.).

Wydawać by się mogło, że opisane powyżej sposoby aranżacji przestrzeni obiektów służby zdrowia służą wyłącznie zapewnieniu pacjentowi komfortowego pobytu w szpitalu. Jednak ze względu na zbadany i udowodniony przez naukowców ich wpływ na samopoczucie człowieka, nie są one tylko zwykłymi elementami wystroju wnętrza, ale istotnymi składowymi uzdrawiającego środowiska. Zastosowanie ich jest w pełni uzasadnione albowiem środowiska obiektów służby zdrowia stanowić powinny takie przestrzenie, w których pacjenci wykorzystywać będą energię na walkę z chorobą, a nie na walkę z otoczeniem.

Wymagania związane z ochroną prywatności

Jak wykazują prowadzone badania, kwestie związane z zachowaniem prywatności, intymności i godności ludzkiej mają niezwykle istotne znaczenie dla procesu powrotu pacjenta do zdrowia, zarówno od strony klinicznej jak i psychologicznej. Pacjenci boją się publicznie opowiadać o własnym samopoczuciu i problemach zdrowotnych co w ewidentny sposób może wpływać na prędkość i prawidłowość stawianej przez lekarzy diagnozy, a konieczność ujawnienia intymnych szczegółów dotyczących stanu zdrowia w obecności innych osób powoduje niepotrzebny stres (Ulrich, Zimring, 2004).

Podstawowym rozwiązaniem zmierzającym do zapewnienia pacjentom właściwego stopnia prywatności jest odejście od sal wieloosobowych i zwiększenie udziału pokoi jednoosobowych (z zamykanymi drzwiami) w strukturze oddziału szpitalnego. Badacze amerykańscy twierdzą³, że korzyści jakie płyną z zastosowania pokoi jednoosobowych są tak duże, że właściwie powinno się zakazać stosowania innych rozwiązań (McCarthy, 2002). Jednak z badań prowadzonych przez Uniwersytet w Sheffield w Wielkiej Brytanii (Lawson, 2002) wynika, że pacjenci nie zawsze pozytywnie reagują na perspektywę pozostawania w jednoosobowym pokoju w trakcie pobytu w szpitalu (ponieważ np. boja się, że przez to zostaną zapomniani przez obsługę). W nowych szpitalach brytyjskich pokoje jednoosobowe stanowią więc ok. 40% całkowitej liczby sal szpitalnych, w których przebywają pacjenci. Pozostałą część tworzą sale czteroosobowe, ale zorganizowane w sposób pozwalający na zachowanie prywatności, kiedy pacjent lub sytuacja tego wymaga (np. poprzez organizację zatok, zaułków itp.). Rozwiązania takie wraz z zapewnieniem odpowiednich pomieszczeń (np. sal wypoczynkowych, telewizyjnych itp.), w których pacjenci będą mieli możliwość nawiązywania kontaktów i tworzenia wspólnoty z innymi pacjentami i obsługą, umożliwiają jednocześnie zachowanie kontroli pacjenta nad pożądanym stopniem prywatności oraz realizację naturalnych potrzeb kontaktów z innymi ludźmi.

Troska o zapewnienie ochrony prywatności pacjentów przejawia się także poprzez:

- odpowiednie kształtowanie warunków akustycznych gabinetów lekarskich i sal zabiegowych;
- stworzenie właściwych architektonicznych, akustycznych i organizacyjnych warunków w takich miejscach jak: punkty informacyjne, rejestracje lub punkty przyjęć;

³ opinia Craiga Zimringa

- zastosowanie czytelnego system informacji przestrzennej oraz aranżacji przestrzeni szpitalnej umożliwiających bezproblemowe poruszanie się po budynku i odnajdowanie celów;
- zastosowanie bezpiecznych technologii informatycznych przy kolekcjonowaniu danych osobowych oraz innych dotyczących stanu zdrowia pacjenta i przebiegu leczenia.

Otwartość

Nowoczesne szpitale przestają być terenami wyizolowanymi i miejscami izolacji. Poczucie odosobnienia, ograniczenie kontaktów z bliskimi i „normalnym” życiem poza murami szpitala oddziałuje w niekorzystny sposób na stan psychiczny pacjentów. Badania wskazują, że jest to jeden z najistotniejszych poza-medycznych czynników wpływających na prędkość ich powrotu do zdrowia.

Środowiska terapeutyczne zmieniają więc dotychczasowe formuły funkcjonowania obiektów służby zdrowia zmierzając do:

- zwiększenia udziału rodzin i bliskich w procesie opieki nad pacjentem,
- wprowadzenia większych możliwości organizacyjnych i przestrzennych dla realizacji potrzeb społecznych pacjentów,
- zwiększenia otwartości przestrzeni obiektów służby zdrowia na potrzeby i wymagania innych ich użytkowników.

Towarzystwo osób bliskich wpływa kojąco stan psychiczny pacjenta. Przejmując na siebie część czynności związanych z opieką nad nim rodzina przez swą obecność w szpitalu pozwala na wzmocnienie tej opieki (np. zapobiega upadkom, informuje o nagłych zmianach stanu zdrowia) przy jednoczesnym odciążeniu obsługi. Szpitale zapewniają więc bliskim możliwości noclegu i stwarzają warunki, aby w możliwie największym stopniu „udamawiali” oni pobyt pacjenta w szpitalu. W pokojach chorych pojawiają się więc np. większe szafki na rzeczy prywatne, a przy łóżkach stoliki lub półki na fotografie rodzinne. Na oddziałach dziecięcych organizowane są pokoje zabaw lub inne przestrzenie, w których rodzice i bliscy mogą spędzać czas z chorymi dziećmi. Dla rodzin, pacjentów i innych, zewnętrznych użytkowników szpitala organizowane są biblioteki lub centra informacji umożliwiające pozyskanie informacji o chorobie oraz nowoczesnych technikach terapeutycznych.

Działania mające na celu zwiększenia przystępności przestrzeni obiektów służby zdrowia zmierzają do zmiany ich wizerunku jako labiryntu, po którym niezwykle trudno jest się poruszać. Obejmują one architektoniczne i organizacyjne modyfikacje aranżacji przestrzeni komunikacyjnych i sposobu poruszania się po nich. Oprócz punktów, tablic i drukowanych

materiałów informacyjnych, przestrzenie ogólnodostępne kształtowane są od strony architektonicznej w sposób zapewniających ich maksymalną czytelność (np. poprzez wykorzystanie „intuicyjnych” elementów różnicowania przestrzeni – różnicowanie kolorystyki, materiałów stosowanych na podłogach w zależności np. od oddziału szpitalnego) i wyposażane są w specjalnie projektowany system informacji przestrzennej (Ulrich, Zimring, 2004).

Otwartość nowoczesnych szpitali to także harmonijna obecność w ich przestrzeni innych funkcji, nie związanych bezpośrednio z opieką zdrowotną. Oprócz wspomnianych już wcześniej przestrzeni związanych ze sztuką i kulturą w szpitalach pojawiają się także funkcje komercyjne takie jak drobny handel czy gastronomia (w szczególności kawiarnie i bary). Odpowiednio zlokalizowane w budynku stanowią one zarówno element przybliżający użytkowników szpitala do „normalnego”, poza szpitalnego życia, jak i element wiążący obiekty służby zdrowia z całościową strukturą funkcjonalno – przestrzenną miasta lub dzielnicy.

3.2. Warunki realizacji procedur medycznych

Chory człowiek trafia do szpitala wówczas, kiedy stan jego zdrowia nie pozwala na prowadzenie kuracji w domu, kiedy wymaga wzmocnionej opieki medycznej i zastosowania specjalistycznych praktyk klinicznych. Terapeutyczne warunki pobytu w szpitalu, pomimo swej siły oddziaływania, są jednak tylko czynnikiem wspomagającym, a nie decydującym w procesie przywracania zdrowia. Pacjenci wracają do zdrowia dzięki terapii medycznej zarówno w środowiskach terapeutycznych jak i w otoczeniu nie posiadającym takich cech. Warunki środowiskowe bez zastosowania odpowiednich czynności klinicznych nie są w stanie wyleczyć chorego człowieka. Wprowadzanie pro-terapeutycznych modyfikacji środowiskowych (opartych o zmiany filozofii podejścia do pacjenta) nie może powodować utrudnień w realizacji podstawowego przeznaczenia i celu funkcjonowania budynków opieki zdrowotnej tj. miejsc, w których leczy się pacjenta poprzez praktykowanie medycyny. Przestrzeń tych obiektów musi zapewniać nie tylko odpowiednie warunki pobytu człowieka, ale przede wszystkim stwarzać możliwości:

- przestrzenne i funkcjonalne dla realizacji czynności medycznych wynikających z procedur terapeutycznych;
- przestrzenne, organizacyjne i ergonomiczne pozwalające ludziom wykonującym te procedury pracować efektywnie, bezpiecznie i wygodnie.

Jak wskazują wyniki prowadzonych badań nad środowiskiem szpitalnym wprowadzenie pewnych pro-terapeutycznych modyfikacji w sferze związanej z warunkami klinicznymi podnosi efektywność terapii medycznych, co w oczywisty sposób przekłada się na wyniki przywracania zdrowia pacjentów przebywających w budynkach opieki zdrowotnej.

Funkcjonalność kliniczna środowiska:

Głównym zadaniem jakie staje przed architektem zajmującym się przestrzenią budynków opieki zdrowotnej jest zapewnienie jej sprawności funkcjonalnej i organizacyjnej. Ze względu na złożoną specyfikę technologiczną obiekty te są strukturami niezwykle skomplikowanymi. Oprócz takich zagadnień jak: wymagania funkcjonalne poszczególnych sal i pomieszczeń, ich wielkość w relacji do funkcji jaką mają pełnić, zależności i powiązania pomiędzy poszczególnymi funkcjami klinicznymi i pozamedycznymi, system logistyczny i układ komunikacyjny w budynku (zespole budynków) oraz warunki sanitarne, bezpieczeństwo i kontrola nad środowiskiem, w procesie kształtowania przestrzeni obiektów służby zdrowia istotną rolę odgrywają także czynniki związane z zastosowaniem zaawansowanych technologii oraz zachodzących zmian, dotyczących ogólnej kultury medycznej.

Impulsy do modyfikacji struktury funkcjonalnej i klinicznej obiektów opieki zdrowotnej przynoszą także wyniki prowadzonych badań środowiskowych. Przykładem mogą tu być badania realizowane przez Ann Hendrich w *Methodist Hospital* w Indianapolis dotyczące m.in. kwestii przewożenia pacjentów w trakcie ich pobytu w szpitalu. Badania te wykazały, że każde przeniesienie pacjenta powodowało wydłużenie czasu jego pobytu w szpitalu o około pół dnia, a szpital wydawał rocznie 10 mln dolarów na bezpośrednie koszty związane z transportem pacjentów z miejsca na miejsce (Shur Bilchik, 2002). Dane te potwierdzają zasadność coraz częściej wprowadzanej w przestrzeni szpitalnej reguły polegającej na rezygnacji z podziału szpitala na poszczególne oddziały. Pacjent przewożony jest z izby przyjęć bezpośrednio do swego docelowego pokoju, a struktura funkcjonalno – przestrzenna budynku jest tak zorganizowana, że kolejne badania i zabiegi wykonywane są w miarę możliwości w jego pokoju przy ograniczeniu konieczności jego przewożenia do innych miejsc w szpitalu. W wysoko zaawansowanych technologicznie szpitalach w USA, jak np. *City of Hope National Medical Center* w Duarte w Kalifornii, pokoje chorych zaprojektowane są i przystosowane pod względem technologicznym nawet do przeprowadzania niewielkich zabiegów operacyjnych bez konieczności przewożenia pacjenta do sali operacyjnej.

Nowoczesne technologie w dużej mierze przyczyniają się do zapewnienia większej elastyczności funkcjonalnej przestrzeni szpitalnych. Zaawansowane technologie informatyczne i cybernetyczne coraz szerzej stosowane są zarówno w sferze medycznej (np.

roboty wykorzystywane w zabiegach operacyjnych, systemy pozyskiwania i wymiany specjalistycznych informacji medycznych, transmisje operacji) jak i organizacyjnej (np. centralne, komputerowe systemy dozowania i dystrybucji leków, systemy informacji o pacjencie, systemy przywoławcze). Pomimo iż nie w każdej sytuacji technika jest w stanie zastąpić człowieka to wykorzystanie nowoczesnych osiągnięć technologicznych może w niektórych sytuacjach obniżyć ryzyko związane z wykonywaniem czynności przez człowieka, np. zwiększyć ich precyzyjność, obniżyć ryzyko pomyłek przy dozowaniu i dystrybucji leków czy też związanych z wpisami do kart chorobowych.

Wobec prędkości z jaką rozwijają się dziś zarówno wiedza medyczna jak technologiczna niezwykle ważnym elementem nowo projektowanych przestrzeni obiektów służby zdrowia jest zapewnienie możliwości wykorzystania współczesnych osiągnięć technologicznych, jak również nadanie im cech na tyle elastycznych od strony architektonicznej, żeby były one łatwo adaptowalne do potrzeb jakie wyniknąć mogą z rozwoju medycyny i technologii w przyszłości.

Środowiska terapeutyczne jako skupione na dobru pacjenta, od strony medycznej oznaczają nie tylko zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych, funkcjonalno – przestrzennych i technologicznych dla praktykowania medycyny klinicznej. Coraz częściej pojawiają się w nich możliwości stosowania także innych, komplementarnych metod terapeutycznych takich jak akupunktura czy masaż. Praktyki te posiadają także swoje wymagania przestrzenne i muszą zostać efektywnie włączone w strukturę funkcjonowania szpitala.

Podobnie jak w przypadku pokoi i sal chorych także w przestrzeniach klinicznych wykorzystywane są sposoby oddziaływania pro-terapeutycznie zaaranżowanego otoczenia na psychikę pacjenta, w szczególności na napięcia nerwowe oraz percepcję bólu. Jak wykazały badania środowiskowe, odpowiednia kolorystyka i oświetlenie, obecność zieleni oraz specjalnie dobrane obrazy i widoki przyrody wpływają uspakajająco na pacjenta i łagodzą odczuwany ból w trakcie przeprowadzanych zabiegów (Ulrich, Zimring, 2004).

Miejsce pracy

„Piękny, nowy budynek nie tworzy dobrego szpitala – dobry szpital tworzą ludzie w tym budynku” – stwierdza Susan Ulshafer, główny zastępca dyrektora działu kadr *Bronson Methodist Hospital* w Kalamazoo w stanie Michigan w USA (Leighty, 2003). Terapeutyczny pobyt pacjenta w środowisku szpitalnym oznacza także zapewnienie odpowiedniej jakości otrzymywanej opieki medycznej świadczonej przez obsługę, dla której szpital stanowi miejsce pracy.

W specyfikę zawodów medycznych wpisana jest ogromna odpowiedzialność za życie i zdrowie człowieka. Stres i silne napięcia nerwowe jakie towarzyszą codziennemu kontaktowi z sytuacjami kryzysowymi, ludzkim bólem i cierpieniem są istotnymi czynnikami wpływającymi na zdolność skupienia i precyzyjnego wykonywania czynności medycznych oraz stanowią główną przyczynę pomyłek i błędów medycznych. Odpowiednie warunki środowiskowe i organizacyjne wykonywania pracy przez personel, w tym w szczególności przez kadrę pielęgniarską, są więc kolejnym bardzo istotnym elementem pro-terapeutycznych modyfikacji przestrzeni współczesnych obiektów opieki zdrowotnej.

Ergonomia i organizacja miejsca pracy są podstawowymi elementami analizowanymi przez projektantów. Duży nacisk kładziony jest na sposób zaprojektowania mebli i aparatury medycznej, ich ustawienie i organizację przestrzeni, która powinna być dostosowana do wykonywania kolejnych kroków procedur medycznych oraz na dopasowanie wielkości pomieszczeń do ilości pracujących w nich osób (np. rozwiązanie problemu zatłoczonych dyżurek pielęgniarskich). Pozwala to na stworzenie warunków pracy wygodnych i bezpiecznych, tzn. m.in. nie powodujących niepotrzebnych napięć nerwowych, wpadania osób na siebie nawzajem i na sprzęty, zranień i skaleczeń (Ulrich, Zimring, 2004). Dbłość o właściwe oświetlenie (z maksymalną ilością światła naturalnego) oraz działania zmierzające do obniżenia poziomu hałasu (np. poprzez zastosowania pagerów zamiast dźwiękowego systemu przywoławczego, ograniczenie liczby telefonów) mają na celu stworzenie warunków dla maksymalnego skupienia w trakcie wykonywania pracy.

Pro-terapeutyczne modyfikacje środowiskowe zapewniające efektywne i wygodne warunki pracy personelu oprócz związanych z poszczególnymi pomieszczeniami, obejmują także działania związane z kompleksowym układem i organizacją funkcjonalno – przestrzenną szpitala. Mają one na celu w szczególności:

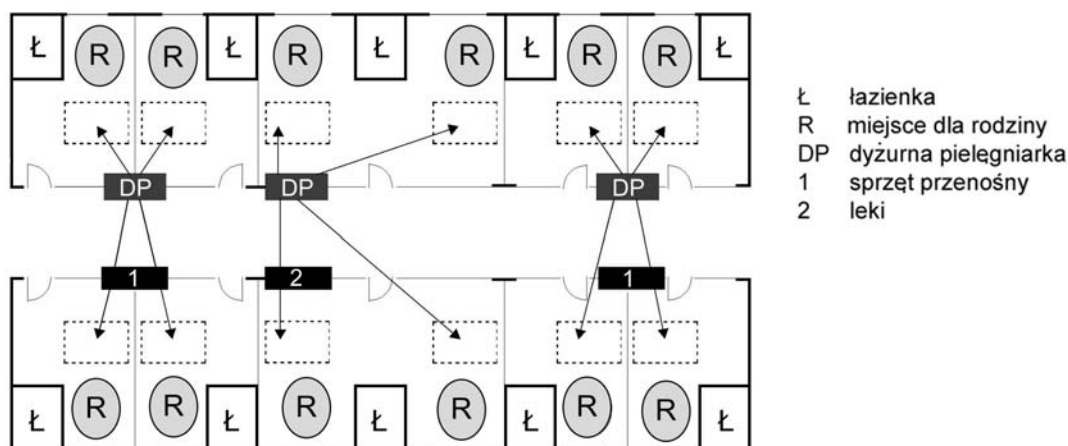
- wzmocnienie procesu opieki nad chorym – np. badania prowadzone przez Ann Hendrich wskazywały, że pielęgniarki w trakcie swojej zmiany (zazwyczaj 10 godzin) przeciętnie spędzają tylko 30-40 minut bezpośrednio na opiekę nad chorym przy łóżku (Shur Bilchik, 2002);
- ograniczenie odległości jakie przemierza personel (zwłaszcza pielęgniarski), w trakcie pracy – np. to samo badanie Ann Hendrich wykazało, że pielęgniarki dziennie przemierzają wiele kilometrów tylko po to, żeby znaleźć następną osobę z obsługi, której potrzebują, aby przyjść z pomocą jakiemuś pacjentowi (McCarthy, 2002);
- ograniczenie poza-medycznych, nie związanych z wykonywaną pracą, czynności jakimi zajmować się musi obsługa – np. badania prowadzone przez Craig’a Zimringa nad 300-łóżkowym szpitalem w Atlancie wykazywały, że obsługa spędzała 4500

godzin rocznie na pomaganiu pacjentom i odwiedzającym w odnalezieniu właściwego miejsca, co rocznie kosztowało szpital ok. 220 000 \$, czyli więcej niż wprowadzenie właściwego systemu informacji przestrzennej (McCarthy, 2002).

Architektoniczne przekształcenia zmierzające do realizacji powyższych celów jak również zapewnienia sprawności i czystości organizacyjnej stanowią m.in.:

- dążenie do lokalizacji wszystkich funkcji związanych z daną procedurą medyczną na jednym poziomie (np. związanych z operacją) – pozwala to na zmniejszenie dystansów jakie trzeba pokonać, ogranicza konieczność przewożenia pacjenta i ułatwia nad nim nadzór;
- decentralizacja przestrzenna dyżurek pielęgniarskich – są mniejsze, ale jest ich więcej, co pozwala na ograniczenia konieczności chodzenia, umożliwia personelowi pracę bliżej pacjenta, ułatwia nadzór, opiekę i nawiązywanie relacji z pacjentem – Ryc. 1;

Ryc. 1 – Schemat układu pokoi chorych ze zdecentralizowanymi dyżurkami pielęgniarskimi.



Źródło: opracowanie własne.

- wprowadzenie (wraz z innymi materiałami informacyjnymi) aranżacji środowiskowych i systemu informacji przestrzennej zwiększających czytelność przestrzeni obiektu i ułatwiających poruszanie się po nim.

Na duże ułatwienia w pracy obsługi pozwala także zastosowanie technologii elektronicznych. Użycie mobilnych kart informacyjnych oraz szersze zastosowanie komputerów pomaga ograniczyć pracę nad dokumentacją w formie papierowej i jej gromadzeniem, co w istotny sposób wpływa na wykorzystanie przestrzeni (np. ograniczenie powierzchni archiwizacyjnych), oszczędność czasu i umożliwia personelowi spędzanie większej ilości czasu na zajęciach związanych z bezpośrednią opieką nad chorym.

Kolejnymi modyfikacjami prowadzącymi do poprawy warunków pracy w obiektach służby zdrowia są działania mające na celu kształtowanie środowiska łagodzącego napięcia nerwowe i stres związany z pracą w szpitalu. Oprócz zastosowania odpowiedniej kolorystyki w pomieszczeniach, maksymalnego wykorzystania naturalnego światła oraz zwiększenia udziału i kontaktu z zielenią, w przestrzeni szpitalnej organizowane są dla pracowników specjalne pomieszczenia, w których mogą na chwilę odizolować się od dynamiki życia szpitalnego, odpocząć i zregenerować siły. Czynnikiem obniżającym stres są także odpowiednio dobrana muzyka lub odgłosy natury (np. śpiew ptaków, dźwięk przepływającej wody) tworzące akustyczne tło szpitala oraz szersze zastosowanie akwariów zamiast telewizorów. Jak wskazują badania telewizory słabiej odprężają i jednocześnie mocniej odciągają uwagę od czynności zawodowych (Ulrich, Zimring, 2004).

Pro-terapeutyczne kształtowanie środowiska obiektów służby zdrowia wpływa także na zadowolenie i satysfakcję personelu z miejsca pracy co przekłada się na podniesienie kultury obsługi, wzrost przyjemności płynącej z wykonywanej pracy oraz jej jakość, na czym oczywiście korzystają przede wszystkim pacjenci. Z kolei czynniki związane z satysfakcją i poczuciem samorealizacji wśród personelu w istotnym stopniu wpływają na zmiany w strukturze zatrudnienia⁴ oraz kształtowanie pozycji społecznej zawodów medycznych.

4. TERAPEUTYCZNE KRAJOBRAZY – KONTEKST ZEWNĘTRZNY

Zmiany zachodzące w obiektach opieki zdrowotnej dotyczą nie tylko ich wewnętrznej przestrzeni. Stanowią one także o roli tych obiektów i ich znaczeniu jako budynków publicznych, będących przestrzennym, funkcjonalnym i społeczno – kulturowym elementem krajobrazu. Wewnętrzna przestrzeń tych budynków kształtowana jest tak, aby poprzez swe oddziaływanie tworzyła środowisko terapeutyczne dla wszystkich jej użytkowników, i analogicznie, odpowiednio kształtowane relacje zewnętrzne zmierzają do stworzenia terapeutycznych krajobrazów oddziałujących w szerszym kontekście na społeczność lokalną i innych potencjalnych odbiorców.

Modyfikacje jakie następują w zewnętrznych relacjach obiektów usług zdrowia dotyczą:

- ich przestrzennej i funkcjonalnej integracji z otoczeniem,

⁴ Być może obecnie w polskich zakładach usług medycznych nie są jeszcze znane kłopoty dotyczące zapewnienia odpowiedniej, wykwalifikowanej kadry. Niemniej w krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki stopień wymiany kadr jest często bardzo wysoki i stanowi istotny problem dla menadżerów tego typu zakładów.

- wzmocnienia ich roli i znaczenia jako budynków publicznych kształtujących wartości społeczne i obywatelskie.

4.1. Integracja z otoczeniem

Wzmocnienie, a czasem wręcz przywrócenie, związków przestrzennych i funkcjonalnych obiektów służby zdrowia z terenami sąsiadującymi stanowi jeden z podstawowych warunków ich aktywizacji jako składników ogólnej struktury przestrzennej jednostek osadniczych. Tereny zespołów szpitalnych zyskują formułę bardziej zróżnicowaną pod względem funkcjonalnym. Jako towarzyszące do budynków wprowadzone zostają np. takie funkcje komercyjne jak drobny handel i gastronomia (bary, kawiarnie) oraz funkcje związane z kulturą (np. miejsca przeznaczone na koncerty i spektakle teatralne). Zespoły szpitalne nie stanowią już wyłącznie miejsca lokalizacji funkcji medycznych. Na ich obszarach lokalizowane są także np. mieszkania przeznaczone dla obsługi, czy podmioty gospodarcze, których działalność związana jest z pracą szpitala (np. firmy farmaceutyczne, firmy obsługujące szpital pod względem technologicznym, itp.).

Jednocześnie zmianie ulega urbanistyczny kontekst lokalizacyjny obiektów i zespołów służby zdrowia. Przestrzenna izolacja zastępowana jest ogólną dostępnością – przybliżane są do nich ogólnodostępne przestrzenie publiczne (ulice, trakty piesze, deptaki, parki), infrastruktura (np. linie komunikacji miejskiej) oraz inne aktywne i miastotwórcze funkcje. Przykładem mogą tu być niektóre szpitale w Holandii, gdzie obok zlokalizowane zostały np. supermarkety, kawiarnie, restauracje czy centra konferencyjne (Lipman, 2002). Działania tego typu pozwalają na pełniejsze włączenie usług służby zdrowia do systemu funkcjonowania miasta oraz wpływają na ekonomiczne i gospodarcze aspekty utrzymania i funkcjonowania tych obiektów.

Obok czynników funkcjonalnych (np. kształtowanie raczej brył o dużym 6000-8000 m², ale płaskim planie niż wieżowców – co pozwala na uzyskanie lepszych rozwiązań komunikacyjnych pomiędzy funkcjami szpitalnymi (Chand, 2002) i ekonomicznych (np. budowanie większej liczby ale mniejszych szpitali – szybciej są gotowe i dłużej użytkowane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i rozwoju technologii), jakie wpływają na sposób aranżacji bryły budynków, dla kształtowania krajobrazów terapeutycznych niezwykle istotne są architektoniczne zabiegi zmierzające do właściwego wkomponowania obiektów służby zdrowia w otoczenie (warunki topograficzne, relacje do stron świata, relacje z historycznym sąsiedztwem, tereny zieleni, itp.). Dotyczy to skali, charakteru zabudowy oraz sposobów zagospodarowania terenów sąsiadujących. Respektowanie walorów krajobrazowych zarówno

lokalnych jak i wynikających z szerszego kontekstu dzielnicy czy całego miasta (wpisanie budynków w sylwetę czy panoramę) wymaga odejścia od stosowanych często w przeszłości form typowych i poszukiwania indywidualnych możliwości wyrazu. Istotne jest, aby inwestycja zrealizowana została we właściwym standardzie i reprezentowała jasno zdefiniowaną wizję architektoniczną, która poprzez zastosowanie odpowiednich materiałów, kolorystyki i faktur będzie kształtowała zróżnicowany i pozytywnych charakter budynku. Design jest bowiem ważnym czynnikiem w budowaniu równowagi kompozycyjnej i znaczenia miejsca zarówno pod względem krajobrazowym i funkcjonalnym, jak i symbolicznym.

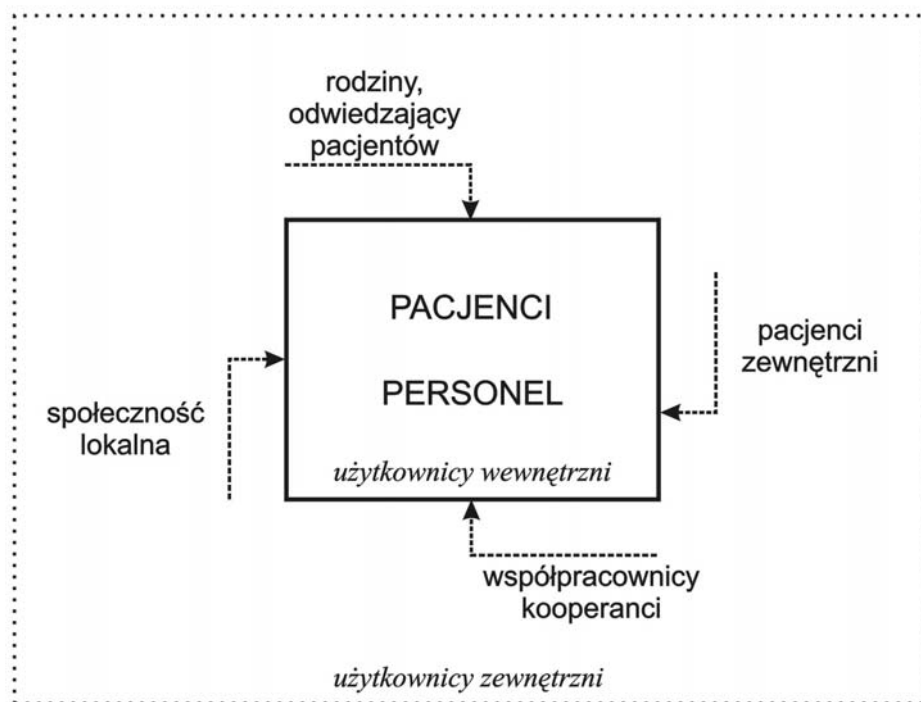
4.2. Szpital jako budynek publiczny

Wraz ze zmianą filozofii podejścia projektowego i organizacyjnego zmieniają się także rola i znaczenie obiektów służby zdrowia jako budynków publicznych, które powinny kształtować wartości społeczne i obywatelskie (Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, Francis, 2004).

Protesty społeczne jakie towarzyszą próbom likwidacji małych, lokalnych szpitali w Wielkiej Brytanii są dowodem na to, że dla społeczności obiekty opieki zdrowotnej i dostęp do usług zdrowotnych stanowią istotne elementy wpływające na budowanie jakości ich życia. Z pewnością więc w programach budowy terapeutycznych krajobrazów istnieje pewien potencjał rewitalizacyjny (Lipman, 2002), który można wykorzystać jako pozytywny wkład w budowanie więzi sąsiedzkich i tożsamości lokalnej. Budynki służby zdrowia przestają być postrzegane jako zamknięte, wyizolowane miejsca, do których musimy się udać, kiedy jesteśmy chorzy, stają się obiektami czynnie kształtującymi dobro i wartości publiczne.

Zgodnie z nowym podejściem przestrzeń obiektów służby zdrowia zostaje otwarta i przystosowana do potrzeb wszystkich grup jej użytkowników – *Ryc. 1.*

Ryc. 2 – Użytkownicy przestrzeni obiektów służby zdrowia.



Źródło: opracowanie własne.

Otwartość i społeczne znaczenie budynków opieki zdrowotnej podkreślane jest także poprzez upublicznienie procesu ich planowania i projektowania (np. dzięki specjalnie organizowanym kampaniom⁵), do udziału w którym zaprasza się m.in.: personel medyczny, obsługę, pacjentów, odwiedzających, mieszkańców terenów sąsiadujących, organizacje społeczne, ogół społeczności lokalnej.

W Wielkiej Brytanii programowi budowy nowych szpitali towarzyszy dyskusja na temat roli jaką powinny pełnić obiekty opieki zdrowotnej jako budynki publiczne. Jakość przestrzeni i publicznych budynków opieki zdrowotnej wpływa nie tylko na budowanie lokalnych wartości społecznych, ale odzwierciedla również znaczenie ochrony zdrowia jako elementu polityki społecznej państwa i jest istotnym narzędziem w budowaniu wartości i dumy obywatelskiej (Lipman, 2002; Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, Francis, 2004).

Z tym zagadnieniem związane są poszukiwania nowej symboliki jaką powinny posiadać współczesne, publiczne obiekty tego typu⁶. Tocząca się m.in. na łamach prasy światowej polemika zmierza do znalezienia odpowiedzi na pytania o wartości i treści jakie należy

⁵ Znakomitym przykładem jest trwająca w Wielkiej Brytanii kampania „Healthy Hospitals” dotycząca programu budowy nowych szpitali zorganizowana przez Commission for Architecture & the Built Environment (CABE).

⁶ Zaznaczyć należy, że mówiąc o znaczeniach symbolicznych pamiętać należy nie tylko o fizycznym, architektonicznym wyrazie budynków, ale także o przekazie znaczeniowym płynącym z takich czynników jak nazwa szpitala (Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, Francis, 2004).

zawrzeć w projektach nowoczesnych obiektów usług zdrowotnych. „Czy to hotel? Czy to modny bar? Nie, to szpital.” pisze A. Purvis na łamach *The Guardian* (Purvis, 2001). Z kolei P. Blundell Jones w artykule opublikowanym w *The Architectural Review* stwierdza, że „... szpital powinien być rozpoznawalnie wyjątkowym miejscem – nadal czymś w rodzaju sanktuarium – a nie po prostu hotelem z aneksem w postaci sali operacyjnej” (Blundell Jones, 2002). Złożona natura obiektów służby zdrowia wskazuje, że ich symbolika wymaga mądrego połączenia w jednym obiekcie szeregu różnych wymiarów – ludzkiego, technologicznego i publicznego, i znaczeń – hotelu, miejsca pracy (laboratorium) oraz miejsca wzmożonego cierpienia i współczucia.

5. DOBRY DESIGN – PODSUMOWANIE

O skuteczności wpływu na pacjentów pro-terapeutycznych modyfikacji wprowadzanych w środowiskach obiektów służby zdrowia świadczą wyniki badań porównujących m.in. warunki szpitalne, wyniki terapeutyczne oraz opinie użytkowników przed i po wprowadzonych zmianach. Przykładem mogą być rezultaty badań prowadzonych przez Uniwersytet w Sheffield w Wielkiej Brytanii (Lawson, 2002). Po przeprowadzonych przekształceniach środowiska szpitalnego zauważono m.in.:

- znacznie wyższy poziom satysfakcji pacjentów z otoczenia;
- że znacznie więcej pacjentów określiło środowisko, w jakim przebywali jako pozytywnie wpływające na ich samopoczucie;
- znacznie wyższą ocenę pacjentów opieki szpitalnej, obsługi, personelu;
- skrócenie czasu leczenia (w szpitalu ogólnym o 21%, w szpitalu psychiatrycznym o 14%);
- spadek ilości i częstotliwości oraz skrócenie okresu podawanych leków przeciwbólowych o 22%;
- wśród chorych powracających do zdrowia po zabiegu cholecystektomii:
 - skrócenie okresu pobytu pooperacyjnego o 10%,
 - zmniejszenie ilości negatywnych opinii pielęgniarek o stanie i zachowaniach pacjentów,
 - zmniejszenie ilości przyjmowanych silnych i średnich dawek leków przeciwbólowych,
 - zmniejszenie ilości komplikacji pooperacyjnych;
- wśród pacjentów szpitala psychiatrycznego:

- skrócenie okresu pobytu w szpitalu o 14%,
- szybsze postępy w terapii (wg. oceny obsługi) 20% pacjentów,
- obniżenie intensywności: obrażania werbalnego, przemocy fizycznej oraz w szczególności (o 2/3!) przypadków auto-przemocy,
- obniżenie konieczności stosowania izolacji o 70%,
- skrócenie koniecznego okresu izolacji z 13 do 4 dni.

Ulrich i Zimring przygotowując swój raport dla *The Centre for Health Design* zinwentaryzowali ponad 600 podobnych badań dotyczących tej problematyki (Ulrich, Zimring, 2004). Istnieje już więc pokaźna liczba dowodów przemawiających za koniecznością przekształcania „tradycyjnych” przestrzeni obiektów szpitalnych w środowiska i krajobrazy terapeutyczne. Z kolei w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez MORI i CABE latem 2002 r. w Wielkiej Brytanii na pytanie: „Czy sposób zaprojektowania szpitala nie ma znaczenia dla szybkości powrotu pacjentów do zdrowia?” odpowiedzi „zgadzam się” udzieliło tylko 29% respondentów, natomiast odpowiedzi „nie zgadzam się” udzieliło aż 52% (CABE, 2002). Świadczy to niezbitie o wielkiej roli jakie obiekty te mają dla społeczności lokalnych i zainteresowaniu społecznym związanym ze sposobem ich projektowania i funkcjonowania.

Oczywiście w debacie dotyczącej konieczności modyfikacji szpitali bazujących na „tradycyjnych” wzorcach w kierunku pro-terapeutycznym istotny argument stanowią koszty tych przekształceń i możliwości finansowe służby zdrowia. Jednak jak wskazują doświadczenia ośrodków, które wprowadziły te zmiany „Spośród innowacji sugerowanych przez „projektowanie oparte na dowodach” wiele jest tylko nieznacznie droższych niż rozwiązania tradycyjne, o ile są one droższe w ogóle” (Ulrich, Zimring, 2004). Ponadto terapeutyczny design staje się coraz ważniejszym czynnikiem marketingowym wpływającym na podejmowane przez pacjentów decyzje o wyborze szpitala (Gesler, Bell, Curtis, Hubbard, Francis, 2004).

Roger Ulrich stwierdza: „Nie mówimy o budowaniu w stylu hotelu Ritz Carlton. Mówimy o mądrym projektowaniu opartym na dowodach i badaniach naukowych. Nie mówimy o budynkach, które wyglądają ładnie albo są na swój sposób ekskluzywne, ale o budynkach które są naprawdę bardziej efektywne” (McCarthy, 2004).

Literatura:

- Bell P.A., Greene Th. C., Fisher J.D., Baum A., 2004. *Psychologia Środowiskowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Blundell Jones P., 2002. *The hospital as building type*. The Architectural Review, March, str. 42-43.
- CABE, 2002. *The Value of Good Design*. Commission for Architecture & the Built Environment (CABE), London.
- Chand S., 2002. *Architecture and the hospital*. Architecture Australia, July/August.
- Gesler W., Bell M., Curtis S., Hubbard Ph., Francis S., 2004. *Therapy by design: evaluating the UK hospital building program*. Health & Place 10, str. 117–128.
- Lawson B., 2002. *Healing Architecture: How patient treatment and behaviour can be improved with new architecture*. The Architectural Review, March.
- Leighty J., 2003. *Healing by Design*. www.NurseWeek.com, April 23.
- Lipman C., 2002. *Form and Function*. New Start, 06.12.
- McCarthy M., 2004. *Healthy Design*. The Lancet, Vol. 364, str. 405-406.
- Purvis A., 2001. *Is it s hotel? Is it a trendy bar? No, it's a hospital*. The Guardian, August 5, str. 14-15.
- Shur Bilchik G., 2002. *A Better Place to Heal*. Health Forum Journal, July/August, str. 10-15.
- Ulrich R., Zimring C., 2004. *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. The Center for Health Design, September.