

POTRZEBA ROZSZERZENIA WYTYCZNYCH KSZTAŁTOWANIA ARCHITEKTURY ZAKŁADÓW OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH

THE NEED TO SUPPLEMENT THE ARCHITECTURAL DESIGN GUIDELINES FOR CARE AND TREATMENT FACILITIES

Rafał Janowicz¹, Marta Koperska-Kośmicka¹, Marzena Mrozek², Bartosz Kohnke², Laura Pacud¹,
Bartosz Dąbrowski¹, Aleksandra Krupa¹

¹ Politechnika Gdańska / Gdańsk University of Technology, Gdańsk, Poland
Wydział Architektury / Faculty of Architecture

² Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. / Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o., Kościerzyna, Poland

INFORMACJE KLUCZOWE

- Proces starzenia się społeczeństwa wymaga modernizacji systemu ochrony zdrowia.
- Architektura ośrodków opieki długoterminowej powinna uwzględniać potrzeby seniorów.
- W polskim prawodawstwie brakuje szczegółowych wytycznych projektowania zakładów opiekuńczo-leczniczych.

HIGHLIGHTS

- The ageing of society requires the modernization of the healthcare system.
- The architecture of long-term care facilities should be friendly to seniors.
- Polish legislation lacks detailed guidelines for the design of care and treatment facilities.

STRESZCZENIE

Wstęp: W Polsce brakuje szczegółowych wytycznych architektonicznych dotyczących zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL). Celem badania było sprawdzenie, czy istniejące regulacje są wystarczające do projektowania tego typu placówek, oraz wskazanie ewentualnych braków. **Materiał i metody:** Metodologia badań obejmowała analizę przepisów prawnych, literatury oraz ocenę jakości przestrzeni na podstawie badań przeprowadzonych w ZOL w Dzierżąźnie w 2025 r., wykorzystując metodę *post-occupancy evaluation* oraz wywiady z personelem. **Wyniki:** Przegląd literatury wskazuje, że przestrzeń w ZOL ma kluczowy wpływ na jakość życia pacjentów i komfort pracy personelu. Dane statystyczne ukazują duże obciążenie ZOL pacjentami geriatrycznymi, z których większość pozostaje w placówce >1 roku, często do końca życia. **Wnioski:** Wnioski wskazują na potrzebę wprowadzenia nowych regulacji dotyczących projektowania ZOL, tak aby zapewnić pacjentom lepsze warunki, większą funkcjonalność przestrzeni oraz wyższy standard opieki medycznej. Med Pr Work Health Saf. 2025;76(4)

Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, zakład opiekuńczo-leczniczy, ergonomia, opieka długoterminowa, architektura opieki zdrowotnej, *post-occupancy evaluation*

ABSTRACT

Background: There is a lack of architectural guidelines for care and treatment facilities in Poland. The aim of the study was to assess the adequacy of existing regulations for the design of such facilities and to identify any shortcomings. **Material and Methods:** The methodology included an analysis of legislation and literature, as well as an assessment of the quality of space based on research conducted in the nursing home in Dzierżąžno in 2025 using the post-occupancy evaluation method and interviews with staff. **Results:** The literature review shows that space in care and treatment facilities has a significant impact on the quality of life of patients and staff. Statistics show that care and treatment facilities have a high number of geriatric patients, most of whom stay in the facility >1 year, often for the rest of their lives. **Conclusions:** The conclusions point to the need for new regulations on the design of nursing facilities to provide better conditions, more functional spaces and a higher standard of medical care for patients. Med Pr Work Health Saf. 2025;76(4)

Key words: geriatric patient, nursing home, ergonomics, long term care, healthcare architecture, post-occupancy evaluation

Autor do korespondencji / Corresponding author: Rafał Janowicz, Politechnika Gdańska, Wydział Architektury, Narutowicza 11/12, 80-222 Gdańsk, Poland, e-mail: rafal.janowicz@pg.edu.pl
Nadesłano: 5 marca 2025, zatwierdzono: 18 lipca 2025

WSTĘP

Szybko postępujący w Polsce proces starzenia się społeczeństwa sprawia, że dostosowanie przestrzeni do potrzeb najstarszych staje się pilną potrzebą. Optymalizacja warunków życia seniorów dotyczy nie tylko ich środowiska domowego i przestrzeni publicznej, ale także ośrodków ochrony zdrowia.

Analiza współczesnej literatury naukowej wykazuje, że jakość życia pacjentów geriatrycznych zależy od środowiska, w którym przebywają [1]. Problemy, z jakim mierzą się osoby w wieku od 60 do ≥ 90 r.ż. przebywające w jednostkach opieki długoterminowej, były przedmiotem wieloaspektowych analiz uwzględniających strukturę wielochorobowości [2–4] oraz oceny deficytu w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego [5–6]. Publikacje omawiające potrzeby projektowe zakładów opieki nad osobami starszymi podkreślają, że proces planowania takich przestrzeni powinien uwzględniać zarówno potrzeby funkcjonalne, jak i psychologiczne pacjentów [7–9]. Gesler [10] oraz Lawson i Phiri [11] zwracają uwagę na korelacje między odpowiednio zaprojektowanymi szpitalami a oddziaływaniem na skuteczność terapii. Ramadan [12] na podstawie badań wskazuje potrzebę integracji przestrzeni terapeutycznych. Ważne jest również czytelne określenie funkcji miejsc oraz rozdzielanie stref przeznaczonych dla pacjentów i personelu [13]. Kluczowym elementem w tego typu placówkach jest kwestia bezpieczeństwa – wykazano, że przeludnienie może prowadzić do utraty prywatności pacjentów, co z jednej strony wpływa na zmianę ich zachowania (wzrost agresji czy nasilenie objawów depresyjnych), a z drugiej – na wzrost zjawiska wypalenia zawodowego personelu [14–15]. Wielu autorów widzi rozwiązanie tych problemów w stosowaniu środków architektonicznych, m.in. ograniczających liczbę osób w pokojach [12,16].

W 2023 r. w Polsce w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało 121 900 mieszkańców, z czego 58,1% stanowili seniorzy >65 r.ż. W kraju funkcjonowało 2138 takich jednostek dysponujących 132 634 miejscami leżącymi. W woj. pomorskim znajdowało się 161 placówek z 9216 miejscami [17].

Jednocześnie brakuje szczegółowych wytycznych dotyczących projektowania stacjonarnych zakładów opieki nad osobami starszymi, zwłaszcza w kontekście pobytu długoterminowego. Zarówno w aktach prawnych, jak i w literaturze naukowej dotyczącej architektury takich jednostek jest niewiele informacji.

Nieliczne opracowania naukowe dotyczą wytycznych dla hospicjów, które pełnią rolę jednostek leczniczych

oferujących opiekę pacjentom w ostatnich chwilach życia. Wymagania przedstawione w tych badaniach wobec architektury hospicjów obejmują zasady lokalizacji uwzględniające umiejscowienie obiektu w tkance miejskiej, co ogranicza izolację osób umierających od ich bliskich oraz innych członków społeczeństwa. Programowanie funkcji hospicjów opiera się na idei tworzenia atmosfery zbliżonej do środowiska domowego, przy jednoczesnym zapewnieniu elastyczności w kształtowaniu pomieszczeń [18]. Część badań koncentruje się również na roli architektury w dążeniu do modelu, który oferuje pacjentom i ich bliskim koncepcję „śmierci oswojonej”. W tym kontekście szczególną uwagę zwraca się na aranżację wnętrz, które różnią się od sterylnych i bezosobowych pomieszczeń szpitalnych [19].

Niniejszy artykuł oparty jest na analizie obowiązującego stanu prawnego, literatury oraz jakościowych rozwiązań w obszarze zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL). Zakłady opiekuńczo-lecznicze są to według definicji podanej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) „zakłady lecznicze podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnieniu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych” [20].

W niniejszym opracowaniu przedstawiono wymagania i potrzeby związane z architektonicznym kształtowaniem ośrodka opieki długoterminowej na przykładzie ZOL w Dzierżynie. Celem niniejszego artykułu jest ocena, na podstawie badań i analiz, poprawności twierdzenia, że istniejące wytyczne zawarte w polskim prawodawstwie są niewystarczające do projektowania zakładów stacjonarnej opieki leczniczej i istnieje potrzeba rozszerzenia wymagań dotyczących kształtowania architektury obiektów opieki nad osobami starszymi.

MATERIAŁ I METODY

Pierwszy etap weryfikacji postawionej tezy wymagał przeglądu narracyjnego obowiązującej w Polsce legislacji, według stanu na koniec 2024 r., tak aby uwarunko-

wania prawne, ich zakres oraz kluczowe regulacje ocenić pod kątem skuteczności i konsekwencji przestrzennych oraz by wskazać ewentualne luki prawne czy kwestie problematyczne.

W ramach drugiego etapu badań wykonano ewaluację architektury oddziałów ZOL w Dzierżąźnie (koło Kościerzyny), która została oparta na ocenie jakości po okresie użytkowania (*post-occupancy evaluation* – POE) zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez Preizera, Rabinowitza oraz White'a [21–22]. Obserwacji poddane zostały strefy pobytu pacjenta i jego codzienne czynności. Dane pozyskano przy użyciu wizji lokalnej i kwestionariusza ankiety.

Ocenę jakości rozszerzono o indywidualne wywiady pogłębione (*individual in-depth interview* – IDI) z personelem placówki, które przeprowadzono na miejscu w styczniu 2025 r. W wywiadach uczestniczyło 4 pracowników medycznych. Pierwsza część wywiadu koncentrowała się na rozwiązaniach przestrzennych niezbędnych do organizacji spotkań pacjentów z ich bliskimi. Druga dotyczyła potrzeb przestrzennych dostrzeganych przez pracowników, a wynikających z ich doświadczeń z pracy w zakładzie opieki leczniczej.

Ze względu na stan pacjentów zrezygnowano z objęcia badaniami tej grupy kontrolnej. Analizowane obszary zostały w latach 2020–2023 poddane modernizacji, a unikalnym aspektem oceny przeprowadzonej po oddaniu obiektu do użytku było to, że realizuje ona zalecenia wynikające z doświadczeń użytkowników dotyczących wpływu badanych budynków na ich produktywność i samopoczucie [23].

Studium przypadku

Przedmiotem wykonanych badań terenowych były 2 oddziały (41-łóżkowy i 75-łóżkowy) wchodzące w skład ZOL w Dzierżąźnie, który jest podmiotem leczniczym samorządu woj. pomorskiego będącym częścią Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o.

Budynki powstały podczas II wojny światowej w 1943 r. jako placówka leczniczo-rekonwalescencyjna dla żołnierzy niemieckich. Krótco po wojnie działał tu szpital radziecki. Z inicjatywy Szwedzkiego Czerwonego Krzyża w 1946 r. umieszczono tu prewentorium przeciwgruźlicze dla 600 dzieci zagrożonych chorobami i głodem, które działało w tym miejscu przez 7 lat. Oprócz szpitala w ośrodku zlokalizowane były szkoła i sanatorium, organizowano tu też wypoczynek letni dla najmłodszych [24–25]. W 1953 r. prewentorium przekształcono w sanatorium przeciwgruźlicze, a w 1970 r. utworzono tu Gdańskie Centrum Rehabilitacji z przychodnią przyspi-

talną. W tamtym okresie szpital dysponował 300 łózkami na 4 oddziałach rehabilitacji i oddziale ortopedii. Łącznie leczono w nim rocznie 1800 chorych. Od 2008 r. placówka znajduje się w strukturach Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o. Obecnie realizuje świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej, rehabilitacji neurologicznej dzieci i dorosłych oraz opieki długoterminowej somatycznej i psychiatrycznej. Dysponuje łącznie 230 łózkami [26].

Układ przestrzenny szpitala wraz z otaczającym budynkiem starodrzewem został wpisany do Gminnej Ewidencji Zabytków Gminy Kartusy [27]. Jest przykładem szpitali pawilonowych, gdzie pierwotnie 7 parterowych budynków połączonych było wspólnym traktem komunikacyjnym. Ogranicza to możliwości rozbudowy obiektu, ale pozwala na prowadzenie prac budowlanych wewnątrz budynku. W tym kontekście ochrona konserwatorska ma ograniczony wpływ na przeprowadzone analizy oraz wnioski dotyczące funkcjonalności ZOL w Dzierżąźnie.

W ostatnich latach obiekt przechodził liczne modernizacje i przebudowy, którymi objęte zostały m.in. oba analizowane w niniejszym artykule oddziały (lata 2020, 2022, 2023).

WYNIKI

Wiele osób starszych w wyniku pogarszającej się kondycji fizycznej i psychicznej wymaga wsparcia w codziennych czynnościach. Ludzie ci nie są zdolni do samodzielnej egzystencji, a ich rodziny nie są w stanie zorganizować im całodobowej opieki. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 pkt 3 zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom w podeszłym wieku [28].

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [29] zakłada utworzenie wielopoziomowego systemu opieki nad osobami starszymi. Zgodnie z jej wytycznymi pomoc tę mogą zapewnić albo opiekunowie nieformalni, pochodzący z rodziny lub grona przyjaciół, albo asystenci społeczni czy personel medyczny. Niektóre osoby niesamodzielne, potrzebujące stałej lub długotrwałej opieki, wymagające wsparcia w zakresie odżywiania, higieny osobistej oraz usług medycznych zmuszone są korzystać z jednostek opieki długoterminowej, co wiąże się z koniecznością opuszczenia ich stałego środowiska zamieszkania. W polskim prawodawstwie opiekę długoterminową definiuje się w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w systemie opieki zdrowotnej.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [30] wskazuje w art. 12, że stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udziela się w 4 typach zorganizowanej opieki: w ZOL, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZOP), zakładach rehabilitacji leczniczej i w hospicjach. Wymagania przestrzenne są dla tych świadczeń zdefiniowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej [31]. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i ZOP sprawują opiekę medyczną całodobowo oraz zapewniają pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia. Głównie obejmują opieką osoby przewlekłe chore, z niepełnosprawnością lub po ciężkiej chorobie albo zabiegu operacyjnym. Zakłada się, że pacjent trafia do takiego miejsca, żeby odzyskać sprawność i wrócić do domu. Długość pobytu uzależniona jest od stanu zdrowia pacjenta i wyników oceny w skali Barthel.

Przeprowadzone analizy polskich aktów prawnych umożliwiły utworzenie tabeli porównującej wytyczne przestrzenne wymagane od ZOL [31] oraz od domów pomocy społecznej [32] i rodzinnych domów opieki [33] (tabela 1).

Badania terenowe przeprowadzone w ZOL w Dzierżaninie przedstawiły kilka aspektów funkcjonowania tego typu obiektu. Na przedmiotowych oddziałach przebywało – podczas przeprowadzanego badania (styczeń 2025 r.) – 114 podopiecznych na 116 dostępnych miejsc, co stanowi obłożenie na poziomie 98,3%. Udostępnione dane statystyczne za 2024 r. pozwoliły na stworzenie profilu pacjenta przebywającego w ośrodku. W 2024 r. z usług obu oddziałów skorzystało łącznie 185 osób: 145 w wieku >70 lat, czyli 78,4% wszystkich pacjentów z tego roku (rycina 1). Wskazuje to na duże obciążenie personelu opieką głównie nad pacjentami geriatrycznymi. Nieznacznie na obu oddziałach wśród pacjentów przeważały kobiety (łącznie 55,2%).

Ponad połowa pacjentów (56,8%) przebywała w ośrodku >1 roku (rycina 2), z czego nieco więcej niż połowa pobytów (55,5%), ze względu na poważny stan i wiek pensjonariuszy, skończyła się ich zgonem.

W styczniu 2025 r. wybrane oddziały ZOL w Dzierżaninie zostały poddane ocenie POE, która została rozszerzona o IDI z pracownikami placówki. Pierwsza część kwestionariusza wywiadu dotyczyła zaplecza rodzinnego pacjentów. Miała na celu oszacowanie, ilu z nich wspomaganych jest w opiece przez bliskich. Zgodnie z obserwacjami pracowników 56% pacjentów ma kontakt z rodziną, która wspiera ich, zapewniając m.in. zmiany

bielizny czy czystych ubrań, przy czym nie są to wizyty codzienne. Dodatkowo 4% pacjentów nie ma stałego miejsca zamieszkania. Wpływa to na sposób funkcjonowania placówki, która musi we własnym zakresie mieć stały dostęp do pralni. Kolejne pytania oceniały mobilność pacjentów i ich samodzielność w czynnościach codziennych. Szacunkowo 20% osób przebywających na oddziałach to osoby leżące. Pozostałe albo poruszają się z pomocą personelu – 78%, albo samodzielnie – 2%, z czego 65% używa wózków inwalidzkich. Z pomocy przy karmieniu w łóżku korzysta 57% pensjonariuszy, 22% potrafi zjeść posiłek samemu w łóżku, a 21% – w jadalni. Jeszcze mniej osób jest samodzielnych przy czynnościach higieniczno-sanitarnych – tylko 4% jest w stanie wykonać je bez pomocy personelu.

Ostatnia część badań została przeprowadzona w formie wywiadu pogłębianego i dotyczyła potrzeb przestrzennych zauważanych przez pracowników na podstawie ich doświadczeń w pracy w jednostkach opieki długoterminowej i miała na celu określenie wytycznych do zmian w legislacji.

Wszystkie ankietowane osoby podkreślały przydatność odpowiednich powierzchni magazynowych – osobnych pomieszczeń na sprzęt rehabilitacyjny i wózki inwalidzkie oraz depozytów dla pacjentów i szafek w pokojach pensjonariuszy. Zwracały również uwagę na zalety wynikające z rozdzielenia przestrzennego funkcji niektórych pomieszczeń – jadalni oraz sali rehabilitacyjnej/sali dziennego pobytu/terapii zajęciowej. Pracownicy wskazywali, że duże przeszklenia z widokiem na otaczający naturalny krajobraz (rycina 3a) i możliwość wyjścia na zewnątrz w okresie wiosenno-letnim (rycina 3b) korzystnie wpływają na samopoczucie podopiecznych. Podkreślili też większy komfort zarówno samych pacjentów, jak i pracy, którą wykonują, dzięki wielofunkcyjnej sali terapeutycznej (rycina 4a) i ogrodowi zimowemu z dostępem do terenów zielonych (rycina 4b).

Pozytywnymi elementami środowiska zbudowanego według nich były: kontakt pacjenta z przyrodą (rycina 3a i 3b), oświetlenie części wspólnych – korytarzy, przestrzeni rekreacyjnych (rycina 5a i 5b), a także elementy wystroju wnętrz. Ankietowani zauważyli, że wielkoformatowe fototapety, meble, odbojniki, stolarka drzewiowa, sprzęty rehabilitacyjne i wyposażenie ruchome (np. koce) ujednolicone kolorystycznie, oprócz wartości estetycznych, pomagają pacjentom i osobom odwiedzającym w rozpoznaniu przestrzeni. Jeśli oddział uzyska indywidualną identyfikację kolorystyczną, to dla pensjonariuszy o ograniczonych zdolnościach poznawczych może stanowić to ważną wskazówkę przestrzenną.

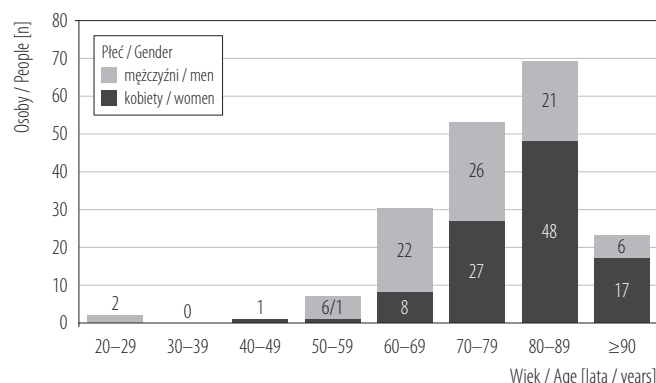
Tabela 1. Zestawienie polskich prawnych wytycznych architektoniczno-budowlanych dotyczących obiektów oferujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej; domy pomocy społecznej [32], rodzinne domy opieki [33], zakłady opiekuńczo-lecznicze [31]
Table 1. Summary of Polish legal guidelines for architectural and construction standards in facilities providing long-term care and nursing services: nursing home care [32], family care homes [33], health care centers [31]

Wytyczne dotyczące rozwiązań przestrzennych oraz wyposażenia jednostek opieki Guidelines for spatial arrangements and equipment of care units	Domy pomocy społecznej Nursing home care	Rodzinne domy pomocy Family care homes	Zakłady opiekuńczo-lecznicze ^a Health care centers ^a
Maksymalna liczba pacjentów / Maximum number of patients	dla 100 osób / for 100 persons	dla 3–8 osób / for 3–8 persons	brak wytycznych / no guidelines
Rodzaj budynku / Building type	brak wytycznych / no guidelines	budynek mieszkalny jednorodzinny / single-family dwelling	brak wytycznych / no guidelines
Pokoje jednoosobowe / Single rooms	tak, powierzchnia min. 9 m ² / yes, min. area of 9 m ²	tak, powierzchnia min. 10 m ² / yes, min. area of 10 m ²	sale jednoosobowe z bezpośrednim sąsiedztwem łazienki i dostępem do wyłącznika światła dla pacjenta / single rooms with direct proximity to the bathroom and access to the light switch for the patient
Pokoje wieloosobowe / Multiple-occupancy room	tak, powierzchnia min. 6 m ² na 1 osobę / yes, min. space of 6 m ² per person	tak, powierzchnia min. 8 m ² na 1 osobę / yes, min. space of 8m ² per person	sale dwuosobowe z bezpośrednim sąsiedztwem łazienki i dostępem do wyłącznika światła dla pacjenta / double rooms with bathroom next door and access to light switch for patient
Maksymalna liczba osób w pokoju / Maximum number of people per room	osoby poruszające się samodzielnie – maks. 3 osoby; osoby leżące – maks. 4 osoby / persons walking unassisted – max. 3 persons, persons lying down – max. 4 persons	maksymalnie 2 osoby w pokoju / maximum of 2 people per room	brak wytycznych / no guidelines
Podstawowe wyposażenie pokoju / Basic room equipment	łóżko lub tapczan, szafa, stół, krzesła, szafka nocna dla każdego mieszkańca / bed or sofa, wardrobe, table, chairs, bedside table for each resident	łóżko lub tapczan, szafa, stół, krzesła, szafka nocna dla każdej osoby oraz inny niezbędny sprzęt wynikający z indywidualnych potrzeb pacjenta / a bed or sofa, wardrobe, table, chairs, bedside cabinet for each person and other necessary equipment based on the individual needs of the patient	brak wytycznych / no guidelines
Łazienki / Bathrooms	co najmniej 1 na 5 osób; jeżeli liczba osób leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców domu, dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%; dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami; na pokój przypada 1 toaleta oraz łazienka z wanną lub prysznicem / at least 1 out of 5 rooms; if the number of lying residents exceeds 50% of the total number of residents in the house, the number of these rooms may be reduced by 25%; adapted to the needs of people with disabilities; there is 1 toilet per room and a bathroom with a bathtub or shower	co najmniej 1 na 5 osób; wyposażone stosownie do potrzeb osób korzystających z tych pomieszczeń; co najmniej 1 łazienka usytuowana na kondygnacji, na której znajdują się pokoje mieszkalne / at least 1 in 5 people; equipped according to the needs of the people using these rooms; at least 1 bathroom located on the floor where the living quarters are	bezpośrednio przy pokoju / directly next to the room

Tabela 1. Zestawienie polskich prawnych wytycznych architektoniczno-budowlanych dotyczących obiektów oferujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej: domy pomocy społecznej [32], rodzinne domy opieki [33], zakłady opiekuńczo-lecznicze [31] – cd.
Table 1. Summary of Polish legal guidelines for architectural and construction standards in facilities providing long-term care and nursing services: nursing home care [32], family care homes [33], health care centers [31] – cont.

Wytyczne dotyczące rozwiązań przestrzennych oraz wyposażenia jednostek opieki Guidelines for spatial arrangements and equipment of care units	Domy pomocy społecznej Nursing home care	Rodzinne domy pomocy Family care homes	Zakłady opiekuńczo-lecznicze ^a Health care centers ^a
Toalety / Toilets	co najmniej 1 toaleta na 4 osoby; j.w. / at least 1 toilet per 4 people	co najmniej 1 toaleta na 4 osoby / at least 1 toilet per 4 people	j.w. / as above
Pokój dzienny / Living room	tak / yes	tak, służący jako jadalnia / yes, it serves as dining room	brak wytycznych / no guidelines
Pokój gościnny / Room for guests	tak / yes	brak wytycznych / no guidelines	brak wytycznych / no guidelines
Jadalnia / Dining room	tak / yes	w ramach pokoju dziennego / within a living room	brak wytycznych / no guidelines
Miejsce przygotowania posiłku / / The place of food preparation	tak / yes	tak / yes	brak wytycznych / no guidelines
Gabinet medycznej pomocy doraźnej / / Emergency medical room	tak / yes	brak wytycznych / no guidelines	gabinety lekarski i zabiegowo-pielęgniarski / a medical and nursing treatment rooms
Pomieszczenia do terapii i rehabilitacji / / Rooms for therapy and rehabilitation	tak / yes	brak wytycznych / no guidelines	gabinety: rehabilitacyjne, do prowadzenia psychoterapii, terapii zajęciowej / rehabilitation practice, psychotherapy practice, occupational therapy practice
Palarnia / Smoking room	tak / yes	brak wytycznych / no guidelines	brak wytycznych / no guidelines
Miejsce kultu religijnego zgodne z wyznaniem mieszkańca domu / / A place of worship in accordance with the religion of the resident	tak, jeżeli nie ma on możliwości uczestniczenia w nabożeństwach poza domem / yes, if it is not possible to attend services outside the home	brak wytycznych / no guidelines	brak wytycznych / no guidelines
Brak barier architektonicznych w otoczeniu / No architectural barriers in the surrounding area	tak / yes	tak lub z zastosowaniem zniwelowania barier architektonicznych przez racjonalne usprawnienia / yes or with the use of barrier- free access through rational improvements	brak wytycznych / no guidelines
Brak barier architektonicznych w budynku / No architectural barriers in the building	tak / yes	tak lub z zastosowaniem zniwelowania barier architektonicznych przez racjonalne usprawnienia / yes or with the use of barrier- free access through rational improvements	brak wytycznych / no guidelines
Inne pomieszczenia / Other rooms	tak / yes	pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia / / auxiliary room for washing and drying	brak wytycznych / no guidelines

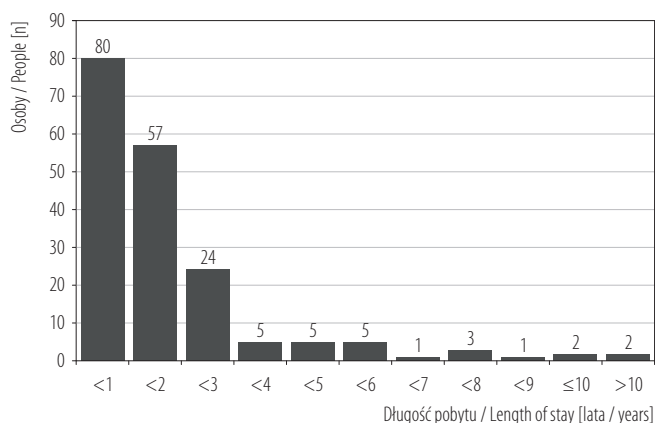
^a Warunki lokalowe dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie / Housing conditions for mechanically ventilated patients.



Na podstawie danych ze Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o. [38] /
/ Based on data from Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. [38]

Rycina 1. Struktura wieku i płci pacjentów badanych oddziałów zakładu opiekuńczo-leczniczego – analiza wykonana w 2024 r. w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o.o., placówka w Dzierżążnie

Figure 1. Age and gender distribution of patients in the studied long-term care wards – analysis performed in 2024 at Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. (Dzierżążno)



Na podstawie danych ze Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o. [38] /
/ Based on data from Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. [38]

Rycina 2. Długość pobytu pacjentów w badanych oddziałach zakładu opiekuńczo-leczniczego – analiza wykonana w 2024 r. w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o.o., placówka w Dzierżążnie

Figure 2. Length of stay of patients in the studied long-term care facilities – analysis performed in 2024 at Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. (Dzierżążno)



Zdjęcia / Photos: Bartosz Dąbrowski, Marta Koperska-Kośmicka

Rycina 3. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., placówka w Dzierżążnie, 2025 r.: a) wnętrze pokoju pacjentów z widokiem na las, b) bezpośredni dostęp do terenów zielonych

Figure 3. Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. (Dzierżążno), 2025: a) interior of the patient room with a view of the forest, b) direct access to green areas



Zdjęcia / Photos: Bartosz Dąbrowski, Marta Koperska-Kośmicka

Rycina 4. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., placówka w Dzierżążnie, 2025 r. – rozwiązania architektoniczne poprawiające komfort użytkowania – części wspólne oddziału: a) sala terapeutyczna pełniąca różne funkcje, b) ogród zimowy z bezpośrednim dostępem do zieleni

Figure 4. Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. (Dzierżążno), 2025 – architectural solutions that improve user comfort – shared areas of ward: a) therapy room with various functions, b) winter garden with direct access to the green area

OMÓWIENIE

Bank Światowy w raporcie [34] przygotowanym na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej oraz we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, opartym na wcześniej przeprowadzonych konsultacjach, podkreśla liczne luki systemowe wynikające przede wszystkim z braku kadr i ogromnego obciążenia opiekunów pracujących w zakładach opiekuńczych, ale nie podaje i nie uwzględnia wytycznych dotyczących warunków bytowych ich pacjentów. Dane GUS [17] oceniające stan dostosowania budynków społecznych do potrzeb osób niepełnosprawnych na poziomie 89% obejmują tylko: przystosowanie łazienek do potrzeb niepełnosprawnych ruchowo (>71% obiektów przystosowanych), lokalizację pochylni, podjazdów i platform ułatwiających wejście do budynków (66,2%) oraz wbudowanie wind (63,6%), całkowicie pomijając wiele innych elementów potrzebnych do funkcjonowania jednostek tego typu.

Prezentowana w artykule analiza aktów prawnych pozwala potwierdzić, że występują zasadnicze różnice w definiowaniu wymagań przestrzennych w stosunku do jednostek medycznych. Porównując wymagania stawiane ZOL, domom pomocy społecznej i rodzinnym domom pomocy, można zaobserwować, że w przypadku ZOL są one dodatkowo ograniczone i większość zaleceń dotyczy tylko warunków pobytu małej grupy pacjentów wentylowanych mechanicznie, pozostawiając w innych przypadkach dużą dowolność w kształtowaniu takich jednostek.

Sytuacja ulega poprawie dzięki postępującym w Polsce pracom nad wytycznymi dotyczącymi dostosowania obiektów budowlanych do potrzeb ludzi z niepełnosprawnościami. W Ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami zawarto istotne wytyczne dotyczące projektowania obiektów dla seniorów [35]. Dodatkowo Program „Dostępność Plus 2018–2025” przyczynił się do poprawy warunków lokalowych, mając na celu „zwiększenie do-

a)



b)



Zdjęcia / Photos: Bartosz Dąbrowski, Marta Koperska-Kośmicka

Rycina 5. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., placówka w Dzierżąźnie, 2025 r. – części wspólne oddziału: a) punkt pielęgniarski, b) hol przed punktem pielęgniarskim

Figure 5. Specialist Hospital in Kościerzyna Sp. z o.o. (Dzierżąźno), 2025 – shared areas of the ward: a) nursing station, b) hall in front of the nursing station

stępności przestrzeni publicznej, produktów i usług w zakresie architektury, informacji oraz komunikacji” [36].

Należy zauważyć również, że według przepisów pacjent w ZOL ma mieć możliwość skorzystania z pomocy zespołu specjalistów. Prawo wskazuje na wymagane do udzielenia takiej pomocy pomieszczenia – gabinety: rehabilitacyjny, do prowadzenia psychoterapii, terapii zajęciowej, lekarski i zabiegowo-pielęgniarski. Wymagania te nie są wystarczające w kontekście przedstawionych wyników badań literatury i przeprowadzonych analiz w obszarze przedmiotowego ZOL.

WNIOSKI

Przeprowadzona analiza polskiej legislacji dotyczącej wytycznych związanych z wymaganymi funkcjonalnościami ZOL ujawnia niski poziom zaleceń prawnych w obszarze rozwiązań architektoniczno-funkcyjnych. Przepisy regulujące działalność ZOL nie odnoszą

się do zasad kształtowania tych budynków w kontekście dobrostanu pacjentów, pomieszczeń wspólnych ani rozwiązań funkcjonalnych wspierających pracę personelu.

Obszary o podobnej charakterystyce i wymaganiach funkcjonalnych do ZOL, zlokalizowane w ramach geriatrycznego oddziału szpitalnego, są regulowane przez skodyfikowane wytyczne prawne, takie jak rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą [37]. Rozporządzenie to określa szereg pomieszczeń, które nie są wymagane w ZOL, takich jak punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym czy brudownik. Ponadto dokument ten opisuje ogólne wymagania przestrzenne dla tych jednostek, podkreślając konieczność zapewnienia dostępu do łóżek pacjentów z 3 stron oraz zasady dotyczące izolacji pensjonariuszy.

W niniejszym artykule opartym na badaniach terenowych i literaturowych potwierdzono konieczność

wdrażania dodatkowych rozwiązań architektonicznych, które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie jednostek medycznych, takich jak ZOL. Wśród rekomendowanych rozwiązań znajdują się: lokalizacja ośrodków w bezpośrednim sąsiedztwie terenów zielonych, ogrody zimowe umożliwiające pacjentom kontakt z naturą, zróżnicowana kolorystyka wnętrz wspólnych wspierająca nawigację przestrzenną oraz zoptymalizowane powierzchnie pomieszczeń magazynowych przeznaczonych do przechowywania sprzętu terapeutycznego.

W świetle przeprowadzonych badań POE zaobserwowano, że wiele z opisanych rozwiązań jest niezbędnych dla efektywnej organizacji tego typu jednostek. Prawidłowo ukształtowana przestrzeń wzmacnia dobrostan pacjentów i pracowników, co jest szczególnie istotne w przypadku jednostek opieki długoterminowej.

WKŁAD AUTORÓW

Koncepcja badań: Rafał Janowicz

Metodyka badań: Rafał Janowicz,
Marta Koperska-Kośmicka

Zbieranie materiału: Rafał Janowicz,
Marta Koperska-Kośmicka, Marzena Mrozek,
Bartosz Kohnke, Bartosz Dąbrowski, Laura Pacud,
Aleksandra Krupa

Interpretacja wyników: Rafał Janowicz,
Marta Koperska-Kośmicka

Piśmiennictwo: Marta Koperska-Kośmicka,
Bartosz Dąbrowski, Laura Pacud, Aleksandra Krupa

PIŚMIENNICTWO

1. Kuś J, Grochowska A, Kołpa M, Łabuzek M, Kubik B. Comparison of the quality of life of geriatric patients staying in care and treatment institutions with elderly people living with their families or alone. *Long Term Care Nurs.* 2020;5(2):87–103. [https://doi.org/10.19251/pwod/2020.2\(1\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2020.2(1)).
2. Chmielowiec K, Chmielowiec JZ, Chmielewski P, Grzywacz A. Struktura wielochorobowości w starszym wieku u osób przebywających w instytucjach opieki długoterminowej. *Rocz Lubus.* 2018;44(2A):196–207.
3. Bońkowski K, Klich-Rączka A. Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontol Pol.* 2007;15(3):97–103.
4. Kędziora-Kornatowska K. Wielochorobowość wieku podeszłego w aspekcie opieki pielęgniarstwa. In: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, editors. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo.* Lublin: Czelej; 2007. p. 79–88.
5. Maciejewska MM. Ocena stopnia deficytu w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego. *Innow Piel Nauk Zdr.* 2021;6(2):7–20. <https://doi.org/10.21784/IwP.2021.007>.
6. Szydłarska D, Czady K, Ryczer T, Grzesiuk W, Bar-Andziak E. Pacjenci długowieczni w oddziale chorób wewnętrznych. *Geriatrics.* 2008;2:324–328.
7. Benek I, Szewczenko A. Ergonomia w projektowaniu obiektów z funkcją opieki dla osób starszych. *Zesz Nauk Małopol Wyż Szk Ekon.* 2015;27(2–3):79–95. <https://doi.org/10.25944/znmwse.2015.02-3.7995>.
8. Niezabitowska E, Szewczenko A, Benek I. Potrzeby osób starszych w obiektach z funkcją opieki. *Wytyczne do projektowania.* Gliwice: Politechnika Śląska; 2007.
9. Marzec A. Organizacja opieki instytucjonalnej nad osobami w podeszłym wieku w Polsce i na świecie. In: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, editors. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo.* Lublin: Czelej; 2007. p. 58–67.
10. Gesler W, Bell M, Curtis S, Hubbard P, Francis S. Therapy by design: evaluating the UK hospital building program. *Health Place.* 2004;10(2):117–128. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(03)00052-2).
11. Lawson B, Phiri M. The Architectural healthcare environment and its effects on patients health outcomes. *Sheffield: University of Sheffield;* 2003.
12. Ramadan MG. Towards healing environment for the inpatient unit in psychiatric hospital. In: *Proceedings of the 2016 International Conference on Architecture, Structure & Civil Engineering (ICASCE 2016); 2016 Mar 26–27; London, UK.* p. 54–66. <https://doi.org/10.17758/UR.U0316315>.
13. Connellan K, Gaardboe M, Riggs D, Due C, Rein-schmidt A, Mustillo L. Stressed spaces: mental health and architecture. *HERD.* 2013;6(4):127–168. <https://doi.org/10.1177/193758671300600408>.
14. Stelcer B, Bilski B. Zjawiska stresu i wypalenia zawodowego w opiece paliatywnej. *Med Pr.* 2020;71(1):69–78. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00852>.
15. Załuski M, Makara-Studzińska M. Wzajemne relacje między wypaleniem zawodowym, pracą emocjonalną i zaangażowaniem w pracę u pracowników ochrony zdrowia. *Med Pr.* 2019;70(6):711–722. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00868>.
16. Szewczenko A. Uwarunkowania w projektowaniu pokoi chorych na oddziale geriatrycznym. In: Lewandowski J, Niziołek K, Królikowski J, editors. *Ergonomia niepełnosprawnym. Projekty poprawiające jakość życia.* Łódź: Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej; 2015. p. 105–123.
17. Główny Urząd Statystyczny [Internet]. Warszawa: GUS; 2024 [cited 2025 Jan 20]. Zakłady stacjonarne pomocy spo-

- lecznej w 2023 r. Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2023-roku,18,8.html>.
18. Springer P. Architektura obiektów opieki paliatywnej. *Zesz Nauk Polit Pozn.* 2020;2:143–156. <https://doi.org/10.21008/j.2658-2619.2020.2.9>.
19. Idem R. Tanatoarchitektura. In: Gębczyńska-Janowicz A, Idem R, editors. *Architektura służby zdrowia. Problematyka projektowa*. Gdańsk: Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej; 2015.
20. Główny Urząd Statystyczny [Internet]. Warszawa: GUS; 2025 [cited 2025 Jan 20]. Pojęcia stosowane w statystyce publicznej. Available from: <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3965,pojcie.html>.
21. Preiser WF, White E, Rabinowitz H. *Post-Occupancy Evaluation*. New York: Routledge; 2015.
22. National Research Council. *Learning from our buildings. A state-of-the-practice summary of post-occupancy evaluation*. Federal Facilities Council Technical Report No. 145. Washington: National Academy Press; 2001.
23. Vischer JC. *Workspace Strategies: Environment as a tool for work*. New York: Chapman and Hall; 1996.
24. Limoń J. Apel o informacje dotyczące pomocy Rządu Szwedzkiego i Szwedzkiego Czerwonego Krzyża dla naszej Uczelni w latach 1945–1947. *Gaz AMG*. 1995;1(49):5.
25. Muzeum Polski [Internet]. Gdańsk: Fundacja dla Gdańska i Pomorza; 2025 [cited 2025 Feb 2]. Prewentorium PCK w Dzierżaninie. Available from: <https://muzeumpolski.pl/resource/1299.html>.
26. Kulka D. 80 lat szpitala w Dzierżaninie. *Med Prakt.* 2023; 9(6):4.
27. Gmina Kartuzy [Internet]. Kartuzy: Gmina Kartuzy; 2025 [cited 2025 Jan 20]. Program opieki nad zabytkami gminy Kartuzy na lata 2016–2019. Available from: https://poczta.kartuzy.pl/bip/2016/zabytki_16.pdf.
28. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. *DzU* z 1997 r., nr 78, poz. 483.
29. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. *DzU* z 2004 r., nr 64, poz. 593.
30. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *DzU* z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. *DzU* z 2013 r., poz. 1480.
32. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. *DzU* z 2012 r., poz. 964.
33. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy. *DzU* z 2024 r., poz. 1129.
34. World Bank Group [Internet]. Warszawa: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej; 2024 [cited 2025 Jan 20]. Raport z konsultacji społecznych w 2023 r. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>.
35. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. *DzU* z 2019 r., poz. 1696.
36. Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju [Internet]. Warszawa: MliR; 2018 [cited 2025 May 16]. Program rządowy. Dostępność Plus 2018–2025. Available from: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. *DzU* z 2019 r., poz. 595.
38. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. Dokumentacja medyczna pacjentów z lat 2024–2025 (dane niepublikowane).