

Marta ŁUKASIK¹

WYBRANE PROBLEMY STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA A ARCHITEKTONICZNE BADANIA PRZEDPROJEKTOWE I OKOŁOPROJEKTOWE GERIATRYCZNYCH SZPITALI KLINICZNYCH

1. Wprowadzenie

Przedmiotem pracy jest wskazanie i omówienie istotnych zagadnień z zakresu aktualnego zjawiska starzenia się społeczeństwa oraz problemów przedprojektowych i okołoprojektowych dotyczących współczesnego geriatrycznego szpitala klinicznego. Temat podjęto na podstawie obserwacji, a także trudności związanych z projektowaniem współczesnych szpitali. Autor postara się zbadać i wykazać słuszność tezy, że geriatryczne szpitale kliniczne są odpowiedzią na zaobserwowany problem procesu zmian zachodzących w społeczeństwie, zarówno jeśli chodzi o argumenty społeczno – socjologiczne, jak i ekonomiczne.

Obszar badań ograniczony został do terytorium Polski, co umożliwiło pozyskiwanie danych i prowadzenie badań oraz ich uwiarygodnienie, dzięki współmiernym parametrom obiektów badanych. Zasięg czasowy badań jest ograniczony do sytuacji, jaka ma miejsce w efekcie zaniedbań inwestycji w opiekę geriatryczną z ostatnich kilkudziesięciu lat. Zakres merytoryczny badań obejmuje zagadnienia z architektury geriatrycznych szpitali klinicznych.

Coraz więcej jest osób starszych, wymagających profesjonalnej opieki medycznej, której nie jest w stanie zapewnić rodzina pacjenta w warunkach domowych. Zmiany, jakie zachodzą w strukturze społeczeństwa polskiego determinują konieczność zmian w specyfice oddziałów szpitalnych oraz w ich układach funkcjonalno - przestrzennych.

Celem badania jest ideowa i naukowa identyfikacja zagadnień oraz określenie wpływu czynników warunkujących konieczność przeddefiniowania potrzeb

¹ Pracownia Architektury Społeczno-Usługowej A 24, Wydział Architektury Politechniki Krakowskiej, ul. Warszawska 24, 31-155 Kraków, marta.lukasik@o2.pl

społeczeństwa w odniesieniu do obiektów służby zdrowia. Badania posiadają również praktyczny – wdrożeniowy cel, który może pomóc w lepszej kondycji zarówno funkcjonalno – użytkowej jak i finansowej szpitali wielospecjalistycznych i geriatrycznych.

2. Proces starzenia się społeczeństwa – problemy i wyzwania

Od początku lat 90. XX wieku obserwujemy w Polsce proces starzenia się społeczeństwa, którego intensywność w ostatnich kilkudziesięciu latach znacząco wzrosła. Jest to wynik poprawy zdrowia i jakości życia ludzi, a także postępu cywilizacyjnego. Elementem wzmacniającym jest zjawisko migracji zewnętrznych.

Główne problemy, jakie zidentyfikowano, to zagrożenie wydolności finansowej systemów emerytalno – rentownych oraz rosnące wydatki na opiekę medyczną i usługi socjalne. W obliczu zmian demograficznych (wg szacunków GUS w 2035 r. w Polsce będzie żyło 2 mln ludzi powyżej 80 roku życia, gdzie mniej więcej co 6 osoba będzie prowadziła jednoosobowe gospodarstwo domowe) oraz zaniku instytucji wielopokoleniowej rodziny, konieczna będzie skuteczna polityka społeczna i gospodarcza w zakresie zapewnienia opieki, w tym instytucjonalnej, seniorom nie mogącym samodzielnie funkcjonować. Podkreślić należy, że państwo musi podjąć działania mające na celu pomoc osobom starszym w ich codziennym życiu. Wydaje się jednak, że kluczową kwestią byłoby wsparcie w tym zakresie rodziny pacjenta. Potencjalni opiekunowie, którzy mogą być zmuszeni do przerwania zatrudnienia lub przejścia na wcześniejszą emeryturę w związku z koniecznością zapewnienia opieki drugiemu członkowi rodziny otrzymają znacznie niższe świadczenie emerytalne, bez żadnej rekompensaty. Doinwestowanie powinno mieć postać kapitału opiekuńczego (asystentów rodziny, opiekunów środowiskowych, placówek opieki dziennej) lub też wsparcia czysto finansowego. Należałoby zatem podjąć działania na rzecz zwiększenia pomocy środowiskowej sprawowanej przez wyspecjalizowanych pracowników ochrony zdrowia i opieki społecznej – może to być zarówno pomoc sprawowana w domu osoby starszej, jak i tworzenie placówek instytucjonalnych o charakterze dziennej opieki (np. w czasie nieobecności pracującego członka rodziny). Należy także rozbudować bazę domów opieki zapewniających całodobową troskę osobom starszym, które nie mogą liczyć na wsparcie bliskich.

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób sędziwych, a przede wszystkim leczenie przewlekłych schorzeń, wymagać będzie zmian w profilu udzielanych świadczeń, co

wiąże się ze zwiększeniem nakładów finansowych na dostosowanie infrastruktury ochrony zdrowia i zatrudnieniem kadr medycznych. Według konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrici, prof. Tomasza Grodzickiego, środki przeznaczone na oddziały geriatryczne pokrywają około 30% faktycznych kosztów usług, co sprawia, że oddziały te są dla szpitali deficytowe. To z kolei wpływa na kontraktowanie usług medycznych i małe zainteresowanie menadżerów i dyrektorów szpitali tworzeniem czy rozbudową takich miejsc, w efekcie czego dostęp do łóżek geriatrycznych jest utrudniony. Starszy pacjent jest obciążony kilkoma schorzeniami jednocześnie, w związku z czym wymaga zwiększonej opieki pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej, co generuje dodatkowe koszty. Ponadto osoby starsze nie stanowią w większości przypadków grupy docelowej w badaniach klinicznych nowych leków, co uniemożliwia stworzenie standardów leczenia w tej grupie pacjentów, które to standardy w rezultacie są określane przez możliwości finansowe. Oddziały geriatryczne mogą wydawać się drogie w krótkofalowym ujęciu, ale kiedy przyjrzymy się skutkom ich działania, zobaczymy olbrzymie oszczędności.

Wyzwanie stanowi również brak lekarzy geriatrów. Geriatra bowiem musi być jednocześnie doświadczonym, wszechstronnym internistą, dobrym neurologiem, psychologiem, farmakologiem czy rehabilitantem.

Problem starzenia się społeczeństwa, powinien stać się wyzwaniem, przed którym stoi zarówno rząd jak i społeczeństwo polskie. Należy promować aktywne starzenie się, nie zaś dominujący model „biernej starości”. Powinno się budować odpowiednią infrastrukturę w środowisku zamieszkania osób starszych (tj. kluby seniora, kluby dziennego pobytu). Należałoby realizować politykę polegającą na upodmiotowieniu seniorów tak, aby stali się oni aktywnymi uczestnikami życia społecznego, a nie jedynie biernymi odbiorcami usług opiekuńczych.

3. Geriatryczny szpital kliniczny

W praktyce zawodowej architekt projektując szpital spotyka się z wielozagadnieniową problematyką. Dzieje się tak, ponieważ Polska nie posiada odrębnych przepisów prawnych dotyczących definicji, funkcjonowania i finansowania szpitali. Terminologia „szpital” „szpital kliniczny” czy „szpital uniwersytecki” pojawia się w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (dz. U. 91 poz. 408 z 1991 r), jednak nie jest sformułowana szczegółowa definicja tych pojęć. Objaśnienie hasła „szpital” jest następujące: szpital jest zakładem opieki

zdrowotnej (art. 2 ust. 1 pkt 1), a zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (art. 2 ust. 1). Zakład opieki zdrowotnej utworzony i utrzymywany w celu realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia zawiera oznaczenia „kliniczny” lub „uniwersytecki” (art. 2 ust. 5). Szpitale kliniczne wykonują zadania wykraczające poza zakres szpitali zaopatrzenia regularnego czy głównego, na odpowiednio wysokim poziomie medyczno – technicznym, a ponadto prowadzą badania naukowe i dydaktyczne – stanowią bazę dla uczelni medycznej. Tylko szpitale kliniczne z definicji dysponują zespołami ludzkimi, które mogą transferować wiedzę do społeczeństwa.

W polskich przepisach brak jest informacji na temat standardów określających, w jakich warunkach w tych placówkach powinny przebywać osoby starsze, dotyczących liczby personelu czy wymaganej minimalnej powierzchni przeznaczanej na jedną osobę. Obecnie standardy te określone są głównie przez możliwości finansowe szpitali. Zgodnie z unijnymi standardami na 10 000 mieszkańców powinny przypadać dwa łóżka geriatryczne. W Polsce powinno ich więc być około 7 600.

4. Architektoniczne badania przedprojektowe i okoloprojektowe geriatrycznych szpitali klinicznych

Nasuwa się pytanie, jak należy kształtować przestrzeń współczesnego szpitala, aby był funkcjonalny, sprzyjał leczeniu pacjentów? Czy jest możliwe zaprojektowanie szpitala trwałego, a jeśli tak, to czy jest to cel, który naprawdę chcemy osiągnąć, czy jest on słuszny w odniesieniu do budynków służby zdrowia? Trwałość ma niezmiernie wysoką wartość w odniesieniu do materiałów z jakich budujemy, czy odpowiednio dobranej konstrukcji. Należy jednak być świadomym, iż trwałość architektury nie zapewnia niezmienności w sposobie jej użytkowania. Od zawsze architekci starali się dążyć do tworzenia budynków, które będą ponadczasowe. Sposób budowania szpitali w przeszłości był architekturą rozmachu, dopasowaną do społecznych potrzeb, dziś z kolei musimy się dostosowywać do coraz to bardziej restrykcyjnych przepisów i norm, czy do zmian wynikających z rozwoju nauki i techniki. Tempo w jakim rozwija się medycyna determinuje tempo zmian w programach funkcjonalno – przestrzennych, a co za tym idzie i w architekturze.

Co tak naprawdę można rozumieć pod pojęciem trwałości obiektów szpitalnych? Jak ono się ma do względów ekonomicznych nie tylko warunkujących powstanie budynku, ale także będących ważnym czynnikiem przy jego późniejszym użytkowaniu? Budowa szpitala jest zwykle bardzo długotrwała i kosztowna, jednak utrzymanie funkcjonującej jednostki, to znacznie wyższy koszt. Sztywne układy konstrukcyjne istniejących, często zabytkowych, budynków są trudne do dostosowania na potrzeby współczesnego szpitala i współczesnych technologii leczenia. Przebudowa okazałych gmachów pochłania obecnie bardzo duże nakłady finansowe. Dlatego też podczas projektowania, przy doborze materiałów i układu konstrukcyjnego należy wziąć pod uwagę, nie tylko pierwotne koszty, ale również koszty eksploatacji czy możliwości przebudowy w późniejszym czasie. Projekt powinien umożliwiać zmiany, przy jednoczesnej minimalizacji kosztów tych zmian. Powinien także być połączeniem funkcjonalności oraz elastyczności.

Z innymi trudnościami spotykamy się projektując zupełnie nowe jednostki, i tu dyskusji można poddać pytanie czy lepsze są szpitale duże, wielofunkcyjne, związane z ośrodkami miejskimi, czy mniejsze, specjalistyczne i zdecentralizowane. Inne problemy pojawiają się, jeśli naszym zadaniem jest przebudowa lub rozbudowa już istniejących jednostek i próba dostosowania ich zarówno do obowiązujących przepisów, jak i chęć stworzenia przestrzeni przyjaznej pacjentowi i jego rodzinie oraz personelowi.

Kondycja polskiej służby zdrowia jest zła i wymaga zmian na szerszą skalę. Rodzi się pytanie: jak rozwiązać ten problem pod względem architektonicznym, nie narażając przy tym podmiotów inwestorskich na ponoszenie dużych nakładów finansowych? Jaki system rozwiązań budowlanych pozwoli na uelastycznienie i doprowadzenie do oczekiwanego poziomu jaki reprezentują sobą jednostki z krajów wysokorozwiniętych? Od lat polskie szpitalnictwo boryka się z problemem niedofinansowania, co zamyka drogę do nowych inwestycji czy remontu istniejących obiektów. Odbija się to negatywnie na jakości leczenia i dostępności świadczeń zdrowotnych. Mimo wszystko, obecnie można jednak zaobserwować nasiloną ilość przebudów i remontów, które są podyktowane dążeniem do przystosowania istniejących placówek do obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia, które nakłada na szpitale zakończenie procesów dostosowawczych do 2016 roku. Większość działających w Polsce szpitali zlokalizowanych jest w obiektach pochodzących z XIX i XX wieku. „Zalecaną żywotność budynku szpitalnego określa się na 50 lat. Jest ona określona sprawnością funkcjonalną i sprawnością techniczną instalacji, a także podnoszeniem standardów obsługi pacjentów i pracy personelu. Szacuje się, że co 10

lat szpital powinien być modernizowany. Wynika to ze zmian w technologiach medycznych, zmian w wyposażeniu medycznym, w procedurach i standardach, a także ze zmian w normach sanitarno-epidemiologicznych” [7: s.332].

Już w latach 80-tych ubiegłego stulecia osiągnęliśmy w Polsce ilościowe nasycenie budynkami służby zdrowia, odpowiednio do preferowanego wówczas modelu długotrwałej opieki szpitalnej. Ich funkcja jest określona, jednak wraz z upływem czasu, powstawaniem nowych technologii i specjalizacji następują zmiany w ich organizacji. Architektoniczne wymogi funkcjonalne stale rosną. Dzieje się tak poprzez rozwój techniki medycznej – postęp w aparaturze, pojawienie się nowych specjalności takich jak radioterapia, robotyka medyczna czy hybrydowe i małoinwazyjne techniki zabiegowe, ale również poprzez zmiany zachodzące w środowisku – konieczność tworzenia oddziałów i szpitali geriatrycznych. Biorąc pod uwagę ograniczone możliwości finansowe jakimi dysponuje publiczny sektor służby zdrowia większość inwestycji polega na przebudowach lub rozbudowach obiektów istniejących, w związku z tym należy się głównie skupić na organizowaniu doraźnej pomocy pod względem lokalowym dla szpitali, poprzez dobudowę pojedynczych elementów lub organizację systemu, który mógłby ulegać modyfikacji w ramach zmieniającego się zapotrzebowania. Szpitale borykają się z problemami kontraktowania procedur medycznych i często możliwość szybkiej przebudowy jakiegoś fragmentu szpitala, może być szansą na pozyskanie dodatkowych środków finansowych.

Architekci projektujący dla polskiej służby zdrowia poszukują najbardziej efektywnych sposobów budowy, rozbudowy czy przebudowy ponieważ dyrektorzy takich jednostek nie mogą sobie finansowo pozwolić na długoletnie inwestycje, które w momencie zakończenia nie pasują już do aktualnych wymagań medycznych, architektonicznych i funkcjonalnych. Możliwość etapowania prac jest korzystna pod względem sposobu pozyskiwania środków finansowych w jednostkach medycznych. Biorąc pod uwagę, że większość obiektów tej kategorii wymaga natychmiastowej modernizacji, potencjał rynku jest ogromny. Podczas przebudowy duży nacisk kładzie się na zminimalizowanie powierzchni przeznaczonych na komunikację, analizuje się ruch zarówno pacjenta, jak i personelu, redukuje się niepotrzebne pomieszczenia, tak aby zrobić miejsce dla nowych lub powiększyć już istniejące.

Główne tendencje, które mają bezpośredni wpływ na projektowanie obiektów medycznych, to skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów i w konsekwencji malejąca liczba łóżek na oddziałach. Pobyt jednego pacjenta na oddziale opieki długoterminowej kosztuje NFZ około 75zł za dobę, natomiast trzydniowy pobyt

chorego w szpitalu ogólnym nawet 3000zł. Koszty opieki w szpitalu na oddziale internistycznym są dużo wyższe niż w specjalnie do tego przeznaczonych oddziałach, czy placówkach dla osób starszych. Dzieje się tak, ponieważ na oddziale internistycznym konieczne jest zapewnienie pełnej kadry medycznej, a na oddziale opieki długoterminowej zatrudnione są głównie pielęgniarki. Otwieranie oddziałów geriatrycznych jest więc szczególnie opłacalne dla szpitali wielospecjalistycznych. Przy takiej sytuacji demograficznej nawet prywatne podmioty znajdują pacjentów, ponieważ coraz więcej jest osób, które za taką opiekę są gotowe zapłacić.

Dobra organizacja to czynnik nadrzędny dla prawidłowego działania szpitala. Forma szpitala jest zdeterminowana przez jasno postawiony problem funkcjonalny, który architekt ma za zadanie rozwiązać.

W projektowaniu takich przestrzeni jak szpital, kluczową rolę odgrywa użytkownik, który najlepiej zna specyfikę funkcjonowania jednostki, w której pracuje. Wsłuchując się w jego potrzeby i dogłębnie je analizując mamy szansę stworzyć wnętrza dostosowane nie tylko do norm i przepisów, ale także do potrzeb społeczeństwa, które w przyszłości będzie korzystać z efektów projektu i podda go weryfikacji. Projekt powinien być dostosowany do przyzwyczajzeń, a także do sposobu działania i funkcjonowania użytkownika. Ważnym aspektem jest usprawnienie pracy personelu medycznego, skrócenie drogi, jaką personel musi pokonywać podczas pracy, co podnosi jej efektywność.

Nie możemy jednak zapominać o uniwersalności, gdyż zarówno użytkownik zmienia się często, jak i potrzeby medycyny zmieniają się bardzo szybko. Obecnie coraz większą uwagę przywiązuje się do odwiedzających – tworzy się specjalne przestrzenie do wspólnego spędzania czasu pacjentów z rodzinami. Zaczyna się zwracać uwagę na otoczenie szpitala, doceniać potencjalne możliwości jakie może nieść za sobą zagospodarowanie terenów zielonych przyjaznych pacjentowi.

5. Zakończenie

Projektowanie obiektów służby zdrowia, a w szczególności szpitali, łączy w sobie wiele dziedzin – architekturę poszerzoną o stosowanie skomplikowanych technologii i instalacji, medycynę, czy psychologię. Szybki postęp technologiczny w dziedzinie medycyny powoduje, iż trudno jest nam w obecnych czasach przewidzieć, w jakim kierunku zmierza architektura budynków służących zdrowiu ludzkiemu i jakie będą jej potrzeby. Autor jest zdania, że architekci projektujący obiekty służby zdrowia powinni

na nowo przemyśleć zarówno funkcję, jak i formę i konstrukcję budynków szpitalnych. Możliwości technologiczne i materiałowe są co raz większe, więc musimy przeanalizować to, co odziedziczyliśmy z poprzednich czasów i wzbogacić to o nowe przemyslenia.

BIBLIOGRAFIA

1. Bielak M.: Optymalne środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2011.
2. Brocklehurst J. C., Allen S. C.: Zarys medycyny geriatrycznej: podręcznik dla studentów. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991.
3. Dyczewski L.: Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin 1994.
4. Porębowicz S.: O miejsce dla starego człowieka w nowo powstających zespołach miejskich. „Szpitalnictwo Polskie”, 1964 t.VIII, 6, s.282-287.
5. Tarkowska E.: Życie codzienne w domach pomocy społecznej. mInstytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1994.
6. Juraszyński J. i in.: Projektowanie obiektów służby zdrowia. Arkady, Warszawa 1973.
7. Pokorski J., Pokorska J., Złowodzki M.: Błąd medyczny - uwarunkowania ergonomiczne. [w]: Aspekty ergonomiczne w projektowaniu funkcjonalno-przestrzennym szpitali. Komitet Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków 2010.
8. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o Zakładach Opieki Zdrowotnej (dz. U. 91 poz. 408 z 1991 r),
9. Waszczyszyn E.: Trwałość – Użyteczność – Piękno Architektury Szpitalnej. Pomiedzy tradycją a przyszłością. Czasopismo Techniczne. Architektura, R. 106, 2009, z. 1-A. Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej, Kraków, s. 573-579.
10. Grzymała-Kazłowski M.: Projektowanie obiektów medycznych – jak uniknąć błędów. Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 4/2014.
11. [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/D5E35E200F187640C1257A29004A756B/\\$file/Infos_126.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/D5E35E200F187640C1257A29004A756B/$file/Infos_126.pdf) [dostęp: marzec 2015r.]
12. <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf> [dostęp: marzec 2015r.]

WYBRANE PROBLEMY STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA A ARCHITEKTONICZNE BADANIA PRZEDPROJEKTOWE I OKOŁOPROJEKTOWE GERIATRYCZNYCH SZPITALI KLINICZNYCH

Streszczenie

Badaniom poddana została sytuacja polskich współczesnych klinicznych szpitali geriatrycznych w odniesieniu do procesu starzenia się społeczeństwa. Proces ten jednak nie idzie w parze z polityką prozdrowotną państwa w stosunku do osób starszych. Coraz więcej jest osób wymagających profesjonalnej opieki medycznej, której nie jest w stanie zapewnić rodzina pacjenta. Analizie poddane zostało również ekonomiczne uzasadnienie dla potrzeby powstawania oddziałów opieki długoterminowej oraz fakt niedoszacowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów ze szpitalami na prowadzenie oddziałów o profilu geriatrycznym. Projektowanie obiektów służby zdrowia wymaga interdyscyplinarnego podejścia – współpracy badawczej architektów z lekarzami. Autor użył metod i technik stosowanych w badaniach przedprojektowych i okołoprojektowych służących do ustalenia potrzeb geriatrycznych szpitali klinicznych.

CHOOSEN PROBLEMS OF AGEING POPULATION AND ARCHITECTURAL AND PREARCHITECTURAL RESEARCH OF CLINICAL GERIATRIC HOSPITALS

Summary

In this study, the author examines the situation of Polish contemporary geriatric hospitals in relation to the problem of population ageing. The number of elderly people who require professional medical care is growing. The fact of demographic decline is undeniable, however, it is not followed by adequate government policy. The analysis includes the economic justification for the necessity for developing long-term care departments and the problem of insufficient funding from the National Health Fund. Designing buildings for the health care system requires an interdisciplinary approach and collaboration of architects and medical staff.