

COVID-19 – czas na wnioski

Istniejące budynki a możliwość izolowania ludzi

Anna Wieczorek

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi decydom, że istniejące w Polsce budynki nie są przystosowane do izolowania od siebie ludzi, zalecanego w stanie epidemii COVID-19. Dotyczy to nie tylko budynków, w których się mieszka czy pracuje, ale i obiektów służby zdrowia.

Słowa kluczowe: epidemia COVID-19, izolacja, kwarantanna, choroba zakaźna

Wprowadzenie – izolacja, kwarantanna

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (uzchz) określa jak walczyć z tymi chorobami, a tym samym zapobiegać i minimalizować skutki epidemii. Podstawowe metody, to szczepienia oraz szeroko rozumiane izolowanie ludzi. Choroba zakaźna, to „choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy” [art. 2 pkt 3 uzchz]. Zakażenie, to „wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego” [art. 2 pkt 32 uzchz].

Izolacja, to „odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby” [art. 2 pkt 11 uzchz]. Szczególnym rodzajem izolacji jest izolacja w warunkach domowych polegająca na odosobnieniu „osoby chorej z przebiegiem choroby zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” [art. 2 pkt 11a uzchz]. Kwarantanna, to „odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” [art. 2 pkt 12 uzchz].

Proces niszczenia biologicznych czynników chorobotwórczych nazywa się dekontaminacją, a następuje „przez mycie, dezynfekcję i sterylizację” [art. 2 pkt 6 uzchz]. Dezynfekcja, to „proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych” [art. 2 pkt 7 uzchz].

Sterylizacja, to „proces zniszczenia zdolnych do namnażania się form biologicznych czynników chorobotwórczych” [art. 2 pkt 24 uchcz].

W stanie epidemii COVID-19 eksperci apelowali o zachowanie od 1,5 m do 2 m dystansu między ludźmi. Ostrzegali, że wystarczy kilka do kilkunastu sekund, aby mogło nastąpić zakażenie, np. w windzie, którą wcześniej jechał chory.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi decydentom, że istniejące w Polsce budynki nie są przystosowane do zalecanego w stanie epidemii COVID-19 szeroko rozumianego izolowania od siebie ludzi. To stwierdzenie można potraktować jak hipotezę. Autor stawia pytanie – czy da się lepiej przystosować nasze budynki do ewentualnej kolejnej epidemii?

Możliwość izolowania od siebie ludzi w istniejących budynkach

Przyjmując za pewnik, że do zakażenia COVID-19 może dojść w kilka sekund, jeśli nie zachowano dystansu minimum 1,5 m, to przebywanie w przytłaczającej większości budynków grozi chorobą. Trudne, a często niemożliwe jest utrzymanie tej odległości w szeroko rozumianych pomieszczeniach zamkniętych, gdzie pracuje kilka osób. Jeszcze trudniej zrobić to w budynkach, do których prócz pracowników wchodzi klienci – w sklepach, urzędach, czy bankach. Fikcją jest oczekiwanie, że dzieci w przedszkolach i szkołach będą przestrzegały takich zaleceń. Możliwość izolowania się domowników w mieszkaniu z jedną łazienką i kuchnią jest również iluzoryczna.

Gołym okiem widać, że odległości 1,5 m nie da się zachować w windach, na wspólnych korytarzach i klatkach schodowych. Potwierdza to analiza przepisów prawa dotyczących obiektów budowlanych. Obowiązujące od 2002 r. rozporządzenie w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (rozp.w.t.) nie określa minimalnych wymiarów wind. Stanowi, że „liczbę i parametry techniczno-użytkowe dźwigów należy ustalać z uwzględnieniem przeznaczenia budynku, jego wysokości oraz liczby i rodzaju użytkowników” [§ 193 ust.1 rozp.w.t.]. Jednoznacznie ustalono jedynie minimalne wymiary wind dla osób niepełnosprawnych – szerokość 1,1 m i długość 1,4 m [§ 193 ust.2a rozp.w.t.]. W budynkach z pomieszczeniami przeznaczonymi na pobyt ludzi, czyli z pomieszczeniami, w których osoby przebywają nie mniej niż 2 godziny na dobę, co najmniej jeden dźwig powinien być przystosowany do przewozu mebli i chorych na noszach [§ 193 ust. 2 rozp.w.t.]. Ale nawet i w takiej windzie trudno zachować odległość 1,5 m między dwiema osobami.

Szerokość poziomych dróg ewakuacyjnych, czyli korytarzy, prawo określa na nie mniej niż 1,4 m, przy czym dopuszcza się zmniejszenie tej szerokości do 1,2 m, jeżeli droga ewakuacyjna jest przeznaczona do ewakuacji nie więcej niż 20 osób [§ 242 ust. 1 i ust. 2 rozp.w.t.]. Minimalna szerokość biegu schodów wynosi:

- 0,8 m w budynkach mieszkalnych jednorodzinnych;
- 1,2 m w budynkach mieszkalnych wielorodzinnych, w budynkach zamieszkania zbiorowego i budynkach użyteczności publicznej;
- 1,4 m w budynkach opieki zdrowotnej [§ 68 ust. 1 rozp.w.t.].

Należy pamiętać, że mamy wiele budynków wybudowanych przed 2002 r., kiedy nawet i te wymiary nie były wymagane, przykładowo w latach 80. XX w. szerokość biegu schodów w budynkach mieszkalnych wielorodzinnych mogła wynosić 1,1 m.

Jak z powyższego wynika nawet w budynkach opieki zdrowotnej klatki schodowe i korytarze mogą być za wąskie, aby zachować dystans 1,5 m. Jeszcze gorzej jest we wspólnych salach, w których leżą chorzy, gdzie o zakażenie aż się prosi. Dlatego w szczytzie zachorowań przyjęto zasadę, że osoby z COVID-19 przebywają w szpitalach i oddziałach szpitalnych przeznaczonych tylko dla nich. Ale nigdy nie było pewności, że taka osoba nie znajdzie się w wieloosobowej sali innego szpitala.

Dla pacjentów z COVID-19 niewymagających bezwzględnej hospitalizacji stosowano izolację w warunkach domowych. Dla chorego takie rozwiązanie jest korzystne, chociażby ze względów psychicznych. Wiąże się jednak z zagrożeniem dla pozostałych domowników czy opiekunów dostarczających żywność i leki. Im mniejsze mieszkanie, tym trudniej o odosobnienie zakażonego. To samo dotyczy kwarantanny.

Izolowanie ludzi z chorobami zakaźnymi i podejrzanych o zakażenie jest najłatwiejsze w budynkach mieszkalnych jednorodzinnych. Takie domy mają na ogół kilka sanitariatów i wystarczająco dużo przestrzeni, aby domownicy się ze sobą nie stykali. Do tych budynków łatwo jest wchodzić personelowi medycznemu czy opiekunowi pacjenta, bez kontaktu z innymi mieszkańcami. Bezpiecznie można dostarczać żywność, środki czystości, korespondencję i leki. Dostawcy nie muszą chodzić po klatkach schodowych i jeździć windami, aby postawić zamówione jedzenie pod drzwiami, a przesyłkę wrzucić do skrzynki pocztowej. Żeby zażyć trochę ruchu na świeżym powietrzu osoba lekko chora, czy na kwarantannie, ma do dyspozycji ogród. Łatwiej jest również zdalnie wykonywać pracę, na ogół jest możliwość znalezienia miejsca, gdzie można to robić w spokoju.

Podsumowanie i wnioski

Nawet tak krótki wywód wyraźnie pokazuje, że większość istniejących w Polsce budynków nie jest przystosowana do zalecanych w stanie epidemii COVID-19 zasad izolowania od siebie ludzi. Co w takim razie można zrobić, aby lepiej przystosować budynki do kolejnej pandemii? Próbując odpowiedzieć na to pytanie należy pamiętać, że ewentualna następna epidemia może skutkować koniecznością wprowadzania innych obostrzeń, niż przy COVID-19.

Autor jest daleki od zalecania radykalnych zmian w istniejących już budynkach, z wyjątkiem obiektów służby zdrowia, o czym poniżej. Poszerzanie klatek schodowych czy szybów windowych kosztowałoby krocie oraz prowadziłoby do rozbiórek dużych części budynków i wykonywania ich od nowa. Nie wydaje się również zasadnym zmienianie prawa, tak aby w przyszłości budynki miały szersze schody, korytarze, więcej sanitariatów czy pomieszczeń do pracy. Budowa i utrzymanie każdego metra kwadratowego kosztuje. Oczywiście, jeśli inwestora i użytkowników na to stać, to przy obecnie obowiązujących przepisach mogą mieć więcej przestrzeni w obiektach budowlanych.

Z pożytkiem dla wszystkich byłoby natomiast stopniowe odchodzenie od budownictwa mieszkalnego wielorodzinnego na rzecz jednorodzinne. W czasach epidemii, ale i wojen, co pokazuje Ukraina, w domu jednorodzinnym łatwiej jest przetrwać. W granicach administracyjnych naszych miast jest sporo niezagospodarowanych terenów, które można na taki cel przeznaczyć.

Całkowitej zmiany wymaga podejście do budowy i użytkowania obiektów służby zdrowia. W szpitalach i hospicjach każdy pacjent powinien mieć jednoosobowy pokój z łazienką. Znakomicie utrudniłoby to wzajemne zakażanie się oraz umożliwiło zapewnienie intymności chorym i ich rodzinom. Teoretycznie ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (uRPP) gwarantuje każdemu „prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych” [art. 20 ust. 1 uRPP]. „Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska” [art. 21 ust. 1 uRPP]. Przepisy te są notorycznie łamane, bo nie ma intymności, kiedy chorzy przebywają w salach wieloosobowych. Skoro przepisy o Rzeczniku Praw Pacjenta się pomija, to należy zmienić przepisy dotyczące budowania i użytkowania obiektów służby zdrowia. Przykładowo, trzeba wprowadzić obowiązek posiadania jednoosobowych pokoi z łazienkami w każdym nowo oddawanym do użytku szpitalu i określić termin analogicznych zmian w obiektach już istniejących.

Należy pamiętać, że prawo „do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności” [art. 20 ust. 2 uRPP]. Polska jest wystarczająco bogatym krajem, aby zapewnić swoim obywatelom godne warunki leczenia i odchodzenia. Trzeba tylko chcieć to zrobić.

Materiały źródłowe

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. z dnia 22 lipca 2022 r. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876), w skrócie uRPP.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. z dnia 23 czerwca 2022 r. Dz.U. z 2022 r. poz. 1657), w skrócie uzchz.

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (t.j. z dnia 15 kwietnia 2022 r. Dz.U. z 2022 r. poz. 1225), w skrócie rozp.w.t.

COVID-19 – time for conclusions. Existing buildings and the ability to isolate people

ABSTRACT

The aim of the article is to draw the attention of policy makers that the existing buildings in Poland are not suitable for the isolation of people as recommended during the COVID-19 pandemic. This applies not only to the buildings in which one lives or works, but also to healthcare facilities.

Key words: COVID-19 pandemic, isolation, quarantine, infectious disease

Anna Wieczorek, dr / PhD
urbanista, architekt / urban planner, architect
e-mail: ajwieczorek@wp.pl

cytacja:

Wieczorek A., 2023, *COVID-19 – czas na wnioski. Istniejące budynki a możliwość izolowania ludzi*, MAZOWSZE Studia Regionalne, 44, Mazowieckie Biuro Planowania Regionalnego w Warszawie, Warszawa, s. 113–117,
<https://www.doi.org/10.21858/msr.44.06>

