

Iwona BENEK

Politechnika Śląska, Gliwice  
Wydział Architektury

## ASPEKTY INNOWACYJNE W ARCHITEKTURZE OBIEKTÓW DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**Streszczenie.** Motyw innowacji twórczej w architekturze dla osób niepełnosprawnych i starszych był w historii tego typu obiektów pomijany. Tradycja opieki nad najstarszymi i inwalidami sprowadzała się do wykorzystywania do tych celów zbędnych budynków, obiektów, najczęściej bardzo trudnych do adaptacji. Likwidowanie barier architektonicznych łączone było przede wszystkim z zagadnieniami prawno – ekonomiczno – technicznymi. W ten sposób nie generowano nowych wartości w architekturze, a podejście takie budowało kolejne, tym razem psychiczne bariery, odpychające jeszcze bardziej społeczność tych, którzy już wcześniej byli poza linią normalności.

Przyszłość rysuje bardziej optymistyczny scenariusz. Prezentowane przykłady demonstrują zmiany sposobu projektowania takich obiektów, jak szpitale, domy opieki dla osób starszych i niepełnosprawnych, hospicja. Innowacje te polegają na uwypukleniu takich elementów projektowych, jak walory lokalizacji tego typu obiektów oraz wprowadzanie elementów sztuki i zieleni.

Innym źródłem rodzących się zmian jest wzrost roli mediów, a przede wszystkim internetu, co daje nowe możliwości aktywności dla osób niepełnosprawnych i starszych. Efektem „rewolucji informatycznej” będzie zmiana ustalonej hierarchii wartości oraz nowe podziały społeczne, gdzie kryterium stanie się posiadana wiedza, dostęp do informacji i umiejętność wykorzystania tych atutów.

## INNOVATIVE ASPECTS IN THE ARCHITECTURE OF OBJECTS FOR DISABLED PEOPLE

**Summary.** The motive of creative innovation in the architecture for disabled and elderly people has been passed over in the history of this type of buildings. The tradition of looking after the oldest and disabled people was limited to use of redundant edifices, buildings, which were usually very hard to be adapted. Elimination of architectural barriers was linked first of all with legal, economic and technical questions. In this way, new architectural values were not generated and such attitude was creating new, this time psychical barriers, even more repelling the community of those, who had been beyond the line of normalcy before.

The future sketches more optimistic scenario for disabled and elderly people. Presented examples demonstrate changes in the way of designing such buildings as hospitals, care homes for elderly and disabled people, hospices. These innovations consist in accentuation of such design elements as values of location of these buildings and introduction of elements of art and verdure.

Another source of nascent changes is increase of medias' role, first of all the Internet, which gives new opportunities of activity for disabled and elderly people. The result of the "IT revolution" will be the change of fixed value hierarchy and new social divisions, where the main criterion will be knowledge, access to information and ability to make use of these values.

## 1. EWOLUCJA FORM OPIEKI

Opieka nad osobami niepełnosprawnymi do początków XX wieku sprowadzała się przede wszystkim do izolowania. Począwszy od okresu neolitu, poprzez średniowiecze – osoby chore były separowane i dyskryminowane. Aktywną rolę w pełnieniu misji leczenia chorych i opieki, w Europie, pełnił Kościół Katolicki (III do XIV w.). Daleki Wschód proces terapeutyczny uzależniał od natury (woda, powietrze, roślinność).

Renesans przyniósł rozwój nowych metod leczenia, w tym opieki nad chorymi umysłowo. Często jednak budynki przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, chociaż na zewnątrz okazałe, wewnątrz oferowały bardzo złe warunki bytowe.

W XVIII i XIX wieku zaobserwować można początki zmian – przewietrzanie sal, podział na oddziały.

I w końcu modernizm. Od lat 40. XX wieku powstają coraz większe i bardziej nowoczesne szpitale, promuje się model „elastyczny” i uniwersalny (wprowadzenie schematu na przemian piętro z salami i technologiczne).

## 2. TERAŹNIEJSZOŚĆ

W krajach europejskich, zachodnich przeważa dążność do integracji społecznej, a nie hospitalizacja i umieszczanie w zakładach. Problemy osób niepełnosprawnych i starszych coraz powszechniej rozpatruje się, między innymi w całym systemie mieszkalnictwa, w tym przeznaczonego dla osób starszych. Większość populacji osób starszych (np. 90% w Holandii i Szwecji, a 95% we Francji) przebywa we własnych mieszkaniach. Dla wydobycia różnic w podejściu do koncepcji form mieszkalnictwa dla osób starszych należy zwrócić uwagę na doświadczenia dwóch krajów, które posiadają duże tradycje na tym polu: Anglii i Holandii. Ich drogi dochodzenia do rozwiązań oscylują między integracją a segregacją.

Podstawowe przesłanie systemu angielskiego to nie izolować osoby starszej od dotychczasowego życia. W Anglii daje się pierwszeństwo mieszkaniom zlokalizowanym w powszechnej zabudowie przy zapewnieniu niewielkich przystosowań. Dla osób tracących autonomię proponuje się formy zgrupowane: np. „mobility houses”, małe zgrupowania w zwykłej zabudowie samodzielnych mieszkań, przystosowanych na ogół do wózka

inwalidzkiego, z pewnym ograniczonym programem usług. Druga forma – „sheltered houses” – grupuje od 30 do 50 mieszkańców (jedno- i dwuosobowych), samodzielnych (pokój sypialno – dzienny, kuchnia, sanitariat). Dla zespołu 4 mieszkań przewiduje się dużą łazienkę oraz zróżnicowany, niewielki program wspólny. Mieszkania połączone są systemem alarmowym z mieszkaniem opiekuna.

Przesłanie holenderskie – to maksymalna opieka przy jak największej niezależności. W Holandii występuje trzystopniowy system zapewniający wysoki poziom opieki dla starszej generacji:

Pomoc domowa i pielęgnarska w mieszkaniu – dla osób żyjących niezależnie, ale mających kłopoty ze zdrowiem.

Domy opieki, w których mieszkańcy żyją we własnych pokojach lub mieszkaniach samodzielnych, wokół rozległego programu usług i pomieszczeń wspólnych, często otwartych dla użytkowników z zewnątrz.

Domy dla przewlekle chorych („nursing homes”), wśród których wzrasta liczba cierpiących na demencję. W tej formie również występuje duży, wyspecjalizowany program wspólny.

W Polsce jest wiele ustaw i rozporządzeń, które obligują do dostosowania obiektów dla osób niepełnosprawnych. Jednak niepełnosprawni wiązali nadzieję na znaczną poprawę dostępności budynków przede wszystkim z Prawem Budowlanym [12], które weszło w życie w 1994 roku. W odniesieniu do nowych budynków nakazuje ono bowiem takie ich projektowanie i budowanie, by zapewniały dostęp osobom niepełnosprawnym, szczególnie zaś tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich. Natomiast w odniesieniu do obiektów wzniesionych przed 1994 rokiem obowiązuje akt wykonawczy, jakim jest Rozporządzenie Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki oraz ich usytuowanie. Podczas przebudowy, rozbudowy, odbudowy, a nawet przy zmianie sposobu użytkowania muszą być udostępnione także niepełnosprawnym. W Polsce nadal pokutuje myśl, że zapewnienie dostępności obiektów dotyczy tylko niewielkiej liczby ludzi poruszających się na wózkach. Stawia się wtedy pytanie, czy dla tak małej grupy warto ponosić dodatkowe koszty?

W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy innych krajach nie projektuje się inaczej dla pełnosprawnych a inaczej dla niepełnosprawnych. Zasady projektowania uwzględniają wszystkie wymagania dla wszystkich mieszkańców i użytkowników.

Najważniejsza jednak kwestia dotyczy społecznej wrażliwości na niepełnosprawność. Odnosi się to również do zasady "drugiego etapu", która musi wśród niepełnosprawnych budzić stare skojarzenia, że traktuje się ich jak ludzi "drugiej kategorii". Najpierw bowiem robi się coś dla pełnosprawnych, a dopiero potem, jeśli znajdą się dodatkowe pieniądze, dla niepełnosprawnych.

### 3. WIZJE

Formy opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi nieustannie ewoluują. Przewidywane innowacje będą polegać na:

- umocnieniu pozycji pacjenta – w bogatych społeczeństwach pojawi się tzw. pacjent – ekspert, mogący bez problemu korzystać z najnowszych technologii. Zarysuje się ostry kontrast pomiędzy tymi, którzy korzystając z dostępnych informacji jako pacjenci, będą w o wiele lepszej sytuacji niż przedstawiciele biednych społeczeństw. Nasili się tzw. „cyfrowy podział” – związany z dostępem do internetu lub jego brakiem [15],
- domowej opiece zdrowotnej (wirtualnej) – formowanie internetowych medycznych banków danych i przychodni. W związku z tym należy uwzględnić konieczność reorganizacji domu na potrzeby wirtualnej „kliniki”,
- możliwości (na razie teoretycznej) dostępu do porady lekarskiej zawsze i wszędzie,
- powiązaniu realnych i sztucznie formowanych (wizualnych) elementów krajobrazu wspomagających proces terapeutyczny<sup>1</sup> - tego typu doświadczenia będą zintegrowane z planowaniem i projektowaniem szpitali i ośrodków zdrowia [1],
- przejęciu przez szpital roli opiekuna tylko nad najbardziej chorymi,
- tworzeniu „inteligentnych” szpitali – obiekty służby zdrowia zintegrowane z ekoparkami w miastach i w ich sąsiedztwie, projektowane w sposób umożliwiający łatwy demontaż [5],
- powstaniu ruchu hospicyjnego z opieką paliatywną (półośrodki). Powstawać będą małe centra, tzw. Ośrodki Krytycznej Opieki. Starsze i mniej funkcjonalne obiekty będą zbyt kosztowne w eksploatacji, a w związku z ograniczeniami kosztów powrócą oddziały o małej powierzchni [16],
- rozwoju nauk biomedycznych, co wpłynie na dalsze zahamowanie procesu „niestarzenia się”.

### 4. ELEMENTY SZTUKI

Obserwując relacje pomiędzy środowiskiem osób wymagających opieki i niepełnosprawnych a szeroko pojętą sztuką, trudno nie zgodzić się z uwagą, że większe było dążenie i częstsze były próby korzystania z psychicznego wpływu sztuki na rehabilitację i przystosowanie osób niepełnosprawnych w środowisku aniżeli zainteresowanie się twórców życiem i potrzebami tej grupy osób. W rezultacie, rozwiązywanie barier architektonicznych nigdy nie było łączone z efektami (sukcesami) estetyczno – formalnymi i zostało zepchnięte do sfery zagadnień prawnie – ekonomicznie – technicznych. Podejście takie buduje kolejne, tym razem psychiczne, bariery odpychające jeszcze bardziej społeczeństwo od tych, którzy już wcześniej znaleźli się poza linią normalności [14].

---

<sup>1</sup> Na przykład Lied Jungle – ogród zoologiczny Henry’ego Doorly’ego w Omaha w stanie Nebraska [15].

Wprowadzenie elementów sztuki do budynku służby zdrowia (rzeźba, malarstwo, poezja) jest obecnie często stosowanym zabiegiem.

Przykładem może być szpital w Grazu (Landeskrankenhaus Graz – West), który jest nowym budynkiem regionalnego szpitala z opieką podstawową oraz infrastrukturą biurową. Jednym z pozytywnych aspektów jest wprowadzenie elementów sztuki do budynku szpitala. Podobnie w hospicjum fundacji Marie Curie Cancer Care zlokalizowanym w Bradford w Anglii (architekt AllenTod), które jest jednym z najbardziej nowoczesnych w Wielkiej Brytanii. Dzieła sztuki umieszczono w pomieszczeniach wspólnych. Symbolizują one los człowieka w aspekcie przemian w przyrodzie (ceramiczne „murale” Anne Crowther).

## 5. LOKALIZACJA

Bardzo ważnym czynnikiem, wpływającym na proces leczenia, jest lokalizacja zespołu szpitali. O atrakcyjności decyduje:

- powiązanie z istniejącym systemem komunikacyjnym (przystanek tramwajowy, parkingi dla gości),
- kontakt pacjentów ze światłem naturalnym, np. poprzez doświetlenie przestrzeni wspólnych,
- usytuowanie jak najbliżej centrum miasta – dla pobudzania życiowego.

Przykładem jest zespół mieszkaniowy dla podeszłych wiekiem w Neuenbürg w Schwarzwaldzie. Składa się z 28 jedno- i dwupokojowych mieszkań. W skład zespołu wchodzi również położone w parterach pomieszczenia socjalne, gabinet rehabilitacyjny i mieszkanie dla personelu opiekuńczego. Poprzecznie do brzegu rzeki Enz usytuowane budynki wpisują się swym charakterem i kubaturą w kontekst sąsiadującej zabudowy. Położenie przy nadrzecznej promenadzie czyni lokalizację zespołu niemal doskonałą.

Lokalizacja odgrywa ważną rolę również w domu dla osób starszych w Eichstätt w Niemczech. W historyczną strukturę miasta wpisano długą, prostą formę budynku kontrastującą z dachami starego miasta. Z jednej strony obiekt zwrócony jest w stronę rzeki, a front skierowano na starówkę.

## 6. ROLA MEDIÓW I INTERNETU

Prawa osób starszych i niepełnosprawnych do dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym [11] można odnieść do środków masowego przekazu, za pomocą których kieruje się pewne treści do bardzo licznej i różnorodnej publiczności.

Według Leksykonu PWN [4] środki masowego przekazu tworzą podstawę systemu komunikowania w kulturze masowej i w wysokim stopniu określają jej charakter. Decydującym wyróżnikiem mass mediów jest ich wielki (ponadregionalny, ogólnokrajowy, zmierzający do globalnego, ogólnoswiatowego) zasięg. Treści przekazywane przez środki

masowego przekazu mają charakter publiczny (są kierowane do wszystkich, których mogą interesować) i są masowo odbierane.

Od sposobu prezentowania problemów ludzi niepełnosprawnych przez środki masowego przekazu zależy jakość jednostkowych i społecznych opinii o nich, a także sądów i postaw. Mogą one stymulować proces ich rehabilitacji, kształcenia, zatrudnienia oraz aktywność [10].

Działalność mediów w kształtowaniu postaw wobec niepełnosprawności (a odnosi się to także do osób starszych) powinna się odbywać poprzez [7]:

- prezentację potrzeb osób niepełnosprawnych i możliwości ich zaspokojenia,
- przedstawienie problemów osób niepełnosprawnych i umożliwianie im udziału w kontaktach społecznych, w przedsięwzięciach dotyczących niepełnosprawnych,
- podkreślanie roli państwa, jednostek samorządu terytorialnego oraz całego społeczeństwa w pomocy na rzecz osób niepełnosprawnych, a także ułatwianie tym osobom dostępu do środków masowego przekazu, m. in. w ulgi przy korzystaniu z nich [8],
- prezentację materiałów zawierających informacje dla osób niepełnosprawnych oraz pośrednictwo medyczne i zawodowe (telepraca),
- rozpowszechnienie internetu, m.in. jako głównego źródła informacji dla niepełnosprawnych i ich rodzin,
- organizację masowych kampanii na rzecz osób niepełnosprawnych i jednostek służących pomocą tym osobom.

Z przeprowadzonych analiz dotyczących niepełnosprawności w mediach wynika, że obecnie największą skarbnicą informacji przydatnych ludziom niepełnosprawnym jest internet, który daje możliwość pozyskania wszelkich informacji, uzyskiwania porad medycznych czy kontakt z innymi osobami.

Efektom „rewolucji informacyjnej” będzie zmiana ustalonej hierarchii wartości. Coraz więcej zajęć wymaga wysokich kwalifikacji osoby zatrudnionej. Skutkiem tego procesu są nowe podziały społeczne, gdzie kryterium staje się, m. in. posiadana wiedza, dostęp do informacji, czy umiejętność wykorzystania tych atutów. W związku z tym istnieje prawdopodobieństwo zrodzenia się nowego podziału społeczeństwa na tych, co mają dostęp do technologii i „upośledzoną” resztę [3].

Wymienione czynniki powinny spowodować lepsze niż dotychczas warunki udziału osób niepełnosprawnych w życiu społecznym przez wykorzystanie komputerów jako narzędzi pracy i edukacji.

## 7. WNIOSKI

Z powyższych przemyśleń dla ogólnej strategii projektowania architektonicznego należy wydobyc następujące zjawiska:

- rozwój nowych form w relacji między osobą a środowiskiem w kontekście służby zdrowia,

- nowe technologie mogą znaleźć zastosowanie w takich dziedzinach, jak praca, edukacja, rozrywka czy korzystanie z różnego rodzaju usług. Warunkiem jest jednak umiejętność oswojenia nowych technik,
- zaawansowane technologie pozwolą człowiekowi osiągnąć poziom wyższej interaktywności z otoczeniem, a inżynieria biomedyczna i robotyczna oraz antropomorfizm będą miały ogromny wpływ na podejmowanie decyzji projektowych, mających na uwadze czynnik ludzki,
- powstanie nowej jakości architektonicznej łączącej: miejsce, hierarchię, zachowującą odpowiednią skalę i materiał, harmonię z kontekstem, potrzebę ograniczania nadmiernego komercjalizmu w architekturze.

## LITERATURA

1. Bentley P. J.: *Digital Biology: How Nature is transforming Our Technology and Our Lives*. Simon and Shuster, New York 2002.
2. Calmenson D.W.: *Participatory Healing*. *Isdesignet Magazine*, 1999, March, <http://www.isdesignet.com/magazine>, July 2002.
3. Hofmokl T., Frąckowiak J. K.: *Społeczeństwo informatyczne*. *Computerworld*, 1995.
4. *Media*. Leksykon PWN. Red. E. Banaszkiwicz – Zygmunt. Warszawa 2000 s. 215 – 216.
5. O'Connor S.: *Hospitals for a Healthier Planet*, *Green Futures*. Issue 34. May/June 2002.
6. Ogonowska I.: *Mieszkanie z opieką dla osób starszych. Zarys problemu w wybranych krajach Unii Europejskiej*. IGM, Warszawa 1997.
7. Pięta A.: *Rola mediów w kształtowaniu postaw wobec niepełnosprawności*. Praca zbiorowa pod red. L. Frąckiewicz pt.: *Postawy wobec niepełnosprawności*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Ekonomicznej, Katowice 2002, s. 205.
8. Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z 27 czerwca 1996 r. DzU 1996, nr 82, poz. 383 z późn. zm.; Rozporządzenie Ministra Łączności w sprawie określenia dostępu osób niepełnosprawnych do świadczonych usług pocztowych lub telekomunikacyjnych o charakterze powszechnym. DzU 1996, nr 127, poz. 598.
9. Salinger N.: *The Architectural Contributions of H. R. H. Charles, the prince of Wales*. 2002, <http://www.math.utsa.edu>, July 2002.
10. *Środki masowego przekazu a człowiek niepełnosprawny*. Materiały Międzynarodowego Sympozjum TWK. Red. Hulek E., Warszawa 23 –25 września 1987 r., Warszawa 1997, s. 5.
11. Uchwała Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 r. Karta Osób Niepełnosprawnych. M.P. z 13 sierpnia 1997 r.
12. Ustawa Prawo budowlane z dnia 7 lipca 1994 r. (DzU 03 Nr 207 poz. 2016 z późn. zm.).
13. Wellnessllc: *The Wellness room*, 2002, <http://www.wellnessllc.com>, August 2002.
14. Włodarczyk J.: *Architektura a niepełnosprawność*. Praca zbiorowa pod red. L. Frąckiewicz pt.: *Postawy wobec niepełnosprawności*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Ekonomicznej, Katowice 2002, s. 172.

15. Verderber S.: Architektura dla zdrowia. 2050: międzynarodowa perspektywa. Architektura & Biznes, 2004, nr 12.
16. Verderber S., Fine D. J.: Healthcare Architecture in an Era of radical Transformation. Yale University Press, New Haven, London 2000.
17. Vterrain: Artificial Terrain Tools and Software Packages, 2001, <http://www.vterrain.org>, July 2002.