

DOKUMENT 20191216



Dostępność **Plus**

STANDARD DOSTĘPNOŚCI SZPITALI

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	5
WEJŚCIE DO BUDYNKU I KWESTIE HORYZONTALNE (W)	8
WA 1 Wejście do budynku dostępne dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)	8
WA 1.1 Dostępna strefa wejścia do budynku (1)	8
WA 1.2 Dostępne wejście do budynku (1)	11
WA 1.3 Automatyka drzewiowa w wejściu do budynku (2).....	12
WA 1.4 Dodatkowe elementy wyposażenia w strefie wejściowej do budynku (2).....	12
WC 1 Dostępne informacje online (1)	12
WC 1.1 Dostępna strona internetowa (2)	13
WK 1 Wiedza w zakresie komunikacji przestrzennej (1)	14
WK 1.1 Instrukcja w zakresie uniwersalnego projektowania (2)	14
WK 1.2 Przeszkolenie pionu zamówień publicznych w obszarze dostępności (2)	14
WK 2 Umiejętności praktyczne w zakresie komunikacji przestrzennej (1)	15
WK 2.1 Szkolenia personelu wz. komunikacji przestrzennej (1)	15
WK 2.2 Dostępne tablice informacyjne (2)	15
WK 3 Kompetencje społeczne w obszarze komunikacji (1)	16
WK 3.1 Szkolenia wz. kompetencji społecznych w obszarze komunikacji (1)	16
WK 4 Wykwalifikowany personel wspierający wz. dostępności (1)	16
WO 1 Koordynacja działań w obszarze dostępności (1).....	17
WO 1.1. Powołanie pełnomocnika ds. dostępności (1).....	17
WO 1.2. Powołanie zespołu ds. dostępności (1)	18
WO 2 Cykliczny audyt dostępności (1)	18
WO 2.1 Wewnętrzne audyty dostępności (1)	18
WO 2.2 Zewnętrzne audyty dostępności (2).....	18
WO 3 Przyjazna obsługa pacjenta ze szczególnymi potrzebami (1)	18
WO 3.1 Procedura przyjaznej obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami (1)	19
WO 3.2 Współpraca z NGO reprezentującymi osoby z niepełnosprawnościami (1).....	19
WO 3.3 Wolontariusze wspierają osoby ze szczególnymi potrzebami (2)	19
REJESTRACJA I INFORMACJA DLA PACJENTÓW (R)	20
RA 1 Dostępne punkty rejestracji i informacji dla pacjentów (1).....	20
RA 1.1 Poziom dostępności punktów rejestracyjnych i informacyjnych, w tym ich otoczenia i wyposażenia (1)	20
RA 1.2 Dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne (1).....	23
RA 1.3 Dostępne pokoje rodzica z dzieckiem i miejsca do przewijania dorosłych (2).....	25
RC 1 Dostępny system telefonicznej i elektronicznej rejestracji pacjentów (1).....	26

RC 1.1 Dostępna rejestracja telefoniczna (2)	26
RC 1.2 Cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami (2).....	26
RC 1.3. Szpital powinien zapewnić e-rejestrację (2).....	26
RK 1 Wiedza z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)	27
RK 1.1 Przeszkolenie personelu z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)	28
RK 1.2 Instrukcja z zakresu sposobu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (2).....	28
RK 1.3 Dostępna treść strony internetowej (WCAG 2.1) (1)	28
RK 1.4 Znajomość podstaw języka migowego (2)	28
RK 1.5 Infografiki dotyczące sposobów komunikacji (2)	29
RK 1.6 Szkolenia z zakresu zarządzania procesami oraz zarządzania przez wartości (2).....	29
RK 2 Umiejętności komunikacji, w tym w zakresie likwidowania barier w komunikowaniu się (1).....	30
RK 2.1 Szkolenia z zakresu umiejętności komunikacji (1).....	31
RK 2.2 Oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód (2).....	32
RK 3 Kompetencje społeczne personelu w obszarze komunikacji (1).....	32
RO 1. Tablica informacyjna przed wejściem do budynku (2)	32
RO 2. Dostępne formy rejestracji w wymiarze organizacyjnym (1)	32
RO 2.1. Dostępne okienko rejestracji na wizytę(1)	33
RO 2.2. Możliwość skorzystania z pomocy asystenta (2)	33
RO 3 Opracowanie procedur w zakresie obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1).....	33
RO 3.1. Opracowanie dokumentów dostępnych dla pacjentów (1)	33
RO 3.2. Ogólnodostępne materiały na temat dostępności szpitala (1).....	34
RO 4. Badanie satysfakcji pacjentów i personelu w zakresie dostępności (1)	34
RO 4.1. Ankiety satysfakcji poziomu dostępności szpitala (1).....	34
RO 5 Wdrożenie systemu identyfikacji wizualnej pracowników (2)	34
CIĄGI KOMUNIKACYJNE (C).....	35
CA 1 Dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie (1)	35
CA 1.1 Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację poziomą w budynku (1).....	35
CA 1.2 Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację pionową w budynku (1).....	36
CA 1.3 Dostępne elementy stolarki drzwiowej i okiennej w strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach (1)	39
CA 1.4 Szpital jest wyposażony w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkownika przez pacjentów (1)	41
CA 1.5 Dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie(2)	46
CC 1 Poruszanie się pod budynku pacjentów ze szczególnymi potrzebami (2)	48
CC 1.1 Rozwiązania umożliwiające osobom ze szczególnymi potrzebami poruszanie się po budynku (2)...	48
CK - Standard opisany w rozdziale Wejście do budynku i kwestie horyzontalne.....	48

CO 1 Ciągi komunikacyjne oraz poczekalnie dostosowane do osób ze szczególnymi potrzebami (1).....	48
CO 1.1 Oznaczenia ułatwiające poruszanie się (1).....	48
ODDZIAŁY SZPITALNE (O)	49
OA 1 Dostępne oddziały łóżkowe (1)	49
OA 1.1 Dostępna przestrzeń wewnętrzna ciągów komunikacji prowadzących do oddziałów łóżkowych (1).....	49
OA 1.2 Dostępna przestrzeń wewnętrzna ciągów komunikacji i pomieszczeń pielęgnacyjnych na oddziałach, zgodnie z podstawowymi wymaganiami ogólnoprzestrzennymi (1)	49
OA 1.3 Dostępne punkty pielęgniarstwa (1).....	50
OA 1.4 Dostępne gabinety diagnostyczno-zabiegowe (1).....	51
OA 1.5 Dostępne pokoje łóżkowe (1).....	53
OC 1 Wsparcie tłumacza polskiego języka migowego online (1)	54
OC 1.1 Wykorzystanie wsparcia aplikacji lub tłumacza polskiego języka migowego online (2).....	55
OC 2 nowoczesne technologie cyfrowe wz. dostępności (2)	55
OC 2.1 Dostępne aplikacje mobilne (tzw. m-zdrowie) (2).....	55
OC 2.1.1 Dostępne aplikacje mobilne i urządzenia w obszarze komunikacji i kontaktu z pacjentem (1)	56
OC 3 Świadczenia telemedyczne (1).....	57
OC 3.1 Sprzęt i oprogramowanie umożliwiające udzielanie świadczeń telemedycznych (1)	58
OC 3.2 Dostępne aplikacje mobilne wz. świadczeń telemedycznych (1)	58
OC 3.3 Nowoczesne rozwiązania z zakresu rehabilitacji domowej, w tym telerehabilitacji kardiologicznej (2)	59
OK - Standard opisany w rozdziale Rejestracja i informacja dla pacjentów przy założeniu innej grupy docelowej i uwzględnieniu jej specyficznych potrzeb.....	59
OO 1. Zapewnienie podstawowych elementów wyposażenia dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1).....	59
OO 1.1. Audyt określający rodzaj sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń pacjentom ze szczególnymi potrzebami (1).....	60
OO 1.2. Sprzęt medyczny i pomocniczy dla osób ze szczególnymi potrzebami (2).....	60
OO 2. Zapewnienie pomieszczeń do udzielania świadczeń osobom ze szczególnymi potrzebami (1)	60
OO 3 Wypożyczalnie sprzętu medycznego dla pacjentów w trakcie pobytu w szpitalu (1).....	60
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY I IZBA PRZYJĘĆ (S)	61
SA 1 Oddziały ratunkowe i izby przyjęć dostępne architektonicznie dla osób ze szczególnymi potrzebami (1)	61
SA 1.1 Dostępne wejście do oddziału ratunkowego i izby przyjęć (1)	61
SA 1.2 Dostępna przestrzeń wewnętrzna ciągów komunikacji prowadzących do jednostek, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych (1).....	61
SA 1.3 Dostępny punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia w obrębie izby przyjęć i SOR(1)	61
SA 1.4 Dostępna przestrzeń wewnętrzna oddziału ratunkowego i izby przyjęć zgodnie z podstawowymi wymaganiami ogólnoprzestrzennymi (1).....	62
SC 1 Rozwiązania cyfrowe na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz na izbie przyjęć (1)	62

SC 1.1 łączność ambulansu z oddziałem ratunkowym (tzw. cyfrowa karetka) (2)	63
SC 1.2 Rozwiązania cyfrowe ułatwiające komunikację z pacjentem (1).....	63
SK - Standard opisany w rozdziale Rejestracja i informacja dla pacjentów przy założeniu innej grupy docelowej i uwzględnieniu jej szczególnych potrzeb	63
SO 1. Opracowanie procedur związanych z przyjęciem pacjenta w trybie nagłym z uwzględnieniem szczególnych potrzeb (1).....	64
SO 2. Sprzęty pomocnicze niezbędne do udzielenia świadczeń osobie ze szczególnymi potrzebami (1).....	64
INNE POMIESZCZENIA (I).....	65
IA 1. Pomieszczenia i jednostki organizacyjne niebędące strukturami oddziałowymi dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (1).....	65
IA 1.1 Dostępność jednostek organizacyjnych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)	65
IA 1.2 Dostępne pomieszczenia umożliwiające nocleg dla rodziców lub opiekunów Pacjenta (1)	65
IA 1.3 Dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami strefy konferencyjne i dydaktyczne oraz pomieszczenia administracyjne (2)	66
IA 1.4 Dostępne miejsca pracy i pomieszczenia socjalne z węzłami sanitarnymi personelu (2).....	66
IK - Standard opisany w rozdziale Wejście do budynku i kwestie horyzontalne.....	67
DOJŚCIA I DOJAZDY	68
DA 1 Dostępne i dobrze oznakowane dojazdy oraz dojścia do budynku (1).....	68
DA 1.1 Dojazdy do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)	68
DA 1.2 Dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2).....	69

WPROWADZENIE

Standard Dostępności Szpitali (dalej w skrócie SDSz) został opracowany w ramach projektu grantowego pn. Dostępność Plus dla zdrowia (nr POWR.05.02.00-00-0044/18) - Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Celem projektu jest wdrożenie działań projakościowych związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (przede wszystkim osób z niepełnosprawnościami i osób starszych). Osoby ze szczególnymi potrzebami są rozumiane zgodnie z zakresem dostępności, zdefiniowanym w Programie rządowym Dostępność Plus 2018-2025 – Ustawie o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, który dotyczy:

- osób na wózkach inwalidzkich, poruszających się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;
- osób niewidomych i słabowidzących;
- osób z niepełnosprawnością słuchu;
- osób głuchoniewidomych;
- osób z zaburzeniami psychicznymi
- osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- osób starszych i osłabionych chorobami;
- kobiet w ciąży;
- osób z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi;
- osób mających trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego);
- osób o nietypowym wzroście (w tym również dzieci);
- osób z ciężkim lub nieporęcznym bagażem, towarem.

Proponowana definicja ma zastosowanie zarówno do potrzeb czasowych, jak i trwałych.¹

W opracowaniu SDSz wzięli udział eksperci z zakresu dziedzin objętych dokumentem, a następnie został on przyjęty przez Komitet Dostępności Plus w ochronie zdrowia, powołany w ramach ww. projektu grantowego. W oparciu o SDSz, w ww. projekcie grantowym zostanie przeprowadzony nabór mający na celu wybór szpitali, które otrzymają wsparcie finansowe (grant), umożliwiające jego wdrożenie. Mamy jednocześnie nadzieję, że dokument będzie inspiracją również dla innych podmiotów do podjęcia działań poprawiających ich dostępność.

Głównym celem SDSz, jest zdefiniowanie warunków istotnych dla poprawy dostępności szpitali dla osób ze szczególnymi potrzebami w obszarze architektonicznym, cyfrowym, komunikacyjnym i organizacyjnym. **Przez szpital rozumie się również przychodnię przyszpitalną.** Dokument ma charakter komplementarny w stosunku do przepisów prawa regulujących – w bezpośredni i pośredni sposób - kwestie dostępności.

Dostępność architektoniczna ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia skuteczności działań służby zdrowia. Omawia zalecenia dla prowadzenia prac adaptacyjnych w budynkach i w ich otoczeniu, a także działania poprawiające dostępność gabinetów lekarskich oraz przystosowanie budynków do szczególnych potrzeb pacjentów. Celem realizacji każdego projektu powinno być dążenie do

¹Program Rządowy Dostępność Plus 2018-2025, źródło: [Strona Programu Rządowego Dostępność Plus](#), dostęp 16.07.2019 r.

osiągnięcia parametrów określonych w SDSz. Niemniej, jeśli nie jest to możliwe np. z przyczyn technicznych lub braku zgody właściwego organu na tzw. odstępstwo, należy przy projektowaniu kierować się efektywnością oraz wiedzą architektoniczną.

Dostępność cyfrowa to standard, będący odpowiedzią na wykluczenie cyfrowe osób ze szczególnymi potrzebami. Polski system ochrony zdrowia przechodzi obecnie swoistą ewolucję cyfrową, coraz więcej usług w tym obszarze jest już dostępnych lub w najbliższych latach ma stać się dostępnych właśnie w postaci cyfrowej. Przestrzeń cyfrowa jest obszarem, który jako jeden z nielicznych posiada sprecyzowany i zunifikowany standard dostępności - WCAG (Web Content Accessibility Guidelines).

Dostępność komunikacyjna z kolei obejmuje m.in. działania szkoleniowe dla kadry medycznej i niemedycznej, służące wsparciu ich kompetencji w zakresie właściwej komunikacji, a także szkolenia podnoszące kompetencje personelu medycznego w zakresie obsługi narzędzi teleinformatycznych służących poprawie sytuacji pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Dostępność organizacyjna opiera się na zdefiniowaniu rozwiązań organizacyjnych, które podmiot powinien opracować w celu zapewnienia dostępności do świadczonych przez siebie usług osobom ze szczególnymi potrzebami. Działania podejmowane przez szpital powinny opierać się na sformułowaniu odpowiednich dokumentów organizacyjnych wskazujących w jaki sposób przygotowany jest na zapewnienie komfortu pobytu pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Struktura dokumentu odzwierciedla ścieżkę pacjenta podczas wizyty w szpitalu i składa się z 6 części:

- wejście do budynku oraz kwestie horyzontalne (W),
- rejestracja (R),
- ciągi komunikacyjne (C),
- oddziały szpitalne (O),
- szpitalny oddział ratunkowy i izba przyjęć (S)
- inne pomieszczenia (I).

Dla ww. części przypisano standardy w podziale na moduły:

- architektoniczny (A),
- cyfrowy (C),
- komunikacyjny (K),
- organizacyjny (O).

Poszczególne standardy podzielono ponadto według ważności na: bardzo ważne (1) oraz ważne (2). Zaproponowane oznaczenia mają na celu jedynie zwrócenie uwagi, które ze standardów mają priorytetowy charakter, niemniej jednak ostateczny wybór standardów, które zostaną wdrożone, należy do szpitala. Podobnie, użyte w dokumencie pojęcia typu : „należy”, „powinno” stanowią synonimy, w szczególności „należy” nie oznacza obligatoryjnego charakteru danego standardu.

Jednakże, w związku z wejściem w życie *Ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* oraz *Ustawy o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych* warto w pierwszej kolejności skupić się na działaniach, których zakres został określony w ww. aktach prawnych.

Autorami poszczególnych części dokumentu są:

- standard architektoniczny – dr. inż. arch. Joanna Borowczyk, dr hab. inż. arch. Marek Wysocki, prof. Politechniki Gdańskiej,

- standard cyfrowy – Artur Marcinkowski, mec. Jan Pachocki,
- standard komunikacyjny – Aleksandra Włodarczak, Iwona Wójcik,
- standard organizacyjny – Aneta Kłunduk, Agata Michalak.

WEJŚCIE DO BUDYNKU I KWESTIE HORYZONTALNE (W)

WA 1 Wejście do budynku dostępne dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

Standard określa wymagania odnośnie wejść do obiektów szpitalnych tak, aby zapewnić osobom ze szczególnymi potrzebami pełen dostęp do usług zdrowotnych. W związku z tym, wejście do budynków podlega wymogom dostępności architektonicznej dla osób poruszających się przy pomocy sprzętu wspomagającego (kul, lasek, balkoników, protez, wózków inwalidzkich, inwalidzkich skuterów elektrycznych), z uszkodzonym narządem słuchu, wzroku, z trudnościami manualnymi i poznawczymi (na przykład po udarze, cierpiących na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera), kobiety w ciąży, osoby z wózkiem dziecięcym oraz słabsze fizycznie i napotykające trudności w poruszaniu się (na przykład seniorzy, czy chorzy kardiologicznie). Wejście do obiektu powinno być również czytelnie zaznaczone w strukturze elewacji w formie przestrzennej i kontrastowej. Główne ciągi piesze i ewentualne pochylnie dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością powinny prowadzić do głównego wejścia do budynków.

WA 1.1 Dostępna strefa wejścia do budynku (1)

Szpital powinien posiadać dostępną strefę wejściową do budynku dostosowaną do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Na dojściu nie powinny występować progi poprzeczne (krawężniki) wyższe niż 2 cm. Należy jednak dążyć, aby na całej trasie dojścia nawierzchnia była równa i antypoślizgowa, co spełni warunki projektowania uniwersalnego, służąca wszystkim użytkownikom. Zaleca się stosowanie materiałów szorstkich, antypoślizgowych z fugami nie przekraczającymi 5 mm.

Wejście główne do budynku powinno być zlokalizowane na poziomie terenu. Przed wejściem powinna być pozostawiona przestrzeń manewrowa² o wymiarach min. 1,5 m x 1,5 m (zalecane 2 m x 2 m) nieograniczona polem otwierania się drzwi. W przypadku różnicy niwelety przestrzeni manewrowej i najbliższego ciągu pieszego:

- do 15 cm - można zastosować nachylenie chodnika o spadku do 10%,
- od 15 do 50 cm - należy zastosować pochylnię lub schody i pochylnię o nachyleniu max 6% lub 10%, gdy pochylnia jest zadaszona. Jeżeli pozwalają na to warunki terenowe zaleca się zastosowanie wyłącznie pochylni o szerokości ciągu pieszego, bez konieczności budowania schodów,
- powyżej 50 cm - należy stosować pochylnie o nachyleniu max 6% (pochylnie zewnętrzne) lub 8%, gdy pochylnia jest zadaszona albo jest pochylnią wewnętrzną, a w sytuacji braku miejsca na lokalizację pochylni należy zastosować urządzenia transportu pionowego opisane w standardzie CA oraz schody.

Dla osób poruszających się na wózkach, pochylnia jest podstawowym elementem niwelowania różnic w poziomach na dojściach do budynków. W przypadku konieczności wyznaczenia innej trasy, przeznaczonej dla osób z ograniczoną mobilnością (omijającą np. schody), powinna być ona łatwa do odnalezienia i wyraźnie oznaczona. Wyznaczona trasa dla osób z ograniczoną mobilnością powinna przebiegać w jak najbliższej odległości od głównego wejścia do budynku zaopatrzonego w schody.

² Nachylenie podłużne i poprzeczne przestrzeni manewrowej nie powinno być większe niż 2%.

Ogranicza to stygmatyzację osób z niepełnosprawnością, z uwagi na konieczność wyboru innej drogi niż pozostali użytkownicy przestrzeni.

Pochylnie na zewnątrz w miarę możliwości terenowych powinny być prowadzone w linii prostej z biegami o długości max. 9 m oddzielnymi spocznikami o długości min. 1,4 m. Jeżeli pochylnia wymaga zmiany kierunku zaleca się, aby minimalna długość spocznika wynosiła 2 m, z uwagi na możliwość poruszania się osób z ograniczeniami mobilności na inwalidzkich skuterach elektrycznych. Należy przewidzieć możliwość zaparkowania skutera inwalidzkiego przed pochylnią lub w strefie wejścia na zewnątrz lub wewnątrz budynku³.

Warunki techniczne jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie wymagają, aby szerokość pochylni wynosiła 1,2 m. Zgodnie z wytycznymi opracowanego standardu DA (załącznik) szerokość ta jednak powinna wynosić min. 1,6 m (zalecane 2,0 m) pomiędzy poręczami, jeżeli występują, jako tzw. trasa wolna od przeszkód pozwalająca swobodnie wyminąć się dwóm osobom poruszającym się po pochylni. Po obu stronach pochylni należy zamontować poręcze umieszczone na wys. 90 i 75 cm na całej długości pochylni przy spadkach powyżej 5%. W przypadku pochylni o mniejszych spadkach zaleca się montaż poręczy, w szczególności dla pochylni zewnętrznych. Poręcze powinny być wydłużone w poziomie poza spadek pochylni o 30 cm, a ich końce zaokrąglone w dół lub połączone ze sobą. Zakończenia poręczy nie powinny ograniczać skrajni ruchu pieszego. Jeżeli jednak nie ma możliwości uniknięcia takiej sytuacji, należy oznaczyć je kolorem kontrastowym w oparciu o skalę LRV⁴ (min. 50% - zalecane 70%⁵) na dł. min. 30 cm. Wzdłuż całej pochylni powinny być zamontowane zabezpieczenia (cokoty) o wysokości min. 7,0 cm uniemożliwiające niekontrolowany upadek osobie na wózek poruszającej się po pochylni.

W sytuacji, gdy na dojściu do obiektu nie jest możliwe zastosowanie pochylni lub różnica poziomów jest większa niż 2,5 m, należy zastosować urządzenie do transportu pionowego np. windę lub - w wyjątkowych przypadkach, po uzyskaniu odstępstwa od przepisów – podnośnik pionowy. Urządzenia należy lokalizować w najbliższej odległości od schodów z czytelną informacją o możliwości skorzystania z niego przez osoby ze szczególnymi potrzebami. Udźwig urządzenia nie powinien być mniejszy niż 300 kg. Wymiary i wyposażenie kabiny dźwigu opisano w standardzie [CA](#). W przypadku montażu podnośnika pionowego z szybem jego wymiary odpowiadać powinny wymaganiom określonym w standardzie CA dla kabin dźwigów osobowych. Wymaga się, aby wymiary podnośnika bez szybu nie były mniejsze niż 0,90 x 1,25 m (dla podnośnika z drzwiami zlokalizowanymi na krótszym boku) i 1,5 x 1,5 m (dla podnośnika z drzwiami na boku dłuższym, lub otwarciem od strony zarówno boku krótszego, jak i dłuższego). Zdecydowanie zaleca się montaż dźwigu osobowego i tylko w wyjątkowych sytuacjach możliwy jest montaż podnośników pionowych, ale z uwagi na ich awaryjność i możliwość zakleszczenia oraz uszkodzenia części garderoby nie jest rozwiązaniem zalecanym. Nie zaleca się stosowania platform przyschodowych poręczowych i niedopuszczalne jest

³ Ibidem.

⁴ LRV – skrót od light reflectance value – poziom odbicia światła od powierzchni. Zasady pomiaru poziomu odbicia światła opisane zostały w brytyjskiej normie BS8493:2008+A1:2010. Na podstawie wartości wskaźnika LRV można m.in. prawidłowo projektować kolorystykę wnętrza z uwzględnieniem zachowania wystarczających kontrastów pomiędzy powierzchnią podłóg, ścian, sufitów i wyposażenia. Wartości wskaźnika LRV są podawane przez wielu producentów materiałów wykończeniowych. Można je również znaleźć w brytyjskiej normie BS 8300:2009. Kolor czarny ma wartość 0 (teoretycznie nie odbija światła), a biały 100 (teoretycznie odbija całe światło). Oprócz koloru na faktyczną wartość wskaźnika LRV wpływ ma również materiał, z którego dana powierzchnia/element jest wykonany. Polerowana podłoga z czarnego marmuru będzie odbijać światło i może przez to powodować oślnienia. Według normy brytyjskiej BS 8300:2009 wymóg odpowiedniego kontrastu barwnego pomiędzy powierzchniami jest spełniony, gdy różnica wartości wskaźnika LRV pomiędzy nimi wynosi minimum 30 punktów. Polski Związek Niewidomych rekomenduje stosowanie wzoru ze standardu amerykańskiego pozwalającego obliczyć procentową różnicę pomiędzy wartościami wskaźnika LRV dla dwóch różnych powierzchni/kolorów wg wzoru Webera.

⁵ Kolor żółty jest najdłużej rozpoznawalnym kolorem w opinii zdecydowanej większości osób niewidomych. Pod uwagę należy jednak brać lokalne warunki oświetleniowe i kolor posadzki, aby uzyskać wysokie wartości LRV.

stosowanie urządzeń typu schodołaz jako rozwiązań podstawowych dla pokonywania różnic wysokości.

Schody jako element pokonywania różnic wysokości w terenie

Wysokość i szerokość stopni schodów powinna być jednakowa. Bieg schodowy powinien posiadać minimum 3 stopnie, a max. 9 stopni. W biegach schodowych należy stosować nieparzystą liczbą stopni. Dłuższe biegi schodów, powinny być przedzielone spocznikami o długości min 1,5 m.

Dla osób z niepełnosprawnością wzroku szczególnym zagrożeniem są schody prowadzące w dół. Aby uniknąć ryzyka upadku należy, w odległości 50-60 cm od krawędzi pierwszego górnego stopnia, zamontować fakturę ostrzegawczą⁶ o szer. min. 60-80 cm. Przed dolnym stopniem należy ułożyć fakturę uwagi⁷ o szerokości max 1,2 m.

Osoby słabowidzące potrzebują zaznaczenia początku i końca biegu schodowego. Pierwszy i ostatni stopień biegu schodowego musi być oznaczony kontrastowo pasem o szerokości od 8 cm 10 cm na płaszczyźnie poziomej i pionowej. Pasy powinny być montowane na stopnicy i podstopnicy tak, aby były widoczne przy schodzeniu, jak i wchodzeniu po schodach. Dopuszcza się zmianę kolorystyki całego stopnia, który powinien być skontrastowany z innymi stopniami w biegu schodowym. Kontrast barwny dla oznaczeń montowanych na krawędziach stopni nie powinien być mniejszy niż 70%⁸ LRV. W przypadku jednego, dwóch lub trzech stopni w biegu schodowym należy oznaczenia kontrastowe zapewnić na każdym ze stopni wyłącznie w postaci pasów kontrastowych o szer. 5-10 cm montowanych na stopnicy i podstopnicy.

Stosowane na dojściach do budynków schody nie powinny być ażurowe i nie powinny posiadać wystających nosków. Krawędź schodów powinna być wyprofilowana, aby osoby powłóczące nogami lub poruszające się z pomocą białej laski (osoby niewidome) nie miały trudności przy wchodzeniu po schodach (ryc. 4 w załączniku).

Stosowanie schodów zabiegowych, wachlarzowych i spiralnych jest niedopuszczalne, ponieważ utrudniają poruszanie się osobom o ograniczonej sprawności, osobom niewidomym i słabowidzącym.

Maksymalna wysokość stopnia schodów zewnętrznych powinna wynosić 15 cm, jednak zaleca się, aby wysokość stopnia wynosiła 12 cm, która jest na tyle niska, że ułatwia to pokonywanie schodów przez osoby np. dotknięte chorobami reumatycznymi.

Zaleca się schody o szerokości min. 2,0 m z poręczami po obu stronach biegu umieszczonymi na dwóch wysokościach: 90 i 75 cm.

Gdy bieg schodowy jest nadwieszony nad ciągiem pieszym, przestrzeń pod schodami o wysokości mniejszej niż 2,2 m powinna być obudowana lub oznaczona cokołem o wysokości min. 30 cm (ew. poprzeczką poziomą na wys. 30 cm), w taki sposób, aby osoba z dysfunkcją wzroku mogła je bezpiecznie ominąć. Dopuszcza się również ustawienie w tym miejscu mebli, które ograniczą wejście pod schody osobom poruszającym się z białą laską.

⁶ Zgodnie z systemem FON (Ryc. 3 w ramach załącznika do standardu) jest to faktura typu B (ścięte kopułki lub ścięte stożki).

⁷ Jako fakturę uwagi zaleca zastosowanie wg. Systemu FON fakturę C1 – tzw. „sztruks”.

⁸Obliczana wg. wzoru Webera zamieszczonego w normie ISO 21542:2011

Poręcze przychodowe i przy pochylniach

Poręcze powinny być wysunięte poziomo na min. 30 cm przed pierwszym⁹ i ostatnim stopniem, jak również przed początkiem i końcem pochylni. Wydłużenie to pozwala osobom z niepełnosprawnością ruchową lub z zaburzeniami równowagi na wsparcie się na początku i końcu schodów (np. w celu przełożenia kuli do jednej ręki), a osobom niewidomym zorientować się, gdzie schody lub pochylnia się kończą. Zakończenia poręczy nie powinny ograniczać skrajni ruchu pieszego. Jeżeli jednak nie ma możliwości uniknięcia takiej sytuacji, należy oznaczyć je kolorem kontrastowym w oparciu o skalę LRV (min. 50% - zalecane 70%¹⁰). Zaleca się stosowanie ciągłości poręczy na schodach i pochylniach o wielu biegach, przy spocznikach do 2,0 m. Przy ciągłości poręczy nie wymaga się stosowania faktur ostrzegawczych na poszczególnych spocznikach.

Poręcze należy wykonać w taki sposób, aby pochwyt dłonią był pewny i umożliwiał swobodne przesuwanie dłoni wzdłuż po poręczy (ryc. 5 w załączniku). Na końcach poręczy zaleca się montowanie oznaczeń dotykowych, które mogą być dodatkową informacją dla osób niewidomych. Jeżeli informacja jest wykonana w alfabecie Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dot. miejsca jako punktu orientacji przestrzennej np. nr piętra.

WA 1.2 Dostępne wejście do budynku (1)

Szpital powinien posiadać dostępne wejście do budynku dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Przed zewnętrznymi drzwiami powinna być pozostawiona przestrzeń manewrowa o min. wymiarach 1,5 m x 1,5 m i spadku nie przekraczającym 2%. Strefa przed wejściem powinna mieć takie wymiary, aby był swobodny podjazd do drzwi z możliwością ich otwarcia. Z tego powodu przegroda od strony klamki powinna mieć szerokość 60 cm wolną od przeszkód, tak aby można było swobodnie podejść wózkami i otworzyć drzwi bez konieczności wycofywania się.

Jeżeli w strefie wejścia zamontowany jest domofon lub dzwonek, powinien być umieszczony maksymalnie do wysokości 1,4 m (zalecane 1,1 m) nie niżej niż 0,8 m. Przyciski powinny mieć opis w Braille'u oraz cyfry wypukłe w kontrastującym kolorze do przycisku. Zalecana średnica przycisku to 2,0 cm. Nie dopuszcza się przycisków sensorycznych.

Drzwi wejściowe powinny być oznaczone kontrastowym kolorem względem ściany elewacji budynku. Jeżeli skrzydła drzwi są ciężkie lub wyposażone w samozamykacze, a siła potrzebna do ich otwarcia przekracza 25N, zaleca się zastosowanie automatyki otwierania drzwi.

Jeżeli drzwi są przeszklone i umieszczone w przegrodzie szklanej, należy zarówno skrzydła, jak i przegrodę oznaczyć min. 2 pasami kontrastowymi o szerokości min. 0,10 m na wysokości 0,8 m – 1 m i 1,4 m - 1,6 m. Jeżeli drzwi i przegroda strefy wejściowej jest w całości szklana należy również oznaczyć jej krawędź dolną pasem o szerokości 10 cm do wysokości max. 40 cm. Kontrast pasów wg normy ISO 21542:2011 powinien wynosić min. 50% wg skali LRV¹¹.

⁹ Należy zwrócić uwagę, aby zachować wysokość poręczy wysunięcie w poziomie poręczy na dole biegu schodowego powinno wynosić 30 cm + S, gdzie S to szerokość stopnia, od krawędzi stopnia.

¹⁰ Kolor żółty jest najdłużej rozpoznawalnym kolorem w opinii zdecydowanej większości osób niewidomych. Pod uwagę należy jednak brać lokalne warunki oświetleniowe i kolor posadzki, aby uzyskać wysokie wartości LRV – przyp. Autorzy.

¹¹ Ibidem pkt. 18.1.5.

Drzwi powinny być wyposażone w klamki lub uchwyty o zaokrąglonych kształtach, w formie litery „C”.

Szerokość drzwi wejściowych powinna umożliwić swobodne wejście do obiektu. Szerokość drzwi wejściowych w świetle ościeży powinna wynosić min. 1 m. W szczególnych przypadkach dopuszcza się stosowanie drzwi w szerokości ościeży nie mniejszych niż 0,9 m.

Przedśionek w strefie wejścia powinien mieć szerokość 1,8 m. W wyjątkowych sytuacjach przedśionek może być zawężony do 1,6 m, Długość strefy przedśionka powinna wynosić min. 1,5 m, jednocześnie nie powinna ona obejmować strefy otwarcia skrzydła drzwi.

W strefie wejściowej wewnątrz budynku należy zastosować faktury typu A (Ryc. 3 w załączniku) prowadzące do punktu informacji lub recepcji i gdy jest zastosowany system kolejkowy, również do biletomatu z numerkami systemu. System informacji kolejkowej powinien być dostępny dla osób ze szczególnymi potrzebami.

WA 1.3 Automatyka drzwiowa w wejściu do budynku (2)

Szpital powinien stosować automatykę drzwiową w wejściu do budynku. W strefie wejściowej zaleca się zastosowanie automatyki drzwiowej, która ułatwia osobom ze szczególnymi potrzebami, zwłaszcza osobom poruszającym się o kulach, wejście do budynku. Najwygodniejsze dla tych osób są automatyczne drzwi przesuwne. Czujniki otwierania drzwi powinny wykrywać osoby o różnym wzroście, a także psa asystującego.

Dopuszcza się stosowanie automatyki uruchamianej przyciskiem, który w przypadku drzwi rozwieranych powinien być umieszczony poza strefą otwierania skrzydła drzwi.

WA 1.4 Dodatkowe elementy wyposażenia w strefie wejściowej do budynku (2)

Szpital powinien stosować dodatkowe elementy wyposażenia w strefie wejściowej do budynku. W strefie wewnętrznej wejścia zaleca się umieszczenie planu tyflograficznego rozkładu pomieszczeń placówki szpitalnej, do którego poprowadzona jest faktura kierunkowa typu A wg systemu FON (Ryc. 3 w załączniku).

System fakturowy powinien poprowadzić również do szatni. Błaty lady szatniowej co najmniej na szerokości 1 m powinny być obniżone do wysokości max. 90 cm od podłogi. Numerki wydawane w szatni za depozyt okryć wierzchnich powinny mieć cyfry wypukłe.

WC 1 Dostępne informacje online (1)

Każdy pacjent ma prawo m.in. do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W praktyce duża część placówek medycznych realizuje powyższy obowiązek przede wszystkim publikując wymagane informacje na swoich stronach internetowych. Jest to praktyka korzystna dla wszystkich pacjentów, w tym w szczególności osób z indywidualnymi potrzebami.

Publiczne podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek dostosować strony internetowe do wymagań ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. Wymagania te uznaje się za spełnione, gdy podmiot zapewnia dostępność cyfrową z uwzględnieniem wymagań określonych w pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.

Przywołana norma zawiera w sobie zunifikowany standard dostępności - WCAG (Web Content Accessibility Guidelines). Są to wytyczne dotyczące dostępności treści internetowych, opracowane przez konsorcjum W3C (World Wide Web Consortium). WCAG jest zbiorem zasad, jakimi powinien kierować się twórca strony internetowej, aby przygotować ją dla możliwie największej liczby użytkowników.

Zapewnienie dostępności strony internetowej placówki medycznej, na której opublikowane są informacje o udzielanych przez nią świadczeniach, a także zazwyczaj również inne cenne dla pacjentów informacje, stanowi więc działanie realizujące prawa pacjenta – niezależnie, czy podmiot leczniczy jest podmiotem publicznym czy nie.

W związku z powyższym, dostępny szpital powinien posiadać dostępną stronę internetową, która zawiera informacje co najmniej o rodzaju i zakresie udzielanych przez nie świadczeń – publikowanie tych informacji na stronach internetowych powinno stanowić pożądaną praktykę.

WC 1.1 Dostępna strona internetowa (2)

Strona internetowa szpitala powinna być zgodna z wymaganiami WCAG 2.1 (z uwzględnieniem poziomu AA, tj. poziomu zalecanego, określającego kryteria, które powinny zostać spełnione, a których brak może utrudniać niektórym grupom dostęp do informacji¹²) oraz zawierać wszystkie informacje kluczowe dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym co najmniej o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz procedurach dedykowanych osobom ze szczególnymi potrzebami. Informacje powinny być podane w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania i zrozumienia (Easy to Read).

Wymagania dotyczące stron internetowych uznaje się za spełnione, gdy podmiot zapewnia dostępność cyfrową z uwzględnieniem wymagań określonych w pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.

Informacje dotyczące tekstu łatwego do czytania i zrozumienia regulują Europejskie standardy przygotowania tekstu łatwego do czytania i zrozumienia, których polska wersja została opublikowana przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych¹³. Dokumenty przygotowane w oparciu o przedmiotowe standardy oznaczone są poniższym logo:

¹²Przykładowe kryterium AA to orientacja. Zawartość powinna wyświetlać się i działać tak samo w każdej orientacji ekranu. Informacje na temat wymagań WCAG 2.1., w tym poziomu AA, dostępne są na stronie organizacji W3C: [WCAG21 wymagania](#).

¹³ Kompletny materiał przygotowany przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych dostępny pod adresem: [Europejskie standardy przygotowywania tekstu łatwego do czytania i zrozumienia](#), dostęp 16.07.2019 r.



Ryc. 1 Logo dokumentu zgodne z Europejskim standardem przygotowania tekstu łatwego do czytania i zrozumienia, źródło: [Standard przygotowania tekstu łatwego do czytania i zrozumienia](#), dostęp 16.07.2019 r.

Dostępność powinna obejmować także elementy składowe strony internetowej związane z przekazywanymi informacjami, w szczególności regulaminy świadczenia usług, formularze i dokumenty.

WK 1 Wiedza w zakresie komunikacji przestrzennej (1)

Personel szpitala powinien posiadać wiedzę w zakresie komunikacji przestrzennej i jej wykorzystania na potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami. Personel szpitala, w szczególności kadra zarządzająca/ pełnomocnik ds. dostępności/ osoba, która odpowiada za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w placówce:

1. Wie z jakich źródeł może czerpać wiedzę w celu podnoszenia kompetencji i samorozwoju w zakresie komunikacji przestrzennej.
2. Rozpoznaje źródła wiedzy dotyczące podmiotów świadczących usługi wspierające komunikację przestrzenną z osobami o szczególnych potrzebach (np. studia graficzne, drukarnie, agencje reklamowe, architekci).
3. Wie jakie narzędzia wspierają komunikację przestrzenną i jak dopasować je do potrzeb komunikacyjnych pacjenta.
4. Rozumie znaczenie oznaczeń wizualnych. Wie w jakich miejscach w szpitalu powinna być zastosowana oraz w jakiej formie i jakości (w tym rozumienie estetyki i znaczenia kolorów).
5. Rozumie znaczenia pojęć uniwersalne projektowanie oraz racjonalne usprawnienia. Wie jak powinny zostać zastosowane.

WK 1.1 Instrukcja w zakresie uniwersalnego projektowania (2)

Szpital powinien dysponować instrukcją w zakresie uniwersalnego projektowania, na które składa się wiedza przekazana przez trenera na szkoleniu wraz z materiałem drukowanym, zawierającym zbiór podstawowych informacji.

WK 1.2 Przeszkolenie pionu zamówień publicznych w obszarze dostępności (2)

Pion zamówień publicznych powinien być przeszkolony w zakresie konieczności stosowania w zamówieniach publicznych opisu przedmiotu zamówienia uwzględniającego potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami w planowanej i prowadzonej przez dany podmiot działalności. Pion PZP/ Pion zakupów/ Pion administracyjny powinien dysponować instrukcją w zakresie społecznie odpowiedzialnych zamówień publicznych, na które składa się wiedza przekazana przez trenera na

szkoleniu wraz z materiałem drukowanym, zawierającym dobre praktyki, szczególnie w aspekcie zasady *dostępny i przeznaczony dla wszystkich*.

WK 2 Umiejętności praktyczne w zakresie komunikacji przestrzennej (1)

Personel szpitala powinien posiadać umiejętności praktyczne w zakresie komunikacji przestrzennej i jej wykorzystania na potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami. Personel szpitala, w szczególności kadra zarządzająca/ pełnomocnik ds. dostępności/ osoba, która odpowiada za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami powinna potrafić:

1. Korzystać ze źródeł w samodzielny sposób w celu podniesienia swoich kompetencji w zakresie komunikacji przestrzennej.
2. Współpracować z podmiotami zewnętrznymi (np. studia projektowe, architekci) tzn. w sposób umiejętny wyznaczać zakres działań oraz oceniać jakość proponowanych rozwiązań przez podmioty zewnętrzne.
3. Korzystać z narzędzi ułatwiających komunikację przestrzenną adekwatnie do potrzeb pacjenta ze szczególnymi potrzebami.
4. Stosować i korzystać z oznaczeń wizualnych. Zarządzać przestrzenią wizualną szpitala w sposób efektywny (tzn. dający konkretne efekty na poziomie właściwych/pożądanych zachowań osób ze szczególnymi potrzebami).
5. Stosować w praktyce zasady uniwersalnego projektowania. Zarządza przestrzenią szpitala w sposób efektywny (tzn. stosuje rozwiązania architektoniczne bez barier).

WK 2.1 Szkolenia personelu wz. komunikacji przestrzennej (1)

Personel szpitala powinien zostać przeszkolony z zakresu komunikacji przestrzennej i jej wykorzystania na potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami. Szkolenie teoretyczne dla kadry zarządzającej/ właścicieli placówki w zakresie stosowania w praktyce rozwiązań architektonicznych bez barier. W szkoleniu powinna uczestniczyć obowiązkowo jedna osoba z placówki (kadra zarządzająca/ właściciel/ osoba odpowiadająca za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w szpitalu).

WK 2.2 Dostępne tablice informacyjne (2)

Szpital powinien informować opinię publiczną, zwłaszcza osoby ze szczególnymi potrzebami, o realizacji przedsięwzięcia poprzez zamieszczenie tablicy informacyjnej. Tablicę informacyjną należy umieścić w miejscu dobrze widocznym i ogólnie dostępnym.

Tablica musi zawierać:

- nazwę grantobiorcy,
- tytuł projektu,
- cel projektu,
- znak FE, barwy RP, znak UE oraz znak graficzny Programu rządowego „Dostępność Plus”.

Wielkość tablicy powinna zależeć od charakteru projektu i lokalizacji tablicy. Minimalny rozmiar to 80x120 cm (wymiary europalety). Należy zwrócić uwagę, aby znaki i informacje były widoczne i czytelne dla odbiorców. Jeżeli tablica jest położona w znacznej odległości od miejsca, gdzie mogą

znajdować się odbiorcy, to powierzchnia tablicy powinna być odpowiednio większa, tak aby wszyscy mogli łatwo zapoznać się z jej treścią.

Projektując tablicę, w tym wielkość fontów, należy pamiętać, że znak UE wraz z odniesieniem do Unii i funduszu, tytuł projektu oraz cel projektu muszą zajmować co najmniej 25% powierzchni tej tablicy.

WK 3 Kompetencje społeczne w obszarze komunikacji (1)

Personel szpitala powinien posiadać kompetencje społeczne właściwe dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Personel szpitala w szczególności kadra zarządzająca/rzecznik praw pacjenta/ pełnomocnik ds. dostępności, osoba, która odpowiada za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w placówce powinni:

1. Motywować pozostały personel do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
2. Tworzyć sprzyjającą atmosferę komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
3. Umiejętnie przekonywać swoje środowisko do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
4. Dokładnie analizować otoczenie i wysuwać wnioski poprawiające jakość komunikacji, szczególnie przestrzennej z osobami ze szczególnymi potrzebami.
5. Stale poszerzać horyzonty myślowe związane z komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami.
6. Efektywnie zarządzać sytuacjami kryzysowymi.

WK 3.1 Szkolenia wz. kompetencji społecznych w obszarze komunikacji (1)

Personel szpitala powinien zostać przeszkolony w formie warsztatowej z zakresu kompetencji społecznych właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Co najmniej jedna osoba z placówki (np. przedstawiciel kadry zarządzającej, rzecznik praw pacjenta, pełnomocnik ds. dostępności) powinna wziąć udział w warsztatach dotyczących stosowania kompetencji menedżerskich w zakresie motywowania pracowników i budowania zespołu przyjaznego osobom ze szczególnymi potrzebami. Przeszkolona osoba powinna wspierać pracowników w podejmowanych działaniach na rzecz poprawy dostępności oraz organizować działania w celu zwiększenia świadomości wśród pracowników z zakresu szczególnych potrzeb pacjentów. Warsztaty powinny mieć charakter praktyczny uwzględniający rzeczywiste sytuacje komunikacyjne mogące wydarzyć się w szpitalu i dostarczać wiedzę na temat działań jakie mogą podejmować osoby zarządzające szpitalem, aby ułatwić personelowi medycznemu komunikację z pacjentem od strony organizacyjnej.

WK 4 Wykwalifikowany personel wspierający wz. dostępności (1)

Szpital powinien wyznaczyć osoby wyspecjalizowane w zakresie zapewnienia dostępności placówki. Liczba wyznaczonych osób powinna zapewniać całodobowe wsparcie pracowników, pacjentów oraz osób uprawnionych do otrzymywania informacji dotyczącej pacjenta. Ww. wsparcie może być połączone ze współpracą z konsultantem - doradcą wymaganym w projekcie (np. przedstawicielem NGO reprezentującym osoby z niepełnosprawnościami).

Jako dobre praktyki w zakresie wsparcia dostępności można wskazać:

Przeszkolenie pracowników szpitala, w tym pracowników ochrony w zakresie prawidłowego wsparcia pacjenta lub osób towarzyszących/odwiedzających radą, jak efektywnie przemieścić się w konkretne miejsce w szpitalu.

Stworzenie czytelnej tablicy informacyjnej schematu budynku, w tym oznaczenia umiejscowienia poszczególnych jego części, w celu łatwego odnalezienia konkretnego miejsca przez pacjenta lub osób towarzyszących/odwiedzających.

Wyznaczenie osoby lub jednostki organizacyjnej w ramach szpitala, która odpowiadałaby za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami. Powinna to być osoba:

- przygotowana do pracy z osobami ze szczególnymi potrzebami;
- posiadająca wiedzę, o wysokiej pozycji w strukturze szpitala, o szerokich kompetencjach;
- proaktywna, kształtująca otoczenie architektoniczne, cyfrowe, organizacyjne oraz komunikacyjne tak, aby stwarzać osobom ze szczególnymi potrzebami warunki do korzystania z usług na zasadzie równości z innymi osobami.

Osoba ta koordynuje działania w zakresie dostępności, zbiera informację od pacjentów nt. ich szczególnych potrzeb, wspiera pracowników w podejmowanych działaniach na rzecz poprawy dostępności oraz organizuje działania w celu zwiększenia świadomości wśród pracowników z zakresu szczególnych potrzeb pacjentów.

Szpital wydziela strefę edukacyjną w ramach poczekalni. W strefie edukacyjnej pacjenci mają dostęp do informacji np. w formie ulotek nt. rozwiązań dla osób o szczególnych potrzebach (m.in. informacje nt. dostępności budynku, miejsc parkingowych, możliwości skorzystania z pomocy w trakcie pobytu w szpitalu) oraz krótkiego filmu wideo nt. usprawnień z napisami i z tłumaczeniem PJM.

Szpital organizuje „Dni otwarte” dla osób ze szczególnymi potrzebami. Podczas "Dnia Otwartego" osoby te będą mogły uzyskać w jednym miejscu informacje dotyczące oferowanych przez dany szpital usług, w tym zapoznać się ze sprzętem wspomagającym wizytę.

WO 1 Koordynacja działań w obszarze dostępności (1)

W celu zapewnienia wdrażania działań koniecznych do realizacji związanych z poprawą dostępności szpitala dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami konieczna jest zarówno identyfikacja personelu medycznego z kwestiami dostępności, jak również scalanie wszystkich podejmowanych działań przez osobę wskazaną do tego celu.

WO 1.1. Powołanie pełnomocnika ds. dostępności (1)

Pełnomocnik ds. dostępności powinien być odpowiedzialny za koordynowanie działań w zakresie dostępności, zbieranie informacji od pacjentów nt. ich szczególnych potrzeb, wspieranie pracowników w podejmowanych działaniach na rzecz poprawy dostępności oraz organizowanie działań w celu zwiększenia świadomości wśród pracowników z zakresu szczególnych potrzeb pacjentów.

Osoba ta nie powinna wykonywać zadań będących w dotychczasowych kompetencjach innych osób z personelu szpitala (rejestratorki, portierów, pracowników administracji), jej zadaniem jest włączanie się w ich realizację.

WO 1.2. Powołanie zespołu ds. dostępności (1)

Należy powołać Zespół ds. dostępności, w którego skład wejdą osoby zarządzające szpitalem, pełnomocnik ds. praw pacjentów, przedstawiciele lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz personelu pomocniczego i administracyjnego szpitala – zespół ten powinien ściśle współpracować z Pełnomocnikiem ds. dostępności.

WO 2 Cykliczny audyt dostępności (1)

Należy przeprowadzać cykliczne audyty dostępności. Audyt powinien obejmować wszystkie aspekty funkcjonowania szpitala pod kątem dostępności tj. przegląd istniejących procedur z zakresu obsługi pacjenta, procesu świadczenia usług, kwestii dostępności architektonicznej, cyfrowej, komunikacyjnej oraz organizacyjnej dla pacjentów.

WO 2.1 Wewnętrzne audyty dostępności (1)

Należy przeprowadzać wewnętrzne audyty dostępności szpitala co najmniej raz w roku, w tym z udziałem powołanych do tego celu audytorów, którzy są pracownikami/współpracownikami szpitala. W wyniku audytu, powinien zostać przygotowany raport zawierający rekomendacje co do działań poprawiających dostępność szpitala.

WO 2.2 Zewnętrzne audyty dostępności (2)

Należy przeprowadzać zewnętrzne audyty dostępności szpitala co najmniej raz w roku, w tym z udziałem powołanych do tego celu zewnętrznych audytorów. W wyniku audytu, powinien zostać przygotowany raport zawierający rekomendacje co do działań poprawiających dostępność szpitala. Wyniki powinny być publikowane na stronie internetowej szpitala.

WO 3 Przyjazna obsługa pacjenta ze szczególnymi potrzebami (1)

W szpitalu należy wdrożyć procedury związane z obsługą pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w różnych wariantach uwzględniających przede wszystkim podstawowy zakres szczególnych potrzeb pacjentów, przede wszystkim w obszarze najczęściej występujących rodzajów niepełnosprawności. W procedurach tych powinno uwzględnić się również kwestię osoby bądź zwierzęcia asystującego ze wskazówkami dla personelu medycznego w zakresie postępowania w tych szczególnych przypadkach.

W szpitalu powinny być opracowane szpitalne książki komunikacyjne oraz plany i procedury dotyczące ewakuacji dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz procedury poruszania się po jednostce.

Wszystkie procedury powinny być dostępne zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej (tj. na stronie internetowej szpitala – zgodnie z [wytocznymi WCAG 2.1](#)).

WO 3.1 Procedura przyjaznej obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami (1)

Regulamin organizacyjny i inne dokumenty zawierające procedury postępowania w szpitalu powinny zostać poddane analizie i odpowiedniej modyfikacji pod kątem ich adekwatności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Należy dążyć do tego, by zasady i procedury związane z obsługą pacjentów zapewniały odpowiednią jakość obsługi ww. grupy osób. Należy przy tym uwzględnić osoby ze szczególnymi potrzebami. Dokumenty powinny być łatwo dostępne, napisane przystępnym językiem, z uwzględnieniem ETR (tam gdzie to możliwe opatrzone grafikami, schematami itp.), syntetyczne – pozwalając na wyszukanie właściwych informacji w krótkim czasie. Dokumenty powinny być dostępne w postaci papierowej oraz elektronicznej (tj. na stronie internetowej szpitala – zgodnie z [wytycznymi WCAG 2.1](#)).

WO 3.2 Współpraca z NGO reprezentującymi osoby z niepełnosprawnościami (1)

Szpital powinien współpracować z organizacjami pozarządowymi reprezentującymi osoby z niepełnosprawnościami w zakresie m.in. konsultowania poziomu dostępności podmiotu leczniczego, w tym sposobu wdrożenia wyników audytów, o których mowa w WO 2.

Dodatkowo, szpital może włączyć do współpracy inne osoby bądź organizacje reprezentujące osoby ze szczególnymi potrzebami.

WO 3.3 Wolontariusze wspierają osoby ze szczególnymi potrzebami (2)

Szpital powinien dysponować wolontariuszami lub osobami współpracującymi ze szpitalem na innych zasadach, którzy po odbyciu szkolenia będą dostępni dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami w przypadku konieczności asystowania podczas pobytu w szpitalu lub w trakcie wizyty w przychodni przyszpitalnej. Zasady funkcjonowania w szpitalu powinny być jasno określone oraz dostępne dla pacjentów, którzy chcieliby uzyskać wiedzę na temat swoich praw w kontekście zakresu obowiązków tych osób.

REJESTRACJA I INFORMACJA DLA PACJENTÓW (R)

RA 1 Dostępne punkty rejestracji i informacji dla pacjentów (1)

Szpital powinien zapewniać odpowiedni standard w zakresie dostępności punktów informacji i rejestracji (w tym centralnej rejestracji i rejestracji wewnętrznych) dla osób ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania przestrzenne powinny być zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, tak aby odpowiadać na różne potrzeby użytkowników.

RA 1.1 Poziom dostępności punktów rejestracyjnych i informacyjnych, w tym ich otoczenia i wyposażenia (1)

Rejestracje (centralna, rejestracje wewnętrzne) i punkty informacji powinny być usytuowane przy głównych ciągach komunikacyjnych, najlepiej w pobliżu wejść do budynku/jednostek organizacyjnych szpitala. Wskazane jest zapewnienie, jak najwyższego stopnia prostoty układu przestrzennego w strefie punktów rejestracji i informacji. Dojście do miejsca obsługi pacjenta powinno być na całej długości pozbawione przeszkód. Dojście do miejsc pozyskania informacji i pierwszego kontaktu z pacjentem powinno być wyposażone w system fakturowy naprowadzający do tych miejsc.

Zarówno punkt rejestracji, jak i dojście do niego muszą spełniać wymagania określone w standardzie CA, w tym muszą być dobrze doświetlone, zgodnie z obowiązującymi normami PN-EN 12464-1:2003 (U).

Nie należy umieszczać silnych źródeł światła za osobą pracującą w rejestracji. Wymagane jest zapewnienie wysokiej jakości oświetlenia twarzy osoby pracującej w rejestracji, które umożliwi osobom niesłyszącym czytanie z ruchu warg. Dodatkowo stosować można oprawy oświetlenia miejscowego.

Zaleca się, aby punkt rejestracyjny dla pacjentów nie był ograniczony szklaną szybą, gdyż powoduje osłabienie dźwięku dla osób używających aparaty słuchowe oraz utrudnia odczytywanie mowy z ust.

W rejestracji i w jej otoczeniu należy stosować matowe materiały wykończeniowe powierzchni podłóg, ścian, drzwi, mebli, blatów, tak aby unikać odbić kierunkowych światła. W trosce o dobrą jakość informacji należy stosować materiały zapewniające utrzymanie wysokiego poziomu kontrastu przez cały okres ich użytkowania (materiały, które są odporne na warunki atmosferyczne i promieniowania UVA i UVB).

Rejestrację należy wyposażyć w stanowiskową pętlę indukcyjną oraz dostęp do tłumacza PJM (pracownik będący tłumaczem lub tłumacz online). Informacje o pętli i tłumaczeniu muszą zostać uwidocznione za pomocą standardowych piktogramów. Zaleca się wyposażenie stanowiska obsługi pacjenta w urządzenia, takie jak np. oświetlenie punktowe, pomoce optyczne (np. lupa), komputer z programem udźwiękwiająco-powiększającym z materiałami dostępnymi dla pacjenta zgodnie ze standardem WCAG 2.1, urządzenia umożliwiające wyświetlanie informacji dla pacjenta (np. ekrany, wyświetlacze, rzutniki), urządzenia do czytania i rozpoznawania drukowanego tekstu, syntezy mowy (wsparcie osób z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu).



Ryc. 2 Symbol pętli indukcyjnej zgodny z ETSI EN 301 4622 (2000-03) 4.3.1.2



Ryc. 3 Międzynarodowy symbol oznaczający dostęp do tłumacza PJM

Zaleca się, aby informacje o budynku i działaniach w nim prowadzonych były sformułowane zgodnie ze standardami tekstu łatwego do czytania i zrozumienia oraz udostępnione w polskim języku migowym na wyświetlaczu w rejestracji.

Urządzenia do wydawania biletów kolejkowych powinny uwzględniać szczególne potrzeby pacjentów, przede wszystkim powinny być dostępne dla osób z różnymi typami niepełnosprawności.

Należy zapewnić zarówno akustyczny, jak i wizualny system powiadamiania alarmowego w całym obiekcie. Zaleca się oprócz akustycznego systemu DSO (Dźwiękowa Sygnalizacja Ostrzegawcza) stosować sygnalizację kierunkową naprowadzającą do wyjść ewakuacyjnych. Dodatkowo zaleca się stosowanie piktogramów dotykowych na drogach ewakuacji ułatwiających poruszanie się osobom niewidomym i w sytuacji dużego zadymienia również innym osobom. Cechy instalacji alarmowej przeciwpożarowej opisano szczegółowo w standardzie CA.

Wymagane jest wprowadzenie uzupełniających elementów ułatwiających orientację i poruszanie się w przestrzeni. W strefie rejestracji należy umieszczać opisy i znaki z odpowiednią informacją dotyczącą zasad poruszania się w budynku.

Należy stosować czytelne tablice informacyjne. Istotne jest, aby wykonywać je z materiałów nie powodujących odbicia światła. Tablic informacyjnych nie należy przykrywać szklanymi taflami itd.

W elementach/systemach informacji optymalnym rozwiązaniem są jasne litery na ciemnym tle (dobrą praktyką jest również stosowanie elementów informacyjnych o podwyższonym kontraście, np.: żółte napisy na czarnym tle).

Zaleca się, aby system nawigacji składał się z informacji opisanych alfabetem łacińskim i pismem Braille'a. Należy stosować litery o prostym kroju (bez kursywy, podkreśleń). Nie zaleca się używać samych wielkich liter. Aby wyróżnić fragment tekstu można stosować pogrubienie. Nie należy używać fontów ozdobnych, najlepiej czytelne są fonty bezszeryfowe (np. Arial, Tahoma, Calibri).

Piętra, korytarze, numery pomieszczeń itd. powinny być oznaczone cyframi arabskimi (1,2,3). Informacje do odczytywania z daleka powinny być umieszczane na wysokości min. 2,2 m (poza skrajnią ruchu). Informacje czytane z bliska należy instalować na wysokości pola widzenia (tj. ok 1,40-1,60 m). Wypukłe elementy informacyjne montowane na ścianach na wysokości niższej niż 2,2 nie mogą wystawać więcej niż 0,10 m w poziomie, a w innym przypadku muszą być umieszczone poza ciągiem komunikacyjnym, tak aby nie ograniczały wysokości przestrzeni wolnej od przeszkód.

Napisy i znaki powinny być umieszczane na kontrastowym, matowym tle i być dobrze oświetlone. Wielkość znaków i wysokość fontu należy dostosować do przewidywanej odległości z jakiej dany tekst będzie czytany. Zaleca się, aby kolorystyka napisów, piktogramów i planów nawiązywała do barw stref i pomieszczeń (system oznaczeń spójny z charakterystycznymi elementami wizualnymi poszczególnych pomieszczeń/stref).

Dobłą praktyką jest uzupełnienie systemu informacji o elementy dotykowe (wypukłe plany pomieszczeń, budynku). Plany tyflograficzne całego obiektu powinny znajdować się w obszarze strefy wejściowej, a plany poszczególnych kondygnacji w pobliżu wyjścia z klatki schodowej lub windy. Powinny być umieszczone na postumentach lub montowane do ściany, aby dolna krawędź znajdowała się na wysokości 90 cm, a płaszczyzna planu powinna być nachylona pod kątem 20-30 stopni względem poziomu. Na powierzchniach pionowych oznaczenia dotykowe (np. napisy brajlowskie lub oznaczenia wypukłe¹⁴) należy umieszczać na wysokości 1,20 – 1,60m. Umieszczone poniżej napisy powinny uwzględniać ergonomię ułożenia dłoni. W tych przypadkach należy zastosować listwy lub panele o nachyleniu od 30 do 60 st. umieszczone na wysokości klamki, tj. 1,1m. Planu pomieszczeń montowane przy toaletach powinny być umieszczone na wysokości 1,20 - 1,60 m.

System nawigacji w całym obiekcie (w tym np. tablice informacyjne) powinien być spójny dla całego obiektu i powinien zawierać informacje najbardziej istotne (rozpatrywać należy priorytety informacji i przedstawiać je w sposób uszeregowany). Istotne jest zapewnienie czytelnej informacji m. in. na temat aktualnej lokalizacji użytkownika w obiekcie, kierunków dojść do pomieszczeń i ich identyfikacji, miejsc o utrudnionej dostępności lub jej braku. Należy uwypuklać w przestrzeni rolę specjalnego wyposażenia ułatwiającego poruszanie się i orientację w przestrzeni obiektu (np. lokalizację planów dotykowych) oraz sposobu zagospodarowania i wyposażenia pomieszczeń higienicznych.

Rozwiązania te powinny być wspomagane liniowymi elementami kierunkowymi¹⁵ naprowadzającymi na określone miejsca. Mogą to być linie barwne, kontrastujące z powierzchnią, na której będą umieszczone (np. na ścianie, podłodze lub suficie). Liniowymi elementami kierunkowymi mogą być również elementami oświetlenia, które wspomagać będą poruszanie się osób słabowidzących.

Za pomocą kontrastu barwnego i fakturowego w posadzce zaleca się wyróżnić z dróg komunikacji ogólnej: strefę obsługi pacjenta, miejsce kolejki oraz stanowiska oczekiwania.

Bardzo istotne jest, aby tak oznaczone miejsca kolejek i strefy oczekiwania pozostawały wolne od przeszkód, w tym ruchomych elementów wyposażenia. Wymagane jest kolorystyczne (w miarę

¹⁴Oznaczenia wypukłe to symbole i piktogramy dotykowe dostosowane do percepcji dotykiem poprzez opuszki palców. Pismo wypukłe, to zarówno pismo Braille'a, jak i pismo wypukłe w kształcie liter i cyfr arabskich i rzymskich dostosowanych do percepcji dotyku. Należy jasno rozgraniczyć pojęcie oznaczenia wypukłe/dotykowe od oznaczeń fakturowych, które wprowadza się na ciągach pieszych pod pojęciem Fakturowe Oznaczenia Nawierzchniowe, w skrócie FON.

¹⁵**Liniowe elementy kierunkowe** – elementy podkreślające ciągi komunikacyjne i strefy funkcjonalne.

możliwości także materiałowe) wyróżnienie elementów zabudowy i wyposażenia punktu rejestracji, które stanowią mogą zagrażające bezpieczeństwu użytkowników bariery przestrzenne. Należy zastosować kontrast wizualny pomiędzy posadzką a pionowymi elementami zabudowy rejestracji. Zalecane jest np. wprowadzenie cokołów w kontrastowej barwie czy stosowanie w posadzce liniowego oświetlenia wzdłuż takiej zabudowy, o osłoniętych źródłach światła i takim natężeniu, aby nie oślepiało osób słabowidzących.

Nie należy wprowadzać bodźców wizualnych i dźwiękowych (np. bardzo jaskrawych i nadmiernie pobudzających barw), które nie stanowią elementu informacji przestrzennej. Nie zaleca się stosowania materiałów podłogowych o wyrazistych wzorach konkurujących z oznaczeniami stref związanych z rejestracją i ciągów komunikacyjnych. Należy ograniczyć stosowanie wzorów poprzecznych do kierunku poruszania się.

Wysokość lady rejestracji (liczona od poziomu warstwy wykończeniowej podłogi) przynajmniej na odcinku o szerokości 1,0 m wynosić powinna nie więcej niż 0,90 m (zalecane: 0,70–0,80 m) oraz dawać możliwość podjechania wózkiem inwalidzkim na głębokość 0,30 m i szerokość 0,75 m pod ladę. Wysokość strefy podjazdu pod ladą powinna wynosić min. 0,67 m, co pozwala na podjazd większości osób poruszających się na wózkach.

Należy wykonać zabezpieczenie krawędzi blatu rejestracji przed możliwością zrzucenia dokumentów i ułatwiający ich podpisanie lub wypełnienie przez osobę np. posiadającą jedną ręką lub z chorobą Parkinsona. W strefie obsługi pacjenta, a także w miejscach oczekiwania należy przewidzieć przestrzeń na odkładanie sprzętu rehabilitacyjnego, np. uchwyty do odstawiania kul.

RA 1.2 Dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne (1)

Szpital powinien zapewnić dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne w sąsiedztwie punktów rejestracyjnych i informacyjnych. W sąsiedztwie tych punktów powinna znajdować się min. 1 toaleta dostępna dla osób poruszających się na wózkach.

Przynajmniej jedna toaleta musi być oddzielnym pomieszczeniem przeznaczonym do korzystania przez osoby obojga płci, nawet jeśli w toaletach zbiorowych przewidziano dostępne kabiny i umywalki.

Indywidualne toalety mogą być użytkowane przez osoby z niepełnosprawnościami korzystające z pomocy asystenta.

Pomieszczenie higieniczno - sanitarne powinno być przystosowane dla osób ze szczególnymi potrzebami i spełniać następujące wymagania:

- zapewniać wystarczającą przestrzeń manewrową przed i za drzwiami¹⁶;
- zapewniać powierzchnię manewrową przed muszlą toaletową o wymiarach przynajmniej 1,50 m x 1,50 m;

¹⁶ Wielkość przestrzeni przez drzwiami jest zależna od położenia otworu drzwiowego i sposobu otwierania. Szczegółowy opis możemy znaleźć w normie ISO 21542:2011 zał. C

- na wysokości 0,80 m po lewej i po prawej stronie muszli toaletowej należy umieścić uchwyty, w tym uchwyty składane (od strony przesiadania się¹⁷);
- wszystkie poręcze i uchwyty muszą być wykonane z materiałów niekorodujących i przenosić obciążenia równe trzykrotnej średniej wagi ciała – minimalnie 120 kg z każdego kierunku (szczególnie istotny jest właściwy sposób montażu do ściany bądź podłogi);
- powierzchnia do przesiadania się obok muszli toaletowej po lewej i prawej stronie powinna mieć szerokość min. 0,90 m;
- wysokość muszli toaletowej mieścić się powinna w przedziale między 0,45 m – 0,48 m;
- przycisk spłukiwania powinien być umieszczony na wysokości nie większej niż 1,20 m;
- przestrzeń wjazdu pod umywalkę powinna wynosić minimum 0,75 m szerokości i 0,30 m głębokości o wysokości 0,67 m.
- dostępny stolik lub półka przy umywalce;
- lustro nad umywalką powinno być zamontowane na wysokości od 0 do 0,10 m od poziomu umywalki lub uchylne tak, by osoba poruszająca się na wózku mogła z niego korzystać¹⁸; górna krawędź lustra powinna zapewniać osobie stojącej skorzystanie z niego. Zalecana wysokość górnej krawędzi lustra to 2,00 m.
- baterie kranowe, pojemniki z mydłem, pojemniki z ręcznikami papierowymi, suszarki powinny być w zasięgu rąk osób z różnymi ograniczeniami ruchu. Urządzenia te powinny umożliwiać obsługę jedną ręką bez potrzeby ściskania i skręcania ich elementów. Komfortowe baterie i pojemniki na mydło są uruchamiane fotokomórką;
- kratki ściekowe muszą mieć otwory uniemożliwiające utknięcie w nich kół wózków, kul rehabilitacyjnych, białej laski.
- minimum jeden pisuar w toalecie zbiorowej należy wyposażyć w boczne uchwyty;
- należy stosować zamek umożliwiający zamknięcie toalety od środka, , przy czym pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie powinny być zamykane za pomocą standardowego klucza, (pokrętko zamka, musi znajdować się na wysokości 0,90-1,00 m i zapewniać pewny uchwyt).
- drzwi powinny posiadać zamek umożliwiający, np. w razie wypadku, otwarcie toalety od zewnątrz.

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych należy instalować oświetlenie, sygnalizację alarmową przeciwpożarową i sygnalizację przywoławczą spełniającą wymagania określone w standardzie CA.

Zalecane jest stosowanie czujników obecności lub czujników ruchu. Należy uwzględnić różny wzrost użytkowników (w tym dzieci oraz osób poruszających się na wózkach), zarówno w przypadku montażu czujnika obecności jak i czujnika ruchu. Należy zapewnić czas świecenia automatycznego wystarczający do najdłuższego przewidywanego czasu pobytu w pomieszczeniu.

Należy uwzględnić także możliwość upadku pacjenta. W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych istotne jest dostosowanie wysokości przycisków sygnalizacji przywoławczej do jak najszerzego zakresu rąk użytkowników, z uwzględnieniem potrzeb osób znajdujących się w pozycji leżącej.

¹⁷Na podstawie przeprowadzonego audytu – możliwości zastosowania przesiadania się z dwóch stron miski ustępowej - dopuszcza się w budynkach istniejących możliwość przesiadania się tylko z jednej strony. W tej sytuacji jeden z uchwytów może być mocowany do ściany lub podłogi.

¹⁸Lustra których technologia pozwala odchylenie ich od pionu są rozwiązaniem droższym i uznawanym za mniej komfortowe, szczególnie przez osoby z porażeniem czterokończynowym.

Przyciski lub uchwyty na sznurkach od sygnalizacji alarmowej powinny być na dwóch wysokościach: 0,90 - 1,00 m i 0,10 - 0,30 m nad poziomem posadzki.

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych należy stosować podstawowe zasady dotyczące materiałów wykończeniowych opisane w standardzie CA, przy czym wysoki poziom kontrastu barwnego w polu widzenia użytkownika jest szczególnie ważny w miejscach, gdzie instalowane są umywalki, przyciski uruchamiające spłukiwanie wody lub urządzeń, takich jak podajniki papieru czy suszarki. Zaleca się stosowanie urządzeń uruchamianych bezdotykowo poprzez fotokomórki. Należy ograniczyć stosowanie wzorów na płytkach w łazienkach, a kolor dostosować do kolorystyki armatury i innego wyposażenia (np. poręczy i uchwytów), aby uzyskać kontrast barwny LRV na poziomie min. 50%.

Zaleca się, aby w miarę możliwości kompleks sanitarny zlokalizować w jednym miejscu w obrębie każdej kondygnacji, dzięki czemu unika się konieczności poszukiwania toalety przez pacjentów.

RA 1.3 Dostępne pokoje rodzica z dzieckiem i miejsca do przewijania dorosłych (2)

Szpital powinien zapewniać dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami pokoje rodzica z dzieckiem i miejsca do przewijania dorosłych osób z niepełnosprawnościami w sąsiedztwie punktów rejestracyjnych i informacyjnych oraz w pozostałych ogólnodostępnych częściach obiektu (2). W sąsiedztwie ww. punktów zaleca się urządzić min. 1 pomieszczenie do karmienia i przewijania dzieci przystosowane do potrzeb rodziców/opiekunów z niepełnosprawnościami.

Pomieszczenie to powinno być wyposażone w szeroką umywalkę wysokosyfonową z przestrzenią wjazdu pod nią o wymiarach minimum 0,75 m szerokości i 0,30 m głębokości i o wysokości 0,67 m.

W ww. pomieszczeniach należy instalować oświetlenie i sygnalizację przywoławczą spełniającą wymagania określone w standardzie CA.

Istotne jest dostosowanie wysokości przycisków sygnalizacji przywoławczej do jak najszerzego zakresu rąk użytkowników z uwzględnieniem potrzeb osób znajdujących się w pozycji leżącej.

W ww. pomieszczeniach należy stosować zasady dotyczące materiałów wykończeniowych opisanych w standardzie CA. Wysoki poziom kontrastu barwnego w polu widzenia użytkownika jest szczególnie ważny w miejscach, gdzie znajdują się przewijaki i umywalki.

Ww. pomieszczenia powinny być wyposażone w dostępny przewijak. Krawędzie i naroża przewijaków powinny być zaokrąglone lub sfazowane (dotyczy to zarówno krawędzi dostępnych dla dziecka, jak również dla dorosłych). Nie zaleca się stosowania przewijaków wyposażonych w różnego rodzaju mechanizmy ruchome.

W przypadku wyposażenia pomieszczenia w przewijaki ruchome, wyroby te powinny posiadać taką konstrukcję i rozwiązania funkcjonalne by odległość między poruszającymi się względem siebie elementami chroniła palce przed ewentualnym zakleszczeniem.

Nie należy stosować przewijaków, z których korzystanie związane jest z użyciem siły bądź koniecznością odblokowania mechanizmu przez przynajmniej dwa następujące bezpośrednio po

sobie bądź jednocześnie ruchy. Zaleca się umieszczenie w pomieszczeniach do przewijania stałą lub uchylną kozetkę do przewijania dorosłych osób z niepełnosprawnościami.

RC 1 Dostępny system telefonicznej i elektronicznej rejestracji pacjentów (1)

RC 1.1 Dostępna rejestracja telefoniczna (2)

Szpital powinien zapewnić rejestrację telefoniczną. System rejestracji telefonicznej powinien zostać przygotowany w sposób adekwatny do populacji obsługiwanych pacjentów. Zaleca się wnikliwą analizę poprzedzającą wdrożenie rozwiązań w tym zakresie, uwzględniających zarówno populację pacjentów, w tym pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz ich specyfikę, jak również sytuację organizacyjną szpitala. Rekomendowany system rejestracji telefonicznej powinien być obsługiwany przez adekwatną do zapewnienia sprawnego serwisu pacjentów liczbę pracowników podmiotu leczniczego. Podmiot leczniczy może powierzyć też realizację usług w tym zakresie zewnętrznym podmiotom w ramach outsourcingu (z zachowaniem wymaganych przepisami prawa gwarancji dotyczących ochrony danych osobowych). Optymalnym rozwiązaniem jest wprowadzenie jednego numeru infolinii, która łączyć będzie dzwoniącego z pierwszym wolnym pracownikiem rejestracji.

RC 1.2 Cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami (2)

Szpital powinien dysponować cyfrowymi narzędziami umożliwiającymi nawiązanie sprawnego kontaktu z pacjentami ze szczególnymi potrzebami. Minimalny standard w tym zakresie obejmuje środki wspierające komunikowanie się w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się. Rozwiązanie to będzie zbieżne z nowelizacją ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokonaną przez ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. W przypadku potrzeby skorzystania z usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika, narzędzia cyfrowe powinny umożliwiać nawiązanie połączenia online. Personel, w szczególności pracujący w punkcie rejestracji, powinien też być przeszkolony z zakresu używania ww. narzędzi.

W zależności od charakteru i rodzaju rozwiązań cyfrowych przyjętych przez szpital, przy wyborze programów i aplikacji należy pamiętać o wymaganiach normy WCAG 2.1 1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.)

RC 1.3. Szpital powinien zapewnić e-rejestrację (2)

Szpital powinien umożliwić rejestrację online. W przypadku e-zapisów należy pamiętać o zachowaniu zgodności z wymaganiami normy WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.), adekwatnymi jak w przypadku stron internetowych. Szpital może spełnić wymóg poprzez budowę własnego systemu e-rejestracji lub skorzystać z gotowych rozwiązań oferowanych na rynku. Przykładem systemu e-rejestracji są dedykowane portale pacjentów, które umożliwiają założenie indywidualnego konta, dostęp do grafiku terminów oraz możliwość wybrania terminu dogodnego dla pacjenta (zapisanie się na wizytę). Zalecanym jest, by system e-rejestracji obejmował różne formy kontaktu elektronicznego np. zapisy poprzez formularze dostępne online, korespondencję mailową lub za pośrednictwem komunikatora internetowego.

Minimalny zakres funkcjonalności określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

RK 1 Wiedza z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)

Personel szpitala (w tym personel medyczny), w szczególności rejestratorzy/rzy, sekretarki medyczne, inny personel placówki jednocześnie pracujący w rejestracji, informatycy/kadra zarządzająca powinni spełnić poniższe wymagania:

1. Znać specyfikę komunikacji w poszczególnych grupach pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
2. Charakteryzować i rozpoznawać poszczególne grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz znać prawidłowe aspekty dotyczące komunikacji z tymi osobami.
3. Znać różnicę pomiędzy komunikacją foniczną (uwzględniając rolę komunikacji werbalnej i niewerbalnej), wizualno-przestrzenną (użycie języka migowego) oraz komunikacją wspomagającą i alternatywną (AAC – ang. Augmentative and alternative communication).
4. Znać potrzebę dostosowania komunikatu do odbiorcy, uwzględniając jego wiek, zdolności językowe, poznawcze oraz stan emocjonalny.
5. Znać rolę empatii oraz komunikatów niewerbalnych w prawidłowej komunikacji.
6. Znać wzorce, definicje i pojęcia w ramach komunikacji werbalnej i niewerbalnej, z naciskiem na komunikację z osobami o szczególnych potrzebach.
7. Wiedzieć z jakich źródeł może czerpać wiedzę w celu podnoszenia kompetencji i samorozwoju w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
8. Rozpoznać źródła wiedzy dotyczące podmiotów świadczących usługi wspierające komunikację z osobami o szczególnych potrzebach np. studia graficzne, drukarnie, agencje reklamowe (dotyczy osób oddelegowanych do zarządzania komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami).
9. Wiedzieć jakie narzędzia wspierają komunikację i jak dopasować je do potrzeb komunikacyjnych pacjenta.
10. Znać zakres dokumentu WCAG 2.1 (dotyczy przede wszystkim informatyków, administratorów stron WWW lub osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie stron internetowych).
11. Rozumieć rolę oznaczeń wizualnych. Wie w jakich miejscach szpitala powinna być zastosowana oraz w jakiej formie i jakości (w tym rozumienie estetyki i znaczenia kolorów).
12. Znać i rozumieć zjawisko sytuacji kryzysowej możliwej do wystąpienia na terenie szpitala oraz jej wpływu na komunikację.
13. Znać swoje kompetencje komunikacyjne i wynikające z tego możliwości i ograniczenia.
14. Znać zasady savoir-vivre adekwatnie do szczególnych potrzeb pacjentów.
15. Rozumieć potrzeby komunikacyjne osób w kryzysie zdrowia psychicznego, przejawiających zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia psychiczne oraz osób w spektrum autyzmu (ASD).
16. Rozumieć i stosować zasady oraz narzędzia zarządzania procesowego w celu spełnienia wymagań pacjenta ze szczególnymi potrzebami.

17. Rozumieć i stosować zasady i narzędzia strategii społecznej odpowiedzialności / zarządzanie wartościami w kontekście osób ze szczególnymi potrzebami, (dotyczy przede wszystkim kadry zarządzającej/ pracowników działów PR/ rzecznika).

RK 1.1 Przeszkolenie personelu z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)

Cała kadra szpitala w szczególności rejestratorzy/rzy, sekretarki medyczne, inny personel placówki jednocześnie pracujący w rejestracji, informatycy, kadra zarządzająca, powinna zostać obowiązkowo przeszkolona z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.

RK 1.2 Instrukcja z zakresu sposobu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (2)

Szpital powinien dysponować instrukcją dla personelu (materiał drukowany zawierający zbiór podstawowych informacji), określającą różne potrzeby pacjentów z uwzględnieniem: prawidłowych zachowań rozpoczynających i utrzymujących konwersację oraz zastosowania prawidłowych reakcji w trakcie wystąpienia sytuacji kryzysowej. Instrukcja powinna mieć charakter przejrzysty i czytelny, zawierający rzetelne informacje pomocne personelowi w kontakcie z pacjentami ze szczególnymi potrzebami. Materiał powinien być dostępny w wersji papierowej oraz elektronicznej.

RK 1.3 Dostępna treść strony internetowej (WCAG 2.1) (1)

Pracownicy szpitala, w szczególności informatycy, administratorzy stron www lub osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie stron internetowych powinni posiadać niezbędną wiedzę dotyczącą publikacji treści na stronie internetowej, w tym zasad redagowania tekstu, który spełnia wymogi dostępności. W przypadku, gdy pracownicy nie mają wystarczającej wiedzy z danego zakresu powinni uczestniczyć w szkoleniach uwzględniających te treści. Program szkolenia powinien dotyczyć następujących grup odbiorców:

- Osób niewidomych i słabowidzących (prezentacja działania programu czytającego),
- Osób głuchych, słabosłyszących,
- Osób głuchoniewidomych,
- Osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- Osób starszych,
- Osób korzystających z urządzeń mobilnych.

Elementem szkolenia powinna być prezentacja narzędzi cyfrowych ułatwiających komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami.

Możliwe jest również nawiązanie współpracy z podmiotem zewnętrznym, który będzie dostarczał szpitalowi kompetencje w ww. zakresie.

RK 1.4 Znajomość podstaw języka migowego (2)

Pracownicy szpitala, w szczególności wybrane osoby pracujące w punkcie rejestracji oraz wybrana kadra medyczna, powinni znać podstawy polskiego języka migowego, w tym w zakresie podstawowej terminologii medycznej, pozwalające na komunikowanie i odebranie najczęstszych komunikatów do i od osób z słabosłyszących i głuchych. Rekomenduje się, jeśli jest to możliwe, by ww. personel

opanował posługiwanie się polskim językiem migowym na poziomie średnio-zaawansowanym (B1), pozwalającym na skomunikowanie się w zakresie podstawowych zagadnień medycznych.

RK 1.5 Infografiki dotyczące sposobów komunikacji (2)

W szpitalu powinny znajdować się łatwo dostępne dla personelu, w szczególności pracującego w punkcie rejestracji, infografiki w formie materiału drukowanego określające różne potrzeby pacjentów ze wskazanymi podstawowymi zachowaniami inicjalnymi umożliwiającymi nawiązanie komunikacji i uzyskanie uwagi osoby ze szczególnymi potrzebami. Infografiki pozwalają w krótkim czasie zapoznać się z wiedzą lub przypomnieć zagadnienia uzyskane w ramach odbytych szkoleń.

RK 1.6 Szkolenia z zakresu zarządzania procesami oraz zarządzania przez wartości (2)

- 1) Personel szpitala, w szczególności kadra zarządzająca, powinien być przeszkolony z praktycznych aspektów zarządzania procesami oraz zarządzania przez wartości w celu spełnienia wymagań osób ze szczególnymi potrzebami. Efektem szkolenia powinno być wypracowanie procedury związanej z obsługą pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Procedura powinna uwzględniać przebywanie w pomieszczeniach dodatkowych osób (np. tłumacza języka migowego) podczas wykonywanych czynności medycznych. Procedura powinna również zawierać informacje dot. obsługi z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się, lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje. Przez środki wspierające komunikowanie się należy rozumieć rozwiązania lub usługi umożliwiające kontakt, w szczególności poprzez:
 - a. korzystanie z poczty elektronicznej,
 - b. przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych,
 - c. komunikację audiowizualną, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych,
 - d. przesyłanie faksów,
 - e. strony internetowe spełniające standardy dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
- 2) Personel szpitala, w szczególności rejestratorzy/ki powinien zostać przeszkolony w zakresie wypracowanej procedury związanej z obsługą osób ze szczególnymi potrzebami. Szpital powinien zapewniać, na wniosek danej osoby, sposób komunikacji w formie określonej we wniosku. Dobrze wdrożone w organizacji wartości powinny oddziaływać na postawy pracowników, a to powinno się przełożyć na efektywne zachowania i realizację celu.
- 3) Personel szpitala, w szczególności kadra zarządzająca/ pracownicy działów PR/ rzecznicy powinien zostać przeszkolony w zakresie zasad i narzędzi strategii społecznej odpowiedzialności (zarządzanie wartościami w kontekście osób ze szczególnymi potrzebami). Celem szkolenia powinno być zwiększenie kompetencji wskazanych wyżej osób w zakresie praktycznej realizacji idei zaangażowania społecznego w obszarze niepełnosprawności. Elementem szkolenia powinny być warsztaty opisywania wartości, komunikacja wartości oraz budowania narzędzi wdrażania i egzekwowania wartości.

RK 2 Umiejętności komunikacji, w tym w zakresie likwidowania barier w komunikowaniu się (1)

Personel szpitala, w szczególności rejestratorki/rzy, sekretarki medyczne, inny personel placówki jednocześnie pracujący w rejestracji, informatycy powinien potrafić:

1. Rozpoznać potrzeby komunikacyjne pacjenta.
2. Wykorzystać wiedzę nt. dopasowania komunikacji do potrzeb poszczególnych grup pacjentów. W sposób refleksyjny/empatyczny potrafi dopasować sposób komunikacji.
3. Wykorzystać wiedzę nt. sposobów komunikacji z uwzględnieniem podziału na komunikację foniczną, wizualno-przestrzenną oraz wspomagającą i alternatywną.
4. Dostosować komunikat do potrzeb pacjenta z uwzględnieniem jego wieku, możliwości językowych, poznawczych oraz stanu emocjonalnego.
5. Okazać empatię oraz kontrolować i odpowiednio stosować komunikację werbalną i niewerbalną.
6. Korzystać ze źródeł w samodzielny sposób w celu podniesienia swoich kompetencji w zakresie komunikacji.
7. Współpracować z podmiotami zewnętrznymi np. organizacje pozarządowe, studia graficzne, drukarnie, agencje reklamowe (dotyczy osób oddelegowanych do zarządzania komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami) tzn. w sposób umiętny wyznaczać zakres działań oraz oceniać jakość proponowanych rozwiązań przez podmioty zewnętrzne.
8. Korzystać z narzędzi ułatwiających komunikację adekwatnie do potrzeb pacjenta.
9. Stosuje Standard dostępności WCAG 2.1 przy projektowaniu stron internetowych (dotyczy informatyków lub osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie stron internetowych).
10. Stosować i korzystać z oznaczeń wizualnych. Zarządzać przestrzenią wizualną szpitala w sposób efektywny (tzn. dający konkretne efekty na poziomie właściwych/pożądanych zachowań osób ze szczególnymi potrzebami).
11. Korzystać z umiejętności komunikacyjnych z uwzględnieniem specyfiki szpitala oraz występujących w niej sytuacji kryzysowych.
12. Korzystać ze swojej wiedzy w zakresie umiejętności komunikacyjnych a w przypadku wystąpienia problemów potrafi się wycofać i znaleźć rozwiązanie/ skorzystać z pomocy osób bardziej kompetentnych. W razie potrzeby kieruje osobę ze szczególnymi potrzebami do pozostałego personelu (lekarz, pielęgniarka) z umiejętnością przekazania związanej informacji, oczekiwanej przez pacjenta.
13. Koncentrować w krótkim czasie uwagę osób ze szczególnymi potrzebami na proponowanym wsparciu/rozwiązaniu.
14. Zarządzać pozostałym personelem (dotyczy osób oddelegowanych do zarządzania komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami) w zakresie efektywnej komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym umiejętnie komunikować zadania oraz rozumieć na czym polega efektywny feedback (informacja zwrotna).
15. Stosować zasady savoir-vivre adekwatnie do szczególnych potrzeb pacjentów.
16. Wykorzystać wiedzę nt. sposobów komunikacji z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego, przejawiających zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia psychiczne oraz osób w spektrum autyzmu (ASD).
17. Stosować zasady oraz narzędzia zarządzania procesowego w celu spełnienia wymagań pacjenta ze szczególnymi potrzebami.
18. Stosować zasady i narzędzia strategii społecznej odpowiedzialności / zarządzanie wartościami w kontekście osób ze szczególnymi potrzebami, (dotyczy przede wszystkim kadry zarządzającej/ pracowników działów PR/ rzecznika).

RK 2.1 Szkolenia z zakresu umiejętności komunikacji (1)

Szkolenie teoretyczne oraz warsztaty praktyczne dla wybranych członków personelu szpitala powinno określać typy osób ze szczególnymi potrzebami uwzględniające szerokie spectrum zachowań i reakcji (w tym kwestie postępowania w czasie uzyskiwania zgody na świadczenie usług medycznych). Na warsztatach powinny być odgrywane scenki rodzajowe symulujące prawdziwe sytuacje z jakimi może spotkać się personel. Szkoleniem powinni zostać objęci przynajmniej wybrani pracownicy punktu rejestracji oraz kadry medycznej.

Personel szpitala powinien być przeszkolony z zakresu komunikowania się z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego, przejawiających zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia psychiczne oraz osób w spektrum autyzmu (ASD).

Dobre praktyki

Wdrożenie obowiązkowego systemu szkoleń w szpitalu obejmującego wszystkich pracowników każdego szczebla oraz stanowiska. Po przeszkoleniu 100% kadry takie szkolenia powinny być organizowane w cyklu rocznym dla nowo zatrudnianych pracowników.

Osoba lub jednostka organizacyjna w ramach szpitala, która odpowiada za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami przeprowadza kompleksowy audyt dostępności administrowanych stron internetowych, a także innych narzędzi informatycznych. Wszystkie te narzędzia powinny odpowiadać standardom WCAG 2.1.

Osoba lub jednostka organizacyjna w ramach szpitala, która odpowiada za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami dokonuje przeglądu wewnętrznych procedur pod kątem ułatwienia współpracy z tłumaczami języka migowego.

Osoba lub jednostka organizacyjna w ramach szpitala, która odpowiada za wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami, powinna dokonać przeglądu wewnętrznych procedur pod kątem stworzenia osobom z zaburzeniami psychicznymi warunków do informowania o swoich potrzebach z zachowaniem dyskrecji.

Treść szkoleń dla kadry szpitala powinna uwzględniać specyfikę zaburzeń psychicznych oraz omawiać sposób pracy z tą grupą pacjentów.

Szkolenia dla personelu medycznego, zapewniające doświadczenie pomagające wczuć się w sytuację pacjenta z niepełnosprawnościami w ramach symulacji niepełnosprawności (np. okulary imitujące poszczególne typy uszkodzeń wzroku, próba odczytywania z ruchu ust przy założonych nausznikach wygłuszających, próba dotarcia do lekarza na wózku inwalidzkim).

Współpraca z organizacjami pozarządowymi specjalizującymi się w problematyce osób ze szczególnymi potrzebami. Dzięki takiej współpracy szpitale będą miały możliwość skorzystania z bogatego doświadczenia oraz specjalistów zatrudnionych w organizacjach pozarządowych, a tym samym podwyższenia jakości usług na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami.

Zapewnienie tłumacza języka migowego on-line w trybie całodobowym, a na prośbę pacjenta zapewnienie obecności profesjonalnego tłumacza.

RK 2.2 Oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód (2)

Personel szpitala powinien posiadać uniformy lub elementy uniformów (wszywki, wpinki, znaczki) pomagające zidentyfikować wykonywany zawód i wspomagają komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami.

RK 3 Kompetencje społeczne personelu w obszarze komunikacji (1)

Personel szpitala powinien rozumieć na podstawie posiadanej wiedzy i uczestnictwa w szkoleniach przygotowujących do komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami istotę kompetencji społecznych, a w szczególności:

1. Motywować pozostały personel do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami
2. Tworzyć sprzyjającą atmosferę komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
3. Rozumieć i świadomie wykorzystywać asertywność zawsze wtedy kiedy komunikacja z osobami ze szczególnymi potrzebami może zostać być niewłaściwie prowadzona lub została źle przeprowadzona przez pozostały personel.
4. Umiejętnie przekonywać swoje środowisko do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
5. Radzić sobie z emocjami w trakcie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, potrafi wpłynąć na emocje innych uczestników komunikacji.
6. Dokładnie analizować otoczenie i wysuwać wnioski poprawiające jakość komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
7. Stale poszerzać horyzonty myślowe związane z komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami.
8. Efektywnie zarządzać sytuacjami kryzysowymi.

RO 1. Tablica informacyjna przed wejściem do budynku (2)

W celu ułatwienia pacjentom poruszanie się po szpitalu konieczne jest wskazanie w formie tablicy informacyjnej schematu budynku, w tym oznaczenia umiejscowienia poszczególnych jego części. Ponadto, tablica powinna zawierać co najmniej podstawowe informacje o świadczonych przez szpital usługach. Szpital może stosować również inne, alternatywne formy i rozwiązania organizacyjne, służące przekazywaniu niezbędnych informacji pacjentom. Kluczowe jest uwzględnienie ich szczególnych potrzeb w tym obszarze.

RO 2. Dostępne formy rejestracji w wymiarze organizacyjnym (1)

Możliwość rejestracji pacjenta do szpitala zarówno w ramach stacjonarnej opieki – aby zapisać się na zabieg, bądź w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej - aby umówić się na wizytę w przychodni przyszpitalnej, jest elementem niezbędnym w całym procesie udzielania świadczeń. W związku z powyższym bariera związana z problemem dodzwonienia się do podmiotu jest często pierwszą barierą jaką napotykać pacjenci ze szczególnymi potrzebami. Konieczne jest wprowadzenie takiego rozwiązania, które zapewni możliwość kontaktu ze szpitalem w najbardziej dogodny sposób dla pacjenta. Dobrą praktyką w tym zakresie jest możliwość zapisu bez wychodzenia z domu, w tym minimum przez telefon (standard WC). Dywersyfikacja sposobu zapisu do lekarza zapewni dostęp tego rozwiązania dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności (standard RC 1.2 oraz RC 1.3).

Szpital powinien posiadać jasne procedury w tym zakresie, a także oferować indywidualne wsparcie w procesie rejestracji dla osób ze szczególnymi potrzebami.

RO 2.1. Dostępne okienko rejestracji na wizytę(1)

W szpitalu osoba ze szczególnymi potrzebami powinna móc skorzystać z wytypowanego okienka przystosowanego do rejestracji osób ze szczególnymi potrzebami (np. obniżona lada). Dodatkowo w szpitalu wytypowany przeszkolony pracownik powinien pomagać osobom ze szczególnymi potrzebami.

RO 2.2. Możliwość skorzystania z pomocy asystenta (2)

W szpitalu osoba ze szczególnymi potrzebami powinna móc skorzystać z pomocy asystenta po wcześniejszym umówieniu się na termin przyjęcia do szpitala, w tym na wizytę w przychodni przyszpitalnej w formie telefonicznej, e-mail lub za pośrednictwem osób trzecich. Osoba umawiająca powinna mieć możliwość podania informacji jakiego rodzaju asysta będzie potrzebna. Funkcję asystenta może również pełnić wolontariusz współpracujący ze szpitalem na zasadach określonych w Standardzie [WO 3.3.](#)

Zaleca się takie zorganizowanie pracy personelu, by pacjenci ze szczególnymi potrzebami mogli również skorzystać z pomocy wykwalifikowanego personelu np. przy wypełnianiu niezbędnych dokumentów.

RO 3 Opracowanie procedur w zakresie obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

W szpitalu powinna być opracowana procedura dot. udzielania świadczeń dla osób ze szczególnymi potrzebami. Procedura ta powinna regulować kwestie świadczenia usług (w tym uzyskiwania zgody na świadczenie usług medycznych) dla pacjentów z uwzględnieniem różnych form niepełnosprawności np. zapewnienie pomocy personelu poprzez zapewnienie asysty dla osoby niewidomej, umożliwienie udziału podczas przyjęcia do szpitala czy też wizyty w przychodni przyszpitalnej tłumacza języka migowego, zapewnienie niezbędnego oznakowania zapewniającego bezpieczne poruszanie się w przestrzeni i/lub możliwość skorzystania z alternatywnych form komunikacji. Procedury powinny uwzględniać również kwestię postępowania personelu medycznego w przypadku przyjęcia do szpitala lub wizyty w przychodni pacjenta z osobą lub zwierzęciem asystującym.

Procedury powinny być dostępne również w postaci elektronicznej (tj. na stronie internetowej szpitala – zgodnie z [wytycznymi WCAG 2.1.](#)).

RO 3.1. Opracowanie dokumentów dostępnych dla pacjentów (1)

Szpital powinien opracować wzory zgód niezbędne do podpisania przed rozpoczęciem hospitalizacji oraz informacje dla pacjenta ze szczególnymi potrzebami w języku oraz formie zrozumiałej dla pacjenta (np. tekst łatwy do czytania, powiększona czcionka, tłumaczenie na PJM itp.). Dokumenty te powinny być dostępne w postaci elektronicznej (tj. na stronie internetowej szpitala – zgodnie z [wytycznymi WCAG 2.1.](#)).

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego powinna również zostać opracowana w sposób zrozumiały dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

RO 3.2. Ogólnodostępne materiały na temat dostępności szpitala (1)

Szpital powinien opracować w formie ulotki oraz zamieścić na swojej stronie internetowej informacje (również w formie umożliwiającej skorzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku, dla osób z niepełnosprawnością słuchu) nt. rozwiązań dla osób ze szczególnymi potrzebami (m.in. informacje nt. dostępności budynku, posiadania windy i poruszania się między piętrami, dostępności pomieszczeń, obecności pętli indukcyjnej, miejsc parkingowych, możliwości skorzystania z pomocy w trakcie pobytu w szpitalu). Informacje te powinny być łatwo odnajdywalne na stronie internetowej szpitala, np. poprzez zamieszczenie krótkiego filmu nt. usprawnień z napisami - zgodnie z [wytycznymi WCAG 2.1](#)).

RO 4. Badanie satysfakcji pacjentów i personelu w zakresie dostępności (1)

Personel powinien stale respektować godność pacjentów, w szczególności odnosi się to do osób ze szczególnymi potrzebami. Pacjenci powinni mieć poczucie, że ich godność jest w pełni szanowana bez względu na stan zdrowia. Dla zapewnienia jakości opieki nad pacjentami ważne jest uzyskanie opinii zarówno personelu, jak również pacjentów. Opinia ta zbierana będzie w formie ankiety na bieżąco wśród pacjentów oraz okresowo raz na rok wśród personelu.

RO 4.1. Ankiety satysfakcji poziomu dostępności szpitala (1)

Pełnomocnik ds. dostępności wraz z wytypowanymi przedstawicielami szpitala powinien opracować ankiety dla pacjentów i personelu. Jednostka powinna korzystać z ankiet badania opinii pacjenta i pracownika z zachowaniem jego anonimowości. Ankietowany pacjent w formie dowolnej powinien ją wypełnić po uzyskaniu świadczenia w podmiocie (papierowo, elektronicznie, telefonicznie).

Pracownik ankietę wypełnia raz w roku i przekazuje Pełnomocnikowi.

Pełnomocnik ds. dostępności powinien dokonać minimum raz w roku analizy ankiet z uwzględnieniem podziału na poszczególne komórki szpitala i na ich podstawie doskonalić procedury postępowania. Wyniki doskonalenia szpitala na podstawie ankiet oceniane będą w trakcie audytów wewnętrznych.

RO 5 Wdrożenie systemu identyfikacji wizualnej pracowników (2)

W celu ułatwienia pacjentom ze szczególnymi potrzebami identyfikacji personelu szpitala należy opracować system identyfikacji wizualnej ujednolicony w całej placówce.

Informacja nt. poszczególnych oznaczeń personelu medycznego (lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny itd.) powinna być widoczna w centralnym miejscu szpitala oraz w widocznych miejscach na jego terenie (rejestracja, izba przyjęć, poczekalnia, oddział itp.)

CIĄGI KOMUNIKACYJNE (C)

CA 1 Dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie (1)

Szpital powinien zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie, co najmniej w części, w której przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania przestrzenne ciągów komunikacji poziomej i pionowej w budynkach są zróżnicowane, ale powinny być one zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, tak aby odpowiadać na różne potrzeby użytkowników. Standard doprecyzowuje zasady projektowania i wyposażania przestrzeni służących komunikacji poziomej w budynku i poczekalniach (w tym: wymiary, zmiany wysokości posadzki, dopuszczalna wysokość i kształt progów, materiały i kolorystyka, elementy nawigacji, drzwi, oznaczenie pomieszczeń) oraz zawiera szczegółowy opis elementów służących komunikacji pionowej (w tym: kształt i wymiary schodów, informacje o przeciwwskazaniach dla stosowania schodów kręconych, zasady kształtowania pochylni i ramp wewnętrznych, wymagane elementy o podwyższonym kontraście barwnym i elementy fakturowe, poręcze, typy i lokalizacja wyposażenia stanowiącego alternatywę dla wind w istniejących budynkach, w których nie ma możliwości instalacji dźwigu).

Poniższe standardy powinny być wdrożone co najmniej w częściach budynku, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami (tj. przede wszystkim strefa wejściowa, strefa rejestracji, izba przyjęć, oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne lub zabiegowe, pomieszczenia umożliwiające nocleg dla rodziców lub opiekunów dziecka, pomieszczenia dydaktyczne), jednakże zaleca się by - jeśli jest to możliwe - poniższe standardy wdrożyć w całym obiekcie.

CA 1.1 Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację poziomą w budynku (1)

Osobom ze szczególnymi potrzebami należy zapewnić dostęp do różnych stref obiektu na zasadach, na których dostęp ten jest umożliwiony użytkownikom o pełnej sprawności.

Wymagana szerokość ciągów komunikacyjnych w świetle to minimum 1,60 m.

Dopuszczalne są miejscowe zwężenia szerokości ciągów komunikacyjnych do 0,90 m, przy czym konieczne jest zapewnienie miejsca umożliwiającego swobodne manewrowanie/wymijanie się osób korzystających z indywidualnych środków podwyższających dostępność, w tym wózków w odległości maksymalnej co 5,00 m.

Ciągi służące komunikacji muszą być pozbawione jakichkolwiek przeszkód na całej długości. Podane w niniejszym warunku szerokości nie mogą być zawężane przez poręcze przyścienne, elementy wykończenia i wyposażenia, w tym meble służące oczekiwaniu i odpoczynkowi pacjentów. Należy unikać stosowania jakichkolwiek elementów wystających ze ścian na wysokości od 0,70–2,20 m. Obszary z ograniczoną wysokością do 2,20 m (m.in. w przypadku gdy bieg schodów nadwieszony jest nad ciągiem komunikacji powinny być obudowane lub oznaczone cokołem o wysokości min. 0,3m (ew. poprzeczką poziomą na wys. 0,3m), w taki sposób, aby osoba z dysfunkcją wzroku mogła je bezpiecznie ominąć. Dopuszcza się również ustawienie w tym miejscu mebli, które ograniczą wejście pod schody osobom poruszającym się z białą laską.

Na drogach komunikacji i w miejscach przeznaczonych na poczekalnie należy zadbać o brak różnic w poziomie wysokości posadzki w obrębie tej samej kondygnacji. Pomieszczenia ze zróżnicowanym poziomem podłóg powinny być przystosowane do ruchu osób z niepełnosprawnościami. Nie jest dopuszczalne występowanie uskoków poziomu posadzki i pojedynczych schodków.

Jeśli w obrębie kondygnacji są różnice poziomu wysokości posadzki, wyposażyć ją należy w podjazd, podnośnik lub platformę przyschodową¹⁹. Nie jest dopuszczalne stosowanie tzw. krzesefek schodowych, transporterów schodowych, schodołazów oraz innych rozwiązań nie pozwalających na samodzielne korzystanie z nich osobie poruszającej się na wózku, jako środków gwarantujących dostępność.

Balustrady powinny być wyposażone w dolną poprzeczkę umieszczoną na wysokości 0,15 – 0,30 m od powierzchni podłogi.

Należy zwracać szczególną uwagę na jakość montażu wszelkich uchwytów, bowiem przenoszą one bardzo duże obciążenia. Przy planowaniu montażu uchwytów na ścianach wykonanych w technologii suchej zabudowy lub innych ścianach lekkich należy przewidzieć dodatkowe wzmocnienia zgodnie z normami.

Obowiązkowe jest wykonanie poręczy wzdłuż ciągów komunikacyjnych. Poręcze montowane na korytarzach muszą zapewniać pewny chwyt wszystkim ich użytkownikom i spełniać wymagania określone szczegółowo w standardzie CA.

CA 1.2 Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację pionową w budynku (1)

Osobom ze szczególnymi potrzebami należy zapewnić dostęp do kondygnacji użytkowych oraz do różnych stref obiektu. Zaleca się, aby izby przyjęć i poradnie szpitalne lokalizować na tej samej kondygnacji, na której znajdują się wejścia do budynków.

Windy oraz inne urządzenia do transportu pionowego w budynku powinny być zlokalizowane w taki sposób, aby dojście do nich odbywało się trasą wolną od przeszkód, tzn. taką na przebiegu której nie ma żadnych barier architektonicznych, w tym szczególności schodów.

Przez „urządzenia do transportu pionowego” rozumie się: dźwigi osobowe, podnośniki wewnątrz budynku lub platformy przyschodowe²⁰. W przypadku różnic wysokości poziomu w obrębie kondygnacji platformy przyschodowe można montować wtedy, gdy zastosowanie windy i w drugiej kolejności podnośnika pionowego nie może być zrealizowane z przyczyn technicznych²¹. Decyzja o zastosowaniu odpowiedniego urządzenia powinna nastąpić po wykonaniu audytu dostępności przez specjalistę z zakresu projektowania uniwersalnego. Nie jest dopuszczalne stosowanie tzw. krzesefek

¹⁹ Platforma przyschodowa może być montowana w sytuacji, gdy audyt dostępności wskaże na brak możliwości zastosowania innych rozwiązań przestrzennych i technicznych ułatwiających pokonanie różnic wysokości. Niedopuszczalne jest stosowanie schodołazów.

²⁰ Ibidem.

²¹ W sytuacjach, w których zastosowanie danego rozwiązania nie jest możliwe z przyczyn technicznych, możliwe jest wystąpienie o odstępstwo od przepisów techniczno-budowlanych.

schodowych, transporterów schodowych, schodołazów jako alternatywy dla ww. urządzeń do transportu pionowego.

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe dźwigów.

Strefa oczekiwania na windę:

- przed drzwiami windy należy umieścić urządzenia informujące wizualnie i głosowo o przyjeździe oraz kierunku jazdy windy;
- przed drzwiami windy należy umieszczać oznaczenia piętra w postaci cyfry kontrastującej z kolorem ściany oraz oznaczenia pismem Braille'a;
- co najmniej obrys drzwi windy należy oznaczyć kolorem kontrastowym względem koloru ściany /drzwi windy;
- przyciski wzywające windę należy umieścić konsekwentnie z tej samej strony wejścia do windy (dla paneli zewnętrznych zalecana jest strona prawa²²), jeśli w budynku jest kilka dźwigów, to we wszystkich powinno się instalować panele sterowania jednakowe pod względem układu przycisków;
- najniżej umieszczony przycisk wzywający windę nie powinien być na wysokości mniejszej niż 0,80 m, zaś najwyżej umieszczony przycisk nie powinien być wyżej niż 1,20 m od poziomu podłogi;
- zalecane jest dodatkowo wyposażenie windy w urządzenia umożliwiające wezwanie windy i sterowanie kabiną bez użycia rąk;
- panel sterowania powinien odróżniać się kolorystycznie od ściany, a jego przyciski należy oznaczyć pismem Braille'a i oznaczeniami wypukłymi.

Kabina dźwigu:

- szerokość wejścia do windy (światło otworu) wynosić powinna minimum 0,90 m, a w przypadku, gdy winda przeznaczona jest do przewozu chorych na noszach szerokość ta powinna wynosić minimum 1,1 m.
- zalecane wymiary przestrzeni manewrowej w windzie wynoszą 1,50 x 1,50 m;
- wymagane jest wyposażenie windy w komunikaty wizualne oraz sygnalizację dźwiękową oraz komunikaty głosowe, potwierdzające wybór piętra, kierunek jazdy oraz potwierdzenie dojazdu na określone piętro; zaleca się również podanie informacji o głównych funkcjach zlokalizowanych na danym piętrze, np. oddział ortopedyczny itp.;
- należy wyposażać windy w czujniki ruchu zabezpieczające przed uderzeniem drzwiami;
- tolerancja dla precyzji zatrzymania windy wynosi 0,01 m;
- winda bez możliwości manewrowania wymaga zamontowania lustra w celu monitorowania piętra na którym się zatrzymuje;²³
- ściany powinny być matowe niepowodujące odblasków i olśnień;

Z uwagi na osoby z niepełnosprawnością słuchu (niekomunikujące się mową werbalną) winda powinna być wyposażona w kamerę umożliwiającą pracownikom obsługi technicznej podgląd wnętrza kabiny. Najlepszym i najbardziej uniwersalnym rozwiązaniem dla systemu alarmowego jest komunikacja wideogłosowa. Każda z wind powinna być wyposażona w system komunikacji głosowej. System można też wyposażyć w pętlę indukcyjną dla osób słabosłyszących.

²² Wyjątkiem są kabiny przelotowe. Przycisk przyzywowy powinien być po tej samej stronie co umieszczony wewnątrz kabiny panel sterujący.

²³ Jeżeli wymiary kabiny są mniejsze niż 1,50 x 1,50 m, na wprost wejścia do kabiny należy umieścić lustro, którego dolna krawędź będzie znajdowała się nie wyżej niż 1,00 m (zalecane 0,30 m), a górna krawędź nie niżej niż 1,90 m.

Panel sterowania w kabinie:

- panel sterowania powinien być umieszczony po prawej stronie windy w odległości 0,50 m od ściany kabiny z umieszczonymi w nich drzwiami. W przypadku kabiny przelotowej panele umieszczać należy po obu stronach, to znaczy na dwóch przeciwległych ścianach kabiny;
- najniżej umieszczony przycisk panelu nie powinien być na wysokości mniejszej niż 0,80 m, zaś najwyżej umieszczony przycisk nie powinien być wyżej niż 1,20 m od poziomu posadzki kabiny, przy czym zalecane jest dodatkowo umieszczanie przycisków na wysokości umożliwiającej obsługę windy/przycisk alarmowy stopą;
- nie jest dopuszczalne stosowanie dotykowych paneli sterowania (poprzez dotykowe panele sterowania należy rozumieć wszelkie urządzenia, w których wybór dokonywany jest przez dotknięcie palcem ekranu, wyświetlacza, szklanej płytki itp.);
- przyciski powinny mieć kolorystykę odróżniającą się wyraźnie od panelu sterowania ścian kabiny (zapewnienie odpowiedniego poziomu kontrastu);
- przyciski powinny być oznaczone pismem Braille'a i mieć wypukłe numery pięter (oznaczenia Braille'a oraz cyfry wypukłe zaleca się umieszczać obok przycisku, dzięki czemu można uniknąć przypadkowych naciśnień);
- przycisk parteru/kondygnacji zerowej powinien być dodatkowo wyróżniony spośród pozostałych przycisków, kolor zielony i wyższy od pozostałych przycisków;
- przycisk wybrany powinien zostać podświetlony, jako zalecenie powinno się wprowadzić komunikat głosowy, ułatwiający potwierdzenie wyboru piętra, co jest dużym ułatwieniem dla osób niewidomych;
- wybór piętra powinien być dodatkowo potwierdzony na wyświetlaczu umieszczonym bezpośrednio przy panelu sterowania oraz dodatkowo komunikatem głosowym.;
- średnica/szerokość przycisków nie powinna być mniejsza niż 0,02 m;
- panel sterowania powinien być wyposażony w przycisk alarmowy (zaleca się świetlne i dźwiękowe potwierdzenie naciśnięcia). System alarmowy windy powinien umożliwiać bezpośrednie połączenie z obsługą techniczną dźwigu.

Schody wewnętrzne – zgodnie z opisem standardu [WA 1.1](#).

Pochylnie wewnętrzne:

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe pochylni wewnętrznych:

- przy różnicach poziomu posadzki od 0,15 do 0,50 m nachylenie pochylni może wynosić max 10%;
- przy różnicach poziomu posadzki powyżej 0,50 m należy stosować pochylnie spadek pochylni nie może przekraczać 8%;
- dla pochylni do 0,15 m nachylenie może wynosić maksymalnie 15%, lecz jako zalecane jest stosowanie nachylenia do 8%;
- dopuszcza się stosowanie pochylni prowadzonych po łuku jedynie o nachyleniu $\leq 5\%$;
- szerokość pochylni pomiędzy poręczami powinna wynosić min. 1,6 m (zalecane 2,0 m);
- spocznik na pochylniach powinien mieć wymiary min. 1,6 x 1,6 m (zalecane 2,0 x 2,0 m);
- długość poziomej płaszczyzny ruchu na początku i na końcu pochylni powinna wynosić co najmniej 1,5 m (zalecane 2,0 m);
- wzdłuż całej pochylni powinny być zamontowane zabezpieczenia (cokoły) o wysokości min. 0,07 m uniemożliwiające niekontrolowany upadek osoby na wózku inwalidzkim poruszającej się po pochylni.

Parametry poręczy i balustrad:

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe poręczy i balustrad:

- przy balustradach lub ścianach przyległych do pochylni oraz przy schodach należy stosować obustronne poręcze;
- poręcz powinna być dwururowa o wysokości rur ok. 0,75 m i 0,90 m;
- średnica poręczy powinna mieścić się w przedziale 0,032 – 0,038 m;
- wymagany przekrój poręczy to koło lub elipsa;
- poręcze instalowane blisko ścian lub innych przegród muszą być od nich odsunięte na minimum 0,050 m;
- elementy montażowe należy umieszczać pod poręczami w celu zapewnienia wygodnego chwytu na całej długości;
- poręcze muszą być pozbawione ostrych zakończeń;
- poręcze powinny być wysunięte w poziomie na odległość minimum 0,30 m przed pierwszym i ostatnim stopniem schodów oraz przed początkiem i za końcem pochylni²⁴;
- poręcze nie powinny wchodzić w światło skrajni ciągu komunikacji wewnętrznej. Jeżeli nie jest to możliwe, ich końce powinny być zawinięte w dół i oznaczone kontrastem barwnym w oparciu o skalę LRV (min. 50% - zalecane 70%) otoczenia;
- poręcze powinny być wykonane z materiałów o nieśliskiej powierzchni;
- na poręczach przy schodach i pochylniach należy umieszczać informację pismem Braille'a wskazującą dokąd prowadzą schody/pochylnia;
- informacja wykonana w piśmie Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dot. miejsca jako punktu orientacji przestrzennej.

CA 1.3 Dostępne elementy stolarki drzwiowej i okiennej w strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach (1)

Zgodnie ze standardami dostępne drzwi muszą mieć szerokość w świetle co najmniej 0,90 m i wysokość 2,00 m (zalecana szerokość to min. 1,2 m). W przypadku dostosowania przestrzeni do potrzeb użytkowników leżących szerokość ta nie może być mniejsza niż 1,1 m. W przypadku zastosowania drzwi dwuskrzydłowych szerokość skrzydła głównego nie może być mniejsza niż 0,90 m (zalecane 1,2 m, a w przypadku dostosowania przestrzeni do potrzeb użytkowników leżących szerokość ta nie może być mniejsza niż 1,10 m).

Otwór drzwiowy powinien być tak zlokalizowany, by od strony zawiasów pozostało co najmniej 0,10m wolnej przegrody. Szerokość wolnej przegrody od strony klamki powinna zapewnić wygodny podjazd wózkami lub przejście przez otwór drzwiowy, szersze otwarcie skrzydła drzwiowego, możliwość umieszczania na ścianie przy drzwiach wyłączników światła, dzwonek i innych elementów przyzywowych – jest ona zależna od położenia otworu drzwiowego i sposobu otwierania. Szczegółowy opis możemy znaleźć w normie ISO 21542:2011 zał. C.

Przy drzwiach należy zapewnić pozbawioną nachyleń przestrzeń manewrową o wymiarach 1,60 m x 1,60 m od strony otwarcia skrzydła drzwi oraz 1,20 m x 1,20 m po drugiej stronie. Przestrzenie manewrowe powinny być wolne od wszelkich przeszkód i elementów wyposażenia. Odpowiednie wymiary przestrzeni manewrowej uzyskać można często dzięki zmianie kierunku otwierania skrzydła

²⁴ W przypadku poręczy u dołu biegu schodowego odległość od krawędzi stopnia wynosi 0,30 m + S (szerokość stopnia).

drzwi, zmianie aranżacji elementów wyposażenia lub nieznacznemu pomniejszeniu powierzchni użytkowych sąsiadujących pomieszczeń.

Drzwi powinny być lekkie i łatwe w obsłudze. Siła umożliwiająca otwarcie skrzydła drzwiowego nie może być większa niż 25 N. Najkorzystniejsze jest stosowanie drzwi przesuwnych otwieranych automatycznie.

Konstrukcja drzwi przesuwnych musi zapewniać ich szczelność oraz umożliwiać dezynfekcję drzwi wraz z prowadnicami. Duże i ciężkie drzwi należy wyposażać w siłowniki wspomagające otwieranie. Zawiasy powinny mieć minimalną siłę tarcia, aby ułatwić otwieranie drzwi.

Drzwi należy wyposażać w klamki/uchwyty niewymagające ściskania bądź przekręcania i umożliwiające obsługę jedną ręką. Niedozwolone jest stosowanie rozwiązań takich jak gałki, klamki kulkowe itp. Klamki i uchwyty poziome należy umieszczać na wysokości 1,10 m od poziomu posadzki. W przypadku uchwytów pionowych lub ukośnych dopuszcza się montaż w większym zakresie, tak aby pochwyty były możliwe na wysokości 0,8 m do 1,4 m od poziomu posadzki. Klamki/uchwyty powinny być łatwe do identyfikacji na tle drzwi, np. przez zastosowanie klamki o kontrastowej barwie lub podkładki w obszarze klamki o kontrastowej barwie względem skrzydła drzwi. Klamki w postaci dźwigni nie powinny powodować zahaczania ubrań użytkowników. Stalowe klamki/uchwyty mogą być pokryte plastikiem, aby zwiększyć komfort użytkowania.

Dolną część drzwi należy zabezpieczyć materiałem odpornym na uszkodzenia mechaniczne. W pomieszczeniach użytkowanych przez osoby leżące, drzwi powinny być zabezpieczone na poziomie łóżek lub kozetek transportowych tj. na wysokości 0,60 - 0,90 m.

Należy zapewnić różnicę kolorystyczną – kontrast barwny pomiędzy kolorem ściany i kolorem wejścia/drzwi. Zalecany rozwiązaniem jest różnicowanie barw pomieszczeń różnych pod względem funkcjonalnym. Zaleca się, aby kolorystyka ścian pomieszczeń zapewniała wartość współczynnika odbicia światła na poziomie min. 50 – 60 % w oparciu o skalę LRV.

Można zastosować pasy o kontrastowej barwie na ościeżnicach oraz listwach przypodłogowych, dzięki czemu na korytarzu nie będzie konieczności stosowania dodatkowych pasów kontrastujących na ścianie wokół drzwi. Takie ułatwienie wzrokowej identyfikacji drzwi na korytarzu jest korzystne dla osób słabowidzących oraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Drzwi powinny być dodatkowo opisane za pomocą oznaczeń wypukłych i alfabetem Braille'a. Na powierzchniach pionowych obok drzwi należy wprowadzić krótkie oznaczenia dotykowe (np. napisy w Braille'u lub oznaczenia wypukłe²⁵). Należy umieszczać je na wysokości 1,20 – 1,60 m. Sposób umieszczenia napisów powinien uwzględniać ergonomię ułożenia dłoni. W tych przypadkach należy zastosować listwy lub panele o nachyleniu od 30 do 60 stopni na wysokości klamki tj. 1,10 m. Plany pomieszczeń powinny być umieszczane na wysokości 1,20 - 1,60 m.

Przezroczyste drzwi z dużymi płaszczyznami szklanymi muszą być oznaczone 2 kontrastowymi pasami lub dużym, kontrastowym znakiem graficznym w poprzek drzwi na całej ich szerokości (minimalna

²⁵Oznaczenia wypukłe to symbole i piktogramy dotykowe dostosowane do percepcji dotykiem poprzez opuszki palców. Pismo wypukłe, to zarówno pismo Braille'a, jak i pismo wypukłe w kształcie liter i cyfr arabskich i rzymskich dostosowanych do percepcji dotyku. Należy jasno rozgraniczyć pojęcie oznaczenia wypukłe/dotykowe od oznaczeń fakturowych, które wprowadza się na ciągach pieszych pod pojęciem Fakturowe Oznaczenia Nawierzchniowe, w skrócie FON.

szerokość pasa/znaku graficznego: 0,10 m) na wysokości powyżej 0,80 m - 1,0 m i 1,40 m - 1,60 m nad podłogą. Jeżeli drzwi i przegroda strefy wejściowej jest w całości szklana, należy również oznaczyć jej krawędź dolną pasem o szerokości 0,10 m do wysokości maksymalnie 0,40 m. Kontrast pasów wg normy ISO 21542:2011 powinien wynosić min. 50% wg skali LRV²⁶.

Zalecane jest oznakowanie ościeżnicy lub obrysu drzwi wokół ościeżnicy za pomocą kontrastowych pasów.

Drzwi przezroczyste powinny być wykonane z materiału odpornego na rozbicie lub ze szkła hartowanego. Należy zapewnić, aby szklane powierzchnie, szczególnie w strefie przypodłogowej, były zabezpieczone materiałem odpornym na uderzenia i w wyróżniającym się kolorze względem posadzki.

Mechanizmy otwierania okien należy umieszczać na wysokości nie większej niż 1,40 m. Okna powinny być oszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczone przed możliwością niepożądanego otwarcia.

CA 1.4 Szpital jest wyposażony w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkownika przez pacjentów (1)

Narzędzia standardu odnoszą się do elementów ułatwiających komfortowe poruszanie się osobom ze szczególnymi potrzebami oraz kryteriów jakości przestrzeni w zakresie bezpieczeństwa, w tym zabezpieczaniem przed urazami (upadkami, oparzeniami, porażeniem prądem), hałasem, uciążliwymi zapachami oraz przegrzaniem.

Pomieszczenia przeznaczone na poczekalnie oraz do komunikacji ogólnej powinny mieć zapewnione oświetlenie dostosowane odpowiednio do potrzeb użytkowych. Oświetlenie ciągów komunikacji powinno być równomierne (większa liczba opraw oświetleniowych o niższym natężeniu światła) i zapewniające odpowiednie warunki użytkowania całej ich powierzchni. Oświetlenie połączonych ze sobą pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi oraz do ruchu ogólnego nie powinno wykazywać znaczących różnic natężenia wywołujących oślnienie, także przy przejściu między pomieszczeniami.

Światło powinno być rozproszone, nierażące, bezcieniowe (przy użyciu opraw liniowych łatwiej jest uzyskać oświetlenie bezcieniowe niż przy oświetleniu punktowym).

W obrębie ciągów komunikacji zaleca się stosowanie liniowego oświetlenia w posadzce w strefie cokołów i na suficie. W prowadzonych wywiadach osoby słabowidzące wskazują na pomocną rolę oświetlenia liniowego. Jest to tylko kwestia natężenia światła. Umiejętne zastosowanie oświetlenia LED pozwala na ograniczenie efektów oślnienia.

Należy stosować oświetlenie zgodnie z kierunkiem poruszania się i podkreślenia głównych ciągów komunikacyjnych. Układ podłużny opraw oświetleniowych powinien podnosić komfort poruszania się osobom z zaburzeniami widzenia i słabowidzącym (rozpoznawanie wyznaczonych kierunków).

²⁶ ISO 21542:2011 pkt. 18.1.5

Oświetlenie korytarzy powinno być na stałe włączone po zmierzchu. W przypadku stosowania oświetlenia uruchamianego automatycznie, należy przyjąć sposób montażu czujnika obecności (wysokość, od której czujnik reaguje na pojawienie się osoby w jego zasięgu), uwzględniający dzieci, osoby niskiego wzrostu oraz osoby poruszające się na wózkach. Należy zapewnić czas świecenia automatycznego wystarczający do najdłuższego przewidywanego czasu przejścia/pobytu w strefie lub pomieszczeniu.

Podczas doboru oświetlenia należy zwrócić uwagę na zmienność warunków doświetlenia naturalnego w kontekście pory dnia, zaplanować jego natężenie oraz temperaturę. Rodzaj stosowanego oświetlenia musi zapewniać wysoki stopień odwzorowania kolorów i zachowania kontrastów barwnych, szczególnie w miejscach stosowania elementów informacyjnych. Temperatura barwowa światła sztucznego powinna być zbliżona do naturalnego światła słonecznego (znormalizowanie sposobu postrzegania kolorów przez użytkowników budynku). Zastosowanie źródeł światła LED daje możliwość uzyskania barwy światła zbliżonej do światła dziennego (odpowiadającej ok. 5500 Kelwinów).

Szczególną uwagę należy zwrócić na źródła światła umieszczone poniżej linii wzroku użytkowników (wysokość 0 – 1,20 m). Elementy oświetlenia umieszczanego poniżej linii wzroku pacjentów powinny być montowane tak, by nie powodowały efektu oślepienia. Zasadą jest, aby użytkownik nie widział bezpośrednio źródła światła²⁷.

Zalecane natężenie oświetlenia (mierzone na poziomie powierzchni poruszania się użytkownika) na ciągach komunikacji, a także na rampach i schodach powinno wynosić minimum 30 lx. Przy projektowaniu oświetlenia wewnątrz należy uwzględnić możliwości stosowania lamp doświetlających miejsca zwiększonej uwagi.

Włączniki światła powinny znajdować się na wysokości 0,80 - 1,00 m od poziomu posadzki i być oznakowane poprzez kontrast, aby ułatwić ich wzrokową lokalizację. Podwyższa to znacząco komfort i bezpieczeństwo poruszania się po obiekcie. Dzielenie pomieszczeń na strefy oświetlenia zalecane jest w przypadku, gdy mają one nietypowy układ oraz w miejscach gdzie światło główne dociera w ograniczonym stopniu.

Bardzo istotne jest prawidłowe natężenie światła dziennego wpadającego do wnętrza, przy jednoczesnym zapewnieniu jego kontroli i możliwości ograniczania nasłonecznienia (regulacja dopływu światła z zewnątrz przez elementy przesłaniające, w tym łatwe do utrzymania w czystości żaluzje i rolety). Ma to szczególne znaczenie dla osób słabowidzących i z zaburzeniami widzenia (eliminacja refleksyjnych odbić np. na posadzce w sąsiedztwie okien oraz ograniczanie kontrastu oświetlenia pomiędzy pomieszczeniami), a także stanowi element ochrony pacjentów przed przegrzaniem wynikającym z nadmiernego promieniowania słonecznego w pomieszczeniach takich jak poczekalnie. Mechanizmy otwierania i zamykania elementów przysłaniających powinny być montowane na wysokości nie większej niż 1,40 m (zalecane 0,80 - 1,20 m).

Systemy ogrzewania, wentylacji i klimatyzacji powinny gwarantować odpowiedni poziom komfortu pacjentów i zapewniać: prawidłowy rozdział powietrza w pomieszczeniach, prawidłową prędkość powietrza, jego czystość oraz ochronę przed uciążliwymi zapachami.

²⁷ Źródła światła powinny być zabezpieczone przesłoną rozpraszającą światło.

Należy stosować rozwiązania techniczne centralnego ogrzewania zabezpieczające przed poparzeniem. Zaleca się stosować ogrzewanie podłogowe lub grzejniki zasłonięte trudnym do usunięcia ekranem ochraniającym od bezpośredniego kontaktu z elementem grzejnym.

Elementy sterowania wentylacją/klimatyzacją należy montować na wysokości od podłogi nie większej niż 1,60 m (zalecane 0,80 - 1,20 m)²⁸.

W instalacji wody ciepłej powinny być stosowane termostatyczne zawory mieszające z ograniczeniem maksymalnej temperatury i zapobiegające poparzeniu.

Induktowoniczne pętle stanowiskowe należy instalować w rejestracjach, punktach pielęgniarstwa i innych istotnych miejscach obsługi pacjentów. Pętle indukcyjne obwodowe lub macierzowe należy stosować w poczekalniach, gdy zainstalowany jest głosowy system wywoławczy pacjentów oraz w pomieszczeniach takich jak sale konferencyjne i wykładowe. W pomieszczeniach niewyposażonych w pętle stałe zaleca się stosowanie stanowiskowych przenośnych pętli indukcyjnych.

Instalacja alarmowa przeciwpożarowa musi być zintegrowana ze świetlną i dźwiękową sygnalizacją zagrożenia. Umieszczenie czujników dymu, jak i alarmy powinny spełniać odpowiednie wymagania, m.in.:

- alarmy z sygnalizacją akustyczną i świetlną;
- wizualne elementy ostrzegawcze uruchamiane wraz z systemem akustycznym należy umieszczać w miejscach widocznych dla pacjentów;
- systemy alarmowe powinny posiadać znaki audio-wizualne;
- panel kontrolujący alarm powinien być umieszczony na wysokości 0,80 - 1,10 m nad poziomem podłogi;
- dźwięk alarmu nie powinien przekraczać głośności 120 dB.

Gniazda elektryczne, za wyjątkiem gniazd służących do podłączenia na stałe lub czasowo konkretnego wyposażenia (np. wieszanego na ścianach, pod sufitem), powinny znajdować się w zasięgu ruchu osoby ze szczególnymi potrzebami, na wysokości 0,30 - 1,00 m od poziomu posadzki.

Na etapie projektu należy dokładnie ustalić, gdzie będą znajdować się elementy instalacji takie jak np. pętle indukcyjne, sprzęty potrzebujące zaopatrzenia w energię elektryczną. Nie jest dopuszczalne, aby w trakcie użytkowania obiektu występowały w pomieszczeniach dostępnych dla pacjentów elementy zagrażające bezpieczeństwu, takie jak luźne kable leżące na podłodze.

Istotnym aspektem projektowania i modernizacji przestrzeni wewnętrznych szpitali dla osób starszych, z chorobami neurologicznymi, niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną jest wprowadzenie uzupełniających elementów aranżacji wnętrza ułatwiających orientację i poruszanie się w przestrzeni. Jednocześnie dobór elementów aranżacji powinien uwzględniać ograniczenia wynikające z różnych dysfunkcji. Wrażliwą grupą pacjentów są osoby z zaburzeniami kognitywnymi, które najtrudniej odnajdują się w środowisku o nadmiernej ilości bodźców, a zatem należy unikać nieuzasadnionych, z punktu widzenia funkcji obiektu oraz bezpieczeństwa pacjentów, bodźców wizualnych i dźwiękowych, np. bardzo jaskrawych i nadmiernie pobudzających barw.

²⁸ Alternatywą jest sterowanie za pomocą pilota zdalnego sterowania, które najczęściej występują przy urządzeniach takich jak klimatyzatory. Niemniej jednak w szpitalach raczej nie dochodzi do sytuacji, w których umożliwia się pacjentom sterowanie systemami wentylacji i klimatyzacji.

Projektowanie systemu identyfikacji wizualnej, w tym oznaczenia, piktogramy lub fotografie umieszczane w miejscach, które użytkownik powinien kojarzyć z określoną funkcją, muszą uwzględniać ograniczenia kognitywne pacjentów (dotyczy to także prostoty układu komunikacyjnego i kolorystyki pomieszczeń, która powinna być spójna z systemem oznaczeń). Rozwiązania te powinny być wspomagane barwnymi liniowymi elementami kierunkowymi oraz oświetleniem liniowym naprowadzającymi na określone miejsca.

Należy uwypuklać w przestrzeni rolę specjalnego wyposażenia ułatwiającego poruszanie się i wykonywanie czynności związanych z higieną.

W zakresie dostępności ciągów komunikacyjnych kolorystyka powinna odgrywać kluczową rolę jako element informujący m. in. o układzie przestrzennym pomieszczeń. Zalecane jest stosowanie elementów o podwyższonym kontraście w celu ułatwienia identyfikacji miejsc wymagających zwiększonej uwagi. W takim przypadku zaleca się, aby poziom kontrastu barwnego pomiędzy elementami wynosił minimum 30% (wartości wskaźników LRV²⁹). Należy stosować materiały zapewniające utrzymanie wysokiego poziomu kontrastu przez cały okres ich użytkowania.

W przypadku materiałów, które tracą właściwości kolorystyczne pod wpływem ścierania lub działania promieni UV, należy prowadzić regularne prace renowacyjne (np. malowanie lub wymiana) w celu utrzymania należytego poziomu kontrastu tych elementów. Odpowiedni poziom kontrastu powierzchniami uzyskuje się poprzez właściwy dobór elementów stykających się ze sobą.

Konieczne jest stosowanie, w obrębie ciągów komunikacji i w poczekalniach, znaków informacyjnych, w tym oznakowań piktogramami, opisów pismem Braille'a, czytelnych tablic informacyjnych z powiększonym drukiem i dużym kontrastem (tekst łatwy do czytania i zrozumienia *Easy to Read*) oraz świetlnych i dźwiękowych komunikatów / informacji wskazujących dogodny sposób przemieszczania się po budynku. Systemy informacji w budynku powinny być spójne z tymi, które zastosowano w obrębie dojazdów i dojazdów. Informacje powinny dotyczyć m. in. dróg ewakuacyjnych, lokalizacji pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, dojazdów do poczekalni i gabinetów lekarskich, drzwi pomieszczeń przeznaczonych do użytkowania przez pacjentów. Informacja powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje.

Dojścia do pomieszczeń w budynku należy wyposażyć w dodatkowe elementy wskazujące i naprowadzające (są nimi także występujące w przestrzeni elementy zabudowy i wyposażenia wytyczające linie kierunkowe, np. oświetlenie liniowe, elementy poziome balustrad, pochwytory poręczy) oraz oznaczenia wskaźnikowe, takie jak ścieżki dotykowe³⁰ / systemy fakturowe (tzw. system FON - system fakturowych oznaczeń - należy rozumieć jako rodzaj identyfikacji, składający się z kombinacji faktur, które są możliwe do wykrycia przez osoby z dysfunkcjami wzroku).

W budynku należy zapewnić odpowiednią różnicę koloru i faktury (kontrast) pomiędzy powierzchniami podłóg, ścian i drzwi oraz pomiędzy elementami użytkowymi a ich tłem. Należy stosować m. in. wyróżnienie kolorystyczne cokołów w celu oddzielenia wizualnego posadzki od ścian.

²⁹LRV – patrz WA 1.1. s. 9.

³⁰ "należy montować w przypadku szerokich korytarzy, w przypadku wąskich korytarzy osoba niewidoma porusza się wzdłuż poręczy lub ściany".

Również poręcze powinny być wyraźnie widoczne na tle ściany. Uchwyt mocujący powinien być zamontowany od dołu, aby zapewnić użytkownikom pewny chwyt.

Na końcach poręczy zaleca się montowanie oznaczeń dotykowych, które mogą być dodatkową informacją dla osób niewidomych. Jeżeli informacja jest wykonana pismem Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dot. miejsca jako punktu orientacji przestrzennej. Zaleca się również stosowanie pisma wypukłego lub tzw. szpilkowego³¹.

Powierzchnie, którymi wykończone są ściany, podłogi, sufity i inne elementy ciągów komunikacyjnych i poczekalni powinny ograniczać odbicie światła.

Nie zaleca się stosowania szklanych partycji, a przezroczyste ściany działowe muszą być jednoznacznie oznakowane oraz wykonane z materiału odpornego na rozbicie lub ze szkła hartowanego. Zaleca się ich osłonięcie tak, aby niemożliwe było zetknięcie się pacjenta bądź pracownika ze ścianą lub jego zranienie w razie rozbicia tej ściany. Przezroczyste przegrody muszą być oznaczone kontrastowym pasem lub dużym, kontrastowym znakiem graficznym w poprzek na całej ich szerokości (minimalna szerokość pasa/znaku graficznego: 0,15 m) na wysokości na wysokości powyżej 0,80 m - 1,0 m i 1,40 m - 1,60 m nad podłogą. Przeszklenia i drzwi bezramowe powinny posiadać pas kontrastowy o szerokości min. 0,10 m na dolnej krawędzi drzwi do wysokości maksymalnie 0,40 m. Kontrast pasów wg normy ISO 21542:2011 powinien wynosić min 50% wg skali LRV³².

Partycje przezroczyste powinny być wykonane z materiału odpornego na rozbicie.

Powierzchnia podłóg powinna być równa, dobrze wypoziomowana, antypoślizgowa, niepowodująca odbicia światła i uporządkowana kolorystycznie z umożliwieniem zaznaczenia ciągów komunikacyjnych.

Mocne kolorystycznie lub wzorzyste wykończenia posadzki nie są dopuszczalne, ponieważ mogą być odbierane przez osoby z ograniczeniami poznawczymi jako różnica poziomów lub otwór w podłodze.

Zalecane jest wyznaczenie kolorystyczne i materiałowe (różne materiały posadzkowe) części komunikacyjnych tzw. tras wolnych od barier od stref oczekiwania (np. przed ladą rejestracji) i stref poczekalni.

Połączenie ścian z podłogami należy wykonywać w sposób bezszcelinowy. Wykładziny powinny być trwale przymocowane do podłoża. Podłogi w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi należy wykonywać z materiałów antyelektrostatycznych, spełniających warunki określone w Polskich Normach dotyczących ochrony przed elektrycznością statyczną.

Należy stosować trwałe, odporne na uszkodzenia i zabrudzenia wykończenia ścian. Ściany powinny mieć wykończenie gładkie i jasne. Powierzchnie ścian do wysokości 0,90 m powinny być zabezpieczone przed uderzeniami, otarciami, przy czym zewnętrzne krawędzie ich narożników oraz wejść do pomieszczeń należy zabezpieczać listwami stalowymi lub z utwardzonych tworzyw sztucznych.

³¹ Pismo szpilkowe jest to odwzorowanie dużych liter i cyfr za pomocą linii wykonanych przy pomocy punktu brajlowskiego.

³² LRV – patrz WA 1.1 s.9

Poczekalnie (ich lokalizację i powierzchnię użytkową oraz odległości elementów wyposażenia) należy dostosować do przewidywanej liczby użytkowników oraz zasad ergonomii, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi. Należy unikać nadmiernego zagęszczenia elementów wyposażenia w poczekalniach, które może powodować ograniczenie dostępności miejsc do oczekiwania i odpoczynku oraz powodować upadki użytkowników. W strefie poczekalni należy przewidzieć przestrzeń na odkładanie sprzętu rehabilitacyjnego.

Należy przewidzieć możliwość zmiany aranżacji wyposażenia w przypadku konieczności dostosowania jej do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

W doborze mebli należy brać pod uwagę funkcje wnętrza i zastosowanie rozwiązań ergonomicznych, ale także uwzględniać indywidualne preferencje i szczególne potrzeby użytkowników. Należy stosować wytrzymałe i stabilne meble, stanowiące również oparcie, zgodnie z wymaganiami standardu:

- wymiary siedzisk: wysokość między 0,40m, a 0,48m (zalecane 0,45m), głębokość od 0,40m do 0,45 m z oparciem wspomagającym kręgosłup;
- siedziska wyposażone w podłokietniki ułatwiające siadanie i wstawanie oraz komfortowe oparcie;
- unikać krzesel i foteli na kółkach;
- unikać rozwiązań, w których elementy podporowe (np. nóżki) wystają poza obrys zewnętrzny głównego korpusu mebla jako zabezpieczenie przed potknięciem;
- unikać wzorzystych i nakrapianych wzorów tapicerki, ponieważ mogą stwarzać problemy w wizualnej percepcji;
- obicia / kolor mebli powinny być skontrastowane z otoczeniem, aby z łatwością odróżnić meble od ścian i podłóg;
- tapicerka powinna być zmywalna oraz lekko fakturowana i przyjemna w dotyku.

CA 1.5 Dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie(2)

Zalecane rozwiązania odnoszą się do wybranych kryteriów jakości przestrzeni związanych m. in. z możliwością zaspokojenia potrzeb indywidualnych związanych m. in. z poczuciem braku bezpieczeństwa, zagubieniem, błędzeniem, pobudzeniem psychoruchowym, mogącym występować u wszystkich pacjentów, w tym w szczególności u osób z niepełnosprawnością intelektualną, osób mających trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, osób starszych i osłabionych chorobami.

W miarę możliwości należy dążyć do podnoszenia komfortu osób z ograniczeniami w zakresie mobilności, osób starszych i osłabionych fizycznie, a zatem zaleca się aby:

- przestrzeń manewrowa wewnątrz windy osobowej nieprzeznaczonej do transportu noszy miała (pomiędzy poręczami) wymiary 1,50 m x 1,50 m;
- wolna powierzchnia przed wejściem do windy osobowej, nieprzeznaczonej do transportu noszy miała wymiary min. 2,0 m x 2,0 m od jej drzwi;
- szerokość biegu schodów wynosiła min. 2,0 m;
- schody wyposażone były w poręcze po obu stronach biegu umieszczonymi na dwóch wysokościach: 0,90 m i 0,75 m;
- wysokość stopni schodów była na tyle niska, aby ułatwiała pokonywanie ich przez osoby np. z chorobami reumatycznymi i wynosiła 0,12 m;
- długość poziomej płaszczyzny ruchu na początku i na końcu pochylni wynosiła min. 2,0 m;
- szerokość pochylni wynosiła min. 2,0 m;

- minimalna długość spocznika pochylni wewnętrznych wynosiła min. 2,0 m;
- spocznik na pochylniach wewnętrznych o biegach łamanych miał wymiary min. 2,0 m x 2,0 m;
- stosować ciągłość poręczy na schodach i pochylniach o wielu biegach. Przy ciągłości poręczy nie wymaga się stosowania faktur ostrzegawczych na poszczególnych spocznikach.

Zaleca się, aby ciągi komunikacyjne były w miarę możliwości krótkie, z umieszczeniem przestrzeni docelowych i ważnych miejsc w zasięgu wzroku.

Dobłą praktyką jest planowanie i wyposażanie poczekalni w taki sposób, aby zapewnić bezpośredni widok na drzwi gabinetu, co zwiększa poczucie kontroli i bezpieczeństwa.

Dobłą praktyką jest stosowanie systemów alarmowych/przyzywowych w obrębie ciągów komunikacji i poczekalni oddalonych od miejsc, w których przebywa personel szpitala i dla niego niewidocznych. Systemy te powinny służyć jako sygnalizatory bezpieczeństwa do jednostronnego powiadamiania np. o potrzebie pomocy w przypadku zranienia czy upadku. Stosuje się m. in. proste systemy przywoławcze oparte na transmisji bezprzewodowej. Systemy alarmowe/przyzywowe powinny być proste w użyciu i dostosowane do potrzeb osób z różnymi potrzebami w zakresie mobilności i percepcji m. in. wad wzroku i słuchu. Przyciski powinny być opatrzone dotykowymi piktogramami i opisem w Braille’u. Przy wyposażaniu obiektów należy uwzględnić także fakt, że głośne sygnały dźwiękowe mogą powodować dezorientację oraz rozdrażnienie, a częstotliwość pojawiania się sygnałów wizualnych może np. wywoływać epilepsję. W celu zapewnienia wysokiego stopnia bezpieczeństwa system może zostać zintegrowany z systemem monitoringu wizyjnego, dzięki czemu jednostki dozoru mają podgląd z kamery. Zaleca się czerwone przyciski połączeń z podświetleniem i czytelnym symbolem np. „zadzwoń”. Przyjęcie sygnału przez osobę świadczącą pomoc (np. pielęgniarkę) powinno być automatycznie przez nią potwierdzone, a symbol „brak obecności” – włączany automatycznie.

Zalecanym rozwiązaniem jest różnicowanie barw pomieszczeń różnych pod względem funkcjonalnym. Zaleca się, aby kolorystyka ścian pomieszczeń zapewniała wartość współczynnika odbicia światła na poziomie min. 50 – 60 % w oparciu o skalę LRV. Zaleca się, aby kolorystyka ścian naprzeciwległych w stosunku do okien zapewniała wartość współczynnika odbicia światła na poziomie min. 50 %. Posadzki zaleca się wykończyć materiałami w odcieniach ciemniejszych od ścian (zalecana wartość współczynnika odbicia światła dla posadzek powinna wynosić 15 - 20 % w oparciu o skalę LRV).

W poczekalniach należy zaplanować przestrzeń umożliwiającą pacjentowi przemieszczanie się w sytuacjach szczególnych napięć (np. wędrowanie wokół pomieszczenia).

Należy zapewnić wysoką izolację akustyczną przegród oddzielających strefy komunikacji, rejestracji i poczekalni od przestrzeni gabinetów badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala, gabinetów zabiegowych, pomieszczeń obserwacji oraz oddzielnych pomieszczeń do krótkotrwałej izolacji pacjenta.

CC 1 Poruszanie się pod budynku pacjentów ze szczególnymi potrzebami (2)

Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane obiekt budowlany wraz ze związanymi z nim urządzeniami budowlanymi należy projektować i budować uwzględniając potrzeby osób niepełnosprawnych. Podejmowane są działania mające na celu przystosowanie architektoniczne szpitali do potrzeb osób niepełnosprawnych. W praktyce rozwiązania budowlane nie są wystarczające. Obok nich konieczne jest podjęcie innych czynności, które ułatwią pacjentom poruszanie się po szpitalu. Szpital powinien wykorzystywać rozwiązania cyfrowe, które są pomocne dla osób ze szczególnymi potrzebami, w szczególności dla osób niewidomych i słabowidzących.

CC 1.1 Rozwiązania umożliwiające osobom ze szczególnymi potrzebami poruszanie się po budynku (2)

W ramach przystosowania budynku do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami szpital powinien umożliwić niewidomym pacjentom dostęp do inteligentnych opasek na ramiona. Dzięki specjalnym kamerom opaska może monitorować otoczenie danej osoby i rozpoznawać znaki, a następnie przekazywać osobie niewidomej informacje za pomocą dźwięku i wibracji. Przekazywane informacje dotyczą tego, co znajduje się przed pacjentem oraz pomaga mu w nawigacji. Szpital może zapewnić pacjentom dostęp także do rozwiązań dających możliwość cyfrowego rozpoznawania obrazu i informowanie pacjenta za pomocą komend głosowych o tym, co widzi kamera. Ponadto szpital powinien zapewnić pacjentom ze szczególnymi potrzebami elektroniczne oznakowanie dźwiękowe, w szczególności pozwalające na sygnały wzrokowe lub dźwiękowe wspierające nawigację w budynku.

Kluczowym elementem jest zaś zapewnienie, by programy i aplikacje (w zakresie strony), w tym te stanowiące wyrób medyczny, były zaprojektowane w sposób uniwersalny, w tym co najmniej spełniały wymagania standardu WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.).

CK - Standard opisany w rozdziale Wejście do budynku i kwestie horyzontalne

Dobra praktyka:

Umieszczenie widocznych oznaczeń ikonograficznych, pomagających przemieszczać się po szpitalu oraz znaleźć usprawnienia dla określonych grup pacjentów ze szczególnymi potrzebami (np. wskazanie drogi do windy).

CO 1 Ciągi komunikacyjne oraz poczekalnie dostosowane do osób ze szczególnymi potrzebami (1)

CO 1.1 Oznaczenia ułatwiające poruszanie się (1)

Oznaczenia ułatwiające poruszanie się pacjentom ze szczególnymi potrzebami powinny być zamieszczone w widocznych miejscach. Dodatkowo zadaniem całego personelu szpitala powinno być dbanie o zapewnienie odpowiedniej przestrzeni w ciągach komunikacyjnych. Nie należy umieszczać zbędnych przedmiotów ograniczających przestrzeń, takich jak pudła, meble czy sprzęt medyczny.

ODDZIAŁY SZPITALNE (O)

OA 1 Dostępne oddziały łóżkowe (1)

Standard doprecyzowuje zasady projektowania i wyposażania oddziałów łóżkowych dla osób ze szczególnymi potrzebami. Dostępne oddziały powinny posiadać cechy umożliwiające wszystkim pacjentom ze szczególnymi potrzebami, w tym osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, otrzymanie odpowiedniej usługi medycznej. Oddziały powinny być ponadto dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami odwiedzających pacjentów szpitala.

Zaleca się, aby pomieszczenia oddziału znajdowały się na jednym poziomie i w obrębie tej samej kondygnacji.

Poniższe standardy powinny być wdrożone co najmniej w tych pomieszczeniach na oddziale, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami (pacjenci i odwiedzający), jednakże zaleca się by - jeśli jest to możliwe - standardy wdrożyć w całym oddziale, jako spełnienie wymogu projektowania uniwersalnego.

OA 1.1 Dostępna przestrzeń wewnętrzna ciągów komunikacji prowadzących do oddziałów łóżkowych (1)

Dojścia do oddziałów łóżkowych w budynku szpitala powinny spełniać wymagania standardu [CA](#).

OA 1.2 Dostępna przestrzeń wewnętrzna ciągów komunikacji i pomieszczeń pielęgnacyjnych na oddziałach, zgodnie z podstawowymi wymaganiami ogólnoprzestrzennymi (1)

Należy zapewnić dostępność wewnętrznych ciągów komunikacyjnych, punktów pielęgnarskich, gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, pokoi łóżkowych wraz z pomieszczeniami higieniczno-sanitarnymi przy salach łóżkowych, łazienek pacjentów dostępnych z dróg komunikacji poziomej oddziałów oraz ogólnodostępnych ustępów, z których korzystać mogą osoby odwiedzające.

Szpital powinien zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności komunikacji wewnętrznej oddziałów, co najmniej w części, w której przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania przestrzenne ciągów komunikacji na oddziałach są zróżnicowane, ale powinny one być w miarę możliwości zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, tak aby odpowiadać na różne potrzeby użytkowników. Zasady projektowania i wyposażania przestrzeni służących komunikacji w obrębie oddziałów, w tym strefy wejść do pomieszczeń, powinny być zgodne z zasadami omówionymi w standardzie [CA](#).

W pomieszczeniach/zespołach pomieszczeń na oddziale nie powinny występować zmiany wysokości poziomu podłogi. Progi w przejściach pomiędzy pomieszczeniami, jeżeli się pojawiają i nie ma możliwości ich wyeliminowania, powinny być oznaczone zmienioną fakturą i kontrastowym kolorem.

Na oddziałach należy instalować pętle induktofoniczne zgodnie wytycznymi zawartymi w pkt. CA 1.4. Ustępy dostępne z dróg komunikacji poziomej oddziału, z których mogą korzystać odwiedzający, należy dostosować do warunków określonych w standardzie [RA](#).

Warunki dostępności powinny spełniać m. in. kuchenki oddziałowe. Elementy wyposażenia takie jak: miejsca przeznaczone do spożywania posiłków, zabudowy kuchenne i tym podobne, umożliwiać powinny użytkowanie przez osoby poruszające się na wózkach. Wysokość blatów (liczona od poziomu warstwy wykończeniowej podłogi) przynajmniej na odcinku o szerokości 0,90 m, powinna wynosić nie więcej niż 0,90 m (zalecane: 0,70–0,80 m) oraz dawać możliwość podjechania wózkiem inwalidzkim na głębokość 0,30 m i szerokość 0,75 m pod blat. Wysokość strefy podjazdu pod blat powinna wynosić min. 0,67 m, co pozwala na podjazd większości osób poruszających się na wózkach.

W pomieszczeniu kuchennym należy zapewnić minimalną przestrzeń manewrową 1,5x1,5 m.

Sprzęt kuchenny powinien być dostępny dla osoby poruszającej się na wózku, z zachowaniem bezpieczeństwa użytkownika.

Instalacja alarmowa przeciwpożarowa musi spełniać wymagania określone w standardzie [CA](#).

Na etapie projektu należy ustalić dokładnie, gdzie będą znajdować się elementy instalacji takie jak np. pętle indukcyjne, sprzęty potrzebujące zaopatrzenia w energię elektryczną (nie jest dopuszczalne, aby w trakcie użytkowania pomieszczeń oddziału dostępnych dla pacjentów i odwiedzających występowały w nich elementy zagrażające bezpieczeństwu, np. kable ułożone na ciągach komunikacyjnych).

OA 1.3 Dostępne punkty pielęgniarskie (1)

Zarówno punkt pielęgniarski, jak i dojście do niego muszą spełniać wymagania określone w standardzie [CA](#), w tym muszą być dobrze doświetlone, zgodnie z obowiązującymi normami PN-EN 12464-1:2003 (U).

Należy zapewnić jak najwyższy stopień prostoty układu przestrzennego w strefie punktu pielęgniarskiego. Usytuowanie punktu pielęgniarskiego na oddziale oraz/lub sposób jego oznaczenia powinien umożliwiać jego wzrokową lokalizację ze strefy wejścia na oddział i z sal łóżkowych. Dojście do niego powinno być na całej długości pozbawione przeszkód. Dojście do punktu pielęgniarskiego (w tym w szczególności od strony wejścia na oddział) powinno być wyposażone w naprowadzający system fakturowy.

Nie należy umieszczać silnych źródeł światła za osobą pracującą w punkcie pielęgniarskim. Należy zapewnić wysokiej jakości oświetlenie twarzy osoby pracującej w punkcie pielęgniarskim, które umożliwi osobom niesłyszącym czytanie z ruchu warg. Dodatkowo możliwe jest zastosowanie oprawy oświetlenia miejscowego.

W punkcie pielęgniarskim i w jej otoczeniu należy stosować matowe materiały wykończeniowe powierzchni podłóg, ścian, drzwi, mebli, blatów, tak aby unikać odbić kierunkowych światła. W trosce o dobrą jakość informacji należy stosować materiały zapewniające utrzymanie wysokiego poziomu kontrastu przez cały okres ich użytkowania (materiały, które są odporne na warunki atmosferyczne i promieniowania UVA i UVB).

Punkt pielęgniarski należy wyposażyć w stanowiskową pętlę induktofoniczną. Zalecane jest także wyposażenie go w tłumacza PJM online w wersji przenośnej.

Parametry lady punktu pielęgniarskiego, powinny odpowiadać zasadom określonym dla lad w rejestracjach zgodnie ze standardem [RA](#).

OA 1.4 Dostępne gabinety diagnostyczno-zabiegowe (1)

Standard doprecyzowuje zasady projektowania i wyposażania pomieszczeń służących wykonywaniu badań i zabiegów oraz prowadzeniu konsultacji. Dostępne gabinety powinny posiadać cechy umożliwiające wszystkim pacjentom ze szczególnymi potrzebami, w tym osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, otrzymanie odpowiedniej usługi medycznej. Należy zapewnić pacjentom możliwość: wejścia do gabinetu, poruszania się po nim, korzystania z dostępnego sprzętu m. in. poprzez stworzenie zgodnych ze standardem dojazdów i wejść do gabinetu, wyposażenie gabinetu w dostępny sprzęt i odpowiednie jego umieszczenie w przestrzeni, zaplanowanie odpowiedniego zakresu wolnej przestrzeni podłogi do manewrowania oraz do przemieszczania się na boki i użycia podnośników. Poniższe standardy powinny być wdrożone co najmniej w gabinetach, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami, jednakże zaleca się, aby w miarę możliwości poniższe standardy wdrażać w całym oddziale, jako spełnienie wymogu projektowania uniwersalnego.

Wielkość gabinetów i układ ich wyposażenia musi zapewnić minimalną przestrzeń o szerokości min. 0,95 m, umożliwiającą przejazd wózkiem od wejścia do gabinetu z dróg komunikacji ogólnej do urządzeń i elementów wyposażenia, z których pacjent może korzystać. Aby sprzęt dostępny w pomieszczeniu mógł być użytkowany przez osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym osoby poruszające się na wózku lub korzystające z innego urządzenia wspomagającego mobilność, należy zapewnić możliwość komfortowego manewrowania (w gabinecie wymagana jest przestrzeń manewrowa o wymiarach min. 1,50 m x 1,50 m) i zbliżania się do stołu do badań/zabiegowego oraz wszystkich innych elementów gabinetu, do których pacjenci mają dostęp. Szerokość dostępnego gabinetu/pokoju badań powinna uwzględniać konieczność wyposażenia w podnośnik, dostępny stół/fotel i umożliwiać wykonanie badania/zabiegu pacjentom o indywidualnych potrzebach bez konieczności przesuwania innych elementów wyposażenia, ponieważ należy zapewnić możliwość transferu boczny pacjenta na fotel/stół badań/stół zabiegowy. Określa się minimalne wymiary wolnej przestrzeni podłogi z boku stołu: 0,80 m x 1,25 m, przy czym przestrzeń ta musi znajdować się w bezpośrednim sąsiedztwie przestrzeni manewrowej o wymiarach 1,50 m x 1,50 m (w przypadku modernizacji gabinetów istniejących dopuszcza się alternatywę w postaci przestrzeni w kształcie litery "T" o wymiarach całkowitych 1,50 m x 1,50 m przy szerokości przejazdu min. 1,0 m (umożliwiającej skręt o 90 stopni osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich). Przestrzeń do pozycjonowania wózka inwalidzkiego wzdłuż stołu do badań jest warunkiem koniecznym. Zalecane jest zapewnienie przestrzeni z drugiej strony dłuższego boku stołu (np. pomiędzy stołem i ścianą) o szerokości minimum 0,70 m, umożliwiającej pomoc personelu przy przenoszeniu i układaniu pacjenta w odpowiedniej pozycji. Jeśli zapewni się dodatkową przestrzeń, przenoszenie pacjenta może odbywać się z dwóch stron. Wielkość koniecznej wolnej przestrzeni podłogi od strony dłuższego i krótszego boku stołu może być różna w zależności od metody użytej do przeniesienia pacjenta oraz rozmiaru zastosowanego podnośnika. W przypadku konieczności użycia przenośnego podnośnika lub noszy potrzebna będzie wolna przestrzeń do manewrowania tym sprzętem. Należy unikać nadmiernego zagęszczenia elementów wyposażenia na powierzchni użytkowej gabinetu. W strefie gabinetu należy przewidzieć przestrzeń do manewrowania oraz dogodnie dla pacjentów miejsca na odkładanie sprzętu rehabilitacyjnego.

Badania ginekologiczne i urologiczne, jeśli są przeprowadzane, powinny być dostępne dla wszystkich m. in. poprzez wyposażenie w fotel badań o regulowanej wysokości, zgodnie z wymaganiami

standardu, z możliwością przesunięcia i podparcia nóg (wymagane komfortowe podparcia pod nogi zamiast typowych strzemion). Gabinety badań ginekologicznych oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, muszą posiadać bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet i spełniającym wymagania określone w standardzie [RA](#) (dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne). Przebieralnie przy gabinetach muszą mieć wymiary i wyposażenie dostosowane do potrzeb pacjentów potrzebujących ze szczególnymi potrzebami, w tym osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Przy drzwiach do tych pomieszczeń należy zapewnić odpowiednią przestrzeń manewrową.

Nie jest dopuszczalne, aby odmówić przeprowadzenia badania/zabiegu pacjentowi, ze względu na brak dostępnego sprzętu medycznego (w tym odpowiedniego fotela/stołu do badań/stołu zabiegowego, dostępnych noszy, wózka, podnośnika podłogowego/podnośnika sufitowego), przy czym liczba gabinetów z dostępnym sprzętem zależy od zakresu udzielanych usług. Jeżeli wykonywane w gabinecie badania nie wymagają przyjęcia pozycji leżącej, wówczas dostępny stół do badań nie jest wymagany, a pacjent może pozostać w pozycji siedzącej.

Aby spełnić warunki standardu gabinety mogą wymagać dodatkowej powierzchni podłogi, która umożliwi przemieszczanie się pacjentów z ograniczeniami mobilności oraz wyposażenie w dodatkowy sprzęt, taki jak np. podnośnik podłogowy. Dostępność odpowiedniego sprzętu (np. stoły i fotele do badań o regulowanej wysokości, wagi dostępne dla wózków inwalidzkich, przenośne podnośniki podłogowe i sufitowe) jest istotną częścią procesu zapewnienia dostępnej opieki medycznej. Sprzęt medyczny nie powinien stanowić bariery dla osób z niepełnosprawnościami. Należy wyposażyć przynajmniej jeden gabinet w stół/fotel, którego wysokość dostosować można m. in. do poziomu wózka. Wokół stołu/fotela należy zachować dostateczną ilość wolnej przestrzeni, tak aby pacjent korzystający z chodzika czy wózka mógł zbliżyć się do jego brzegu na tyle, aby przesiąść się lub zostać na ten stół przeniesionym. Wolna przestrzeń podłogi jest wymagana przynajmniej wzdłuż jednego dłuższego boku stołu zabiegowego o regulowanej wysokości. Zaleca się, aby, w miarę możliwości, stół był dostępny z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Z uwagi na fakt, że niektórzy pacjenci mogą przemieścić się tylko z prawej lub tylko z lewej strony stołu, zapewnienie wolnej przestrzeni podłogi po obu dłuższych stronach stołu umożliwia transfer obu typów pacjentów przy wykorzystaniu tego samego urządzenia. Jeśli do dyspozycji jest więcej niż jeden dostępny gabinet, aranżować można różne układy stołów (transfer tylko z lewej / tylko z prawej strony) w kolejnych pomieszczeniach.

Dostępny stół/ fotel zabiegowy powinien spełniać następujące wymagania:

- możliwość obniżenia do poziomu 0,43– 0,48 m od podłogi;
- stół wyposażony w zapewniające podparcie i zabezpieczające przed upadkiem regulowane (przesuwane podczas przemieszczania pacjenta) oraz możliwe do usunięcia poręcze/podłokietniki o przyczepnej powierzchni;
- stół wyposażony w poręcze, pasy, poduszki lub inne elementy stabilizujące i podpierające pacjenta (głowa, stopy, ramiona) podczas przemieszczania go i w czasie jego przebywania na stole.
- fotele z różnym zakresem nachylenia z możliwością jego regulacji,
- nośność stołu powinna zapewnić obsługę osób z otyłością (200 - 250 kg);

Zalecane jest umożliwienie rozszerzenia powierzchni stołu poprzez zastosowanie podgłówek i podnóżków dla różnych opcji podparcia i pozycjonowania pacjenta.

Przemieszczenie pacjenta ze znacznymi ograniczeniami z zakresu mobilności wymaga użycia sprzętu, takiego jak platforma transferowa czy podnośnik. Dla usprawnienia opieki najistotniejsze urządzenia mechaniczne to:

- pionizator (urządzenie służące do pionizacji osoby długotrwale unieruchomionej, wspomagające funkcjonowanie organizmu człowieka w zakresie poprawy czynności wielu układów: sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego oraz stanu psychofizycznego pacjenta). Wymagana szerokość strefy obsługi urządzenia: 1,70 m. Urządzenie może być używane do transferu na wózek inwalidzki. Dla potrzeb pacjentów potrzebujących wsparcia w czynnościach życia codziennego statycznych bardziej właściwe jest wykorzystywanie pionizatorów statycznych.
- podnośnik podłogowy lub sufitowy wspomagający transfer np. ze stołu na wózek. Wymagana szerokość strefy obsługi podnośnika podłogowego wynosi 1,70 m (zmniejszenie pola manewru uzyskane jest dzięki regulacji rozstawu podwozia). W przypadku montażu podnośnika sufitowego stosowanego do podnoszenia, opuszczania i przemieszczania osób o różnym stopniu niepełnosprawności ruchowej przewidzieć należy dostosowany do aranżacji gabinetu układ szyn z osprzętem do montażu). Nośność podnośnika podłogowego lub sufitowego powinna zapewnić obsługę osób z otyłością (200 - 250 kg).

Należy zapewnić możliwość przeniesienia ruchomych elementów, takich jak krzesła czy inne przedmioty, w sytuacji, gdy powinny zostać przesunięte na bok, ze względu na indywidualne potrzeby pacjenta w zakresie koniecznych manewrów i skrętów.

Zaleca się, aby wejście do gabinetu zlokalizowane było na wprost przestrzeni pracy personelu i nieosłonięte od strony gabinetu.

Nie należy umieszczać źródeł skupionego światła sztucznego oraz nieosłoniętych okien za plecami osób pracujących w gabinecie ze względu na możliwość oślepienia pacjenta. Zasadą jest, aby użytkownik nie widział bezpośrednio źródła światła³³.

OA 1.5 Dostępne pokoje łóżkowe (1)

W salach pacjentów powinno się zapewnić możliwość komfortowego ich użytkowania przez pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz odwiedzających, m. in. poprzez zapewnienie miejsca do zatrzymania się wózkami inwalidzkimi, przestrzeni do manewrowania nim, dostosowanie wyposażenia, z którego korzystać mogą pacjenci i odwiedzający, odpowiednie oznakowanie poprzez kontrast elementów kontrolnych, z których może korzystać pacjent tak, aby ułatwić mu ich komfortowe lokalizowanie. Szerokość pokoju łóżkowego, odstęp między łózkami i innymi elementami zabudowy i wyposażenia umożliwić powinny osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich niebędącymi pacjentami, swobodny dostęp do pacjentów.

Łazienki pacjentów dostępne z dróg komunikacji poziomej oddziału oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne przy salach łóżkowych, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami, należy dostosować do warunków określonych w standardzie [RA](#), jednakże zaleca się by - jeśli jest to możliwe - standardy te wdrożyć w całym oddziale, jako spełnienie wymogu projektowania uniwersalnego. Dostępna łazienka pacjentów powinna być ponadto wyposażona w pozbawiony progów natrysk, którego powierzchnia powinna wynosić minimum 1,0 m x 1,20 m. Natrysk powinien

³³ Źródła światła powinny być zabezpieczone przesłoną rozpraszającą światło.

być wyposażony w urządzenia umożliwiające komfortowe korzystanie z kabiny osobom ze szczególnymi potrzebami (uchwyty, krzesło prysznicowe).

Warunki dostępności spełniać powinny elementy wyposażenia sanitarnego zainstalowane w przestrzeni sal łóżkowych / szluzach umywalkowo-fartuchowych w pokojach. Przestrzeń wjazdu pod umywalkę powinna wynosić minimum 0,75 m szerokości i 0,30 m głębokości o wysokości 0,67 m. Baterie kranowe, pojemniki z mydłem, pojemniki z ręcznikami papierowymi, suszarki powinny być w zasięgu rąk osób z różnymi ograniczeniami. Urządzenia te powinny umożliwiać obsługę jedną ręką bez potrzeby ściskania i skręcania ich elementów.

W instalacji wody ciepłej (umywalki w salach, urządzenia w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych pacjentów) należy stosować termostatyczne zawory mieszające z ograniczeniem maksymalnej temperatury i zapobiegające poparzeniu. Ponadto zaleca się stosować ogrzewanie podłogowe lub grzejniki zasłonięte trudnym do usunięcia ekranem ochraniającym od bezpośredniego kontaktu z elementem grzejnym.

Przynajmniej jedna znajdująca się na oddziale izolatka powinna być dostosowana do ww. warunków dostępności.

Na oddziałach położnictwa i neonatologii pokoje w systemie „matka z dzieckiem” powinny mieć wymiary i układ przestrzenny dostosowany do pacjentek (oraz innych opiekunów) ze szczególnymi potrzebami i być wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających im mycie i pielęgnację noworodka. W systemie korespondencyjnym należy zadbać o dostępność pokoi noworodków z sal pacjentek. Należy zapewnić dostępność wydzielonych pokoi dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka.

Na oddziałach dziecięcych należy zapewnić dostępne dla pacjentów i opiekunów sale łóżkowe, w tym w pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu, należy zapewnić dodatkowe łóżka lub fotele wypoczynkowe. Wymagania dla pomieszczeń umożliwiających nocleg dla rodziców lub opiekunów ze szczególnymi potrzebami opisano w standardzie [IA](#).

OC 1 Wsparcie tłumacza polskiego języka migowego online (1)

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się ustawa przewiduje możliwość korzystania przez osoby z niepełnosprawnością słuchu z pomocy tłumacza języka migowego w kontaktach oraz w celu załatwienia sprawy w podmiotach leczniczych. Ustawa przewiduje komunikację audiowizualną, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych oraz strony internetowej spełniających standardy dostępności dla osób niepełnosprawnych. Postanowienia niniejszej ustawy nie są sprzeczne z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Ponadto, w ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, warto zachęcić podmioty lecznicze do korzystania z usługi tłumacza. Koszt wynajęcia tłumacza nie jest wysoki, a jest to usługa niezbędna dla zapewnienia najlepszej komunikacji z pacjentem³⁴.

Z powyższego wynika, że osoba uprawniona ma prawo do swobodnego korzystania z wybranej przez siebie formy komunikowania się. Tam gdzie bezpośrednie wsparcie tłumacza nie jest możliwe (obecność na miejscu), zaleca się zapewnienie przez szpital wsparcia tłumacza w formie online. Szpital powinien zapewnić, że liczba urządzeń umożliwiających nawiązanie połączenia online z tłumaczem oraz rodzaj abonamentu będą adekwatne do jego oszacowanych potrzeb w tym zakresie. Przy szacowaniu potrzeb uwzględnia się co najmniej średnią liczbę hospitalizowanych pacjentów ze szczególnymi potrzebami w tym zakresie oraz dotychczasową częstotliwość korzystania z usług tłumacza.

Nawiązanie połączenia powinno być możliwie z poziomu strony internetowej lub aplikacji. Zapewnienie tej usługi jest szczególnie ważne podczas umawiania wizyty i obsługi w recepcji, w ramach zdalnego zapisywania się na wizytę (zob. [RC 1.2.](#)) oraz podczas udzielania świadczenia (w tym świadczenia telemedycznego).

OC 1.1 Wykorzystanie wsparcia aplikacji lub tłumacza polskiego języka migowego online (2)

Podczas udzielanego świadczenia, w tym telemedycznego, pacjent powinien móc otrzymać wsparcie tłumacza polskiego języka migowego. Dzięki wykorzystaniu komunikatorów audiowizualnych (np. w formie aplikacji), w zdalne połączenie może być zaangażowany np. tłumacz polskiego języka migowego, który na żywo będzie przekazywać informacje pomiędzy lekarzem a pacjentem. Przy wyborze programów i aplikacji należy pamiętać o wymaganiach normy WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.).

OC 2 nowoczesne technologie cyfrowe wz. dostępności (2)

OC 2.1 Dostępne aplikacje mobilne (tzw. m-zdrowie) (2)

W ramach telemedycyny wykorzystywane są często specjalne programy i aplikacje, w tym np. programy i aplikacje przeznaczone np. do kontroli innych narzędzi medycznych (urządzeń, wyrobów medycznych), automatycznego generowania informacji o zdrowiu pacjenta lub wspomaganie decyzji podejmowanych przez lekarza. Narzędzia te mogą stanowić samodzielny wyrób medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

Podobnie jak ma to miejsce w przypadku sprzętu i innych narzędzi medycznych, nie każde oprogramowanie, wykorzystywane w ochronie zdrowia, automatycznie będzie stanowić wyrób medyczny. Warunkiem jest to, by było przeznaczone co najmniej do jednego z celów medycznych wskazanych w ustawie o wyrobach medycznych.

Wyrobem medycznym nie będzie więc np. elektroniczny system rejestracji pacjentów, bowiem jest to oprogramowanie, które ogranicza się jedynie do przechowywania, przesyłania lub prostego wyszukiwania danych. Jeżeli jednak takie oprogramowanie będzie generowało informację medyczną

³⁴ [Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich](#) dostęp 29.08.2019 r.

dla lekarza (np. rekomendowany sposób postępowania terapeutycznego), może już zostać uznane za wyrób medyczny.

W kontekście dostępności, kluczowym elementem powinno być zapewnienie, że programy i aplikacje, w tym te stanowiące wyrób medyczny, będą zaprojektowane w sposób uniwersalny, w tym co najmniej spełniać wymagania standardu WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.).

OC 2.1.1 Dostępne aplikacje mobilne i urządzenia w obszarze komunikacji i kontaktu z pacjentem (1)

Prawidłowe i skuteczne udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga komunikacji między pacjentem i personelem medycznym. Komunikacja ta powinna być zrozumiała dla obu stron, a przekazywane w jej trakcie informacje powinny być wyczerpujące. Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital oraz informacji o przysługujących mu prawach pacjenta. Ponadto pacjent jest zobowiązany udzielić w trakcie wywiadu lekarskiego i pielęgniarzkiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Wypełnienie powyższych obowiązków wobec pacjentów z indywidualnymi potrzebami może być w praktyce znacznie utrudnione. Z tego powodu szpital powinien zapewnić urządzenia lub aplikacje pozwalające na kontakt z osobami niepełnosprawnymi.

Szpital powinien zapewnić dostęp do środków wspierających komunikowanie się w rozumieniu ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się, w tym także aplikacji ułatwiających komunikację pacjentów z personelem medycznym. Rozwiązanie to ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów z niepełnosprawnościami. Rodzaj aplikacji powinien zostać dostosowany do potrzeb pacjenta, w szczególności rodzaju i stopnia jego niepełnosprawności. Ponadto szpital powinien zapewnić aplikacje pozwalające na monitoring stanu zdrowia pacjenta w szpitalu oraz po wyjściu ze szpitala, jeżeli pacjent pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej czy zostało to przewidziane przez lekarza prowadzącego. Przykładowo pacjent powinien mieć możliwość skorzystania z aplikacji do pomiaru glukozy we krwi, powinien otrzymywać powiadomienia, np. w postaci sms, przypominające o konieczności zażycia leków. Rozwiązania te są korzystne dla wszystkich pacjentów, w tym szczególnie dla pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, którzy nie pamiętają o konieczności zażycia leków albo o dokonaniu pomiarów glukozy czy ciśnienia.

W związku z powyższym, dostępny szpital powinien dokonywać zakupów wykorzystywanych w ramach świadczeń telemedycznych narzędzi z uwzględnieniem wymagań normy WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.). Zestawy mobilne składają się bowiem z urządzenia, w które najczęściej zostaje wyposażony pacjent, oraz systemu łączności z lekarzem, a często również dedykowanej aplikacji.

W ramach kontaktu z pacjentami ze szczególnymi potrzebami, szpital powinien zapewnić w szczególności rozwiązania pozwalające na wymianę informacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Rekomendowane są w szczególności poniższe działania:

- Szpital powinien posiadać także urządzenia zapewniające komunikację z osobami z zaburzeniami mowy. Urządzenie powinno tłumaczyć niewyraźną mowę na zrozumiałą mowę, aby personel medyczny mógł zrozumieć, co pacjent chce powiedzieć. Urządzenie może posiadać także opcję tłumaczenia niewyraźnej mowy na inny język.
- Prostsza jest komunikacja z pacjentami z niepełnosprawnością wzorku, którzy rozumieją przekazywane im ustnie informacje oraz mogą ustnie poinformować personel medyczny o swoim stanie zdrowia lub historii choroby. Mimo to szpital powinien zapewnić pacjentom z niepełnosprawnością wzroku dostęp do urządzeń pozwalających im na zrozumienie tekstu pisanego. Wiele istotnych informacji dla pacjentów ma bowiem formę pisemną. Szpital powinien zapewnić dostęp do urządzeń pozwalających na czytanie tekstów przy użyciu nowoczesnych technologii. Przykładem może być urządzenie, które potrafi przetłumaczyć tekst na alfabet Braille'a, a następnie wyświetlić go na linijce brajlowskiej. Innym rozwiązaniem może być urządzenie, które po zeskanowaniu tekstu, przekaże pacjentowi dźwiękowe informacje o jego treści.

Usługi, w zakresie do nich adekwatnym, powinny być kompatybilne z wymogami normy WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.).

OC 3 Świadczenia telemedyczne (1)

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. w modelu telemedycznym. Telemedycyna stanowi zasadnicze ułatwienie, w zwłaszcza dla pacjentów przewlekle chorych i dla osób ze szczególnymi potrzebami, redukując koszt i czasochłonność podróży do lekarza oraz innych niedogodności z tym związanych. Część szpitali zapewnia udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym. Pacjent, który nie wymaga hospitalizacji, powinien mieć możliwość otrzymania świadczenia za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, o ile charakter danej sytuacji umożliwia zastosowanie modelu telemedycznego (decyduje osoba udzielająca świadczenia). Szpital powinien też realizować świadczenia telemedyczne w sposób zgodny z wiążącą go z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. Często stosowaną praktyką jest kontynuowanie opieki nad pacjentem po wypisaniu ze szpitala, w tym w ramach telerehabilitacji czy telemonitoringu.

Decyzja o udzieleniu świadczenia telemedycznego powinna być zgodna z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej oraz z zasadami etyki. Niniejszą kwestię powinien ocenić lekarz, pielęgniarka lub położna (osoba udzielająca świadczenia) indywidualnie w konkretnym przypadku. Przy ocenie spełnienia tego warunku powinno się uwzględnić w szczególności następujące czynniki: wiedzę, którą osoba udzielająca świadczenia posiada o pacjencie, charakter świadczenia, kompetencje osoby udzielającej świadczenia i pacjenta w zakresie stosowania narzędzi cyfrowych (kompetencje cyfrowe), wolę pacjenta oraz ryzyko związane z udzieleniem świadczenia zdrowotnego bez osobistego kontaktu, o ile takie występuje.

Podstawowe świadczenia telemedyczne wymagają użycia jedynie podstawowego, stosowanego powszechnie sprzętu komunikacyjnego, pod warunkiem, że będzie spełniał odpowiednie standardy, w tym w zakresie bezpieczeństwa oraz wydajności. Komputer z zainstalowanym odpowiednim oprogramowaniem, podłączony do sieci i wyposażony w kamerę internetową, umożliwia skuteczne połączenie pomiędzy pacjentem a kadrą medyczną.

Udzielanie bardziej zaawansowanych świadczeń telemedycznych, takich jak zdalny monitoring parametrów zdrowotnych, wiąże się z koniecznością użycia specjalistycznego sprzętu dedykowanego danego rodzaju czynnościom i pomiarom. W tym przypadku zasadniczo będziemy mieć już do czynienia z urządzeniami stanowiącymi certyfikowany wyrób medyczny. Ze względu na jakość danych i wiarygodność pozyskiwanych informacji nawet poszczególne urządzenia pomiarowe składające się na jeden funkcjonalny system powinny spełniać standardy przewidziane dla danej klasy wyrobów medycznych, w tym więc podlegać certyfikacji. Kwestie dotyczące wyrobów medycznych określa ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

OC 3.1 Sprzęt i oprogramowanie umożliwiające udzielanie świadczeń telemedycznych (1)

Szpital powinien posiadać procedurę dotyczącą udzielania świadczeń telemedycznych, w tym precyzyjne przesłanki, w oparciu o które kadra medyczna podejmuje decyzję o skorzystaniu z modelu telemedycznego udzielania świadczeń oraz procedury dotyczące informowania pacjentów o najważniejszych kwestiach związanych z ww. świadczeniami.

Informacje o zakresie świadczeń telemedycznych udzielanych przez szpital powinny być również dostępne na stronie internetowej szpitala, a także przekazywane na bieżąco w procesie rejestracji na wizytę. W szpitalu powinna istnieć baza danych pacjentów, którzy potwierdzili zainteresowanie świadczeniami telemedycznymi. Szpital powinien też posiadać niezbędną infrastrukturę informatyczną i komunikacyjną, dostosowaną do potencjalnego katalogu świadczeń udzielanych w modelu telemedycznym, a także posiadać wykaz wymagań technicznych po stronie pacjenta (domowy komputer itp.) niezbędnych do teleporady i ew. innych rodzajów świadczeń telemedycznych. Kadra medyczna lub wybrani jej przedstawiciele powinni posiadać kompetencje niezbędne do udzielania świadczeń telemedycznych.

Usługa powinna być kompatybilna z programem udźwiękawiającym / powiększającym, co jest wymagane przez standard WCAG 2.1.

OC 3.2 Dostępne aplikacje mobilne wz. świadczeń telemedycznych (1)

W ramach telemedycyny wykorzystywane są często dedykowane oprogramowania i aplikacje, w tym np. przeznaczone do generowania informacji o zdrowiu pacjenta lub wspomaganie decyzji podejmowanych przez kadra medyczną. Ważne są także rozwiązania pozwalające na zdalny monitoring zdrowia, zdalną diagnostykę, tele-osłuchiwanie, zarządzanie chorobami przewlekłymi. Zdalny monitoring zdrowia może zwiększyć bezpieczeństwo szczególnie u osób ze szczególnymi potrzebami, np. poprzez automatyczne powiadomienie pogotowia ratunkowego o wstrzymaniu akcji serca lub zmianie innych parametrów w stopniu zagrażającym życiu.

Stosowanie ww. rozwiązań, szczególnie w przypadku osób przewlekle chorych, może istotnie zminimalizować ryzyko sytuacji nagłych lub umożliwić szybką interwencję w razie jej wystąpienia. Dzięki temu, tego rodzaju pacjenci mogą przebywać w warunkach domowych, często bez opieki innej osoby oraz zmniejszyć ilość wizyt kontrolnych. Korzystanie z ww. narzędzi przynosi więc korzyści nie tylko w aspektach zdrowotnych, ale też w kontekście samodzielności i komfortu życia ww. osób.

Narzędzia i aplikacje mobilne mogą być także wykorzystywane w innych celach, np. do informowania szpitala o planie świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu, czy też w poradni specjalistycznej po

zakończeniu hospitalizacji lub wizycie osoby potrzebującej szczególnej pomocy czy też umożliwić jej zajęcie miejsca w kolejce (zamiast np. udania się do automatu przydzielającego numerek w kolejce).

Przy wyborze programów i aplikacji należy pamiętać o wymaganiach normy WCAG 2.1.

OC 3.3 Nowoczesne rozwiązania z zakresu rehabilitacji domowej, w tym telerehabilitacji kardiologicznej (2)

Szpital powinien zapewnić także dostęp do telerehabilitacji kardiologicznej. Podczas telerehabilitacji kardiologicznej chory ma zadanie wykonywania ćwiczeń szkoleniowych w swoim domu. Każda osoba zakwalifikowana do telerehabilitacji, opuszczając szpital, powinna dostawać tzw. rejestrator. Ma on za zadanie zapisywanie sygnału EKG, sterowanie treningiem dopasowanym do wagi oraz pomiarem ciśnienia chorego. Wszystkie wyniki poprzez urządzenie wysyłane są od razu do centrum, z którego chory otrzymuje wytyczne odnośnie do dalszego treningu. Metody te są rozwiązaniem dla wszystkich osób powracających do codziennego funkcjonowania, gdyż mogą wykonywać poprawną domową rehabilitację, pracując zdalnie z domu.

W związku z powyższym szpital powinien zapewnić pacjentom dostęp do odpowiedniego sprzętu pozwalającego na rehabilitację ruchową oraz łączność z rehabilitantem. Szpital powinien także zapewnić rejestrator oraz możliwość kontrolowania wyników wysyłanych przez urządzenie.

Usługa powinna być kompatybilna z programem udźwiękawiającym / powiększającym oraz innymi wymogami normy WCAG 2.1 oraz normy EN 301 549 V2.1.2 (wymagania normy WCAG 2.1 pokrywają się z pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.).

OK - Standard opisany w rozdziale Rejestracja i informacja dla pacjentów przy założeniu innej grupy docelowej i uwzględnieniu jej specyficznych potrzeb

Dobra praktyka:

Ustalone dyżury na oddziałach osoby pełniącej rolę eksperta ds. dostępności. Umożliwi to aktywny dialog z pacjentami i analizę zgłaszanych przez nich sugestii w kwestii podniesienia jakości świadczonych usług medycznych.

Zapewnienie intymności podczas rozmów na temat stanu zdrowia pacjenta z uwzględnieniem jego szczególnych potrzeb.

Przygotowanie procedur uwzględniających przebywanie dodatkowych osób (np. tłumacza języka migowego) podczas wykonywanych czynności medycznych.

OO 1. Zapewnienie podstawowych elementów wyposażenia dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

Zapewnienie odpowiedniego sprzętu umożliwiającego udzielenie świadczenia zdrowotnego w sposób godny oraz z poszanowaniem szczególnych potrzeb pacjenta powinno być elementem kluczowym,

dlatego też szpital powinien zapewnić podstawowe elementy wyposażenia oddziałów/gabinetów diagnostycznych, które takową obsługę ułatwią.

OO 1.1. Audyt określający rodzaj sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń pacjentom ze szczególnymi potrzebami (1)

Z uwagi na różne profile szpitali konieczne jest zdiagnozowanie potrzeb danej placówki w zakresie sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń pacjentom ze szczególnymi potrzebami.

OO 1.2. Sprzęt medyczny i pomocniczy dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)

Jako dobrą praktykę należy uznać posiadanie przez szpital co najmniej jednego łóżka na dwa oddziały (w tej samej lokalizacji) o większej nośności, jak również z możliwością powiększenia jego długości, z pilotem oraz barierkami zabezpieczającymi.

W przypadku szpitali dziecięcych – łóżko dostosowane do dzieci o większej wadze i wzroście.

W przypadku szpitali o profilu zabiegowym – na sali operacyjnej powinien znajdować się stół operacyjny o większej nośności i dostosowany jest do pacjentów o wyższym wzroście.

W ramach odpowiedniego sprzętu pomocniczego szpital powinien posiadać sprzęt umożliwiający transport wewnętrzny pacjentów ze szczególnymi potrzebami w tym m.in. wózek transportowy o większej nośności. Szpital powinien dysponować urządzeniami ułatwiającymi komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami.

Szpital powinien posiadać kozetkę o zwiększonej nośności (pow. 150 kg) w gabinetach zabiegowych oraz pracowniach diagnostycznych.

OO 2. Zapewnienie pomieszczeń do udzielania świadczeń osobom ze szczególnymi potrzebami (1)

Szpital powinien posiadać pomieszczenia przystosowane do pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

W przypadku pacjentów z niepełnosprawnością słuchu, czytających z ruchu warg, ważne jest, aby miejsca gdzie siedzi pacjent nie były usytuowane naprzeciw okna. Oślepiające światło może utrudnić kontakt pacjenta z personelem medycznym. W przypadku niemożności innego ustawienia mebli należy wykorzystywać rolety/ żaluzje w sali chorych, gabinecie lekarskim czy też zabiegowym.

Świetlice szpitalne powinny być przynajmniej częściowo wyposażenie i dostosowane do szczególnych potrzeb pacjentów, celem zapewnienia komfortu pobytu w szpitalu (książeczki, gry itp.).

OO 3 Wypożyczalnia sprzętu medycznego dla pacjentów w trakcie pobytu w szpitalu (1)

W celu ułatwienia wizyty pacjentom o szczególnych potrzebach w szpitalu powinna działać wypożyczalnia sprzętu medycznego dla pacjentów.

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY I IZBA PRZYJĘĆ (S)

Szpital musi zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności szpitalnego oddziału ratunkowego i izby przyjęć, co najmniej w tych ich częściach, w których przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania przestrzenne jednostek, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych, są zróżnicowane, ale powinny być one zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, tak aby odpowiadać na różne potrzeby użytkowników. Dostępna izba przyjęć i szpitalny oddział ratunkowy powinny posiadać cechy umożliwiające wszystkim pacjentom ze szczególnymi potrzebami, w tym osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, otrzymanie odpowiedniej usługi medycznej. Oddziały te powinny być ponadto dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, które towarzyszą pacjentom.

Należy zapewnić dostęp do wejść na ww. oddziały. Zaleca się, aby pomieszczenia szpitalnego oddziału ratunkowego i izby przyjęć znajdowały się na poziomie wejścia do budynków.

Jeżeli nie organizuje się osobnej izby przyjęć dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału powinno zostać zapewnione osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych.

Poniższe standardy powinny być wdrożone co najmniej w tych pomieszczeniach, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami (pacjenci i osoby im towarzyszące), jednakże zaleca się by - jeśli jest to możliwe - standardy wdrożyć w całej jednostce, jako spełnienie wymogu projektowania uniwersalnego.

SA 1 Oddziały ratunkowe i izby przyjęć dostępne architektonicznie dla osób ze szczególnymi potrzebami (1)

SA 1.1 Dostępne wejście do oddziału ratunkowego i izby przyjęć (1)

Jeżeli w szpitalu zorganizowane są oddzielne wejścia do budynku dla oddziału ratunkowego i izby przyjęć należy zapewnić dostępność tych wejść dla osób ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z zasadami określonymi w standardzie [WA](#).

SA 1.2 Dostępna przestrzeń wewnątrzna ciągów komunikacji prowadzących do jednostek, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych (1)

Dojścia do izby przyjęć oraz do oddziału ratunkowego w budynku powinny spełniać wymagania standardu [CA](#).

SA 1.3 Dostępny punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia w obrębie izby przyjęć i SOR(1)

Należy zapewnić dostępność punktu rejestracji pacjentów i poczekalni zgodnie z zasadami określonymi w standardzie [RA](#) i [CA](#).

SA 1.4 Dostępna przestrzeń wewnętrzna oddziału ratunkowego i izby przyjęć zgodnie z podstawowymi wymaganiami ogólnoprzestrzennymi (1)

Szpital powinien zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności komunikacji wewnętrznej jednostek, co najmniej w części, w której przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania przestrzenne ciągów komunikacji powinny być w miarę możliwości zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, tak, aby odpowiadać na różne potrzeby użytkowników. Zasady projektowania i wyposażania przestrzeni służących komunikacji w obrębie SOR i Izby przyjęć, w tym strefy wejść do pomieszczeń, powinny być zgodne z zasadami omówionymi w standardzie [CA](#).

W pomieszczeniach/zespołach pomieszczeń w ww. jednostkach nie powinny występować zmiany wysokości poziomu podłogi. Progi w przejściach pomiędzy pomieszczeniami, jeżeli się pojawiają i nie ma możliwości ich wyeliminowania, powinny być oznaczone zmienioną fakturą i kontrastowym kolorem.

Punkty pielęgniarskie, pomieszczenia badań lekarskich, stanowiska obserwacji, boksy izolacji, sale zabiegów lekarskich i pielęgniarskich, sale opatrunkowe, oraz przebieralnie pacjentów powinny być w jak najwyższym stopniu przystosowane do potrzeb szczególnych potrzeb pacjentów i powinny spełniać kryteria opisane w standardzie [OA](#).

Co najmniej jedną łazienkę pacjentów wyposażoną natrysk i wózek-wannę należy dostosować do warunków określonych w standardach [RA](#) i [OA](#). W przypadku, gdy izba przyjęć jest również miejscem przyjmowania dzieci, co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk musi być dostosowane do przyjmowania dziecka z niepełnosprawnością.

Zaleca się wdrożyć wymagania standardów RA i OA w pozostałych pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, w tym toaletach pacjentów dostępnych z dróg komunikacji ogólnej, jako spełnienie wymogu projektowania uniwersalnego.

Okna oraz elementy instalacji oświetlenia w pomieszczeniach SOR i izby przyjęć muszą spełniać wymagania standardu [CA](#).

Zaleca się instalowanie pętli indukcyjnych zgodnie z zasadami określonymi w standardzie [OA](#).

Instalacja alarmowa przeciwpożarowa musi spełniać wymagania określone w standardzie [CA](#).

SC 1 Rozwiązania cyfrowe na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz na izbie przyjęć (1)

Świadczenia zdrowotne udzielane są na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz na izbie przyjęć w trybie nagłym pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ze względu na stan zdrowia niezbędne jest niezwłoczne podjęcie czynności związanych z diagnostyką i leczeniem. Ze względu na potrzebę szybkiego działania na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz na izbie przyjęć powinny być wykorzystywane wszelkie rozwiązania ułatwiające oraz przyspieszające udzielanie świadczeń zdrowotnych. Szpital powinien zapewnić dostęp do rozwiązań, które powinny być standardem na innych oddziałach oraz w innych pomieszczeniach, w szczególności do rozwiązań cyfrowych oraz innych rozwiązań, które są charakterystyczne dla tego rodzaju świadczeń.

SC 1.1 Łączność ambulansu z oddziałem ratunkowym (tzw. cyfrowa karetka) (2)

Szpital powinien wprowadzić rozwiązanie umożliwiające łączność ambulansu z oddziałem ratunkowym, udostępniające oczekującym w szpitalu lekarzom dane o pacjencie oraz jego parametrach życiowych. Rozwiązanie w postaci cyfrowej karetki wpływa na możliwość szybszego i skuteczniejszego podjęcia czynności ratujących życie. Ponadto, w przypadku osób ze szczególnymi potrzebami np. osób z niepełnosprawnościami, zapewnia możliwość podjęcia działań niestandardowych, dostosowanie sali szpitalnej, zorganizowanie specjalnego sprzętu it.

Wdrożenie rozwiązania umożliwiającego łączność ambulansu z oddziałem ratunkowym musi być kompatybilne z Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

Szpital powinien zapewnić dostęp do urządzeń i aplikacji pozwalających na łączność karetki ze szpitalnym oddziałem ratunkowym poprzez wykorzystanie rozwiązań telemedycznych, tzw. telemonitoring z karetki. Aplikacje mobilne wykorzystywane przez szpital powinny spełniać wymogi dotyczące ogólnie aplikacji przeznaczonych do udzielania świadczeń telemedycznych (zob. [OC 3.1.](#)) oraz wymogi dotyczące urządzeń i wyrobów medycznych przeznaczonych do udzielania świadczeń telemedycznych (zob. [OC 3.2.](#)). Ponadto szpital powinien zapewnić, by dane pacjentów były przetwarzane zgodnie z wymogami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W przypadku, gdy ambulans należy do szpitala, szpital powinien zapewnić, by urządzenia czy wyroby medyczne służące do telemonitoringu zostały umieszczone w karetce. Natomiast w sytuacji, gdy ambulans należy do innego podmiotu, który wyposażony jest w odpowiednie urządzenia, szpital powinien zapewnić łączność tego urządzenia ze szpitalem poprzez odpowiednie oprogramowanie, aplikację..

SC 1.2 Rozwiązania cyfrowe ułatwiające komunikację z pacjentem (1)

Szpital powinien wprowadzić rozwiązania ułatwiające komunikację z pacjentem ze szczególnymi potrzebami. Szpital powinien zapewnić niektóre rozwiązania dostępne dla pacjentów przy rejestracji (zob. [RC 1.2.](#)) oraz inne aplikacje pozwalające na komunikację z pacjentem wykorzystywane w oddziałach szpitalnych (zob. [OC 3](#)). W przypadku wykorzystania rozwiązań wymienionych w innych punktach, szpital powinien zastosować opisane w tych punktach wymagania techniczne dla poszczególnych rozwiązań.

SK - Standard opisany w rozdziale Rejestracja i informacja dla pacjentów przy założeniu innej grupy docelowej i uwzględnieniu jej szczególnych potrzeb

Dobra praktyka:

Ze względu na pilny tryb udzielania świadczeń zdrowotnych na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz na izbie przyjęć, musi być dostępna możliwość połączenia się z tłumaczem języka migowego on-line w trybie całodobowym.

Personel pracujący na szpitalnym oddziale ratunkowym i na izbie przyjęć powinien zgłaszać aspekty wymagające poprawy, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów na SOR, osobie odpowiedzialnej za organizację pracy.

Personel powinien rozumieć potrzebę szybkiego reagowania z prawidłową komunikacją i wpływ na bezpieczeństwo pacjenta.

SO 1. Opracowanie procedur związanych z przyjęciem pacjenta w trybie nagłym z uwzględnieniem szczególnych potrzeb (1)

Wejście na szpitalny oddział ratunkowy i na izbę przyjęć powinno być przygotowane z poziomu terenu, powinny być dostępne dyżurne wózki dla osób z niepełnosprawnościami. W przypadku szpitali, gdzie SOR funkcjonuje na poziomie wyższym, należy zastosować środki umożliwiające bezproblemowe dostanie się pacjentów, np.: podjazdy, podnośniki, windy itp.

Szpital powinien posiadać opracowane procedury gwarantujące właściwe przyjęcie pacjenta ze szczególnymi potrzebami w trybie nagłym, przede wszystkim z uwzględnieniem głównych rodzajów niepełnosprawności.

SO 2. Sprzęty pomocnicze niezbędne do udzielenia świadczeń osobie ze szczególnymi potrzebami (1)

Szpitalny oddział ratunkowy oraz izba przyjęć powinna być wyposażona w sprzęt pomocniczy ułatwiający przyjęcie osoby ze szczególnymi potrzebami z zachowaniem poufności.

Szpitalny oddział ratunkowy oraz izba przyjęć powinny być wyposażone w łóżko transportowe, podnośniki dostosowane do szczególnych potrzeb pacjentów.

Przy wejściu na szpitalny oddział ratunkowy oraz izbę przyjęć powinny się znajdować dyżurne wózki dla osób ze szczególnymi potrzebami.

INNE POMIESZCZENIA (I)

Szpital powinien zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności innych jednostek organizacyjnych. Należy dążyć do tego, aby rozwiązania przestrzenne stref takich jak: pracownie diagnostyczne lub zabiegowe, pomieszczenia umożliwiające nocleg dla rodziców lub opiekunów dziecka, pomieszczenia dydaktyczne np. zakłady, sale wykładowe, pomieszczenia administracyjne, pomieszczenia socjalne pracowników z węzłami sanitarnymi personelu, były w jak najwyższym możliwym stopniu zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego i odpowiadały różnym potrzebom ich użytkowników.

Poniższe standardy powinny być wdrożone co najmniej w częściach budynku, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami, jednakże zaleca się by - jeśli jest to możliwe - standardy wdrożyć w całym obiekcie.

IA 1. Pomieszczenia i jednostki organizacyjne niebędące strukturami oddziałowymi dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (1)

IA 1.1 Dostępność jednostek organizacyjnych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

Zalecenia standardów RA, CA, OA, SA w zakresie: wejść, punktów rejestracji i informacji, szatni, komunikacji, poczekalni, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni pacjentów, gabinetów oraz pozostałych pomieszczeń, w których pacjenci mogą uzyskać świadczenia medyczne dotyczą także innych struktur bezoddziałowych szpitala takich jak np.: pracownie diagnostyczne i zabiegowe, stacje dializ, laboratoria analiz lekarskich (pokoje pobierania prób do analiz), zespoły porodowe, pomieszczenia oczekiwania przy zespołach operacyjnych, zakłady rehabilitacji leczniczej i in.

Dojścia do ww. jednostek, komunikacja wewnętrzna oraz poczekalnie w tych jednostkach powinny spełniać wymagania standardu CA. Punkty rejestracji zorganizowane w tych jednostkach powinny spełniać wymagania standardu RA. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów powinny spełniać wymagania określone w standardzie RA i OA. Gabinety diagnostyczne i zabiegowe, wraz z towarzyszącymi pomieszczeniami (węzły higieniczno-sanitarne, przebieralnie i inne) powinny spełniać wymagania standardu OA.

IA 1.2 Dostępne pomieszczenia umożliwiające nocleg dla rodziców lub opiekunów Pacjenta (1)

Szpital powinien zapewnić pomieszczenia umożliwiające nocleg dla rodziców lub opiekunów ze szczególnymi potrzebami.

W pomieszczeniach tych należy zapewnić miejsce do zatrzymania się wózkami inwalidzkimi, przestrzeń o wymiarach min. 1,50 m x 1,50 m do manewrowania nim oraz możliwość przesiadania się z wózka na łóżko (zalecana wysokość łóżka z materacem wynosi 0,50 m od poziomu posadzki, przy czym rekomenduje się łóżka z elektryczną regulacją wysokości). Należy zapewnić wolne miejsce pod łóżkiem na podnóżek wózka o wysokości 0,30 m i głębokości 0,20 m. Krawędzie łóżka należy zabezpieczyć ruchomymi szczytami bocznymi. Zaleca się, aby szerokość pomieszczenia, odstępy między łóżkami i innymi elementami zabudowy i wyposażenia umożliwiały osobom ze szczególnymi

potrzebami, w tym osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, swobodny dostęp do łóżka (minimalna szerokość wolnej przestrzeni podłogi ze strony dłuższego boku łóżka: 0,90 m). Dopuszcza się zrobienie dostępu tylko z jednej strony, przy czym optymalnym rozwiązaniem jest zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami dostępu do łóżka z obu stron.

Łazienki dla rodziców i opiekunów dostępne z dróg komunikacji poziomej oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne przy pokojach, w których będą przebywać osoby ze szczególnymi potrzebami, należy dostosować do warunków określonych w standardach [RA](#) i [OA](#).

Warunki dostępności opisane w standardzie [CA](#) powinny spełniać pozostałe elementy wyposażenia i umeblowania pokoi.

IA 1.3 Dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami strefy konferencyjne i dydaktyczne oraz pomieszczenia administracyjne (2)

Sal konferencyjne wraz z powiązаныmi z nimi funkcjonalnie pomieszczeniami (foyer, miejsca spożywania posiłków, miejsca odpoczynku, toalety, szatnie), pomieszczenia dydaktyczne zakładów (sale wykładowe, sale seminaryjne, laboratoria, sale symulacji, pokoje asystentów) oraz strefy administracyjne powinny być w jak najwyższym stopniu dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami, tak aby zapewnić możliwość uczestnictwa w różnych działaniach prowadzonych w szpitalu przedstawicielom kadry medycznej, naukowo-dydaktycznej i administracyjnej oraz wyrównać studentom/doktorantom ze szczególnymi potrzebami szanse równego dostępu do edukacji na poziomie wyższym. Zalecane jest zatem spełnienie w jak najwyższym możliwym stopniu wymagań dotyczących wejść, recepcji i punktów informacyjnych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, komunikacji i miejsc oczekiwania określonych w standardzie [WA](#), [RA](#), [CA](#).

Jednoznacznie zaleca się dostosowanie sal konferencyjnych i wykładowych m. in. poprzez wprowadzenie systemów wspomagających słyszenie oraz pętli indukcyjnych, zapewnienie w salach odpowiedniej przestrzeni dla osób z ograniczeniami mobilności, w tym w szczególności osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich (dotyczy to zarówno miejsca dla słuchaczy, jak i prezydium). Jeśli wejścia do audytoriów znajdują się na więcej niż jednym poziomie, powinny być dostępne dla wszystkich użytkowników.

IA 1.4 Dostępne miejsca pracy i pomieszczenia socjalne z węzłami sanitarnymi personelu (2)

W Standardzie omawia się zalecenia związane z zapewnieniem właściwych warunków pracy i użytkowania obiektu przez pracowników, w tym w szczególności osoby o ograniczonej możliwości poruszania się, o nietypowym wzroście i kobiety w ciąży.

Dojazdy i dojścia do zakładu pracy powinny spełniać wymagania określone w standardzie [WA](#).

Dojścia do pomieszczeń i stanowisk pracy oraz pomieszczeń socjalnych z węzłami sanitarnymi spełniać powinny wymagania określone w standardach [CA](#).

Dostępne miejsca oraz stanowiska pracy, w tym ich wyposażenie i organizacja, powinny spełniać w miarę możliwości wymagania określone w standardach: [RA](#), [OA](#) i [SA](#).

W dostępnych pomieszczeniach pracy należy zapewnić pola manewru dla osób poruszających się za pomocą wózków inwalidzkich. Kontuary, meble biurowe, blaty robocze powinny być w tych pomieszczeniach przystosowane do potrzeb pracowników poruszających się na wózkach inwalidzkich, i zapewniać możliwość regulacji wysokości blatu. W pomieszczeniach pracy, dostępnych dla pracowników ze szczególnymi potrzebami, należy stosować blaty robocze o szerokości minimalnej 0,60 m (zalecana 0,90 m) i wysokości minimum 0,75 m. Nie powinny być one na szerokości minimum 0,90 m zabudowane pod spodem, aby umożliwić swobodne manewrowanie. Zalecane jest stosowanie wytrzymałych i stabilnych mebli, stanowiących również oparcie, zgodnie wymaganiami standardu.

Na stanowiskach pracy należy stosować oprawy oświetlenia miejscowego, których sposób załączania jest odpowiednio przystosowany dla osób z ograniczeniami sprawności.

W miejscach i na stanowiskach pracy należy przewidzieć przestrzeń na odkładanie sprzętu rehabilitacyjnego.

W miejscach i na stanowiskach pracy należy przewidzieć w miarę możliwości potrzebę zmiany aranżacji wyposażenia i dostosowania jej do potrzeb pracowników ze szczególnymi potrzebami.

Dostępne pomieszczenia socjalne, w tym: miejsca odpoczynku, miejsca do spożywania posiłków i przebieralnie, powinny być przystosowane do potrzeb pracowników, w tym w szczególności osób o ograniczonej możliwości poruszania się, o nietypowym wzroście i kobiet w ciąży. Elementy wyposażenia takie jak: miejsca przeznaczone do spożywania posiłków, zabudowy kuchenne i tym podobne, powinny umożliwiać użytkowanie przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich. Pomieszczenia te powinny w jak najwyższym stopniu spełniać wymagania ogólnoprzestrzenne określone w standardach: RA, CA, OA, SA.

Dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne personelu muszą spełniać wymagania określone w standardach RA i OA.

IK - Standard opisany w rozdziale Wejście do budynku i kwestie horyzontalne

DOJŚCIA I DOJAZDY

DA 1 Dostępne i dobrze oznakowane dojazdy oraz dojścia do budynku (1)

Warunkiem realizacji standardu jest zapewnione dojścia i dojazdu, gwarantujących osobom ze szczególnymi potrzebami (wynikających z braku pełnej sprawności) dostęp na teren szpitala z przestrzeni publicznej.

Standard stawia wymagania odnośnie dojść i dojazdów do obiektów tak, aby zapewnić osobom ze szczególnymi potrzebami pełen i równoprawny z innymi pacjentami dostęp do usług służby zdrowia. W związku z tym otoczenie budynków podlega wymogom dostępności architektonicznej dla tych osób.

Niniejsze wytyczne w ograniczonym zakresie dotyczą również dojść i dojazdów do budynków zabytkowych i/lub znajdujących się w obrębie stref ochrony konserwatorskiej na obszarach szczególnie wartościowych, o zachowanej historycznej strukturze przestrzennej.

Obiekty zabytkowe i znajdujące się w strefie ochrony konserwatorskiej wymagają szczególnego podejścia projektowego z uwzględnieniem wytycznych służb konserwatorskich.

Niniejszy załącznik opracowany został na podstawie badań wykonanych przez Centrum Projektowania Uniwersalnego Politechniki Gdańskiej i opracowanych przez tą instytucję Standardów Dostępności. Informacje o systemie oznaczeń fakturowych tzw. Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych (w skrócie FON)³⁵.

DA 1.1 Dojazdy do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)

Każdy szpital powinien wyznaczyć minimum 1 miejsce postojowe dedykowane osobom z niepełnosprawnościami zaopatrzonymi w Kartę Parkingową, o której mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, w odległości najbliższej wyznaczonego miejsca postojowego, ale nie większej niż 50 metrów.

Jeśli to możliwe, zaleca się jednak wyznaczenie większej ilości miejsc: stanowiska postojowe dla osób z niepełnosprawnościami, zaopatrzonymi w Kartę Parkingową, w miejscu wyznaczonym na postój pojazdów, należy określić w liczbie nie mniejszej niż:

- 1) 2 stanowiska – jeżeli ogólna liczba stanowisk wynosi 2-5;
- 2) 3 stanowiska – jeżeli liczba stanowisk wynosi 6-15;
- 3) 4 stanowiska – jeżeli liczba stanowisk wynosi 16-40;
- 4) 6 stanowisk – jeżeli liczba stanowisk wynosi 41-100;

³⁵ Publikacje w których zawarto opis systemu fakturowego: Wysocki M., Załuski D. Ekspertyza w zakresie dostępności kolejowych obiektów obsługi podróżnych z niepełnosprawnościami oraz ograniczoną możliwością poruszania się. UTK, Warszawa 2016, <https://www.utk.gov.pl/pl/dokumenty-i-formularze/opracowania-urzedu-tran/13136,Ekspertyza-w-zakresie-dostepnosci-kolejowych-obiektow-obslugi-podroznych-z-niepe.html> i Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami, MliR, 2018, [Standardy projektowania budynków dla osób niepełnosprawnych](#)

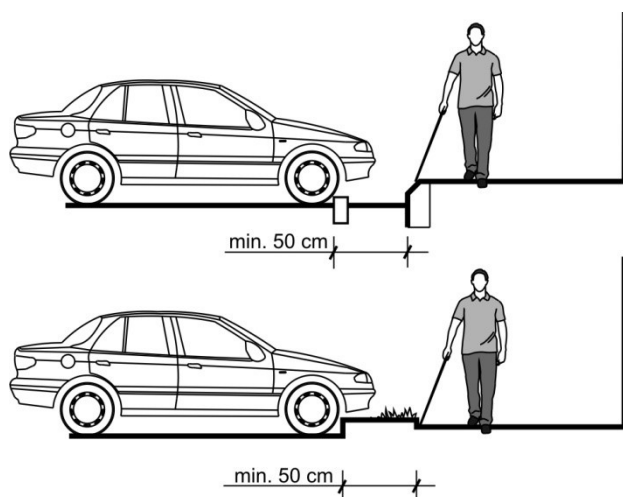
- 5) 8% ogólnej liczby stanowisk jeżeli ogólna liczba stanowisk wynosi więcej niż 100.

Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością powinny być zlokalizowane jak najbliżej wejścia do budynku i jako skrajne w ciągu miejsc postojowych. Z miejsca postojowego należy zapewnić osobie poruszającej się na wózku wjazd na chodnik bez konieczności jazdy po pasie ruchu pojazdów. Krawężnik chodnika przy miejscu postojowym powinien być obniżony do wartości nie przekraczającej 2 cm.

Stanowiska postojowe dla osób z niepełnosprawnościami zaleca się lokalizować poza strefą płatnego parkowania.

Chodnik między miejscem postojowym dla osób z niepełnosprawnością a wejściem do budynku powinien być wolny od przeszkód jako tzw. trasa wolna od przeszkód.

Pojazdy parkujące bezpośrednio przy ciągach pieszych nie powinny utrudniać ruchu pieszym, szczególnie osobom niewidomym i słabowidzącym. Projektując miejsca postojowe prostopadle do chodnika należy przewidzieć, aby tzw. „nawis” samochodu znajdował się poza strefą ruchu pieszego (ryc. 1).



Ryc. 2 Nawis samochodu nie może utrudniać osobie niewidomej dostępu do krawędzi kierującej, np. krawężnika jezdni lub chodnika (Źródło Standardy CPU)

W przypadku samochodów osobowych użytkowanych przez osoby z niepełnosprawnościami stanowiska postojowe powinny mieć co najmniej następujące wymiary:

- szerokość 3,6 m i długość 5 m dla stanowisk usytuowanych prostopadle do ciągu pieszego;
- szerokość 3,6 m i długość 6 m (zalecane 7 m) dla stanowisk usytuowanych wzdłuż jezdni.

W pobliżu głównego wejścia do budynku, maksymalnie w odległości do 10 m należy wyznaczyć parking Kiss&Ride umożliwiający zatrzymanie pojazdu na czas wysadzenia pacjenta ze szczególnymi potrzebami, m. in. osoby, która nie posiada Karty Parkingowej.

DA 1.2 Dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)

Standard Dostępności szpitali określa dodatkowe parametry dojść do budynków uwzględniające potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami.

Wymiary ciągów pieszych

Ciągi piesze na dojściach do szpitali powinny spełniać wymagania tras wolnych od przeszkód, tj. trasa powinna mieć skrajnię o szerokość min. 2,0 m i wysokości min. 2,2 m. Oznacza to, że w obrysie skrajni nie powinny znajdować się żadne przeszkody takie jak: słupy oświetleniowe, znaki drogowe i informacyjne, szyldy reklamowe, ławki i urządzenia odpoczynku, kosze na śmieci itp.

Dopuszcza się miejscowe przewężenia trasy wolnej od przeszkód do szerokości: 1,6 m na długości max. 10 m, 1,2 m na długości max. 3,0 m oraz 1,0 m na długości max. 0,5m. Jeżeli zawężenie wynika z powodu przeszkód w szerokości skrajni wolnej od przeszkód, należy przeszkodę oznaczyć czytelną różnicą faktury do nawierzchni chodnika. Jest to tzw. faktura informacyjna (uwagi) systemu FON³⁶. Faktura ta powinna mieć szerokość min. 30 cm i nie powinna być wliczana do szerokości przewężenia.

Nawierzchnie ciągów pieszych

Nawierzchnie chodników powinny być tak zaprojektowane i wykonane z takich materiałów, aby wyeliminować ryzyko poślizgnięcia się lub potknięcia. Nawierzchnie ciągów pieszych powinny być twarde, równe i z powierzchnią antypoślizgową, która spełnia swoje cechy również w trudnych warunkach atmosferycznych. Faktura i kolorystyka tras nie może sprawiać wrażenia różnic wysokości. Kolorystyka i zróżnicowanie materiałowe nawierzchni powinny podkreślać główne kierunki poruszania się i zaznaczać różne obszary funkcjonalne. Tekstura kostki kamiennej łamanej jako faktura kontrastowa do podstawowego materiału użytego na nawierzchnię chodnika może spełniać rolę informacyjną o obszarach ograniczonego użytkowania, granicach ciągu pieszego i jako pola uwagi³⁷.

System informacji

Na dojściach do obiektu szpitala powinien być zamontowany System Informacji Przestrzennej (SIP) oparty na czytelnych opisach zgodnie ze standardami Polskiego Związku Niewidomych, tj. napisy powinny być wykonane czcionką bezszeryfową w kolorze kontrastującym z tłem i wielkości dostosowanej do odległości czytania. System informacji powinien również zawierać piktogramy zgodne ze wzorami opublikowanymi w międzynarodowej normie ISO 7001:2007.

Dla osób niewidomych i słabowidzących stosuje się system informacji fakturowej tzw. Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych³⁸ (w skrócie FON). System FON to rodzaj identyfikacji miejsc i korytarzy poruszania się, składający się z kombinacji faktur, które są możliwe do wykrycia przez osoby z dysfunkcjami wzroku przy pomocy stopy i białej laski. System oznaczeń fakturowych składa się z następujących typów faktur: faktura kierunkowa (typ A), faktura ostrzegawcza (bezpieczeństwa) (typ B), faktura uwagi (informacji) (typ C), (ryc. 3).

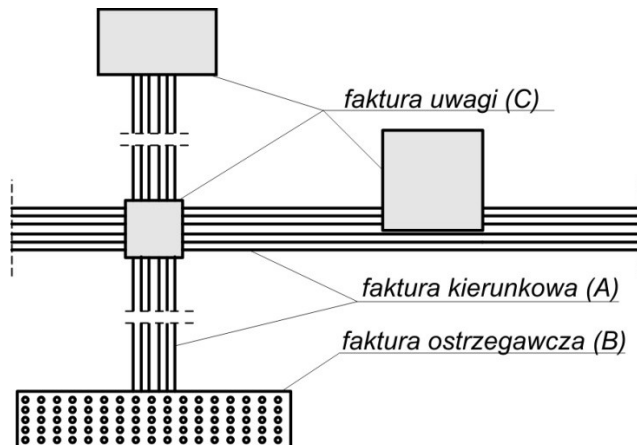
Zadaniem systemu oznaczeń fakturowych jest polepszenie orientacji przestrzennej oraz kierowanie osoby z niepełnosprawnością wzroku do bezpiecznych miejsc pokonywania przeszkód. System FON należy tak projektować, aby przekaz informacji był jednoznaczny i pozwalał osobom z

³⁶Niska fala typu sztruks lub C3 określana jako dowolna faktura kontrastująca z podstawową nawierzchnią chodnika i fakturami typu A i B. Za fakturę typu C3 często uznaje się nawierzchnię z kostki granitowej łamanej.

³⁷ Jako tzw. faktura C3 przyp. Autor.

³⁸Jako angielską nazwę używa się: Tactile Walking Surface Indicators, w skrócie TWSIs.

niepełnosprawnością wzroku na samodzielne poruszanie się w przestrzeni publicznej. System informacji fakturowej na ciągach pieszych, stosuje się jako uzupełnienie naturalnych linii kierunkowych, (tj. obrzeża chodników, krawężniki przy jezdni, cokoły budynków, różnice w fakturach chodnika), szczególnie w obrębie stref transferu (przejścia przez jezdnie, przejścia przez torowiska, przejścia podziemne, kładki piesze, przystanki komunikacji miejskiej i perony) lub szerokich ciągów pieszych (powyżej 4 metrów) czy na placach miejskich, gdzie trudno zlokalizować punkty orientacyjne i krawędzie kierunkowe przydatne podczas poruszania się osobom z niepełnosprawnością wzroku.



Ryc. 3 System Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych (FON) składa się z kombinacji faktur wyczuwalnych stopą lub końcówką białej laski przez osoby niewidome i słabowidzące (źródło: Wysocki M. Projektowanie otoczenia dla osób niewidomych. Pozawzrokowa percepcja przestrzeni, 2010, s. 90)

Oświetlenie dojść

Z uwagi na potrzeby osób o ograniczonej mobilności i percepcji ogólną zasadą projektowania oświetlenia w przestrzeniach publicznych powinno być równomierne oświetlenie nawierzchni całego ciągu pieszego, bez większych różnic w natężeniu światła oraz bez cieni na powierzchni chodnika. Zaleca się, aby minimalne natężenie oświetlenia chodników wynosiło 10 lux, na przejściach dla pieszych 30 lux. Zabrania się stosowania oświetlenia w poziomie chodnika, które może powodować oślepianie pieszych. Wszelkiego typu oprawy oświetlające powinny być montowane powyżej linii wzroku pieszego ($\geq 2,0$ m) lub poza skrajnią ruchu pieszego.

Zmiany wysokości poziomów w terenie

W projektowaniu i modernizacji istniejących ciągów pieszych należy stosować się do zasady tworzenia tras wolnych od przeszkód, w tym m. in. spadku podłużnego nie przekraczającego 5% i progów poprzecznych (krawężników) nie większych niż 2 cm. Tak zaprojektowane ciągi piesze spełniają warunki projektowania uniwersalnego, służą wszystkim użytkownikom, włączając w to osoby z ograniczoną mobilnością, seniorów czy opiekunów z małymi dziećmi w wózkach i osób poruszających się z ciężkim bagażem na kółkach.

W przypadku różnicy terenu do 15 cm można zastosować nachylenie chodnika o spadku do 10%. Przy różnicach poziomu terenu (od 15 do 50 cm) nachylenie pochylni może wynosić max. 8% (na zewnątrz) i 10%, gdy pochylnia jest zadaszona. Pochylnia może mieć szerokość ciągu pieszego.

W przypadku różnic wysokości w terenie powyżej 50 cm należy stosować pochylnie lub pochylnie i schody, aby pokonać różnicę wysokości w terenie. Dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, pochylnia jest podstawowym elementem niwelowania różnic w poziomach ciągów pieszych. Spadek pochylni w tym przypadku nie może przekraczać 6% (na zewnątrz) i 8% pod zadaszeniem.

W przypadku konieczności wyznaczenia innej trasy, przeznaczonej dla osób z ograniczoną mobilnością (omijającą np. schody), powinna być ona łatwa do odnalezienia i wyraźnie oznaczona. Wyznaczona trasa dla osób z ograniczoną mobilnością powinna przebiegać w jak najbliższej odległości od głównego ciągu pieszego zaopatrzonego w schody. Ogranicza to stygmatyzację osób z niepełnosprawnością, z uwagi na konieczność wyboru innej drogi niż pozostali użytkownicy przestrzeni.

Pochylnie na zewnątrz w miarę możliwości terenowych powinny być prowadzone w linii prostej z biegami o długości max. 9 m oddzielonymi spocznikami o długości min. 1,4 m. Jeżeli pochylnia wymaga zmiany kierunku, zaleca się, aby minimalna długość spocznika wynosiła 2,0 m, z uwagi na możliwość poruszania się osób z ograniczeniami mobilności na inwalidzkich skuterach elektrycznych.

Dopuszcza się stosowanie pochylni prowadzonych po łuku jedynie o nachyleniu $\leq 5\%$.

Zalecana w warunkach technicznych szerokość pochylni powinna wynosić 1,2 m, co nie odpowiada standardowi projektowania uniwersalnego. Zgodnie z wytycznymi standardu DA szerokość ta powinna wynosić min. 1,6 m (zalecane 2,0 m).

Po obu stronach pochylni należy zamontować poręcze umieszczone na wys. 90 i 75 cm na całej długości pochylni. Poręcze powinny być wydłużone w poziomie poza spadek pochylni o 30 cm, a ich końce zaokrąglone w dół lub połączone ze sobą. Poręcze nie powinny ograniczać skrajni trasy wolnej od przeszkód. Zakończenia poręczy, które wychodzą na skrajnię ruchu pieszego (trasy wolnej od przeszkód) należy oznaczyć kolorem kontrastowym do otoczenia (zalecany kolor żółty) na dł. min. 30 cm. Wzdłuż całej pochylni powinny być zamontowane zabezpieczenia (cokoły) o wysokości min. 7,0 cm uniemożliwiające spadnięcie niekontrolowany upadek osoby na wózku inwalidzkim poruszającej się po pochylni.

W miejscu, gdzie na ciągach pieszych występują schody, powinna istnieć alternatywa w pokonaniu różnic poziomów w postaci pochylni bądź windy. Pochylnia bądź dźwig należy lokalizować w najbliższej odległości od schodów. Przy różnicach poziomów większych niż 2,5 m lub braku miejsca na pochylnię, zgodnie z przedstawionymi powyżej warunkami, należy zastosować urządzenia do transportu pionowego. Zdecydowanie zaleca się montaż dźwigu osobowego i tylko w wyjątkowych sytuacjach możliwy jest montaż podnośników pionowych, ale z uwagi na ich awaryjność i możliwość zakleszczenia oraz uszkodzenia części garderoby, nie jest rozwiązaniem zalecanym. Nie zaleca się stosowania platform przyschodowych poręczowych i niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń typu schodołaz jako rozwiązań podstawowych dla pokonywania różnic wysokości.

Schody jako element pokonywania różnic wysokości w terenie

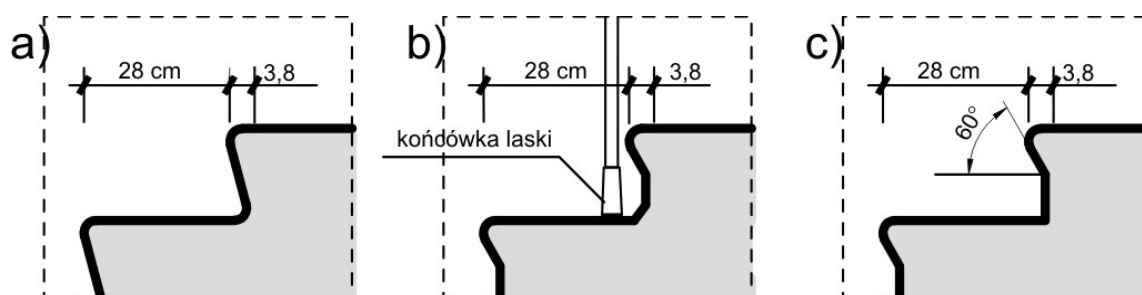
Wysokość i szerokość stopni schodów powinna być jednakowa. Bieg schodowy powinien posiadać minimum 3 stopnie, a max. 9 stopni. W biegach schodowych należy stosować nieparzystą liczbę stopni. Dłuższe biegi schodów powinny być podzielone spocznikami o długości min. 1,5 m. O ile jest

to możliwe, na spocznikach schodów zaleca się rozmieszczenie miejsc odpoczynku, ale w taki sposób, by nie utrudniały ruchu pieszym (tzn. poza szerokością ciągu pieszego) – patrz dalej elementy małej architektury.

Dla osób z dysfunkcjami wzroku szczególnym zagrożeniem są schody prowadzące w dół. Aby uniknąć ryzyka upadku, należy w odległości 50-60 cm od krawędzi pierwszego górnego stopnia, zamontować fakturę ostrzegawczą³⁹ o szer. min. 60-80 cm. Przed dolnym stopniem należy ułożyć fakturę uwagi⁴⁰ o szerokości 0,6 m w odległości 0,3-0,5 m.

Osoby słabowidzące potrzebują zaznaczenia początku i końca biegu schodowego. Pierwszy i ostatni stopień biegu schodowego musi być oznaczony kontrastowo pasem o szerokości min. 10 cm na płaszczyźnie poziomej (min. 5 cm) i pionowej (5 cm). Pasy powinny być montowane na stopnicy i podstopnicy tak, aby były widoczne przy schodzeniu, jak i wchodzeniu po schodach. Dopuszcza się zmianę kolorystyki całego stopnia, który powinien być skontrastowany z innymi stopniami w biegu schodowym. Kontrast barwny dla oznaczeń montowanych na krawędziach stopni nie powinien być mniejszy niż 70%⁴¹. W przypadku jednego, dwóch lub trzech stopni w biegu schodowym należy zapewnić oznaczenia kontrastowe na każdym ze stopni wyłącznie w postaci pasów kontrastowych o szer. 5-10 cm montowanych na stopnicy i podstopnicy.

Stosowane na dojściach do budynków szpitali schody nie powinny być ażurowe i nie powinny posiadać wystających nosków. Krawędź schodów powinna być wyprofilowana, aby osoby powłóczące nogami lub poruszające się z pomocą białej laski (osoby niewidome) nie miały trudności wchodzeniu po schodach (ryc. 4, punkt b).



Ryc. 4. Zalecane wyprofilowanie krawędzi stopni schodów

Maksymalna wysokość stopnia schodów zewnętrznych wynosi 15 cm, ale zaleca się, aby wysokość stopnia wynosiła 12 cm, która jest na tyle niska, że ułatwia to pokonywanie schodów przez osoby ze szczególnymi potrzebami, np. osoby z chorobami reumatycznymi czy osoby starsze.

Zaleca się schody o szerokości min. 2,0 m z poręczami po obu stronach biegu umieszczonymi na dwóch wysokościach: 90 i 75 cm.

Gdy bieg schodowy jest nadwieszony nad ciągiem pieszym, przestrzeń pod schodami o wysokości mniejszej niż 2,2 m powinna być obudowana lub oznaczona w taki sposób, aby osoba z niepełnosprawnością wzroku mogła je bezpiecznie ominąć.

³⁹ Zgodnie z systemem FON jest to faktura typu B (ścięte kopytki lub ścięte stożki).

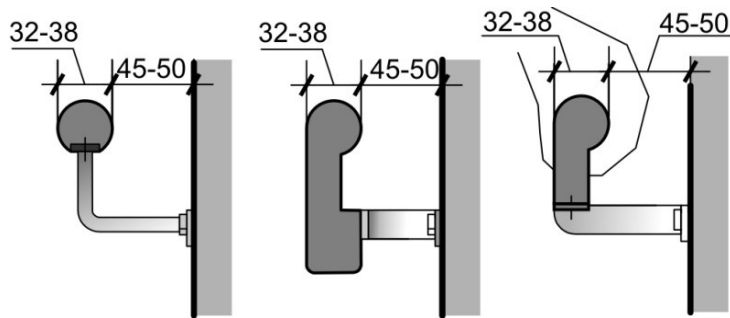
⁴⁰ Jako fakturę uwagi zaleca zastosowanie wg. Systemu FON fakturę C1 – tzw. „sztruks” lub fakturę C3.

⁴¹ Obliczana wg. wzoru Webera zamieszczonego w normie ISO 21542:2011.

Poręcze przychodowe i przy pochylniach

Poręcze powinny być wysunięte poziomo na min. 30 cm przed pierwszym⁴² i ostatnim stopniem. Wydłużenie to pozwala osobom z niepełnosprawnością ruchową lub z zaburzeniami równowagi na wsparcie się na początku i końcu schodów (np. w celu przełożenia kuli do jednej ręki), a osobom niewidomym zorientować się, gdzie schody się kończą. Jeżeli końce poręczy schodów wchodzą w światło skrajni ciągu pieszego, ich końce powinny być zawinięte w dół i oznaczone kolorem kontrastowym do otoczenia. Zaleca się stosowanie ciągłości poręczy na schodach o wielu biegach, przy spocznikach do 2,0 m. Przy ciągłości poręczy nie wymaga się stosowania faktur ostrzegawczych na poszczególnych spocznikach.

Poręcze przyschodowe należy wykonać w taki sposób, aby pochwyty dłonią był pewny i umożliwiał swobodne przesuwanie dłoni wzdłuż po poręczy (ryc. 5). Uchwyt mocujący powinien być od dołu, aby zapewnić pewny chwyt. Na końcach poręczy zaleca się montowanie oznaczeń dotykowych, które mogą być dodatkową informacją dla osób niewidomych. Jeżeli informacja jest wykonana w piśmie Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dotyczące miejsca jako punktu orientacji przestrzennej.

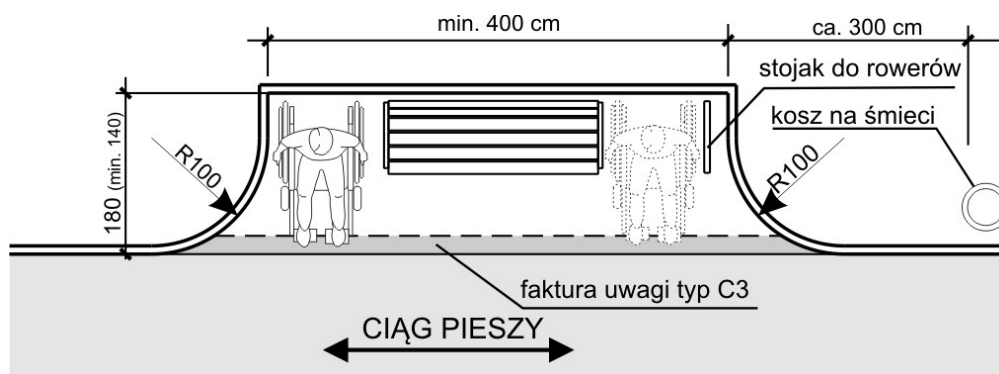


Ryc. 5. Zalecane wyprofilowanie poręczy i odległość mocowania od ściany.

Miejsca odpoczynku i elementy małej architektury

Osoby z ograniczoną mobilnością mają trudności w poruszaniu się, szybko się męczą i potrzebują częstych odpoczynków. Na dojścia do obiektów szpitali zakłada się, aby co max. 50 metrów zostało wyznaczone miejsce do odpoczynku dla osób o ograniczonej mobilności. Miejsce do odpoczynku powinno być wyposażone w siedzisko (ławkę) z podłokietnikami ułatwiającymi siadanie i wstawanie oraz miejsce do zaparkowania wózka inwalidzkiego i roweru poza strefą ruchu pieszych (ryc. 6.). Ławki powinny być wykonane z materiału przyjaznego bez względu na warunki atmosferyczne. Nie zaleca się stosowania siedzisk metalowych. Poszczególne ławki mogą mieć zróżnicowaną wysokość siedzisk w granicach 45 - 48 cm. W sytuacjach, gdy przy ciągu pieszym brak jest miejsca do ustawienia ławki (wg. ryc.6) dopuszcza się ustawienia tzw. przysiadaków, których wysokość siedziska powinna wynosić w granicach 70-75 cm. Nie powinny posiadać ostrych elementów, które mogą narazić użytkowników na urazy lub zniszczenia bagażu lub ubrania.

⁴² Należy zwrócić uwagę, aby zachować wysokość poręczy wysunięte w poziomie poręczy na dole biegu schodowego powinno wynosić 30 cm + S, gdzie S to szerokość stopnia, od krawędzi stopnia.



Ryc. 6. Rozplanowanie urządzenia miejsca odpoczynku przy ciągu pieszym (źródło: Standardy Dostępności CPU).

Sposób rozmieszczenia urządzeń powinien być zaplanowany i zgodny z ustalonym jednolitym schematem, dzięki czemu użytkownikom łatwiej jest odnaleźć np.: kosz na śmieci, automaty telefoniczne lub biletowe, wejścia do budynków, punkty informacyjne itp. Na ciągach pieszych o szerokości powyżej 3 metrów można wydzielić strefę, w której ustawiane będą urządzenia uliczne. Szerokość strefy uzależniona jest od wielkości urządzeń i elementów małej architektury i powinna wynosić min. 50 cm po obu stronach chodnika, pozostawiając po środku wolną przestrzeń na ciąg pieszy o szerokości min. 2 m.

Wszystkie znaki i urządzenia małej architektury powinny być umieszczane z boku trasy w taki sposób, aby nie utrudniać ruchu pieszego i umożliwić swobodny dostęp do wyznaczonych miejsc przez osoby poruszające się na wózkach i skuterach inwalidzkich. Meble uliczne, takie jak ławki, tablice informacyjne, kosze na śmieci i inne, należy ustawiać w miejscach o kontrastowej posadzce (kolorystycznie, materiałowo i fakturowo), różniącej się od materiału użytego na nawierzchnię głównego ciągu pieszego. Wszystkie elementy małej architektury powinny mieć zaokrąglone krawędzie.