



OGÓLNE WYTYCZNE OKREŚLAJĄCE STANDARD DOSTĘPNOŚCI IZBY PRZYJĘĆ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

zał. 1.8 do PFU

„PRZEBUDOWY I MODERNIZACJI ISTNIEJĄCYCH POMIESZCZEŃ IZBY PRZYJĘĆ W CZĘŚCI
A WRAZ Z BUDOWĄ ZADASZENIA NAD WJAZDAMI I WEJŚCIEM ORAZ
W BUDYNKU UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH, PRZY UL. MEDYKÓW 14.”

Spis treści

1	WEJŚCIE DO BUDYNKU I KWESTIE HORYZONTALNE	2
1.1	Dostępna strefa wejścia do budynku	2
1.2	Schody jako element pokonywania różnic wysokości w terenie	4
1.3	Poręcze przychodowe i przy pochylniach	5
1.4	Dostępne wejście do budynku	5
1.5	Automatyka drzwiowa w wejściu do budynku	6
1.6	Dodatkowe elementy wyposażenia w strefie wejściowej do budynku	6
2	REJESTRACJA I INFORMACJA DLA PACJENTÓW	7
2.1	Dostępne punkty rejestracji i informacji dla pacjentów	7
2.2	Poziom dostępności punktów rejestracyjnych i informacyjnych, w tym ich otoczenia i wyposażenia	7
2.3	Dostępne pomieszczenia higieniczno - sanitarne	10
3	CIĄGI KOMUNIKACYJNE	12
3.1	Dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie	13
3.2	Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację poziomą w budynku	13
3.3	Dostępne elementy stolarki drzwiowej i okiennej w strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach	18
3.4	Szpital jest wyposażony w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkowania przez pacjentów	20
3.5	Dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie	26
4	IZBA PRZYJĘĆ	28
5	IZBY PRZYJĘĆ DOSTĘPNE ARCHITEKTONICZNIE DLA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI. DOSTĘPNE WEJŚCIE DO IZBY PRZYJĘĆ	28
5.1	Dostępna przestrzeń wewnętrzna izby przyjęć zgodnie z podstawowymi wymaganiami ogólnoprzestrzennymi	28



1 WEJŚCIE DO BUDYNKU I KWESTIE HORYZONTALNE

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

1.1 Dostępna strefa wejścia do budynku

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

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

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

Dla osób poruszających się na wózkach, pochylnia jest podstawowym elementem niwelowania różnic w poziomach na dojściach do budynków. W przypadku konieczności wyznaczenia innej



trasy, przeznaczonej dla osób z ograniczoną mobilnością (omijającą np. schody), powinna być ona łatwa do odnalezienia i wyraźnie oznaczona. Wyznaczona trasa dla osób z ograniczoną mobilnością powinna przebiegać w jak najbliższej odległości od głównego wejścia do budynku zaopatrzonego w schody.

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

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

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

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



1.2 Schody jako element pokonywania różnic wysokości w terenie

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

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

Osoby słabowidzące potrzebują zaznaczenia początku i końca biegu schodowego. Pierwszy i ostatni stopień biegu schodowego musi być oznaczony kontrastowo pasem o szerokości od 8 cm do 10 cm na płaszczyźnie poziomej i pionowej. Pasy powinny być montowane na stopnicy i podstopnicy tak, aby były widoczne przy schodzeniu, jak i wchodzeniu po schodach. Dopuszcza się zmianę kolorystyki całego stopnia, który powinien być skontrastowany z innymi stopniami w biegu schodowym. Kontrast barwny dla oznaczeń montowanych na krawędziach stopni nie powinien być mniejszy niż 70% LRV.

W przypadku jednego, dwóch lub trzech stopni w biegu schodowym należy oznaczenia kontrastowe zapewnić na każdym ze stopni wyłącznie w postaci pasów kontrastowych o szer. 5-10 cm montowanych na stopnicy i podstopnicy.

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

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

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

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



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

1.3 Poręcze przychodowe i przy pochylniach

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

Poręcze należy wykonać w taki sposób, aby pochwyt dłonią był pewny i umożliwiał swobodne przesuwanie dłoni wzdłuż po poręczy. Na końcach poręczy zaleca się montowanie oznaczeń dotykowych, które mogą być dodatkową informacją dla osób niewidomych.

Jeżeli informacja jest wykonana w alfabecie Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dot. miejsca jako punktu orientacji przestrzennej np. nr piętra.

1.4 Dostępne wejście do budynku

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

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



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

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

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

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

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

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

1.5 Automatyka drzwiowa w wejściu do budynku

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

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

1.6 Dodatkowe elementy wyposażenia w strefie wejściowej do budynku



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

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

2 REJESTRACJA I INFORMACJA DLA PACJENTÓW

2.1 Dostępne punkty rejestracji i informacji dla pacjentów

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

2.2 Poziom dostępności punktów rejestracyjnych i informacyjnych, w tym ich otoczenia i wyposażenia

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Plany pomieszczeń montowane przy toaletach powinny być umieszczane na wysokości 1,20 - 1,60 m.

System nawigacji w całym obiekcie (w tym np. tablice informacyjne) powinien być spójny dla całego obiektu i powinien zawierać informacje najbardziej istotne (rozpatrywać należy priorytety informacji i przedstawiać je w sposób uszeregowany). Istotne jest zapewnienie czytelnej informacji m. in. na temat aktualnej lokalizacji użytkownika w obiekcie, kierunków dojść do

pomieszczeń i ich identyfikacji, miejsc o utrudnionej dostępności lub jej braku. Należy uwypuklać w przestrzeni rolę specjalnego wyposażenia ułatwiającego poruszanie się i orientację w przestrzeni obiektu (np. lokalizację planów dotykowych) oraz sposobu zagospodarowania i wyposażenia pomieszczeń higienicznych.

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

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

Bardzo istotne jest, aby tak oznaczone miejsca kolejek i strefy oczekiwania pozostawały wolne od przeszkód, w tym ruchomych elementów wyposażenia. Wymagane jest kolorystyczne (w miarę możliwości także materiałowe) wyróżnienie elementów zabudowy i wyposażenia punktu rejestracji, które stanowić mogą zagrożące bezpieczeństwu użytkowników bariery przestrzenne. Należy zastosować kontrast wizualny pomiędzy posadzką a pionowymi elementami zabudowy rejestracji.

Zalecane jest np. wprowadzenie cokołów w kontrastowej barwie czy stosowanie w posadzce liniowego oświetlenia wzdłuż takiej zabudowy, o osłoniętych źródłach światła i takim natężeniu, aby nie oślepiało osób słabowidzących.

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

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

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

2.3 Dostępne pomieszczenia higieniczno - sanitarne



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

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

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

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

- zapewniać wystarczającą powierzchnię manewrową przed i za drzwiami
- zapewniać powierzchnię manewrową przed muszlą toaletową o wymiarach przynajmniej 1,50 m x 1,50 m;
- na wysokości 0,80 m po lewej i po prawej stronie muszli toaletowej należy umieścić uchwyty, w tym uchwyty składane (od strony przesiadania się)
- wszystkie poręcze i uchwyty muszą być wykonane z materiałów niekorodujących i przenosić obciążenia równe trzykrotnej średniej wagi ciała – minimalnie 120 kg z każdego kierunku (szczególnie istotny jest właściwy sposób montażu do ściany bądź podłogi)
- powierzchnia do przesiadania się obok muszli toaletowej po lewej i prawej stronie powinna mieć szerokość min. 0,90 m
- wysokość muszli toaletowej mieścić się powinna w przedziale między 0,45 m – 0,48 m;
- przycisk spłukiwania powinien być umieszczony na wysokości nie większej niż 1,20 m;
- przestrzeń wjazdu pod umywalkę powinna wynosić minimum 0,75 m szerokości i 0,30 m głębokości o wysokości 0,67 m.
- dostępny stolik lub półka przy umywalce
- lustro nad umywalką powinno być zamontowane na wysokości od 0 do 0,10 m od poziomu umywalki, lub uchylne tak, by osoba poruszająca się na wózku mogła z niego korzystać, górna krawędź lustra powinna zapewniać osobie stojącej skorzystanie z niego. Zalecana wysokość górnej krawędzi lustra to 2,00 m.
- baterie kranowe, pojemniki z mydłem, pojemniki z ręcznikami papierowymi, suszarki powinny być w zasięgu rąk osób z różnymi ograniczeniami ruchu. Urządzenia te powinny umożliwiać obsługę jedną ręką bez potrzeby ściskania i skręcania ich elementów. Komfortowe baterie i pojemniki na mydło są uruchamiane fotokomórką.
- kratki ściekowe muszą mieć otwory uniemożliwiające utknięcie w nich kół wózków, kul rehabilitacyjnych, białej laski.
- minimum jeden pisuar w toalecie zbiorowej należy wyposażyć w boczne uchwyty



- należy stosować zamek umożliwiający zamknięcie toalety od środka, przy czym pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie powinny być zamykane za pomocą standardowego klucza (pokrętło zamka musi znajdować się na wysokości 0,90 - 1,00 m i zapewniać pewny uchwyt)
- drzwi powinny posiadać zamek umożliwiający, np. w razie wypadku, otwarcie toalety od zewnątrz.

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych należy instalować oświetlenie, sygnalizację alarmową przeciwpożarową i sygnalizację przywoławczą.

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

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

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

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

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

3 CIĄGI KOMUNIKACYJNE

3.1 Dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie

Szpital powinien zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie, co najmniej w części, w której przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami.

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

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

3.2 Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację poziomą w budynku

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

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

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

Ciągi służące komunikacji muszą być pozbawione jakichkolwiek przeszkód na całej długości. Podane w niniejszym warunku szerokości nie mogą być zawężane przez poręcze przyścienne, elementy wykończenia i wyposażenia, w tym meble służące oczekiwaniu i odpoczynkowi



pacjentów. Należy unikać stosowania jakichkolwiek elementów wystających ze ścian na wysokości od 0,70–2,20 m.

Obszary z ograniczoną wysokością do 2,20 m (m.in. w przypadku gdy bieg schodów nadwieszony jest nad ciągiem komunikacji powinny być obudowane lub oznaczone cokołem o wysokości min. 0,3m (ew. poprzeczką poziomą na wys. 0,3m), w taki sposób, aby osoba z dysfunkcją wzroku mogła je bezpiecznie ominąć. Dopuszcza się również ustawienie w tym miejscu mebli, które ograniczą wejście pod schody osobom poruszającym się z białą laską.

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

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

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

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

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

Szpital powinien zapewnić dostępną komunikację pionową w budynku

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

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



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

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe dźwigów.

Strefa oczekiwania na windę:

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

Kabina dźwigu

- szerokość wejścia do windy (światło otworu) wynosić powinna minimum 0,90 m, a w przypadku, gdy winda przeznaczona jest do przewozu chorych na noszach szerokość ta powinna wynosić minimum 1,1 m;
- zalecane wymiary przestrzeni manewrowej w windzie wynoszą 1,5 x 1,5 m;
- wymagane jest wyposażenie windy w komunikaty wizualne oraz sygnalizację dźwiękową oraz komunikaty głosowe potwierdzające wybór piętra, kierunek jazdy oraz potwierdzenie dojazdu na określone piętro, zaleca się również podanie informacji o głównych funkcjach zlokalizowanych na danym piętrze;



- należy wyposażać windy w czujniki ruchu zabezpieczające przed uderzeniem drzwiami
- tolerancja dla precyzji zatrzymania windy wynosi 0,01 m
- winda bez możliwości manewrowania wymaga zamontowania lustra w celu monitowania piętra, na którym się zatrzymuje
- ściany powinny być matowe, niepowodujące odbłasków i olśnieni

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

Panel sterowania w kabinie

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

Pochylnie wewnętrzne:

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe pochylni wewnętrznych:

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

Parametry poręczy i balustrad:

Poniżej doprecyzowano wymagane parametry techniczno-użytkowe poręczy i balustrad:

- przy balustradach lub ścianach przyległych do pochylni oraz przy schodach należy stosować obustronne poręcze;
- poręcz powinna być dwururowa o wysokości rur około 0,75 i 0,90 m;
- średnica poręczy powinna mieścić się w przedziale 0,032 – 0,038 m;
- wymagany przekrój poręczy to koło lub elipsa;
- poręcze instalowane blisko ścian lub innych przegród muszą być od nich odsunięte na minimum 0,050 m;
- elementy montażowe należy umieszczać pod poręczami w celu zapewnienia wygodnego chwytu na całej długości;
- poręcze powinny być pozbawione ostrych zakończeń;
- poręcze powinny być wysunięte w poziomie na odległość minimum 0,3 m przed pierwszym i ostatnim stopniem schodów oraz przed pociągiem i końcem pochylni;
- poręcze nie powinny wchodzić w światło skrajni ciągu komunikacji wewnętrznej. Jeżeli nie jest to możliwe, ich końce powinny być zawinięte w dół i oznaczone kontrastem barwnym w oparciu skalę LRV (min 50% - zalecane 70%) otoczenia;
- poręcze powinny być wykonane z materiałów o nieśliskiej powierzchni;
- na poręczach przy schodach i pochylniach należy umieszczać informację pismem Braille'a wskazującą dokąd prowadzą schody/pochylnia;



- informacja wykonana w piśmie Braille'a powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje dot. Miejsca jako punktu orientacji przestrzennej.

3.3 Dostępne elementy stolarki drzwiowej i okiennej w strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach

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

Otwór drzwiowy powinien być tak zlokalizowany, by od strony zawiasów pozostało co najmniej 0,10m wolnej przegrody. Szerokość wolnej przegrody od strony klamki powinna zapewnić wygodny podjazd wózkiem lub przejście przez otwór drzwiowy, szersze otwarcie skrzydła drzwiowego, możliwość umieszczania na ścianie przy drzwiach wyłączników światła, dzwonków i innych elementów przyzywowych – jest ona zależna od położenia otworu drzwiowego i sposobu otwierania.

Szczegółowy opis możemy znaleźć w normie ISO 21542:2011 zał. C.

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

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

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

Drzwi należy wyposażać w klamki/uchwyty niewymagające ściskania bądź przekręcania i umożliwiające obsługę jedną ręką. Niedozwolone jest stosowanie rozwiązań takich jak gałki, klamki kulkowe itp. Klamki i uchwyty poziome należy umieszczać na wysokości 1,10 m od poziomu posadzki.



W przypadku uchwytów pionowych lub ukośnych dopuszcza się montaż w większym zakresie, tak aby pochwyt był możliwy na wysokości 0,8 m do 1,4 m od poziomu posadzki. Klamki/uchwyty powinny być łatwe do identyfikacji na tle drzwi, np. przez zastosowanie klamki o kontrastowej barwie lub podkładki w obszarze klamki o kontrastowej barwie względem skrzydła drzwi. Klamki w postaci dźwigni nie powinny powodować zahaczania ubrań użytkowników. Stalowe klamki/uchwyty mogą być pokryte plastikiem, aby zwiększyć komfort użytkowania.

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

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

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

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

Przezroczyste drzwi z dużymi płaszczyznami szklanymi muszą być oznaczone 2 kontrastowymi pasami lub dużym, kontrastowym znakiem graficznym w poprzek drzwi na całej ich szerokości (minimalna szerokość pasa/znaku graficznego: 0,10 m) na wysokości powyżej 0,80 m - 1,0 m i 1,40 m - 1,60 m nad podłogą. Jeżeli drzwi i przegroda strefy wejściowej jest w całości szklana, należy również oznaczyć jej krawędź dolną pasem o szerokości 0,10 m do wysokości maksymalnie 0,40 m. Kontrast pasów wg normy ISO 21542:2011 powinien wynosić min. 50% wg skali LRV

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



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

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

3.4 Szpital jest wyposażony w elementy instalacji, wykończenia iumeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkowania przez pacjentów

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

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

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

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

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

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



(wysokość, od której czujnik reaguje na pojawienie się osoby w jego zasięgu), uwzględniający dzieci, osoby niskiego wzrostu oraz osoby poruszające się na wózkach. Należy zapewnić czas świecenia automatycznego wystarczający do najdłuższego przewidywanego czasu przejścia/pobytu w strefie lub pomieszczeniu.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Na etapie projektu należy dokładnie ustalić, gdzie będą znajdować się elementy instalacji takie jak np. pętle indukcyjne, sprzęty potrzebujące zaopatrzenia w energię elektryczną. Nie jest

dopuszczalne, aby w trakcie użytkowania obiektu występowały w pomieszczeniach dostępnych dla pacjentów elementy zagrażające bezpieczeństwu, takie jak luźne kable leżące na podłodze.

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

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

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

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

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

Konieczne jest stosowanie, w obrębie ciągów komunikacji i w poczekalniach, znaków informacyjnych, w tym oznakowań piktogramami, opisów pismem Braille'a, czytelnych tablic informacyjnych z powiększonym drukiem i dużym kontrastem (tekst łatwy do czytania i zrozumienia Easy to Read) oraz świetlnych i dźwiękowych komunikatów / informacji wskazujących dogodny sposób przemieszczania się po budynku. Systemy informacji w budynku powinny być



spójne z tymi, które zastosowano w obrębie dojsć i dojazdów. Informacje powinny dotyczyć m. in. dróg ewakuacyjnych, lokalizacji pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, dojsć do poczekalni i gabinetów lekarskich, drzwi pomieszczeń przeznaczonych do użytkowania przez pacjentów. Informacja powinna być krótka i zawierać podstawowe informacje.

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

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

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

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

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

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



Partycje przezroczyste powinny być wykonane z materiału odpornego na rozbicie.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

3.5 Dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie

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

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

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



- stosować ciągłość poręczy na schodach i pochylniach o wielu biegach. Przy ciągłości poręczy nie wymaga się stosowania faktur ostrzegawczych na poszczególnych spocznikach.

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

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

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

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

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

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

4 IZBA PRZYJĘĆ

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

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

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

5 Izby przyjęć dostępne architektonicznie dla osób ze szczególnymi potrzebami. Dostępne wejście do izby przyjęć

Jeżeli w szpitalu zorganizowane są oddzielne wejścia do budynku dla izby przyjęć należy zapewnić dostępność tych wejść dla osób ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym standardzie.

5.1 Dostępna przestrzeń wewnętrzna izby przyjęć zgodnie z podstawowymi wymaganiami ogólnoprzestrzennymi

Szpital powinien zapewnić odpowiedni standard w zakresie dostępności komunikacji wewnętrznej jednostek, co najmniej w części, w której przebywają osoby ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania przestrzenne ciągów komunikacji powinny być w miarę możliwości zgodne z zasadami projektowania uniwersalnego, tak, aby odpowiadać na różne potrzeby użytkowników. Zasady projektowania i wyposażania przestrzeni służących komunikacji w obrębie SOR i Izby



przyjęć, w tym strefy wejść do pomieszczeń, powinny być zgodne z zasadami omówionymi w niniejszym standardzie

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

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

Co najmniej jedną łazienkę pacjentów wyposażoną natrysk i wózek-wannę należy dostosować do warunków określonych w standardach.

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