

AUDYT DOSTĘPNOŚCI

ZLECENIODAWCA

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny im.
Janusza Korczaka
ul. Hubalczyków 1
76-200, Słupsk

OPRACOWANIE

dr inż. arch. Agnieszka Piórkowska

Bytom
Październik 2023

Wstęp.....	3
1. Cel audytu.....	3
2. Zastosowana metodologia i zakres raportu	3
3. Informacje o audytowanym obiekcie	4
Opisowa analiza dostępności architektonicznej budynku oraz rekomendacje	5
4. Otoczenie budynku.....	5
4.1. Dojazd/dojście do budynku.....	5
4.2. Parking.....	15
5. Strefa wejściowa.....	23
5.1. Wejście do budynku	23
5.2. Drzwi wejściowe oraz wiatrołap	26
5.3. Oświetlenie strefy wejścia	30
5.4. Przywoływanie pomocy	30
6. Rejestracja i poczekalnia.....	31
6.1. Punkt rejestracji.....	31
6.2. Oświetlenie punktu rejestracji i strefy poczekalni	34
6.3. Strefa oczekiwania (poczekalnia)	35
7. Komunikacja pionowa i pozioma w budynku	36
7.1. Komunikacja pozioma.....	36
7.2. Komunikacja pionowa- schody zewnętrzne i schody terenowe	43
7.3. Komunikacja pionowa- schody wewnętrzne	49
7.4. Komunikacja pionowa- pochylnia.....	52
7.5. Komunikacja pionowa- windy	56
7.6. Drzwi wewnętrzne i okna.....	61
8. Pomieszczenia i wyposażenie wnętrz	63
8.1. Pomieszczenia- ogólne informacje.....	63
8.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne	72
9. Ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja	80
10. System nawigacji i informacji.....	82
10.1. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej.....	82
10.2. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie głosowej lub/i dotykowej.....	83
10.3. Fakturowe oznaczenia nawierzchni	83
10.4. Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne.....	84
10.5. Pies asystujący.....	84
Opisowa analiza dostępności informacyjno-komunikacyjnej oraz rekomendacje	85
11. Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy	87
12. Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy.	88
13. Informacja o zakresie działalności zamieszczona na stronie internetowej placówki. .	90
14. Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji.....	91
15. Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami.....	92
16. Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami.....	94
17. Wnioski i skargi dotyczące dostępności.....	95
18. Szkolenie personelu	97
19. Audyt dostępności.....	98
20. Certyfikacja dostępności	100
21. Raportowanie o stanie zapewnienia dostępności	101
22. Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej	101

1. Cel audytu

Złożeniem przeprowadzonego audytu było sprawdzenie dostępności budynku szpitala oraz jego otoczenia pod względem architektonicznym oraz komunikacyjno-informacyjnym, a także wyciągnięcie wniosków pozwalających sformułować odpowiednie rekomendacje podnoszące wyżej wspomnianą dostępność. Wskazane wytyczne (rekomendacje) mają na celu umożliwić spełnienie przez placówkę zobowiązań określonych w „Standardzie Dostępności Szpitali”. Istotnym aspektem jest również spełnienia przepisów Prawa Budowlanego, zapisów z rozporządzenia o Warunkach Technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie oraz zgodność z wytycznymi Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696) oraz innych standardów dostępności.

W ramach audytu sprawdzano dostępność dla osób z niepełnosprawnością ruchową (z ograniczoną mobilnością), wzroku, słuchu, oraz z niepełnosprawnością intelektualną, jak i dostępność dla osób z problemami/zaburzeniami psychicznymi oraz w spektrum autyzmu. Założeniem była również analiza pod względem dostosowania do szczególnych potrzeb innych użytkowników takich jak osoby starsze, dzieci, rodzice z dziećmi, kobiety w ciąży itp.

2. Zastosowana metodologia i zakres raportu

Działania audytowe zostały przeprowadzone w okresie 10 – 12.10.2023 roku. W zakres wyżej wspomnianych działań wchodzi oględziny obiektu wraz z dokumentacją fotograficzną, następnie analiza i ocena poszczególnych parametrów obiektu, pozwalająca sporządzić szczegółowy raport dostępności placówki dla osób z niepełnosprawności oraz dla użytkowników ze szczególnymi potrzebami. Raport zawiera opisową analizę poszczególnych parametrów podzielonych i uporządkowanych ze względu na funkcję oraz lokalizację na kategorie oraz podkategorie, co pozwala w łatwy sposób odczytywać Raport. Każdy aspekt został opatrzony zdjęciami stanu zastanego z dnia audytu oraz sporządzono zakres rekomendacji oraz wytycznych, które pozwolą podnieść dostępność obiektu. Zostało wyszczególnionych osiem kategorii:

- Otoczenie budynku
- Strefa wejściowa
- Rejestracja i poczekalnia
- Komunikacja pionowa i pozioma w budynku
- Pomieszczenia i wyposażenie wnętrz
- Ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja
- System nawigacji i informacji
- Rozwiązania z obszaru informacyjno-komunikacyjnego

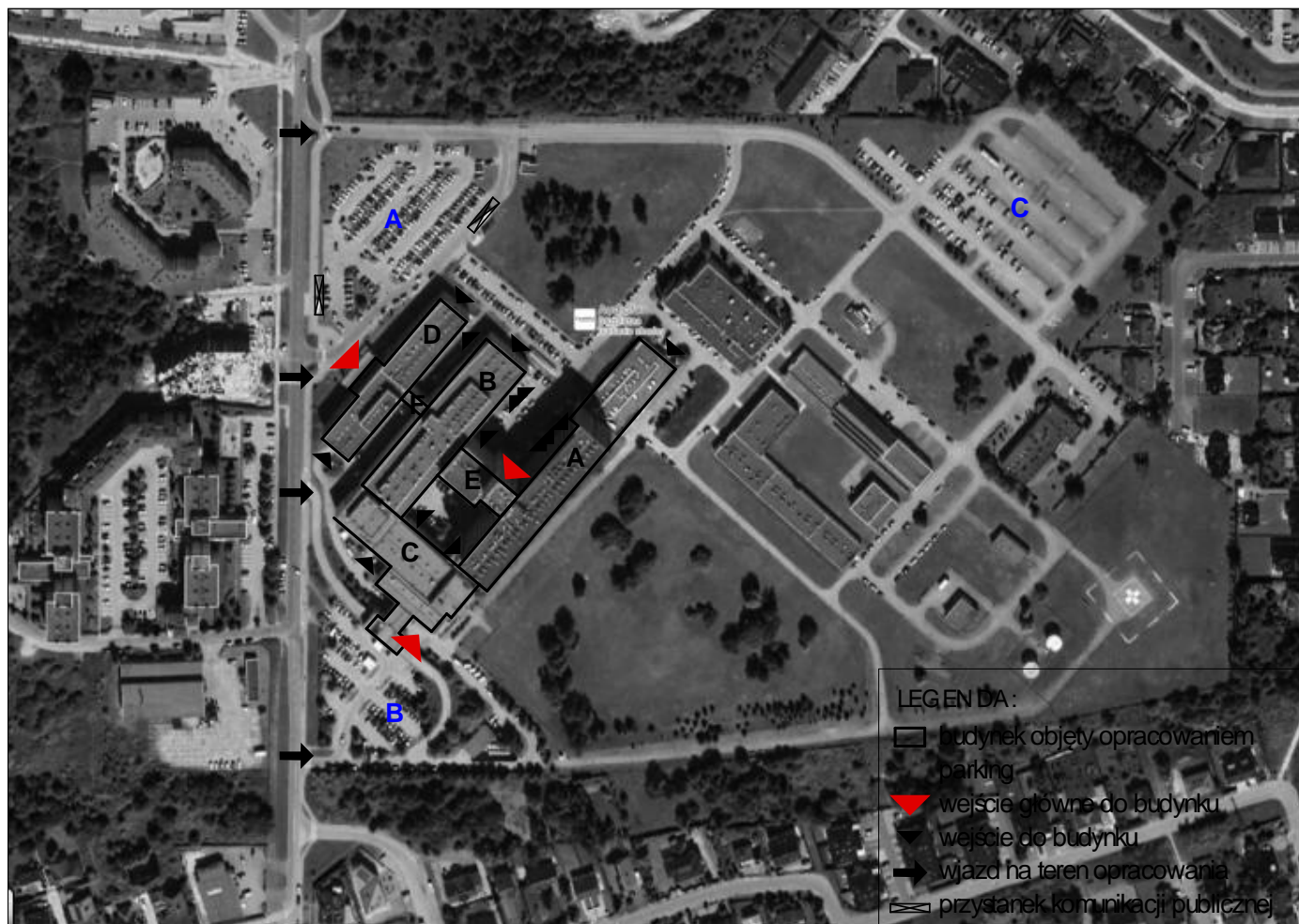
Podsumowanie stanowi ogólna ocena dostępności architektonicznej oraz dostępności komunikacyjno-informacyjnej. Natomiast rekomendacje zawarte w Raporcie to praktyczne wskazówki, które zaleca się wdrożyć, aby poprawić dostępność.

Do środków oraz metod zastosowanych w trakcie procesu audytu zaliczyć można wizję lokalną popartą dokumentacją fotograficzną oraz wywiadem z personelem obiektu. Badanie zebranych danych oraz rekomendacje bazują na zapisach zawartych w Standardzie Dostępności oraz innych wymienionych we wcześniejszym rozdziale aktów prawnych, ale także na analizie eksperckiej oraz dobrych praktykach związanych z projektowaniem uniwersalnym.

3. Informacje o audytowanym obiekcie

Audytowany obiekt to placówka „Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Przychodnia znajduje się przy ulicy Hubalczyków 1 w mieście Słupsk na prawach powiatu, znajdującym się w województwie pomorskim. Placówka świadczy specjalistyczne usługi zdrowotne z zakresu opieki medycznej, oferując usługi w zakresie: szerokiego panelu badań hematologicznych, kaogulologicznych, biochemicznych, ogólnoanalitycznych, diagnostyki hormonalnej, markerów wirusa B WZW z potrzebą oceny i skuteczności szczepienia, p. ciała HCV, HIV, różyczki cytomegalii, oznaczania markerów nowotworowych. Spośród oferowanych usług przychodnia stwarza również możliwość pobrania krwi, rehabilitacji przy łóżku chorego i na salach ćwiczeń, a także kinezyterapii świadczonej dla dzieci i dorosłych, fizykoterapii, hydroterapii. W skład zespołu pracowniczego wchodzi kadra lekarzy specjalistów, diagnostów laboratoryjnych oraz personel pielęgniarski.

4. Otoczenie budynku



Schemat 1 - Mapa sytuacyjna, źródło: www.google.com/maps

4.1. Dojazd/dojście do budynku

Obsługa komunikacyjna obiektu zapewniona jest głównie przez ulicę Hubalczyków oraz przylegającą do niej trasę pieszo-rowerową. Odchodzące od niej, okalające obiekt drogi wewnętrzne stanowią pozostałe trasy dojścia i dojazdu do budynku. Należą do nich drogi prowadzące z trzech, przyporządkowanych do obiektu parkingów – parkingu A, znajdującego się w północno-zachodniej części kompleksu; parkingu B, znajdującego się w południowo-zachodniej części kompleksu, prowadzącego do wejścia na SOR (blok C); oraz parkingu C (położonego w części północno-wschodniej) (Schemat 1).

Trasa dojścia bezpośrednio przy ulicy Hubalczyków stanowi główną drogę komunikacji do wejścia głównego budynku, zlokalizowanego w bloku D (Zdjęcie 1). Po obu stronach drogi wydzielono pas ruchu zapewniający komunikację pieszą, przy czym po stronie głównego wejścia do obiektu (od strony zachodniej) pas ruchu stanowi ciąg pieszo-rowerowy. Trasa dojścia z wyżej wymienionego pasa ruchu ma odpowiednią szerokość, nie występują na niej zawężenia, ścieżka jest równa, a jej nawierzchnia nie posiada ubytków. Brak przeszkód. Bezpośrednie dojście do wejścia głównego z trasy jest przecięte drogą wewnętrzną, stanowiącą dojazd na parking (Zdjęcie 2). W miejscu przecięcia trasy znajduje się przejście dla pieszych z obniżonymi krawężnikami, ułatwiającymi komunikację osobom z niepełnosprawnościami ruchu. Na trasie nie zlokalizowano oznakowania naprowadzającego na główne wejście. Za przejściem dla pieszych znajduje się rozwidlenie trasy pieszej, które również nie posiada oznaczenia. Na omawianej trasie nie zostały zlokalizowane miejsca odpoczynku.



Zdjęcie 1 – Trasa dojścia do placówki od strony ul. Hubalczyków



Zdjęcie 2 – Bezpośrednie dojście do wejścia głównego

Na trasie dojścia biegnącej wzdłuż ulicy Hubalczyków, w odległości ok. 40 m od głównego wejścia do budynku znajduje się przystanek komunikacji zbiorowej (Zdjęcie 4). Przystanek posiada wiatę, wyposażoną w siedzisko oraz osłony chroniące przed wiatrem. Osłony znajdują się z trzech stron wiaty. Dojście do przystanku nie jest oznaczone fakturą ostrzegawczą. Cała ścieżka dojścia do wejścia głównego została odpowiednio oświetlona, brak miejsc zacienionych. Główne kierunki poruszania się nie zostały wyróżnione. Nie zastosowano znaków informujących o przebiegu trasy pieszej oraz oznaczeń naprowadzających na główne wejście.



Zdjęcie 3, Zdjęcie 4 - przystanek komunikacji zbiorowej przy ul. Hubalczyków

Bezpośrednie dojście do wejścia głównego stanowi chodnik prowadzący wzdłuż północnej elewacji bloku „D” (Zdjęcie 5). Trasa ciągu pieszego jest równa, nawierzchnia nie posiada ubytków. Miejscowo pojawiają się nachylenia trasy dojścia, utrudniające poruszanie się. Szerokość ciągu pieszego jest odpowiednia, jednak jest zawężona poprzez zaparkowane na części chodnika samochody. Na trasie dojścia zlokalizowano miejsca odpoczynku w postaci ławek wyposażonych w oparcia. Ławki są widoczne, kontrastowe w stosunku do ścieżki dojścia, jednak nie posiadają podłokietników, a głębokość ich siedzisk jest zbyt mała (ok. 40 cm). W sąsiedztwie miejsc odpoczynku nie zlokalizowano miejsca do odłożenia sprzętu rehabilitacyjnego oraz miejsca odpoczynku dla osób poruszających się na wózku. W odległości ok. 100 m od wejścia głównego, na ścieżce dojścia znajduje się przystanek komunikacji miejskiej (Zdjęcie 6). Przystanek posiada wiatę, wyposażoną w siedzisko oraz osłony chroniące przed wiatrem znajdujące się z trzech stron. W obrębie przystanku występuje miejscowe zawężenie ścieżki pieszej (do ok. 140 cm). Dojście do przystanku nie jest oznaczone fakturą ostrzegawczą. Ścieżka dojścia jest prawidłowo oświetlona, brak miejsc zacienionych. Trasa dojścia nie posiada oznaczeń kierunkowych na główne wejście, jednak w okolicy wejścia głównego znajduje się plan z oznaczeniem wyszczególnionych bloków budynku i naprowadzeniem na dojście do bloku C, w którym znajduje się SOR.



Zdjęcie 5 – Dojście do wejścia głównego prowadzące wzdłuż północnej elewacji bloku „D”

Zdjęcie 6 – Przystanek komunikacji miejskiej zlokalizowany przy parkingu „A”

Od ulicy Hubalczyków prowadzą dwie drogi wewnętrzne stanowiące dojazd samochodów osobowych oraz karettek pogotowia, pod wejście główne do placówki (Zdjęcie 7). Bezpośrednio przy wejściu głównym wyznaczono miejsce parkingowe dla karettek pogotowia ratunkowego. Drogi wewnętrzne wraz z ulicą Hubalczyków tworzą kształt trójkąta. Przestrzeń pomiędzy ciągami komunikacyjnymi tworzy parking A. Parking nie posiada osobno wyznaczonych ścieżek dojścia pieszego do wejścia głównego bezpośrednio z parkingu. W skrajnych częściach parkingu umieszczone zostały ścieżki przedzielone przejściami dla pieszych i prowadzące na trasę dojścia zlokalizowaną wzdłuż bloku D. Ścieżki nie posiadają kontynuacji na całej powierzchni parkingu, przejścia dla pieszych nie są oznaczone znakami pionowymi, a znaki poziome są w złym stanie technicznym. Ponadto w dniu wizji lokalnej na ścieżkach zaparkowane były samochody, uniemożliwiające skorzystanie z trasy (Zdjęcie 8).



Zdjęcie 7 – Droga wewnętrzna prowadząca z parkingu „A” do wejścia głównego

Zdjęcie 8 – Ścieżka pieszka prowadząca z parkingu „A” do wejścia głównego

Dojazd do budynku C (SOR) i parkingu B stanowi dodatkowa droga wewnętrzna, połączona z ulicą Hubalczyków w dwóch miejscach. Ciąg komunikacyjny w części biegnącej wzdłuż placówki wznosi się na wysokość drugiej kondygnacji. Droga stanowi przejazd dla karetka pogotowia ratunkowego bezpośrednio przez budynek (Zdjęcie 9). Od południowej strony drogi wewnętrznej możliwy jest wjazd na parking B oraz podjazd pod wejście główne bloku C (SOR). Do parkingu B prowadzą dwie ścieżki piesze połączone z trasą pieszo-rowerową biegnącą wzdłuż ulicy Hubalczyków (Zdjęcie 10).



Zdjęcie 9 - Droga dojazdowa do bloku „C” SOR



Zdjęcie 10 - Ścieżka łącząca ul. Hubalczyków z parkingiem „B”

Ścieżka zlokalizowana bliżej placówki nie posiada odpowiedniej szerokości, jej nawierzchnia jest w złym stanie technicznym i posiada nierówności. Ponadto trasa jest dodatkowo zawężona poprzez wchodzącą w światło przejścia zieleni oraz samochody zaparkowane na przylegających do ścieżki miejscach postojowych. Na końcu ścieżki nie występuje obniżenie krawężnika, które umożliwiłoby zjechanie z niej przez osoby poruszające się na wózku. Druga ścieżka piesza posiada odpowiednią szerokość, jest równa, a jej nawierzchnia nie posiada ubytków. Trasa jest zakończona obniżeniem krawężnika prowadzącym na przejście dla pieszych, przecinające drogę dojazdu na parking. Przejście nie jest oznaczone znakiem pionowym. Po jego drugiej stronie znajduje się fragment chodnika, prowadzący w stronę wejścia do bloku C. Na bezpośredniej trasie dojścia do wejścia do budynku SOR (blok C) nie występuje ciągłość ścieżki pieszej. Jest ona podzielona na fragmenty przecięte drogami dojazdu do parkingu. Fragmenty nie posiadają przejść dla pieszych pomiędzy sobą. Brak obniżonych krawężników. Ostatni fragment chodnika prowadzący bezpośrednio do wejścia na SOR jest przedzielony

przejściem dla pieszych (Zdjęcie 11). Dostanie się na nie jest możliwe jedynie z poziomu drogi jezdnej, a nie bezpośrednio z chodnika. Skrajnia zawężona jest przez znajdujące się na trasie elementy małej architektury – kosze oraz miejscowo występujące słupki. Kosze są rozłożone równomiernie w stosunku do całej długości trasy (Zdjęcie 12). Nie występują bezpośrednie zawężenia ciągów. Trasa jest odpowiednio oświetlona, brak miejsc zacienionych. Na trasie znajdują się oznaczenia poziome, nakierowujące na wejście do bloku C (SOR). Oznaczenia są w złym stanie technicznym, co utrudnia ich odczytanie. Brak bezpośredniego połączenia parkingu z ciągiem pieszym.



Zdjęcie 11 - Bezpośrednia trasa dojścia do wejścia do bloku „C” SOR



Zdjęcie 12 - Elementy zawężające skrajnię dojścia do bloku „C” SOR z parkingu „B”

Kolejną trasę umożliwiającą podjazd pod budynek stanowi droga wewnętrzna prowadząca na parking „C” wraz z jej rozwidleniami, łączącymi trasę ze ścieżką wzdłuż bloku „D” oraz trasą prowadzącą wzdłuż bocznej części bloków „B” i „D” (Zdjęcie 13). Przez część centralną parkingu przechodzi trasa piesza łącząca się z chodnikiem biegnącym wzdłuż drogi wewnętrznej. Trasa podzielona jest na fragmenty (Zdjęcie 14). Miejsca przecięcia trasy posiadają obniżone krawężniki. Fragmenty nie są połączone przejściami dla pieszych. Dodatkowo występują fragmenty chodników znajdujące się przy wszystkich wjazdach na parking. Chodniki przyległe do drogi jezdnej posiadają krawężniki o wys. ok. 8 cm, co utrudnia poruszanie się osobom z niepełnosprawnościami narządu ruchu. Szerokość wszystkich tras pieszych jest prawidłowa. Nie występują miejscowe zawężenia. Nawierzchnia jest równa i nie posiada ubytków. Na trasach dojścia brak elementów małej architektury. Ścieżki są odpowiednio oświetlone, brak miejsc zacienionych. Skrajnia jest miejscowo zawężona przez nieuporządkowaną zieleń. Trasa nie posiada oznaczeń kierunkowych lub znaków nakierowujących na wejścia do budynku.



Zdjęcie 13 – Trasa z parkingu „C” do bloku „A”, „B” i „D”



Zdjęcie 14 – Ścieżka pieszka przecinająca parking „C”

Trasa pieszka prowadząca z parkingu „C” w stronę zachodniej części obiektu łączy się z drogą pieszą wzdłuż bloku „D”. Na wysokości budynku „H” trasa łączy się z drogą prowadzącą w stronę wejścia głównego bloku „E” (Zdjęcie 15). Dalej droga prowadzi wzdłuż krótszej elewacji bloku „B” i „D” (Zdjęcie 16). Droga stanowi ciąg komunikacji kołowej wraz ze ścieżką dla ruchu pieszego. Ścieżka posiada odpowiednią szerokość, jednak w dniu wizji lokalnej na części chodnika znajdowały się zaparkowane samochody osobowe, które uniemożliwiały skorzystanie z trasy pieszej. Nawierzchnia chodnika jest równa i nie posiada ubytków. Ścieżka prowadzi do wejścia zlokalizowanego w bloku „E”. Aby znaleźć się na trasie wejścia do budynku należy przejść na chodnik znajdujący się po drugiej stronie jezdni. Na trasie tego dojścia nie zlokalizowano wyznaczonego przejścia dla pieszych. Dojście do placu przedwejściowego do budynku „E” jest ograniczone poprzez szlaban. Część pieszka obok szlabanu nie posiada odpowiedniej szerokości przejścia, co może utrudniać komunikację. Pozostała część trasy, prowadząca na prawo w stosunku do wejścia do bloku „E”, łączy się z drogą wewnętrzną wzdłuż bloku „D” (opisaną w drugim akapicie powyższego podrozdziału). Ścieżka posiada odpowiednią szerokość, jej nawierzchnia posiada nierówności na całej długości (pofałdowana), jednak nie posiada ubytków. Na jej trasie zlokalizowano miejsca odpoczynku w postaci ławek z oparciami. Ławki są widoczne, kontrastowe w stosunku do ścieżki dojścia, jednak nie posiadają podłokietników, a głębokość ich siedzisk jest zbyt mała (ok. 40 cm). Ławki nie zawężają ciągów komunikacji. W ich pobliżu nie zlokalizowano miejsc na odłożenie sprzętu rehabilitacyjnego oraz miejsc odpoczynku dla osób, poruszających się na wózkach. Na trawniku, poza ciągiem pieszym znajdują

się elementy małej architektury w postaci koszy na odpady. Kosze zawężają skrajnię ruchu, jednak nie stanowią bezpośredniego utrudnienia w komunikacji na ścieżce dojścia. W połowie długości trasy zlokalizowano zejście za pomocą schodów terenowych do wejść tylnych bloku „D”. Całość trasy wraz z rozwidleniami jest dobrze oświetlona. Brak miejsc zacienionych. Ścieżka nie posiada oznaczeń kierunkowych, brak znaków nakierowujących na wejścia do budynku.



Zdjęcie 15 – Droga prowadząca w stronę wejścia głównego bloku E



Zdjęcie 16 – Droga prowadząca wzdłuż krótszej elewacji bloku „B” i „D”

Rekomendacje:

Na terenie kompleksu nie zapewniono systemu znaków informacyjno-rozpoznawczych. Trasy prowadzące do poszczególnych bloków placówki nie posiadają oznaczeń kierunkowych naprowadzających na najbliższe wejścia do budynków. Brak faktur ostrzegawczych. Zaleca się zastosowanie systemu znaków informacyjno-rozpoznawczych ułatwiających poruszanie się po terenie kompleksu. Znaki należy stosować w miejscach ważnych dla kierunku komunikacji, takich jak: przystanki komunikacji zbiorowej, skrzyżowania ciągów pieszych, dojścia do szpitala. Faktury ostrzegawcze należy stosować przy przejściach dla pieszych, w przy przystankach komunikacji zbiorowej w bezpośrednim sąsiedztwie z krawędzią jezdni, przy obiektach małej architektury, obiektach inżynierskich, np. schody terenowe. Na skrzyżowaniach zmian kierunku ruchu, należy za każdym razem stosować faktury uwagi. Dobrą praktyką byłoby uzupełnienie ciągów komunikacyjnych o rozwiązania ułatwiające komunikację osobom niedowidzącym i niewidzącym o faktury kierunku, prowadzące od chodnika publicznego do drzwi przychodni.

Dodatkowo zaleca się umieszczenie tablic informacyjnych kierunkowych, naprowadzających na lokalizację obiektu, umieszczonych bezpośrednio przy drodze publicznej. Znaki powinny być czytelne i znajdować się na wysokości umożliwiającej odczytanie informacji z daleka. Znaki powinny być umieszczone poza ciągami pieszymi i strefą ruchu, aby nie utrudniać ruchu pieszego. 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).

W okolicy wejścia głównego znajduje się plan z oznaczeniem wyszczególnionych bloków budynku i naprowadzeniem na dojście do bloku „C”, w którym znajduje się SOR. Zaleca się uzupełnienie planu o informacje dotyczące innych wejść do budynku i lokalizacji pozostałych segmentów placówki (Zdjęcie 17, Zdjęcie 18).



Zdjęcie 17 - Plan z naprowadzeniem na wejście do budynku „C”



Zdjęcie 18 - Plan z naprowadzeniem na wejście do budynku „C”

Chodnik prowadzący wzdłuż północnej elewacji bloku „D” posiada miejscowe się nachylenia trasy dojścia, utrudniające poruszanie się. Dopuszczalne maksymalne nachylenie ciągów pieszych podłużne nie może przekroczyć 5%, a nachylenie poprzeczne nie może być większe niż 2%. Zaleca się niwelację nachylenia.

W obrębie przystanku komunikacji zbiorowej, zlokalizowanego przy drodze wewnętrznej prowadzącej do wejścia głównego, występuje miejscowe zawężenie ścieżki pieszej do ok. 140 cm. Ciągi komunikacyjne muszą mieć szerokość nie mniejszą niż 180 cm na całej swojej długości. Ciągów nie mogą zawężać przystanki komunikacji zbiorowej, obiekty związane z obsługą ruchu komunikacyjnego lub elementy małej architektury, takie jak stojaki na rowery, ławki, kosze na śmieci. Ciągi piesze muszą mieć skrajnie

o szerokości minimum 30 cm (pustą przestrzeń wzdłuż chodnika, poza jego szerokością).

Parking „A” nie posiada osobno wyznaczonych ścieżek dojścia pieszego do wejścia głównego, przejścia dla pieszych nie są oznaczone znakami pionowymi, a znaki poziome są w złym stanie technicznym. W dniu wizji lokalnej dojścia piesze z parkingu „A” i „C” były zastawione przez samochody osobowe. Zaleca się uzupełnienie znaków pionowych oraz odświeżenie znaków poziomych. Na trasach pieszych należy zastosować słupki uniemożliwiające zaparkowanie samochodu osobowego. Przeszkody terenowe w postaci słupków powinny zostać kontrastowo oznaczone.

W obrębie parkingu „B” i „C” część ciągów pieszych nie posiada miejscowych obniżen krawężników. Dobrą praktyką jest eliminacja różnic wysokości pomiędzy brzegiem chodnika (krawężnikiem), a poziomem jezdni, przy czym maksymalna dopuszczalna różnica wysokości wynosi 2 cm. Zaleca się niwelację różnic poziomów w brakujących miejscach na trasach dojścia do obiektu. Dodatkowo na parkingach zaleca się uzupełnienie brakujących przejść pieszych.

Na parkingu „B” skrajnia ciągów pieszych jest miejscowo zawężona przez znajdujące się na trasie elementy małej architektury – kosze oraz miejscowo występujące słupki. Przeszkody terenowe powinny zostać kontrastowo oznaczone.

Chodnik znajdujący się przy drodze dojazdowej prowadzącej do parkingu „C” posiada miejscowe zawężenia w postaci nieuporządkowanej zieleni. Należy dbać, aby zaaranżowana zieleń z uwagi na bliskość ciągów pieszych (krzewy, kwiaty, drzewa itd.) nie wchodziła w obszar komunikacji strefy dojścia w czasie każdej pory roku.

Nawierzchnia dojścia do budynku „E” posiada nierówności. Zaleca się wymianę nawierzchni w celu niwelacji nierówności.

Rekomenduje się budowę chodnika w miejscu łączącym parking „C” z drogą prowadzącą w kierunku wejścia do bloku „E”. Obecnie ruch pieszy odbywa się po nieutwardzonym, nierównym terenie.

Na trasie dojścia do wejścia głównego do placówki, bezpośrednio przy ulicy Hubalczyków, a także wzdłuż dojść pieszych prowadzących z parkingu „C” i „B”, nie zapewniono miejsc odpoczynku. Rekomenduje się uzupełnienie tras o brakujące ławki. Istniejące ławki nie zapewniają minimalnej głębokości siedziska, a także nie posiadają podłokietników. W bezpośrednim sąsiedztwie nie zapewniono miejsca do odłożenia

sprzętu rehabilitacyjnego i przestrzeni pozwalającej na odpoczynek osobom poruszającym się na wózku. Zaleca się dostosowanie miejsc odpoczynku do obowiązujących wymogów. Miejsca odpoczynku na drodze ciągów pieszych nie mogą zawężać szerokości ciągu. Miejsca odpoczynku powinny być lokalizowane w odległości max. 50m. Ławki i siedziska powinny być wyposażone w oparcia i podłokietniki, oraz wykonane z materiału odpornego na warunki atmosferyczne. Wysokość siedziska powinna wynosić od 42-48 cm, głębokość siedziska min. 50 cm. W sąsiedztwie siedziska powinno znaleźć się miejsce do odłożenia sprzętu rehabilitacyjnego. W miejscach odpoczynku należy zapewnić miejsce 90 cm (szer.) na 150 cm (głębokość), które pozwoli na odpoczynek osobom poruszającym się na wózku. Ławki czy siedziska muszą mieć oparcia i podłokietniki ułatwiające wstawanie. Mała architektura (ławki, znaki, urządzenia) kontrastowa do ciągu głównego. Mała architektura zastosowana w miejscach odpoczynku najlepiej o zaokrąglonych krawędziach.

4.2.Parking

Do budynku wyznaczono trzy główne parkingi dla odwiedzających. Parking A znajduje się najbliżej wejścia głównego (Zdjęcie 19), zlokalizowanego w bloku „D”, w północno-zachodniej części kompleksu. Parking B przylega do wejścia głównego na SOR (blok „C”), w południowo-zachodniej części kompleksu (Zdjęcie 20). Parking C znajduje się w północno-wschodniej części kompleksu (Zdjęcie 21). Ponadto wzdłuż bocznej części bloków „B” i „D” oraz prowadzącej do nich drogi wewnętrznej z parkingu C wyznaczono za pomocą oznaczeń pionowych dodatkowe przestrzenie do zaparkowania pojazdów osobowych (równoległe) (Zdjęcie 22). Miejsca postojowe nie są jednak wydzielone. Bezpośrednio za przestrzenią miejsc postojowych równoległych zorganizowano parking wzdłuż bloków „B” i „D” (Zdjęcie 23). Dodatkowe miejsca postojowe zlokalizowano w dziedzińcu wewnętrznym (między blokami „A”, „B”, „C” i „E”) oraz na placu przed-wejściowym do bloku „E” (Zdjęcie 24).



Zdjęcie 19 - Parking A



Zdjęcie 20 - Parking B



Zdjęcie 21 - Parking C



Zdjęcie 22 - Miejsca postojowe wzdłuż drogi prowadzącej do bloku „E”



Zdjęcie 23 - Miejsca parkingowe przy bloku „B”, „D”



Zdjęcie 24 - Parking w strefie dziedzina wewnętrznego

Na parkingu A wyznaczono 184 miejsca postojowe, w tym 14 miejsc dla osób z niepełnosprawnościami. Liczba miejsc postojowych w stosunku do wielkości całego parkingu jest prawidłowa. Miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami znajdują się w odległości mniejszej niż 50 m od wejścia głównego oraz zostały ulokowane skrajnie. Wymiary miejsc postojowych wynoszą ok. 3,47x5 m i są nieprawidłowe. Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością posiadają oznakowania pionowe w postaci tablicy D-18 i T-29. Oznakowanie poziome jest nieprawidłowe. Ponadto oznakowanie poziome jest w złym stanie technicznym, farba niebieska posiada ubytki, a farba biała wyznaczająca miejsce postojowe jest miejscami mało widoczna (Zdjęcie 25). Brak bezpośredniego połączenia między miejscem postojowym, a chodnikiem. Przylegająca do parkingu ścieżka piesza nie jest dostępna dla osób z niepełnosprawnościami, ponieważ jest oddzielona od parkingu pasem zieleni. Dostęp do budynku z miejsc parkingowych dla osób niepełnosprawnych jest zapewniony przez trasę jezdnią parkingu, prowadzącą w kierunku przejścia dla pieszych bezpośrednio przed wejściem głównym. Nie zastosowano systemu naprowadzającego z miejsc parkingowych do wejścia budynku. Nie wyznaczono miejsca dla osób z dziećmi. Bezpośrednio przed wejściem głównym wyznaczono miejsce postojowe dla karetki pogotowia, oznaczone znakiem pionowym (Zdjęcie 26).



Zdjęcie 25 - Oznaczenie poziome miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnościami



Zdjęcie 26 - Miejsce postojowe dla karetek pogotowia ratunkowego

Parking B, zlokalizowany przy wejściu do bloku „C” (SOR) posiada 83 miejsca postojowe, w tym 7 dla osób z niepełnosprawnościami. Miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami znajdują się w odległości mniejszej niż 50 m od najbliższego wejścia. Miejsca są zlokalizowane skrajnie. Ich wymiar jest prawidłowy. Miejsca

parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami posiadają oznakowania pionowe w postaci tablicy D-18 i T-29. Oznakowanie poziome jest nieprawidłowe (Zdjęcie 27). Ponadto oznakowanie poziome jest w złym stanie technicznym, farba niebieska posiada ubytki, a farba biała wyznaczająca miejsce postojowe jest miejscami mało widoczna. Brak bezpośredniego połączenia pomiędzy miejscem postojowym dla osób niepełnosprawnych, a chodnikiem. Aby dostać się na najbliższy ciąg pieszy, należy wyjechać na część jezdni parkingu i za pomocą tej drogi dotrzeć do wejścia głównego, ponieważ chodniki nie posiadają odpowiednich obniżień, umożliwiających dostanie się na nie (Zdjęcie 28). Nie zastosowano systemu naprowadzającego z miejsc parkingowych do wejścia budynku. Nie wyznaczono miejsca dla osób z dziećmi.



Nieprawidłowe oznaczenie poziome miejsc postojowych, oznaczenie w złym stanie technicznym



Krawężniki o wysokości powyżej 2 cm

Zdjęcie 27 - Oznaczenie poziome miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnościami

Zdjęcie 28 - Ścieżki piesze parkingu B

Parking C posiada 333 miejsca postojowe, w tym 8 miejsc dla osób z niepełnosprawnościami. Ilość miejsc parkingowych dla osób z niepełnosprawnościami w stosunku do sumarycznej ilości miejsc postojowych jest zbyt mała. Liczba miejsc powinna stanowić 4% wszystkich miejsc postojowych (dla liczby miejsc powyżej 100). Miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami znajdują się w zbyt dużej odległości od najbliższego wejścia do budynku (ok. 350 m). Miejsca są zlokalizowane skrajnie w stosunku do pozostałych. Ich wymiary wynoszą ok. 3,36x4,97 m oraz 3,46x5 m. Wielkości są nieprawidłowe. Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością posiadają oznakowania pionowe w postaci tablicy D-18 i T-29. Oznakowanie poziome jest prawidłowe, jednak niebieska farba jest miejscowo starta (Zdjęcie 29). Nie ma bezpośredniego dostępu z miejsca parkingowego na chodnik. Aby dostać się na najbliższy ciąg pieszy, należy dostać się na część jezdni parkingu i kierować się w stronę

jedynego obniżenia chodnika w obrębie całego parkingu, znajdującego się w jego centralnej części (Zdjęcie 30). Nie zastosowano systemu naprowadzającego z miejsc parkingowych do wejścia budynku. Nie wyznaczono miejsca dla osób z dziećmi.



Zdjęcie 29 - Oznaczenie poziome miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnościami

Zdjęcie 30 - Obniżenie chodnika

Miejsca parkingowe równoległe, znajdujące się na trasie z parkingu C, w stronę wejścia do bloku „E” zostały oznaczone znakiem pionowym, jednak nie wyznaczono ich oznaczeniami poziomymi (Zdjęcie 31). Znajdujący się za nim parking przylegający do bocznej części bloków „B” i „D” również posiada oznaczenie pionowe, informujące o 22 wyznaczonych miejscach (Zdjęcie 32). Oznakowanie poziome tych miejsc zostało zasygnalizowane za pomocą pasów kostki chodnikowej w kontrastującym w stosunku do reszty podłoża kolorze. Na obu przestrzeniach parkingowych nie wyznaczono miejsca dla osób z niepełnosprawnościami.



Zdjęcie 31 - Oznaczenie pionowe parkingu wzdłuż drogi prowadzącej do wejścia w bloku „E”

Zdjęcie 32 - Oznaczenie pionowe parkingu przy krótszej elewacji bloku „B” i „D”

Na dziedzińcu między blokami „A”, „B”, „C” i „E” zlokalizowano 12 miejsc postojowych, wyznaczonych za pomocą poziomych pasów, namalowanych białą farbą. Nie posiadają oznaczeń pionowych (Zdjęcie 33, Zdjęcie 34). W obrębie tego parkingu nie występują miejsca dla osób z niepełnosprawnościami. Nawierzchnia parkingu jest równa. Brak barier.



Zdjęcie 33- Parking na dziedzińcu



Zdjęcie 34 - Parking na dziedzińcu

Miejsca postojowe, znajdujące się w strefie przed-wejściowej bloku „E” zostały oznaczone za pomocą poziomych pasów, namalowanych białą farbą (Zdjęcie 35). Nie posiadają oznaczeń pionowych. Brak miejsca dla osób z niepełnosprawnościami. W dniu wizji lokalnej na części miejsc postojowych zaparkowany był pojazd medyczny (Zdjęcie 36).



Zdjęcie 35 - Miejsca postojowe przy bloku „E”



Zdjęcie 36 - Mobilny pojazd medyczny

Rekomendacje:

Miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnością muszą się znajdować w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala. Odległość ta nie może być większa niż 50 m od wejścia głównego i mniejsza niż 5 m od okien budynku.

Zależnie od wielkości parkingu i liczby wyznaczonych na nim miejsc należy zagwarantować odpowiednią, minimalną liczbę miejsc postojowych przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością:

- 1 stanowisko – jeśli liczba stanowisk wynosi do 15,
- 2 stanowiska – jeśli liczba stanowisk wynosi od 16 do 40,
- 3 stanowiska – jeśli liczba stanowisk wynosi od 41 do 100,
- 4% ogólnej liczby stanowisk, jeśli liczba stanowisk wynosi więcej niż 100.

Liczba miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnościami na parkingu A i B jest prawidłowa. Dla parkingu C liczba miejsc nie spełnia obowiązujących wymagań. Na parkingu C należy wyznaczyć 14 miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnościami. Z uwagi na zbyt dużą odległość parkingu od wejścia głównego, zaleca się rozważenie opcji wspólnego bilansowania miejsc postojowych dla parkingu A i C. W tym wypadku dodatkowe miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami rekomenduje się wyznaczyć w obrębie parkingu A, w maksymalnej odległości 50 m od wejścia głównego.

Istniejące miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami na parkingu A i C są nieprawidłowe. Ich szerokość nie jest dostosowana do obowiązujących przepisów. Miejsca postojowe posiadają nieprawidłowe oznaczenie pionowe. Należy wyznaczyć miejsce parkingowe dla osób z niepełnosprawnością o minimalnych wymiarach 3,6x5m dla miejsca postojowego prostokątnego i 3,6mx6m dla miejsca równoległego. Miejsce należy oznaczyć znakiem poziomym jak i pionowym.

Na parkingu A i B oznaczenia miejsc są nieprawidłowe. Znakowanie pionowe musi zawierać znak pionowy D-18 „parking” oraz tabliczkę T-29. W miejscu istniejącego znaku poziomego należy zastosować znak poziomy typu P-20. Na parkingu C rekomenduje się ponownie pomalowanie znaku poziomego niebieską farbą. Miejsca te należy pomalować specjalną, trwałą, przeznaczoną do tego farbą drogową, mającą stosowne atesty.

Miejsca parkingowe równoległe, znajdujące się na trasie z parkingu C, w stronę wejścia do bloku E zostały oznaczone znakiem pionowym, jednak nie wyznaczono ich

oznaczeniami poziomymi. Istniejący znak pionowy wskazuje na parkowanie częściowo na ciągu pieszym. Z uwagi na szerokość chodnika zaleca się rozważenie zmiany organizacji parkingu. Miejsca postojowe należy wyznaczyć w obrębie ciągu komunikacji kołowej. Działanie może spowodować konieczność reorganizacji komunikacji po ciągu jezdnym (ruch jednokierunkowy). W przypadku braku takiej możliwości należy zastosować słupki uniemożliwiające zaparkowanie samochodu osobowego na chodniku, a co za tym idzie likwidację parkingu.

Na sąsiadującym parkingu przylegającym do bocznej części bloków „B” i „D” rekomenduje się wyznaczenie dwóch miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnościami.

Na parkingu znajdującym się w strefie przed-wejściowej do bloku „E” należy uzupełnić znak pionowy informujący o parkingu i liczbie miejsc postojowych. W bezpośredniej bliskości od wejścia rekomenduje się wyznaczenie miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnościami w prawidłowej ilości.

Na dziedzińcu między blokami „A”, „B”, „C” i „E” zlokalizowano 12 miejsc postojowych. W bezpośredniej bliskości od wejścia rekomenduje się wyznaczenie jednego miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnościami. Dodatkowo należy uzupełnić informację o przeznaczeniu miejsc parkingowych oznaczonych „białą kopertą” (znak pionowy i poziomy). Przed wjazdem do strefy parkingu, rekomenduje się oznaczenie poziome lokalizacji parkingu i oznaczenie pionowe w formie znaku informującego o przeznaczeniu miejsca np. parking dla pracowników szpitala.

W obrębie wszystkich stref parkingowych należy zapewnić wejście na chodnik bezpośrednio z miejsca postojowego, przeznaczonego dla osoby z niepełnosprawnością (na szerokości minimum 90cm). Dodatkowo zaleca się zastosowanie systemu naprowadzającego z miejsc parkingowych do wejścia budynku.

Nowe miejsca postojowe należy wyznaczyć zgodnie z obowiązującymi wymogami, opinanymi powyżej. Miejsce postojowe dla osób z niepełnosprawnością musi się znajdować możliwie najbliżej wejścia do placówki. Zaleca się wyznaczyć miejsce parkingowe niekolidujące z drogą pożarową oraz dostępem do innych miejsc postojowych. Należy dopilnować, aby w obrębie miejsca nie występowały takie elementy jak wpusty liniowe (rynienki) odprowadzające wodę czy wystające studzienki kanalizacyjne. Należy zadbać, aby zaaranżowana zielen (krzewy, kwiaty, drzewa itd.) nie wchodziła w obszar parkingu w czasie każdej pory roku.

Nawierzchnia parkingu powinna być utwardzona oraz antypoślizgowa. Nie należy stosować geokrat ani innych ażurowych elementów wykończenia nawierzchni, które mogłyby utrudniać komunikację. Nawierzchnia miejsc postojowych przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością musi być równa, pozbawiona nachylenia poprzecznego i podłużnego przekraczającego 2%, wykonanej z betonu asfaltowego (nawierzchni bitumicznej) lub z betonu cementowego. Dopuszcza się stosowanie nawierzchni brukowej z kostki betonowej o niefazowanych krawędziach i kostki kamiennej ciętej.

Dobłą praktyką jest również wyznaczenie miejsca postojowego dla osób z małymi dziećmi o wymiarach analogicznych do wymiarów miejsc postojowych dla osób z niepełnosprawnością, o wymiarach nie mniejszych niż 360 cm na 600 cm.

5. Strefa wejściowa

5.1. Wejście do budynku

Do placówki prowadzą trzy główne wejścia przeznaczone dla pacjentów. Jedno z wejść prowadzi do głównej rejestracji w obiekcie, drugie na SOR, a trzecie wejście do budynku „E”, gdzie wewnątrz znajdują się windy umożliwiające komunikację po bloku A. Żadne z wejść nie jest zlokalizowane na poziomie przylegającego terenu.

Główna strefa przed-wejściowa do placówki obejmuje utwardzoną (z kostki chodnikowej) płaszczyznę w okolicy wejścia głównego do budynku przeznaczonego dla pacjentów. Wejście zapewnione jest w postaci schodów zewnętrznych oraz pochylni. Zapewniona została przestrzeń manewrowa, odpowiednia dla wszystkich użytkowników. Nawierzchnia jest równa, brak ubytków, zagłębień czy wypukłości. Wejście jest dobrze widoczne i łatwe do zlokalizowania. Jednakże strefa wejściowa do budynku w nieznacznym stopniu odróżnia się kolorystycznie od otoczenia, co może utrudniać zlokalizowanie strefy wejściowej np. przez osoby niedowidzące (Zdjęcie 37). Wejście wyróżnia się poprzez formę architektoniczną zadaszenia nad schodami, które znacząco wychodzi poza lico głównej bryły budynku (Zdjęcie 38). Nazwa szpitala jest widoczna z daleka, zastosowano czcionkę o odpowiednim kroju oraz kontraście. Brak przeszkód czy barier w obrębie wejścia.

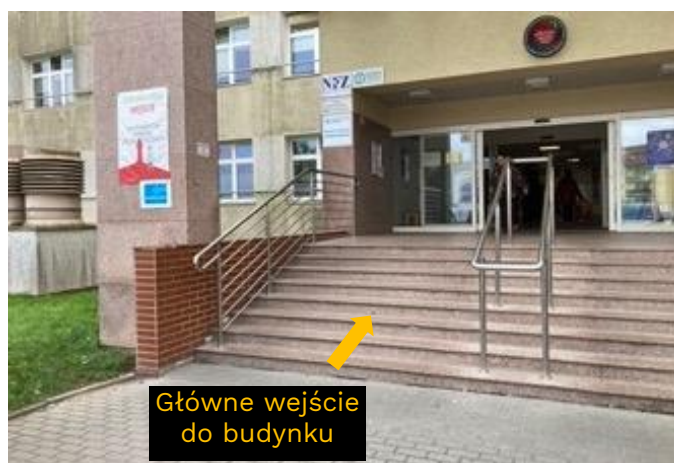


Zdjęcie 37 - Główne wejście do placówki



Zdjęcie 38 - Forma architektoniczna głównego wejścia do placówki

Zarówno schody zewnętrzne jak i pochylnia prowadzą na spocznik, z którego odbywa się bezpośrednie wejście do obiektu (Zdjęcie 39, Zdjęcie 40). Przestrzeń przed drzwiami wejściowymi, nad schodami zewnętrznymi oraz pochylnią jest zadaszona. Zadaszenie znajduje się na prawidłowej wysokości. Powierzchnia zapewnia odpowiednią przestrzeń manewrową dla osób poruszających się na wózkach. Posadzka jest równa oraz nieśliska.



Zdjęcie 39 - Schody zewnętrzne prowadzące do wejścia głównego



Zdjęcie 40 - Pochylnia prowadząca do wejścia głównego

Wejście na SOR dla pacjentów zapewnione jest poprzez schody zewnętrzne oraz pochylnię, które kierują do drzwi prowadzących na izbę przyjęć. Strefa przed drzwiami wejściowymi jest zadaszona i zapewnia odpowiednią przestrzeń manewrową (Zdjęcie 41). Zadaszenie znajduje się na prawidłowej wysokości. Posadzka jest równa, brak ubytków czy zagłębień. Wykonana z materiału antypoślizgowego. Wejście jest widoczne

i łatwe do zlokalizowania – jest wyraźnie wyodrębnione od głównego obrysu bryły budynku, ale nie odznacza się kolorystycznie na tle reszty elewacji. Nad wejściem widnieje bardzo dobrze widoczny napis „Szpitalny Oddział Ratunkowy”. Zastosowano czcionkę o odpowiednim kroju oraz kontraście.

Przed drzwiami wejściowymi na SOR znajduje się gumowa wycieraczka o średnicy oczek powyżej 1 cm (Zdjęcie 42). Wycieraczka została zamontowana na stałe do podłoża poprzez zastosowanie metalowego obramowania. Wycieraczka nie licuje się z poziomem posadzki oraz przekracza maksymalną wysokość (1 cm).



Zdjęcie 41 – Strefa wejściowa do bloku „C” SOR



Zdjęcie 42 – Wycieraczka przed wejściem do bloku „C” SOR

Trzecie wejście dla pacjentów, prowadzące do budynku „E” odbywa się poprzez schody zewnętrzne oraz pochylnię (Zdjęcie 43, Zdjęcie 44). Wejście jest zadaszone, natomiast strefa wejściowa nie została odpowiednio wyróżniona ani poprzez formę architektoniczną, ani kolorystycznie.



Zdjęcie 43 – Wejście główne do bloku „E”



Zdjęcie 44 – Pochylnia prowadząca do bloku „E”

Przy żadnym z wejść nie zastosowano faktur ostrzegawczych ani naprowadzających.

Obszar zieleni nie wchodzi w światło komunikacji stref wejściowych oraz nie ogranicza przestrzeni manewrowej. Nawierzchnia trawnika została widocznie oddzielona.

Rekomendacje:

Wszystkie wejścia do szpitala muszą spełniać wymagania w zakresie dostępności dla osób poruszających się na wózkach, używających chodzików rehabilitacyjnych, poruszających się o kulach czy opiekunów z wózkami dziecięcymi.

Rekomenduje się kolorystyczne wyróżnienie stref wejściowych np. poprzez zmianę koloru elewacji lub posadzki strefy wejściowej.

Wycieraczka przed głównym wejściem do bloku „C” SOR nie spełnia parametrów użytkowych. Zaleca się wymianę wycieraczki na systemową, wpuszczaną w posadzkę.

5.2.Drzwi wejściowe oraz wiatrołap

Drzwi wejściowe (wejście do głównej rejestracji w obiekcie) oraz na SOR:

Drzwi wejściowe do budynku mieszczą się nad wprost biegu schodów zewnętrznych. Drzwi nie wyróżniają się kolorystycznie, przez co ich lokalizacja może stanowić trudność- drzwi są przeszklone, tak jak panele stałe mieszczące się obok. Zastosowano drzwi dwuskrzydłowe, przesuwne na boki, otwierane automatycznie (Zdjęcie 45, Zdjęcie 46). Drzwi mają odpowiednią szerokość- ponad 90 cm w świetle przejścia (w przypadku wejścia na SOR 110 cm). Drzwi są w całości przeszklone, nie zastosowano pasów w kontrastowym kolorze, co może stanowić utrudnienie dla osób niedowidzących. Przestrzeń manewrowa od strony zewnętrznej i wewnętrznej (od strony wiatrołapu) jest prawidłowych wymiarów pozwalających na zmianę kierunku ruchu. Drzwi wejściowe nie posiadają progu.



Zdjęcie 45 - Drzwi główne wejściowe do placówki



Zdjęcie 46 - Drzwi wejściowe do bloku „C” SOR

Oba wejścia do budynku prowadzą przez wiatrołap o wymiarach zapewniających przestrzeń manewrową 150x150 cm. Zarówno przed i za drzwiami do wiatrołapu zapewniono odpowiednią przestrzeń manewrową umożliwiającą swobodne poruszanie się osobie na wózku. W strefie wiatrołapu nie występują progi. Nawierzchnia posadzki jest równa oraz antypoślizgowa.

W przestrzeni wiatrołapu prowadzącego do głównej rejestracji w budynku znajdują się systemowe wycieraczki wpuszczane w posadzkę. Wycieraczki nie sprawiają trudności w poruszaniu się, jednak wymagają renowacji (Zdjęcie 47, Zdjęcie 48).



Zdjęcie 47 - Wiatrołap przy wejściu głównym do placówki



Zdjęcie 48 - Wiatrołap przy wejściu do bloku „C” SOR

Wejście do budynku „E”:

Drzwi wejściowe do prowadzące budynku „E” mieszczą się na wprost biegu schodów zewnętrznych oraz z prawej strony pochylni. Zakres otwierania skrzydła drzwiowego nachodzi na przestrzeń manewrową przed pochylnią, kierunek otwierania drzwi nie jest przeciwny do strony lokalizacji pochylni. Drzwi nie wyróżniają się kolorystycznie na tle elewacji budynku. Drzwi dwuskrzydłowe o szerokości skrzydła drzwiowego 110 cm. Rama drzwiowa posiada przeszkloną płaszczyznę, która nie została odpowiednio oznaczona kontrastowymi pasami, co może stanowić utrudnienie dla osób niedowidzących. Drzwi zapewniają otwieranie bez konieczności użycia większej siły. Klamka zamontowana jest na odpowiedniej wysokości. Drzwi wyposażone są w dużą, wygodną w pochwyicie klamkę w kształcie litery „C” o zaoblonych krawędziach, natomiast jej kolor nie zapewnia kontrastu na tle drzwi. Zachowano przestrzeń 10 cm pomiędzy klamką, a skrzydłem drzwiowym. Przestrzeń manewrowa od strony klamki zapewnia optymalny podjazd osobie poruszającej się na wózku i wynosi 90x90 cm. Przestrzeń manewrowa od strony zewnętrznej i wewnętrznej (od strony wiatrołapu) jest prawidłowych wymiarów pozwalających na zawrócenie wózka. Drzwi zostały wyposażone w samozamykacz bez funkcji blokady. Drzwi nie posiadają progów. Przed drzwiami wejściowymi do budynku nie ma wycieraczek, natomiast za drzwiami znajduje się znajdują się systemowe wycieraczki wpuszczane w posadzkę. Wycieraczki nie sprawiają trudności w poruszaniu się, jednak wymagają renowacji – są częściowo uszkodzone.

Wejście do budynku prowadzi przez wiatrołap o szerokości spełniającej wymagania. Zarówno przed i za drzwiami do wiatrołapu zapewniono odpowiednią przestrzeń manewrową umożliwiającą swobodne poruszanie się osoby na wózku. Strefa wiatrołapu nie posiada progów. Nawierzchnia jest równa oraz spełnia wymagania antypoślizgowości.

Przestrzeń jest odpowiednio oświetlona w sposób równomierny, nie powodujący oślnienia.



Zdjęcie 49 - Wejście główne do budynku „E”



Zdjęcie 50 - Wiatrołap przy wejściu głównym do bloku „E”

Rekomendacje:

W celu łatwej identyfikacji dla osób słabowidzących kolorystyka drzwi zewnętrznych musi być kontrastująca względem płaszczyzny elewacji (ściany) budynku ($LRV > 30$).

Skrzydło drzwiowe musi być łatwe do otwarcia bez użycia siły większej niż 25N. Rekomenduje się, aby drzwi prowadzące do budynku E wyposażyć w samozamykacz z funkcją blokady pozycji, co umożliwi bezpieczne przejście do strefy wiatrołapu, jak i wyjście z budynku, przede wszystkim pacjentom ze szczególnymi potrzebami.

Jeżeli wypełnienie drzwi stanowi szkło lub inny materiał przezroczysty muszą być stosowane 2 pasy kontrastowe o szerokości 10 cm umieszczone na drzwiach na wysokości od 90 cm do 100 cm oraz od 130 cm do 140 cm, a cokół musi mieć wysokość minimum 40 cm.

Kolorystyka pochwytu lub klamki musi być kontrastowa względem kolorystyki drzwi ($LRV > 30$). Innym znacznym ułatwieniem, głównie dla osób poruszających się na wózku, jest możliwość otworzenia drzwi za pomocą przycisku. Przycisk ten należy sytuować po stronie otwierania drzwi (klamki/pochwyty) na wysokości od 80 cm do 110 cm. Minimalna średnica przycisku musi wynosić 2 cm. Innym rozwiązaniem ułatwiającym otwarcie drzwi zewnętrznych jest system otwierający je przy pomocy czujki ruchu.

W celu uniknięcia sytuacji, w której zakres otwierania skrzydła drzwiowego nachodzi na przestrzeń manewrową przy pochylni zaleca się zastosowanie drzwi przesuwanych otwieranych automatycznie. W przypadku zastosowania drzwi przesuwanych jednoskrzydłowych lub rozsuwanych dwuskrzydłowych szerokość światła przejścia po ich rozsunięciu musi wynosić przynajmniej 90 cm. Zaleca się wdrożenie rozwiązania uruchamianego na czujnik ruchu.

Przy wejściach do budynku (w szczególności na SOR) należy zastosować przycisk przywołujący personel szpitala, umieszczony na odpowiedniej wysokości 80-110 cm.

Należy wymienić wycieraczkę przed wejściem na SOR. Optymalnym rozwiązaniem jest stosowanie wycieraczek systemowych zagłębionych w posadzce w taki sposób, aby tworzyły równą powierzchnię z posadzką. Istniejące wycieraczki systemowe należy poddać renowacji lub uzupełnić ubytki.

5.3. Oświetlenie strefy wejścia

Przy głównych wejściach do szpitala dla pacjentów zainstalowano oprawy oświetleniowe zapewniające równomierną dystrybucję światła.

Rekomendacje:

Brak.

5.4. Przywoływanie pomocy

W strefy wejścia nie zaobserwowano urządzenia (przycisku) umożliwiającego przywołanie pomocy.

Rekomendacje:

Zaleca się zastosowanie systemu do przywołania pomocy przy wejściach do budynku w postaci dzwonka lub domofonu. Dzwonek powinien być umieszczony po stronie otwierania drzwi (klamki/pochwytu) na wysokości 80-110 cm. Domofon powinien być umieszczony w taki sposób, aby jego przyciski znajdowały się na wysokości nie mniejszej niż 90 cm oraz nie wyższej niż 110 cm. Przyciski powinny być opisane w alfabecie Braille'a oraz skonstrastowane kolorystycznie względem tła oraz charakteryzować się niewielką siłą nacisku przycisku. Minimalna średnica przycisku 2 cm. Nie należy stosować przycisków sensorycznych. Zastosowane domofony powinny posiadać potwierdzenie dźwiękowe i wizualne wybranego przycisku, posiadać świetlne

i dźwiękowe potwierdzenie otwierania zamka. Sam ekran domofonu powinien znajdować nie wyżej niż 120 cm nad poziomem podłogi. Z uwagi na położenie wejść powyżej poziomu terenu zaleca się także umieszczenie przycisku przywołania pomocy na poziomie terenu w przypadku trudności z wejściem do szpitala.

6. Rejestracja i poczekalnia

6.1. Punkt rejestracji

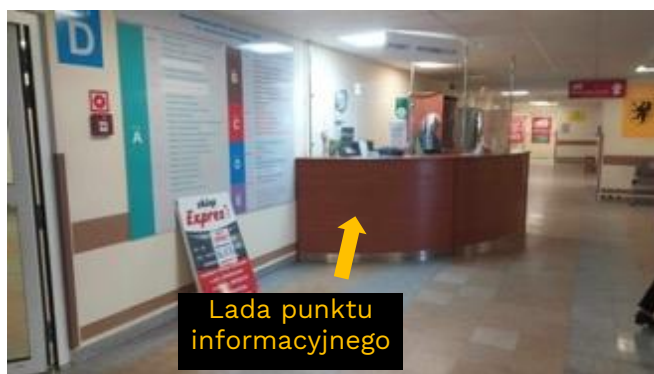
W szpitalu mieszczą się dwa punkty obsługi pacjentów znajdujące się bezpośrednio przy wejściu. Jeden lokalizowany jest przy głównym wejściu do budynku, a drugi znajduje się przy wejściu na SOR.

Rejestracja oraz punkt informacyjny- główne wejście:

Punkt obsługi pacjentów przy wejściu głównym do budynku obejmuje rejestrację pacjentów poradni specjalistycznych oraz punkt informacyjny (Zdjęcie 51, Zdjęcie 52). Rejestracja oraz punkt informacyjny znajdują się w bezpośredniej bliskości wejścia do budynku, praktycznie zaraz po przekroczeniu wiatrołapu, obok strefy oczekiwania zlokalizowanej w holu wejściowym.



Zdjęcie 51 - Rejestracja przy wejściu głównym



Zdjęcie 52 - Punkt informacyjny przy wejściu głównym

Punkt informacyjny to wolnostojąca zabudowa, natomiast rejestracja jest zabudowana oraz ograniczona przez przeszklone partycje (. Lokalizacja rejestracji nie stanowi bariery przestrzennej, nie zawęża drogi ewakuacyjnej i jest zlokalizowana w linii ściany. Dojście do obu punktów obsługi pacjenta pozbawione jest przeszkód. Nie zaobserwowano zmian poziomów posadzki. Nie zastosowano naprowadzających ścieżek fakturowych.

Rejestracja nie wyróżnia się kolorystycznie, natomiast zabudowa punktu informacyjnego jest dobrze widoczna z daleka (zachowuje kontrast kolorystyczny na tle otoczenia). Konstrukcja punktu informacyjnego jest jednolita w kolorze. W punkcie informacyjnym oraz rejestracji nie zapewniono co najmniej jednego dostępnego stanowiska dla osób z niepełnosprawnościami- poruszających się na wózku. Lada nie zostały umieszczone na dwóch wysokościach, przy punkcie informacyjnym obsługa klienta odbywa się na wysokości 115 cm, natomiast lada rejestracji mieści się 93 cm od posadzki. Nie zapewniono osobie poruszającej się na wózku możliwości podjechania wózkiem- brak obniżonej części blatu.

Zapewniono optymalną przestrzeń manewrową, minimum 1,5mx1,5m.

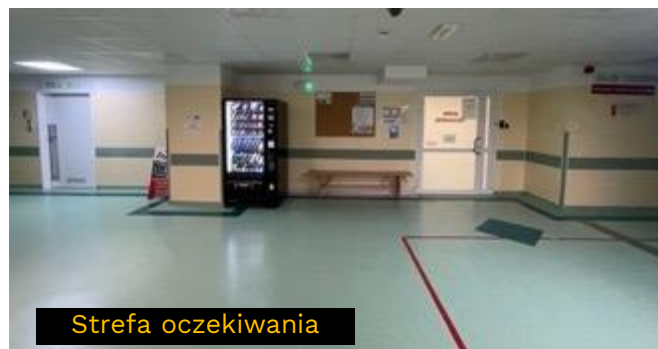
Na ladzie rejestracji znajduje się wolna przestrzeń na wypełnienie dokumentów, która jednak jest znacząco ograniczona przez przeszklone partycje. Przeszklenia oddzielają pacjentów od pracowników rejestracji, w związku z czym rejestracja wyposażona jest w interkom ułatwiający komunikację. Krawędzie blatu są zaoblone, nie ma żadnych ostrych elementów. Brak podcięcia na stopy (cokołu). Nie zapewniono dodatkowego miejsca na odłożenie sprzętu rehabilitacyjnego w postaci np. uchwytów.

Rejestracja SOR:

W holu, po przekroczeniu wiatrołapu od strony wejścia na SOR, mieści się strefa oczekiwania oraz punkt rejestracji (Zdjęcie 53, Zdjęcie 54). Rejestracja znajduje się w bezpośredniej bliskości wejścia do budynku. Dojście do punktów obsługi pacjenta pozbawione jest przeszkód oraz jest intuicyjne. Brak różnic poziomów posadzki na dojściu. Nie zastosowano naprowadzających ścieżek fakturowych. Lokalizacja rejestracji nie stanowi bariery przestrzennej, nie zawęża drogi ewakuacyjnej i jest zlokalizowana w linii ściany.



Zdjęcie 53 - Rejestracja SOR



Zdjęcie 54 - Strefa oczekiwania przy rejestracji SOR

Zabudowa rejestracji wyróżnia się kolorystycznie, jest jednolita w kolorze. Nie zapewniono co najmniej jednego dostępnego stanowiska dla osób z niepełnosprawnościami – poruszających się na wózku. Brak obniżonej części blatu, która umożliwiałaby podjechanie wózkiem. Lada znajduje się na jednej wysokości – do obsługi pacjentów w pozycji stojącej. Lada posiada odpowiednią szerokość. Zapewniono podcięcie na stopy. Na ladzie znajduje się wolna przestrzeń na wypełnienie dokumentów. Zastosowano szklane podziały ograniczające przestrzeń lady oraz utrudniające komunikację. Punkt rejestracji nie jest wyposażony w interkom.

Zapewniono optymalną przestrzeń manewrową, minimum 1,5mx1,5m.

Obie rejestracje oraz punkt informacyjny nie zostały wyposażone w urządzenia wspomagające obsługę osób ze szczególnymi potrzebami takie jak pętla indukcyjna czy pomoce optyczne. Nie zapewniono dostępu do tłumacza polskiego języka migowego.

Nie zauważono żadnych przycisków przywołujących pomoc/obsługę. Brak ekranów czy wyświetlaczy.

W pobliżu obu rejestracji znajduje się pomieszczenie higieniczno-sanitarne przeznaczone dla pacjentów oraz osób odwiedzających.

W obiekcie nie wyznaczono pomieszczenia cichej obsługi.

Rekomendacje:

Rejestracja/punkt obsługi pacjentów powinien być wydzielony kolorystycznie w celu lepszej lokalizacji. Dojście do rejestracji powinno być pozbawione przeszkód oraz posiadać fakturowe ścieżki naprowadzające.

Punkt rejestracji powinien posiadać możliwość obsługi użytkownika na dwóch poziomach. Ladę należy obniżyć przynajmniej na odcinku o szerokości 90 cm na wysokość 90 cm (optymalne 70-80 cm). Osoba poruszająca się na wózku powinna mieć możliwość podjechania na głębokość 30 cm i szerokość 75 cm pod ladę. Lada powinna mieć głębokość minimum 40 cm, tak aby można było swobodnie odłożyć dokumenty lub oprzeć się podczas czynności administracyjnych. Lada musi być wykonana z matowych materiałów. Lada powinna być wyposażona w rozwiązania pozwalające na odłożenie kul lub laski. Błat lady powinien posiadać zabezpieczenie krawędzi chroniące przed spadaniem dokumentów. Przy części lady do obsługi osób stojących należy zapewnić podcięcie na stopy (cokół) na wysokości minimum 10 cm i głębokości minimum 5 cm. Podłogi, ściany, drzwi, meble, blaty w rejestracji powinny mieć matowe

wykończenie, tak aby nie powodować odbić światła i efektu olśnienia. Przy zabudowie punktu rejestracji zaleca się zabezpieczenie lub zaoblenie narożników i innych wystających elementów mogących stanowić zagrożenie.

W wypadku zastosowania szyby (przeszklonych partycji) między pacjentem a osobą obsługującą w rejestracji należy zastosować urządzenie do głośnej komunikacji (interkom).

Należy zapewnić odpowiednie wyposażenie punktu rejestracji w pętlę indukcyjną, pomoce optyczne (np. elektryczną lupę), komputer z programem udźwiękawiającym tekst oraz inne narzędzia podnoszące dostępność komunikacyjną. Pętlę indukcyjną należy odpowiednio oznaczyć piktogramem widocznym z daleka. W rejestracji powinien być zapewniony dostęp do polskiego tłumacza języka migowego (może być w formie zdalnej).

Przy punktach obsługi pacjentów rekomenduje się zastosowanie przycisków do przywołania pomocy/obsługi. Przycisk lub dzwonek powinien być umieszczony na wysokości 80-110 cm. Przyciski powinny być opisane w alfabecie Braille'a oraz skontrastowany kolorystycznie względem tła. Minimalna średnica przycisku 2 cm. Nie należy stosować przycisków sensorycznych.

Dobłą praktyka jest wyznaczenie osobnego pomieszczenia do cichej obsługi dla pacjentów, którzy potrzebują większego skupienia lub wyciszenia.

6.2.Oświetlenie punktu rejestracji i strefy poczekalni

W strefie poczekalni i rejestracji zastosowano oprawy świetlne zapewniające równomierne oświetlenie przestrzeni. Oprawy świetlne nie powodują efektu olśnienia. Brak miejsc zacienionych. Zapewniono oprawy oświetleniowe, pełniących funkcję światła ogólnego. Brak wyposażenia w uzupełniające oświetlanie punktowe przy rejestracji na SOR oraz przy punkcie informacyjnym. W dniu wizji lokalnej oświetlenie punktowe rejestracji poradni specjalistycznych było wyłączone. Zapewniono odpowiednie oświetlenie twarzy osoby pracującej, które umożliwi osobom niesłyszącym czytanie z ruchu warg.

Rekomendacje:

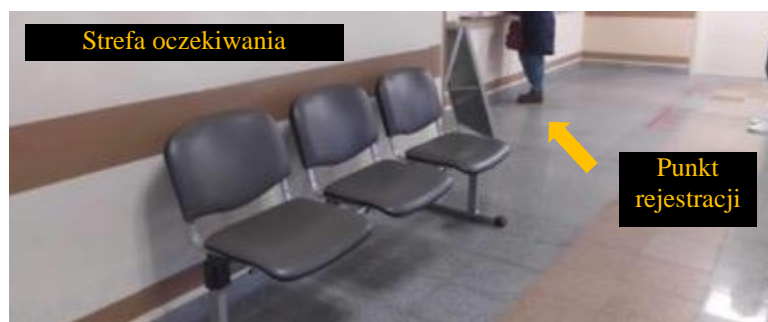
Oświetlenie w rejestracji powinno być umiejscowione tak, aby nie powodować odbicia światła w ladzie ani olśnienia. Należy zaopatrzyć strefę rejestracji w oprawy światła punktowego, które zapewnią doświetlenie najważniejszych miejsc. Nie mogą występować przestrzenie zacienione, a barwa światła wszystkich lamp powinna być taka sama. Powinno zapewnić się odpowiednie oświetlenie twarzy osoby pracującej, które umożliwi osobom niesłyszącym czytanie z ruchu warg.

6.3. Strefa oczekiwania (poczekalnia)

Zaraz przy wejściu głównym do budynku oraz przy wejściu na SOR, a także przy gabinetach do poradni specjalistycznych mieści się strefa oczekiwania zlokalizowana w bezpośredniej bliskości obu rejestracji (Zdjęcie 55, Zdjęcie 56). Strefa pozostaje wolna od przeszkód. Zapewniono przestrzeń manewrową pozwalającą na zmianę kierunku osobie poruszającej się na wózku. Miejsca siedzące zlokalizowane są wzdłuż ścian.

Strefę oczekiwania wyposażono w zestaw krzeseł oraz ławę (poczekalnia SOR). Miejsca do odpoczynku stanowią ciągi połączonych ze sobą siedzisk. Szerokość i głębokość siedzisk są odpowiednie. Siedziska znajdują się na odpowiedniej wysokości. Wyposażone są w oparcia. Brak podłokietników, co może utrudniać wstawania/siadanie użytkownikom, zwłaszcza osobom ze szczególnymi potrzebami. Przed siedziskami zapewniono odpowiednią przestrzeń na nogi. Bezpośrednio przy rzędzie krzeseł nie przewidziano przestrzeni postoju na wózek, jednakże w obu strefach oczekiwania możliwe jest zapewnienie miejsca odpoczynku/oczekiwania dla osób poruszających się na wózku.

Strefa kolejki pozostaje wolna od ruchomych elementów mogących stanowić barierę przestrzenną.



Zdjęcie 55 - Strefa oczekiwania przy rejestracji



Zdjęcie 56 - Strefa oczekiwania przy poradniach specjalistycznych

Rekomendacje:

Zaleca się wyposażenie co najmniej co trzeciego miejsca siedzącego w podłokietniki.

Zaleca się przearanżowanie miejsc siedzących w poczekalni wzdłuż ścian, aby zapewnić możliwość oczekiwania osobie na wózku. Zaleca się zapewnienie przerw między siedziskami szerokości około 100 cm.

Zaleca się zaopatrzenie strefy oczekiwania w wieszak na odzież wierzchnią. Lokalizacja wieszaka nie może nachodzić na światło ciągów komunikacyjnych. Dobrą praktyką jest również montowanie wieszaków naściennych, dostępnych na dwóch wysokościach 180 cm i 110 cm.

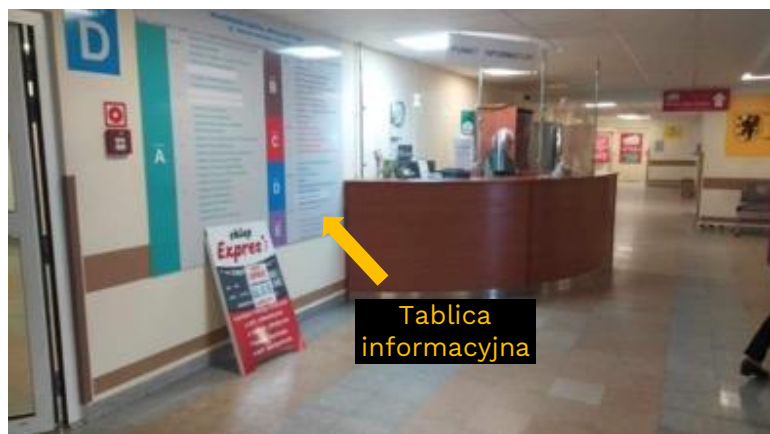
7. Komunikacja pionowa i pozioma w budynku

7.1. Komunikacja pozioma

Szpital nie posiada czytelnego układu poziomych dróg komunikacyjnych, co wynika ze skomplikowanego układu architektonicznego. Budynek szpitala został podzielony na bloki oraz łączniki mieszczące się między nimi. System odnajdywania drogi może być skomplikowany dla użytkowników odwiedzających szpital po raz pierwszy, zwłaszcza dla osób ze szczególnymi potrzebami. Układ pomieszczeń na poszczególnych oddziałach jest czytelny ze względu na powtarzalność na danych kondygnacjach. Jednak ze względu na brak ujednoliconej formy informacji kierunkowej oraz brak informacji innych niż tylko wizualna, układ pomieszczeń może okazać się trudny do zrozumienia dla pacjentów.

W obiekcie rozmieszczono schematy budynku przedstawiające podział na poszczególne bloki w celu ułatwienia komunikacji (Zdjęcie 57, Zdjęcie 58). Oddziały, a co za tym idzie przestrzeń ciągów komunikacji poziomej do nich przynależnych, posiada określony system identyfikacji kolorystycznej. Każdy oddział posiada swój kolor przewodni, który widoczny jest w postaci naprowadzeń na podłodze, oznaczeń drzwi, tabliczek informacyjnych, a także pochwyty ściennych (Zdjęcie 59). Takie założenie usprawnia orientację w budynku, jednak nie zostało konsekwentnie zrealizowane. Dla części oddziałów oznaczenia są spójne wewnątrz oddziału, lecz inne niż wskazane na schemacie blokowym, część posiada identyfikację zgodną z kolorem oznaczonym na schemacie, część zastosowanych kolorów nie zachowuje kontrastu kolorystycznego

(ścian, podłóg oraz drzwi). Niektóre oddziały posiadają nieczytelną, wielobarwną kolorystykę na posadzkach. Z uwagi na skomplikowany układ budynku i konieczność przemieszczania się kondygnacją podziemną w obiekcie zastosowano czerwoną linię naprowadzającą na lokalizację SORu w postaci naklejanych taśm na podłodze (Zdjęcie 60). Taśma w złym stanie technicznym. Brak informacji o funkcji taśmy i kierunkach naprowadzania.



Zdjęcie 57 - Tablica informacyjna w bloku „D”



Zdjęcie 58 - Tablica informacyjna w bloku „E”



Zdjęcie 59 - System identyfikacji wizualnej korytarzy



Zdjęcie 60 - Linia naprowadzająca

Szerokość korytarzy wynosi ok. 220 cm, występują stałe zawężenia spowodowane elementami konstrukcji budynku (lokalizacja szachtów/kominów). Przewężenia ograniczają szerokość korytarzy do około 170 cm. Na trasie ciągów komunikacyjnych znajdują się przeszkody w postaci elementów wyposażenia oraz sprzętu medycznego,

na który brakuje przestrzeni do przechowywania. W części korytarzy zlokalizowano elementy zawężające światło przejścia tj. siedziska, dodatkowe wyposażenie sal szpitalnych. Usytuowanie siedzisk zawężają światło przejścia korytarza.

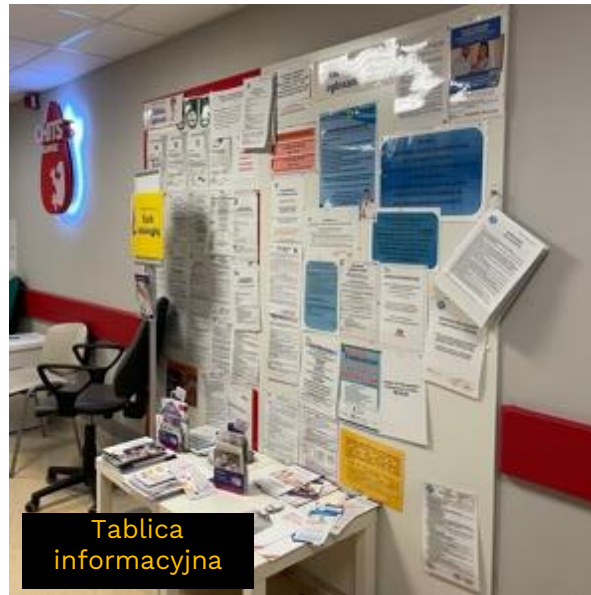
Szerokość korytarzy umożliwia poruszanie się na wózku oraz minięcie się wózków. Trasa dojścia dla osób z niepełnosprawnością jest tożsama z trasą dojścia osoby sprawnej. Wszystkie pomieszczenia dostępne z korytarza są dostępne dla osoby poruszającej się na wózku.

Wysokość korytarza jest większa niż 220 cm, nie występują znaczące obniżenia sufitu. Elementy wystające znajdują się poniżej 30 cm lub powyżej 220 cm od podłogi. Wiszące elementy nie wystają więcej niż 10 cm od ściany.

Wejście na każdy oddział wyposażone zostało w przycisk dzwonnka w celu wejścia na oddział oraz wewnątrz oddziału przycisk otwierający drzwi w celu wyjścia (Zdjęcie 61). Elementy w większości nie oznaczone, mało widoczne i nie kontrastujące z otoczeniem. Dodatkowo przyciski umieszczone zostały na zbyt dużej wysokości. Elementy zamontowane w budynku takie jak: łączniki światła, dzwonki, przyciski znajdują się na wysokości powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.



Zdjęcie 61 - Strefa wejścia na oddział



Zdjęcie 62 - Tablica informacyjna

Na drogach komunikacji występuje system informacji kierunkowej oraz przy większości drzwi do pomieszczeń umieszczono tabliczki informacyjne. System informacji wizualnej nie jest spójny w całym obiekcie. Dezorientację może wprowadzać

nieuporządkowana informacja w postaci plakatów oraz ogłoszeń umieszczonych na tablicach informacyjnych w przestrzeni korytarzy (Zdjęcie 62). Część plakatów umieszczono poza tablicami informacyjnymi, to znaczy bezpośrednio na ścianie, co wprowadza chaos przestrzenny oraz może utrudniać orientację w budynku. Nie wszystkie drzwi posiadają oznaczenie przeznaczenia pomieszczenia.

Część tablic informacyjnych oraz oznaczeń pomieszczeń (przeznaczonych do odczytywania z bliska) umieszczono na wysokości przekraczającej 160 cm, co utrudnia ich odczytanie. Nie występują fakturowe oznaczenia czy informacje w alfabecie Braille'a. Brak głosowego systemu informacji w budynku.

Strefy oczekiwania wyznaczono wzdłuż korytarzy na oddziałach oraz w holach przy wieściach do wind oraz na klatki schodowe (Zdjęcie 63, Zdjęcie 64). Strefy oczekiwania wyposażone w siedziska o wyprofilowanym kształcie. Szerokość miejsca posiada około 50 cm, a wysokość siedzisk mieści się w zakresie 42-48 cm. Siedziska nie posiadają podłokietników, co może utrudniać korzystanie osobom ze szczególnymi potrzebami. Przed siedziskami zapewniono minimum 40 cm przestrzeni na nogi. W strefach oczekiwania zlokalizowanych na korytarzach oddziałów szpitalnych nie przewidziano miejsca dla osób poruszających się na wózku o wymiarach 150x90 cm. Główna przestrzeń oczekiwania mieści się przy wejściach do wind (Zdjęcie 65).

Dodatkowo strefa oczekiwania znajduje się w poradni przyszpitalnej (Zdjęcie 66, bezpośrednio przed wejściem do gabinetów specjalistycznych. Strefa zorganizowana jest w holu przy gabinetach i składa się na ciąg krzeseł. Krzesła ustawione są w centralnej części korytarza. Nie zapewniono miejsca oczekiwania dla osób poruszających się na wózku pomiędzy ciągami krzeseł.



Zdjęcie 63 - Strefa oczekiwania na korytarzach

Zdjęcie 64 - Strefa oczekiwania na korytarzach



Zdjęcie 65 - Strefa oczekiwania przy windach



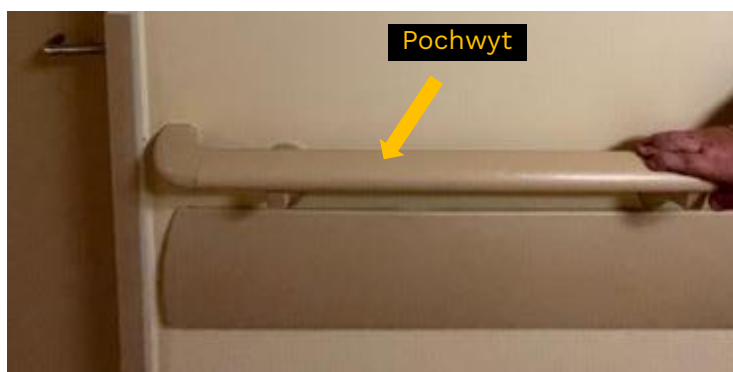
Zdjęcie 66 - Strefa oczekiwania w poradni przyszpitalnej

Posadzka w korytarzach jest równa oraz antypoślizgowa. Posadzka matowa, w większości miejsc nie powoduje olśnienia. Nie występują różnice poziomów. Brak pojedynczych stopni na długości korytarza. Wyjątek stanowi stopień zlokalizowany na bloku operacyjnym przy wyjściu na OIOM. Metalowy kątownik montowany do posadzki wyznacza granicę stref w szpitalu, jednocześnie stanowi barierę w poruszaniu się i transporcie chorych.

Posadzki o bardzo zróżnicowanych wzorach i kolorach (Zdjęcie 67). Część rozwiązań kolorystycznych zapewnia kontrast w stosunku do koloru ścian. Posadzki nie posiadają kontrastowego cokołu. Zastosowano pas koloru biegnący parę centymetrów nad cokołem. Dla niektórych oddziałów kolor ten kontrastuje z wykończeniem posadzki, a dla części nie wyróżnia się w stosunku do wykończenia podłogi. Na części oddziałów zauważono ubytki w posadzce – wgłębienia, wykruszenia w warstwach pod wykładziną.



Zdjęcie 67 - Posadzka



Zdjęcie 68 - Pochwyt

Na części pięter w przestrzeni komunikacji na oddziałach zastosowano pochwyt na dwóch przeciwległych ścianach (Zdjęcie 68). Występują miejsca, gdzie uchwyt zamocowany jest tylko po jednej stronie. Pochwyty na wysokości ok. 105 cm. Nie występują pochwyt na innych wysokościach (przystosowanych dla dzieci lub osób niskorosłych). W większości miejsc pochwyt skonstruowane z kolorem ścian. Pochwyty posiadają zaokrąglony na końcach przekrój. Miejscami brak ciągłości lub pochwyt są zastawione elementami wyposażenia (np. krzesłami).

Oprawy świetlne rozmieszczone równomiernie. W dniu wizji lokalnej oświetlenie miejscami było wyłączone, przez co występowały przestrzenie zacienione.

Rekomendacje:

Układ ciągów komunikacyjnych powinien być prosty i czytelny. Szerokość korytarzy w placówce szpitalnej musi wynosić minimum 220 cm. Wysokość korytarzy musi wynosić minimum 220 cm. Wszystkie elementy wyposażenia poniżej 220 cm, wystające z sufitu czy ze ścian korytarza, należy oznaczyć poręczami ostrzegawczymi lub elementami małej architektury, kolorystycznie skonstruowanymi względem otoczenia. Zaleca się usunięcie nieuporządkowanych elementów zawężających przejścia. Rekomenduje się także uporządkowanie elementów wyposażenia, które zawężają światło przejścia.

Rekomenduje się ujednolicenie oraz rozwinięcie systemu odnajdywania drogi w budynku. Zaleca się zastosowanie tablic informacyjnych z graficznym planem danej kondygnacji zawierających również druk wypukły i informacje w alfabecie Braille'a. Dobrą praktyką jest też zastosowanie w obiekcie systemu nawigacji w formie głosowej na przykład system TOTUPOINT.

Czerwoną linię naprowadzającą na lokalizację SOR zaleca się odświeżyć. Naprowadzenie w postaci pasów koloru należy uporządkować oraz zastosować takie kolory, które kontrastują kolorystycznie ze ścianami oraz podłogami.

Zaleca się uzupełnienie identyfikacji drzwi o informację w alfabecie Braille'a lub kody QR umieszczone na każdych drzwiach zawierające informację o funkcji danego pomieszczenia. Kody należy umieszczać na takiej samej wysokości oraz w tym samym miejscu (np. poniżej klamki), aby umożliwić osobom niewidomym i niedowidzącym wygodne i samodzielne poruszanie się po budynku oraz identyfikację pomieszczeń.

Tablice informacyjne zaleca się zlokalizować w dogodnym miejscu placówki - w strefie oczekiwania, gdzie pacjenci mają możliwość zapoznania się z treścią. Tablice powinny posiadać dodatkowe oświetlenie punktowe. Nie należy stosować przeszklonych płaszczyzn, które mogą powodować odbicia światła. Należy uporządkować informacje znajdujące się na tablicach.

Tablice informacyjne powinny posiadać duże litery oraz czytelny i przejrzysty układ treści. Informację należy zlokalizować na wysokości pola widzenia (tj. ok 1,4-1,6 m). Informacje do odczytywania z daleka powinny być umieszczane na wysokości min. 220 cm. Czcionka powinna być prosta, bezszeryfowa w kolorze kontrastującym z tłem. Informacja powinna być krótka, prosta i zwięzła. Zaleca się zastosowanie druku wypukłego.

Korytarze muszą być wyposażone w miejsca siedzące przeznaczone do odpoczynku i oczekiwania. Strefy oczekiwania muszą znajdować się poza ciągami ewakuacyjnymi. Miejsce do odpoczynku musi być wyposażone w siedzisko z podłokietnikami, umieszczone co najmniej co trzecie miejsce siedzące. Szerokość miejsca siedzącego musi wynosić około 50 cm, a siedzisko powinno się znajdować na wysokości od 42 cm do 48 cm. Na korytarzu zapewnić miejsce odpoczynku o wymiarach minimum 150 cm na 90 cm dla osób poruszających się na wózku (zlokalizowane w linii miejsc siedzących).

Nawierzchnia korytarza musi być równa i antypoślizgowa (o klasie antypoślizgowej minimum R11) oraz odporna na odkształcenia. Należy zastosować matową powierzchnię posadzki, która nie będzie powodować odbijania światła, ani efektu olśnienia.

Zaleca się uzupełnienie pochwyty przyściennych, tak aby zachować ich ciągłość oraz zamontować je na korytarzach, na których ich brakuje. Należy umieścić wzdłuż jednej ze ścian korytarzy pochwyty jako system orientacji na wysokości od 85 cm do 100 cm (pierwszy pochwyty) i od 60 cm do 75 cm (drugi pochwyty). Pochwyty powinny być zamontowane na przeciwległej ścianie do miejsc siedzących, aby nie powodowały kolizji z tymi miejscami. Montaż pochwyty powinien być umieszczony naprzeciwko miejsc siedzących.

Łączniki światła powinny znajdować się na wysokości 80-110 cm od podłogi. Przyciski lub dzwonki powinny być umieszczone na wysokości 80-110 cm. Przyciski powinny być opisane w alfabecie Braille'a oraz skonstrastowane kolorystycznie względem tła. Minimalna średnica przycisku 2 cm. Nie należy stosować przycisków sensorycznych.

Oświetlenie korytarza nie może powodować olśnienia, o natężeniu minimum 200 lx. Należy zapewnić równomierne oświetlenie korytarzy w ciągu każdej pory dnia.

7.2. Komunikacja pionowa- schody zewnętrzne i schody terenowe

Schody do wejścia głównego:

Schody prowadzące do wejścia głównego posiadają szerokość biegu przekraczającą 4m. Bieg jest oddzielony poręczą pośrednią w połowie szerokości. Spocznik o szerokości przekraczającej 150 cm. Na spoczniku nie znajdują się elementy zawężające światło przejścia. Schody zadaszone (Zdjęcie 69, Zdjęcie 70).



Zdjęcie 69 - Schody prowadzące do wejścia głównego



Zdjęcie 70 - Schody prowadzące do wejścia głównego

Schody posiadają poręcz obustronną oraz poręcz pośrednią. Wysokość pochwyty ok. 114 cm. Nie występują pochwyty na dwóch wysokościach. Prześwit między tralkami wynosi 11 cm. Poręcze są równoległe do płaszczyzny ruchu oraz spoczników. Pochwyty umożliwiają swobodne poruszanie dłonią, nie występują ostre elementy. Poręcze nie są wysunięte na końcu i na początku biegu, co nie spełnia parametrów użytkowych. Poręcze są skonstrastowane względem biegu schodów. Pochwyty ma przekrój koła.

Stopnie mają wysokość ok. 13 cm. Głębokość stopni wynosi ok. 36 cm. Liczba stopni w biegu wynosi 8. Stopnie wykonane płytami granitowymi. Nawierzchnia stopni jest równa, nawierzchnia niestabilna i śliska. Stopnie posiadają noski, co utrudnia korzystanie ze schodów, zwłaszcza osobom z niepełnosprawnościami narządu ruchu. Stopnie nie są skonstrastowane, nie występują pasy kontrastujące na ostatnim i pierwszym stopniu. Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim

stopniem. Oświetlenie schodów jest równomierne, w większości nie występują miejsca zacienione. Nie występują punkty świetlne w posadzce.

Schody na izbę przyjęć:

Schody prowadzące na Izbę Przyjęć mają szerokość biegu wynoszącą 215 cm. Spocznik o szerokości przekraczającej 150 cm. Schody posiadają poręcz obustronną. Wysokość pochwyty wynosi 113 cm. Prześwit pomiędzy elementami poręczy wynosi 11 cm. Poręcze są równoległe do płaszczyzny ruchu oraz spoczników. Pochwyty umożliwiają swobodne poruszanie dłonią, nie występują ostre elementy. Poręcze nie są wysunięte na końcu i na początku biegu, co nie spełnia parametrów użytkowych. Poręcze są skonstrastowane względem biegu schodów. Pochwyt ma przekrój koła (Zdjęcie 71, Zdjęcie 72).



Zdjęcie 71 - Schody prowadzące do SOR



Zdjęcie 72 - Schody prowadzące do SOR

Stopnie mają wysokość ok. 15 cm. Głębokość stopni wynosi ok. 35 cm. Liczba stopni w biegu wynosi 7. Nawierzchnia stopni jest równa, jednak na krawędzi stopni występują spękania. Nawierzchnia stopni posiada liczne zacieki.

Stopnie nie są skonstrastowane, nie występują pasy kontrastujące na ostatnim i pierwszym stopniu. Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim stopniem. Oświetlenie schodów jest równomierne, nie występują miejsca zacienione. Schody nie posiadają zadaszenia, co w przypadku złych warunków pogodowych utrudnia korzystanie. Spocznik jest zadaszony.

Schody do segmentu „E”:

Schody prowadzące do segmentu „E” mają szerokość biegu wynoszącą 300 cm. Spocznik o szerokości 270 cm. Schody posiadają poręcz obustronną. Poręcze zamontowane są na murkach, wysuniętych poza krawędź pierwszego stopnia. Wysokość pochwyty wynosi 115 cm. Prześwit pomiędzy elementami poręczy wynosi 11 cm. Poręcze są równoległe do płaszczyzny ruchu oraz spoczników. Pochwyty umożliwiają swobodne poruszanie dłonią, nie występują ostre elementy. Poręcze są wysunięte na początku biegu. Poręcze nie spełniają parametrów użytkowych – są za wysokie. Poręcze nie są skonstrastowane kolorystycznie względem biegu schodów. Pochwyt ma przekrój koła (Zdjęcie 73, Zdjęcie 74).



Zdjęcie 73 – Schody prowadzące do bloku „E”



Zdjęcie 74 – Schody prowadzące do bloku „E”

Stopnie mają wysokość ok. 13 cm. Głębokość stopni wynosi ok. 33,5 cm. Liczba stopni w biegu wynosi 7. Nawierzchnia stopni jest równa, jednak na krawędzi stopni występują spękania. Nawierzchnia jest niestabilna i śliska. Nawierzchnia stopni posiada zacieki. Stopnie posiadają noski, co utrudnia korzystanie ze schodów, zwłaszcza osobom z niepełnosprawnościami narządu ruchu.

Stopnie nie są skonstrastowane, nie występują pasy kontrastujące na ostatnim i pierwszym stopniu. Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim stopniem. Oświetlenie schodów jest równomierne, nie występują miejsca zacienione. Schody nie posiadają zadaszenia, co w przypadku złych warunków pogodowych utrudnia korzystanie. Spocznik jest zadaszony.

Pozostałe schody zewnętrzne:

Poza głównymi schodami, do budynku szpitala prowadzi kilka dodatkowych biegów schodów zewnętrznych. W większości przypadków schody zewnętrzne nie spełniają odpowiednich parametrów użytkowych, co utrudnia korzystanie z nich przez osoby z niepełnosprawnościami.

Schody posiadają obustronną poręcz. Wysokość pochwyty jest nieodpowiednia i waha się od 113cm do 155cm. Prześwity pomiędzy tralkami poręczy nie przekraczają 12 cm. Pochwyty umożliwiają swobodne poruszanie dłonią, nie występują ostre elementy. Poręcze nie są wysunięte na początku i na końcu biegu, nie są zawinięte na końcach, co nie spełnia parametrów użytkowych. Pochwyt ma przekrój koła. Poręcze są skonstrastowane kolorystycznie względem biegu schodów.

Wysokości stopni nie przekracza 15 cm, głębokość schodów jest mniejsza niż 35 cm, co uniemożliwia komfortowe użytkowanie schodów. Liczba stopni w biegu nie przekracza 8. Stopnie nie są skonstrastowane, nie występują pasy kontrastujące na ostatnim i pierwszym stopniu, co może powodować trudności w korzystaniu osobom z niepełnosprawnościami wzroku. Większość schodów posiada równą nawierzchnię stopni (Zdjęcie 75, Zdjęcie 76).

Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim stopniem, co może powodować trudności w korzystaniu osobom z niepełnosprawnościami wzroku.

Oświetlenie schodów jest równomierne, w większości nie występują miejsca zacienione.



Zdjęcie 75 - Schody zewnętrzne bloku „B”



Zdjęcie 76 - Schody zewnętrzne bloku „D”



Zdjęcie 77 - Schody zewnętrzne bloku „C”



Zdjęcie 78 - Schody zewnętrzne bloku „A”

Rekomendacje:

Bieg schodów powinien liczyć minimum 3 stopnie, a maksymalnie 10 stopni. Wszystkie stopnie muszą mieć taką samą wysokość, nie większą niż 15 cm i nie mniejszą niż 12 cm. Głębokość każdego stopnia musi być taka sama, nie mniejsza niż 35 cm. Parametry stopnia powinny być sumą dwóch wysokości i jego szerokości oraz mieścić się w przedziale 60-65 cm. Wszystkie ze schodów zewnętrznych spełniają wymagania.

Zgodnie ze standardem dostępności szpitali zaleca się, aby minimalna szerokość biegu schodów wynosiła 140 cm. Wszystkie ze schodów zewnętrznych spełniają wymagania.

Nawierzchnia stopni schodów zewnętrznych prowadzących na izbę przyjęć i do segmentu „E” posiada spękania. Dodatkowo nawierzchnia schodów przy segmencie „E” jest niestabilna i śliska. Nawierzchnia schodów musi być równa i antypoślizgowa (zaleca się stosowanie posadzek o klasie antypoślizgowej minimum R11). Zaleca się wymianę spękanych płytek.

Stopnie schodów przy wejściu głównym i segmencie „E” posiadają noski, co utrudnia korzystanie ze schodów, zwłaszcza osobom z niepełnosprawnościami narządu ruchu. Zaleca się zniwelowanie różnicy głębokości podstopnicy, wynikającej z zastosowania nosków.

Krawędzie stopni wszystkich schodów zewnętrznych nie są skonstrastowane kolorystycznie. Brak faktur ostrzegawczych. Zaleca się oznaczenie pierwszego i ostatniego stopnia w każdym biegu schodów (5 cm na płaszczyźnie pionowej i 5 cm

na płaszczyźnie poziomej). Oznaczenie powinno być skonstrastowane kolorystycznie względem powierzchni stopni i posiadać fakturę różną od powierzchni stopni. Zaleca się zastosowanie faktur ostrzegawczych/faktur uwagi. Fakturę ostrzegawczą powinno zamontować się w odległości 50-60 cm od krawędzi pierwszego, górnego stopnia na szerokości min. 60-80 cm (na całej szerokości schodów). Powinna to być faktura typu B, czyli ścięte kopułki lub stożki. Przed dolnym stopniem należy ułożyć fakturę uwagi o szerokości max. 120 cm.

Nad wszystkimi schodami zewnętrznymi prowadzącymi do placówki, z wyjątkiem schodów prowadzących do wejścia głównego, nie zapewniono zadaszenia. Zaleca się każdorazowe zadaszenie schodów zewnętrznych. Minimalna wysokość zadaszenia to 240 cm. Daszek powinien mieć szerokość większą przynajmniej 1 metr od drzwi, a także głębokość nie mniejszą niż 1 metr w przypadku budynków niskich (do których zalicza się te do wysokości 12 metrów) lub 1,5 m - w odniesieniu do budynków wyższych.

Schody zewnętrzne prowadzące do wejścia głównego i na izbę przyjęć spełniają parametry użytkowe, jednak nie posiadają poręczy z pochwytyami zlokalizowanymi na dwóch wysokościach. Zaleca się wyposażenie schodów w podwójne poręcze o okrągłym przekroju, zlokalizowane na odpowiednich, dwóch wysokościach (110 cm dla bezpieczeństwa użytkownika oraz dodatkowo na wysokości 90 cm dla wygody użytkownika). W przypadku, gdzie pochwyty górny przekracza 110 cm rekomenduje się zmianę wysokości jego montażu. Przy wszystkich schodach zewnętrznych zaleca się montaż dodatkowego pochwyty na wysokości 90 cm. Ze względu na różny wzrost osób korzystających z placówek opieki zdrowotnej zaleca się umieścić dodatkowy pochwyty na wysokości 50 cm. Należy go zamontować po obu stronach schodów, aby ułatwić korzystanie ze schodów osobom niskorosłym oraz dzieciom. Poręcze nie są wysunięte na końcu i na początku biegu. Poręcze powinny być wysunięte poziomo przed pierwszym i ostatnim stopniem o 30 cm, oraz być zamontowane równolegle do biegu schodów.

Poręcze przy schodach zewnętrznych prowadzących do wejścia do segmentu „E”, a także wszystkie pozostałe z wyjątkiem poręczy przy schodach do wejść głównych, są nieprawidłowe. Poręcze zamontowane są na murkach, co nie spełnia parametrów użytkowych. Zaleca się wyburzenie murków oraz montaż nowych poręczy. Nowe poręcze należy przystosować do wytycznych spełniających standard dostępności. schody zgodne z poniższymi wytycznymi spełniającymi standard dostępności.

Pochwyty należy zamontować po obu stronach schodów. Zaleca się wyposażenie schodów w podwójne poręcze o okrągłym przekroju, zlokalizowane na odpowiednich wysokościach (110 cm dla bezpieczeństwa użytkowania oraz dodatkowo na wysokości 90 cm dla wygody użytkowania). Poręcze nie powinny posiadać żadnych ostrych elementów na całej swojej długości i być wykonane w taki sposób, żeby umożliwiły pewny uchwyt oraz swobodne przesuwanie dłoni. Poręcze powinny być wysunięte poziomo przed pierwszym i ostatnim stopniem o 30 cm, oraz być zamontowane równoległe do biegu schodów. Pochwyty muszą mieć kolor skontrastowany względem otoczenia.

Poręcze przy schodach powinny być oddalone od ścian, do których są mocowane, co najmniej o 5 cm. Maksymalny prześwit lub wymiar otworu pomiędzy elementami wypełnienia balustrady powinien wynosić maksymalnie 12 cm.

Dodatkowo na początku i końcu każdego z pochwyty należy zapewnić informację w alfabecie Braille'a o piętrze, na którym w danym momencie znajduje się pacjent.

7.3. Komunikacja pionowa- schody wewnętrzne

Komunikacja pionowa wewnątrz budynku została rozwiązana w postaci schodów dwubiegowych powrotnych ze spocznikiem.—W budynku zlokalizowano 13 klatek schodowych.

Schody wewnętrzne monolityczne, pełne posiadają równą i antypoślizgową nawierzchnię. Większość schodów posiada dwustronny pochwyty. Szerokość biegu wynosi co najmniej 140 cm. Wysokość stopni nie przekracza 15 cm. Stopnie są równej wysokości. Głębokość stopni wynosi ok. 30 cm. Stopnie nie posiadają wystających nosków i podcięć utrudniających chodzenie. W większości przypadków spocznik ma szerokość powyżej 150 cm. Szerokość spoczników w jednej z klatek ewakuacyjnych wynosi ok. 140 cm. Liczba stopni w biegu wynosi 11 (Zdjęcie 79, Zdjęcie 80).



Zdjęcie 79 - Wewnętrzna klatka schodowa ewakuacyjna

Schody posiadają obustronny pochwyt na wysokości ok. 110 cm. Schody posiadają balustradę od strony przestrzeni otwartej. Po przeciwnej stronie, bezpośrednio na ścianie zamontowano pochwyt. Pochwyty o przekroju koła. Pochwyty nie są wysunięte na początku i na końcu biegu schodów. Pochwyty są skonstruowane kolorystycznie względem biegu schodów, nie występują ostre elementy, utrudniające użytkowanie. Pochwyty są równoległe do płaszczyzny ruchu i spoczników. Odległość krawędzi pochwyty od ściany jest mniejsza niż 5cm. Pochwyty o przekroju poprzecznym w kształcie koła i średnicy 5,5 cm (Zdjęcie 81,).



Zdjęcie 81 - Balustrada



Zdjęcie 82 - Pochwyt

Krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia nie są oznaczone, nie występują pasy kontrastujące na pierwszym i ostatnim stopniu. Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim stopniem. Na niektórych klatkach schodowych występują tabliczki informujące o aktualnym numerze piętra. Tabliczki zlokalizowane na wysokości ok. 180cm w osi, co nie spełnia parametrów użytkowych.

Schody równomiernie oświetlone, nie występują miejsca zacienione.

W jednej z klatek schodowych (segment „A”), przy spocznikach zamontowano grzejniki na wysokości ok. 200 cm od posadzki. Element może powodować ryzyko uderzenia (Zdjęcie 82).

Brak podnośników schodowych montowanych na klatkach schodowych. Dostęp na wszystkie kondygnacje zapewniony poprzez windy.

Rekomendacje:

Wszystkie pochwytły powinny się znajdować na dwóch różnych wysokościach (mierzonych do krawędzi górnej pochwytu) – między 60 cm a 75 cm oraz między 90 cm a 110 cm. W celu poprawienia funkcjonalności istniejących schodów wewnętrznych w budynku zaleca się umieszczenie dodatkowego pochwytu na wysokości między 60 cm a 75 cm.

Pochwyty nie są zawinięte, a także wysunięte na początku i na końcu biegu schodów. Zaleca się zawinięcie pochwytów przyściennych i ich wydłużenie o 30 cm.

Przekrój poprzeczny pochwytu jest za duży, a odległość krawędzi pochwytów od ściany jest za mała. Przekrój poprzeczny pochwytu musi mieć kształt koła albo elipsy o średnicy od 3,5 cm do 4,5 cm. Pochwyty muszą być oddalone o minimum 5 cm od elementów towarzyszących schodom, np. ścian. Rekomenduje się wymianę części chwytnej pochwytów. W celu zapewnienia minimalnej odległości należy zastosować pochwyt o przekroju poprzecznym w kształcie koła i średnicy 3,5 cm.

Dobłą praktyką jest umieszczenie dodatkowego pochwytu na wysokości 50 cm. Pochwyt należy zamontować po obu stronach schodów, aby ułatwić korzystanie ze schodów osobom niskorosłym oraz dzieciom. Pochwyt powinien być zawinięty na końcach, wydłużony o 30 cm. Musi też wiernie odzwierciedlać bieg schodów. Dodatkowo na początku i końcu każdego z pochwytów należy zapewnić informację w alfabecie Braille’a o piętrze, na którym w danym momencie znajduje się pacjent.

Należy skonstruować krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia każdego biegu schodów na krawędzi poziomej i krawędzi pionowej pasem o szerokości 5 cm, skonstruowanym kolorystycznie względem powierzchni stopni i różniącym się od faktury powierzchni.

Przed dojściem do schodów w odległości 50 cm przed krawędzią pierwszego i ostatniego stopnia schodów należy zastosować fakturę ostrzegawczą o szerokości minimum 40 cm i maksimum 60 cm (na całej szerokości schodów). Nawierzchnia schodów musi być równa i antypoślizgowa (o klasie poślizgowej minimum R11). Elementy leżące na schodach (np. wycieraczki) muszą być do nich trwale przymocowane lub usunięte. Nawierzchnia schodów musi być równomiernie i wystarczająco oświetlona (minimum 150 lx).

Rekomenduje się zmianę wysokości tabliczek informujących o aktualnym numerze piętra. Numery powinny być umieszczone na wysokości od 145 cm do 165 cm.

Ponadto zaleca się likwidację lub zmianę lokalizacji elementów zawężających szerokość spoczników takich jak grzejniki. Krawędź dolna elementów powinna znaleźć się na minimalnej wysokości 220cm od posadzki.

Należy przeanalizować możliwość zapewnienia odpowiedniej szerokości spocznika wynoszącą 150 cm między pochwyty (obecnie szerokość spoczników w jednej z klatek ewakuacyjnych wynosi ok. 140 cm). Spocznik musi mieć właściwe wymiary – szerokość minimum 150 cm i długość minimum 150 cm.

7.4.Komunikacja pionowa- pochylnia

Pochylnia przy głównym wejściu:

Pochylnia zewnętrzna o nachyleniu ok. 6%. Szerokość biegu wynosi 137 cm, występują krawężniki po obu stronach płaszczyzny pochylni o wysokości 10cm. Pochylnia skonstruowana kolorystycznie. Przed pochylnią zapewniono odpowiednią powierzchnię manewrową 150 cm x 150 cm. Obok przestrzeni manewrowej znajdującej się przed pochylnią zlokalizowano stojaki na rowery, stanowiące utrudnienie w korzystaniu z pochylni zewnętrznej zwłaszcza dla osób transportowanych do szpitala za pomocą noszy/łóżek. W dniu przeprowadzania audytu zaobserwowano trudności w transporcie osób leżących. Długość jednego biegu pochylni nie przekracza 9m. Spocznik oddzielający biegi pochylni o długości 150 cm. Spocznik nie jest równy, posiada niewielkie nachylenie. W miejscu, zmiany kierunku jazdy spocznik o szerokości 120cm, co nie spełnia parametrów użytkowych. Nawierzchnia pochylni wykonana z płyt granitowych. Nawierzchnia jest równa, nawierzchnia niestabilna i śliska (Zdjęcie 83, Zdjęcie 84).



Zdjęcie 83 - Pochylnia przy wejściu głównym



Zdjęcie 84 - Pochylnia przy wejściu głównym

Pochylnia posiada obustronną poręcz. Pochwyty zlokalizowane na dwóch wysokościach 75 cm i 90 cm. Pochwyt o przekroju koła, łatwy w użytkowaniu. Odległość pomiędzy poręczami wynosi 110 cm. Poręcze zaoblone na końcach, nie są wydłużone poza bieg pochylni, co nie spełnia parametrów użytkowych. Poręcze równoległe do płaszczyzny pochylni i spoczników.

Nie występują faktury ostrzegawcze przed początkiem i końcem pochylni. Pochylnia równomiernie oświetlona, nie występują miejsca zacieniające. Brak przycisku przywołującego pomoc.

Pochylnia prowadząca na SOR:

W ramach jednej pochylni, wydzielono dwa ciągi o tym samym spadku i kierunku poruszania. Pochylnia zewnętrzna o nachyleniu ok. 4%. Szerokość biegu wynosi 124 cm, występują krawężniki po obu stronach płaszczyzny pochylni o wysokości 10cm. Pochylnia skonstruowana kolorystycznie. Przed pochylnią brak powierzchni manewrowej 150x150 cm, co nie spełnia parametrów użytkowych. Bezpośrednio przed pochylnią znajduje się chodnik z krawężnikiem powodującym trudności w korzystaniu z pochylni. Długość jednego biegu pochylni nie przekracza 9m. Spocznik oddzielający biegi pochylni o długości 140 cm. Spocznik posiada niewielkie nachylenie. W miejscu zmiany kierunku jazdy spocznik o szerokości powyżej 150cm. Nawierzchnia pochylni wykonana z płyt chodnikowych, równa i antypoślizgowa (Zdjęcie 85, Zdjęcie 86).



Zdjęcie 85 - Pochylnia przy wejściu do SOR



Zdjęcie 86 - Pochylnia przy wejściu do SOR

Pochylnia posiada obustronną poręcz. Pochwyty zlokalizowane na dwóch wysokościach 75 cm i 90 cm. Pochwyt o przekroju koła, łatwy w użytkowaniu. Odległość pomiędzy poręczami wynosi 110 cm. Poręcze zawinięte na końcach,

wydużone o 14 cm poza bieg pochylni, co nie spełnia parametrów użytkowych. Poręcze równoległe do płaszczyzny pochylni i spoczników. Pochwyty nie znajdują się na równej wysokości wzdłuż całego biegu pochylni. Występują miejscowe obniżenia i nierówności.

Nie występują faktury ostrzegawcze przed początkiem i końcem pochylni. Pochylnia równomiernie oświetlona, nie występują miejsca zacieniające. Brak przycisku przywołującego pomoc.

Pochylnia na segment „E”

Pochylnia zewnętrzna o nachyleniu ok. 5%. Szerokość biegu wynosi 116 cm, występują krawężniki po obu stronach płaszczyzny pochylni o wysokości 15 cm. Pochylnia skonstruowana kolorystycznie. Drzwi zewnętrzne, wejściowe do segmentu „E” otwierają się w kierunku pochylni. Przed pochylnią zapewniono odpowiednią powierzchnię manewrową 150 cm x 150 cm. Długość jednego biegu pochylni nie przekracza 9m. Spocznik oddzielający biegi pochylni o długości 150 cm. Spocznik posiada niewielkie nachylenie. W miejscu, zmiany kierunku jazdy spocznik o szerokości 120cm, co nie spełnia parametrów użytkowych. Nawierzchnia pochylni wykonana z płyt chodnikowych. Nawierzchnia jest równa (Zdjęcie 87, Zdjęcie 88).



Zdjęcie 87 - Pochylnia przy wejściu do bloku „E”



Zdjęcie 88 - Pochylnia przy wejściu do bloku „E”

Pochylnia posiada obustronną poręcz. Pochwyty zlokalizowane na dwóch wysokościach 81 cm i 97 cm. Pochwyt o przekroju koła, łatwy w użytkowaniu. Odległość pomiędzy poręczami wynosi 110 cm. Poręcze zawinięte na końcach, nie są wydłużone poza bieg pochylni, co nie spełnia parametrów użytkowych. Poręcze równoległe do płaszczyzny pochylni i spoczników.

Nie występują faktury ostrzegawcze przed początkiem i końcem pochylni. Pochylnia równomiernie oświetlona, nie występują miejsca zacieniające. Brak przycisku przywołującego pomoc.

Rekomendacje:

Nie zapewniono odpowiedniej przestrzeni manewrowej przed pochylnią znajdującą się przy wejściu na SOR. Zaleca się miejscowe poszerzenie chodnika znajdującego się przed wjazdem na pochylnię. Należy zapewnić odpowiednią przestrzeń manewrową o wymiarach 150 cm x 150 cm.

Drzwi zewnętrzne, wejściowe do segmentu „E” otwierają się w kierunku pochylni. Jeśli bieg pochylni kończy się bezpośrednio przed drzwiami, należy również zapewnić przestrzeń manewrową minimum 150 cm na 150 cm poza polem otwierania skrzydła drzwi wejściowych do szpitala. Zaleca się montaż drzwi o przeciwnym kierunku otwierania się lub automatyczne.

W przypadku pochylni zlokalizowanej przy głównym wejściu i przy wejściu do segmentu „E”, spocznik w miejscu zmiany kierunku jazdy posiada szerokość 120cm. Spocznik oddzielający dwa biegi pochylni powinien mieć szerokość minimum 120 cm i długość minimum 140 cm, natomiast spocznik służący do zmiany kierunku ruchu musi mieć szerokość minimum 150 cm i długość minimum 150 cm – pozwala to na zmianę kierunku ruchu osobie poruszającej się na wózku. Zaleca się przebudowę pochylni.

Nawierzchnia pochylni przy wejściu głównym jest niestabilna i śliska. Nawierzchnia pochylni musi być twarda, równa i antypoślizgowa (o klasie poślizgowej minimum R11). Zaleca się zmianę nawierzchni pochylni.

Przy żadnej z pochylni nie zastosowano faktur ostrzegawczych. W odległości 50 cm przed początkiem i końcem pochylni należy zastosować fakturę ostrzegawczą o szerokości minimum 40 cm i maksimum 60 cm (na całej szerokości pochylni).

Poręcze pochylni są nieprawidłowe. Nie posiadają zawinięcia oraz wydłużenia poza bieg pochylni. Poręcze przy pochylniach, przed ich początkiem i za końcem, należy przedłużyć o 30 cm oraz zakończyć w sposób zapewniający bezpieczne użytkowanie. Pochylnia przy wejściu do segmentu „E” posiada pochwyty na nieodpowiedniej wysokości. Pochylnię wyposażać w podwójne poręcze o okrągłym przekroju, zlokalizowane na odpowiednich, wymaganych przepisami wysokościach (90 cm i 75 cm). Zaleca się zmianę wysokości pochwyty. W przypadku pochylni zlokalizowanej

przy wejściu na SOR, pochwyty nie znajdują się na równej wysokości. Występują miejscowe obniżenia i nierówności. Zaleca się wymianę poręczy.

Dodatkowo rekomenduje się umieszczenie przycisku przywołującego pomoc w pobliżu wjazdu na każdą z pochylni.

7.5. Komunikacja pionowa- windy

W placówce znajduje się dziesięć wind, w tym 2 z ograniczonym dostępem i jedna towarowa. Główny węzeł komunikacji pionowej zlokalizowany jest w segmencie „E”. Znajduje się tam 5 dźwigów – 4 dźwigi szpitalne (w tym dwa służbowe) i jeden towarowy. Dodatkowo w segmencie „B” zlokalizowano dwa dźwigi szpitalne i jeden w segmencie „A”. Szpitalny Oddział Ratunkowy wyposażono w dwie windy przelotowe. Oba z nich stanowią dźwigi szpitalne umożliwiające przewóz pacjentów leżących na łózkach szpitalnych. W dniu wizji lokalnej jeden z dźwigów był wyłączony z użytkowania. Z uwagi na układ budynku segmenty posiadają różną ilość kondygnacji. Windy zapewniają łącznie dostęp na każdą kondygnację obiektu.

Dźwig szpitalny:

Odległość pomiędzy drzwiami a przeciwległą ścianą przekracza 3m. Przed wejściem do windy zapewniono przestrzeń manewrową o prawidłowych wymiarach, pozwalających wygodnie ustawić się do wejścia (Zdjęcie 89, Zdjęcie 90). Informacje na temat korzystania z wind są skonstrastowane względem ściany. Tabliczki nie są wypukłe, co utrudnia korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku. Tabliczki informacyjne znajdują się na wysokości ok. 180cm, co nie spełnia parametrów użytkowych.



Zdjęcie 89 - Dźwig szpitalny w segmencie „D”



Zdjęcie 90 - Dźwigi szpitalne w segmencie „E”

Aby skorzystać z windy należy użyć przycisku przywołującego dźwig. Windy nie posiadają niezależnego panelu. Zlokalizowano jeden panel zewnętrzny obsługujący dwie windy szpitalne. Zewnętrzny panel przywołujący znajduje się na nieodpowiedniej wysokości 120 cm. Panel odznacza się kolorystycznie na tle ściany, jednak kontrast jest niewystarczający. Przyciski posiadają wklęsłe symbole, są oznaczone w języku Braille'a. Wyposażone w sygnalizację świetlną, która aktywuje się po naciśnięciu. Nie zastosowano fakturowego systemu naprowadzającego do panelu zewnętrznego windy.

Drzwi windy są rozwierane, automatyczne. Wyróżniają się barwą na tle ściany, jednak kontrast kolorystyczny jest niewystarczający. Szerokość wejścia do windy posiada odpowiednie wymiary 110 cm. W przejściu do windy brak różnicy poziomów pomiędzy podłogą kabiny a posadzką. Kabina windy posiada odpowiedni wymiar 142x235 cm (127x228 cm z poręczami), co spełnia wymogi dotyczące wind dostosowanych dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Z dwóch stron kabiny zamontowano pochwyt (po prawej, lewej stronie) (Zdjęcie 91). Poręcze znajdują się na odpowiedniej wysokości 90cm oraz 70cm. Odległość pochwytu od ściany wynosi ok. 4cm. Na wprost wejścia do windy znajduje się lustro. Lustro zamontowane jest na nieodpowiedniej wysokości 110 cm. We wnętrzu windy znajduje się panel sterujący. Panel sterowania jest wizualny, nieudźwiękowiony (Zdjęcie 92). Panel znajduje się w nieodpowiedniej odległości od naroża kabiny. Górne przyciski na panelu znajdują się na odpowiedniej wysokości. Przyciski na panelu sterującym rozmieszczone w odpowiedni sposób. Przyciski są prawidłowe z wyjątkiem przycisku parteru, który nie posiada oznaczenia w kolorze zielonym i nie wystaje ponad pozostałe przyciski o 5 mm. Brak sygnalizacji alarmowej umożliwiającej połączenie wideo. Kabina posiada antypoślizgową nawierzchnię oraz jest dobrze oświetlona. Brak składanego siedziska.



Zdjęcie 91 - Kabina windy



Zdjęcie 92 - Panel sterujący windy

Winda znajduje się w dobrym stanie technicznym, a jej materiały nie posiadają żadnych uszkodzeń czy wystających elementów, które mogłyby stanowić zagrożenie.

Dźwig szpitalny przelotowy:

W budynku zlokalizowane są cztery dźwigi szpitalne, przelotowe. Dwa z nich znajdujących się w strefie wejściowej segmentu „E” i stanowią windy służbowe (Zdjęcie 93). Do użytkowania windy konieczna jest specjalna karta magnetyczna, którą posiada personel szpitalny. Dwie dodatkowe windy przelotowe zlokalizowane są na oddziale SOR. W dniu wizji lokalnej jeden z dźwigów był wyłączony z użytkowania (Zdjęcie 94).



Zdjęcie 93 - Dźwig szpitalny, przelotowy, służbowy w bloku „E”



Zdjęcie 94 - Dźwig szpitalny, przelotowy na SOR

Odległość pomiędzy drzwiami a przeciwległą ścianą przekracza 3m. Przed wejściem do windy zapewniono przestrzeń manewrową o prawidłowych wymiarach, pozwalających wygodnie ustawić się do wejścia. Informacje na temat korzystania z wind są skontrastowane względem ściany. Tabliczki nie są wypukłe, co utrudnia korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku. Tabliczki informacyjne znajdują się na wysokości ok. 180cm, co nie spełnia parametrów użytkowych.

Aby skorzystać z windy należy użyć przycisku przywołującego dźwig. Windy posiadają niezależne panele przywołujące. W przypadku wind znajdujących się w strefie wejściowej segmentu „E”, przyciski przywołujące są zlokalizowane w bezpośredniej bliskości. Zewnętrzny panel przywołujący znajduje się na nieodpowiedniej wysokości 120 cm. Panel odznacza się barwą na tle ściany, jednak kontrast jest niewystarczający. Przyciski posiadają wklęsłe symbole, są oznaczone w języku Braille’a. Wyposażone

w sygnalizację świetlną, która aktywuje się po naciśnięciu. Nie zastosowano fakturowego systemu naprowadzającego do panelu zewnętrznego windy.

Drzwi windy są rozwierane, automatyczne. Drzwi znajdują się po obu stronach kabiny. Wyróżniają się barwą na tle ściany, jednak kontrast kolorystyczny jest niewystarczający. Szerokość wejścia do windy posiada odpowiednie wymiary 110 cm. W przejściu do windy brak różnicy poziomów pomiędzy podłogą kabiny a posadzką. Kabina windy posiada odpowiedni wymiar 140x250 cm, co spełnia wymogi dotyczące dźwigów szpitalnych i wind dostosowanych dla osób z niepełnosprawnością.

Z dwóch stron kabiny zamontowano pochwyt (po prawej, lewej stronie). Poręcze znajdują się na odpowiedniej wysokości 90cm oraz 70cm. Odległość pochwytu od ściany wynosi ok. 4cm. Z lewej strony wejścia do windy ze strefy rejestracji SOR, znajduje się lustro. Lustro zamontowane jest na nieodpowiedniej wysokości 110 cm. We wnętrzu windy znajdują się dwa panele sterujące. Panele sterowania są wizualny, nieudźwiękowione. Panele znajdują się w nieodpowiedniej odległości od naroża kabiny. Górne przyciski na panelu znajdują się na odpowiedniej wysokości. Przyciski na panelu sterującym rozmieszczone w odpowiedni sposób. Przyciski są prawidłowe z wyjątkiem przycisku parteru, który nie posiada oznaczenia w kolorze zielonym i nie wystaje ponad pozostałe przyciski o 5 mm. Brak sygnalizacji alarmowej umożliwiającej połączenie wideo. Kabina posiada antypoślizgową nawierzchnię oraz jest dobrze oświetlona. Brak składanego siedziska.

Winda znajduje się w dobrym stanie technicznym, a jej materiały nie posiadają uszkodzeń czy wystających elementów, które mogłyby stanowić zagrożenie.



Zdjęcie 95 - Kabina windy przelotowej



Zdjęcie 96 - Kabina windy przelotowej

Rekomendacje:

W celu zwiększenia funkcjonalności istniejących wind zaleca się dostosowanie zewnętrznego panelu przywołującego do potrzeb osób poruszających się na wózku, dzieci oraz osób niskorosłych poprzez obniżenie wysokości panelu. Panel przywołujący zewnętrzny należy umieścić na odpowiedniej wysokości. Przyciski panelu zewnętrznego windy powinny się znajdować na wysokości od 80 cm do 110 cm. Ponadto dźwigi szpitalne posiadające wspólny panel przywołujący należy wyposażyć w niezależne panele. Panele zewnętrzne należy skonstruować kolorystycznie względem otoczenia. Dobrą praktyką jest zastosowanie systemu fakturowego prowadzącego do panelu zewnętrznego windy.

Rekomenduje się zwiększenie odległości wewnętrznego panelu sterowania o od naroża kabiny. Panel musi się znajdować w odległości minimum 50 cm od naroża kabiny przeciwległego do drzwi. Istniejące panele sterowania nie są udźwiękowione, a także nie posiadają sygnalizacji alarmowej. W windzie powinno być zainstalowane narzędzie do głosowego informowania o kierunku jazdy oraz o numerze piętra, na którym zatrzymuje się dźwig. Zaleca się, aby sygnalizacja alarmowa umożliwiała komunikację z osobami głuchymi (połączenie wideo). Panel wewnętrzny należy skonstruować kolorystycznie względem ścian windy na poziomie LRV ≥ 60 .

Przycisk parteru we wszystkich kabinach wind jest nieprawidłowy. Przycisk wyjścia z budynku (parter, lobby, recepcja), oznaczony kolorem zielonym, powinien wystawać ponad pozostałe przyciski o minimum 5 mm. Wymaga się, aby przycisk alarmu był oznaczony kolorem żółtym.

Wewnątrz kabiny, rekomenduje się zamontowanie luster o prawidłowych wymiarach, umieszczonych na prawidłowej wysokości. Na ścianie naprzeciw drzwi należy zamontować lustro – maksymalnie 40 cm nad podłogą i do wysokości minimalnej 190 cm. Montaż lustra nie dotyczy wind przelotowych.

Dźwig osobowy można wyposażyć w składane siedzenie montowane na wysokości 50 cm od podłogi.

Należy wzmocnić kontrast pomiędzy ścianą, a drzwiami windy poprzez zastosowanie kontrastowego pasu wokół drzwi.

Brak informacji o numerze kondygnacji w druku wypukłym. Po lewej lub prawej stronie drzwi windy należy umieścić informacje (także w alfabecie Braille'a) z numerem

kondygnacji. Numery kondygnacji muszą być wykonane wypukłą, kontrastową czcionką i umieszczone na wysokości wzroku (od 145 cm do 165 cm). Drzwi windy oraz ich obramowanie powinny być kolorystycznie skonstrastowane względem otoczenia.

Drogę dotarcia do urządzenia musi wskazywać informacja wizualna. Zaleca się, aby na dojściu do windy zastosować system fakturowy prowadzący do panelu zewnętrznego.

7.6. Drzwi wewnętrzne i okna

W szpitalu zastosowano wiele różnych rodzajów drzwi, z czego można wyszczególnić drzwi do pomieszczeń oraz drzwi oddzielające korytarze (wejścia na oddziały i do klatek schodowych). Drzwi wewnętrzne nie są spójne pod względem rodzaju czy koloru wykończenia.

Większość drzwi do pomieszczeń nie jest kontrastowa w stosunku do ścian korytarza, co może stanowić barierę dla osób z niepełnosprawnościami narządu wzroku (Zdjęcie 97). Przed drzwiami zachowano przestrzeń manewrową 150x150 cm. Nie wszędzie zapewniono przestrzeń manewrową obok drzwi po stronie klamki o wymiarach 90x90 cm. Drzwi spełniają parametry użytkowe takie jak: odpowiednia szerokość i wysokość. Klamki w drzwiach posiadają zaokrąglony kształt w formie litery „C”. Większość klamek nie wyróżnia się kolorystycznie w stosunku do barwy skrzydeł drzwiowych. Klamki posiadają część chwytną o długości nie mniejszej niż 10 cm. Klamki zamontowano na odpowiedniej wysokości. Nie zaobserwowano żadnych zmian poziomów ani progów w świetle przejścia drzwi. Drzwi do pomieszczeń nie są przezierne. Większość drzwi jest opatrzona tabliczkami informującymi o funkcji danego pomieszczenia, które znajdują się na ścianie. Brak informacji w alfabecie Braille’a. W części budynku brak numeru pomieszczenia na drzwiach do gabinetów.



Zdjęcie 97 - Drzwi do pomieszczeń



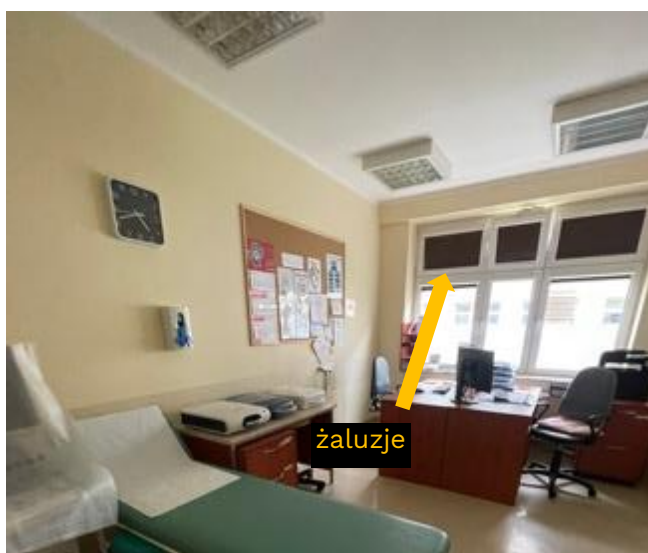
Zdjęcie 98 - Drzwi oddzielające korytarze

Drzwi oddzielające korytarze są przeszklone i nie zostały oznaczone pasami kontrastującymi (poziomymi) co może utrudniać korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku (Zdjęcie 98). Zastosowano w niektórych przypadkach nadruk na drzwiach, jednak nie jest on kontrastowy.

W pomieszczeniach gabinetów okna wyposażono w żaluzje wewnętrzne, umożliwiające kontrolę dopływu światła dziennego (Zdjęcie 99, Zdjęcie 100).



Zdjęcie 99 - Okna w gabinecie lekarskim



Zdjęcie 100 - Okna w gabinecie lekarskim

Rekomendacje:

Drzwi powinny mieć szerokość minimum 90 cm lub dla miejsc, gdzie transportowane są łóżka szpitalne – 110cm. Zaleca się wymianę drzwi niespełniających wskazanej minimalnej szerokości. Drzwi należy oznaczyć informacją o przeznaczeniu pomieszczenia oraz informacją w alfabecie Braille’a. Tabliczka informacyjna powinna znajdować się na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm. Wszystkie drzwi prowadzące do pomieszczenia lub ich ościeżnice muszą być skonstrastowane kolorystycznie względem ściany ($LRV > 30$). Klamka lub pochwyt o zaokrąglonych kształtach powinny być zamontowane na wysokości od 80 cm do 110 cm. Należy zapewnić drzwi do pomieszczenia o akustyce R_w minimum 35 dB, wyposażone w zamek pozwalający na ich zablokowanie od wewnątrz, a w razie awarii – otwarcie przez obsługę od zewnątrz. Drzwi wykonane z przezroczystych materiałów, np. szkła, należy skonstrastować 2 kolorowymi pasami o szerokości 10 cm, umieszczonymi na drzwiach na wysokości od 90 cm do 100 cm oraz od 130 cm do 140 cm. Cokół powinien mieć wysokość minimum 40 cm.

Dobłą praktyką jest zastosowanie ochrony dolnej skrzydła drzwiowego dla drzwi często użytkownych pomieszczeń.

8. Pomieszczenia i wyposażenie wnętrza

8.1. Pomieszczenia- ogólne informacje

W większości pomieszczeń zapewniono przestrzeń manewrową o wymiarach 150x150 cm (z wyjątkiem części gabinetów zabiegowych w szpitalu).

Łączniki światła zlokalizowano powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.

Posadzka jest antypoślizgowa i równa, miejscami powoduje odbicia światła. Oświetlenie pomieszczeń jest równomierne i nie powoduje olśnienia. Okna wyposażone w klamkę oraz w elementy zacieniające – rolety. Klamki znajdują się powyżej 110 cm.

Nie zapewniono dodatkowego oświetlenia miejsc wymagających zwiększonej uwagi. Nie zapewniono rozwiązań umożliwiających kontrolę natężenia oświetlenia, uwzględniającego warunki oświetlenia zewnętrznego.

W większości pomieszczeń zapewniono szerokość przejścia między meblami wynoszącą nie mniej niż 90 cm (w niektórych salach pacjentów szerokość przejścia jest węższa).

Zapewniono prostą aranżację pomieszczeń oraz prosty i czytelny układ stołów i siedzisk.

Gabinety lekarskie w poradni przyszpitalnej i gabinety zabiegowe:

Nie we wszystkich gabinetach lekarskich zapewniono dostęp na kozetkę z dwóch stron oraz odpowiednią przestrzeń manewrową wzdłuż dłuższego boku kozetki (150 x 90 cm). Część kozetek nie umożliwia regulowania wysokości. W gabinetach zabiegowych dostęp do stołów zabiegowych został zapewniony z trzech stron. Nie we wszystkich wypadkach zapewniono dostęp z trzech stron do foteli zabiegowych. Gabinety są wyposażone w umywalki. Pomieszczenia gabinetów są wyposażone w parawany lub zasłonki. Wykończenie mebli oraz pozostałych elementów wyposażenia jest matowe i nie powoduje olśnienia. Większość biurek zapewnia możliwość podjechania osobie na wózku. Siedziska nie posiadają podłokietników. Siedziska nie posiadają hydraulicznej regulacji (Zdjęcie 101, Zdjęcie 102, Zdjęcie 103, Zdjęcie 104).



Zdjęcie 101 - Gabinet lekarski



Zdjęcie 102 - Gabinet lekarski



Zdjęcie 103 - Sala zabiegowa



Zdjęcie 104 - Sala zabiegowa

Sale pacjentów:

Dostęp do sal dla pacjentów możliwy jest z wnęk w korytarzu. Każda wnęka obejmuje dostęp dla dwóch sal oraz dostęp do toalety i prysznicza dedykowane dla pacjentów wskazanych sal. Część sal posiada bezpośredni dostęp do toalety z wnętrza sali. Liczebność pacjentów na salach i ułożenie łóżek zróżnicowane w zależności od oddziału i ilości pacjentów (Zdjęcie 105, Zdjęcie 106).

W niektórych przypadkach powierzchnie sal dla pacjentów są niewystarczające, nie spełniają podstawowych parametrów użytkowych. Nie zachowano przestrzeni manewrowej o powierzchni 220x220 cm. Na części oddziałów nie został zapewniony dostęp do łóżek z trzech stron oraz odpowiednia przestrzeń manewrowa wzdłuż dłuższego boku łóżka (150x90 cm). Liczba miejsc siedzących nie odpowiada liczbie łóżek zlokalizowanych w poszczególnych salach dla pacjentów. Sale nie są wyposażone w dostępne toalety.

Zarówno w salach przeznaczonych dla pacjentów, jak i gabinetach rehabilitacyjnych nie zamontowano podnośników sufitowych lub podłogowych.



Zdjęcie 105 - Sala pacjentów



Zdjęcie 106 - Sala pacjentów

Punkty pielęgniarskie:

Punkty pielęgniarskie są zlokalizowane w przestrzeni korytarzy poszczególnych oddziałów (Zdjęcie 107, Zdjęcie 108). Zastosowano punkty pielęgniarskie w postaci zabudowy meblowej z ladą lub w formie biurka. Obie formy nie są dostosowane do obsługi osób poruszających się na wózku czy osób niskorosłych. Blat lady nie znajduje się na dwóch wysokościach oraz nie umożliwia podjechania wózkiem. Brak wcięcia na stopy (cokołu). Biurka nie zapewniają możliwości podjechania pod biurko o głębokości min. 60 cm, osobom poruszającym się na wózku. Większość punktów pielęgniarskich wyróżnia się kolorystycznie na tle otoczenia. Biurka oraz lady nie są zastawione dodatkowymi elementami. Większość punktów pielęgniarskich posiada zabudowę o zaoblonych krawędziach. Punkty pielęgniarskie nie zawężają przejścia poziomych ciągów komunikacyjnych. Nie zastosowano przeszklonych partycji. Nie zauważono przycisku przywołującego pomoc/obsługę. Brak dodatkowego miejsca na odłożenie sprzętu ortopedycznego np. laski lub kuli. Siedziska umieszczone przy biurkach nie zostały wyposażone w podłokietniki. Przejście między ladą, a ścianą na części oddziałów zawężone – nie posiada 90 cm.



Punkt
pielęgniarski



Punkt
pielęgniarski

Zdjęcie 107 - Punkt pielęgniarski

Zdjęcie 108 - Punkt pielęgniarski

Apteka:

Na parterze znajduje się ogólnodostępna apteka „Dom Leków” (Zdjęcie 109, Zdjęcie 110). Zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową (150x150 cm). Blat lady kasy mieści się na wysokości 96 cm. Możliwość obsługi pacjenta jedynie na stojąco – nie zapewniono obniżonej części blatu z możliwością podjazdu dla osób poruszających się na wózku. Zamontowano przeszklenia, które nie zostały wyposażone w urządzenie do głośnej komunikacji (interkom). Zabudowa kasy nie wyróżnia się kolorystycznie. Apteka wyposażona jest w kanapę. Przed wejściem do apteki, przy drzwiach zamontowany jest dzwonek na niedostępnej wysokości (146 cm od podłogi). Przycisk nie wyróżnia się kolorystycznie na tle drzwi.



Zdjęcie 109 - Apteka

Zdjęcie 110 - Apteka

Stołówka:

W bloku A na parterze zlokalizowana jest stołówka dla pacjentów, osób odwiedzających, a także dla pracowników. Zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową, przejścia pomiędzy stolikami są prawidłowe. Stoliki umożliwiają podjazd osobie na wózku na głębokość 60 cm i szerokość 80 cm. Stołówkę wyposażono jedynie w siedziska bez podłokietników. Krzesła mocno kontrastują kolorystycznie z otoczeniem. Lada do wydawania posiłków jest na dostępnej wysokości, ale brak podcięcia umożliwiającego podjechanie na wózku.

Kaplica:

Wejście do kaplicy wyposażone w drzwi odpowiedniej szerokości. Drzwi są przeszklone, nie posiadają kontrastowych pasów. Wnętrze kaplicy zapewnia przestrzeń manewrową i miejsca dostępne dla osób z ograniczoną mobilnością. Brak miejsca wyznaczonego na odłożenie sprzętu ortopedycznego. Ołtarz umieszczony został na podniesieniu w postaci pojedynczego stopnia. Brak rozwiązań niwelujących stopień.

Rekomendacje:

W pomieszczeniu apteki oraz w punktach pielęgniarskich należy zapewnić miejsce obsługi pacjenta/klienta dostępne dla osób poruszających się na wózku. Punkt powinien posiadać możliwość obsługi użytkownika na dwóch poziomach. Ladę należy obniżyć przynajmniej na odcinku o szerokości 90 cm na wysokość 90 cm (optymalne 70-80 cm). Osoba poruszająca się na wózku powinna mieć możliwość podjechania na głębokość 30 cm i szerokość 90 cm pod ladę. Lada powinna mieć głębokość minimum 40 cm, tak aby można było swobodnie odłożyć dokumenty lub oprzeć się. Lada musi być wykonana z matowych materiałów. Lada powinna być wyposażona w rozwiązania pozwalające na odłożenie kul lub laski. Błat lady powinien posiadać zabezpieczenie krawędzi chroniące przed spadaniem dokumentów. Przy części lady do obsługi osób stojących należy zapewnić podcięcie na stopy (cokół) na wysokości minimum 10 cm i głębokości minimum 5 cm. Podłogi, ściany, drzwi, meble, blaty w punkcie obsługi/kasy powinny mieć matowe wykończenie, tak aby nie powodować odbić światła i efektu olśnienia. Przy zabudowie punktu zaleca się zabezpieczanie lub zaoblenie narożników i innych wystających elementów mogących stanowić zagrożenie. W wypadku zastosowania szyby (przeszklonych partycji) między pacjentem a osobą obsługującą w należy zastosować urządzenie do głośnej komunikacji (interkom).

Biurka powinny posiadać blat o wysokości 70-75 cm, szerokość blatu min. 90 cm, głębokość min. 60 cm. Należy zapewnić możliwość podjechania pod biurko głębokość min. 60 cm, wys. 70 cm. Pod blatem roboczym należy zachować niezabudowaną przestrzeń szer. min. 80 cm.

Krzeseła przy punktach pielęgniarstkich oraz na stołówce powinny być wyposażone w podłokietnik ułatwiający wstawanie. Na stołówce co trzecie siedzisko.

Na stołówce lada do wydawania posiłków powinna posiadać możliwość podjechania na głębokość 30 cm i szerokość 75 cm. Głębokość lady powinna wynosić minimum 45 cm, natomiast wysokość mieścić się w zakresie 70-80 cm.

Sale dla pacjentów:

Przed drzwiami sal dla pacjentów, głównie ze względu na osoby poruszające się na wózkach, po stronie otwierania drzwi (klamki/pochwyty), należy zapewnić wolną przestrzeń manewrową, o wymiarach minimalnych 90 cm na 90 cm, umożliwiającą podjechanie do pochwytu lub klamki celem swobodnego ich otwarcia. Ponadto przed drzwiami musi być zapewniona wolna przestrzeń o wymiarach minimum 150 cm na 220 cm. Przestrzeń ta nie może być ograniczona przez promień otwarcia drzwi. Taka sama wolna przestrzeń musi być zapewniona za drzwiami wejściowymi.

Minimalna powierzchnia sali pacjentów powinna być nie mniejsza niż 12 m² dla sali jednołóżkowej, 14 m² dla sali dwułożkowej oraz każde 6 m² na każde dodatkowe łóżko. W sali pacjentów musi być zapewniona przestrzeń manewrowa wolna od przeszkód nie mniejsza niż 220 cm x 220 cm.

Włączniki światła muszą być zamontowane na wysokości od 80 cm do 110 cm, a gniazda elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm od poziomu posadzki. Należy zapewnić posadzkę antypoślizgową o klasie poślizgowej minimum R11 o równej płaszczyźnie.

W pomieszczeniu należy zapewnić dostateczne oświetlenie, niepowodujące olśnienia UGR<19, światłem naturalnym (dziennym) – oraz równomierne światło sztuczne o E≥ 500 lx.

Okna muszą być wyposażone w klamkę na wysokości od 80 cm do 110 cm, umożliwiającą ich otwieranie/zamykanie. W przypadku silnego doświetlenia pomieszczenia przez słońce okna muszą zawierać elementy zaciniające – rolety lub

żaluzje. W pomieszczeniu należy zapewnić wentylację grawitacyjną/mechaniczną min. 1,5 m³/h na każdy metr sześcienny kubatury pomieszczenia.

Miejsce ustawienia łóżek musi być takie, aby był do nich dostęp z trzech stron i by była zapewniona wolna przestrzeń wzdłuż dłuższych boków na długości przynajmniej 150 cm i szerokości przynajmniej 90 cm oraz na całej długości boku krótszego. Łóżko powinno mieć regulowaną wysokość oraz regulację przynajmniej na trzech płaszczyznach swojej długości (łamane w dwóch miejscach). Przy łóżku powinna znajdować się zamykana szafka z blatem zabezpieczonym przed zsuwaniem się dokumentów. W bezpośrednim sąsiedztwie każdego łóżka musi znajdować się parawan zapewniający intymność. W sali pacjentów musi być zamontowany podnośnik sufitowy bądź podłogowy. W sali powinny być miejsca siedzące w liczbie nie mniejszej niż liczba łóżek. Siedziska muszą być z oparciami i posiadać podłokietniki ułatwiające wstawanie z nich np. osobom starszym czy osobom z utrudnioną koordynacją ruchową. Siedziska o szerokości i głębokości minimum 50 cm muszą mieć możliwość hydraulicznej, łatwej i niewymagającej użycia dużej siły regulacji w przedziale 42 do 48 cm. Materiały, z których wykonane są meble i inne elementy wyposażenia, muszą być matowe niepowodujące odbić czy refleksów. Zaleca się, aby sala dla pacjentów została wyposażona w toaletę dostępną dla osób z niepełnosprawnością.

Gabinety zabiegowe:

W gabinecie zabiegowym musi być zapewniona przestrzeń manewrowa wolna od przeszkód nie mniejsza niż 150 cm na 220 cm.

Włączniki światła muszą być zamontowane na wysokości od 80 cm do 110 cm, a gniazdo elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm od poziomu posadzki. Należy zapewnić posadzkę antypoślizgową o klasie poślizgowej minimum R11 o równej płaszczyźnie. W pomieszczeniu należy zapewnić dostateczne oświetlenie, niepowodujące olśnienia $UGR < 19$, światłem naturalnym (dziennym) oraz równomierne światło sztuczne o $E \geq 500$ lx. Okna muszą być wyposażone w klamkę na wysokości od 80 cm do 110 cm, umożliwiającą ich otwieranie/ zamykanie. W przypadku silnego doświetlenia pomieszczenia przez słońce okna muszą zawierać elementy zacieniające – rolety, żaluzje. W pomieszczeniu należy zapewnić wentylację grawitacyjną/mechaniczną minimum 1,5m³/h na każdy metr sześcienny kubatury pomieszczenia.

W gabinecie zabiegowym siedziska muszą być z oparciami i posiadać podłokietniki ułatwiające wstawanie z nich osobom starszym czy z utrudnioną koordynacją ruchową. Siedziska, o szerokości i głębokości minimum 50 cm, muszą posiadać możliwość hydraulicznej, łatwej i niewymagającej użycia dużej siły regulacji w przedziale od 42 do 48 cm. Materiały, z których wykonane są meble i inne elementy wyposażenia muszą być matowe niepowodujące odbić czy refleksów. W gabinecie lekarskim należy przewidzieć miejsce dla stołu zabiegowego. Miejsce ustawienia stołu zabiegowego musi być takie, aby był do niego dostęp z dwóch stron i była zapewniona wolna przestrzeń wzdłuż dłuższego boku na długości minimum 150 cm i szerokości 90 cm. W gabinecie musi być zamontowany podnośnik sufitowy bądź podłogowy. Dostęp do fotela zabiegowego musi być zapewniony z trzech stron.

Ściany i podłogi muszą być ze sobą skontrastowane – 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 niepowodującą zjawisk olśnienia, bez wzorów lub o wzorach o kontraście kolorystycznym mniejszym od LRV=20.

Gabinety lekarskie:

W gabinecie lekarskim musi być zapewniona przestrzeń manewrowa wolna od przeszkód nie mniejsza niż 150 cm na 150 cm.

Włączniki światła muszą być zamontowane na wysokości od 80 cm do 110 cm, a gniazdo elektryczne na wysokości od 40 cm do 100 cm od poziomu posadzki. Należy zapewnić posadzkę antypoślizgową o klasie poślizgowej minimum R11 i równej płaszczyźnie.

W pomieszczeniu należy zapewnić dostateczne oświetlenie, niepowodujące olśnienia $UGR < 19$, światłem naturalnym (dziennym) oraz równomierne światło sztuczne o $E \geq 500$ lx. Okna muszą być wyposażone w klamkę na wysokości od 80 cm do 110 cm, umożliwiającą ich otwieranie/zamykanie. W przypadku silnego doświetlenia pomieszczenia przez słońce okna muszą zawierać elementy zacieniające – rolety, żaluzje. W pomieszczeniu należy zapewnić wentylację grawitacyjną/mechaniczną minimum 1,5 m³/h na każdy metr sześcienny kubatury pomieszczenia.

Ściany i podłogi muszą być ze sobą skontrastowane – 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 niepowodującą zjawisk olśnienia, bez wzorów lub o wzorach o kontraście kolorystycznym mniejszym od LRV=20.

8.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowano na każdej kondygnacji.

Do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych można zaliczyć łazienki przy salach pacjentów, łazienki dostępne dla pacjentów z przestrzeni korytarzy oddziałów szpitalnych oraz łazienki ogólnodostępne dla wszystkich użytkowników dostępne z głównych ciągów komunikacyjnych.

Większość toalet nie spełnia wymaganych parametrów użytkowych, również toalety oznaczone jako dostosowane dla osób z niepełnosprawnościami.

W pomieszczeniach toalet zastosowano powierzchnie zmywalne i odporne na działanie wilgoci do wysokości minimum 2 m (Zdjęcie 111, Zdjęcie 112). Posadzka jest antypoślizgowa, równa, czasem o lekkim połysku, nie powodującym olśnienia. Okładziny ścian oraz podłóg nie jest skonstrastowane, nie występują kontrastujące listwy lub cokoły, co może utrudniać użytkowanie osobom z niepełnosprawnościami wzroku. Na wyposażeniu brak haczyków zamontowanych na dwóch wysokościach.



Zdjęcie 111 - Pomieszczenie higieniczno-sanitarne



Zdjęcie 112 - Pomieszczenie higieniczno-sanitarne

Większość pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami nie spełnia parametrów użytkowych. Zauważono: nieprawidłowe miski ustępowe, niestabilne pochwyty lub pochwyty o nieprawidłowych wymiarach, miski ustępowe wyposażone tylko w jeden pochwyty, który nie jest uchylny, umywalki utrudniające podjazd wózkiem, baterie umywalkowe bez wydłużonej wylewki, które nie są automatyczne czy lustra zamontowane na niedostępnej wysokości (Zdjęcie 113, Zdjęcie 114). Miski ustępowe nie posiadają możliwości podmywania ciepłą wodą. Często występuje za mała przestrzeń manewrowa lub jest ona ograniczona elementami wyposażenia takimi jak kosze na odpady czy magazynowane w tym pomieszczeniu wózki.



Zdjęcie 113 - Pomieszczenie higieniczno-sanitarne



Zdjęcie 114 - Pomieszczenie higieniczno-sanitarne

Niektóre pomieszczenia higieniczno-sanitarne zostały wyposażone w podstawki/podnóżki.

Toalety przy salach oraz dostępne z przestrzeni korytarzy oddziałów szpitalnych są wyposażone w natrysk. Natrysk występuje w różnej formie, głównie jako brodzik wyposażony w zasłonkę lub kabina, ale także zdarzają się przypadki, kiedy przestrzeń prysznica jest z licowana z poziomem posadzki (stanowią one mniejszość). Łazienki z natryskiem zostały wyposażone w krzeselka pomocnicze do kąpieli, część krzesłek do nieprzystosowane do użytku w strefie mokrej siedziska. Często wymiary przestrzeni natrysku w łazienkach przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością są

niewystarczające (za małe). Niektóre łazienki zostały wyposażone w łóżka do mycia osób w pozycji leżącej.

Włącznik światła umieszczony na wysokości powyżej 110 cm od podłogi, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami (oprócz łazienki na SOR).

Pomieszczenie są wyposażone w urządzenia alarmowe w postaci linki do wzywania pomocy. W niektórych przypadkach linka znajdowała się za wysoko, ponad 40 cm od podłogi.

Większość toalet jest zamykana od środka. Pomieszczenie można awaryjnie otworzyć od zewnątrz w razie wypadku.

Nie występuje dodatkowy plan rozmieszczenia wyposażenia toalety dostępny przy drzwiach od strony zewnętrznej pomieszczenia.

W pomieszczeniach toalet oświetlenie misek ustępowych i umywalek jest równomierne, nie występują fragmenty zacienione.

Toalety nie są wyposażone w dodatkowe urządzenia wspomagające tj.: uchwyty do oparcia łaski lub kul, krzesółko do bezpiecznego „unieruchomienia” dziecka, przewijak do przewijania dzieci, kozetka do przewijania osób dorosłych, komfortka.

W szpitalu nie znajdują się pomieszczenia przeznaczone do przewijania osób dorosłych oraz pomieszczenia dla osób z dzieckiem.

Rekomendacje:

Co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne na oddział w placówce musi być wyposażone w urządzenia dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Minimum jedna kabina dostępna dla obu płci musi być przystosowana dla osób poruszających się na wózku.

Zalecane jest przebudowanie toalet znajdujących się na oddziałach szpitalnych, tak aby na każdym z oddziałów (na każdej kondygnacji budynku) była zapewniona co najmniej jedna toaleta przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami. W toaletach zaleca się zaopatrzenie w dostępną dla osób z niepełnosprawnościami armaturę oraz wyposażenie wspomagające. Przed wejściem do pomieszczenia należy zapewnić przestrzeń manewrową minimum 150 cm na 150 cm. Wolna płaszczyzna ruchu musi mieć wymiary minimum 90 cm na 90 cm od strony otwierania drzwi.

Na wejściu do pomieszczenia nie może być progu. Drzwi do tej przestrzeni muszą być nieprzezierne (nie powinny przepuszczać cienia) i mieć szerokość minimum 90 cm. Drzwi należy oznaczyć napisem na ścianie oraz informacjami w alfabecie Braille'a. Opis pomieszczenia powinien znajdować się na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm. Wszystkie drzwi prowadzące do toalety lub ich ościeżnice muszą być skonstrastowane kolorystycznie względem ściany ($LRV > 30$). Klamka lub pochwyt o zaokrąglonych kształtach powinny być zamontowane na wysokości od 80 cm do 110 cm.

Toaletę należy wyposażyć w jednolitą, stabilną miskę ustępową. Preferowana jest specjalnie dostosowana miska wisząca wyposażona w odpowiednio wyprofilowaną deskę sedesową. Zaleca się, aby głębokość miski ustępowej wynosiła 70 cm. Wysokość miski powinna mieścić się pomiędzy 42, a 48 cm. Z obu stron powinny zostać zamocowane pochwyty na wysokości 80 cm przynajmniej jeden z nich musi być uchylny.

Poręcze trzeba zamontować w odległości od 30 cm do 40 cm między osią poręczy, a osią muszli oraz na wysokości od 70 cm do 85 cm (górna krawędź poręczy). Właściwa długość poręczy to od 75 cm do 90 cm (dotyczy poręczy opuszczanych). Należy zapewnić pochwyty wystające 10-25 cm poza krawędź miski ustępowej.

Jeśli miska znajduje się blisko ściany, można zamontować jeden pochwyt opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany. Powinien się on znajdować po stronie przeciwnej względem miejsca do przesiadania się – na wysokości od 70 cm do 85 cm od podłogi, długości minimum 80 cm, w odległości od 20 cm do 30 cm między osią poręczy a osią miski ustępowej.

Podajnik papieru należy zamontować na wysokości od 60 cm do 70 cm od podłogi, w okolicy przedniej krawędzi miski ustępowej.

Dobłą praktyką jest zapewnienie transferu boczego, przynajmniej z jednej strony miski ustępowej, o szerokości min. 90 cm. Przy dostępie do miski jedynie z jednej strony, należy zachować minimum 45 cm odległości od osi miski do ściany. Zaleca się, aby mechanizm spłukujący uruchamiany był poprzez przycisk zlokalizowany w elemencie pochwytu. Spłuczka powinna uruchamiać się automatycznie lub ręcznie. Nie można stosować spłuczek obsługiwanych za pomocą nogi.

Przestrzeń manewrowa przed umywalką musi mieć wymiary 150 cm na 150 cm. Należy zapewnić taką umywalkę, która umożliwia swobodne podjechanie osoby na wózku na głębokość 30 cm i szerokość 75 cm. Przestrzeń ta nie może być niższa niż

67 cm. Umywalkę wyposażać w przynajmniej jeden pochwyt ścienny. Lustro należy zamontować tak, aby jego dolna krawędź znajdowała się nie wyżej niż 80 cm od podłogi lub bezpośrednio nad umywalką. Dobrą praktyką jest zapewnienie lustra o regulowanym kącie nachylenia, możliwym do kontroli z pozycji osoby na wózku. Regulowana wysokość powinna zapewniać możliwość skorzystania przez wszystkich użytkowników. Rekomenduje się, aby bateria umywalkowa uruchamiana była na fotokomórkę lub za pomocą baterii z mieszaczem z wydłużoną wylewką. Podajnik na mydło i ręczniki papierowe oraz inne elementy uzupełniające powinny znajdować się na wysokości od 80 do 110 cm (dolna krawędź urządzenia) oraz być obsługiwane jedną ręką bez konieczności ściskania czy skręcania elementów.

Należy unikać otworów w posadzce, które mogą powodować utknięcie kół wózka lub fragmentu sprzętu rehabilitacyjnego. Otwory w kratkach ściekowych powinny mieć szerokość maksymalnie 10 mm i być sytuowane prostopadle do kierunku poruszania się.

Należy zniwelować różnicę poziomów występującą w świetle drzwi lub kontrastowo oznaczyć listwę progową. Toaleta powinna być zamykana od środka, przy czym zastosowany system musi być możliwy do otwarcia od zewnątrz w razie wypadku. Toaleta nie powinna być zamykana na klucz.

Toalety należy wyposażać w przycisk lub linkę do wzywania pomocy. Urządzenia te aktywują alarm w pomieszczeniu obsługi. Powinny się one znajdować na maksymalnej wysokości 40 cm od podłogi. Można zastosować linkę biegnącą wzdłuż ścian, umieszczoną na wysokości 40 cm. Siła potrzebna do uruchomienia przycisku lub linki nie może przekraczać 30 N.

Ściany i podłogi muszą być ze sobą kolorystycznie skontrastowane. Jeśli to niemożliwe, należy zastosować listwy przypodłogowe lub cokoły w kontrastowym kolorze.

Wszystkie powierzchnie ścian i podłóg muszą mieć jednolity kolor, który nie może powodować olśnienia. Dopuszczalne są wzory o niewielkim kontraście kolorystycznym ($LRV < 20$).

Podłogi i posadzki w toaletach muszą być równe i antypoślizgowe (o klasie poślizgowej minimum R11). Nawet w stanie mokrym nie powinny być niebezpieczne dla użytkowników.

Wszystkie odpływy wody z posadzki oraz kratki podłogowe należy zamontować poza przestrzenią manewrową wózka. W toalecie należy zapewnić wystarczające oświetlenie, które nie może powodować olśnienia ($UGR < 19$).

Natrysk

Zaleca się przebudowanie istniejących łazienek wyposażonych w natrysk, w taki sposób, aby łazienka dostępna występowała co najmniej na każdej kondygnacji szpitala, a najlepiej na każdym oddziale.

W łazience dostosowanej dla osób z niepełnosprawnością, należy umieścić brodzik bezprogowy z odpływem w płytkach lub płaski, nie głębszy niż 2 cm, montowany w posadzce. Natrysk należy zorganizować jako otwartą przestrzeń, bez kabiny. Jest to dogodniejsze dla osób z niepełnosprawnością, a także dla ewentualnych osób asystujących. Wejście pod natrysk musi mieć szerokość minimum 90 cm. Włączniki światła powinny się znajdować na wysokości od 80 cm do 110 cm od podłogi. Przestrzeń manewrowa przed niecką prysznicową musi mieć wymiary minimum 90 cm na 120 cm. Bezprogowa powierzchnia niecki (o wymiarach 150 cm na 150 cm) może służyć jako część podstawowej przestrzeni manewrowej, jeśli natrysk znajduje się w toalecie dla osób z niepełnosprawnościami. Natrysk powinien mieć stabilne krzesetko prysznicowe z oparciem lub siedzisko mocowane do ściany na wysokości od 42 cm do 48 cm od podłogi, o szerokości i głębokości siedziska minimum 45 cm. Krzesetko należy zamontować na ścianie innej niż ściana z baterią. Po obu stronach krzesetka należy zapewnić składane pochwyty montowane na wysokości od 75 cm do 90 cm od podłogi. Natrysk należy wyposażać w giętki wąż o długości minimum 150 cm połączony ze słuchawką prysznicową oraz pionowym panelem prysznicowym. Słuchawkę powinno dać się odwiesić na wysokości od 90 cm do 150 cm. Baterię z termostatem należy zamontować na wysokości od 80 do 90 cm od podłogi.

Natrysk należy wyposażać w przycisk lub linkę do wzywania pomocy. Powinny się one znajdować na maksymalnej wysokości 40 cm od podłogi. Ściany i podłogi muszą być ze sobą kolorystycznie skonstrastowane. Należy zastosować listwy przypodłogowe lub cokoły w kontrastowym kolorze. Wszystkie powierzchnie ścian i podłóg muszą mieć jednolity kolor, który nie może powodować olśnienia. Dopuszczalne są wzory o niewielkim kontraście kolorystycznym ($LRV < 20$). Podłogi i posadzki w toaletach muszą być równe i antypoślizgowe (o klasie poślizgowej minimum R11).

Natrysk dostępny dla osób poruszających się na wózku należy wyposażyć w odpowiednio wyprofilowane spadki w posadzce, które odprowadzają wodę do kratki ściekowej. Wszystkie odpływy wody z posadzki oraz kratki podłogowe należy zamontować poza przestrzenią manewrową wózka.

Pomieszczenie do mycia osób leżących:

W placówce powinny być zapewnione pomieszczenie do mycia osób leżących, które musi spełniać wymagania podane poniżej. Pomieszczenia te często występują na izbie przyjęć oraz oddziałach i są wykorzystywane zarówno do mycia pacjentów na mobilnych krzesłkach do kąpieli, jak i leżących w wannach/łózkach. Zaleca się wykonać minimum jedno pomieszczenie na każdym oddziale szpitalnym.

Pomieszczenie najlepiej wyposażyć w brodzik bezprogowy z odpływem w płytkach lub płaski, nie głębszy niż 2 cm, montowany w posadzce. Pomieszczenie należy zorganizować jako otwartą przestrzeń, umożliwiając wjechanie wózkiem lub łóżkiem. Takie rozwiązanie jest wygodniejsze dla osób z niepełnosprawnością, a także dla ewentualnych osób asystujących.

Przed wejściem do pomieszczenia do mycia osób leżących należy zapewnić przestrzeń manewrową nie mniejszą niż 220 cm na 220 cm, a wolna płaszczyzna ruchu musi mieć wymiary minimum 90 cm na 90 cm od strony otwierania drzwi.

Wejście do pomieszczenia musi mieć szerokość co najmniej 110 cm.

Minimalna powierzchnia manewrowa przed niecką prysznicową musi mieć wymiary 220 cm na 220 cm. Bezprogowa powierzchnia niecki może również służyć jako większa część podstawowej powierzchni manewrowej, jeśli w pomieszczeniu dodatkowo znajduje się siedzisko do kąpieli lub toaleta dla osób z niepełnosprawnościami.

Pomieszczenie trzeba wyposażyć w stabilne krzesło prysznicowe z oparciem lub siedzisko, mocowane do ściany na wysokości od 42 cm do 48 cm od podłogi, o szerokości i głębokości siedziska minimum 45 cm. Krzesło musi być zamontowane na innej ścianie niż bateria.

Przy krześle po obu stronach trzeba zapewnić składane pochwyt montowane na wysokości od 75 cm do 90 cm nad poziomem podłogi.

Natrysk należy wyposażyć w giętki wąż o długości co najmniej 150 cm połączony ze słuchawką prysznicową oraz pionowym panelem prysznicowym. Należy zapewnić możliwość regulacji wysokości odwieszenia słuchawki od 90 cm do 150 cm.

Nad natryskiem należy zamontować baterię z termostatem na wysokości od 80 do 90 cm nad poziomem podłogi.

Miejsce do przewijania dla osób dorosłych:

W placówce powinny być zapewnione pomieszczenie do przewijania osób dorosłych. Pomieszczenie do przewijania lub przebierania osoby dorosłej musi być odpowiednio duże, aby zmieściła się w nim osoba poruszająca się na wózku, o kulach lub używająca chodzika rehabilitacyjnego oraz osoba asystująca. Pomieszczenie należy wyposażyć w dużych rozmiarów przewijak, który zmieści i udźwignie dorosłą osobę. Pomieszczenie powinno być zamykane, może też mieć parawan lub zastłonkę.

Przed wejściem do pomieszczenia należy zapewnić przestrzeń manewrową minimum 150 cm na 150 cm. Wolna płaszczyzna ruchu musi mieć wymiary minimum 90 cm na 90 cm od strony otwierania drzwi.

Na wejściu do pomieszczenia nie może być progu większego niż 2 cm. Drzwi do tej przestrzeni muszą być nieprzezierne (nie powinny przepuszczać cienia) i mieć szerokość minimum 90 cm. Drzwi należy oznaczyć informacją w alfabecie Braille'a. Opis pomieszczenia powinien znajdować się na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm. Wszystkie drzwi prowadzące do toalety lub ich ościeżnice muszą być skonstrastowane kolorystycznie względem ściany ($LRV > 30$). Klamka lub pochwyt o zaokrąglonych kształtach powinny być zamontowane na wysokości od 80 cm do 110 cm.

Należy stosować drzwi bez samozamykacza. W pomieszczeniu należy zapewnić przestrzeń manewrową minimum 150 cm na 150 cm. Włączniki światła powinny się znajdować na wysokości od 80 cm do 110 cm od podłogi. Gniazda elektryczne należy umieścić na wysokości od 40 cm do 100 cm. Posadzka musi być równa i antypoślizgowa (o klasie poślizgowej minimum R11). W pomieszczeniu należy zapewnić wystarczające oświetlenie, które nie może powodować olśnienia ($UGR < 19$). W pomieszczeniu należy zapewnić wentylację grawitacyjną lub mechaniczną minimum 1,5 m³/h na każdy metr sześcienny jego kubatury.

Przewijak dla dorosłych należy ustawić tak, aby zapewnić wolną przestrzeń manewrową wzdłuż dłuższego boku na długości minimum 150 cm i szerokości 90 cm.

Jeśli przewijak jest rozkładany (przyścienny), po rozłożeniu lub opuszczeniu nie może zmniejszać wymaganej przestrzeni manewrowej. Przewijak dla dorosłych musi mieć udźwig minimum 150 kg, wymiary nie mniejsze niż 120 cm na 200 cm i wysokość górnej krawędzi od 45 cm do 55 cm od podłogi.

Zaleca się zlokalizować miejsce do przewijania w strefie wejściowej, izbie przyjęć i w strefie poradni przyszpitalnych.

9. Ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja

W obiekcie znajdują się oznaczenia wskazujące drogę ewakuacji. Występują znaki ewakuacyjne tj.: piktogramy, oznaczenia kierunkowe.

Przycisk alarmu na wysokości powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami. W obiekcie brak tyflograficznej mapy z planem ewakuacji.

Drogi ewakuacyjne pozbawione są progów oraz innych przeszkód fizycznych uniemożliwiających ewakuację. Ewakuacja zorganizowana jest klatkami ewakuacyjnymi i schodami prowadzącymi bezpośrednio do wyjścia na zewnątrz budynku. Jedna klatka schodowa przeznaczona do ewakuacji jest niedostępna dla użytkowników (drzwi prowadzące na klatkę zamknięte na klucz).

Szpital nie jest wyposażony w specjalny sprzęt do ewakuacji osób ze szczególnymi potrzebami tj.: krzesółko, materace. Personel nie jest przeszkolony z zasad ewakuacji osób ze szczególnymi potrzebami.

Nie wydzielono specjalnych pokoi oczekiwania oddzielonych pożarowo.

Nie zapewniono informacji dla osób niesłyszących o zagrożeniu na ekranach znajdujących się w szpitalu.

Rekomendacje:

Dla sprawnej ewakuacji należy zapewnić dobre oznakowanie dróg ewakuacji. Należy koniecznie zapewnić czytelną informację wizualną o drogach ewakuacji w postaci piktogramów i oznaczeń kierunkowych.

Należy koniecznie zapewnić graficzny plan ewakuacji, umiejscowiony w łatwym do znalezienia miejscu.

Należy zapewnić dostęp do informacji o zagrożeniu wszystkim pacjentom, w tym osobom z niepełnosprawnością wzroku i osobom z niepełnosprawnością słuchu, w całej placówce należy zapewnić akustyczny i wizualny system powiadamiania alarmowego. Wizualne elementy ostrzegawcze uruchamiane wraz z systemem akustycznym powinny znajdować się w miejscach widocznych dla pacjentów. Przycisk alarmu należy umieścić na wysokości od 80 cm do 110 cm od podłogi.

W procedurze ewakuacji należy umieścić zapisy, które zapewnią osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość ewakuacji lub uratowania się w inny sposób.

Drzwi wejściowe automatyczne powinny być sprzężone z systemem sygnalizacji przeciwpożarowej. W sytuacji alarmowej drzwi powinny otworzyć się automatycznie i pozostać w tej pozycji. W pomieszczeniach i na drogach należy zapewnić oświetlenie awaryjne.

Należy zapewnić urządzenia wspierające ewakuację osób ze szczególnymi potrzebami. Zaleca się wyposażenie szpitala w specjalistyczne krzesła lub materace ewakuacyjny, który stanowi podstawowe rozwiązanie wspierające ewakuację osób z ograniczeniami w mobilności.

Urządzenia wspomagające służą do bezpiecznej ewakuacji osób o ograniczonej możliwości poruszania się (użytkowników wózków, kobiet w ciąży, osób z czasową niepełnosprawnością, seniorów itp.):

- wózki (krzesła) ewakuacyjne – stosowane do ewakuacji w pozycji siedzącej po schodach w dół lub w górę i w dół,
- materace ewakuacyjne – stosowane do ewakuacji w pozycji leżącej, przeznaczone dla osób, które nie mogą być ewakuowane za pomocą krzesła/wózka lub do miejsc, gdzie krzesło czy wózek mogą być niewygodne w użyciu (np. na wąskich klatkach schodowych),
- maty ewakuacyjne – przeznaczone do ewakuacji osób chorych/nieprzytomnych bezpośrednio z łóżka (mata umieszczona jest na stałe pod materacem na łóżku – w razie konieczności ewakuacji mata i materac unieruchamiają pacjenta za pomocą pasów bezpieczeństwa, dając możliwość bezpiecznej ewakuacji poziomej i pionowej).

Sprzęt powinien posiadać parametry i charakterystykę właściwą dla sprzętu medycznego oraz mieć oznaczenie CE. Oprócz tego zaleca się, by sprzęt miał możliwie

długą gwarancję (6 lat) oraz jak największy udźwig (min. 180 kg). Minimum raz w roku konieczne jest szkolenie użytkowników budynku z obsługi zakupionego sprzętu.

Należy zapewnić 1 wózek lub 1 materac dla 1 osoby na każdym piętrze budynku przy każdej ewakuacyjnej klatce schodowej. Materace ewakuacyjne należy stosować do ewakuacji w pozycji leżącej. Zaleca się umieszczenie 1 maty ewakuacyjnej na każdym łóżku (pod materacem) – w przypadku konieczności ewakuacji osób bezpośrednio z łóżka (chorych/nieprzytomnych).

10. System nawigacji i informacji

10.1. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej

W strefie wejścia znajduje się tablica informacyjna w formie wizualnej informująca o mieszczących się w szpitalu funkcjach (oddziałach) (Tablice informacyjne posiada duże litery oraz czytelny i przejrzysty układ treści. Została zlokalizowana na wysokości pola widzenia (tj. ok 1,4-1,6 m) oraz powyżej, jednak to uzasadnione ze względu na obszerną przestrzeń przed tablicą, która umożliwia czytanie z dalszej odległości. Czcionka jest prosta, bezszeryfowa w kolorze kontrastującym z tłem. Informacja jest krótka, prosta i zwięzła. Nie zastosowano druku wypukłego. Materiał, z którego wykonana jest tablica informacyjna odbija światło.



Zdjęcie 115 - Tablica informacyjna



Zdjęcie 116 - Tablica informacyjna

W obiekcie rozmieszczono schematy budynku przedstawiające podział na poszczególne bloki w celu ułatwienia komunikacji.

Rekomendacje:

W pobliżu wejścia głównego należy umieścić ogólny wizualny plan szpitala z zaznaczeniem punktu „tu jesteś”. Plan musi zawierać informacje przeznaczeniu danych przestrzeni w budynku (jak oddziały szpitalne).

Materiał, z którego wykonana jest tablica informacyjna powinien być matowy i nie odbijać światła.

10.2. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie głosowej lub/i dotykowej

Brak informacji o rozkładzie pomieszczeń w formie dotykowej czy głosowej.

Rekomendacje:

Placówka szpitala powinna zapewnić jedno z rozwiązań wspierające osoby z niepełnosprawnością wzroku – odpowiednia tyflomapa (sposób dotykowy), która będzie odzwierciedlała wszystkie pomieszczenia użytkowe budynku lub informacja udzielania bezpośrednio przez pracowników obiektu (sposób głosowy), którzy będą mogli odczytać rozkład pomieszczeń z tablicy wizualnej, poinformować i ew. wskazać odpowiednią drogę.

Zaleca się w strefie wejścia, w okolicy tablicy informacyjnej wizualnej umieścić plan tyflograficzny przedstawiający przestrzeń parteru. Płaszczyzna planu dotykowego powinna być umieszczona pod kątem 20-30°, a jej dolna krawędź na wysokości minimum 90 cm, tak aby wygodnie było odczytywać informacje za pomocą dłoni.

Plan tyflograficzny trzeba sporządzić dla całego szpitala. Plany należy zapewnić na każdej kondygnacji. Plany dotykowe powinny się znaleźć w powtarzalnych miejscach w placówce. Plan tyflograficzny musi być trwale przytwierdzony do podłoża.

Jeśli w budynku nie ma planu tyflograficznego w postaci instalacji, należy udostępnić taki plan w formie mapek z drukiem wypukłym w punkcie informacji, recepcji, rejestracji itp.

10.3. Fakturowe oznaczenia nawierzchni

Na zewnątrz ani wewnątrz placówki nie zaobserwowano fakturowych oznaczeń nawierzchni w postaci linii naprowadzających czy pól uwagi.

Rekomendacje:

Rekomenduje się zastosowanie fakturowych oznaczeń nawierzchni w postaci wypukłych znaków umieszczanych na posadzce. Mają one za zadanie ułatwić osobom z niepełnosprawnością wzroku orientację w przestrzeni (na zewnątrz, jak i wewnątrz). Możemy wytypować dwa rodzaje takich ścieżek fakturowych: naprowadzające oraz ostrzegawcze. Ścieżki naprowadzające to wypukłe linie kierujące osobę do konkretnego miejsca. Natomiast ścieżki ostrzegawcze to wypukłe punkty ostrzegające o potencjalnym zagrożeniu lub o zmianie kierunku.

Zaleca stosować ścieżki naprowadzające w przestrzeni zewnętrznej w celu nakierowania na lokalizację budynku oraz jako dojście do punktu obsługi pacjenta/rejestracji.

Pola uwagi należy umieszczać przed oraz za schodami, pochylnią, wejściem do wind, przy wejściach głównych do budynku oraz w innych miejscach wymagających szczególnej uwagi lub stanowiących potencjalne zagrożenie.

10.4. Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne

Szpital nie jest wyposażony w pętle indukcyjne ani pomoce optyczne.

Rekomendacje:

Zaleca się wyposażenie wszystkich punktów obsługi pacjenta w pętle indukcyjne. Rekomendowane jest, aby kilka pętli indukcyjnych mobilnych było na wyposażeniu punktów pielęgniarskich na oddziałach szpitalnych. Należy odpowiednio oznaczyć pętle indukcyjne za pomocą piktogramu.

Dobra praktyka jest zapewnienie w punktach obsługi pacjenta pomocy optycznych takich jak: lupa), komputer z programem udźwiękowiającym, urządzenia do czytania i rozpoznawania tekstu drukowanego, syntezy mowy, informacja alfabetem Braille'a.

10.5. Pies asystujący

Placówka zapewnia prawo wstępu dla psa asystującego. Personel nie został przeszkolony z obsługi pacjentów z psem asystującym.

Rekomendacje:

Rekomenduje się przeprowadzenie szkolenia dla personelu z zakresu obsługi osób korzystających z pomocy psa asystującego.

Opisowa analiza dostępności informacyjno-komunikacyjnej oraz rekomendacje

Szpital w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej wdrożył rozwiązania wspierające obsługę pacjenta z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się jak asystenta pacjenta (kontakt pisemny realizowany poprzez stronę internetową). Na stronie zamieszczono informację dotyczącą dostępności informacyjno-komunikacyjnej mówiącą o możliwości skorzystania z tłumaczy języków obcych w zakresie języka angielskiego, a także języka migowego. W dniu przeprowadzania audytu nie stwierdzono wskazanych rozwiązań. Rekomenduje się weryfikację upublicznionych na stronie internetowej informacji oraz ich wprowadzenie. W obiekcie brak zainstalowanych 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. Nie stwierdzono zapewnienia na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności - w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, ani nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania. W dniu audytu nie stwierdzono realizacji minimalnego wymogu z ustawy dotyczącego zapewnienia na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

Szpital wdrożył system identyfikacji wizualnej. Oddziały, a co za tym idzie przestrzeń ciągów komunikacji poziomej do nich przynależnych, posiada określony system identyfikacji kolorystycznej. Każdy oddział posiada swój kolor przewodni, który widoczny jest w postaci naprowadzeń na podłodze, oznaczeń drzwi, tabliczek informacyjnych, a także pochwyty ściennych. Takie założenie usprawnia orientację w budynku, jednak nie zostało konsekwentnie zrealizowane. Kolorystyka nie jest spójna z kolorami wprowadzonymi na planach budynku (dla poszczególnych budynków).

W dniu audytu uzyskano informację o planowanych szkoleniach podnoszących kompetencje personelu w zakresie świadczeń usług i kontaktu z pacjentem ze szczególnymi potrzebami. W podmiocie brak przyjętych standardów i procedur w zakresie obsługi klienta, w tym pacjenta ze szczególnymi potrzebami.

Rekomendacje:

Rekomenduje się zapewnienie dostępności informacyjno-komunikacyjnej w placówce, dzięki której pacjenci ze szczególnymi potrzebami, których ograniczenia i trudności wynikają na przykład z niepełnosprawności sensorycznych (wzrok, słuch), wieku (seniorzy), funkcji poznawczych (niepełnosprawność intelektualna) będą mieli możliwość skorzystania z usług i świadczeń medycznych. Dostępność informacyjno-komunikacyjna obejmuje organizację placówek na przyjętych standardach i procedurach obsługi klienta, dostosowanie formy przekazu, wdrożenie jednolitej identyfikacji wizualnej, tworzenie nowych kanałów komunikacji z pacjentem i dostosowanie formy jej przekazu, a także podnoszenie kompetencji personelu w zakresie świadczeń usług i kontaktu z pacjentem ze szczególnymi problemami. Dzięki zapewnieniu dostępności informacyjno-komunikacyjnej komunikacja z pacjentem staje się sprawna oraz adekwatna do barier doświadczanych przez te osoby.

Zgodnie z ustawą o zapewnianiu dostępności placówka musi spełnić co najmniej następujące wymagania opisane w art. 6 ust. 3:

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 oraz z 2022 r. poz. 583 i 830), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,

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,

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,

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

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent będący osobą ze szczególnymi potrzebami, o której mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240), ma prawo do otrzymania informacji, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 9-11,

w zrozumiały dla niego sposób, w szczególności z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20). To uprawnienie pacjenta ze szczególnymi potrzebami dotyczy wszystkich placówek ochrony zdrowia, niezależnie od ich formy prawnej (publicznych i prywatnych).

Placówka zobowiązana jest do zapewnienia rozwiązań technologicznych i sprzętowych, które pozwolą wszystkim pacjentom między innymi:

skorzystać z systemu wsparcia komunikacji w trakcie wizyty (np. pętli indukcyjnej, tłumacza polskiego języka migowego).

uzyskać potrzebne informacje o świadczonych usługach,

potwierdzić informacją zwrotną o podejmowanych działaniach, w tym o przybliżonym czasie obsługi.

skontaktować się z placówką w najdogodniejszy dla nich sposób

11. Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy

Zgodnie ze Standardem Dostępności zaleca się między innymi wykorzystanie zdalnych środków komunikacji (poczta elektroniczna, SMS, MMS, komunikatory internetowe, chat boty, formularze kontaktowe) oraz zapewnienie dostępu do usługi tłumacza polskiego języka migowego lub systemu językowo-miganego.

W zakresie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami obejmującymi narządy słuchu i mowy:

- Rekomenduje się zapewnienie możliwości skontaktowania się ze szpitalem za pomocą formularza internetowego zamieszczonego na stronie internetowej szpitala lub za pośrednictwem wiadomości wysłanej na wskazany adres e-mail. Konieczne jest, aby pacjent niezwłocznie otrzymał informację zwrotną na wskazany przez siebie adres e-mail.
- Rekomenduje się, aby placówka na swojej stronie internetowej publikowała treści dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami, umożliwiające komunikację wielokanałową (za pośrednictwem różnych sposobów komunikacji).

Osoby odpowiedzialne za utrzymanie strony internetowej powinny mieć niezbędną wiedzę dotyczącą publikacji dostępnych treści.

- Zaleca się umieszczenie informacji dotyczących form komunikacji na swojej stronie internetowej oraz na czytelnej tablicy informacyjnej znajdującej się wewnątrz budynku.
- Należy uruchomić kanały komunikacji alternatywne dla telefonu. Mogą one obejmować odbieranie i wysyłanie wiadomości tekstowych (SMS, MMS) lub obsługę komunikatorów internetowych (w tym chybotów), zgodnych ze standardem WCAG 2.1. Każdą odebraną wiadomość SMS, MMS lub wysłaną za pomocą komunikatora internetowego należy potwierdzić informacją zwrotną o podejmowanych działaniach, w tym o przybliżonym czasie obsługi.
- Należy umieścić na stronie internetowej szpitala oraz na czytelnej tablicy informacyjnej wewnątrz budynku informacje, z których form komunikacji mogą skorzystać pacjenci ze szczególnymi potrzebami. Należy opisać każdą formę komunikacji i grupy odbiorców, do których jest ona skierowana. Szpital powinien zapewnić materiały informacyjne, instrukcje obsługi wybranych urządzeń i sposobów komunikacji, również w formatach dostępnych dla osób z niepełnosprawnością wzroku i słuchu.
- Zaleca się umożliwienie korzystania z komunikatorów internetowych do bezpośredniego kontaktu między pacjentem (lub jego przedstawicielami) a placówką. Podczas połączenia wideo mogą być przetwarzane dane osobowe pacjenta i lekarza. Należy wówczas zachować zasady wynikające z Ustawy o ochronie danych osobowych.

12. Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy.

W budynku nie zapewniono rozwiązań technicznych wspierających osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie słuchu i mowy (m.in. pętle indukcyjne, systemy FM, IR lub Bluetooth). Systemy te pozwalają na bezpośrednie dostarczenie i odbiór informacji dźwiękowej oraz ograniczają zakłócenia przekazu. Miejsca zainstalowania lub

wykorzystywania urządzeń należy oznaczyć odpowiednimi piktogramami. Dodatkowo zaleca się rozpowszechnianie informacji o dostępności rozwiązań między innymi na stronie internetowej i tablicach informacyjnych w budynku, w biuletynach informacyjnych (np. „w tej placówce skorzystasz z pętli indukcyjnej”). W razie placówka powinna udostępnić pacjentom czytelne instrukcje korzystania z urządzeń oraz zapewnia wsparcie personelu w ich obsłudze.

W zakresie rozwiązań technicznych wspierających osoby ze szczególnymi potrzebami obejmującymi narządy słuchu i mowy:

- Rekomenduje się zapewnić pętlę indukcyjną, która służy do wspomagania słuchu i zwiększa komfort słyszenia osób słabosłyszących, które korzystają z aparatu słuchowego oraz implantów słuchowych. Gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe, punkty rejestracji oraz pozostałe miejsca, w których konieczne jest porozumienie się z pacjentem., powinny być wyposażone w pętle indukcyjne. Pętle można zamontować na konkretnym stanowisku do obsługi pacjenta lub udostępnić w formie przenośnej. Pętli nie należy instalować na blatach metalowych ani na blatach bez zabudowy. Pętle powinny być włączone na stałe. Alternatywą dla pętli indukcyjnej mogą być inne systemy oparte na zastosowaniu nadajników i odbiorników FM, IR, Bluetooth. Szpital powinien dysponować co najmniej jednym z tych rozwiązań (pętla lub wybrany system nadajnikowo-odbiorczy).
- Należy przeprowadzić szkolenie personelu w zakresie użytkowania rozwiązań technicznych wspierających osoby ze szczególnymi potrzebami obejmującymi narządy słuchu i mowy. Personel szpitala musi mieć wiedzę i umiejętności, które pozwolą pomóc pacjentowi w wyborze i użytkowaniu urządzenia. Pracownicy powinni mieć wiedzę jak uruchomić urządzenie, nawiązać połączenie z urządzeniem posiadanym przez pacjenta (aparat słuchowy), sprawdzić, czy urządzenie działa właściwie oraz przekazać pacjentowi informacje, które pozwalają właściwie korzystać z urządzenia.
- Pętle indukcyjne lub inne urządzenia wspomagające słyszenie należy oznakować w sposób widoczny i jednoznaczny za pomocą piktogramu zgodnego z normą ETSI EN 301 462 (2000-03). Zależnie od możliwości oznakowanie należy umieścić na podłodze (i wyznaczyć granice działania systemu) lub pionowo (na

ścianie, obudowie rejestracji, w gabinecie, punkcie pielęgniarskim na oddziale lub innym widocznym miejscu).

- Pacjentom należy zapewnić możliwość skorzystania z rozwiązania, które w jego przypadku będzie najskuteczniejsze dla efektywnego porozumiewania się z personelem szpitala. Komunikacja może się również odbywać za pomocą interkomu (np. zainstalowanego w okienku rejestracji), który nie wymaga aparatu słuchowego.
- Rekomenduje się zapewnienie materiałów informacyjnych i instrukcji obsługi dostępnych urządzeń wspomagających komunikację.

13. Informacja o zakresie działalności zamieszczona na stronie internetowej placówki.

W ramach dostępności informacyjno-komunikacyjnej placówka powinna zapewnić na swojej stronie internetowej informacje o zakresie prowadzonej działalności w trzech formach: elektroniczny plik z tekstem odczytywalnym maszynowo, nagranie w polskim języku migowym, informacja w tekście łatwym do czytania. Zaleca się uzupełnienie informacji w opcji odczytywanej maszynowo i w języku migowym. W informacji o zakresie działalności należy podać między innymi: nazwę szpitala, adres lub adresy, dane kontaktowe, w tym numer telefonu oraz e-mail, informacje o godzinach działalności, listę podstawowych i specjalistycznych świadczeń medycznych, świadczeń z zakresu diagnostyki oraz innych dostępnych w placówce sposobów zgłaszania zapotrzebowania na dane usługi, informacje o możliwości skorzystania z rozwiązań komunikacyjnych dla osób z niepełnosprawnością słuchu, osób niewidomych i słabowidzących. Treść powinna być prosta i zrozumiała.

W zakresie informacji zamieszczonej na stronie internetowej placówki:

- Należy zapewnić możliwość korzystania z tekstu odczytywalnego maszynowo, który pozwala na prawidłowe i bezstratne odczytanie treści przez specjalistyczne oprogramowanie (np. czytniki ekranu), z którego korzystają osoby z niepełnosprawnością wzroku.
- Należy przygotować pliku wideo z informacją o zakresie działalności szpitala w polskim języku migowym. Wideo zamieścić na stronie internetowej jako plik do pobrania lub wideo z możliwością odtworzenia wprost ze strony. Rozmiar

pliku powinien być zoptymalizowany, a sam plik łatwy do odtworzenia na różnych platformach i urządzeniach. W nagraniu powinna wystąpić osoba biegle posługująca się polskim językiem migowym (np. certyfikowany tłumacz tego języka).

- Należy zredagować informację o zakresie działalności szpitala zgodnie z zasadami tworzenia tekstu łatwego do czytania i zrozumienia. Tekst łatwy do czytania (easy to read, ETR) jest to sposób opracowania informacji, przeznaczony między innymi dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, osób mających trudności z czytaniem lub osób, dla których język polski nie jest językiem ojczystym. Należy zadbać o właściwy dobór słów (brak specjalistycznego słownictwa i żargonu), krótkie zdania i prostą gramatykę. Treść powinna być czytelna i prosta. Informację należy uzupełnić grafikami dotyczącymi najważniejszych fragmentów tekstu.
- Nie rzadziej niż raz na pół roku należy aktualizować treści zamieszczone na stronie internetowej (zwłaszcza rozumianej jako nośnik informacji o usługach i sposobach zapewniania dostępności). Na stronie powinny się znaleźć informacje o wszystkich nowych rozwiązaniach informacyjno- komunikacyjnych wspierających dostępność, które pojawiły się w tym czasie w placówce.

14. Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji.

Należy opracować wzór wniosku o zapewnieniu komunikacji w wybranej przez siebie formie. Wniosek w wersji elektronicznej umieścić na stronie internetowej w postaci pliku do pobrania lub w wersji papierowej.

W zakresie składania wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami:

- Osobom ze szczególnymi potrzebami należy zapewnić możliwość komunikacji w sposób przez nią preferowany i dostosowany do jej potrzeb (np. poczta elektroniczna, telefon, wiadomości SMS, MMS, tłumacz języka migowego, tekst powiększony, system komunikacji dla osób głuchoniewidomych, komunikacja alternatywna i wspomagająca).
- Rekomenduje się by wniosek zawierał: opis bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej komunikację, wskazanie preferowanej formy komunikacji, czas

planowanego kontaktu ze szpitalem, dane teleadresowe osoby ze szczególnymi potrzebami. Wniosek opracować w prostym języku. Na stronie internetowej umieścić informację o kolejnych krokach składania wniosku i terminie odpowiedzi.

- Należy zapewnić możliwość złożenia wniosku przez osobę trzecią która reprezentuje pacjenta (np. opiekun, członek rodziny, bliska osoba) na podstawie upoważnienia.

15. Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami

Należy opracować i wdrożyć procedury zapewniające dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami. Procedury powinny obejmować obszary takie jak:

- wejście pacjenta do szpitala
- sposoby zgłaszania się osób ze szczególnymi potrzebami do szpitala i reagowanie na te zgłoszenia
- przygotowanie dokumentów niezbędnych do świadczenia usługi adekwatnych do potrzeb pacjenta
- zapewnienie wsparcia osób trzecich lub personelu szpitala w trakcie świadczenia usługi
- przekazanie informacji dotyczących dalszego postępowania

Zaleca się, aby szpital monitorował wdrożone procedury i wprowadzał niezbędne zmiany. Dodatkowo placówka może nawiązać współpracę z organizacją pozarządową reprezentującą pacjentów i grupy zainteresowane jako konsultant projektowanych rozwiązań.

W zakresie organizacji i wdrażania procedur:

- Należy wyznaczyć osobę sprawującą stanowisko koordynatora do spraw dostępności. Do obowiązków osoby należą:
- - przygotowanie procedur wpływających na rzecz poprawy dostępności oraz ich wdrożenie

- - monitorowanie wdrożonych procedur oraz cykliczne sporządzanie raportów
 - - wspieranie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez szpital
 - - podejmowanie współpracy z przedstawicielami organizacji pozarządowych i innymi reprezentantami interesów grup pacjentów.
-
- Zaleca się powołanie interdyscyplinarnego zespołu składającego się z koordynatora do spraw dostępności oraz pracowników merytorycznych. Do obowiązków zespołu należy opracowywanie i aktualizacja procedur zapewniających dostępność. Dodatkowo zaleca się aktualizację procedur przynajmniej raz do roku. Koordynator i zespół do spraw dostępności podejmuje współpracę z organizacjami pozarządowymi, organizacjami pacjentów w zakresie opiniowania, analizowania i oceny rozwiązań związanych z tworzeniem, ewaluacją i oceną procedur związanych z zapewnieniem dostępności.
 - Na stronie internetowej szpitala należy umieścić dane kontaktowe koordynatora do spraw dostępności (e-mail, nr telefonu służbowego)
 - Koordynator do spraw dostępności powinien kontrolować poziom zapewnienia dostępności przez szpital. W ramach kontroli należy przeprowadzić badanie ankietowe skierowane do pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz do personelu. Wyniki z przeprowadzonych badań należy przedstawić dyrekcji szpitala w sprawozdaniu rocznym. W przypadku sytuacji krytycznych badania należy przeprowadzić niezwłocznie.
 - W sytuacji kryzysowej szpital ma obowiązek zapewnić narzędzia i procedury komunikacji pomiędzy pacjentem, rodziną pacjenta a personelem szpitala. Należy zapewnić kanał komunikacji oraz możliwość bezpiecznego przekazywania przesyłek dla pacjentów przebywających w izolacji.
 - Osobom ze szczególnymi potrzebami placówka powinna zapewnić dostęp do specjalistycznego sprzętu medycznego oraz urządzeń, które umożliwiają przeprowadzenie koniecznych procedur medycznych, badań, zabiegów. Sprzęty należy zapewnić zarówno w szpitalu jak i w domu pacjenta.

- Rekomenduje się powołanie asystenta ds. obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. Funkcja asystenta osób ze szczególnymi potrzebami wiąże się z obowiązkiem udzielenia niezbędnej pomocy na terenie placówki, w tym osobom różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Do zadań asystenta należy w szczególności:
 - pomoc w dotarciu z parkingu przyszpitalnego do punktu docelowego
 - pomoc w poruszaniu się po szpitalu
 - udzielanie pomocy osobom ze szczególnymi potrzebami, między innymi pomoc w skutecznym zarejestrowaniu się lub załatwieniu sprawy innego rodzaju na terenie szpitala
 - pomoc w ubieraniu się i rozbieraniu
 - zapewnienie tłumaczenia w języku migowym
- Rekomenduje się, aby szpital podjął współpracę z podmiotem reprezentującym osoby ze szczególnymi potrzebami. Wsparcie takiego podmiotu daje możliwość zwiększenia dostępności świadczonych usług medycznych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- Na stronie internetowej szpitala należy zamieścić procedury obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami wypracowane przez interdyscyplinarny zespół.
- Należy zapewnić możliwość skorzystania z diagnostyki i leczenia w ramach wizyt domowych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami, objętych opieką paliatywną. Placówka realizująca wizyty domowe musi posiadać listę pacjentów korzystających z takiej formy opieki medycznej oraz listę wyposażenia umożliwiającego świadczenie usług medycznych w domu pacjenta.

16. Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami

Zaleca się monitorowanie pacjentów pod kątem ich potrzeb, tak aby właściwie realizować dostępne działania dla osób ze szczególnymi potrzebami.

W zakresie monitorowania pacjentów:

- Rekomenduje się prowadzenie rejestru osób ze szczególnymi potrzebami. Rejestr powinien zawierać: imię i nazwisko, płeć, wiek, wzrost, waga, szczególne potrzeby wynikające ze stanu klinicznego. Rejestr podlega przepisom o ochronie danych osobowych i danych wrażliwych.
- Rejestr osób ze szczególnymi potrzebami należy aktualizować w systemie rocznym.
- Raz do roku należy wykonać przegląd istniejących procedur pod kątem danych uzyskanych z rejestru. Wyniki należy zamieszczać w raporcie przygotowanym przez koordynatora do spraw dostępności.

17.Wnioski i skargi dotyczące dostępności

Zgodnie z art. 29 ustawy o dostępności, każda osoba bez konieczności wykazania interesu prawnego lub faktycznego interesu ma prawo poinformować placówkę publiczną o braku dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej. Natomiast na podstawie art. 30 ustawy o dostępności osoba ze szczególnymi potrzebami lub jej przedstawiciel ustawowy, po wykazaniu interesu faktycznego, ma prawo wystąpić do placówki publicznej z wnioskiem o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno- komunikacyjnej.

Jeśli placówka nie odniesie się do preferowanego sposobu zapewnienia dostępności

w ciągu 14 dni od daty otrzymania wniosku (a w uzasadnionych przypadkach w terminie dłuższym niż 14 dni), pacjent może złożyć skargę na brak zapewnienia dostępności przez placówkę. Skargę wnosi się do Prezesa Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). W rezultacie PFRON może nakazać placówce wprowadzenie dostępności informacyjno-komunikacyjnej lub architektonicznej w określony przez siebie sposób i w określonym terminie. Jeśli placówka nie wywiąże się z nakazu, może otrzymać karę finansową.

Wniosek powinien być złożony w placówce i zawierać:

- dane kontaktowe wnioskodawcy,
- szczegółowe określenie bariery w danym obszarze,
- wskazanie sposobu kontaktu z wnioskodawcą,

- preferowany przez wnioskodawcę sposób zapewnienia dostępności, jeśli wnioskodawca ma taką możliwość.

Szczegółowe informacje wraz z formularzem wniosku o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej można znaleźć na stronie PFRON:

<https://dostepnosc.pfron.org.pl/proces-skargowy/wniosek> .

Skarga na brak dostępności powinna obejmować dokładnie te same elementy co wniosek. Należy do niej dołączyć kopię wniosku o zapewnienie dostępności. Skargę należy złożyć do PFRON:

- osobiście w oddziale lub biurze PFRON
- przez portal gov.pl
- przez ePUAP

Szczegółowe informacje wraz z formularzem skargi na brak dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej można znaleźć na stronie PFRON: <https://dostepnosc.pfron.org.pl/proces-skargowy/skarga>.

W zakresie wniosków i skarg dotyczących dostępności:

- Rekomenduje się, aby koordynator do spraw dostępności prowadził rejestr wniosków o zapewnienie dostępności. Rejestr powinien zawierać: datę zgłoszenia, imię i nazwisko zgłaszającego, dane kontaktowe, opis potrzeby, propozycję realizacji wniosku według zgłaszającego.
- Rekomenduje się, aby koordynator sprawdził, czy zaproponowany sposób realizacji odpowiada oczekiwaniom potrzebom osób ze szczególnymi potrzebami, a także podjął konkretne działania w tym zakresie.
- Zaleca się, aby koordynator do spraw dostępności prowadził rejestr odmów wniosków o zapewnienie dostępności. Rejestr powinien zawierać: datę odmowy, imię i nazwisko zgłaszającego, powód odmowy, uzasadnienie odmowy, - działania alternatywne (jeśli to możliwe), sposób poinformowania wnioskującego.

Rejestr odmów jest składnikiem raportu dotyczącego dostępności sporządzanego przez koordynatora. Raport ten jest składany co 4 lata.

- Zaleca się powołanie zespołu roboczego. Zespół roboczy zbiera się doraźnie, jeśli zgłoszony wniosek wymaga szerszego omówienia i wypracowania rozwiązań z udziałem zainteresowanych osób ze szczególnymi potrzebami. W skład zespołu wchodzi: zgłaszający, odpowiedni przedstawiciele osób ze szczególnymi potrzebami, koordynator, personel merytoryczny.

Zespół roboczy powinien wypracować odpowiednie lub alternatywne rozwiązania, które mają zaspokoić zgłaszaną potrzebę związaną z zapewnieniem dostępności.

Zebranie zespołu roboczego potwierdza lista obecności z datą i tematem zebrania.

18. Szkolenie personelu

Należy przeszkolić personel w zakresie potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, aby należycie zadbać o ich komfort, dyskrecję i poczucie bycia szanowanym.

- Należy doskonalić kompetencje personelu z zakresu znajomości Standardu Dostępności Szpitala. Każdy pracownik szpitala (w tym kadra zarządzająca) oraz każda osoba, która wykonuje pracę w szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej, powinna mieć zaświadczenie, dyplom lub certyfikat o ukończeniu szkolenia z zakresu wdrożenia i zachowania Standardu Dostępności Szpitala.

Szkolenie może być wewnętrzne lub zakupione na rynku usług szkoleniowych, stacjonarne, zdalne (online) lub mieszane, przeprowadzone na żywo lub na platformie e-learningowej.

- Należy doskonalić kompetencje personelu z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Każdy pracownik szpitala (w tym kadra zarządzająca) oraz każda osoba, która wykonuje pracę w szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej, powinni mieć zaświadczenie, dyplom lub certyfikat o ukończeniu szkolenia z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.

- Szkolenie może być wewnętrzne lub zakupione na rynku usług szkoleniowych, stacjonarne, zdalne (online) lub mieszane, przeprowadzone na żywo lub na platformie e-learningowej.
- Zaleca się zapoznanie personelu z zasadami savoir-vivre'u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami. Pracownicy powinni potwierdzić, że zapoznali się z zasadami savoir-vivre'u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami, oraz zadeklarować stosowanie tych zasad.
- Każdy przedstawiciel kadry zarządzającej powinien posiadać zaświadczenie, dyplom, certyfikat o ukończeniu szkolenia lub odbyciu doradztwa z zakresu zatrudniania osób z niepełnosprawnościami. Szkolenie lub doradztwo mogą mieć charakter wewnętrzny. Można je również zakupić na rynku usług doradczo-szkoleniowych.
- Należy zapoznać personel szpitala z procedurami obsługi osób ze szczególnymi potrzebami oraz przeszkolić z zakresu i sposobu stosowania tych procedur. Każdy pracownik szpitala powinien złożyć w tej sprawie stosowne oświadczenie opatrzone własnoręcznym podpisem. Pacjenci powinni móc zapoznać się z procedurami obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.
- Rekomenduje się, aby kadra pracownicza posiadała odpowiednie uniformy lub ich elementy np. wszywki, identyfikatory. Powinny się na nich znaleźć co najmniej informacje o imieniu, funkcji pełnionej w placówce oraz nazwie szpitala. Napis powinien być czytelny dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- Każdy pracownik szpitala (w tym kadra zarządzająca) oraz każda osoba, która wykonuje pracę w szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej, może się ubiegać o potwierdzenie swoich kompetencji zawodowych na podstawie udokumentowanego doświadczenia zawodowego. Decyzję o uznaniu stanu wiedzy, umiejętności i postawy podejmuje dyrekcja szpitala.

19. Audyt dostępności

- Rekomenduje się, aby raz w roku szpital zlecał przeprowadzenie audytu dostępności, który obejmuje:
 - badanie zgodności z wymaganiami dostępności w trzech obszarach (architektoniczna, cyfrowa, informacyjno-komunikacyjna)

- przegląd procedur związanych z dostępnością.

Ocena dostępności podlegają między innymi:

- otoczenie budynków (ciągi piesze, miejsca postojowe, nawierzchnia, oznakowanie)
- strefy wejściowe budynków (ciągi piesze, szerokość przejść, oznakowania, dostęp do budynku)
- ciągi komunikacyjne pionowe i poziome (korytarze, zmiany poziomów, przeszkody, wykończenie posadzek i ścian, drzwi, schody, dźwigi, podnośniki)
- dostępność usług i funkcji (oświetlenie, rozkład pomieszczeń, stanowiska obsługi, oznakowanie, dostępność toalet)- dostosowanie form informacji do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami
- przygotowanie personelu szpitala do realizacji zadań z zakresu dostępności (kompetencje w zakresie komunikacji i obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, umiejętność właściwego zachowania wobec tych osób – znajomość zasad savoir- vivre'u)
- polityka i procedury kadrowe związane z zatrudnieniem osób ze szczególnymi potrzebami, zwłaszcza osób z niepełnosprawnościami

Audyt ma potwierdzić zgodność lub stwierdzić niezgodność stanu faktycznego ze stanem docelowym, wynikającym z obowiązujących standardów dostępności.

Audyt pozwala zidentyfikować elementy (np. przeszkody architektoniczne, niedostosowanie strony internetowej lub aplikacji, brak odpowiednich oznakowań), które utrudniają lub uniemożliwiają osobom ze szczególnymi potrzebami dostęp do miejsc i usług. Szpital otrzymuje zalecenia dotyczące rozwiązań, które wyeliminują lub zminimalizują bariery. W efekcie audytu dostępność w audytowanym szpitalu powinna się zwiększyć.

Audyt dostępności kończy się sporządzeniem raportu. Zawiera on między innymi zalecane działania, które poprawią dostępność szpitala.

20. Certyfikacja dostępności

Dobłą praktyką jest uzyskanie przez placówkę certyfikatu dostępności. Certyfikat może być dla osób ze szczególnymi potrzebami sygnałem, że szpital zapewnia obsługę tych osób lub daje im możliwość zatrudnienia w swoich strukturach.

Posiadanie certyfikatu uprawnia do obniżenia o 5% składek ponoszonych przez przedsiębiorstwo lub organizację pozarządową na rzecz PFRON z tytułu niezatrudniania osób niepełnosprawnych. Szczegółowe informacje na temat certyfikacji dostępnością dostępne są na stronach Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej:

<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-europejskie-bez-barier/dostepnosc-plus/certyfikacja-dostepnosci/>

Aby otrzymać certyfikat, szpital powinien uzyskać pozytywny wynik audytu dostępności na podstawie precyzyjnie określonych kryteriów.

Certyfikacja obejmuje:

- sprawdzenie, czy szpital spełnia minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ustawy o dostępności – odbywa się to na podstawie audytu dostępności
- sformułowanie szczegółowych zaleceń, które służą poprawie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w danym szpitalu
- wydanie certyfikatu dostępności.

Certyfikat dostępności potwierdza spełnianie minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ustawy o dostępności. Jest wydawany dla konkretnego podmiotu na okres 4 lat od dnia wydania (art. 19 ust. 1 ustawy o dostępności)

W okresie ważności certyfikatu placówka musi spełniać minimalne wymagania. Zakres ich spełnienia może skontrolować podmiot dokonujący certyfikacji. Jeśli placówka przestanie spełniać minimalne wymagania, certyfikat zostaje cofnięty (art. 25 i 26 ustawy o dostępności)

Certyfikację dostępności mogą przeprowadzić tylko uprawnione do tego podmioty, wybrane w otwartym naborze prowadzonym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Lista podmiotów uprawnionych do certyfikacji jest publikowana między innymi na stronie poświęconej Programowi Dostępność Plus w zakładce Certyfikacja dostępności – Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (funduszeuropejskie.gov.pl)

Aby uzyskać certyfikat, szpital powinien:

- wybrać jeden z podmiotów z listy,
- zawrzeć umowę z wybranym podmiotem,
- wnieść opłatę certyfikacyjną ustaloną w umowie (art. 22 ustawy o dostępności),
- wystąpić do wybranego podmiotu z wnioskiem o wydanie certyfikatu.

21. Raportowanie o stanie zapewnienia dostępności

Zgodnie z art. 11 ustawy o dostępności podmiot publiczny musi raportować o stanie zapewnienia dostępności. Raport przygotowuje się na formularzu opracowanym przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego i udostępnionym na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej tego ministra, a także na Portalu Sprawozdawczym GUS dla podmiotów mających numer REGON.

Raport o stanie zapewnienia dostępności zawiera:

- informacje, czy dany podmiot spełnia w ramach prowadzonej działalności minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ustawy o dostępności,
- w każdym przypadku zapewnienia dostępu alternatywnego – analizę, która uzasadnia brak zapewnienia dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z art. 7 ustawy o dostępności.

Więcej informacji na temat raportowania można znaleźć na stronie poświęconej Programowi Dostępność Plus w zakładce Raportowanie dostępności.

Co 4 lata, najpóźniej do 31 marca danego roku, szpital powinien złożyć raport o stanie zapewnienia dostępności.

Szpital powinien zamieścić raport o stanie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami na swojej stronie podmiotowej BIP w formacie dostępnym cyfrowo. Jeśli placówka nie ma takiej strony, raport zamieszcza na swojej stronie internetowej.

22. Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Dostępność podmiotów leczniczych w obszarze informacyjno-komunikacyjnym zwiększają nie tylko wymagania ustawowe. Ważne są również dobre praktyki, czyli

rozwiązania, które wychodzą poza powszechnie stosowane sposoby działania. Dobrą praktyką jest wdrażanie rozwiązań innowacyjnych, które znacząco wpływają na stopień dostępności danego szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami.

W zakresie dobrych praktyk:

- Zaleca się stosowanie systemu audiowizualnego. System powinien uwzględniać ograniczenia i potrzeby, jakie mają osoby z niepełnosprawnością słuchu i mowy, niepełnosprawnością wzroku oraz osoby z problemami w poruszaniu się. System powinien być spójny graficznie.
- W celu ułatwienia osobom z niepełnosprawnością wzroku poruszanie się w ciągach pieszych, warto wdrożyć takie rozwiązania: punktowe pismo, plany tyflograficzne, systemy TGSI.
- Rekomenduje się zapewnienie specjalnych środków komunikacji, takich jak pętla indukcyjna czy tłumacz PJM. Możliwość ze skorzystania ze specjalnych środków komunikacji należy zapewnić na poziomie e-rejestracji.
- Rekomenduje się sporządzenie standardu dla oznaczeń informacyjno-komunikacyjnych w szpitalu. Standardy należy zamieścić w obowiązujących procedurach oraz w księdze ładu graficznego (jeśli występuje). Księga ładu graficznego obejmuje wszystkie elementy stosowane w identyfikacji szpitala, osób, pomieszczeń, dróg dojścia, formularzy i układu dokumentów, a także strony internetowej pod kątem znaków graficznych, liternictwa, kolorystyki. Obejmuje ona również stosowane rozwiązania audiowizualne, wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami. Nadrzędnym celem księgi jest zapewnienie spójności i czytelności stosowanych rozwiązań graficznych. Szpital może umieścić informację o standardach dla oznaczeń informacyjno-komunikacyjnych na swojej stronie internetowej.
- Zaleca się zapewnić materiały wizualne (ikonografiki, np. Blissa) służące do komunikacji pomiędzy osobami ze szczególnymi potrzebami a personelem. Materiały umieścić w punkcie rejestracji.
- Rekomenduje się wyposażenie gabinetów lekarskich w narzędzia komunikacji, takie jak pętla indukcyjna, PJM. Alternatywnie zaleca się zapewnienie możliwości skorzystania z pomocy asystenta osoby ze szczególnymi potrzebami.