

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.....	4
1. Cel audyt.....	4
2. Zastosowana metodologia i zakres raportu.....	4
3. Informacje o audytowanym obiekcie.....	5
Opisowa analiza dostępności architektonicznej budynku oraz rekomendacje.....	7
4. Otoczenie budynku.....	7
Dojazd/dojście do budynku.....	7
4.1. Parking.....	16
4.2. Komunikacja pionowa- schody zewnętrzne i schody terenowe.....	19
SANATORIUM UZDROWISKOWE GREEN GARDEN:.....	23
5. Sanatorium- strefa wejściowa.....	23
5.1. Wejście do budynku.....	23
5.2. Drzwi wejściowe oraz wiatrołap.....	26
5.3. Oświetlenie strefy wejścia.....	28
5.4. Przywoływanie pomocy.....	29
6. Sanatorium- rejestracja i poczekalnia.....	29
6.1. Punkt rejestracji.....	29
6.2. Oświetlenie punktu rejestracji i strefy poczekalni.....	32
6.3. Strefa oczekiwania (poczekalnia).....	32
7. Sanatorium- komunikacja pionowa i pozioma w budynku.....	33
7.1. Komunikacja pionowa- schody wewnętrzne.....	33
7.2. Komunikacja pionowa- pochylnia wewnętrzna.....	36
7.3. Komunikacja pionowa- windy.....	37
7.4. Komunikacja pozioma.....	40
7.5. Drzwi wewnętrzne i okna.....	45
8. Sanatorium- pomieszczenia i wyposażenie wewnątrz.....	47
8.1. Pomieszczenia- ogólne informacje.....	47
8.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne.....	54
9. Sanatorium- Ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja.....	61
10. Sanatorium- system nawigacji i informacji.....	63
10.1. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej.....	63
10.2. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie głosowej lub/i dotykowej.....	63
10.3. Fakturowe oznaczenia nawierzchni.....	64
10.4. Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne.....	65
10.5. Pies asystujący.....	65
PRZYCHODNIA POZ:.....	66
11. POZ- strefa wejściowa.....	66
11.1. Wejście do budynku.....	66
11.2. Drzwi wejściowe oraz wiatrołap.....	67
11.3. Oświetlenie strefy wejścia.....	69
11.4. Przywoływanie pomocy.....	70
12. POZ- rejestracja i poczekalnia.....	71
12.1. Punkt rejestracji.....	71
12.2. Oświetlenie punktu rejestracji.....	73
12.3. Strefa oczekiwania.....	73
13. POZ- komunikacja pozioma w budynku.....	75
13.1. Komunikacja pozioma.....	75
13.2. Drzwi wewnętrzne i okna.....	77
14. POZ- pomieszczenia i wyposażenie wewnątrz.....	80
14.1. Ogólne informacje.....	80
14.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne.....	82
15. POZ- ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja.....	85
16. POZ- system nawigacji i informacji.....	86

16.1.	Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej	86
16.2.	Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie głosowej lub/i dotykowej	87
16.3.	Fakturowe oznaczenia nawierzchni	87
16.4.	Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne.....	87
16.5.	Pies asystujący	88
	ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY	89
17.	<i>Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy- strefa wejściowa.....</i>	<i>89</i>
17.1.	Wejście do budynku oraz drzwi wejściowe	89
18.	<i>Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy - komunikacja pozioma</i>	<i>90</i>
18.1.	Komunikacja pozioma	90
18.2.	Drzwi wewnętrzne i okna	93
19.	<i>Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy - pomieszczenia i wyposażenie wnętrz.....</i>	<i>95</i>
19.1.	Ogólne informacje	95
19.2.	Pomieszczenia higieniczno-sanitarne	99
20.	<i>Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy - system nawigacji i informacji</i>	<i>105</i>
20.1.	Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej	105
20.2.	Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie głosowej lub/i dotykowej	105
20.3.	Fakturowe oznaczenia nawierzchni	106
20.4.	Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne.....	106
20.5.	Pies asystujący	106
	Opisowa analiza dostępności informacyjno-komunikacyjnej oraz rekomendacje	107
21.	<i>Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy.....</i>	<i>109</i>
22.	<i>Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy</i>	<i>110</i>
23.	<i>Informacja o zakresie działalności zamieszczona na stronie internetowej placówki</i>	<i>112</i>
24.	<i>Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji</i>	<i>113</i>
25.	<i>Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami</i>	<i>114</i>
26.	<i>Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami</i>	<i>116</i>
27.	<i>Wnioski i skargi dotyczące dostępności.....</i>	<i>116</i>
28.	<i>Szkolenie personelu</i>	<i>118</i>
29.	<i>Audyt dostępności.....</i>	<i>120</i>
30.	<i>Certyfikacja dostępności.....</i>	<i>121</i>
31.	<i>Raportowanie o stanie zapewnienia dostępności</i>	<i>122</i>
32.	<i>Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej.....</i>	<i>123</i>

1. Cel audyt

Złożeniem przeprowadzonego audytu było sprawdzenie dostępności budynku, w którym mieści się sanatorium, przychodnia oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy 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 POZ” oraz „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 związanych z tematyką 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 przynależna do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o. Placówka obejmuje Sanatorium Uzdrowskie Green Garden, Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy oraz przychodnię POZ. Budynek mieści się przy ulicy Mickiewicza 12 w miejscowości Ustka w powiecie słupskim (województwo pomorskie).

Przychodnia POZ świadczy usługi z zakresu podstawowej opieki medycznej oraz pełni funkcję Nocnej i Świątecznej Opieki Chorych. Spośród oferowanych usług przychodnia pobiera również materiały do badań laboratoryjnych.

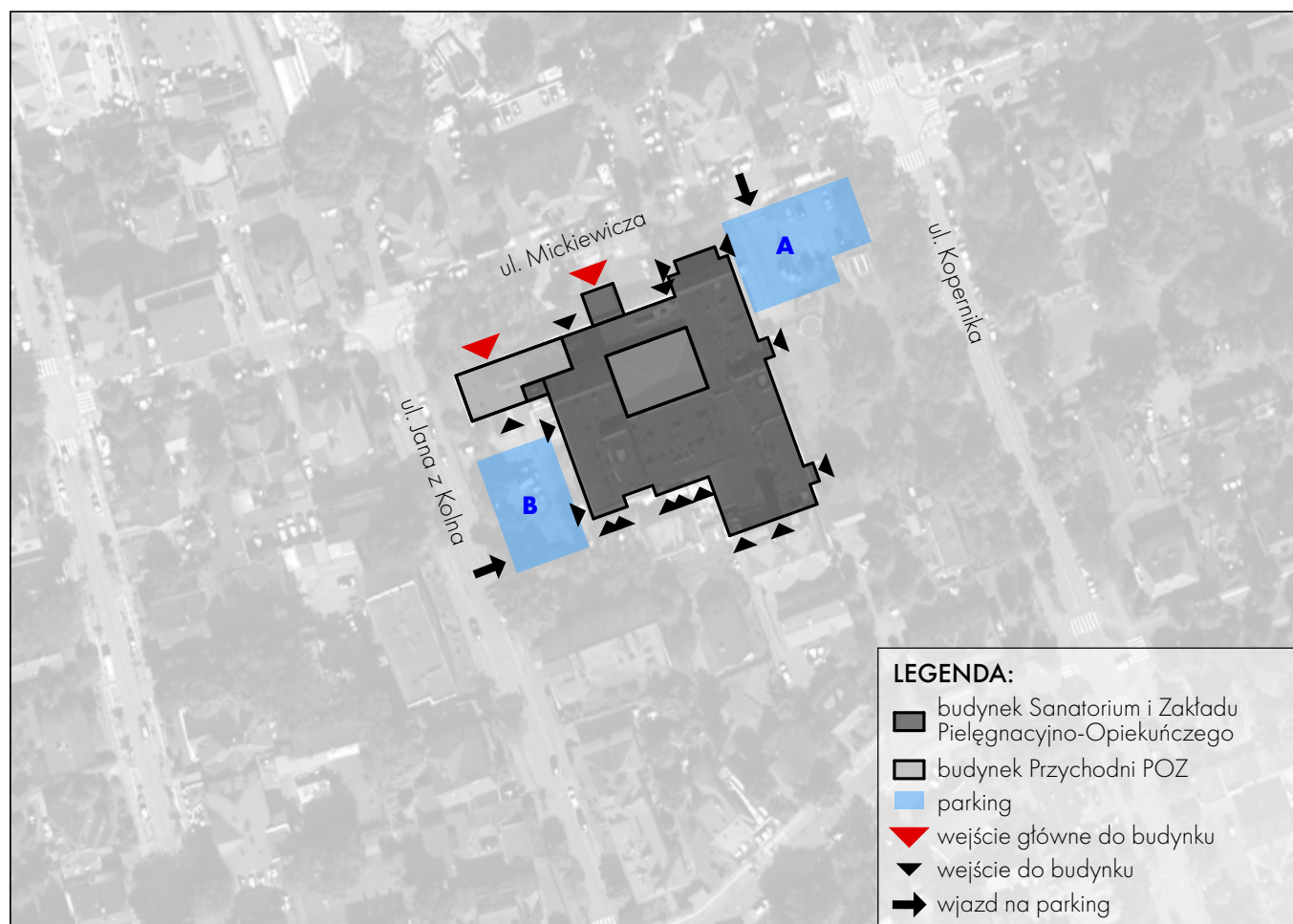
Sanatorium Uzdrowskie Green Garden zapewnia kuracjom gimnastykę zdrowotną oraz zabiegi lecznicze. W placówce mieści się sala rehabilitacyjna oraz Zakład

Przyrodolecznicy, a także pokoje dla kuracjuszy oraz przestrzenie takie jak jadalnie oraz patio z ogrodem botanicznym. Do sanatorium przynależy także kawiarnia, która jest dostępna od wewnątrz budynku oraz od zewnątrz (również dla osób z zewnątrz).

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy to jeden z oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Janusza Korczaka w Słupsku. Świadczy usługi dla osób potrzebujących wsparcia, pielęgnacji i opieki, które nie wymagają opieki szpitalnej, ale ich stan zdrowia nie pozwala na swobodne funkcjonowanie w domu. Działania obejmują opiekę oraz wsparcie z zakresu pielęgnacyjnego, opiekuńczego, farmakoterapii, rehabilitacyjnego, socjalnego, leczniczego oraz edukacji i promocji zdrowia.

Wszystkie trzy placówki – sanatorium, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy oraz przychodnia mieszczą się w jednym budynku wielokondygnacyjnym. Każda funkcja jest niezależnie dostępna z zewnątrz – posiada własne wejście. Możliwa jest także komunikacja między placówkami w zakresie wnętrza budynku. Budynek podzielony jest na segmenty o zróżnicowanej ilości kondygnacji. Przestrzeń przychodni POZ znajduje się w wydzielonej części parteru, natomiast zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy zajmuje część jednej kondygnacji (wysokiego parteru). Większość przestrzeni przeznaczona jest na funkcjonowanie sanatorium, które mieści się w obrębie kilku kondygnacji.

4. Otoczenie budynku



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

Dojazd/dojście do budynku

Obsługa komunikacyjna obiektu zapewniona jest głównie przez trzy, okalające obiekt ulice – ulicę Jana z Kolna (zachodnia część obiektu), ulicę Mickiewicza (północna część obiektu) oraz ulicę Kopernika (wschodnia część obiektu). Trasy stanowią drogi jezdne z przyporządkowanymi im ścieżkami pieszymi.



Zdjęcie 1 Dojście od strony ulicy Jana z Kolna



Zdjęcie 2 Wejście na parking

Trasa prowadząca z ulicy Jana z Kolna zlokalizowana jest od strony bocznego wejścia do budynku w części „B” obiektu. Stanowi ona drogę jezdnią, z przylegającą do niej ścieżką pieszą ([Zdjęcie 1](#)). Ciąg pieszy prowadzi zarówno na parking B, jak i łączy się ze zlokalizowaną prostopadłe do niego trasą dojścia do wejścia głównego. Trasa piesza ma odpowiednią szerokość i nie występują na niej zawężenia. Nawierzchnia ścieżki jest równa, antypoślizgowa i nie posiada ubytków. Na trasie nie ma przeszkód. Brak nachylenia. Chodniki nie posiadają krawężników, co ułatwia komunikację. Wzdłuż ścieżki wyznaczono miejsca postojowe równoległe dla samochodów ([Zdjęcie 1](#)). Zostały one oznaczone znakiem pionowym oraz wyróżnione za pomocą innego koloru kostki chodnikowej. Dodatkowo granicę wyznaczonego parkingu oddzielono oznakowaniem poziomym w postaci pasa namalowanego wzdłuż miejsc postojowych białą farbą ([Zdjęcie 1](#)). Skrajnia ciągu pieszego nie jest zawężona. Na trasie zlokalizowano elementy małej architektury w postaci koszu na opady. Znajdują się one jednak w obrębie wyznaczonych miejsc postojowych, więc nie zawężają ciągu pieszego. Brak przeszkód na trasie. Trasa dojścia nie została odpowiednio oświetlona. Lampy uliczne nie oświetlają ciągów pieszych i mogą powodować zacienienia w ich obrębie.

Z ulicy Jana z Kolna zapewniono dostęp do parkingu B ([Zdjęcie 2](#)). Wjazd dla samochodów osobowych odbywa się przez szlaban, znajdujący się na wjeździe do parkingu. Dojście piesze na parking jest możliwe za pomocą furtki, zlokalizowanej obok szlabanu, która w dniu wizji lokalnej była niedostępna. Wejście na ścieżkę prowadzącą do drzwi wejściowych nie posiada krawężnika, szerokość trasy jest odpowiednia, nie występują zawężenia ciągu. Skrajnia jest miejscowo zawężona przez wchodzącą w światło przejścia zieleni. Brak znaczących barier – w dniu wizji lokalnej na trasie

zlokalizowano pachotek drogowy, umieszczony na ścieżce ze względu na trwający w obrębie obiektu remont. Nawierzchnia trasy jest równa, antypoślizgowa i nie posiada ubytków. Nie zlokalizowano elementów małej architektury. Dojście z parkingu do wejścia od strony części „B” nie zostało odpowiednio oświetlone. Mogą występować miejsca zacienione.



Zdjęcie 3 - Trasa do wejścia ewakuacyjnego POZ



Zdjęcie 4 - Trasa do wejścia ewakuacyjnego POZ

W strefie parkingu B znajduje się również trasa do wejścia ewakuacyjnego, należącego do obiektów POZ ([Zdjęcie 3](#)). Jest to fragment chodnika. Dojście posiada odpowiednią szerokość, jego nawierzchnia jest równa, utwardzona i antypoślizgowa. Dostęp na chodnik jest niemożliwy ze względu na kolizję ze znajdującym się przy jego początku miejscem postojowym ([Zdjęcie 4](#)). Dodatkowym utrudnieniem jest krawężnik o wys. powyżej 2 cm łączący chodnik z parkingiem. Na chodniku nie zlokalizowano przeszkód ani zawężeń. Trasa dojścia nie jest odpowiednio oświetlona. Mogą występować miejsca zacienione.



Z poziomu ulicy Mickiewicza można dostać się na zlokalizowany we wschodniej części obiektu parking A, który jest przeznaczony dla pracowników obiektu. Trasa piesza prowadząca zarówno z parkingu do wejścia głównego jak i jej część położona równolegle do części budynku z wejściem głównym (część „C”) ma odpowiednią szerokość i nie występują na niej zawężenia. Nawierzchnia ścieżki jest równa, antypoślizgowa i nie posiada ubytków. Na trasie nie ma przeszkód. Brak nachylenia. Chodniki nie posiadają krawężników, co ułatwia korzystanie z nich. Chodniki zostały wyróżnione za pomocą skontrastowanych kolorystycznie płyt chodnikowych. Wzór utworzony przez układ płyt chodnikowych posiada pasy poziome, które są ułożone w stronę przeciwną do kierunku ruchu, co może utrudniać użytkowanie zwłaszcza osobom z niepełnosprawnością wzroku ([Zdjęcie 5](#)). Na lewo od wejścia głównego fragment chodnika nie posiada kontynuacji wzoru posadzki i jest przedzielony kostką chodnikową o innym kolorze, sugerując zjazd z drogi ([Zdjęcie 6](#)). W danym miejscu nie ma zjazdu. Taki sposób oznaczenia ciągu może być mylący i sugerować błędne ukierunkowania. Ciągi piesze są prawidłowo oświetlone. Brak miejsc zacienionych.



Zdjęcie 7 – Studzienka telekomunikacyjna



Zdjęcie 8 – Ławka na trasie dojścia od strony ulicy Mickiewicza

Na trasie znajduje się studzienka telekomunikacyjna, wokół której występuje nieznaczne obniżenie chodnika ([Zdjęcie 7](#)). Studzienka może stanowić przeszkodę. Skrajnia nie jest zawężona. Cała ścieżka dojścia do wejścia głównego została odpowiednio oświetlona. Brak miejsc zacienionych. Na trasie dojścia znajdują się elementy małej architektury w postaci dwóch ławek ([Zdjęcie 8](#)), zlokalizowanych w niewielkiej odległości od siebie. Ławki nie występują na całej długości chodnika. Nie

występują na dalszej części ścieżki pieszej, pojawiają się jedynie w obrębie przestrzeni przed wejściem głównym. Ławki znajdują się poza ciągiem pieszym i nie zawężają go. Są wyposażone w oparcia. Głębokość siedziska jest zbyt mała (wynosi ok. 40 cm). Ławki są skonstruowane względem ciągu pieszego. W ich sąsiedztwie nie przewidziano miejsca na odłożenie sprzętu rehabilitacyjnego. Istnieje możliwość podjechania wózkiem obok ławki, jednak może to spowodować czasowe zawężenie szerokości ciągu pieszego.

Bezpośrednio przy ul. Mickiewicza zlokalizowano miejsca postojowe równoległe. Są one oznaczone znakiem poziomym oraz wyszczególnione za pomocą kontrastowego koloru kostki chodnikowej lub białej farby. Miejsca nie zawężają szerokości ciągu.

Trasa zlokalizowana przy ulicy Mickiewicza, zapewnia dojście zarówno do wejścia głównego, jak również do wejść do obiektów POZ, a także zlokalizowanej w obiekcie kawiarni. Ścieżka daje także możliwość skierowania się w stronę parkingu A, z którego zapewnione jest dojście do wejść ewakuacyjnych, ulokowanych na wschodniej elewacji budynku (między częściami „A” i „D”).

W miejscu zejścia do wejścia głównego ścieżka jest poszerzona i posiada nieznaczne nachylenie. Kostka chodnikowa została kontrastowo oznaczona kolorem żółtym. Na bocznych częściach ścieżki przedwejściowej zlokalizowano trzy ławki – dwie po lewej, jedną po prawej stronie od wejścia głównego oraz donicę na kwiaty. Ławki są wyposażone w oparcia. Głębokość siedziska jest zbyt mała (wynosi ok. 40 cm). Ławki są skonstruowane względem ścieżki. W ich sąsiedztwie nie przewidziano miejsca na odłożenie sprzętu rehabilitacyjnego. Istnieje możliwość podjechania wózkiem obok ławki z prawej strony od wejścia głównego.



Zdjęcie 9 - Dojście do przychodni POZ

Zdjęcie 10 - Dojście do przychodni POZ z głównego ciągu komunikacyjnego

Zejscie ze sciezki do obiektów POZ jest wyznaczone za pomocą innego typu kostki chodnikowej (Zdjęcie 10). Szerokość ścieżek spełnia minimalne wymagania, jednak, aby zapewnić wygodne mijanie się na trasie zaleca się poszerzenie ścieżek do 180 cm (Zdjęcie 9). Nawierzchnia jest równa, antypoślizgowa i nie posiada ubytków. Na trasie nie ma przeszkód. Skrajnia jest zawężona poprzez znajdującą się wzdłuż ciągu nieuporządkowaną zielen, wchodzącą w światło chodnika. Brak krawężników w miejscu połączenia trasy ze ścieżką wzdłuż ulicy Mickiewicza. Dojście do wejść do obiektów POZ nie jest odpowiednio oświetlone, w związku z czym mogą występować zacienienia oraz ograniczenie widoczności w porach wieczornych. Na trasie dojścia nie zlokalizowano elementów małej architektury ani miejsc odpoczynku, jednak bliskie sąsiedztwo z ulicą Mickiewicza umożliwia skorzystanie z miejsc odpoczynku na niej zlokalizowanych.



Zdjęcie 11 - Dojście do kawiarni



Zdjęcie 12 - Dojście do kawiarni

Dojście do kawiarni odbywa się z ulicy Mickiewicza (podobnie jak wyżej wymienione – wejście główne oraz wejścia do POZ). Chodnik prowadzący do kawiarni wykonano z innego typu kostki chodnikowej. Szerokość ścieżki spełnia minimalne wymagania, jednak, aby zapewnić wygodne mijanie się na trasie zaleca się jej poszerzenie do 180 cm. Nawierzchnia jest równa, antypoślizgowa i nie posiada ubytków. Ścieżka jest zawężona przez znajdującą się na trasie zielen, wchodzącą w światło przejścia oraz elementy małej architektury takie jak doniczki. Trasa dojścia nie posiada krawężników w miejscu połączenia ze ścieżką od strony ulicy Mickiewicza. Występuje nieznaczne nachylenie ok. 6°.



Zdjęcie 13 – Ciąg komunikacyjny prowadzący z parkingu A w stronę wejść ewakuacyjnych



Zdjęcie 14 – Furtka oraz krawężnik

Ciąg komunikacyjny prowadzący z parkingu A w stronę wejść ewakuacyjnych (zlokalizowanych we wschodniej części budynku) jest wydzielony od ścieżki przy ulicy Mickiewicza za pomocą szlabanu. Obok szlabanu przewidziano przejście dla osób pieszych. Zarówno przejście jak i chodnik posiadają odpowiednią szerokość (Zdjęcie 13). Chodnik w tej części trasy posiada nierówności. Bezpośrednio przed wyjściem ewakuacyjnym z klatki schodowej, znajduje się furtka zawężająca światło przejścia (Zdjęcie 14). Za furtką trasa do wejścia ma nachylenie (ok. $11,4^{\circ}$) oraz wysoki krawężnik (ok. 10 cm) (Zdjęcie 14). Dopuszczalne maksymalne nachylenie ciągów pieszych podłużne nie może przekroczyć 5%. Po zejściu z chodnika trasa jest równa i utwardzona, jednak w światło przejścia wchodzi zielen.

Znajdująca się na wschód od obiektu ulica Kopernika w dniu wizji lokalnej była niedostępna ze względu na trwającą przebudowę. Informacje pochodzące z map internetowych sugerują, że na wyżej wymienionej trasie znajduje się przystanek komunikacji miejskiej obsługujący obiekt, jednak nie można potwierdzić słuszności tej informacji.

Wszystkie z wymienionych ciągów pieszych nie posiadają oznakowania kierunkowego ani systemu identyfikacji wizualnej, pozwalających na szybsze odnalezienie drogi do poszczególnych wejść w budynku. Na połączeniu ulic Jana z Kolna z ulicą Mickiewicza znajduje się oznakowanie dróg oraz ich kierunku, jednak nie wskazuje ono kierunków poruszania się bezpośrednio do obiektu.

Rekomendacje:

Furtka prowadząca do parkingu B w dniu przeprowadzenia wizji lokalnej była wyłączona z użytkowania (zamknięta). Furtka stanowi jedyne wejście na teren parkingu. Zaleca się umożliwienie korzystania z furtki.

Strefa parkingu B nie jest odpowiednio oświetlona, występują miejsca zacienione. Zaleca się wyposażenie parkingu w dodatkowe oświetlenie, ze zwróceniem szczególnej uwagi na trasę dojścia do drzwi wejściowych.

Na terenie parkingu B, skrajnia trasy dojścia do budynku jest miejscowo zawężona przez wchodzącą w światło przejścia zieleń. 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. Dodatkowo w dniu wizji lokalnej na trasie zlokalizowano pachotek drogowy, umieszczony na ścieżce ze względu na trwający w obrębie obiektu remont. Po zakończeniu budowy rekomenduje się usunięcie pachotka.

Wejścia na chodniki prowadzące do drzwi wejściowych bloku B i C od strony parkingu B zastawione są przez miejsca postojowe dla samochodów osobowych. Zaleca się zmianę lokalizacji miejsc postojowych zlokalizowanych na trasie zejścia z chodnika. Dodatkowo pomiędzy poziomem chodnika, a parkingu występuje znaczna różnica - ok. 10cm. Dobrą praktyką jest eliminacja różnic wysokości pomiędzy brzegiem chodnika (krawężnikiem), a poziomem jezdni, przy czym maksymalna dopuszczalna różnica wysokości wynosi 2 cm.

Ciąg pieszy wzdłuż ul. Mickiewicza posiada nawierzchnię z płyt chodnikowych ułożonych w poziome pasy, które są ułożone w stronę przeciwną do kierunku ruchu. Dodatkowo na lewo od wejścia głównego fragment chodnika posiada wzór, mogący sugerować błędne nakierowanie. Zaleca się zgłoszenie zarządcy drogi konieczności wymiany fragmentów nawierzchni mogących utrudniać użytkowanie zwłaszcza osobom z niepełnosprawnością wzroku oraz wymianę fragmentu nawierzchni sugerującego zjazd.

Rekomenduje się niwelację różnic poziomów w obrębie studzienki telekomunikacyjnej zlokalizowanej na ciągu pieszym przy ul. Mickiewicza.

Miejsca odpoczynku nie występują na całej długości chodnika wzdłuż ul. Mickiewicza. Zaleca się wyposażenie dojścia w dodatkowe ławki. Ławki lokalizować w okolicy budynku. 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. Zaleca się umieszczenie miejsc odpoczynku na trasie dojścia do wejścia szpitala od strony przystanku (na wysokości apteki), od strony dojścia od strony dyskontu spożywczego (od strony izby przyjęć) oraz z tyłu budynku jako miejsca relaksu dla pacjentów i kuracjuszy.

Ścieżki prowadzące do drzwi wejściowych bloku mieszczącego POZ i kawiarni posiadają Szerokość, która spełnia minimalne wymagania, jednak, aby zapewnić wygodne mijanie się na trasie zaleca się poszerzenie ścieżek do 180 cm. Na trasie dojścia do kawiarni występują miejscowe zawężenia w postaci nieuporządkowanej zieleni i donic. Rekomenduje się zmianę lokalizacji donic oraz uporządkowanie istniejącej zieleni. Ciągi komunikacyjne muszą mieć szerokość nie mniejszą niż 180 cm na całej swojej długości. Ciągów nie mogą zawężać elementy małej architektury, takie jak stojaki na rowery, ławki, kosze na śmieci. Ciągi piesze muszą mieć skrajnię o szerokości minimum 30 cm (pustą przestrzeń wzdłuż chodnika).

Opcjonalnie należy rozważyć niwelację krawężnika zlokalizowanego przed wyjściem ewakuacyjnym z klatki schodowej.

Brak oznakowania kierunkowego ani systemu identyfikacji wizualnej. 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). System poziomych znaków informacyjno-rozpoznawczych 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 inżynieryjnych, np. schody terenowe. Na skrzyżowaniach zmian kierunku ruchu, należy za każdym razem stosować faktury uwagi.

4.1. Parking

Przy budynku wyznaczono dwa główne parkingi – parking A, przeznaczony dla pracowników obiektu oraz parking B – parking płatny dla odwiedzających. Ponadto przy głównych ciągach komunikacyjnych wyznaczono miejsca postojowe równoległe. Miejsca te są oznaczone za pomocą znaków pionowych oraz wyznaczone znakami poziomymi – białą farbą lub kontrastowym kolorem kostki chodnikowej. Miejsca nie posiadają oznaczeń sugerujących o ich przyporządkowaniu do obiektu.



Zdjęcie 15 - Parking A (szlaban)



Zdjęcie 16 - Parking A

Parking A jest zlokalizowany we wschodniej części obiektu, pomiędzy ulicami Mickiewicza i Kopernika. Parking oddzielony jest szlabanem (Zdjęcie 15). Oznaczony jako parking dla pracowników obiektu. Parking zapewnia 17 miejsc postojowych, w tym 2 miejsca dla karetek pogotowia. Nie wydzielono miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnościami (Zdjęcie 16). Brak miejsca dla osób z dziećmi.



Zdjęcie 17 - Parking B



Zdjęcie 18 - Parking B- miejsce dla osób z niepełnosprawnościami

Parking B znajduje się w okolicy wejścia do budynku w bloku „B” (Zdjęcie 17). Jest oddzielony szlabanem. Przed wjazdem na parking znajduje się oznaczenie informujące o tym, że jest płatny i przeznaczony dla pacjentów. Na parkingu wyznaczono 16 miejsc postojowych, w tym 1 miejsce dla osób z niepełnosprawnościami. Miejsce dla osób niepełnosprawnych znajduje się w bezpośredniej bliskości do wejścia do budynku i jest zlokalizowane skrajnie w stosunku do pozostałych miejsc postojowych (Zdjęcie 18). Parking znajduje się również w pobliżu wejścia ewakuacyjnego do POZ, jednak dostęp do niego jest niemożliwy (opisano w podrozdziale dotyczącym dojścia). Wymiary stanowiska wynoszą 3,10m x 4,80 m i są nieprawidłowe. Miejsce parkingowe dla osób z niepełnosprawnością posiada oznakowania pionowe w postaci tablicy D-18 i T-29. Oznakowanie poziome jest nieprawidłowe. Należy zastosować oznakowanie typu P-20. Ponadto oznakowanie poziome jest w złym stanie technicznym, farba niebieska i biała posiadają ubytki. Brak bezpośredniego połączenia między miejscem postojowym, a chodnikiem. Przylegająca do parkingu ścieżka pieszka nie jest dostępna dla osób z niepełnosprawnościami. Aby dostać się na ciąg pieszki, należy kierować się z części jezdnej parkingu w stronę obniżenia, prowadzącego na chodnik do wejścia. Brak miejsca dla osób z dziećmi.

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.

Na parkingu A nie wydzielono miejsca postojowego dla osób z niepełnosprawnościami. Zaleca się wyznaczyć miejsce parkingowe niekolidujące z drogą pożarową oraz dostępem do innych miejsc postojowych. Miejsce postojowe dla osób z niepełnosprawnością musi się znajdować możliwie najbliżej wejścia do placówki.

Istniejące miejsce postojowe dla osób z niepełnosprawnościami zlokalizowane na parkingu B posiada nieprawidłowe wymiary oraz oznakowanie poziome. Bezpośrednio z miejsca postojowego należy zapewnić wejście na chodnik o minimalnej szerokości 90 cm.

Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością muszą zapewniać minimalne wymiary 3,6m x 5m dla miejsca postojowego prostokątnego. Miejsca należy oznaczyć znakiem poziomym jak i pionowym. Znakowanie pionowe musi zawierać znak pionowy (D-18 „parking” lub D-18b „parking zadaszony”) oraz tabliczkę T-29.

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.

Miejsca te należy pomalować specjalną, trwałą, przeznaczoną do tego farbą drogową, mającą stosowne atesty. Należy dopilnować, aby w obrębie miejsca nie występowały takie elementy jak wpusty liniowe (rynienki) odprowadzające wodę czy wystające studzienki kanalizacyjne.

Rekomenduje się oznaczenie poziome lokalizacji parkingu i oznaczenie pionowe w formie znaku informującego o przeznaczeniu miejsca np. parking dla pacjentów szpitala. Dobrą 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.

Należy zadbać, aby zaaranżowana zieleń (krzewy, kwiaty, drzewa itd.) nie wchodziła w obszar parkingu w czasie każdej pory roku.

4.2. Komunikacja pionowa- schody zewnętrzne i schody terenowe

SCHODY ZEWNĘTRZNE

Do wejścia prowadzącego do segmentu „A”, zlokalizowanego od strony północnej, prowadzą dwa ciągi schodów zewnętrznych, jednobiegowych. Schody zorganizowane są z dwóch stron ryzalitu, fragmentu elewacji wystającego poza lico bryły budynku ([Zdjęcie 20](#)). Schody prowadzą do wspólnego wiatrołapu. Ze względu na trwający remont, wejścia do budynku były wyłączone z użytkowania.

Schody posiadają szerokość biegu przekraczającą ok. 2 m. Spoczniki o szerokości 150 cm i głębokości 140cm, co nie spełnia parametrów użytkowych. Dodatkowo spoczniki znajdują się w strefie otwierania drzwi. Schody zadaszone. Zadaszenie znajduje się na prawidłowej wysokości, powyżej 240 cm od posadzki.

Schody posiadają poręcz jednostronną. Wysokość pochwyty ok. 120 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 dłońmi, nie występują ostre elementy. Poręcze nie są wywinięte oraz wysunięte na końcu i na początku biegu, co nie spełnia parametrów użytkowych ([Zdjęcie 20](#)). Chromowane poręcze, zamontowane na tle jasnej elewacji nie zapewniają odpowiedniego kontrastu kolorystycznego. Pochwyt o przekroju koła.



Zdjęcie 19 - Schody zewnętrzne



Zdjęcie 20 - Schody zewnętrzne

Stopnie mają wysokość ok. 15 cm, przy czym stopnie biegu znajdującego się po stronie zachodniej ryzalitu osiadają różną wysokość (pierwszy stopień o wysokości 7,5 cm). Głębokość stopni wynosi ok. 30 cm. Liczba stopni w biegów wynosi 9 w biegu wschodnim i 13 w biegu zachodnim. Stopnie wykończone płytkami gresowymi. Nawierzchnia stopni jest równa i antypoślizgowa. Stopnie posiadają noski, co utrudnia korzystanie ze schodów, zwłaszcza osobom z niepełnosprawnościami narządu ruchu. Stopnie nie są odpowiednio skonstrastowane. Górny stopień oznaczony czarno-żółtą taśmą, wyłącznie na płaszczyźnie pionowej (Zdjęcie 19). Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim stopniem. Oświetlenie schodów jest równomierne, nie występują miejsca zacienione. Nie występują punkty świetlne w posadzce.

SCHODY ZEWNĘTRZNE EWAKUACYJNE

Schody zewnętrzne ewakuacyjne znajdują się przy zachodniej elewacji segmentu „B”, w bezpośrednim sąsiedztwie parkingu „B” (Zdjęcie 21).

Schody posiadają szerokość biegu 140 cm. Spocznik znajdujący się przy drzwiach wejściowych o szerokości ok. 150 cm. Spoczniki znajdują się w strefie otwierania drzwi. Spoczniki między-kondygnacyjne o szerokości 100 cm. Schody posiadają poręcz obustronną. Wysokość pochwyty wynosi 117 cm. Odległość pomiędzy pochwytem, a ścianą posiada miejscowe zawężenia do ok. 1 cm. Pochwyt o przekroju prostokąta (listwa) (Zdjęcie 22). Pochwyty umożliwiają swobodne poruszanie dłonią, nie występują ostre elementy. Prześwit pomiędzy elementami poręczy wynosi ok. 10 cm. Poręcze są

równoległe do płaszczyzny ruchu oraz spoczników. Poręcze nie są wysunięte na końcu i na początku biegu, co nie spełnia parametrów użytkowych. Poręcze są skonstruowane względem biegu schodów.

Stopnie mają wysokość 15 cm. Głębokość stopni wynosi 29 cm. Liczba stopni w pierwszym biegu wynosi 7, kolejne posiadają 11 stopni. Nawierzchnia stopni jest równa i antypoślizgowa. Stopnie nie są skonstruowane, 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 posiadają zadaszenie. Brak informacji o numerach poszczególnych kondygnacji.



Zdjęcie 21 - Klatka zewnętrzna ewakuacyjna



Zdjęcie 22 - Klatka zewnętrzna ewakuacyjna

Rekomendacje:

Wszystkie stopnie muszą mieć taką samą wysokość. Głębokość każdego stopnia musi być taka sama. Parametry stopnia powinny być sumą dwóch wysokości i jego szerokości oraz mieścić się w przedziale 60-65 cm. Zgodnie ze standardem dostępności szpitali zaleca się, aby minimalna szerokość spoczników wynosi 150 cm. Stopnie schodów 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 skontrastowane 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 skontrastowane 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 koputki lub stożki. Przed dolnym stopniem należy ułożyć fakturę uwagi o szerokości max. 120 cm.

Zarówno schody zewnętrzne znajdujące się od strony północnej, jak i schody ewakuacyjne posiadają poręcz jednostronną z pochwytom umieszczonym na jednej wysokości. Pochwyty zamontowane na nieodpowiedniej wysokości. 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 użytkownika oraz dodatkowo na wysokości 90 cm dla wygody użytkownika). W przypadku, gdzie pochwyt 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 pochwyt na wysokości 50 cm. Należy go zamontować po obu stronach schodów, aby ułatwić korzystanie ze schodów osobom niskorosłym oraz dzieciom. Poręcze przy schodach powinny być oddalone od ścian, do których są mocowane, co najmniej o 5 cm. Poręcze nie zostały wywinięte i wysunięte poza bieg. Poręcze powinny być wysunięte poziomo przed pierwszym i ostatnim stopniem o 30 cm, oraz być zamontowane równoległe do biegu schodów. Poręcze schodów prowadzących do segmentu „A” nie zapewniają odpowiedniego kontrastu kolorystycznego względem otoczenia. Pochwyty muszą mieć kolor skontrastowany względem otoczenia.

SANATORIUM UZDROWISKOWE GREEN GARDEN:

5. Sanatorium- strefa wejściowa

5.1. Wejście do budynku

Do placówki prowadzą dwa wejścia, z czego jedno jest wejściem głównym i prowadzi do holu wejściowego z rejestracją. Natomiast drugie wejście jest wejściem tylnym zlokalizowanym od strony parkingu. Dla kuracjuszy oraz osób z zewnątrz dostępne jest także wejście do kawiarni, która mieści się w obrębie sanatorium. Z czego do kawiarni można się dostać również od wewnątrz. Wszystkie wejście są zlokalizowane na poziomie przylegającego terenu. Ze względu na ujednolicony poziom terenu, nie ma konieczności zapewnienia schodów zewnętrznych czy pochylni.



Zdjęcie 23 - Wejście główne do sanatorium



Zdjęcie 24 - Strefa przedwejściowa wejścia głównego

Główna strefa przedwejściowa do placówki obejmuje utwardzoną (z płyt chodnikowych) płaszczyznę w okolicy wejścia głównego do budynku ([Zdjęcie 23](#)). Zapewniona została przestrzeń manewrowa, odpowiednia dla wszystkich użytkowników. Nawierzchnia jest równa, brak ubytków, zagłębień czy wypukłości. Posadzka jest antypoślizgowa ([Zdjęcie 24](#)). Nachylenie podłużne nawierzchni strefy wejściowej wynosi od 2% do 9% (od strony chodnika). Wejście jest dobrze widoczne i łatwe do zlokalizowania. Strefa wejściowa do budynku znacząco odróżnia się kolorystycznie od otoczenia poprzez konstrukcję ciemnego zadaszenia kontrastującego z jasnym kolorem elewacji. Wejście wyróżnia się także poprzez formę architektoniczną zadaszenia, które znacząco wychodzi poza lico głównej bryły budynku. Nad wejściem widnieje napis „Sanatorium Green Garden/Zielony Ogród”. Zastosowano czcionkę o odpowiednim kroju oraz kontraście względem tła oraz o odpowiedniej wielkości.

Nazwa sanatorium jest widoczna z daleka. Brak przeszkód czy barier w obrębie wejścia. Strefa wejściowa jest zadaszona. Zadaszenie posiada odpowiednie wymiary oraz znajduje się na prawidłowej wysokości. W strefie wejścia umieszczono ławki z oparciem oraz podłokietnikami, które nie zawężają dojścia. Przed drzwiami wejściowymi znajduje się systemowa wycieraczka wpuszczana w posadzkę. Wycieraczka jest zlicowana z poziomem nawierzchni. Przy wejściu głównym nie zastosowano faktur ostrzegawczych ani naprowadzających. Obszar zielony nie wchodzi w światło komunikacji strefy wejściowej oraz nie ogranicza przestrzeni manewrowej. Nawierzchnia trawnika została widocznie oddzielona.



Zdjęcie 25 - Wejście od strony parkingu



Zdjęcie 26 - Zadaszenie wejścia od strony parkingu

Wejście od strony parkingu ([Zdjęcie 25](#)) jest dobrze widoczne, elewacja strefy wejścia została wyróżniona kolorystycznie. Strefa wejścia obejmuje zadaszoną przestrzeń przed drzwiami wejściowymi. Nawierzchnia strefy wejścia jest utwardzona, brak ubytków, zagłębień czy wypukłości. Posadzka z płyt jest równa oraz antypoślizgowa. Zadaszenie posiada odpowiednie wymiary, ale częściowo znajduje się na zbyt niskiej wysokości (poniżej 240 cm) ([Zdjęcie 26](#)). Zapewniono przestrzeń manewrową o minimalnych wymiarach 150 x 150 cm, jednak w jej zakres wchodzi kratka odpływu. Przed drzwiami zastosowano wpuszczaną w posadzkę wycieraczkę. Wycieraczka jest zlicowana z poziomem nawierzchni. W strefie wejścia mieści się ławka bez oparcia oraz podłokietników.



Zdjęcie 27 - Zewnętrzne wejście do kawiarni



Zdjęcie 28 - Zewnętrzne wejście do kawiarni

Wejście od strony kawiarni jest skonstrastowane kolorystycznie za pomocą ciemnej stolarki drzwiowej (Zdjęcie 27). Strefa wejściowa jest utwardzona (z kostki chodnikowych), brak ubytków, zagłębień czy wypukłości. Nawierzchnia jest równa oraz antypoślizgowa. Nad wejściem brak zadaszenia. Zapewniono przestrzeń manewrową o minimalnych wymiarach 150x150 cm, jednak w jej zakres wchodzi kratka odpływu (Zdjęcie 28). Dojście oraz częściowo strefa przedwejściowa posiada nachylenie około 11%. W strefie wejścia znajduje się niezamontowana na stałe gumowa wycieraczka z oczkami, która może stanowić barierę w poruszaniu się (Zdjęcie 28).

Rekomendacje:

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

W dniu wizji lokalnej przy wejściu od strony parkingu w świetle wejścia znajdował się spory kamień, który służył jako blokada dla drzwi wejściowych. Ze względów bezpieczeństwa należy usunąć kamień. W celu blokady drzwi zaleca się zastosowanie magnetycznej blokady drzwi.

Wejście od strony kawiarni należy wyposażyć w zadaszenie. 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. Minimalna wysokość montażu zadaszenia wynosi 240 cm. Zaleca się zastosowanie systemowej wycieraczki

wpuszczanej w posadzkę, zlicowanej z poziomem nawierzchni. Należy dbać, aby zaaranżowana zielen z uwagi na bliskość ciągów pieszych nie wchodziła w obszar komunikacji strefy dojścia w czasie każdej pory roku.

Zaleca się zastosowanie faktur naprowadzających oraz ostrzegawczych w strefie wejścia głównego.

5.2.Drzwi wejściowe oraz wiatrołap

DRZWI WEJŚCIOWE- WEJŚCIE GŁÓWNE I WEJŚCIE DO KAWIARNI



Zdjęcie 29 - Główny drzwi wejściowe



Zdjęcie 30 - Drzwi wejściowe do kawiarni

Wejście główne oraz drzwi do kawiarni posiadają skrzydła drzwiowe tego samego rodzaju. Drzwi wejściowe mieszczą się nad wprost dojścia. Drzwi wyróżniają się kolorystycznie na tle elewacji ([Zdjęcie 29](#) i [Zdjęcie 30](#)). Zastosowano drzwi dwuskrzydłowe, otwierane ręcznie. Drzwi mają odpowiednią szerokość- minimum 90 cm w świetle przejścia. Drzwi są w całości przeszklone, nie zastosowano pasów w kontrastowym kolorze, co może stanowić utrudnienie dla osób niedowidzących. Przy wejściu głównym przeszklone są także panele mieszczące się obok. Klamki zamontowane są na odpowiedniej wysokości. Drzwi wyposażone są w wygodną w pochwycie klamkę w kształcie litery „C” o zaoblonych krawędziach, skonstrastowaną kolorystycznie względem ramy skrzydła drzwiowego. Przestrzeń manewrowa od strony klamki zapewnia optymalny podjazd osobie poruszającej się na wózku i wynosi 90x90 cm. W drzwiach występuje nieoznaczony próg systemowy o wysokości poniżej 2 cm.

Przy wejściu głównym przestrzeń manewrowa od strony zewnętrznej i wewnętrznej (od strony wiatrołapu) jest prawidłowych wymiarów pozwalających na zmianę kierunku ruchu. W kawiarni od strony wewnętrznej nie zapewniono odpowiedniej przestrzeni manewrowej. Kawiarnia jest dostępna także od środka budynku, tak że osoby poruszające się na wózku mają możliwość skorzystać z wejścia głównego, które jest w pełni dostosowane pod względem obszernej przestrzeni manewrowej wewnętrznej oraz zewnętrznej. Po przekroczeniu głównych drzwi wejściowych mieści się otwarta strefa wejściowa wewnętrzna z rejestracją oraz miejscem oczekiwania.

DRZWI WEJŚCIOWE OD STRONY PARKINGU



Zdjęcie 31 - Drzwi wejściowe od strony parkingu



Zdjęcie 32 - Drzwi wejściowe od strony parkingu

Od strony parkingu zastosowano drzwi wejściowe o podobnych parametrach użytkowych co drzwi przy głównym wejściu oraz do kawiarni. Główną różnicą jest to, że nie posiadają przeszkleń ([Zdjęcie 31](#)), tylko panel stały oraz nie wyróżniają się kolorystycznie na tle elewacji ([Zdjęcie 32](#)). Zastosowana klamka spełnia te same parametry użytkowe. Od strony klamki przestrzeń manewrowa zapewnia podjazd osobie poruszającej się na wózku i wynosi 90 x 90 cm. Zachowano także prawidłowych wymiarów przestrzeń manewrową od strony zewnętrznej oraz wewnętrznej.

Rekomendacje:

W celu łatwej identyfikacji dla osób słabowidzących kolorystyka drzwi zewnętrznych musi być kontrastująca względem płaszczyzny elewacji (ściany) budynku ($LRV > 30$). Dla drzwi wejściowych od strony parkingu zaleca się zastosować kontrastujące taśmy wokół ramy drzwi.

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.

Progi w drzwiach należy kontaktowo oznaczyć. Skrzydło drzwiowe musi być łatwe do otwarcia bez użycia siły większej niż 25N.

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/pochwytu) na wysokości od 80 cm do 110 cm. Minimalna średnica przycisku musi wynosić 2 cm. Innym rozwiązaniem ułatwiającym otwarcie drzwi zewnętrznych jest system otwierający przy pomocy czujnika ruchu.

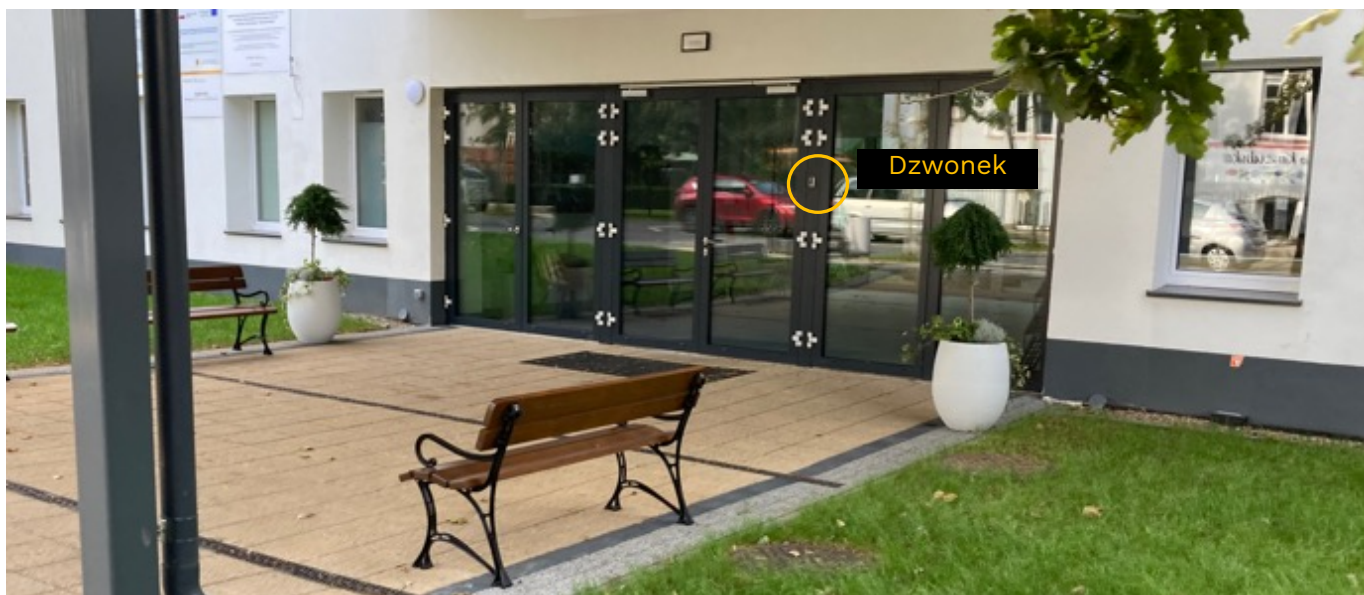
5.3.Oświetlenie strefy wejścia

W strefach wejścia zastosowano oprawy oświetlenia głównego, rozproszonego.

Rekomendacje:

Brak.

5.4. Przywoływanie pomocy



Zdjęcie 33 - Dzwonek przy głównych drzwiach wejściowych

Przy wejściu głównym do sanatorium znajduje się dzwonek ([Zdjęcie 33](#)). Dzwonek nie został umieszczony po stronie otwierania drzwi, jest niekontrastowy względem tła oraz zamontowany za wysoko. Brak oznaczeń wypukłych. Przy innych wejściach brak urządzeń systemu przywoławczego.

Rekomendacje:

Dzwonek powinien być umieszczony po stronie otwierania drzwi (klamki/pochwyty) na wysokości 80-110 cm. Przycisk powinien być opisany w alfabecie Braille'a oraz skontrastowany kolorystycznie względem tła oraz charakteryzować się niewielką siłą nacisku przycisku. Minimalna średnica przycisku 2 cm. Nie należy stosować przycisków sensorycznych.

6. Sanatorium- rejestracja i poczekalnia

6.1. Punkt rejestracji

W sanatorium punkt obsługi kuracjuszy/recepcja znajduje się bezpośrednio przy wejściu głównym. Dojście do recepcji pozbawione jest przeszkód. Nie zaobserwowano zmian poziomów posadzki. Nie zastosowano naprowadzających ścieżek fakturowych.



Zdjęcie 34 - Recepja



Zdjęcie 35 - Przestrzeń manewrowa przed recepcją

Lokalizacja rejestracji nie stanowi bariery przestrzennej, nie zawęży drogi ewakuacyjnej i jest zlokalizowana w linii ściany. Pomieszczenie recepcji stanowi niezależne pomieszczenie połączone z portiernią. Recepja jest zabudowana oraz ograniczona przez przeszkloną partycję ([Zdjęcie 34](#)). Strefa kolejki pozostaje wolna od ruchomych elementów mogących stanowić barierę przestrzenną, wyjątek stanowi stojak na ulotki zlokalizowany w najbliższym sąsiedztwie recepcji.

Recepja nie wyróżnia się kolorystycznie. Nie zapewniono co najmniej jednego dostępnego stanowiska dla osób z niepełnosprawnościami- poruszających się na wózku. Lada nie została umieszczona na dwóch wysokościach, obsługa klienta odbywa się na wysokości około 97 cm. Nie zapewniono osobie poruszającej się na wózku możliwości podjechania wózkiem- brak obniżonej części blatu, brak wysunięcia blatu (podcięcia na nogi). Zapewniono optymalną przestrzeń manewrową, minimum 1,5m x 1,5m ([Zdjęcie 35](#)).

Na ladzie recepcja brak wolnej przestrzeni na wypełnienie dokumentów. Lada jest znacząco ograniczona przez przeszklone partycje. Przeszklenia oddzielają kuracjuszy od pracowników recepcji. Recepja nie jest wyposażona 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.

Punkt obsługi kuracjuszy nie został wyposażony 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.

W pobliżu recepcji znajduje się pomieszczenie higieniczno-sanitarne przeznaczone dla kuracjuszy oraz osób odwiedzających.

Rekomendacje:

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

Punkt recepcji 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. 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.

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

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

Przy punktach obsługi kuracjuszy 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 skonstruowane kolorystycznie względem tła. Minimalna średnica przycisku 2 cm. Nie należy stosować przycisków sensorycznych.

6.2.Oświetlenie punktu rejestracji i strefy poczekalni

W strefie poczekalni i recepcji zastosowano oprawy świetlne zapewniające równomierne oświetlenie przestrzeni. Zapewniono oprawy oświetleniowe pełniących funkcję światła ogólnego. Brak wyposażenia w uzupełniające oświetlenie punktowe przy punkcie obsługi kuracjuszy. W dniu wizji lokalnej oświetlenie było wyłączone. Hol wejściowy wraz ze strefą oczekiwania jest doświetlony światłem dziennym.

Rekomendacje:

Oświetlenie w recepcji powinno być umiejscowione tak, aby nie powodować odbicia światła w lądzie ani olśnienia. Należy zaopatrzyć strefę recepcji 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)



Zdjęcie 36 - Strefa oczekiwania



Zdjęcie 37 - Siedziska w strefie oczekiwania

Przy wejściu głównym do budynku mieści się strefa oczekiwania zlokalizowana w bezpośredniej bliskości punktu recepcji. Strefa pozostaje wolna od przeszkód. Zapewniono przestrzeń manewrową pozwalającą na zmianę kierunku osobie poruszającej się na wózku (Zdjęcie 36). Miejsca siedzące zlokalizowane są wzdłuż ścian (Zdjęcie 37). Strefę oczekiwania wyposażono w zestaw krzeseł oraz siedziska dwuosobowe. Szerokość i głębokość siedzisk są odpowiednie. Siedziska znajdują się na odpowiedniej wysokości. Wyposażone są w oparcia oraz podłokietniki. Przed siedziskami zapewniono przestrzeń na nogi. Bezpośrednio przy rzędzie krzeseł przewidziano przestrzeni postoju na wózek.

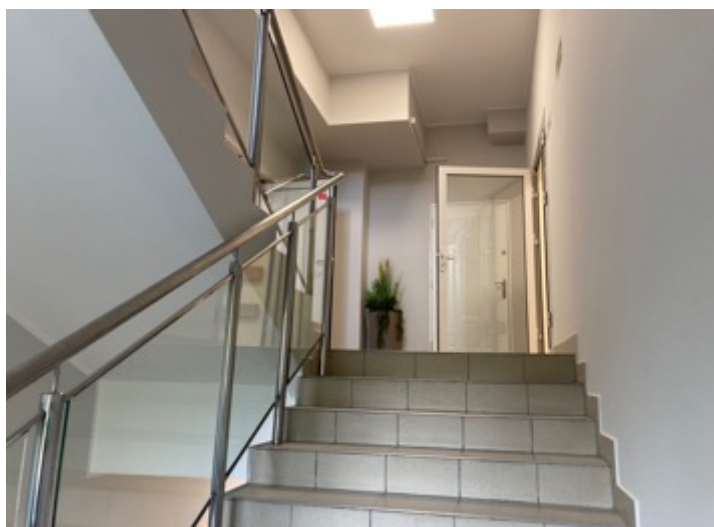
Rekomendacje:

Zaleca się zaopatrzenie strefy oczekiwania w wieszak na odzież wierzchnią. Lokalizacja wieszaka nie może nachodzić na światło ciągów komunikacyjnych. Wieszak powinien być dostępny również dla osób poruszających się na wózku.

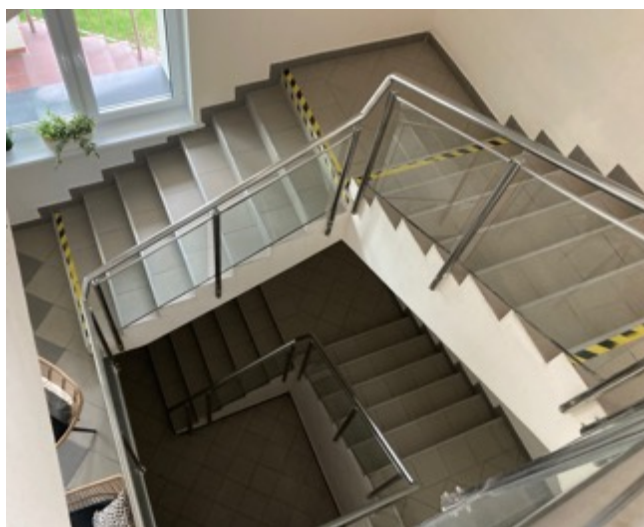
7. Sanatorium- komunikacja pionowa i pozioma w budynku

7.1. Komunikacja pionowa- schody wewnętrzne

Komunikacja pionowa wewnątrz budynku w większości przypadków została rozwiązana w postaci schodów dwubiegowych powrotnych ze spocznikiem (Zdjęcie 38). W jednej klatce zastosowano schody trójbiegowe (Zdjęcie 39). W budynku zlokalizowano 4 klatki schodowe.

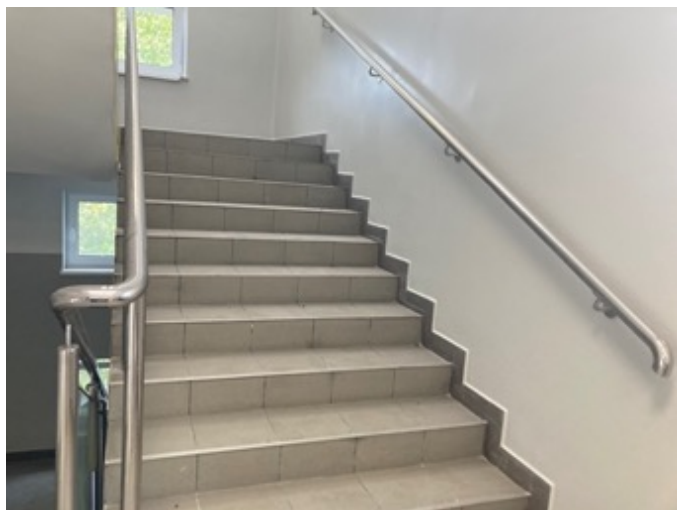


Zdjęcie 38 - Schody dwubiegowe



Zdjęcie 39 - Schody trójbiegowe

Schody wewnętrzne monolityczne, pełne posiadają równą i antypoślizgową nawierzchnię. Szerokość biegu wynosi ok. 135 cm. Szerokość biegu schodów w niewielkim stopniu różni się pomiędzy sobą w zależności od kondygnacji. Jedna z klatek zapewnia szerokość biegu 141 cm, co spełnia parametry użytkowe. 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 nie spełnia wymaganej szerokości. Wyłącznie szerokość spoczników w jednej z klatek ewakuacyjnych wynosi ok. 140 cm. W pozostałych klatkach co druga kondygnacja posiada spocznik o szerokości 142 cm. Liczba stopni schodów dwubiegowych jest nierówna. W zależności od kondygnacji występuje 7, 10 lub 11 stopni. Dla schodów trójbiegowych liczba stopni wynosi 7 i dwa razy po 8 (dla biegu pomiędzy jedną kondygnacją).



Zdjęcie 40 - Poręcz obustronna



Zdjęcie 41 - Oznaczenia stopni

W dwóch klatkach schody posiadają pochwyt obustronny, w dwóch jednostronny. Pochwyty na wysokości ok. 110cm. Schody posiadają balustradę od strony przestrzeni otwartej. Balustrada w dużym stopniu przeszklona. W przypadku klatek schodowych z poręczami obustronnymi, oprócz balustrady zamontowano pojedynczy pochwyt na ścianie ([Zdjęcie 40](#)). Pochwyty o przekroju koła. Pochwyty nie są wysunięte na początku i na końcu biegu schodów. Na całej długości pochwytu nie występują ostre elementy, utrudniające użytkowanie. Pochwyty są równoległe do płaszczyzny ruchu i spoczników. Odległość krawędzi pochwytu od ściany jest mniejsza niż 5cm. Pochwyty o przekroju poprzecznym w kształcie koła i średnicy 5,5 cm. Chromowane poręcze, zamontowane na tle jasnej ściany nie zapewniają odpowiedniego kontrastu kolorystycznego.

W większości klatek schodowych krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia nie są oznaczone, nie występują pasy kontrastujące na pierwszym i ostatnim stopniu. Oznaczenia zastosowane wyłącznie w klatce ze schodami trójbiegowymi ([Zdjęcie 41](#)). Nie występują faktury ostrzegawcze przed pierwszym i ostatnim stopniem. Brak tabliczek informujących o numerach poszczególnych kondygnacji.

Schody równomiernie oświetlone, nie występują miejsca zacienione.

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

Rekomendacje:

Zgodnie ze standardem dostępności szpitali zaleca się, aby minimalna szerokość biegu schodów wynosiła 140 cm. Rekomenduje się, aby minimalna szerokość spoczników wynosi 150 cm.

We wszystkich klatkach schodowych należy zamontować pochwyt obustronnie. Wszystkie pochwyt 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. Dobrą 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. Pochwyty muszą mieć kolor skontrastowany względem otoczenia.

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.

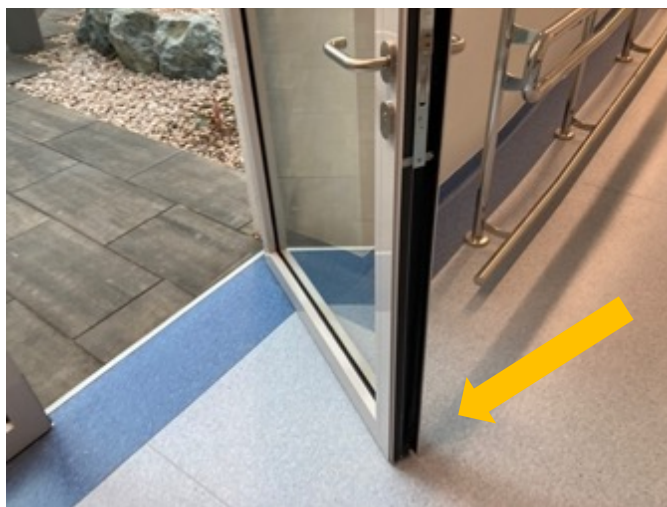
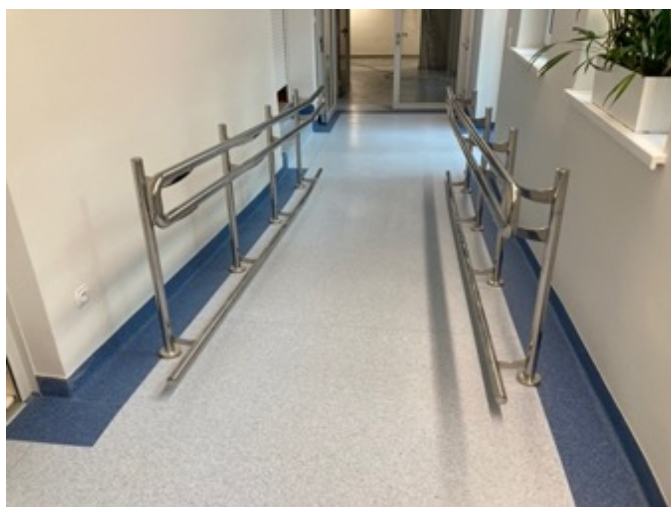
Należy skontrastować krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia każdego biegu schodów na krawędzi poziomej i krawędzi pionowej pasem o szerokości 5 cm, skontrastowanym kolorystycznie względem powierzchni stopni i różniącym się od faktury powierzchni.

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).

Dodatkowo zaleca się uzupełnienie informacji o numerach kondygnacji.

7.2. Komunikacja pionowa- pochylnia wewnętrzna

POCHYLNIA WEWNĘTRZNA



Zdjęcie 42 - Pochylnia wewnętrzna

Zdjęcie 43 - Zakres otwarcia skrzydła drzwiowego nachodzi na przestrzeń manewrową przed pochylnią

Pochylnia wewnętrzna o nachyleniu ok. 9%. Szerokość biegu wynosi 207 cm. Pochylnia zajmuje całą szerokość korytarza ([Zdjęcie 42](#)). Po obu stronach pochylni ściana. Pochylnia nie jest skonstrastowana kolorystycznie względem korytarza. Przed pochylnią zapewniono odpowiednią powierzchnię manewrową 150 cm x 150 cm. Drzwi prowadzące na patio nieznacznie wchodzi w przestrzeń manewrową ([Zdjęcie 43](#)). Długość jednego biegu pochylni nie przekracza 9m. Nawierzchnia pochylni jest równa, antypoślizgowa.

Pochylnia posiada obustronną poręcz. Pochwyty zlokalizowane na dwóch wysokościach 75 cm i 90 cm. Pochwyty 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.

Rekomendacje:

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.

Należy zapewnić kontrast kolorystyczny pochylni względem otoczenia. Pochwyty muszą mieć kolor skontrastowany względem otoczenia.

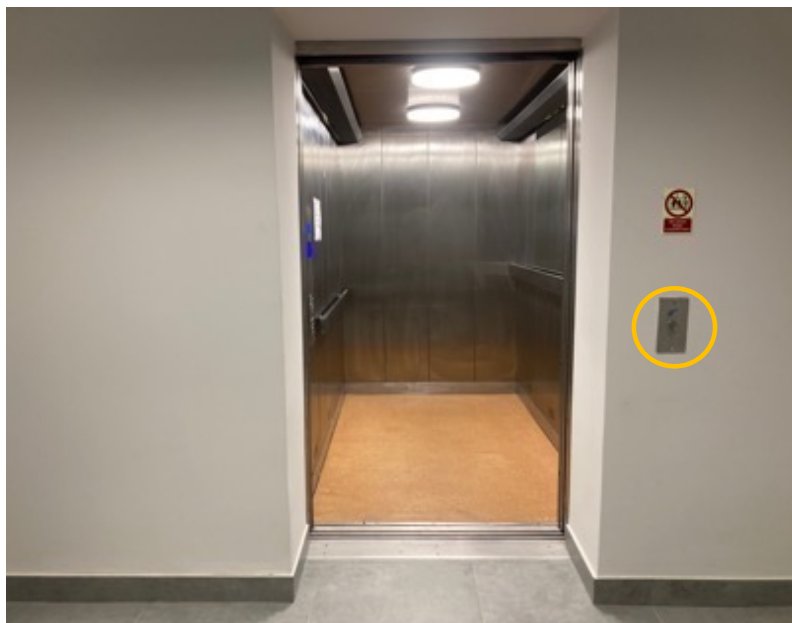
Przy pochylni nie zastosowano faktur ostrzegawczych. W odległości 50 cm przed początkiem i końcem pochylni należy zastosować fakturę ostrzegawczą o szerokości minimum 40 cm i maksimum 60 cm (na całej szerokości pochylni).

7.3.Komunikacja pionowa- windy

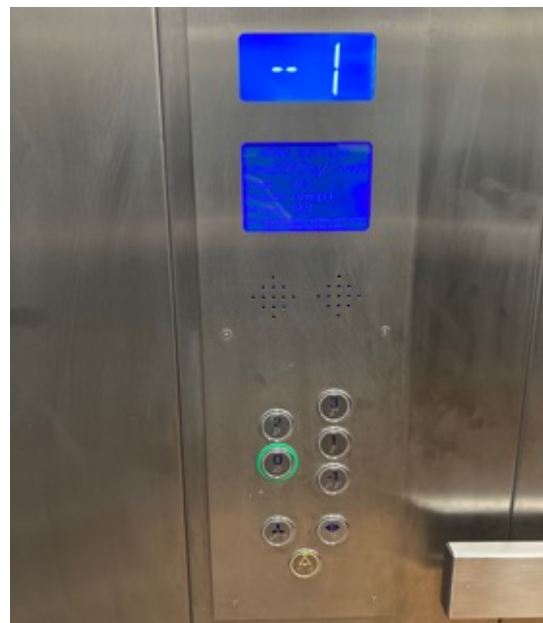
W placówce znajdują się dwie windy. Jedna z wind zlokalizowana jest w segmencie „B” i jedna w segmencie „D”. Winda znajdująca się w bloku „B” mieści się w bliskim sąsiedztwie wejścia do budynku od strony parkingu B. Z uwagi na układ budynku segmenty posiadają różną ilość kondygnacji. Windy zapewniają 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. Na większości kondygnacji strefa windy jest dobrze oświetlona. Z uwagi na remont pierwszej kondygnacji, w bloku „B”, nie zapewniono odpowiedniego oświetlenia strefy. Brak informacji o numerze kondygnacji zlokalizowanego w strefie wind.



Zdjęcie 44 - Panel przywoławczy zewnętrzny



Zdjęcie 45 - Panel sterujący

Aby skorzystać z windy należy użyć przycisku przywołującego dźwig ([Zdjęcie 44](#)). Windy zlokalizowane w oddzielnych blokach, posiadają niezależne panele. Zewnętrzny panel przywołujący znajduje się na nieodpowiedniej wysokości 110 cm. Panel nie odznacza się barwą na tle ściany, co nie spełnia parametrów użytkowych. Przyciski posiadają wypukłe symbole, jednak nie są oznaczone w języku Braille'a. Przyciski są wyposażone w sygnalizację świetlną, która aktywuje się po naciśnięciu. Nie zastosowano fakturowego systemu naprowadzającego do panelu zewnętrznego windy.



Zdjęcie 46 - Drzwi przed wejściem do kabiny windy



Zdjęcie 47 - Pochwyty w windzie

Drzwi windy są rozwierane, automatyczne. Bezpośrednio przed drzwiami do kabiny zamontowano drzwi rozwierane ([Zdjęcie 46](#)). W dniu przeprowadzania wizji

lokalnej drzwi były otwarte. Drzwi windy w kolorze srebrnym. Nie wyróżniają się barwą na tle ściany. 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 140cm x 253 cm, co spełnia wymogi dotyczące dostosowanych dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Z dwóch stron kabiny zamontowano pochwyt (po prawej, lewej stronie) ([Zdjęcie 47](#)). Poręcze znajdują się na odpowiedniej wysokości 90cm (z lewej strony) oraz 100cm (z prawej strony). Odległość pochwyty od ściany wynosi ok. 5cm. Z prawej strony w stosunku do wejścia do windy znajduje się lustro. Lustro zamontowane jest na nieodpowiedniej wysokości 100 cm od posadzki. We wnętrzu windy znajduje się panel sterujący ([Zdjęcie 45](#)). Panel sterowania jest wizualny, nieudźwiękowiony. Panel znajduje się w odległości ok. 50cm od naroża kabiny. Przyciski na panelu znajdują się na wysokości od 80 cm do 100 cm. Przyciski na panelu sterującym rozmieszczone w odpowiedni sposób. Przyciski są prawidłowe. Brak sygnalizacji alarmowej umożliwiającej połączenie wideo. Brak składanego siedziska. Kabina posiada antypoślizgową nawierzchnię oraz jest dobrze oświetlona.

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

Rekomendacje:

Przy windach brak informacji o numerze kondygnacji. 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.

W celu zwiększenia funkcjonalności istniejących wind zaleca się dostosowanie zewnętrznego panelu przywołującego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Panel przywołujący zewnętrzny należy oznaczyć w alfabecie Braille'a. Panele zewnętrzne należy skonstrastować kolorystycznie względem otoczenia. Dobrą praktyką jest zastosowanie systemu fakturowego prowadzącego do panelu zewnętrznego windy.

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 .

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.

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

7.4. Komunikacja pozioma

Sanatorium posiada czytelny układ poziomych dróg komunikacyjnych. System odnajdywania drogi może być skomplikowany dla użytkowników odwiedzających sanatorium w związku z czym kuracjusze otrzymują mapki z układem obiektu. Układ pomieszczeń na poszczególnych kondygnacjach jest czytelny. Zachowano ciągłość układów komunikacyjnych. Brak jednoznacznej informacji, gdzie kończy się w budynku część sanatoryjna, a zaczyna inna funkcja.



Zdjęcie 48 - Lokalne obniżenie sufitu



Zdjęcie 49 - Informacja kierunkowa

Szerokość korytarzy wynosi ok. 200 cm. Na trasie ciągów komunikacyjnych brak przeszkód. W części korytarzy zlokalizowano elementy zawężające światło przejścia tj. siedziska. Usytuowanie siedzisk zawężają światło przejścia korytarza. Na końcu korytarzy (przy pokojach kuracjuszy) zapewniono miejsca do minięcia się wózków.

Wysokość korytarza jest większa niż 220 cm, zauważono tylko w jednym miejscu obniżenia sufitu (poniżej 190 cm) ([Zdjęcie 48](#)), które nie zostało kontrastowo oznakowane (obok wejścia do groty solnej). Elementy wystające znajdują się poniżej 30 cm lub powyżej 220 cm od podłogi. Wiszące elementy nie wystają więcej niż 10 cm od ściany.

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. W dniu wizji lokalnej w części placówki odbywał się remont, co nie zostało zasygnalizowane.

Na drogach komunikacji występuje system informacji kierunkowej oraz umieszczono tabliczki informacyjne przy drzwiach do pomieszczeń. System informacji wizualnej jest spójny w całym obiekcie. Informacje kierunkowe występują w postaci tabliczek zwieszanych z sufitu, widocznych z daleka ([Zdjęcie 49](#)) oraz tabliczek

zamontowanych na ścianach. Część tabliczek zamontowano za wysoko. Na tablicach informacyjnych zastosowano czcionka jest prosta (bezszerzyfowa) oraz skonstrastowana kolorystycznie względem tła. Nie występują fakturowe oznaczenia czy informacje w alfabecie Braille'a. Brak głosowego systemu informacji w budynku.

Włączniki światła znajdują się na wysokości powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.



Zdjęcie 50 - Strefy odpoczynku

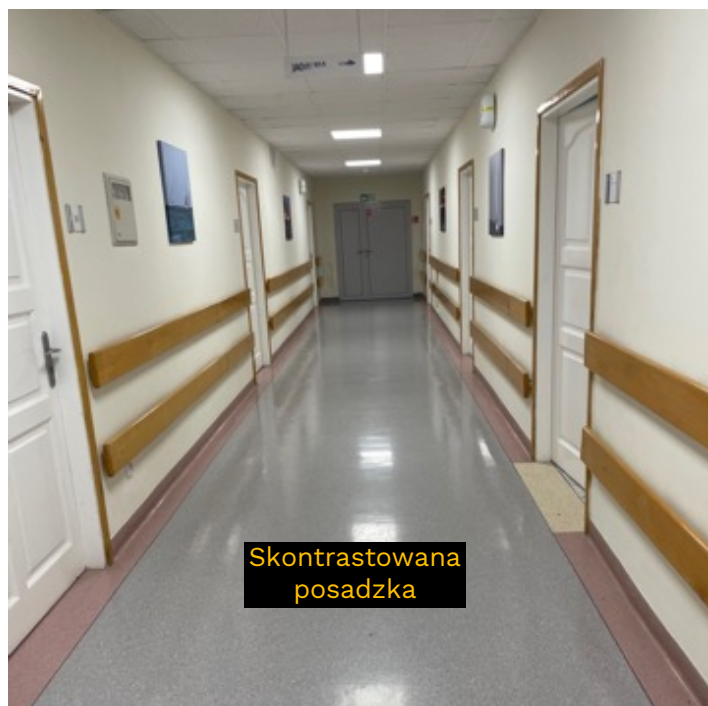


Zdjęcie 51 - Kontrast podłóg względem ścian

Występują miejsca odpoczynku/oczekiwania przy wejściach na klatkę schodową (Zdjęcie 50) oraz w przestrzeni korytarza przy gabinetach leczniczych. Siedziska przy klatce schodowej posiadają oparcie oraz podłokietniki. Zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową. Krzesła ulokowane wzdłuż korytarzy nie posiadają podłokietników. Szerokość miejsca siedzącego posiada około 50 cm, a wysokość siedzisk mieści się w zakresie 42-48 cm. Przed siedziskami zapewniono minimum 40 cm przestrzeni na nogi. W strefach oczekiwania zlokalizowanych na korytarzach nie przewidziano miejsca dla osób poruszających się na wózku o wymiarach 150x90 cm.

Posadzka w korytarzach jest równa oraz antypoślizgowa. Posadzka w większości miejsc nie powoduje olśnienia. Nie występują różnice poziomów. Brak pojedynczych stopni na długości korytarza. Posadzki o zróżnicowanych kolorach. Rozwiązania kolorystyczne zapewniają kontrast w stosunku do koloru ścian (Zdjęcie 52). W większości miejsc posadzka posiada kontrastowy cokół, kolor cokołu przechodzi częściowo na posadzkę tworząc obramowanie wzdłuż obwodu podłogi, co pozwala na

wyraźne oddzielenie wizualne powierzchni podłóg od ścian (Zdjęcie 51). W odnowionej części placówki zastosowano odbojnice ochronne na ścianach korytarza. Elementy są skontrastowane kolorystycznie względem ścian.



Zdjęcie 52 - Przestrzeń korytarza



Zdjęcie 53 - Pochwyty przyścienne

W przestrzeni komunikacji poziomej zastosowano pochwyty na dwóch przeciwległych ścianach (Zdjęcie 53). Występują miejsca, gdzie uchwyt zamocowany jest na dwóch wysokościach. Pochwyty górne na wysokości ok. 90 cm. Pochwyty skontrastowane z kolorem ścian. Pochwyty nie posiadają zaokrąglonego przekroju. Miejscami pochwyty są zastawione elementami wyposażenia (np. krzesłami).

Oprawy świetlne rozmieszczone równomiernie. Przestrzeń korytarzy jest dobrze oświetlona, nie występują miejsca zacienione.

Rekomendacje:

Układ ciągów komunikacyjnych powinien być prosty i czytelny. Wysokość korytarzy musi wynosić minimum 220 cm. Natomiast obniżenia sufitu powinny zostać oznaczone w sposób kontrastowy np. za pomocą taśm lub poprzez przemalowanie całego elementu obniżającego wysokość ciągów komunikacyjnych. Wszystkie elementy wyposażenia poniżej 220 cm, wystające z sufitu czy ze ścian korytarza, należy oznaczyć

kolorystycznie skonstrastowanymi względem otoczenia elementami. Rekomenduje się także uporządkowanie elementów wyposażenia, które zawężają światło przejścia.

Rekomenduje się rozwinięcie systemu odnajdywania drogi w budynku np. poprzez dodanie dodatkowej informacji kierunkowej na ścianach. Zaleca się zastosowanie informacji kierunkowej wskazującej lokalizację wind. Tabliczki powinny być zamontowane na wysokości wzroku, czyli 1,4-1,6 m. Informacja dobrze, aby zawierała druk wypukły oraz oznaczenia w alfabecie Braille’a. Zaleca się zastosowanie tablic informacyjnych z graficznym planem danej kondygnacji zawierających również druk wypukły i informacje w alfabecie Braille’a. 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 przeszkłonych płaszczyzn, które mogą powodować odbicia światła. 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.

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).

Pochwyty należy umieścić wzdłuż jednej ze ścian korytarzy jako system orientacji na wysokości od 85 cm do 100 cm (pierwszy pochwyt) i od 60 cm do 75 cm (drugi pochwyt). 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.

Włączniki światła powinny znajdować się na wysokości 80-110 cm od podłogi. Oświetlenie korytarza o natężeniu minimum 200 lx, nie może powodować olśnienia.

7.5. Drzwi wewnętrzne i okna



Zdjęcie 54 Drzwi kontrastujące kolorystycznie



Zdjęcie 55 - Drzwi z kontrastującą kolorystycznie ramą

W sanatorium zastosowano różne typy drzwi, z czego można wyszczególnić drzwi do pomieszczeń oraz drzwi oddzielające korytarze.

Większość drzwi do pomieszczeń jest kontrastowa w stosunku do ścian korytarza dzięki kontrastowej ramie skrzydła drzwiowego (Zdjęcie 55) lub całego zestawu (Zdjęcie 54). Pojedyncze drzwi wewnętrzne zlewają się z wykończeniem ścian. Drzwi wewnętrzne są nieprzezierne (nie licząc drzwi do patio). Drzwi oddzielające korytarz nie są odpowiednio skonstrastowane.

W większości miejsc 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” (nie wszystkie, w starszej części sanatorium klamki nieergonomiczne). Część klamek wyróżnia się kolorystycznie w stosunku do barwy skrzydeł drzwiowych. Klamki zamontowano na odpowiedniej wysokości. Nie zaobserwowano zmian poziomów ani progów w świetle przejścia drzwi. Jedynie w drzwiach do patio mieści się nieoznaczonym kontrastowo próg poniżej 2 cm. Większość drzwi jest opatrzona tabliczkami informującymi o funkcji danego

pomieszczenia, które znajdują się na ścianie. Brak informacji w alfabecie Braille'a. W placówce znajdują się pojedyncze drzwi, które nie zostały oznaczone.



Zdjęcie 56 - Drzwi oddzielające korytarz



Zdjęcie 57 - Drzwi prowadzące do patio

Drzwi oddzielające korytarze oraz drzwi do patio są przeszklone i nie zostały oznaczone pasami kontrastującymi (poziomymi) co może utrudniać korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku ([Zdjęcie 56](#)) ([Zdjęcie 57](#)).

Drzwi do jadalni o szerokości 80 cm, wyposażone w klamkę o nieergonomicznych kształcie. Drzwi do łazienek wyposażono w samozamykacze.

W pomieszczeniach gabinetów/pomieszczeń leczniczych okna wyposażono w żaluzje wewnętrzne, umożliwiające kontrolę dopływu światła dziennego.

Rekomendacje:

Drzwi powinny mieć szerokość minimum 90 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 stosować klamki o zaokrąglonym kształcie (formie litery „C”) i skonstrastowane w stosunku do skrzydła drzwiowego.

Należy zapewnić drzwi do pomieszczenia o akustyce R_w minimum 35 dB. Drzwi wyposażone w zamek pozwalający na ich zablokowanie od wewnątrz, należy razie awarii mieć możliwość otwarcia przez obsługę od zewnątrz. Drzwi wykonane z przezroczystych materiałów, np. szkła, należy skonstruować 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. Wszystkie drzwi (również te do pomieszczeń technicznych) należy oznaczyć tabliczką informacyjną na ścianie lub drzwiach. Zaleca się także zastosowanie informacji w alfabecie Braille'a. Numer gabinetu powinien znajdować się na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm.

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

8. Sanatorium- pomieszczenia i wyposażenie wnętr

8.1. Pomieszczenia- ogólne informacje

Posadzki są antypoślizgowe i równe, miejscami powodują odbicia światła. Kontrast kolorystyczny pomiędzy ścianami, a posadzkami jest różny; w niektórych pomieszczeniach kontrast jest słaby. Oświetlenie pomieszczeń jest równomierne i nie powoduje olśnienia. Pomieszczenia są doświetlone światłem dziennym. Okna wyposażone w elementy zacieniające – rolety. Wysokość montażu klamki może utrudniać/uniemożliwiać otwarcie z poziomu osoby siedzącej na wózku.

W większości pomieszczeń zapewniono przestrzeń manewrową o wymiarach 150x150 cm. W większości pomieszczeń zapewniono szerokość przejścia między meblami wynoszącą nie mniej niż 90 cm (w niektórych pomieszczeniach szerokość przejścia jest węższa).

Zapewniono prostą aranżację pomieszczeń oraz prosty i czytelny układ wyposażenia. Włączniki światła zlokalizowano powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.



Zdjęcie 58 – Biurko do obsługi kuracjuszy



Zdjęcie 59 – Pralka oraz suszarka

W części pomieszczeń oraz również w przestrzeni korytarza znajdują się biurka, przy których obsługiwani są kuracjusze ([Zdjęcie 58](#)). Biurka nie są dostosowane do obsługi osób poruszających się na wózku czy osób niskorostłych. Biurka nie zapewniają możliwości podjechania pod biurko o głębokości min. 30 cm, osobom poruszającym się na wózku. Biurka wyróżniają się kolorystycznie w stosunku do otoczenia, łatwo je zlokalizować. Nie zastosowano przeszklonych partycji. Brak dodatkowego miejsca na odłożenie sprzętu ortopedycznego np. laski lub kuli. W placówce zastosowano też zabudowę z ladę do obsługi kuracjuszy, która również nie dostosowane do obsługi osób poruszających się na wózku czy osób niskorostłych. Blat lady nie znajduje się na dwóch wysokościach oraz nie umożliwia podjechania wózkiem.

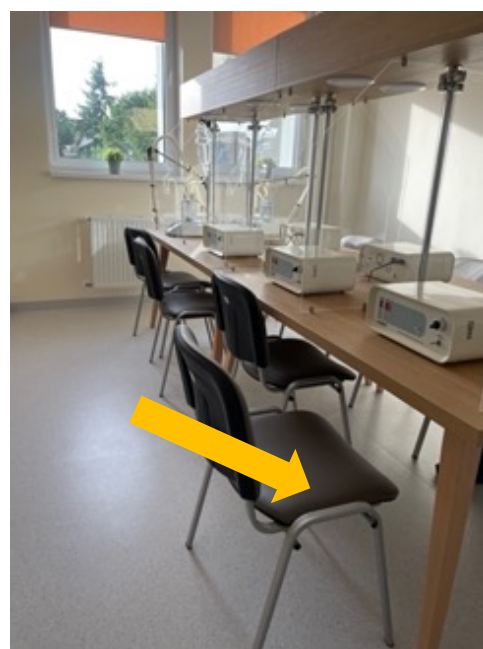
W pomieszczeniu gospodarczym dostępnym dla kuracjuszy znajduje się pralka oraz suszarka ([Zdjęcie 59](#)). Przyciski urządzenia mieszczą się na dostępnej wysokości. Suszarka zlokalizowana jest za wysoko, co uniemożliwia osobom poruszającym się na wózku obsługę urządzenia. Zastosowano w pomieszczeniu wykończenie podłóg oraz ścian są wzorzyste oraz niekontrastowe.

GABINET ZABIEGOWY ORAZ SALE LECZNICZE:

W gabinecie lekarskim zapewniono dostęp na kozetkę z dwóch stron oraz odpowiednią przestrzeń manewrową wzdłuż dłuższego boku kozetki (150x90 cm). Przestrzeń manewrowa została ograniczona przez lokalizację szafy (Zdjęcie 60). Kozetka nie umożliwia regulowania wysokości. Gabinet jest wyposażony w umywalkę oraz parawan. Wykończenie mebli oraz pozostałych elementów wyposażenia jest matowe i nie powoduje olśnienia. Biurko zlokalizowane w gabinecie nie zapewnia możliwość podjechania osobie na wózku. Siedziska posiadają podłokietniki. Siedziska nie posiadają hydraulicznej regulacji.



Zdjęcie 60 Gabinet lekarski



Zdjęcie 61 - Sala do inhalacji

Na wyposażeniu sal leczniczych mieszczą się stoły, do których wzdłuż dłuższego boku zapewniono odpowiednią przestrzeń manewrową (150x90 cm). Pomieszczenia wyposażono w zasłonki lub parawany. Przy stanowiskach do inhalacji znajdują się krzesła bez podłokietników (Zdjęcie 61).

W jednej z sal zabiegowo-leczniczych zastosowano tabliczki informacyjne umieszczone poza zasięgiem wzroku (powyżej 180 cm). Tabliczki są przeznaczone do czytania z bliska. Czcionka prosta bezszeryfowa, napisy skontrastowane względem tła. Wykończenie tabliczek nie jest matowe.

STOŁÓWKI/JADALNIE:



Zdjęcie 62 - Pomieszczenie jadalni

Zdjęcie 63 - Pomieszczenie jadalni

W placówce wydzielono osobne pomieszczenia przeznaczone na funkcję jadalni. Nie zaaranżowano jednej dużej stołówki, tylko 9 mniejszych pomieszczeń zlokalizowanych w bezpośredniej bliskości pokoi kuracjuszy. W niektórych sytuacjach przejście między elementami wyposażenia jest węższe niż 90 cm. Nie wszystkie pomieszczenia jadalni zapewniają przestrzeń manewrową 150cm x 150cm. Zastosowane siedziska nie posiadają podłokietników. Stoliki umożliwiają podjazd osobie na wózku na głębokość 60 cm i szerokość 80 cm, stoliki o wysokości 78 cm. Krzesła kontrastują kolorystycznie z otoczeniem. W jednej z jadalni (dwa połączone pomieszczenia) posadzka cechuje się dużymi wzorami, które mogą wprowadzać dezorientację.

POKOJE DLA KURACJUSZY:

W placówce znajdują się pokoje dla kuracjuszy 2, 3 oraz 4-osobowe. Część pokoi 2-osobowych posiada prywatną łazienkę. Inne pokoje mają dostęp do łazienki z przestrzeni korytarza. System przyzywowy został zamontowany w części pokoi. Nad pokojami wyposażonymi w system przyzwania alarmowego mieści się lampa, która nadaje sygnał świetlny oraz dźwiękowy, kiedy ktoś zgłosi potrzebę pomocy. Pokoje wyposażone są w łóżka, szafki nocne, szafę ubraniową, toaletkę, fotel, bagażnik, wieszak ścienny oraz telewizor. Biurka umożliwiają podjazd wózkiem. Haczyki na odzież wierzchnią nie zostały zamontowane na dostępnej wysokości.

SALA GIMNASTYCZNA:

Pomieszczenie zapewnia dogodną przestrzeń manewrową. Zlokalizowany na środku słup został poprawnie kontrastowo oznaczony.

KAWIARNIA:

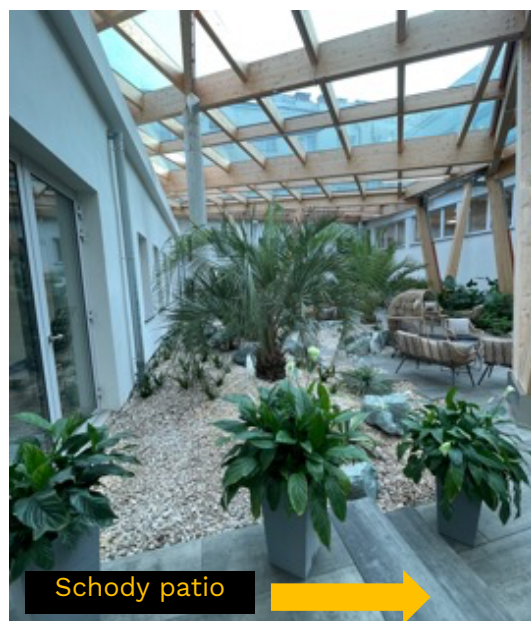
Pomieszczenie kawiarni jest dostępne z zewnątrz jak i od wewnątrz budynku. Od środka do kawiarni prowadzi dwa wejścia; jedno zlokalizowane w poziomie równym z poziomem podłogi korytarza, drugie wymaga pokonania dwóch stopni. Stopnie nie zostały kontrastowo oznakowane. Przejścia między wyposażeniem pomieszczenia (stoły i krzesła) są węższe niż 90 cm. Zabudowa lady wydawczej/kasy nie mieści się na dwóch wysokościach. Wieszaki na odzież wierzchnią znajdują się na jedynej wysokości, dostęp do nich jest ograniczony. Pomieszczenie wewnątrz kawiarni, obok lady nie zostało oznakowane, użytkownicy mogą podejrzewać, że jest to pomieszczenie toalety.

PATIO:

Do wewnętrznego patio prowadzą dwa wejścia, jedno zlokalizowane w poziomie równym z poziomem podłogi korytarza. Po przekroczeniu drugiego wejścia znajdują się dwa stopnie. Stopnie nie zostały oznaczone w sposób kontrastowy ([Zdjęcie 65](#)). Brak oznaczeń, które wejście jest dostępne dla osób poruszających się na wózku.



Zdjęcie 64 - Przestrzeń patio



Zdjęcie 65 - Nieoznaczone stopnie w patio

Rekomendacje:

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.

Należy zapewnić miejsce obsługi kuracjusza/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. Lada musi być wykonana z matowych materiałów. Lada powinna być wyposażona w rozwiązania pozwalające na odłożenie kul lub laski. 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 zaleca się zabezpieczanie lub zaoblenie narożników i innych wystających elementów mogących stanowić zagrożenie.

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 na stołówkach oraz w pomieszczeniach leczniczych powinny być wyposażone w podłokietnik ułatwiający wstawanie. Na stołówkach może to być co trzecie siedzisko.

Przejście między elementami wyposażenia powinno wynosić minimum 90 cm. W pomieszczeniach zabiegowych oraz leczniczych dostępnych dla wszystkich kuracjuszy należy zapewnić przestrzeń manewrową o wymiarach 150x150 cm.

Wszelkie tabliczki informacyjne przeznaczone do odczytywania z bliska powinny znajdować się na wysokości wzroku (1,4m-1,6m).

Przy zastosowaniu wieszaków na odzież wierzchnią należy zamontować wieszaki na dwóch wysokościach około 110 cm i około 180 cm.

Krawędzie stopni prowadzące do kawiarni oraz do patio należy oznaczyć w sposób kontrastowy (5 cm na płaszczyźnie pionowej i 5 cm na płaszczyźnie poziomej). Oznaczenie powinno być skontrastowane kolorystycznie względem powierzchni stopni i posiadać fakturę różną od powierzchni stopni.

Rekomenduje się oznaczenie wejścia dostępnego do patio, które znajduje się w poziomie korytarza.

Zaleca się zastosowanie tabliczki z nazwą pomieszczenia na drzwiach do pomieszczenia, które znajduje się w obrębie kawiarni.

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 montaż urządzeń takich jak pralka, suszarka, który umożliwiłby obsługę z poziomu osoby poruszającej się na wózku.

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, umożliwiające ich otwieranie/ zamykanie.

POKOJE DLA KURACJUSZY:

W pokojach dla kuracjuszy należy zapewnić łóżko o wymiarach 90 x 200 cm, z dostępem z dwóch stron. Rekomenduje się, żeby przy łóżku znajdowała się szafka nocna. Biurko powinno posiadać minimalne wymiary 90x60 cm. Niezabudowana przestrzeń manewrowa pod biurkiem powinna posiadać głębokości 60 cm i szerokość 80 cm. Wysokość blatu biurka powinna mieścić się w przedziale od 70 do 75 cm. Należy zapewnić przestrzeń manewrową przy biurku o wymiarach 90x90 cm. Zastosowane siedziska powinny posiadać podłokietniki ułatwiające wstawanie z nich np. osobom starszym czy osobom z utrudnioną koordynacją ruchową. Siedziska o szerokości i głębokości minimum 50 cm. Materiały, z których wykonane są meble i inne elementy wyposażenia, muszą być matowe niepowodujące odbić czy refleksów.

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.

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, umożliwiające ich otwieranie/zamykanie. W przypadku silnego doświetlenia pomieszczenia przez słońce okna muszą zawierać elementy zacieniające – rolety lub żaluzje. W pomieszczeniu należy zapewnić wentylację grawitacyjną/mechaniczną min. 1,5 m³/h na każdy metr sześcienny kubatury pomieszczenia.

GABINETY LEKARSKIE:

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

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

W gabinecie 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 kozetki. Miejsce ustawienia kozetki musi być takie, aby był do niej dostęp z dwóch stron i była zapewniona wolna przestrzeń wzdłuż dłuższego boku na długości minimum 150 cm i szerokości 90 cm. Zaleca się zastosowanie kozetki z regulowaną wysokością.

8.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowano na większości kondygnacji, oprócz 3 pietra, gdzie znajdują się tylko pokoje dla kuracjuszy wyposażone w prywatne łazienki.

Do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych można zaliczyć łazienki przy pokojach dla kuracjuszy, łazienki dostępne dla kuracjuszy z przestrzeni korytarzy oraz łazienki ogólnodostępne dostępne z głównych ciągów komunikacyjnych, zlokalizowane w części

przyrodoleczniczej placówki. Wszystkie toalety przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami są to osobne pomieszczenia (bez przedsionka) (Zdjęcie 66), w jednym wypadku jest to toaleta wyposażona w kabinę przystosowaną dla osób z niepełnosprawnościami (Zdjęcie 67). Dwie łazienki dostępne posiadają natrysk. Toalety w znacznej większości spełniają wymagane parametry użytkowe.

W pomieszczeniach toalet zastosowano powierzchnie zmywalne i odporne na działanie wilgoci do wysokości minimum 2 m. Posadzka jest antypoślizgowa, równa. Okładzina ścian o lekkim połysku (Zdjęcie 68), nie powodującym olśnienia. Okładziny ścian oraz podłóg są skonstrastowane kolorystycznie. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostępne z korytarza (przeznaczone do pokoi kuracjuszy) posiadają niski kontrast kolorystyczny, natomiast toalety dla osób z niepełnosprawnościami cechują się wyraźnym oddzieleniem wizualnym powierzchni ścian od podłóg. Wyposażenia łazienek jest w dobrym stanie technicznymi.



Zdjęcie 66 - Toaleta przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami

Zdjęcie 67 - Kabina przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami spełniają parametry użytkowe.

W łazienkach przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami zastosowano umywalki prawidłowych wymiarów, o dobrze wyprofilowanym kształcie oraz

umożliwiające podjazd osobie na wózku. Umywalki zostały wyposażone w jednostronny pochwyty, który wystaje 10-15 cm przed przednią krawędź umywalki. Dla dostępnej kabiny zastosowano wspólny pochwyty dla miski WC oraz umywalki ([Zdjęcie 67](#)). W niektórych przypadkach pochwyty mieści się zbyt blisko umywalki. Zainstalowano baterię uruchomianą ręcznie, wyposażoną w dźwignię, bez wydłużonej wylewki. W części toalet zastosowano lustro uchylne. W miejscach, gdzie zamontowano lustro wpuszczane w wykończenie ściany jest ono umiejscowione za wysoko. Podajniki na ręczniki papierowe oraz mydło mieszczą się w bezpośredniej bliskości umywalki oraz zamontowane są na prawidłowej wysokości. Dozowniki mydła nie są uruchamiane za pomocą fotokomórki.

Na wyposażeniu dostępnych łazienek znajduje się miska ustępowa o prawidłowych wymiarach, zamontowana na odpowiedniej wysokości. Miska ustępowa znajduje się w odpowiedniej odległości od ściany. Przycisk spłuczki na prawidłowej wysokości. Miski WC wyposażono w jednostronny, uchylny pochwyty. Od strony pochwyty uchylnego, gdzie przewidziany jest transfer na miskę ustępową, zapewniono przestrzeń manewrową o minimalnych wymiarach 90x150 cm (oprócz wydzielonej kabiny). W większości wypadków zapewniony jest transfer boczny oraz przedni. Pochwyty zamontowane na prawidłowej wysokości, są za krótkie. Pochwyty uchylne nie wystają na 10-15 cm przed przednią krawędź miski WC. Podajniki na papier toaletowy znajdują w bliskiej odległości od miski ustępowej. Zdarzają się sytuacje, kiedy przestrzeń manewrowa jest ograniczona przez elementy wyposażenia takie jak kosz na odpady.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie zostały wyposażone w podstawki/podnóżki.



Zdjęcie 68 - Natrysk w łazience przystosowanej dla osób z niepełnosprawnościami



Zdjęcie 69 Natrysk w łazience przystosowanej dla osób z niepełnosprawnościami

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk posiadają przestrzeń prysznica zlokalizowaną w poziomie posadzki. Brak progów. Zachowano przestrzeń manewrową przed niecką prysznicową. W jednej z łazienek w obrębie natrysku znajduje się wolnostojące krzesółko pomocnicze do kąpieli bez oparcia. Siedzisko jest za wysokie oraz posiada za małe wymiary. W przestrzeni prysznica zamontowano jeden pochwyt. Słuchawka prysznicowa jest wyposażona w giętki wąż oraz została zamontowana na dostępnej wysokości. Bateria z termostatem znajduje się za wysoko (powyżej 90 cm).

Włączniki światła są umieszczone na wysokości powyżej 110 cm od podłogi, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.

Większości pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami jest wyposażona w urządzenia alarmowe w postaci linki do wzywania pomocy oraz przycisków alarmowych. Przyciski zamontowane są na niedostępnej wysokości. Linki do wzywania pomocy zlewają się z wykończeniem ścian (nie są odpowiednio skonstrastowane kolorystycznie) ([Zdjęcie 67](#)).

Toalety są zamykane od środka. Pomieszczenie można awaryjnie otworzyć od zewnątrz w razie wypadku. Pokrętko zamykające zapewnia pewny uchwyt oraz jest umiejscowione na dostępnej wysokości. Na drzwiach do toalet nie zamontowano wieszaków.

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 laski lub kul, kozetka do przewijania osób dorosłych (komfortka).

W sanatorium nie znajdują się pomieszczenia przeznaczone do przewijania osób dorosłych oraz dzieci. Żadna z toalet nie została wyposażona w sprzęt do przewijania dzieci.

Rekomendacje:

Co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne na piętro 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.

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.

Z obu stron miski ustępowej 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 pochwyty 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.

Dobłą praktyką jest zapewnienie transferu bocznego, przynajmniej z jednej strony miski ustępowej, o szerokości min. 90 cm. Przy dostępie do miski tylko 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 pochwyty. Spłuczka powinna uruchamiać się automatycznie lub ręcznie.

Przestrzeń manewrowa przed umywalką musi mieć wymiary 150 cm na 150 cm. Umywalkę zaleca się wyposażyć w przynajmniej jeden pochwyty ścienny. Lustro nad umywalką 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.

Rekomenduje się zastosowanie pochwyty ściennych przy misce WC we wszystkich toaletach, nie tylko w toaletach przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami. Wystarczy jeden pochwyty przy misce ustępowej, który ułatwi wstawanie z toalety.

Linka do wzywania pomocy powinna znajdować się 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. Linka oraz inne elementy do wzywania pomocy powinny być dobrze widoczne; odpowiednio skontrastowane względem tła. Przyciski do wzywania pomocy należy umieścić na wysokości 80-110 cm od podłogi.

Rekomenduje się wyposażenie toalet w haczyki pozwalające odłożyć kule, laskę.

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. Wszystkie odpływy wody z posadzki oraz kratki podłogowe należy zamontować poza przestrzenią manewrową wózka (nie licząc odpływu w przestrzeni natrysku).

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.

NATRYSK:

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 pochwyt montowane na wysokości od 75 cm do 90 cm od podłogi. 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.

MIEJSCE DO PRZEWIJANIA DLA OSÓB DOROSŁYCH

W placówce powinny być zapewnione pomieszczenie do przewijania osób leżących. 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.

Jedna z toalet ogólnodostępnych powinna zostać wyposażona w przewijak dla dzieci. Zaleca się, aby była to toaleta zlokalizowana blisko wejścia.

9. Sanatorium- Ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja

W obiekcie rozmieszczono znaki ewakuacyjne wskazujące kierunek drogi ewakuacyjnej. Sposób rozmieszczenia jest czytelny. Drogi ewakuacyjne pozbawione są progów oraz innych przeszkód fizycznych uniemożliwiających ewakuację. Został zapewniony akustyczny system powiadamiania alarmowego. W strefie placówki dostępnej dla kuracjuszy zaobserwowano odpowiednio oznakowane sprzęty jak np. gaśnice. W obszarze obiektu dostępnego dla pacjentów znajduje się instrukcja przeciwpożarowa. Przyciski alarmu zostały umieszczone na dostępnej wysokości. Niektóre urządzenia przeciwpożarowe (skrzynki na gaśnicę) nie są wyróżnione kolorystycznie.

W obiekcie brak tyflograficznej mapy z planem ewakuacji.

Ewakuacja zorganizowana jest klatkami ewakuacyjnymi i schodami prowadzącymi bezpośrednio do wyjścia na zewnątrz budynku.

Sanatorium nie jest wyposażone w sprzęt wspierający do ewakuacji osób ze szczególnymi potrzebami tj.: krzesła ewakuacyjne, materace ewakuacyjne. Personel nie jest przeszkolony z zasad ewakuacji osób ze szczególnymi potrzebami.

Nie wyznaczono specjalnych pokoi czy miejsc oczekiwania na asystę/pomoc przy ewakuacji.

Rekomendacje:

Należy 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.

Należy zapewnić urządzenia wspierające ewakuację osób ze szczególnymi potrzebami. Zaleca się wyposażenie sanatorium w specjalistyczne krzesła lub materace ewakuacyjne, które stanowią 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. Sanatorium- system nawigacji i informacji

10.1. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej

W placówce brak informacji w formie wizualnej. Kuracjusze otrzymują mapki z planem placówki.

Rekomendacje:

W pobliżu wejścia głównego należy umieścić ogólny/uproszczony wizualny plan sanatorium z zaznaczeniem punktu „tu jesteś”. Plan musi zawierać informacje o numerach oraz przeznaczeniu danych pomieszczeń w obiekcie. Materiał, z którego wykonana jest tablica informacyjna powinien być matowy i nie odbijać światła. Dobrą praktyką jest zastosowanie druku wypukłego.

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

Brak informacji o rozkładzie pomieszczeń w formie dotykowej czy głosowej.

Rekomendacje:

Placówka sanatorium 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 uproszczony schemat 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 całej części obiektu zajmowanej przez sanatorium. 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. Takie rozwiązania głównie stosowane są na zewnątrz. Zaleca stosować ścieżki naprowadzające w przestrzeni zewnętrznej w celu nakierowania na lokalizację budynku oraz jako dojście do punktu obsługi kuracjuszy/recepcji.

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

Sanatorium nie jest wyposażone w pętlę indukcyjną ani pomoce optyczne.

Rekomendacje:

Zaleca się wyposażenie punktu obsługi kuracjuszy w pętlę indukcyjną. Należy odpowiednio oznaczyć pętle indukcyjne za pomocą piktogramu. Rekomendowane jest, aby mobilna pętla indukcyjna była na wyposażeniu gabinetów/sal kuracyjnych.

Dobra praktyka jest zapewnienie w punkcie obsługi kuracjuszy pomocy optycznych takich jak: (lupa), 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 kuracjuszy korzystających z pomocy psa asystującego.

PRZYCHODNIA POZ:

11. POZ- strefa wejściowa

11.1. Wejście do budynku

Do placówki POZ prowadzi jedno wejścia przeznaczone dla pacjentów, które zlokalizowane jest w poziomie terenu ([Zdjęcie 70](#)). Ze względu na ujednolicony poziom terenu, nie ma konieczności zapewnienia schodów czy pochylni.



Zdjęcie 70 - Wejście do przychodni

Zdjęcie 71 - Wycieraczka przed wejściem do przychodni

Strefa wejściowa do budynku nie odznacza się kolorystycznie na tle reszty elewacji. Jednakże wejście jest dobrze widoczne i łatwe do zlokalizowania ze względu na kontrastowe wykończenie drzwi wejściowych. Strefa przedwejściowa do placówki obejmuje utwardzoną (z kostki brukowej) płaszczyznę w okolicy wejścia głównego do budynku przeznaczonego dla pacjentów. Nawierzchnia jest równa, brak ubytków, zagłębień czy wypukłości. Nawierzchnia jest antypoślizgowa. Zapewniona została prawidłowa przestrzeń manewrowa 150x150 cm.

Przestrzeń przed drzwiami wejściowymi jest zadaszona. Zadaszenie znajduje się na prawidłowej wysokości. Zadaszenie nie posiada prawidłowych wymiarów.

Brak przeszkód czy barier w obrębie wejścia. Obszar zielony nie wchodzi w światło komunikacji strefy wejścia oraz nie ogranicza przestrzeni manewrowej. Nawierzchnia trawnika została widocznie oddzielona.

Tablica z nazwą przychodni nie znajduje się bezpośrednio przy drzwiach wejściowych do budynku, tylko z boku na elewacji.

Przed wejściem znajduje się wycieraczka systemowa wpuszczana w posadzkę, zamontowana na równi z nawierzchnią ([Zdjęcie 71](#)).

Przy wejściu nie zastosowano faktur ostrzegawczych ani naprowadzających.

Rekomendacje:

Wszystkie wejścia do przychodni 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 strefy wejściowej wychodzącej poza obrys bryły budynku lub dobrze widocznym opisem strefy wejścia przychodni.

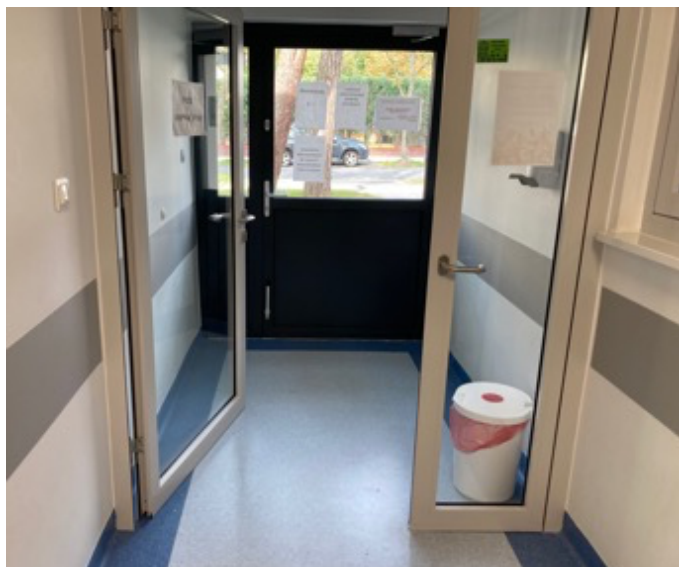
Rekomenduje się wymianę zadaszenia na takie, które będzie spełnić wymogi. Daszek powinien mieć szerokość większą przynajmniej 1 metr od drzwi, a także głębokość nie mniejszą niż 1 metr w przypadku budynków niskich, do których zalicza się te do wysokości 12 metrów lub oraz 1,5 m - w odniesieniu do budynków wyższych.

Zaleca się umiejscowienie tablicy informacyjnej z nazwą przychodni bezpośrednio przy drzwiach wejściowych. Tablica powinna znajdować się na wysokości wzroku tzn. ok 1,4-1,6 m. Użyta czcionka powinna być prosta, bezszeryfowa i o odpowiednim kontraście liter względem tła.

11.2. Drzwi wejściowe oraz wiatrołap

Wejścia do placówki w postaci drzwi dwuskrzydłowych ([Zdjęcie 70](#)). Drzwi wejściowe posiadają odpowiednią szerokość w świetle ościeżnic. Drzwi wyposażone są w klamkę w formie litery „C” o zaoblonym kształcie zamontowaną na prawidłowej wysokości. Po stronie klamki zachowano minimalną powierzchnię manewrową o wymiarach 90x90 cm, jednak drzwi są głęboko osadzone w ścianie co może utrudniać osobom poruszającym się na wózku otwarcie ich. Drzwi zostały wyposażone w samozamykacz bez funkcji blokady. Rama drzwiowa posiada przeszkloną płaszczyznę, która nie została odpowiednio oznaczona kontrastowymi pasami. W świetle przejścia drzwi wejściowych zaobserwowano zmianę poziomu o wysokości

poniżej 2 cm, która nie została oznaczona w sposób kontrastowy. Drzwi wyróżniają się kolorystycznie na tle elewacji budynku.



Zdjęcie 72 - Wiatrołap



Zdjęcie 73 - Wiatrołap

Po przekroczeniu drzwi wejściowych mieści się wiatrołap, w którym na wprost znajdują się drzwi prowadzące na główny ciąg komunikacyjny przychodni ([Zdjęcie 72](#)). Przestrzeń w obrębie wiatrołapu jest ograniczona, biorąc pod uwagę zakres otwarcia skrzydła drzwiowego, nie zapewniono przestrzeni manewrowej 150x150 cm potrzebnej osobie na wózku przy zmianie kierunku ([Zdjęcie 72](#)). Szerokość przedsionka wynosi ponad 200 cm. Przestrzeń manewrowa została zapewniona za drzwiami wejściowymi wewnętrznymi. Drzwi zewnętrzne otwierają się na zewnątrz, natomiast drzwi wewnętrzne otwierają się do wnętrza przedsionka. Drzwi wewnętrzne w wiatrołapie są dwuskrzydłowe o prawidłowej szerokości w świetle przejścia. Drzwi wyposażone są w klamkę w formie litery „C” o zaoblonym kształcie zamontowaną na prawidłowej wysokości. Klamka wyróżnia się kolorystycznie na tyle skrzydła drzwiowego, ale kontrast jest niski. Po stronie klamki nie zachowano minimalnej powierzchni manewrowej o wymiarach 90x90 cm. Rama drzwiowa jest przeszklona, nie zastosowano pasów kontrastowych na części szklenia. Nieprzeszklona część ramy nie posiada odpowiedniego kontrastu kolorystycznego względem ścian. Brak progów/zmian poziomu w wiatrołapie.

Rekomendacje:

Należy zniwelować różnicę poziomów występującą w świetle drzwi wejściowych oraz/lub oznaczyć w sposób kontrastowy na całej długości.

Część przeszklona drzwi wejściowych oraz drzwi w wiatrołapie powinna zostać kontrastowo oznaczona za pomocą 2 pasów o szerokości 10 cm umieszczonych na wysokości od 90 cm do 100 cm oraz od 130 cm do 140 cm. Dodatkowo u dołu skrzydła drzwiowego drzwi wejściowych wewnętrznych powinien znaleźć się kontrastowy cokół o wysokość minimum 40 cm.

Dobrym rozwiązaniem byłoby zastosowanie w drzwiach wiatrołapu samozamykacza z funkcją blokady pozycji, co umożliwi bezpieczne i wygodne przejście przez strefę wiatrołapu.

W wiatrołapie należy zapewnić wolną przestrzeń manewrową nieograniczoną zakresem otwarcia skrzydła drzwiowego o wymiarach minimum 150 cm na 150 cm. Aktualnie brak prawidłowych wymiarów przestrzeni manewrowej wynika z ograniczeń przestrzennych. Rekomenduje się przebudowę strefy wejściowej wewnętrznej, tak aby po otwarciu drzwi z wiatrołapu została zapewniona przestrzeń 150x150 cm.

Drzwi powinny być skontrastowane kolorystycznie względem ściany ($LRV > 30$). Rekomenduje się zastosowanie kontrastowego oznaczenia ramy na przykład za pomocą taśm.

Ułatwieniem, głównie dla osób poruszających się na wózku, jest możliwość otworzenia drzwi za pomocą przycisku. Przycisk ten należy usytuować 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 czujnika ruchu.

11.3. Oświetlenie strefy wejścia

Przy wejściu do przychodni zainstalowano oprawy oświetleniowe zapewniające równomierną dystrybucję światła.

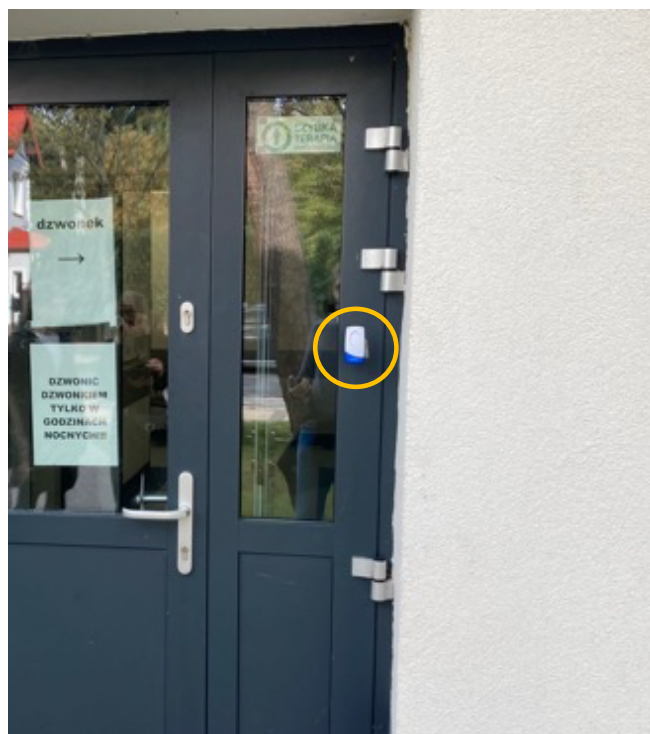
Rekomendacje:

Brak.

11.4. Przywoływanie pomocy



Zdjęcie 74 - Dzwonek przy drzwiach wejściowych do przychodni



Zdjęcie 75 - Dzwonek przy drzwiach wejściowych do przychodni

W strefy wejścia po stronie otwierania drzwi znajduje się dzwonek w postaci przycisku (Zdjęcie 75). Przycisk mieści się na wysokości ponad 110 cm oraz wyróżnia się kolorystycznie na tle drzwi. Średnica przycisku spełnia minimalne wymiary (2 cm). Brak oznaczeń dotykowych czy informacji w alfabecie Braille'a. Dzwonek nie jest zamontowany bezpośrednio do drzwi. Widoczne, niezabezpieczone elementy montażowe przycisku (Zdjęcie 74).

Rekomendacje:

Dzwonek powinien być umieszczony po stronie otwierania drzwi (klamki/pochwyty) na wysokości 80-110 cm. Przycisk powinien być opisane w alfabecie Braille'a. Zalecana średnica przycisku 2 cm. Nie należy stosować przycisków sensorycznych. Należy unikać elementów widocznych i niezabezpieczonych elementów montażowych.

12. POZ- rejestracja i poczekalnia

12.1. Punkt rejestracji

Po przejściu z wiatrołapu, po lewej stronie znajduje się punkt rejestracji. Do rejestracji prowadzi ciąg komunikacyjny (korytarz) o prawidłowej szerokości. Rejestracja znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie wejścia. Rejestracja stanowi niezależne pomieszczenie wyposażone w okno do obsługi pacjenta ([Zdjęcie 76](#)). Z uwagi na bezpośrednie sąsiedztwo recepcji z wiatrołapem możliwe jest utrudnienie w komunikacji w przypadku oczekiwania do rejestracji. Na dojściu nie występują przeszkody przestrzenne.

Rejestracja umiejscowiona jest w bezpośrednim sąsiedztwie wiatrołapu w linii ściany, w mało widocznym dla pacjentów miejscu. Punkt rejestracji nie wyróżnia się kolorystycznie. Lokalizacja punktu nie stanowi bariery przestrzennej, nie zawęża drogi ewakuacyjnej i jest zlokalizowana w linii ściany (w pomieszczeniu). Rejestracja posiada prosty układ przestrzenny. Strefa kolejki pozostaje wolna od ruchomych elementów mogących stanowić barierę przestrzenną. Pomieszczenie rejestracji stanowi niezależne pomieszczenie połączone z częścią socjalną dla pracowników.



Zdjęcie 76 - Rejestracja



Zdjęcie 77 - Okienko rejestracji

Przed oknem recepcji zapewniono przestrzeń manewrową (minimum 1,5x1,5m).

Obsługa pacjenta została przygotowana do odbywania się poprzez okno z parapetem/ladą, który znajduje się na wysokości 120 cm ([Zdjęcie 77](#)). Lada rejestracji nie zapewnia obsługi użytkownika na dwóch poziomach. Dostępna jest jedynie opcja

skorzystania z punktu w pozycji stojącej. Pacjenci poruszający się na wózku nie mają możliwości podjechania pod ladę - brak obniżonej części blatu. Brak wolnej przestrzeni na wypełnienie dokumentów. Przeszklenie okienka oddziela pacjentów od pracowników rejestracji. 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.

W praktyce rejestracja odbywa się przez otwarte drzwi rejestracji, bezpośrednio przy biurko obsługi. Brak blatu i przestrzeni do obsługi pacjenta.

Rejestracja nie jest wyposażona 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 rejestracji znajdują się pomieszczenia higieniczno-sanitarne przeznaczone dla pacjentów.

Rekomendacje:

Rejestracja powinna być wydzielona kolorystycznie w celu lepszej lokalizacji.

Zaleca się przebudowę punktu rejestracji. Punkt rejestracji powinien posiadać możliwość obsługi użytkownika na dwóch poziomach. Obsługa osób w pozycji stojącej powinna się odbywać na wysokości 100-110 cm. 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 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. Przy części lada do obsługi osób stojących należy zapewnić podcięcie na stopy (cokół). Podłogi, ściany, drzwi, meble, blaty w rejestracji powinny mieć matowe wykończenie, tak aby nie powodować odbić światła i efektu olśnienia.

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 oraz inne pomoce optyczne (np. elektryczną lupę). 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).

12.2. Oświetlenie punktu rejestracji

Punkt rejestracji nie jest równomiernie oświetlony. Oświetlenie o zbyt niskim natężeniu światła. Zapewniono jedną oprawę oświetleniową pełniącą funkcję światła ogólnego. Brak wyposażenia w uzupełniające oświetlenie punktowe.

Rekomendacje:

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.

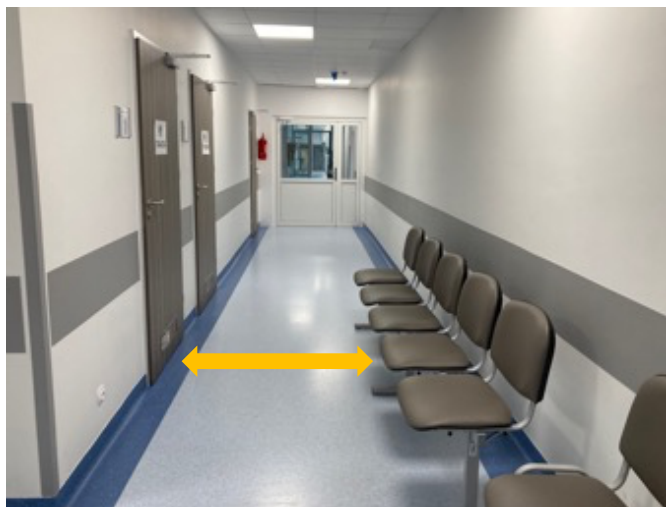
12.3. Strefa oczekiwania

W obiekcie mieszczą się dwie strefy oczekiwania. Jedna w przestrzeni korytarza w bezpośrednim sąsiedztwie punktu rejestracji ([Zdjęcie 78](#)). Druga strefa oczekiwania/poczekalnia zlokalizowana jest w osobno wyznaczonej przestrzeni, z której prowadzą drzwi do gabinetów lekarskich ([Zdjęcie 79](#)).

Strefa oczekiwania zlokalizowana w korytarzu składa się z rzędu siedzisk zamontowanych razem oraz jednego niezależnego krzesła. Siedziska nieznacznie (kilka centymetrów) zawężają światło przejścia poniżej 140 cm ([Zdjęcie 78](#)). Brak możliwości zapewnienia osobom poruszającym się na wózku miejsce postojowe o wymiarach 150cmx90cm, które nie zawężyłoby szerokości korytarza.

Osobno wydzielona poczekalnia posiada dwa rzędy siedzisk oraz stolik i dwa krzesła. Między dwoma rzędami siedzisk zapewniono przestrzeń manewrową 150 cm x 150 cm. Aktualnie nie zapewniono miejsca postojowego dla osób poruszających się na wózku o wymiarach 150cmx90cm, które mieściłoby się na równi z innymi siedziskami.

Obie strefy oczekiwania są wyposażone w siedziska o odpowiedniej szerokości oraz wysokości. Siedziska posiadają wyprofilowane oparcie. Brak podłokietników ułatwiających wstawanie.



Zdjęcie 78 - Strefa oczekiwania w przestrzeni korytarza



Zdjęcie 79 - Osobno wydzielona strefa oczekiwania

Rekomendacje:

Zaleca się wyposażenie co najmniej co trzeciego miejsca siedzącego w podłokietniki. Rekomenduje się przearanżowanie miejsc siedzących w wydzielonej osobno poczekalni, tak aby zapewnić możliwość oczekiwania osobie na wózku. Zaleca się zapewnienie przerwy między siedziskami o wymiarach 90 cm szerokości i 150 cm głębokości.

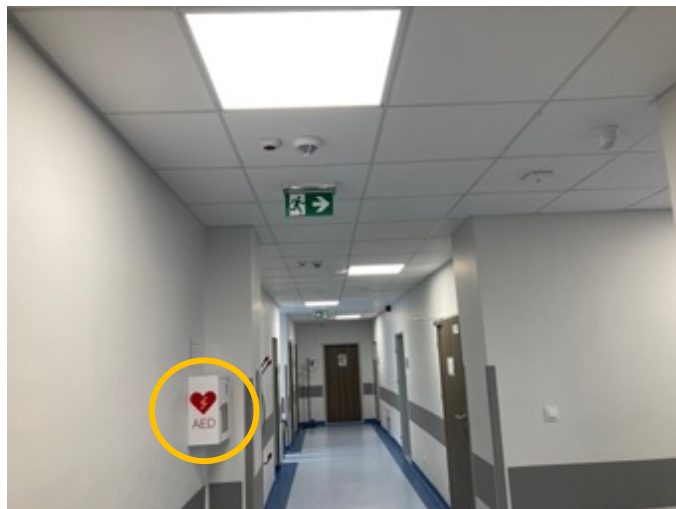
Zaleca się zaopatrzenie strefy oczekiwania w wieszak na odzież wierzchnią. Lokalizacja wieszaka nie może nachodzić na światło ciągów komunikacyjnych. Dobrą praktyką jest również montowanie wieszaków naściennych, dostępnych na dwóch wysokościach 180 cm i 110 cm.

13. POZ- komunikacja pozioma w budynku

13.1. Komunikacja pozioma



Zdjęcie 80 - Główny ciąg komunikacyjny



Zdjęcie 81 - Główny ciąg komunikacyjny

Przychodnia posiada czytelny układ poziomych dróg komunikacyjnych oraz prosty i zrozumiały rozkład pomieszczeń (Zdjęcie 80). Zachowano ciągłość układu komunikacyjnego. W skład przychodni wchodzi jeden główny korytarz (z którego rozchodzą się drzwi do gabinetów lekarskich) oraz osobno wydzielona poczekalnia. Z jednej strony korytarza przestrzeń przychodni kończy się wraz z drzwiami oddzielającymi korytarz, za którymi znajduje się część sanatoryjna obiektu, co nie zostało w żaden sposób zakomunikowane (Zdjęcie 82).



Zdjęcie 82 - Drzwi oddzielające strefę przychodni od sanatorium



Zdjęcie 83 - Miejsce zawężenie ciągu komunikacyjnego

Szerokość korytarzy wynosi ok. 200 cm, występują przewężenia w postaci krzeseł zlokalizowanych wzdłuż korytarza oraz ze względu na zakres otwarcia drzwi otwierających się do wewnątrz korytarza (np. drzwi z łazienek). Zawężenie światła przejścia przy siedziskach wynosi poniżej 140 cm. Znaczące zawężenie występuje przy otwarciu drzwi do toalet - na korytarzu w tym miejscu umieszczone są siedziska ([Zdjęcie 83](#)). Główny ciąg komunikacyjny (korytarz) ma długość poniżej 25 m.

Wysokość korytarza wynosi około 260 cm, nie występują znaczące obniżenia sufitu.

Szerokość korytarzy umożliwia poruszanie się na wózku oraz minięcie się wózków (np. w wydzielonej strefie oczekiwania). Trasa dojścia dla osób z niepełnosprawnością jest tożsama z trasą dojścia osoby sprawnej. Wszystkie pomieszczenia są dostępne dla osoby poruszającej się na wózku.

W przestrzeni korytarza znajduje się jeden element wystający w postaci skrzynki AED, który zlokalizowany jest powyżej 30 cm oraz poniżej 220 cm od podłogi ([Zdjęcie 81](#)).

Włączniki światła znajdują się na wysokości powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.

Nie występują pochwytys przyścienne.

W przychodni nie zastosowano informacji kierunkowej, co wynika z niewielkich wymiarów placówki oraz prostego układu komunikacyjno-przestrzennego. Wszystkie drzwi posiadają oznaczenie pomieszczeń w postaci tabliczek znajdujących się przy drzwiach do pomieszczeń. Identyfikacja wizualna jest spójna i czytelna. Tabliczki informacyjne umieszczone są na odpowiedniej wysokości. Zastosowano prostą czcionkę (bezseryfową) o odpowiednim kontraście względem tła. Nie występują fakturowe oznaczenia, brak informacji w alfabecie Braille'a.

Posadzka w korytarzu jest równa oraz antypoślizgowa. Posadzka odporna na odkształcenia, matowa, nie powoduje olśnienia. Nie występują różnice poziomów. Brak pojedynczych stopni na długości korytarza. Posadzka posiada kontrastowy cokół, kolor cokołu przechodzi częściowo na posadzkę tworząc obramowanie wzdłuż obwodu podłogi, co pozwala na wyraźne oddzielenie wizualne powierzchni podłóg od ścian ([Zdjęcie 82](#)). W przychodni zastosowano pasy ochronne na ścianach korytarza. Pasy są skontrastowane kolorystycznie względem ścian.

Oprawy świetlne rozmieszczone są w równych odległościach. Światło jest rozproszone i równomierne. Nie występują miejsca zacienione.

Rekomendacje:

Drzwi oddzielające przestrzeń przychodni od przestrzeni sanatorium powinny zostać opatrzone informacją o przejściu do innej strefy.

Szerokość korytarzy w placówce przychodni musi wynosić minimum 140 cm. Należy zmienić lokalizację elementów ruchomych zawężające światło przejścia w ciągu komunikacji wewnętrznej. Zaleca się nie umieszczać siedzisk naprzeciwko drzwi do toalet, ze względu na fakt, że otwierają się na zewnątrz i zawężają szerokość przejścia.

Rekomenduje się kontrastowo oznaczyć krawędzi skrzynki AED (np. na kolor czerwony), tak aby była dobrze widoczna z daleka.

Na drzwiach do toalet zaleca się zastosowanie tabliczek z piktogramami. 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.

Łączniki światła powinny znajdować się na wysokości 80-110 cm od podłogi.

13.2. Drzwi wewnętrzne i okna



Zdjęcie 84 - Drzwi wewnętrzne



Zdjęcie 85 - Tabliczki informacyjne przy drzwiach

W przychodni występują drzwi wewnętrzne do pomieszczeń oraz drzwi oddzielające korytarz (oddzielające przestrzeń przychodni od strefy sanatorium). Drzwi wewnętrzne są spójne pod względem rodzaju oraz koloru wykończenia ([Zdjęcie 84](#)).

Drzwi do pomieszczeń posiadają prawidłowe wymiary w świetle ościeży. Kolor stolarki drzwiowej posiada wysoki kontrast w stosunku do wykończenia ścian. Drzwi nie zostały zaizolowane akustycznie (wygłuszone). W przestrzeni korytarzy oraz poczekalni można usłyszeć rozmowy odbywające się w gabinetach.

Klamki w drzwiach posiadają zaokrąglony kształt w formie litery „C” oraz zostały zamontowane na poprawnej wysokości. Klamki nie wyróżniają się kolorystycznie w stosunku do barwy skrzydeł drzwiowych. Klamki posiadają część chwytną o długości nie mniejszej niż 10 cm. Nie zaobserwowano żadnych zmian poziomów ani progów w świetle przejścia drzwi. Przed drzwiami otwierającymi do wewnątrz pomieszczeń zachowano przestrzeń manewrową 150x150 cm. Przed drzwiami otwierającymi się na zewnątrz pomieszczeń brak możliwości zachowania odpowiedniej przestrzeni manewrowej, co wynika z szerokości korytarza. Nie wszędzie zapewniono przestrzeń manewrową obok drzwi po stronie klamki o wymiarach 90x90 cm.

Drzwi do pomieszczeń nie są przezierne. Wszystkie drzwi są opatrzone tabliczkami informującymi o funkcji danego pomieszczenia, które znajdują się na ścianie ([Zdjęcie 85](#)). Brak informacji w alfabecie Braille’a. Przy wejściu do łazienki prawidłowo zastosowano drzwi z kratką umożliwiającą wentylację ([Zdjęcie 87](#)).



Zdjęcie 86 - Drzwi oddzielające korytarz



Zdjęcie 87 - Drzwi do pomieszczenia toalety

Drzwi oddzielające korytarz nie wyróżniają się kolorystycznie na tle ścian ([Zdjęcie 86](#)). Drzwi są częściowo przeszklone i nie zostały oznaczone pasami kontrastującymi (poziomymi) co może utrudniać korzystanie osobom z niepełnosprawnością wzroku. Klamka w drzwiach posiada zaokrąglony kształt oraz została zamontowana na poprawnej wysokości. Klamka wyróżnia się kolorystycznie w stosunku do barwy skrzydeł drzwiowych. Klamka posiada część chwytną o długości nie mniejszej niż 10 cm. Nie zaobserwowano żadnych zmian poziomów ani progów w świetle przejścia drzwi. Przed drzwiami zachowano przestrzeń manewrową, która jest ograniczona zakresem otwierania drzwi wewnętrznych. Nie zapewniono przestrzeni manewrowej obok drzwi po stronie klamki o wymiarach 90x90 cm oraz brak mechanizmu otwierającego.

W pomieszczeniach gabinetów okna nie zostały wyposażone w żaluzje wewnętrzne, umożliwiające kontrolę dopływu światła dziennego. Na tafli okien zastosowano nadruk mleczny o ograniczonej przezierności.

Rekomendacje:

Drzwi powinny wyróżniać się w sposób kontrastowy względem koloru ścian ($LRV > 30$). Kontrast ten można uzyskać poprzez podkreślenie ościeżnicy drzwi lub całego zestawu drzwiowego. Zaleca się zastosowanie kontrastowego oznaczenia ramy przy drzwiach oddzielających korytarz (na przykład za pomocą taśm).

Przy drzwiach oddzielających korytarz część przeszkloną należy skontrastować 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.

Drzwi należy oznaczyć napisem na ścianie oraz informacją w alfabecie Braille'a. Numer gabinetu powinien znajdować się na drzwiach na wysokości od 130 cm do 165 cm.

Należy zapewnić drzwi do pomieszczenia o akustyce R_w minimum 35 dB. Dla pomieszczeń, które tego wymagają należy wyposażyć je w zamek pozwalający na ich zablokowanie od wewnątrz, a w razie awarii – otwarcie przez obsługę od zewnątrz.

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

14. POZ- pomieszczenia i wyposażenie wnętrz

14.1. Ogólne informacje

W większości pomieszczeń zapewniono przestrzeń manewrową o wymiarach 150x150 cm. Włączniki światła zlokalizowano powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.

Posadzki są antypoślizgowe i równe. Posadzki zostały wykończone w odcieniach ciemniejszych od ścian. W placówce stosuje się jednolity dobór wykończenia posadzki. Wykończenia ścian są jasne oraz gładkie.

Oświetlenie pomieszczeń jest równomierne i nie powoduje olśnienia. Pomieszczenia są dobrze doświetlone światłem dziennym.

W obiekcie nie zaobserwowano elementów, które mogą działać jako bariera lub powodować zagrożenie dla użytkowników.

Zapewniono prostą aranżację pomieszczeń oraz prosty i czytelny układ wyposażenia. W większości pomieszczeń zapewniono szerokość przejścia między meblami wynoszącą nie mniej niż 90 cm.

GABINETY LEKARSKIE:

Kozetki nie umożliwiają regulacji wysokości. Placówka nie posiada podnośnika pacjenta. Wszystkie gabinety są odpowiednio doświetlone.

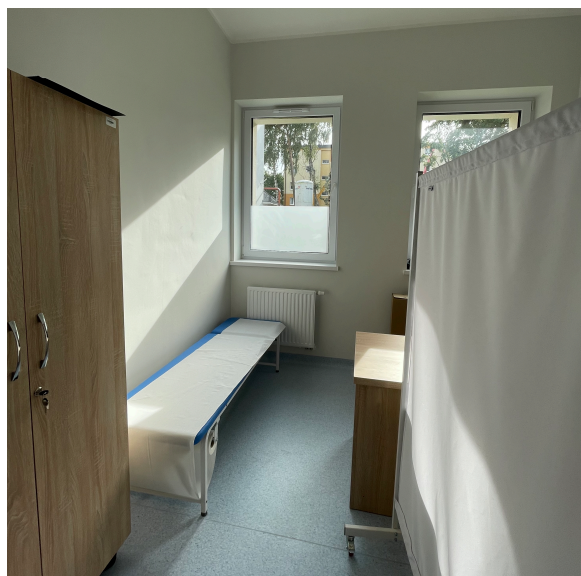
. Drzwi nie zostały zaizolowane akustycznie (wygłuszone). W przestrzeni korytarzy oraz poczekalni można usłyszeć rozmowy odbywające się w gabinetach. Dodatkowo w pomieszczeniu gabinetu występuje pogłos utrudniający komunikację.

Nie we wszystkich gabinetach lekarskich zapewniono dostęp na kozetkę z dwóch stron oraz odpowiednią przestrzeń manewrową wzdłuż dłuższego boku kozetki (150x90 cm). Nie we wszystkich wypadkach zapewniono dostęp z trzech stron do foteli zabiegowych. Sprzęty medyczne posiadają ograniczony dostęp. 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. Brak miejsca na odkładanie sprzętu rehabilitacyjnego.

W pomieszczeniach gabinetów okna nie zostały wyposażone w żaluzje wewnętrzne, umożliwiające kontrolę dopływu światła dziennego. Na tafli okien zastosowano nadruk mleczny o ograniczonej przezierności.



Zdjęcie 88 - Gabinet lekarski



Zdjęcie 89 - Gabinet lekarski

Rekomendacje:

W gabinecie lekarskim musi być zapewniona przestrzeń manewrowa wolna od przeszkód nie mniejsza niż 150 cm na 150 cm. Zaleca się zmienić lokalizację elementów zawężających przejście oraz wchodzących w obszar strefy manewrowej przy kozetce. Należy przewidzieć dostęp do kozetki z dwóch stron oraz wolną przestrzeń manewrową wzdłuż dłuższego boku na długości minimum 150 cm i szerokości 90 cm.

Do dyspozycji pacjentów zaleca się wyposażać gabinet w krzesła z podłokietnikami oraz wyprofilowanym oparciem. Rekomenduje się wyposażać gabinety lekarskie w kozetki o regulowanej wysokości oraz podnośnik sufitowy lub podłogowy o udźwigu 150 kg.

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 należy zachować niezabudowaną przestrzeń szer. min. 80 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.

W pomieszczeniach nie może występować zjawisko pogłosu. Należy uzupełnić wyposażenie lub zmienić wykończenia nawierzchni w pomieszczeniu, aby wyeliminować trudności komunikacyjne związane z pogłosem. Dodatkowo konieczne jest zaizolowanie akustyczne lub wymiana drzwi. Należy zapewnić drzwi do pomieszczenia o akustyce R_w minimum 35 dB. Rozmowy z pacjentem nie mogą być słyszalne w poczekalni.

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, umożliwiające 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.

14.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

Przychodnia posiada dwa pomieszczenia higieniczno-sanitarne przeznaczone dla pacjentów. Pierwsza toaleta jest damsko-męska i posiada przedsionek z umywalką oraz jedną kabinę z miską ustępową (Zdjęcie 90) (Zdjęcie 91). Druga toaleta przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (bez przedsionka, dostępna bezpośrednio z komunikacji wewnętrznej). Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdują się w sąsiedztwie punktu rejestracji oraz strefy oczekiwania. Na trasie dojścia do toalet mieści się przeszkoda w postaci siedzisk przynależnych do strefy oczekiwania, które zawężają przejście oraz przestrzeń manewrową przy drzwiach do toalet.



Zdjęcie 90 - Przedsionek w toalecie damsko-męskiej



Zdjęcie 91 - Toaleta damsko-męska

Toalety oraz ich wyposażenie są w bardzo dobrym stanie technicznym. Dobrze widoczny jest kontrast pomiędzy materiałami wykończeniowymi ścian w stosunku do materiału posadzki ([Zdjęcie 90](#)). Zastosowano spójne oraz jednolite materiały wykończeniowe. Posadzka podłogi posiada wzór drewna. Ściany oraz podłogi w postaci płytek są antypoślizgowe, łatwe w utrzymaniu. Zapewniono zmywalną powierzchnię ścian do wysokości obowiązujących 2 metrów. Podłogi są równe oraz antypoślizgowe. Powierzchnie ścian nie są matowe w związku z czym powodują nieznaczne odbicia światła ([Zdjęcie 91](#)).

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne są odpowiednio doświetlone, wyposażone w oświetlenie punktowe nad umywalką. Światło ogólne załącza się przy pomocy czujki ruchu, natomiast światło nad umywalką załącza się ręcznie. Włączniki światła zamontowane są powyżej 110 cm.

W drzwiach do toalet oraz do kabiny wewnętrznej zastosowano samozamykacz.

W przychodni nie wydzielono osobnego pomieszczenia do karmienia i przewijania dzieci oraz osób dorosłych.

TOALETA PRZYSTOSOWANA DO POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

W pomieszczeniu zapewniono odpowiednich wymiarów przestrzeń manewrową (150x150cm).

Toaleta wyposażona jest w dostępną miskę ustępową o odpowiednich wymiarach ([Zdjęcie 92](#)). Miska ustępowa znajduje się w odpowiedniej odległości od ściany. Przycisk spłuczki na prawidłowej wysokości. Toaletę wyposażono w dwa pochwyty. Jeden uchylny mieszczący się pomiędzy umywalką, a miską WC, drugi stały, skośny przy misce WC. Od strony pochwyty uchylnego, gdzie przewidziany jest transfer na miskę ustępową, nie zapewniono przestrzeni manewrowej o minimalnych wymiarach 90x150 cm. Nie ma możliwości transferu boczego, zapewniony został transfer przedni. Pochwyty zamontowane na prawidłowej wysokości, są za krótkie. Pochwyty uchylne zlokalizowane w zbyt dużej odległości od osi muszli WC oraz nie wystaje na 10-15 cm przed jej przednią krawędź. Podajnik na papier toaletowy znajduje w bliskiej odległości od miski ustępowej.



Zdjęcie 92 - Toaleta przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami



Zdjęcie 93 - Toaleta przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Zastosowano umywalkę o prawidłowych wymiarach, o dobrze wyprofilowanym kształcie oraz umożliwiającą podjazd osobie na wózku. Umywalka została wyposażona w jeden pochwyty uchylny, wspólny dla miski WC, który wystaje 10-15 cm przed przednią krawędź umywalki. Pochwyty mieści się zbyt blisko umywalki. Zainstalowano baterię uruchamianą ręcznie, wyposażoną w dźwignię. Zastosowano lustro uchylne. Podajnik na ręczniki papierowe oraz mydło mieszczą się w bezpośredniej bliskości umywalki oraz zamontowane są na prawidłowej wysokości. Dozownik mydła nie jest uruchamiany za pomocą fotokomórki. Przestrzeń przed umywalką nie posiada minimalnych wymiarów 150x150 cm. Strefę manewru dodatkowo ograniczają znajdujący się pod umywalką kosz na odpady oraz skrzynka na bezpłatne środki menstruacyjne (Zdjęcie 92).

Toaleta nie jest wyposażona w system sygnalizacji alarmowej przywołującej pomoc.

Brak dodatkowych uchwytów na odłożenie sprzętu rehabilitacyjnego (np. kul lub laski).

Rekomendacje:

Należy zmienić lokalizację obiektów zawężających przestrzeń manewrową przy umywalce takich jak kosz na odpady oraz skrzynka na bezpłatne środki menstruacyjne. Krawędzie skrzynki należy konserwowo oznaczyć oraz zabezpieczyć narożniki.

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). Poręcze powinny wystawać od 10 cm do 15 cm przed miskę ustępową.

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.

Rekomenduje się, aby bateria umywalkowa uruchamiana była na fotokomórkę lub za pomocą baterii z mieszaczem z wydłużoną wylewką.

Toalety należy wyposażyć 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.

15. POZ- ochrona przeciwpożarowa/ewakuacja

Placówka posiada dwa wyjście ewakuacyjne, z czego jedno jest wejściem głównym do przychodni przeznaczonym dla pacjentów. Droga dojścia do drugiego wyjście ewakuacyjne została zastawiona przez kosze na odpady ([Zdjęcie 94](#)).



Zdjęcie 94 - Droga ewakuacyjna zastawiona koszami na odpady



Zdjęcie 95 Instrukcja przeciwpożarowa

Drogi ewakuacyjne pozbawione są progów. W obiekcie rozmieszczono znaki ewakuacyjne wskazujące kierunek drogi ewakuacyjnej. Sposób rozmieszczenia jest

czytelny. Zastosowano lampy ewakuacyjne. Został zapewniony akustyczny system powiadamiania alarmowego.

W strefie placówki dostępnej dla pacjentów zaobserwowano odpowiednio oznakowane gaśnice. W obszarze obiektu dostępnego dla pacjentów znajduje się instrukcja przeciwpożarowa ([Zdjęcie 95](#)). Przyciski alarmu zostały umieszczone powyżej 110 cm.

Rekomendacje:

Należy 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.

16. POZ- system nawigacji i informacji

16.1. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej

W placówce brak informacji w formie wizualnej.

Rekomendacje:

W pobliżu wejścia głównego należy umieścić ogólny/uproszczony wizualny plan przychodni z zaznaczeniem punktu „tu jesteś”. Plan musi zawierać informacje o numerach oraz przeznaczeniu danych pomieszczeń w przychodni. Materiał, z którego

wykonana jest tablica informacyjna powinien być matowy i nie odbijać światła. Dobrą praktyką jest zastosowanie druku wypukłego.

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

Brak informacji o rozkładzie pomieszczeń w formie dotykowej czy głosowej.

Rekomendacje:

Placówka przychodni 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. Możliwe jest także zamieszczenie informacji głosowej o rozkładzie pomieszczeń w postaci pliku audio na stronie placówki.

Z uwagi na niewielką skalę placówki oraz prosty układ funkcjonalny nie ma konieczności zastosowania planu tyflograficznego. Wystarczy informacja udzielana przez przeszkolonego w tym zakresie pracownika.

16.3. Fakturowe oznaczenia nawierzchni

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

Rekomendacje:

Z uwagi na niewielką skalę placówki oraz prosty układ funkcjonalny nie ma konieczności wprowadzenia faktur naprowadzających na posadzkach wewnątrz przychodni.

16.4. Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne

Przychodnia nie jest wyposażona w pętle indukcyjne ani pomoce optyczne.

Rekomendacje:

Zaleca się zakup mobilnej pętli indukcyjnej, którą będzie można wykorzystywać w gabinetach lekarskich oraz jednej pętli indukcyjnej na stałe umieszczonej na wyposażeniu punktu rejestracji. Zaleca się wyposażenie rejestracji w pomoce optyczne.

16.5. 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 kuracjuszy korzystających z pomocy psa asystującego.

ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY

17. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy- strefa wejściowa

17.1. Wejście do budynku oraz drzwi wejściowe



Zdjęcie 96 - Wejście na zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

Oddział znajduje się w budynku w przestrzeni wysokiego parteru. Dostęp do niego prowadzi poprzez windę oraz klatkę schodową i korytarze sanatorium. Nie stwierdzono oznakowania prowadzącego na oddział po wejściu do budynku wejściem głównym. Po wejściu na oddział brak informacji o rozkładzie pomieszczeń. Wejście na oddział zostało opatrzone nazwą placówki znajdująca się na tablicy informacyjnej nad drzwiami wejściowymi (Zdjęcie 96). Tablica znajduje się na wysokości do odczytywania z daleka, zastosowano prostą czcionkę o odpowiednim kontraście względem tła.

Wejścia na oddział w postaci drzwi dwuskrzydłowych (Zdjęcie 96). Drzwi wejściowe posiadają odpowiednią szerokość w świetle ościeżnic. Drzwi wyposażone są w klamkę w formie litery „C” o zaoblonym kształcie zamontowaną na prawidłowej wysokości. Po stronie klamki zachowano powierzchnię manewrową, drzwi są osadzone

na równi ze ścianą. Przed drzwiami zapewniono dogodną przestrzeń manewrową. Rama drzwiowa posiada przeszkloną płaszczyznę, która nie została odpowiednio oznaczona kontrastowymi pasami. W świetle przejścia drzwi wejściowych nie zaobserwowano zmian poziomu. Drzwi wyróżniają się kolorystycznie na tle elewacji budynku, ale kontrast jest niski.

Rekomendacje:

Należy zapewnić informację kierunkową naprowadzającą na oddział z przestrzeni wejścia głównego do budynku, aż do drzwi wejściowych zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Wszystkie wejścia na oddział 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 ścian.

Część przeszklona drzwi wejściowych powinna zostać kontrastowo oznaczona za pomocą 2 pasów o szerokości 10 cm umieszczonych na wysokości od 90 cm do 100 cm oraz od 130 cm do 140 cm.

Ułatwieniem, głównie dla osób poruszających się na wózku, jest możliwość otworzenia drzwi za pomocą przycisku. Przycisk ten należy usytuować 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 czujnika ruchu.

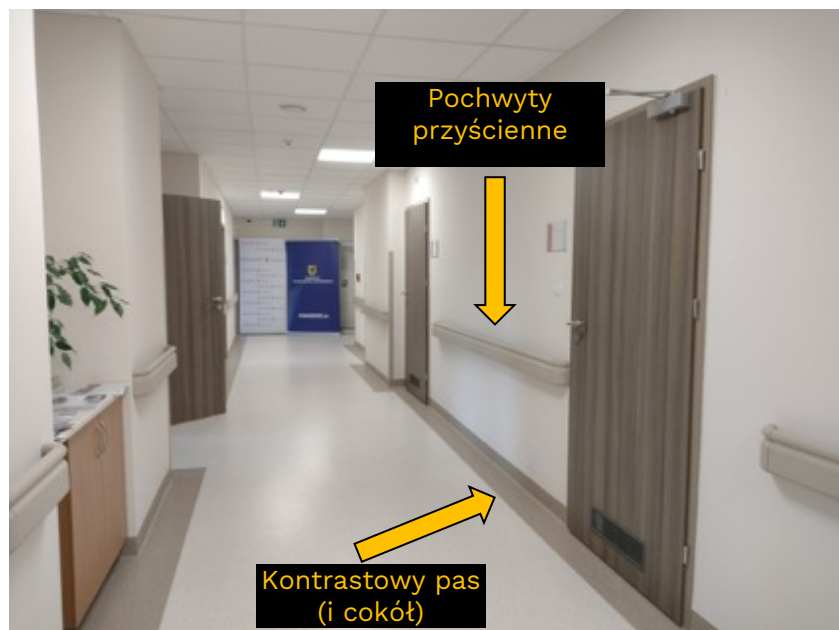
18. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy - komunikacja pozioma w budynku

18.1. Komunikacja pozioma

Oddział posiada czytelny układ poziomych dróg komunikacyjnych oraz zrozumiały rozkład pomieszczeń. Zachowano ciągłość układu komunikacyjnego. Przestrzeń oddziału kończy się drzwiami oddzielającymi, za którymi znajduje się część sanatoryjna obiektu, co nie zostało w żaden sposób zakomunikowane i wydzielone.

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 są dostępne dla osoby poruszającej się na wózku.

Wysokość sufitu spełnia minimalne wymagania, nie występują znaczące obniżenia sufitu.



Zdjęcie 97 Korytarz (źródło: <https://szpital.slupsk.pl/oddzialy/zaklad-pielegnacyjno-opiekunczy/>)



Zdjęcie 98 - Zaciemniona przestrzeń korytarza

Przestrzeń korytarzy pozostaje wolna od przeszkód. Na wyposażeniu znajdują się wieszaki na odzież wierzchnią, które zostały zastawione przez inne elementy wyposażenia (Zdjęcie 98). Wieszaki nie mieszczą się na dwóch wysokościach, przez co nie są dostępne dla osób poruszających się na wózku.

Włączniki światła znajdują się na wysokości powyżej 110 cm, co może utrudniać korzystanie z urządzeń osobom ze szczególnymi potrzebami.

Wzdłuż korytarzy zamontowano pochyty przyścienne na dwóch przeciwległych ścianach (Zdjęcie 97). Pochwyty górne na wysokości ok. 90 cm. Pochwyty nie są skonstruowane z kolorem ścian (kontrast jest niski). Pochwyty nie posiadają zaokrąglonego przekroju. Miejscami pochyty są zastawione elementami wyposażenia (np. kanapą) (Zdjęcie 98).

Na oddziale nie zastosowano informacji kierunkowej. Wszystkie drzwi posiadają oznaczenie pomieszczeń w postaci tabliczek znajdujących się przy drzwiach do pomieszczeń. Niektóre tabliczki nie posiadają treści. Identyfikacja wizualna jest spójna

i czytelna. Tabliczki informacyjne umieszczone są na odpowiedniej wysokości. Zastosowano prostą czcionkę (bezszerzyfową) o odpowiednim kontraście względem tła. Nie występują fakturowe oznaczenia, brak informacji w alfabecie Braille’a.

Posadzka w korytarzu jest równa oraz antypoślizgowa. Posadzka odporna na okształcenia, matowa, nie powoduje olśnienia. Nie występują różnice poziomów. Brak pojedynczych stopni na długości korytarza. Posadzka posiada kontrastowy cokół ([Zdjęcie 97](#)), kolor cokołu przechodzi częściowo na posadzkę tworząc obramowanie wzdłuż obwodu podłogi, co pozwala na oddzielenie wizualne powierzchni podłóg od ścian. Na oddziale zastosowano pasy ochronne na ścianach korytarza. Pasy są skontrastowane kolorystycznie względem ścian.

Oprawy świetlne rozmieszczone są w równych odległościach. Światło jest rozporoszone i równomierne. W dniu wizji lokalnej część opraw była wyłączona, przez co występowały miejsca zacienione ([Zdjęcie 98](#)).

Rekomendacje:

Drzwi oddzielające przestrzeń zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego od przestrzeni sanatorium powinny zostać opatrzone informacją o przejściu do innej strefy.

Szerokość korytarzy w placówce musi wynosić minimum 220 cm. Należy zmienić lokalizację elementów ruchomych zawężające światło przejścia w ciągu komunikacji wewnętrznej.

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 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).

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.

Zaleca się zastosowanie wieszaków na odzież wierzchnią, które umożliwiłyby obsługę z poziomu osób poruszających się na wózku (około 110 cm).

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.

Przestrzeń korytarza powinna zostać odpowiednio oświetlone, o każdej porze dnia.

18.2. Drzwi wewnętrzne i okna

Drzwi wewnętrzne są spójne pod względem rodzaju oraz koloru wykończenia ([Zdjęcie 99](#)).

Drzwi do pomieszczeń są kontrastowe w stosunku do ścian korytarza ([Zdjęcie 99](#)). 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”. Klamki posiadają niski kontrast kolorystyczny 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 (Zdjęcie 100). Brak informacji w alfabecie Braille'a.



Zdjęcie 99 - Drzwi wewnętrzne



Zdjęcie 100 - Tabliczki przy drzwiach do pomieszczeń

W pomieszczenia wyposażono w żaluzje wewnętrzne, umożliwiające kontrolę dopływu światła dziennego.

Rekomendacje:

Wszystkie drzwi (również do pomieszczeń technicznych) 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 ($LRV > 30$). Należy zapewnić drzwi do

pomieszczenia o akustyce R_w minimum 35 dB. Drzwi wyposażone w zamek pozwalające na ich zablokowanie od wewnątrz, w razie awarii muszą posiadać możliwość otwarcia przez obsługę od zewnątrz. Drzwi wykonane z przezroczystych materiałów, np. szkła, należy skonstruować 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. Dobrą praktyką jest zastosowanie ochrony dolnej skrzydła drzwiowego dla drzwi często użytkownych pomieszczeń.

19. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy - pomieszczenia i wyposażenie wnętrza

19.1. Ogólne informacje

W większości pomieszczeń zapewniono przestrzeń manewrową o wymiarach 150x150 cm. W większości pomieszczeń zapewniono szerokość przejścia między meblami wynoszącą nie mniej niż 90 cm.

Posadzka jest antypoślizgowa i równa, nie powoduje odbicia światła. Oświetlenie pomieszczeń jest równomierne i nie powoduje olśnienia. W dniu wizji lokalnej nie wszystkie oprawy oświetleniowe były włączone. Okna wyposażone w klamkę oraz w elementy zacieniające – rolety.

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

Zapewniono prostą aranżację pomieszczeń oraz prosty i czytelny układ wyposażenia.

SALE PACJENTÓW:

Dostęp do sal dla pacjentów możliwy jest z wnętrza korytarza lub bezpośrednio z korytarza. W okolicy sal zlokalizowano toalety z prysznicami dedykowane dla pacjentów.

W niektórych przypadkach powierzchnie sal dla pacjentów są niewystarczające – nie zachowano przestrzeni manewrowej o powierzchni 220x220 cm.

Do łóżek został zapewniony dostęp z trzech stron oraz odpowiednia przestrzeń manewrowa wzdłuż dłuższego boku łóżka (150x90 cm). W salach przeznaczonych dla

pacjentów wyposażono łózka w podnośniki. Pokoje chorych wyposażono w urządzenia do przywoływania pomocy ([Zdjęcie 102](#)). Przyciski umieszczone na ścianie znajdują się za wysoko oraz nie są skonstrastowane kolorystycznie względem koloru ścian ([Zdjęcie 101](#)).



Zdjęcie 101 – Przyciski powiadamiania alarmowego



Zdjęcie 102 - Powiadamianie alarmowe

POMIESZCZENIA SEKRETARIATU I KIEROWNIKA ZAKŁADU

W pomieszczeniach obsługi zapewniona została odpowiednia przestrzeń manewrowa.

Pomieszczenia wyposażone w biurka i meble nieumożliwiające podjechanie wózkiem- brak odpowiedniego podcięcia pod blatem.

SALE SPOTKAŃ/ANEKSY KUCHENNE:



Zdjęcie 103 - Sala spotkań

Zdjęcie 104 - Sala spotkań (źródło: <https://szpital.slupsk.pl/oddzialy/zaklad-pielegnacyjno-opiekunczy/>)

W przestrzeni zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczym wydzielono pomieszczenia spotkań oraz pokój socjalny dla pacjentów. Zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową, przejścia pomiędzy stolikami są prawidłowe. Stoliki umożliwiają podjazd osobie na wózku na głębokość 60 cm i szerokość 80 cm. Pomieszczenia wyposażono w siedziska z podłokietnikami. Wykończenie podłogi oraz ścian nie jest kontrastujące. Do tego zlewa się z wyposażeniem pomieszczeń.

Rekomendacje:

Wszystkie przestrzenie powinny zostać odpowiednio oświetlone, o każdej porze dnia. Włączniki światła powinny znajdować się na wysokości 80-110 cm od podłogi.

Linka do wzywania pomocy powinna znajdować się 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. Linka oraz inne elementy do wzywania pomocy powinny być dobrze widoczne; odpowiednio skonstrastowane względem tła. Przyciski do wzywania pomocy należy umieścić na wysokości 80-110 cm od podłogi.

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.

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.

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 $E \geq 500$ lx.

Okna muszą być wyposażone w klamkę na wysokości od 80 cm do 110 cm, umożliwiające ich otwieranie/zamykanie. W przypadku silnego doświetlenia pomieszczenia przez słońce okna muszą zawierać elementy zacieniające – rolety lub żaluzje. W pomieszczeniu należy zapewnić wentylację grawitacyjną/mechaniczną min. 1,5 m³/h na każdy metr sześcienny kubatury pomieszczenia.

POMIESZCZENIA SEKRETARIATU I KIEROWNIKA ZAKŁADU

Należy zapewnić miejsce obsługi pacjenta/klienta dostępne dla osób poruszających się na wózku. Biurka powinny posiadać blat o wysokości 70-75 cm, szerokość blatu min. 90 cm, głębokość min. 60 cm. Należy zapewnić możliwość podjechania pod biurko na głębokość min. 60 cm, wys. 70 cm. Pod blatem roboczym należy zachować niezabudowaną przestrzeń szer. min. 80 cm. Siedziska powinny być wyposażone w podłokietnik ułatwiający wstawanie. Wysokość siedziska powinna wynosić od 42-48 cm, głębokość siedziska min. 50 cm. W sąsiedztwie siedziska powinno znaleźć się miejsce do odłożenia sprzętu rehabilitacyjnego.

19.2. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

W pomieszczeniach toalet zastosowano powierzchnie zmywalne i odporne na działanie wilgoci do wysokości minimum 2 m. Posadzka jest antypoślizgowa, równa, nie powodująca olśnienia ([Zdjęcie 105](#)). Zapewniono odpowiedni kontrast kolorystyczny pomiędzy powierzchniami ścian i posadzek ([Zdjęcie 106](#)). Na wyposażeniu brak haczyków zamontowanych na dwóch wysokościach.



Zdjęcie 105 - Toaleta dla osób z niepełnosprawnościami, wykończenie powierzchni



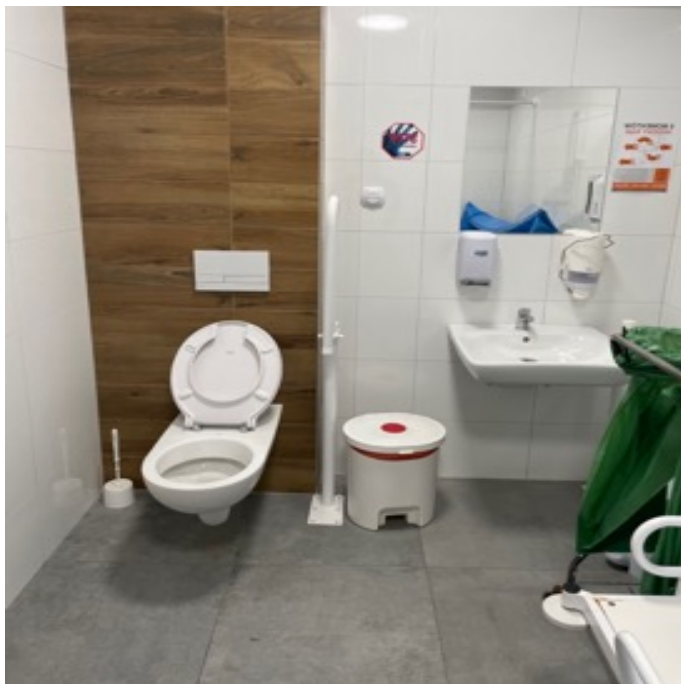
Zdjęcie 106 - Toaleta dla osób z niepełnosprawnościami, wykończenie powierzchni

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami spełniają parametry użytkowe.

W łazienkach przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami zastosowano umywalki prawidłowych wymiarów, o dobrze wyprofilowanym kształcie oraz umożliwiające podjazd osobie na wózku. Umywalki zostały wyposażone w jednostronny pochwyty, który wystaje 10-15 cm przed przednią krawędź umywalki. Pochwyty uchylne. Dla dostępnej kabiny zastosowano wspólny pochwyty dla miski WC oraz umywalki ([Zdjęcie 107](#)). W niektórych przypadkach pochwyty mieści się za daleko od umywalki lub od miski WC. Zainstalowano baterię uruchamianą ręcznie, wyposażoną w dźwignię, bez wydłużonej wylewki. W większości toalet zastosowano lustro stałe. W miejscach, gdzie zamontowano lustro wpuszczane w wykończenie ściany jest ono umiejscowione za wysoko. Podajniki na ręczniki papierowe zamontowane w prawidłowej lokalizacji, jednak za wysoko ([Zdjęcie 108](#)). Dozownik mydła i płynu antybakteryjnego mieszczą się w bezpośredniej bliskości umywalki oraz zamontowane są na prawidłowej wysokości. Urządzenia nie są uruchamiane za pomocą fotokomórki.



Zdjęcie 107 - Pochwyty w toalecie dla osób z niepełnosprawnościami



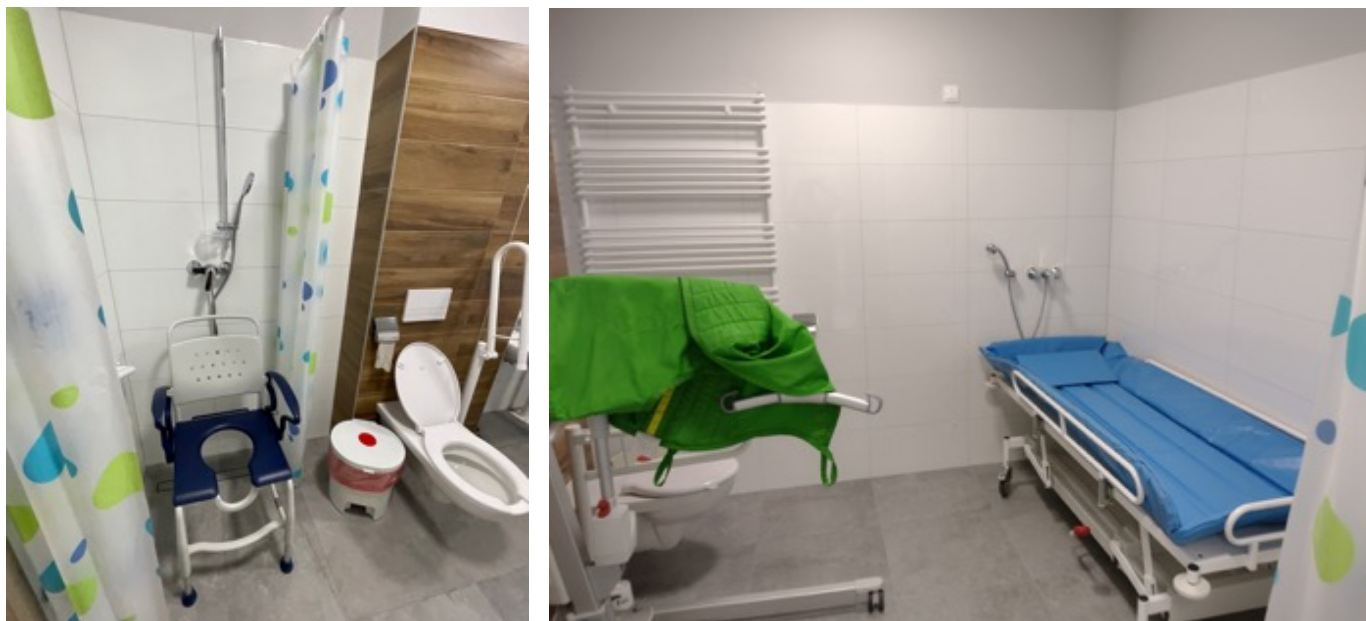
Zdjęcie 108 - Umywalka w toalecie dla osób z niepełnosprawnościami

Na wyposażeniu dostępnych łazienek znajduje się miska ustępowa o prawidłowych wymiarach, zamontowana na odpowiedniej wysokości. Miska ustępowa znajduje się w odpowiedniej odległości od ściany. Przycisk spłuczki na prawidłowej wysokości. Niektóre miski WC wyposażono w jednostronny, uchylny pochwyt. W większości toalet przewidziano przestrzeń manewrową o minimalnych wymiarach 150x150 cm. W większości wypadków zapewniony jest transfer przedni. Pochwyty zamontowane na prawidłowej wysokości, są za krótkie. Pochwyty uchylne nie wystają na 10-15 cm przed przednią krawędź miski WC. W większości przypadków poręcz jednostronna. Podajniki na papier toaletowy znajdują w zbyt dużej odległości od miski ustępowej. W części toalet przestrzeń manewrowa jest ograniczona przez elementy wyposażenia takie jak kosz na odpady.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie zostały wyposażone w podstawki/podnóżki.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk posiadają przestrzeń prysznica zlokalizowaną w poziomie posadzki ([Zdjęcie 109](#)). Brak progów. Zachowano przestrzeń manewrową przed niecką prysznicową. W jednej z łazienek w obrębie natrysku znajduje się wolnostojące krzesło pomocnicze do kąpieli. Krzesło posiada oparcie i podłokietniki. Siedzisko o prawidłowych wymiarach, zlokalizowane na odpowiedniej wysokości. W przestrzeni prysznica zamontowano jeden pochwyt.

Słuchawka prysznicowa jest wyposażona w giętki wąż. Bateria z termostatem oraz słuchawka znajduje się za wysoko (powyżej 90 cm). Część łazienek została wyposażona w łóżko do mycia osób w pozycji leżącej oraz z podnośniki (Zdjęcie 110).



Zdjęcie 109 – Natrysk w toalecie dla osób z niepełnosprawnościami

*Zdjęcie 110- Wyposażenie toalet dla osób z niepełnosprawnościami
(źródło: <https://szpital.slupsk.pl/oddzialy/zaklad-pielegnacyjno-opiekunczy/>)*

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

Większości pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami jest wyposażona w urządzenia alarmowe w postaci linki do wzywania pomocy oraz przycisków alarmowych. Przyciski zamontowane są na niedostępnej wysokości. Linki do wzywania pomocy zlewają się z wykończeniem ścian (nie są odpowiednio skontrastowane kolorystycznie).

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 laski lub kul, krzesetko do bezpiecznego „unieruchomienia” dziecka,

przewijak do przewijania dzieci, komfortka. Część łazienek została wyposażona w łózka do mycia osób w pozycji leżącej.

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

Rekomendacje:

Co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne na piętro 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.

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.

Drzwi do pomieszczeń 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.

Z obu stron miski ustępowej 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 pochwyty 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.

Rekomenduje się zastosowanie pochwyty ściennych przy misce WC we wszystkich toaletach, nie tylko w toaletach przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami. Wystarczy jeden pochwyty przy misce ustępowej, który ułatwi wstawanie z toalety.

Dobrą praktyką jest zapewnienie transferu boczny, przynajmniej z jednej strony miski ustępowej, o szerokości min. 90 cm. Przy dostępie do miski tylko

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.

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

Przestrzeń manewrowa przed umywalką musi mieć wymiary 150 cm na 150 cm. Umywalkę zaleca się wyposażać w przynajmniej jeden pochwyty ścienny. Lustro nad umywalką 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.

Natrysk wyposażony w baterię z termostatem oraz słuchawka znajdujące się nieprawidłowej wysokości (powyżej 90 cm). 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.

W pomieszczeniach zapewniających możliwość mycia osób leżących minimalna powierzchnia manewrowa przed nieką prysznicową musi mieć wymiary 220 cm na 220 cm. Zaleca się uporządkowanie przestrzeni przed nieką prysznicową. Należy zmienić lokalizacje elementów ruchomych wchodzących w przestrzeń manewrową. 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.

Podajnik na mydło i ręczniki papierowe oraz inne elementy uzupełniające powinny mieć możliwość obsługi jedną ręką bez konieczności ściskania czy skręcania elementów.

Linka do wzywania pomocy powinna znajdować się 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. Linka oraz inne elementy do wzywania pomocy powinny być dobrze widoczne; odpowiednio skontrastowane względem tła. Przyciski do wzywania pomocy należy umieścić na wysokości 80-110 cm od podłogi.

Rekomenduje się wyposażenie toalet w haczyki pozwalające odłożyć kule, laskę.

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 prostopadłe do kierunku poruszania się. Wszystkie odpływy wody z posadzki oraz kratki podłogowe należy zamontować poza przestrzenią manewrową wózka (nie licząc odpływu w przestrzeni natrysku).

20. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy - system nawigacji i informacji

20.1. Informacja o rozkładzie pomieszczeń w formie wizualnej

W strefie głównego wejścia do budynku oraz przed samymi drzewami wejściowymi na oddział brak tablicy informacyjnej przedstawiającej układ pomieszczeń zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego.

Rekomendacje:

W pobliżu wejścia głównego oraz zaraz przed drzwiami wejściowymi na oddział należy umieścić ogólny/uproszczony wizualny plan sanatorium z zaznaczeniem punktem „tu jesteś”. Plan musi zawierać informacje o numerach oraz przeznaczeniu danych pomieszczeń w obiekcie. Materiał, z którego wykonana jest tablica informacyjna powinien być matowy i nie odbijać światła. Tablice informacyjne powinna posiadać duże litery oraz czytelny i przejrzysty układ treści. Czcionka powinna być prosta, bezszeryfowa w kolorze kontrastującym z tłem. Dobrą praktyką jest zastosowanie druku wypukłego.

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

Brak informacji o rozkładzie pomieszczeń w formie dotykowej czy głosowej.

Rekomendacje:

Placówka zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego 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. Możliwe jest także zamieszczenie informacji głosowej o rozkładzie pomieszczeń w postaci pliku audio na stronie placówki.

Z uwagi na niewielką skalę placówki oraz prosty układ funkcjonalny nie ma konieczności zastosowania planu tyflograficznego. Wystarczy informacja udzielana przez przeszkolonego w tym zakresie pracownika, lub umieszczenie kodu QR z informacją przed wejściem na oddział.

20.3. Fakturowe oznaczenia nawierzchni

Wewnątrz placówki nie zaobserwowano fakturowych oznaczeń nawierzchni w postaci linii naprowadzających czy pól uwagi.

Rekomendacje:

Z uwagi na niewielką skalę placówki oraz prosty układ funkcjonalny nie ma konieczności wprowadzenie faktur naprowadzających na posadzkach wewnątrz oddziału.

20.4. Pętla indukcyjna oraz pomoce optyczne

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy nie jest wyposażona w pętle indukcyjne ani pomoce optyczne.

Rekomendacje:

Zaleca się zakup pętli indukcyjnej, która na stałe będzie umieszczona na wyposażeniu sekretariatu.

20.5. 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 kuracjuszy korzystających z pomocy psa asystującego.

Szpital w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej wdrożył rozwiązania wspierające obsługę pacjenta z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się jak, np. kontakt telefoniczny, asystent 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. Dodatkowo zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej placówki zapewnia się informację na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy, w postaci tablic informacyjnych i portiera. W dniu przeprowadzania audytu stwierdzono brak poszczególnych 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.

W obiekcie wdrożono system identyfikacji wizualnej. Zastosowano naprowadzenia na podłódze, oznaczenia drzwi, tabliczki informacyjne, znak informacyjny kierunkowej, a także pochwyty ściennie. Założenie zostało konsekwentnie oraz spójnie zrealizowane, dzięki czemu usprawnia orientację w budynku.

W dniu audytu uzyskano informację o braku przeprowadzonych szkoleń podnoszących kompetencje personelu w zakresie świadczeń usług i kontaktu z osobami ze szczególnymi potrzebami. W podmiocie brak przyjętych standardów i procedur w zakresie obsługi klienta, w tym osoby ze szczególnymi potrzebami.

Rekomendacje:

Rekomenduje się zapewnienie dostępności informacyjno-komunikacyjnej w placówce, dzięki której osoby 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/kuracjuszem i dostosowanie formy jej przekazu, a także podnoszenie kompetencji personelu w zakresie świadczeń usług i kontaktu z pacjentem/kuracjuszem ze szczególnymi problemami.

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 zrozumiałym 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).

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

21. 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 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, sanatorium oraz na czytelnej tablicy informacyjnej wewnątrz budynku informacje, z których form komunikacji mogą skorzystać pacjenci/kuracjusze 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.

22. 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 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 powinny być wyposażone w pętle indukcyjne. Pętle można zamontować na konkretnym stanowisku do obsługi 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 musi mieć wiedzę i umiejętności, które pozwolą pomóc pacjentowi/kuracjuszowi w wyborze i użytkowaniu urządzenia. Pracownicy powinni mieć wiedzę jak uruchomić urządzenie, nawiązać połączenie z urządzeniem posiadanym przez pacjenta/kuracjusza (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/kuracjuszom należy zapewnić możliwość skorzystania z rozwiązania, które w jego przypadku będzie najskuteczniejsze dla efektywnego porozumiewania się z personelem. 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.

23. 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 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 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.

24. 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.

25. 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 do placówki
- sposoby zgłaszania się osób ze szczególnymi potrzebami do szpitala/sanatorium, POZ i reagowanie na te zgłoszenia
- przygotowanie dokumentów niezbędnych do świadczenia usługi adekwatnych do potrzeb pacjenta
- zapewnienie wsparcia osób trzecich lub personelu 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 czy sanatorium
 - 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 obowiązku 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 i sanatorium należy umieścić dane kontaktowe koordynatora do spraw dostępności (e-mail, nr telefonu służbowego)
- Koordynator do spraw dostępności powinien kontrolować poziom zapewnienia dostępności. W ramach kontroli należy przeprowadzić badanie ankietowe skierowane do pacjentów/kuracjuszy 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 dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- Na stronie internetowej szpitala i sanatorium 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.

26. 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.

27. 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/kuracjusz 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.

28. 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.

29. 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.

Ocenie 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 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. Podmiot otrzymuje zalecenia dotyczące rozwiązań, które wyeliminują lub zminimalizują bariery. W efekcie audytu dostępność w audytowanym obiekcie powinna się zwiększyć.

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

30. 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.

31. Raportowanie o stanie zapewnienia dostępności

Zgodnie z art. 11 ustawy o dostępności podmiot publiczny musi raportować o stanie zapewniania 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 zapewniania 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 zapewniania dostępności.
- Szpital powinien zamieścić raport o stanie zapewniania 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.

32. 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 np. e-rejestracji.
- Rekomenduje się sporządzenie standardu dla oznaczeń informacyjno-komunikacyjnych na oddziale szpitalnym, sanatorium i dla POZ. 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 i punkcie pielęgniarstwie dla sanatorium.
- Rekomenduje się wyposażenie gabinetów lekarskich i zabiegowych w narzędzia komunikacji, takie jak pętla indukcyjna, PJM. Alternatywnie zaleca się zapewnienie możliwości skorzystania z pomocy asystenta osoby ze szczególnymi potrzebami.