

Architekci zdrowia



fot. 1.



fot. 2.

Architektura średniowiecznych polskich szpitali była bardziej funkcjonalna i przemyślana niż współczesnych. Obiekty wznoszone przed wiekami były bowiem dostosowane do potrzeb, podczas gdy dzisiejsze są dopasowane do norm. Niestety, nawet nasz powrót do Europy nie zwiastuje na razie powrotu do normalności. Takie wnioski można było wysnuć z konferencji *Szpitale – Architektura, Technologia, Ekonomia*, zorganizowanej w maju we Wrocławiu przez Instytut Medyczny EuroMediCare. *Menedżer Zdrowia* sprawował nad tą imprezą patronat medialny.

Andrzej Kulik

Program konferencji został tak skonstruowany, żeby jej uczestnicy mieli możliwość nie tylko porównania współczesnych rozwiązań architektonicznych, stosowanych w szpitalach polskich i zachodnioeuropejskich, ale także przyjrzenia się dokonaniom architektów w minionych wiekach oraz poznania futurystycznych wizji na połowę XXI wieku.

Jak było, jak będzie

Z badań Małgorzaty Wójtowicz, pracownicy Muzeum Architektury we Wrocławiu wynika, że architektura wrocławskich szpitali od średniowiecza aż po I połowę wieku XX była odbiciem europejskich tendencji, a przede wszystkim zdrowego rozsądku, co w tym wypadku jest pojęciem tożsamym. Budowano je w taki sposób, aby były jak najbardziej funkcjonalne i dostosowane do potrzeb, a przede wszystkim ich architektura uwzględniała najnowsze osiągnięcia naukowe. Gdy, np. w XIX wieku zwyciężył pogląd, że zbawienny wpływ na rekonwalescencję mają świeże powietrze i słońce, to

budowano szpitale z przestronnymi salami chorych, które miały okna skierowane na południową stronę, a same budynki były otoczone parkami.

Zasada racjonalności została złamana w PRL i z zadziwiającą konsekwencją jest lekceważona nadal. Zdaniem dr. Piotra Gerbera, architekta i współwłaściciela szpitala EuroMediCare, we współczesnych polskich szpitalach mamy do czynienia przede wszystkim z efektem przeskalowania. Są one zupełnie niedopasowane do potrzeb – za duże, oferują często usługi nie w tych specjalnościach, na które jest największe zapotrzebowanie, z olbrzymim przerostem zatrudnienia. O architekturze szpitalnej decydują normy, które nie

Jakie będą szpitale przyszłości

uwzględniają ani postępu technologicznego, ani zmian w sposobie leczenia.

W takiej sytuacji przedstawianie futurystycznych wizji na temat wyglądu i funkcji szpitali w połowie XXI wieku należy traktować bardziej jako ciekawostkę, niż realne perspektywy. A są to niewątpliwie pomysły bardzo ciekawe. Prof. Stephen Verderber z *Tulane University* (USA) w swoim wykładzie twierdził, że w związku z olbrzymim postępem medycyny szpitale za 50 lat będą przede wszystkim zajmować się walką z objawami starzenia. W leczeniu chorób olbrzymie znaczenie będą odgrywały nowoczesne technologie. Pacjenci będą mieli wszczepione mikroskopijne implanty, które połączone ze szpitalem drogą radiową pozwolą na monitorowanie stanu ich zdrowia. Normą bę-



fol. 3.

„ Polskie szpitale są za duże, oferują często usługi nie w tych specjalnościach, na które jest największe zapotrzebowanie, z olbrzymim przerostem zatrudnienia „

dą porady udzielane przez Internet. Taki sposób leczenia ograniczy jeszcze bardziej niż dziś czas pobytu pacjenta w szpitalu, a zatem będą one zapewne mniejsze, za to bardziej nasycone elektroniką. Powstaną działy pozwalające na udzielanie porad i śledzenie stanu zdrowia pacjentów na odległość. Proekologiczne nastawienie społeczeństw wymusi też zapewne szersze wykorzystanie odnawialnych źródeł energii przy zasilaniu szpitali.

Kuchnia, która wyżywi miasto

Znajomi pytają mnie często, jakie są europejskie standardy w projektowaniu szpitali. Odpowiadam im, że nie ma takich standardów, ani gotowych recept. To w Polsce mamy normy, które opisują dokładnie, jak ma wyglądać szpital. Rola architekta ogranicza się zatem do zrobienia spisu pomieszczeń. W Europie Zachodniej inwestor, zanim ogłosi przetarg, przeprowadza analizę: czego potrzebuję i na co mnie stać. I te parametry określają później kierunek pracy architekta – mówił podczas wystąpienia na konferencji Artur Słabiak, który przez 20 lat (1980–2000) brał udział w projektowaniu 40 szpitali we Francji i Luksemburgu.

Inaczej też przebiega sam przetarg. W Polsce liczą się tylko: wysokość honorarium i termin realizacji, a o wyniku postępowania decydują często ludzie, którzy nie mają zbyt dużego pojęcia o projektowaniu. W Europie Zachodniej komisja wybiera do



fol. 4.

fol. 1. Bartosz Koziński

fol. 2. Uczestnicy konferencji

fol. 3. Artur Słabiak

fol. 4. Berndt Martetschläger

Fot. 6 x Andrzej Solnica



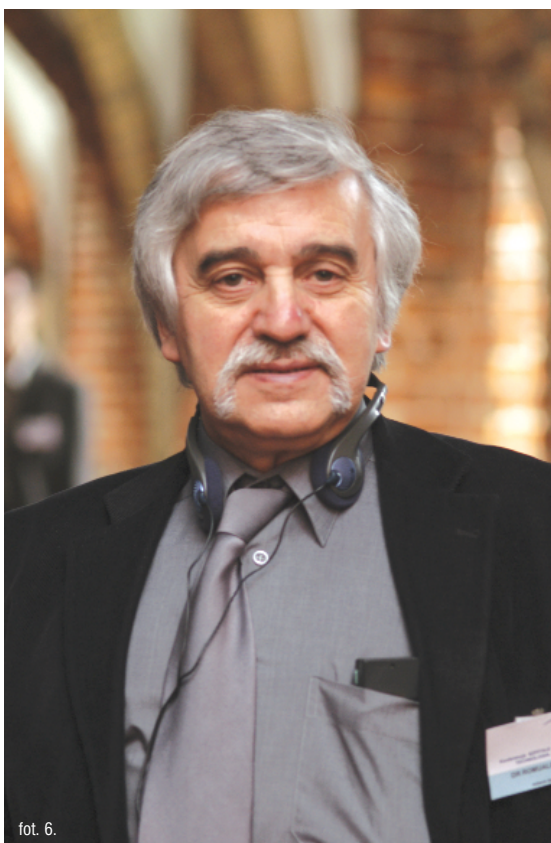
fot. 5.

dalszej analizy spośród zgłoszonych projektów zawsze propozycję jakiegoś uznanego architekta, 1–2 pomysły tzw. średniaków i 1–2 młodych architektów. Potem projekty są analizowane przez specjalistów z poszczególnych branż. Oczywiście, koszt jest ważny, ale jest to tylko jedno z wielu kryteriów. Niemniej jeśli kosztorysant wyłapie pomyłkę w projekcie, to jest on eliminowany.

Artur Słabiak, już po powrocie do kraju, dostał do zaopiniowania projekt szpitala powiatowego na 200 łóżek. Konstrukcja była monstrualna. Kuchnia o powierzchni 1 500 m², laboratorium – 900 m², centralna stacja dezynfekcji łóżek – 600 m². Podczas, gdy na te i parę innych pomieszczeń usługowych przeznaczono tak dużą powierzchnię, to zabrakło jej na pokoje dla pacjentów. W projekcie były 5–6-osobowe sale bez łazienek.

Ta kuchnia mogła wyżywić całe to miasteczko, a nie tylko tych 200 pacjentów, a laboranci z nuddów nie mieliby co robić. Tę placówkę zaprojektował doświadczony architekt, który niewątpliwie zna

” W szpitalu przyszłości pacjenci będą mieli wszczepione mikroskopijne implanty, które połączone ze szpitalem drogą radiową pozwolą na monitorowanie stanu ich zdrowia. Normą będą porady udzielane przez Internet ”



fot. 6.

się na swojej pracy. Zapytałem go, dlaczego stworzył obiekt tak niefunkcjonalny. Odpowiedział, że po raz pierwszy w życiu udało mu się zaprojektować szpital, który spełnia wszystkie wymogi ministerstwa – opowiadał Artur Słabiak.

Nowe trendy

Podczas, gdy Polska tkwi nadal w okowach przestarzałych norm, we Francji architektura podąża w ślad za przeobrażeniami w medycynie. Jednym z najbardziej widocznych trendów jest tzw. jednoczenie i kolektywizacja środków. Odbyna się to na dwóch płaszczyznach. Pierwsza – na poziomie regionu. Faworyzowane są szpitale położone centralnie w stosunku do skupisk ludności, ponieważ to pozwala na obsłużenie znacznie większych obszarów. Jeśli taką placówkę buduje się dla dużego miasta, to jest ona lokalizowana na jego obrzeżach, ale w pobliżu sieci komunikacyjnych, co pozwala na szybkie dotarcie do szpitala.

Wewnątrz projektuje się je tak, żeby zgrupować wokół siebie oddziały korzystające ze wspólnego personelu, sprzętu i pomieszczeń. Pozwala to zmniejszyć powierzchnię potrzebną na logistykę, a co za tym idzie – na zachowanie większej zwartości. Np. umieszcza się obok siebie: oddział ratownictwa, radiologię (centralnie w stosunku do pozostałych) i laboratoria, albo kardiologię, blok operacyjny (centralnie), porodówkę, a obok tego ostatniego działu jeszcze oddział noworodkowy, ginekologię i pediatrię –

fot. 5. i 6. Uczestnicy konferencji: Tadeusz Dudycz i Romuald Loegler

” Podczas, gdy Polska tkwi nadal w okowach przestarzałych norm, we Francji architektura podąża w ślad za przeobrażeniami w medycynie ”

relacjonował podczas konferencji Bartosz Kozieliwski, architekt pracujący od 1987 r. we Francji.

Dzięki takim rozwiązaniom zaczyna zanikać tzw. komunikacja brudna i czysta. Np. sterylizatornia jest połączona z blokiem operacyjnym windami. We francuskich szpitalach likwiduje się też stopniowo pomieszczenia usługowe, takie jak kuchnia i pralnia – te usługi są zlecane na zewnątrz. Charakterystyczne dla architektury szpitalnej w tym kraju jest też elastyczność w projektowaniu pomieszczeń, tak aby w razie potrzeby można było zmienić ich przeznaczenie, a także powierzchnię, przesuując ścianki działowe.

Szpital buduje się bardzo długo, a potrzeby medycyny zmieniają się w dzisiejszych czasach bardzo szybko. Nikt nie kupi projektu, którego nie da się potem łatwo adaptować do nowych potrzeb – opowiadał Bartosz Kozieliwski.

W projektach szpitalnych odzwierciedla się też inna tendencja w medycynie – coraz większy nacisk na prewencję, a nie leczenie i skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Dlatego w nowo projektowanych obiektach na parterze umieszcza się poradnie wraz z laboratoriami diagnostycznymi oraz oddziały chirurgii jednego dnia.

Co musi przewidzieć inwestor i architekt

Zdaniem Berndta Martetschlägera, członka zarządu austriackiej firmy *Projektentwicklungsges*, postęp w medycynie, zmieniające się szybko potrzeby szpitali są dużym wyzwaniem i dla inwestorów i dla architektów. – *Od rozpoczęcia projektowania szpitala do jego wybudowania mijają przeciętnie 7–10 lat. W tym czasie zmieniają się potrzeby, i menedżer, i architekt muszą to przewidzieć. Inaczej może powstać obiekt nieprzydatny* – tłumaczył Berndt Martetschläger.

W austriackiej prowincji Graz w ciągu 16 lat (1986–2002) liczba hospitalizowanych chorych wzrosła o 30 proc., ale jednocześnie o 46,7 proc. zmniejszył się czas ich pobytu w szpitalu (z 13,7 dnia do 7,3 dnia), a o 690 proc. wzrosła liczba osób odwiedzających chorych. Z kolei o 53 proc. zwiększyła się liczba pacjentów przyjmowanych w przyszpitalnych przychodniach.

Jakie znaczenie mają te dane przy projekcie szpitala? Olbrzymie. Skrócenie czasu leczenia nawet przy zwiększonej liczbie pacjentów oznacza konieczność zmniejszenia liczby łóżek. Gwałtowny wzrost odwiedzających powoduje, że trzeba przewidzieć miejsca na spotkania chorych z rodzinami. Więcej porad wymusza z kolei powiększenie segmentu szpitala, w której znajdują się przychodnie. *Sali szpitalnych nie możemy budować w oparciu o specjalności medyczne. Przy ich projektowaniu należy dążyć*

do uniwersalności, bowiem koszt funkcjonowania takiego pomieszczenia w przyszłości z punktu widzenia rachunku ekonomicznego jest ważniejszy, niż koszt jego budowy – twierdzi Berndt Martetschläger.

Jego zdaniem, kluczem do sukcesu jest umiejętność prognozowania. Trzeba umieć przewidzieć podaż i popyt na te usługi, które ma świadczyć szpital, wtedy gdy zacznie on działać. Ważne jest też przyjęcie określonej strategii – czy placówka ma stanowić centrum dla jakiegoś obszaru, czy też będzie współpracować z innymi jednostkami służby zdrowia. I oczywiście, należy śledzić trendy w medycynie i wyciągać z nich wnioski.

Do takich dominujących tendencji należy zmniejszanie liczby łóżek w pokojach. Podczas, gdy w Austrii buduje się jeszcze pokoje 4-, 2- i 1-osobowe, to w Niemczech już tylko 1- i 2-osobowe. To stanowi problem przy projektowaniu dróg komunikacyjnych w szpitalu, bowiem z tego powodu wydłużają się one. Z drugiej strony zaś zjawisko starzenia się społeczeństwa powoduje, że w szpitalach pojawiają się pacjenci mniej mobilni i dla nich odległości do pokonania powinny być jak najmniejsze.

Inny trend, to większe zapotrzebowanie na oddziały opieki paliatywnej oraz intensywnej terapii.

Szczegóły i pieniądze

Architekci jednak nie byliby sobą, gdyby poprzestali tylko i wyłącznie na omawianiu trendów, a nie zaprezentowali konkretnych, zaprojektowanych przez siebie obiektów. Rupert Gruber z austriackiej *Architektur Consult ZT* i dr Romuald Loegler z krakowskiego *Atelier Loegler&Partners* przedstawili kilka projektów szpitalnych, z detalami opisując zarówno zastosowane w nich materiały, łącznie z zaplanowanym kolorem rozmaitych elementów wyposażenia i ich wpływem na samopoczucie pacjentów, jak i rozwiązania przestrzenne zwiększające zarówno funkcjonalność placówki, jak i komfort leczonych tu chorych.

Aby jednak marzenia zbyt nie przystąpiły uczestnikom konferencji rzeczywistości, do ataku przystąpili ekonomiści. Prof. Tadeusz Dudycz i dr Wojciech Misiński z Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu uświadamiali zebranym, że przy projektowaniu architekt musi brać pod uwagę nie tylko koszt budowy szpitala, ale także jego późniejszego funkcjonowania. Nikt nie będzie chciał inwestować w prywatne szpitale, jeśli włożone w takie przedsięwzięcie pieniądze mogłyby przynieść większy dochód w innej branży.

– *Proszę pamiętać, że ekonomia rządzi światem, w tym także architekturą i medycyną* – przestrzegali na koniec prof. Tadeusz Dudycz. ■