

ARCHITECTURAL DESIGN

PROJEKTOWANIE
ARCHITEKTONICZNE

BOGUSŁAW WOWRZECZKA

Prof. DSc PhD Eng. Arch.

KUiA Oddział PAN Kraków

Wrocław University of Technology

Faculty of Architecture

Department of Architectural and Construction Design

e-mail: boguslaw.wowrzeczka@pwr.edu.pl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3115-1218>

ARCHITECTURE OF DAY-CARE ONCOLOGY HOSPICES: THE CASE OF MAGGIE'S CENTRES

**BADANIA NAD ARCHITEKTURĄ HOSPICJÓW ONKOLOGICZNYCH
DZIENNEGO POBYTU — PRZYPADEK MAGGIE'S CENTERS**

ABSTRACT

The growing number of people falling ill with cancer is accompanied by the development of treatment methods that allow for the recovery or significant extension of the patients' lives. Some solutions come to the rescue, which, even in terminal cases, can affect their quality of life. These comprise modern hospices, including those that are daycare. This category includes Maggie's centres, under the patronage of the organisation of the same name, operating on the basis of (developed over time) thoughts on palliative care left by Maggie Keswick Jencks. They stand out from others with a clearly defined program and original architecture designed by outstanding designers. Its properties as a therapeutic environment have been analysed so far using qualitative methods, used by researchers representing various scientific disciplines. The results of these analyses have been compared with studies conducted using the space syntax method. This enabled us to draw conclusions of an application nature that can support a more informed approach to the design of such facilities in order to optimize their impact on the well-being of both patients and their loved ones and staff.

Keywords: architecture of oncology hospices, daycare hospices, Maggie's centres

STRESZCZENIE

Stale wzrasta liczba osób zapadających na choroby nowotworowe. Towarzyszy temu rozwój metod leczniczych, które pozwalają na powrót do zdrowia lub znaczące wydłużenie życia chorych. W sukurs przychodzą rozwiązania, które, nawet w przypadkach terminalnych, mogą wpływać na jakość życia. Należą do nich nowoczesne hospicja, w tym takie, które mają charakter dziennych. Do kategorii tej należą centra Maggie's, objęte patronatem organizacji o tej samej nazwie, działające w oparciu o (rozwinęte z czasem) przemyślenia na temat opieki paliatywnej pozostawione przez Maggie Keswick Jencks. Wyróżniają się one, na tle innych, wyraźnie sprecyzowanym programem oraz oryginalną architekturą, której projektantami są wybitni projektanci. Jej właściwości, jako środowiska terapeutycznego, zostały dotychczas przeanalizowane z użyciem metod jakościowych, wykorzystanych przez badaczy reprezentujących różne dyscypliny. Wyniki tych analiz zostały zestawione z badaniami przeprowadzonymi metodą składni przestrzeni (space syntax). Pozwoliło to na wypracowanie wniosków o charakterze aplikacyjnym, mogących wspierać bardziej świadome podejście do projektowania tego typu obiektów w celu optymalizacji ich oddziaływania na samopoczucie zarówno chorych, jak i osób bliskich oraz personelu.

Słowa kluczowe: architektura hospicjów onkologicznych, hospicja dziennego pobytu, centra Maggie's



1. INTRODUCTION

Despite the development of new technologies and drugs introduced to treat malignant diseases, one in four deaths in Europe is still caused by cancer. At the same time, cancer is increasingly classified as a chronic disease, meaning that it lasts a long time, it is treated and often requires the involvement of patients and their carers.

Cancer incidence statistics have become a major reason why patient care has become a priority (along with prevention, early diagnosis and treatment) for the World Health Organization (WHO), which established the first standards of palliative care in 1990. They are of particular importance because they have both established the ethos of palliative care and set internationally recognized standards for palliative care services (Milligan, Potts, p. 10).

At the same time, WHO defined palliative care as *active, comprehensive care for patients and their families provided by a multidisciplinary team when the patient's disease no longer responds to curative treatment (Palliative Care, 2020)*. It also defined its goals, namely:

- 1) ensuring the highest possible quality of life for both the patient and their family;
- 2) integrating the psychological, social and spiritual aspects of care (helping patients come to terms with their own death in the most complete and constructive way possible);
- 3) providing a support system that enables patients to live as actively as possible until death;
- 4) supporting families both during the patient's illness and in mourning;
- 5) helping patients to perceive the remaining time as *the last days, but not the days wasted* (Milicevic, 2002, p.30)

This is in line with the principles of the contemporary hospice movement, which believes that palliative care should be holistic, individualized and addressed to people diagnosed with an illness that cannot be cured or is no longer curable at this stage (Milligan and Potts, 2009, p. 10). The hospice movement has had a major impact worldwide, promoting palliative care and improving standards of care (Milicevic, 2002, p. 31). This is supported by the movement's statement, now supported by many hospices, which was first published in Nursing Times in 1976: *You matter because you are who you are and we will do everything in our power, not only to help*

you die peacefully, but to help you live until you die (Thompson 2002, p. 2, cited in Milligan and Potts, 2009, p. 7).

A special place on the hospice map is occupied by day care facilities operating under the patronage of the charity Maggie's, which in almost 30 years of its activity has initiated the establishment of 30 hospices, mainly in Great Britain, but also in Spain, Japan, Hong Kong and the Netherlands. Thanks to the interest aroused by their intriguing architecture, they have become carriers of a new approach to palliative care.

In 2003, the Council of Europe adopted recommendations on the organization of palliative care in the member states of the Council of Europe entitled Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care (*Recommendation Rec (2003)*). These recommendations are the most important, first such high-ranking document containing guidelines applicable in member states. It states that palliative care is not limited to institutional services — it is rather a philosophy of care that can be applied in all places where patients stay, who should be provided with various forms of care, depending on their health needs and personal preferences.

Palliative care can address a wide range of issues, integrating the individual's specific needs into care. A palliative care specialist will consider the following issues for each patient:

- a) physical (coping with pain, preparing for physical changes);
- b) coping with emotions;
- c) spirituality (spiritual care is considered an integral part of providing good quality palliative care);
- d) needs of caregivers (support during and after the death of a loved one)
- e) practical needs (financial and legal issues, insurance matters and employment issues) (Clark, 2003, p. 435)

The difference between palliative care and hospice care also requires clarification. While palliative care can begin at any time during cancer treatment, hospice care begins when the goal of care is no longer radical treatment but improving the quality of life (NICE, 2004, p. 18). The holistic idea of a hospice is implemented through the work of specialists educated in the field of palliative medicine — doctors and nurses, as well as physiotherapists and clinical psychologists, and also clergy. These teams are supported by specially prepared and trained volunteers.

It should be added that another term that is in use in the context of cancer patients is maintenance

treatment. The 2004 guidelines of the American National Institute for Clinical Excellence (NICE) define it as care to: *help the patient and their family cope with the cancer and its treatment — from initial diagnosis, through the diagnostic and treatment process, to recovery or continuing the disease and death, and finally to mourning* (Stevens, 2009, p. 18).

1.1. State of research

The list of publications on hospices, including day-care hospices, is extensive. The vast majority of them deal with the therapeutic environment of such facilities, and their authors are neo-psychologists, neurobiologists, medical geographers, sociologists, doctors, and less frequently architects and landscape architects. Their most up-to-date list was included in Frisone's study (Frisone, 2024) and Worpole (Worpole, 2024). Against this background, the number of studies, analyses, monographs (including doctoral theses), articles, notes in journals and industry websites devoted to Maggie's centers is equally impressive. Most of them are based on materials posted on the center's websites or other publications and in this sense they are generic in nature. Among the latter, we can also find two articles published by Polish authors (Gronostajska-Kadecka, Czajka, 2021; Strojny, 2022). Only part of the research covered the architecture of these facilities and their surroundings. The authors of these publications, mainly architects, used various research tools and methods. The review of the literature on Maggie's indicated the use of a mainly qualitative approach (using different research perspectives: phenomenological, autoethnographic, sensory, and using case studies and meta-synthesis of published research results). These will be discussed in Part 8 of the article. What draws attention is the lack of studies using quantitative methods, including *space syntax*, which allows for determining the degree of spatial integration of functions in particular facilities and their comparison.

So far, there has not been any architectural monograph devoted to daycare hospices, and especially no collective summary of the research related to them, which would allow designers to use them in developing the concept of such facilities in order to optimize their impact on the well-being of both patients and their relatives and staff.

However, some very interesting meta-syntheses of research results on hospices (including daycare hospices) were conducted, presented in publications placed on platforms offering access to bibliographic databases and Internet search engines (Tekin et al., 2023; Terjung et al., 2024). The conclusions from these analyses will be presented in Part 8 of this article.

1.2. Purpose and method

The growing problems related to the increasing incidence of cancer in people constitute a challenge, on the one hand, for institutions providing medical and care services, and on the other hand, for designers of the medical environment (architects and landscape architects). The effects of the work of the latter show how capacious and ambiguous, or rather multifaceted, the understanding of the term medical environment is and how different forms it can take. One of them are hospices adopting different models of functioning, among which there are day care centers. An original variant in this respect was adopted by hospices covered by the organizational and substantive patronage of the Maggie's Foundation.

A number of outstanding and famous architects and landscape architects took part in their creation. According to the adopted guideline, each of the facilities, although created in accordance with Maggie's recommendations included in the *Architectural Brief*, is a work bearing the features of the *oeuvre* of its creators. The way they function and the strongly diversified formal architecture of these facilities raised questions about the therapeutic effectiveness of such a composed environment. It was subjected to numerous qualitative studies based on diverse research perspectives and conducted on different groups (designers, patients, close relatives, staff). Our article, based on the method of systematic review, discusses and compares the results of the research conducted so far on Maggie's centres, allowing for the construction of a picture concerning both the design process and the effects obtained. They were supplemented, and also verified, in a way, by the results obtained by using a quantitative method, not used so far in the case of Maggie's, namely space syntax. They were collected and compared in the last part of the article, assuming the nature of guidelines for the design of daycare hospices. The aim of this publication is not to provide a detailed analysis of the architectural styles of Maggie's hospices, as they are widely known and widely commented on. The problem of the therapeutic impact of architectural style on the users of Maggie's Centres was best described by R. Moore in his review of the Maggie's Royal Free building in London (designed by Daniel Libeskind) who wrote: "Maggie's choice of architects has evolved over the years towards slightly less stellar practices, whose projects delight the senses more with simpler forms and spaces, as dRMM did in Oldham and Amanda Levet Architects in Southampton. This is progress — architects globally feted for the signature style that they bring to museums and skyscrapers and airports are not necessarily

best suited to the more subtle qualities of a cancer centre. The Royal Free is, or should be, the last of the Maggie's icons" (Moore, 2024).

Let us add that the article also presents, in a chronological and synthetic manner, using previous studies, the characteristics of the development and types of hospices and the models of services offered by them.

2. A BRIEF HISTORY OF HOSPICES — EUROPE

The modern hospice movement was born in 1967. However, hospice care dates back to the mid-19th century. In 1843, a certain Jeanne Garnier, *as a young widow and grieving mother, along with others in a similar situation*, founded the Dames de Calaire in Lyon, France, to provide care for the dying (Milligan and Potts, 2009, p. 6). At that time, death was seen as a failure by the medical system, and as a result, hospitals focused on healing, and the dying were not welcome there. Jeanne Garnier's work and the results of her work led to the opening of six more such facilities in Paris and New York between 1874 and 1899. The idea was then brought to Ireland and taken up by The Irish Sisters of Charity who opened Our Lady's Hospice in Dublin. Shortly afterwards the sisters took it to England where they opened St. Joseph's Hospice in Hackney, London (Karamanou, Psaltopoulou and Markatos, 2017, p. 1368). As mentioned above, hospices did not become widely known until 1967, when Dame Cicely Saunders, a nurse, and Dr Mary Baines, a retired palliative physician-consultant, helped establish St. Christopher's House in London as a medical, educational and research centre for the physical, emotional and spiritual care of the dying (*The hospice movement*). This was the beginning of the modern hospice movement and with it the local, independent charitable hospices in the UK. Soon the London hospice attracted the attention of not only the medical community, but also psychologists, sociologists, philosophers and families of sick people (Kowalik, 2013, p. 190).

British charities also played an important role in providing and continuing to develop care for the terminally ill and their families: Marie Curie Cancer Care, founded in 1947, and The Sue Ryder Foundation. In the 1950s, eleven Marie Curie Homes were established, and in the 1970s, Sue Ryder Homes began to appear. At the same time, Macmillan Cancer Relief, known at the time as the National Society for Cancer Relief, entered the scene. Since then, all three national charities, as well as local, independent

hospices, have developed their services in line with patient needs (Milligan, Potts, 2009, p. 8).

Since then, hospice care has become a global movement that has radically changed the way we approach death and dying. Hospices have evolved from "general" care settings to facilities that provide truly specialized end-of-life care, as well as a range of services that improve the functioning of patients, caregivers, and families (Milligan and Potts, 2009, p. 9).

At the beginning of hospice operation, care for terminally ill patients was combined with a 24-hour stay of the patient in the facility. Soon, however, it was also extended to sick people staying in their own homes. This practice aroused the interest of American pioneers of care for terminally ill patients. They were particularly interested in forms of care in the patient's natural social environment. The next important step towards optimizing supportive activities was combining home care with community care. The first such undertaking was the day care centre for terminally ill people organized in 1975 at St Luke's Hospice in Sheffield (Kowalik, 2013; p. 190).

Let us add that in the 1960s, following the example of European initiatives, the idea of a hospice also appeared in Poland. A pioneer in this field was Hanna Chrzanowska (creator of the Krakow Home Care Centre in 1964). In turn, in 1981, the first centre for care for the dying in Eastern and Central Europe was established: the Association of Friends of the Sick — Hospice in Krakow, giving rise to the volunteer movement. Since 1982, hospice teams in the form of associations and informal groups associated with the Catholic Church began to be established in many regions of Poland. Regardless of the hospice movement, in the late 1980s, organisational structures for palliative care were developing. On the initiative of Jacek Józef Łuczak, in 1988 the first Palliative Care Team in Poland was established at the Department of Oncology of the Medical University of Poznań, which was transformed into the Palliative Care Clinic in 1990.

The breakthrough came in 1993, when the Minister of Health and Social Welfare established the National Council for Palliative and Hospice Care. This body performed consultative, advisory and opinion-giving functions. It should be noted that palliative medicine has been a medical specialization (physician and nursing) in Poland since 1998 (in Great Britain since 1987) (Kowalik, 2013, p. 192).

In Poland, there are currently (data from 2019) approximately 488 home hospices for adults, 71 home hospices for children, 191 stationary units (palliative medicine departments and stationary hospices) and 155 palliative medicine clinics ('Sytuacja finansowa').

The types of hospices and their financing vary from country to country. Some hospices are 100% funded by the national health service, but most have to rely on voluntary donations. There are also private hospices.

3. HOSPICE TYPOLOGY AND CARE MODELS

According to their different patterns, hospice care services can be divided into home hospices, care services, and institutional services. The basic international classifications of hospices divide them into the following groups:

- 1) independent hospice care facilities;
- 2) hospice care centers operating at hospitals;
- 3) independent hospices with day care;
- 4) nursing facilities equipped with hospice beds (Wang, Zhang, Zhou, 2024, p. 4).

Considering the subject of the research undertaken in this article, our attention will be focused on the buildings of facilities providing day care.

For further considerations undertaken in this article, the most important will be day care centers (the so-called day hospices). This is a model of care intended for patients who live in their own home or in a nursing facility/retirement home. Stays in the center allow them to receive physiotherapy assistance and participate in occupational therapy. An important element in such a case is the possibility of contact with other people in similar situations in a friendly social/non-clinical environment (Doyle, 2021). Everything that is done in a day unit is aimed at improving the patients' quality of life, restoring dignity and making patients feel valued and useful. Such a unit can be part of a hospital/hospice/palliative care unit or it can be located in a health care facility. Patients can spend time in these centers, which are usually open 5 days a week from 10 am to 3 pm (in some cases until 5 pm).

4. CONTEMPORARY HOSPICE CARE BUILDINGS: TYPES AND FEATURES

In countries such as the United States, the United Kingdom, the Netherlands, and Japan, where the population is becoming increasingly older, there has been extensive theoretical and practical research on the architectural design of hospice care facilities. These studies were summarized in the 2021 publication "Guidelines and Suggestions for People Entering Hospice/Palliative Care" by Derek Doyle, founder and editor-in-chief of *Palliative Medicine*, editor of the first three editions of *The Oxford Textbook of*

Palliative Medicine, and author of numerous publications on palliative medicine. From a physician's perspective, Doyle, seeking an answer to the question of the facilities needed in a day care unit, listed the following:

- a) a hall or room the size of a large living room or tennis court with a driveway and doorway wide enough to allow wheelchair access;
- b) worktables that can also be used for meals, as well as an adequate number of chairs for sitting at the table and comfortable armchairs for lounging;
- c) a small room but large enough to accommodate an examination couch, small table, two chairs and a sink;
- d) a room with a table and two chairs, a filing cabinet (with a computer if possible) and a notice board that can be used as an office/interview room;
- e) a wheelchair-accessible toilet that takes into account the needs of disabled users;
- f) if funds and space allow, it is useful to have two additional rooms: one for therapy and other activities, the other for socialising (Doyle, 2021).

Doyle also characterised the 'freestanding inpatient unit (hospice)' in his paper. Although this refers to an independent bed unit, it is worth examining his comments about a facility that operates largely independently of a general or specialist hospital. He noted that having a palliative/hospice unit on the premises of a general hospital (but not within it) has the following advantages:

- a) proximity to medical specialists;
- b) proximity to diagnostic facilities;
- c) shared service facilities (laundry, pharmacy, catering);
- d) shared service and maintenance.

Doyle also noted the disadvantages of such a solution, including:

- a) costs, usually higher than in the case of a hospital-integrated ward;
- b) significant limitations on the number of patients, which is a small part of the total number of those needing such services;
- c) lack of understanding and acceptance of the practices and rules in force in such facilities by many doctors and nurses working in general hospitals, where most patients are treated in the terminal stage.

Adding finally that it is still an 'institution' and as such, no matter how hard everyone tries, it is never 'home' (Doyle, 2021).

Doyle's recommendations are a supplement to and commentary on the *Design Guidelines for Specialist Palliative Care Units* (*Design Guidelines*,

2005) published by the Irish Department of Health and Children in 2005. They include advice on avoiding an institutional look and feel of hospices, due to the need to take into account the complex emotions of people admitted to hospices, as well as their families and friends. They also recommend creating a 'homely' feel to individual areas, particularly for the inpatient unit. Particular attention was paid to issues such as the quality of light, use of views, use of appropriate colours and selection of furniture and finishing elements (*Design Guidelines*, 2005).

The key factor in creating the right 'atmosphere' in the unit was the clarity of communication achieved by avoiding overly complicated or confusing layouts, especially in areas used by patients and visitors. A clear, legible and "friendly" signage system (both internal and external) was also indicated as important in this respect. Attention was also drawn to the need to create sheltered areas in and around the ward that would provide comfort to patients, staff and visitors. Providing patients with access to sunlight and a view of the outside was considered important. Emphasis was also placed on the need to ensure a quiet environment with a higher than standard level of acoustic insulation, adding that noise-related discomforts can be reduced through design measures, such as locating rooms that generate noise away from rooms that require silence. The issue of the possibility of unpleasant odours and the olfactory sensitivity of some patients was also raised, recognizing the need for mechanical ventilation in individual rooms and, where possible, natural ventilation. It was considered important to adopt solutions that would prevent draughts. It was also considered that the design should be flexible in order to maximize the potential use of individual parts of the facilities and to take into account possible future changes. Finally, attention was drawn to respecting the principles of integrated design and universal access for people with disabilities. Finally, the role of art in palliative care facilities was emphasized, recognizing that the visual integration of works of art with the architecture of hospices is important and should be considered at an early stage of the design process (*Design Guidelines*, 2005).

Another piece of work relating to hospice design is *Principles of Hospice Design*. It was preceded by a competition for the redevelopment of the Prince of Wales Hospice in Ponterfract, organized in 2008 in partnership with the Prince Charles Foundation, which had the additional aim of 'raising the profile of hospice design and combining expert knowledge [...] to provide access to current

research on hospices and to develop design practice for such facilities' (*Principles of Hospice Design*, 2005, p. 6). It also mentioned the need for a therapeutic environment and the promotion of well-being among patients and staff. An initial invitation to tender (submit offers) was sent to a number of architects with relevant experience, who were asked, as part of their application, to draft the principles that they believed should govern such a design. These principles were then confronted with their concepts. This confrontation identified the key design elements that should form the basis of the creation of an exemplary hospice, namely:

- 1) the need for contact with nature;
 - 2) the importance of natural light;
 - 3) providing a 'homely' rather than institutional scale and atmosphere;
 - 4) appropriate furniture configuration, e.g. chairs for small groups;
 - 5) the need for quiet spaces for consultations with medical and nursing staff;
- including a range of therapy rooms (*Principles of Hospice Design*, p. 7).

On this basis, a functional diagram of the 'ideal hospice building' was developed, representing the 'day-care' model, which provides for the division of the plan into four zones: public, semi-public, semi-private and private, locating the place for eating meals and recreational and workshop activities in the central part. *Principles of Hospice Design* also paid attention to ensuring contact with nature through hospice-related gardens, flower beds, etc. (*Principles of Hospice Design*, p. 11).

In addition, in 2012, a workshop conducted under the auspices of the same Prince's Foundation and Marie Curie established that the following guidelines should be considered for palliative day care services:

- 1) the centre should be open to visitors and, where possible, access to services should be available without the need for a referral;
- 2) a mix of structured and ad hoc services should be provided;
- 3) opening hours for patients should include also evenings and some weekends;
- 4) the centre should provide an information service.

In terms of architecture, the workshop conclusions were as follows:

- 1) the entrance to the hospice must be clear and located at the front of the building,
- 2) the reception area should be spacious and provide a homely atmosphere;
- 3) next to the reception area there should be spaces that provide privacy for patients who may feel unwell upon arrival;

- 4) in the centre of the building there should be a general meeting area and a café;
- 5) next to public spaces there should be more discreet areas that provide greater privacy (*Principles of Hospice Design*, p. 10).

5. MAGGIE'S CENTER HOSPICES

5.1. A few words about the originator– Maggie Keswick Jencks

A short note about Maggie Keswick Jencks can be found on Wikipedia. It says that she was a *Scottish writer, artist and garden designer who, with her husband Charles Jencks, founded Maggie's Centres*. As a writer, she is known for her book *The Chinese Garden: History, Art and Architecture*, published in 1978. As a garden designer, she is known for her famous Garden of Cosmic Speculation (founded with her husband, in collaboration with architect Terry Farrell), which was said to have *broken the English tradition of romantic gardens* (Blakenham, 2007, p. 6). She also participated in the arrangement of the greenery at the Peter B. Lewis Building in Cleveland, designed by Frank Gehry.

5.2. Maggie's Centre Hospice Foundation establishment

Shortly before her untimely death (she died of breast cancer in 1995, aged just 54), she initiated the establishment of the first facility in Edinburgh, dedicated to supporting cancer patients, which opened after her death in 1996 and was called Maggie's Centre. This became the beginning of a network of similar facilities connected by an organization called 'Maggie's. Everyone's home of cancer care', which has been instructing, advising and piloting the implementation of subsequent Maggie centres for years. 30 such places have been established to date, including 4 outside the UK (Spain, Norway, the Netherlands, China). Its website states: *Maggie's is a charity foundation providing free care and support in centres across the UK; also beyond, remotely as well, Our oncology support specialists, psychologists and benefits advisors are here for you and everyone you love, In each centre you will find a bright and friendly space, full of the support that people struggling with cancer need and deserve* (Maggie's).

5.3. Project goals and assumptions

In 1994, just before her death, Maggie Keswick Jencks, with the help of her husband, wrote a very personal account of her battle with cancer, *A View From The Front Line*, published in 'The Breast' magazine and updated in 2007 (Keswick Jencks,

2007). In it, she described the journey from learning of her multiple metastases and terminal condition to the crystallization of the idea of a place that would support people in a similar situation. Along the way, there were inspiring observations and personal experiences. She drew the following conclusions from all this:

- a) no matter how well the treatment is conducted in hospital, it is a highly stressful place;
- b) easy and quick access to reliable information is crucial;
- c) since she noticed an improvement in her well-being when she started to actively participate in her treatment, she considered it crucial to move from passive victim to active participant;
- d) she discovered a multitude of alternative and complementary possibilities available to anyone who wants to play an active role in their own treatment.

She placed particular emphasis on the environment in which cancer patients spend their time. She noted that *hospitals are generally not friendly places*, that they increase feelings of anxiety and isolation. Drawing on her own and other patients' experiences, she decided that the time waiting for treatment results could be used positively. As she wrote: *"Sitting in a pleasant room, with thoughtful lighting and a view outside, to be able to see trees, birds and sky, with chairs and sofas arranged in various ways so that group meetings could take place, would provide an opportunity for relaxation and conversation away from the worries of home. At the moment, most hospital environments tell the patient: 'How you feel is not important, you have to adapt to us, not we to you'. With a little effort and money, this can be changed to something like: Welcome! And don't worry* (Keswick Jencks, 1995, p. 23). Then she added: *The most important thing is not to lose the joy of life, even though you are dying* (Keswick Jencks, 1995, p. 23).

5.4. Design guidelines

The experiences and thoughts of Maggie Keswick Jencks led to the creation of the Edinburgh Cancer Caring Centre. In early 1995, architect Richard Murphy was asked to prepare a design for the conversion of a former stable block, situated close to the Western General Hospital, into a site that could house the centre. Maggie provided him with general design recommendations that included the following advice:

- e) *the facility should offer psychological support, advice on nutrition, exercise and relaxation therapies;*
- f) *every person visiting the facility can receive help in finding the best way to cope with their illness;*

- g) *the facility is to be a 'haven', with activities ranging from a cup of tea that can be prepared in the kitchen to participation in support groups led by a clinical psychologist.*

The Edinburgh centre was launched after its originator's death, but the idea survived, mainly due to her husband Charles Jencks, an American cultural theorist, landscape designer, architectural historian and co-founder of the charity Maggie's (Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Trust, whose patrons include Frank Gehry, Norman Foster and Sarah Brown, wife of former British Prime Minister Gordon Brown; the foundation's president is Queen Camilla).

The key to all services provided by centres established under the auspices of Maggie's is:

- a) openness (without time limits) to everyone at any stage of the disease, which blurs the difference between palliative and hospice activities, including for loved ones;
- b) free of charge;
- c) free access to a support program (information, psychological and emotional support, help in making decisions);
- d) individual approach;
- e) proximity to partner hospitals (access to specialists);
- f) participation in a support group;
- g) nutrition courses and workshops;
- h) support in physical activity (tai chi, yoga, fatigue management);
- i) stress reduction courses.

Maggie's Centres are built on the premises of state hospitals specializing in cancer treatment. While the hospital's task is to diagnose and treat, Maggie's task is to help the sick person cope *with the shock that this disease causes in their lives and those of their loved ones* (Maggie's evidence). The two institutions complement each other. It should be added that all of them are day care centres, open Monday through Friday from 9 am to 5 pm and do not provide rooms with beds.

The basis for all this is — as we read on the Maggie's website — *a unique physical environment designed by some of the world's most distinguished architects* in the belief that it “can influence well-being” (Maggie's evidence).

At Jencks's initiative, guidelines were drawn up regarding the architecture of the buildings under the patronage of this foundation, entitled *Maggie's Architectural Brief*, which can be summarized as follows:

- a) the centre should be welcoming and calm, offering a range of free support services in a flexible space; this includes reception areas, offices, in-

- formation, relaxation, counselling, cooking demonstrations and an outdoor garden space;
- b) the design should help users to adapt to their circumstances and feel valued by creating a safe, homely and inspiring space that increases a sense of community support;
- c) architects are asked to consider how the design can best support the interpersonal relationships of people struggling with cancer (*Maggie's Architectural Brief*).

The document is expanded upon in 2015 in *Maggie's Architectural and Landscape Brief* (2015), and is summed up in the text *Our buildings* on the foundation's website. Their shared motto is: *Everything you need to know about our buildings is contained in the philosophy behind their unique design, the significance of the architecture and gardens, and the way we choose the people we work with* (*Our buildings*). It goes on to say: *All of our centres are original and surprising, yet it feels like they are part of the same family (...) All of the buildings have been designed to accommodate the full range of the program under one roof (...) They are all homely in scale, with the kitchen at the centre (...). Their interiors are comfortable but also aesthetically sophisticated* (*Our buildings*). It goes on to say that they:

- a) *are places that are calm, friendly and welcoming, full of light and warmth;*
- b) *have a kitchen table at the heart of the building, in order to facilitate social interaction and a sense of community;*
- c) *offer views of the surrounding nature;*
- d) *offer thoughtful spaces that provide privacy as well as places for group meetings* (*Our buildings*).

Considerable attention was also paid to the building's surroundings, or rather the relationship between the interior and the gardens, namely:

- a) *our architects, interior designers and landscape designers have worked closely together from the very beginning of the project to ensure a strong connection between the exterior and interior spaces;*
- b) *people who come to Maggie's should be able to look outside and step outside from as many places as possible, even if it is just a courtyard with plants;*
- c) *we ask our landscape architects to use plants that will add colour, fragrance and variety to the space all year round* (*Our buildings*).

The key to achieving the desired results seems to be the selection of designers. As Maggie's states on her website: *We approach architects, landscape designers and interior designers who we believe*

will be able to respond to our requirements in an interesting and thoughtful way. And further: While each Maggie's centre is unique, the shared environment that each of them creates is not a coincidence, but rather a response to a carefully considered and demanding architectural project. Each architect we work with receives the same document (Maggie's Architectural and Landscape Brief) that is very close to the original concept created by Maggie herself. The design encompasses the functional needs of the buildings, but allows each architect to express their own interpretation of what a calming and welcoming space means to them (Our buildings). It is complemented by a description of the requirements for each zone and room of the facility (entrance, office, kitchen, library, toilets, break rooms, rooms for workshops, consultations, and relaxation activities) (*Maggie's Architectural*).

The authors of the above program, listed on the Maggie's website, are aware, however, that these are general guidelines, because *Each new Centre will vary in size depending on the local cancer population and there will be site-specific differences. What will not change is the requirement to build a beautiful, small, dignified building that is uplifting when you enter it (Maggie's evidence).*

Let us add that the design of each centre is made to order. Before starting to implement the projects, the architects undergo a week-long implementation period consisting of a stay in a functioning centre belonging to the Maggie's group in order to feel its atmosphere. Among the architectural designers to date, we can find such people as Frank Gehry, Zaha Hadid, Steven Hall, Rem Koolhaas, Kisho Kurokawa, Richard Rogers, Norman Foster and Daniel Libeskind. Behind the concepts of greenery are Piet Oudolf, Dan Pearson, Rupert Muldoon.

6. STUDYING THE ARCHITECTURE OF MAGGIE'S HOSPICES, METHODS

The belief that *the environment can influence well-being* is supported by the results of many studies conducted in the social sciences, including psychophysiology (Kaplan and Kaplan, 1989). Therapeutic landscapes, defined as spaces experienced simultaneously as physical, social and symbolic environments that evoke feelings of well-being among users and guests, are also the subject of research conducted by health geographers and recommendations addressed generally to medical facilities (Parsons and Hartig, 2000; Ulrich et al., 2004; Baum, 2004).

For the topic addressed in this article, the most important analyses will be those conducted from the

perspective of research that allows for understanding the significance of architectural form and the related landscape in the provision of healthcare. They have also been carried out for facilities related to Maggie's. Three books have been devoted to these analyses (Jencks, Heathcote, 2010; Frisone, 2024), two doctoral dissertations (Butterfield, 2014; Frisone, 2021, 2022) and numerous articles, most of which, however, do not go beyond the information provided on the Maggie's organization website or monographically presenting individual facilities belonging to this group (Chan, Chan, 2018; Putievsky Pilosof, Grobman, 2021).

Among them, we will also find publications that are reports of research on or in relation to Maggie's centres. These studies were carried out based on methods using a qualitative approach (interviews, focus groups, observations, questionnaires), adopting, among others, a phenomenological, autoethnographic and sensory perspective, combining them with case studies, and also using a meta-synthesis of research results. The author of this article supplements the above-mentioned papers with his own research on the architecture of Maggie's centres based on a quantitative analysis based on space syntax. They allowed for the confirmation, but also for the verification of some of the assumptions contained in Maggie's documents, by confronting them with the opinions of users and with the design approach.

6.1. Qualitative method

As already mentioned, the research conducted using the qualitative method adopted various research perspectives appropriate to the scientific fields represented by individual researchers, including architects, sociologists and doctors.

The qualitative approach to research on the architecture of Maggie's centres was first used in research conducted by three researchers associated with the Department of Architecture, Urbanism and Planning of the Catholic University of Leuven, V. van der Linden, M. Annemans and A. Heylighen. It was published in 2016. It was based on in-depth interviews with five designers of different Maggie's centres operating in hospitals belonging to the British National Health Service. This research — as the authors write — *gave insight into their perspective, while revealing the specificity of the design process and design motifs related to the healing environment, such as nature, spatial experience, homeliness, privacy* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 513).

The starting point was that the architecture of Maggie's centres is used to create a healing

environment. The aim of the study was to determine *how the healing environment was expressed at different stages of the design* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 514). The developed results of the interviews with the designers were used as input for the group interview with the users of Maggie's centres.

To sum up the designers' perspective, it was found that for most of them this was their first encounter with the concept of a healing environment. Despite the nuanced answers to the initial question about the needs of patients, their common denominator was the desire to *create a space in which people feel better*. They demonstrated an intuitive approach and personal experience, and did not use any scientific research. It was also noted that their answers related to the idea of a *normalized user*, i.e., *generally cancer patients in extreme situations* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 519). Only one of the designers mentioned the diversity of users (patients with different requirements and their loved ones). However, none of them mentioned the needs of employees and volunteers.

The lack of familiarity with the concept of a healing environment forced the designers to work closely with the Maggie's Foundation. The starting point was to get to know the contents of the *Architectural Brief*. The designers considered this document 'unusual' because it did not contain any technical information, but only *a description of a relaxing atmosphere* and a general vision including a metaphor of a house with a large table, a fireplace, as a place for social interaction. Although all the designers had visited existing Maggie's centres, which in the case of some of them influenced their approach to design, the foundation (referred to as a *specialist client*) was for them the main source of information, a kind of expert, a substitute for direct contact with users or other specialists, encouraging *the creation of a unique project* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 519).

In the summary of the article, we will find a remark concerning such a model of obtaining information. As the authors write, *the lack of direct involvement of the user of the facility creates the risk of building an unrealistic image of it* and, as a consequence, an architectural response to its needs. At the same time, on the other hand, they note that *the foundation influences not only the creation, but also the experience of users* and therefore they see close cooperation between designers and the foundation as *a key factor in the success of implementing a healing environment* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 520).

The authors of the article also noted that all the designers chose a place for the centre that was *withdrawn*, but at the same time *set in the hospital environment*. Trying to maintain the right balance, they used the landscape as a mediator to *integrate the centre with the hospital without literally connecting it* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 521). The natural properties of the place were used for that purpose, sometimes enhancing its natural values (South West Wales, Dundee), in other cases the greenery was designed from scratch (Maggie's West in London).

In general, the association of the healing environment with nature was one of the basic elements that determined the design approach. Another one was the focus on 'homeliness' (which Jencks promoted as *Kitchenism*) (Jencks, Heathcote, 2010, p. 13). Meditation spaces and the entrance area were also important design issues for the architects. They also took into account *architecture's ability to intensify experiences through materials used and gradients of intimacy* and *providing spatial metaphors for psychological changes*, which — as the authors write — *seems to be part of common knowledge among architects* (Van der Linden, Annemans and Heylighen, 2016, p. 527).

Qualitative research based on interviews conducted in two groups was also carried out by a group of sociologists from the British universities of Falmouth and York, D. Martin, S. Nettleton and Ch. Buse. The article with their results was published in 2019 in 'Social Science & Medicine' (Martin, Nettleton, Buse, 2019). The interviews allowed us to determine what and how the designers (seven in total) who designed the individual Maggie's say about the *architectural atmosphere*. The second study also included interviews with staff members and volunteers working in the centres (in 12 focus groups) and with visitors to the facilities (patients and their loved ones, 66 people in total). In this way, the perspectives of those who design the buildings and those who use them (work and stay in them) were combined. The method of discussing the *architectural atmosphere* was broken down into *architectural atmosphere generators* concerning:

- a) the use of building materials to construct, and especially to finish, Maggie's buildings;
- b) the way in which colour and light are experienced;
- c) the perception of the shape of the building and how it influences the way people use the space.

The thesis of the publication is: *Maggie's Centres are emotionally charged buildings that shape the ways in which care is offered, implemented and*

experienced through the orchestration of architectural atmospheres (Martin, Nettleton, Buse, 2019).

In terms of material, wood was widely accepted in connection with a high standard of finish. In relation to colour, it was noted that *colourful spaces are associated with a sense of hospitality and warmth*. Attention was also drawn to the therapeutic way of using colours in rooms, because *different colours symbolize different themes, moods*. Light is necessary for the existence of colour, but also for informing about the shape of space. The issue of light was also a common topic of conversations with architects, who emphasized its importance as a generator of architectural atmosphere.

When considering the issue of form, attention was drawn to the variety of shapes that individual buildings take, in spite of the fact that each is based on the same *Architectural Brief*. Attracting with original structures, they *intrigue, embolden, attract attention, provoke*, encouraging visitors to take *the first step over the threshold*, and in the value carried by the architecture of the building, furniture, and finish, there is something that says that *this is a unique place and at the same time the person who comes to it is unique* (Martin, Nettleton and Buse, 2019).

The opinion of one of the designers (all of whom remained anonymous), who declared himself as a *creator of architecture as social art*, in contrast to those for whom it is a *sculptural thing* or a *more technological thing*, was also cited (Martin, Nettleton, Buse, 2019).

Summarizing the research, it was found that it was commonly believed that the *architectural atmosphere* of these facilities influenced the care provided there. Users of these buildings emphasised their *efficiency in the quality of the services delivered there, so much so that they became 'silent carers'* (Martin, Nettleton, Buse, 2019).

The qualitative approach is also represented by one of the aforementioned books published in 2024 (Frisone, 2024), which was preceded by a dissertation from 2021 (Frisone, 2021) and which was devoted to the role of architecture in shaping the therapeutic environment. In this work, which was divided methodologically into two stages, its author — architect Caterina Frisone adopted a phenomenological perspective (in the field of architectural phenomenology) and an *autoethnographic* one, as she called it. The first one allowed her to focus *on place*, whereas the second *on people*. When implementing the first, she dealt with 28 facilities from the Maggie's group, collecting data on their architecture (including, inter alia, projects from architects' archives). She also conducted interviews with their designers (12 in

total) in order to determine the way architects use *Architectural Brief* in developing their concepts.

The second part, 'field ethnographic', covered the study of experiences of people directly connected with facilities (patients, their families, and staff) and was carried out in three centres. This made it possible to confront architects' intentions with experiences of users. The author included in her work the so-called active discovering, which was carried out by means of *participation and observation* and which included *mapping the use of space in order to understand the therapeutic degree of a building*, then *move-along*, i.e., to determine what people's *favourite places* were. The whole was concluded with conversations with *focus groups* (5–7 people), which helped to understand *how the building supports* patients and interviews with staff in order to determine *cooperation of the building in supporting major psychological changes*. Frisone put particular emphasis on movement stimulated by flexibility of physical space which corresponded to the psychological flexibility recommended in *Architectural Brief*. She conducted her analyses for the following categories: movement, functionality hybrid (and connected with it: ambiguity, transformation, and flexibility) as well as therapeutics in non-therapeutics.

In the first category, Frisone considered the subject of *movement as architecture*. Referring to the research of British architect Flora Samuel, she assumed that *Physical movement gives architecture meaning because only through the movement experience of the built space can we establish spatial relationships with ourselves, with others, and with the objects that surround us* (Samuel, 2010 cited in: Frisone, 2021, p. 223). For the purposes of her dissertation, Frisone also adopted the view of Austro-Hungarian dance theorist Rudolf Laban (1966) that the harmony of movement is based on the golden division which is very important in experiencing architectural space. Thus, the conclusion is that if space is in harmony, a human body also participates in this harmony (Frisone, p. 222).

The second category includes the hybrid nature of the architecture of the structures from the Maggie's group, which Jencks drew attention to when he stated that each of them is a hybrid composed of the opposites of four types, i.e. hospital-house, museum-church (Jencks, Heatchoke, 2010, p. 14; Frisone, p. 225) and as *each building of this type presents an interaction between necessary functions and cultivates their mutual alliance* (Frisone, p. 222). Ambiguity appears in the context of hybridity as one of its conditions. Similarly to the transformation within which dynamic relations are recognized. The

author used here a comparison to sequentiality in music, writing that *spatial experience is undoubtedly a sequential perception* (Frisone, 2021, p. 232).

The third category was revealed in conversations with the Maggie's co-founder and her current director, Laura Lee, who stated that the therapeutic nature of the centres has some kind of contradiction. Namely, they are therapeutic in the sense of the effects they achieve because they constitute the opposite which is *free from clinical elements* and the environment connected with a treatment process, i.e., a hospital. By creating a *homely atmosphere*, they make sick people not feel like patients there. Frisone called this phenomenon *therapeutic paradox* (Frisone, 2021, p. 241).

The summary of Frisone's research is the formulation of a *new paradigm* for the design of therapeutic facilities. She based it on the cooperation of the so-called Triad, i.e., Client-expert-Architect-Users. She compiled her proposals in a table comparing the *old hospital paradigm* with the *new Maggie's paradigm* (Frisone, 2021, p. 249). The new paradigm, which according to Frisone can be extended to all healthcare facilities, includes the following recommendations:

- a) an integrated model approach in which the mind is as important as the body;
- b) design as a form of care;
- c) a project devoid of the sanitary architecture character (as a medical facility);
- d) small, intimate buildings with flexible space;
- e) sensory and cognitive design (light, movement);
- f) hybridity (in the field of architecture, art, spirituality, therapeutic methods);
- g) using a landscape with therapeutic properties;
- h) combining architecture with a type of therapy;
- i) replacing the doctor-patient hierarchy with the motto: *Empower the patient!*

Frisone also recommends a continuous assessment of the functioning of buildings in POE procedure with the participation of psychologists, sociologists, and health geographers, pointing out that the standard POE which is performed by designers, mainly engineers, provides an answer about the technical, energy, and environmental comfort of buildings, but says nothing about aspects connected with the social and psychological dimensions of their impact (Frisone, 2021, p. 250).

Researchers Santiago Quesada-García, Pablo, Valero and Maria Lozano-Gómez from the Department of Architectural Design of the University of Seville and the Faculty of Medicine of the University of Malaga, also attempted at formulating a new paradigm expressed in general for *healthy*

architecture. The hypothesis which was presented in their article published in 2023 is as follows: *architecture is no longer defined solely by visual or geometric parameters, but also by other dimensions including environmental, cognitive, psychological, and physiological aspects, influencing people's comfort, well-being as well as physical and mental health* (Quesada-García, Valero and Lozano-Gómez, 2023, p. 3). They based their analyses on previous qualitative research, which they confronted with case studies. This allowed them to propose a new paradigm which was presented in the so-called Decalogue. Among the nine points, which seem quite obvious and which promote air quality, appropriate ambient temperature and humidity, natural lighting, noise pollution control, water quality, air ionization, radon presence monitoring, electromagnetic pollution monitoring, one (the tenth) refers more directly to architecture, i.e., it emphasises the importance of a holistic approach to design *ensuring orientation for users, rational layout and maximum safety* and using *compositional, symbolic, and formal resources which give architectural spaces a meaning that allows them to go beyond their original function*. In this way — as it was emphasized in the summary of this point — *understandable places, where the user can find a narrative value as well as a sense of belonging, are created* (Quesada-García, Valero and Lozano-Gómez, 2023, p. 17).

In this publication, considerations of the impact of the neuroscience findings in the range of the influence of environmental changes on the human brain and therefore on human behaviour as well, are also noteworthy. This created the basis for interdisciplinary research on the relationships between neuroscience and architecture. It resulted in the emergence of a field of research called neuroarchitecture and it examines functional requirements that buildings must meet in order to determine how *different architectural environments affect brain functions such as stress, emotions, memory, and learning* (Quesada-García, Valero, Lozano-Gómez, 2023, p. 6).

The authors of the article also cited other disciplines which examine *the impact of space on a human being and the reasons why they feel good in a given place*, namely sociology and psychology. Particularly interesting from the point of view of the analyses undertaken in this article are the findings of physician and sociologist Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1979), who proposed a new field of research called *salutogenesis* and within its framework stated that the environment or space must meet three criteria in order to have a positive effect on man:

- a) must be manageable;
- b) must be understandable;
- c) must be significant (have a meaning or sense that is recognizable to people) (Antonovsky, 1979, cited in Quesada-García, Valero and Lozano-Gómez, 2023, p. 6).

They referred directly to Maggie's centres briefly in the context of citing examples of creating a material and psychological environment that is to enable patients and their families to enjoy better well-being. At the same time, they cited, as the main — in their opinion — among the earliest structures, the examples of such facilities in the form of the Palliative Care Units (USP) operating in France since 1988. They wrote that the architectural language of these facilities *has a strong symbolism, thanks to which these spaces evoke emotions*, and they cited the USP unit at the Cognacq-Iay hospital in Paris as the most outstanding implementation in this group, which was completed in 2006 on the basis of the design of Toyo Ito, later (2013) winner of the Pritzker Prize. Let us add that USP hospices have wards with beds and a small several-bed day ward.

The authors of the publication also paid attention to another important issue, namely the impact of the architecture of hospice facilities on employees, writing that they also “take care” of them, which *creates a favourable psychological atmosphere by reducing emotional stress caused by difficult situations* (Quesada-García, Valero and Lozano-Gómez, 2023, pp. 1–2).

6.2. Metasynthesis of qualitative research findings

The article from 2024 presented the results of a scoping review, the aim of which was to analyse the English- and German-language literature on palliative care clinics and day hospices in terms of getting answers to the following two questions: what is known about the state of demand for these facilities and what is known about palliative care models in day clinics and day hospices? (Terjung et al., 2024). The search was performed via PubMed, Web of Science Core Collection, CINAHL and Google Scholar. The total number of publications was 2643.

The above review provided information on various models of care, among which a mixed model is dominant. It was preferred mainly by patients who appreciated the possibility of access to medical care combined with psychological and social support. Attention was also drawn to the opportunity of breaking away from the patient role in the day care facility and reducing the feeling of isolation in illness. However, the clinical model was preferred by doctors.

The analyses also show that most palliative care facilities were operated by a multidisciplinary team providing a variety of services and activities (physiotherapy, occupational therapy, music therapy, aromatherapy) with a dominant role of nurses. Most publications also included information about a significant role of volunteers in the functioning of such facilities, and moreover, that they are usually open from 10 a.m. to 3 p.m., one to seven days a week.

The article also summarizes the funding figures for these facilities, which show that most of them consisted in (at least in part) fundraising and volunteering.

In 2023, a group of researchers from two faculties of the University of Liverpool, i.e., the School of Architecture and the Institute of Psychology Health and Society — Bekir Huseyin Tekin, Rhiannon Corcoran, Rosa Urbano, who presented in 2023 a new reading of Maggie's contribution to oncological support by meta-synthesizing the research results on these buildings through the prism of biophilia, which explains the impact of nature-related design decisions on the lives of cancer patients (Tekin et al., 2023). The aim was to examine the architecture of Maggie's Centres from the perspective of users and designers and assess their design intentions in relation to the experience of these buildings. Previous qualitative research on these centres, which included interviews, focus groups, observations and questionnaires, was then used. As we read in the summary: *Systematically selected data helped to identify and prioritise biophilic design parameters which seem most relevant to promoting and supporting human health and well-being in non-clinical therapeutic environments from the user's perspective. It also provided information on characteristic design interventions connected with biophilic parameters and reference indications for future studies in these environments* (Tekin et al., 2023, p. 2). The following biophilic elements in the architecture of Maggie's Centres were also identified:

- a) friendly form of the building,
- b) open, flexible plans,
- c) natural light and air,
- d) warm materials (mainly wood),
- e) openness to landscapes,
- f) thermal comfort,
- g) taking into account sensory impact (smells, sounds, textures, colours) (Tekin et al., 2023, p. 2).

The scope and findings of the research on Maggie's Centres should be supplemented by the account of the research on the gardens associated with them, which was carried out by Angela Butterfield in her 2014 PhD thesis, defended at the University of the

Arts London, entitled *Resilient Places? Healthcare Gardens and the Maggie's Centres* (Butterfield, 2014), an abridged version of which was published in 2016 (Butterfield, 2016). The thesis is as follows: *As integral parts of all Maggie's Centres, gardens perform the role of the so-called thresholds or transitional spaces which lead people from hospital to another sheltered place. They also constitute a therapeutic element which enables patients and visitors to connect with nature and the seasons, which is undoubtedly beneficial for both mind and spirit* (Butterfield, 2014, p. 16). As Jencks put it, *Nature reflects the seasons, it is life and death, which is why gardens are so important to us* (Foster, 2019).

Using four different Maggie's gardens as case studies, Butterfield carried out her research in order to explore the role of these outdoor spaces and their impact on users. She used an ethnographic and sensory approaches, mapping each garden to reveal connections between gardens, people, and health. She analysed the design details and intentions of designers, validating these qualitatively with the experiences of staff, patients, and visitors.

In the conclusion of the paper, this allowed the author to edit a *paradigm of Maggie's gardens* containing, at the same time, features that are universal for all therapeutic gardens. According to her, they should include the following features: *thresholds, sensory richness, time density and familiarity*. At the same time, the *thresholds* were assigned buffering properties for entering and exiting a building and orienting properties simultaneously.

She also pointed out that such gardens must offer many, but gently interacting, sensory elements (smell, sound, movement, colour, texture, light, temperature). She also suggested including edible plants and water elements in the gardens.

However, in Butterfield's recommendations the 'density of time' means the inclusion of *seasonal changes and associated cycles of nature* in gardens by ensuring that they can affect patients throughout the year. At the same time, the author is against the use of highly emotionally engaging symbols and monuments in them (Butterfield, 2014, p. 360).

The proposed paradigm also included 'homeliness' understood as *comfort and intimacy* associated with a homely atmosphere. Related proposals also included the one that recommended to treat the garden as a *kitchen table within a building* (Butterfield, 2014, p. 361), adding the possibility of using the garden as a 'kitchen' along with cultivation of herbs, fruit, vegetables, and flowers.

Butterfield also drew attention to the role the gardens at medical facilities perform in humanising the

healing process. Going further and bearing in mind the fact that gardens are often seen as a luxury accessory, she proposes that design processes should start just with a garden and then *allow a building to evolve from it* (Butterfield, 2014, p. 359).

It is also worth noticing here that Maggie's husband, Charles Jencks, performed a major role in promoting the idea of Maggie's and in reviewing subsequent buildings which belonged to this group. He is the author of many publications devoted to them, including five articles (Jencks, 2005, 2010, 2012, 2017, 2018), one co-authored monograph (Jencks, Heathcote, 2010) and many interviews and lectures. Those devoted directly to Maggie's architecture are not the result of research conducted by Jencks, but rather the result of his reflections on the effects of the work of the designers involved in the implementation of this original project. Two of them deserve more attention, the 2017 article on Maggie's in the context of the relationships between architecture and health (Jencks, 2017) and the extensive monograph (first co-authored edition) which already had two editions (Jencks, Heathcote, 2010).

The 2017 article is notable for its comments about the flexibility and hybridity of spaces of 20 Maggie's centres (that many had been built by then) which represent different architectural styles combined by means of a *postmodern experiment conducted on the Patrie scales*. The author also notices that different types of buildings evoke a variety of visual metaphors. Thus, Foster's building (Maggie's Manchester) is perceived by him as a *wooden aeroplane with protective wings*, Zaha Hadid's Fife as a *black crystal*, Rem Koolhaas' (Maggie's Glasgow) as a *white bud*, Kisho Kurokawa's Maggie's Swansee as a *spiral galaxy* and Wilkinson Eyre's Maggie's in Oxford as a *fractal tree-house* (Jencks, 2017, p. 69). Despite typological and stylistic differences, it is metaphors — according to Jencks — that contribute to achieving the effect which he called a *small iconic building*, referring to the iconic tradition initiated by Gehry by creating the Bilbao effect (Jencks, 2017, p. 70).

Jencks's article also includes the following sentence: *When it comes to architecture, at Maggie's we found that it primarily supports caregivers, and if you take care of them in a good atmosphere, they show up at work and take good care of patients* (Jencks, 2017, p. 73), without, however, citing any specific scientific findings in this regard. Let us recall, therefore, that the qualitative research which was conducted in 2019, especially interviews with architects, does not confirm that the well-being of centre employees is taken into account in their approach to

the preparation of building concepts (Linden van der, Annemans, Heylighen, 2016).

At the end of the article, Jencks posed a question: *How do Maggie's relate to the paradigm of sustainable development?* In response, he cited *green buildings* designed by Koolhaas, Cullinan, Fister, and Amanda Levete (Jencks, 2017, p. 74).

Jencks's second publication which is directly devoted to Maggie's architecture is a book written along with American architect Edwin Heathcote, which significantly extends historical issues connected with the environment and buildings providing healthcare. The most extensive part of the book — rich in numerous photographs — consists of a catalogue presentation of Maggie's buildings, rich in photographs (six implemented, six planned and three not implemented). The analytical part includes a collective summary of the plans of eight centres which were developed by Maggie's and Charles' daughter — Lily Jencks and was divided into four categories. The first one is the so-called black plan of a building, the second shows the communication system, the third presents the functional division into zones (a) semi-public, b) private and semi-public, c) private, semi-public and public, d) greenery and terraces: public and private)), the fourth combines black plans with areas occupied by greenery. They are presented in the typological order with the following terms: *pinwheel* (Maggie's Hong Kong, Maggie's Edinburgh), *pinwheel spiral* (Maggie's Glasgow, Maggie's Dundee, Maggie's London), *central spiral* (Maggie's Inverness, Maggie's Fife), *central doughnut* (Maggie's Gartnavel) (Jencks and Heathcote, 2010, pp. 14–15)). The text does not refer directly to these patterns apart from emphasizing the hybrid nature of Maggie's buildings and stating that they essentially function as *none-type*, namely *It is like a house which is not a home, a collective hospital which is not an institution, a church which is not religious, and an art gallery which is not a museum.* (Jencks and Heathcote, 2010, p. 14).

6.3. Analysis (space syntax)

It is a theory of space and at the same time a set of analytical, quantitative, and descriptive tools for analysing spatial forms, which makes it possible to test space (architectural, urban, and landscape). The main subject of interest of space syntax is the relationship between people and the spaces they inhabit or use. It was developed in the late 1970s at the Bartlett School of Architecture (London) and is still lectured there to students. Thanks to it, it was discovered that certain measures correlate with human behaviour in space.

It can be used at the conceptual stage, thanks to which a designer can consolidate or redefine their ideas in order to achieve satisfactory spatial forms. As Dursun writes: *space syntax constitutes a language for talking about space, it is a language that architects do not know, it is scientific and mathematical, space syntax transfers science-based knowledge into the design process (...) it is the core of evidence-based design, it provides architects with tools to explore their ideas, to understand possible effects of their proposals, and show how their designs will work*, at the same time drawing attention to the fact that *this type of evaluation is based on the interaction between people and designed spaces* and in this sense it is different from methods which *test or indicate performance of space in relation to the criteria such as energy consumption, amount of light, etc.* (Dursun, 2007, p. 2).

Maggie's Hospices are open facilities by design and intended not only for people with advanced oncological diseases but also for their families, friends, and volunteers. Therefore, in the functional and spatial solutions of hospices, there is a significant problem of defining access zones for all user groups. The division into such zones is one of the paradigms of designing hospice buildings. This refers to the case of a day hospice type of the following zones:

- public and semi-public, which usually includes the functions of the entrance area, kitchen and dining room, activity and recreation area, and broadly understood communication space,
- private and semi-private which include consultation rooms, meetings in smaller groups, quiet rooms, office spaces and those ensuring privacy.

There are also spaces of a hybrid character which can change their character and transform depending on needs, e.g., into relaxation terraces or multi-functional rooms.

In order to analyse the availability of space in hospices, the space syntax method was applied with the use of justified graphs for the projections of all thirty-two hospices built or designed. In the case of the space syntax analysis based on adjusted permeability graphs, the storey projection drawings are the basic source of information — the storey projection drawing shows essential features of the internal space.

In the morphological analysis method, the characteristics of the layout space syntax are analysed by means of adjusted access graphs. In these graphs, all spaces are assigned depth values according to the selected initial space (carrier), which is the exterior part of the hospice.

After creating the graphs, standard calculations connected with the properties of the spatial configuration were performed, namely:

- mean depth (MD) of the space in a spatial layout;
- the value of space integration, i.e., Relative Asymmetry (*RA*);
- the value of space integration, i.e., Real Relative Asymmetry (*RRA*).

The properties of the justified graphs perform a significant role in interpreting the degree of privacy of hospice spaces because their specific values indicate the degree of integration of rooms within the entire structure, making the spaces accessible or inaccessible — public or private (Manum, B., 1999).

The values of the real relative asymmetry are important here, as they indicate the degree of integration of spaces. Low values of *RRA* mean higher integration, whereas high values indicate high segregation (Manum, B., 1999). The smallest depth can be achieved when all spaces are directly connected to the initial space, whereas the greatest depth occurs when all spaces are connected linearly (Hillier, B., 1988; Hillier, B., 2007).

7. RESULTS AND THEIR INTERPRETATION

In order to obtain a reference point for the evaluation of the results of the analysis of the syntax of the hospice space, a functional diagram of the ‘ideal hospice building’ (Ill. 4) representing the *day-care* model was selected as a *model* that divides the plan into four zones: public, semi-public, semi-private and private. A justified access graph was developed for this layout and basic values of the syntax of the space were calculated, assuming the external space as the initial node.

Both the graph structure and the calculations indicate a significant degree of spatial segregation and a desire for privacy.

The results of the calculations of the space syntax parameters for the thirty-two Maggie’s hospices are presented in Table 2.

The calculation results indicate that the *RRA* integration values are very diverse and range from 0.80 to 2.07, with the vast majority of cases having an *RRA* integration value above 1.00 — there are 27 such

hospices. It can therefore be claimed that a general tendency in the design of Maggie’s Centre is to strive for a balance between public and private space. Values close to model *RRA*, which is 2.44, are presented by 10 hospices (*RRA* above 1.5) and it can be stated that they show a tendency towards greater isolation of space in their spatial solutions, resulting, among other things, from the fact that these are predominantly multi-storey solutions — eight hospices, and the rest are ground-floor with peripheral communication. An example of this type of hospice is Gartnavel in Glasgow (R. Koolhaas), where the central layout of the projection around the internal atrium was connected by means of peripheral communication connecting all functions successively. Additionally, the degree of privacy of individual rooms was increased by differentiating the levels connected by means of a ramp (*RRA* is 1.82).

The remaining examples, whose *RRA* values range between 1.0 and 1.5 (17 hospices), demonstrate a greater degree of integration of open space for all users. An example of such a more balanced projection layout is the Forth Valley Hospice (Garbers & James). The *RRA* integration value is 1.48 and reflects the balance of private and public spaces, which is possible due to the three-pointed star plan layout with a central common space and separate rooms at the ends of the arms. The availability of semi-private and private spaces (consultation rooms, rooms for smaller group activities) is limited by the need of the enfilade passage through other functions which are located in the open space.

Five hospices only have the *RRA* integration value below 1.0 and their characteristic feature is a more or less formal open public communication space with direct access to other rooms. Such solutions can be observed in Frank Ghery’s Hospice in Dundee or in a slightly different form in the hospices in Groningen and Taunton.

On the basis of the numerical analysis of graphs, it is possible to determine a statistical result of the average value of all parameters. Such a statistical and averaged model of the syntax of the hospice space is characterized by the following numbers: the average

Table 1. Space syntax parameters for the model hospice.

Name of the hospice	*MD — average depth of the node in the system	**RA — relative asymmetry of the system	***RRA — real relative asymmetry of the system
Functional diagram of an ‘ideal hospice building’ (Ill. 4, 14)	5.26	0.61	2.44

Source: own elaboration.

Table 2. Area, number of storeys and space syntax parameters for thirty-two Maggie's Centres.

Name of Hospice	Area [m ²] / number of storeys	*MD - average node depth in the system	**RA - relative asymmetry of the system	***RRA - real relative asymmetry of the system
01. Maggie's Highlands Raigmore Hospital, architects: David Page and Andy Bateman Implementation: 2005	225/2 storeys	2.78	0.27	1.05
02. Maggie's Aberdeen Elizabeth Montgomerie Building, Aberdeen Royal Infirmary Hospital, architect: Snøhetta Implementation: 2013	350/2 storeys	4.55	0.47	1.96
03. Maggie Dundee Ninewells Hospital, architect: Frank Gehry Implementation: 2003	214/2 storeys	2.44	0.24	0.89
04. Maggie's Fife Victoria Hospital, architect: Zaha Hadid Architects Implementation: 2006	250/1 storey	2.33	0.30	1.03
05. Maggie's Edinburgh near Western General Hospital, architect: Richard Murphy OBE z Richard Murphy Architects Implementation: 2018	229/2 storeys	3.13	0.32	1.33
06. Maggie's Forth Valley Nina Barough Building, Forth Valley Royal Hospital, architect: Garbers & James Implementation: 2017	200/1 storey	3.85	0.34	1.48
07. Maggie's Lanarkshire; architect: Reiach and Hall Architects Implementation: 2014	300/1 storey	4.00	0.33	1.43
08. Maggie's Glasgow Gartnavel General Hospital; architect: Rem Koolhaas Implementation: 2011	534/1 storey	4.76	0.40	1.82
09. Maggie's Newcastle Freeman Hospital; architect: Ted Cullinan of Cullinan Studio Implementation: 2013	300/2 storeys	3.85	0.32	1.39
Maggie's Yorkshire St James's University Hospital Unit: health, architect: Thomas Heatherwick Implementation: 2019	462/2 storeys	4.17	0.32	1.52
11. Maggie's Oldham Sir Norman Staller's Building, Oldham Royal Hospital, architect: Alex de Rijke and Jasmin Sohi of drMM Architects Implementation: 2017	200/1 storey	2.78	0.35	1.25
12. Maggie's Manchester Robert Parfetta's Building, Christie N H S Foundation Trust Hospital, architect: Foster + Partners Implementation: 2016	730/2 storeys	2.63	0.30	1.07
13. Maggie's - Steve Morgan's Foundation Building, Clatterbridge Oncology Center, architect: Carmody Groarke Implementation: 2014	90 (279)/1 storey	2.70	0.36	1.27

Name of Hospice	Area [m ²] / number of storeys	*MD - average node depth in the system	**RA -relative asymmetry of the system	***RRA - real relative asymmetry of the system
14. Maggie's Nottingham City Hospital Campus in Nottingham, City Hospital in Nottingham, Architect: Piers Gough of CZWG Architects, Paul Smith Ltd (interior) Implementation: 2011	360/2 storeys	5.00	0.36	1.71
15. Maggie's Coventry by University Warwickshire Hospital, architect: Jamie Fobert Architects Implementation: 2024	400/1 storey	3.45	0.29	1.28
16. Maggie's Northampton- Northampton General Hospital NHS Trust, architect: Jamie Fobert Architects Implementation: 2024	625/2 storeys	4.76	0.42	1.83
17. Maggie's Oxford Patricia Thompson's Building, Churchill Hospital, architect: Chris Wilkinson of WilkinsonEyre Implementation: 2014	225/1 storey	3.70	0.42	1.62
18. Maggie's by Cheltenham General Hospital, architect: Sir Richard MacCormac of MJP Architects Implementation: 2010	185/2 storeys	3.03	0.22	0.88
19. Maggie's by Swansea Singleton Hospital architect: Kisho Kurokawa Architects from Garbers & James Implementation: 2011	302/2 storeys	3.03	0.25	1.04
20. Maggie's Cardiff Chris McGuigan's Building, Velindre Oncology Centre, architect: Biba Dow and Alun Jones from Daw Jones Architects Implementation: 2019	240/1 storey	4.35	0.56	2.07
21. Maggie's Taunton Musgrave Park Hospital, architect: Alison Brooks Architects Implementation: 2024(?)	~490/2 storeys	2.56	0.23	0.91
22. Maggie's by Southampton General Hospital, architect: AL_A Implementation: 2021	350/1 storey	3.23	0.40	1.43
23. Maggie by Royal Marsden Hospital, architect: Ab Rogers Design Implementation: 2019	450/2 storeys	4.00	0.27	1.35
24. Maggie by Charing Cross Hospital in western London, architect: Ivan Harbour from Rogers Stirk Harbour + Partners Implementation: 2008	370/2 storeys	3.13	0.25	1.09
25. Maggie's Barts — London (City and East) St. Bartholomew's Hospital, architect: Steven Holl Architects, Darren Hawkes Implementation: 2017	607/3 storeys	5.56	0.38	1.90
26. Maggie's in Royal Free Hospital, architect: Daniel Libeskind - Studio Libeskind Implementation: 2024	454/2 storeys + roof	5.56	0.30	1.77

Name of Hospice	Area [m ²] / number of storeys	*MD - average node depth in the system	**RA - relative asymmetry of the system	***RRA - real relative asymmetry of the system
27. Maggie's in Groningen University Medical Center, architect: Marlies Rohmer Implementation: 2024: 2024	600/2 storeys	3.33	0.16	0.89
28. Maggie's Center of the Káldá Hospital in Barcelona, architect: Benedetta Tagliabue and John Callis of Miralles Tagliabue EMBT Implementation: 2019	400/2 storeys	5.00	0.35	1.75
29. Maggie's Hong Kong Tuen Mun Centre, architect: Frank Gehry Implementation: 2013	350/1 storey	3.70	0.28	1.27
30. Maggie's Tokyo Center, architect: Cosmos More and Nikken Sekkei Ltd. Implementation: 2016	150/1 storey	2.44	0.32	1.10
31. Maggie's Glasgow Centre, The Glasgow University Gatehouse, architect: Page & Park Architects Implementation: 2002,	~300/2 storeys	2.38	0.20	0.80
32. Maggie's Wirral, The Clatterbridge Cancer Centre, architect: HB Architects Implementation: 2020	~600/2 storeys	3.57	0.25	1.19
Average value	360,7	3.62	0.32	1.36

Source: own elaboration.

*MD - average node depth in the layout for an external node. It is calculated according to the formula: $MD = TD / (k - 1)$, where TD is the sum of connections between a given node in the graph and every other node, weighted by depth calculated according to the formula: $TD = (0 \times nx) + (1 \times nx) + (2 \times nx) + \dots + (X \times nx)$.

**RA - relative asymmetry compares how deep the system is from a certain point with how deep or shallow it could theoretically be. In simple terms, more integrated spaces are more public and people will meet more often in these spaces. Less integrated spaces are more private or less likely to be places of random encounters. RA is also important because it allows the researcher to compare measurements from graphs of similar size by normalizing MD to a range of 0.0 to 1.0. The value is calculated using the formula: $RA = 2 (MD - 1) / (k - 2)$.

***RRA - real relative asymmetry compares the RA value of a given space with the RA value for the initial space of the justified graph — a diamond-shaped (rhombus) layout. Since the graph values are relative to the number of nodes and their distribution, in order to make a comparison between graphs of different sizes (building plans with different numbers of rooms), RRA normalizes the measures to an idealized diamond graph D, for the number of spaces K. RRA is calculated by the formula: $RRA = RA / Dk$.

depth of graph MD is 3.62, the relative asymmetry RA is 0.32 and the real relative asymmetry RRA is 1.36, whereas the average area of the building is about 360 m².

Among the analysed examples of hospices, there is none which would meet all the parameters, however, the closest to the average RRA integration value is the case of the Royal Marsden Hospice (AB Rogers Design), for which value RRA is 1.36. It is a two-storey structure which is composed of five bodies surrounding a central courtyard. Both on the ground floor and on the first floor, rooms for quiet reflection, which are adjacent to common spaces for integration and mutual support, were designed. Contact with the

surrounding garden is provided by glazed facades fanning out towards the south. Social interactions, both on the ground floor and on the first floor, generate open communication spaces which can be made larger by adjacent activity areas and group meetings using sliding walls. The only rooms which are completely isolated from the surroundings, apart from toilets, are the 'purple' rooms on the ground floor and on the first floor, which are used for quiet and private conversations. A detached pavilion, which closes the atrium interior from the southern side, constitutes an additional space open to all users and is also used for garden works as well as for workshops connected with garden design. The Royal Marsden Hospice as

a statistical model facility has many features which are innovative for this type of facility, i.e. large common spaces, a flexible projection adapted to changing needs through movable partitions, contact with the garden and the use of its therapeutic properties, a diverse and formally rich external and internal space of the hospice while maintaining the necessary moderation and using diverse plans for better integration with the surroundings, and finally an unconventional colour scheme intended to inspire action. Although the building is larger by 90 m² than the statistical one in terms of the area, due to the fragmentation of its body it fits very well into the concept of the hospice as a building with a 'homely' character, which is undoubtedly its great advantage.

It should be stated that in the past there were

The single-storey building, which is designed in accordance with passive house principles, is characterised by very low energy consumption. Despite the advantages presented by the authors and the low construction price, the building has not been implemented so far.

The analysis of the space syntax for this hospice indicates tendencies to increase the openness of functions and limit private spaces.

Summing up the analysis of projects of hospices with the use of the spatial syntax method, on the one hand it should be stated that the spatial solutions of the facilities are diverse and are characterized by the search for the best sustainable solutions in terms of meeting the needs of social contacts, and on the other hand, they are also characterized by ensuring privacy

Table 3. Space syntax parameters for the statistical model hospice.

Name of hospice	Area m ²	*MD — average node depth in the layout	**RA — relative asymmetry of the layout	***RRA — real relative asymmetry of the layout
Royal Marsden Hospice (Ill. 15)	450 m ²	4.0	0.27	1.36

attempts at developing a model project for Maggie's Centre. One such attempt is the design for Great Britain, which was developed on commission of the foundation by the London office of Cagni Williams in 2017. The authors' proposal boils down to a simple timber-framed rectangular form with short spans and which can be constructed anywhere using a simple technology. Modular prefabricated wall, roof, and floor panels make it possible to achieve a quick and efficient watertight envelope. The surrounding garden is an area accessible to both users and visitors. The open interior space of the hospice is carefully divided into meeting and consultation rooms and creates a perfect hybrid of public spaces and intimate private spaces.

and respect for the dignity of users affected by the disease. There is also a pragmatic tendency (costs) to search for a model solution which meets social requirements specified by the Foundation as well as ecological postulates limiting the costs of use and protecting the environment.

8. DISCUSSION AND SUMMARY

The research which was analysed in the article and undertaken at or in connection with the centres belonging to the Maggie's group, shows that their assessment is generally high and sometimes even enthusiastic. Their authors, who represent various research fields (neuropsychology, neurobiology, sociology, medicine, architecture, landscape

Table 4. Space syntax parameters for a model hospice in Great Britain.

Name of Hospice	Area m ²	*MD - ave- rage node depth in the layout	**RA -relati- ve asymmetry of the layout	***RRA -real rela- tive asymmetry of the layout
A project of a model hospice commissioned by the Foundation (Ill. 16)	max. 1000 m ²	3.33	0.30	1.25

Source: own elaboration.

architecture) and methods (qualitative and quantitative), assessed the solutions adopted for Maggie's centres and referred them to the recommendations which were developed for them. This allowed us to create a picture of both the design process and the effects achieved. On this basis, the guidelines for

designing day hospices were developed, taking into account the aspects assessed positively as well as comments concerning them. In the table below, they are divided into the following categories: architecture, design theory, landscape architecture, psychology of architecture.

Table 5. Guidelines for the designing day hospices.

No.	Range	Summary of guidelines for designing day hospices*
I.	Architecture	<u>1. In the range of the form and function of a building</u> + flexibility (adaptive potential); + readability of the layout, clarity; + hybridity (movement, art, spirituality, therapy methods); + hybrid functionality (and connected with it: ambiguity, transformation, flexibility); + 'non type' (<i>a house which is not a home, a collective hospital which is not an institution, a church which is not religious, and an art gallery which is not a museum</i>); - they are meeting places, not hospices; + homely, non-institutional character (scale and atmosphere); - the false, historically conditioned belief that for everyone <i>the best place to die is at home</i>; - not everyone associates home with a place of peace and comfort: 'extreme' and institutional architecture of hospitals may evoke desirable associations with the extreme therapy; + division into zones (public, semi-public, private and semi-private; often mixed together); + necessary rooms: clear entrance, large hall, centrally located with a table and kitchen (place of social interaction), separate for workshops, therapy, consultations, room for employees; - ideologization of space, table as a manifestation of 'kitchenism'; + 'look at me' type of architecture; + intriguing and encouraging architecture; - insistence on original architectural expression can marginalize those who do not share that background; + attachment to the meaning of symbols; - biomedical symbolism can be annoying; - 'paradise for the few'.
		<u>2. In terms of requirements for interior micro-climate and safety</u> + access to daylight; + access to an outside view (associating a healing environment with nature); + adequate sound isolation and ventilation; + thermal comfort; + acoustic comfort.
		<u>3. In terms of interior finishing</u> + warm materials (mainly wood); + high standard of finishing; + therapeutic meaning of colors; + the role of art; + lack of room labelling (<i>do we do this at home?</i>).

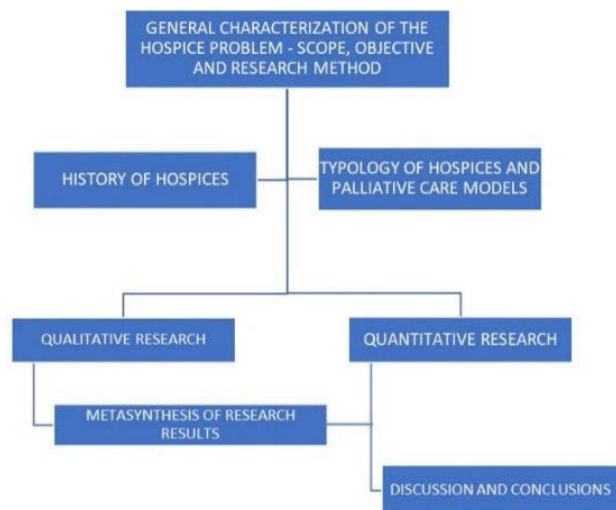
No.	Range	Summary of guidelines for designing day hospices*
II.	Theory of design	<u>1. Scientific methods - sustainable design</u> + respecting the principles of integrated design; + taking into account the features of space that have a positive impact: a) manageable, b) understandable, c) significant (making sense, recognizable to people); + determining the generators of architectural atmosphere; + integrated approach model (<i>the mind as important as the body</i>) ; + taking into account the paradox of therapeutics in non-therapeutics; + using the agency of architecture, silent carers; + important role of architects involved in design; <u>2. Heuristic methods</u> - intuitive approach, not based on scientific research (the main source of knowledge is Maggie's Foundation); - reference to 'standardized user'; - lack of research on the needs of employees and volunteers; <u>3. Typology</u> + Maggie's centres as models of palliative care; - there is no model and therefore no space for 'good dying'; - Building hospices on the basis of invalidating institutional norms carries the risk of similar institutionalization. <u>4. Design Process Algorithm</u> + the postulate of reversing the design process: the building evolves from the garden. <u>5. Space syntax analysis method</u> + analysis of integrated and dispersed spaces - public and private in hospices; + looking for a model solution that meets social requirements and environmental demands and ecological postulates that reduce the costs of use and protects the environment.
III.	Landscape architecture	<u>1. Theory of therapeutic garden design</u> + taking into account contact with nature and biophilic solutions; + providing views from the inside of the building (opening to the landscape); + garden as the edge, density of time and homeliness (garden as the 'kitchen table'); + using the sensory impact of the garden; + using the therapeutic properties of the garden; + the postulate of reversing the design process: the building evolves from the garden.
IV.	Psychology of architecture (space)	<u>Specific and non-specific impact of architecture</u> + avoiding an institutional appearance and atmosphere; + appropriate atmosphere thanks to transparent communication; + creating a <i>homely atmosphere</i> and scale; - home template of the palliative care space is like a <i>disguise that encloses death in a conventional envelope</i>; - interpretation of <i>home</i> in these spaces represents stagnation, utopian middle-class ideal, excludes <i>alternative interpretations of home as a place of domestic violence, intensive loneliness and financial hardships</i>; + taking into account the paradox of therapeutics in non-therapeutics; + emphasizing the agency of architecture, 'silent carers'; <u>The idea of a therapeutic landscape</u> + therapeutic value of the landscape.

Source: own elaboration.

* the plus sign indicates the recommended properties and approach, the minus sign indicates a critical assessment.

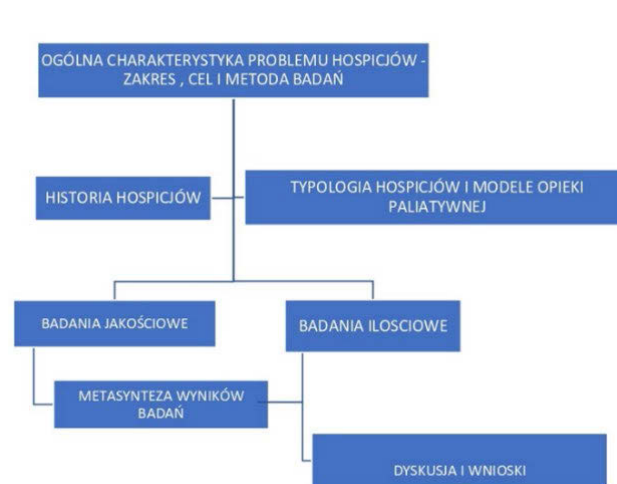
Further design experiments with Maggie's Centres will expand the experiences of users and designers, their evaluation of architectural solutions and

will allow for the creation of a set of design paradigms defining the optimal spatial environment for this type of hospice.



III. 1. The adopted methodological scheme.

Source: original work.



II. 1. Przyjęty schemat metodologiczny.

Źródło: opracowanie własne.



III. 2. St Christopher's Hospice, entrance area.

II. 2. St Christopher's Hospice, strefa wejściowa.

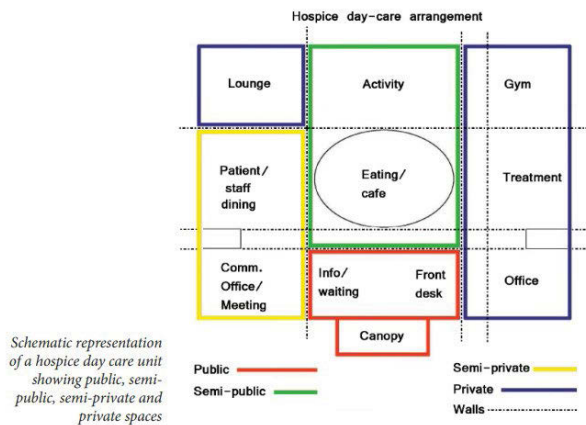
Source/Źródło: <https://www.black-architecture.com/wp-content/uploads/2023/02/Historic-photograph-of-St-Christophers-Hospice.jpg> (accessed: 31.08.2024).



III. 3. St Luke's Hospice, Sheffield, entrance area.

II. 3. Hospicjum św. Łukasza w Sheffield, strefa wejściowa.

Source/Źródło: <https://furniturenews.net/news/sheffield-hospice-to-open-charity-department-store> (accessed: 31.08.2024).



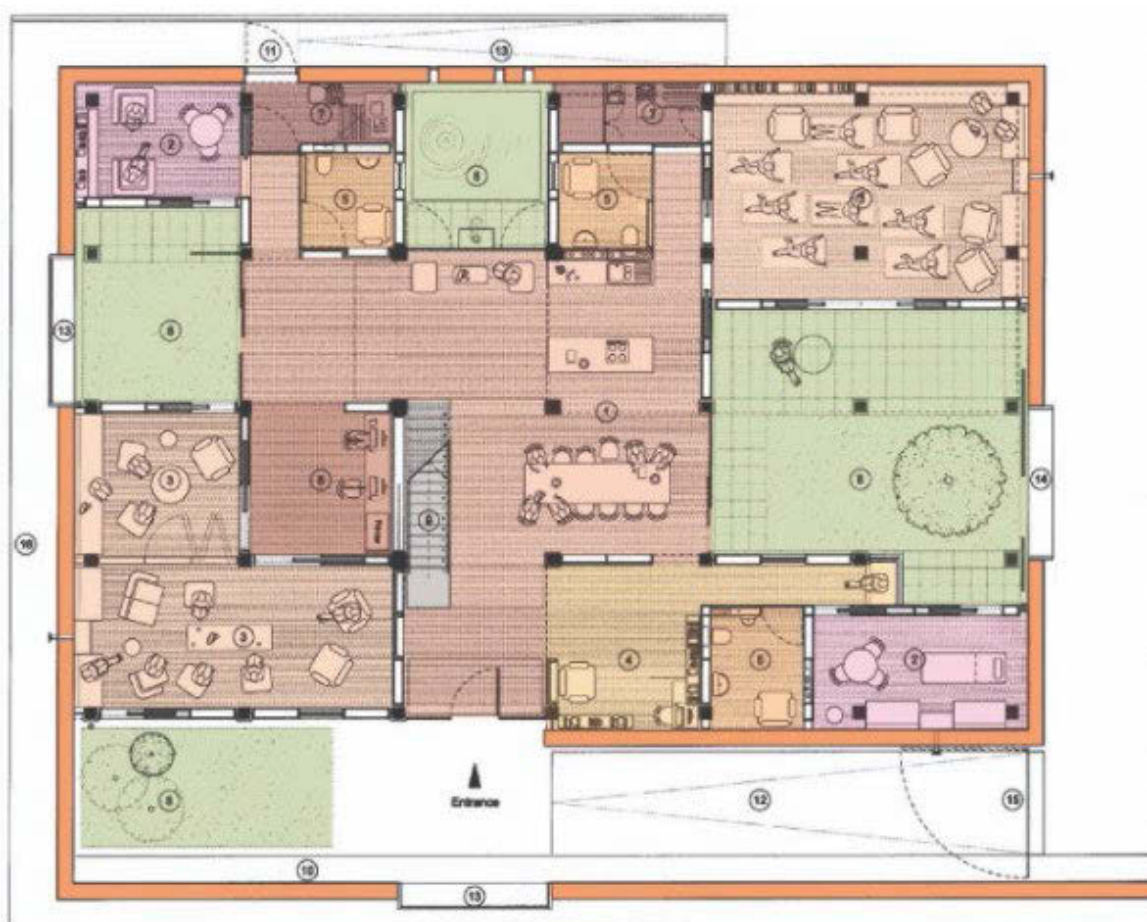
Ill. 4. Functional diagram of the 'ideal hospice building'.

HOSPICJUM TYPU DZIENNEGO - ARANŻACJA FUNKCJI



Il. 4. Schemat funkcjonalny „idealnego budynku hospicyjnego opieki dziennej”.

Source/Źródło: 'Principles of Hospice Design, Prince's Foundation for Building Community, 2009, p. 10. Available at: <https://www.housinglin.org.uk/assets/Resources/Housing/OtherOrganisation/principle-hospice-design-kings-fund-princes-trust-2012.pdf> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 5. Sample hospice plan posted on Maggie's website.

Il. 5. Przykładowy plan hospicjum zamieszczony na stronie Maggie's.

Source/Źródło: <https://www.maggies.org/about-us/how-maggies-works/our-buildings> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 6. Maggie's Hospice at the Royal Marsden Hospital in London (AB Rogers Design, 2019).

Il. 6. Hospicjum Maggie's w Royal Marsden Hospital w Londynie (AB Rogers Design, 2019).

Source/Źródło: <https://www.abrogers.com/portfolio/maggies-at-the-royal-marsden> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 7. Maggie's Centre Aberdeen Hospice (Snøhetta, 2013).

Il. 7. Hospicjum Maggie's Centre w Aberdeen (Snøhetta, 2013).
Source/Źródło: https://www.urbanrealm.com/buildings/972/Maggie%27s_Cancer_Care_Centre.html (accessed: 31.08.2024).



Ill. 8. Maggie's Centre Hospice in Cardiff (Dow Jones Architects, 2019).

Il. 8. Hospicjum Maggie's Centre w Cardiff (Dow Jones Architects, 2019).

Source/Źródło: <https://www.dezeen.com/2019/05/12/maggies-cardiff-dow-jones-architects-maggies-centre> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 9. Maggie's Centre Hospice in Groningen in the Netherlands (Marlies Rohmer Architecture @ Urbanism, 2024).

Il. 9. Hospicjum Maggie's Centre w Groningen w Holandii (Marlies Rohmer Architecture @ Urbanism, 2024).

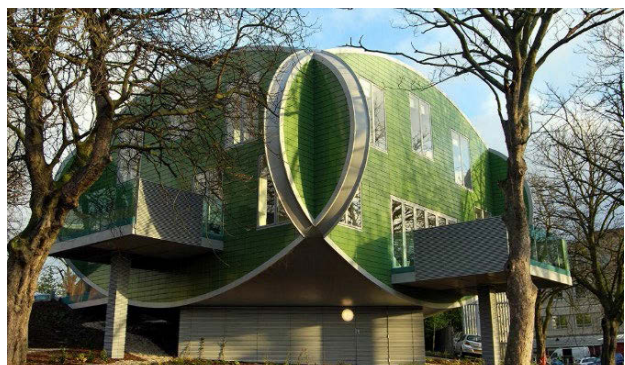
Source/Źródło: <https://rohmer.nl/en/projects/maggies-center-groningen/#> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 10. Maggie's Centre Forth Valley Hospice, Forth Valley Royal Hospital, Larbert, Scotland (Garbers & James, 2017).

Il. 10. Hospicjum Maggie's Centre Forth Valley, Forth Valley Royal Hospital, Larbert, Szkocja (Garbers & James, 2017).

Source/Źródło: <https://www.architectsjournal.co.uk/buildings/unsettling-approach-maggies-forth-valley-by-garbers-james> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 11. Maggie's Centre Hospice, City Hospital Campus, Nottingham (CZWG Architects, 2011).

Il. 11. Hospicjum Maggie's Centre, City Hospital Campus, Nottingham (CZWG Architects, 2011).

Source/Źródło: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maggies_Cancer_Care_Center_at_Nottingham_City_Hospital.JPG (accessed: 31.08.2024).



Fig.12. Maggie's Centre Hospice in London (Libeskind Studio, 2023).

Il.12. Hospicjum Maggie's Centre w Londynie (Studio Libeskind, 2023).

Source/Źródło: <https://www.dezeen.com/2024/02/02/maggies-centre-royal-free-studio-libeskind-london/>, <https://www.huftonandcrow.com/> (accessed: 31.08.2024).

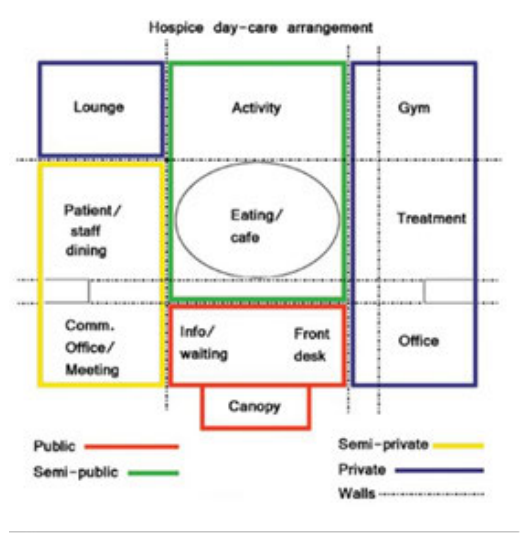


Ill. 13. Maggie's Centre in Leeds (Heatherwick Studio, 2019).

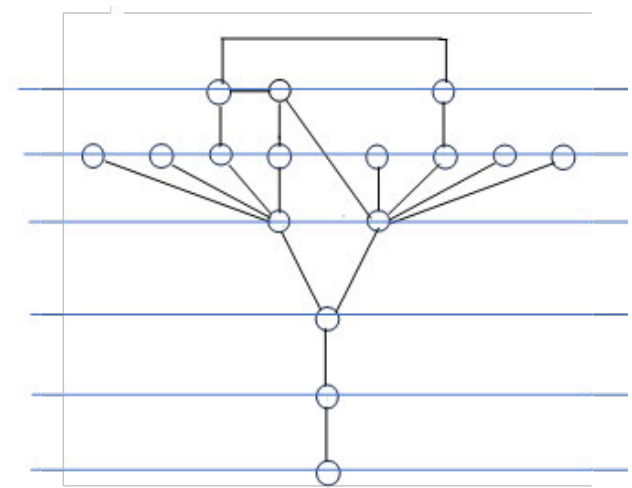
Il. 13. Maggie's Centre w Leeds (Heatherwick Studio, 2019).

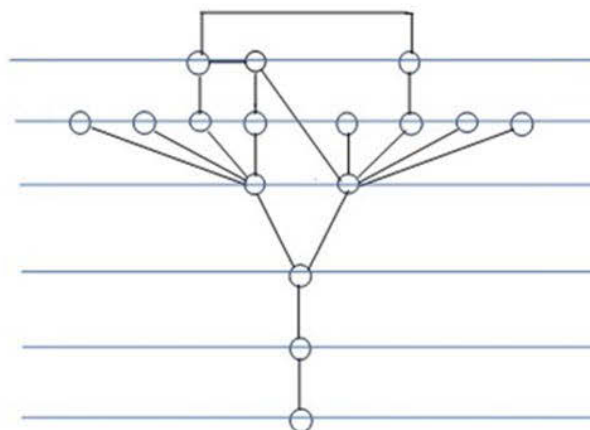
Source/Źródło:

<https://www.dezeen.com/2020/06/12/heatherwick-studio-maggies-centre-leeds-architecture/>, <https://www.huftonandcrow.com/> (accessed: 31.08.2024).



Ill. 14. Diagram of the spatial layout and justified graph for a model day hospice (on the basis of the functional diagram from Ill. 4).



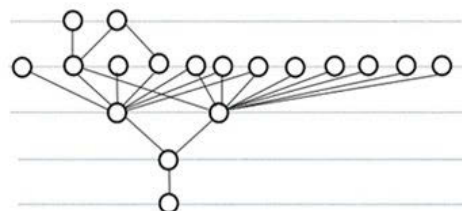
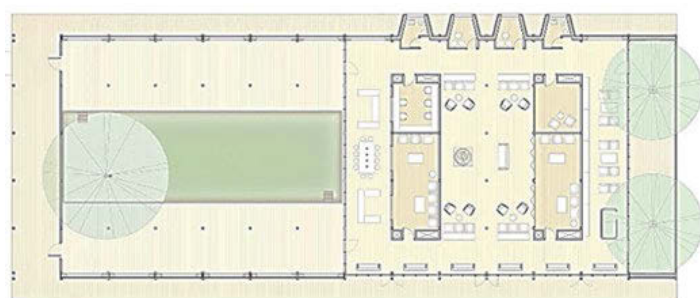


Il.14. Schemat układu przestrzennego i wyjustowany graf dla modelowego hospicjum typu dziennego (na podstawie schematu funkcjonalnego z il. 4). Źródło: opracowanie własne.



Ill. 15. The adjusted graph and projections for the Royal Marsden Hospice with RRA parameters close to the statistical mean of the hospices analysed; it can serve as a comparative model.

Il.15. Wyjustowany graf i rzuty dla hospicjum Royal Marsden, o parametrach RRA zbliżonych do średniej statystycznej analizowanych hospicjów, może służyć jako model porównawczy. Źródło: opracowanie własne.



Ill. 16. Adjusted graph and projection of a model hospice made for Maggie's Foundation by Cagni Williams Associates Grand Studio in London in 2017.

Il.16. Wyjustowany graf i rzut modelowego hospicjum wykonanego dla Fundacji Maggie's przez biuro Cagni Williams Associates Grand z Londynu w 2017 roku.

1. WSTĘP

Jeden na cztery zgony w Europie wciąż jest spowodowany rakiem, pomimo rozwoju nowych technologii i leków wprowadzanych do terapii chorób złośliwych. Nowotwór jest — po chorobach układu krążenia — drugą najczęstszą przyczyną zgonów w państwach UE. Co roku chorobę diagnozuje się u 2,6 mln osób, a kolejne 1,2 mln osób umiera z jej powodu. Przy czym jedna czwarta wszystkich przypadków zachorowań na raka przypada na Europę, choć Europejczycy stanowią mniej niż 10% ludności całego świata (*Choroby nowotworowe*). Jednocześnie rak jest coraz częściej klasyfikowany jako choroba przewlekła, czyli taka, która trwa długo, jest leczona i często wymaga udziału pacjentów oraz ich opiekunów.

Statystyki dotyczące zapadalności na choroby nowotworowe stały się głównym powodem, dla którego opieka nad pacjentami stała się (obok profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia) priorytetem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która w 1990 roku ustanowiła pierwsze standardy opieki paliatywnej. Mają one szczególne znaczenie, ponieważ zarówno ugruntowały etos opieki paliatywnej, jak również ustanowiły uznane na arenie międzynarodowej standardy usług opieki paliatywnej (Milligan, Potts, s. 10).

Jednocześnie WHO zdefiniowała opiekę paliatywną jako *aktywną, całkowitą opiekę nad pacjentami i ich rodzinami sprawowaną przez wielodyscyplinarny zespół, gdy choroba pacjenta nie reaguje już na leczenie lecznicze* (*Palliative Care*, 2020). Określiła także jej cele, a mianowicie:

- 1) zapewnienie jak najwyższej jakości życia zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie;
- 2) integrację psychologicznych, społecznych i duchowych aspektów opieki (pomoc pacjentom w pogodzeniu się z własną śmiercią w sposób jak najbardziej pełny i konstruktywny);
- 3) zapewnienie systemu wsparcia, który umożliwia pacjentom życie tak aktywne, jak to możliwe, aż do śmierci;
- 4) wsparcie dla rodzin zarówno w czasie choroby pacjenta, jak i w żałobie;
- 5) pomoc pacjentom w postrzeganiu pozostałego czasu jako *ostatnich dni, ale nie dni straconych* (Milicevic, 2002, s. 30).

Pozostaje to w zgodzie z zasadami, jakimi kieruje się współczesny ruch hospicyjny, zgodnie z którymi opieka paliatywna powinna mieć holistyczny, zindywidualizowany charakter i dotyczyć osób, u których

zdiagnozowano chorobę, której nie można wyleczyć, lub która jest już nieuleczalna (Milligan, Potts, 2009, s. 10). Ruch hospicyjny wywarł duży wpływ na całym świecie, promując opiekę paliatywną i poprawiając standardy opieki (Milicevic, 2002, s. 31). Potwierdza to oświadczenie ruchu, popierane obecnie przez wiele hospicjów, które po raz pierwszy zostało opublikowane w *Nursing Times* w 1976 roku: *Masz znaczenie, ponieważ jesteś sobą i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko po to, aby pomóc Ci umrzeć w spokoju, ale abyś żył aż do śmierci* (Thompson 2002, s. 2, za: Milligan, Potts, 2009, s. 7).

Szczególne miejsce wśród hospicjów zajmują placówki dzienne działające pod patronatem organizacji charytatywnej Maggie's, która przez blisko 30 lat swojej aktywności zainicjowała powstanie 30 hospicjów, głównie na terenie Wielkiej Brytanii, ale także w Hiszpanii, Japonii, Hong Kongu i Holandii. Poprzez zainteresowanie, jakie wzbudziła ich intrygująca architektura, stały się one nośnikami nowego podejścia do opieki paliatywnej.

W 2003 roku Rada Europy uchwaliła rekomendacje dotyczące organizacji opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy zatytułowane *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care*. Rekomendacje te są najważniejszym, pierwszym tak wysokiej rangi dokumentem, zawierającym wytyczne obowiązujące w krajach członkowskich. Zapisano w nim, że opieka paliatywna nie sprowadza się jedynie do świadczeń instytucjonalnych — jest raczej filozofią opieki, która może być zastosowana we wszystkich miejscach pobytu chorych, którym należy udostępniać różne formy opieki, w zależności od ich potrzeb zdrowotnych i osobistych preferencji.

Opieka paliatywna może obejmować szeroki zakres problemów, integrując specyficzne potrzeby danej osoby z opieką. Specjalista opieki paliatywnej weźmie pod uwagę następujące problemy dla każdego pacjenta:

- a) fizyczne (radzenie sobie z bólem, przygotowanie na zmiany fizyczne);
- b) radzenie sobie z emocjami;
- c) duchowość (opieka duchowa uważana jest za integralną część świadczenia dobrej jakości opieki paliatywnej);
- d) potrzeby opiekunów (wsparcie w trakcie, ale także po śmierci bliskiego);
- e) potrzeby praktyczne (w kwestiach finansowych i prawnych, ubezpieczeniowych oraz zatrudnienia) (Clark, 2003, s. 435).

Kwestia różnicy między opieką paliatywną a opieką hospicyjną wymaga wyjaśnienia: opiekę

paliatywną można rozpocząć w dowolnym momencie leczenia nowotworu, natomiast opieka hospicyjna zaczyna się, gdy celem opieki nie jest już leczenie radykalne, ale poprawa jakości życia (NICE, 2004, s. 18). Holistyczna idea hospicjum jest realizowana poprzez pracę specjalistów wykształconych w dziedzinie medycyny paliatywnej — lekarzy i pielęgniarek oraz fizjoterapeutów i psychologów klinicznych, a także osób duchownych. Zespoły te są wspierane przez specjalnie przygotowanych i przeszkolonych wolontariuszy.

Należy dodać, że innym terminem, który jest używany w kontekście chorych na nowotwory, jest „leczenie podtrzymujące” (*maintenance treatment*). W wytycznych National Institute for Clinical Excellence (NICE) z 2004 roku zdefiniowano je jako dbałość o to, aby: *pomagać pacjentowi i jego rodzinie radzić sobie z chorobą nowotworową i jej leczeniem — od wstępnej diagnozy, przez proces diagnozowania i leczenia, aż do wyleczenia lub kontynuowania choroby i śmierci, aż do żałoby* (Stevens, 2009, s. 18).

1.1. Stan badań

Lista publikacji traktujących o hospicjach, w tym dziennych, jest obszerna. Znakomita ich większość mówi o środowisku leczniczym takich obiektów, a jej autorami są neuropsycholodzy, neurobiolodzy, geografowie medycyny, socjolodzy, lekarze, rzadziej architekci oraz architekci krajobrazu. Ich najbardziej aktualne listy zawarte zostały w pracach Frisone (2024) oraz Worpole (2024). Na tym tle równie imponująco przedstawia się liczba badań, analiz, monografii (w tym prac doktorskich), artykułów, notatek w czasopiśmie i stronach branżowych, poświęconych centrom Maggie's. Większość z nich bazuje na materiałach zamieszczonych na stronach centrum lub innych publikacjach i w tym sensie ma charakter generyczny. Znajdziemy wśród tych ostatnich także dwa artykuły opublikowane przez polskich autorów (Gronostajska-Kadecka, Czajka, 2021; Strojny, 2022).

Jedynie w części publikacji badaniom poddano architekturę tych placówek oraz ich otoczenia. Ich autorzy, głównie architekci, sięgnęli przy tym po różne narzędzia i metody badawcze. Przegląd literatury poświęconej Maggie's wskazał na wykorzystanie głównie podejścia jakościowego (z zastosowaniem różnych perspektyw badawczych: fenomenologicznej, autoetnograficznej, sensorycznej), posiłkującego się studiami przypadków oraz metasyntezą opublikowanych wyników badań. Zostaną one omówione w ósmej części artykułu. Uwagę zwraca brak badań wykorzystujących metody ilościowe, w tym składni przestrzeni (*space syntax*), pozwalającej na określe-

nie stopnia integracji przestrzennej funkcji w obiektach i ich porównanie.

Nie opracowano także dotychczas architektonicznej monografii poświęconej hospicjom dziennym, a zwłaszcza zbiorczego podsumowania związanych z nimi badań, które pozwoliłyby projektantom wykorzystywać je w opracowaniu koncepcji takich obiektów w celu optymalizacji ich oddziaływania na samopoczucie zarówno chorych, jak i osób bliskich oraz personelu.

Przeprowadzono natomiast bardzo interesujące metasyntezy wyników badań nad hospicjami (w tym dziennymi), przedstawionych w publikacjach umieszczanych na platformach oferujących dostęp do baz bibliograficznych oraz wyszukiwarkach internetowych (Tekin i in., 2023; Terjung i in., 2024). Wnioski z tych analiz zostaną przedstawione w części ósmej artykułu.

1.2. Cel i metoda

Narastające problemy związane z coraz częstszą zapadalnością ludzi na choroby nowotworowe stanowią wyzwanie z jednej strony dla instytucji świadczących usługi lecznicze oraz opiekuńcze, z drugiej — dla projektantów środowiska leczniczego (architektów i architektów krajobrazu). Efekty pracy tych ostatnich pokazują, jak pojemne i niejednoznaczne, a właściwie wieloznaczne, jest rozumienie terminu „środowisko lecznicze” i jak różne formy może ono przybierać. Jedną z nich są hospicja przyjmujące różne modele funkcjonowania, pośród których znajdują się ośrodki dziennego pobytu. Oryginalny wariant w tym zakresie przyjęty hospicja objęte organizacyjnym i merytorycznym patronatem fundacji Maggie's. W ich tworzeniu wzięła udział plejada wybitnych architektów oraz architektów krajobrazu. Zgodnie z przyjętą wytyczną, każdy z obiektów, choć powstający w zgodzie z zaleceniami Maggie's zawartymi w *Architectural Brief*, stanowi dzieło noszące cechy charakteryzujące *oeuvre* ich twórców. Sposób funkcjonowania oraz silnie zróżnicowana formalnie architektura tych obiektów zrodziły pytania o terapeutyczną skuteczność tak zakomponowanego środowiska. Zostało ono poddane licznym badaniom o charakterze jakościowym, opartym o zróżnicowane perspektywy badawcze i przeprowadzonym na różnych grupach (projektanci, pacjenci, osoby bliskie, personel). W artykule zostały, w oparciu o metodę przeglądu systematycznego, omówione i zestawione wyniki dotychczas przeprowadzonych badań na temat centrów Maggie's, pozwalające na zbudowanie obrazu dotyczącego zarówno procesu projektowania, jak i uzyskiwanych efektów. Uzupełniono je, a także

niejako zweryfikowano, przez wyniki osiągnięte poprzez użycie metody ilościowej, do tej pory nie wykorzystywanej w przypadku Maggie's, a mianowicie składni przestrzeni (*space syntax*). Zostały one zebrane i zestawione ze sobą w części ostatniej artykułu, przyjmując charakter wytycznych do projektowania hospicjów dziennych. Nie jest natomiast celem prezentowanej publikacji szczegółowa analiza stylów architektonicznych hospicjów Maggie's, ponieważ są one ogólnie znane i szeroko komentowane. Problem terapeutycznego wpływu stylu architektury na użytkowników Maggie's Centre najlepiej określił R. Moore w recenzji dotyczącej budynku Maggie's Royal Free w Londynie, zaprojektowanego przez Daniela Libeskinda, pisząc: *Wybór architektów Maggie's Centre ewoluował na przestrzeni lat w kierunku nieco mniej gwiazdorskich pracowni, których projekty bardziej cieszą zmysły prostszymi formami i przestrzeniami, jak to miało miejsce w przypadku dRMM w Oldham i Amanda Levee Architects w Southampton. To jest postęp — architektki fetowani na całym świecie za charakterystyczny styl, który wprowadzają do muzeów, drapaczy chmur i lotnisk, niekoniecznie najlepiej pasują do bardziej subtelnych cech ośrodków onkologicznych. Royal Free Libeskinda jest, a przynajmniej powinna być, ostatnią z ikon Maggie's* (Moore, 2024).

Dodajmy, że w artykule przedstawiono także, w sposób chronologiczny i syntetyczny, wykorzystując dotychczasowe opracowania, charakterystykę rozwoju i typów hospicjów oraz modeli usług przez nie oferowanych.

2. KRÓTKA HISTORIA HOSPICJÓW — EUROPA

Współczesny ruch hospicyjny narodził się w 1967 roku. Jednak opieka hospicyjna sięga połowy XIX wieku. W 1843 roku niejaka Jeanne Garnier, *jako młoda wdowa i pogrążona w żałobie matka, wraz z innymi osobami w podobnej sytuacji*, założyła „Dames de Calaire” w Lyonie we Francji, aby zapewnić opiekę umierającym (Milligan, Potts, 2009, s. 6). W tamtym czasie śmierć była postrzegana przez system medyczny jako porażka, w związku z czym szpitale skupiały się na leczeniu, a umierający nie byli w nich mile widziani. Działalność Jeanne Garnier i efekty jej pracy doprowadziły w latach 1874–1899 do otwarcia sześciu kolejnych tego typu placówek w Paryżu i Nowym Jorku. Pomysł ten został następnie przeniesiony do Irlandii i podjęty przez The Irish Sisters of Charity, które otworzyły Our Lady's Hospice w Dublinie. Niedługo potem siostry przeniosły go do Anglii, gdzie otworzyły St. Joseph's

Hospice w Hackney w Londynie (Karamanou, Psaltopoulou, Markatos, 2017, s. 1368).

Jak powyżej napisano, hospicja stały się szerzej znane dopiero w 1967 roku, kiedy pielęgniarka Dame Cicely Saunders przyczyniła się, wraz z doktor Mary Baines, emerytowaną konsultantką medycyny paliatywnej, do powołania do życia w Londynie St. Christopher's House jako ośrodka medycznego, edukacyjnego i badawczego, którego celem była opieka fizyczna, emocjonalna i duchowa nad umierającymi (*The hospice movement*). Stało się to zacznem dla współczesnego ruchu hospicyjnego, a wraz z nim dla lokalnych, niezależnych hospicjów charytatywnych w Wielkiej Brytanii. Wkrótce londyńskie hospicjum wzbudziło zainteresowanie nie tylko środowiska medycznego, lecz także psychologów, socjologów, filozofów oraz rodzin osób chorych (Kowalik, 2013, s. 190).

Ważną rolę w zapewnianiu i ciągłym rozwoju opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi i ich rodzinami odegrały również brytyjskie organizacje charytatywne: założone jeszcze w 1947 roku Marie Curie Cancer Care i The Sue Ryder Foundation. W latach 50. XX wieku powstało 11 domów Marie Curie, a w latach 70. zaczęły pojawiać się domy Sue Ryder. W tym samym czasie rozwinęła się działalność Macmillan Cancer Relief, znanej wówczas jako National Society for Cancer Relief. Od tego czasu wszystkie trzy krajowe organizacje charytatywne oraz lokalne, niezależne hospicja rozwinęły swoje usługi zgodnie z potrzebami pacjentów (Milligan, Potts, 2009, s. 8).

Od tego czasu opieka hospicyjna stała się ogólnosięwiatowym ruchem, który radykalnie zmienił sposób, w jaki podchodzimy do śmierci i umierania. Hospicja przeszły drogę z miejsc opieki „ogólnej” do placówek, które zapewniają prawdziwie specjalistyczną opiekę w ostatnim etapie życia, a także szereg usług, które poprawiają funkcjonowanie pacjentów, opiekunów i rodzin (Milligan, Potts, 2009, s. 9).

Na początku funkcjonowania hospicjów opiekę nad chorymi terminalnie łączono z całodobowym pobytem pacjenta w ośrodku. Wkrótce jednak objęto nią także osoby chore, które pozostają we własnych domach. Praktyka ta wzbudziła zainteresowanie amerykańskich prekursorów pomocy dla nieuleczalnie chorych. Zainteresowano się zwłaszcza formami pomocy w naturalnym otoczeniu społecznym chorego. Następnym ważnym krokiem w kierunku optymalizacji działań wspomagających było powiązanie opieki domowej z opieką środowiskową. Za pierwsze takie przedsięwzięcie należy uznać zorganizowany w 1975 roku przy Hospicjum św. Łukasza w Sheffield ośrodek dziennego pobytu dla osób nieuleczalnie chorych (Kowalik, 2013; s. 190).

Dodajmy, że w latach 60. XX wieku, wzorem inicjatyw europejskich, idea hospicjum pojawiła się także w Polsce. Pionierką w tej dziedzinie była Hanna Chrzanowska (twórczyni Krakowskiego Ośrodka Opieki Domowej z 1964 roku). Z kolei w 1981 roku powstał pierwszy w Europie Wschodniej i Środkowej ośrodek opieki nad umierającymi: Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych — Hospicjum w Krakowie, dając początek ruchowi wolontaryjnemu. Od 1982 roku w wielu rejonach Polski zaczęły powstawać zespoły hospicyjne o charakterze stowarzyszeń oraz nieformalnych grup związanych z Kościołem katolickim. Niezależnie od ruchu hospicyjnego, pod koniec lat 80. ubiegłego wieku rozwijały się struktury organizacyjne opieki paliatywnej. Z inicjatywy Jacka Józefa Łuczaka w 1988 roku przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu utworzono pierwszy w Polsce Zespół Opieki Paliatywnej, przekształcony w 1990 roku w Klinikę Opieki Paliatywnej.

Przełomowy okazał się rok 1993, kiedy to Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Organ ten pełnił funkcje konsultacyjno-doradcze i opiniodawcze. Należy zaznaczyć, że medycyna paliatywna jest w Polsce specjalizacją medyczną (lekarską i pielęgniarską) od 1998 roku (w Wielkiej Brytanii od 1987 roku) (Kowalik, 2013, s. 192).

Według danych z 2019 roku w Polsce obecnie działa około 488 hospicjów domowych dla dorosłych, 71 hospicjów domowych dla dzieci, 191 jednostek stacjonarnych (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne) oraz 155 poradni medycyny paliatywnej (*Sytuacja...*).

Rodzaje hospicjów i ich finansowanie różnią się w zależności od kraju. Niektóre hospicja są w 100% finansowane przez krajowe służby zdrowia, jednak większość musi polegać na dobrowolnych darowiznach. Istnieją również prywatne hospicja.

3. TYPOLOGIA HOSPICJÓW I MODELE OPIEKI PALIATYWNEJ

Zgodnie z ich różnymi wzorcami, usługi opieki hospicyjnej można podzielić na: hospicja domowe, usługi opiekuńcze i usługi instytucjonalne. Podstawowe międzynarodowe klasyfikacje hospicjów dzielą je na następujące grupy:

- 1) niezależne placówki opieki hospicyjnej;
- 2) ośrodki opieki hospicyjnej działające przy szpitalach;
- 3) niezależne hospicja z opieką dzienną;
- 4) placówki pielęgniarskie wyposażone w łóżka hospicyjne (Wang, Zhang, Zhou, 2024, s. 4).

Dla dalszych rozważań podjętych w niniejszym artykule najważniejsze będą ośrodki tzw. opieki dziennej (Day Hospice). Jest to model opieki przeznaczony dla pacjentów, którzy mieszkają w domu własnym lub w placówce opieki, lub w domu spokojnej starości. Pobyty w ośrodku umożliwiają im pomoc fizjoterapeutyczną oraz udział w terapii zajęciowej. Ważnym elementem w takim przypadku jest możliwość kontaktu z innymi osobami w podobnych sytuacjach, w przyjaznym środowisku społecznym o charakterze nieklinicznym (Doyle, 2021). Wszystko, co robi się w oddziale dziennym, jest ukierunkowane na poprawę jakości życia, przywrócenie mu godności i danie pacjentom poczucia bycia cionym i użytecznym. Jednostka taka może być częścią szpitala, hospicjum lub oddziału opieki paliatywnej, lub znajdować się na terenie ośrodka opieki zdrowotnej. Pacjenci mogą spędzać w ośrodkach czynnych zazwyczaj czas w godzinach 10.00–15.00 (w niektórych do 17.00) przez 5 dni w tygodniu.

4. WSPÓŁCZESNE BUDYNKI OPIEKI HOSPICYJNEJ: TYPY I CECHY

W krajach takich jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Holandia i Japonia, w których społeczeństwo staje się coraz starsze, przeprowadzono dogłębne badania teoretyczne i praktyczne w zakresie projektowania architektonicznego obiektów opieki hospicyjnej.

Ich podsumowanie zostało zawarte w opublikowanych w 2021 roku „Wytocznych i sugestjach dla osób rozpoczynających świadczenie usług opieki hospicyjnej lub paliatywnej” autorstwa Dereka Doyle’a, założyciela i redaktora naczelnego *Palliative Medicine* oraz redaktora pierwszych trzech wydań *The Oxford Textbook of Palliative Medicine* i autora wielu publikacji na temat medycyny paliatywnej. Przyjmując perspektywę lekarza, Doyle, szukając odpowiedzi na pytanie o udogodnienia niezbędne w oddziale opieki dziennej, wymienił:

- a) hol lub pomieszczenie wielkości dużego salonu lub kortu tenisowego z podjazdem i drzwiami wystarczająco szerokimi, aby umożliwić wjazd wózkiem inwalidzkim;
- b) stoły robocze, które można również wykorzystać do posiłków, a także odpowiednia liczba krzeseł do siedzenia przy stole i wygodnych foteli do wypoczynku;
- c) niewielkie pomieszczenie, ale wystarczająco duże, aby pomieścić kozetkę do badania, mały stół, dwa krzesła i umywalkę;
- d) pomieszczenie ze stołem i dwoma krzesłami, szafką na dokumenty (jeśli to możliwe, z kompu-

terem) i tablicą ogłoszeń, które może służyć jako biuro lub pokój do rozmów kwalifikacyjnych;

- e) toaleta, która umożliwi wjazd wózkiem inwalidzkim, uwzględniająca potrzeby użytkowników niepełnosprawnych;
- f) dwa dodatkowe pomieszczenia (jeśli fundusze i przestrzeń na to pozwalają) — jedno do zajęć terapeutycznych i innych aktywności, drugie do spotkań towarzyskich (Doyle, 2021).

Doyle scharakteryzował także w swoim opracowaniu „wolnostojący oddział stacjonarny (hospicjum)”. Choć dotyczy to w istocie samodzielnego oddziału łóżkowego, warto przyjrzeć się jego komentarzom dotyczącym placówki działającej w znaczącym zakresie niezależnie od ogólnej lub specjalistycznej lecznicy. Zwrócił mianowicie uwagę, iż posiadanie oddziału opieki paliatywnej/hospicyjnej na terenie szpitala ogólnego (ale nie w jego wnętrzu) niesie ze sobą następujące korzyści:

- a) bliskość specjalistów medycznych;
- b) bliskość placówek diagnostycznych;
- c) wspólne zaplecze usługowe (pralnia, apteka, gastronomia);
- d) wspólna obsługa serwisowa i konserwacyjna.

Doyle odnotował także wady takiego rozwiązania w postaci m.in.:

- a) kosztów, zazwyczaj wyższych niż w przypadku oddziału zintegrowanego ze szpitalem;
- b) znaczących ograniczeń dotyczących liczby pacjentów, stanowiącej niewielką część ogółu potrzebujących takich usług;
- c) braku zrozumienia i akceptacji praktyk oraz zasad obowiązujących w takich placówkach przez wielu lekarzy i pielęgniarek pracujących w szpitalach ogólnych, gdzie leczona jest większość pacjentów znajdujących się na etapie terminalnym.

Dodał na koniec, iż nadal jest to „instytucja” i jako taka, bez względu na to, jak bardzo wszyscy się starają, nigdy nie jest „domem” (Doyle, 2021).

Rekomendacje Doyle’a stanowią uzupełnienie i zarazem komentarz do opublikowanego w 2005 roku przez irlandzki Department of Health and Children dokumentu pt. „Wytyczne projektowe dla specjalistycznych ośrodków opieki paliatywnej” (*Design Guidelines*, 2005). Zawarto w nich uwagi dotyczące unikania instytucjonalnego wyglądu i atmosfery hospicjów, ze względu na potrzebę uwzględnienia złożonych emocji osób przyjętych do hospicjum, a także ich rodzin oraz przyjaciół. Zalecono także stworzenie w miarę możliwości „domowego” charakteru poszczególnych obszarów, szczególnie dla oddziału stacjonarnego. Zwrócono szczególną uwagę na kwestie takie jak: jakość światła, wykorzystanie widoków, użycie odpowiedniej kolorystyki

oraz dobór mebli i elementów wykończenia (*Design Guidelines*, 2005).

Za kluczowy czynnik przy tworzeniu odpowiedniej „atmosfery” w jednostce uznano przejrzystość komunikacyjną osiąganą poprzez unikanie nadmiernej skomplikowanych lub mylących układów, szczególnie w obszarach, z których korzystają pacjenci i osoby odwiedzające. Wskazano przy tym za istotny w tym względzie przejrzysty, czytelny i „przyjazny” system oznakowania (zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego). Zwrócono także uwagę na konieczność stworzenia na oddziale i wokół niego osłoniętych miejsc, które zapewnią komfort pacjentom, personelowi i gościom. Za ważną kwestię uznano zapewnienie pacjentom dostępu do słońca oraz widoku na zewnątrz. Położono również nacisk na konieczność zagwarantowania cichego otoczenia o wyższym niż standardowy poziomie izolacji akustycznej dodając, że dolegliwości związane z hałasem można ograniczyć poprzez działania projektowe, takie jak lokalizowanie pomieszczeń generujących hałas z dala od pomieszczeń wymagających ciszy. Poruszono też kwestię możliwości pojawienia się nieprzyjemnych zapachów oraz wrażliwości węchowej niektórych pacjentów, dostrzegając potrzebę stosowania wentylacji mechanicznej w poszczególnych pomieszczeniach, a gdzie to możliwe, wentylacji grawitacyjnej. Za ważne uznano przyjmowanie rozwiązań, które zapobiegają przeciągom. Uznano również, iż projekt powinien charakteryzować się elastycznością, tak aby zmaksymalizować potencjalne wykorzystanie poszczególnych części obiektów i uwzględnić możliwe przyszłe zmiany. Zwrócono wreszcie uwagę na respektowanie zasad zintegrowanego projektowania i powszechnego dostępu dla osób niepełnosprawnych. Na koniec podkreślono rolę sztuki w placówkach opieki paliatywnej — wizualna integracja dzieł sztuki z architekturą hospicjów jest ważna i należy to brać pod uwagę na wczesnym etapie procesu projektowania (*Design Guidelines*, 2005).

Kolejne opracowanie odnoszące się do projektowania hospicjów nosi tytuł *Principles of Hospice Design*. Jego powstanie poprzedził konkurs na przebudowę The Prince of Wales Hospice w Pontefract, zorganizowany w 2008 roku we współpracy z Fundacją Księcia Karola, którego celem dodatkowym było m.in.: *podniesienie rangi znaczenia projektowania hospicjów i połączenie wiedzy eksperckiej (...) w celu udostępnienia bieżących badań na temat hospicjów i wypracowania praktyk projektowych dla takich obiektów* (*Principles of Hospice Design*, 2005, s. 6). Wspomniano w nim również o potrzebie terapeutycznego środowiska i promowania dobrego samopoczucia wśród pacjentów i personelu. Wstępne

zaproszenie do składania ofert zostało wysłane do kilku architektów z odpowiednim doświadczeniem, którzy w ramach części ich zgłoszenia, zostali poproszeni o zredagowanie zasad, które ich zdaniem powinny determinować tego rodzaju projekt. Zasady te zostały następnie skonfrontowane z ich koncepcjami. W wyniku tej konfrontacji wypunktowano kluczowe elementy projektu, które powinny stanowić podstawę stworzenia wzorcowego hospicjum. Należą do nich:

- 1) potrzeba kontaktu z naturą;
- 2) znaczenie naturalnego światła;
- 3) zapewnienie „domowej” a nie instytucjonalnej skali i atmosfery;
- 4) odpowiednia konfiguracja mebli, np. krzesła dla małych grup;
- 5) potrzeba cichych przestrzeni do konsultacji z personelem medycznym i pielęgniarskim;
- 6) uwzględnienie szeregu pokoi terapeutycznych (*Principles of Hospice Design*, s. 7).

Na tej podstawie opracowano schemat funkcjonalny „idealnego budynku hospicyjnego”, reprezentującego model „day-care”, który przewiduje podział planu na cztery strefy: publiczną, półpubliczną, półprywatną i prywatną, sytuując w centralnej części miejsce spożywania posiłków oraz aktywności o charakterze rekreacyjnym i warsztatowym. W *Principles of Hospice Design* zwrócono także uwagę na zapewnienie kontaktu z naturą poprzez związane z hospicjami ogrody, rabaty kwiatowe itp. (*Principles of Hospice Design*, s.11).

Dodatkowo w 2012 roku, podczas warsztatów przeprowadzonych pod patronatem tej samej Prince's Foundation oraz organizację Marie Curie ustalono, że w odniesieniu do usług opieki paliatywnej dziennej, należy wziąć pod uwagę następujące wskazówki:

- 1) ośrodek powinien być otwarty dla odwiedzających i — jeśli to możliwe — usługi powinny być dostępne bez konieczności posiadania skierowania od lekarza;
- 2) powinien być dostępny odpowiedni pakiet usług strukturalnych i doraźnych;
- 3) godziny dostępności dla pacjentów powinny obejmować także wieczory i niektóre weekendy;
- 4) ośrodek powinien zapewniać usługi informacyjne.

W zakresie odnoszącym się bezpośrednio do architektury, wnioski z warsztatów były następujące:

- 1) wejście do hospicjum musi być czytelne i znajdować się z przodu budynku,
- 2) recepcja powinna być przestronna, zapewniająca domową atmosferę;
- 3) obok recepcji powinny znajdować się przestrzenie pozwalające zachować prywatność — dla

pacjentów, którzy mogą poczuć się źle po przybyciu;

- 4) w centrum budynku powinna znajdować się przestrzeń spotkań ogólnych i kawiarnia;
- 5) obok przestrzeni ogólnodostępnych powinny znajdować się bardziej dyskretne miejsca, zapewniające większą prywatność (*Principles of Hospice Design*, s. 10).

5. HOSPICJA MAGGIE'S CENTER

5.1. Kilka słów o pomysłodawczyni — Maggie Keswick Jencks

Krótką notkę na temat Maggie Keswick Jencks można przeczytać na stronach Wikipedii. Napisano tam, iż była ona *szkocką pisarką, artystką i projektantką ogrodów, która wraz z mężem, Charlesem Jencksem, założyła Maggie's Centers*. Jako pisarka znana jest z opublikowanej w 1978 roku książki *The Chinese Garden: History, Art and Architecture*. Jako projektantka ogrodów — ze słynnego Garden of Cosmic Speculation (założonego wraz z mężem, we współpracy z architektem Terryem Farellem), o którym napisano, iż *przełamał angielską tradycję ogrodów romantycznych* (Blakenham, 2007, s. 6). Brała też udział w aranżacji zieleni przy Peter B. Lewis Building w Cleveland, autorstwa Franka Gehry'ego.

5.2. Powstanie Fundacji Hospicjów Maggie's Center

Na krótko przed przedwczesną śmiercią (zmarła na raka piersi w 1995 roku, w wieku zaledwie 54 lat) zainicjowała założenie w Edynburgu pierwszej placówki, której celem jest wspomaganie chorych na raka. Otwarta już po jej śmierci, w 1996 roku i nazwana Maggie's Center, stała się zaczynem dla sieci podobnych obiektów, połączonych organizacją noszącą nazwę „Maggie's. Everyone's home of cancer care”, która od lat instruuje, doradza i pilotuje realizację kolejnych centrów Maggie's. Powstało ich do tej pory 30, w tym 4 poza granicami Zjednoczonego Królestwa (Hiszpania, Norwegia, Holandia, Chiny). Na internetowej stronie organizacji czytamy: *Maggie's jest to fundacja charytatywna, zapewniająca bezpłatną opiekę i wsparcie w ośrodkach na terenie Wielkiej Brytanii; zdalnie także poza nią. (...) Nasi specjaliści do spraw wsparcia onkologicznego, psychologowie i doradcy ds. świadczeń są tu dla Ciebie i wszystkich, których kochasz. (...) W każdym ośrodku znajdziesz jasną i przyjazną przestrzeń, pełną wsparcia, jakiego potrzebują i na które zasługują osoby zmagające się z rakiem* (Maggie's, dostępne 23.10.2024).

5.3. Cele

Tuż przed śmiercią w 1994 roku Maggie Keswick Jencks napisała (z pomocą męża) bardzo osobistą relację z walki z rakiem zatytułowaną „A View from the Front Line”, opublikowaną w czasopiśmie *The Breast*, a następnie uzupełnioną w 2007 roku (Keswick Jencks, 2007). Przedstawiła w niej opis drogi, jaką przeszła od etapu, w którym dowiedziała się o licznych przerzutach i terminalnej sytuacji, po wykrystalizowanie się koncepcji miejsca, którego zadaniem byłoby wsparcie dla osób znajdujących się w podobnej sytuacji. Po drodze były inspirujące obserwacje i osobiste doświadczenia. Wyciągnęła z tego wszystkiego następujące wnioski:

- 1) szpital jest miejscem silnie stresującym, niezależnie od tego, jak dobrze prowadzone jest w nim leczenie;
- 2) łatwy i szybki dostęp do rzetelnych informacji jest kluczową kwestią;
- 3) przejście od postawy biernej ofiary do aktywnego uczestnika procesu leczenia zauważalnie wpływa na poprawę samopoczucia, co także jest kwestią kluczową;
- 4) istnieje mnogość alternatywnych i uzupełniających się możliwości dostępnych dla każdego, kto chce odgrywać aktywną rolę we własnym leczeniu.

Maggie Keswick Jencks szczególnie duży nacisk położyła na środowisko, w jakim przebywają chorzy na raka. Zwróciła uwagę, że *szpitale generalnie nie są miejscami przyjaznymi*, potęgują poczucie niepokoju i izolacji. Wykorzystując doświadczenia własne oraz innych pacjentów uznała, że czas oczekiwania na wyniki kuracji można wykorzystać pozytywnie. Jak napisała: *Siedzenie w przyjemnym pokoju, z przemyślanym oświetleniem i widokiem na zewnątrz na drzewa, ptaki i niebo, z krzesłami i sofami ustawionymi w najróżniejszy sposób tak, aby mogły się tam odbywać spotkania grupowe, dałoby okazję do relaksu i rozmowy z dala od domowych trosk. W tej chwili większość środowisk szpitalnych mówi pacjentowi: „To, jak się czujesz, jest nieistotne. Musisz dopasować się do nas, nie my do Ciebie”. Przy niewielkim wysiłku i pieniądzach to możliwe, można zmienić na coś w stylu: „Witamy! I nie martw się”* (Keswick Jencks, 1995, s. 23). Po czym dodała: *Najważniejsze jest nie tracić radości z życia, pomimo iż się umiera* (Keswick Jencks, 1995, s. 23).

5.4. Wytyczne projektowe

Doświadczenia i przemyślenia Maggie Keswick Jencks doprowadziły do powstania Edinburgh Cancer Caring Centre. Na początku 1995 roku architekt Richard Murphy został poproszony o przygotowanie

projektu przekształcenia budynku dawnej stajni, położonej nieopodal Western General Hospital, w miejsce, w którym mogłoby funkcjonować centrum. Maggie przekazała mu ogólne rekomendacje do projektu, które zawierały następujące punkty:

- a) *obiekt powinien oferować wsparcie psychologiczne, porady dotyczące odżywiania, ćwiczeń i terapii relaksacyjnych;*
- b) *każda osoba odwiedzająca ośrodek może otrzymać pomoc w znalezieniu najlepszego sposobu radzenia sobie z chorobą;*
- c) *ośrodek ma być „przystanią”, w której zakres działania rozciąga się od filiżanki herbaty, którą można przygotować w kuchni, po udział w grupach wsparcia prowadzonych przez psychologa klinicznego”.*

Ośrodek w Edynburgu został uruchomiony już po śmierci jego pomysłodawczyni, ale idea przetrwała, głównie za sprawą jej męża — Charlesa Jencksa, amerykańskiego teoretyka kultury, projektanta krajobrazu, historyka architektury i współzałożyciela organizacji charytatywnej Maggie’s — Maggie Keswick Jencks Cancer Caring Trust, której patronami są m.in. Frank Gehry, Norman Foster i Sarah Brown (żona byłego brytyjskiego premiera Gordona Browna), prezeską fundacji jest natomiast królowa Camilla).

Kluczem dla wszystkich usług realizowanych przez ośrodki powstające pod patronatem Maggie’s jest:

- a) otwartość (bez limitów czasowych) na każdego, w każdym stadium choroby, także na bliskich, co zaciera różnicę pomiędzy działalnością paliatywną a hospicyjną;
- b) bezpłatność;
- c) dostępność do programu wsparcia (informacje, wsparcie psychologiczne i emocjonalne, pomoc w podejmowaniu decyzji);
- d) indywidualne podejście;
- e) bliskość szpitali partnerskich (dostęp do specjalistów);
- f) udział w grupie wsparcia;
- g) kursy i warsztaty żywieniowe;
- h) wsparcie w aktywności fizycznej (tai chi, joga, zarządzanie zmęczeniem);
- i) kursy redukcji stresu.

Centra Maggie’s są budowane na terenie państwowych szpitali specjalizujących się w leczeniu raka. Przy czym zadaniem szpitala jest diagnozowanie i leczenie, zadaniem Maggie’s jest pomoc osobie chorej w radzeniu sobie *ze wstrząsem, jaki ta choroba wywołuje w życiu jej i jej bliskich (Maggie’s evidence)*. Obie instytucje wzajemnie się uzupełniają. Dodajmy, że wszystkie są ośrodkami dziennego pobytu, czynnymi

w od poniedziałku do piątku w godzinach od 9–17 i nie przewidują pomieszczeń z łózkami.

Podstawą tego wszystkiego jest — jak czytamy na stronach Maggie's — *wyjątkowe środowisko fizyczne, zaprojektowane przez najwybitniejszych architektów na świecie*, zgodnie z przekonaniem, że *może ono wpływać na dobre samopoczucie* (Maggie's evidence).

Z inicjatywy Jencksa zredagowane zostały wytyczne dotyczące architektury obiektów objętych patronatem tej fundacji, które zatytułowano *Maggie's Architectural Brief*. Można je streścić następująco:

- a) centrum powinno być przyjazne i spokojne, oferując różnorodne bezpłatne usługi wsparcia w elastycznej przestrzeni; obejmuje to obszary do przyjmowania gości, biura, informacje, relaks, doradztwo, pokazy gotowania i przestrzeń ogrodową na zewnątrz;
- b) projekt powinien pomóc użytkownikom dostosować się do swojej sytuacji i poczuć się docenionymi poprzez stworzenie bezpiecznej, domowej i inspirującej przestrzeni, która zwiększa poczucie wsparcia społeczności;
- c) architekci są proszeni o rozważenie, w jaki sposób projekt może najlepiej wspierać relacje międzyludzkie osób zmagających się z rakiem (*Maggie's Architectural*).

Rozwinięciem tego dokumentu jest opublikowany w 2015 roku „Maggie's Architectural and Landscape Brief” (*Maggie's Architectural and Landscape*), a swoistym podsumowaniem tekst „Our buildings” (*Our buildings*) zamieszczony na internetowej stronie fundacji. Za ich wspólne motto można uznać następujące zdanie: *Wszystko, co musisz wiedzieć o naszych budynkach zawarte jest w filozofii stojącej za ich unikatowym designem, za znaczeniem architektury i ogrodów oraz za sposobem, w jaki dobieramy ludzi, z którymi współpracujemy* (*Our buildings*). Dalej czytamy: *Wszystkie nasze centra są oryginalne i zaskakujące, ale sprawiają wrażenie, jakby były częścią tej samej rodziny. (...) Wszystkie budynki zostały zaprojektowane tak, aby pomieścić pod jednym dachem pełen zakres programu. (...) Wszystkie są domowe w skali, z kuchnią w centrum. (...) Ich wnętrza są wygodne, ale także estetycznie wyrafinowane.* (*Our buildings*). Dalej czytamy, iż:

- a) są to miejsca spokojne, przyjazne i gościnne, pełne światła i ciepła;
- b) mają kuchenny stół w sercu budynku; aby ułatwić interakcje społeczne i poczucie wspólnoty;
- c) oferują widoki na otaczającą je przyrodę;
- d) oferują przemyślane przestrzenie, które zapewniają prywatność, a także miejsca spotkań grupowych (*Our buildings*).

Znaczącą uwagę poświęcono także otoczeniu budynków, a właściwie wzajemnym relacjom pomiędzy ich wnętrzem a ogrodami, pisząc:

- a) nasi architekci oraz projektanci wnętrz i krajobrazu ściśle ze sobą współpracują od samego początku projektu, aby zapewnić silne powiązanie między przestrzenią zewnętrzną i wewnętrzną;
- b) ludzie, którzy przychodzą do Maggie's, powinni mieć możliwość spojrzenia na zewnątrz i wyjścia na zewnątrz z jak największej liczby miejsc, nawet jeżeli jest to tylko dziedziniec z roślinnością;
- c) prosimy naszych architektów krajobrazu o wykorzystanie roślin, które dodadzą koloru, zapachu i urozmaicą przestrzeń przez cały rok (*Our buildings*).

Kluczowym dla uzyskiwania założonych efektów wydaje się dobór projektantów. Jak informuje Maggie's na swojej stronie: *Zwracamy się do architektów, projektantów krajobrazu i wnętrz, którzy, naszym zdaniem, będą w stanie odpowiedzieć na nasze wymagania w ciekawy i przemyślany sposób.* I dalej: *Chociaż każde centrum Maggie's jest wyjątkowe, wspólne środowisko, które każde z nich tworzy, nie jest przypadkiem, ale raczej odpowiedzią na starannie przemyślany i wymagający projekt architektoniczny. Każdy architekt, z którym współpracujemy, otrzymuje ten sam dokument (czyli Maggie's Architectural and Landscape Brief), który jest bardzo zbliżony do oryginalnej koncepcji stworzonej przez samą Maggie. Projekt obejmuje funkcjonalne potrzeby budynków, ale pozwala każdemu architektowi wyrazić własną interpretację tego, co dla niego oznacza uspokajająca i przyjazna przestrzeń* (*Our buildings*). Jego uzupełnieniem jest charakterystyka wymagań dotyczących poszczególnych stref i pomieszczeń obiektu (wejścia, biura, kuchni, biblioteki, toalet, pokoi wypoczynkowych, pomieszczeń do warsztatów, konsultacji, zajęć relaksacyjnych) (*Maggie's Architectural*).

Autorzy powyższego programu, rozpisanego na stronach Maggie's, mają jednak świadomość, że są to wytyczne ogólne, gdyż: *Każde nowe centrum będzie się różnić wielkością, w zależności od lokalnej populacji chorych na raka i różnic specyficznych dla danego miejsca. To, co się nie zmienia, to wymóg budowy pięknego, małego, zapewniającego zachowanie godności budynku, który podnosi na duchu, gdy się do niego wchodzi* (*Maggie's evidence*).

Dodajmy, że projekt każdego centrum wykonywany jest na zamówienie. Przed przystąpieniem do realizacji projektów architekci przechodzą tygodniowy okres wdrożeniowy polegający na pobycie w funkcjonującym ośrodku należącym do grupy Maggie's, aby poczuć jego atmosferę. Wśród dotych-

czasowych projektantów znajdziemy takie osoby, jak: Frank Gehry, Zaha Hadid, Steven Hall, Rem Koolhaas, Kishō Kurokawa, Richard Rogers, Norman Foster, Daniel Libeskind. Za koncepcjami zieleni stoją natomiast Piet Oudolf, Dan Pearson, Rupert Muldoon.

6. BADANIE ARCHITEKTURY HOSPICJÓW MAGGIE'S, METODY

Przekonanie o tym, że środowisko może wpływać na dobre samopoczucie, podbudowane jest wynikami wielu badań przeprowadzonych na gruncie nauk społecznych, m.in. psychofizjologii (Kaplan, Kaplan, 1989). Krajobrazy terapeutyczne, definiowane jako przestrzenie doświadczane jednocześnie jako fizyczne, społeczne i symboliczne środowiska, które wzbudzają uczucia dobrego samopoczucia wśród użytkowników i gości, są także przedmiotem badań realizowanych przez geografów zdrowia i zaleceniami adresowanymi ogólnie dla obiektów medycznych (Parsons, Hartig, 2000; Ulrich i in., 2004; Baum, 2004).

Z punktu widzenia tematu podjętego w niniejszym artykule najważniejsze będą analizy prowadzone z perspektywy badań pozwalających zrozumieć znaczenie formy architektonicznej oraz związanego z nią krajobrazu w świadczeniu opieki zdrowotnej. Zostały one zrealizowane także dla obiektów związanych z Maggie's. Poświęcono im trzy pozycje książkowe (Jenkes, Heathcote, 2010; Frisone, 2024), dwie dysertacje doktorskie (Butterfield, 2014; Frisone, 2021; Frisone, 2022) oraz liczne artykuły, w większości jednak niewykraczające poza przekaz informacji zawartych na stronie organizacji Maggie's lub monograficznie prezentujące poszczególne obiekty należące do tej grupy (Chan, Chan, 2018; Putievsky Pilosof, Grobman, 2021).

Znajdziemy wśród nich także publikacje stanowiące sprawozdania z badań nad centrami Maggie's lub w związku z nimi. Wykonano je w oparciu o metody wykorzystujące podejście jakościowe (wywiady, grupy fokusowe, obserwacje, kwestionariusze), przyjmując m.in. perspektywę fenomenologiczną, autoetnograficzną i sensoryczną, łącząc je ze studiami przypadków, a także stosując metasyntezę wyników badań.

Do wymienionych powyżej autor niniejszego artykułu dołącza własne badania nad architekturą centrów Maggie's, oparte na analizie ilościowej z wykorzystaniem składni przestrzeni (*space syntax*). Pozwoliły one na potwierdzenie, ale także na zweryfikowanie, niektórych z założeń zawartych w dokumentach Maggie's, poprzez skonfrontowanie ich z opiniami użytkowników oraz z podejściem projektowym.

6.1. Metoda jakościowa

Jak już wspomniano, w badaniach realizowanych z użyciem metody jakościowej przyjęto różne perspektywy badawcze, właściwe dyscyplinom naukowym reprezentowanym przez poszczególnych badaczy, spośród których występują architekci, socjologowie, a także lekarze.

Podejście jakościowe do badań nad architekturą centrów Maggie's zastosowano po raz pierwszy w badaniach zrealizowanych przez trójkę naukowców związanych z Wydziałem Architektury, Urbanistyki i Planowania Katolickiego Uniwersytetu w Leuven, V. Van der Linden, M. Annemans i A. Heylighen. Opublikowano je w 2016 roku. Ich podstawą były „pogłębione” wywiady z pięcioma projektantami różnych centrów Maggie's, funkcjonujących na terenie szpitali należących do brytyjskiego National Healthcare Service. Badania te — jak piszą autorzy — *dały wgląd w ich perspektywę, ujawniając jednocześnie specyfikę procesu projektowania oraz motywy projektowe związane ze środowiskiem uzdrawiającym, takie jak: natura, doświadczenie przestrzenne, domowy charakter, prywatność* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 513).

Za punkt wyjścia przyjęto, że architektura centrów Maggie's jest wykorzystywana do kreowania uzdrawiającego środowiska. Celem badania było ustalenie, *w jaki sposób uzdrawiające środowisko wyrażane było na różnych etapach projektowania* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 514). Opracowane wyniki rozmów z projektantami posłużyły jako dane wyjściowe do wywiadu grupowego z użytkownikami ośrodków Maggie's.

Podsumowując perspektywę projektantów stwierdzono, że dla większości z nich było to pierwsze zetknięcie z koncepcją uzdrawiającego środowiska. Mimo zniuansowanych odpowiedzi na stawiane architektom na początku pytanie dotyczące potrzeb pacjentów, wspólnym ich mianownikiem była *chęć stworzenia przestrzeni, w której człowiek czuje się lepiej*. Wykazywali przy tym podejście intuicyjne oraz osobiste doświadczenie, nie korzystali z badań naukowych. Zauważono także, iż odnosili je do wyobrażeń o *znormalizowanych użytkownikach, czyli ogólnie do pacjentów onkologicznych, znajdujących się w ekstremalnych sytuacjach* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 519). Tylko jeden z projektantów wskazał na różnorodność użytkowników (pacjentów o zróżnicowanych wymaganiach oraz ich bliskich). Żaden natomiast nie wspomniał o potrzebach pracowników i wolontariuszy.

Nieznajomość koncepcji środowiska uzdrawiającego zmusiła projektantów do bliskiej współpracy z fundacją Maggie's. Punktem wyjścia było zapo-

znanie się z *Architectural Brief*. Projektanci uznali ten dokument za *nietypowy*, ponieważ nie zawierał on żadnych informacji technicznych, a jedynie *opis relaksującej atmosfery* oraz ogólną wizję obejmującą metaforę domu z dużym stołem, kominkiem, jako miejsca do interakcji społecznych. Choć wszyscy projektanci odwiedzili działające już centra Maggie's, co w przypadku niektórych wpłynęło na podejście do projektowania, to jednak fundacja (określana jako „klient-specjalista”) była dla nich głównym źródłem informacji, rodzajem eksperta, substytutem bezpośredniego kontaktu z użytkownikami lub innymi specjalistami, zachęcającego *do stworzenia wyjątkowego projektu* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 519).

W podsumowaniu artykułu odnajdziemy uwagę dotyczącą takiego modelu pozyskiwania informacji. Jak piszą autorzy: *brak bezpośredniego zaangażowania użytkownika obiektu stwarza ryzyko budowania jego nierealistycznego obrazu*, a w konsekwencji odpowiedzi architektonicznej na jego potrzeby. Jednocześnie odnotowują, iż *fundacja wpływa nie tylko na tworzenie, ale także na doświadczenia użytkowników* i w związku z tym, w ścisłej współpracy pomiędzy projektantami a fundacją widzą *kluczowy czynnik sukcesu w realizacji środowiska uzdrawiającego* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 520).

Autorzy artykułu zauważyli także, iż wszyscy projektanci wybrali na lokalizację centrum miejsce *wycofane*, ale jednocześnie *osadzone w środowisku szpitalnym*. Próbując zachować odpowiedni balans wykorzystali krajobraz jako mediatora, aby *zintegrować ośrodek ze szpitalem bez dosłownego połączenia* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 521). Wykorzystywano przy tym naturalne właściwości miejsca, czasami wzmacniając jego przyrodnicze walory (South West Wales, Dundee), w innych przypadkach projektowano zieleń od podstaw (Maggie's West, Londyn).

Generalnie skojarzenie środowiska uzdrawiającego z naturą było jednym z podstawowych elementów, które determinowały podejście projektowe. Drugim było skupienie się na *domowości* (którą Jencks lansował jako *Kitcheism*) (Jencks, Heathcote, 2010, s. 13). Ważnym dla architektów zagadnieniem projektowym były także przestrzenie medytacyjne oraz strefa wejściowa. Uwzględniono przy tym *zdolność architektury do intensyfikacji doświadczeń poprzez użyte materiały i gradienty intymności oraz dostarczanie metafor przestrzennych dla zmian psychicznych*, co — jak piszą autorzy — *wyda się być częścią powszechnej wiedzy architektów* (Van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016, s. 527).

Badania o charakterze jakościowym oparte na wywiadach zrealizowanych w dwóch grupach przeprowadził także zespół socjologów z brytyjskich uniwersytetów Falmouth oraz York — D. Martin, S. Nettleton i Ch. Buse. Artykuł zawierający wyniki badań został opublikowany w 2019 roku na łamach *Social Science & Medicine* (Martin, Nettleton, Buse, 2019). Przeprowadzone wywiady pozwoliły na określenie, co i w jaki sposób o *atmosferze architektonicznej* mówią projektanci, którzy zaprojektowali poszczególne Maggie's (w sumie siedmiu). W drugim badaniu przeprowadzono także rozmowy z członkami personelu i wolontariuszami pracującymi w centrach (w 12 grupach fokusowych) oraz z gośćmi obiektów (chorymi oraz ich bliskimi, łącznie 66 osób). Tym sposobem połączono perspektywy tych, którzy projektują budynki i tych, którzy z nich korzystają (pracują, przebywają). Sposób omawiania *atmosfery architektonicznej* rozbito na *generatory atmosfery architektonicznej* dotyczące:

- a) użycia materiałów budowlanych do wzniesienia, a zwłaszcza wykończenia budynków Maggie's;
 - b) sposobu odczuwania koloru i światła;
 - c) odbioru kształtu budynku i tego, jak wpływa on na sposób, w jaki ludzie korzystają z przestrzeni.
- Teza zawarta w publikacji brzmi: *Maggie's Centres to budynki nacechowane emocjonalnie, które kształtują sposoby, w jakich opieka jest oferowana, realizowana i doświadczana poprzez orkiestrację architektonicznych atmosfer* (Martin, Nettleton, Buse, 2019).

W zakresie odnoszącym się do materiału, powszechną akceptację odnotowano dla drewna w powiązaniu z wysokim standardem wykończenia. W odniesieniu do koloru skonstatowano, że *kolorowe przestrzenie kojarzą się z poczuciem gościnności i ciepła*. Zwrócono także uwagę na terapeutyczny sposób wykorzystywania kolorów w pomieszczeniach, ponieważ *różne kolory symbolizują różne tematy, nastroje*. Dla istnienia koloru, ale także dla informowania o kształcie przestrzeni, niezbędne jest światło. Kwestia światła była jednocześnie powszechnym tematem rozmów z architektami, którzy podkreślali jego znaczenie jako generatora atmosfery architektonicznej.

Rozważając zagadnienie formy zwrócono uwagę na różnorodność kształtów, jakie przybierają poszczególne obiekty, pomimo że podstawą każdego jest ten sam *Architectural Brief*. Przyciągające oryginalnymi strukturami *intrygują, ośmielają, przykuwają uwagę, prowokują*, zachęcając odwiedzających do zrobienia *pierwszego kroku przez próg*. W wartości, jaką niesie architektura budynku, meble, wykończenie, jest coś, co mówi, że *jest to miejsce wyjątkowe i zarazem*

wyjątkowy jest człowiek, który do niego przychodzi (Martin, Nettleton, Buse, 2019)

Przywołano także opinię jednego z projektantów (wszyscy występują anonimowo), który zadeklarował się jako *twórca architektury jako sztuki społecznej*, w przeciwieństwie do tych, dla których jest to *rzecz rzeźbiarska* lub *rzecz bardziej technologiczna* (Martin, Nettleton, Buse, 2019).

Podsumowując badania stwierdzono, że w powszechnej opinii *architektoniczne atmosfery* tych obiektów wpływają na realizowaną tam opiekę. Użytkownicy tych budynków podkreślali, że ich *sprawczość* w jakości realizowanych tam usług sięga tak dalece, że stają się one *cichymi opiekunami* (Martin, Nettleton, Buse, 2019).

Podejście jakościowe reprezentuje także jedna z wymienionych pozycji książkowych, opublikowana w 2024 roku (Frisone, 2024), którą poprzedziła rozprawa naukowa z 2021 roku (Frisone, 2021) poświęcona roli architektury w kształtowaniu środowiska terapeutycznego. Jej autorka, architektka Caterina Frisone, przejęła w tej pracy, podzielonej metodologicznie na dwa etapy, perspektywę fenomenologiczną (w zakresie fenomenologii architektonicznej) i *autoetnograficzną*, jak ją nazwała. Pierwsza pozwoliła skupić się jej *na miejscu*, druga — *na ludziach*. Realizując pierwszą, zajęła się 28 obiektami z grupy Maggie's, zbierając dane na temat ich architektury (m.in. projekty z archiwów architektów). Przeprowadziła też wywiady z ich projektantami (w sumie z 12) w celu ustalenia, w jaki sposób architekci stosują *Architectural Brief* w opracowaniu swoich koncepcji.

Część druga *terenowa etnograficzna* objęła badanie doświadczenia osób bezpośrednio związanych z obiektami (chorych, ich rodzin oraz personelu) i została przeprowadzona w trzech ośrodkach. Pozwoliło to na konfrontację intencji architektów z doświadczeniami użytkowników. Autorka uwzględniła w swojej pracy tzw. aktywne odkrywanie, realizowane poprzez *udział i obserwację*, które objęło *mapowanie korzystania z przestrzeni w celu zrozumienia poziomu „terapeutyczności” budynku*, *następnie podążanie za pacjentami (move-along)*, *w celu ustalenia, jakie są „ulubione miejsca” ludzi*. Całość zakończyły rozmowy z *grupami fokusowymi* (5–7 osób), pozwalające zrozumieć *jak budynek wspiera* pacjentów oraz wywiady z personelem, w celu określenia *„współpracy” budynku w zakresie wspierania głównych zmian psychologicznych*. Szczególny nacisk położony został przez Frisone na *ruch stymulowany przez elastyczność przestrzeni fizycznej korespondującej z elastycznością psychologiczną rekomendowaną w Architectural Brief*. Swoje

analizy przeprowadziła dla następujących kategorii: *ruch*, *hybryda funkcjonalności* (i powiązanych z nią: *niejednoznaczności*, *transformacji* i *elastyczności*) oraz *terapeutyczność w nieterapeutyczności*.

W kategorii pierwszej Frisone podjęła rozważania na temat *ruchu jako architektury*. Powołując się na badania brytyjskiej architektki Flory Samuel przyjęła, że: *Ruch fizyczny nadaje architekturze znaczenie, ponieważ tylko przez ruchowe doświadczenie przestrzeni zabudowanej możemy nawiązywać relacje przestrzenne z samym sobą, z innymi i z obiektami, które nas otaczają* (Samuel, 2010, za: Frisone, 2021, s. 223). Na potrzeby swojej dysertacji Frisone przyjęła także pogląd, pochodzącego z Austro-Węgier teoretyka tańca, Rudolfa Labana (Laban, 1966), że harmonia ruchu opiera się na złotym podziale, który jest bardzo ważny w doświadczeniu przestrzeni architektonicznej, z czego wynika konkluzja, że jeżeli przestrzeń jest w harmonii, to i ciało ludzkie uczestniczy w tej harmonii (Frisone, s. 222).

W kategorii drugiej znalazł się hybrydowy charakter architektury obiektów z grupy Maggie's, na którą zwrócił uwagę Jencks stwierdzając, że każdy z nich jest hybrydą złożoną z przeciwieństw typu: *szpital-dom*, *muzeum-kościół* (Jencks, Heathcote, 2010, s. 14; Frisone, s. 225) i jak *każdy obiekt tego typu prezentuje interakcję między niezbędnymi funkcjami i pielęgnuje ich wzajemny sojusz* (Frisone, s. 222). Niejednoznaczność pojawia się w kontekście hybrydy jako jeden z jej warunków. Podobnie jak transformacja, w ramach której rozpoznaje się dynamiczne relacje. Autorka zastosowała w tym miejscu porównanie do sekwencyjności w muzyce pisząc, że *doświadczenie przestrzenne jest niewątpliwie sekwencyjną percepcją* (Frisone, 2021, s. 232).

Trzecią kategorię ujawniły rozmowy ze współzałożycielką organizacji Maggie's i jej obecną dyrektorką, Laurą Lee, która stwierdziła, że na terapeutyczny charakter centrów składa się pewna sprzeczność. Otóż są one terapeutyczne w sensie uzyskiwanych efektów dlatego, że stanowią przeciwieństwo *wolne od elementów klinicznych* środowiska związanego z procesem leczenia, czyli szpitala. Kreując *domową atmosferę* powodują, że ludzie chorzy nie czują się tam jak pacjenci. Frisone określiła to zjawisko *paradoksem terapeutycznym* (Frisone, 2021, s. 241).

Podsumowaniem podjętych przez Frisone badań jest sformułowanie *nowego paradygmatu* dla projektowania placówek terapeutycznych. Oparła go na współpracy tzw. Triady: Klient–ekspert–Architekt–Użytkownicy. Swoje propozycje zestawiała w tabeli zawierającej porównanie *starego paradygmatu szpitala z nowym paradygmatem Maggie's* (Frisone, 2021, s. 249). W nowym, który zdaniem Frisone

można rozszerzyć na wszystkie placówki opieki zdrowotnej, znalazły się następujące rekomendacje:

- a) zintegrowany model podejścia, w którym umysł jest równie ważny jak ciało;
- b) projekt jako forma opieki;
- c) projekt pozbawiony charakteru architektury sanitarnej (jako placówki leczniczej);
- d) małe, kameralne budynki z elastyczną przestrzenią;
- e) projekt sensoryczny i poznawczy (światło, ruch);
- f) hybrydowość (w zakresie: architektury, sztuki, duchowości, metod terapeutycznych);
- g) wykorzystanie krajobrazu o właściwościach terapeutycznych;
- h) połączenie architektury z rodzajem terapii;
- i) zamiana hierarchii lekarz–pacjent na motto: „Wzmocnij pacjenta!”

Frisone zaleca też stałą ocenę funkcjonowania budynków w procedurze POE (*Post occupancy evaluation*) z udziałem psychologów, socjologów i geografów zdrowia, zwracając uwagę, że standardowa POE wykonywana przez projektantów, głównie inżynierów, daje — co prawda — odpowiedź na temat komfortu technicznego, energetycznego i środowiskowego budynków, ale nie mówi nic o aspektach związanych ze społecznymi i psychologicznymi wymiarami ich oddziaływania (Frisone, 2021, s. 250).

O zredagowanie nowego paradygmatu wyrażonego ogólnie dla *zdrowej architektury* pokusili się także badacze Santiago Quesada-García, Pablo Valero-Flores i Maria Lozano-Gómez, związani z Wydziałem Projektowania Architektonicznego Uniwersytetu w Sewilli oraz Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Maladze. Hipoteza przedstawiona w opublikowanym w 2023 roku artykule ich autorstwa brzmi: *architektura nie jest już definiowana wyłącznie przez parametry wizualne lub geometryczne, ale także przez inne wymiary obejmujące aspekty środowiskowe, poznawcze, psychologiczne i fizjologiczne, wpływające na komfort, samopoczucie oraz zdrowie fizyczne i psychiczne ludzi* (Quesada-García, Valero-Flores, Lozano-Gómez, 2023, s. 3). Swoje analizy oparli o dotychczasowe badania o charakterze jakościowym, które skonfrontowali ze studiami przypadków. Pozwoliło to na zaproponowanie nowego paradygmatu, który został przedstawiony w tzw. Dekalogu. Pośród dziewięciu punktów, jak się wydaje dość oczywistych, które promują: jakość powietrza, odpowiednią temperaturę i wilgotność otoczenia, naturalne oświetlenie, kontrolę zanieczyszczenia hałasem, jakość wody, jonizację powietrza, monitoring obecności radonu, monitoring zanieczyszczenia elektromagnetycznego, jeden — dziesiąty — odnosi się bardziej bezpośrednio do architektury, podkreślając znaczenie holistycznego

podejścia do projektowania *zapewniającego użytkownikom orientację, racjonalny rozkład i maksymalne bezpieczeństwo i wykorzystującego zasoby kompozycyjne, symboliczne i formalne, nadające przestrzeniom architektonicznym znaczenie pozwalające na wykraczanie poza pierwotną funkcję*. W ten sposób — jak podkreślono w podsumowaniu tego punktu — *powstają zrozumiałe miejsca, w których użytkownik może odnaleźć wartość narracyjną, a także poczucie przynależności* (Quesada-García, Valero-Flores, Lozano-Gómez, 2023, s. 17).

W publikacji tej na uwagę zasługują także rozważania o wpływie ustaleń neurobiologii w zakresie wpływu zmian środowiskowych na ludzki mózg, a zatem także ludzkie zachowanie. Stworzyło to podstawy dla interdyscyplinarnych badań nad relacjami pomiędzy neuronauką a architekturą. Zaowocowała ona powstaniem dziedziny badań określonych mianem „neuroarchitektury”, która bada wymagania funkcjonalne, jakie muszą spełniać budynki, aby ustalić, jak *różne środowiska architektoniczne wpływają na funkcje mózgu, takie jak: stres, emocje, pamięć i uczenie się* (Quesada-García, Valero-Flores, Lozano-Gómez, 2023, s. 6).

Autorzy artykułu przywołali także inne dyscypliny, na gruncie których bada się *wpływ przestrzeni na człowieka i powodów, dla których czuje się on dobrze w danym miejscu*, a mianowicie socjologię i psychologię. Szczególnie interesujące, z punktu widzenia analiz podjętych w niniejszym artykule, są ustalenia lekarza i socjologa — Aarona Antonovsky’ego (Antonovsky, 1979), który zaproponował nową dziedzinę badań, zwaną „salutogenezą”. W jej ramach stwierdził, że środowisko lub przestrzeń, aby wpływać pozytywnie na człowieka, musi spełnić trzy kryteria:

- a) musi być możliwa do zarządzania;
- b) musi być zrozumiała;
- c) musi być znacząca (mieć znaczenie lub sens rozpoznawalny dla ludzi) (Antonovsky, 1979, za: Quesada-García, Valero-Flores, Lozano-Gómez, 2023, s. 6).

Bezpośrednio do centrów Maggie’s odnieśli się krótko w kontekście przywołania przykładów na tworzenie środowiska materialnego i psychologicznego, które ma umożliwić pacjentom i ich rodzinom cieszenie się lepszym samopoczuciem. Przytoczyli jednocześnie, jako główny — ich zdaniem — pośród najwcześniejszych, przykład takich placówek w postaci Jednostek Opieki Paliatywnej (USP), działających we Francji od 1988 roku, pisząc, iż język architektoniczny tych obiektów *ma silną symbolikę, dzięki czemu przestrzenie te wywołują emocje*, a za najwybitniejszą realizację w tej grupie podali

jednostkę USP przy szpitalu Cognacq-Jay w Paryżu, zrealizowaną w 2006 roku na podstawie projektu Toyoo Itō, późniejszego (2013) laureata nagrody Pritzкера. Dodajmy, że hospicja USP dysponują oddziałami z łózkami oraz niewielkim, kilkumiejscowym oddziałem dziennym.

Autorzy publikacji zwrócili też uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię, a mianowicie na wpływ architektury placówek hospicyjnych na pracowników, pisząc, że *opiekują się one także nimi, co tworzy korzystną atmosferę psychologiczną poprzez zmniejszenie stresu emocjonalnego spowodowanego trudnymi sytuacjami* (Quesada-García, Valero-Flores, Lozano-Gómez, 2023, s. 1–2).

6.2. Metasynteza wyników badań jakościowych

W 2024 roku został opublikowany artykuł, w którym przedstawiono wyniki przeglądu zakresowego, którego celem była analiza literatury angielsko- i niemieckojęzycznej na temat klinik opieki paliatywnej oraz hospicjów dziennych, pod kątem odpowiedzi na dwa pytania: *Co wiadomo na temat stanu zapotrzebowania na powyższe placówki?* oraz *Co wiadomo na temat modeli opieki paliatywnej w klinikach opieki dziennej i w hospicjach dziennych?* (Terjung i in., 2024). Wyszukiwanie przeprowadzono poprzez PubMed, Web of Science Core Collection, CINAHAL oraz Google Scholar. Łączna liczba publikacji wyniosła 2643.

Powyższy przegląd dostarczył informacji na temat różnych modeli opieki, pośród których dominuje model mieszany, który preferowali głównie pacjenci, doceniając możliwość dostępu do opieki medycznej, połączonej ze wsparciem psychologicznym i społecznym. Zwracano przy tym uwagę na możliwość oderwania się w placówce dziennej od roli pacjenta i zmniejszenia uczucia izolacji w chorobie. Model kliniczny preferowali natomiast lekarze.

Z przeprowadzonych analiz wynika także, iż większość placówek opieki paliatywnej obsługiwana była przez zespół multidyscyplinarny, zapewniający różnorodność usług i zajęć (fizjoterapia, terapia zajęciową, muzykoterapia, aromaterapia), z dominującą rolą pielęgniarek. W większości publikacji zawarto także informację o znaczącej roli wolontariuszy w funkcjonowaniu takich placówek. Także o tym, że są one otwarte zwykle w godzinach 10–15, przez 1 do 7 dni w tygodniu.

W artykule podsumowano również dane dotyczące finansowania tych placówek, z których wynika, iż większość z nich polegała (przynajmniej częściowo) na zbiórkach funduszy i wolontariacie.

W 2023 roku grupa badaczy — z dwóch wydziałów University of Liverpool: School of Architecture

oraz Institute of Psychology Health and Society — Bekir Hüseyin Tekina, Rhiannon Corcoran, Rosa Urbano, przedstawiła nowe odczytanie wkładu Maggie's we wsparcie onkologiczne, poprzez metasyntezę wyników badań dotyczących tych obiektów przez pryzmat biofilii, która wyjaśnia wpływ decyzji projektowych związanych z naturą na życie pacjentów onkologicznych (Tekin i in., 2023). Celem było zbadanie architektury Maggie's Centres z perspektywy użytkowników i projektantów, ocena ich zamierzeń projektowych skonfrontowanych z doświadczeniem tych budynków. Wykorzystano przy tym wcześniej przeprowadzone badania jakościowe tych centrów, które obejmowały wywiady, grupy fokusowe, obserwacje i kwestionariusze. Jak czytamy w podsumowaniu: *Systematycznie wybrane dane pomogły zidentyfikować i uszeregować parametry projektu biofilnego, które wydają się najistotniejsze dla promowania i wspierania zdrowia i dobrego samopoczucia człowieka w nieklinicznych środowiskach terapeutycznych, z perspektywy użytkownika. Dostarczyły również informacji na temat charakterystycznych interwencji projektowych, związanych z parametrami biofilnymi oraz wskazania referencyjne dla przyszłych badań w tych środowiskach* (Tekin i in. 2023, s. 2). Wskazano także na następujące elementy biofilne w architekturze centrów Maggie's:

- a) przyjazna forma budynku;
- b) otwarte, elastyczne plany;
- c) naturalne światło i powietrze;
- d) ciepłe materiały (głównie drewno);
- e) otwarcie na krajobrazy;
- f) komfort termiczny;
- g) uwzględnienie oddziaływania sensorycznego (zapachy, dźwięki, faktury, kolory) (Tekin i in. 2023, s. 2).

Zakres i wyniki badań nad ośrodkami Maggie's należy uzupełnić relacją z badań nad związanymi z nimi ogrodami, które przeprowadziła Angela Butterfield w swojej pracy doktorskiej z 2014 roku, pt. *Resilient Places? Healthcare Gardens and the Maggie's Centres* (Butterfield, 2014), obronionej na University of Arts w Londynie. Skrót tej dysertacji ukazał się drukiem w 2016 (Butterfield, 2016). Teza tej pracy brzmi: *Jako integralne części wszystkich centrów Maggie's, ogrody pełnią funkcję tzw. progów lub przestrzeni przejściowych, które prowadzą ludzi ze szpitala do innego, osłoniętego miejsca. Są one również elementem terapeutycznym, umożliwiającym pacjentom i gościom nawiązanie kontaktu z naturą i porami roku, co niewątpliwie jest korzystne zarówno dla umysłu, jak i ducha* (Butterfield, 2014, s. 16). Jak to ujął Jencks: *Natura odzwierciedla pory*

roku, jest życiem i śmiercią, dlatego ogrody są dla nas tak ważne (Foster, 2019).

Wykorzystując cztery różne ogrody Maggie's jako studia przypadków, Butterfield przeprowadziła badania, które miały na celu określenie roli tych przestrzeni zewnętrznych i ich wpływu na użytkowników. Wykorzystała przy tym podejście etnograficzne i sensoryczne, mapując każdy z ogrodów w celu ukazania powiązań pomiędzy ogrodami, ludźmi i zdrowiem. Przeanalizowała szczegóły projektów oraz intencje projektantów, weryfikując je metodami jakościowymi z doświadczeniami personelu, pacjentów i gości.

Pozwoliło to autorce, w podsumowaniu pracy, zredagować *paradygmat ogrodów Maggie's*, zawierający jednocześnie cechy uniwersalne dla wszystkich ogrodów terapeutycznych. Według niej powinny one zawierać następujące cechy: *progi, bogactwo sensoryczne, gęstość czasu i swojskość*. Przy czym *progom* przypisała właściwości buforowe dla wchodzenia i wychodzenia z budynku i jednocześnie orientujące.

Wskazała również, iż ogrody takie muszą oferować wiele — ale łagodnie oddziałujących — elementów sensorycznych (zapach, dźwięk, ruch, kolor, faktura, światło, temperatura). Zaproponowała też włączenie do ogrodów roślin jadalnych oraz elementów wodnych.

Za *gęstością czasu* kryje się natomiast, w rekomendacjach Butterfield, uwzględnienie w ogrodach *zmian sezonowych i związanych z nimi cykli przyrody* poprzez zapewnienie możliwości ich oddziaływania na pacjentów przez cały rok. Autorka odradza jednocześnie wykorzystywanie w nich silnie angażujących emocje symboli i pomników (Butterfield, 2014, s. 360).

W zaproponowanym paradygmacie zawarta została także *swojskość* rozumiana jako *wygoda, intymność* skojarzone z domową atmosferą. W propozycjach z nią związanych znalazła się i taka, aby traktować ogród jak *stół kuchenny w budynku* (Butterfield, 2014, s. 361), dodając do tego możliwość wykorzystania ogrodu jako *kuchennego* z uprawą ziół, owoców, warzyw i kwiatów.

Butterfield zwróciła także uwagę na rolę, jaką ogrody przy placówkach medycznych odgrywają w humanizacji procesu leczniczego. Idąc dalej i mając na uwadze, iż ogrody są często postrzegane jako luksusowy dodatek, proponuje procesy projektowe rozpoczynać od ogrodu właśnie, a następnie *pozwolić budynkowi z niego ewoluować* (Butterfield, 2014, s. 359).

W tym miejscu odnotować także należy wielką rolę, jaką w promocji idei Maggie's oraz w recenzo-

waniu kolejnych obiektów należących do tej grupy odegrał mąż Maggie — Charles Jencks — autor wielu poświęconych im publikacji, w tym pięciu artykułów (Jencks, 2005; 2010; 2012; 2017; 2018), jednej współautorskiej monografii (Jencks, Heathcote, 2010) oraz wielu wywiadów i wykładów. Te, poświęcone bezpośrednio architekturze Maggie's, nie są wynikiem badań prowadzonych przez Jencksa, lecz raczej rezultatem jego przemyśleń na temat efektów pracy projektantów zaangażowanych w realizację tego oryginalnego projektu. Na większą uwagę zasługują dwa z nich: artykuł z 2017 roku poświęcony Maggie's w kontekście związków pomiędzy architekturą i zdrowiem (Jencks, 2017) oraz obszerna i mająca już dwie edycje monografia (pierwsze wydanie współautorskie) (Jencks, Heathcote, 2010).

W artykule z 2017 roku zwracają uwagę komentarze mówiące o elastyczności i hybrydowości przestrzeni 20 ośrodków Maggie's (tyle wybudowano do tego czasu), które reprezentują różne style architektoniczne, połączone *postmodernistycznym eksperymentem przeprowadzonym na szalce Petriego* (czyli szklanym naczyniu używanym w laboratoriach do hodowli mikroorganizmów). Autor zauważa także, że różne typy budynków ewokują rozmaite metafory wizualne. I tak budynek Fostera (Maggie's Manchester) jest postrzegany przez niego jako *drewniany samolot z opiekuńczymi skrzydłami*, Fife Zahy Hadid jako *czarny kryształ*, Rema Koolhasa (Glasgow Maggie) jako *biały pączek*, Maggie's Swansee Kisho Kurokawy jako *spiralna galaktyka*, a Meggie's w Oxfordzie Wilkinsona Eyre'a jako *fraktalny domek na drzewie* (Jencks, 2017, s. 69). Pomimo różnic typologicznych i stylistycznych, to właśnie metafory — zdaniem Jencksa — przyczyniają się do osiągnięcia efektu, który nazwał *małym ikonicznym budynkiem*, odwołując się przy tym do tradycji ikonicznej, jaką zapoczątkował Gehry kreując *efekt Bilbao* (Jencks, 2017, s. 70).

Znajdziemy w artykule Jencksa także zdanie brzmiące: *Jeśli chodzi o architekturę, w Maggie's odkryliśmy, że w pierwszej kolejności wspiera ona opiekunów, a jeśli dbasz o nich w dobrej atmosferze, pojawiają się w pracy i dobrze opiekują pacjentami* (Jencks, 2017, s. 73), nie powołując się jednak na żadne konkretne, naukowe ustalenia w tym zakresie. Przypomnijmy zatem, że badania jakościowe, których wyniki przeprowadzono w 2019 roku, zwłaszcza wywiady z architektami, nie potwierdzają uwzględnienia samopoczucia pracowników centrów w ich podejściu do przygotowania koncepcji budynków (van der Linden, Annemans, Heylighen, 2016).

Na końcu artykułu zadał Jencks pytanie: *Jak Maggie's odnoszą się do paradygmatu zrównowa-*

zonego rozwoju? Odpowiadając przywołał *zielone budynki* projektu Koolhaasa, Cullinana, Foster'a oraz Amandy Levete (Jencks, 2017, s. 74).

Drugą publikacją Jencksa, poświęconą bezpośrednio architekturze Maggie's, jest książka napisana wspólnie z amerykańskim architektem — Edwinem Heathcotem — rozszerzająca znacząco zagadnienia historyczne, związane ze środowiskiem i budynkami świadczącymi opiekę zdrowotną. Najobszerniejszą jej część stanowi, bogata w liczne fotografie, katalogowa prezentacja obiektów Maggie's (sześć zrealizowanych, sześć projektowanych oraz trzy niezrealizowane). Część analityczną stanowi zbiorcze zestawienie planów ośmiu centrów, opracowane przez córkę Maggie i Charlesa — Lily Jencks, podzielonych na cztery kategorie. Pierwsza to tzw. czarny plan budynku, druga pokazuje układ komunikacyjny, trzecia prezentuje podział funkcjonalny na strefy: a) półpubliczną, b) prywatną i półpubliczną, c) prywatną, półpubliczną i publiczną, d) zieleń i tarasy — publiczne i prywatne, czwarta łączy czarne plany z obszarami zajmowanymi przez zieleń. Przedstawiono je w porządku typologicznym, opatrzonym określeniami: *wiatraczek* (*pinwheel*: Maggie's Hongkong, Maggie's Edinburgh), *wiatraczkowa spirala* (*pinwheel spiral*: Maggie's Glasgow, Maggie's Dundee, Maggie's London), *centralna spirala* (*central spiral*: Maggie's Invermess, Maggie's Fife), *centralny donat* (*central doughnut*: Maggie's Gartnavel) (Jencks, Heathcote, 2010, s. 14–15). W tekście nie znajdziemy bezpośredniego odniesienia do tych schematów, poza podkreśleniem hybrydowego charakteru budynków Maggie's oraz stwierdzeniem, że w istocie funkcjonują one jako *none-type*, jako *domy, które nie służą do mieszkania, szpitale, które nie są instytucjami, kościoły, które nie są miejscami kultu religijnego oraz galerie sztuki, które nie są muzeami*. (*It is like a house which is not a home, a collective hospital which is not an institution, a church which is not religious, and an art gallery which is not a museum.*) (Jencks, Heathcote, 2010, s. 14).

6.3. Analiza składni przestrzeni (*space syntax*)

Jest to teoria przestrzeni i zarazem zbiór narzędzi analitycznych, ilościowych i opisowych do analizowania form przestrzennych, pozwalających na testowanie przestrzeni (architektonicznej, urbanistycznej, krajobrazowej). Głównym przedmiotem zainteresowania składni przestrzeni (*space syntax*) jest relacja pomiędzy ludźmi a zamieszkwanymi, czy też użytkowanymi, przez nich przestrzeniami. Została ona opracowana pod koniec lat 70. XX stulecia w The Bartlett School of Architecture (Londyn) i do dzisiaj jest tam wykładana studentom. Dzięki niej odkryto,

że pewne miary korelują z ludzkim zachowaniem w przestrzeni.

Można jej używać na etapie koncepcyjnym, dzięki czemu projektant może konsolidować swoje idee albo je redefiniować w celu osiągnięcia satysfakcjonujących form przestrzennych. Jak pisze Dursun: *Space syntax stanowi język mówienia o przestrzeni, język którego architekci nie znają, naukowy i matematyczny, space syntax przenosi wiedzę opartą na nauce do procesu projektowania (...) stanowi rdzeń projektowania opartego na dowodach, zapewnia architektom narzędzia do eksploracji ich pomysłów, zrozumienia możliwych efektów ich propozycji, a także pokazania, jak ich projekty będą działać, zwracając jednocześnie uwagę, że ten rodzaj oceny opiera się na interakcji między ludźmi a zaprojektowanymi przestrzeniami i w tym sensie różni się od metod, które testują lub wskazują wydajność przestrzeni w odniesieniu do kryteriów takich jak zużycie energii, ilość światła itp.* (Dursun, 2007, s. 2).

Hospicja Maggie's są z założenia placówkami otwartymi, przeznaczonymi nie tylko dla osób z zaawansowaną chorobą onkologiczną, ale również dla ich rodzin, przyjaciół oraz wolontariuszy. Dlatego też w rozwiązaniach funkcjonalno-przestrzennych hospicjów pojawia się istotny problem określenia stref dostępności dla wszystkich grup użytkowników. Podział na takie strefy jest jednym z paradygmatów projektowania budynków hospicjów. Dotyczy to, w przypadku hospicjum typu dziennego, następujących stref:

- publicznej i półpublicznej, do której z reguły przypisuje się funkcje strefy wejściowej, kuchni i jadalni, strefy aktywności i rekreacji oraz szeroko rozumianej przestrzeni komunikacyjnej;
- prywatnej i półprywatnej, do której należą pomieszczenia konsultacji, spotkań w mniejszych grupach, pomieszczenia do wyciszenia, przestrzenie biurowe oraz zapewniające intymność.

Występują również przestrzenie o charakterze hybrydowym, które mogą zmieniać swój charakter i przekształcać się w zależności od potrzeb, np. w tarasy wypoczynkowe, pomieszczenia wielofunkcyjne.

W celu analizy dostępności przestrzeni w hospicjach posłużono się metodą składni przestrzeni, przy zastosowaniu wyjustowanych grafów dla rzutów wszystkich 32 hospicjów zrealizowanych lub zaprojektowanych. W przypadku analizy składni przestrzeni opartej na wyjustowanych wykresach przepuszczalności (czyli głównej informacji wymaganej do przeprowadzenia analizy składni przestrzeni wewnętrznej, opisywanej jako każda część budynku dostępna dla każdej innej części bez wychodzenia poza granice), rysunki rzutów pięter są podstawowym źródłem infor-

macji — rysunek rzutu kondygnacji pokazuje istotne cechy przestrzeni wewnętrznej.

W metodzie analizy morfologicznej charakterystyki składni przestrzeni układu rzutu są analizowane za pomocą wyjustowanych grafów dostępu. Na tych grafach wszystkim przestrzeniom przypisuje się wartości głębokości, zgodnie z wybraną przestrzenią początkową (nośnik), którą jest zewnętrzna część hospicjum.

Po utworzeniu grafów wykonano standardowe obliczenia związane z właściwościami konfiguracji przestrzennej, a mianowicie obliczono:

- średnią głębokość (*MD: Mean Depth*) przestrzeni w układzie przestrzennym;
- wartość integracji przestrzeni, czyli względnej asymetrii (*RA: Relativ Assymetry*);
- wartość integracji przestrzeni, czyli rzeczywistej względnej asymetrii (*RRA: Real Relative Assymetry*).

Właściwości wyjustowanych wykresów odgrywają znaczącą rolę w interpretowaniu stopnia prywatności przestrzeni hospicjum, których określone wielkości wskazują na stopień integracji pomieszczeń w całej strukturze, sprawiając, że przestrzenie są dostępne lub niedostępne — publiczne albo prywatne (Manum, 1999).

Istotne są tutaj wartości rzeczywistej asymetrii względnej, które wskazują na stopień integracji

przestrzeni. Niskie wartości RRA oznaczają wyższą integrację, a wysokie wartości oznaczają wysoką segregację (Manum, 1999). Najmniejszą głębokość można osiągnąć, gdy wszystkie przestrzenie są bezpośrednio połączone z przestrzenią początkową, podczas gdy największa głębokość jest wtedy, gdy wszystkie przestrzenie są połączone liniowo (Hillier, 1988; 2007).

7. WYNIKI ANALIZ I ICH INTERPRETACJA

W celu uzyskania punktu odniesienia do oceny wyników analizy składni przestrzeni hospicjów wybrano jako „modelowy” schemat funkcjonalny „idealnego budynku hospicyjnego” (il. 4), reprezentującego model „day-care”, który przewiduje podział planu na cztery strefy: publiczną, półpubliczną, półprywatną i prywatną. Opracowano dla tego układu wyjustowany graf dostępu oraz obliczono podstawowe wartości składni przestrzeni, przyjmując jako węzeł początkowy przestrzeń zewnętrzną.

Zarówno struktura grafu, jak i obliczenia, wskazują na znaczny stopień segregacji przestrzeni i dążenie do prywatności.

Wyniki obliczeń parametrów składni przestrzeni dla 32 hospicjów Maggie’s przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 1. Parametry składni przestrzeni dla modelowego hospicjum.

Nazwa hospicjum	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Schemat funkcjonalny „idealnego budynku hospicyjnego”(il. 4, 14).	5,26	0,61	2,44

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Powierzchnia, liczba kondygnacji i parametry składni przestrzeni dla 32 centrów Maggie’s.

Nazwa hospicjum	Powierzchnia(m ²) / liczba kondygnacji	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Maggie’s Highlands, Raigmore Hospital, architekt: David Page i Andy Bateman. Realizacja: 2005.	225 / 2 kon.	2,78	0,27	1,05
Maggie’s Aberdeen, Elizabeth Montgomerie Building, Aberdeen Royal Infirmary Hospital, architekt: Snøhetta. Realizacja: 2013.	350 / 2 kon.	4,55	0,47	1,96

Nazwa hospicjum	Powierzchnia(m ²) / liczba kondygnacji	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Szpital Maggie's Dundee Ninewells, architekt: Frank Gehry. Realizacja: 2003.	214 / 2 kon.	2,44	0,24	0,89
Szpital Maggie's Fife Victoria, architekt: Zaha Hadid Architects. Realizacja: 2006.	250 / 1 kon.	2,33	0,30	1,03
Maggie's Edinburgh przy Western General Hospital, architekt: Richard Murphy OBE z Richard Murphy Architects. Realizacja: 2018.	229 / 2 kon.	3,13	0,32	1,33
Maggie's Forth Valley, budynek Niny Barough, Forth Valley Royal Hospital, architekt: Garbers & James. Realizacja: 2017.	200 / 1 kon.	3,85	0,34	1,48
Maggie's Lanarkshire, architekt: Reiach and Hall Architects. Realizacja: 2014.	300 / 1 kon.	4,00	0,33	1,43
Maggie's Glasgow, Gartnavel General Hospital, architekt: Rem Koolhaas. Realizacja: 2011.	534 / 1 kon.	4,76	0,40	1,82
Maggie's Newcastle, Freeman Hospital, architekt: Ted Cullinan z Cullinan Studio. Realizacja: 2013.	300 / 2 kon.	3,85	0,32	1,39
Maggie's Yorkshire St James's, Jednostka Szpitala Uniwersyteckiego, architekt: Thomas Heatherwick. Realizacja: 2019.	462 / 2 kon.	4,17	0,32	1,52
Maggie's Oldham, budynek Sir Normana Staller, Królewski Szpital Oldham, architekt: Alex de Rijke i Jasmin Sohi z drMM Architects. Realizacja: 2017.	200 / 1 kon.	2,78	0,35	1,25
Maggie's Manchester, budynek Roberta Parfetta, Szpital Christie NHS Foundation Trust, architekt: Foster + Partners. Realizacja: 2016.	730 / 2 kon.	2,63	0,30	1,07

Nazwa hospicjum	Powierzchnia(m ²) / liczba kon- dygnacji	*MD — śred- nia głębokość węzła w ukła- dzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asy- metria układu
Maggie's — Budynek Fundacji Steve'a Morgana, Centrum Onkologii Clattlerbridge, architekt: Carmody Groarke. Realizacja: 2014.	90 (279) / 1 kon.	2,70	0,36	1,27
Kampus szpitala miejskiego Maggie's w Nottingham, Szpital miejski w Nottingham, architekt: Piers Gough z CZWG Architects, Paul Smith Ltd. (wnętrze). Realizacja: 2011.	360 / 2 kon.	5,00	0,36	1,71
Maggie's Coventry przy Szpitalu Uniwersyteckim Warwickshire, architekt: Jamie Fobert Architects. Realizacja: 2024.	400 / 1 kon.	3,45	0,29	1,28
Maggie's Northampton, Northampton General Hospital NHS Trust, architekt: Jamie Fobert Architects. Realizacja: 2024.	625 / 2 kon.	4,76	0,42	1,83
Maggie's Oxford, budynek Patricii Thompson, Churchill Hospital, architekt: Chris Wilkinson z Wilkinson Eyre. Realizacja: 2014.	225 / 1 kon.	3,70	0,42	1,62
Maggie's przy Cheltenham General Hospital, architekt: Sir Richard MacCormac z MJP Architects. Realizacja: 2010.	185 / 2 kon.	3,03	0,22	0,88
Maggie's przy Swansea Singleton Hospital, architekt: Kisho Kurokawa Architects z Garbers & James. Realizacja: 2011.	302 / 2 kon.	3,03	0,25	1,04
Maggie's Cardiff, budynek Chrisa McGuigana, Centrum Onkologii Velindre, architekt: Biba Dow i Alun Jones z Daw Jones Architects. Realizacja: 2019.	240 / 1 kon.	4,35	0,56	2,07
Maggie's Taunton Musgrave Park Hospital, architekt: Alison Brooks Architects. Realizacja: 2024(?).	~490 / 2 kon.	2,56	0,23	0,91

Nazwa hospicjum	Powierzchnia(m ²) / liczba kondygnacji	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Maggie's przy Southampton General Hospital, architekt: AL_A. Realizacja: 2021.	350/1kon.	3,23	0,40	1,43
Maggie's przy szpitalu Royal Marsden, architekt: Ab Rogers Design. Realizacja: 2019.	450 / 2 kon.	4,00	0,27	1,35
Maggie's przy szpitalu Charing Cross w zachodnim Londynie, architekt: Ivan Harbour z Rogers Stirk Harbour + Partners. Realizacja: 2008.	370 / 2 kon.	3,13	0,25	1,09
Maggie's Barts — Londyn (City & East), Szpital św. Bartłomieja, architekt: Steven Holl Architects, Darren Hawkes. Realizacja: 2017.	607 / 3 kon.	5,56	0,38	1,90
Maggie's w Royal Free Hospital, architekt: Daniel Libeskind — Studio Libeskind. Realizacja: 2024.	454 / 2 kon.+dach	5,56	0,30	1,77
Maggie's w Centrum Medycznym Uniwersytetu w Groningen, architekt: Marlies Rohmer. Realizacja: 2024.	600 / 2 kon.	3,33	0,16	0,89
Centrum Maggie's Szpitala Kálida w Barcelonie, architekt: Benedetta Tagliabue i John Callis z Miralles Tagliabue EMBT. Realizacja: 2019.	400 / 2 kon.	5,00	0,35	1,75
Centrum Maggie's w Hongkongu Tuen Mun, architekt: Frank Gehry, Realizacja: 2013.	350 / 1 kon.	3,70	0,28	1,27
Centrum Maggie's Tokio, architekt: Cosmos More i Nikken Sekkei Ltd. Realizacja: 2016.	150 / 1 kon.	2,44	0,32	1,10

Nazwa hospicjum	Powierzchnia(m ²) / liczba kondygnacji	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Centrum Maggie's Glasgow, The Glasgow University Gatehouse, architekt: Page & Park Architects. Realizacja: 2002.	~300 / 2 kon.	2,38	0,20	0,80
Maggie's Wirral, The Clatterbridge Cancer Centre, architekt: HB Architects. Realizacja: 2020.	~600 / 2 kon.	3,57	0,25	1,19
Wartość średnia	360,7	3,62	0,32	1,36

Źródło: opracowanie własne.

*MD — średnia głębokość węzła w układzie dla węzła zewnętrznego. Oblicza się ją według wzoru:

$$MD = TD / (k - 1),$$

gdzie TD to suma połączeń między danym węzłem na grafie i każdym innym węzłem, ważona głębokością, obliczona według wzoru:

$$TD = (0 \times nx) + (1 \times nx) + (2 \times nx) + \dots + (X \times nx).$$

**RA — względna asymetria porównuje, jak głęboki jest układ od określonego punktu z tym, jak głęboki lub płytki może być teoretycznie (*relative asymmetry*). Upraszczając, bardziej zintegrowane przestrzenie są bardziej publiczne i ludzie będą częściej spotykać się w tych przestrzeniach. Mniej zintegrowane przestrzenie są bardziej prywatne lub mają mniejsze prawdopodobieństwo bycia miejscami losowych spotkań. RA jest również ważne, ponieważ pozwala badaczowi porównywać pomiary pochodzące z grafów o podobnej wielkości poprzez normalizację MD do zakresu od 0,0 do 1,0. Wartość oblicza się przy pomocy wzoru:

$$RA = 2 (MD - 1) / (k - 2).$$

***RRA — (*real relative asymmetry*) rzeczywista asymetria względna porównuje wartość RA określonej przestrzeni z wartością RA dla przestrzeni początkowej wyjustowanego grafu — układu w kształcie rombu. Ponieważ wartości grafu są względne w stosunku do liczby węzłów i ich rozkładu, aby przeprowadzić porównanie między grafami o różnych rozmiarach (plany budynków z różną liczbą pomieszczeń), RRA normalizuje miary względem wyidealizowanego grafu diamentowego D, dla liczby przestrzeni K. RRA oblicza się według wzoru: $RRA = RA/Dk$.

Wyniki obliczeń wskazują, że wartości integracji RRA są bardzo zróżnicowane i wynoszą od 0,80 do 2,07, przy czym zdecydowana większość przypadków ma wartość integracji RRA powyżej 1,00 — takich hospicjów jest 27. Można zatem stwierdzić, że ogólną tendencją w projektowaniu Maggie's Center jest dążenie do równowagi między przestrzenią publiczną i prywatną. Wartości zbliżone do RRA modelowego, które wynosi 2,44 wykazuje 10 hospicjów (RRA powyżej 1,5) i można stwierdzić, że wykazują one w rozwiązaniach przestrzennych dążenie do większej izolacji przestrzeni, wynikające między innymi z faktu, że są to w przeważającej mierze rozwiązania piętrowe — 8 hospicjów, a pozostałe parterowe z komunikacją obwodową. Przykładem tego typu hospicjum jest Gartnavel w Glasgow (R. Koolhaas), w którym centralny układ rzutu wokół wewnętrznego atrium został połączony obwodową komunikacją łączącą kolejno wszystkie funkcje. Dodatkowo zwiększono stopień prywatności poszczególnych pomieszczeń przez

zróżnicowanie poziomów połączonych przy pomocy pochylni (RRA wynosi 1,82).

Pozostałe przykłady, których wartości RRA mieszczą się w granicach 1,0–1,5 (17 hospicjów) wykazują większy stopień integracji przestrzeni otwartej dla wszystkich użytkowników. Przykładem takiego bardziej zrównoważonego układu rzutu jest Hospicjum Forth Volley (Garbers & James). Wartość integracji RRA wynosi 1,48 i odzwierciedla równowagę przestrzeni prywatnych i publicznych, na który pozwala układ planu w formie trójkątnej gwiazdy z centralną przestrzenią wspólną oraz wydzielonymi pomieszczeniami na końcach ramion. Dostępność pomieszczeń półprywatnych i prywatnych (pokoje konsultacji, pokoje zajęć w mniejszych grupach) jest ograniczona koniecznością amfiteatralnego przejścia przez inne funkcje usytuowane w otwartej przestrzeni.

Jedynie 5 hospicjów ma wartość integracji RRA poniżej 1,0 i ich cechą charakterystyczną jest bardziej lub mniej formalna otwarta publiczna przestrzeń komunikacyjna, z której jest bezpośredni

dostęp do pozostałych pomieszczeń. Można takie rozwiązania zaobserwować w hospicjum w Dundee Franka Ghery’ego, czy też w nieco innej formie w hospicjach w Groningen i Taunton.

Na podstawie analiz liczbowych grafów można określić statystyczny wynik średniej wartości wszystkich parametrów. Taki statystyczny, uśredniony „model” składni przestrzeni hospicjum charakteryzują następujące liczby: średnia głębokość grafu MD wynosi 3,62; asymetria względna RA wynosi 0,32; rzeczywista asymetria względna RRA to 1,36; uśredniona powierzchnia budynku wynosi około 360 m².

do zmiennych potrzeb poprzez ruchome przegrody, kontakt z ogrodem i wykorzystanie jego terapeutycznych właściwości, zróżnicowana i bogata formalnie przestrzeń zewnętrzna i wewnętrzna hospicjum przy zachowaniu niezbędnego umiaru i wykorzystaniu zróżnicowanych planów do lepszej integracji z otoczeniem, a w końcu niebanalna kolorystyka mająca inspirować do działania. Mimo że obiekt powierzchniowo jest większy od statystycznego o 90 m², to poprzez rozczłonkowanie bryły bardzo dobrze wpisuje się w koncepcję hospicjum jako budynku o „domowym” charakterze, co niewątpliwie jest jego dużą zaletą.

Tabela 3. Parametry składni przestrzeni dla statystycznego — modelowego hospicjum.

Nazwa hospicjum	Powierzchnia (m ²)	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Hospicjum Royal Marsden (il. 15)	450 m ²	4,0	0,27	1,36

Źródło: opracowanie własne.

Spośród analizowanych przykładów hospicjów brak jest takiego, który spełniałby wszystkie parametry, jednak najbliższy średniej wartości integracji RRA jest przypadek hospicjum Royal Marsden (AB Rogers Design), dla którego wartość RRA wynosi 1,36. Jest to obiekt dwukondygnacyjny, złożony z pięciu brył, które otaczają centralny dziedziniec. Zarówno na parterze, jak i na piętrze zaprojektowano pomieszczenia do cichej refleksji, które sąsiadują z przestrzeniami wspólnymi, służącymi integracji i do wzajemnego wsparcia. Kontakt z otaczającym ogrodem zapewniają przeszklone fasady rozpięte wachlarzowo w kierunku południowym. Interakcje społeczne, zarówno na parterze, jak i na piętrze generują otwarte przestrzenie komunikacyjne, które mogą być powiększone o przylegające powierzchnie aktywności i spotkań grupowych przy pomocy przesuwanych ścian. Jedyne pomieszczenia całkowicie wyizolowanymi z otoczenia, oprócz toalet, są pokoje „purpurowe” na parterze i na piętrze, służące do wyciszenia i prywatnych rozmów. Wolnostojący pawilon, zamykający wnętrze atrium od strony południowej, jest dodatkową przestrzenią otwartą dla wszystkich użytkowników, służącą pracom ogrodowym i warsztatom związanym z projektowaniem ogrodów. Hospicjum Royal Marsden jako statystyczny obiekt modelowy posiada wiele cech, które są innowacyjne dla tego typu placówek: duże przestrzenie wspólne, elastyczny rzut adaptowany

W przeszłości były podejmowane próby opracowania projektu modelowego dla Maggie’s Center. Jedną z nich jest projekt dla Wielkiej Brytanii opracowany na zlecenie fundacji przez biuro Cagni Williams z Londynu w 2017 roku. Propozycja autorów sprowadza się do prostej formy prostopadłościanu o konstrukcji drewnianej, o małych rozpiętościach, którą można wzniesić w dowolnym miejscu przy użyciu prostej technologii. Modułowe prefabrykowane panele ściennie, dachowe i podłogowe umożliwiają szybkie i wydajne uzyskanie wodoszczelnej powłoki. Otaczający ogród stanowi część dostępną zarówno użytkownikom, jak i odwiedzającym. Otwarta przestrzeń wewnętrzna hospicjum jest starannie podzielona salami spotkań i konsultacji, tworząc idealną hybrydę przestrzeni publicznych i kameralnych przestrzeni prywatnych.

Budynek parterowy, zaprojektowany zgodnie z zasadami domów pasywnych, charakteryzuje się bardzo niskim zużyciem energii. Mimo prezentowanych przez autorów zalet i niskich kosztów budowy, obiekt — jak dotychczas — nie doczekał się realizacji.

Analiza składni przestrzeni dla tego hospicjum wskazuje na tendencje do zwiększania otwartości funkcji i ograniczania przestrzeni prywatnych.

Podsumowując analizę projektów hospicjów przy zastosowaniu metody składni przestrzeni należy stwierdzić, że rozwiązania przestrzenne obiektów są zróżnicowane i cechuje je poszukiwanie najlepszych

Tabela 4. Parametry składni przestrzeni dla modelowego hospicjum dla Wielkiej Brytanii.

Nazwa hospicjum	Powierzchnia (m ²)	*MD — średnia głębokość węzła w układzie	**RA — względna asymetria układu	***RRA — rzeczywista względna asymetria układu
Projekt modelowego hospicjum wykonanego na zamówienie Fundacji (il. 16)	max. 1000 m ²	3,33	0,30	1,25

Źródło: opracowanie własne.

rozwiązań zrównoważonych w aspekcie zaspokojenia potrzeb społecznych kontaktów, a także zapewnienia prywatności i poszanowania godności użytkowników dotkniętych chorobą. Uwidacznia się również tendencja o charakterze pragmatycznym (koszty) do poszukiwania modelowego rozwiązania, spełniającego wymagania społeczne określone przez Fundację, a także postulaty ekologiczne ograniczające koszty użytkowania i chroniące środowisko.

8. DYSKUSJA I PODSUMOWANIE

Z przeanalizowanych w artykule badań wynika, że ocena centrów Maggie's jest ogólnie wysoka, czasami wręcz entuzjastyczna. Ich autorzy,

reprezentujący różne dyscypliny badawcze (neuropsychologia, neurobiologia, socjologia, medycyna, architektura, architektura krajobrazu) oraz metody (jakościowa, ilościowa) poddali ocenie rozwiązania przyjęte dla centrów Maggie's, odnosząc je do opracowanych dla nich rekomendacji. Pozwoliło to na zbudowanie obrazu dotyczącego zarówno procesu projektowania, jak i uzyskanych efektów. Na tej bazie opracowane zostały wytyczne do projektowania hospicjów dziennych, uwzględniające aspekty oceniane pozytywnie, ale także dotyczące ich uwagi. W poniższej tabeli podzielono je na następujące kategorie: architektura, teoria projektowania, architektura krajobrazu, psychologia architektury.

Tabela 5. Wytyczne do projektowania hospicjów dziennych.

Lp.	Zakres	Zestawienie wytycznych do projektowania hospicjów dziennych*
I.	Architektura	<u>W zakresie formy i funkcji budynku:</u> + elastyczność (potencjał adaptacyjny); + czytelność układu, przejrzystość; + hybrydowość (ruch, sztuka, duchowość, metody terapii); + hybryda funkcjonalności (i powiązane z nią: niejednoznaczność, transformacja, elastyczność); + <i>non type</i> (Domy, które nie służą do mieszkania, szpitale, które nie są instytucjami, kościoły, które nie są miejscami kultu religijnego oraz galerie sztuki, które nie są muzeami); - są miejscami spotkań, nie hospicjami; + domowy, nieinstytucjonalny charakter (skala i atmosfera); - błędne, historycznie uwarunkowane przekonanie, że dla wszystkich „najlepszym miejscem na śmierć jest dom”; - nie każdy kojarzy dom z miejscem spokoju i komfortu: „ekstremalna” i instytucjonalna architektura szpitali może budzić pożądane skojarzenia z ekstremalną terapią; + podział na strefy (publiczna, półpubliczna, prywatna i półprywatna; często mieszane ze sobą); + niezbędne pomieszczenia: czytelne wejście, duży hol, centralne ze stołem i kuchnią (miejsce interakcji społecznych), oddzielne dla warsztatów, terapii, konsultacji, pokój dla pracowników; - ideologizacja przestrzeni, stół przejawem „Kichenizmu”; + architektura typu „look at me”; + architektura intrygująca i ośmielająca; - naleganie na oryginalną architektoniczną ekspresję może marginalizować tych, którzy nie podzielają tego tła;

Lp.	Zakres	Zestawienie wytycznych do projektowania hospicjów dziennych*
I.	Architektura	+ przywiązanie do znaczenia symboli; - symbolika biomedyczna może być denerwująca; - „raj dla nielicznych”. <u>W zakresie wymagań dotyczących mikroklimatu wnętrz i bezpieczeństwa:</u> + dostęp do dziennego światła; + dostęp do widoku z zewnątrz (skojarzenie środowiska uzdrawiającego z naturą); + odpowiednia izolacja akustyczna i wentylacja; + komfort termiczny; + komfort akustyczny. <u>W zakresie wykończenia wnętrz:</u> + ciepłe materiały (głównie drewno); + wysoki standard wykończenia; + terapeutyczne znaczenie kolorów; + rola sztuki; + brak oznakowania pomieszczeń („czyż robimy tak w domu?”).
II.	Teoria projektowania	<u>Metody naukowe — projektowanie zrównoważone:</u> + respektowanie zasad zintegrowanego projektowania; + uwzględnianie cech przestrzeni wpływającej pozytywnie: a) możliwa do zarządzania, b) zrozumiała, c) znacząca (mająca sens, rozpoznawalna dla ludzi); + wyznaczenie generatorów atmosfery architektonicznej; + zintegrowany model podejścia („umysł tak samo ważny jak ciało”); + uwzględnienie paradoksu terapeutyczności w nieterapeutyczności; + wykorzystanie sprawczości architektury — <i>cisi opiekunowie</i>; + ważna rola architektów zaangażowanych w projektowanie. <u>Metody heurystyczne:</u> - podejście intuicyjne, nie oparte na badaniach naukowych (głównym źródłem wiedzy fundacja Maggie’s); - odniesienie do <i>znormalizowanego użytkownika</i>; - nie badanie potrzeb pracowników i wolontariuszy; <u>Typologia:</u> + centra Maggie’s jako modele opieki paliatywnej; - nie ma modelu, a tym samym przestrzeni, dla „dobrego umierania”; - budowanie hospicjów na bazie obalania norm instytucjonalnych niesie ryzyko podobnej instytucjonalizacji. <u>Algorytm procesu projektowania:</u> + postulat odwrócenia procesu projektowego: budynek ewoluuje z ogrodu. <u>Metoda analizy składni przestrzeni (space syntax)</u> + analiza przestrzeni zintegrowanych i rozproszonych — publicznych i prywatnych w hospicjach; + poszukiwania modelowego rozwiązania, spełniającego wymagania społeczne oraz postulat ekologiczne ograniczające koszty użytkowania i chroniące środowisko.
III.	Architektura krajobrazu	<u>Teoria projektowania ogrodów terapeutycznych:</u> + uwzględnienie kontaktu z naturą i rozwiązań biofilnych; + zapewnienie widoków z wnętrza budynku (otwarcie na krajobraz); + ogród jako krawędź, gęstość czasu i swojskość (ogród jako „stół kuchenny”); + wykorzystanie sensorycznego oddziaływania ogrodu; + wykorzystanie terapeutycznych właściwości ogrodu; + postulat odwrócenia procesu projektowego: budynek ewoluuje z ogrodu.

Lp.	Zakres	Zestawienie wytycznych do projektowania hospicjów dziennych*
IV.	Psychologia architektury (przestrzeni)	<u>Specyficzne i niespecyficzne oddziaływanie architektury:</u> + unikanie instytucjonalnego wyglądu i atmosfery; + odpowiednia atmosfera dzięki przejrzystości komunikacyjnej; + stworzenie „domowej atmosfery” i skali; - domowy szablon przestrzeni opieki paliatywnej jest jak <i>przebranie, które zamyka śmierć w konwencjonalnej otocze</i>; - interpretacja „domu” w tych przestrzeniach reprezentuje stagnację, utopijny ideał klasy średniej, wyklucza <i>alternatywne interpretacje domu jako miejsca przemocy w rodzinie, intensywnej samotności i trudności finansowych</i>; + uwzględnienie paradoksu „terapeutyczności w nieterapeutyczności”; + podkreślanie sprawczości architektury — <i>cisi opiekunowie</i>. <u>Idea krajobrazu terapeutycznego:</u> + wartość terapeutyczna krajobrazu.

Źródło: opracowanie własne.

* plusem opatrzone właściwości i podejście zalecane, minusem — krytyczną ocenę.

Dalsze eksperymenty projektowe z Centrami Maggie's będą poszerzać doświadczenia użytkowników i projektantów, ich ocenę rozwiązań architektonicznych i pozwolą na stworzenie zestawu paradygmatów projektowych określających optymalne środowisko przestrzenne dla tego typu hospicjów.

REFERENCES

- Antonovsky, A. (1979), *Health, Stress and Coping, New perspectives on mental and physical well-being*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Baum, M. (2004), 'The Healing Environment: without and within', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(3), pp. 145–146.
- Blakenham, M. (2007), 'Foreword' [in:] Keswick Jencks, M., *A View from The Front Line*. Available at: https://www.maggies.org/media/filer_public/59/89/5989b1c0-5ba4-4473-8c29-07a2f591f148/a-view-from-the-front-line.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Butterfield, A. (2014), *Resilient Places? The healthcare Gardens and the Maggie's Centres*, doctoral thesis, University of Arts London. Available at: https://ual-researchonline.arts.ac.uk/id/eprint/7494/3/Angela_Butterfield_online_NEW_2014.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Butterfield, A. (2016), 'Affective sanctuaries: understanding Maggie's as therapeutic landscapes', *Landscape Research*, pp. 1–20. Available at: https://www.academia.edu/53082458/Affective_sanctuaries_understanding_Maggie_s_as_therapeutic_landscapes (accessed: 31.08.2024).
- Chan, S., Chan, A. (2018), 'What Do Cancer Patients Value? A Unique Experience at Maggie's Cancer Caring Centre in Hong Kong,' *Journal of Global Oncology*, Vol. 4, Supplement 2. Available at: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/jgo.18.38100> (accessed: 31.08.2024).
- Choroby nowotworowe* (2024), Komisja Europejska. Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Żywności. Available at: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_pl#rak--dane-i-statystyki (accessed: 27.09.2024).
- Clark, D. (2007), 'From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer', *The Lancet Oncology* 8(5), pp. 430–438. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9) (accessed: 31.08.2024).
- Design Guidelines for Specialist Palliative Care Settings*, Department of Health and Children (DOHC) (2005), Dublin. Available at: <https://assets.gov.ie/41607/90e7785a5d-464fc88629eaf7596c4745.pdf> (accessed: 31.08.2024).
- Doyle, D. (2021), *Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice / Palliative Care Service*, IAHP Press Houston. Available at: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/> (accessed: 31.08.2024).
- Dursun, P. (2007), *Space syntax in Architectural Design*, Proceedings, 6th International Space Syntax Symposium, Istanbul. Available at: https://www.researchgate.net/publication/228646158_Space_Syntax_in_Architectural_Design (accessed: 31.08.2024).
- Foster, C. (2019), 'The design and gardens of Maggie's Cancer Centres', *Haus and Garden*, 15 October. Available at: <https://www.houseandgarden.co.uk/gallery/charles-jencks-maggies-cancer-centres> (accessed: 31.08.2024).
- Frisone, C. (2021), *The Role of Architecture in the Therapeutic Environment. The Case of the Maggie's Cancer Care Centre*, doctoral thesis, Oxford Brookes University. Available at: https://radar.brookes.ac.uk/radar/file/7d066930-7d12-47c2-b054-62ec0b6097d4/1/Frisone_PhD_Thesis%2019.10.21_access.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Frisone, C. (2022), *Maggie's Centres: On the Road*, Forma Edizioni.
- Frisone, C. (2024), *The therapeutic power of the Maggie's Centre. Experience, Design and Wellbeing, Where Architecture Meets Neuroscience*, Routledge.
- Gronostajska-Kadecka, J., Czajka, R. (2021), 'Architecture therapy: principles of designing and shaping space in centres for cancer patients, based on the architecture of

- Maggie's Centres', *Builder*, 284(3), pp. 64–68. Available at: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.7434> (accessed: 27.10.2024).
- Hillier, B., Hanson, J. (1988), *The social logic of space*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hillier, B. (2007), *Space is the machine: A configurational theory of architecture*, London: Space Syntax Laboratory.
- Jencks, C. (2005), 'The Maggie Centres', *Fourth Door Review*, 7, pp. 30–33. Available at: http://www.fourthdoor.co.uk/review/issue_7.php (accessed: 31.08.2024).
- Jencks, C., Heathcote, E. (2010), *The Architecture of Hope: Maggie's Cancer Caring Centres* (1st ed.). London: Frances Lincoln.
- Jencks, C. (2012), *Can Architecture Affect Your Health?*, Artez Press London.
- Jencks, C. (2017), 'Maggie's Architecture: The Deep Affinities Between Architecture and Health', *Architectural Design*, 87(2), pp. 66–75.
- Jencks, C. (2018), 'Cancer and the Existential Commitment of Architects' [in:] *Foster + Partners, The Maggie's Manchester Book*, Office Publication (accessed: 21.01.2021).
- Kaplan, R., Kaplan, S. (1989), *The Experience of Nature*, Cambridge: University Library.
- Karamanou, M., Psaltopoulou, Th., Markatos, K. (2007), 'Treating the incurables: Cancer asylums in 18 th and 19 th century', *Journal of the Balkan Union of Oncology*, 22(5), pp. 1368–1369. Available at: https://www.researchgate.net/publication/321085766_Treating_the_incurables_Cancer_asylums_in_18_th_and_19_th_century (accessed: 31.08.2024).
- Keswick Jencks, M. (1995/2005), *A View from the Front Line*. Available at: https://www.maggies.org/media/filer_public/59/89/5989b1c0-5ba4-4473-8c29-07a2f591f148/a-view-from-the-front-line.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Kowalik, G. (2013), 'The idea of palliative and hospice care: a historical overview', *Studia Medyczne*, 29(2), pp. 188–194. Available at: <https://www.termedia.pl/The-idea-of-palliative-and-hospice-care-a-historical-overview,67,21232,1,1.html> (accessed: 31.08.2024).
- Laban, R. (1966), *Choreutics*, London: Macdonald and Evans.
- Maggie's. Available at: <https://www.maggies.org/> (accessed: 31.08.2024).
- Maggie's. Available at: <https://en.wikipedia.org/wiki/Maggie%27s> (accessed: 31.08.2024).
- Maggie's Architectural Brief. Available at: <https://www.scribd.com/document/112882731/Architectural-Brief-Maggies> (accessed: 31.08.2024).
- Maggie's Architectural and Landscape Brief. Available at: https://maggies-staging.s3.amazonaws.com/media/filer_public/e0/3e/e03e8b60-ecc7-4ec7-95a1-18d9f-9c4e7c9/maggies_architecturalbrief_2015.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Maggie's Evidence-based program. Available at: https://www.maggies.org/media/filer_public/78/3e/783ef1ba-cd5b-471c-b04f-1fe25095406d/evidence-based_programme_web_spreads.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Manum, B. (1999), 'Spatial themes among the traditional houses of Turkey', *Proceedings of the second International Space Syntax Symposium*, Brasilia, Vol. 1, 40, pp.1–40.
- Martin, D., Nettleton, S., Buse, Ch. (2019), 'Affecting care: Maggie's Centres and the orchestration of architectural atmospheres', *Social Science & Medicine*, 240. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112563> (accessed: 31.08.2024).
- Milicevic, N. (2002), 'The hospice movement: History and current worldwide situation', *Archive of Oncology* 10(1), pp. 29–31. Available at: <http://dx.doi.org/10.2298/AOO0201029M> (accessed: 26.07.2024).
- Milligan, S., Potts, S. (2009), 'The history of palliative care' [in:] Stevens, E., Jackson, S., Milligan, S. (eds.) *Palliative Nursing Across the Spectrum of Care*, Blackwell Publishing Ltd, pp. 5–16. Available at: https://www.researchgate.net/publication/229506128_The_History_of_Palliative_Care (accessed: 31.08.2024).
- Moore, R. (2024), 'Maggie's Royal Free, London review – respite with a flourish from Daniel Libeskind', *The Guardian*, *The Observer Architecture*. Available at: <https://www.theguardian.com/artanddesign/2024/jan/21/maggies-cancer-centre-royal-free-hospital-london-daniel-libeskind-review> (accessed: 25.09.2024).
- NICE (2004), *Guidance on Cancer Services. Supportive and palliative care services for adults with cancer. The Manual*, National Institute for Clinical Excellence, London. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005> (accessed: 31.08.2024).
- Our approach. Available at: <https://www.maggies.org/> (accessed: 31.08.2024).
- Our buildings. Available at: <https://www.maggies.org/about-us/how-maggies-works/our-buildings/> (accessed: 31.08.2024).
- Palliative Care (WHO) (2020). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (accessed: 31.08.2024).
- Palliative Care vs. Hospice Care: Differences and Commonalities. Available at: <https://www.vitas.com/hospice-and-palliative-care-basics/about-palliative-care/hospice-vs-palliative-care-whats-the-difference> (accessed: 31.08.2024).
- Parsons, R., Hartig, T. (two thousand), 'Environmental psychophysiology' [in:] Cacioppo, J.T., Tassinary, L.G. (ed.), *Handbook of Psychophysiology*, Cambridge University Press (second ed), New York: Cambridge University Press, pp. 815–846.
- Principles of Hospice Design (2009), Prince's Foundation for Building Community. Available at: https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/OtherOrganisation/principle-hospice-design-kings-fund-princes-trust-2012.pdf (accessed: 31.08.2024).
- Putievsky Pilosof, N., Grobman, Y.J. (2021), 'Evidence-Based Design in Architectural Education: Designing the First Maggie's Centre in Israel', *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 14(4), pp. 114–129. Available at: <https://doi.org/10.1177/19375867211007945> (accessed: 31.08.2024).

- Quesada-García, S., Valero-Flores, P., Lozano-Gómez, M. (2023), 'Towards a Healthy Architecture: A New Paradigm in the Design and Construction of Buildings', *Buildings*, 13(8), s. 3. Available at: <https://doi.org/10.3390/buildings13082001> (accessed: 31.08.2024).
- Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies*, Council of Europe. Available at: [https://www.coe.int/T/DG3/Health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/T/DG3/Health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (accessed: 31.08.2024).
- Samuel, F. (2010), *Le Corbusier and the Architectural Promenade*, Basel: Birkhäuser.
- Stevens, E. (2009), 'Definitions and aims of palliative care' [in:] Milligan, S., Potts, S., *The History of Palliative Care*, Willey-Blackwell, pp. 17–34. Available at: <http://dx.doi.org/10.1002/9781444322705.ch1> (accessed: 31.08.2024).
- Strojny, R. (2022), 'Maggie's Centres – nowatorskie podejście wspierające pacjentów onkologicznych', *Teka Komisji Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajozbrazowych*, 18(2), pp. 18–31. Available at: <https://doi.org/10.35784/teka.3045> (accessed: 31.08.2024).
- 'Sytuacja finansowa i organizacja opieki paliatywnej' (19 listopada 2021), *Medexpress*. Available at: <https://www.medexpress.pl/wydarzenia-kampanie/sytuacja-finansowa-i-organizacja-opieki-paliatywnej-83331/> (accessed: 25.09.2024).
- Tekin, B.H., Corcoran, R., Gutiérrez, R.U. (2023), 'The impact of biophilic design in Maggie's Centres: A meta-synthesis analysis', *Frontiers of Architectural Research*, 12(1), pp. 188–207. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.foar.2022.06.013> (accessed: 31.08.2024).
- Terjung, T. et al. (2024), 'Status, demand and practice models of palliative day-care clinics and day hospices: a scoping review', *MJ Supportive & Palliative Care*, 14(1), pp. 235–249. Available at: <https://spcare.bmj.com/content/14/e1/e235.long> (accessed: 31.08.2024).
- The hospice movement*, Wigan & Leigh Hospice. Available at: <https://www.wlh.org.uk/about/about-the-hospice/the-hospice-movement/> (accessed: 31.08.2024).
- Thompson, G. (2002), *God Knows Caregiving Can Pull You Apart: 12 Ways to Keep It All Together*. Notre Dame, IN: Sorin Books.
- Ulrich R. et al. (2024), *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once in a lifetime opportunity*, Center for Health Design, USA.
- Van der Linden, V., Annemans, M., Heylighen, A. (2016), 'Architects' approaches to healing environment in designing a Maggie's Cancer Caring Centre', *The Design Journal*, 19(3), pp. 511–533. Available at: <https://doi.org/10.1080/14606925.2016.1149358> (accessed: 31.08.2024).
- Wang, H., Zhang, L. Zhou, Y. (2024), 'Rest-in-Peace: Research on the Architectural Types and Design Ideas to Guide Design of Hospice Care Building', *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 61, May. Available at: <http://dx.doi.org/10.1177/00469580241249435> (accessed: 31.08.2024).
- Worpole, K. (2024), *Modern Hospice Design. The architecture of palliative and social care*, Routledge.