

DOKUMENT 20190731



Dostępność **Plus**

STANDARD DOSTĘPNOŚCI POZ

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	4
WEJŚCIE DO BUDYNKU I KWESTIE HORYZONTALNE (W)	6
WA1 Placówka POZ zapewnia wejście do budynku dostępne dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami	6
WA1.1 Placówka POZ posiada dostępną strefę wejściową do budynku dostosowaną do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)	6
WA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne wejście do budynku dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1).....	8
WA 1.3 Placówka POZ stosuje automatykę drzwiową w wejściu do budynku (2).....	9
WC 1 Placówka POZ posiada dostępną stronę internetową	9
WC 1.1 Placówka POZ posiada stronę internetową zgodną z wymaganiami WCAG 2.1 (1)	9
WK 1 Personel placówki POZ posiada kompetencje społeczne właściwe dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.....	10
WK 1.1 Personel placówki POZ został przeszkolony w formie warsztatowej z zakresu kompetencji społecznych właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)	10
WO 1 Placówka POZ przeprowadza cykliczny audyt pod kątem dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.....	11
WO 1.1 Placówka POZ przeprowadza audyt dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami przez powołanych audytorów (1)	11
WO 2 Placówka POZ posiada rozwiązania zapewniające przyjazną obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami.....	11
WO 2.1 Placówka POZ posiada procedurę w zakresie przyjaznej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami (1)	11
WO 2.2 Placówka POZ współpracuje z organizacją pozarządową reprezentująca osoby z niepełnosprawnościami (2).....	11
REJESTRACJA (R)	12
RA 1 Placówka POZ posiada dostępny dla osób ze szczególnymi potrzebami i odpowiednio oznakowany punkt rejestracji pacjentów wraz poczekalnią.....	12
RA 1.1 Placówka POZ zapewnia odpowiedni poziom dostępności punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia (1)	12
RC 1 Placówka POZ zapewnia system telefonicznej i elektronicznej rejestracji pacjentów	14
RC 1.1 Placówka POZ zapewnia rejestrację telefoniczną, w tym adekwatną do populacji obsługiwanych pacjentów liczbę numerów telefonicznych oraz odpowiednie zaplecze kadrowe pracowników administracji (1)	14
RC 1.2 Placówka POZ posiada cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami (1)	14
RC 1.3 Placówka POZ zapewnia e-rejestrację (1).....	14
RK 1 Personel placówki POZ posiada wiedzę w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami	14
RK 1.1 Personel placówki POZ, w szczególności osoby pracujące w punkcie rejestracji dysponuje infografikami dotyczącymi sposobów komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1) ...	15
RK 1.2 Wybrani pracownicy placówki POZ znają podstawy polskiego języka migowego (2)	15
RK 2 Personel placówki POZ posiada umiejętności właściwe dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym likwidowania barier w komunikowaniu się	15

RK 2.1	Personel placówki POZ został przeszkolony z zakresu umiejętności komunikacji w formie szkolenia teoretycznego oraz warsztatów praktycznych (1)	16
RK 2.2	Personel placówki POZ posiada oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód (1)	16
RO 1	Placówka POZ zapewnia dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami formy rejestracji wizyt	16
RO 1.1	W placówce POZ osoba ze szczególnymi potrzebami może skorzystać z pomocy asystenta lub innej formy wsparcia w zakresie rejestracji (1)	16
Ciągi komunikacyjne (C)		18
CA 1	Placówka POZ posiada dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie dostosowane do szczególnych potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności	18
CA 1.1	Placówka POZ posiada dostępną komunikację poziomą w budynku (1)	18
CA 1.2	Placówka POZ posiada dostępną komunikację pionową w budynku (1)	19
CA 1.3	W strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach placówka POZ jest wyposażona w spełniające kryteria dostępności elementy stolarki drzwiowej i okiennej (1)	21
CA 1.4	Placówka POZ jest wyposażona w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkowania przez pacjentów (1)	22
CA 1.5	Placówka POZ posiada dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie (2)	27
GABINETY LEKARSKIE I ZABIEGOWE (G)		28
GA 1	Placówka POZ zapewnia dostępność do udzielanych świadczeń medycznych poprzez dostosowanie gabinetów diagnostyczno-zabiegowych do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności	28
GA 1.1	Placówka POZ posiada dostępne wejścia do gabinetów lekarskich i zabiegowych (1)	28
GA 1.2	Placówka POZ posiada gabinety o parametrach przestrzennych właściwych dla zagwarantowania dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)	28
GA 1.3	Placówka POZ posiada gabinety o właściwych dla zagwarantowania bezpieczeństwa i komfortu pacjentów parametrach oświetlenia i podstawowych instalacji (1)	29
GA 1.4	Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności (1)	30
GA 1.5	Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w elementy wykończenia i umeblowania podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni (2)	31
GC 1	Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze świadczenia telemedycznego	32
GC 1.1	Placówka POZ oferuje pacjentom ze szczególnymi potrzebami świadczenia w modelu telemedycznym (1)	33
GC 1.2	Placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami(2)	33
GC 2	Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza online	33
GC 2.1	Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza polskiego języka migowego (i/lub aplikacji umożliwiającej tłumaczenie online) [2]	33
GO 1	Placówka POZ oferuje wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami	34
GO 1.1	Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami(2)	34
GO 2	Placówka POZ prowadzi badania satysfakcji pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz badania opinii kadry placówki	34
GO 2.1	Placówka POZ przeprowadza badania ankietowe wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami i kadry placówki (2)	34

GO 2.2 Placówka POZ przeprowadza ankietę telefoniczną wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami (2)	34
INNE POMIESZCZENIA (I)	35
IA 1 Placówka POZ wyposażona jest w dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne pacjentów i zapewnia dostosowane do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności pokoje rodzica z dzieckiem, jeśli takie posiada.....	35
IA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne (1)	35
IA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia do karmienia i przewijania dzieci oraz osób dorosłych (2)	36
DOJŚCIA I DOJAZDY	38
DA 1 Placówka POZ zapewnia dostępne i dobrze oznakowane dojazdy oraz dojścia do budynku .	38
DA 1.1 Placówka POZ zapewnia dojazdy do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)	38
DA 1.2 Placówka POZ zapewnia dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)	39

WPROWADZENIE

Standard Dostępności POZ został opracowany w ramach projektu grantowego pn. Dostępność Plus dla zdrowia (nr POWR.05.02.00-00-0044/18) - Działanie 5.2 Działania pro jakościowe 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 pro jakościowych 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, 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 niepełnosprawnością psychiczną i 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

Projekt grantowy realizowany jest w okresie: 1 stycznia 2019 r. – 30 czerwca 2023 r.

W opracowaniu Standardu Dostępności POZ udział wzięli 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 Standard Dostępności POZ, w ww. projekcie grantowym zostanie przeprowadzony nabór mający na celu wybór placówek POZ, które otrzymają wsparcie finansowe (grant), umożliwiające jego wdrożenie. Mamy jednocześnie nadzieję, że dokument będzie inspiracją również dla innych podmiotów do podjęcia działań poprawiających dostępność placówek POZ.

Głównym celem Standardu Dostępności POZ, jest zdefiniowanie warunków istotnych dla poprawy dostępności placówek POZ dla osób ze szczególnymi potrzebami w obszarze architektonicznym, cyfrowym, komunikacyjnym i organizacyjnym. 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 osiągnięcia parametrów określonych w standardzie. 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 jest już dostępnych lub w najbliższych latach ma stać się dostępnych właśnie w postaci elektronicznej. Przestrzeń cyfrowa jest obszarem, który jako jeden z nielicznych posiada sprecyzowany i zunifikowany standard dostępności - WCAG (Web Content Accessibility Guidelines).

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

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 placówkę powinny opierać się na sformułowaniu odpowiednich dokumentów organizacyjnych wskazujących w jaki sposób placówka przygotowana jest na zapewnienie komfortu pobytu pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Struktura dokumentu odzwierciedla ścieżkę pacjenta podczas wizyty w POZ i składa się z 5 części:

- wejście do budynku oraz kwestie horyzontalne (W),
- rejestracja (R),
- ciągi komunikacyjne (C),
- gabinety lekarskie i zabiegowe (G),
- 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 placówki POZ. Podobnie, użyte w dokumencie pojęcia typu : „należy”, „powinno” stanowią synonimy, w szczególności „należy” nie oznacza obligatoryjnego charakteru danego standardu.

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)

WA1 Placówka POZ zapewnia wejście do budynku dostępne dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami

Standard określa wymagania odnośnie wejść do obiektów placówek POZ 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 (zaopatrzonym również w aparaty słuchowe), wzroku, z trudnościami manualnymi i poznawczymi (na przykład po udarze, cierpiący na 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.

WA1.1 Placówka POZ posiada dostępną strefę wejściową do budynku dostosowaną do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

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.

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 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 lub schody, w sytuacji braku miejsca na lokalizację pochylni należy zastosować urządzenia transportu pionowego opisane w standardzie CA.

W każdej sytuacji najkorzystniejsze z punktu widzenia użytkownika jest nachylenie do 5%. Dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, pochylnia jest podstawowym elementem niwelowania różnic w poziomach na dojściach do budynków. 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 wejścia do budynku 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 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

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

³ Ibidem.

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%. Poręcze (ryc. 5 w załączniku) 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 (cokoły) o wysokości min. 7,0 cm, uniemożliwiające niekontrolowane spadnięcie osoby na wózek inwalidzkim 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. windy lub - w wyjątkowych przypadkach, po uzyskaniu odstępstwa od przepisów – podnośnika pionowego. 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. Wyposażenie kabiny dźwigu opisano w standardzie CA. 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 liczbą stopni. Dłuższe biegi schodów powinny być przedzielone spocznikami o długości min 1,5 m.

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 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 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%⁸. 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 POZ schody nie powinny być ażurowe i nie powinny posiadać wystających nosków. Krawędź schodów powinna być wyprofilowana, aby osoby powłóczące nogami

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 ośnięcia. 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

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

lub poruszające się z pomocą białej laski (osoby niewidome) nie miały trudności 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, ale 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.

Poręcze przychodowe i przy pochylniach

Poręcze powinny być wysunięte poziomo na min. 30 cm przed pierwszym⁹ i ostatnim stopniem, jak również na 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 Placówka POZ posiada dostępne wejście do budynku dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

Przed zewnętrznymi drzwiami powinna być pozostawiona przestrzeń manewrowa o minimalnych 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 podjechać wózkami i otworzyć drzwi bez konieczności wycofywania się.

Jeżeli w strefie wejścia zamontowany jest domofon lub dzwonek, powinien on być umieszczony maksymalnie do wysokości 1,4 m (zalecane 1,1 m) i nie niżej niż 0,8 m. Przyciski powinny mieć opis w Braille'u. 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 25N¹¹, zaleca się zastosowanie automatyki otwierania drzwi.

Jeżeli drzwi są przeszkłone i umieszczone w przegrodzie szklanej należy zarówno skrzydła jak i przegrodę oznaczyć min 2 pasami kontrastowymi o szerokości min. 10 cm 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

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 przyp. autorzy

¹¹ Norma ISO 21542:2011 pkt 18.1.4 wyliczonej wg wzoru Webera

oznaczyć jej krawędź dolną pasem o szerokości 10 cm do wysokości maksymalnie 40 cm. Kontrast pasów wg normy ISO 21542:2011 powinien wynosić min. 50% wg skali LRV¹².

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.

WA 1.3 Placówka POZ stosuje automatykę drzwiową w wejściu do budynku (2)

W strefie wejściowej zaleca się zastosowanie automatyki drzwiowej, która ułatwia osobom z niepełnosprawnościami, w szczególności osobom poruszającym się o kulach, wejście do budynku. Najwygodniejsze dla osób z niepełnosprawnościami są automatyczne drzwi przesuwne. Czujniki otwierania drzwi powinny wykrywać osoby o różnym wzroście.

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

W strefie wewnętrznej wejścia zaleca się umieszczenie planu tyflograficznego rozkładu pomieszczeń placówki POZ, do którego poprowadzona jest faktura kierunkowa typu A wg systemu FON (Ryc. 3 w załączniku).

WC 1 Placówka POZ posiada dostępną stronę internetową

Przestrzeń cyfrowa jest obszarem, który posiada sprecyzowany i 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 inne istotne dla pacjentów informacje, stanowi działanie istotnie wpływające na dostępność do usług medycznych.

WC 1.1 Placówka POZ posiada stronę internetową zgodną z wymaganiami WCAG 2.1 (1)

Strona internetowa placówki POZ powinna być zgodna z wymaganiami WCAG 2.1 (z uwzględnieniem poziomu AA) 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).

Informacje dotyczące tekstu łatwego do czytania i zrozumienia regulują Europejskie standardy przygotowania tekstu łatwego do czytania i zrozumienia, których polska wersja została opublikowana

¹² Ibidem pkt. 18.1.5

przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych¹³. Dokumenty przygotowane w oparciu o przedmiotowe standardy oznaczone są poniższym logo:



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.

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.

WK 1 Personel placówki POZ posiada kompetencje społeczne właściwe dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami

Personel placówki, w szczególności kadra zarządzająca, właściciel posiada następujące kompetencje społeczne dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami:

1. Motywuje pozostały personel do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
2. Tworzy sprzyjającą atmosferę komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
3. Umiejętnie przekonuje swoje środowisko do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
4. Dokładnie analizuje otoczenie i wysuwa wnioski poprawiające jakość komunikacji, szczególnie przestrzennej z osobami ze szczególnymi potrzebami.
5. Stale poszerza horyzonty myślowe związane z komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami.
6. Efektywnie zarządza sytuacjami kryzysowymi.

Personel placówki powinien szczególnie zwrócić uwagę na potrzeby komunikacyjne osób przejawiających zaburzenia psychosomatyczne, psychiczne oraz osoby ze spektrum autyzmu (ASD).

Wskazane aspekty komunikacyjne w części WK odnoszą się nie tylko do etapu wejścia do budynku, ale także do wszystkich pozostałych obszarów standardu.

WK 1.1 Personel placówki POZ został przeszkolony w formie warsztatowej z zakresu kompetencji społecznych właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)

Co najmniej jedna osoba z placówki POZ (np. przedstawiciel kadry zarządzającej, właściciel) powinna wziąć udział w warsztatach dotyczących stosowania kompetencji menedżerskich w zakresie motywowania pracowników i budowania zespołu przyjaznego osobom ze szczególnymi potrzebami. Warsztaty powinny mieć charakter praktyczny uwzględniający rzeczywiste sytuacje komunikacyjne mogące wydarzyć się w placówce i dostarczać wiedzę na temat działań jakie mogą podejmować

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

osoby zarządzające placówką, aby ułatwić personelowi medycznemu komunikację z pacjentem od strony organizacyjnej.

WO 1 Placówka POZ przeprowadza cykliczny audyt pod kątem dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami

Audyt powinien obejmować wszystkie aspekty funkcjonowania placówki tj. przegląd istniejących w placówce procedur z zakresu obsługi pacjenta, wyrażania przez pacjenta tzw. świadomych zgód oraz zasad postępowania w sytuacjach kryzysowych, procedur przeciwpożarowych pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, w tym ze szczególnymi potrzebami, procesu świadczenia usług, kwestii dostępności architektonicznej, cyfrowej, komunikacyjnej oraz organizacyjnej dla pacjentów.

Procedury przeciwpożarowe powinny również odnosić się do kwestii zapewnienia odpowiedniego sprzętu ewakuacyjnego uwzględniającego szczególne potrzeby pacjentów, przede wszystkim pacjentów z niepełnosprawnościami, np. materacy ewakuacyjnych.

WO 1.1 Placówka POZ przeprowadza audyt dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami przez powołanych audytorów (1)

Audyt dostępności placówki POZ powinien być przeprowadzany co najmniej raz w roku, w tym z udziałem niezależnych audytorów. W wyniku audytu, powinien powstać raport zawierający rekomendacje co do działań poprawiających dostępność placówki POZ.

WO 2 Placówka POZ posiada rozwiązania zapewniające przyjazną obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami

WO 2.1 Placówka POZ posiada procedurę w zakresie przyjaznej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami (1)

Regulamin organizacyjny i inne dokumenty zawierające procedury postępowania w placówce POZ powinny zostać poddane analizie i odpowiedniej modyfikacji pod kątem ich adekwatności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Bardzo istotne jest zapewnienie odpowiednich procedur przeciwpożarowych, uwzględniających pacjentów ze szczególnymi potrzebami, przede wszystkim z niepełnosprawnościami. Należy dążyć do tego, by zasady i procedury związane z obsługą pacjentów zapewniały odpowiednią jakość obsługi ww. grupy osób oraz ich bezpieczeństwo. Należy przy tym uwzględniać co najmniej główne rodzaje niepełnosprawności. Dokumenty powinny być łatwo dostępne, napisane w formie tekstu łatwego do czytania i zrozumienia (tam gdzie to możliwe opatrzone grafikami, schematami itp.), syntetyczne – pozwalając wyszukanie właściwych informacji w krótkim czasie. Dokumenty powinny być dostępne w postaci papierowej oraz elektronicznej.

WO 2.2 Placówka POZ współpracuje z organizacją pozarządową reprezentującą osoby z niepełnosprawnościami (2)

Placówka współpracuje z organizacją pozarządową reprezentującą osoby z niepełnosprawnościami w zakresie m.in. konsultowania poziomu dostępności placówki, w tym sposobu wdrożenia wyników audytów, o których mowa w WO 1. Dodatkowo, Placówka POZ może włączyć do współpracy inne osoby bądź organizacje reprezentujące osoby ze szczególnymi potrzebami.

REJESTRACJA (R)

RA 1 Placówka POZ posiada dostępny dla osób ze szczególnymi potrzebami i odpowiednio oznakowany punkt rejestracji pacjentów wraz poczekalnią

RA 1.1 Placówka POZ zapewnia odpowiedni poziom dostępności punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia (1)

Rejestracja powinna być widoczna dla pacjenta. Wskazane jest zapewnienie jak najwyższego stopnia prostoty układu przestrzennego w strefie punktu rejestracji. 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.

W rejestracji i w jej otoczeniu stosować należy 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 (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 udźwiękowiająco-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

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.

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.

Wymagane jest wprowadzenie uzupełniających elementów ułatwiających orientację i poruszanie się w przestrzeni. W strefie rejestracji umieszczać należy 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. zaleca się oznaczać cyframi arabskimi (1,2,3). Informacje do odczytywania z daleka powinny być umieszczane na wysokości min. 220 cm. Informacje czytane z bliska należy instalować na wysokości pola widzenia (tj. ok 1,4-1,6 m).

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, żeby poszczególne strefy obiektu były wyróżnione za pomocą zmian kolorów lub motywów graficznych, a informacja wizualna (napisy, piktogramy, plany) nawiązywała do tej kolorystyki.

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 Braille'owskie lub oznaczenia wypukłe¹⁴) należy umieszczać na wysokości 1,2– 1,6 m. Umieszczone poniżej napisy powinny uwzględniać ergonomię ułożenia dłoni. W tych przypadkach należy zastosować listwy lub panele o nachyleniu od 30 do 60 stopni. Plany pomieszczeń montowane przy toaletach powinny być umieszczane na wysokości 1,2 -1,6 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. ścianie, podłodze lub suficie). Liniowymi elementami kierunkowymi mogą być również elementy 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 możliwości także materiałowe) wyróżnienie elementów zabudowy i wyposażenia punktu rejestracji,

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.

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 90 cm wynosić powinna nie więcej niż 90 cm (zalecane: 70–80 cm) oraz dawać możliwość podjechania wózkami inwalidzkimi na głębokość 30 cm i szerokość 75 cm pod ladę. Wysokość strefy podjazdu pod ladę powinna wynosić min. 67 cm, co pozwala na podjazd większości osób poruszających się na wózkach.

Należy wykonać zabezpieczenie krawędzi blatu rejestracji przed możliwością zrzucenia dokumentów i ułatwiać ich podpisanie lub wypełnienie przez osobę np. posiadającą jedną rękę 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.

RC 1 Placówka POZ zapewnia system telefonicznej i elektronicznej rejestracji pacjentów

RC 1.1 Placówka POZ zapewnia rejestrację telefoniczną, w tym adekwatną do populacji obsługiwanych pacjentów liczbę numerów telefonicznych oraz odpowiednie zaplecze kadrowe pracowników administracji (1)

Z uwagi na różną specyfikę placówek POZ, liczba numerów telefonicznych oraz zaplecze kadrowe powinny być dostosowane do jej potrzeb. Zaleca się wnikliwą analizę poprzedzającą wdrożenie rozwiązań w tym zakresie uwzględniających zarówno populację pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz ich specyfikę, jak również sytuację organizacyjną placówki.

RC 1.2 Placówka POZ posiada cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami (1)

Placówka POZ powinna dysponować cyfrowymi narzędziami umożliwiającymi alternatywny sposób kontaktu z pacjentami ze szczególnymi potrzebami np. sprzęt komputerowy z odpowiednim oprogramowaniem udźwiękawiającym, tekst łatwy do czytania i zrozumienia (Easy to Read) czy ramki do podpisu. Dostępne narzędzia powinny umożliwiać kontakt z co najmniej typami pacjentów reprezentującymi główne rodzaje niepełnosprawności. Personel, w szczególności pracujący w punkcie rejestracji, powinien też być przeszkolony z zakresu używania ww. narzędzi.

Alternatywny sposób dostępu polega w szczególności na zapewnieniu kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, za pomocą tłumacza polskiego języka migowego lub tłumacza-przewodnika, o których mowa w [art. 10 ust. 1](#) ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

RC 1.3 Placówka POZ zapewnia e-rejestrację (1)

Placówka umożliwia rejestrację online na wizytę, w tym zarządzanie terminami oraz komunikację mailową i SMS umożliwiającą np. przypominanie o terminie wizyty oraz łatwe odwołanie wizyty. W przypadku zapisów w postaci elektronicznej należy pamiętać o zachowaniu zgodności z wymaganiami normy WCAG 2.1, adekwatnymi jak w przypadku stron internetowych.

RK 1 Personel placówki POZ posiada wiedzę w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami

Personel placówki, w szczególności osoby pracujące w punkcie rejestracji, administracji, informatycy oraz kadra zarządzająca posiada następującą wiedzę w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami:

1. Zna specyfikę komunikacji w poszczególnych grupach pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
2. Charakteryzuje i rozpoznaje poszczególne grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz zna prawidłowe aspekty dotyczące komunikacji z tymi osobami.
3. Zna różnicę pomiędzy komunikacją foniczną (uwzględniając rolę komunikacji werbalnej i niewerbalnej), wizualno-przestrzenną (użycie polskiego języka migowego) oraz komunikację wspomagającą i alternatywną (AAC – ang. Augmentative and alternative communication).
4. Zna potrzebę dostosowania komunikatu do odbiorcy np. tekst łatwy do czytania i zrozumienia (Easy to Read), uwzględniając jego wiek, zdolności językowe, poznawcze oraz stan emocjonalny.
5. Zna rolę empatii oraz komunikatów niewerbalnych w prawidłowej komunikacji.
6. Zna wzorce, definicje i pojęcia w ramach komunikacji werbalnej i niewerbalnej, z naciskiem na komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami.
7. Wie z jakich źródeł może czerpać wiedzę w celu podnoszenia kompetencji i samorozwoju w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.
8. Rozpoznaje źródła wiedzy dot. podmiotów świadczących usługi wspierające komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami np. studia graficzne, drukarnie, agencje reklamowe (dot. osób oddelegowanych do zarządzania komunikacją z osobami ze szczególnymi potrzebami).
9. Wie jakie narzędzia wspierają komunikację i jak dopasować je do potrzeb komunikacyjnych pacjenta.
10. Zna i rozumie zjawisko sytuacji kryzysowej możliwej do wystąpienia na terenie placówki medycznej oraz jej wpływu na komunikację.
11. Zna swoje kompetencje komunikacyjne i wynikające z tego możliwości i ograniczenia.

RK 1.1 Personel placówki POZ, w szczególności osoby pracujące w punkcie rejestracji dysponuje infografikami dotyczącymi sposobów komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)

W placówce POZ znajdują się łatwo dostępne dla personelu, w szczególności pracującego w punkcie rejestracji, infografiki w formie materiału drukowanego określające typy osób ze szczególnymi potrzebami wraz ze wskazanymi trzema 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 1.2 Wybrani pracownicy placówki POZ znają podstawy polskiego języka migowego (2)

Pracownicy, w szczególności wybrane osoby pracujące w punkcie rejestracji oraz wybrana kadra medyczna, powinny znać podstawy polskiego języka migowego, w tym w zakresie podstawowej terminologii medycznej, pozwalające na komunikowanie i odebranie najczęstszych komunikatów do i od osób z niepełnosprawnością słuchu. 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 2 Personel placówki POZ posiada umiejętności właściwe dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym likwidowania barier w komunikowaniu się

Personel placówki, w szczególności rejestrator/ki, posiada następujący zakres umiejętności właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami:

1. Rozpoznaje potrzeby komunikacyjne pacjenta.
2. Wykorzystać wiedzę nt. dopasowania komunikacji do potrzeb poszczególnych grup pacjentów. W sposób refleksyjny/empatyczny potrafi dopasować sposób komunikacji.
3. Wykorzystuje wiedzę nt. sposobów komunikacji z uwzględnieniem podziału na komunikację foniczną, wizualno-przestrzenną oraz wspomagającą i alternatywną.

4. Dostosowuje komunikat do potrzeb pacjenta z uwzględnieniem jego wieku, możliwości językowych, poznawczych oraz stanu emocjonalnego.
5. Okazuje empatię oraz kontroluje i odpowiednio stosuje komunikację werbalną i niewerbalną.
6. Korzysta ze źródeł w samodzielny sposób w celu podniesienia swoich kompetencji w zakresie komunikacji.
7. Korzysta z narzędzi ułatwiających komunikację adekwatnie do potrzeb pacjenta.
8. Stosuje i korzysta z oznaczeń wizualnych. Zarządza przestrzenią wizualną w placówce w sposób efektywny (tzn. dający konkretne efekty na poziomie właściwych/pożądanych zachowań osób ze szczególnymi potrzebami).
9. Korzysta z umiejętności komunikacyjnych z uwzględnieniem specyfiki placówki oraz występujących w niej sytuacji kryzysowych.
10. Korzysta 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 zwięzłej informacji, oczekiwanej przez pacjenta.
11. Koncentruje w krótkim czasie uwagę osób ze szczególnymi potrzebami na proponowanym wsparciu/rozwiązaniu.
12. Zarządza pozostałym personelem (dot. 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.

Ww. zakres umiejętności odnosi się także do pozostałych obszarów standardu.

RK 2.1 Personel placówki POZ został przeszkolony z zakresu umiejętności komunikacji w formie szkolenia teoretycznego oraz warsztatów praktycznych (1)

Szkolenie teoretyczne oraz warsztaty praktyczne dla wybranych członków personelu powinno określać typy osób ze szczególnymi potrzebami uwzględniające szerokie spectrum zachowań i reakcji. Na warsztatach powinny być odgrywane scenki rodzajowe symulujące prawdziwe sytuacje z jakimi może spotkać się personel, w tym sytuacje kryzysowe. Szkoleniem powinni zostać objęci co najmniej wybrani pracownicy punktu rejestracji oraz kadry medycznej.

RK 2.2 Personel placówki POZ posiada oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód (1)

Uniformy lub elementy uniformów personelu (wszywki, wpinki, znaczki) pomagają zidentyfikować wykonywany zawód i wspomagają komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami. Zaleca się stosowanie powyższych rozwiązań celem usprawnienia komunikacji na linii personel-pacjent.

RO 1 Placówka POZ zapewnia dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami formy rejestracji wizyt

Możliwość rejestracji pacjenta w placówce POZ jest elementem niezbędnym do „wejścia” pacjenta do systemu opieki zdrowotnej. W związku z powyższym bariera związana z problemem dodzwonienia się do podmiotu jest często pierwszą barierą jaką napotykają pacjenci ze szczególnymi potrzebami. Konieczne jest wprowadzenie takiego rozwiązania, które zapewni możliwość kontaktu z placówką POZ 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 dostępność tego rozwiązania dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Placówka powinna posiadać jasne procedury w tym zakresie, a także zaleca się oferowanie indywidualnego wsparcia w procesie rejestracji dla osób ze szczególnymi potrzebami.

RO 1.1 W placówce POZ osoba ze szczególnymi potrzebami może skorzystać z pomocy asystenta lub innej formy wsparcia w zakresie rejestracji (1)

Pacjent ze szczególnymi potrzebami powinien mieć możliwość skorzystania z pomocy osoby asystującej (np. asystent osoby niewidomej) przy wykonywaniu czynności związanych z rejestracją na wizytę. Zaleca się takie zorganizowanie pracy personelu, by pacjenci ze szczególnymi potrzebami

mogli również skorzystać z pomocy wykwalifikowanego personelu np. przy wypełnianiu niezbędnych dokumentów.

CIĄGI KOMUNIKACYJNE (C)

CA 1 Placówka POZ posiada dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie dostosowane do szczególnych potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności

Placówka musi zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie. 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 poczekalni (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).

CA 1.1 Placówka POZ posiada dostępną komunikację poziomą w budynku (1)

Wymagana szerokość ciągów komunikacyjnych w świetle to minimum 1,6 m.

Dopuszczalne są miejscowe zwężenia szerokości ciągów komunikacyjnych do 90 cm, 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 5,0 m.

Ciągi służące komunikacji muszą być pozbawione jakichkolwiek przeszkód na całej długości. Podane w niniejszym warunku szerokości nie mogą być zawężane przez poręcze przyściennie, elementy wykończenia i wyposażenia, w tym meble służące oczekiwaniu i odpoczynkowi pacjentów. Należy unikać stosowania jakichkolwiek elementów wystających ze ścian na wysokości od 0,7–2,4 m. Obszary z ograniczoną wysokością do 2,2 m (np. pod schodami) powinny posiadać poziomą blokadę na wysokości 20–30 cm, uniemożliwiającą wsunięcie białej laski w ten obszar lub powinny być odpowiednio zabezpieczone, uniemożliwiając wejście.

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 przyschodową¹⁶. Nie jest dopuszczalne stosowanie tzw. krzesłek 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 15 – 30 cm 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.

¹⁶ 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.

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 Placówka POZ posiada dostępną komunikację pionową w budynku (1)

Jeżeli budynek ma dwie lub więcej kondygnacji użytkowych należy zapewnić dostęp do nich za pomocą dźwigu osobowego lub po uzyskaniu odstępstwa - urządzenia do transportu pionowego przeznaczonego do użytkowania przez osoby z niepełnosprawnościami.

Przez „urządzenia do transportu pionowego” rozumie się: dźwigi osobowe, podnośniki wewnątrz budynku lub platformy przyschodowe¹⁷. Platformy przyschodowe można montować w przypadku, gdy zastosowanie windy i w drugiej kolejności podnośnika pionowego nie może być zrealizowane z przyczyn technicznych¹⁸. Decyzja o zastosowaniu odpowiedniego urządzenia powinna nastąpić po wykonaniu audytu dostępności przez specjalistę z zakresu projektowania uniwersalnego. Nie jest dopuszczalne stosowanie tzw. krzesełek schodowych, transporterów schodowych, schodołazów jako alternatywy dla ww. urządzeń do transportu pionowego.

Winda w budynku powinna być zlokalizowana w taki sposób, aby nie było konieczności wchodzenia po schodach.

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe dźwigów.

Strefa oczekiwania na windę:

- wolna powierzchnia przed wejściem do windy: co najmniej 1,6 m x 1,6 m od jej drzwi;
- 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 (zalecana jest strona prawa¹⁹), jeśli w budynku jest kilka dźwigów, to we wszystkich powinno się instalować panele sterowania jednakowe pod względem układu przycisków;
- najniższy umieszczony przycisk wzywający windę nie powinien być na wysokości mniejszej niż 80 cm, zaś najwyższy umieszczony przycisk nie powinien być wyżej niż 1,2 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 powinno minimum 90 cm;
- wymagane jest wyposażenie windy w komunikat wizualny potwierdzający dojechanie na określone piętro;
- należy wyposażać windy w czujniki ruchu zabezpieczające przed uderzeniem drzwiami;
- tolerancja dla precyzji zatrzymania windy wynosi 1 cm;
- winda bez możliwości manewrowania wymaga zamontowania lustra w celu monitorowania piętra na którym się zatrzymuje;²⁰

¹⁷Ibidem.

¹⁸ W sytuacjach, w których zastosowanie danego rozwiązania nie jest możliwe z przyczyn technicznych, możliwe jest wystąpienie o odstępstwo od przepisów techniczno-budowlanych.

¹⁹ Wyjątkiem są kabiny przelotowe. Przycisk przyzywowy powinien być po tej samej stronie co umieszczony wewnątrz kabiny panel sterujący.

²⁰Jeżeli wymiary kabiny są mniejsze niż 150 x 150 cm, na wprost wejścia do kabiny należy umieścić lustro, którego dolna krawędź będzie znajdowała się nie wyżej niż 100 cm (zalecane 30 cm), a górna krawędź nie niżej niż 190 cm.

- ściany powinny być matowe, niepowodujące odbłasków 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.

Panel sterowania w kabinie:

- panel sterowania powinien być umieszczony po prawej stronie windy w odległości 50 cm od ściany kabiny z umieszczonymi w nich drzwiami; W przypadku kabiny przelotowej panele umieszczać należy po obu stronach.
- najniższy umieszczony przycisk panelu nie powinien być na wysokości mniejszej niż 80 cm, zaś najwyższy umieszczony przycisk nie powinien być wyżej niż 1,2 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;
- średnica/szerokość przycisków nie powinna być mniejsza niż 2 cm;
- 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 w budynku – zgodnie z opisem standardu WA 1.1

Pochylnie wewnętrzne w budynku:

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe pochylni wewnętrznych:

- przy różnicach poziomu posadzki od 15 do 50 cm nachylenie pochylni może wynosić max. 10%;
- przy różnicach poziomu posadzki powyżej 50 cm należy stosować pochylnie spadek pochylni nie może przekraczać 8%;
- dla pochylni do 15 cm 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 powinna wynosić min. 1,6 m (zalecane 2,0 m);
- spocznik na pochylniach o biegach łamanych 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. 7,5 cm uniemożliwiające niekontrolowane spadnięcie osoby na wózku inwalidzkim poruszającej się po pochylni.

Parametry poręczy i balustrad:

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe parametry 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. 75 cm i 90 cm;
- średnica poręczy powinna mieścić się w przedziale 45 – 50 mm;
- wymagany przekrój poręczy to koło lub elipsa;
- poręcze instalowane blisko ścian lub innych przeszkód muszą być od nich odsunięte na minimum 50 mm;
- elementy montażowe umieszczać należy 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 30 cm przed pierwszym i ostatnim stopniem schodów oraz przed początkiem i za końcem pochylni²¹;
- poręcze nie powinny wchodzić w światło skrajni ciągu komunikacji wewnętrznej. Jeżeli nie jest to możliwe, ich końce powinny być zawinięte w dół i oznaczone kolorem kontrastowym do 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 W strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach placówka POZ jest wyposażona w spełniające kryteria dostępności elementy stolarki drzwiowej i okiennej (1)

Zgodnie ze standardami dostępne drzwi muszą mieć szerokość w świetle co najmniej 0,9 m i wysokość 2,0 m. Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywać się może ruch pacjentów na łóżkach, musi umożliwić ten ruch. W takim przypadku należy zapewnić szerokość nie mniejszą niż 1,1 m w świetle ościeżnicy. W przypadku zastosowania drzwi dwuskrzydłowych szerokość skrzydła głównego nie może być mniejsza niż 90 cm (w przypadku dostosowania przestrzeni do potrzeb użytkowników leżących szerokość ta nie może być mniejsza niż 1,1 m).

Otwór drzwiowy powinien być tak zlokalizowany, by od strony zawiasów pozostało co najmniej 10 cm wolnej przegrody, a od strony klamki 25 cm – takie usytuowanie otworu ułatwia wygodny przejazd wózkiem lub przejście przez otwór drzwiowy, szersze otwarcie skrzydła drzwiowego, możliwość umieszczania na ścianie przy drzwiach wyłączników światła, dzwonek i innych elementów przyzywowych.

Przy drzwiach zapewnić należy pozbawioną nachyleń przestrzeń manewrową o wymiarach 1,6 m x 1,6 m od strony otwarcia skrzydła drzwi oraz 1,2 m x 1,2 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 drzwi, zmianie aranżacji elementów wyposażenia lub nieznacznemu pomniejszeniu powierzchni użytkowych sąsiadujących pomieszczeń.

Drzwi powinny być lekkie i łatwe w obsłudze. Najkorzystniejsze jest stosowanie drzwi przesuwanych i otwieranych automatycznie.

Konstrukcja drzwi przesuwanych zapewniać musi ich szczelność oraz umożliwiać dezynfekcję drzwi wraz z prowadnicami. Duże i ciężkie drzwi należy wyposażyć 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

²¹ W przypadku poręczy u dołu biegu schodowego odległość od krawędzi stopnia wynosi 30 cm + S (szerokość stopnia)

kulkowe itp. Klamki/uchwyty należy umieszczać na wysokości 1,1 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 zabezpieczyć należy materiałem odpornym na uszkodzenia mechaniczne. W pomieszczeniach użytkowanych przez osoby leżące drzwi powinny być zabezpieczone na poziomie łóżek lub kozetek transportowych tj. na wysokości 60-90 cm.

Należy zapewnić różnicę kolorystyczną – kontrast barwny pomiędzy kolorem ściany i kolorem wejścia/drzwi. 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 %.

Zastosować można 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 Braille'owskie lub oznaczenia wypukłe²²). Należy umieszczać na wysokości 1,2– 1,6 m. Umieszczane poniżej napisy powinny uwzględniać ergonomię ułożenia dłoni. W tych przypadkach należy zastosować listwy lub panele o nachyleniu od 30 do 60 stopni na wysokości klamki tj. 1,1 m. Plany pomieszczeń powinny być umieszczane na wysokości 1,2 -1,6 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 szerokość pasa/znaku graficznego: 10 cm) na wysokości powyżej 0,8 m - 1 m i 1,4 m - 1,6 m nad podłogą. Jeżeli drzwi i przegroda strefy wejściowej jest w całości szklana należy również oznaczyć jej krawędź dolną pasem o szerokości 10 cm do wysokości maksymalnie 40 cm. Kontrast pasów wg normy ISO 21542:2011 powinien wynosić min. 30 stopni wg skali LRV²³.

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 umieszczać należy na wysokości nie większej niż 1,4 m, przy czym okna powinny być oszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczone przed możliwością niepożądanego otwarcia.

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

Wymagania narzędzia standardu odnoszą się do wybranych elementów, umieszczanych w ciągach komunikacji i poczekalniach, ułatwiających poruszanie się osobom ze szczególnymi potrzebami oraz kryteriów jakości przestrzeni w zakresie bezpieczeństwa i komfortu pacjentów w tym zabezpieczeniem przed urazami (upadkami, oparzeniami, porażeniem prądem), hałasem, uciążliwymi zapachami oraz przegrzaniem).

²²Oznaczenia 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.

²³ ISO 21542:2011 pkt. 18.1.5

Pomieszczenia przeznaczone na poczekalnie oraz do komunikacji ogólnej powinny być wyposażone w instalacje oraz mieć zapewnione oświetlenie dostosowane odpowiednio do potrzeb użytkowych. Oświetlenie ciągów komunikacji powinno być równomierne (większa liczba opraw oświetleniowych o niższym natężeniu światła) i zapewniać odpowiednie warunki użytkowania całej ich powierzchni. Oświetlenie połączonych ze sobą pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi oraz do ruchu ogólnego nie powinno wykazywać różnic natężenia wywołujących olśnienie, 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 olśnienia.

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

Oświetlenie korytarzy powinno być na stałe włączone po zmierzchu. W przypadku stosowania oświetlenia uruchamianego automatycznie należy przyjąć sposób montażu czujnika ruchu (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).

Szczególne uwagę należy zwrócić na źródła światła umieszczone poniżej linii wzroku użytkowników (wysokość 0 – 1,2 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 światła²⁴.

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

Włączniki światła powinny znajdować się na wysokości 0,8 - 1,0 m od poziomu posadzki i być oznakowane poprzez kontrast, aby ułatwić ich wzrokową lokalizację. Podwyższa to znacząco komfortu i bezpieczeństwa poruszania się po obiekcie. Dzielenie pomieszczeń na strefy oświetlenia zalecane jest w przypadku, gdy mają one nietypowy układ oraz miejsca gdzie światło główne dociera w ograniczonym stopniu.

Bardzo istotne jest prawidłowe natężenie światła dziennego wpadającego do wnętrza, przy jednoczesnym zapewnieniu kontroli i 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 promieniowaniem słonecznym w pomieszczeniach takich jak poczekalnie. Mechanizmy

²⁴ Źródła światła powinny być zabezpieczone przesłoną rozpraszającą światło.

otwierania i zamykania elementów przysłaniających powinny być montowane na wysokości nie większej niż 1,4 m (zalecane 0,8 - 1,2 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.

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 1,6 m (zalecane 0,8 - 1,4 m)²⁵.

Ze względu na potrzebę zapewnienia jak najbardziej równomiernego rozkładu temperatury oraz obiegu ciepła w pomieszczeniu (m. in. ochrona przed powstawaniem miejsc przegrzanych) zaleca się w miarę możliwości stosowanie ogrzewania podłogowego. Należy przewidzieć ogrzewanie podłogowe na etapie opracowywania koncepcji dostępności, ponieważ instalacja związana jest z m. in. koniecznością podnoszenia poziomu posadzki w istniejących pomieszczeniach.

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

Pętla stanowiskowa należy instalować w rejestracji i innych miejscach obsługi pacjentów. Pętla indukcyjne obwodowe lub macierzowe należy stosować w poczekalniach, gdy zainstalowany jest głosowy system wywoławczy pacjentów. W gabinetach lekarskich 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 0,8 - 1,1 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 niepełnosprawnej, na wysokości 0,3 - 1,0 m od poziomu posadzki.

Na etapie projektu ustalić należy dokładnie, gdzie będą znajdować się elementy instalacji takie jak np. pętla 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 placówek dla osób starszych, z chorobami neurologicznymi, niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi jest wprowadzenie uzupełniających elementów aranżacji wnętrz 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 unikać należy nieuzasadnionych z punktu widzenia funkcji obiektu oraz bezpieczeństwa pacjentów bodźców wizualnych i dźwiękowych, np. bardzo jaskrawych i nadmiernie pobudzających barw.

²⁵ Alternatywą jest sterowanie za pomocą pilota zdalnego sterowania, które najczęściej występują przy urządzeniach takich jak klimatyzatory. Niemniej jednak w placówkach POZ 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, uwzględniać muszą 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 odgrywa 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 LRV²⁶) lub 70%. 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 wyposażać należy 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, pochyty poręczy) oraz oznaczenia wskaźnikowe takie jak ścieżki dotykowe / 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 zapewnić należy odpowiednią różnicę koloru i faktury (kontrast) pomiędzy powierzchniami podłóg, ścian i drzwi oraz pomiędzy elementami użytkowymi a ich tłem. Stosować należy m. in. wyróżnienie kolorystyczne cokołów w celu oddzielenia wizualnego posadzki od ścian. Również poręcze powinny być wyraźnie widoczne na tle ściany. 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 pismem Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dot. miejsca jako punktu orientacji przestrzennej.

²⁶LRV – 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 olśnienia. 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.

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: 15 cm) na wysokości powyżej 80 cm i około 1,6 m nad podłogą. Przeszklenia i drzwi bezramowe powinny posiadać pas kontrastowy o szerokości min. 10 cm na dolnej krawędzi drzwi.

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 bezszczelinowy. Wykładziny powinny być trwale przymocowane do podłoża. Podłogi w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi wykonywać należy 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 90 cm powinny być zabezpieczona przed uderzeniami, otarciami, przy czym zewnętrzne krawędzie ich narożników oraz wejść do pomieszczeń zaleca się zabezpieczać listwami stalowymi lub z utwardzonych tworzyw sztucznych.

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 powinno się 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 42 cm, a 48 cm, głębokość od 40 cm do 45 cm z oparciem wspomagającym kręgosłup;
- siedziska wyposażone w podłokietniki ułatwiające siadanie i wstawanie, komfortowe oparcie oraz wyprofilowaną ku przodowi krawędź siedziska dla ułatwienia wstawania;
- należy unikać krzeseł i foteli na kółkach;
- należy unikać rozwiązań, w których elementy podporowe (np. nóżki) wystają poza obrys zewnętrzny głównego korpusu mebla jako zabezpieczenie przed potknięciem;
- należy unikać wzorzystych i nakrapianych wzorów tapicerki, ponieważ mogą stwarzać problemy w wizualnej percepcji;
- obicia / kolor mebli powinny być skonstrastowane 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 Placówka POZ posiada dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie (2)

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

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.

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 (pomiędzy poręczami) miała wymiary 1,5 m x 1,5 m;
- wolna powierzchnia przed wejściem do windy 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: 90 i 75 cm;
- wysokość stopni schodów była na tyle niska, aby ułatwiała pokonywanie ich przez osoby np. z chorobami reumatycznymi i wynosiła 12 cm;
- długość poziomej płaszczyzny ruchu na początku i na końcu pochylni wynosiła min. 2 m;
- szerokość pochylni wynosiła min. 2,0 m;
- minimalna długość spocznika pochylni wewnętrznych wynosiła min. 2,0 m;
- spocznik na pochylniach zewnętrznych o biegach łamanych powinien mieć wymiary min. 2,0 m x 2,0 m;
- zaleca się stosowanie ciągłości poręczy na schodach i pochylniach o wielu biegach. Przy ciągłości poręczy nie wymaga się stosowania faktur ostrzegawczych na poszczególnych spocznikach.

Dobłą praktyką jest stosowanie systemów alarmowych/przyzywowych w obrębie ciągów komunikacji i poczekalni oddalonych od miejsc, w których przebywa personel placówki 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 dysfunkcjami m. in. z problemami ze wzrokiem i słuchem. 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 %. Zaleca się, aby kolorystyka ścian naprzeciwległych w stosunku do okien zapewniała wartość współczynnika odbicia światła na poziomie min 50 %. Posadzki zaleca się wykańczać materiałami w odcieniach ciemniejszych od ścian (zalecana wartość współczynnika odbicia światła dla posadzek powinna wynosić 15-20 %).

W poczekalniach zaleca się zaplanowanie przestrzeni umożliwiającej pacjentowi przemieszczanie się w sytuacjach szczególnych napięć (np. wędrowanie wokół pomieszczenia).

GABINETY LEKARSKIE I ZABIEGOWE (G)

GA 1 Placówka POZ zapewnia dostępność do udzielanych świadczeń medycznych poprzez dostosowanie gabinetów diagnostyczno-zabiegowych do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności

Standard doprecyzowuje zasady projektowania i wyposażania pomieszczeń służących wykonywaniu praktyki lekarskiej w jednostkach POZ. Nowe oraz przystosowane gabinety lekarskie i zabiegowe powinny sprostać wymogom określonym przez standard. 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 możliwości: wejścia do gabinetu, poruszania się po nim, korzystania z dostępnego sprzętu m. in. poprzez stworzenie zgodnych ze standardem dośń 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 by - jeśli jest to możliwe - poniższe standardy wdrożyć w całym budynku.

GA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne wejścia do gabinetów lekarskich i zabiegowych (1)

W strefie wejścia do gabinetu zapewnić należy wolną od wszelkich elementów wyposażenia i pozbawioną nachyleń przestrzeń manewrową o wymiarach 1,5 m x 1,5 m od strony otwarcia skrzydła drzwi oraz 1,2 m x 1,2 m po drugiej stronie (odpowiednie wymiary przestrzeni manewrowej uzyskać można często dzięki zmianie kierunku otwierania skrzydła drzwi, zmianie aranżacji elementów wyposażenia lub nieznacznemu uszczupleniu powierzchni użytkowych sąsiadujących pomieszczeń). Dostępne drzwi muszą spełniać wymagania określone w standardzie CA. Zaleca się, aby wejście do gabinetu zlokalizowane było na wprost przestrzeni pracy personelu i nieosłonięte od strony gabinetu.

GA 1.2 Placówka POZ posiada gabinety o parametrach przestrzennych właściwych dla zagwarantowania dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami (1)

Wielkość gabinetów i układ ich wyposażenia musi zapewnić minimalną przestrzeń o szerokości min. 90 cm, umożliwiającą przejazd wózkiem od wejścia do gabinetu z dróg komunikacji ogólnej do urządzeń i elementów wyposażenia z których pacjent może korzystać.

Aby dostępny w pomieszczeniu sprzęt mógł być użytkowany przez osoby z niepełnosprawnościami, 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 o wymiarach min. 1,5 m x 1,5 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 podłogowy lub sufitowy, dostępny (obniżany) stół/fotel i umożliwiać wykonanie badania/zabiegu pacjentom ze szczególnymi potrzebami bez konieczności przesuwania innych elementów wyposażenia.

Ponieważ zapewnić należy możliwość transferu bocznego pacjenta na fotel/stół badań/stół zabiegowy określa się minimalne wymiary wolnej przestrzeni podłogi z boku stołu: 0,8 m x 1,25 m, przy czym przestrzeń ta musi znajdować się w bezpośrednim sąsiedztwie przestrzeni manewrowej o wymiarach 1,5 m x 1,5 m (w przypadku modernizacji gabinetów istniejących dopuszcza się alternatywę w postaci przestrzeni w kształcie litery T o wymiarach 1,5 m x 1,5 m).

Przeznaczenie 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 70 cm, 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 GA z możliwością przesunięcia i podparcia nóg (wymagane komfortowe podparcia pod nogi zamiast typowych strzemion).

Gabinety badań ginekologicznych oraz ambulatoria, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, posiadać muszą bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet i spełniającym wymagania określone w standardzie IA.

Przebieralnie przy gabinetach muszą mieć wymiary i wyposażenie dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Przy drzwiach do tych pomieszczeń zapewnić należy pozbawioną nachyleń przestrzeń manewrową o wymiarach 1,6 m x 1,6 m od strony otwarcia skrzydła drzwi oraz 1,2 m x 1,2 m po drugiej stronie.

W wydzielonym pomieszczeniu/zespole pomieszczeń 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.

GA 1.3 Placówka POZ posiada gabinety o właściwych dla zagwarantowania bezpieczeństwa i komfortu pacjentów parametrach oświetlenia i podstawowych instalacji (1)

Gabinety lekarskie i zabiegowe powinny mieć zapewnione oświetlenie światłem dziennym i sztucznym zgodnie z obowiązującymi przepisami. Okna oraz elementy instalacji oświetlenia w gabinetach muszą spełniać wymagania standardu CA.

Oświetlenie gabinetów powinno być równomierne i zapewniać odpowiednie warunki użytkowania całej ich powierzchni. Oświetlenie połączonych ze sobą pomieszczeń nie powinno wykazywać różnic natężenia, wywołujących ośnienie, także przy przejściu między pomieszczeniami.

Światło powinno być rozproszone, nierażące, bezcieniowe. Elementy oświetlenia znajdujące się poniżej linii wzroku powinny być montowane tak, by nie powodowały oślepiania. Przy projektowaniu wnętrza gabinetów należy uwzględnić możliwości stosowania lamp doświetlających w miejscach wymagających zwiększonej uwagi pacjenta.

Nie należy umieszczać źródeł skupionego światła sztucznego oraz nieosłoniętych okien za plecami osób pracujących w gabinecie ze względu na możliwość oślepiania pacjenta.

Zasadą jest, aby użytkownik nie widział bezpośrednio źródła światła²⁷.

Bardzo istotne jest również natężenie światła dziennego wpadającego do wnętrza oraz zaplanowanie możliwości jego ograniczania. Okna muszą być wyposażone w elementy służące regulacji dopływu światła dziennego (rolety / żaluzje łatwe do utrzymania w czystości i dezynfekcji). Mechanizmy otwierania i zamykania elementów przysłaniających powinny być montowane na wysokości nie większej niż 1,4 m (zalecane 0,8 - 1,2 m).

²⁷ Źródła światła powinny być zabezpieczone przesłoną rozpraszającą światło.

W pomieszczeniach powinna być zapewniona wymiana powietrza wynikająca z potrzeb użytkowych i funkcji tych pomieszczeń, bilansu ciepła i wilgotności oraz ewentualnych zanieczyszczeń. Zaleca się stosować ogrzewanie podłogowe lub grzejniki zasłonięte trudnym do usunięcia ekranem ochroniającym od bezpośredniego kontaktu z elementem grzejnym.

Należy zapewnić wysoką izolację akustyczną przegród oddzielających gabinety od innych pomieszczeń. Ważna jest w szczególności ochrona wewnątrz gabinetów przed głośnymi dźwiękami dochodzącymi z dróg komunikacji ogólnej i poczekalni. W pomieszczeniu należy unikać pogłosu.

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

W gabinetach zaleca się instalowanie pętli indukcyjnych oraz innych systemów służących zapewnieniu prawidłowego, w miarę możliwości samodzielnego, kontaktu pacjenta z personelem np. system wideo tłumacza PJM.

Instalacja alarmowa przeciwpożarowa musi spełniać wymagania określone w standardzie CA.

Na etapie projektu ustalić należy dokładnie, gdzie będą znajdować się elementy instalacji takie jak np. pętli indukcyjne, sprzęty potrzebujące zaopatrzenia w energię elektryczną (nie jest dopuszczalne, aby w trakcie użytkowania gabinetu występowały w nim elementy takie jak np. przedłużacze, które mogą zagrażać bezpieczeństwu użytkowników).

GA 1.4 Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności (1)

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).

Liczba gabinetów z dostępnym sprzętem zależy od zakresu udzielanych usług. Jeden gabinet w pełni dostępny może być wystarczający przy niewielkiej praktyce medycznej, podczas gdy więcej ich będzie potrzebnych w dużej przychodni.

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.

Ponieważ badanie pacjenta na wózku jest zazwyczaj mniej dokładne niż badanie na stole/ w odpowiednim fotelu, a tradycyjne sprzęty do badań i zabiegów o stałej wysokości są zbyt wysokie dla wielu pacjentów z niepełnosprawnością ruchową, należy wyposażyć przynajmniej jeden gabinet w stół/fotel, którego wysokość dostosować można m. in. do poziomu wózka. Wokół stołu/fotela zachować należy dostateczną ilość wolnej przestrzeni, tak aby pacjent korzystający z chodzika czy z 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 43 cm– 48 cm 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 przemieszczenia go i w czasie jego przebywania na stole;
- fotele z różnym zakresem nachylenia z możliwością jego regulacji.

Zalecane jest umożliwienie rozszerzenie 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 potrzeb obsługi w placówkach POZ zasadnicze znaczenie mają podnośniki, które wspomagają pacjentów oraz podnoszą komfort pracy personelu przy codziennych czynnościach.

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: 1,7 m. Urządzenie może być używane do transferu na wózek inwalidzki. Dla potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami bardziej właściwe jest wykorzystywanie pionizatorów statycznych.
- podnośnik podłogowy lub sufitowy wspomagający transfer np. ze stołu na wózek. Wymagana szerokość strefy obsługi podnośnika podłogowego wynosi 1,7 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).

GA 1.5 Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w elementy wykończenia i umeblowania podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni (2)

W pomieszczeniach gabinetów wymagających ze względów na szczególne przeznaczenie czystej dezynfekcji lub utrzymania aseptyki, ściany na całej wysokości powinny być wykończone materiałami umożliwiającymi ich mycie i dezynfekcję.

W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w gabinetach, ze względu na podwyższone wymagania higieniczne, sufity te powinny być wykonane w sposób zapewniający szczelność i gładkość powierzchni.

Należy stosować odporne na uszkodzenia i zabrudzenia wykończenia ścian i podłóg. Ściany i podłogi wokół umywalk i zlewozmywaków wykończone muszą być w sposób zabezpieczający przed zawilgoceniem.

Projektowanie przestrzeni gabinetów uwzględniać powinno ograniczenia kognitywne pacjentów, a zatem należy w miarę możliwości dbać o prostotę układu przestrzennego gabinetu/zespołu pomieszczeń związanych z gabinetem.

Unikać należy nadmiernej ilości bodźców wizualnych i dźwiękowych. Ściany i podłogi powinny mieć wykończenie gładkie, przy czym dopuszcza się stosowanie elementów kontrastu kolorystycznego służących orientacji przestrzennej (w tym elementów związanych z systemem informacji w całym budynku). Zaleca się aby wprowadzać różnicę koloru i faktury (kontrast) pomiędzy elementami użytkowymi a ich tłem. Powierzchnie, którymi wykończone są ściany, podłogi i sufity ograniczać powinny odbicie światła.

Ze względów bezpieczeństwa nie zaleca się stosowania szklanych przegród, a przezroczyste ściany działowe muszą spełniać wymagania określone w standardzie CA.

Powierzchnia podłóg powinna być równa, dobrze wypoziomowana, antypoślizgowa. Posadzki i wykładziny w pomieszczeniach gabinetów wykonane z materiałów antyelektrostatycznych, spełniających warunki określone w Polskich Normach dotyczących ochrony przed elektrycznością statyczną.

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

- wymiary siedzisk: wysokość między 42 cm, a 48 cm, głębokość od 40 cm do 45 cm z oparciem wspomagającym kręgosłup; z możliwością regulacji wysokości siedziska,
- siedziska wyposażone w podłokietniki ułatwiające siadanie i wstawanie, komfortowe oparcie oraz wyprofilowaną ku przodowi krawędź siedziska dla ułatwienia wstawania;
- należy unikać krzesła i foteli na kółkach;
- należy unikać rozwiązań, w których elementy podporowe (np. nóżki) wystają poza obrys zewnętrzny głównego korpusu mebla (zabezpieczenie przed potknięciem);
- należy unikać się wzorzystych i nakrapianych wzorów, ponieważ mogą stwarzać problemy w wizualnej percepcji;
- obicia / kolor mebli powinny być skonstrastowane z otoczeniem, aby z łatwością odróżnić meble od ścian i podłóg;
- powierzchnie mebli powinny być zmywalne i umożliwiać dezynfekcję.

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

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.

GC 1 Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze świadczenia telemedycznego

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. w modelu telemedycznym. Telemedycyna stanowi zasadnicze ułatwienie, w szczególności dla pacjentów przewlekle chorych i dla osób z niepełnosprawnością, redukując konieczność kosztu – i czasochłonnej podróży do lekarza. W zależności od charakteru usługi zdrowotnej, pacjent powinien mieć możliwość otrzymania świadczenia telemedycznego, o ile charakter danej sytuacji na to pozwala.

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 konkretnych przypadkach. Przy ocenie spełnienia tego warunku powinno się uwzględnić w szczególności następujące czynniki: wiedzę, którą osoba udzielająca świadczenie 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 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.

GC 1.1 Placówka POZ oferuje pacjentom ze szczególnymi potrzebami świadczenia w modelu telemedycznym (1)

Placówka powinna posiadać procedurę dotyczącą udzielania świadczeń telemedycznych, w tym precyzujące 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 placówkę powinny być również dostępne na stronie internetowej placówki POZ, a także przekazywane na bieżąco w procesie rejestracji na wizytę. W placówce powinna istnieć baza danych pacjentów, którzy potwierdzili zainteresowanie świadczeniami telemedycznymi. Placówka powinna 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.

GC 1.2 Placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami(2)

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 kadre medyczną. 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.

Aplikacje mobilne mogą być także wykorzystywane w innych celach, np. do informowania placówki POZ o planie wizyty lub wizycie osoby potrzebującej szczególnej pomocy czy też umożliwiać 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.

GC 2 Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza online

Zgodnie z przepisami ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się, osoba uprawniona ma prawo do swobodnego korzystania z wybranej przez siebie formy komunikowania się. Tam gdzie bezpośrednio wsparcie tłumacza nie jest możliwe (obecność na miejscu), zaleca się zapewnienie przez placówki POZ wsparcia tłumacza w formie online. Nawiązanie połączenia powinno być możliwe z poziomu strony internetowej. Zapewnienie tej usługi jest szczególnie ważne podczas umawiania wizyty i obsługi w recepcji, w ramach zdalnego zapisywania się na wizytę oraz podczas udzielania świadczenia (w tym świadczenia telemedycznego).

GC 2.1 Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza polskiego języka migowego (i/lub aplikacji umożliwiającej tłumaczenie 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 przekazywać będzie informacje pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Zapewnienie tej usługi jest szczególnie ważne również podczas umawiania wizyty i obsługi w recepcji, a także w ramach zdalnego zapisywania się na wizytę.

GO 1 Placówka POZ oferuje wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami

GO 1.1 Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami(2)

Placówka posiada listę pacjentów ze szczególnymi potrzebami wizyt domowych oraz procedurę kwalifikacji do ww. wizyt i ich odbywania.

GO 2 Placówka POZ prowadzi badania satysfakcji pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz badania opinii kadry placówki

GO 2.1 Placówka POZ przeprowadza badania ankietowe wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami i kadry placówki (2)

Dla zapewnienia jakości opieki nad pacjentami, w tym ze szczególnymi potrzebami, ważne jest uzyskanie opinii zarówno personelu, jak również pacjentów. Opinia ta powinna być zbierana w formie anonimowej ankiety, na bieżąco, wśród pacjentów oraz okresowo, co najmniej raz na rok, wśród personelu. Zaleca się, by ankieta została opracowana we współpracy z organizacją pozarządową reprezentującą osoby ze szczególnymi potrzebami (przede wszystkim osoby z niepełnosprawnościami). Wyniki ankiety powinny być poddawane analizie i następnie służyć opracowaniu rekomendacji wraz z harmonogramem ich wdrożenia i mechanizmem monitorowania. Ich wdrożenie powinno być przedmiotem audytów, o ile przewidziano je w placówce oraz kolejnych badań ankietowych.

GO 2.2 Placówka POZ przeprowadza ankietę telefoniczną wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami (2)

Ankietowe badanie telefoniczne powinno objąć minimum 10% pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w oparciu o zasady określone w standardzie GO 2.1.

INNE POMIESZCZENIA (I)

IA 1 Placówka POZ wyposażona jest w dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne pacjentów i zapewnia dostosowane do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności pokoje rodzica z dzieckiem, jeśli takie posiada

Co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne (dostępne z ogólnej z dróg komunikacji) na każdej kondygnacji obiektu, w której przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami, powinno być dedykowane dla ww. osób. Zaleca się jednakże – jeżeli jest to możliwe – by ww. pomieszczenie znajdowało się na każdej kondygnacji budynku.

IA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne (1)

Co najmniej na każdej kondygnacji, na której znajdują się gabinety lub inne strefy dla osób ze szczególnymi potrzebami, powinna znajdować się minimum 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 z niepełnosprawnościami i spełniać następujące wymagania:

- zapewnienie wystarczającej przestrzeni manewrowej przed i za drzwiami²⁸;
- zapewnienie powierzchni manewrowej przed muszlą toaletową o wymiarach przynajmniej 1,5 m x 1,5 m;
- na wysokości 80 cm po lewej i po prawej stronie muszli toaletowej należy umieścić uchwyty, w tym przynajmniej jeden składany (od strony przesiadania się);
- 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. 90 cm;
- wysokość muszli toaletowej mieścić się powinna w przedziale między 46 cm – 52 cm;
- przycisk spłukiwania powinien być umieszczony na wysokości nie większej niż 1,2 m;
- przestrzeń wjazdu pod umywalkę powinna wynosić minimum 75 cm szerokości, 30 cm głębokości i o wysokości 67 cm.
- dostępny stolik lub półka przy umywalce;
- lustro nad umywalką powinno być zamontowane na wysokości od 0 do 10 cm od poziomu umywalki lub uchylne tak, by osoba poruszająca się na wózku mogła z niego korzystać²⁹; górna krawędź lustra powinna zapewniać osobie stojącej skorzystanie z niego. Zalecane 2,0 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. Komfortowe baterie i pojemniki na mydło są uruchamiane fotokomórką;
- kratki ściekowe muszą mieć otwory uniemożliwiające utknięcie w nich kół wózków, kul rehabilitacyjnych, białej laski.

²⁸ Wielkość przestrzeni przez drzwiami jest zależna od położenia otworu drzwiowego i sposobu otwierania. Szczegółowy opis możemy znaleźć w normie ISO 21542:2011 zał. C

²⁹ Lustra których technologia pozwala odchylenie ich od pionu są rozwiązaniem droższym i uznawanym za mniej komfortowe, szczególnie przez osoby z porażeniem czterokończynowym.

- minimum jeden pisuar w toalecie zbiorowej należy wyposażyć w boczne uchwyty; należy stosować urządzenia zamykające toaletę, przy czym pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie powinny być zamykane od środka na klucz, zamknięcie powinno mieć pewny uchwyt na wysokości 90-100 cm. – nie należy stosować gałek.
- drzwi powinny posiadać system możliwy do otwarcia z zewnątrz w razie wypadku.

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

W przypadku montażu czujników ruchu uwzględnić należy jak największy zakres wzrostu użytkowników, w tym: dzieci, osoby niskiego wzrostu oraz osoby poruszające się na wózkach. Należy zapewnić czas świecenia automatycznego wystarczający do najdłuższego przewidywanego czasu pobytu w pomieszczeniu.

Należy uwzględniać także możliwość upadku pacjenta. W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych istotne jest dostosowanie wysokości przycisków sygnalizacji przywoławczej do jak najszerszego zakresu rąk użytkowników z uwzględnieniem potrzeb osób znajdujących się w pozycji leżącej. Przyciski lub uchwyty na sznurkach od sygnalizacji alarmowej powinny być na dwóch wysokościach: 0,9 - 1,0 m i 0,1 - 0,3 metra 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 na poziomie min. 50 %.

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

IA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia do karmienia i przewijania dzieci oraz osób dorosłych (2)

Co najmniej na każdej kondygnacji, na której znajdują się gabinety lub inne strefy dla osób ze szczególnymi potrzebami, powinno znajdować się minimum 1 pomieszczenie do karmienia i przewijania dzieci przystosowane do ww. osób.

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

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

Istotne jest dostosowanie wysokości przycisków sygnalizacji przywoławczej do jak najszerszego 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 mechanizmem składania jakiegokolwiek części składowej.

Dla zminimalizowania ryzyka samoczynnego złożenia się wymagają one użycia siły lub odblokowania przez przynajmniej dwa następujące bezpośrednio po sobie bądź jednoczesne ruchy, co może stanowić utrudnienie dla użytkownika. Zaleca się umieszczenie w pomieszczeniach do przewijania

stałą lub uchylną kozetkę do przewijania dorosłych osób z niepełnosprawnościami. Nie należy lokalizować miejsc do karmienia i przewijania w toaletach.

DOJŚCIA I DOJAZDY

DA 1 Placówka POZ zapewnia dostępne i dobrze oznakowane dojazdy oraz dojścia do budynku

Warunkiem realizacji standardu jest zapewnione przed przystąpieniem do projektu dojścia i dojazdu, gwarantujących osobom ze szczególnymi potrzebami (wynikających z braku pełnej sprawności) dostęp na teren placówki 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)³⁰,

DA 1.1 Placówka POZ zapewnia dojazdy do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)

Każda placówka powinna wyznaczyć minimum 1 miejsce postojowe dedykowane osobom z niepełnosprawnościami zaopatrzonymi w Kartę Parkingową, o której mowa w art. 8 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;
- 5) 8% ogólnej liczby stanowisk jeżeli ogólna liczba stanowisk wynosi więcej niż 100.

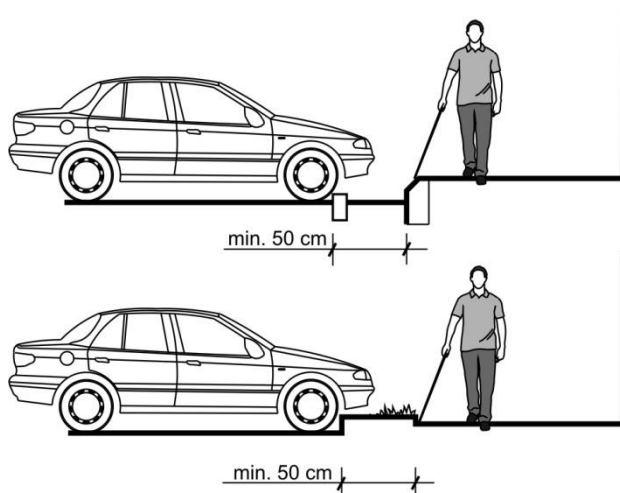
Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością powinny być zlokalizowane jak najbliżej wejścia do budynku i jako skrajne w ciągu miejsc postojowych. Z miejsca postojowego należy zapewnić osobie poruszającej się na wózku wjazd na chodnik bez konieczności jazdy po pasie ruchu pojazdów. Krawężnik chodnika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

³⁰ 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-podroznnych-z-niepe.html> i Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami, MliR, 2018, [Standardy projektowania budynków dla osób z niepełnosprawnościami](#)

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 prostopadłe 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 Dostępności CPU, karta 8/2, 2017).

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

- szerokość 3,6 m i długość 5 m dla stanowisk usytuowanych prostopadłe 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 o specjalnych potrzebach, m. in. osoby, która nie posiada Karty Parkingowej.

DA 1.2 Placówka POZ zapewnia dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)

Standard Dostępności POZ określa dodatkowe parametry dojść do budynków uwzględniające potrzeby osób z różną niepełnosprawnością.

Wymiary ciągów pieszych

Ciągi piesze na dojściach do placówek POZ 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. 0,5 m. 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 systemu FON³¹. Faktura ta powinna mieć szerokość min. 30 cm i nie powinna być wliczana do szerokości przewężenia.

³¹Niska 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.

Nawierzchnie ciągów pieszych

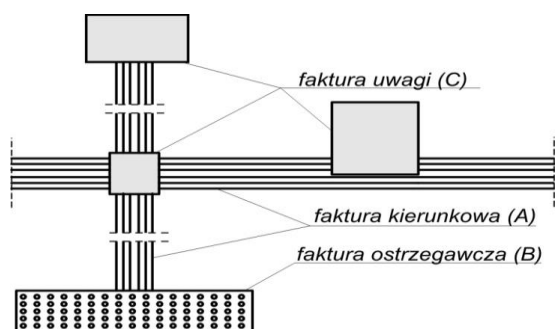
Nawierzchnie chodników powinny być tak zaprojektowane i wykonane z takich materiałów, aby wyeliminować ryzyko poślizgnięcia się lub potknięcia. Nawierzchnie ciągów pieszych powinny być twarde, równe i z powierzchnią antypoślizgową, która spełnia swoje cechy również w trudnych warunkach atmosferycznych. 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 uwagi³².

System informacji

Na dojściach do obiektu POZ powinna 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 23599:2012.

Dla osób niewidomych i słabowidzących stosuje się system informacji fakturowej tzw. Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych³³ (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 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 pieszce, 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

³² Jako tzw. faktura C3 przyp. Autor.

³³ Jako angielską nazwę używa się: Tactile Walking Surface Indicators, w skrócie TWSIs.

pieszych 30 lux. Zabrania się stosowania oświetlenia w poziomie chodnika, które może powodować oślepienie 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 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 ≤ 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 niekontrolowane spadnięcie 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.

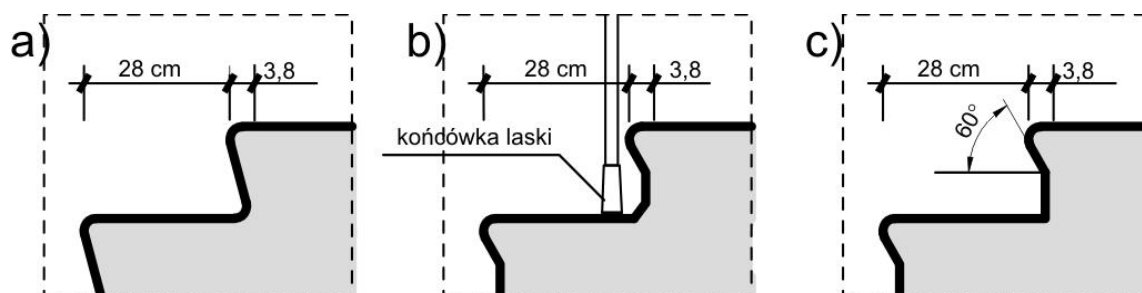
Schody jako element pokonywania różnic wysokości w terenie

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 ostrzegawczą³⁴ o szer. min. 60 - 80 cm. Przed dolnym stopniem należy ułożyć fakturę uwagi³⁵ 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 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 %³⁶. 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 POZ 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 (źródło: Standardy Dostępności CPU, karta 7/4, 2017).

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 dysfunkcją wzroku mogła je bezpiecznie ominąć.

Poręcze przychodowe i przy pochylniach

Poręcze powinny być wysunięte poziomo na min. 30 cm przed pierwszym³⁷ i ostatnim stopniem. Wydłużenie to pozwala osobom z niepełnosprawnością ruchową lub z zaburzeniami równowagi na

³⁴ Zgodnie z systemem FON jest to faktura typu B (ścięte kopytki lub ścięte stożki)

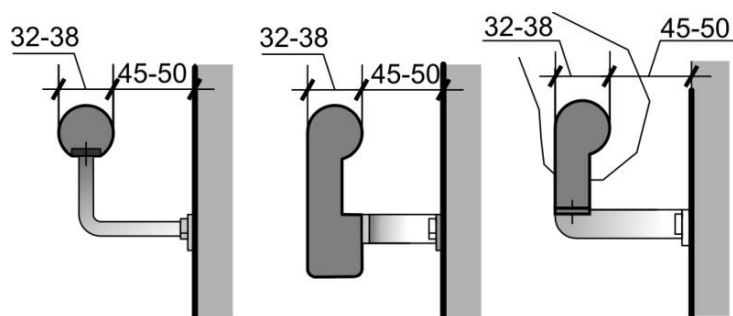
³⁵ Jako fakturę uwagi zaleca zastosowanie wg. Systemu FON fakturę C1 – tzw. „sztruks” lub fakturę C3.

³⁶ Obliczana wg. wzoru Webera zamieszczonego w normie ISO 21542:2011

³⁷ 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.

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.

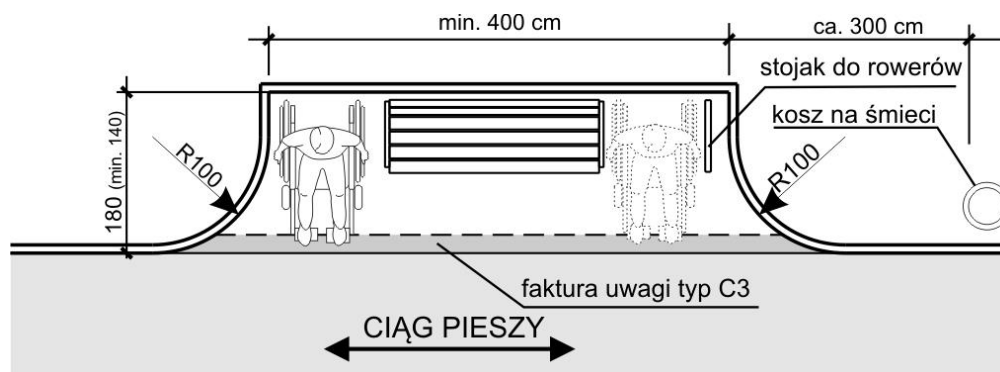
Poręcze przyschodowe należy wykonać w taki sposób, aby pochwyt dłonią był pewny i umożliwiał swobodne przesuwanie dłoni wzdłuż po poręczy (ryc. 5). Uchwyt mocujący powinien być od dołu, aby zapewnić pewny chwyt. Na końcach poręczy zaleca się montowanie oznaczeń dotykowych, które mogą być dodatkową informacją 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 (źródło: oprac. M.Wysocki za ADA&ABAAG, 2004 Americans with Disabilities Act and Architectural Barriers Act Accessibility Guidelines (ADA&ABAAG) z dn. 23.07.2004.[online]. United States Access Board a Federal Agency Committed to Accessible Design. Washington. [dostęp: 18 września 2008]. Dostęp w World Wide Web: www.access-board.gov)

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 POZ 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 powinien wynosić w granicach 70 - 75 cm. Nie powinny posiadać ostrych elementów, które mogą narazić użytkowników na urazy lub zniszczenia bagażu lub ubrania.



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.