

Raport wdrożeniowy z audytu dostępności w zakresie tworzenia i stosowania przepisów prawa regulującego obowiązki z zastosowaniem zasad dostępności

dla

Powiatowe Centrum Zdrowia w Lwówku Śląskim

Przychodnia przy ulicy Morcinka 7

Lwówek Śląski



Audyt przeprowadzono 23 września 2022

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2020 r. poz. 1062), zwana dalej „Ustawą”, ma służyć poprawie warunków życia i funkcjonowania obywateli, zwłaszcza tych ze szczególnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, podeszłego wieku czy choroby. Osoby te mogą mieć utrudniony dostęp do korzystania z usług podmiotu publicznego z powodu barier architektonicznych, cyfrowych czy informacyjno-komunikacyjnych. Kluczowym jest zmiana podejścia do obsługi klienta ze szczególnymi potrzebami i podejmowanie działań, przez podmioty publiczne, na rzecz eliminacji występujących barier. Temu służyć ma realizacja zapisów Ustawy.

Ustawa jest strategicznym elementem rządowego programu Dostępność Plus. Program ten został przyjęty uchwałą nr 102/2018 Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2018 r. Celem programu jest budowanie systemu na rzecz rozwoju dostępności w Polsce. W dużej mierze koncentruje się na kształtowaniu warunków do zmian w przestrzeni publicznej, architektury, transportu i oferowanych na rynku produktów tak, by dostosować je do potrzeb wszystkich obywateli, zwłaszcza osób o szczególnych potrzebach związanych z niepełnosprawnością czy seniorów. Rozwiązania zapisane w Ustawie wypełniają zapisy Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, z późn. zm.).

Dostępność jest silnie związana z pojęciem projektowania uniwersalnego, co określa się jako „bezpośredni dostęp” do środowiska zbudowanego, usług i informacji. Obejmuje to projektowanie obiektów i przedmiotów dostępnych dla wszystkich osób, bez względu na to czy są osobami z niepełnosprawnością, czy sprawnymi. Projektowana przestrzeń (jak również nowe produkty wprowadzane do obrotu), powinna być w pełni użytkowana przez osoby o ograniczonej mobilności i percepcji. Są to założenia powszechnej dostępności, która warunkuje pełnię praw obywatelskich osobom z niepełnosprawnością. Osoby, które mają trudności w poruszaniu się w przestrzeni miasta to duża grupa ludzi, a do nich oprócz osób niepełnosprawnych, poruszających się na wózkach, niewidomych i słabowidzących, słabosłyszących, niepełnosprawnych intelektualnie, należą osoby starsze, rodzice z dzieckiem w wózku, kobiety w ciąży, osoby otyłe, niskie lub bardzo wysokie, a także osoby z czasowymi ograniczeniami mobilności np. z urazami kończyn poruszające się przy pomocy balkoników lub kul, ale również osoby z dużymi bagażami itp. Wymienione powyżej osoby można zakwalifikować do osób ze szczególnymi potrzebami. Określenie to po raz pierwszy pojawiło się w Ustawie o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696), gdzie w art. 2 czytamy: Osoba ze szczególnymi potrzebami - oznacza osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami. Alternatywą powszechnej dostępności jest zagwarantowanie dostępu pośredniego poprzez zapewnienie rozwiązań technicznych wspomagających osoby z niepełnosprawnością, czyli tworzenie rozwiązań adaptacyjnych. Ze względu na społeczne konsekwencje oraz lepsze w wykorzystanie potencjału osób starszych i z niepełnosprawnością, należy skupić się przede wszystkim na rozwiązaniach pełnej dostępności

Od 6 września 2021 r. obowiązują przepisy regulujące postępowanie skargowe na brak dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej.

Gdy podmiot publiczny nie zapewnia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej, każdy może złożyć do niego informację o braku dostępności. W informacji należy wskazać, jakie bariery utrudniają osobom ze szczególnymi potrzebami korzystanie z jego usług.

Gdy osoba ze szczególnymi potrzebami ma trudność w załatwieniu swojej sprawy w instytucji publicznej, może złożyć do niej wniosek o zapewnienie dostępności. Wniosek może złożyć także przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami, na przykład rodzic.

We wniosku trzeba wykazać interes faktyczny. Oznacza to, że osoba ze szczególnymi potrzebami chce skorzystać z usług świadczonych przez dany podmiot (np. zebranie rodziców w szkole, załatwienie sprawy w urzędzie, udział w wydarzeniu kulturalnym, wizyta lekarska, itp.).

Podmiot publiczny ma 14 dni na zapewnienie dostępności. Jeżeli wymaga to więcej czasu, podmiot może wydłużyć realizację wniosku do 2 miesięcy, jednak musi o tym niezwłocznie powiadomić osobę, która złożyła wniosek. Gdy bariera będzie niemożliwa do usunięcia, podmiot publiczny ma obowiązek poinformować o tym Wnioskodawcę. Wówczas konieczne jest zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami dostępu alternatywnego (np. zmiana sposobu organizacji pracy, pomoc innej osoby itp.).

Jeżeli podmiot publiczny nie zapewni dostępności pomimo złożenia wniosku, można złożyć skargę na brak dostępności do Prezesa Zarządu PFRON. Trzeba to zrobić w ciągu 30 dni od dnia, w którym podmiotowi publicznemu upłynął termin na zapewnienie dostępności lub od otrzymania odmowy zapewnienia dostępności.

Jeżeli osoba skarżąca załączy do skargi wcześniej złożony wniosek o zapewnienie dostępności, wystarczy, że w skardze wskaże dodatkowo tylko swoje dane kontaktowe.

Skarga powinna zostać rozpatrzona możliwie jak najszybciej. Jeśli jednak jej przedmiot będzie bardziej skomplikowany, termin ten może zostać wydłużony do miesiąca. W wyjątkowo trudnych sytuacjach, rozpatrzenie skargi powinno trwać nie dłużej niż dwa miesiące. Powyższe terminy liczone są od dnia, w którym zostanie doręczona skarga.

Po rozpatrzeniu skargi, Prezes Zarządu PFRON wydaje decyzję, która nakazuje podmiotowi publicznemu zapewnić dostępność w określony sposób, w terminie nie krótszym niż 30 dni, a w sprawach szczególnie skomplikowanych – nie krótszym niż 60 dni, od dnia doręczenia decyzji.

Prezes Zarządu PFRON może też zakończyć postępowanie nałożeniem kary finansowej na podmiot, gdy ten nadal nie zapewnia dostępności. Kara może sięgać nawet kwoty 50 tys. zł.

Przedmiotem audytu dostępności jest ocena dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej, obiektu, wraz z rekomendacjami zmian poprawiających dostępność obiektu. Przedmiotem opracowania jest:

1. Określenie istniejącego poziomu dostępności budynku, otoczenia zewnętrznego, dostępności cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej;
2. Określenie rekomendacji racjonalnych działań / usprawnień wpływających na poprawę użyteczności budynku przez osoby o ograniczonej mobilności i percepcji, w tym osób z niepełnosprawnościami (wzroku, słuchu, ruchu). Działania te mogą odnosić się zarówno do likwidacji fizycznych barier, jak poprawy sposobu zarządzania budynkiem w danej placówce;

Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:

W zakresie dostępności architektonicznej:

- a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń

technicznych,

c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,

d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 i 1495),

e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

W zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2017 r. poz. 1824), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,

b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,

c) zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,

d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

Ocenę dostępności obiektu dokonano w oparciu o:

- Metodologię określoną w Opisie dostępności Projektu Dostępność Plus – wytyczne stanowiące dokumentację z zakresie wprowadzania Ustawy o Zapewnieniu Dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Ustawa z dnia 19 lipca 2019, Dz.U. 2019 poz. 1696)

- Definicję dostępności,

- Użytkowania przez osoby o ograniczonej mobilności i percepcji do wszystkich podstawowych funkcji obiektu i jego otoczenia na równi ze wszystkimi, zgodnie z definicją „projektowania uniwersalnego”

- Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami” - uwzględniając koncepcję uniwersalnego projektowania,

-Ustawę o prawie budowlanym,

-Ustawę o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami,

-Ustawę o ochronie przeciwpożarowej,

-Ustawę kodeks pracy,

-Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie,

-Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogi publiczne i ich usytuowanie,

-Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów,

-Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2012 poz. 1169),

-Ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696),

- Ustawę z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2019 poz. 848),
- Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 Nr 123 poz. 776)

Dla ocenianego budynku przeprowadzono ocenę poniżej wymienionych obszarów pod kątem dostępności:

a) Otoczenia zewnętrznego rozumianego jako:

- trasę dojścia do budynku;
- wyposażenie na trasie dojścia;
- oznaczenia, tablice informacyjne
- oświetlenie, sygnalizacja świetlna i dźwiękową

b) Parkingu dla osoby z niepełnosprawnościami rozumianego jako:

- typ parkingu
- parametry miejsca parkingowego
- odległość miejsca parkingowego dla OzN od wejścia
- przestrzeń manewrową na ciągu pieszym
- usprawnienia / dostępność pod kątem niepełnosprawności ruchowej, wzrokowej, słuchowej
- zastosowane materiały wykończeniowe
- oznakowanie miejsca postojowego

c) Wejścia do budynku rozumiane jako:

- dojście do budynku
- wejścia do budynku
- przedsionek, drzwi wejściowe i wewnętrzne
- oświetlenie
- sygnalizację do przywołania pomocy

d) Ciągi komunikacyjne w budynku rozumiane jako:

- recepcji / punktu informacyjnego
- dostępne przestrzenie i korytarze w budynku
- parametry przestrzeni manewrowej
- usprawnienia / dostępność pod kątem niepełnosprawności ruchowej, wzrokowej, słuchowej
- zastosowane materiały wykończeniowe
- wyposażenie
- oznaczenia / tablice informacyjne

- oświetlenie
- sygnalizacja w budynku
- e) **Ciągi komunikacji pionowej w budynku rozumianej jako:**
 - windy
 - schody wewnętrzne
 - parametry przestrzeni manewrowej
 - oznaczenia / tablice informacyjne
 - oświetlenie
- f) **Pomieszczeń sanitarnych, w toalet dla OzN rozumianych jako:**
 - dostępność toalet dla OzN
 - drzwi do toalet dla OzN
 - parametry przestrzeni manewrowej
 - zastosowane materiały wykończeniowe
 - wyposażenie toalet dla OzN
 - oznaczenia / tablice informacyjne
 - system alarmowy
- g) **Pomieszczeń innych wynikających ze specyfikacji obiektu rozumiane jako:**
 - dostępność pomieszczeń do obsługi, innych dla OzN
 - parametry przestrzeni manewrowej
 - drzwi do pomieszczeń
 - zastosowane materiały wykończeniowe
 - wyposażenie pomieszczeń
 - oznaczenia / tablice informacyjne
 - oświetlenie
- h) **Dostęp do informacji**
 - dostępność stron internetowych
 - informacje w budynku
 - bezpieczeństwo osób
 - systemy powiadamiania alarmowego
 - drogi ewakuacyjne

Obiekty zostały ocenione m. in. pod kątem dostępności dla:

- osób poruszających się na wózkach
- osób z innymi ograniczeniami w poruszaniu się – różnymi chorobami kończyn, cierpiących na otyłość, karłowatość, gigantyzm i inne podobne schorzenia
- osób z dziećmi,
- osób z ciężkim lub nieporęcznym bagażem,
- osób starszych,
- kobiet w ciąży,
- osób słabo widzących i niewidomych,
- osób głucho niewidomych,
- osób słabo słyszących i głuchych,
- osób z upośledzeniem w zakresie komunikacji tzn. osób mających problem z komunikowaniem się lub rozumieniem języka pisanego lub mówionego, w tym osób z zagranicy, które nie znają języka polskiego,
- osób cierpiących na trudności w komunikacji,
- osób z zaburzeniem funkcji czuciowych, dysfunkcją psychiczną lub intelektualną.

W wyniku przeprowadzenia audytu dostępności, po przeprowadzeniu analizy identyfikującej bariery architektoniczne budynku, powinien powstać katalog działań, które będą prowadzić do zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami lub jej poprawy w danym budynku.

Poniższy audyt jest przygotowany do tworzenia na jego podstawie planu działania na rzecz poprawy zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Plan obejmuje pełną diagnozę badanego podmiotu, ustalenie działań z zakresu poprawy dostępności, harmonogram wdrażania, wskazanie osób/jednostek odpowiedzialnych oraz ewentualnie oszacowanie kosztów.

Plan działania na rzecz poprawy zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami został załączony do poniższego audytu (Załącznik nr 1)

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

- wejście do budynku oraz kwestie horyzontalne,
- rejestracja,
- ciągi komunikacyjne,
- gabinety lekarskie i zabiegowe,
- inne pomieszczenia,
- informacje
- szkolenia

Rekomendacje dla budynku przy ulicy Morcinka 7

Poniżej przedstawione zostały rekomendacje, które są efektem przeprowadzonych działań audytowych.

Przychodnia przy ulicy Morcinka 7 to budynek 4 kondygnacyjny z wysokim parterem. Pomieszczenia ogólnodostępne zajmują 3 kondygnację budynku. Dodatkowo z budynkiem połączona jest przybudówka w której jest przychodnia dziecięca. Do budynku jest wejście główne oraz dwa wejścia do przybudówki/przychodni dziecięcej.

W raporcie zastosowano skrót OzN – oznaczający Osoby z Niepełnosprawnościami.

Treść Rekomendacji 1

Rozpoczęcie procesu wyznaczenia i oznakowania zgodnie z obowiązującymi przepisami jednego stanowiska postojowego dla pojazdów osób z niepełnosprawnością na parkingu. Przejścia dla pieszych w obrębie budynku.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

Budynek z uwagi na lokalizację bezpośrednio przy chodniku nie posiada możliwości wyznaczenia miejsc dla OzN bezpośrednio przed wejściem. Zarówno chodnik jaki i pas drogowy przy budynku należą do Miasta. Najbliższe miejsca parkingowe dla OzN (2 miejsca) wyznaczone zostały po przeciwnej stronie ulicy przed wejściem głównym oraz z boku budynku przy wejściach do przychodni dziecięcej (2 miejsca). Przy miejscach parkingowych znajdują się obniżone krawężniki skomunikowane z najbliższym chodnikiem oraz przejściem dla pieszych.

Przyjęcia dla pieszych nie posiadają sygnalizacji świetlnej ani dźwiękowej, nie posiadają pasów uwagi przed wejściem dla pieszych a ponadto na środku przejść dla pieszych wbetonowane są słupki ograniczające przestrzeń dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkim lub z psem przewodnikiem i stwarzające zagrożenie upadku dla osób niewidomych oraz niedowidzących. Przy wejściu głównym do budynku zatoczka z znakiem zamontowanym na środku przejścia, służąca dla pojazdów PCZ Lwówek Śląski.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Rekomenduje się skierowanie wniosku do zarządcy terenu chodnika i pasa drogowego o usunięcie przeszkód na przejściach dla pieszych, zamontowanie na przejściach dla pieszych sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej oraz pasów uwagi. Oznaczenie znaków drogowych znajdujących się w przestrzeni chodnika. Oznaczenie i zmiana przeznaczenia zatoczki parkingowej przed wejściem do budynku na parking „wsiądź i jedź” umożliwiający zatrzymanie pojazdu na czas wysadzenia pacjenta ze szczególnymi potrzebami, m. in. osoby, która nie posiada Karty Parkingowej.



Rys 1 Oznaczenie strefy Kiss and Ride (wsiądź i jedź)

Pas ruchu dla pieszych powinien być wolny od jakichkolwiek przeszkód, dlatego należy uniemożliwić parkowanie pojazdów na pasach ruchu dla pieszych i w miejscach przebywania pieszych. Zaleca się usunięcie wszelkich przeszkód z ciągów chodnika prowadzącego do wejścia.

Przejścia dla pieszych, przystanki komunikacji miejskiej i regionalnej są miejscami transferu ruchu pieszego pomiędzy różnymi obszarami miasta i strefami dostępności. Przejście dla pieszych powinno być zlokalizowane w taki sposób, aby maksymalnie skrócić trasę przejścia pomiędzy ważnymi punktami orientacji i przystankami komunikacji miejskiej.

Należy przedsięwziąć specjalne środki, aby umożliwić osobom z zaburzeniami orientacji odnalezienie przejścia dla pieszych. W przypadku osób niewidomych i słabowidzących, rozwiązaniem jest zastosowanie systemu oznaczeń fakturowych (FON), nawierzchni o różnej fakturze oraz sygnałów akustycznych. Dodatkowo różnice fakturowe należy podkreślić poprzez zastosowanie kontrastów kolorystycznych (jasny ciemny), tak aby były czytelne dla osób słabowidzących.

Na całej szerokości przejść dla pieszych należy stosować równe i szorstkie nawierzchnie. Dla poprawy czytelności oznaczenia szerokości przejścia i wprowadzenia fakturowej krawędzi prowadzącej równoległe do przejścia, zaleca się wykonanie zabruków z kostki kamiennej łamanej na szerokość ok. 110 cm do linii faktury bezpieczeństwa typu B.

Nawierzchnię chodnika przy przejściach dla pieszych w przypadku, gdy nie jest stosowany system FON, należy zaprojektować w taki sposób, aby faktura nawierzchni była łatwo wyczuwalna dla osób z niepełnosprawnością wzroku.

Dodatkowo krawędź krawężnika powinna być wyraźnie oznakowana kolorem białym bądź żółtym. Przy projektowaniu na obszarach objętych ochroną konserwatorską, stosowanie oznaczeń kolorystycznych należy uzgodnić z odpowiednimi służbami.

Oznaczenia fakturowe na przejściach dla pieszych powinny być łatwo rozpoznawalne. Aby ograniczyć błędy w odczytywaniu informacji fakturowej w pobliżu przejścia dla pieszych nie należy stosować podobnych wzorów nawierzchni. Kontrast kolorów między fakturami systemu informacji fakturowej a powierzchnią ciągu pieszego powinien być wyraźny, w kontraście 70% (dopuszczalny poziom 50%).

Stosowanie przejść, które znajdują się na tym samym poziomie co chodnik, bez kontrastowych oznaczeń fakturowych i kolorystycznych, szczególnie zagraża bezpieczeństwu osób z zaburzeniami percepcji. Bez wyraźnego oznaczenia przejścia, osoba z niepełnosprawnością wzroku może nie zauważyć granicy chodnika i jezdni. Z tego powodu przejścia należy wykonywać tak, aby krawędzie były czytelne dla osób słabowidzących i niewidomych.

Przejścia dla pieszych należy projektować w następujący sposób:

Dla przejść o dużym natężeniu ruchu pieszego i samochodowego należy stosować obniżenie chodnika na całej szerokości przejścia:

- krawężnik chodnika na szerokości przejścia dla pieszych powinien być obniżony do maksymalnie 2,0 cm;
- krawężnik powinien być wymalowany w kolorze kontrastowym (np. biały lub żółty);
- na całej szerokości przejścia w odległości 50-60 cm od krawędzi jezdni należy zastosować fakturę ostrzegawczą (typ B) o szerokości 60-80 cm;

Specjalny poziom dostępności wymaga, aby przejścia dla pieszych były odpowiednio oświetlone. Minimalne natężenie oświetlenia chodników na przejściach dla pieszych wynosi 30 lx.

Konieczne jest zastosowanie dodatkowego (poza oświetleniem ulicznym) oświetlenia w rejonie przejść w poziomie chodnika. Taki zabieg poprawia znacznie bezpieczeństwo pieszych i rowerzystów. Wymagania dotyczące oświetlenia dróg zawarte są w normie PN-EN 13201:2007.

Przejście dla pieszych powinno być na całej szerokości prowadzone prostopadle do krawędzi chodnika i oznaczeń fakturowych bezpieczeństwa (typ B), aby osoby z zaburzeniami widzenia mogły prawidłowo zlokalizować kierunek przejścia przez jezdnię. Należy unikać wytyczania przejść dla pieszych na łukach jezdni i pod kątem do osi jezdni innym niż 90°.

Przycisk uruchamiający sygnalizację świetlną powinien być umieszczony na wysokości 0,9 m. Musi być dostępny dla osób poruszających się na wózkach, uwzględniając przy tym również warunki zimowe. Przycisk powinien być zlokalizowany po prawej stronie przejścia w odległości max. 30 cm od przejścia i być wyraźnie wyczuwalny, kontrastowy do tła (np. słupa, na którym jest zamontowany), a także zaopatrzony w sygnał świetlny. Przycisk dodatkowo powinien być wyposażony w pomocniczy sygnał dźwiękowy (naprowadzający), ułatwiający jego odnalezienie przez osoby z dysfunkcją wzroku. Sygnał taki należy montować wyłącznie na przyciskach uruchamianych przez pieszych. Nie dopuszcza się instalowania przycisków z dźwiękami naprowadzającymi na słupkach uruchamianych przez rowerzystów. Zaleca się instalowanie sygnalizacji dźwiękowej na wszystkich przejściach wyposażonych w sygnalizację świetlną.

Sygnaly akustyczne emitowane podczas wyświetlania światła zielonego muszą być generowane z sygnalizatorów akustycznych zamontowanych zgodnie z przepisami odrębnymi na wysokości co najmniej 2,2 m. Sygnaly akustyczne emitowane podczas wyświetlania dla pieszych światła czerwonego powinny być generowane z sygnalizatora akustycznego zamontowanego w puszcze z przyciskiem wywołującym światło zielone na przejściu przez samego pieszego.



Rys 2 Schemat dostępnego przejścia dla pieszych

Treść Rekomendacji 2

Rozpoczęcie procesu zwiększania dostępności budynku poprzez wprowadzenie rozwiązania (oznaczenie stopnia biegu schodów zewnętrznych i wewnętrznych) ułatwiającego pokonywanie schodów w szczególności osobom z schorzeniami narządu wzroku.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

Budynek posiada trzy wejścia, jedno wejście główne od ulicy Morcinka oraz dwa wejścia do przychodni dziecięcej od ulicy Przyjaźni Żołnierza. Wejście główne wyposażone w szerokie schody kilkunastostopniowe oraz boczną pochylnia. Wejścia do przychodni wyposażone w kilku stopniowe schody ze stromymi szynami na podjazd wózka. Schody nieoznakowane, wymagają naprawy ubytków nawierzchni, nie zapewniają właściwości antypoślizgowych. Szyny na podjazd wózka przy schodach do przychodni dziecięcej uniemożliwiają korzystanie z poręczy lewostronnej przy pierwszym wejściu a prawostronnej przy drugim wejściu. Brak właściwych poręczy przy wszystkich wejściach, brak obniżonej poręczy i poręczy wyprowadzonej poza obrys schodów. Brak prawidłowych pochwyty poręczy.

Schody wewnątrz nieoznakowane kontrastowo, brak poręczy obniżonej, poręcz z niepoprawnym pochwytem, brak obustronnych poręczy, brak wyprowadzenia poręczy poza obrys schodów. Materiał zastosowany na stopniach nie spełnia właściwości antypoślizgowych.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Przygotowanie i zaplanowanie działań mających na celu poprawę widoczności schodów wewnętrznych i zewnętrznych poprzez oznaczenie pierwszego i ostatniego stopnia pasem kontrastowym zarówno na stopnicy jak i podstopnicy. Naprawę nawierzchni schodów przy wejściu głównym oraz przy wejściach do przychodni dziecięcej. Oznaczenie schodów wewnętrznych. Montaż lub wymiana na nowe poręczy zewnętrznych przy wszystkich wejściach, montaż i wymiana poręczy przy schodach wewnętrznych. Montaż poręczy środkowej obustronnej przy schodach na wejściu głównym do budynku. Budowa pochylni przy wejściach do przychodni dziecięcej i usunięcie ze schodów szyn na podjazd wózka.

W budynkach użyteczności publicznej schody powinny być oznaczone na dwa sposoby:

- wizualnie – kontrastowo oznaczone krawędzie stopni,
- poprzez zmianę faktury, odcienia lub barwy.

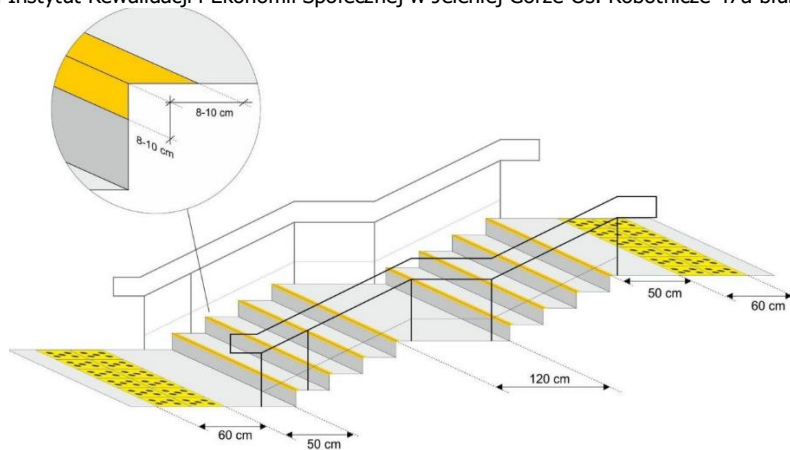
W odległości 50 cm przed krawędzią pierwszego stopnia schodów w dół oraz przed krawędzią pierwszego stopnia schodów w górę, należy ułożyć fakturę ostrzegawczą o szerokości nie mniejszej niż 40 cm i nie większej niż 60 cm (na całej szerokości schodów).

Powierzchnie spoczników schodów powinny mieć wykończenie wyróżniające je odcieniem, barwą bądź fakturą, co najmniej w pasie 30 cm od krawędzi rozpoczynającej i kończącej bieg schodów, wszystkie krawędzie stopni należy oznaczyć przy pomocy kontrastowego pasa o szerokości 8-10 cm umieszczonego wzdłuż całej krawędzi stopni w poprzek biegu, kontrast barwny oznaczeń montowanych na krawędziach nie powinien być mniejszy niż 60%.

Schody muszą być projektowane zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami.

Dostępne schody muszą dodatkowo spełniać następujące wymagania minimum:

- maksymalna wysokość stopnia 15 cm, zalecana 12 cm;
- początek i koniec schodów musi być oznaczony kontrastem barwnym i fakturowym (element sygnalizacyjny TGSI szerokości 40 - 60 cm w kolorze żółtym na całej szerokości schodów) odsuniętym od krawędzi schodów o 50 cm dotyczy to również schodów ruchomych);
- krawędzie stopni należy oznaczyć kolorem kontrastowym (optymalnie kolorem żółtym);
- schody zabiegowe i wachlarzowe są niezalecane, ponieważ utrudniają poruszanie się osobom o ograniczonej sprawności, osobom niewidomym i słabowidzącym;
- zalecana minimalna głębokość spocznika to 120 cm;
- stopnie muszą być pozbawione podcięć i nosków;
- schody muszą być wyposażone w poręcze.



Rys 3 Oznaczenie schodów



Rys 4 przykład oznaczenia schodów i zastosowania środkowej poręczy

Rekomenduje się wyposażenie schodów zewnętrznych w obustronne obniżone poręcze. Schody wewnętrzne prowadzące na parter wyposażyć w poręcz obniżoną i wyprowadzenie poręczy poza obrys schodów. Schody wewnętrzne prowadzące na piętra budynku wyposażyć w poręcz obustronne z poprawnym okrągłym pochwytem, zaleca się zastosowanie poręczy drewnianych z uwagi na zabytkowy charakter schodów.

Schody zewnętrzne służące do pokonania wysokości przekraczającej 50 cm, powinny być zaopatrzone w balustrady lub inne zabezpieczenia od strony przestrzeni otwartej, o wysokości 110 cm.

Schody zewnętrzne i wewnętrzne w budynku użyteczności publicznej powinny mieć balustrady lub poręcze przyścienne umożliwiające lewo- i prawostronne ich użytkowanie, przy szerokości biegu schodów większej niż 4 m należy zastosować dodatkową balustradę pośrednią, maksymalny prześwit lub wymiar otworu pomiędzy elementami wypełnienia balustrady nie może być większy niż 12 cm. Zaleca się stosowanie poręczy na wysokości 85 - 100 cm pierwszą poręcz oraz dodatkowo na wysokości 60 - 75 cm drugą poręcz, poręcze przy schodach przed ich początkiem i za końcem należy przedłużyć o min. 30 cm w poziomie oraz zakończyć w sposób zapewniający bezpieczne użytkowanie. Poręcze przy schodach powinny być oddalone od ścian, do których są mocowane, co najmniej 5 cm.

Część chwytna poręczy powinna mieć średnicę w zakresie 3,5 cm - 4,5 cm na końcach poręczy należy montować oznaczenia dotykowe (pismo wypukłe lub piktogramy dotykowe) i w alfabecie Braille'a, które są dodatkową informacją dla osób niewidomych. Jeżeli informacja jest wykonana alfabetem Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje o punkcie orientacji, np. numerze piętra lub kierunku do wyjścia. Każdorazowo odbiór oznaczeń wykonanych w Braille'u powinien dokonać specjalista w zakresie tyflografiki – zalecenie wynika z faktu, że częstym błędem popełnianym przez wykonawców jest montaż napisów „do góry nogami”, szczególnie gdy napisy są wykonane wyłącznie w alfabecie Braille'a.

Końce poręczy powinny być zawinięte w dół lub zamontowane do ściany, tak aby nie można było zaczepić się fragmentami ubrania, należy zapewnić ciągłość prowadzenia poręczy na schodach wielobiegowych.

Dopuszcza się przerwanie ciągłości poręczy w przypadku spoczników o długości większej niż 3 m, poręcze powinny być w kolorze kontrastującym z tłem ściany oraz biec nieprzerwanie przez cały ciąg schodów (w tym spoczniki), linia poręczy powinna wiernie odzwierciedlać bieg schodów.

Nawierzchnie ciągów pieszych powinny zapewnić możliwość swobodnego poruszania się tzn. powinny być twarde, równe, nie powodować zjawiska olśnienia i mieć powierzchnię antypoślizgową, która spełnia swoje cechy również w trudnych warunkach atmosferycznych w badaniu wg PN-EN 13036-4 lub PN-EN 14231 wartość poślizgu (PTV lub SRV) nawierzchni mokrej nie może być niższa niż 36 jednostek.

Faktura i kolorystyka tras nie może sprawiać wrażenia różnic wysokości. Należy ograniczyć stosowanie wzorów poprzecznych do kierunku poruszania się. Kolorystyka i zróżnicowanie materiałowe nawierzchni powinny podkreślać główne kierunki poruszania się i zaznaczać różne obszary funkcjonalne. Rekomenduje się podwyższenie kontrastu linii prowadzących w ciągach komunikacyjnych wewnątrz budynku.

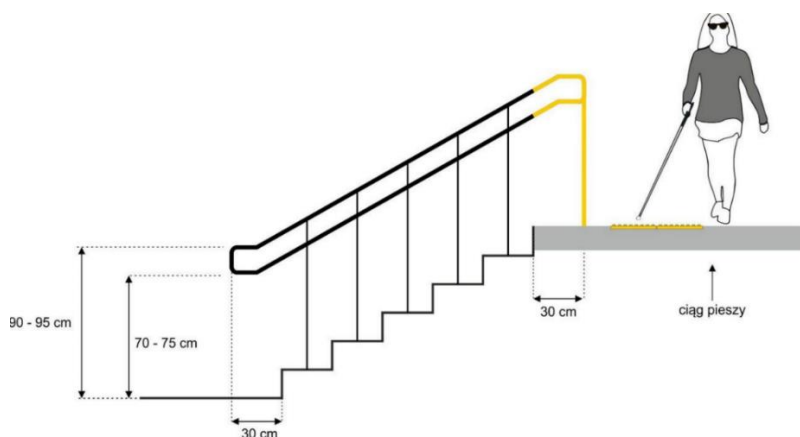
Projektując przestrzeń dostępną należy uwzględnić m.in. potrzeby osób słabowidzących a także osób starszych doświadczających pogorszenia wzroku.

W przypadku ciągów pieszych, przejść przez jezdnię, przystanków komunikacji miejskiej i innych miejsc poruszania się pieszych należy stosować elementy o podwyższonym kontraście w celu ułatwienia identyfikacji miejsc wymagających zwiększonej uwagi.

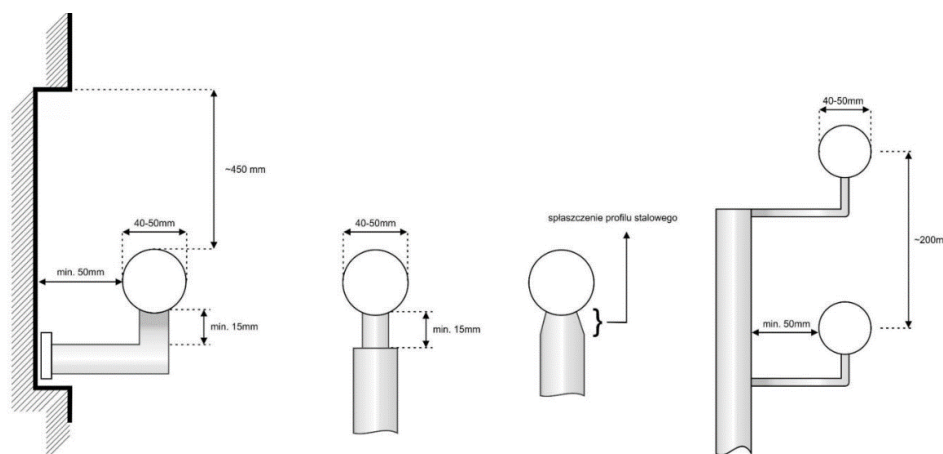
Poziomy kontrastu barwnego pomiędzy elementami powinien wynosić minimum 30 punktów (wartości wskaźników LRV) lub 70%. Należy stosować materiały zapewniające utrzymanie wysokiego poziomu kontrastu przez cały okres ich użytkowania.

W przypadku materiałów, które tracą właściwości kolorystyczne pod wpływem ścierania lub działania promieni UV należy prowadzić regularne prace renowacyjne (np. malowanie) w celu utrzymania należytego poziomu kontrastu tych elementów.

Dopuszczalne kolory dla elementów o podwyższonym kontraście to żółty i biały. Odpowiedni poziom kontrastu pomiędzy zwykłą i kontrastującą częścią ciągu komunikacyjnego uzyskuje się poprzez właściwy dobór elementów stykających się ze sobą.



Rys 5 Poręcze



Rys 6 Powierzchnie chwytnie poręczy

Treść Rekomendacji 3

Pochylnie i rampy

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

Przy wejściu głównym zamontowana pochylnia o dość dużym stopniu nachylenia, bez zadaszenia, brak poręczy obustronnych i obniżonych, ponadto dość znaczna szerokość pochylni uniemożliwia korzystanie z poręczy podczas wspomagania wjazdu osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich. Brak oznaczeń pochylni, nawierzchnia pochylni nie spełnia warunków antypoślizgowych w zmiennych warunkach atmosferycznych (woda, śnieg, lód).

Przy wejściach do przychodni dziecięcej brak pochylni, istnieje możliwość montażu pochylni.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Rekomenduje się dostosowanie pochylni przed wejściem głównym w zakresie oznaczenia, wymiany poręczy które będą dostosowane do szerokości między poręczami max 110 cm aby możliwe było wspomaganie wjazdu wózkiem i chwytanie się za poręcze, z prawidłowym pochwytem. Zastosowanie nawierzchni antypoślizgowej. Montaż i budowa pochylni przy wejściach do przychodni dziecięcej, bieg pochylni powinien zaczynać się przy chodniku. Pochylnia powinna prowadzić do pierwszego wejścia do przychodni o jak najmniejszym pochyleniu po czym w równym poziomie łącząc pierwsze wejście z drugim wejściem i zakańczając swój bieg. Montaż pochylni będzie wymagał także powiększenia przestrzeni manewrowej przed wejściami do przychodni dziecięcej aby było możliwe otwarcie drzwi bez niebezpieczeństwa cofania się i upadku ze schodów. Przestrzeń manewrowa po otwarciu drzwi powinna mieć co najmniej wymiary 150 cm na 150 cm.

Dostępna pochylnia musi spełniać następujące wymagania minimalne:

- nawierzchnia pochylni musi zapewniać bezpieczeństwo niezależnie od warunków atmosferycznych (można instalować systemy antyoblodzeniowe);
- pochylnia musi być wyposażona w poręcze
- początek i koniec pochylni musi być oznaczony kontrastowym (żółtym) elementem sygnalizacyjnym TGSI na całej szerokości;
- rampa nie może mieć nachylenia poprzecznego.

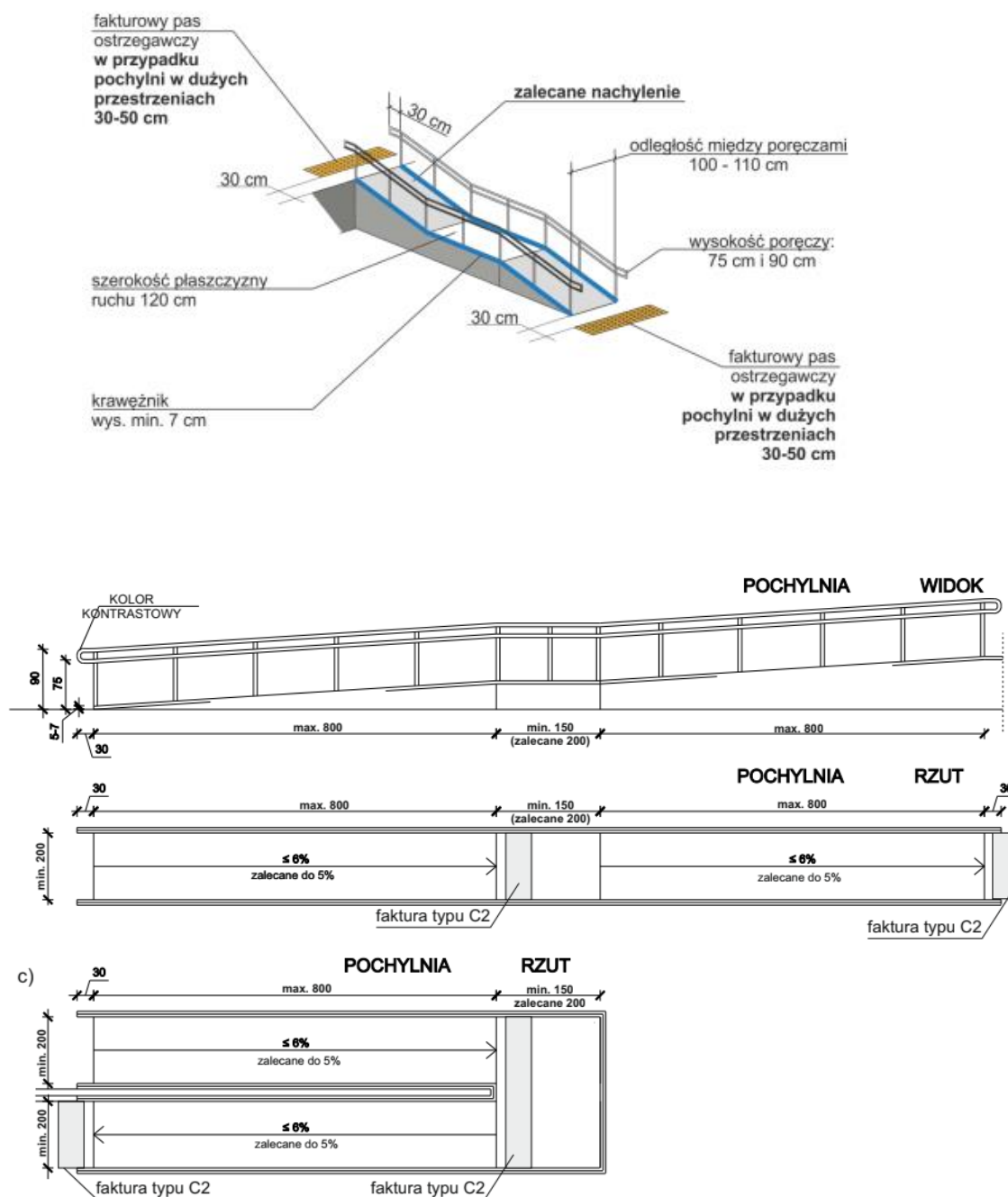
Poręcze pochylni

- po obu stronach pochylni należy zainstalować poręcze na wysokości 75 i 90 cm,
- odstęp między poręczami musi mieścić się w granicach od 100 cm do 110 cm,

- poręcze przy pochylniach należy przedłużyć o 30 cm na ich początku,
- końcu oraz zakończyć w sposób zapewniający bezpieczne użytkowanie,
- poręcze przy pochylniach powinny być równoległe do nawierzchni,
- część chwytna poręczy powinna mieć średnicę 3,5 - 4,5 cm,
- część chwytna poręczy powinna być oddalona od ściany o co najmniej 5 cm.

Oznaczenia

- zaleca się stosowanie na końcach poręczy oznaczenie dotykowe w alfabecie Braille'a i/lub pismo wypukłe,
- powierzchnie spoczników pochylni powinny mieć wykończenie wyróżniające je odzieniem, barwą bądź fakturą, co najmniej w pasie 30 cm od krawędzi rozpoczynającej i kończącej bieg pochylni.



Rys 7 schematy dostępnej pochylni

Treść Rekomendacji 4

Oznaczenie budynku. Drzwi wejściowe oraz drzwi w ciągach komunikacyjnych. Oznaczenie drzwi wewnętrznych. Oznaczenie przeszkleń.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

Budynek posiada trzy wejścia. Jedno wejście główne i dwa wejścia do przychodni dziecięcej. Na wejściu głównym drzwi z przeszkleniami, nieoznakowane, brak oznaczenia światła wejścia. Po wejściu kolejne drzwi z przeszkleniami. Wejścia do przychodni, drzwi pełne białe z białym pochwytem do otwierania. Drzwi otwierają się na zewnątrz, brak miejsca manewrowego po otwarciu drzwi, brak oznaczenia światła wejścia i pochwyty do otwierania.

Z informacji uzyskanych od koordynatora ds. dostępności w najbliższym czasie mają zostać wymienione drzwi wejścia głównego na drzwi automatyczne oraz zdemontowane kolejne drzwi i ścianka oddzielająca recepcje od wejścia.

Na wejściu gumowe maty nieprzytwierdzone do podłoża oraz próg powyżej 2 cm, ze zrobionym prowizorycznym podjazdem z deski.

Wejście główne zadane oznaczone tablicą informacyjną z logo NFZ. Brak zewnętrznej wyraźnej informacji wskazującej umieszczenie wejść do przychodni dziecięcej, które są z bogu budynku w przybudówce.

Drzwi wewnętrzne w budynku w różnej kolorystyce, w wielu przypadkach niekontrastujące z tłem. Drzwi wewnętrzne z przeszkleniami nieoznakowane.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Rekomenduje się poprawne oznaczenie i wskazanie tablicą informacyjną wejścia do przychodni dziecięcej. Oznaczenie drzwi zewnętrznych poprzez zastosowanie kontrastowych pasów na przeszkleniach oraz oznaczenia światła wejścia i pochwyty do otwierania.

Oznaczenie drzwi wewnętrznych przez wyróżnienie światła wejścia oraz pasów kontrastowych na przeszkleniach drzwi wewnętrznych.

Wycieraczki przytwierdzić do podłoża.

Usunąć z przestrzeni wejścia informacji umieszczanych na przeszkleniach budynku gdyż powodują chaos informacyjny i wywołują sprzeczne informacje wizualne.

Wejścia do budynków powinny być zasygnalizowane pasem ostrzegawczym szerokości 50 cm ułożonym w odległości 50 cm przed drzwiami i za drzwiami, wokół głównego wejścia należy umożliwić swobodę poruszania się osobom z niepełnosprawnościami.

detale drzwi wejściowych:

- szerokość światła drzwi nie może być mniejsza niż 90 cm
- lekkie i łatwe w obsłudze,
- płyta cokołu na dole drzwi o wysokości 40 cm,
- klamka, zamek oraz dzwonek powinny być łatwe w identyfikacji oraz umieszczone na wysokości 80 - 120 cm nad poziomem podłogi,
- stosowanie klamek w formie dźwigni – klamki gałkowe nie są zalecane,

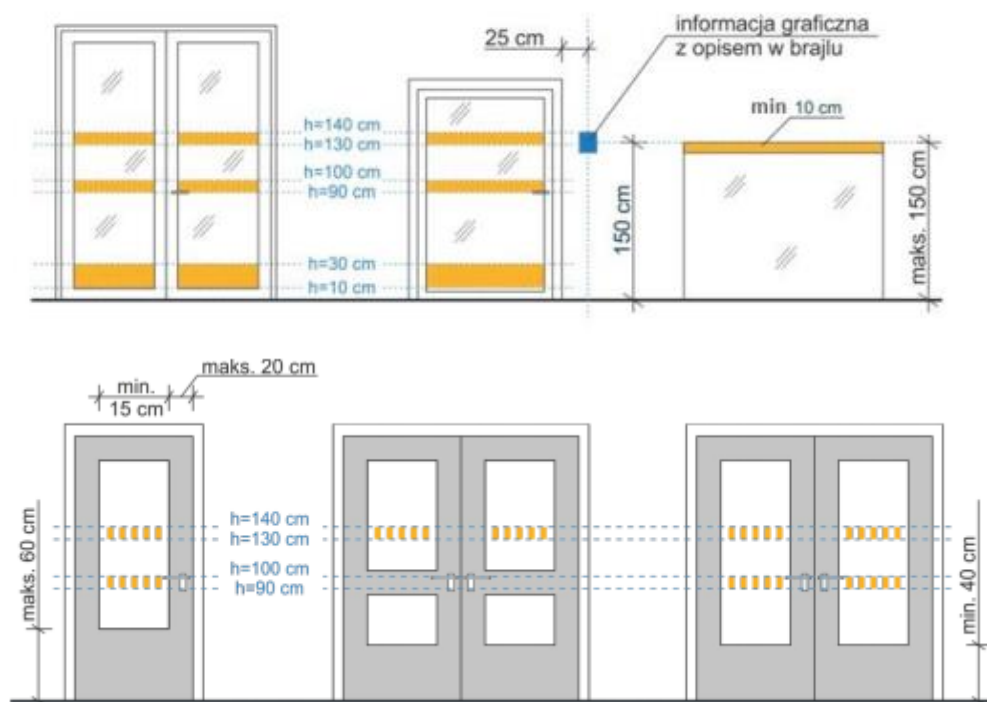
Zaleca się zastosowanie do wejścia głównego drzwi lewostronnych otwieranych do wewnątrz budynku.

W przypadku zastosowania mat przy wejściu powinny one spełniać następujące zalecenia:

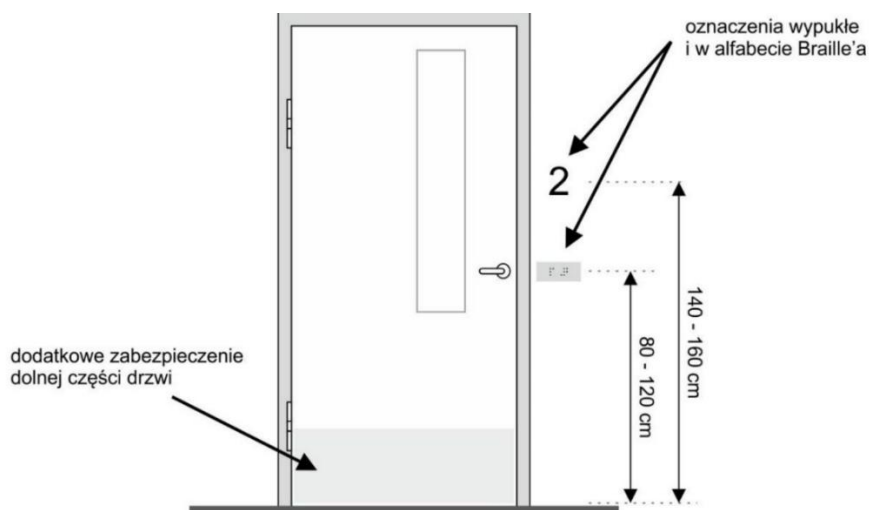
- wycieraczki (gumowe, stalowe) muszą być układane tak, by ich powierzchnia była na jednym poziomie z chodnikiem/posadzką,
- dopuszczalne stosowanie wycieraczek układanych na posadzce, o ile wycieraczka wyposażona jest w pochyłe krawędzie umożliwiające wjazd kołem, a jej wysokość nie przekracza 1 cm,
- wielkość oczek wycieraczki powinna zabezpieczać przed utknięciem koła wózka lub laski osoby niewidomej, oraz mieć wymiar ≤ 2 cm (zalecane 1 cm)

- w przypadku stosowania mat należy trwale przymocować je do podłogi.

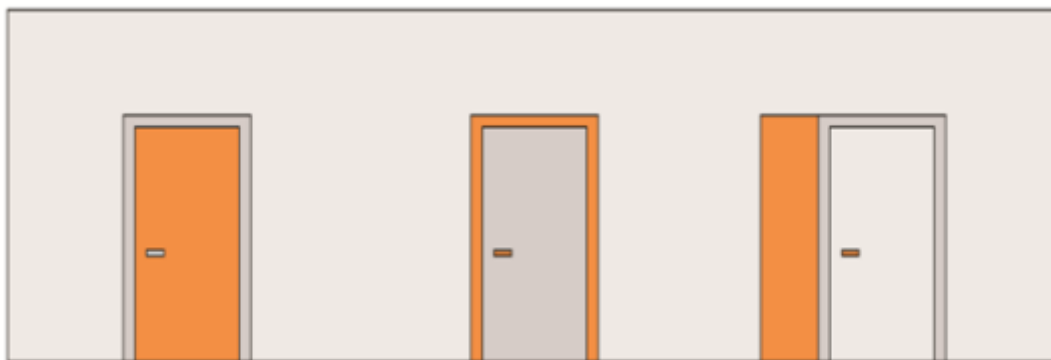
W budynkach użyteczności publicznej należy czytelnie oznakować wszystkie pomieszczenia – oznaczenia należy umieszczać konsekwentnie w tym samym miejscu w obrębie całego budynku. Oznaczenia powinny być wypukłe. Dodatkowo na wysokości klamki z prawej strony drzwi należy umieścić oznaczenia w alfabecie Braille'a.



Rys 8 Oznaczenie drzwi szklanych



Rys 9 Oznaczenie drzwi wewnętrznych



Rys 10 Oznaczenie drzwi wewnętrznych

Drzwi i przegrody szklane.

Należy unikać stosowania szkła posrebrzonego lub bardzo refleksyjnego, a jakiegokolwiek wolnostojące krawędzie szklanych ekranów powinny mieć krawędź oznakowaną pasem ostrzegawczym kontrastującym z otoczeniem,

szklane przegrody i drzwi należy oznaczyć dwoma pasami umieszczonymi na wysokości od 130 cm do 140 cm (pierwszy pas) i od 90 cm do 100 cm (drugi pas)

o kontraście LRV=60, zaleca się umieszczenie dodatkowego pasa kontrastowego na wysokości 10 - 30 cm (przydatnego dla osób patrzących pod nogi), zaleca się, aby dolna krawędź przeszklonych drzwi wejściowych była zabezpieczona w sposób chroniący przed uderzeniem kołami wózka do wysokości 40 cm (np. poprzez zastosowanie listwy do tej wysokości lub innego elementu chroniącego szkło), ościeżnice drzwi oraz ich powierzchnie należy skonstrastować z kolorem ściany, w której się znajdują

Drzwi należy wyposażać w klamki/uchwyty niewymagające ściskania bądź przekręcania i umożliwiające obsługę jedną ręką. Niedozwolone jest stosowanie rozwiązań takich jak gałki, klamki kulkowe itp. Klamki/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 użytkownika.

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. Zalecany 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 wypukłe). 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 LRV.

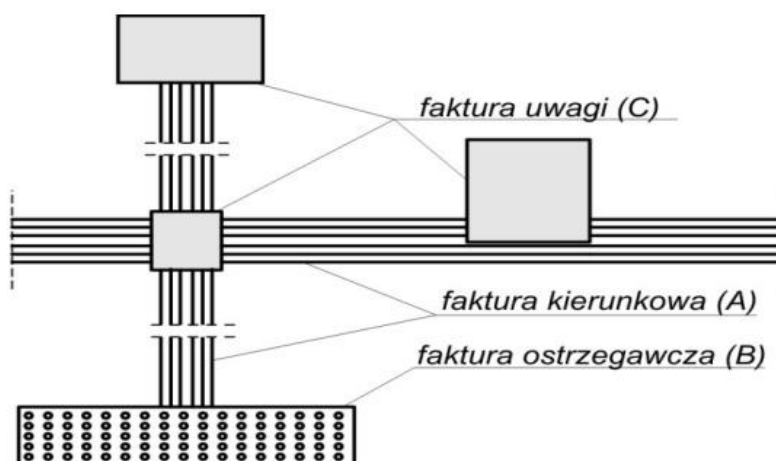
Zalecane jest oznakowanie ościeżnicy lub obrysu drzwi wokół ościeżnicy za pomocą kontrastowych pasów. Drzwi przezroczyste powinny być wykonane z materiału odpornego na rozbicie lub ze szkła hartowanego. Należy zapewnić, aby szklane powierzchnie, szczególnie w strefie przypodłogowej, były zabezpieczone 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.

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.



Rys 11 Faktury wg systemu FON

Treść rekomendacji 5 Punkty Rejestracyjne, Recepcje.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W budynku na parterze rejestracja przy wejściu głównym. Widoczna z pozycji wejścia do budynku. Brak obniżonej lady, brak miejsca na podjazd wózkiem inwalidzkim, brak stojaków do odłożenia kul, brak zegara. Brak krzeselka do obsługi siedzącej. Rejestracja ograniczona szybami, oklejona różnymi plakatami informacyjnymi. Rejestracja posiada pętle indukcyjną lecz piktogram ginie w

natłoku plakatów informacyjnych. Rejestracja wyposażona w usługę online tłumacza języka migowego, pracownicy umieją zainicjować obsługę tłumacza migowego.

Rejestracja w przychodni dziecięcej mała niewidoczna z pozycji wejścia. Przy wejściach brak informacji wskazującej umieszczenie i kierunek rejestracji. Brak obniżonej lady, pracownik oddzielony szybą, brak możliwości obsługi w pozycji siedzącej i miejsca na podjazd wózka inwalidzkiego.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Rekomenduje się dostosowanie lady do osób stojących oraz osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, zastosowanie stojaków do odkładania kul, zastosowanie krzeseł zapewniających pewnie siadanie i wstawanie. Skierowanie światła lamp wiszących w stronę obsługi rejestracji.

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 być dobrze doświetlone, zgodnie z obowiązującymi normami PN-EN 12464-1:2003.

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).

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

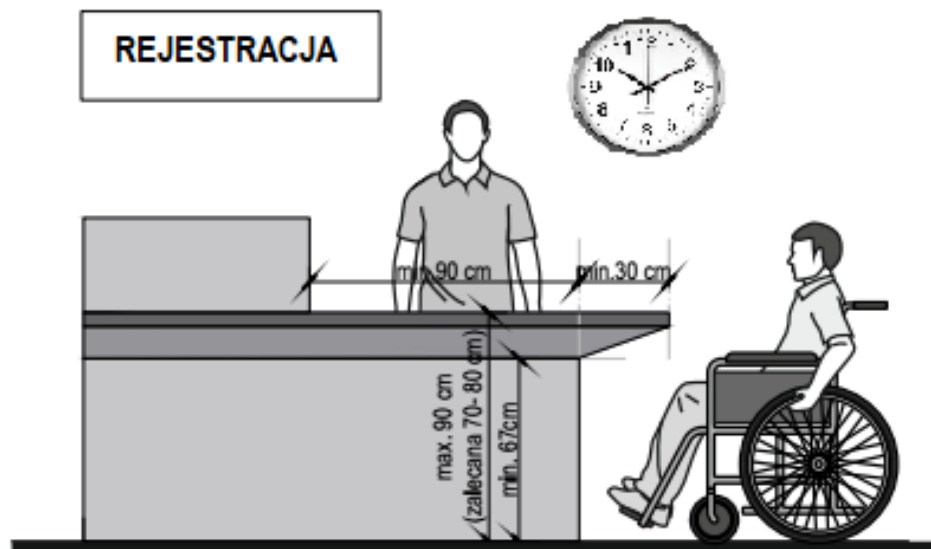
Bardzo istotne jest aby tak oznaczone miejsca kolejek i strefy oczekiwania pozostawały wolne od przeszkód, w tym ruchomych elementów wyposażenia. Wymagane jest kolorystyczne (w miarę możliwości także materiałowe) wyróżnienie elementów zabudowy i wyposażenia punktu rejestracji, które stanowią mogą zagrażające 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 oślepiło 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 wózkiem inwalidzkim na głębokość 30 cm i szerokość 75 cm pod ladę.

Wysokość strefy podjazdu pod ladą 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 ręką lub z chorobą Parkinsona. W strefie obsługi pacjenta, a także w miejscach oczekiwania należy przewidzieć przestrzeń na odkładanie sprzętu rehabilitacyjnego, np. uchwyty do odstawiania kul.



Rys 12 Rejestracja

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, syntezatory mowy (wsparcie osób z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu).

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.

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.

Treść rekomendacji 6

Przystosowanie toalet dla osób z niepełnosprawnościami.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W budynku na każdym poziomie znajduje się toaleta. Toalety duże z odpowiednią powierzchnią manewrową. Pochwyty wokół miski ustępowej częściowo zamontowane na stałe, oraz umieszczone na słupkach ograniczających dojazd wózka do miski sedesowej, mocno wyeksploatowane, niektóre nie zapewniają mocnego chwytu i stwarzają niebezpieczeństwo upadku. Brak umywalk niskosyfonowych oraz pochwyty przy umywalkach. Brak lusterek w których mogą przeglądać się osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich. Zabudowane pochwyty na papier i mydło utrudniające dozowanie dla osób z niedowładem palców. Muszle sedesowe wyposażone w spłuczki na przycisk. Brak alarmów lub umieszczenie alarmu utrudnia włączenie,

brak linek do alarmów umożliwiających włączenie alarmu w pozycji leżącej. Przestrzeń toalet i manewrowa wokół misek sedesowych zastawiona różnego rodzaju stojakami, pojemnikami na odpady itp. Brak przewijaków zarówno dla dzieci jak i dorosłych.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Jeżeli na terenie obiektu, znajdują się toalety, przynajmniej jedna kabina dostępna dla obu płci musi być przystosowana do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Toalety powinny być otwarte i dostępne dla OzN bez potrzeby szukania klucza czy żetonów do automatu.

przestrzeń manewrowa:

- obszar manewrowy o minimalnych wymiarach 150x150 cm,
- wszystkie odpływy wody z poziomu posadzki oraz kratki podłogowe powinny znajdować się poza przestrzenią manewrową wózka,

urządzenia alarmowe:

- toalety powinny być wyposażone w przycisk lub linkę wzywania pomocy, znajdującą się na maksymalnej wysokości 40 cm od poziomu posadzki - linka/przycisk powinny aktywować alarm w pomieszczeniu obsługi,
- uruchamianie urządzeń alarmowych w toalecie nie powinno wymagać siły przekraczającej 30 N,

powierzchnie ścian i podłóg:

- zabrania się stosowania powierzchni połyskliwych, powodujących zjawisko olśnienia,
- ściany i podłogi powinny być ze sobą skonstrastowane; w przypadku braku takiej możliwości, wymagane jest stosowanie listew przypodłogowych lub cokołów w kontrastowym kolorze,
- wszystkie powierzchnie ścian oraz wszystkie powierzchnie podłóg powinny mieć jednolitą barwę, bez wzorów lub o wzorach o kontraście kolorystycznym mniejszym od LRV=20,
- podłogi i posadzki w toaletach powinny być wykonywane z materiałów antypoślizgowych, które, nawet zamoczone, nie spowodują niebezpieczeństwa dla użytkowników - w badaniu wg PN-EN 13036-4 lub PN-EN 14231 wartość poślizgu (PTV lub SRV) nawierzchni mokrej nie może być niższa niż 36 jednostek,

drzwi:

- wejście do toalety powinno być oznaczone za pomocą piktogramów na ścianach oraz informacją w alfabecie Braille'a,
- w ustępach ogólnodostępnych, do kabin przystosowanych dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami należy stosować drzwi otwierane na zewnątrz, o szerokości co najmniej 90 cm,
- wszystkie drzwi prowadzące do toalet powinny być kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skonstrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30),
- zaleca się montowanie drzwi bez siłowników. Ciężkie drzwi uniemożliwiają samodzielne otwarcie ich przez osobę poruszającą się na wózku inwalidzkim,
- ręczne otwieranie i zamykanie drzwi toalety nie powinno wymagać siły przekraczającej 60 N,
- zaleca się, aby drzwi toalety umożliwiały ich awaryjne otwarcie kluczem przez obsługę, włączniki światła powinny się znajdować na wysokości 80 - 110 cm od poziomu posadzki,

Zaleca się wyposażenie toalety w wieszaki na ubrania/bagaż - przynajmniej jeden na wysokości ok. 180 cm i przynajmniej jeden na wysokości ok. 110 cm. Przestrzeń wokół miski powinna uwzględniać różne sposoby (zależne od przyzwyczajenia lub schorzenia) przesiadania się z wózka na miskę ustępową.

Rodzaje transferu z wózka inwalidzkiego na muszlę ustępową:

a) transfer przedni lub transfer przedni z obrotem – wymaga dużej siły ramion.

Może być niewykonalny dla dużej części użytkowników,

b) transfer diagonalny,

c) transfer boczny,

obok muszli ustępowej, należy zapewnić przestrzeń wolną od przeszkód o szerokości min. 90 cm (zalecana z obydwu stron), górna krawędź deski powinna się znajdować na wysokości 42-48 cm, oś muszli nie bliżej niż 45 cm od ściany, deska klozetowa powinna być jednolita, bez wycięć, stabilna,

poręcze:

– montowane w odległości 30 - 40 cm od osi muszli (do osi poręczy) oraz na wysokości 70 - 85 cm (górna krawędź poręczy), oraz wystające 10 - 15 cm przed muszlę,

– długości 75 - 90 cm (podnoszone z obu stron muszli),

– w przypadku możliwości tylko jednostronnego przesiadania się, dopuszcza się montowanie jednego opuszczanego pochwyty i jednego mocowanego na stałe po przeciwnej stronie względem miejsca odstawczego, na wysokości 70 - 85 cm od posadzki, długości min. 80 cm, mocowane 20 - 30 cm od ściany za miską ustępową,

spłuczka:

–uruchamianie spłuczki może się odbywać automatycznie lub ręcznie, nie może być to spłuczka obsługiwana za pomocą nogi,

–przycisk spłuczki powinien się znajdować z boku miski ustępowej na wysokości nieprzekraczającej 80 - 110 cm (górna krawędź przycisku),

- podajnik papieru toaletowego powinien się znajdować na wysokości 60 - 70 cm od posadzki, w okolicy przedniej krawędzi miski ustępowej.

wysokość umywalki:

- górna krawędź na wysokości 75 - 85 cm od posadzki,

- dolna krawędź nie niżej niż 60 - 70 cm od posadzki,

- przestrzeń manewrowa przed umywalką o wymiarach 90x150cm, z czego nie więcej niż 40 cm tej przestrzeni może znajdować się pod umywalką,

baterie:

- powinny być uruchamiane dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie,

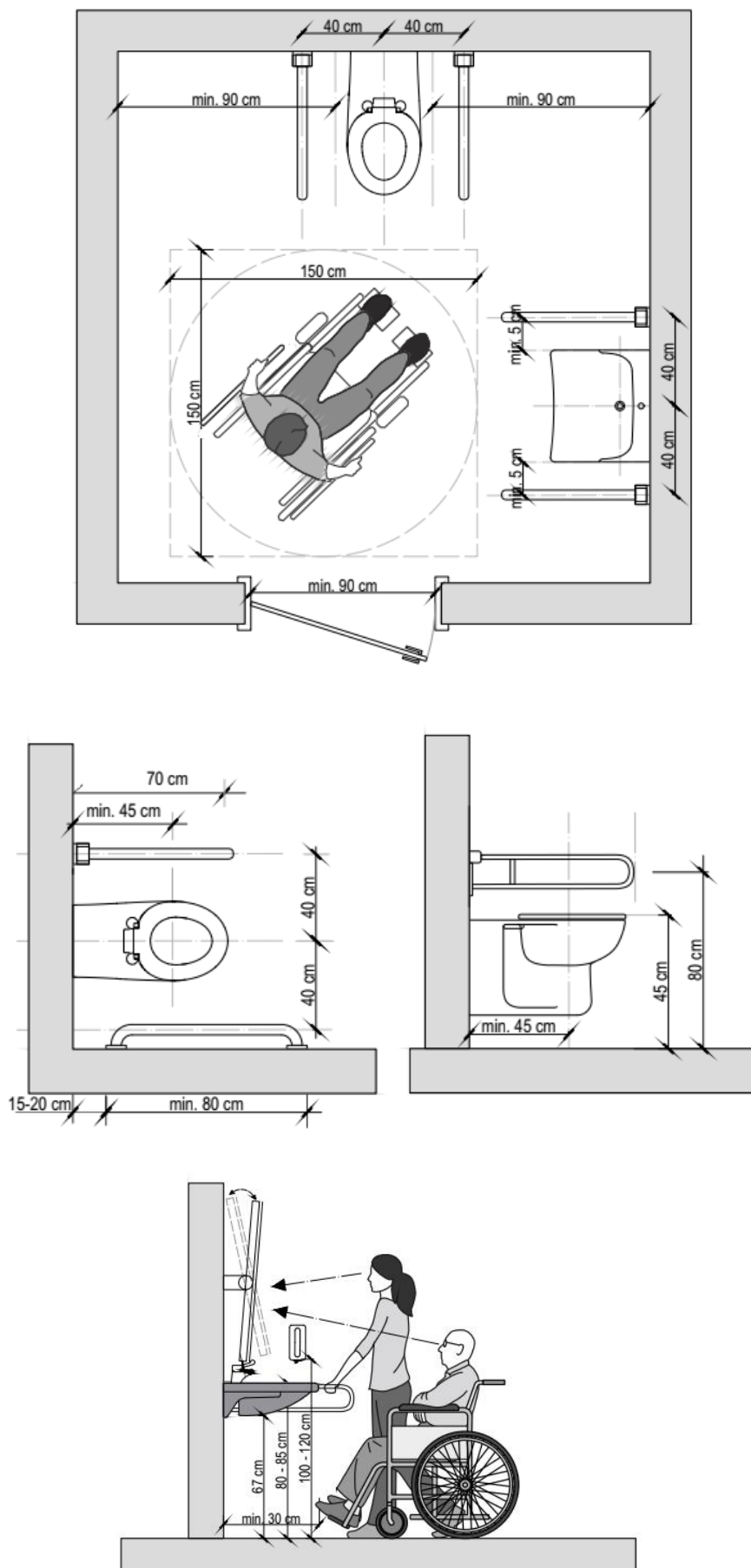
- nie należy stosować baterii obsługiwanych przy pomocy kurków,

- lustro powinno być zamontowane w taki sposób, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od poziomu posadzki lub bezpośrednio nad umywalką,

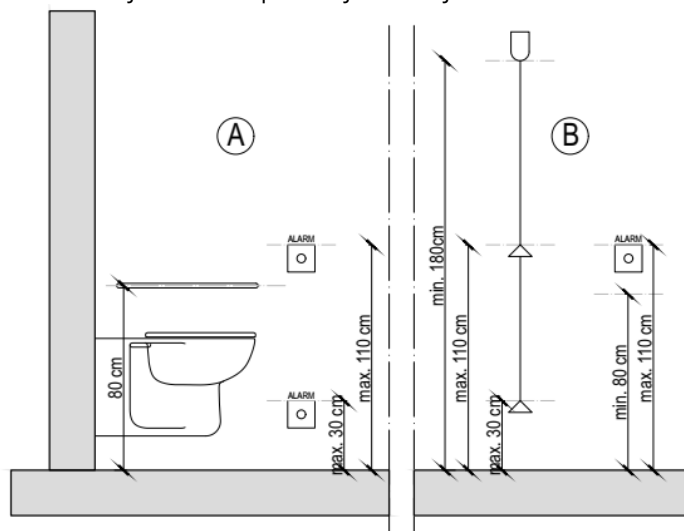
- dozownik mydła, suszarka/ręczniki powinny być zlokalizowane jak najbliżej umywalki na wysokości 80 - 110 cm od poziomu posadzki,

poręcze:

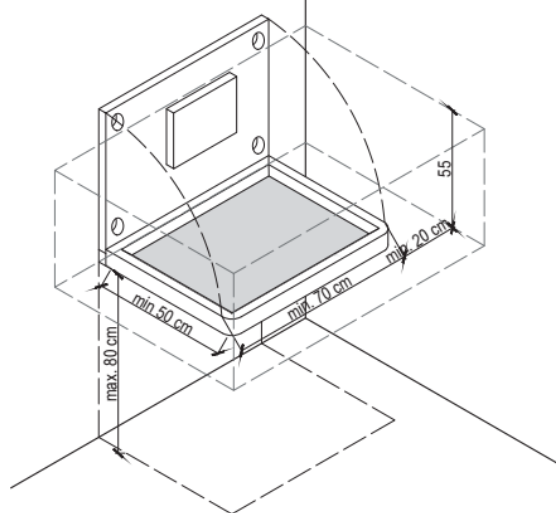
– montowane po obu stronach umywalki na wysokości 90 - 100 cm, w odległości nie mniejszej niż 5 cm pomiędzy krawędzią poręczy a umywalką



Rys 13 Toaleta dla osób z niepełnosprawnościami wymiary i wyposażenie



Rys 14 Schematy montażu instalacji alarmowej

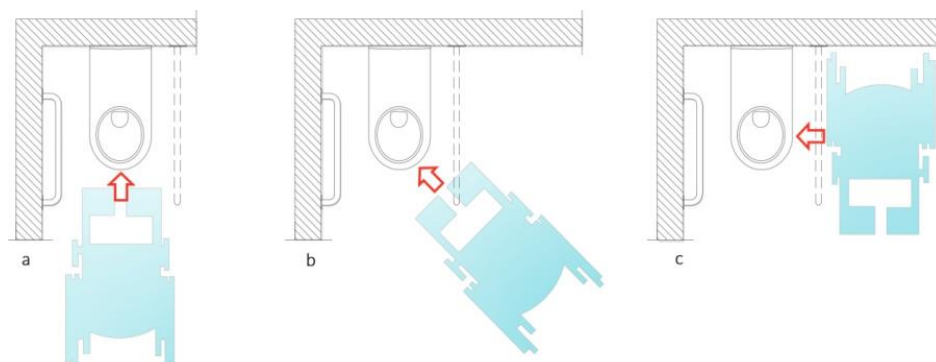


Rys 15 schemat strefy dostępu do przewijaka

Przestrzeń wokół miski powinna uwzględniać różne sposoby (zależne od przyzwyczajenia lub schorzenia) przesiadania się z wózka na miskę ustępową.

Rodzaje transferu z wózka inwalidzkiego na muszlę ustępową:

- transfer przedni lub transfer przedni z obrotem – wymaga dużej siły ramion. Może być niewykonalny dla dużej części użytkowników,
- transfer diagonalny,
- transfer boczny,



Obok muszli ustępowej, należy zapewnić przestrzeń wolną od przeszkód o szerokości min. 90 cm (zalecana z obydwu stron),

- górna krawędź deski powinna się znajdować na wysokości 42-48 cm,

- oś muszli nie bliżej niż 45 cm od ściany,

- deska klozetowa powinna być jednolita, bez wycięć, stabilna,

poręcze:

- montowane w odległości 30 - 40 cm od osi muszli (do osi poręczy) oraz na wysokości 70 - 85 cm (górna krawędź poręczy), oraz wystające 10 - 15 cm przed muszlę,

- długości 75 - 90 cm (podnoszone z obu stron muszli),

- w przypadku możliwości tylko jednostronnego przesiadania się, dopuszcza się montowanie jednego opuszczanego pochwyty i jednego mocowanego na stałe – po przeciwnej stronie względem miejsca odstawczego, na wysokości 70 - 85 cm od posadzki, długości min. 80 cm, mocowane 20 - 30 cm od ściany za miską ustępową

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.

Rekomenduje się zastosowanie jednoznacznej, intuicyjnej, informacji w całej przestrzeni budynku wskazującej umieszczenie toalety. Wyposażenie toalety w przycisk alarmowy oraz uchwyt na papier.

urządzenia alarmowe:

– toalety powinny być wyposażone w przycisk lub linkę wzywania pomocy, znajdującą się na maksymalnej wysokości 40 cm od poziomu posadzki - linka/przycisk powinny aktywować alarm w pomieszczeniu obsługi,

– uruchamianie urządzeń alarmowych w toalecie nie powinno wymagać siły przekraczającej 30 N,

- Podajnik papieru toaletowego powinien znajdować się na wysokości 60-70 cm od posadzki, w odległości 70-90 cm od tylnej ściany toalety,

– podłogi i posadzki w toaletach powinny być wykonywane z materiałów antypoślizgowych, które, nawet zamoczone, nie spowodują niebezpieczeństwa dla użytkowników - w badaniu wg PN-EN 13036-4 lub PN-EN 14231 wartość poślizgu (PTV lub SRV) nawierzchni mokrej nie może być niższa niż 36 jednostek,

– wejście do toalety powinno być oznaczone za pomocą piktogramów na ścianach oraz informacją w alfabecie Braille'a,



- wszystkie drzwi prowadzące do toalet powinny być kontrastowo oznaczone poprzez wykonanie całej powierzchni w kolorze kontrastującym z kolorem ściany (LRV > 30), lub oznaczenie ościeżnic w kolorze skontrastowanym z kolorem ściany (LRV > 30),
- zaleca się, aby drzwi toalety umożliwiały ich awaryjne otwarcie kluczem przez obsługę, włączniki światła powinny się znajdować na wysokości 80 - 110 cm od poziomu posadzki,

Treść rekomendacji 7

Ciągi komunikacyjne pionowe – Windy

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W budynku znajduje się winda wewnętrzna, nieprzystosowana dla OzN. Wymagana niezwłoczna wymiana szybu windy wraz z drzwiami wejściowymi. Winda zaczyna swój bieg na parterze budynku przy wejściu głównym i kieruje na wyższe kondygnację budynku, Winda nie zjeżdża na niższą kondygnację budynku do przychodni dziecięcej.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Rekomenduje się dostosowanie szybu windy oraz zewnętrznych drzwi, paneli i oznaczeń do potrzeb OzN.

WYMIARY KABINY ORAZ JEJ WYPOSAŻENIE

Wymagania/zalecenia:

- kabina dźwigu osobowego dostępna dla osób z niepełnosprawnością powinna mieć szerokość co najmniej 110 cm i długość 140 cm,
- po obu stronach kabiny powinny znajdować się ciągle poręcze, a ich górna część powinna znajdować się na wysokości 90 cm,
- w celu ułatwienia dostępu do przycisków lub elementów sterowniczych w poręczy powinna być przerwa, jeżeli kabinowy panel sterujący znajduje się na tej samej ścianie,
- różnica poziomów podłogi kabiny dźwigu, zatrzymującego się na kondygnacji użytkowej, i posadzki tej kondygnacji przy wyjściu z dźwigu nie powinna być większa niż 2 cm (optymalnie do 1 cm),
- zaleca się wyposażenie dźwigu osobowego w składane siedzenie na wysokości 50 cm od poziomu podłogi, o szerokości 40 - 50 cm, głębokości 30 - 40 cm i zdolności utrzymania obciążenia 100 kg,
- drzwi do kabiny powinny mieć szerokość 90 cm (zalecana 100 cm ze względu na osoby z wózkami bliźniaczymi i poruszające się na wózkach z napędem akumulatorowym),
- drzwi dźwigu powinny otwierać się i zamykać automatycznie, system powinien być oparty na czujnikach (np. podczerwień) zatrzymujących zamykanie drzwi jeszcze przed kontaktem fizycznym z przedmiotem lub osobą,
- na ścianie przeciwnej do drzwi wejściowych należy umieścić lustro, na wysokości maksymalnie 40 cm od poziomu podłogi, umożliwiające osobie poruszającej się na wózku inwalidzkim sprawdzenie, czy za jej plecami nie znajduje się żadna przeszkoda i czy może bezpiecznie opuścić kabinę, stosowanie lustra nie jest konieczne, jeżeli wymiary kabiny są większe niż 150x150 cm.
- kabina, jak i szyb, powinny być przeszklone, co jest korzystne dla osób z zaburzeniami psychicznymi (klaustrofobia), gdyż niwelują poczucie zamknięcia,
- kabina dźwigu i panele kontrolne powinny być dobrze oświetlone

ZEWNĘTRZNY PANEL STERUJĄCY

Wymagania/zalecenia:

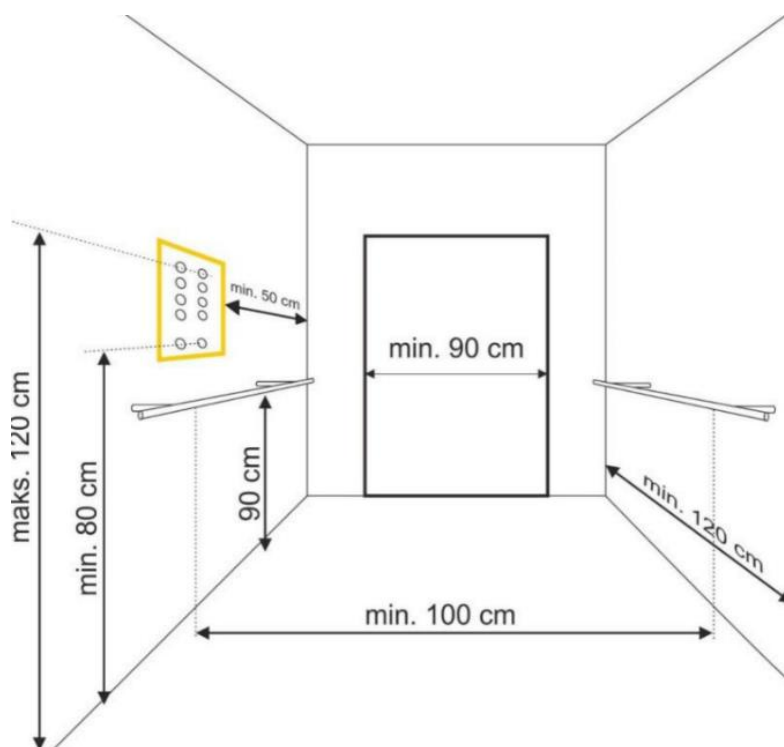
- zewnętrzny panel sterujący należy umieścić na wysokości 80 - 120 cm od posadzki, sygnalizacja przyjazdu dźwigu osobowego:

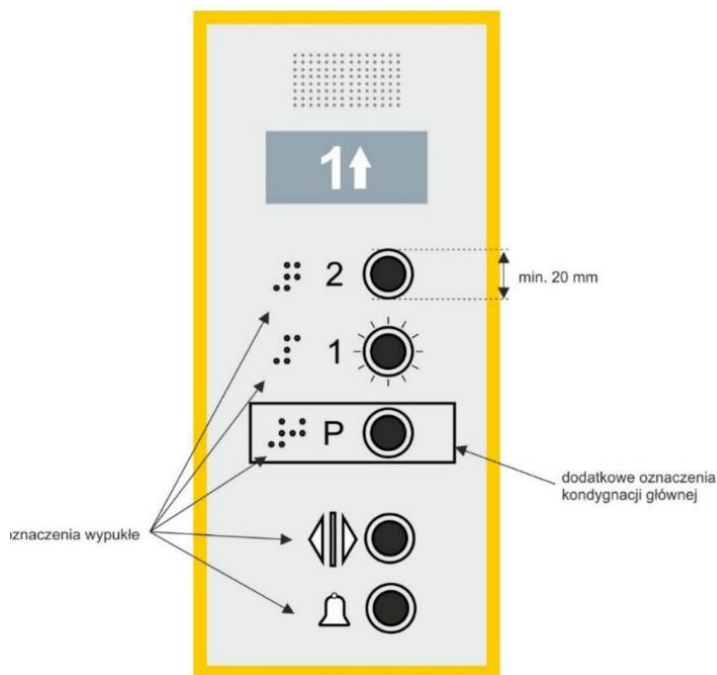
- przy każdych drzwiach do dźwigu należy umieścić sygnalizację świetlną i dźwiękową informującą, który dźwig osobowy przyjechał oraz w którą stronę zmierza,
 - pojedynczy sygnał dźwiękowy powinien oznaczać wjazd do góry, podwójny zjazd na dół,
 - wskazana jest również informacja słowna „w górę” i „na dół”,
- należy stosować panele z wypukłymi klawiszami.

WEWNĘTRZNY PANEL STERUJĄCY

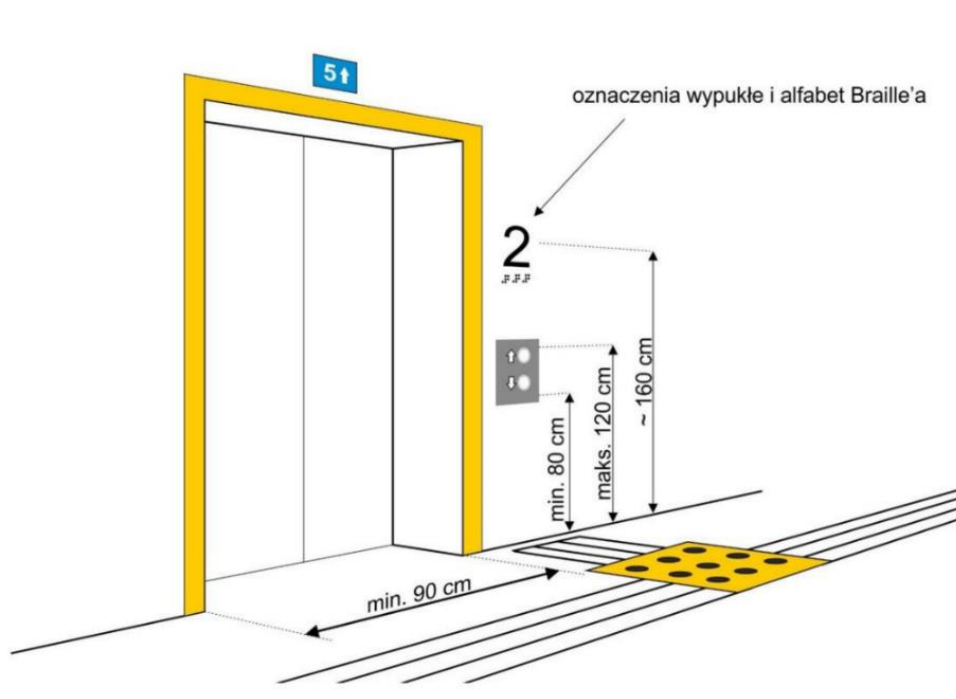
Wymagania/zalecenia:

- panel sterujący w kabinie powinien być zamontowany na wysokości 80 - 120 cm nad podłogą i w odległości 50 cm od naroża kabiny,
- panel sterujący w kabinie powinien być umieszczony na ścianie następująco:
 - w przypadku drzwi otwieranych centralnie powinien znajdować się po prawej stronie wejścia do kabiny;
 - w przypadku drzwi otwieranych jednostronnie powinien znajdować się po stronie zgodnej z kierunkiem zamykania drzwi,
- przyciski piętrowe powinny znajdować się nad przyciskami alarmu i drzwi
- przyciski pojedyncze powinny być ustawione w jednym rzędzie, pionowo lub poziomo (zalecane), odpowiednio: od dołu do góry przy układzie pionowym i od lewej w układzie poziomym, w przypadku większej ilości przycisków rozmieszczenie ich powinno być mijankowe dla lepszego rozpoznania kolejności pięter (PN-EN 81-70: 2005 „Przepisy bezpieczeństwa dotyczące budowy i instalowania dźwigów)
- wewnętrzny panel sterujący powinien być wyposażony w dodatkowe oznakowanie dla osób niewidomych i niedowidzących (wypukłe opisy, cyfry lub symbole oraz oznaczenia w alfabecie Braille'a) oraz informację głosową,
- przycisk przystanku wyjściowego z budynku powinien wystawać 5 mm (± 1 mm) ponad pozostałe przyciski (zalecany kolor zielony)





Rys 16 Wymiary windy, oznaczenie panelu



Rys 17 obszar dojścia do windy

Treść Rekomendacji 8

Elementy wyposażenia budynku ułatwiające poruszanie się i odnajdywanie drogi, zastosowanie piktogramów i oznaczeń.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W budynku szerokie ciągi komunikacyjne, wymalowane w różnej kolorystyce, brak jednolitych kolorów. Niektóre kolory na lamperii powodują odbłaski świetlne. Brak pasów prowadzących w

ciągach komunikacyjnych. Brak kontrastów w ciągach komunikacyjnych. Brak tablicy informacyjnej z rozmieszczeniem gabinetów i wskazaniem toalet. Brak kontrastów drzwi z tłem oraz kontrastowych ościeżnic.

Brak spójnego systemu informacji w budynku. Tabliczki przy drzwiach o różnej kolorystyce z bardzo małą nieczytelną czcionką, umieszczone za taflą szklaną powodującą odbłaski. Ogólna tablica informacyjna bardzo słabo czytelna, brak wskazania kierunku gabinetu.

Brak piktogramów i informacji w którym kierunku znajduje się toaleta lub winda.

W całej przestrzeni ciągów komunikacyjnych łącznie z drzwiami wejściowymi bardzo dużo różnego typu kartek i naklejek informacyjnych powodujących totalny chaos informacyjny szczególnie u osób niedowidzących i z niepełnosprawnością intelektualną.

Sposób wykorzystania rekomendacji

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 (zalecane białe litery na niebieskim 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.

Rozwiązania te powinny być wspomagane liniowymi elementami kierunkowymi 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, 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 oślepiło 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.

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 przyścienne, elementy wykończenia i wyposażenia, w tym meble służące oczekiwaniu i odpoczynkowi pacjentów.

Należy unikać stosowania jakichkolwiek elementów wystających ze ścian na wysokości od 0,7–2,4 m. Należy zwracać szczególną uwagę na jakość montażu wszelkich uchwytów, bowiem przenoszą one bardzo duże obciążenia. Przy planowaniu montażu uchwytów na ścianach wykonanych w technologii suchej zabudowy lub innych ścianach lekkich należy przewidzieć dodatkowe wzmocnienia zgodnie z normami.

Obowiązkowe jest wykonanie poręczy wzdłuż ciągów komunikacyjnych. Poręcze montowane na korytarzach muszą zapewniać pewny chwyt wszystkim ich użytkownikom.

Istotnym aspektem projektowania placówek dla osób starszych, z chorobami neurologicznymi, niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi jest wprowadzenie uzupełniających elementów aranżacji wewnątrz 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, (Zaburzenia funkcji kognitywnych. U chorych można zaobserwować problemy z pamięcią, mową, myśleniem oraz zmiany osobowości. Zaburzenia funkcji poznawczych towarzyszą w: chorobie Alzheimera, chorobie Parkinsona, otępieniu czołowo-skroniowemu, zanikowi korowo-podstawnemu, chorobie Huntingtona, otępieniu naczyniopochodnym) 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.

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.

Piktogramy należy zaprojektować i wykonać zgodnie z normą PN-ISO 3864-1:2006

„Symbole graficzne – Barwy bezpieczeństwa i znaki”

Przeważnie nie jest możliwe zapewnienie takiej samej czytelności piktogramów dla osób widzących i słabowidzących. Osoby z dysfunkcją wzroku będą odczytywały znaki z dużo mniejszej odległości niż osoby, które dobrze widzą – a im większe znaki, tym ich czytelność będzie większa. Dlatego należy umożliwić osobom z niepełnosprawnością wzroku dostęp do informacji w co najmniej jednej z dodatkowych modalności tzn. w formie dotykowej (piktogramy dotykowe, opis pismem Braille’a) lub w formie dźwiękowej. Z uwagi na ilość przekazywanych informacji preferowany jest dostęp do informacji dźwiękowej poprzez uruchomienie informacji przyciskiem lub z możliwością odsłuchania na indywidualnym urządzeniu mobilnym.

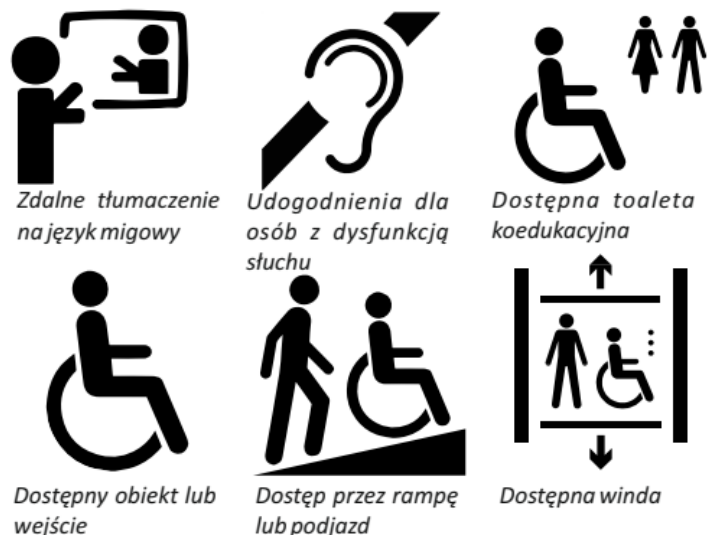
Oznaczenia, symbole i piktogramy należy stosować konsekwentnie na całej długości trasy.

W jednym punkcie dozwolone jest użycie maksymalnie pięciu piktogramów, razem ze strzałką kierunkową, wskazujących jeden kierunek i umieszczonych obok siebie.

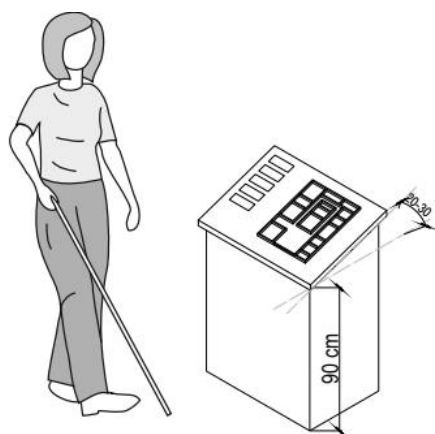
Znaki (piktogramy) i napisy powinny znajdować się na poziomie oczu (tj. 145 - 165 cm), należy stosować litery o prostym kroju, bez kursywy, krój bezszeryfowy (np. Arial, Tahoma), na matowym, kontrastowym tle.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Związku Niewidomych tekst czytelny dla osób słabowidzących powinien być jak największych wymiarów, zgodny z zaleceniami zawartymi w poniższej tabeli:

ODLEGŁOŚĆ, Z JAKIEJ NAPIS MA BYĆ WIDOCZNY	WIELKOŚĆ PISMA
30 m	52-104 cm
25 m	44-87 cm
20 m	35-70 cm
15 m	26-52 cm
10 m	17-35 cm
5 m	9-18 cm
2 m	3,5-7 cm
1 m	1,8-3,5 cm
30 cm	0,5-1 cm
25 cm	0,4-0,9 cm



Rys 18 Przykładowe piktogramy



Rys 19 Tablica informacyjna tyflograficzna

Dla lepszego rozpoznawania oznaczeń przez osoby z wadami wzroku zaleca się stosowanie kontrastu barwnego pomiędzy tłem, a elementami oznaczeń. Należy wskazać, iż kolor żółty jest kolorem najdłużej postrzeganym (rozpoznawalnym) przez osoby tracące wzrok.

Kontrast barwny mierzy się poprzez porównanie współczynników odbicia światła tzw. LRV (ang. Light Reflectance Value). Współczynnik odbicia światła to całkowita ilość światła odbitego od powierzchni (np.: posadzki, ściany, wykończenia stopni schodów itp.) na każdej długości fali i we wszystkich kierunkach po podświetleniu źródłem światła. Kontrast w procentach jest określony wg wzoru

$$C = [(L1-L2) / L1] \times 100, [\%]$$

Gdzie:

L1 – wartość współczynnika odbicia światła (LRV) w jasnym obszarze,

L2 – wartość współczynnika odbicia światła (LRV) ciemniejszej powierzchni.

Produkty poddane ocenie kontrastu wizualnego mierzonego na podstawie współczynnika odbicia światła (LRV) powinny wyraźnie odróżniać się pod względem dwóch powierzchni stycznych. Im większa będzie różnica współczynnika LRV pomiędzy dwoma powierzchniami, tym większą różnicę zanotuje ludzkie oko. Oprócz koloru na wartość współczynnika LRV mają również wpływ takie czynniki jak struktura czy połysk powierzchni.

COLOR



CONTRAST VALUE RELATIONSHIP

82	13	62	24	28	56	7	38	32	84	78
13	79	56	12	17	50	7	47	21	82	75
82	79	52	76	75	58	80	89	73	16	5
62	52	56	50	47	12	59	76	44	60	44
24	76	12	50	6	43	18	53	11	80	72
28	75	17	47	6	40	22	56	5	79	70
57	58	50	12	43	40	53	73	37	65	51
7	80	7	59	18	22	53	43	26	84	77
38	89	47	76	53	56	73	43	58	91	89
32	73	21	44	11	5	37	26	58	78	69
84	16	82	60	80	79	65	84	91	78	28
78	14	75	44	72	70	51	77	89	69	28

Rys 20 Porównanie współczynników LRV

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:

- 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 krzesła 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 skontrastowane z otoczeniem, aby z łatwością odróżnić meble od ścian i podłóg;
- tapicerka powinna być zmywalna oraz lekko fakturowana i przyjemna w dotyku.

Elementy wiszące

Brzeg elementów wiszących, których dolna krawędź znajduje się poniżej 2,2 m (np. gabloty), nie może znajdować się dalej niż 10 cm od płaszczyzny ściany. Odległość ta może być większa, jeżeli:

- element taki zasygnalizuje się progiem o wysokości min. 10 cm. W takim wypadku element nie może wystawać więcej niż 10 cm poza ten próg,

- dolna krawędź elementu znajduje się nie wyżej niż 30 cm od posadzki, a w przypadku elementów wymagających podjazdu pod nie wózkami inwalidzkimi nie wyżej niż 68 cm od posadzki.
 - element znajduje się we wnęce i nie istnieje ryzyko wpadnięcia na niego.
- W żadnym jednak wypadku nie może wystawać więcej niż 50 cm od ściany.
- Tablice informacyjne, reklamy i podobne urządzenia należy sytuować, wykonywać i mocować w taki sposób, aby nie stanowiły zagrożenia bezpieczeństwa użytkowników.
- Miejsce ich usytuowania powinno być stałe.
 - Miejsce ich usytuowania nie powinno kolidować z przestrzenią komunikacyjną.
 - Jeżeli odstają od ściany o więcej niż 10 cm, ich dolna krawędź nie może znajdować się wyżej niż 30 cm lub niżej niż 220 cm od posadzki.
 - Tablice informacyjne powinny być umieszczone i wykonane w sposób umożliwiający korzystanie z nich maksymalnie dużej grupie osób, w tym osobom niewidomym (np. poprzez oznaczenia dotykowe).

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 oślnienie, także przy przejściu między pomieszczeniami.

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

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

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).

Szczególną 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 oślepiania. Zasadą jest, aby użytkownik nie widział bezpośrednio źródła światła.

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 bezpieczeństwo 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.

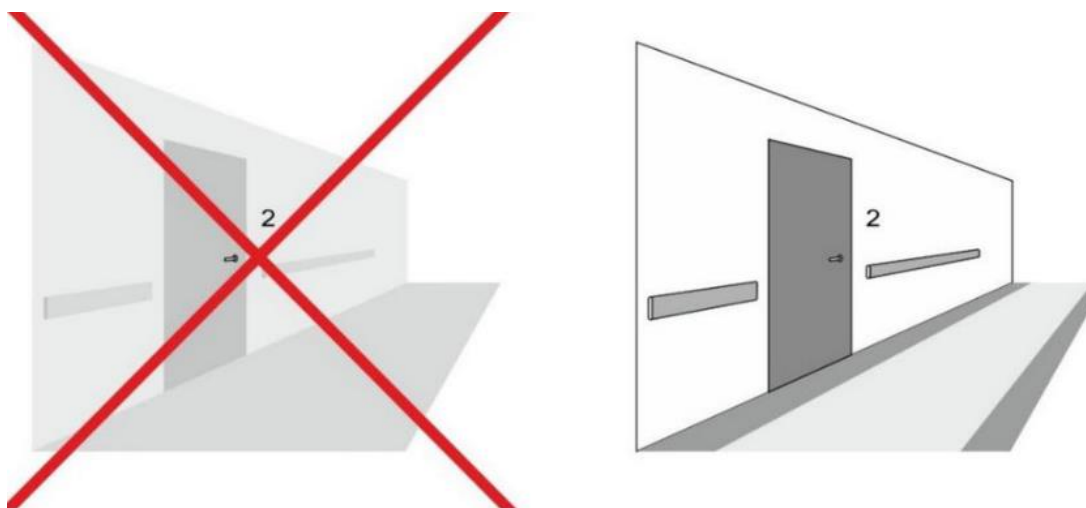
Mechanizmy otwierania i zamykania elementów przysłaniających powinny być montowane na wysokości nie większej niż 1,4 m (zalecane 0,8 - 1,2 m).

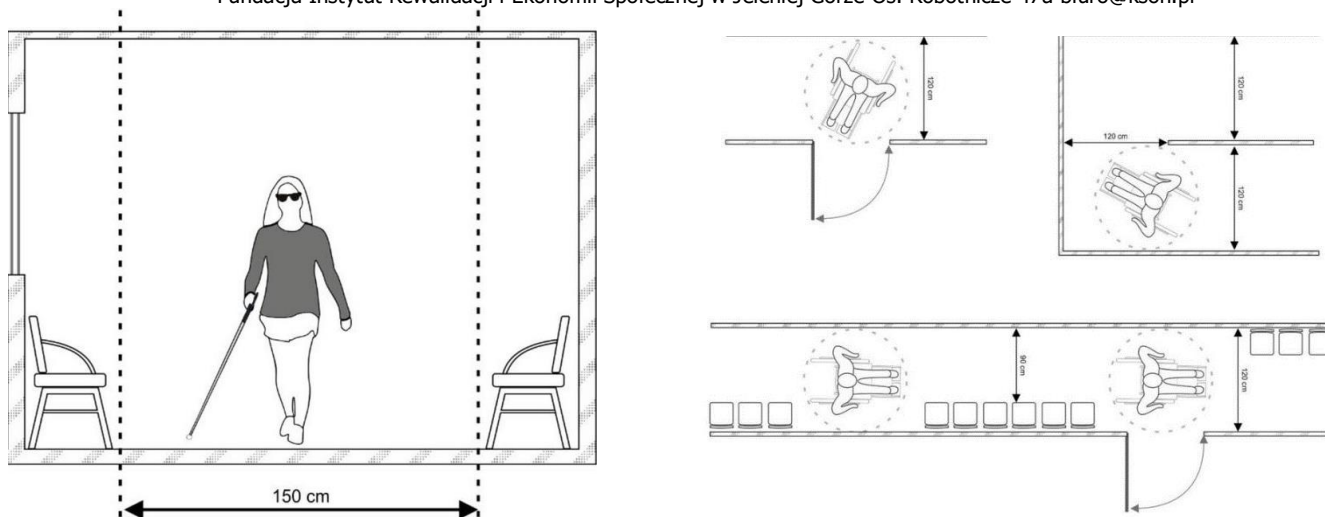
Systemy ogrzewania, wentylacji i klimatyzacji powinny gwarantować odpowiedni poziom komfortu pacjentów i zapewniać: prawidłowy rozdział powietrza w pomieszczeniach, prawidłową prędkość powietrza, jego czystość oraz ochronę przed uciążliwymi zapachami.

Należy stosować rozwiązania techniczne centralnego ogrzewania zabezpieczające przed poparzeniem. Zaleca się stosować ogrzewanie podłogowe lub grzejniki zasłonięte trudnym do usunięcia ekranem ochroniającym 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).

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.





Rys 21 szerokości i kontrasty ciągów komunikacyjnych

Treść Rekomendacji 9

Gabinety lekarskie i zabiegowe

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W budynkach przychodni kilkanaście gabinetów lekarskich, gabinety zabiegowe, gabinety usg, gabinety ginekologiczne. Sprawdzane gabinety niewielkich rozmiarów, Brak sprzętu medycznego dostępnego dla OzN, leżanki stałe bez regulowanej wysokości, brak regulowanych foteli ginekologicznych, brak podnośników.

Przychodnia posiada 2 elektryczne stoły rehabilitacyjne z możliwością obniżenia do poziomu 43-48 cm od podłogi. Sala do rehabilitacji dość obszerna zapewniająca miejsce podjazdu wózkiem z trzech stron stołu rehabilitacyjnego. Przychodnia posiada także, wózki inwalidzkie zapewniające większą mobilność pacjentów, elektroniczną wagę krzesłkową, mobilny aparat usg i aparaty EKG. Leżanki w gabinecie EKG drewniane o wysokości 55 cm dostosowanej do przesiadki z wózka inwalidzkiego. Powyższy sprzęt został zakupiony z programu dotacyjnego, lecz jest niewystarczający dla potrzeb przychodni i liczby obsługiwanych pacjentów. Brakuje przewijaków zarówno dla dzieci jak i dorosłych, leżanek z regulowaną wysokością, fotela ginekologicznego, podnośników.

Sposób wykorzystania rekomendacji

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 dojazdów i wejść do gabinetu, wyposażenie gabinetu w dostępny sprzęt i odpowiednie jego umieszczenie w przestrzeni, zaplanowanie odpowiedniego zakresu wolnej przestrzeni podłogi do manewrowania oraz do przemieszczania się na boki i użycia podnośników.

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

przeźren 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).

Przeźren 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 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 bezpośrednio połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet.

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.

Gabinety lekarskie i zabiegowe powinny mieć zapewnione oświetlenie światłem dziennym i sztucznym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświetlenie gabinetów powinno być równomierne i zapewniać odpowiednie warunki użytkowania całej ich powierzchni. Oświetlenie połączonych ze sobą pomieszczeń nie powinno wykazywać różnic natężenia, wywołujących olśnienie, 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 oślepienia.

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

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).

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 ochraniającym 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 dobiegającymi z dróg komunikacji ogólnej i poczekalni. W pomieszczeniu należy unikać pogłosu.

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 gabiny 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 wyposażać 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 rozszerzenia powierzchni stołu poprzez zastosowanie podgłówek i podnóżków dla różnych opcji podparcia i pozycjonowania pacjenta.

Przemieszczenie pacjenta ze znacznymi ograniczeniami z zakresu mobilności wymaga użycia sprzętu, takiego jak platforma transferowa czy podnośnik. Dla 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)

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:

- 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 krzesel 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.

Treść Rekomendacji 10

Drogi ewakuacyjne i systemy alarmowe

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W budynkach brak systemu alarmowego wskazującego drogę ewakuacji dźwiękiem lub światłem, system piktogramów wskazujących drogę ewakuacji niekompletny w niektórych obszarach. Brak przycisków alarmowych, brak specjalnego sprzętu do ewakuacji OzN.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie przeciwpożarowej z dnia 24 sierpnia 1991 r, właściciel, zarządca lub użytkownik budynku, obiektu lub terenu jest zobowiązany m. in. do:

- zapewnienia osobom przebywającym w budynku, obiekcie lub na terenie bezpieczeństwa i możliwości ewakuacji,
- zaznajomienia pracowników z przepisami przeciwpożarowymi,
- ustalenia sposobu postępowania na wypadek powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia.

Wymagania w zakresie ochrony pożarowej:

- zastosowanie na drogach ewakuacyjnych i w pomieszczeniach obiektów przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnościami dźwiękowego systemu ostrzegawczego DSO (VES -Voice Evacuation System) emitującego sygnały głosowe informujące o kierunku ewakuacji lub o położeniu najbliższych wyjść ewakuacyjnych,
- wyposażenie holu windowego w intercom pożarowy z przekierowaniem do pomieszczenia ochrony (security room),
- zastosowanie znaków bezpieczeństwa dotyczących ewakuacji, oświetlonych wewnątrz,
- zastosowanie na drogach ewakuacyjnych awaryjnego oświetlenia ewakuacyjnego,
- zastosowanie w systemach sygnalizacji pożarowej sygnalizatorów świetlnych i akustycznych,
- zastosowanie żółtej, czyli o największym kontraście względem otoczenia, barwy drzwi ewakuacyjnych,

- zastosowanie dodatkowej oprawy oświetleniowej stale pracującej nad wyjściami ewakuacyjnymi. Osobom z niepełnosprawnością wzroku należy zapewnić dostęp do informacji o kierunkach ewakuacji. W przypadku osób z dysfunkcjami słuchu – informacji o zagrożeniu i rozpoczęciu ewakuacji np. poprzez nadawanie informacji na monitorach wielkoformatowych.

Informacja dotykowa o kierunkach ewakuacji w postaci piktogramów dotykowych powinna być montowana w łatwo dostępnych miejscach (na poręczach lub narożnikach ścian).

Droga ewakuacji powinna być wolna od przeszkód i pozwalać osobie z ograniczeniami mobilności i percepcji na samodzielną ewakuację z budynku. Jeżeli nie jest to technicznie możliwe, należy tym osobom zagwarantować możliwość schronienia w specjalnych pomieszczeniach lub w miejscach oczekiwania na ewakuację zlokalizowanych w obrębie ewakuacyjnych klatek schodowych na czas potrzebny do przybycia ekip ratowniczych.

Miejsca oczekiwania na ewakuację powinny być odpowiednio zabezpieczone, o zwiększonej ochronie przeciwpożarowej i odpowiednio wyposażone w środki ochrony ppoż. i komunikacji z ekipami ratowniczymi.

Gdy w obiekcie nie ma specjalnych dźwigów osobowych do ewakuacji w czasie pożaru należy bezwzględnie zaprojektować pomieszczenia schronienia na wypadek pożaru.

Pomieszczenia schronienia należy lokalizować w pobliżu dróg ewakuacyjnych jako wydzieloną część klatek ewakuacyjnych lub jako niezależne pomieszczenia o podwyższonej ochronie przeciwpożarowej w bliskiej odległości od drogi ewakuacji.

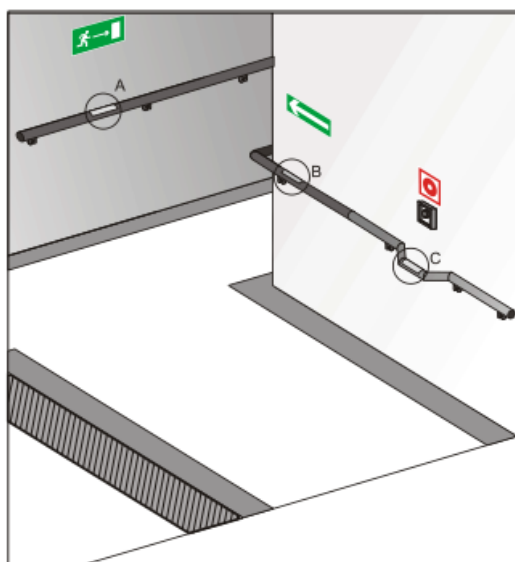
Miejsce oczekiwania osób z niepełnosprawnościami na ewakuację z obiektu:

zaleca się lokalizować na klatkach schodowych. Miejsce oczekiwania nie może ograniczać szerokości drogi ewakuacji, powinno być wyposażone w urządzenia komunikacji, pozwalające na dwukierunkową łączność ze służbami odpowiedzialnymi za ewakuację, komunikacja powinna być zapewniona min. dwoma sposobami, powinno być wyposażone w środki gaśnicze, koce ochronne i specjalne siedzisko do ewakuacji osób o ograniczonych możliwościach ruchowych.

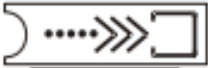
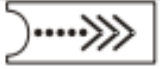



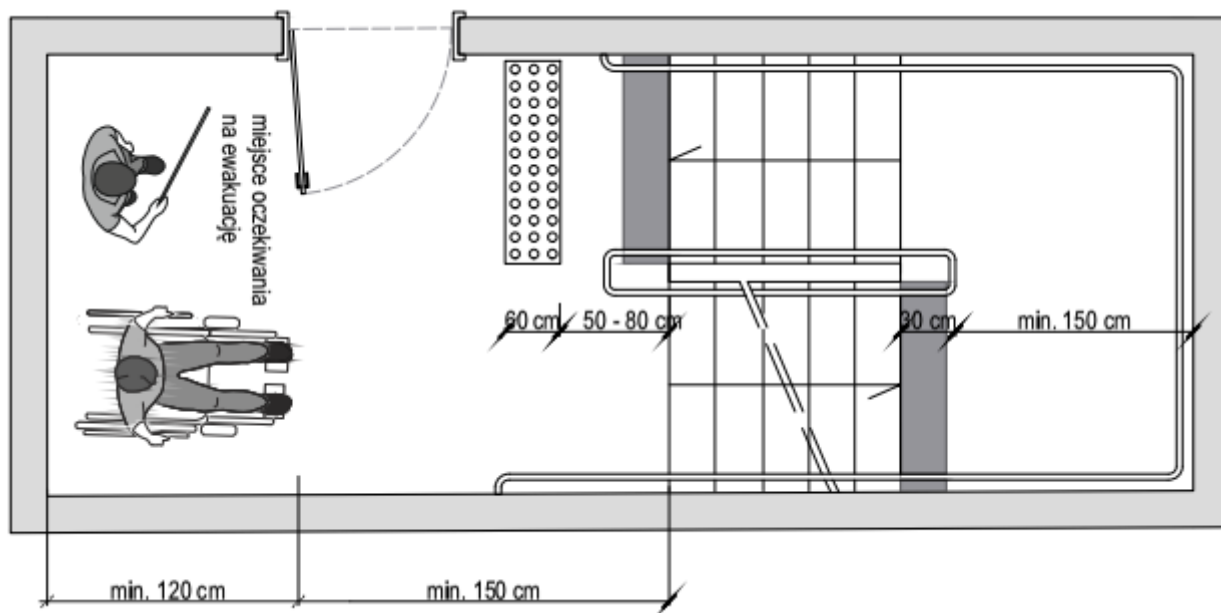
Rys 22 przykład piktogramów dostępnej drogi ewakuacji





Przykłady dotykowych oznaczeń fakturowych (skala pomniejszona):

- A  Kierunek do wyjścia drogi ewakuacyjnej w prawo
- B  Kierunek drogi ewakuacyjnej
- C  Przycisk alarmowy - uruchamianie ręczne



Rys 23 miejsce oczekiwania na zbiórkę

Treść Rekomendacji 11

Zastosowanie bezpośredniego lub zdalnego dostępu do tłumacza języka migowego

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W przychodni zapewniony jest dostęp do tłumacza języka migowego. Brak piktogramu wskazującego możliwość skorzystania z usługi PJM.

Przychodnia ma możliwość zarejestrowania pacjenta na wizytę za pośrednictwem tłumacza PJM. Do domu pacjenta tłumacz dzwoni w imieniu przychodni i rejestruje daną osobę na wizytę. Rejestracja osobista w budynku - Pacjent przy pomocy asystenta osoby o szczególnych potrzebach (rejestratorki) zapraszany jest do wolnego gabinetu lekarskiego i łączy Pani rozmowę z tłumaczem. Zapewniony jest sprzęt komputerowy wraz z kamerką przenośną dostępną w rejestracji. Przychodnia daje możliwość, aby pacjent przy użyciu własnego telefonu komórkowego tzw. smartfona łączył się bezpośrednio sam i przekazał telefon Pani z rejestracji. Personel rejestracji również posiada telefony służbowe i są udostępniane na życzenie pacjenta w celu skorzystania z usług tłumacza.

Placówka posiada trzy przenośne pętle indukcyjne, w dwóch punktach rejestracji, oraz 1 do wykorzystania w punktach zabiegowy czy gabinetach lekarskich. Pętlę wyposażona jest dodatkowo w słuchawkę. Piktogram informacyjny o dostępnej pętli indukcyjnej jest naklejoy na stanowisku Rejestracji przy wejściu głównym.

Sposób wykorzystania rekomendacji

W celu zwiększenia dostępności urzędu dla osób niesłyszących, posługujących się Polskim Językiem Migowym zaleca się zastosowanie rozwiązania ułatwiającego kontakt z takimi osobami. Spełnieniem rekomendacji może być zatrudnienie tłumacza języka migowego lub też skorzystanie z dostępnych na rynku usług zdalnego tłumacza języka migowego. Usługa polega na tłumaczeniu w czasie rzeczywistym rozmowy z osobą niesłyszącą za pośrednictwem internetowej wideo konferencji zapewniającej wysoką jakość obrazu. Nieodzowne jest przeszkolenie całego personelu Rejestracyjnego oraz wybranych lekarzy ogólnego kontaktu w obsłudze aplikacji do inicjowania tłumaczeń w PJM.

Pierwszym językiem głuchych klientów jest Polski Język Migowy, który ma odrębną od polskiego gramatykę i składnię. W związku z tym Głusi mają trudności ze zrozumieniem tekstu pisanego w języku polskim, a osoba nieznająca języka migowego ma problem ze zrozumieniem szyku zdań napisanych przez osobę głuchą.

Aby zlikwidować tę barierę komunikacyjną, rekomenduje się usługę natychmiastowego połączenia wideo z tłumaczem języka migowego z poziomu przeglądarki internetowej, aplikacji mobilnej oraz dowolnego urządzenia wyposażonego w kamerę i z podłączeniem do Internetu.

Tłumacz on-line języka migowego jest najtańszą i najbardziej efektywną możliwością zapewnienia dostępności zgodnie z Ustawą o języku migowym i innych środkach komunikowania się z dn. 19 sierpnia 2011 r. Zapewnia ono dostępne wsparcie tłumacza w każdej chwili – wystarczy przygotować stanowisko ze sprzętem komputerowym.

Zalecenia

- wyznaczenie stanowiska obsługi osób głuchych
- odpowiednie oznaczenie stanowiska - najlepiej w widocznym miejscu, tak by osoba głucha wiedziała, gdzie należy się kierować - także przy wejściu do budynku
- przeszkolenie personelu w zakresie obsługi osoby głuchej



Rys 24 oznaczenie stanowiska Tłumacza Języka Migowego

W przypadku wsparcia ludzi z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu, promuje się alfabet Lorma jako najbardziej sztanदारową metodą komunikacji osób głuchoniewidomych. Polega ona na kreśleniu linii i punktów osoby, której chce się coś powiedzieć.

Jedną z łatwiejszych do nauczenia się, a przy tym bardzo skuteczną metodą komunikacji, z których możemy skorzystać chcąc porozumieć się z osobą głuchoniewidomą jest Alfabet Lorma – stworzony przez głuchoniewidomego dla głuchoniewidomych. Stanowi uniwersalną metodę komunikacji, wspólną dla wszystkich głuchoniewidomych. Może służyć jako podstawowy lub przejściowy sposób porozumiewania się, jest to najbardziej praktyczny system komunikacji ze wszystkich używanych w środowisku form komunikacji dotykowej.

Lorm polega na kreśleniu linii lub stawianiu punktów na dłoni, które odpowiadają poszczególnym literom. Może to być jej wewnętrzna bądź zewnętrzna strona, prawa lub lewa ręka. Można pisać jednym palcem, a gdy osiągnie się dużą biegłość – wszystkimi na raz.

W wielu krajach europy słowo "lorm" mieści się od dawna w podstawowym słowniku każdej osoby głuchoniewidomej i jej bliskich, jak również instruktorów, nauczycieli, tłumaczy-przewodników, wolontariuszy oraz studentów pedagogiki specjalnej. Również w Polsce ta metoda komunikacji ma wielu zwolenników, a każdy tłumacz-przewodnik potrafi się nią porozumieć.

Lorm ma wiele zalet: prostota, małe ryzyko błędu, szybkie tempo przekazu, wzajemna komunikacja największej liczby osób głuchoniewidomych, komfort pracy tłumaczy. Przekazywania komunikatów za pomocą Lorma można nauczyć się w kilkadziesiąt minut. Następnie pozostaje tylko trening, aby nauczyć się szybkiego odczytywania, które jest nieco trudniejsze.

Zalety używania alfabetu Lorma

- Mogą ją stosować wszyscy
- Nie wymaga właściwego oświetlenia, nagłośnienia
- Komunikaty przekazywane alfabetem Lorma są jednoznaczne
- Można porozumiewać się w marszu, w tłoku, w tańcu, na tandemie
- Zapewnia pełną dyskrecję
- Sprawia, że nie zwraca się nadmiernie uwagi otoczenia
- Małe ryzyko błędu
- Szybkość przekazy w porównaniu do np. kreślenia liter łańskich
- Dowolność – lewa / prawa, zewnątrz / wewnętrzna strona ręki

Treść Rekomendacji 12

Umieszczanie na stronie internetowej treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania Easy-To-Read (ETR),.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

Z analizy strony internetowej <https://www.pczlwowek.pl/> wynika, iż przychodzi udostępnić możliwość tłumaczeń w języku migowym, dostępne są także formularze (wnioski) o zapewnienie dostępności niestety nie w formie formularza aktywnego online tylko w wersji edytowalnej do wydrukowania i wysłania. Nie znaleziono oznaczeń ani treści tekstu łatwego do czytania ETR.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Easy to read jest metodą tworzenia informacji pisanej. Informacja easy to read powinna być łatwa w znalezieniu, przeczytaniu i zrozumieniu. Od pierwszych liter słów easy to read, powstał skrót ETR. Skrót jest powszechnie stosowany na całym świecie i nie ma polskiego odpowiednika.

W celu realizacji zapisów Konwencji, w 2009 roku powstał standard tworzenia informacji z wykorzystaniem metody easy to read. Standard opracowała organizacja Inclusion Europe będące Europejskim Zrzeszeniem Stowarzyszeń Osób Niepełnosprawnych Intelakualnie i ich Rodzin. Dokument nazywa się „Information for all: European standards for making information easy to read”. Polskie tłumaczenie nazwy dokumentu: Informacja dla wszystkich: Europejskie Standardy przygotowania tekstu łatwego do czytania i rozumienia. Opracowane zasady pomagają stworzyć informację dostępną dla wszystkich.

Zasady publikacji tekstu łatwego do czytania i zrozumienia
Tekst łatwy do czytania a prosta polszczyzna Często błędem jest mylenie tekstu łatwego do czytania i rozumienia z prostą polszczyzną. Prosta polszczyzna również ma za zadanie ułatwić czytelnikowi zrozumienie treści. Jednakże tekst przygotowany zgodnie ze standardem tekstu łatwego do czytania i rozumienia będzie różnił się zarówno formatowaniem, wykorzystaniem ilustracji, a także jeszcze większym stopniem uproszczenia treści.

Standardy prostej polszczyzny są wdrażane w coraz większej liczbie instytucji publicznych i firm. Do sprawdzenia stopnia trudności przygotowanego tekstu warto skorzystać ze stron internetowych. Wymienione poniżej w wersji podstawowej są darmowe.

<https://jasnopis.pl/>

<https://dozabawy.logios.dev/>

Aplikacje te oceniają stopień trudności tekstu, wskażą wyrazy wymagające zmiany czy zbyt skomplikowane zdania. Nie zastąpią one formuły skonsultowania z przyszłymi odbiorcami.

Odbiorcami tekstu łatwego do czytania i rozumienia mogą być:

- osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
- osoby Głuche,
- osoby w spektrum autyzmu,
- osoby, dla których język polski nie jest językiem ojczystym,
- osoby, które wyniku choroby lub urazów neurologicznych mają problemy ze zrozumieniem tekstu,
- osoby mające trudności z czytaniem,
- osoby starsze,
- osoby, które cenią sobie zwięzłe i przejrzyste informacje,
- wszyscy.

Odbiorcy tekstu łatwego do czytania i rozumienia mogą:

- potrzebować dłuższego czasu na przeczytanie tekstu,
- mieć ograniczony czas na zapoznanie się z informacją,
- mieć krótki czas koncentracji,
- nie zrozumieć całościowego sensu tekstu,
- mieć trudność we wskazaniu najważniejszych informacji,
- mieć ograniczoną znajomość słownictwa i zasad społecznych.

Przygotowując tekst trzeba pamiętać o jego odbiorcach. Ma on być dla nich zrozumiały i użyteczny. Czytający tekst ma uzyskać z niego wszystkie potrzebne informacje. Dlatego przed rozpoczęciem pracy, trzeba zadać pytania:

- Kto jest odbiorcą tekstu?
- O czym chcemy poinformować odbiorcę?
- Dlaczego chcemy o tym powiedzieć swojemu odbiorcy?
- Jaki jest aktualny stan wiedzy odbiorcy?
- Czy odbiorca jest tym zainteresowany?
- Kiedy odbiorca otrzyma informację?
- W jaki sposób odbiorca otrzyma informację?

Trzy najważniejsze zasady

1. Używaj języka dostosowanego do wieku osób, dla których przeznaczona jest informacja. Jeśli informacja przeznaczona jest dla osób dorosłych, nie używaj języka dla dzieci. Stosuj język odpowiadający wiekowi metrykalnemu odbiorcy.
2. Sprawdź, czy w jasny sposób wyjaśniasz temat. Wytłumacz wszystkie trudne słowa. Twoją informację mogą czytać osoby, które nie znają się na opisywanym zagadnieniu. Zawsze tłumacz trudne słowa.
3. Zaangażuj swoich czytelników. Przed publikacją, zawsze skonsultuj tekst z odbiorcami. Przekonaj się, czy treść informacji jest dla nich zrozumiała. Twoi testerzy mogą powiedzieć Ci, jakie informacje będą dla nich przydatne. Wskaż, co ułatwia im zrozumienie treści. Stosuj się do zasady „Nic o nas bez nas!”.



Symbol easy to read

Treść Rekomendacji 13

Zapewnienie możliwości skorzystania ze świadczenia telemedycznego.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

W chwili przeprowadzenia audytu nie stwierdzono możliwości udzielania świadczeń w formie telemedycznej.

Przychodnia ma przygotowane ułatwienia dla pacjentów dzięki którym, Pacjent kontaktując się telefonicznie z przychodnią może uzyskać :

- receptę,
- zwolnienia lekarskie,
- zlecenia na wyroby medyczne,
- skierowanie do specjalisty,
- skierowania na badania laboratoryjne,
- skierowanie do pracowni RTG.
- wizytę domową.

Istnieje na stronie formularz kontaktowy do zamawiania recept, pacjent otrzymuje e-recepte na numer telefonu bądź w aplikacji Internetowe Konto Pacjenta.

Przychodnia posiada mobilny aparat USG wykorzystywany również do wizyt domowych. Dzięki przenośnemu urządzeniu wykonywanie badań ultrasonograficznych wysokiej jakości jest możliwe praktycznie wszędzie. Przychodnia posiada mobilne aparaty EKG do wizyt domowych (3 szt.) Badania realizowane są w domu pacjenta, bez konieczności udania się do przychodni.

Sposób wykorzystania rekomendacji

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.

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.

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 kadrę 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 umożliwić jej zajęcie miejsca w kolejce (zamiast np. udania się do automatu przydzielającego numerek w kolejce). Przy wyborze programów i aplikacji należy pamiętać o wymaganiach normy WCAG 2.1.

Treść Rekomendacji 14

Szkolenia pracowników, personelu, opracowanie procedur.

Stan faktyczny i przyczyny wystąpienia

Personel placówki, w szczególności osoby pracujące w punkcie rejestracji, pielęgniarki, kierownik przychodni, zastępca kierownika przychodni posiadają wiedzę w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.

Kadra Zarządzająca odbyła szkolenia w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Ilość godzin 40 godzin szkolenia.

Personel rejestracji, pielęgniarki odbyły szkolenia 17 osób po 12 godzin. (Z podziałem na grupy 2 grupy po 12 godzin razem 24 godziny).

Personel placówki pielęgniarki, pracownicy rejestracji i administracji odbyli 40 minutowe szkolenie z prawidłowego korzystania z funkcji tłumacza języka migowego online.

Placówka medyczna posiada opracowane procedury w zakresie przyjaznej obsługi pacjenta.

Przychodnia posiada procedury pożarowe i ewakuacji dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Sposób wykorzystania rekomendacji

Niepełnosprawność Klienta, budzi często zakłopotanie u pracownika obsługi i wynika często z braku wiedzy na temat niepełnosprawności oraz jak się zachować, jak rozmawiać, w jaki sposób pomóc. Brak doświadczenia i umiejętności reakcji na potrzeby niepełnosprawnego Klienta nie może być przyczyną nieprawidłowej obsługi.

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.

Personel placówki, w szczególności rejestrator/ry, 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.

W celu poprawy obsługi osób z niepełnosprawnościami rekomenduje się szkolenia dla pracowników jednostki z zakresu:

1. Definicja, modele i język opisu niepełnosprawności, osoba ze szczególnymi potrzebami
2. Rodzaje i stopnie niepełnosprawności
3. Podstawowe akty prawne dotyczące niepełnosprawności
4. Dostępność na tle ustawy o zapewnianiu dostępności,
5. Komunikacja interpersonalna, stereotypy, podstawowe zasady w kontaktach z osobami niepełnosprawnym i przykłady zachowań nieodpowiednich
6. Niepełnosprawność wzrokowa, ćwiczenia na symulatorach wad wzroku, alfabet Braille'a, poruszanie się z białą laską i prowadzenie osoby niewidomej,
7. Pies przewodnik, pies asystent.
8. Osoby niesłyszące i niedosłyszące, pętla indukcyjna, język migowy, daktylografia, osoby głuchoniewidome, alfabet Lorma
9. Niepełnosprawność intelektualna – rodzaje, zespół Downa, Autyzm
10. Jak prawidłowo obsłużyć klienta z niepełnosprawnością:
 - ruchową,
 - wzrokową,
 - słuchową,
 - z zaburzeniami mowy i niemówiącego
 - intelektualną
 - epilepsją i padaczką
11. Ewakuacja osób z niepełnosprawnością

Placówka POZ powinna posiadać procedurę w zakresie przyjaznej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

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.

Podsumowanie

Wszystkie w/w rekomendacje są wskazówkami znacznie poprawiającymi dostępność, czyli dostęp wraz z możliwością użytkowania przez osoby o ograniczonej mobilności i percepcji do wszystkich podstawowych funkcji obiektu i jego otoczenia na równi ze wszystkimi, zgodnie z definicją „projektowania uniwersalnego”. Nie wymagają natychmiastowego wprowadzenia, gdyż nie dotyczą sytuacji, w której istnieje zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa użytkowników budynku.

Wykorzystanie proponowanych rozwiązań (rekomendacji) przyczyni się do poprawy sytuacji osób z niepełnosprawnościami. Są to działania trudne i czasochłonne, a efekty w wielu przypadkach pojawiają się za kilka lat, jednak z uwagi na zmieniającą się sytuację demograficzną oraz istniejące aktualnie możliwości, ich wdrażania nie powinno się odkładać w czasie.

Przeprowadzony audyt i jego efekty, w tym także przedstawiony raport może być podstawą do przeprowadzenia na terenie funkcjonowania instytucji bardziej kompleksowych działań związanych ze zwiększaniem dostępności i zapewnieniem usług adekwatnych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wspólnie wypracowane rozwiązania mogą stanowić podstawę i impuls do włączenia się w działania realizowane w ramach Programu Dostępność Plus, opracowywanej przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych Strategii na Rzecz Osób Niepełnosprawnych czy też regulacji wprowadzonych przez ustawę o dostępności.

Audyt i raport wdrożeniowy przeprowadzony i przygotowany przez:

Audyt przeprowadził
i opracował

Paweł Wysocki



Ekspert ds. Dostępności
Fundacja Instytut Rewalidacji
i Ekonomii Społecznej



Zatwierdził

Stanisław Marek




Prezes
Fundacja Instytut Rewalidacji
i Ekonomii Społecznej



Zatwierdził

Stanisław Szubert



Prezes Zarządu
Karkonoski Sejmik Osób
Niepełnosprawnych



FUNDACJA INSTYTUT REWALIDACJI I EKONOMII SPOŁECZNEJ

58-500 Jelenia Góra ul. Os. Robotnicze 47a

Tel/fax 75-75-242-54/231-83 Mobil tel. 533 734 343

e-mail fundacjarewalidacja@gmail.com

Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych

Osiedle Robotnicze 47A, 58-500 Jelenia Góra

sekretariat@kson.pl <https://www.kson.pl/>

tel 075/752-42-54

**Sygnatariusz Partnerstwa na rzecz dostępności
przy Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej**



**Podmiot dokonujący certyfikacji dostępności
wpisany na listę
Ministerstwa Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej**

Załącznik nr 1

Plan działania na rzecz poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Plan działania na rzecz poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

w Powiatowe Centrum Zdrowia w Lwówku Śląskim ul Morcinka 7

Na podstawie art. 14 w związku z art.6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2019r. poz.1696, z późn.zm.) ustala się, plan działania na rzecz poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Plan dla Przychodni przy ulicy Morcinka 7

Lp.	Zakres działalności	Realizujący zadania wynikające z art.6 ustawy	Sposób realizacji	Działania
1.	Przejścia dla pieszych dojdzie do budynku	Koordinator ds. dostępności	Zobowiązanie zarządcy terenu miejskiego do poprawy dostępności przejść oraz trasy dojdzie do budynków przychodni.	niskokosztowe
2.	Oznaczenie zewnętrzne budynku wskazanie wejść do przychodni dziecięcej	Koordinator ds. dostępności	Montaż oznaczeń kierunkowych wskazujących wejścia do przychodni dziecięcej.	niskokosztowe
3.	Wejście główne do przychodni.	Koordinator ds. dostępności	Poprawa dostępności wejścia głównego do budynku, oznaczenia kontrastowe światła wejścia i klamek, kontrastów. Oznaczenie elementów szklanych drzwi wejściowych. Montaż i poprawa dostępności poręczy obustronnych, poręczy środkowej obustronnej,	wysokokosztowe
4.	Pochylnia	Koordinator ds. dostępności	Poprawa dostępności pochylni, montaż poręczy, poprawa właściwości nawierzchni, oznaczenia kontrastowe.	niskokosztowe
5.	Drzwi wewnętrzne	Koordinator ds. dostępności	Oznaczenie kontrastowe drzwi wewnętrznych, klamek, wyposażenie w poprawną numerację, oznaczenie drzwi szklanych.	niskokosztowe
6.	Winda	Koordinator ds. dostępności	Wymiana szybu windy Poprawa dostępności windy, wymiana panelów sterujących, dostosowanie windy do obowiązujących wymagań	wysokokosztowe
7.	Poprawa dostępności Rejestracji	Koordinator ds. dostępności	Wymiana lady recepcji na dostosowaną do potrzeb osób stojących i poruszających się na wózkach inwalidzkich.	wysokokosztowe

8.	Toalety dla osób z niepełnosprawnościami	Koordynator ds. dostępności	Dostosowanie toalet dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami, montaż przewijaków dla dzieci i osób dorosłych	wysokokosztowe
9.	Gabinety lekarski i zabiegowe	Koordynator ds. dostępności	Poprawa dostępności gabinetów, zakup regulowanych leżanek, regulowanych foteli medycznych, podnośników sufitowych, stołu regulowanego do badań RTG.	wysokokosztowe
10.	Elementy wyposażenia budynku ułatwiające poruszanie się i odnajdywanie drogi, zastosowanie piktogramów	Koordynator ds. dostępności	Wyposażenie budynku w ujednolicony systemu komunikacji, ułatwiającego poruszanie się po budynku, oraz oznaczeń na zewnątrz budynku, piktogramów. poprawa widoczności i ujednolicenia tabliczek przy drzwiach i numeracji biur. Montaż piktogramów.	wysokokosztowe
11.	Oświetlenie wewnątrz ciągów komunikacyjnych.	Koordynator ds. dostępności	Poprawa oświetlenia w ciągach komunikacyjnych wewnątrz budynku, ujednolicenie kolorystyki wnętrza. Wyznaczenie pasów prowadzących.	wysokokosztowe
12.	Plany tyflograficzne	Koordynator ds. dostępności	Zastosowanie planów tyflograficznych, których jest możliwość pobrania do domu	niskokosztowe
13.	Szkolenia dla pracowników	Koordynator ds. dostępności	Szkolenia dla pracowników z aspektów dostępności.	niskokosztowe
14.	Poprawa dostępności strony internetowej	Koordynator ds. dostępności	Umieszczanie informacji w tekście ETR, formularzy interaktywnych do wniosku o zapewnienie dostępności.	niskokosztowe
17.	System alarmowy	Koordynator ds. dostępności	Montaż systemu alarmowego, zakup sprzętu do ewakuacji OzN. Zastosowanie piktogramów i oznaczeń.	wysokokosztowe
18.	Schody zewnętrzne i wewnętrzne	Koordynator ds. dostępności	Poprawa oznaczeń i nawierzchni schodów wewnętrznych i zewnętrznych, montaż poręczy, wewnętrznych i zewnętrznych	wysokokosztowe